

# Pediyatri Kliniklerinde Aile Merkezli Bakımda Yaşanan Sorunlar ve Yeni Yaklaşımlar

## Issues in Implementing Family Centred Care in Pediatrics and New Approaches

 Hicran ÇAVUŞOĞLU<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD, Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Ankara, TÜRKİYE

Received: 20.05.2018  
Received in revised form: 11.07.2018  
Accepted: 07.08.2018  
Available online: 26.11.2018

Correspondence:  
Hicran ÇAVUŞOĞLU  
Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD, Ankara, TÜRKİYE/TURKEY  
hicrana8@gmail.com

**ÖZET** Aile merkezli bakım; bakıma sadece çocuğun değil, tüm ailenin dâhil edilmesini sağlamakta ve tüm aile üyeleri bakımın alıcısı olarak kabul edilmektedir. Yapılan çalışmalar aile merkezli bakımın, sağlık bakım maliyetini, çocuğun ve ebeveynlerin anksiyetesini ve hastanede kalma süresini azalttığını göstermektedir. Aile merkezli bakım, ideal bir model olmasına karşın çeşitli çalışmalarda bu modelin uygulanmasına ilişkin sorunlar olduğu vurgulanmaktadır. Bu sorunlar arasında; iletişim becerilerindeki yetersizlik, rollerin ve gücün paylaşılmasına ilişkin olumsuz tutumlar, zamanın yetersizliği ve sağlık bakım sisteminin yetersiz desteği yer almaktadır. Sağlık elemanlarının, çocuklar ve ebeveynler ile birlikte çalışmaya ilişkin tutumlarını/algılamalarını ölçen ulusal ve uluslararası düzeydeki tüm çalışmalarda, onların (hemşire, doktor) çocuklarla birlikte çalışmaya ilişkin puanlarının, ebeveynlerden daha yüksek olduğu bulunmuştur. Günümüzde bu tartışmalara dayanarak çocuk merkezli bakım yaklaşımı gündeme gelmiştir. Bu modelde, çocukların kendi bakımlarına ve kararlara katılma hakları kabul edilmekte ve onların gereksinimleri bakımın merkezinde yer almaktadır. Çocuk merkezli bakım modeli, çocukların haklarına odaklanmayı ve onların sesine, deneyimlerine ve katılımına değer vermeyi gerektirmektedir. Çocukların kendi bakımlarına katılmaması, tedaviye uyumu olumsuz etkilemektedir. Pediyatri hemşireliğinde en iyi bakım modelini belirlemek için daha fazla araştırma, klinik ve akademik deneye gereksinim vardır. Hasta çocukların bakımının yönetiminde, aile ve çocuk merkezli bakımın dengelenmesi önemlidir.

**Anahtar Kelimeler:** Aile merkezli bakım; çocuk bakımı; çocuk hemşireliği

**ABSTRACT** Family centred care provides care for the whole family not only the child and all family members are recognized as care recipients. Studies showed that family centred care decreased health care costs, anxiety for the child and parents and length of stay in hospital. Family centred care is the ideal model, but there are many studies emphasized that there are some issues to implement this model. These issues are lack of skills in communication, negative attitudes for sharing roles and power, lack of time and support within health care system. All studies at national and international level that were measured health staff's attitudes/perceptions for working with children and their parents, they found that staff's score working with children more positively than working with parents. Nowadays based on these discussions a new model-child centred care is our new agenda. This model recognizes of children's right to participate in decisions and their care and consider their needs to be at the centre of our practice. Child centred care model entails focusing on children's rights and the valuing of children's voices, experiences and participation. If children are not involved in their care, it affects negatively their compliance to treatment. More research, more clinical, personal and academic experiences are needed to define the best model in pediatric nursing. It is important to balance family centred care and child centred care in the management of child care.

**Keywords:** Family centered nursing; child care; pediatric nursing

## AİLE MERKEZLİ BAKIM FELSEFESİNİN GELİŞİMİ

Yirminci yüzyılın ilk yarısında, ebeveynlerin hastanede yatan çocuklarını ziyaret süreleri oldukça sınırlı idi.<sup>1</sup> Bu tutum ve uygulamalar, 1950-1960'lı yıllarda anne yoksunluğunun ve ayrılık anksiyetesinin, çocuğun ruh sağlığını olumsuz etkilediğini ve iyileşmesini geciktirdiğini gösteren çalışmalar sonucunda değişmeye başlamıştır.<sup>2-5</sup> İngiltere'de 1959 yılında, Sağlık Bakanlığı tarafından hastanede yatan çocuklara ilişkin hazırlanan Platt Raporu'nda, annelerin hastanede çocukları ile birlikte kalması ve 24 saat açık ziyaret saati uygulaması önerilmiştir.<sup>6-8</sup>

İlk kez 1950'li yıllarda tanımlanan aile merkezli bakım felsefesi, 1970'li yıllardan beri birçok çocuk hastanesinin politika ve misyonuna dâhil edilmiş ve çocuğun bakım aldığı tüm ortamlarda uygulanması benimsenmiştir.<sup>3,9</sup> Aile merkezli bakıma ilişkin ilkeler 1980-1990'lı yıllarda geliştirilmiştir. Bu ilkeler, hastanede yatan çocukların haklarına yönelik uluslararası bildirgelerde yer alan haklara benzerlik göstermektedir.<sup>10,11</sup>

Aile merkezli bakım, 21. yüzyılda pediatri hemşireliğinin temel felsefesi hâline gelmiştir.<sup>5,6,10,11</sup> Bu bakım felsefesi, ailenin, sağlık ekibinin bir üyesi olarak bakımın planlanması, uygulanması ve değerlendirilmesi aşamalarına dâhil edilmesini ve çocuğun bakımında sağlık ekibi kadar söz sahibi olduğunun kabul edilmesini içermektedir.<sup>5,6,12</sup> Ailenin, çocuğun hastanedeki bakımına ve kararlara katılması, onun tedavisine ve iyileşmesine önemli katkılar sağlamaktadır. Bu bakım felsefesinin temel amaçları; hastaneye yatan çocuk ile aile arasındaki bağları güçlendirmek, çocuğun evdeki normal rutinlerini sürdürmek, anksiyetesini azaltmak, ailenin bakıma katılmasını sağlamak ve hastaneye yatmanın çocuk ve aile üzerindeki olumsuz etkilerini azaltmaktır.<sup>10-13</sup>

Aile merkezli bakımda çocuk ve aile üyeleri, bakımın alıcıları olarak ele alınmaktadır. Bu bakım modelinde ebeveynleri güçlendirmek için onlara çocuğun bakımına katılabilecek bilgi ve beceriler öğretilmekte ve emosyonel destek sağlanmaktadır. Aileyi anlamak için çaba gösterilmesi ve onların bireysel gereksinimlerine duyarlı olunması önemlidir.<sup>14</sup>

Amerikan Pediatri Akademisi, 2013 yılında, aile merkezli bakımı pediatri alanında 'altın standart' olarak kabul etmiştir. Bu bakım modeli, tüm poliklinik ortamlarında, kliniklerde ve acilde standart bakım modeli olarak önerilmektedir.<sup>13</sup> Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde Aile Merkezli Bakım Kurumu tarafından bu bakım modelinin temel özellikleri 2007 yılında yeniden tanımlanmıştır.<sup>5,14,15</sup> Tanımlanan bu temel özellikler aşağıda verilmiştir;

1. Ailenin, çocuğun yaşamındaki sürekliliğini kabul etme,
2. Sağlık bakımının her düzeyinde ebeveyn ve sağlık personeli arasındaki iş birliğini kolaylaştırma,
3. Ailenin ırk, etnik, kültürel ve sosyoekonomik farklılıklarına saygı duyma,
4. Ailenin güçlü yönlerini ve bireyselliğini tanıma ve farklı baş etme yöntemlerine saygı duyma,
5. Aile ile çocuğa ilişkin bilgileri sürekli olarak paylaşma,
6. Ailelerin birbirlerini desteklemelerini ve iletişim ağlarını kolaylaştırma,
7. Çocuğun ve ailelerin gelişimsel gereksinimlerini anlama ve sağlık bakım sistemi ile bütünleştirme,
8. Aileye emosyonel ve maddi destek sağlayacak politika ve uygulamaları benimseme,
9. Ailenin gereksinimlerine yanıt veren esnek, ulaşılabilir ve kültürel olarak yetkin bir sağlık bakımını planlamadır.

## AİLE MERKEZLİ BAKIMIN GÜÇLÜ YÖNLERİ

- Konuya ilişkin yapılan çalışmaların sonuçlarına göre aile merkezli bakım.<sup>6,11,14,16-20</sup>
- Çocuğun hastane ortamında yaşadığı anksiyeteyi azaltarak güven duygusunu artırmakta ve iyileşme sürecini hızlandırmaktadır.
- Çocuğun ağrısını, analjezik ihtiyacını ve iyileşme süresini azaltmaktadır.
- Bebeklerde gözlenen davranışsal stres bulgularını ve ağrı deneyimini azaltmaktadır.
- Çocukta uyku sorunlarını ve taburculuk sonrası davranış sorunlarını azaltmaktadır.

- Çocuğun hastanede kalma süresini, tekrarlı yatışları, acile geliş sıklığını ve bakımın maliyetini azaltmaktadır.

- Ailenin, çocuğun bakımında kendilerine güvenmelerini ve daha az anksiyete yaşamalarını sağlamaktadır.

- Ailenin bakıma katılmasını kolaylaştırmakta ve güçlü yönlerini desteklemektedir.

- Çocuğun evdeki bakımı konusunda aileye yapılacak eğitimi kolaylaştırmaktadır.

- Çocuk ve aile arasındaki ilişkinin hastane ortamında sürdürülmesini sağlamaktadır.

- Çocuk, aile ve sağlık personeli arasında etkili ve sürekli iletişimi sağlamaktadır.

- Çocuğun ve ailenin karşılanmamış gereksinimlerini azaltmaktadır.

- Çocuğun hastaneye ve bakıma daha iyi uyum göstermesini sağlamaktadır.

## AİLE MERKEZLİ BAKIM NE DEĞİLDİR?

Bazı sağlık profesyonelleri, aile merkezli bakımın, ebeveynlerin çocukla birlikte kalması ve onun temel bakımını üstlenmesi anlamına geldiğine inanmaktadırlar. Bu görüşe sahip yöneticiler, çocuğun yanında ebeveynler olduğundan çocuk kliniklerinde çalışan bazı hemşireleri olarak daha yoğun ünitelere vermektedirler. Ancak, aile merkezli bakım sadece çocuğu değil, tüm aile üyelerini kapsamaktadır ve bu nedenle daha fazla sağlık elemanına ihtiyaç duyulmaktadır.<sup>18,21</sup>

Aile merkezli bakım, ebeveynlerin, çocuğun tüm bakımını üstlenmesi demek değildir. Bu konuda ailenin, çocukla birlikte kalma istekleri ve yetenekleri dikkate alınmalı, çocuğun bakımına katılmak isterlerse desteklenmeli, ancak istemezler ise onlara bu konuda baskı yapılmamalıdır.<sup>22,23</sup>

Gelişmekte olan ülkelerin kliniklerinde bakım verecek yeterli sayıda hemşire olmadığından, ebeveynler sıklıkla hastanede çocukları ile birlikte kalmakta ve beslenme, banyo yaptırma ve oral ilaçların verilmesi gibi çocuğun temel bakımına yardım etmektedirler.<sup>21</sup> Eğer ebeveynler, çocukla birlikte kalmazlar ise çocuk yeterli

bakım alamamaktadır. Ancak bu durum, aile merkezli bakım uygulandığı anlamına gelmemektedir.<sup>22,24</sup>

## AİLE MERKEZLİ BAKIMDA YAŞANAN SORUNLAR

Uygulama alanında aile merkezli bakımda sağlık personeli ve ebeveynler arasında rol paylaşımında ve yoğun bakım ünitelerinde aile ile işbirliği konusunda sorunlar yaşandığı görülmektedir.

### Rol Paylaşımında Yaşanan Sorunlar

Literatürde, aile merkezli bakıma ilişkin olarak, pediatri hemşireleri arasında ebeveynlerin bakıma nasıl ve ne ölçüde katılmaları konusunda bir görüş birliğinin olmadığı görülmektedir.<sup>6,25,26</sup> Ayrıca, hemşirelerin üniteye katılma sayısının azaltılması korkusu nedeni ile de ebeveynlerin bakıma katılmalarını desteklemedikleri belirlenmiştir.<sup>6,10,25</sup>

Aileler ve hemşireler arasındaki farklı beklentiler, çocuğun bakımında rollerin paylaşılmasına ilişkin sorunlar ve yetersiz hemşire-aile ilişkileri, ebeveynlerin bakıma katılma isteğini olumsuz etkilemektedir. Akut bakım ortamı, hemşirenin daha güçlü rol üstlendiği ve alışıksız olduğu bir ortamdır. Aile ise yabancı bir ortamdadır ve stres, anksiyete, belirsizlik ve kontrol kaybı sorunları onları zayıf bir pozisyona sokmaktadır.<sup>17,26-28</sup>

Aileler çocuğun bakımında daha fazla aktif rol üstlendikçe, hemşireler ve ebeveynler arasındaki rol karmaşası artmaktadır. Ebeveynlerin rolündeki bir değişiklik, sonuçta pediatri hemşiresinin rolünü değiştirmektedir.<sup>25,28</sup> Bu değişiklik, hemşirenin hastaya verdiği aktif fiziksel bakımda bir azalma ve ebeveynleri, çocuğun bakımına hazırlama, eğitme ve destekleme rollerinin artması ile sonuçlanmaktadır.

Çocuğu hastaneye yatan ebeveynlerin her birinin kendi rollerine yaklaşımları ve hastanedeki bakıma katılma düzeyleri farklıdır. Bunu etkileyen faktörler arasında; hemşirenin ebeveynlere karşı tutumu, ailenin kültürel özellikleri ve sosyal destek kaynaklarına sahip olma durumu yer almaktadır.<sup>25,26</sup>

Brown ve Ritchie'nin Kanada'da yaptıkları bir çalışmada, ebeveynlerin ve hemşirelerin rolleri incelenmiştir.<sup>25</sup> Her iki grubun da psikososyal, tıbbi

ve teknik bakım verdikleri ve çocuğun günlük yaşam aktivitelerine (banyo yapma, beslenme gibi) yardım ettikleri belirlenmiştir. Bu çalışmada, hemşirelerin tıbbi olmayan rutin bakımların verilmesinde ebeveynlerin daha aktif olmalarını beledikleri belirlenmiştir. Ayrıca, ebeveynlerin bakıma katılma düzeylerinin hemşireler tarafından belirlendiği görülmüştür.<sup>25</sup>

Aile merkezli bakıma ilişkin yapılan araştırmalarda, ebeveynlerin sağlık ekibinin bir üyesi olarak görülmediği ve hemşire-ebeveyn ilişkisinde hemşirelerin kendi otoritesini ve gücünü ortaya koymaya çalıştığı görülmektedir.<sup>29,30</sup> Konuya ilişkin diğer bir çalışmada ise ebeveynler, ilişkinin kontrolünü hemşireler ellerinde tuttıkları sürece yeterince destekleyici ve iş birliğine dayalı bir ilişkinin kurulamayacağını belirtmişlerdir.<sup>31</sup> Pediatri kliniklerinde çalışan hemşireler, ailenin çocuğun bakımına katılması gerektiğine inandıklarını, ancak uygulamada bunu yapmayı güç bulduklarını ifade etmişlerdir.<sup>32-34</sup> Hemşireler buna gerekçe olarak da çocuğun bakımından yasal olarak kendilerinin sorumlu olduğunu ve ebeveynleri bakıma katmadan önce becerilerinin değerlendirilmesi gerektiğini vurgulamışlardır.

Harrison'un, aile merkezli bakıma ilişkin 2010 yılında yaptığı sistematik bir derlemede, 30 çalışma incelenmiş ve aile merkezli bakım modelinde, hemşirelerin ve sağlık personelinin bakım verici ya da karar verici rollerinden vazgeçmede isteksiz oldukları belirlenmiştir.<sup>2</sup> Pediatri hemşireleri üzerinde yapılan kalitatif bir çalışmada ise hemşireler, aileye bakımda yetki verilmesini, sağlık personeli ile aile arasında gücün dengelenmesi olarak tanımlamışlardır.<sup>35</sup> Konuya ilişkin diğer bir çalışmada da eğitim düzeyi yüksek ve deneyimli hemşirelerin, ebeveynlerin bakıma katılması konusuna daha olumlu baktıkları ve geleneksel rollerindeki bu değişikliği daha az tehdit edici olarak algıladıkları belirlenmiştir.<sup>36</sup>

### Yoğun Bakım Ünitelerinde Yaşanan Sorunlar

Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yapılan bir çalışmada; annelerin, hemşireler ile iş birliği yapmada karşılaştıkları sorunlar rapor edilmiştir. Bu sorunlar arasında; hemşire sayısının yetersizliği nedeni

ile iletişim ve bilgi paylaşımı için zamanın sınırlı olması ve annelerin iş birliği çabalarının, personelin yeterliliğini sorgulama gibi yanlış anlaşılmasından ve bakımın kalitesini olumsuz etkilemesinden korkmaları yer almaktadır.<sup>37</sup>

Heermann ve Wilson'ın, yenidoğan yoğun bakımda yaptıkları çalışmada ise hemşirelere geleneksel hemşirelik bakım modelinden, aile merkezli bakıma geçişteki deneyimleri sorulmuştur.<sup>38</sup> Bu çalışmada; hemşireler, bebek ve anne arasındaki ilişkiyi kolaylaştırmaya olumlu yanıt vermekle birlikte, bakımın kontrolünü ve güçlerini kaybetme gibi olumsuz duygular da belirtmişlerdir.

Aile merkezli bakımda bilginin paylaşımı önemli olmasına karşın, yapılan çalışmalar, yoğun bakım ünitelerinde her zaman bilgi paylaşımının olmadığını göstermektedir.<sup>39,40</sup> Yapılan sistematik bir derlemede, pediatrik yoğun bakım ünitesinde yapılan 18 çalışma incelenmiş ve aile merkezli bakıma ilişkin güçlükler olduğu belirtilmiştir.<sup>3</sup> Bu güçlükler arasında; hekimlerin olumsuz ya da hızlı değişen bilgileri, aile ile paylaşmadaki isteksizlikleri ve ailenin üniteye varlığının sınırlanması yer almaktadır.<sup>3</sup>

Yoğun bakımda hemşirenin teknik uzmanlığına olan gereksinim arttıkça, ailelerin bireysel gereksinimlerine odaklanması ve aile merkezli bakım azalmaktadır.<sup>3</sup> Bu ortamda, hemşire ve ebeveynlerin otoriteleri arasında eşitsizlik olduğu ve hemşirelerin yüksek teknik bilgilerinin ebeveynler ile aralarında bir güç savaşına yol açtığı belirtilmiştir. Hemşirelerin yoğun bakım ortamının sahibi olduğu ve ailelerin ise sıklıkla ziyaretçi konumunda oldukları belirlenmiştir.<sup>40,41</sup> Ayrıca, yoğun bakımda gizliliği sağlamak ve kalabalığı önlemek için sıklıkla ailelerin üniteye çıkılmalarının istendiği saptanmıştır.<sup>4,40</sup>

Tomlinson ve ark.nın, pediatrik yoğun bakım ünitesinde yaptıkları bir çalışmada, ebeveynlerin, hemşire-ebeveyn ilişkisine ilişkin gereksinimleri incelenmiştir.<sup>42</sup> Onların belirttikleri gereksinimler; ailenin haklarına saygı duyulması, açık ve dürüst iletişim ve ailenin, çocuğun günlük bakımına ve kararlara dâhil edilmesini içermektedir. Literatürde ebeveynlerin, çocuğun bakımına katılabilmek için

yoğun bakıma kısıtlanmadan girme gereksinimleri vurgulanmaktadır.<sup>3,43</sup> Hemşireler ve diğer sağlık personeli ise ailenin işlemler sırasında yoğun bakımdaki varlığı konusunda gizliliğin ihlali, elemanların dikkatini dağıtma ya da teknik işlemin başarısını riske atmaya ilişkin endişeler belirtmişlerdir.<sup>43,44</sup>

## AİLE MERKEZLİ BAKIMIN ETKİNLİĞİ

Aile merkezli bakım ideal bir model olmasına karşın, bu modelin etkili biçimde uygulanmasına ilişkin sorunlar bulunmaktadır. Hemşireler ve diğer sağlık personelinin, bu bakım modelinin gerekli olduğuna inandıkları, ancak bunu uygulamaya aktarmada sorun yaşadıkları görülmektedir.<sup>33,34,45</sup> Önceki yıllarda, aile merkezli bakımın etkinliğini ölçmedeki güçlükler nedeni ile bu konuda ilk yapılan araştırmaların çoğu kalitatif niteliktedir.<sup>22,26</sup> Ancak, istatistiksel analiz yapılmadığından, bu çalışmalar aile merkezli bakımın etkinliği sorusuna yanıt vermemektedir. Daha sonraki yıllarda aile merkezli bakımı incelemek için geliştirilen ve geçerliliği test edilen bazı ölçüm araçları niceliksel araştırmalarda kullanılmıştır.<sup>46</sup> Bu konuda sağlık personelinin, çocuklar ve ebeveynler ile birlikte çalışmayı nasıl algıladıklarını ölçen çeşitli çalışmalar yapılmıştır.<sup>9,22,24,46,47</sup>

Ülkemizde bir üniversite hastanesinin pediatri kliniklerinde, 2014 yılında yapılan aile merkezli bakıma ilişkin uluslararası karşılaştırmalı bir çalışmada; hemşire, hekim ve yardımcı sağlık personelinin, çocuk ve ebeveynler ile birlikte çalışmayı nasıl algıladıklarını incelenmiştir.<sup>9,47</sup> Türkiye’de 11 klinikte toplam 85 hemşire, 75 hekim ve 45 yardımcı sağlık personeli üzerinde yapılan çalışmada, sağlık personelinin çocuklarla birlikte çalışmaya ilişkin puan ortalamaları (4,24), ebeveynlere göre (2,27) daha yüksek bulunmuştur. Buna göre; ülkemizde sağlık personeli, çocuklarla çalışmaya, ebeveynlerle çalışmaktan daha olumlu bakmaktadır.

Yapılan bu çalışmada, çocukla birlikte çalışmaya ilişkin puan ortalamaları ABD ve Türkiye’de Avustralya’dan daha yüksek iken, ebeveynlerle çalışmaya ilişkin puan ortalamaları ülkemizde, ABD ve Avustralya’dan daha düşük bulunmuştur.<sup>9</sup> Daha

önce Avustralya, İngiltere, Endonezya ve Tayland’da pediatri kliniklerinde yapılan benzer çalışmalarda da çocuklarla birlikte çalışmaya, ebeveynlere göre daha olumlu puanlar verilmiştir.<sup>22,36</sup> Ülkemizdeki çalışmada da benzer eğilim gözlenmiştir, ancak çocuklarla birlikte çalışma puanı ile ebeveynlerle çalışma puanı arasındaki farkın diğer ülkelerden (Avustralya ve ABD) daha fazla bulunmuştur.<sup>9</sup> Bu sonuç, Türkiye’de sağlık personelinin aile merkezli değil, daha çok çocuk merkezli bakım verdiğini göstermektedir.

Diğer ülkelerde yapılan bir çalışmada, daha eğitilmiş personelin ebeveynler ile çalışmaya daha olumlu baktıkları belirlenmiştir.<sup>36</sup> Ancak, ülkemizde yapılan bu çalışmada, daha eğitilmiş personelin, ebeveynlerle çalışmaya daha olumsuz puanlar verdikleri saptanmıştır. Ülkemizde, çocuğu olmayan sağlık personelinin ebeveynlerle birlikte çalışmaya ilişkin puan ortalamaları, olanlara göre daha düşük bulunmuştur. Ayrıca hekimlerin, çocuk ve ebeveynlerle çalışmaya ilişkin puanlarının, hemşirelerden daha düşük olduğu görülmüştür.<sup>9</sup>

Tüm bu çalışmalar, sağlık personelinin, ebeveynler yerine çocuklarla birlikte çalışmayı tercih ettiklerini göstermektedir. Eğer aile merkezli bakım etkili biçimde uygulanıyor olsaydı sağlık personelinin, çocuk ve ebeveynlere ilişkin tutumları arasında farklılık olmaması gerekirdi.

Ülkemizde aile merkezli bakıma ilişkin önceki yıllarda yapılan iki ayrı çalışmada, hemşire sayısının yetersizliği ve zaman baskısı nedeni ile çocukların fiziksel bakımının annelere bırakıldığı ve bu nedenle annelerin dinlenme, uyku, banyo yapma gibi kendi temel gereksinimlerini karşılayamadıkları belirlenmiştir.<sup>48,49</sup> Ayrıca annelerin, çocuğun durumu hakkında verilen bilgileri anlamadıkları, çok yoğun oldukları için hemşirelere soru sordukları ve endişelerini paylaşmadıkları görülmüştür. Bu çalışmaların yapıldığı hastanelerin pediatri kliniklerinde, yaklaşık 12-15 hastaya bir hemşire bakım vermektedir. Daha önce de belirtildiği gibi aile merkezli bakımın temel amacı, çocuğun tüm fiziksel bakımını annelere bırakmak değildir. Bu sonuçlar, çocuğun ve ebeveynlerin fiziksel ve

emosyonel sağlık gereksinimlerinin tam olarak karşılanamadığını, diğer bir deyişle aile merkezli bakım uygulanmadığını göstermektedir.

Aile merkezli bakımda hemşire-hasta oranının istendik düzeyde olmaması önemli bir sorundur. Ülkemize ilişkin bu veriler, ebeveynlerin neden çocukları ile birlikte kalmalarına izin verildiğini ve ülkemizde yapılan uluslararası karşılaştırmalı çalışmada; hemşire, hekim ve yardımcı personelin, ebeveynlerle birlikte çalışmaya ilişkin puan ortalamalarındaki düşüklüğü, ebeveynler ve çocuklarla birlikte çalışma puanları arasındaki büyük farkı bir ölçüde açıklamaktadır.<sup>9</sup>

Sağlık personelinin, aile merkezli bakımın uygulanmasına ilişkin tanımladıkları sorunlar arasında; iletişim becerilerinin ve zamanın yetersizliği, rol paylaşımını tehdit olarak algılama, kendi bakım rolünü ve gücünü kaybetme korkusu ve sağlık bakım sistemi içinde ve diğer disiplinlerden yeterli destek olmaması yer almaktadır.<sup>2,32,35,45</sup> Ayrıca, sağlık personelinin aile merkezli bakım konusunda yetersiz eğitimi, hemşire sayısının yetersizliği, etnik ve dil farklılıkları nedeni ile iletişim güçlükleri, kurumsal desteğin eksikliği ve geleneksel bakım modelinde ebeveynler üzerinde sahip oldukları otorite ve güçten, aile merkezli bakıma geçişte yaşadıkları güçlükler diğer sorunları oluşturmaktadır.<sup>18,50,51</sup>

Genellikle hemşireler ve hekimler, ebeveynlerle ilişkilerinde iş birliğine dayalı ve destekleyici bir ilişki kurmak yerine, kendi güçlerini ve otoritelerini ortaya koymaktadırlar. Hemşire ve hekimlerin, ailelerin çocuklarına ilişkin sorularını yanıtlama ve aile ile iletişim için yeterli zamanlarının olmaması da önemli bir sorundur. Aile merkezli bakımda, sağlık profesyonelleri, aileler ve çocuklar arasında etkili olmayan iletişim, ebeveynlerin karşılanmamış gereksinimlerini ve onların rollerine ilişkin farklı beklentiler önemli sorun alanlarını oluşturmaktadır.<sup>52,53</sup>

Aile merkezli bakımla ilgili son 10-15 yılda yapılan çalışmalar, hemşirelerin bu bakım felsefesini desteklediklerini, ancak bu modeli uygulamada güçlüklerinin olduğunu göstermektedir.<sup>54,55</sup> Aile merkezli bakımın ideal bir model olduğu, ancak bu bakım modelini etkileyen birçok etmen olduğu ve

bu nedenle her zaman etkili biçimde uygulanmasının beklenmemesi gerektiği vurgulanmaktadır.<sup>18,55</sup> Çocukların bakımında aile merkezli bakım, bir felsefe olarak benimsenmiş olmakla birlikte, uygulamada sorunlar mevcuttur ve bu modelin etkinliğini gösteren çalışmalar sınırlı sayıdadır.<sup>22,52,55</sup>

Aile merkezli bakımda, sağlık personeli daha çok ebeveynler ile iletişim kurmakta, onları bilgilendirmekte ve çocuk bu sürecin dışında bırakılmaktadır.<sup>56</sup> Bu bakım modeli, çocuğun katılımını da içermekle birlikte, çocuktan çok aile vurgulanmakta ve onun gizliliği ve bağımsız karar verme kapasitesi, çocuk ve ebeveynlerin tercih ve görüşlerinin farklı olabileceği dikkate alınmamaktadır. Bu nedenle çoğu kez çocuğun gereksinimleri gözden kaçabilmektedir.<sup>21</sup>

Aile merkezli bakımın temel amacı, aileyi ve çocuğu bakımın tüm yönlerine dâhil etmektir. Ancak, uygulamada çocuktan çok aileye odaklanıldığı ve çocuğun gizliliği ve bağımsız karar verme kapasitesinin dikkate alınmadığı gözlenmektedir.<sup>14</sup> Aile merkezli bakımda, çocuğun görüşleri/tercihleri bakımın önde gelen ya da odaklanılan konusu değildir. Bu nedenle bazı araştırmacılar, aile merkezli bakımın, çocuk merkezli bakım modeline doğru değişmesi gerektiğini savunmaktadır.<sup>22,57,58</sup> Günümüzde bu tartışmalara dayanarak yeni bir bakım modeli, çocuk merkezli bakım yaklaşımı gündeme gelmiştir.<sup>21,22,56</sup>

## ÇOCUK MERKEZLİ BAKIM YAKLAŞIMI

Bu yaklaşım üç önemli soruyu tartışmaya açmaktadır:<sup>58-60</sup>

1. Ebeveynler, çocuğun kararlara katılım hakkını dikkate almaksızın onun sağlığına ilişkin kararlar vermeli mi?
2. Çocuklar yapılacak işlemleri/tehdavileri reddetmelerine karşın tedavi edilmeli mi?
3. Sağlık personeli, çocuklar ya da ebeveynler yapılacak işlemleri tam olarak anlamadan kararlar vermeli mi?

Çocuk merkezli bakım modeli, çocukların haklarına odaklanmayı ve onların sesine, deneyimlerine ve katılımına değer vermeyi gerektir-

mektedir.<sup>58,59</sup> Bu modelde, bakımın merkezinde olan ve iş birliği yapılan kişi çocuklardır. Çocuğun görüşleri ve tercihlerine göre sağlık bakımı koordine edilmektedir. Çocuk merkezli bakımın temelinde; güven, saygı, otonomi ve kendini yönetme kavramları bulunmaktadır. Bu kavramlar, hem çocuk hem de profesyonel ilişkiler ile yakından ilişkilidir.<sup>59</sup> Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Sözleşmesi'nde de her çocuğun otonomi, saygı görme ve bilgilendirilmiş karar verme hakkı olduğu vurgulanmaktadır.<sup>61,62</sup>

Yasal olarak çocuk hakkında ebeveynler karar vermekle birlikte, çocuklar yeterliliklerine göre kendi bakımı ve tedavisi ile ilgili kararlara katılmaktadırlar. Ancak, onların kendi bakımlarına ilişkin kararlara katılmaları sıklıkla ebeveynlerin ve sağlık ekibinin tutumlarına bağlıdır. Çocuğun karar verme yeterliliği, yaşına ve olgunluk düzeyine göre değerlendirilmektedir.<sup>59,62</sup>

Çocukların hedefleri, tercihleri ve görüşleri her zaman ebeveynleri ile örtüşmediğinden, bakımda onların görüşlerinin de dikkate alınması gerekmektedir.<sup>14</sup> Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Sözleşmesi'nin (1989) 12. Maddesi'nde ve Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi'nde (1996), çocukların yaşlarına ve olgunluk düzeylerine göre kendileri ile ilgili konularda görüşlerini ifade etme, saygı görme ve bilgilendirilmiş karar verme hakları olduğu belirtilmektedir.<sup>12, 61-63</sup>

Çocuk merkezli bakım modeli, çocukların haklarına odaklanmayı ve onların sesine, deneyimlerine ve katılımına değer vermeyi gerektirmektedir.<sup>58,59</sup> Sağlık personelinin, çocuğu bakıma dâhil edebilmesi için çocukla anlayabileceği basit bir dil kullanarak iletişime geçmesi ve terapötik oyunu kullanması etkili olabilmektedir. Çocuklara kendilerini ifade etme fırsatının verilmesi, onların sağlık personeline güven duymalarını sağlamaktadır. Ayrıca, onlara anlayacakları düzeyde bilgi verildiğinde, benlik saygıları artmakta, stres düzeyleri ve yanlış anlamaları azalmaktadır. Bu nedenle, çocukların hastanedeki bakımda pasif alıcı değil, anahtar paydaş oldukları ve onların katılımının bakımın başarısını artıracığı unutulmamalıdır. Çocukların kendi bakımlarına katılmaması, diğer bir

deyişle bakımda çocuğun sesinin dikkate alınmaması, tedaviye uyumu olumsuz etkilemektedir.<sup>13,59,60</sup>

Özellikle okul çocuğu ve adölesanların bağımsız karar verme kapasitesi ve gizlilik hakkının dikkate alınmaması, onların gereksinimlerinin karşılanmamasına yol açmaktadır.<sup>14</sup> Yaşlarına ve gelişimsel düzeylerine bağlı olarak çocukların bakımın her aşamasına dâhil edilmesi ve desteklenmesi önemlidir. Çocuk merkezli bakım yaklaşımı, adölesanların kendileri adına karar vermede, bilgi almada ve sağlık bakımındaki kararlara katılmada yaşadıkları engelleri azaltabilmektedir.<sup>21,58,59</sup>

## ■ AİLE VE ÇOCUK MERKEZLİ BAKIMA İLİŞKİN ÖNERİLER

Aile ve çocuk merkezli bakımın teorik temelinde sadece çocuğa değil, tüm aileye bakım verilmesi yer almaktadır. Ailenin ve çocuğun, sağlık ekibine partner olarak katılmalarını sağlamak için; sağlık personelinin, onlara karşı tutumlarını ve algılamalarını değiştirmeleri, saygı duymaları, iş birliği yapmaları ve kararlara katılmalarını kolaylaştırmaları gerekmektedir. Ayrıca, onların bireyselliklerini, kültürel ve dini farklılıklarını kabul etmeleri, güçlü ve zayıf yönlerinin farkına varmaları ve onları desteklemeleri önemlidir.

Bu amaçla, sağlık personelinin, aile/çocuk merkezli bakım felsefesini benimsemeleri, konuya ilişkin farkındalık ve duyarlılık geliştirmeleri, aileye ve çocuğa karşı görüş ve tutumlarında değişiklik yapmaya istekli olmaları gerekmektedir. Sağlık personelinin uygulama alanında bu değişiklikleri yapabilmeleri için yöneticilerin ve eğitimcilerin desteğine gereksinimleri bulunmaktadır. Hemşirelerin bu rol değişimine uyumu eğitim sürecinde başlamalı ve daha sonra uygulamalar ve kurum politikasındaki değişimlerle sürdürülmelidir.

Ülkemizde yoğun bakım ünitelerinin dışındaki kliniklerde ebeveynlerin, çocukları ile birlikte kalmalarına izin verilmekle birlikte, hastanelerin ve Sağlık Bakanlığının misyon ve vizyonuna bakıldığında, aile ya da çocuk merkezli bakıma ilişkin politikalarının olmadığı görülmektedir. Sağlık Ba-

kanlığının aile ve çocuk merkezli bakımın uygulanmasına ilişkin politikalar geliştirmesi ve bu konuda yönlendirici olması önemlidir.

Günümüzde, aile merkezli bakımı doğru biçimde uygulayabilmek için eğitim ve yönetim anlayışında değişikliğe gereksinim duyulmaktadır. Aile merkezli bakıma ilişkin kurumsal, çevresel ve bireysel düzeydeki engellerin çözümü basit değildir. Bu nedenle multidisipliner tartışma ortamları oluşturulmalı, aile ve çocuk merkezli bakım konusunda hemşirelere ve diğer sağlık personeline yönelik eğitim toplantıları düzenlenmeli ve disiplinlerarası ekip yaklaşımı geliştirilmelidir. Hemşireler, hekimler ve yardımcı personelin, aile ve çocuk merkezli bakımın temel felsefesini, çocuk ve aile için yararlarını içselleştirmesi önemlidir.<sup>2,14</sup> Çocuk ve aile merkezli bakım modellerinin uygulamada etkili olabilmesi için karar verici kişilere yönelik eğitim, lobi faaliyetleri ve tartışma ortamları yaratılması gerekmektedir.<sup>22,59</sup> Bu modellerin klinik alanda başarılı şekilde uygulanabilmesi için sağlık politikaları geliştirilmesi, kurumsal destek sağlanması, hemşire eksikliği sorununun çözümlenmesi, hastanelerin, ailelerin varlığına ilişkin politikalarını sürekli olarak gözden geçirmesi gerekmektedir.

Sağlık bakım alanında çocuk merkezli bakım kavramı 21. yüzyılda ivme kazanmıştır. Aile ve çocuk merkezli bakım kavramlarının tanımları ve uygulamalarında önemli ölçüde üst üste örtüşme ve hatta çelişkiler mevcuttur. Bazen çocuk ve aile merkezli bakım kavramları, tek kavram gibi eş anlamlı olarak kullanılmaktadır.<sup>12,22</sup> Literatürde yer alan bu gibi kavramsal karmaşalar nedeni ile çocuk merkezli bakım kavramının, çocuklar ve sağlık profesyonelleri için bir yenilik içerip içermediğini belirlemek güç olmaktadır.<sup>12</sup>

Sağlık bakım alanında, aile merkezli bakıma göre çocuk merkezli bakım kavramının tarihsel geçmişi çok yakın zamana dayanmaktadır ve henüz

olgunlaşma süreci içindedir. Aile merkezli bakımla karşılaştırıldığında, çocuk merkezli bakımda hiyerarşide bir değişim olduğu ve çocuğun önce geldiği görülmektedir. Günümüzde hemşirelerin, aile ve çocuk merkezli bakıma ilişkin anlayışlarını yenden gözden geçirmeleri gerekmektedir. Aile ve çocuk merkezli bakımın kavramsal sınırlarının açıklığa kavuşturulması, kanıta dayalı uygulamalarda çocuk ve aile arasında dengenin nasıl sağlanacağı açısından yararlı olacaktır.

## SONUÇ

Pediyatri hemşireliğinde en iyi bakım modelini belirlemek için daha fazla araştırma, klinik ve akademik deneyime gereksinim duyulmaktadır. Hasta çocukların bakımının yönetiminde aile ve çocuk merkezli bakımın dengelenmesi, diğer bir deyişle çocuğun ve ailenin gereksinimlerinin birlikte karşılanması gerekmektedir.

**Bilgilendirme:** Yazarlar arasında dergi editörünün isminin bulunması nedeniyle, ilgili çalışmanın değerlendirme süreci konuk editör tarafından yürütülmüştür.

### Finansal Kaynak

Bu çalışma sırasında, yapılan araştırma konusu ile ilgili doğrudan bağlantısı bulunan herhangi bir ilaç firmasından, tıbbi alet, gereç ve malzeme sağlayan ve/veya üreten bir firma veya herhangi bir ticari firmadan, çalışmanın değerlendirme sürecinde, çalışma ile ilgili verilecek kararı olumsuz etkileyebilecek maddi ve/veya manevi herhangi bir destek alınmamıştır.

### Çıkar Çatışması

Bu çalışma ile ilgili olarak yazarların ve/veya aile bireylerinin çıkar çatışması potansiyeli olabilecek bilimsel ve tıbbi komite üyeliği veya üyeleri ile ilişkisi, danışmanlık, bilirkişilik, herhangi bir firmada çalışma durumu, hissedarlık ve benzer durumları yoktur.

### Yazar Katkıları

Bu çalışma tamamen yazarın kendi eseri olup başka hiçbir yazar katkısı alınmamıştır.



## KAYNAKLAR

1. Alsop-Shields L, Mohay H, John Bolby and James Robertson: theorists, scientists and crusaders for improvement in the care of children in hospital. *J Adv Nurs* 2001;35(1):50-8.
2. Harrison TM. Family-centered pediatric nursing care: state of the science. *J Pediatr Nurs* 2010;25(5):335-43.
3. Butler A, Copnell B, Willetts G. Family-centred care in the paediatric intensive care unit: an integrative review of the literature. *J Clin Nurs* 2014;23(15-16):2086-99.
4. O'Malley PJ, Brown K, Brown SE. Patient-and family-centered care of children in the emergency department. *Pediatrics* 2008;122(2):e511-21.
5. Shields L, Pratt J, Hunter J. Family centered care: a review of qualitative studies. *J Clin Nurs* 2006;15(10):1317-23.
6. Palmer SJ. Care of sick children by parents: a meaningful role. *J Adv Nurs* 1993;18(2):185-91.
7. Jolley J, Shields L. The evolution of family-centered care. *J Pediatr Nurs* 2009;24(2):164-70.
8. Ahmann E. Family-centered care: shifting orientation. *Pediatr Nurs* 1994;20(2):113-7.
9. Feeg VD, Paraszczuk AM, Çavuşoğlu H, Shields L, Pars H, Al Mamun A. How is family centered care perceived by healthcare providers from different countries? An International Comparison Study. *J Pediatr Nurs* 2016;31(3):267-76.
10. Newton MS. Family-centered care: current realities in parent participation. *Pediatr Nurs* 2000;26(2):164-8.
11. Johnson BH. Family-centered care: facing the new millennium. Interview by Elizabeth Ahmann. *Pediatr Nurs* 2000;26(1):87-90.
12. Ford K, Campbell S, Carter B, Earwaker L. The concept of child-centered care in health care: a scoping review protocol. *JBI Database System Rev Implement Rep* 2018;16(4):845-8.
13. Committee on Hospital Care. American Academy of Pediatrics. Family-centered care and the pediatrician's role. *Pediatrics* 2003;112(3 Pt 1):691-7.
14. Uniacke S, Browne TK, Shields L. How should we understand family-centred care? *J Child Health Care* 2018;22(3):460-9.
15. Kuo DZ, Houtrow AJ, Arango P, Kuhlthau KA, Simmons JM, Neff JM. Family centered care: current applications and future directions in pediatric health care. *Matern Child Health J* 2012;16(2):297-305.
16. Öztürk C, Ayar D. [The practice of art in pediatric nursing]. *DEUHYO ED* 2014;7(4):315-20.
17. Arango P. Family-centered care. *Acad Pediatr* 2011;11(2):97-9.
18. Shields L. Questioning family-centered care. *J Clin Nurs* 2010;19(17-18):2629-38.
19. Westrup B. Newborn Individualised Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP)-family-centered developmentally supportive care. *Early Hum Dev* 2007;83(7):443-9.
20. Kamerling SN, Lawyer LC, Lynch M, Schwartz AJ. Family-centered care in the pediatric post anesthesia care unit: changing practice to promote parental visitation. *J Perianesth Nurs* 2008;23(1):5-16.
21. Majamanda MD, Munkhondya TEM, Simbota M, Chikalipo M. Family centered care versus child centered care: the Malawi context. *Health* 2015;7:741-6.
22. Shields L. What is family-centered care? *Eur J Pers Cent Healthc* 2015;3(2):139-43.
23. Smith J, Swallow V, Coyne I. Involving parents in managing their child's long-term condition: a concept synthesis of family centered care and partnership in care. *J Pediatr Nurs* 2015;30(1):143-59.
24. Shields L, Nixon J. Hospital care of children in four countries. *J Adv Nurs* 2004;45(5):475-86.
25. Brown J, Ritchie JA. Nurses' perceptions of parent and nurse roles in caring for hospitalized children. *Child Health Care* 1990;19(1):28-36.
26. Çavuşoğlu H. [Family centred care in pediatrics]. *Hemşirelik Forumu* 2001;4(2-3):1-6.
27. Shields L, Kristensson-Hallström I, O'Callaghan M. An examination of needs of parents of hospitalised children: comparing parent's and staff's perception. *Scand J Caring Sci* 2003;17(2):176-84.
28. Callery P, Smith L. A study of role negotiation between nurses and the parents of hospitalised children. *J Adv Nurs* 1991;16(7):772-81.
29. Rowe J. Making oneself at home? Examining the nurse-parent relationship. *Contemp Nurse* 1996;5(3):101-6.
30. Shields L, Hunter J, Hall J. Parents' and staffs' perceptions of parental needs during a child's admission to hospital: an English perspective. *J Child Health Care* 2004;8(1):9-33.
31. Espezel HJ, Canam CJ. Parent-nurse interactions: care of hospitalized children. *J Adv Nurs* 2003;44(1):34-41.
32. Pailadelis P, Cruickshank M, Wainohu D, Winskill R, Stevens H. Implementing family-centred care: an exploration of the beliefs and practices of paediatric nurses. *Aust J Adv Nurs* 2005;23(1):31-6.
33. Bruce B, Letourneau N, Ritchie J, Larocque S, Dennis C, Elliott MR. A multisite study of health professionals' perceptions and practices of family centred care. *J Fam Nurs* 2002;8(4):408-29.
34. Petersen MF, Cohen J, Parsons V. Family-centered care: do we practice what we preach? *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2004;33(4):421-7.
35. Valentine F. Empowerment: family-centred care. *Paediatr Nurs* 1998;10(1):24-7.
36. Daneman S, Macaluso J, Guzzetta CE. Healthcare providers' attitudes toward parent participation in the care of the hospitalized child. *J Spec Pediatr Nurs* 2013;8(3):90-8.
37. Hurst I. Vigilant watching over: mothers' actions to safeguard their premature babies in the newborn intensive care nursery. *J Perinat Neonatal Nurs* 2001;15(3):39-57.
38. Heermann JA, Wilson ME. Nurses' experiences working with families in a NICU during implementation of family-focused developmental care. *Neonatal Netw* 2000;19(4):23-9.
39. Latour JM, van Goudoever JB, Schuurman BE, Albers MJ, van Dam NA, Dullaart E, et al. A qualitative study exploring the experiences of parents of children admitted to seven Dutch pediatric intensive care units. *Intensive Care Med* 2010;37(2):319-25.
40. Macdonald ME, Liben S, Carnavale FA, Cohen SR. An office or a bedroom? Challenges for family-centred care in the pediatric intensive care unit. *J Child Health Care* 2012;16(3):237-49.
41. O'Haire SE, Blackford JC. Nurses' moral agency in negotiating parental participation in care. *Int J Nurs Pract* 2005;11(6):250-6.
42. Tomlinson PS, Tomlinson E, Peden-McAlpine C, Kirschbaum M. Clinical innovation for promoting family care in paediatric intensive care: demonstration, role modelling and reflective practice. *J Adv Nurs* 2002;38(2):161-70.
43. Jefferson R, Paterson B. Efficient of family-centered? Practitioners' goals in decisions regarding parental presence during invasive procedures. *Dynamics* 2001;12(3):14-20.
44. Soury-Lavergne A, Hauchard I, Dray S, Baillet ML, Bertholet E, Clabault K, et al. Survey of caregiver opinions on the practicalities of family-centered care in intensive care units. *J Clin Nurs* 2012;21(7-8):1060-7.
45. Caty S, Larocque S, Koren I. Family-centred care in Ontario general hospitals: the views of pediatric nurses. *Can J Nurs Leadersh* 2001;14(2):10-8.
46. Shields L, Zhou H. Family-centered care for hospitalised children aged 0-12 years: a systematic review of quasi-experimental studies. *JBI Libr Syst Rev* 2011;9(16 Suppl):1-18.

47. Shields L, Çavuşoğlu H, Pars H, Mamun AA. Measuring family-centered care: working with children and their parents in a Turkish hospital. *Eur J Pers Cent Healthc* 2015;3(3):327-33.
48. Boztepe H, Çavuşoğlu H. [Examination of a family centered care practice at the children's units of a university hospital]. *Hacettepe University Faculty of Health Sciences Nursing Journal* 2009;11-24.
49. Kuzlu T, Kalıncı N, Topan A. [Investigation of care performed on children with respect to family centred care at a university hospital]. *Firat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2011;6(16):1-17.
50. Corlett J, Twycross A. Negotiation of parental roles within family-centered care: a review of the research. *J Clin Nurs* 2006;15(10):1308-16.
51. Kuo DZ, Houtrow AJ, Arango P, Kuhlthau KA, Simmons JM, Neff JM. Family-centered care: current applications and future directions in pediatric health care. *Matern Child Health J* 2012;16(2):297-305.
52. Mikkelsen G, Frederiksen K. Family-centered care of children in hospital-a concept analysis. *J Adv Nurs* 2011;67(5):1152-62.
53. Shields L. Family-centered care: the 'captive mother' revisited. *J R Soc Med* 2016;109(4):137-40.
54. Galvin E, Boyers L, Schwartz PK, Jones MW, Mooney P, Warwick J, et al. Challenging the precepts of family-centred care: testing a philosophy. *Pediatr Nurs* 2000;26(6):625-32.
55. Carter B 2008. Commentary on Shields L, Pratt J, Hunter J. Family centred care: a review of qualitative studies. *J Clin Nurs* 2006;17:2091-3.
56. Bray L. Experiences of young people admitted for planned surgery. *Paediatr Nurs* 2007;19(5):14-8.
57. Abraham M, Moretz JG. Implementing patient- and family-centered care: part I-understanding the challenges. *Pediatr Nurs* 2012;38(1):44-7.
58. Coyne I, Hallström I, Söderbäck M. Reframing the focus from a family-centred to a child-centred care approach for children's health-care. *J Child Health Care* 2016;20:494-502.
59. Söderbäck M, Coyne I, Harder M. The impact of including both a child perspective and the child's perspective within health care settings to provide truly child-centred care. *J Child Health Care* 2011;15(2):99-106.
60. Carter B, Ford K. Researching children's health experiences: the place for participatory, child centered, arts-based approaches. *Res Nurs Health* 2013;36(1):95-107.
61. UNICEF. Çocuk Haklarına Dair Sözleşme. Unicef Türkiye Temsilciliği; 2004.
62. Andersen CS, Dolva AS. Children's perspective on their right to participate in decision-making according to the United Nations Convention on the Rights of the Child article 12. *Phys Occup Ther Pediatr* 2014;35(3):218-30.
63. Council of Europe. European Convention on the Exercise of Children's Rights. European Treaty Series- No.160. Strasbourg: Council of Europe; 1996. p.8.