



Çocuk Yoğun Bakım Ünitelerinde Tedavi Gören Çocuğun ve Ailesinin Güçlendirilmesi

The Empowerment of Child and Family in Pediatric Intensive Care Unit

Müge SEVAL[®], Aylin KURT[®]

Öz

Çocuk yoğun bakım, bir ay-18 yaş arasındaki durumu kritik olan çocukların takip ve tedavi edildiği ünitelerdir. Yoğun bakıma yatışlar, hem çocuk hem de aile için travma nedeni olabilmektedir. Bu travmatik süreç nedeniyle yoğun bakımda tedavi gören çocuklarda büyüme-gelişme bozuklukları olabilmekte, taburculuk sonrasında hastaneye tekrarlı yatışlar görülebilmektedir. Çocuğu yoğun bakımda tedavi gören aileler ise çocuğun tedavi ve bakımı ve yaşadıkları diğer sıkıntılar nedeniyle süreç ile baş etme konusunda sorun yaşamaktadır. Bu nedenle çocuk yoğun bakım ünitesinde hemşirelik bakımı çocuğun üniteye kabulünden önce başlaması ve taburculuk sonrası sosyal yaşama uyum sağlama sürecine kadar devam etmesi gerekmektedir. Bu derlemede, yoğun bakım ünitesinde çocuk ve ailenin yaşadığı sıkıntılar ve bu sıkıntılar doğrultusunda üniteye kabul ve taburculuk sonrası dönemi de kapsayacak şekilde çocuk ve ailenin güçlendirilmesine yönelik bakım yöntemleri incelenecektir.

Anahtar kelimeler: Pediatri yoğun bakım, çocuk hemşireliği, ebeveynler

ABSTRACT

Pediatric intensive care units are the units in which children between 1 month and 18 year-old in critical condition are monitored. Hospitalizations in intensive care units may be a cause of trauma for both children and their families. The children in pediatric intensive care units may have growth and developmental disorders and repeated hospitalizations may occur because of the traumatic process. The families with their children in intensive care units may have problems in dealing with this process because of the treatment and care of child and other problems. Therefore, nursing care in the pediatric intensive care unit should start before the child is admitted to the unit and continue until the process of adaptation to post-discharge social life. In this review, the problems experienced by the child and the family in the intensive care unit and the methods health care for empowerment of the child and the family, including the admission to the unit and the post-discharge period will be examined.

Keywords: Pediatric intensive care units, pediatric nursing, parents

Alındığı tarih: 19.11.2018

Kabul tarihi: 24.09.2019

Yayın tarihi: 31.08.2020

Atf vermek için: Seval M, Kurt A. Çocuk yoğun bakım ünitelerinde tedavi gören çocuğun ve ailesinin güçlendirilmesi. Jaren. 2020;6(2):388-94.

Aylin Kurt

Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi Çocuk Sağlığı ve
Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı,
Zonguldak - Türkiye

✉ aylinkurt67@gmail.com

ORCID: 0000-0002-5521-0828

M. Seval 0000-0003-1917-285X

Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi,
Sağlık Bilimleri Fakültesi, Çocuk Sağlığı
ve Hastalıkları Hemşireliği,
Zonguldak, Türkiye

GİRİŞ

Çocuk yoğun bakım hizmeti, yaşamsal öneme sahip hastalığı olan bir ay-18 yaş aralığındaki çocukların yakından izlem ve tedavisinin yapıldığı, ciddi teknik donanıma sahip, ayrı bir üniteye verilen hizmettir.

Yoğun bakımda yatan çocuk için hemşirelik süreci planlanırken ve hemşirelik bakımı uygulanırken bütüncül bir yaklaşım sergilenmelidir⁽¹⁻³⁾. Çünkü yoğun bakım sözcüğü yaşamı tehdit edici hastalıkları, sakat kalma olasılıklarını hatırlattığı için, hem çocuk hem de ailede anksiyete yaratabilmektedir. Ayrıca



© Telif hakkı SBÜ Gaziosmanpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi. Logos Tıp Yayıncılık tarafından yayınlanmaktadır. Bu dergide yayınlanan bütün makaleler Creative Commons Atf-GayriTicari 4.0 Uluslararası Lisansı ile lisanslanmıştır.

© Copyright Association of Publication of the Gaziosmanpaşa Training and Research Hospital.

This journal published by Logos Medical Publishing.

Licensed by Creative Commons Attribution-4.0 International (CC BY)

çocuğu kaybetme korkusu aile içinde endişe, keder ve öfkeye yol açabilmektedir ⁽¹⁾. Bu nedenle çocuk yoğun bakım hemşiresi, çocuk ve aileyi güçlendirmek ve yoğun bakım sürecinden en az travmayla ayrılmasına yardım etmek için girişimler planlamalıdır. Çocuk hemşireliğinde çocuğa uygulanan girişimlerin hepsini bir arada toplayan iki bakım felsefesi vardır ki, bunlar “aile merkezli bakım” ve “çocuk merkezli bakım” olarak adlandırılır.

1. Aile Merkezli Bakım

Literatürde sıklıkla adı geçen ve daha yaygın olarak bilinen bir bakım felsefesi “aile merkezli bakım” olarak adlandırılmaktadır. Aile merkezli bakım, ailenin sağlık ekibinin bir üyesi olarak bakımın planlanması, uygulanması ve değerlendirilmesi aşamalarına dahil edilmesini ve çocuğun bakımında sağlık ekibi kadar söz sahibi olduğunun kabul edilmesidir. Bu bakım felsefesinde temel amaç ebeveynlerin çocuğun bakımına katılabilecek bilgi ve becerileri öğretmek duygusal ve bilişsel olarak güçlenmelerini sağlamaktır ⁽⁴⁾. Çocuğun ailenin en değerli ve ayrılmaz parçası olduğu düşünüldüğünde bakımın odağına aileyi koyan aile merkezli bakım hemşirenin işini kolaylaştıran bir yapıdadır. Ayrıca aile merkezli bakımın hastanede kalma süresini kısaltmak, çocuğun analjezik gereksinimini ve olumsuz deneyim algısını azaltmak gibi olumlu etkileri de vardır ⁽⁵⁾.

2. Çocuk Merkezli Bakım

Çocuğun yaşamını tehdit eden durumlarda yapılan girişimler, izolasyon gerektiren durumlar ya da çocuğun farklı aletlere bağlı kalması gereken tedavilerde ailenin bakım ortamına alınması kolay olmaktadır. Kumar ve Avabratha ⁽⁶⁾ örneklem kapsamına çocuğu yoğun bakımda yatan 100 ebeveyni aldıkları çalışmada, çocuğun tepkisizliği, monitör ve diğer cihazların alarmları ve diğer çocukların ağlamaları nedeniyle ebeveynlerin yoğun stres yaşadığı bu nedenle ünite içine kabullerinin güçleştiği bildirilmektedir.

Bu noktada, çocuk merkezli bakım gerek tıbbi endikasyonlarla gerekse aile kendini yeteri kadar güçlü hissetmediği için bakımın içinde olamadığı durumlar için bir can kurtaran simididir. Çocuk merkezli bakım bakımın merkezinde çocuğun olduğu, çocu-

ğun ve çocuk ile bir bütün olarak ailenin biyopsikosozal tüm gereksinimlerinin düşünüldüğü holistik yaklaşım gerektiren bir bakım yöntemidir ⁽⁷⁾. Çocuk merkezli bakımda aslında çocuğa bakım verilirken ailenin de gereksinimleri karşılanmaktadır. Şöyle ki, özellikle -ailenin bakım ünitesi içine çok fazla alınmadığı- acil ve çocuk yoğun bakımlarda aile olmadan da çocuğun rahatlatılabildiğini görmek ailenin sağlık ekibine güven duymasını kolaylaştırmaktadır ⁽⁷⁾.

Wimo ve ark. ⁽⁷⁾ çocuk yoğun bakım hemşirelerinin yoğun bakımda çocuğun katılımı hakkındaki görüşlerini incelediği çalışmada, çocukların hemşirelik bakımına, aracı kullanarak, beden dilini kullanarak ve vekil kullanarak katılmaktadır. Bu üç katılım yolunda; aracı kullanarak katılımı çocuğa bakım sırasında hemşirenin sesiyle ve dokunuşuyla verdiği uyarılara çocuğun verdiği tepkiler monitör ve diğer teknik cihazlarda gözlemlenir. Örneğin, ajite olduğu için oksijen saturasyonu düşen bir çocuğun hemşirenin dokunuşu ile sakinleşmesi ve monitördeki saturasyonun yükselmesi gibi. Beden dili ile katılımı kendi başına gayret eden bir çocuk yine dokunma ve yumuşak bir ses tonu ile cesaretlendirilir. Örneğin, her iki bacağı alçıda ve traksiyonda olduğu halde yatak içinde doğrulmaya çalışan bir çocuğun elinden tutarak ve yumuşak bir ses tonuyla destekleyerek oturmasının sağlanması gibi. Vekil kullanarak katılımı ise; hemşire ebeveyn ile çocuk arasında iletişim ağı oluşturur ve kendisi köprü vazifesi görür. Örneğin, çocuğun yatağında annesi için yaptığı bir resmi ona ulaştırması ya da annesinin çocuğu için getirdiği battaniyeyi çocuğa getirmesi gibi. Bu çalışmada da görülüyor ki, her üç katılım şeklinde de hemşire terapötik dokunma ve ses tonusunu kullanarak önce çocuğun sonra da ailenin güvenini kazanmaktadır ⁽⁷⁾.

3. Aile Merkezli ve Çocuk Merkezli Bakımın Farkları

Hemşire Uygulayıcıları Ulusal Birliği (NAPNAP)'nin 2009 bildirgesine göre aile merkezli bakım ile çocuk merkezli bakım arasındaki temel farklar şöyle sıralanabilir ⁽⁸⁾.



AİLE MERKEZLİ BAKIM	ÇOCUK MERKEZLİ BAKIM
Temel Hedef	Temel Hedef
Çocuğun yaşamı için ebeveynlerin güçlendirilmesi ve çocuk savunuculuğu	Çocuğa kısa süreliğine bakım vermek
Yan Hedefler	Yan Hedefler
<ul style="list-style-type: none">• Ailenin çocuğa odaklanmasına yardım etmek.• Aile ve profesyoneller bakım planına karar verirler.• Ebeveynlerin görüşleri sorulur.• Ailelerin hepsi eşsiz sayılır.• Ebeveynler, hangi sosyokültürel düzeyde olursa olsun, eşit üyeler olarak kabul edilirler.• Ailenin kültürü, dil, etnik yapısına saygı duyulur.• Ebeveynler bakıma ilişkin soruları, sorun çözme ve başa çıkma yolları konularında desteklenir.• Çift yönlü iletişim, ebeveyn ve sağlık profesyonelleri arasında çift yönlü iletişim vardır.	<ul style="list-style-type: none">• Çocuğun gereksinimleri odak noktaya alınır.• Sağlık profesyonelleri bakım planına karar verir.• Ebeveynlerin görüşleri sürekli sorulmaz.• Ebeveynler hasta yakını olarak değerlendirilir.• Ebeveynleri bakıma gözlemci olarak katılır.• Aile kültürü, dil, etnik yapı çocuğun yararına değilse ebeveyn görüşü alınmaz.• Çocuğun sağlık sorunlarına odaklanılır.• Tek yönlü iletişim, ebeveyn ve sağlık profesyonelleri arasında tek yönlü iletişim vardır.

4. Çocuk Yoğun Bakımda Aile Merkezli Bakımı Uygulamada Karşılaşılan Güçlükler

Yukarıdaki tabloda da görüldüğü üzere, aile merkezli bakım modern çocuk hemşireliğinin rollerini daha fazla karşılayan bir felsefedir. Ancak, ailelerin çocuk yoğun bakımda varlığının hala tartışıldığı dünyada ve ülkemizde “aile merkezli bakımı” uygulamak çok da kolay görülmemektedir. Çocuk yoğun bakımın da diğer yoğun bakımlar gibi fazla sayıda alet, yüksek ses, sürekli aydınlatma, fazla sayıda çalışan kaynaklı karmaşık bir fiziksel bir ortamı vardır. Beklenmedik anlarda acil girişimlerde bulunma zorunluluğu ortaya çıkabilmektedir. Ayrıca bakım ve tedavi sırasında uygulanan girişimler çocukta ağrı ve anksiyeteye yol açabilmektedir. Böyle karmaşık ve kritik anların yaşandığı bir ortamda sağlık ekibi üyelerinin aileyi bakıma dahil etmesi her zaman olası olamamaktadır. Farklı hastalıkların tedavi edildiği bir ortam olarak tüm yoğun bakımlarda enfeksiyon riski yüksektir⁽⁹⁾. Bundan dolayı izolasyon ve ziyaret kısıtlaması söz konusudur ve ebeveynlerin giriş çıkışlarını güçleştiren bir uygulama haline gelebilmektedir. Bazı durumlarda da aile çocuğunu farklı aletlere bağlanmış görmekten üzüntüyü duyduğu ve bakıma katılırsa çocuğa zarar vermekten korktuğu için aile merkezli bakım ketlenmektedir^(6,10). Son olarak da ailenin çocuk yoğun bakımda varlığı sağlık ekibi üyeleri üzerinde

yasal ve uygulama stresi yarattığı için aile merkezli bakıma sıcak bakılmayabilir. Curley ve ark.⁽¹¹⁾ 538 hekim ile yaptıkları çalışmada, hekimlerin ebeveynlerin yoğun bakımda bulunmasının karar verme ve teknik performans sürecini olumsuz etkilediğini düşündükleri bildirilmektedir. Belirtilen nedenlerden dolayı aile merkezli bakıma çok yer verilemeyen yoğun bakımlarda çocuk merkezli bakım felsefesi benimsenmektedir.

5. Çocuk Merkezli Bakım Felsefesinde Ailenin Güçlendirilmesi

5.1. Pozitif Ortamın Oluşturulması

Her ne kadar çocuk yoğun bakımda aile merkezli bakım uygulamalarını gerçekleştirmek güç olsa da, çocuk merkezli bakımda aile merkezli bakım yansımalarını bakıma katmamız şarttır. Böylece ailenin varlığının kabulü kolaylaşmakta, ailenin baş etmesi geliştirilmekte ve aile güçlenmektedir. Çocuk yoğun bakımlarda aile merkezli bakım uygulamaları için aile ziyaretlerinin kolaylaştırılması, aileler için ayrılmış alanların (bekleme salonu, anne odaları, anne otelleri...) artırılması, işlemler sırasında ailenin çocuğun yanında bulunması, aileye düzenli ve doğru bilgi vererek iletişimin sürdürülmesi ve soru sormalarına izin verilmesi bu uygulamalardan bazılarıdır⁽³⁾. Foster ve ark.⁽²⁾ yaptıkları bir meta-analiz çalışmalarında, çocuk yoğun bakımda aile merkezli bakım uygulamalarının çocuğun üniteye kabulünden önce başlaması ve taburculuk sonrası sosyal yaşama uyum sağlama sürecine kadar devam etmesi gerektiği bildirilmektedir. Aynı çalışmada, çocuk yoğun bakımda aile merkezli uygulamaların yoğun bakıma yatış öncesi, yatış sırası, hastane ortamına uyum, bilgi sağlama, iletişim kurma, ölüm olasılığı, din ve maneviyat ve taburculuk hizmeti konu başlıkları içerisinde toplandığı bildirilmektedir. Öztürk ve Ayar⁽⁵⁾ aile merkezli bakım felsefi doğrultusunda bakım verildiğinde ailelerin mevcut duruma uyumun arttığını, anksiyetelerinin azaldığını, bakım memnuniyetlerinin arttığını ve hemşire-aile arasındaki iletişimin geliştiğini vurgulamaktadır.

5.2. Etkili İletişim

Çocuk yoğun bakım hemşirelerine göre hemşirelik bakımının en önemli ve zorlayıcı kısımlarından biri aile üyeleriyle açık ve güvenilir bir ilişkinin oluşturul-

masıdır. Ailenin sürecin bir parçası ve bakım verilen çocuğun onların çocuğu olduğunu unutmamak gerekir. Özellikle çocuğun durumu kritiklediğinde ailenin hemşireden beklentisi artmaktadır, ancak bazen hemşireler daha önce aile ile yeterli etkileşime girmediği için ailenin bu beklentisini karşılayamamaktadır⁽¹²⁾. Her ne kadar çocuk merkezli bakım verilse de, tedavi ve bakımla bilgi verilirken ve danışmanlık hizmeti verilirken etkili iletişim teknikleri kullanılması gerekmektedir. Mullen ve ark.⁽¹³⁾ hemşirenin ilk önce kendini tanıtip, çocuğun bakımındaki rolünü anlatarak ve çocuğun yakınlarının isimlerini ve yakınlık derecelerini öğrenerek iletişim kurmaya çekinen kişilere fırsat yaratması gerektiğini belirtmektedirler. Böylece hemşire çocuğun yakınlarının kendilerine saygı duyulduğunu hissettirdiğini vurgulamaktadır. Çocuk yoğun bakımda yaşamsal riski taşıyan hastaların da yattığı ve bunların bazılarının da kaybedildiği düşünüldüğünde, iletişim kurarken beden dili, göz teması, yüz ifadesi ve dokunma gibi konularda daha dikkatli olmak gerekmektedir⁽¹³⁾.

Gundo ve ark.⁽¹⁴⁾ 62 çocuk yoğun bakım hemşiresi ve ailesi ile yaptığı çalışmada, ailelerin en çok sağlık çalışanına güven duyma gereksiniminin olduğu vurgulanmaktadır. Stayer ve ark.'nın⁽¹²⁾ çalışmasında ise "terminal dönemdeki çocuğu yoğun bakımda tedavi edilen bir annenin hemşirenin yaptığı doğru bilgilendirmeden dolayı teşekkür ettiği" bildirilmektedir. Benzer şekilde Mullen ve ark.'nın⁽¹³⁾ çalışmasında, çocuğunu yoğun bakımda kaybeden ailelere, "Nasıl-sın, seni anlıyorum, zaman her şeyin ilacıdır, hayatta her şeyin bir nedeni var, şimdi daha iyi bir yerde ve yine çocuk sahibi olabilirsin." gibi acılarını hatırlatan söylemler yerine, "Sana nasıl yardım edebilirim, senin acını yalnızca hayal edebilirim, yaşamınızda kaderin rolü vardır" gibi yapıcı ve iletişime teşvik edici söylemler kullanılması gerektiği önerilmektedir.

5.3. Aile Katılımının Desteklenmesi

Ebeveynin çocuğun bakımına katılması ve çocuğun bakımında söz sahibi olması, hem çocuğun hem de ebeveynin anksiyete yaşamamasına, ebeveynlik rol kaybı yaşamalarının engellenmesine katkıda bulunmaktadır⁽¹⁵⁾. Kaur ve ark.⁽¹⁶⁾ çocuğu yoğun bakımda yatan ebeveynlerin sağlık çalışanları ile çocuğun tedavisi ve bakımına karar verildiğinde ebe-

veynlerin bakımdan daha fazla memnun kaldıkları bildirmektedir. Ayrıca ebeveyni ile temas kuran yoğun bakımda tedavi ve bakım alan çocuklar göremedikleri, ancak hissedebildikleri kendilerine tanıdık gelen ebeveynlerinin sesleri ile rahatlamaktadır. Böylece hem ebeveyn hem de çocuk anksiyete yaşamamaktadır⁽⁷⁾.

Ebeveynler çocuklarını ilk kez görecekleri zaman çocuğun dış görünüşü ve vücudunda yer alan sonda-lar, serumlar, monitörler vs. nedeniyle daha fazla anksiyete yaşamaktadır^(6,10). Yapılan çalışmalara bakıldığında; çocuğu yoğun bakımda yatan ebeveynlerin çocuğun gereksinimleri, tıbbi tedavi ve süreci hakkında bilgi almak istedikleri ve bu konuda daha fazla anksiyete yaşadıkları görülmektedir⁽¹⁵⁻¹⁸⁾. Bu nedenle hemşire ebeveynlerin çocuklarını ilk kez görecekleri zaman yanlarında olmalı, çocuğun sağlık durumu ve gerçekleştirilen işlemler hakkında bilgi vermeli ve sorularını yanıtlamalıdır. Sağlık ve Çağlar'ın⁽¹⁹⁾ örneklem grubuna 80 ebeveyni dahil ederek yaptıkları deney-kontrol çalışmasında, invazif işlemler esnasında ebeveyni ile birlikte olan çocukların kontrol grubuna göre daha az ağrı ve anksiyete yaşadıkları bildirilmektedir. Ancak, yoğun bakım ünitesinde yaşanan akut ve kritik durumlar düşünüldüğünde bu durum değişebilmektedir. Curley ve ark.⁽¹¹⁾ çocuğu yoğun bakımda yatan ebeveynlerin kalp masajı ve invazif işlemler sırasında çocuğun yanında bulunması hakkındaki aile ve sağlık çalışanlarının düşüncelerinin incelendiği çalışmada, ebeveynlerin daha çok invaziv işlemler sırasında çocuklarının yanında olmak istedikleri bildirilmektedir.

5.4. Ailenin Başa Çıkmasının Desteklenmesi

Ailenin başa çıkmasının desteklenmesinde temel nokta, sağlık ekibi üyelerine güven duymasıdır. Çoğu zaman çocuğunu yoğun bakımda acı çekerken yalnız bıraktığı için stres yaşayan aile daha önce kullandığı etkili başa çıkma yollarını kullanamaz hale gelir. Buna bir de çocuğun prognozunun kötüleşmesi ve hastanede kalma süresinin uzaması eklenirse aile kriz bile yaşayabilir⁽¹⁾.

Bundan dolayı sağlık çalışanlarının çocukla ilgilenirken aileyi de tanımaya ve güvenlerini kazanmaya çalışması önemlidir. Sosyal destek ve yoğun bakımda çocuğu olan diğer hasta yakınları ile görüşmekte de

ailenin kendine gelmesine ve başa çıkmasına yardım etmektedir. Hatta ortam izin verdiği müddetçe gelip çocuğu iletişim kurmalarının sağlanması da ailenin anksiyetesini azaltarak başa çıkmasını kolaylaştırmaktadır^(20,21). Alnajjar ve Elarousy'nin⁽²⁰⁾ çalışmasında, yoğun bakımda çocuğu olan ailelerin genel gereksinimlerinin çocuk hakkında bilgi alma, çocuğu sık görme, çocuğun fiziksel bakımında yanında olma, istenildiği zaman ziyaret etme, bekleme odasında rahat edebilme, istenildiği zaman yalnız kalılabilecek, ağlanabilecek ve dua edilebilecek alanların olması ve çevrelerinde konuşabilecek insanların olması olarak belirlemiştir. Son yıllarda yoğun bakımlarda tüm aile üyelerinin çocuğun yakınında kalabilecekleri, kendi bakımlarını gerçekleştirebilecekleri, çocuğa ilişkin duygu ve düşüncelerini paylaşabilecekleri özel odaların olduğu görülmektedir. Özel odalarda kalan aile üyeleri bakıma katılmasa bile, yoğun bakımda yatan çocuklarının yakınında olmak onları rahatlatmaktadır. Sağlık ekibi üyeleri aileye daha kolay ulaştığı için çocuk merkezli bakım aile merkezli bakıma entegre edilebilmekte ve aile güçlendirilebilmektedir. Özellikler teknolojiye bağımlı olarak evde bakılması gereken çocukların taburculuk aşamasındaki eğitiminde bu sistematik hem ekonomik hem de etkili olmaktadır⁽²¹⁾. Abdel-Latif ve ark.⁽²²⁾ 73 ebeveyn ve 39 sağlık çalışanı ile yaptıkları çalışmada, ebeveynlerin %95'inin ve sağlık çalışanlarının %30'ünün ailenin çocuğun yanında kalmasının yararlı olduğunu dile getirdiği bildirilmektedir.

Sürekli hastanede olma ebeveynlerin aile içi ilişkilerde bozulmaya ve ebeveynlerin işlerini kaybetmesine neden olmaktadır⁽¹⁰⁾. Bu nedenle çocuğu yoğun bakımda tedavi ve bakım alan ebeveynler için tele-tıp adı verilen günün her saatinde uzaktan görüntülü de olarak arayıp çocuğu hakkında bilgi alma sistemi önem kazanmaktadır. Tele-tıp hizmeti; tanı, tedavi ve transport kararlarının hızlı alınmasında, iş gücü kaybının azaltılmasında etkili bir yöntemdir⁽²³⁾. Ayrıca ailelerinin çocuklarının yatağında bulunmamasıyla enfeksiyon kaynaklı hastalıkları önledikleri ve aynı zamanda yoğun bakımdan uzak kalmadıkları düşünülmektedir⁽²⁴⁾. Böylece ebeveynlerin stresi azaltılmakta ve memnuniyeti artırılmaktadır denilebilir. Yager ve ark.⁽²⁴⁾ yoğun bakım hizmeti alan 13 çocuğun ailesi ile tele-tıp hizmeti verildikten sonra ebeveynlerin verilen sağlık hizmetinden memnun kaldıkları, çalışanlara güven duydukları bildirmektedirler.

Çocuk yoğun bakımda sıkıntılı durumlardan biri de terminal dönemdeki çocuklar ve ölümdür. Terminal dönemdeki çocuğa sahip olma ve ölüm aile için baş etmesi güç durumlardır^(25,26). Çalışma kapsamına 176 anne ve 73 babanın alındığı ve çocuklarının kaybindan yaklaşık 13 ay sonra ebeveyn sağlığı ve fonksiyonlarının değerlendirildiği çalışmada, yaklaşık altı ay sonra annelerin %35'ine ve babaların %24'üne depresyon, annelerin %35'ine ve babaların %30'una post-travmatik stres sendromu tanısı koyulduğu belirtilmiştir. Aynı çalışmada çocuğun ölümünden sonra boşanmalar, yeni kanser tanısı koyulması, yeni bir kronik hastalık tanısı koyulması, stres ile ilgili sürekli hastaneye yatışların olması ve alkol alımıyla ilgili sorunların olduğu bildirilmektedir⁽²⁷⁾. Terminal dönem hasta bakımı ve ölüm ile baş etme sürecinde özellikle aileler maneviyatlarına yönelmektedirler. Manevi gereksinimlerin hasta ve ailelerin gereksinimi olarak kabul edilmesi, hemşirelerin tedavi ve bakım uygulamaları kapsamında ailenin manevi gereksinimlerini göz önünde bulundurması, yas sürecinin kolaylaştırılmasında, ailelerin baş etme ve bağımsızlık duygularında iyileşme sağlanmasına yardım etmektedir⁽²⁸⁾.

SONUÇ ve ÖNERİLER

Çocuk yoğun bakım ünitesinde yatan çocukların ve ailelerinin yoğun bakım yatış sürecini zarar görmeyen/en az zarar ile atlattığı yoğun bakım sonrası süreçte sosyal yaşama uyum sağlamak ve hastaneye tekrarlı yatışların engellenmesi için son derece önemlidir.

Bu çerçevede, çalışmada aşağıdakiler önerilmektedir:

1. Sağlık ekibi üyelerinin çocuk merkezli bakım ve aile merkezli bakımın entegre edilmesinin gerekliliğine inanması,
2. Kurumların tedavi ve bakım hizmetleri ekiplerinin görüş birliğine vararak ailenin çocuk yoğun bakımdaki varlığını kolaylaştırması,
3. Sağlık ekibi üyelerinin mesleki ve yasal kendini geliştirmesi desteklenerek aile katılımının desteklenmesi,
4. Aileye doğru, düzenli ve zamanında bilgilendirilerek çocuğunun tedavi bakımında sağlık ekibi üyelerine güvenmesinin sağlanması,
5. Sağlık ekibi üyelerinin etkili iletişim ve danışman-

- lık becerilerinin geliştirmesi,
7. Sağlık ekibi üyelerinin riskli durumlar ve kayıplarda kötü haberi verebilme konusunda eğitim alması,
 8. Çocuk yoğun bakım çevresinde ailenin süreci geçirebileceği fiziksel ortamların bulunması,
 9. Ailenin konuşarak rahatlayıp destek alabileceği psikolog, sosyal hizmet uzmanı ve manevi danışmanların ekip içerisinde yer alması,
 10. Özellikle teknolojiye bağımlı olarak evde bakım alması gereken çocukların ailelerinin taburcu olmadan önce eğitime alınarak güçlendirilmesi,
 11. Ailenin özgüvenini dikkatini çocuğunun bakımında başardıklarına odaklayarak arttırmak,
 12. Ailenin mevcut başa çıkma becerini değerlendirip yeni başa çıkma becerileri geliştirmesini desteklemek,
 13. Aile katılım ve ailenin çocuk yoğun bakımda bulunmasına yönelik tüm ekip üyelerinin kabul ettiği algoritmik protokoller oluşturmak.

Çıkar Çatışması: Yok.

Finansal Destek: Yok.

Conflict of Interest: None.

Funding: None.

KAYNAKLAR

1. Erdoğan S, Oto A, Boşnak M. Depression Status in Children's Parents During Hospitalization in the Pediatric Intensive Care Unit. *ACU Sağlık Bil Derg.* 2016;6(2):79-82.
2. Foster M, Whitehead L, Maybee P. The parents', hospitalized child's, and health care providers' perceptions and experiences of family-centered care within a pediatric critical care setting: A synthesis of quantitative research. *J Fam Nurs.* 2016;22(1):6-73. [CrossRef]
3. Meert KL, Clark J, Eggly S. Family-centered care in the pediatric intensive care unit. *Pediatr Clin North Am.* 2013;60(3):761-72. [CrossRef]
4. Çavuşoğlu H. Issues in implementing family centred care in pediatrics and new approaches. *Türkiye Klin J Nurs Sci.* 2018;10(4):344-53. [CrossRef]
5. Kumar BS, Avabratha KS. Parental stress: a study from a pediatric intensive care unit in Mangalore. *Int J Contemp Pediatr.* 2015;2(4):401-5. [CrossRef]
6. Wimo E, Fagerdahl AM, Mattsson J. Children's Participation in the PICU from the Nurses' Perspective, an Observational Study. *Acta Sci Paediatr.* 2018;1(1):12-19.
7. National Association of Pediatric Nurse Practitioners. NAPNAP Position Statement on Pediatric Health Care/Medical Home: Key Issues on Delivery, Reimbursement, and Leadership. *J Pediatr Heal Care.* 2009;23(3):A23-A24. [CrossRef]
8. Anıl AB, Anıl M, Özdemir NÖ, Bayram N, Bal ZŞ. Çocuk Yoğun Bakım Ünitesinde Hastane Enfeksiyonu Risk Faktörleri. *CAYD.* 2014;1(1):9-16. [CrossRef]
9. Lisanti AJ, Allen LR, Kelly L, Medoff-Cooper B. Maternal stress and anxiety in the pediatric cardiac intensive care unit. *Am J Crit Care.* 2017;26(2):118-25. [CrossRef]
10. Curley MAQ, Meyer EC, Scoppettuolo LA, et al. Parent presence during invasive procedures and resuscitation: Evaluating a clinical practice change. *Am J Respir Crit Care Med.* 2012;186(11):1133-9. [CrossRef]
11. Öztürk C, Ayar D. Pediatri Hemşireliğinde Aile Merkezli Bakım. *DEUHYO ED.* 2014;7(4):315-20. <http://www.deuhyoedergi.org>.
12. Stayer D, Lockhart JS. Living with dying in the pediatric intensive care unit: A nursing perspective. *Am J Crit Care.* 2016;25(4):350-6. [CrossRef]
13. Mullen JE, Reynolds MR, Larson JS. Caring for pediatric patients' families at the child's end of life. *Crit Care Nurse.* 2015;35(6):46-56. [CrossRef]
14. Gundo R, Bodole F, Lengu E, Maluwa A. Comparison of nurses' and families' perception of family needs in critical care unit at referral hospitals in malawi. *Open J Nurs.* 2014;4:312-20. [CrossRef]
15. Jones BL, Contro N, Koch KD. The duty of the physician to care for the family in pediatric palliative care: context, communication, and caring. *Pediatrics.* 2014;133(1):S8-S15. [CrossRef]
16. Kaur A, Kaur H, Kumari N, et al. Assessment of health care providers' and parents satisfaction about care decisions and care provided to the patients admitted in pediatric intensive care unit: A descriptive study. *Indian J Child Heal.* 2018;5(3):157-60. [CrossRef]
17. October TW, Fisher KR, Feudtner C, Hinds PS. The parent perspective: "being a good parent" when making critical decisions in the PICU. *Pediatr Crit Care Med.* 2014;15(4):291-8. [CrossRef]
18. Maina PM, Kimani S, Omuga B. Involvement of patients' families in care of critically ill patients at Kenyatta National Hospital Critical care units. *Am J Nurs Sci.* 2018;7(1):31-8. [CrossRef]
19. Sağlık DS, Çağlar S. The effect of parental presence on pain and anxiety levels during invasive procedures in the pediatric emergency department. *J Emerg Nurs.* 2018;1-8. [CrossRef]
20. Alnajjar H, Elarousy W. Exploring family needs in neonatal and pediatric intensive care units at King Khaled Hospital-Jeddah. *Clini Med Invest.* 2017;2(4):1-7. [CrossRef]
21. Erdeve Ö. Aile merkezli bakım ve yenidoğan yoğun bakım ünitesi tasarımında ailenin yeri. *Gülhane Tıp Derg.* 2009;51:199-203.
22. Abdel-Latif ME, Boswell D, Broom M, Smith J, Davis D. Parental presence on neonatal intensive care unit clinical bedside rounds: Randomised trial and focus group discussion. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed.* 2015;0:F1-F7. [CrossRef]
23. Marcin JP. Telemedicine in the Pediatric Intensive Care Unit. *Pediatr Clin N Am.* 2013;60(3):581-92. [CrossRef]
24. Yager PH, Clark M, Cummings BM, Noviski N. Parent participation in pediatric intensive care unit rounds via telemedicine: Feasibility and Impact. *J Pediatr.*



- 2017;185:181-6. [\[CrossRef\]](#)
25. Whiting M. Impact, meaning and need for help and support: The experience of parents caring for children with disabilities, life-limiting/life-threatening illness or technology dependence. *J Child Heal Care.* 2013;17(1):92-108. [\[CrossRef\]](#)
26. Wender E. Supporting the family after the death of a child. *Pediatrics.* 2012;130(6):1164-9. [\[CrossRef\]](#)
27. Youngblut JM, Brooten D, Cantwell GP, del Moral T, Totapally B. Parent health and functioning 13 months after infant or child NICU/PICU Death. *Pediatrics.* 2013;132(5):e1295-e1301. [\[CrossRef\]](#)
28. Rahmati M, Khaledi B, Salari N, Bazrafshan MR, Haydarian A. The effects of religious and spiritual interventions on the resilience of family members of patients in the ICU. *Shiraz E Med J.* 2017;18(11):e130007. [\[CrossRef\]](#)