



**YOĞUN BAKIMDA TEDAVİ GÖREN 7-12 YAŞ GRUBUNDAKİ ÇOCUKLARA
UYGULANAN TERAPÖTİK İLETİŞİM TEKNİKLERİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Özge KÖKSAL

**YÜKSEK LİSANS TEZİ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

HAZİRAN 2025

ETİK BEYAN

Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
- Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu,

bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

Özge KÖKSAL

19/06/2025

YOĞUN BAKIMDA TEDAVİ GÖREN 7-12 YAŞ GRUBUNDAKİ ÇOCUKLARA UYGULANAN TERAPÖTİK İLETİŞİM TEKNİKLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

(Yüksek Lisans Tezi)

Özge KÖKSAL

GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Haziran 2025

ÖZET

Bu araştırma, yoğun bakım ünitesinde tedavi gören 7-12 yaş aralığındaki çocuk hastalara uygulanan terapötik iletişim tekniklerinden resim çizme ve ortak hikaye anlatma tekniklerinin etkisini belirlemek amacıyla randomize kontrollü desende yürütülmüştür. Çalışma 1 Ağustos 2024 – 26 Ocak 2025 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Çalışmaya dahil edilme kriterlerine uyan 70 çocukla başlanmış ancak girişim grubu (n=30) ve kontrol grubu (n=30) olmak üzere toplam 60 çocuk ile tamamlanmıştır. Girişim grubundaki çocuklara yoğun bakım ünitesinde iki gün boyunca terapötik iletişim teknikleri uygulanmıştır. Verilerin toplanmasında “Çocuk ve Aileye İlişkin Tanımlayıcı Veri Formu”, “Çocuklar için Durumluk Kaygı Ölçeği” “Koppitz İnsan Figürü Çizim Testi” ve “Duygu Çarkı” kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk testi, Pearson Ki-Kare testi, bağımsız gruplarda t testi, Kappa testi ve gruplar arası ve grup içi puan değişimlerinin etki büyüklüğünün hesaplanmasında Cohen’s d kullanılmıştır. Kayıp veriler için ITT analizi yapılmıştır. Girişim grubundaki çocukların durumluk kaygı ölçeği puanları uygulama sonrasında kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur (p=0,006, d=0,953). Koppitz insan figürü çizim testi sonucuna göre güvensizlik ve yetersizlik duygusu girişim grubunda 11 çocukta, kontrol grubunda ise 21 çocukta belirlenmiştir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,010). Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda terapötik iletişim tekniklerinin yoğun bakım ortamında çocuk hastalara özgü planlanması ve uygulanması önerilmektedir.

Bilim Kodu : 1032.08
Anahtar Kelimeler : Çocuk, Hemşire, Terapötik İletişim, Yoğun Bakım
Sayfa Adedi : 103
Danışman : Prof. Dr. Ebru KILIÇARSLAN
İkinci Danışman : Doç. Dr. Serhat EMEKSİZ

EVALUATION OF THERAPEUTIC COMMUNICATION TECHNIQUES APPLIED TO
CHILDREN AGED 7-12 RECEIVING TREATMENT IN THE INTENSIVE CARE

(M. Sc. Thesis)

Özge KÖKSAL

GAZİ UNIVERSITY

GRADUATE SCHOOL OF HEALTH SCIENCES

June 2025

ABSTRACT

This randomized controlled study aimed to evaluate the effectiveness of therapeutic communication techniques specifically drawing and mutual storytelling applied to pediatric patients aged 7 - 12 years in the intensive care unit. The study was carried out between August 2024 and January 2025 and. A total of 70 children whom met the inclusion criteria included in the study but 60 children, with 30 in the intervention group and 30 in the control group completed the study. Therapeutic communication techniques were applied to the children in the intervention group for two consecutive days in the intensive care unit. Data were collected using the "Child and Family Descriptive Information Form," the "State Anxiety Scale for Children," the "Koppitz Human Figure Drawing Test," and the "Emotion Wheel." Data were analyzed using the Kolmogorov-Smirnov and Shapiro-Wilk tests, Pearson's Chi-square test, independent samples t-test, Kappa test, and Cohen's d to calculate the effect size of score changes within and between groups. ITT analysis for missing data. The post-intervention state anxiety scores of children in the intervention group were found to be significantly lower ($p=0,006$, $d=0,953$). According to the Koppitz Human Figure Drawing Test results, feelings of insecurity and inadequacy were identified in 11 children in the intervention group and 21 children in the control group, indicating a significantly higher rate in the control group ($p = 0,010$). Based on these findings, it is recommended that therapeutic communication techniques be specifically planned and implemented for children patients in intensive care units.

Science Code : 1032.08

Key Words : Child, Nursing, Therapeutic Communication, Intensive Care

Page Number : 103

Supervisor : Professor Doctor Ebru KILIÇARSLAN

Co Supervisor : Assoc. Prof. Serhat EMEKSİZ

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans sürecimde farklı bakış açıları kazanmama katkı sağlayan, her zaman destekleyici yaklaşımıyla beni cesaretlendiren, sevgisi ve rehberliğiyle yolumu aydınlatan, öğrencisi olmaktan mutluluk ve gurur duyduğum çok değerli hocam ve tez danışmanım Sayın Prof. Dr. Ebru KILIÇARSLAN'a,

Tezimin uygulanmasında hastalara ulaşmamı kolaylaştırarak ve çalışmamızın içinde yer alarak destek sağlayan Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Çocuk Yoğun Bakım Eğitim ve İdari Sorumlusu, çok değerli ikinci tez danışman hocam Sayın Doç. Dr. Serhat EMEKSİZ'e,

Yüksek lisans eğitim sürecim boyunca değerli katkılarıyla bana yol gösteren, tezimin resimlerinin yorumlanmasında önemli katkılar sunan, tez jürisinde yer alarak değerli katkılar sunan ve tez sürecim boyunca her zaman yanımda olan çok kıymetli hocam Sayın Prof. Dr. Naime ALTAY'a,

Yüksek lisans eğitim sürecimde katkıları ile beni destekleyen ve tez jürisinde yer alarak değerli katkılar sunan Sayın Doç. Dr. Çiğdem SARI ÖZTÜRK'e,

Tez önerisinde yer alarak araştırmanın geliştirilmesinde katkıda bulunan Sayın Dr. Öğr. Üyesi Zeynep KİSECİK'e ve tez jürisinde yer alarak değerli katkılarını sunan Sayın Doç. Dr. Handan BOZTEPE'ye,

Tez sürecimdeki destekleri ve tez şablonunun hazırlanmasındaki katkılarından dolayı Uşak Üniversitesi Kütüphanesi personeli Sayın Süleyman BİLGİÇ'e,

Yüksek lisans eğitim sürecimde yol arkadaşım hemşire Merve KARDEŞLER'e, manevi desteklerini esirgemeyen hemşire arkadaşlarım Büşra YILDIRIM ve Şilan BERK'e ve bana her zaman destek olup, örnek olan akademisyen arkadaşlarım Arş. Gör. Büşra GÜRÇAY, Arş. Gör. Fatma Melike ERKAN ve Arş. Gör. Rukiye Kevser SAĞLAM'a,

Tüm meslektaşlarıma, destek olan arkadaşlarıma, çalışmaya katılan kıymetli çocuklara ve ailelerine, manevi destekleriyle her zaman yanımda olan canım aileme ve varlığıyla beni mutlu eden biricik yeğenim Zeynep Erva SAPANCI'ya sonsuz teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ÖZET	iv
ABSTRACT.....	v
TEŞEKKÜR.....	vi
İÇİNDEKİLER	vi
ÇİZELGELERİN LİSTESİ.....	x
ŞEKİLLERİN LİSTESİ.....	xii
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	xiii
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	7
2.1. Yoğun Bakımda Yatan Çocukların İnsidansı ve Yoğun Bakıma Yatma Nedenleri	7
2.2. Çocuk Yoğun Bakım Seviyeleri.....	8
2.3. Çocuk Yoğun Bakımın Aileler Üzerine Etkisi ve Ailenin Gereksinimleri.....	10
2.4. Çocuk Yoğun Bakım Ünitesinin Çocuklar Üzerine Etkileri.....	12
2.4.1. Stresin çocuk üzerine etkileri.....	14
2.5. Okul Çağı Çocuğunun Özellikleri.....	15
2.6. Yoğun Bakım Ünitesinde Okul Çağındaki Çocuklarla İletişim.....	17
2.7. Yoğun Bakım Ünitesinde Stresi Azaltmaya Yönelik Terapötik İletişim Tekniklerinin Yararları ve İçeriği.....	18
2.8. Terapötik İletişim Yöntemlerinin Hastanede Yatan Okul Çağı Çocuk Üzerine Etkilerini İnceleyen Çalışmalar	22
2.9. Yoğun Bakım Ünitesinde Kullanılabilecek Terapötik İletişim Teknikleri	30
2.10. Çocuk Yoğun Bakım Hemşirelik Yaklaşımları	32
3.GEREÇ VE YÖNTEM	35
3.1. Araştırmanın Tasarımı	35
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	35

	Sayfa
3.3. Araştırmanın Örneklemi.....	35
3.3.1. Araştırmaya dahil edilme kriterleri	36
3.3.2. Araştırmadan dışlanma kriterleri	36
3.3.3. Araştırmadan çıkarılma kriterleri	36
3.4. Randomizasyon ve Yanlılığın Önlenmesi.....	37
3.5. Veri Toplama Araçları	39
3.5.1. Çocuk ve aileye ilişkin tanımlayıcı veri formu	40
3.5.2. Çocuklar için durumluk kaygı ölçeği.....	40
3.5.3. Koppitz'in insan figürü çizme testi	40
3.5.4. Süreç değerlendirme formu.....	41
3.6. Verilerin Toplanması	42
3.7. Araştırmada Terapötik İletişim Tekniğinin Uygulanması	42
3.8. Araştırmanın Etik Yönü	45
3.9. Verilerin Değerlendirilmesi	45
3.10. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri	46
3.11. Süreç Değerlendirme Bulguları.....	46
4. BULGULAR	51
4.1. Çocuk ve Ailelerine İlişkin Tanımlayıcı Özellikler	51
4.2. Girişim ve Kontrol Grubundaki Çocukların Duygu Durumları ile İlgili Bulgular	53
5. TARTIŞMA	61
5.1. Durumluk Kaygı Ölçeği Puanına İlişkin Bulguların Tartışılması.....	61
5.2. Girişim ve Kontrol Grubundaki Çocukların Koppitz Testi Çizimlerine Göre Duygu Durumlarının Tartışılması	64
5.3. Araştırmanın Güçlü Yönleri ve Zayıf Yönleri	66
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	69
6.1. Sonuçlar.....	69

	Sayfa
6.2. Öneriler	70
KAYNAKLAR	73
EKLER.....	83
EK-1. Etik Kurul Onay Belgesi	84
EK-2. Kurum İzni	87
EK-3. Kontrol Grubu Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu.....	88
EK-4. Girişim Grubu Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	89
EK-5. Zaman Çizelgesi.....	90
EK-6. Çocuk ve Ailesine İlişkin Veri Toplama Formu	91
EK-7. Çocuklar için Durumluk Kaygı Ölçeği	93
EK-8. Koppitz Değerlendirme Formu	94
EK-9. Duygu Çarkı	95
EK-10. Glasgow Koma Skalası (GKS).....	96
EK-11. Süreç Değerlendirme Formu	97
EK-12. Girişim Grubundaki Çocukların Koppitz Çizim Testi Örnekleri.....	98
EK-13. Kontrol Grubundaki Çocukların Koppitz Testi Çizim Örnekleri.....	99
EK-14. Serbest Resim Çizme Etkinliğinden Örnekler	100
EK-15. Yoğun Bakım Ünitesinde Uygulama Örnekleri	101
EK-16. Oyunlaştırma Katılım Sertifika	102
ÖZGEÇMİŞ	103

ÇİZELGELERİN LİSTESİ

Çizelge	Sayfa
Çizelge 2.1. Yoğun bakım ortamının stresörleri	13
Çizelge 2.2. Strese genel uyum süreçleri	14
Çizelge 2.3. Stresin çocuk üzerine etkisi	15
Çizelge 2.4. Terapötik iletişim tekniklerinin yararları	18
Çizelge 2.5. Yatarak tedavi gören çocuklarda oyun terapisi ve terapötik iletişim müdahalelerinin etkilerini inceleyen çalışmalar	24
Çizelge 2.6. Yaş dönemlerine göre terapötik iletişim teknikleri	31
Çizelge 3.1. Araştırma kapsamına alınan ve dışlanan çocuk hastaların yoğun bakım ünitelerine göre dağılımı	37
Çizelge 3.2. Tabakalandırılarak oluşturulan gruplar ve randomizasyon listesi	38
Çizelge 3.3. Terapötik iletişim tekniklerinin amacı ve içeriği	43
Çizelge 3.4. Durumluk kaygı ölçeğine ait normal dağılım test sonuçları (Kolmogorov-Smirnov)	46
Çizelge 3.5. Girişim grubundaki çocukların uygulama sonrası yapılan girişime yönelik puanlamaları	46
Çizelge 3.6. Girişim grubunda bulunan çocukların açık uçlu sorular hakkındaki görüşleri	47
Çizelge 3.7. Girişim ve kontrol grubundaki çocukların duygu çarkında ilişkilendirdikleri duyguları	49
Çizelge 3.8. Girişim ve kontrol grubundaki çocukların duygu çarkında seçtikleri renkler	49
Çizelge 4.1. Çocukların tanımlayıcı özellikleri (n=60)	51
Çizelge 4.2. Aileye ilişkin tanımlayıcı özellikler	52
Çizelge 4.3. Girişim ve kontrol grubundaki çocukların kaygı düzeyine yönelik ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması	53
Çizelge 4.4. Girişim ve kontrol grubundaki çocukların kaygı düzeyine yönelik ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması (ITT Sonrası)	54
Çizelge 4.5. Girişim ve kontrol grubundaki çocukların Koppitz testi çizimlerine göre duygu durumlarının incelenmesinde uzmanlara göre alt maddelerin değerlendirilmesi	55

Çizelge	Sayfa
Çizelge 4.6. Girişim grubundaki çocukların Koppitz testine göre duygu durumlarının incelenmesinde uzman görüşleri arasında uyumun değerlendirilmesi	57
Çizelge 4.7. Kontrol grubundaki çocukların Koppitz testine göre duygu durumlarının incelenmesinde uzman görüşleri arasında uyumun değerlendirilmesi	58
Çizelge 4.8. Uzman görüşleri konsensusundan sonra girişim ve kontrol grubundaki çocukların duygu durumlarının karşılaştırılması.....	59



ŞEKİLLERİN LİSTESİ

Şekil	Sayfa
Şekil 2.1. Yoğun bakımda çocuğu olan ailenin gereksinimleri	11
Şekil 2.2. Sık kullanılan terapötik iletişim teknikleri	19
Şekil 2.3. Hemşirelik tanıları	33
Şekil 3.1. CONSORT akış şeması	39
Şekil 3.2. Araştırmanın akış şeması	44



SİMGELER VE KISALTMALAR

Bu çalışmada kullanılmış simgeler ve kısaltmalar, açıklamaları ile birlikte aşağıda sunulmuştur.

Simgeler

p	P değeri (istatistiksel anlamlılık)
SS	Standart sapma
t	Bağımsız t testi
$\bar{x}$	Ortalama

Kısaltmalar

Açıklamalar

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
BIPAP	Çift Seviyeli Pozitif Hava Yolu Basıncı (Bi-level Positive Airway Pressure)
CPAP	Sürekli Hava Yolu Basıncı (Continuous Positive Airway Pressure)
CDC	Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi (Centers for Disease Control and Prevention)
CONSORT	Deney Raporlamalarının Birleştirilmiş Standartları (Consolidated Standards of Reporting Trials)
ÇYBÜ	Çocuk Yoğun Bakım Ünitesi
ECMO	Ekstrakorporeal Membran Oksijenasyonu
EKG	Elektrokardiyografi
GAS	Genel Uyum Belirtisi
IV	İntravenöz
NIC	Hemşirelik Girişimleri Sınıflaması (Nursing Intervention Classification)
TDK	Türk Dil Kurumu
TSSB	Travma Sonrası Stres Bozukluğu
GKS	Glaskow Koma Skalası

1. GİRİŞ

Problemin tanımı ve önemi

Sağlıklı bir çocuk, sağlıklı bireylerin ve dolayısıyla sağlıklı bir toplumun temel şartıdır [1]. Çocuk sağlığı, toplum sağlığı üzerinde çok önemli bir etkiye sahiptir. Bir ülkede çocuk sağlığı, uygulanan sağlık politikaları ve sistemlerine göre ülkenin gelişmişlik durumunu ve sağlık düzeyini gösteren önemli unsurlardan biridir [2]. Yoğun bakım hizmetleri, gelişmiş ülkelerde sağlık sistemlerinin çok önemli bir parçasını oluşturmaktadır. Etkili çocuk yoğun bakım hizmetleri çocuk ölümlerini azaltmakla birlikte yoğun bakım yatışlarında artış olması dikkat çekicidir [3, 4].

Çocuklar yaşamlarında akut ya da kronik hastalık nedeniyle belirli sürelerde yoğun bakım ünitelerinde kalabilirler. Amerika Birleşik Devletleri'nde yılda yaklaşık 480.000 çocuk ve 20 yaşın altındaki genç yetişkin yoğun bakım ünitelerine kabul edilmektedir [5, 6]. Pediatrik Yoğun Bakım Denetim Ağı Yıllık Raporu (PICANet)'na göre; 2020 yılında İngiltere' de 12.956 çocuğun, İskoçya'da 1178 çocuğun yoğun bakıma yatışı yapılmıştır [7].

Dünya da çocuk yoğun bakım sayısı giderek artmaktadır. Örneğin; ABD'de 1988 yılında 276 olan çocuk yoğun bakım ünitesi sayısı 2005 yılı itibariyle 337'ye ulaşmış ve 2021 yılında 900.000 toplam hastane yatağından yaklaşık 5.000'e yükselmiştir [8, 9]. Türkiye'de de çocuk yoğun bakım yatak sayısı 2020 yılında 1.956'dan 2023 yılında 2.514'e yükselmiştir [10]. Bu da çocukların yoğun bakıma ihtiyacının giderek arttığını göstermektedir.

Çocuk yoğun bakım üniteleri, yaşamı tehdit eden durumlarda çocuk hastalara özel bakım ve tedavi uygulamalarının sağlandığı, ileri düzey teknolojiyle donatılmış, multidisipliner yaklaşıma dayanan, yüksek donanımlı ve karmaşık ünitelerdir. Yapılan çalışmalarda çocuk yoğun bakımda en çok yatış nedenleri; enfeksiyon, solunum sistemi, nörolojik sistem zehirlenmeler, hematolojik sistem, travma ve kardiyovasküler sistem kaynaklıdır [11-13]. Ancak sadece hastalık değil, yoğun bakımın psikolojik yükü de çocukları olumsuz etkileyebilir.

Çocuklar yoğun bakım ortamından fiziksel, psikolojik ve sosyal açıdan etkilenebilmektedirler. Ebeveynler ve çocuklar, yabancı bir çevrede bulunmanın yanı sıra

tanı ve prognoza ilişkin belirsizlikler ile olası ölüm ya da kalıcı fiziksel ve psikolojik bozukluklara dair korkular nedeniyle yüksek düzeyde stres yaşayabilirler [14]. Çocuk sağlığı alanında birçok ilerleme olmasına karşın çocuk hastalıklarının tedavileri, bakımları, çocuklar ve aileler için travmatik, acı, korku ve endişe verici olabilmektedir [15]. Bunlar ilerde çocuklarda travma sonrası stres bozukluğu gibi olumsuz durumlara yol açabilmektedir [16, 17].

Çocukların kaygı, korku ve belirsizlik yaşamalarının nedenleri arasında yoğun bakım ortamında çalışanların çocuğun tedavisi ve bakım sürecindeki yapmış oldukları uygulamalar, bulunulan ortam, çocuğun algıları olabilmektedir [18]. Ayrıca çocuk yoğun bakım ortamı fizyolojik, çevresel, psikolojik ve sosyal olarak strese neden olan birçok faktörleri içerir. Fizyolojik stresör olarak; ağrı ve konforun bozulması (enjeksiyon, invaziv girişimler), immobilité (yatak istirahati), uyku yoksunluğu, beslenmede yetersizlik, alışkanlıkların değişmesi gibi durumlardır. Çevresel olarak; yabancı ortam (kalabalık), mekanik cihazlar (mekanik ventilatörler, kardiyak monitörler ve infüzyon ile enjektör pompaları), yabancı insanlar (sağlık çalışanları, personeller), yabancı ve hoş olmayan kokular, gün ve gece kavramının bozulması, diğer hastalarla ilgili durumlar, çalışanlarda etik kurallara aykırı yorumların ve tutumların olması sıralanabilir. Psikolojik olarak; mahremiyet eksikliği, etkisiz iletişim, yetersiz bilgiye sahip olma ve olayları anlamama, hastalığın ciddiyeti, ailenin davranışları vb. belirtilebilir. Sosyal olarak; aile ve arkadaş ilişkilerinde bozulma, okulla ilgili endişe duyma, oyun yoksunluğu yaşama gibi durumlar olabilir [11].

Bu nedenle yoğun bakım gibi bir ortamda çocukla etkili bir terapötik iletişim, yaşanan olayların ve durumların çocuğun gelişim düzeyine uygun bir şekilde ifade edilmesi ve çocuğa uygun terapötik iletişim tekniğinin kullanılması çocuğun zihinsel ve ruhsal yönden tüm hayatını etkileyebilmektedir [19]. Terapötik iletişim yoğun bakımda yatan çocuğun korku ve anksiyetesi ile baş etmesine yardımcı olabilir [20]. Bundan dolayı pediatri hemşireleri, çocukların korku ve kaygılarının azaltılması ve duygularını rahatlıkla ifade edebilmesi için terapötik iletişimi bakıma entegre etme konusunda duyarlı ve istekli olması yarar sağlayabilir [21].

Çocuklarla etkili terapötik iletişim için dönem özelliklerine uygun tekniğin seçilmesi yarar sağlayabilir. Okul çağı dönemi, hastane ve hastalık sürecinin dışında birçok gelişimsel değişiminde yaşandığı bir dönemdir. Gelişimsel özellikler olarak, 7-12 yaş döneminde

çocuklar için başarı, cesaret, gizlilik, bağımsızlık ve arkadaş grupları önemli olabilmektedir. Çocuklarda okul aracılığıyla çocuğun toplumsallaşma süreci başlamaktadır. Bu dönemde çocuk girişken olmayı öğrenebilir. Çocuklar nesneleri birden fazla özelliklerine göre sınıflandırabilirler (büyüklük, boy, ağırlık, biçim vb.). Bu dönemde çocuklar; büyük ve küçük kasları kullanmayı öğrenme, çeşitli oyunlara katılarak beceri kazanma, kurallara uyarak yaşama, akranlarına uyum gösterme, ev dışında yetişkinlerle ilişki kurabilme, bedenini tanıma ve kabul etme, cinsiyetine uygun davranma, kendi davranışlarının sorumluluğunu alma, temel okul becerileri kazanma, zaman kavramlarını öğrenme gibi beceriler geliştirirler. Bu nedenle, bu dönemde hastanede yatan çocuktan terapötik iletişim tekniklerinin kullanımı, kitap, dergi okuması, günlük tutması, resim çizmesi, müzik dinlemesi, bilgilendirilmesi, duygularının dinlenmesi, başarılarının takdir edilmesi hastane ortamında yaşadığı anksiyeteyi azaltmasında yarar sağlayabilir [20, 22, 23].

Terapötik iletişim teknikleri olarak; hikaye anlatma, resim çizme, müzik dinletme gibi yöntemler kullanılabilir. Özellikle 9 yaş ve üzerindeki çocuklarda, bebek ya da kukla ile oynamaları yerine hastanede kullanılan tıbbi araçlara dokunma ve onları inceleme fırsatının verilmesi, hastane ortamına ilişkin korkuların azaltılmasında etkili olabilmektedir. El becerilerinin, bilişsel yetilerinin ve düşünce-duygu ifadelerinin gelişmiş olması nedeniyle, resim çizme ve ortak hikaye anlatma gibi teknikler, 7–14 yaş aralığındaki çocuklar için sıklıkla tercih edilen etkili terapötik iletişim teknikleri arasında yer almaktadır [24]. Çocuklar, duygularını sözel olarak ifade etmede çoğu zaman zorluk yaşayabilmektedirler. Bu nedenle, hasta çocukla iletişim kurarken çalışan tüm sağlık profesyonelleri terapötik iletişim tekniklerinden biri olan resim çizme tekniğini kullanabilmektedir. Resim çizme, çocuğun iç dünyasını anlamaya yönelik oldukça etkili bir teknik olabilir [25].

Literatürde hastane ortamında çocuklarla terapötik iletişim teknikleri kullanılarak yapılan çeşitli çalışmalar olduğu görülmektedir. Macuncu ve Kostak (2025) yapmış oldukları randomize kontrollü bir çalışmada çocuk kliniğinde solunum sistemi enfeksiyonu tanısı alan 3-6 yaş çocuk hastalara inhaler ilaç tedavisi sırasında uygulanan hikaye anlatımı ve resim çizdirme terapötik iletişim teknikleri uygulanmıştır. Çalışma sonucunda girişim grubunda işlem sırasında Çocuk Korku Ölçeği puan ortalaması, işlem öncesine göre daha düşük olduğu ve bu tekniklerin çocuklarda olumsuz duygusal belirtileri azaltmada etkili olduğu sonucuna ulaşmışlardır [26].

Kırkan ve Kahraman (2023) yaptıkları bir çalışmada, 3–8 yaş aralığındaki çocukların solunum sistemi hastalıkları nedeniyle acil servise başvuruları sırasında, oyuncak nebulizatör ve maske ile gerçekleştirilen terapötik iletişimin, çocukların hastane korku ve anksiyete düzeylerinin azaltılmasında etkili olduğu belirlenmiştir [27]. Altay ve diğerleri (2017) bir üniversite hastanesinde yarı deneysel bir çalışma ile 9-16 yaş grubunda 30 kanser tanısı olan çocuklarla resim çizdirme, yazma, ortak hikaye anlatma tekniklerinin kullanıldığı terapötik iletişim tekniklerinin uygulandığı 5 günlük bir program uygulamışlardır. Program uygulandıktan sonra çocukların durumluk kaygı puanlarının kontrol grubuna göre anlamlı derecede azalma gösterdiğini saptamışlardır [28].

Genel olarak literatür incelendiğinde bu araştırmaların servis ve poliklinik ortamlarında yapıldığı görülmektedir. Ancak yoğun bakımda çocukla terapötik iletişimin etkisini inceleyen çalışmalara rastlanmamıştır. Çocuk yoğun bakım ortamında terapötik iletişim tekniklerini kullanarak yapılan çalışmaların etkinliğini inceleyen araştırmalara ihtiyaç bulunmaktadır.

Çocuk yoğun bakım ortamında terapötik iletişimin kullanılması çocuk ve ailenin duygu durumunu olumlu etkileyebilir, hastanede yatmanın neden olduğu stresi azaltabilir, iyileşme sürecini hızlandırabilir, hemşirelik bakımın kalitesini arttırabilir. Farklı ortamlarda sunulan terapötik iletişim tekniklerinin geliştirilebilmesi için yoğun bakım ortamlarında da bu tekniğin kullanılarak incelenmesi kanıt temelli veri sağlayabilir.

Araştırmanın amacı

Bu çalışmanın amacı, yoğun bakım ortamında tedavi gören 7-12 yaş grubu çocuklara uygulanan ortak hikaye anlatma ve resim çizme terapötik iletişim tekniklerinin çocukların durumluk kaygı düzeyine ve duygu durumuna etkisinin incelenmesidir.

Araştırmanın hipotezleri

H1.1: Terapötik iletişim tekniği uygulanan girişim grubundaki çocukların durumluk kaygı ölçeği toplam puan ortalamaları kontrol grubundaki çocuklara göre farklıdır.

H1.2: Terapötik iletişim tekniği uygulanan girişim grubundaki çocukların Koppitz insan figürü çizme testine göre duygu durumu kontrol grubundaki çocukların duygu durumuna göre farklıdır.

Araştırmada kullanılan tanımlar

II. Seviye Çocuk Yoğun Bakım Üniteleri: Genellikle daha az ağır hastalara tedavi ve bakım verilen bu ünitelerde hastaların durumları daha “stabil” ve daha az karmaşık olarak tanımlanmaktadır. Bu ünitelerde, genellikle tek organ yetmezliği yaşayan hastalara diyaliz, hemofiltrasyon, plazmaferez ve mekanik ventilasyon gibi destek tedavileri uygulanır. Bu ünitelerde genellikle klinik durumu daha stabil ve hastalık seyri daha az karmaşık olan hastalara bakım ve tedavi hizmeti sunulmaktadır [29, 30].

III. Seviye Çocuk Yoğun Bakım Üniteleri: Karmaşık tıbbi ve cerrahi hastalıklara sahip çocukların ileri düzeyde tedavi ve bakım gereksinimlerini karşılamak amacıyla kurulmuş ünitelerdir. Bu hizmet, yenidoğan bebekler dışında çocuk yaş grubundaki tüm dahili ve cerrahi sağlık sorunlarını kapsamakta olup, çocuk yoğun bakım uzmanlarının koordinasyonunda 'multidisipliner' bir ekip tarafından yürütülmektedir. Bu üniteler nitelikli gözlem ve müdahale gerektiren, yaşamsal destek ihtiyacı duyan veya çoklu organ yetmezliği gelişen çocuk hastalar kabul edilmektedir [29,30].

2. GENEL BİLGİLER

Tezin genel bilgiler kısmı 10 başlık altında incelenmiştir. Bunlar:

2.1.Yoğun Bakımda Yatan Çocukların İnsidansı ve Yoğun Bakıma Yatma Nedenleri

2.2.Çocuk Yoğun Bakım Seviyeleri

2.3.Çocuk Yoğun Bakımın Aileler Üzerine Etkisi ve Ailenin Gereksinimleri

2.4.Çocuk Yoğun Bakımın Çocuklara Etkisi

2.5.Okul Çağı Çocuğunun Özellikleri

2.6. Yoğun Bakım Ünitesinde Okul Çağındaki Çocuklarla İletişim

2.7.Yoğun Bakım Ünitesinde Stresi Azaltmaya Yönelik Terapötik İletişim Tekniklerinin Yararları ve İçeriği

2.7.1.Terapötik İletişimin Çocuk Üzerine Etkisi

2.8.Terapötik İletişim Yöntemlerinin Hastanede Yatan Okul Çağı Çocuk Üzerine Etkilerini İnceleyen Çalışmalar

2.9.Yoğun Bakım Ortamında Kullanılabilecek Terapötik İletişim Teknikleri

2.10. Çocuk Yoğun Bakım Hemşirelik Yaklaşımları

2.1. Yoğun Bakımda Yatan Çocukların İnsidansı ve Yoğun Bakıma Yatma Nedenleri

Çocukların, akut veya kronik hastalıklar nedeniyle belirli bir süre yoğun bakım ünitesinde izlenmesi ve tedavi edilmesi gerekli olabilmektedir. Çin'de büyük bir çocuk hastanesinin yoğun bakım ünitelerine kabul edilen çocuklarla ilgili bilgileri içeren veri tabanına göre 2010-2018 yılları arasında yoğun bakım ünitesine kabul edilen 12.881 çocuk hasta olmuştur [31]. Pediatrik Yoğun Bakım Denetim Ağı Yıllık Raporu (PICANet)'na göre; 2020 yılında

İngiltere’ de 12.956 çocuğun, İskoçya’da 1178 çocuğun yoğun bakıma yatışı yapılmıştır [7]. Türkiye de en büyük hastanelerden biri olan Ankara Bilkent Şehir Hastanesi’nde yapılan bir retrospektif çalışmaya göre 2019-2021 yılları arasında 2280 çocuk hasta yoğun bakım ünitesine yatışı yaptığı belirlenmiştir [32].

Dünya da çocuk yoğun bakım ünitesi sayısı giderek artmaktadır. Örneğin; 2021 yılında Amerika Birleşik Devletleri’nde (ABD) 900.000 toplam hastane yatağından yaklaşık 5.000 çocuk yoğun bakım yatağı bulunmaktadır [8]. İspanya’da ise 8 milyon çocuk için 240 çocuk yoğun bakım yatağı bulunmaktadır [33]. Türkiye’de de çocuk yoğun bakım yatak sayısı 2020 yılında 1.956’dan 2023 yılında 2.514’e yükselmiştir [10].

Yapılan çalışmalarda çocuk yoğun bakımda yatış nedenleri; solunum sistemi, nörolojik sistem, kardiyovasküler sistem, üriner sistem, endokrin sistem, metabolizma-gastrointestinal sistem, enfeksiyon, hematoloji-onkoloji hastalıklarından ve zehirlenmelerden, travmalardan ve çevresel etkenlerden, ameliyat sonrası bakımdan kaynaklı olabilmektedir [12, 34, 35].

Çocuk yoğun bakım ünitelerinde tedavi gören hastaların yatış tanılarıyla ilgili çalışmalar incelendiğinde, en sık yatış endikasyonlarının sırasıyla solunum sistemi hastalıkları, nörolojik hastalıklar ve zehirlenmeler olduğu görülmektedir [12, 34, 35].

2.2. Çocuk Yoğun Bakım Seviyeleri

Yoğun bakım; yatak kapasitesi, hasta özellikleri, fiziksel koşullar, gerekli uzmanlık alanları, uzman doktor ve hemşire sayısı, diğer personel özellikleri, tıbbi ekipman standartları ve sağlık kurumunun durumu gibi faktörlere göre seviyelendirilmektedir [36]. Çocuk yoğun bakım seviyeleri ülkelere, illere göre ve kurumlara göre değişiklik gösterebilmektedir. Türkiye’de Resmi Gazete’de yayımlanan yönetmeliğe göre (2020), çocuk yoğun bakım üniteleri II. ve III. seviye yoğun bakım üniteleri olarak düzenlenmiştir:

II. Seviye çocuk yoğun bakım üniteleri: Genellikle daha az ağır hastalara tedavi ve bakım verilen bu ünitelerde hastaların durumları daha “stabil” ve daha az karmaşık olarak tanımlanmaktadır. Temel monitörizasyon (Elektrokardiyografi (EKG), ritim, oksijen saturasyonu, kan basıncı, nabız, ateş) takibine sahip, sıvı ve kan replasmanı, entübasyon, kardiyopulmoner resüsitasyon ile hastaların stabilizasyonu yapılabilmektedir. Genellikle

tekli organ yetmezliği durumlarında hemodiyaliz ve mekanik ventilasyon gibi destek tedavileri uygulanabilen çocuk yoğun bakım üniteleridir [30, 36].

III. Seviye çocuk yoğun bakım üniteleri: Karmaşık tıbbi ve cerrahi hastalığı olan çocuklar için tedavi ve bakım gereksinimlerini sağlamaktadır. Bu üniteler çocuklarda görülebilecek dahili ve cerrahi tüm hastalıkları kapsayacak şekilde çocuk yoğun bakım hizmetleri; doktor, hemşire, diyetisyen, fizyoterapist gibi “multidisipliner” bir ekip tarafından yürütülmektedir. II. Seviye hastalarının özelliklerine ek olarak ileri pediatrik ve cerrahi değerlendirme ile girişimlerin yapılabilirdiği, en az bir adet solunum izolasyon odası bulunan yoğun bakım üniteleridir [30, 36].

Amerika Birleşik Devletleri (ABD)’de olması gereken seviyeler aşağıda belirtilmiştir.

I.Seviye: Akut basit izlemeyi içerir. Kanül ile O₂ (basit veya yüksek akımlı nazal kanül), aralıklı solunum tedavileri (ölçülü doz inhaler veya nebulize solunum tedavisi) ile aralıklı intravenöz (IV) ilaç uygulamaları ve IV sıvı tedavisini kapsamaktadır [37].

II.Seviye: Çocuk resüsitasyon ve rutin mekanik ventilasyon (konvansiyonel veya sürekli pozitif havayolu basıncı (CPAP) / çift seviyeli pozitif havayolu basıncı (BIPAP) sağlanır. Çocuk yoğun bakım uzmanları bulunur [37].

III.Seviye: Çocuk resüsitasyon ve gelişmiş mekanik ventilasyon sağlanan (yüksek pozitif ekspiratuar son basınç, yüksek frekans veya gelişmiş CPAP/BIPAP'ta konvansiyonel) Çocuk alt uzmanlık alanlarının tamamına erişim sağlanmakta olup çocuk yoğun bakım uzmanlarının görev aldığı ünitelerdir [37].

IV.Seviye: Uzmanlaşmış çocuk resüsitasyon hizmetlerinin yanı sıra, akciğer, kalp ve böbrek desteğinin tüm seviyelerinin (Ekstrakorporeal Membran Oksijenizasyonu (ECMO) Sürekli Renal Replasman Tedavisi (CRRT) uygulanabilirdiği gelişmiş yoğun bakım ünitelerini kapsamaktadır. Bu ünitelerde tam kapsamlı çocuk alt uzmanlık hizmetlerine erişim ve bakım, çocuk yoğun bakım uzmanları tarafından yürütülmektedir [37].

2.3. Çocuk Yoğun Bakımın Aileler Üzerine Etkisi ve Ailenin Gereksinimleri

Yoğun bakım ünitelerinde çocukların tedavi süreci sadece çocukları değil, aileleri de etkileyebilmektedir. Ailelerin yoğun bakım ünitesinde verdiği tepkiler, birkaç faktörden etkilenebilmektedir:

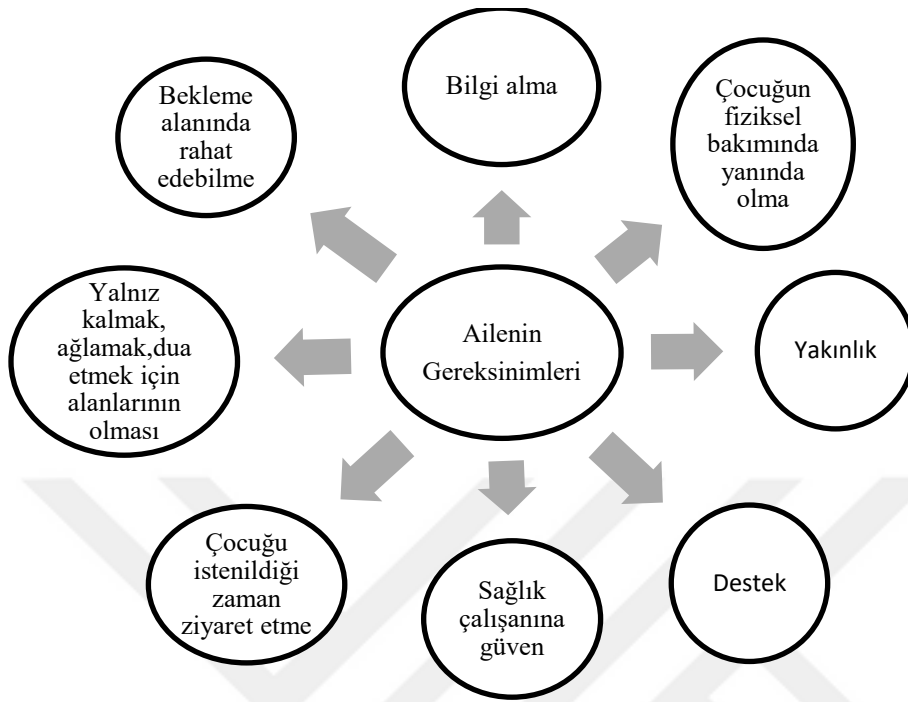
Bireysel faktörler: Ebeveynin yaşı, eğitim düzeyi, cinsiyeti, ebeveynlik rolleri ve yaşamlarındaki diğer stres faktörleri, önceki ruh sağlığı sorunları, önceki yoğun bakım deneyimleri gibi faktörler olabilir [38, 39].

Durumsal faktörler: Çocuğun yoğun bakıma kabulü (planlı veya plansız), çocuğun hastalığının ciddiyeti ve çocuğun tanısı gibi durumsal faktörler olabilir [38, 39].

Çevresel faktörler: Yoğun bakım ortamındaki alarmlar, monitörler ve makineler gibi yoğun bakım ortamının fiziksel yönlerini içeren çevresel faktörler olabilir [38, 39].

Çocuk yoğun bakım ünitelerine (ÇYBÜ) çocukların yatışının yapılması, aileler üzerinde stres, kaygı ve depresyon gibi önemli etkileri olabilmektedir. Çocuğu yoğun bakımda olan aile; korku, kaygı, endişe, keder, öfke, çaresizlik, güçsüzlük hissi gibi duyguları yaşayabilir [39-42]. Çocuk yoğun bakım ünitesinde (ÇYBÜ) yatan çocukların ebeveynleri kısa süreli travma sonrası stres semptomu yaşayabilir. Yoğun bakımda çocukların uzun süreli yatışlarında ebeveynler akut stres bozukluğu ve travma sonrası stres bozukluğu gibi uzun süreli etkiler yaşayabilirler [43-45]. Yoğun bakımda çocuğu olan ailenin gereksinimleri olabilmektedir. Çocuğu yoğun bakımda olan ailenin bilgi alma, çocuğun fiziksel bakımında yanında olma, yakınlık, destek, sağlık çalışanına güven, çocuğu istenildiği zaman ziyaret etme, yalnız kalmak, ağlamak ve dua etmek için alanlarının olması, bekleme alanında rahat edebilme gibi gereksinimleri olabilmektedir [46-48].

Çocuğu yoğun bakımda olan ailenin gereksinimleri aşağıda şekil 2.1’ de verilmiştir.



Şekil 2.1. Yoğun bakımda çocuğu olan ailenin gereksinimleri

Bu gereksinimleri karşılanmayan aileler travma sonrası stres bozukluğu, anksiyete, depresyon gibi semptomlar yaşayabilmektedirler [44]. Hemşire olarak aileye yeterli bilginin verilmesinde yardımcı olmak, destek olmak, güven vermek, rahat bir ortam oluşturmak önem kazanmaktadır.

Literatürde yoğun bakım sürecinde ebeveynlere, çocuklara ve sağlık çalışanlara destek olmak için yapılan çalışmalar mevcuttur. Wang ve diğerleri (2022) tarafından yapılan bir çalışmada, yoğun bakımda çocuğu olan ebeveynlere yönelik bir günlük kitapçığı uygulanmıştır. Bu kitapçık, ebeveynlerin ve sağlık çalışanlarının doldurması gereken bölümleri içermektedir. Çalışmaya katılan 17 aileden 15 ebeveyn, günlük değerlendirmelerini tamamlamıştır. Kitapçıkta, ebeveynlerin duygu ve düşüncelerini yazabilecekleri bölümler bulunmaktadır. Yoğun bakım ünitesinde günlük müdahalesi yaşanan süreci anlamlandırmaya ve düşüncelerin ifade edilmesinde yardımcı olarak, taburculuk sonrası dönemde çocuk ve ebeveynlerine psikososyal açıdan destek sağlayabileceği sonucuna ulaşmışlardır [49].

Mikkelsen (2018) tarafından yürütülen nitel bir benzer çalışmada da, yoğun bakım ünitesinde üç günden fazla süreyle kalan çocuklar ve ebeveynlere psikososyal destek sağlamak amacıyla hemşireler tarafından kişiselleştirilmiş günlükler yazılmıştır. Araştırma sonucunda, yoğun bakım sürecinde yazılan bu günlüklerin; çocuk ve ebeveynlere açıklamalarla eksik ya da hatırlanamayan durumları tamamlayarak ve yaşanan süreci anlamlandırmaya yardımcı olarak, taburculuk sonrası dönemde çocuk ve ebeveyne psikososyal açıdan destek sağlayabileceği sonucuna ulaşmışlardır [50].

2.4. Çocuk Yoğun Bakım Ünitesinin Çocuklar Üzerine Etkileri

Çocuk yoğun bakım üniteleri (ÇYBÜ), hayatı tehdit eden hastalıklar nedeniyle ileri düzey tıbbi bilgi, beceri ve teknolojik olanakların kullanıldığı, yüksek riskli hasta grubuna yönelik özel bakım hizmetlerinin sunulduğu ortamlardır [29]. Ancak bu ünitelerde tedavi gören çocuklar, uzun süreli psikolojik etkiler bırakabilecek düzeyde stresli deneyimlere maruz kalabilmektedir [51]. Çocukların yabancı ve stresli bir çevrede bulunmaları, yoğun bakım ünitelerinin yoğun teknolojik donanımı, yüksek düzeyde ses, sürekli aydınlatma, çok sayıda çalışan personelinin bulunması, çok sayıda işlem yapılması, ailelerinden ve arkadaşlarından ayrı kalmaları ve yaşamlarının tehdit altında olması çocuklarda korku, kaygı, öfke gibi olumsuz duyguların ortaya çıkmasına neden olabilmektedir [52, 53].

Yoğun bakım ünitesinde izlem altında olan çocuklar; fizyolojik, çevresel, psikolojik ve sosyal olarak çok yönlü stresörlere maruz kalabilmektedir. Bu stresörler, yoğun bakım ortamının özellikleri sonucu ortaya çıkmakta olup, ilgili literatürde belirtilmiştir [11, 22, 61] (Bkz. Çizelge 2.1).

Yoğun bakım ünitesinde başlayan ve taburcu olduktan sonra da devam eden fiziksel, duygusal, bilişsel ve psikososyal semptomlar yoğun bakım sonrası sendromu olarak tanımlanmaktadır. Literatürde yoğun bakım ünitesinden sağ kurtulan çocukların, kardeşlerinin ve ebeveynlerinin yaşadığı yoğun bakım sonrası sendromunun kavramsal bir modeli, çocuk yoğun bakım sonrası sendromu olarak adlandırılmaktadır [54, 55].

Çizelge 2.1. Yoğun bakım ortamının stresörleri

<i>Fizyolojik</i>	<i>Çevresel</i>	<i>Psikolojik</i>	<i>Sosyal</i>
Ağrı ve konforun bozulması (enjeksiyon, invaziv girişimler)	Yabancı ortam(kalabalık)	Mahremiyet eksikliği	Aile ve arkadaş ilişkilerinde bozulma
İmmobilite (yatak istirahati)	Mekanik cihazlar (mekanik ventilatörler, kardiyak monitörler ve infüzyon ile enjektör pompaları)	İletişim eksikliği	Okuldan geri kalma ile ilgili endişe duyma
Uyku yoksunluğu	Yabancı insanlar (sağlık çalışanları, personeller)	Yetersiz bilgiye sahip olma ve olayları anlamama	Rutinlerinin bozulması
Yemek yeme ve içmede yetersizlik	Yabancı ve hoş olmayan kokular	Hastalığın ciddiyeti	-
Alışkanlıkların değişmesi	Gün ve gece kavramının bozulması	Ailenin davranışları	-
-	Diğer hastalarla ilgili durumlar	-	-
-	Çalışanlarda kibar olmayan ve uygunsuz yorumların olması	-	-
-	Uygunsuz Işıklar	-	-
-	Oyun olanaklarının olmaması	-	-

Çocukların yoğun bakım ünitelerine yatışı, yalnızca fiziksel sağlıkları üzerinde değil, aynı zamanda psikososyal gelişimleri üzerinde de önemli etkilere yol açabilmektedir. Çocuk yoğun bakım süreci, travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), bilişsel bozukluklar, duygusal ve davranışsal sorunlar, huzursuzluk, uyku bozuklukları, dikkat eksikliği ve gelişimsel gecikmeler gibi çeşitli psikolojik ve nöropsikiyatrik sonuçlarla ilişkilendirilmektedir [51, 56]. Özellikle yoğun ve invaziv tedavilerin uygulandığı hastaneye yatış süreçlerinde, çocuklarda taburculuk sonrasında öfke, saldırganlık, anksiyete, iletişim güçlükleri, sosyal uyum problemleri ve gelişimsel regresyon gibi belirtiler gözlemlenebilmektedir [20, 57]. Tüm bunlar, yoğun bakıma yatış sürecinin çocuklar açısından potansiyel bir travma kaynağı olabileceğini göstermektedir.

Yapılan birçok çalışmada, yoğun bakım süreci sonrasında çocuklarda çeşitli kısa ve uzun vadeli sorunların ortaya çıktığı bildirilmiştir. Özellikle taburculuk sonrası dönemde, çocuklarda büyüme ve gelişme geriliği, TSSB, dikkat eksikliği, uyku bozuklukları, hafıza bozuklukları gibi nöropsikiyatrik ve gelişimsel problemler yaygın olarak gözlemlenmektedir [51, 58,-60].

Terp ve Sjöström-Strand (2017) tarafından yapılan bir çalışmada, çocuk yoğun bakımda yatan çocuklarda korku, kaygı, uyku bozuklukları, kabuslar ve içe kapanma gibi psikolojik semptomların geliştiğini gözlemlemişlerdir [41]. Ko ve diğerleri (2022) yapmış olduğu

çalışmalarında ise yoğun bakım ünitesine kabul edilen çocukların, sağlıklı çocuklarla karşılaştırıldığında, taburculuktan sonraki 1 ile 2 yıllık takip sürecinde daha düşük zeka puanların sahip olduklarını ortaya koymuşlardır. Bunlar, çocuk yoğun bakım sürecinin çocukların yalnızca fiziksel sağlıklarını değil, aynı zamanda psikolojik ve bilişsel gelişimlerini de önemli ölçüde etkileyebileceğini göstermektedir [51].

2.4.1. Stresin çocuk üzerine etkileri

Stres kavramının orijinaline baktığımızda, 17. Yüzyılda latince bir kavram olan “stringere” den geldiğini görebiliriz. Stres; zorlanma, gerilim ve baskı anlamında kullanılmaktadır [62]. Stres; iç ya da dış çevreden kaynaklanan, temel gereksinimlerin karşılanmasına engel olan, canlının dengesini bozan, baş etme yeteneğini zorlayan ve dengeyi bozmak için tehdit eden bir olay olarak tanımlanabilir [20, 63]. Bireyin sosyal, bilişsel veya duygusal işleyişini bozmak için tehdit eden durumlara yönelik dengeyi yeniden kurmasına yönelik yeni davranışlara zorlayan, algıladığı uyarıcılara yönelik bilişsel, fiziksel ve ruhsal tepkilerini içermektedir [64]. Strese karşı her çocuk farklı tepkiler verebilmektedir. Selye (1976)’ye göre, strese verilen tepkiler belirli bir süreçten geçmektedir. Bu süreç, Genel Uyum Belirtisi (GAS) olarak adlandırılmıştır. Bu, stres faktörlerine verilen tepkinin zaman içinde nasıl geliştiğini açıklamaktadır. Strese genel uyum süreçleri üç süreçten oluşur: alarm reaksiyonu, direnç ve tükenmedir [63-65]. Çizelge 2.2’de Strese Genel Uyum Süreçleri verilmiştir (Çizelge 2.2).

Çizelge 2.2. Strese genel uyum süreçleri

Alarm	Direnç	Tükenme
Vücudu aşırı aktiviteye hazırlayan, kısa, bedensel uyarılma dönemleridir. Sempatik sinir sistemi aktif hale gelir. Savaş ya da kaç tepkisi gösterilir. Adrenal korteksin genişlemesi Hastalığa karşı artan duyarlılık	Canlı varlığın uzayan stres yükleyicilerini zayıflatan etkilerine karşı daha fazla dayanıp direnç gösterdiği süreçtir. Adrenal korteksin daralması Hormon seviyelerinin korunması Strese karşı artan duyarlılık	Stres etmenleri yeterince kalıcı ve yoğunsa vücut kaynakları azalır ve tükenme süreci başlar. Hastalık görülebilir. Hastalıkta ilerleme olabilir İleri aşamada buna bağlı ölüm gerçekleşebilir.

Stresin çocuk üzerine birçok psikolojik etkileri olabilir. Bunlar; kısa dönemde korku, kaygı, endişe, öfke, umutsuzluk, yalnız hissetme, uyku bozukluğu, yeme bozukluğu gibi etkiler olabilir. Uzun dönemde ise büyüme gelişme bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu, anksiyete, davranış bozuklukları, öğrenme güçlüğü, suça itici davranışlar, bağımlılıklar zorbalık gibi etkiler görülebilir [51, 66, 67]. (Çizelge 2.3).

Çizelge 2.3. Stresin çocuk üzerine etkisi

Kısa Dönem Etkisi	Uzun Dönem Etkisi
Korku	Büyüme Gelişme Bozukluğu
Kaygı	Travma Sonrası Stres Bozukluğu
Endişe	Çocuk Yoğun Bakım Sonrası Sendromu
Öfke	Davranış Bozuklukları
Umutsuzluk	Öğrenme Güçlüğü
Yalnız Hissetme	Suç İtici Davranışlar
Uyku Bozuklukları	Bağımlılıklar
Yeme Bozuklukları	Nörogelişimsel Bozukluk
Anksiyete	Depresif Bozukluk

Çocukluk döneminde stresli veya travmatik olayların yaşanmasına olumsuz çocukluk deneyimleri denilmektedir [68]. Amerika Birleşik Devletleri Hastalıkları Kontrol ve Önleme Merkezi (CDC), 2019 yılında bir rapora göre, her 6 yetişkinden 1'i 4 veya daha fazla olumsuz çocukluk deneyimi yaşadığı, ayrıca her 10 yetişkinden 5'inin bu olumsuz deneyimler sebebiyle hayatını kaybettiği belirtilmiştir. Rapor, olumsuz çocukluk deneyimlerinin azaltılarak yetişkin depresyonlarının %44'ünü azaltılabileceğini belirtmektedir [69].

2.5. Okul Çağı Çocuğunun Özellikleri

Okul çağı, 6-12 yaş arası dönemi içermektedir. Bu dönemde çocuklar birbirleriyle daha fazla zaman geçirmekte ve arkadaşlıklar önem kazanmaktadır. Okula başlama okul çağı döneminin en önemli özelliğidir. Çocuklar kendi bakış açıları dışındaki insanların bakış açılarını anlamaya başlarlar. Kuramcılar bu dönemi kendi bakış açlarına göre değerlendirmişlerdir [70].

Erikson Psikososyal Gelişim Kuramına göre bu dönemde çocuklar “Başarıya Karşı Aşağılık Duygusu” dönemindedir. Erikson bu dönemde çocukların istekli ve çabuk öğrenmeye hazır olduğunu ifade etmektedir. Kendi kendilerine daha çok şey yapmayı öğrenebilir. Çocuk bu dönemde ya çalışkan olma duygusunu kazanabilir ya da başarıları ödüllendirilmediğinde, engellendiğinde aşağılık duygusu geliştirebilir [20, 70].

Freud, Psikoseksüel Gelişim Kuramına göre ise bu dönemde çocuklar “Gizil (Latent)” dönemdedir [71]. Freud'a göre, 6 yaşından ergenliğin başına kadar çocuklar cinsel dürtülerini bastırmakta, fallik dönemdeki cinsel duygulardan kaçınmak için karşı cinsle arkadaşlıktan uzak durmakta ve kendi cinslerinden aynı yaşta arkadaşlıklar kurmaktadır. Freud ve bazı psikoanalistler, bu dönemde çocukların cinsel olarak sakin olduklarını ve cinsiyetle ilgili sorunlarla ilgilenmediklerini savunmuşlardır [70, 72]. Duygu ve davranışlar ben merkezilikten spor gibi grup aktivitelerine, öğrenme, okul etkinlikleri, akran gruplarıyla sosyalleşmeye doğru yönelmektedir. Okul çağındaki çocuklar uygunsuz davranışlar nedeniyle cezalandırılmayı isterler ve beklerler ve kendilerine seçenek sunulduğunda, "suça uygun" bir ceza seçme eğilimindedirler. Genellikle hastalığı veya yaralanmayı bir ceza olarak görebilirler [73]. Jean Piaget'nin Bilişsel Gelişim Kuramı'na göre, çocuklar bu dönemde somut işlemler dönemindedir. Çocuklar sınıflama, karşılaştırma ve temel matematik işlemleri yapma ve dönüştürme gibi becerileri gelişmiştir. Mantıklı ve somut düşünebilirler. Korunum kavramı ve zaman kavramını anlayabilirler. Ayrıca, bu dönem çocukların soyut düşünceye geçiş için bilişsel temel oluşturduğu bir geçiş evresi olarak ifade edilmektedir. [20,70,71]. Kohlberg'in Moral Gelişim Kuramı'na göre Geleneksel Düzey dönemindedir. Çocuk; ailenin, arkadaşlarının ve toplumun kurallarını sürdürmek ve değer edinmekle ilgilidir. Toplumsal hukuku göz önüne alarak kurallara uyarlar [70].

Sullivan'ın Kişilerarası İlişkiler Kuramı'na göre 6-9 yaş Geç Çocukluk dönemi olarak tanımlanmıştır. Bu dönemde çocuk diğer bireylerin isteklerini önemser ve toplum içinde rollerini benimser. 9-12 yaş dönemi Preadölesan dönemi olarak tanımlanmıştır. Aynı cinsiyetten akran ile yakın ilişki önemlidir. Gizlilikler, hayaller, rüyalar, tecrübeler yakın akranyla paylaşılır. Yakın arkadaşı olmayanlar sonraki ilişkilerde zorluk yaşayabilirler [20].

2.6. Yoğun Bakım Ünitesinde Okul Çağındaki Çocuklarla İletişim

Türk Dil Kurumu (TDK) sözlüğüne göre iletişim, duygu ve düşüncelerin çeşitli yollarla aktarılması, haberleşme ve iletişim olarak tanımlanmaktadır [74]. İletişim kurulurken ortam önemli olabilmektedir. Fiziksel ortam, mümkün olduğunca gizliliğin sağlanması ve dikkat dağıtıcı unsurlar (gürültü vb.) en aza indirilmelidir. Televizyon, radyo veya cep telefonu gibi aletlerin kapatılması gerekebilir [73].

Etkili iletişim, yüksek kaliteli hemşirelik bakımının sağlanması için temel bir unsurdur. İletişim sırasında çocukların rahat hissetmeleri için zaman tanımak önemlidir. Çocuk hemşirelerinde olması gereken özellikler; empati, dinleme becerisi, açıklık, dürüstlük, sabırlı olma, basit ve anlaşılır dil kullanma, terapötik iletişim tekniklerine hakim olma, kültürel farkındalık, güven oluşturma, proaktif yaklaşım kullanma gibi özelliklerdir [20, 76].

Bu dönemde çocuklarda hastalık deneyimi ve hastaneye yatma kendini yalnız hissetmesine ve korkmasına neden olabilir. Hemşireler çocuğa kendini tanıtmalı, çocuğun adını, yaşını, gittiği okulu ve kaçınıcı sınıf olduğunu öğrenebilirler. Çocuğun içinde bulunduğu durum, uygulanan tedavi ve işlemlerle ilgili somut açıklamalar yapılabilir. Çocuğa açıklama yapılırken onun kullandığı sözcükler tercih edilmesi yarar sağlayabilir [20, 52]. Dr. Rise Vanfleet oyunu çocuğun dili olarak tanımlamış ve çocukların oyunları anlaşılıp, bu dil öğrenilirse, çocukları daha iyi anlayıp, onlarla etkili iletişim kurabileceğini ifade etmiştir [75].

Okul çağındaki çocuklar her şeyin açıklamasını ve sebeplerini öğrenmek isteyebilirler. Tüm prosedürlerin, nesnelerin ve aktivitelerin işlevsel yönleriyle ilgilenirler. Bir nesnenin neden var olduğunu, nasıl kullanıldığını, nasıl çalıştığını ve kullanıcısının amacını bilmek isterler. Ne olacağını ve bunun neden kendilerine yapıldığını anlamaları önemlidir. Örneğin, yoğun bakım ortamında bu maskeyi takacağım, böylece daha rahat nefes alabileceksin" şeklinde açıklamalar yapılabilir. Maskenin işlevini anlatmak için, "Bunu takmamız, vücudunun daha fazla oksijen almasına yardımcı olacak ve daha iyi hissetmene yardımcı olabilir" gibi açıklamalar kullanılabilir [73].

Çocukla etkili iletişim, çocukların tedavi ve bakım sürecine uyumunda kolaylık, kendini ifade etmelerinde, kendilerini rahat hissetmelerinde, iyileşme sürecini hızlandırmada,

çocuğun hastaneden daha az travmayla ayrılmasında yardımcı olabilmektedir. Aşağıda çocukla iletişimde dikkat edilmesinde yarar olan unsurlar verilmiştir:

- Sakin, aceleci olmayan ve kendine güvenen bir ses tonuyla konuşmak
- Açık ve net bir şekilde, basit kelimeler ve kısa cümleler kullanarak ifade etmek
- Yönergeleri ve önerileri olumlu bir şekilde belirtmek
- Sadece gerçek bir seçenek olduğunda bir tercih sunmak
- Çocuklarla iletişimde dürüst olmak
- Çocukların duygularını ifade etmelerine izin vermek
- Çeşitli iletişim teknikleri kullanmak olarak belirtilebilir [73].

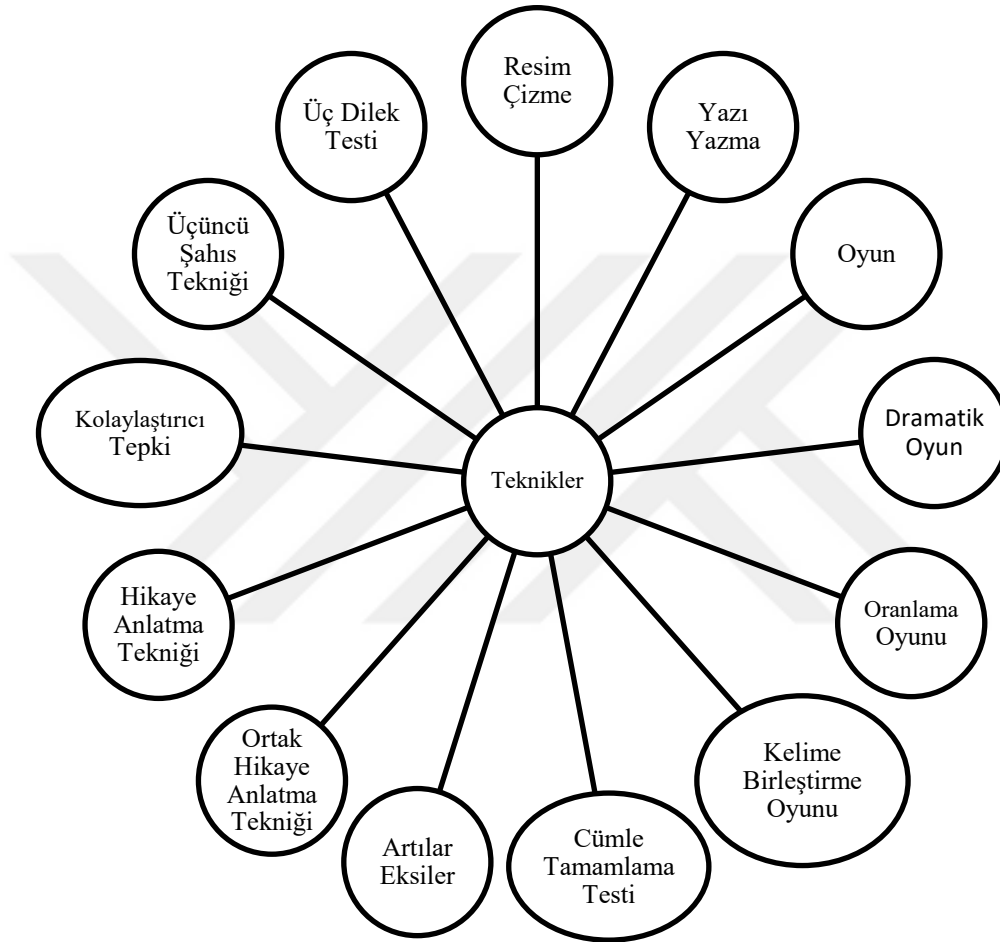
2.7. Yoğun Bakım Ünitesinde Stresi Azaltmaya Yönelik Terapötik İletişim Tekniklerinin Yararları ve İçeriği

Çocuklarla stresle baş etme teknikleri desteklenmelidir. Bu teknikler; kitap okuma, günlük tutma, resim yapma, müzik dinleme, terapötik oyun oynama, el sanatları aktiviteleri, duygularını ifade etmesi için destekleme ve başarılarını takdir etme gibi yöntemler olabilir [22, 76]. Terapötik iletişim teknikleriyle çocuklarla çeşitli oyunlar oynanabilir. Hastanede yatan bir çocuk için daha önemli hale gelebilir. Çocuklar için değişik birden fazla duyuya hitap eden, okuma yazma ya da düşünme becerisi gerektirmeyen teknikler (oyun, aktivite terapisi, hikaye okuma, ortak hikaye anlatma, şarkı söyleme, ritm aktiviteleri) kullanılabilir [77]. Terapötik iletişim tekniklerinin yararları aşağıda Çizelge 2.4’de verilmiştir [73, 78, 79].

Çizelge 2.4. Terapötik iletişim tekniklerinin yararları

Ayrılık kaygısını hafifleten oyalayıcı bir aktivite kaynağı sağlayabilir.
Stres azaltıcı ve gerginlik giderici olabilir.
Çocuğun rahatlamasını sağlayabilir.
Çocuğa korkularını ve kaygılarını ifade etme özgürlüğü tanıyabilir.
Çocuğa güven duygusu sağlayabilir.
Çocuğun büyüme ve gelişmesini destekleyebilir.
Çocuğun duygularını fark etmesini sağlayabilir.
Çocuğa farklı bakış açıları kazandırabilir
Çocukla kolay iletişim kurmak için yarar sağlayabilir
Gereksinim ve isteklerin sözel ve sözel olmayan yollarla iletilmesine fırsat sağlayabilir.
Korkutucu durumların güvenle test edilmesini ve deneyimlenmesini destekleyebilir.
Çocuğun olumlu duygular hissetmesinde yarar sağlayabilir
Çocuğun kendi becerilerini ve yeteneklerinin farkına varmasında yarar sağlayabilir.

Farklı terapötik iletişim teknikleri bulunmaktadır. Bunlar; üç dilek testi, üçüncü şahıs tekniği, kolaylaştırıcı tepki, hikaye anlatma tekniği, ortak hikaye anlatma tekniği, artılar eksiler, cümle tamamlama testi, kelime birleştirme oyunu, dramatik oyun, oranlama oyunu, oyun, yazı yazma ve resim çizme gibi tekniklerdir. Literatür doğrultusunda Şekil 2.2 oluşturulmuştur [20, 73, 79].



Şekil 2.2. Sık kullanılan terapötik iletişim teknikleri

Üç Dilek Testi: Çocuğun hayallerindeki isteklerini araştıran bir terapötik iletişim tekniğidir. Çocuğa “Eğer dünyada üç şeye sahip olsaydın, bunlar ne olurdu?” diye sorularak uygulanır. Çocuk "Tüm dileklerimin gerçekleşmesi" diye cevap verirse, çocuğa belirli dilekleri sorulabilir [20, 73].

Üçüncü Şahıs Tekniği: Bir duyguyu üçüncü bir kişi ("o", "onlar") açısından ifade edilir. Bu, çocuklara nasıl hissettiklerini doğrudan sormaktan daha az rahatsız edici olabilir çünkü onlara savunmacı olmadan katılma veya katılmama fırsatı verilebilir. "Bazen bir kişi çok hasta olduğunda, başkalarının yapabildiği şeyleri yapamadığı için öfkeli ve üzgün hisseder."

Sessizce bir yanıt beklenebilir ya da "Hiç böyle hissettiniz mi?" gibi bir ifadeyle çocuğun yanıt vermesi için teşvik edilebilir [73].

Kolaylaştırıcı Tepki: Dikkatlice dinleme ve çocuklara ifadelerini, duygularını ve içeriğini yansıtan bir tekniktir. Örnek: eğer çocuk, "Hastaneye gelip enjeksiyon yaptırmaktan nefret ediyorum" gibi cümle kurarsa kolaylaştırıcı bir yanıt olarak "Sana yapılan bu şeylerden dolayı mutsuz hissediyorsun" gibi yansıtma cümlesi oluşturulmasıdır [73].

Hikaye Anlatma Tekniği: Çocuklardan bir olayla ilgili bir hikaye anlatmalarını istemektir. Çocuklara belirli bir olayın resmi gösterilip, örneğin; çocuktan hastanedeki bir çocuk ve sahneyi tarif etmesi istenebilir. Hikaye anlatma karşılıklı etkileşimle çocuğun hayal gücünün harekete geçirilmesini sağlayarak çocukların sorun çözme becerilerini geliştirebilir ve çocukların bağımsız karar vermesinde yarar sağlayabilir [73, 79].

Ortak Hikaye Anlatma Tekniği: Çocukların duygularını ortaya çıkarmak amacıyla kullanılır. İlk olarak çocuk kendisinden istenen hikayeyi anlatır. Daha sonra hemşireler umut, cesaret, sevgi, mutluluk gibi olumlu duyguları öne çıkaran ve daha çözüm odaklı unsurları içeren çocuğun hikayesine benzer bir hikaye anlatırlar [73, 80]. Ortak hikaye anlatmada amaç, çocuğa farklı bakış açıları gösterebilmek ve umudun devam etmesine yardımcı olabilmektir [20]. Hemşireler çocuğun (hastanedeki çocuk çizimiyle ilgili) hikayesini dinlerken, hikayenin temalarını ve çocuk için psikolojik anlamını analiz ederek karakterlerin aynı ve olay örgüsünün benzer olduğu sonunun, çocuğun hikayesinden daha sağlıklı bir çözümü temsil ettiği bir hikayeyle yanıt vermiş olurlar [81]. Hikaye anlatma yöntemi, yenilikçi ve yaratıcı bir iletişim yöntemidir. Çocukların duygu ve korkularını etkili bir şekilde ortaya çıkarmaya yardımcı olur. Hemşireler, çocukların dikkatini dağıtma, dikkati kendi üzerinde toplayarak yoğun bakım ortamında çocukların korku ve kaygı düzeylerinin azaltılmasında yardımcı olabilir [20, 52].

Artılar Eksiler: Bir konu hakkında çocuğun beş olumlu ve beş geliştirilebilir durumu ifade etmesi istenerek uygulanabilir. Örneğin; "Hastanede yatan bir çocuk" konusu olabilir [20].

Cümle Tamamlama Testi: Çocuğa kısmi bir ifade sunularak çocuğun bunu tamamlaması istenir. Bazı örnekler şu şekildedir; Okulda en çok (en az) sevdiğim şey, en iyi (en kötü) yaş şeklinde ifade edilerek cümleyi tamamlaması istenebilir [73].

Kelime Birleştirme Oyunu: Anahtar kelimeler belirtilerek çocuklardan kelimeyi duyduklarında akıllarına gelen ilk kelimeyi söylemeleri istenilir. Nötr kelimelerle başlanılır ve sonra "hastalık", "enjektörler", "hastaneler" ve "ameliyat" gibi daha fazla kaygı yaratan kelimeleri tanıtılır. Çocuğun hayatındaki bazı önemli olaylarla ilgili anahtar kelimeleri seçilerek oynanır [73].

Oranlama Oyunu: Çocuğun bir olayı veya duyguyu derecelendirmesini sağlamak için bir tür derecelendirme ölçeği (sayılar, üzgünden mutluya yüzler) kullanılarak oynanır. Örnek: Çocuklara nasıl hissettiklerini sormak yerine, günlerinin "1'den 10'a kadar bir ölçeğe, 10 en iyisi olmak üzere" nasıl geçtiği sorulabilir [20, 73].

Dramatik Oyun: Kuklalar veya hastane ekipmanlarıyla çocuklar, yaşamın bir parçası olan hastane deneyimlerini ve durumlarını canlandırabilirler. Dramatik oyun çocukların süreç ve olayları öğrenmesini sağlayan bir tekniktir [73].

Oyun: Oyun, çocukların evrensel dili ve işi olarak tanımlanmaktadır. Çocuklar kendileri hakkında ve iç benlikleri hakkında oyun aracılığıyla çok şey anlatabilirler [22, 73].

Yazı Yazma: Çocuklar ve yetişkinler için alternatif bir iletişim yaklaşımıdır. Çocuktan bir günlük veya ajanda tutması istenir ya da ifade edilmesi zor olan duygu veya düşünceleri yazması istenebilir [20, 73].

Resim Çizme: Resim çizme, hem sözel hem de sözel olmayan bir iletişim sağlayan ve çocuğun duygu ve düşüncesini özgürce dile getirmesini sağlayan terapötik iletişim tekniğidir. Çocuk, çizdiği resim hakkında duygularını yansıtarak bilgi verir. Sözel olmayan kısımda ise çizdiği resimler sağlık çalışanlarına ipucu sağlayabilir. Çocukların çizimleri onlar hakkında çok şey anlatır çünkü resimler çocukların iç dünyalarının bir yansıması olabilmektedir [25, 73]. Koppitz tarafından gelişimsel ve duygusal özellikler dikkate alınarak 5-12 yaş çocukların çizimlerini incelemek için geliştirilen Koppitz'in İnsan Figürü Çizme Testi çocuklara "Bir çocuk resmi çizer misin?" sorusuyla çocuklarda uygulanabilmektedir [82].

Duygu Çarkı: Plutchik, psikoevrimsel bir duygu kuramı geliştirerek, temel ve karmaşık duygular arasında ayrım yapabilen bütüncül bir duygu modeli ortaya koymuştur. Plutchik,

basit duyguları ve bu duygulardan gelişen duyguları, renkli duygu çemberinde göstermiştir. Plutchik, duyguların temellerine dayanan modelinde, sekiz temel duyguyu tanımlamıştır. Bu duygular; neşe, güven, korku, şaşırma, üzüntü, beklenti, öfke ve tiksindir. Renkler, duyguların yoğunluğunu temsil etmekte olup, renk tonunun koyulaşması duygunun şiddetinin arttığını göstermektedir. Duygusal yoğunluk, çemberin merkezine yaklaştıkça artmakta; merkezden uzaklaştıkça ise azalmaktadır. Çemberde birbirine komşu olan duyguların birleşimi, ikincil duyguları oluşturabilmektedir. Örneğin, üzüntü ve iğrenme duygularının birleşimi pişmanlık duygusunu; beklenti ve sevinç duygularının birleşimi ise iyimserlik duygusunu meydana getirmektedir [83].

2.8. Terapötik İletişim Yöntemlerinin Hastanede Yatan Okul Çağı Çocuk Üzerine Etkilerini İnceleyen Çalışmalar

Literatür incelendiğinde, terapötik iletişim tekniklerinin genellikle servis, poliklinik ve acilde uygulandığı, bu çalışmaların çoğunun ise işlem sırasında dikkat dağıtma üzerine odaklandığı görülmektedir. Hastanede ortamında terapötik iletişim tekniklerinin kullanımı çocuğun özellikle psikososyal gelişimi üzerine olumlu etkileri olabilmektedir. Godino-Iáñez ve diğerleri (2020) yapmış oldukları sistematik derleme sonucunda hastanede yatan çocuklara yönelik uygulanan terapötik oyun tekniklerinin çocukların kaygı ve ağrı düzeylerinde azalma sağladığı; olumsuz duyguların azaltılmasına yardımcı olduğu; çocuk ile sağlık profesyonelleri arasındaki iletişimi güçlendirdiği ve tedavi sürecine katılımı artırarak iş birliğini artırdığı sonucuna ulaşmışlardır [84]. Bettini ve diğerleri (2019) 7-18 yaş arası 30 kanser tanısı alan çocuklar ile gerçekleştirdikleri çalışmada terapötik masa oyunu girişimi uygulamışlar. Uygulama öncesi ve sonrası yapılan değerlendirmede, oyunun çocukların pozitif duygu durumları üzerinde olumlu etkisi olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Aynı zamanda oyunun, çocuklara kartlar üzerinden sorular yoluyla çocukların duygu durumlarını ifade etme fırsatı sunarak çocukların hastalık deneyimlerini farklı bir şekilde keşfetme ve hastalıkları hakkında konuşma fırsatı verebileceğini ifade etmişlerdir [78].

Çalışma içeriklerinde çocuklara terapötik iletişim teknikleri olarak; resim çizdirme tekniği, ortak hikaye anlatma, ışıklı oyuncak kullanımı, terapi seansı (serbest oyun, kitaplar, boya kalemleri, renkli kalemler, işaretleyiciler, bir beyaz tahta, kum havuzu, kil, giyinme kıyafetleri, top oyunları, kitaplar, boya kalemleri, bir bebek ve kuklalar), oyun hamuru ve bulmaca oyunu, dikkat dağıtma kartları, bez bebek, 5 günlük terapötik iletişim

programı(resim çizdirme, ortak hikaye anlatma) ve dramatik terapötik oyun gibi teknikler uygulanmıştır [28,76, 85-94].

Çalışmalarda araştırmacılar tarafından oluşturulan tanıtıcı demografik özelliklere ait veri toplama formu, wong baker ağrı ölçeği, görsel analog skala, çocuk korku ölçeği, durumluk kaygı ölçeği, anksiyete ölçeği ağırlıklı tercih edilmiştir. Örneklem büyüklüğü 25-172 aralığındadır. Çocuklarla hastanede uygulanan terapötik iletişim tekniklerinin çocuk ve aile üzerine etkilerini inceleyen çalışmalar Çizelge 2.5' de verilmiştir [28,76, 85-94].



Çizelge 2.5. Yatarak tedavi gören çocuklarda oyun terapisi ve terapötik iletişim müdahalelerinin etkilerini inceleyen çalışmalar

Kim,Yıl,Ülke	Örneklem	Yöntem	Girişim	Ölçüm Araçları	Sonuç
Abdi ve diğerleri 2025 İran [76].	3-10 yaş arası 75 çocuk hasta ile yapılmıştır. oyun terapisi:25 hikaye anlatımı:25 kontrol:25	Randomiz e kontrollü tek kör deneysel çalışma	Oyun terapisi grubu 2 ardışık gün boyunca her gün 30 dakika terapötik oyun seansı (pamuk, abselang gibi hastanede bulunan tıbbi ekipmanlar, el sanatları aktiviteleri ile rol yapma) Hikaye anlatma grubuna ise ilk gün, Pat Thomas'ın yazdığı "Hastaneye Gitmeli miyim?" adlı kitap çocuklara okunmuş ve ikinci gün ise, Paulette Bourgeois'in "Franklin Hastaneye Gidiyor" adlı kitap çocuğun anne-babası veya araştırmacılardan biri tarafından okunmuş.	Spence Çocuk Kaygı Ölçeği Görsel Yüz Kaygısı Ölçeği	Çalışma sonucunda hikaye anlatımının kullanıldığı grupta çocukların kaygı puanları, kontrol grubundaki çocukların kaygı puanlarından daha düşük bulunmuştur ve arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu sonucunu saptamışlardır. Hikaye anlatımı ve oyun terapisi olmak üzere iki terapi arasında, yalnızca hikaye anlatımı terapisi çocukların kaygısını azaltmada anlamlı bir etkiye sahip olduğu sonucuna ulaşmışlardır.
Sarman ve Tuncay 2024 Türkiye [94].	5-10 yaş çocuk polikliniğine başvuran hastalara yapılmıştır. Girişim: 36 Kontrol:36	Randomiz e kontrollü çalışma	Girişim grubundaki poliklinikte intravenöz kanül takılması sırasında yapılan çocuklara bir psikoterapist ve uzman bir çocuk hemşiresi işbirliği ile hazırlanan onaylama, gevşeme teknikleri ve düşünce kalıplarını değiştirme yöntemleri gibi çeşitli stratejiler içeren bir drama tekniğini araştırmacı el kuklası ile uygulamıştır.	Tanıtıcı Bilgiler Formu Wong Baker Yüz Ağrısı Ölçeği Çocuklar Durum Kaygısı Ölçeği Çocuk Korku Ölçeği	Sonuç olarak, işlem sonrası dönemde girişim grubundaki çocuklarda kontrol grubuna göre daha düşük düzeyde ağrı, kaygı ve korku saptamışlardır (p <0,05).

Çizelge 2.5. (devam) Yatarak tedavi gören çocuklarda oyun terapisi ve terapötik iletişim müdahalelerinin etkilerini inceleyen çalışmalar

Kim, Yıl, Ülke	Örneklem	Yöntem	Girişim	Ölçüm Araçları	Sonuç
Aarts ve diğerleri 2023 Hollanda [85].	5-18 yaş arası 105 çocuk ile yapılmıştır. Girişim:54 Kontrol:51	tek körlü müdahaleli çalışma	Çalışma öncesi sağlık çalışanlarına terapötik iletişim konusunda eğitim verilmiştir. Eğitim sonrası sağlık çalışanları 54 çocuk ile kan alma sırasında terapötik iletişim yöntemini kullanmıştır.	Demografik özelliklere ait veri toplama formu Yüz Ağrı Ölçeği Spielberger Durum-Özellik Kaygısı Anketi Ebeveynler için Durum-Özellik Kaygısı Envanteri Memnuniyet Skalası	Çalışma sonucunda terapötik iletişim tekniğiyle yapılacak küçük bir değişiklikle çocukların kan alma sırasındaki konforunun arttığı bulunmuştur. Kendi kendine bildirilen ve gözlemlenen kaygı (ebeveynler ve tıbbi personel tarafından) deney grubunda daha düşük bulunmuştur. Sağlık personelinin memnuniyet düzeyi yüksek bulunmuştur.Çocuğun puanladığı anksiyete puanları için, terapötik iletişim grubundaki çocukların daha düşük anksiyete $t(69) = 2,05, p = 0,45$. Kontrol grubundaki çocukların anksiyete puanı 4 olarak bulunmuştur. Girişim grubunda işlem süresi kontrol grubuna (8dk36sn) göre daha kısa (6dk0sn) bulunmuştur.
Turgut M.A ve Türkmen A.S 2023 Türkiye [86].	3-6 yaş aralığında 116 çocukla yapılmıştır. Girişim: 58 Kontrol:58	Randomize kontrollü çalışma	Hastanede yatan girişim grubundaki çocuklara kan alma sırasında ışıklı oyuncanın kullanılması girişimi uygulanmıştır. Işıklı oyuncak grubunda kan işleminin ortalama tamamlanma süresi 82,03 sn sürmüştür.	Görüşme ve Gözlem Formu Çocuk Korku Ölçeği, Wong-Baker Yüz İfadesi Ölçeği, Işıklı Oyuncak ve Kronometre	Girişim grubundaki çocukların korku puanı ortalaması $0,95 \pm 0,80$ iken, kontrol grubunda $3,00 \pm 0,74$ olarak bulunmuştur. Çocukların korku puanı ortalamaları açısından iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$).

Çizelge 2.5. (devam) Yatarak tedavi gören çocuklarda oyun terapisi ve terapötik iletişim müdahalelerinin etkilerini inceleyen çalışmalar

Kim, Yıl, Ülke	Örneklem	Yöntem	Girişim	Ölçüm Araçları	Sonuç
Mohammedi ve diğerleri 2021 İran [87].	7-12 yaş aralığında 25 çocukla uygulanmış. Girişim:12 Kontrol:13	Randomize tek kör klinik çalışma	Girişim grubuna sekiz adet 1 saatlik oyun temelli mesleki terapi seansı verilmiş ve kontrol grubu geleneksel mesleki terapi hizmetleri (pozisyonlama, transfer ve mobilite, hareket açıklığı, güçlendirme ve atelleme) verilmiştir. Girişim grubundaki çocuklara 45 dakika oyun temelli ergoterapi ve 15 dakika serbest oyun yöntemi uygulanmıştır. Ayrıca ebeveynlere, 2 haftalık tatil boyunca kararlaştırılan oyun aktivitelerine (günde en az 1 saat) devam etmeleri için bir eğitim broşürü verilmiş.	Terapiyle ilişkili semptom kontrol listesi Çocuk Katılım Değerlendirme Ölçeği Çocuk Katılım Değerlendirme Ölçeği-ebeveyn versiyonu Wong-Baker Yüz Ağrısı Değerlendirme Ölçeği Görsel analog skala – yorgunluk Yüz kaygı ölçeği	Girişim grubunda günlük yaşam aktivitelerine katılım toplam puan ortalamaları aktivite çeşitliliği ($p = 0.001, d = 1.39$), katılım yoğunluğu ($p = 0.001, d = 1.86$), kiminle yapıldığı ($p = 0.005, d = 1.22$), keyif alma ($p = 0.003, d = 1.33$) ve ebeveyn memnuniyeti ($p = 0.003, d = 1.33$) kontrol grubundan anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Semptomlar her iki grupta da azalmış, ancak bu eğilim müdahale grubunda terapiyle ilişkili semptom kontrol listesi ($p = 0.001, d = 1.68$), ağrı ($p = 0.001, d = 1.61$), anksiyete ($p = 0.001, d = 1.58$) ve yorgunluk ($p = 0.002, d = 1.39$) puanlarında anlamlı bir fark bulunmuştur.
Forouzandeh ve diğerleri 2020 İran [88].	3- 12 yaş arası 172 çocukla yapılmış. İnteraktif oyun grubu (n: 64) Boyama grubu (n: 55) Kontrol grubu (n: 53)	Randomize kontrollü deneysel çalışma	İnteraktif oyun grubuna oyun hamuru, bloklar ve bulmacalar kullanılarak ameliyattan 20-30 dk. önce oyun odasında çocuğun oyun oynaması sağlanmıştır. - Boyama grubuna A4 yaprak, kalem, silgi ve bazı renkli kalemler kullanılarak ameliyattan 20-30 dk. önce resim çizme tekniği kullanılmıştır. Kontrol grubuna standart işlemler uygulanmıştır.	Yale Preoperatif Anksiyete Ölçeği	Ameliyat öncesi anksiyete puanlarının ortalaması kontrol grubunda $57,45 \pm 17,93$, boyama grubunda $50,76 \pm 19,20$ ve grup etkileşimli oyunlarında $57,72 \pm 17,60$ olarak bulunmuştur. Son testte ameliyat öncesi anksiyete puanlarının ortalaması kontrol, boyama ve etkileşimli oyun gruplarında sırasıyla $56,50 \pm 15,63$, $42,21 \pm 15,86$ ve $49,91 \pm 13,21$ olarak bulunmuştur

Çizelge 2.5. (devam) Yatarak tedavi gören çocuklarda oyun terapisi ve terapötik iletişim müdahalelerinin etkilerini inceleyen çalışmalar

Kim, Yıl, Ülke	Örneklem	Yöntem	Girişim	Ölçüm Araçları	Sonuç
Zengin ve diğerleri 2021 Türkiye [89].	6-12 yaş aralığındaki 65 çocuk hasta ile Girişim:65	Yarı deneysel tek grup ön test-son test tasarımı	Karaciğer nakli sonrası hastanede yatan çocuk hastalara terapötik oyun temelli bir program uygulamışlardır. Program, çocukların yaşlarına uygun oyuncaklar arasından seçim yaparak başladıkları hazırlık oyunu ile başlatılmıştır. Programda bebek ve plastik hayvan figürleri gibi oyuncaklar kullanılmış; şarkı söyleme, bulmaca çözme, bilgisayar oyunları oynama ve video izleme gibi çeşitli aktiviteler yapılmıştır. İğnesiz branül, pamuk, alçı, serum seti gibi klinik materyallerle çeşitli oyunlar oynanmıştır. Çocuklar bu materyalleri kullanarak kendi oyuncaklarını yapmaları sağlanmış ve yönlendirme yapılmıştır. Oyun programı 40-45 dakika sürmüştür.	Çocuk Bilgi Formu, Çocuklar İçin Durumluk-Süreklilik Kaygı Ölçeği ve Tıbbi İşlem Korku Ölçeği	Terapötik oyun programının uygulanması sonucunda çocukların tıbbi işlemlere ilişkin kaygı düzeyleri ve korkularındaki azalma istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).
Canbulat Şahiner ve Türkmen 2019 Türkiye [90].	6-11 yaş arası 120 çocukla yapılmış. Girişim:60 Kontrol:60	Randomize kontrollü deneysel çalışma	Girişim grubundaki çocuklara intramusküler (IM) enjeksiyon sırasında dikkat dağıtma kartları uygulanmıştır. Araştırmacı çocuklara kartlarda görünen nesneler hakkında sorular sormuştur.	Çocuk Korku Ölçeği Wong-Baker Ağrı Derecelendirme Ölçeği	Dikkat dağıtma ve kontrol grupları arasında kendi bildirilen ağrı seviyelerinde önemli farklılıklar belirlenmiştir ($p = .001$); dikkat dağıtma grubu (5.67 ± 3.50) kontrollerle (7.63 ± 2.77) karşılaştırıldığında önemli ölçüde daha düşük ağrı seviyelerine sahip olduğu saptanmıştır. Gözlemci tarafından not edilen kaygı düzeylerinin gruplar arasında anlamlı şekilde farklı olduğu bulunmuştur ($p = .003$). Dikkat dağıtma grubundaki ebeveynler tarafından puanlanan kaygı düzeyleri kontrol grubundakilerden anlamlı şekilde düşüktür ($p = .003$).

Çizelge 2.5. (devam) Yatarak tedavi gören çocuklarda oyun terapisi ve terapötik iletişim müdahalelerinin etkilerini inceleyen çalışmalar

Kim, Yıl, Ülke	Örneklem	Yöntem	Girişim	Ölçüm Araçları	Sonuç
Silva ve diğerleri 2017 Brezilya [91].	6 ila 11 yaş aralığında 28 çocuk ile yapılmıştır. Girişim:14 Kontrol:14	Randomize kontrollü çalışma	Girişim grubundaki çocuklardan, hastanenin oyuncak kütüphanesinin eğlence aktivitelerine erişim sağlandıktan ve araştırmacılar tarafından uygulanan bir dramatik terapötik oyun seansına katıldıktan sonra hastanede bir kişinin resmini çizmeleri istenmiştir. Kontrol grubundaki hastalara ise oyuncak kütüphanesinin eğlence aktivitelerine erişim izni verilmiş ve hastanede bir kişinin resmini çizmeleri istenmiştir.	Araştırmacıların hazırladığı demografik ve tanıtıcı özellikler formu Çocuk Çizimi Hastane ölçüm aracı	Girişim grubu Çocuk Çizimi Hastane ölçüm aracı sonucuna göre ortalama anksiyete puanları $73,9 \pm 24,7$ kontrol grubunda $69,4 \pm 19,7$ bulunmuştur. Müdahale grubundaki çocuklarda anksiyete derecesinde istatistiksel olarak anlamlı bir azalma olmamasına ve ortalama CD: H puanlarının daha yüksek olmasına rağmen, DTP tekniğinin kullanılmasını önerilmiştir.
Bartık ve Kılıçarslan Törüner 2018 Türkiye [92].	7-12 yaş aralığında çocuk cerrahisi kliniğinde 73 çocuk ile yapılmış. Girişim:36 Kontrol:37	Yarı deneysel çalışma	Ameliyat hazırlık programı kapsamında, girişim grubunda yer alan çocuklara ve ailelerine cerrahi müdahale öncesi süreçle ilgili sözlü ve yazılı bilgilendirme yapılmış. Çocukların ameliyat öncesi kaygı düzeylerini azaltmak ve sürece uyumlarını artırmak amacıyla, terapötik iletişim tekniklerinden bez bebek tekniği kullanılmış; ayrıca ailelere ve çocuklara yönelik danışmanlık hizmeti sağlanmıştır.	Çocuk ve Ailesine İlişkin Veri Toplama Formu, Sağlık Bakımı Ebeveyn Memnuniyet Ölçeği Durumluk Kaygı Ölçeği Genel Durumunu Değerlendirme Formu Koppitz İnsan Figürü Testi	Girişim grubundaki ebeveynlerin memnuniyet düzeyinin kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur (müdahale = 100, kontrol = 50; $P < .05$). Ebeveynlerin Durum Kaygı Envanteri toplam puanının karşılaştırıldığında Ameliyat sonrası durumluk kaygı puanlarının ortalaması girişim grubunda $38,27 \pm 8,93$, kontrol grubunda ise $53,81 \pm 6,92$ olarak bulunmuş; aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı olarak belirlenmiştir. Kontrol grubundaki çocukların “dürtüsellik”, “kaygı” ve “öfke” ile ilgili duygusal durumları, girişim grubundakilerden önemli ölçüde daha yüksek bulunmuştur ($p < .05$).

Çizelge 2.5. (devam) Yatarak tedavi gören çocuklarda oyun terapisi ve terapötik iletişim müdahalelerinin etkilerini inceleyen çalışmalar

Kim, Yıl, Ülke	Örneklem	Yöntem	Girişim	Ölçüm Araçları	Sonuç
Altay N, Kılıçarslan Törüner E, Sarı Ç, 2017 Türkiye [28].	Kanser tanısı olan 9-16 yaş aralığında onkoloji servisinde 30 çocuk ile yapılmış.	Yarı deneysel çalışma	9-16 yaş arası 30 kanser tanısı olan çocuklarla 5 günlük terapötik iletişim programları uygulanmış. Serbest resim tekniği, konulu resim çizdirme (Hastanede Yatan Bir çocuk Resmi) ve ortak hikaye anlatım tekniği kullanılmıştır.	Durumluk Kaygı Ölçeği Tanışma veri toplama formu	Çalışma sonucunda durumluluk kaygı envanteri değerlendirilmiş. 5 günlük Program uygulandıktan sonra çocukların Durumluk Kaygı Envanteri ortalama puanı (38.63 ± 4.38), başlangıçtaki ortalama puanla (42.63 ± 4.64) karşılaştırıldığında azalmış. ($Z = -4.57, p < 0.05$)
Li ve diğerleri 2016 Çin [93].	3-12 yaş aralığında 304 çocuk hasta ile yapılmış. Girişim: 182 3-7 yaş : 103 8-12 yaş: 79 Kontrol: 122 3-7 yaş : 51 8-12 yaş: 71	yarı deneysel bir tasarım	Girişim grubunda, katılımcılar hastane oyun uzmanları tarafından yürütülen hastane oyun müdahaleleri almışlar. Çocukların çoğuna oyun odasında bu yöntem uygulanmış. Ebeveynler, oyun müdahaleleri sırasında çocuklarının yanında kalmaya teşvik edilmiş. Oyun uzmanları çocukların yaşına, teşhisine ve fiziksel durumuna göre uygun oyun aktivitelerini seçmişler ve çocuklara aktivite seçeneği sunulmuş. Çocuklara girişim içeriği olarak; hazırlık oyunu, tıbbi oyun, dikkat dağıtma oyunu, gelişimsel oyun çocukların özelliklerine göre uygun olan girişim uygulanmıştır. Kontrol grubundaki çocuklara vital bulgu gözlemi, farmakolojik tedavi, yara ve ağrı yönetimi gibi standart tıbbi ve hemşirelik bakımı uygulanmıştır.	Demografik veri toplama formu Görsel Analog Skala Çocuklar İçin Durumluk Kaygı Ölçeği'nin Çince versiyonu Çocuklarda Duygusal Görünüm Ölçeği	Girişim grubunda hastaneye yatırılmış çocukların (3-7 yaş ve 8-12 yaş), sadece standart bakım alanlara kıyasla önemli ölçüde daha düşük kaygı düzeyleri yaşadığını göstermiştir. Girişim grubunda 3-7 yaş kaygı puanları ortalaması 3.9 , 8-12 yaş 19.3, Kontrol grubunda 3-7 yaş 6.3, 8-12 yaş 22.7 bulunmuştur.

2.9. Yoğun Bakım Ünitesinde Kullanılabilecek Terapötik İletişim Teknikleri

Yoğun bakım ortamında, çocukların psikososyal ihtiyaçlarını desteklemek için farklı çalışmalar yapılmaktadır. Fernández ve diğerleri (2024) yapmış oldukları bir çalışmada çocuk yoğun bakımda hayvan destekli terapi girişiminin sonucunda çocuk hastalarda ağrı, korku ve kaygıda azalma olduğu sonucuna ulaşmışlardır [95]. Rennick ve diğerleri (2018) yapılan bir pilot çalışmada yoğun bakımda yatan 20 çocuk hastaya ailenin kitap okuması, dokunması ve çocuklara yumuşak kafa bantları aracılığıyla müzik eşliğinde sessiz bir zaman geçirmeleri girişimi uygulanmış. Sonuç olarak, bu tekniklerin çocukları sakinleştirici etkisi olduğu sonucunu saptamışlardır [96].

Yoğun bakımda ünitesinde yatan çocuklarla yaşlarına ve gelişimsel özelliklerine bağlı olarak iletişim teknikleri farklılık gösterebilir. 0-1 yaş arası bebekler için, hareketli ve renkli, ses çıkaran oyuncaklar kullanılarak, duyuşal uyarılarla etkileşim sağlanabilir. 1-3 yaş arası çocuklarda ise dramatik oyun ve minyatür ev aletleri veya oyuncak bebeklerle yapılan terapötik iletişim, çocuğun ifade yeteneğiyle uyumlu bir yaklaşım sunabilir. 3-6 yaş grubunda ise tıbbi hikaye kitapları ve dramatik oyun teknikleri, çocuğun tıbbi süreçleri anlamasına yardımcı olmak için etkili yöntemler olabilir. 6-12 yaş arası çocuklarda ise resim çizme, hikaye anlatma ve üç dilek testleri gibi yaratıcı teknikler kullanılabilir. Bu yaş grubunda, entübe durumda olan çocuklar için ise müzik dinletme gibi rahatlatıcı iletişim yöntemleri olabilir. 12-18 yaş arasındaki çocuklarda ise terapötik iletişim teknikleri daha çok öykü anlatma, müzik dinletme ve resim çizdirme gibi bireysel ve yaratıcı yöntemler olabilir. Yaş gruplarına özgü bu iletişim teknikleri, çocukların duyuşal ve psikolojik ihtiyaçlarına hitap ederek, tedavi süreçlerinde onların rahatlamalarına ve tedaviye uyum sağlamalarına yardımcı olabilir [20, 96-98].

Yaş dönemlerine göre kullanılabilecek terapötik iletişim teknikleri Çizelge 2.6'da belirtilmiştir.

Çizelge 2.6. Yaş dönemlerine göre terapötik iletişim teknikleri

Yaş Dönemi	Bilinç Düzeyi	Entübe/Extübe	Terapötik İletişim Teknikleri
0-1 Yaş	Açık	Extübe-Entübe	Hareketli, yumuşak, renkli ve ses çıkaran oyuncaklar kullanılabilir.
1-3 Yaş	Açık	Extübe	Dramatik oyun tekniği, minyatür ev aletleri, oyuncak bebekler gibi çeşitli sembolik araçlar kullanılabilir.
3-6 Yaş	Açık	Extübe	Tıbbi hikaye kitabı okutulması, intravenöz set, enjektör, el kuklası gibi araçlarla dramatik oyun yöntemi uygulanabilir.
6-12 Yaş	Açık	Extübe	Resim çizme, cümle tamamlama testi, ortak hikaye anlatma, üç dil testi uygulanabilir.
6-12 Yaş	Açık	Entübe	Resim çizme, müzik dinletme uygulanabilir.
12-18 Yaş	Açık	Extübe	Resim çizme, öykü anlatma, müzik dinletme uygulanabilir.
12-18 Yaş	Açık	Entübe	Resim çizme, müzik dinletme, terapötik dokunma uygulanabilir.

Terapötik iletişim teknikleri, çocukların yoğun bakım ortamına uyumlarının arttırılmasında önemli rol oynayabilir. Terapötik iletişim uygularken bazı engeller karşımıza çıkabilir. Bunlar; çocuğun yaşı, tanısı, ağrı düzeyi, önceki deneyimleri, dil ve kültürel farklılıkları, hemşirelerin aşırı iş yükü gibi faktörler olabilmektedir [99]. Kordkolae ve diğerleri (2024) yapmış oldukları bir çalışmada hemşireler ile hastalar arasındaki iletişimin önündeki engellerin mesleki özellikler, çevresel faktörler, kişisel-sosyal faktörler ve hastanın klinik durumu olduğunu saptamışlardır. Kişisel-sosyal faktörler alanında hastanın aşırı beklentileri, mesleki özellikler alanında hemşirelerin yoğun iş yükü, hastanın klinik durumları alanında refakatçinin varlığı ve çevresel faktörler alanında hemşirelerin üst yöneticiler tarafından takdir edilmemesi olduğu saptanmıştır [100]. Hong ve Jang (2025) yapmış oldukları bir çalışmada hemşirelerin yeterli zamanının olmaması, hemşirelerin aşırı iş yoğunluğu, yoğun bakım ünitesinin çevresel faktörleri (örneğin; yüksek sesler, alarm sesleri), uygun olmayan çevre koşulları (ortamın çok soğuk olması, yetersiz aydınlatma, kötü kokular vb.) terapötik iletişimde bariyer oluşturabileceği sonucuna ulaşmışlardır [101]. Sabetsarvestani ve Geçkil (2024) yapmış oldukları bir çalışmada ise iletişimin kolaylaştıran faktörlerin; hemşirelerin bilgisi, hemşirenin deneyimi, profesyonellik, mentorluk, akran desteği, bazı ebeveynlerin olumlu yaklaşımı olduğunu belirtmişlerdir [102].

2.10. Çocuk Yoğun Bakım Hemşirelik Yaklaşımları

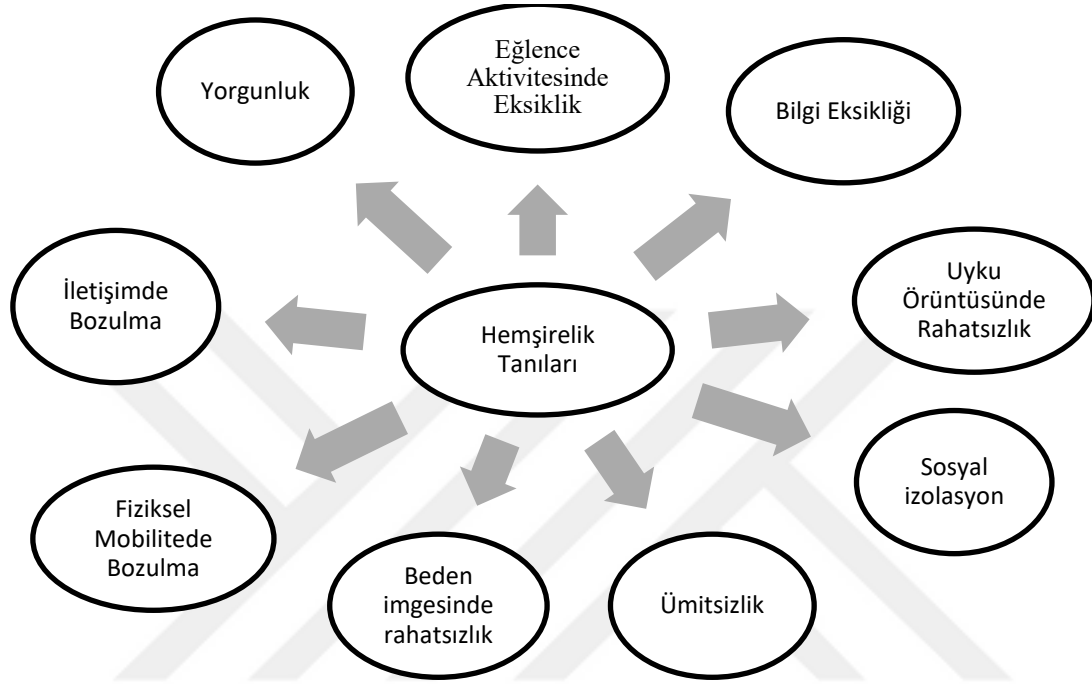
Hemşirelik bakımı, çocuk yoğun bakım hizmetlerinin temel bir bileşenidir. Yeterli sayıda ve nitelikli hemşire istihdamı, kaliteli ve etkili yoğun bakım hizmetlerinin sunulmasını kolaylaştırmaktadır [4]. Çocuk yoğun bakım ünitesinde hemşirelik yaklaşımları çocuğun yoğun bakıma yatış sürecinden itibaren taburculuk sonrasına kadar uzanan sosyal yaşama uyum sürecini içeren tüm bakımları içermektedir. Çocuk hemşireleri, yoğun bakım ortamında hemşirelik uygulamalarını bütüncül bir yaklaşımla planlamalıdır. Çocuğun ve ailenin bu süreçten zarar görmeden ya da en az zarar ile ayrılmasına yardımcı olmak için girişimler planlaması çok önemli olabilmektedir [103].

Amerikan Hemşireler Derneği (2020), hemşirelerin mesleklerinin sınırları içinde terapötik bir hemşire-hasta ilişkisi sürdürmelerini önermektedir [104].

Hemşireler; çocuğun fiziksel, sosyal, psikolojik gereksinimlerini içeren bakımlar planlamalıdır. Hemşirelerin hastalarla güven oluşturmalarının başlıca yollarından biri iletişimidir. Çocuk yoğun bakım ünitelerinde çocukların duygu ve düşüncelerinin kolaylıkla ve rahat bir şekilde ifade edebilmesi, çocukların korku ve kaygılarının azaltılması amacıyla pozitif, yapıcı ve güven ilişkisine dayalı terapötik iletişim tekniklerinin hemşireler tarafından uygulanması önem kazanmaktadır [53, 105]. Hemşire olarak yaş dönemlerine uygun terapötik iletişim teknikleri planlanması yarar sağlayabilir.

Türkiye’de Hemşirelik Yönetmeliği içinde (2010) çocuk hemşireleri, çocukların bakım gereksinimlerini kültürel, sosyal ve tıbbi veriler doğrultusunda belirleyerek çocuğa özel bakım planlarını hazırlar ve uygular. Aileyi bu süreçte aktif bir şekilde dahil ederek, çocuğun hastaneye kabulü sırasında uyumunu destekler. Güvenli ve rahat bir ortam sağlayarak gerekli malzemelerin yeterliliğini kontrol ederler ve etkili iletişim teknikleri kullanarak çocuk ve aile ile güçlü ilişkiler kurarlar. Çocuğun bakımı ve tedavisinde terapötik oyunu kullanır. Görev ve yetki sorumlulukları bulunmaktadır [106]. Terapötik iletişim tekniklerini kullanırken çocuk hemşireleri çocuğun ve ailenin ihtiyaçlarını göz önünde bulundururlar. Müdahaleleri, ailenin çocuklarının bakımına katılımını desteklemek ve cesaretlendirmek amacıyla yönlendirirler. Bu süreç, hastalık ve iyileşme dönemlerinde devam eder. Bu yaklaşım, hemşireler ile çocuk ve aileler arasında iş birliğini destekleyerek, çocuğun psikososyal iyiliğini artırmayı amaçlamaktadır [107].

Yoğun bakım ortamında yatan çocuklara ve ebeveynlerine uygulanabilecek hemşirelik tanıları; eğlence aktivitesinde eksiklik, bilgi eksikliği, uygu örüntüsünde rahatsızlık, sosyal izolasyon, ümitsizlik, beden imgesinde rahatsızlık, fiziksel mobilitede bozulma, iletişimde bozulma, yorgunluk gibi olabilir. Şekil 2.2’de Hemşirelik Tanıları belirtilmiştir.



Şekil 2.3. Hemşirelik tanıları

Hemşirelerin terapötik iletişim tekniklerini yoğun bakım ortamında uygulaması çocukla iletişimde çok önemli bir yere sahiptir. Çocukların duyu durumunun olumlu değişiminde yarar sağlayabilmektedir. Terapötik iletişim teknikleri için Hemşirelik Girişimlerinin Sınıflandırması (NIC) girişimlerinde Dikkati Başka Yöne Çekme (5900) ve Terapötik Oyun Aktiviteleri (4430) yer almaktadır [77]. Buna göre, NIC’de yer alan dikkati başka yöne çekme ve terapötik oyun aktiviteleri girişimleri aşağıda verilmiştir.

Dikkati başka yöne çekme girişimleri (Kod No: 5900)

- Çocuklar için değişik, birden fazla duyuya hitap eden, okuma yazma ya da düşünme becerisi gerektirmeyen (oyun, aktivite terapisi, hikaye okuma, şarkı söyleme, ortak hikaye anlatma, ritm oluşturma) aktiviteleri kullanmak
- Çocuğa çeşitli duyuları uyarmanın (müzik, şarkı, oyun, ritm aktiviteleri) yararlarını öğretmek

- Enerji düzeyi, beceri, yaş, gelişimsel düzey ve geçmişte kullanılan teknikleri çocuğa özgü hale getirmek
- Aile ve yakınlarının katılımı konusunda teşvik etmek [77].

Terapötik oyun aktiviteeri girişimleri (Kod No: 4430)

- Rahatsız edilmeden oynayabilecekleri sessiz ve sakin bir ortamı sağlamak
- Etkili bir oyuna imkan verecek şekilde yeterli bir zaman sağlamak
- İstenen sonuçları ulaşmayı kolaylaştıracak oyun seansları yapılandırmak
- Oyun seansının amacını çocuk ve ebeveynler ile paylaşmak
- Terapötik oyun seansları için sınırları belirlemek
- Güvenli oyun malzemeleri sağlamak
- Gelişimsel olarak uygun oyun malzemelerini sağlamak
- Yaratıcılığı uyaran ve dışavurumcu oyun oynamayı teşvik eden oyun malzemeleri sağlamak
- Terapötik oyun seanslarını izlemek
- Duygularını, bilgilerini ve algılarını paylaşması için çocuğu cesaretlendirmek
- Çocuğun oyun seansları sırasında ifade ettiğı duygularının doğrulamasını yapmak
- Oyun sırasında ifade ettiğı olumlu ve olumsuz duygularının kabul edildiğini iletmek
- Oyun seansı sırasında çocuğun tepkilerini ve kaygı düzeyini izlemek
- Oyun seansı sırasında yapılan yorumları izleyerek çocuğun yanlış algılamalarını ve korkularını tanımlamak
- Güven oluşturmak ve çocuğun alışık olmadığı hastane donanımları ve tedaviler ile ilgili korkularını azaltmak için oyun seanslarını uygun şekilde ve düzenli olarak devam ettirmek [77].

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tasarımı

Bu araştırma, randomize kontrollü deneysel bir çalışma olarak yürütülmüştür. Clinical trials numarası alınmıştır. (Clinical Trials Number: NCT06956586).

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Çocuk Hastanesi binasında 1A ve 2C genel çocuk yoğun bakım ünitesinde ve 1B çocuk cerrahi yoğun bakım ünitesinde yapılmıştır. 1A ve 2C genel yoğun bakım üniteleri toplam 32 yataklıdır. 1B çocuk cerrahi yoğun bakımda 16 yatak kapasitesine sahiptir. Toplam 48 yataklı yoğun bakım hizmeti verilmektedir. Çocuk yoğun bakımda toplam 4 öğretim üyesi, 2 çocuk yoğun bakım uzman hekimi, 10 çocuk araştırma görevlisi, 3 sorumlu hemşire, 2 eğitim hemşiresi, 2 beslenme hemşiresi, 88 hemşire, 4 hasta bakıcı, 3 sekreter ve 6 temizlik personeli görev yapmaktadır. Ünitelerde toplam 4 izole oda mevcuttur. Hastaların tanıları çoğunlukla nörolojik sistem hastalıkları, solunum sistemi hastalıkları, travma, postop skolyoz, kitle ağırlıktadır.

Tedavi saatleri yoğunlukla sabah saat 10.00 civarında verilmektedir. Genel durumu iyi, bilinç açık çocuk hastaların yanında bir ebeveyn kalmasına izin verilmektedir. Çocukla iletişimde, mobilizasyonda, yemek ihtiyacı, bakımı vb. için aileden destek alınmaktadır. Bakım saatleri çocuğun ihtiyaç durumuna göre değişebilmektedir. Psikososyal değerlendirme sonucunda hekim tarafından uygun görülen çocuklar için çocuk ve ergen psikiyatri konsültasyonu istenmektedir. Ünitelerde çocuklara yönelik terapötik iletişim teknikleri kullanımı rutin uygulamalar içinde yer almamaktadır.

3.3. Araştırmanın Örneklemi

Araştırmanın örneklemi 1 Ağustos 2024 - 26 Ocak 2025 tarihleri arasında çocuk yoğun bakım ünitesinde yatan 7-12 yaş grubunda olan ve kriterlere uyan çocuklar oluşturmuştur. Bartık, K ve Toruner-Kılıçarslan E (2017) yaptıkları çalışmanın durumluk kaygı ölçek puan ortalaması baz alınarak G*Power 3.1.9.7 programı aracılığıyla güç analizi yapılmıştır. Buna

göre bu araştırmaya %95 güven aralığında ve 0,81 güçte en az 60 çocuğun alınması gerektiği hesaplanmıştır. Kayıpların olabileceği düşünülerek %15'lik artışla 70 çocuğun örnekleme alınabileceği düşünülmüştür.

3.3.1. Araştırmaya dahil edilme kriterleri

- 7-12 yaş aralığında olan
- Yoğun bakımda yatarak tedavi gören
- Çalışmaya katılmayı kabul eden çocuk ve aileleri
- Bilinci açık olan (GKS 15 puan)
- İlk kez yoğun bakım deneyimi olan
- Türkçe konuşabilen ve anlayabilen
- Uygulama sırasında ağrı, bulantı gibi yoğun semptomlar yaşamayan
- 1 ve 2. düzeyde yoğun bakım ünitesinde izlenen çocuklar

3.3.2. Araştırmadan dışlanma kriterleri

- Çocuğun tedavi ve sık hastaneye yatış gerektiren kronik bir hastalığının olması
- Tıbbi tanı almış psikolojik bir hastalığının bulunması

3.3.3. Araştırmadan çıkarılma kriterleri

- Terapötik iletişim tekniklerinden en az birine katılmayı reddeden ya da uygulamayı yarıda bırakan
- Araştırmada kullanılan veri toplama formlarını eksik veya hiç doldurmayan

01 Ağustos 2024 – 26 Ocak 2025 tarihleri arasında toplam 201 çocuğun yoğun bakım ünitesine yatışı yapılmıştır. Araştırma dahil edilme kriterlerini karşılayan 70 çocuk çalışma kapsamına alınmıştır. Ancak veri toplama sürecinde çeşitli nedenlerle 10 çocuk çalışmadan çıkarılmıştır. Girişim grubundan; ağrısı olduğu için (n=2), ikinci gün çocuk cerrahi servisine transfer edilen (n=2) ve terapötik iletişim tekniklerinden resim çizme uygulamasına katılmak istemeyen (n=1) olmak üzere toplam 5 çocuk, kontrol grubundan ise taburcu edilen (n=2) ve cerrahi servise transfer edilen (n=3) toplam 5 çocuk çalışma dışı bırakılmıştır. Toplam 60 çocuk ile çalışma tamamlanmıştır.

Çizelge 3.1. Araştırma kapsamına alınan ve dışlanan çocuk hastaların yoğun bakım ünitelerine göre dağılımı

Bilkent Hastanesi	Şehir	Tarihler Arası Yatan Çocuk Sayısı	Araştırmada Kriterlere Uymayan ve Dışlanan Çocuk Sayısı	Kriterlere Uyan Çocuk Sayısı	Araştırmadan Çıkarılan Çocuk Sayısı	Toplam
1A Genel Yoğun Bakım		62	34	28	2	26
1B Çocuk Cerrahi Yoğun Bakım		78	52	26	5	21
2C Genel Yoğun Bakım		51	35	16	3	13
Toplam		191	121	70	10	60

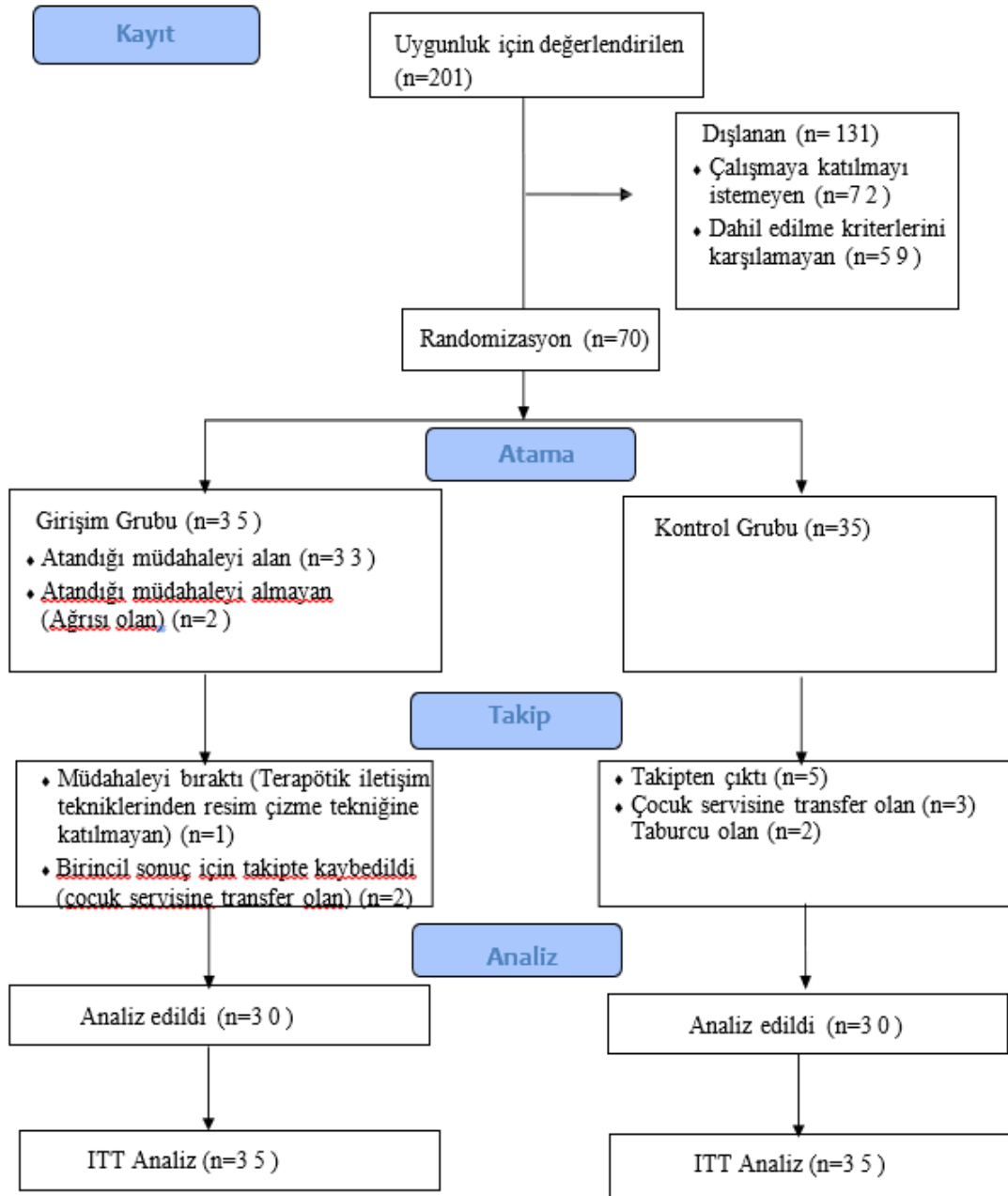
3.4. Randomizasyon ve Yanlılığın Önlenmesi

Araştırmada seçim yanlılığını azaltmak ve sonuç değişkenleri üzerinde etkili olabilecek değişkenleri kontrol altına almak amacıyla, çocuklar girişim ve kontrol gruplarına randomize olarak atanmıştır. Araştırmada tabakalı randomizasyon yöntemi uygulanmış ve randomizasyon araştırmacıların dışında bir istatistik uzmanı tarafından gerçekleştirilmiştir. Gruplar arası homojenliği sağlamak adına, katılımcılar cinsiyet (kız, erkek) ve yaş (7–9 yaş ve 10-12 yaş aralığı) değişkenlerine göre dört tabakaya ayrılmıştır. Çocuklar randomizasyon yöntemi ile girişim (35) ve kontrol (35) gruplarına atanmıştır.

Raporlama yanlılığının önlenmesi için araştırmanın verileri bir istatistik uzmanı tarafından değerlendirilmiştir. Veriler, girişim ve kontrol grupları belirtilmeden kodlanarak bilgisayara aktarılmıştır. Çalışma ve kontrol grupları verileri SPSS üzerinde “1” ve “2” sayıları ile kodlanmıştır. Çalışmanın randomizasyon süreci, randomize kontrollü paralel grup tasarımlı çalışmaların raporlanmasına yönelik güncellenmiş CONSORT kılavuzu doğrultusunda yürütülmüş ve raporlanmıştır (Bkz. Şekil 3.1). Araştırmada terapötik iletişim teknikleri araştırmacı tarafından doğrudan gerçekleştirdiğinden dolayı araştırmacı körlemesi yapılamamıştır. Bununla birlikte, çocuklara uygulama sırasında girişim ya da kontrol grubunda olup olmadıkları açıklanmamıştır. Girişim grubu uygulamaları tamamlandıktan sonra kontrol grubuna da uygulama yapılmıştır.

Çizelge 3.2. Tabakalandırılarak oluşturulan gruplar ve randomizasyon listesi

Yaş Grubu	Cinsiyet	Girişim Grubu (n)	Kontrol Grubu (n)	Toplam
7–9 Yaş	Kız	9	9	18
7–9 Yaş	Erkek	9	9	18
10–12 Yaş	Kız	8	8	16
10–12 Yaş	Erkek	9	9	18
Toplam		35	35	70



Şekil 3.1. CONSORT akış şeması

3.5. Veri Toplama Araçları

Araştırmada Çocuk ve Aileye İlişkin Tanımlayıcı Veri Formu, Çocuklar için Durumluk Kaygı Ölçeği Koppitz'in İnsan Figürü Çizme Testi kullanılmıştır.

3.5.1. Çocuk ve aileye ilişkin tanımlayıcı veri formu

Araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda geliştirilen formda iki bölüm bulunmaktadır. İlk bölümde çocuğa ilişkin sosyo-demografik (yaş, cinsiyet, eğitim durumu vb.) özelliklere ait 6 soru ikinci bölümde ise aileye ilişkin 7 soru olmak üzere toplam 13 soru vardır [85, 92, 108].

3.5.2. Çocuklar için durumluk kaygı ölçeği

Spielberger ve diğerleri tarafından 1970 yılında geliştirilmiştir. Bu ölçek, çocukların içinde bulundukları anlık duygu durumlarını değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. 20 maddeden oluşmakta ve durumluk kaygıyla ilişkili duyguların değerlendirilmesi hedeflenmiştir. Durumluk Kaygı Ölçeği'nden alınabilecek en yüksek puan 80 en düşük puan ise 20'dir. Yüksek puan yüksek kaygı durumunu ifade etmektedir. Düşük puan düşük kaygı durumunu ifade etmektedir. Durumluk Kaygı Ölçeği Özusta (1995) tarafından Türkçeye çevrilmiştir. Öner ve Le Compte tarafından 1985'te Türkçe geçerliliği yapılmıştır. Geçerlilik çalışması ve Türkçe versiyonunun güvenilirliği rapor edilmiştir Cronbach'ın alfası 0,8 belirlenmiştir [109]. Çamur ve Sarıkaya Karabudak (2020) yapmış oldukları çalışmada bu ölçeği 8-15 yaş aralığında hastanede yatan çocuklara kullandığı görülmüştür [110]. Altay ve diğerleri (2017) yapmış oldukları bir çalışmada da 9-14 yaş aralığında kanser tanısı olan çocuklara bu ölçeği kullanmışlardır [28].

3.5.3. Koppitz'in insan figürü çizme testi

Koppitz (1968) tarafından gelişimsel ve duygusal özellikler dikkate alınarak 5-12 yaş çocukların çizimlerini incelemek için bir sistem geliştirilmiştir. Bu test, beş ana boyutta değerlendirme yapmaktadır: dürtüsellik, güvensizlik/yetersizlik duygusu, kaygı, utangaçlık ve kızgınlık. Her bir ana boyutun altında beş veya altı alt madde yer almaktadır. Test maddeleri, bireyin ilgili ifadeyi taşıyıp taşıymasına göre “var” ya da “yok” şeklinde değerlendirilmektedir. Koppitz'e göre, çocukların çizimlerinde duygusal durumlarını değerlendirirken bazı yapısal ve duygusal göstergeler önemlidir. Bu değerlendirmede toplam 30 çizim kriteri dikkate alınmaktadır. Bu kriterler arasında kafa, göz, burun, ağız, kulaklar, vücut, kollar, bacaklar ve giysi özellikleri gibi kriterler yer almaktadır. Test bu kriterlerin var olup olmasına göre “var” ya da “yok” olarak değerlendirilmektedir.

Puanlama, çocuğun yaşı ilerledikçe ve olgunlaştıkça çizimlerinin gelişime paralel olarak değişebileceği öngörülmektedir [82]. Çocuğun yaptığı insan figürü çocuğun kendi ruhunun yansımasıdır. Koppitz çocuk resimlerinde duygusal sorunların göstergesi olan özellikleri aramaktadır [111]. Güney ve diğerleri (2020), öğrenme güçlüğü tanısı olan 7-12 yaş grubundaki çocukların insan figürü çizimlerinin değerlendirilmesiyle ilgili araştırmada, Bartık ve Kılıçarslan Törüner (2017) bir çalışmada bu ölçeği kullanmışlardır [92, 112].

3.5.4. Süreç değerlendirme formu

Araştırmacılar tarafından girişim grubundaki çocuklardan geri bildirim almak amacıyla form oluşturulmuştur. Süreci değerlendirmek için form ve duygu çarkı etkinliği gerçekleştirilmiştir.

Süreç değerlendirme formu

Bu form, araştırmacılar tarafından süreci değerlendirmek ve çocuklardan geribildirim almak amacıyla hazırlanmıştır. Formda, “Uygulamayı faydalı buldum”, “İlgi çekiciydi”, “Rahatlamamı sağladı”, “Eğlenceliydi” ve “Güzel vakit geçirdim” ifadelerinden oluşan beş madde yer almaktadır. Çocuklar, her bir ifadeyi 1 ile 5 arasında puanlayarak değerlendirmiştir. Bu puanlama ölçeğinde 1 “Hiç katılmıyorum”, 5 ise “Tamamen katılıyorum” anlamına gelmektedir. Formun sonunda yer alan “Değerlendirme ve Önerileriniz” ve “Katkılarınız” başlıklı açık uçlu bölüm aracılığıyla ise çocuklardan geri bildirimler alınmıştır.

Duygu çarkı

Plutchik, psikoevrimsel bir duygu kuramı geliştirerek, temel ve karmaşık duygular arasında ayrım yapabilen bir duygu modeli oluşturmuştur. Bu modelde, basit duygular ve bu duygulardan oluşan karmaşık duygular renkli bir duygu çemberi üzerinde gösterilmektedir. Plutchik, sekiz temel duyguyu neşe, güven, korku, şaşkınlık, üzüntü, beklenti, öfke ve tiksime olarak tanımlamıştır. Bu duyguların yoğunluğu, renklerle belirtilmiş ve renk tonunun koyulaşması, duygunun şiddetinin arttığını göstermektedir. Duygusal yoğunluk, çemberin merkezine yaklaşıldıkça artmakta, merkezden uzaklaştıkça ise azalmaktadır. Ayrıca, çemberde birbirine komşu olan duyguların birleşimiyle ikincil duygular ortaya

çıkmaktadır. Örneğin, üzüntü ve iğrenme duygularının birleşimi pişmanlık duygusunu oluştururken, beklenti ve sevinç duygularının birleşimi iyimserlik duygusunu yaratmaktadır [83]. Kontrol ve girişim grubu çocuklarından, işlem öncesinde duygu çarkı kullanarak mevcut duygularını ifade eden rengi ve duygusal durumlarını tanımlayan kelimeyi seçmeleri istenmiştir. Girişim sonrası girişim grubu ve kontrol grubundan tekrar duygu çarkı etkinliğiyle duygu rengi ve duygusunu ifade eden kelimeleri çocuktan seçmesi istenmiştir.

3.6. Verilerin Toplanması

Girişim ve kontrol grubunda yer alan çocuklara terapötik iletişim yöntemi uygulanmadan önce tanımlayıcı özellikler veri formu, durumluk kaygı ölçeği, uygulanmıştır. Yoğun bakım ünitesinde çocukların bilinç düzeyi, hemşireler tarafından Glasgow Koma Skalası (GKS) ile değerlendirilmiş ve bu değerlendirmeler çalışmada dikkate alınmıştır. Formlar yoğun bakım ünitesinde çocuğun yatağı başında çocuğa gösterilerek yüz yüze doldurulmuştur. Terapötik iletişim girişimi tamamlandıktan sonra girişim ve kontrol grubundaki çocuklara Koppitz'in insan figürü çizme testi, durumluk kaygı envanteri ve duygu çarkı uygulanmıştır. Formların uygulama süresi yaklaşık 30 dakika sürmüştür. Araştırmanın akış şeması şekil 3.1'de verilmiştir.

3.7. Araştırmada Terapötik İletişim Tekniğinin Uygulanması

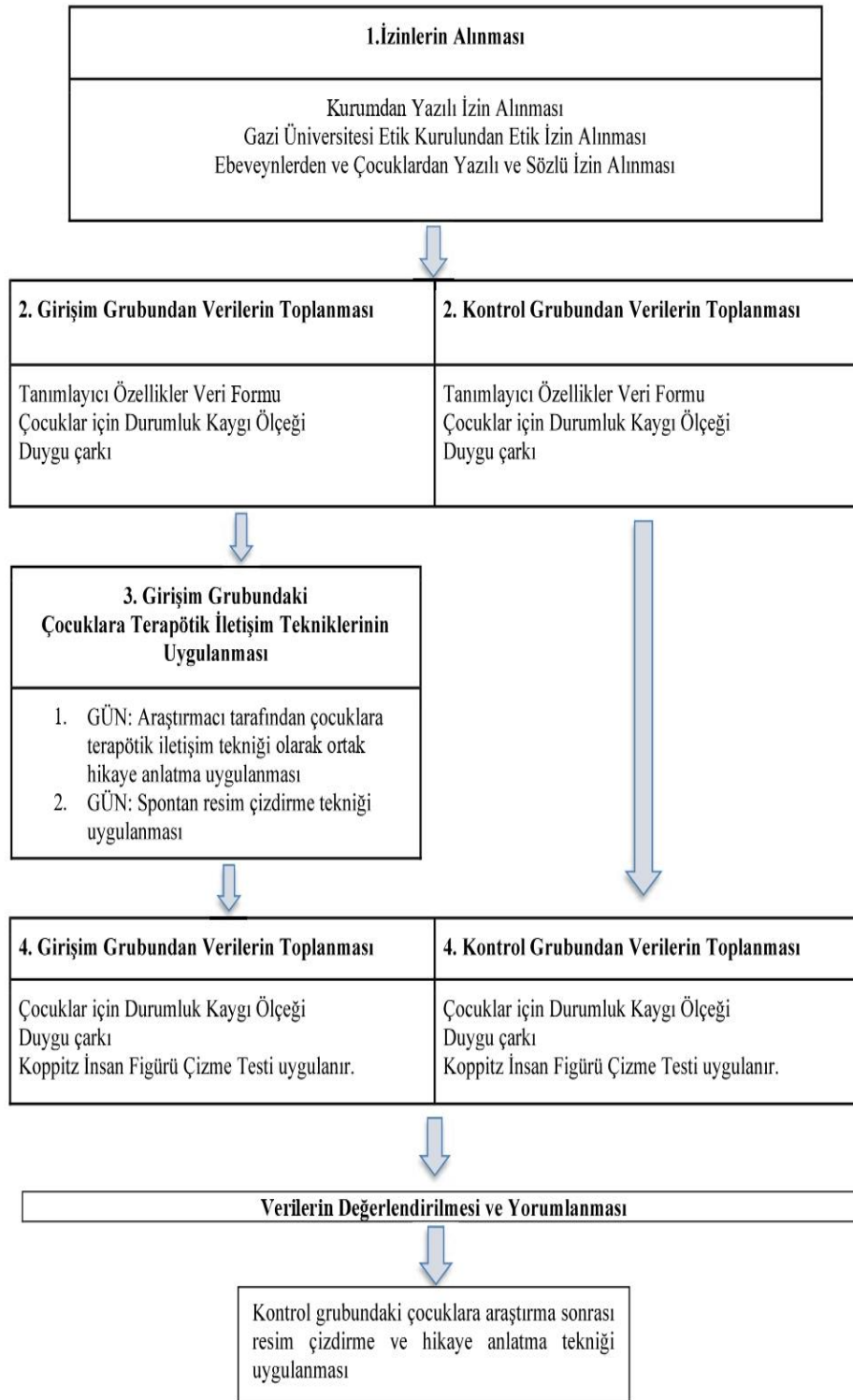
Çocuklar yoğun bakımda izlenirken, yoğun bakımda yatış ve yapılan tedavilere ilişkin duygularını incelemek ve duygu düzenlemelerine yardımcı olmak amacıyla terapötik iletişim teknikleri kullanılmıştır. Uygulama iki gün üst üste ve araştırmacı tarafından yoğun bakım ortamında çocuğun yatağında yüz yüze gerçekleştirilmiştir. Girişimin birinci gününde ortak hikaye anlatma tekniği kullanılmıştır. Ortak hikaye anlatmada hikaye konusu "Hastanede yatan çocuk" olmuştur. Çocukların duygularını ortaya çıkarmak amacıyla kullanılmıştır. İlk olarak çocuk, araştırmacı tarafından kendisinden istenen hikayeyi anlatmıştır. Daha sonra araştırmacı umut, cesaret, sevgi, mutluluk, rahatlama gibi olumlu duygular içeren yapıcı bir hikaye anlatmıştır [73].

İkinci günde serbest resim çizme tekniği uygulanmıştır. Çocuğa A4 boyutunda beyaz kağıt ve 12 adet renkli kalem verilerek resim konusu belirtilmeden spontan resim çizme şeklinde

yapılmıştır. Çocuktan çizdiği resimlerin ne anlam ifade ettiği konuşularak resmin üzerine not edilmiştir. Çizelge 3.3’de terapötik iletişim tekniklerinin amacı ve içeriği verilmiştir.

Çizelge 3.3. Terapötik iletişim tekniklerinin amacı ve içeriği

TEKNİK	AMAÇ	SÜRE	ARAÇ-GEREÇ	İÇERİK
Ortak hikaye anlatma	Çocuğun duygularını ortaya çıkarmak, çocuğa farklı bakış açıları gösterebilmek	20 dk	Defter Kağıt Kalem	İlk olarak çocuktan “Hastalık süreci geçiren çocuk” konulu bir hikaye oluşturmaları ve anlatmaları istenmiştir. Daha sonra araştırmacı bu hikayeye benzer nitelikte ve farklı bakış açıları sunabilecek şekilde interaktif bir hikaye anlatımı gerçekleştirmiştir. Yüz yüze görüşme şeklinde yapılmıştır.
Resim Çizme	Çocuğun çizdiği resimlerden duygu durumunu belirlemek	20 dk	A4 Kağıdı 12 renkli boya kalemi	Çocuklara spontan resim çizme tekniği uygulanmıştır. Çocuğun verdiği bilgiler çizdiği kağıdın arkasına not edilmiştir ve çizilen figürler üzerine çocuğun ifade ettiği anlamları yazılmıştır.



Şekil 3.2. Araştırmanın akış şeması

3.8. Araştırmanın Etik Yönü

Terapötik iletişim tekniklerinin uygulanması ve veri toplama formlarının uygulanması amacıyla Gazi Üniversitesi Etik Komisyonu'ndan 12.07.2024 tarihli 09 sayılı onay alınmıştır. Ankara Bilkent Şehir Hastanesi'nden kurum izni alınmıştır. Araştırmaya katılacak hasta çocuklar ve ailelerinden yazılı onay alınmış olup, katılımcıların kimlik bilgileri ve tıbbi bilgilerine ait veriler gizli tutulmuştur. Kontrol grubundaki çocuklara araştırma sonrası resim çizme ve ortak hikaye anlatma tekniği uygulanmıştır.

3.9. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı analizler (yüzde, frekans) ve önemlilik testleri uygulanmıştır. Araştırmada güven aralığı %95 olarak belirlenmiştir. Araştırmadan elde edilen verilerin analizi için IBM SPSS Statistics 27.0 istatistik programı kullanılmıştır. Araştırmada istatistiksel anlamlılık düzeyi olarak 0,05 değeri kabul edilmiştir. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk testi ile yapılmıştır. Deney ve kontrol gruplarının Durumluk Kaygı Ölçeği için girişim öncesi ve sonrası puan ortalamalarının normal dağıldığı belirlenmiştir ($p > 0.05$). Deney ve kontrol grubunun sosyo-demografik ve hastalığa ilişkin verilerin analizinde kategorik veriler için sayı ve yüzde, sürekli veriler için ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerleri kullanılmıştır. Grupların karşılaştırılmasında kategorik verilerde Pearson Ki-Kare, sürekli değişkenlerde bağımsız gruplarda t testi kullanılmıştır. Grupların kendi içinde ön-test ve son-test puan ortalamalarındaki değişimin karşılaştırılmasında eşleştirilmiş (paired) t testi kullanılmıştır. Gruplar arası ve grup içi puan değişimlerinin etki büyüklüğünün hesaplanmasında Cohen's d formülü kullanılmıştır. Cohen's d formülünde d değerinin 0.2'den küçük olması zayıf etki büyüklüğünü, d değerinin 0.5 olması orta etki büyüklüğünü, d değerinin 0.8'den büyük olması güçlü etki büyüklüğünü ifade etmektedir [113]. Çocukların çizimlerine dayanarak duygu durumlarının belirlenmesinde uzmanlar arasındaki uyum, Kappa testi yöntemi ile değerlendirilmiştir. Kappa değeri 0 ile 1 arasında değer almaktadır. 0 değeri, değerlendirmeler arasında hiç uyum olmadığını; 1 değeri ise tam uyum sağlandığını göstermektedir. Detaylı değerlendirmeye göre, Kappa değeri 0,00-0,20 arası “düşük veya önemsiz uyum”; 0,21-0,40 arası “düşük orta düzeyde uyum”; 0,41-0,60 arası “orta derecede uyum”; 0,61-0,80 arası “iyi derecede uyum”; 0,81-1,00 arası ise “mükemmel uyum” olarak kabul edilmektedir [114]. Randomizasyonun etkisinin sürdürülmesinde ve

eksilme yanlılığının önlenmesinde önerilen yöntem ITT (intention-to-treat) analizi Pooled t-testi (Multiple Imputation sonrası) ile yapılmıştır [115]. Çizelge 3.4’de girişim ve kontrol grubu için durumluk kaygı ölçeğine ait normal dağılım test sonuçları (Kolmogorov-Smirnov) verilmiştir.

Çizelge 3.4. Durumluk kaygı ölçeğine ait normal dağılım test sonuçları (Kolmogorov-Smirnov)

Durumluluk Kaygı Ölçeği	Girişim Grubu		Kontrol Grubu	
	K-S	p	K-S	p
Uygulama Öncesi	0.82	0.200	0.132	0.193
Uygulama Sonrası	0.148	0.90	0.128	0.200

* K-S: Kolmogorov-Smirnov testi

* $p > 0,05$: Normal dağılım

3.10. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Araştırmanın bağımsız değişkenini uygulanan girişim oluşturmaktadır. Araştırmanın bağımlı değişkenlerini; durumluk kaygı ölçeği puanı ve koppitz testi ölçek puanı oluşturmaktadır.

3.11. Süreç Değerlendirme Bulguları

Çocukların uygulama hakkındaki görüşleri Çizelge 3.3 ve Çizelge 3.4’de verilmiştir. Çocukların girişim öncesi ve sonrası seçtikleri duygu çarkı renkleri ve duyguları Çizelge 3.5 ve Çizelge 3.6’da belirtilmiştir.

Çizelge 3.5. Girişim grubundaki çocukların uygulama sonrası yapılan girişime yönelik puanlamaları

Girişim Grubu (n=30)		
Maddeler	M±SD	Min.-Mak.*
1.Uygulamayı faydalı buldum	4,10±1,15	1–5
2.İlgi çekiciydi	3,47±1,25	1–5
3.Rahatlamamı sağladı.	3,63±1,27	1–5
4.Eğlenceliydi.	4,03±1,21	1–5
5.Güzel vakit geçirdim	4,10±1,21	1–5

*Girişim grubunda bulunan çocukların uygulamaları 1-5 puan arasında değerlendirilmesi istenmiştir. 1-Hiç Katılmıyordum, 5 – Tamamen Katılıyorum olarak puanlanmıştır.

Çizelge 3.6. Girişim grubunda bulunan çocukların açık uçlu sorular hakkındaki görüşleri

Kategori	Alt kategori	n	(%)	İçerik
1.Yarar Sağlama	1.Güzel bulma	7	23,3	1.Çocuk “Güzel geçti”. 4.Çocuk “Çok güzeldi”. 9.Çocuk “Çok iyi geçti. Tüm çocuk hastalarımızın denemesini isterim”. 10.Çocuk “Çok iyi geçti”. 16.Çocuk “Benim için güzel geçti”. 24.Çocuk “Çok güzel geçti”. 26.Çocuk “Güzel geçti”.
	2.Duygusal Rahatlama	4	13,3	6.Çocuk “Güzel bir etkinlik, çocuklar için rahatlatıcı.Önerim yok, rahatlamamı sağladı”. 8.Çocuk “Bu etkinlikler çok güzel bence hep yapılmalı beni iyi hissettirdi”. 12.Çocuk “Çok güzel etkinlik, çok mutlu oldum”. 18.Çocuk “Resim çizmek iyi hissettirdi”.
	3.Eğlence	6	20,0	2.Çocuk “Oyun oynamak için bir daha gelin”. 11.Çocuk “Güzel ve zevkli geçti. Eğlendim”. 13.Çocuk “Güzel geçti, eğlendik ve eğlenceliydi”. 17.Çocuk “Etkinlik güzeldi. Eğlenceli şeyler hep yapılabilir”. 29.Çocuk “İyi hissettirdi, eğlenceliydi”. 30.Çocuk “Güzel vakit geçirmemizi sağladı. Eğlenceli vakit geçirdik”.

Çizelge 3.6. (devam) Girişim grubundaki çocukların açık uçlu sorular hakkındaki görüşleri

Kategori	Alt kategori	n	(%)	İçerik
2.Öneriler	1.Farklı terapötik iletişim teknikleri	8	26,7	3.Çocuk: “Güzeldi. Güzel vakit geçirdim. Origami de olabilirdi. Daha başka şeylerde olabilirdi”. 7.Çocuk “Çok güzeldi, gayet iyi zaman geçirdim. Rahatladım, eşleştirme oyunu sudoku olabilir”. 15.Çocuk “Çok güzeldi, hamur oyunu olabilirdi”. 19.Çocuk “Etkinlikleri sevdim, neşeli geçti. Oyuncak, lego, tangram olabilir”. 20.Çocuk “Rahatlamış hissettim. Resim yapmayı sevdiğim için sıkıntım biraz daha geçti, güzeldi. Film izletilebilir. Müzik dinlenebilir”. 21.Çocuk “Eğlenceliydi. Oyun hamuru olabilir”. 22.Çocuk “Çok güzeldi vakit geçirdim. Balon, oyuncak olabilir”. 23.Çocuk “Resim çizmek çok rahatlattı ve iyi geldi. Kalıp boyama olabilir. Oyun hamuru ile etkinlik yapılabilir. Yapboz oynanabilir. Katkılarınız çok iyiydi. Teşekkürler”.
	2.Farklı yaklaşım	5	16,7	5.Çocuk: “Genel olarak eğlenceliydi ancak resim yaparken biraz gerildim. Öneri olarak ise ufak bir test eklenebilirdi”. 14.Çocuk “Güzel geçti, yatan hastalar için oyun vakti olabilir”. 25.Çocuk “Etkinlik hoşuma gitti. Oyun alanı açılabilir”. 27.Çocuk “Etkinlik çok güzel geçti. Öbür çocuklara da aynısının yapılmasını istiyorum”. 28.Çocuk “Hasta insanlar genelde hep aynı şeyleri hisseder; endişe, yorgunluk, can sıkıntısı gibi ama herkes moralinin yerine gelmesi için farklı şeyler yapar. Bana göre eğlenmek için bu şeyler değil, daha normal hayatım devam ediyormuş gibi konuşmak daha iyi olabilir. Bu etkinlik, sadece hasta olduğumu hatırlattığı için hoşuma gitmedi”.

Çizelge 3.7. Girişim ve kontrol grubundaki çocukların duygu çarkında ilişkilendirdikleri duyguları

Duygu çarkı	Girişim(n=30) Uygulama Öncesi		Girişim(n=30) Uygulama Sonrası		Kontrol(n=30) Öncesi		Kontrol(n=30) Sonrası	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Neşe	2	6,7	9	30,0	1	3,3	1	3,3
Mutluluk	0	0,0	5	16,7	0	0,0	2	6,7
Huzur	2	6,7	9	30,0	2	6,7	4	13,3
Can Sıkıntısı	7	23,3	2	6,7	12	40,0	7	23,3
Hayal Kırıklığı	1	3,3	0	0,0	1	3,3	1	3,3
Korku	5	16,7	0	0,0	2	6,7	4	13,3
Endişe	6	20,0	1	3,3	1	3,3	4	13,3
Pişmanlık	2	6,7	0	0,0	3	10,0	1	3,3
Öfke	1	3,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Rahatsızlık	1	3,3	0	0,0	1	3,3	4	13,3
Üzüntü	2	6,7	2	6,7	6	20,0	5	16,7
Dalgınlık	1	3,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0
İyimserlik	0	0,0	1	3,3	0	0,0	0	0,0
Hayranlık	0	0,0	1	3,3	0	0,0	0	0,0
Şaşkınlık	0	0,0	0	0,0	1	3,3	0	0,0

Girişim grubunda uygulama öncesi en fazla can sıkıntısı duygusunun olduğu belirlenmiştir. Uygulama sonrası en fazla huzur ve neşe duygusunun seçildiği belirlenmiştir. Kontrol grubunda ise öncesi ve sonrası en fazla can sıkıntısı duygusunun olduğu belirlenmiştir.

Çizelge 3.8. Girişim ve kontrol grubundaki çocukların duygu çarkında seçtikleri renkler

Duygu çarkı	Girişim Uygulama Öncesi		Girişim Uygulama Sonrası		Kontrol Öncesi		Kontrol Sonrası	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Renkler								
Sarı	6	20,0	18	60,0	8	26,7	6	20,0
Yeşil	12	40,0	2	6,7	5	16,7	6	20,0
Pembe	7	23,3	4	13,3	6	20,0	7	23,3
Mavi	5	16,7	3	10,0	9	30,0	9	30,0
Turuncu	1	3,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Kırmızı	0	0,0	0	0,0	1	3,3	1	3,3

Girişim grubunda uygulama öncesi 12 çocuğun yeşil rengi seçtiği ve uygulama sonrası 18 çocuğun sarı rengi seçtiği belirlenmiştir. Kontrol grubunda ise öncesi ve sonrası 9 çocuğun mavi rengi seçtiği belirlenmiştir.



4. BULGULAR

Araştırmaya yönelik bulgular iki başlık altında incelenmiştir:

1. Çocuk ve ailelerine ilişkin tanımlayıcı özellikleri
2. Girişim ve kontrol grubundaki çocukların duygu durumları ile ilgili bulgular

4.1. Çocuk ve Ailelerine İlişkin Tanımlayıcı Özellikler

İlk bölümde girişim ve kontrol grubundaki çocukların tanımlayıcı özellikleri ve aileye ilişkin tanımlayıcı özellikleri olarak incelenmiştir.

Çizelge 4.1. Çocukların tanımlayıcı özellikleri (n=60)

Özellikler	Girişim Grubu (n=30)		Kontrol Grubu (n=30)		X ² Test	p
	n	%	n	%		
Cinsiyet						
Kız	14	46,7	13	43,3	0,067	0,795
Erkek	16	53,3	17	56,7		
Çocuğun Tıbbi Tanısı						
Kaza-Travma	11	36,7	14	46,7	7,576	0,271
Cerrahi Hastalıklar*	12	40	5	16,7		
Solunum Sistemi Hastalıkları	4	13,3	4	13,3		
Gastrointestinal Hastalıklar	1	3,3	3	10		
Enfeksiyon	2	6,7	1	3,3		
Kas iskelet sistemi hastalıkları	0	0	2	6,7		
Konjenital Anomali	0	0	1	3,3		
Öğrenim Durumu						
İlkokul	13	43,3	15	50	0,268	0,605
Ortaokul	17	56,7	15	50		
	X±SS	Min.-Mak.	X±SS	Min.-Mak.	M-U Test***	P
Çocuk Yaş (Yıl)	10,53±1,71	7-12	9,90±2,02	7-12	355.500	0,134
Yoğun Bakım Yatış Gün Sayısı	1,47±0,86	1-5	2,43±3,62	1-20	490.500	0,480

*Apandisit, tiroglossal kisti, servikal kitle eksizyonu, duplikasyon kisti, mesane ekstrofisi

X= Ortalama, SS: Standart sapma, M-U: Mann-Whitney U testi

***Çocuk yaşı ve yoğun bakım yatış gün sayısı normal dağılım göstermediği için non-parametrik test olan Mann-Whitney U testi kullanılmıştır.

Çizelge 4.1’de çocukların tanımlayıcı özellikleri verilmiştir. Girişim (%53,3) ve kontrol (%56,7) grubundaki çocukların çoğunluğunun erkek cinsiyetinde olduğu ve her iki grupta

da yoğun bakımda yatma nedenlerinin kaza-travmaya bağlı olduğu belirlenmiştir. Girişim grubunda çocukları %56,7'si öğrenimine ortaokulda devam ederken, kontrol grubunda bu sayı %50'dir. Çocukların yaş ortalaması girişim ve kontrol grubunda sırasıyla $10,53 \pm 1,71$ ve $9,90 \pm 2,02$ 'dir. Çocukların yoğun bakım yatış günleri ortalaması girişim ve kontrol grubunda sırasıyla $1,47 \pm 0,86$ ve $2,43 \pm 3,62$ 'dir. Girişim ve kontrol grubu arasında çocukların tanımlayıcı özellikleri yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > 0,05$).

Çizelge 4.2. Aileye ilişkin tanımlayıcı özellikler

Özellikler	Girişim Grubu (n=30)		Kontrol Grubu (n=30)		Test	P
	n	%	n	%		
Anne Öğrenim Durumu						
Okuryazar değil	1	3,3	3	10,0	5,111	0,276
İlköğretim	8	26,7	11	36,7		
Lise	8	26,7	9	30,0		
Üniversite ve üzeri	13	43,3	7	23,3		
Baba Öğrenim Durumu						
Okuryazar Değil	0	0,0	1	3,3	4,808	0,440
Okuryazar	0	0,0	1	3,3		
İlköğretim	9	30,0	14	46,7		
Lise	9	30,0	7	23,3		
Üniversite ve üzeri	12	40,0	7	23,3		
Aile Kronik Hastalık Durumu						
Var*	9	30,0	14	46,7	1,763	0,144
Yok	21	70,0	16	53,3	4,808	0,440
Aile Tipi						
Çekirdek Aile	25	83,3	23	76,7	3,683	0,159
Geniş Aile	3	10,0	7	23,3		
Parçalanmış Aile	2	6,7	0,0	0,0		
Gelir Durumu						
Gelir Giderden Az	4	13,3	10	33,3	3,390	0,184
Gelir Gidere Eşit	25	83,3	19	63,3		
Gelir Giderden Fazla	1	3,3	1	3,3		
Son 3 Ayda Önemli Yaşam Olayı						
Yaşamamış	30	100	27	90	3.158	0.076
Yaşamış**	-	-	3	10		
	M±SD	Min.-Mak.	M±SD	Min.-Mak.	t-test***	P
Anne Yaş (Yıl)	39,3±6,14	29-54	36,76±5,27	28-47	1,701	0,094
Baba Yaş (Yıl)	43,67±5,12	34-54	40,82±5,0	31-50	2,136	0,037

*Hipertansiyon(n=16), diyabet,tiroit(n=6),astım (n=1),

**Kaza geçirme (n=1), yakınıni kaybetme (n=2)

***Anne yaş ve baba yaş normal dağılım gösterdiğinden parametrik test olarak studentt testi kullanılmıştır.

Girişim grubundaki annelerin çoğunun öğrenim durumunun üniversite ve üzeri olduğu (%43,3) ve kontrol grubunda annelerin çoğunun ilkokul mezunu olduğu (%36,7) belirlenmiştir. Girişim grubundaki babaların öğrenim durumu incelendiğinde 12 babanın (%40) üniversite ve üzeri mezunu, kontrol grubunda 14 babanın (%46,7) ilkokul mezunu olduğu belirlenmiştir. Girişim ve kontrol grubunda aile tipinin çekirdek aile (girişim grubu %83,3, kontrol grubu %76,7) olduğu belirlenmiştir. Girişim ve kontrol grubunda çoğu çocuğun ailesi gelir durumunu gelir gidere eşit olarak tanımlamışlardır (girişim grubu %83,3, kontrol grubu %63,3). Girişim ve kontrol grubunda bulunan ailelerin çoğu son üç ay içinde önemli bir yaşam olayı yaşamadıklarını ifade etmişlerdir (girişim grubu %100, kontrol grubu %90). Ailede bir bireyde kronik hastalık tanısı olma durumu, girişim grubunda %30, kontrol grubunda %46,7 olarak belirlenmiştir.

4.2. Girişim ve Kontrol Grubundaki Çocukların Duygu Durumları ile İlgili Bulgular

Bulgular kısmının ikinci bölümünde girişim ve kontrol grubundaki çocukların kaygı düzeylerine ilişkin ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması, girişim ve kontrol grubundaki çocukların duygu durumları, girişim grubundaki çocukların duygu durumlarının uzman görüşlerine göre karşılaştırılması, kontrol grubundaki çocukların duygu durumlarının uzman görüşlerine göre karşılaştırılması, uzman görüşleri konsensüsünden sonra girişim ve kontrol grubundaki çocukların duygu durumlarının karşılaştırılması yer almaktadır.

Çizelge 4.3. Girişim ve kontrol grubundaki çocukların kaygı düzeyine yönelik ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması

Ölçek	Girişim Grubu (n=30) $\bar{X} \pm S. S.$	Kontrol Grubu (n=30) $\bar{X} \pm S. S.$	Test *	Etki büyüklüğü Cohen d
Çocuk Durumluk Kaygı Ölçeği				
Uygulama öncesi	44,77 $\pm$ 10,99	41,67 $\pm$ 8,30	t= 1,232 p= 0,223	0,159
Uygulama sonrası	36,9 $\pm$ 9,4	43,5 $\pm$ 8,2	t= -2,884 p= 0,006	0,367
Test**	t=5,22 p= 0,001	Test=-2,371 p= 0,025		
Etki büyüklüğü (Cohen d)	0,953	0,433		

Çocuklar için Durumluk Kaygı Ölçeğinin girişim grubunun ilk testinde K-S=0,82, p=0,200, son testinde K-S=0,148, p=0,090, kontrol grubunun ilk testinde K-S=0,132, p=0,193, son testinde K-S=0,128, p=0,200 bulunmuştur.

Girişim ve Kontrol grubu normal dağılım gösterdiği için gruplar arası karşılaştırmada studentt testi, grup içi karşılaştırmalarda paired-t testi kullanılmıştır. p<0,05.

Girişim ve kontrol grubundaki çocukların kaygı düzeyine yönelik ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması Çizelge 4.3'te belirtilmiştir. Uygulama öncesi durumluk kaygı ölçek puan ortalamaları girişim grubunda $44,77 \pm 10,99$, kontrol grubunda ise $41,67 \pm 8,30$ olarak saptanmıştır ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($t= 1,232$; $p= 0,223$). Ayrıca, girişim ve kontrol grubunda bulunan çocukların durumluk kaygı ölçek puan ortalamaları arasındaki farkın küçük etkiye sahip olduğu belirlenmiştir ($d=0,159$). Uygulama sonrası çocukların durumluk kaygı ölçek puan ortalaması girişim grubunda $36,9 \pm 9,4$ 'e azalırken kontrol grubunda ise $43,5 \pm 8,2$ artış gözlenmiştir ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($t=-2,884$; $p= 0,006$). Girişim sonrası, gruplar arası ölçek puan ortalamaları arasındaki farkın küçük orta etkiye sahip olduğu saptanmıştır ($d=0,367$). Bununla beraber, girişim grubunun kendi içinde uygulama öncesi ve sonrası ölçek toplam puan ortalamaları arasındaki farkın büyük etkiye sahip olduğu belirlenmiştir ($d=0,953$). Kontrol grubu içinde de uygulama sonrası kaygı puanının artışı orta etkiye sahip olduğu saptanmıştır ($d=0,433$).

Çizelge 4.4. Girişim ve kontrol grubundaki çocukların kaygı düzeyine yönelik ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması (ITT Sonrası)

Ölçek	Girişim Grubu (n=35) $\bar{X} \pm S. S.$	Kontrol Grubu (n=35) $\bar{X} \pm S. S.$	Test	Etki büyüklüğü Cohen d
Çocuk Durumluk Kaygı Ölçeği				
Uygulama öncesi	$44,69 \pm 10,53$	$42,0 \pm 8,25$	$t= 1,011$ $p= 0,312^1$	0,24
Uygulama sonrası (MI-ITT)	$36,84 \pm 9,6$	$43,84 \pm 8,3$	$t=-3,155$ $p=0,002^2$	-0,78
Test	$t=14,07$ $p<0,001$	Test=-4,1 $p<0,001$		
Etki büyüklüğü (Cohen d)	1,54	0,69		

¹Student t-testi (orijinal verilerle)

²Pooled t-testi (Multible Imputation sonrası)

Girişim ve kontrol grubu normal dağılım gösterdiği için gruplar arası karşılaştırmada studentt testi, grup içi karşılaştırmalarda paired-t testi kullanılmıştır.
 $p<0,05$.

Çizelge 4.4'de ITT (intention-to-treat) analizi sonrası girişim ve kontrol grubundaki çocukların kaygı düzeyine yönelik ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması yer almaktadır. Uygulama sonrası her iki grupta beş çocuğun veri kaybı nedeniyle ITT analizi yapılmıştır. Uygulama öncesinde girişim ve kontrol gruplarının durumluk kaygı düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Uygulama sonrasında ise Multible imputation yöntemiyle tamamlanan eksik veriler dahil edildiğinde, girişim grubu lehine

anlamlı bir fark ortaya çıkmıştır ($p=0.002$). Etki büyüklüğü düzeyi Cohen's $d=0.78$ olup, yüksek düzeyde bir etkiye işaret etmektedir.

Çizelge 4.5. Girişim ve kontrol grubundaki çocukların Koppitz testi çizimlerine göre duygu durumlarının incelenmesinde uzmanlara göre alt maddelerin değerlendirilmesi

Maddeler		1.Uzman				2.Uzman			
		Girişim		Kontrol		Girişim		Kontrol	
		Grubu (n=30)		Grubu (n=30)		Grubu (n=30)		Grubu (n=30)	
		n	%	n	%	n	%	n	%
1) Dürtüsellik									
Vücut parçalarının kopukluğu	var	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	yok	30	100,0	30	100,0	30	100,0	30	100,0
Kol ve bacakların asimetrisi	var	15	50,0	20	66,7	15	50,0	20	66,7
	yok	15	50,0	10	33,3	15	50,0	10	33,3
Transparan gösterimler	var	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	yok	30	100,0	30	100,0	30	100,0	30	100,0
Büyük figür	var	2	6,7	0	0,0	2	6,7	0	0,0
	yok	28	93,3	30	100,0	28	93,3	30	100,0
Boynun olmaması	var	10	33,3	11	36,7	10	33,3	11	36,7
	yok	20	66,7	19	63,3	20	66,7	19	63,3
2) Kendine Güvensizlik ya da Yetersizlik Duygusu									
Yan kayık figür	var	1	3,3	2	6,7	1	3,3	2	6,7
	yok	29	96,7	28	93,3	29	96,7	28	93,3
Küçük kafa	var	1	3,3	1	3,3	1	3,3	1	3,3
	yok	29	96,7	29	96,7	29	96,7	29	96,7
Ellerin olmaması	var	5	16,7	13	43,3	5	16,7	13	43,3
	yok	25	83,3	17	56,7	25	83,3	17	56,7
Kolların olmaması	var	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	yok	30	100,0	30	100,0	30	100,0	30	100,0
Bacakların olmaması	var	1	3,3	2	6,7	1	3,3	2	6,7
	yok	29	96,7	28	93,3	29	96,7	28	93,3
Ayakların olmaması	var	3	10,0	15	50,0	3	10,0	15	50,0
	yok	27	90,0	15	50,0	27	90,0	15	50,0
3) Kaygı ile ilgili Belirtiler									
Yüzün olmaması, karalanmış/gölgelenmiş olması	var	5	16,7	6	20,0	6	20,0	8	26,7
	yok	25	83,3	24	80,0	24	80,0	22	73,3
Vücutun, kol ya da bacakların gölgelenmesi	var	2	6,7	4	13,3	2	6,7	4	13,3
	yok	28	93,3	26	86,7	28	93,3	26	86,7
Boynun ya da ellerin karalanması/ gölgelenmesi	var	0	0,0	2	6,7	0	0,0	2	6,7
	yok	30	100,0	28	0,0	30	100,0	28	93,3
Gözlerin olmaması ya da göz bebeklerinin olmaması	var	10	33,3	16	53,3	11	36,7	17	56,7
	yok	20	66,7	14	46,7	19	63,3	13	43,3
Bulutlar, yağmur ve uçan kuşlar çizilmesi	var	1	3,3	0	0,0	1	3,3	0	0,0
	yok	29	96,7	30	100,0	30	100,0	30	100,0
Bacakların bitişik olması	var	2	6,7	1	3,3	2	6,7	1	3,3
	yok	28	93,3	29	96,7	28	93,3	29	96,7

Çizelge 4.5. (devam) Girişim ve kontrol grubundaki çocukların Koppitz testi çizimlerine göre duygu durumlarının incelenmesinde uzmanlara göre alt maddelerin değerlendirilmesi

Maddeler	1.Uzman				2.Uzman				
	Girişim Grubu (n=30)		Kontrol Grubu (n=30)		Girişim Grubu (n=30)		Kontrol Grubu (n=30)		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
4) Utangaçlık, Çekingenlik ile ilgili Belirtiler									
Küçük figür (9 cm den küçük)	var	9	30,0	13	43,3	9	30,0	12	40,0
	yok	10	33,3	17	56,7	21	70,0	18	60,0
Kısa kollar	var	3	10,0	6	20,0	3	10,0	6	20,0
	yok	27	90,0	24	80,0	27	90,0	24	80,0
Vücuda yapışık kollar	var	2	6,7	2	6,7	2	6,7	1	3,3
	yok	28	93,3	28	93,3	28	93,3	29	96,7
Burnun olmaması	var	11	36,7	14	46,7	10	33,3	14	46,7
	yok	19	63,3	16	53,3	20	66,7	16	53,3
Ağzın olmaması	var	2	6,7	2	6,7	2	6,7	2	6,7
		28	93,3	28	93,3	28	93,3	28	93,3
5) Kızgınlık ve Saldırganlıkla ilgili Belirtiler									
Abartılı dişler	var	2	6,7	0	0,0	2	6,7	1	3,3
	yok	28	93,3	30	100,0	28	93,3	29	96,7
Uzun kollar	var	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	yok	30	100,0	30	100,0	30	100,0	30	100,0
Büyük eller	var	2	6,7	3	10,0	3	10,0	2	6,7
	yok	28	93,3	27	90,0	27	90,0	28	93,3
Gözlerin içe bakması	var	0	0,0	1	3,3	1	3,3	1	3,3
	yok	30	100,0	29	96,7	29	96,7	29	96,7
Genital organlar veya çıplak figür	var	0	0,0	0	0,0	0,0	0,0	0	0,0
	yok	30	100,0	30	100,0	30	100,0	30	100,0

*Her bir maddede, çocukların çizimlerine göre duygu durumu “var” / “+” olarak belirlenenler sayılar ve yüzdeler verilmiştir.

Girişim ve kontrol grubundaki çocukların duygu durumlarını uzman görüşü değerlendirmelerine göre maddeler halinde Çizelge 4.5’de verilmiştir. Dürtüsellik duygu durumunun alt maddelerinden biri olan ‘Kol ve bacakların asimetrisi’ her iki uzman görüşüne göre kontrol grubunda yüksek bulunmuştur (Girişim grubunda %50 iken kontrol grubunda %66,7). Kendine güvensizlik veya yetersizlik duygu durumunun alt maddelerinden olan "ellerin olmaması", girişim grubunda 5 çocuk, kontrol grubunda ise 13 çocuk tarafından çizilen resimlerde gözlemlenmiştir (Girişim grubu: %10, Kontrol grubu: %43,3). Aynı duygu durumunun alt maddelerinden "ayakların olmaması" ise girişim grubunda 3 çocuk, kontrol grubunda ise 15 çocuk tarafından çizilen resimlerde gözlemlenmiştir (Girişim grubu: %16,7; Kontrol grubu: %50). Kaygı ile ilgili belirtilerden ‘gözlerin olmaması ya da göz bebeklerinin olmaması’ alt maddesi 1.uzman görüşüne göre girişim grubunda 10 çocukta, kontrol grubunda 16 çocukta; 2. uzman görüşüne göre girişim

grubunda 11 çocukta kontrol grubunda 17 çocukta gözlenmiştir. Utangaçlık, çekingenlik ile ilgili belirtilerden ‘burnun olmaması’ alt maddesi her iki grupta da yüksek bulunmuştur. (1. uzman görüşüne göre girişim grubu %36,7, kontrol grubu %46,7; 2. uzman görüşüne göre girişim grubu %33,3, kontrol grubu %46,7). Kızgınlık ve saldırganlıkla ilgili belirtilerinden olan ‘büyük eller’ alt maddesi 1. uzman görüşüne göre girişim grubunda 2, kontrol grubunda 3 çocukta gözlenirken, 2. uzman görüşüne göre girişim grubunda 3, kontrol grubunda 2 çocukta gözlenmiştir.

Çizelge 4.6. Girişim grubundaki çocukların Koppitz testine göre duygu durumlarının incelenmesinde uzman görüşleri arasında uyumun değerlendirilmesi

Duygu Durumu	1. Uzman Girişim Grubu		2. Uzman Girişim Grubu		Kappa	p
	N	%	n	%		
Dürtüsellik						
Var	20	66,7	20	66,7	1,000	0,001
Yok	10	33,3	10	33,3		
Güvensizlik/Yetersizlik						
Var	11	36,7	11	36,7	1,000	0,001
Yok	19	63,3	19	63,3		
Kaygı						
Var	18	60,0	18	60,0	1,000	0,001
Yok	12	40,0	12	40,0		
Utangaçlık/Çekingenlik						
Var	19	63,3	19	63,3	1,000	0,001
Yok	11	36,7	11	36,7		
Kızgınlık						
Var	3	10,0	4	13,3	0,630	0,001
Yok	27	90,0	26	86,7		
TOPLAM	30	100,0	30	100,0		

*p< 0,05

Girişim grubundaki çocukların Koppitz testine göre duygu durumlarının incelenmesinde uzman görüşleri arasında uyumun değerlendirilmesi Çizelge 4.6’da verilmiştir. Girişim grubunda dürtüsellik, güvensizlik/yetersizlik, kaygı, utangaçlık/çekingenlik alt boyutları açısından iki uzman arasında duygu durumları karşılaştırıldığında, iki uzman arasında istatistiksel açıdan anlamlı ve mükemmel bir uyum olduğu saptanmıştır (p= 0,001). Kızgınlık duygu durumunu iki uzmanın değerlendirmesi karşılaştırıldığında ise anlamlı ve iyi derecede uyum olduğu saptanmıştır (kappa değeri=0,630; p= 0,001).

Çizelge 4.7. Kontrol grubundaki çocukların Koppitz testine göre duygu durumlarının incelenmesinde uzman görüşleri arasında uyumun değerlendirilmesi

Duygu Durumu	1.Uzman Kontrol Grubu		2.Uzman Kontrol Grubu		Kappa	p
	n	%	n	%		
Dürtüsellik						
Var	23	76,7	22	73,3	0,936	0,001
Yok	7	23,3	8	26,7		
Güvensizlik/Yetersizlik						
Var	20	66,7	20	66,7	1,000	0,001
Yok	10	33,3	10	33,3		
Kaygı						
Var	21	70,0	23	76,7	0,831	0,001
Yok	9	30,0	7	23,3		
Utangaçlık/Çekingenlik						
Var	25	83,3	25	83,3	1,000	0,001
Yok	5	16,7	5	16,7		
Kızgınlık						
Var	4	13,3	4	13,3	1,000	0,001
Yok	26	86,7	26	86,7		
TOPLAM	30	100,0	30	100,0		

*p< 0,05

Kontrol grubundaki çocukların Koppitz testine göre duygu durumlarının incelenmesinde uzman görüşleri arasında uyumun değerlendirilmesi Çizelge 4.7’de verilmiştir. Kontrol grubunda güvensizlik/yetersizlik, utangaçlık/çekingenlik, kızgınlık duygu durumları karşılaştırıldığında iki uzman arasında anlamlı ve tam bir uyum olduğu saptanmıştır (kappa değeri=1,000, p= 0,001). Dürtüsellik duygu durumu karşılaştırıldığında ise anlamlı ve iyi derecede uyum olduğu belirlenmiştir (kappa değeri=0,936, p= 0,001). Kaygı duygu durumu karşılaştırıldığında anlamlı ve iyi derecede uyum olduğu saptanmıştır (kappa değeri:0,831, p= 0,001).

Çizelge 4.8. Uzman görüşleri konsensusundan sonra girişim ve kontrol grubundaki çocukların duygu durumlarının karşılaştırılması

Duygu Durumu	Girişim Grubu		Kontrol Grubu		X ²	p
	n	%	n	%		
Dürtüsellik						
Var	20	66,7	23	76,7	0,739	0,390
Yok	10	33,3	7	23,3		
Güvensizlik/Yetersizlik						
Var	11	36,7	21	70,0	6,696	0,010
Yok	19	63,3	9	30,0		
Kaygı						
Var	18	60,0	23	76,7	1,926	0,165
Yok	12	40,0	7	23,3		
Utangaçlık/Çekingenlik						
Var	19	63,3	25	83,3	3,068	0,08
Yok	11	36,7	5	16,7		
Kızgınlık						
Var	3	10,0	5	16,7	0,577	0,448
Yok	27	90,0	25	83,3		
TOPLAM	30	100,0	30	100,0		

*p< 0,05

Uzman görüşleri konsensusundan sonra girişim ve kontrol grubundaki çocukların duygu durumlarının karşılaştırılması Çizelge 4.8’de verilmiştir. Dürtüsellik duygu durumu Koppitz testi çimlerinde girişim grubunda 20 çocukta (%66,7), kontrol grubunda 23 çocukta (%76,7) var olarak belirtilmiştir. Kontrol grubunda dürtüsellüğün girişim grubuna göre fazla olmasına karşın arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($\chi^2=0,739$; $p = 0,390$).

Güvensizlik/yetersizlik duygu durumu açısından her iki grup karşılaştırıldığında; girişim grubunda 11 çocukta (%36,7), kontrol grubunda 21 çocukta (%70) güvensizlik/yetersizlik duygu durumunun var olduğu belirlenmiştir. Kontrol grubundaki çocuklarda güvensizlik/yetersizlik duygu durumu, girişim grubundaki çocuklara göre istatistiksel olarak anlamlı bir farkla yüksek olduğu saptanmıştır ($\chi^2 = 6,696$, $p = 0,010$).

Kaygı duygu durumu açısından her iki grup karşılaştırıldığında, girişim grubunda 18 çocukta (%60), kontrol grubunda ise 23 çocukta (%76,7) kaygı duygu durumu gözlemlenmiştir. Kontrol grubundaki çocuklarda kaygı düzeyi, girişim grubuna kıyasla daha yüksek olmasına rağmen, iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($\chi^2 = 1,926$; $p = 0,165$).

Utangaçlık/çekingenlik duygu durumu açısından girişim ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamakla birlikte, bu duygu durumun girişim grubundaki 19 çocukta (%63,3) ve kontrol grubundaki 25 çocukta (%83,3) gözlemlendiği belirlenmiştir ($\chi^2=3,068$, $p = 0,08$).

Kızgınlık duygu durumu, girişim grubundaki 3 çocukta (%10), kontrol grubundaki ise 5 çocukta (%16,7) gözlenmiştir. Girişim ve kontrol grupları arasında kızgınlık duygu durumu açısından yapılan karşılaştırmada istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($\chi^2 = 0,577$, $p =0,448$).



5. TARTIŞMA

Terapötik iletişim, hastanın sağlık sorunlarını yönetmeye yönelik karşılıklı saygı ve katılım temelinde hemşire ile hasta arasında gerçekleşen dinamik bir süreç olarak tanımlanmaktadır [116]. Çocuklarda yoğun bakım ünitesinde endişe, korku, öfke, anksiyete, iletişim güçlüğü, uyumsuzluk, kontrol kaybı hissetme, regresyon gibi belirtiler gözlenebilmektedir [20, 57, 117]. Çocuk yoğun bakım ortamında stres faktörleri bu durumları daha da arttırabilmektedir [11]. Çocuk yoğun bakım ortamları hem çalışanlar hem de hastalar için oldukça stresli olduğu için çocuklarda yoğun bakım sonrasında depresyon, posttravmatik stres bozukluğu gibi belirtiler görülebilmektedir [118].

Terapötik iletişim tekniklerinin çocuğun fiziksel, zihinsel, sosyal ve psikolojik sağlığını desteklemesi ve geliştirmesinin yanı sıra profesyonelliği desteklemek, mesleki onur duygusunu artırmak yetkin hissettirmek, hemşireler ve çocuk hastalar arasındaki iş birliğini geliştirmek gibi olumlu yönleri bulunabilmektedir [119]. Aynı zamanda hastanın hastane kaygısını azaltabilmekte, tedaviye uyum, semptom yönetimini destekleyerek psikososyal ve manevi destek sağlayabilmektedir [120]. Bu araştırmada elde edilen bulgular, ilgili literatür ve araştırma hipotezleri doğrultusunda “Durumluk Kaygı Ölçeği Puanına İlişkin Bulguların Tartışılması” ve “Girişim ve Kontrol Grubundaki Çocukların Koppitz Testi Çizimlerine Göre Duygu Durumlarının Tartışılması” olacak şekilde iki bölüm halinde tartışılmıştır.

5.1. Durumluk Kaygı Ölçeği Puanına İlişkin Bulguların Tartışılması

Hastane ortamı ve hastalık nedenleriyle çocukların kaygıları artış gösterebilmektedir [94, 121]. Çocuklar kaygılı hissettiklerinde genellikle hastane ortamında daha fazla zorluk yaşayabilmektedir. Bu durum, onların iş birliği yapmama ve saldırgan davranışlar sergileme eğilimlerini arttırabilmektedir [122]. Kaygı, yoğun bakım ünitesinde girişimsel işlemler sırasında ve benzeri stres yaratan durumlarda, çocukların psikolojik ve duygusal gelişimlerini etkileyebilecek ele alınması gereken önemli konulardan biridir [11, 123]. Bu nedenle çocukların kaygılarını azaltabilecek girişimler önemli olmaktadır [94]. Terapötik iletişim teknikleri çocuğun, hastalıkla baş etmesinde ve hastane uyum sürecinde önemli katkılar sağlayabilmektedir [85].

Bu araştırmada yapılan ilk değerlendirmede durumluk kaygı ölçek puan ortalaması girişim grubunda $44,77 \pm 10,99$, kontrol grubunda ise $41,67 \pm 8,30$ 'dur ve aralarında fark anlamlı bulunmamıştır ($p = 0,223$). Uygulama sonrası çocukların durumluk kaygı ölçek puan ortalaması girişim grubunda $36,99,4$ 'e inmiş, kontrol grubunda ise $43,58,2$ 'e çıkmıştır ($p=0,006$). Bu sonuçlar, "H1.1: Terapötik iletişim tekniği uygulanan girişim grubundaki çocukların durumluk kaygı ölçeği toplam puan ortalamaları kontrol grubundaki çocuklara göre farklıdır" hipotezi kabul edilmiştir.

Literatürde yoğun bakım ortamında çocuklara uygulanan terapötik iletişim tekniklerinin çocuğun kaygısına etkisini inceleyen bir çalışmaya ulaşılamamıştır. Literatürde hastanenin servis ve acil ünitelerinde yapılan çalışmalar bulunmaktadır. Abdi ve diğerleri (2025) tarafından gerçekleştirilen randomize kontrollü bir çalışmada, hastanede yatan 3-10 yaş arası 75 çocuk üzerinde oyun terapisi, hikaye anlatımı ve kontrol grubu olmak üzere üç farklı grup oluşturulmuştur. Oyun terapisi grubunda, hastanede bulunan tıbbi ekipmanlar (pamuk, enjektör, abeslang gibi) ve el sanatları aktiviteleri kullanılarak her çocuk için ayrı ayrı müdahale gerçekleştirilmiştir. Müdahale süreci, iki gün boyunca her gün 30 dakika olarak planlanmıştır. Hikaye anlatımı grubuna ise çocukların hastane deneyimlerini ele alan iki kitap okunmuştur. Hikaye anlatımının kullanıldığı çocukların kaygı puanları ile kontrol grubundaki çocukların kaygı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu sonucuna ulaşmışlardır [76].

Sarman ve Tuncay (2024) yapmış oldukları bir çalışmada hastanenin polikliniğine başvuran 5-6 yaşlarındaki 98 çocuk hastaya (kontrol grubu = 32, japon balığı grubu = 33, su kaplumbağası grubu = 33) damar yolu açma sırasında hayvan destekli terapötik girişim (balık ve kaplumbağa) uygulamışlar ve çalışma sonucunda balık ve kaplumbağa gruplarının kontrol grubundan istatistiksel olarak daha düşük kaygı puanına sahip olduğunu belirlemişlerdir ($p < 0,05$) [124].

Aarts ve diğerleri (2023) çalışmalarında sağlık çalışanlarına kan alma öncesinde terapötik iletişim teknikleri konusunda eğitim vermişlerdir. Eğitim sonrasında 105 çocuk çalışmaya dahil edilmiş; 51'i standart iletişim grubuna, 54'ü ise terapötik iletişim grubuna atanmıştır. Terapötik iletişim grubundaki çocuklarla kan alma sırasında güven oluşturma, olumsuz ve kaygı uyandırıcı kelimelerden kaçınma, olumlu ifadelerle rahatlatma, hayal gücünü kullanarak dikkati başka yöne çekme, yönlendirici komutlar verme ve olumlu önerilerde

bulunma gibi sözel ve sözel olmayan terapötik iletişim teknikleri kullanılmıştır. Çalışmanın sonucunda, terapötik iletişim uygulanan grupta çocukların anksiyete puanlarının anlamlı düzeyde azaldığı ve kan alma süresinin daha kısa olduğu belirlenmiştir [85]. Altay ve diğerleri (2017) yaptıkları çalışmalarında onkoloji servisinde 9-16 yaş arasında 30 kanser tanısı olan çocuklarla 5 günlük terapötik iletişim programları uygulamışlar. Serbest resim tekniği, konulu resim çizdirme (hastanede yatan bir çocuk resmi) ve ortak hikaye anlatma tekniği kullanılmıştır. Terapötik iletişim programı uyguladıkları girişim grubundaki çocukların durumluk kaygı ölçeği puanları girişimden önce $40,46 \pm 4,51$ iken; girişimden sonra $36,86 \pm 4,12$ daha düşük olarak bulmuşlardır [28].

Silva ve diğerleri (2017) 6 ile 11 yaş aralığındaki 28 çocukla gerçekleştirdikleri randomize kontrollü çalışmada, dramatik terapötik oyun tekniğini uygulamışlardır. Girişim grubundaki çocuklar terapötik oyun seansına katılmış, her iki gruptan da hastanedeki bir kişinin resmini çizmeleri istenmiştir. Araştırma sonucunda, girişim grubundaki çocukların işlem sonrası ortalama anksiyete puanları $73,9 \pm 24,7$ olarak bulunurken, kontrol grubundaki çocukların ortalama anksiyete puanları $69,4 \pm 19,7$ olarak saptanmıştır. Anksiyete puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamakla birlikte, terapötik oyunun anksiyete düzeylerini azaltmada potansiyel fayda sağlayabileceği belirtilmiştir [91].

Zengin ve diğerleri (2021) tarafından gerçekleştirilen bir diğer çalışmada, terapötik oyunun çocukların aktif katılımını esas alan dramatik bir oyun çerçevesinde yapılandırılmıştır. Çalışma kapsamında çocuklar, 45 dakika süresince bebekler ve plastik hayvan figürleri gibi çeşitli oyuncaklarla oynamış; ayrıca şarkı söyleme, bulmaca çözme, bilgisayar oyunu oynama, film izleme, iğnesiz kanül enjeksiyonu yapma, pamuk ve alçı kullanarak tıbbi oyuncak bebeklerle oynama gibi etkinliklere katılmışlardır. Elde edilen bulgular, terapötik oyunun çocukların kaygı ve korkularını azaltmada etkili olduğunu ortaya koymuştur [125].

Yukarıda belirtilen çalışmalara benzer şekilde bizim çalışmamızda da terapötik iletişim teknikleri sonrası yoğun bakımda yatan çocukların kaygı düzeylerinin azaldığı belirlenmiştir. Bu çalışmada çocukların kaygı puanlarının azalmasında farklı terapötik iletişim tekniklerinin kullanımının çocukların kaygısını azaltmada etkili olduğu düşünülmüştür. Özellikle, yoğun bakım ortamında, tanıdık olmayan bir çevrenin olması, birçok tıbbi cihazın olması, aile üyelerinin çocuğun yanında kalamaması ve sosyal desteğin azalması gibi faktörlere bağlı gelişen kaygıların azaltılmasında yüz yüze yapılan terapötik

uygulamaların çocuğun kaygısını resim çizme, hikaye anlatma gibi yöntemler kullanarak dışarı aktarmasını, dikkatini olumlu yöne çevirmesini sağlaması ile azalttığı düşünülmektedir. Bu sonuçlar, çocuklarda yoğun bakım ortamının olumsuz deneyimlerini yönetmede terapötik iletişim tekniklerinin kullanılmasının önemli olduğunu ortaya çıkarmaktadır.

5.2. Girişim ve Kontrol Grubundaki Çocukların Koppitz Testi Çizimlerine Göre Duygu Durumlarının Tartışılması

Resim çizmek, düşünme ve anıları hatırlama için zaman sağlayarak çocuğun kendini ifade etmesinde ve kendi hakkında bilgi vermesinde yararlı bir yol olabilmektedir [126]. Bu çalışmada çocuklardan bir çocuk resmi çizmeleri istenmiştir. Çizdikleri resimler incelendiğinde güvensizlik/yetersizlik duygu durumu açısından girişim ve kontrol grubu karşılaştırıldığında; girişim grubunda 11 çocukta (%36,7), kontrol grubunda 21 çocukta (%70) güvensizlik/yetersizlik duygu durumunun var olduğu belirlenmiştir. Kontrol grubundaki çocuklarda güvensizlik/yetersizlik duygu durumu, girişim grubundaki çocuklara göre yüksek olduğu saptanmıştır ($p = 0,010$). H1.2: “Terapötik iletişim tekniği uygulanan girişim grubundaki çocukların Koppitz insan figürü çizme testine göre duygu durumu kontrol grubundaki çocukların duygu durumuna göre farklıdır” hipotezini desteklemektedir. Kaygı duygu durumu açısından ise her iki grup karşılaştırıldığında girişim grubunda 18 çocukta (%60), kontrol grubunda 23 çocukta (%76,7) kaygı duygu durumunun var olduğu belirlenmiştir. Kontrol grubundaki çocuklarda kaygı düzeyi, girişim grubuna göre daha yüksek olsa da, iki grup arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p=0,165$). Utangaçlık /çekingenlik duygu durumu açısından her iki grup arasında anlamlı bir fark bulunmamakla birlikte, girişim grubunda 19 çocukta (%63,3), kontrol grubunda 25 çocukta (%83,3) utangaçlık/çekingenlik durumunun var olduğu belirlenmiştir ($p = 0,08$). Dürtüsellik duygu durumu açısından karşılaştırıldığında girişim grubunda 20 çocukta (%66,7), kontrol grubunda 23 çocukta (%76,7) var olarak belirlenmiştir. Kontrol grubunda dürtüsellik girişim grubuna göre fazla olmasına karşın arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p=0,390$). Kızgınlık duygu durumunda ise girişim grubu 3 çocukta (%10), kontrol grubu 5 çocukta (%16,7) gözlenmiştir. Kızgınlık duygu durumu açısından girişim ve kontrol grubu arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p =0,448$).

Bartık ve Kılıçarslan Törüner (2017) tarafından gerçekleştirilen çalışmada, gününbirlik cerrahi servisinde çocuk hastalara terapötik el kuklası girişimi uygulanmıştır. Çalışma sonucunda, Koppitz İnsan Figürü Çizim Testi kullanılarak kaygı düzeyleri değerlendirilmiş ve her iki grup karşılaştırıldığında, çalışma grubundaki çocukların kaygı düzeylerinin kontrol grubundaki çocuklara göre anlamlı şekilde daha düşük olduğu saptanmıştır (Çalışma grubu: %33,3, Kontrol grubu: %61,1; $p = 0,018$). Dürtüsellik durumu karşılaştırıldığında ise, çalışma grubunda %30,6, kontrol grubunda ise %55,5 oranında dürtüsellik durumu "var" olarak belirlenmiştir ($p = 0,032$). Güvensizlik/yetersizlik duygu durumu, kontrol grubundaki çocuklarda ($n = 23$) çalışma grubuna ($n = 17$) göre daha fazla gözlenmiş olmakla birlikte, bu fark anlamlı bulunmamıştır ($p = 0,155$). Kızgınlık duygu durumu ise, çalışma grubunda hiç gözlenmemişken, kontrol grubundaki 7 çocuğun (%19,4) kızgınlık duygu durumu belirlenmiştir. Bu bulgu, çalışma ve kontrol grubu arasında kızgınlık duygu durumu açısından anlamlı bir fark olduğunu göstermektedir. Kızgınlık duygu durumu açısından çalışma ve kontrol grubu arasında anlamlı bir fark olduğunu belirtmişlerdir ($p = 0,011$) [92].

Literatür incelendiğinde, Abazari ve arkadaşları (2025) tarafından gerçekleştirilen nitel bir çalışmada, hastanede yatan 3-12 yaş aralığındaki 20 çocuğun hastane yatış deneyimleri, çocukların çizdiği resimler ve gerçekleştirilen görüşmeler yoluyla değerlendirilmiştir. Araştırma bulgularına göre, çocuklar için eğlence ve oyun olanaklarının hastane ortamında bulunması büyük önem taşımaktadır. Katılımcı çocuklar, hastanede kaldıkları süre boyunca eğlenebilmeleri için bir oyun odası, oyuncak bebekler, boyama malzemeleri ve boyama kitaplarının varlığını önemli bulduklarını ifade etmişlerdir [126].

Üstündağ (2024) tarafından hastanede yatan çocukların çizimleri üzerine yapılan bir araştırmada, 4-13 yaş aralığındaki 60 çocuğun genel olarak yaşlarına uygun gelişim göstermedikleri belirlenmiştir. Araştırma bulgularına göre, küçük yaş gruplarındaki çocuklar çizimlerinde daha fazla renk kullanarak genellikle mutlu figürler oluştururken; büyük yaş grubundaki çocukların çizimlerinde daha az renk kullanımı ve olumsuz duyguların yansıtıldığı gözlemlenmiştir. Ayrıca pek çok çizimde eksik uzuvların yer alması dikkat çekici bulunmuştur. Bu durum, hastane ortamındaki çocukların psikolojik ve psikososyal destek gereksinimlerinin ne kadar önemli olduğunu ortaya koymaktadır [127]. Çalışmada yapılan yüz yüze resim çizdirme ve ortak hikaye anlatma gibi uygulamaların, çocuklarla yapılan görüşmelerle tekrar edilmesinin, yoğun bakım ortamında güven duygusunun gelişmesine ve kaygı düzeyinin azalmasına yardımcı olduğu düşünülmektedir.

Sonuç olarak, yoğun bakım üniteleri; mekanik cihazlar, parlak ışık ve ses çıkaran pump cihazı ve monitörlerin olması, Ekg paletlerinin çocuğun üzerine yapıştırılıp nabız takibi yapılması, satürasyon cihazının sürekli parmağında takılı kalması, tansiyon ölçümünün düzenli aralıklarla sık takip edilmesi, damar yolunun yatış süreci boyunca olması, ilaç uygulamaları, fiziksel bakım, fiziksel muayene gibi uygulamalar çocuk hastalar için korku ve kaygı yaşamalarına neden olabilmektedir [38].

Bilinmeyen bir ortam, yabancı insanlarla bir arada bulunmak, farklı duyuşsal uyarılara maruz kalmak (monitör sesi, pump sesi vb.), yaşama yönelik endişe ve korku yaşamak, kendini savunmayacak durumda olmak, ailesi ile görüşmemek gibi faktörler çocukları psikososyal açıdan etkileyen faktörlerden bazılarıdır. Yoğun bakım ortamının özellikli yapısı nedeniyle ünitelerde yatan çocuklarla iletişim hemşireler açısından oldukça önemli olmaktadır [43]. Hemşireler bakımı planlarken, yoğun bakımda eğlence aktivitesinde eksiklik tanısını koyarak planlama yapması önerilmektedir [5].

Hemşirelerin hastalarla etkili terapötik iletişim kurması, hastaların sağlıklı olma çabalarını artırabilir. Bu süreçte empati, dinleme, güven oluşturmak ve iletişim becerileri geliştirmek önemlidir. İyi iletişim, sağlık masraflarını azaltabilir ve bakım kalitesini artırabilir. Fredrickson “Olumlu duyguların olumsuz duyguları yok etme özelliği vardır” demiştir [128]. Terapötik iletişim teknikleri, çocukların olumsuz duygularını olumlu duyguya dönüştürerek, sorunları doğru tanımlama, hasta memnuniyetini artırma, tedaviye uyumu güçlendirme ve kaygıyı azaltma gibi olumlu sonuçlar sağlayabilir. Sağlık profesyonelleri açısından ise mesleki doyumu artırma, iş yükünü ve stresini azaltma, duygusal tükenmişlik ve psikolojik morbiditeyi azaltma, tıbbi hata sıklığını düşürme gibi faydalar sağlayabilmektedir [129]. Tüm bunlar hemşirelik bakımın kalitesini arttırabilir. Farklı ortamlarda sunulan terapötik iletişim tekniklerinin geliştirilebilmesi için yoğun bakım ortamlarında da bu tekniklerin kullanılarak incelenmesi kanıt temelli veri sağlayabilir.

5.3. Araştırmanın Güçlü Yönleri ve Zayıf Yönleri

Araştırmanın Türkiye’de çocuk yoğun bakım ünitesinde yapılan öncü ve özgün bir çalışma olması ve araştırmanın randomize kontrol desenli bir çalışma olarak yürütülmesi kanıt düzeyini arttırmaktadır. Araştırmacının oyunlaştırma sertifikasının bulunması ve araştırmanın etki büyüklüğünün verilmesi güçlü yönlerini oluşturmaktadır. Araştırmanın

zayıf yönü ise çocuk yoğun bakım ortamındaki terapötik iletişim teknikleri ve stres algısı, dil, din, ırk ve kültüre göre farklılık oluşturabilir. Bu nedenle farklı kültürel yapılarda ve farklı terapötik iletişim teknikleriyle yürütülecek ileri düzey araştırmalara ihtiyaç duyulmaktadır.





6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Araştırma, Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Çocuk Yoğun Bakım Ünitesi'nde 01.08.2024-26.01.2025 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Çocuk yoğun bakım ünitelerinde yatan tedavi gören 7-12 yaş grubu çocuklara uygulanan ortak hikaye anlatma ve resim çizme terapötik iletişim tekniklerinin çocukların durumluk kaygı düzeyine ve duygu durumuna etkisini belirlemek amacıyla yapılan araştırmanın bulguları doğrultusunda aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır.

1.Uygulama öncesi girişim grubundaki çocukların durumluk kaygı ölçek puan ortalamaları 44,8 iken kontrol grubunda 41,7 olarak belirlenmiş ve iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($t = 1,232$; $p = 0,223$).

2.Uygulama sonrasında ise girişim grubundaki çocukların ortalama durumluk kaygı puanı 37,0'a düşerken, kontrol grubunda bu değer 43,6'ya yükselmiştir. Bu değişim sonucunda gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($t = -2,884$; $p = 0,006$).

3.Koppitz insan figürü çizme testi sonucuna göre;

a) Dürtüsellik duygu durumu açısından, Koppitz testi çerçevesinde girişim grubunda 20 çocukta (%66,7), kontrol grubunda ise 23 çocukta (%76,7) dürtüsellik belirlenmiştir. Kontrol grubundaki çocuklarda dürtüsellik girişim grubuna göre daha yüksek olsa da iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($\chi^2 = 0,739$; $p = 0,390$).

b) Kaygı duygu durumu açısından her iki grup karşılaştırıldığında, girişim grubunda 18 çocukta (%60), kontrol grubunda ise 23 çocukta (%76,7) kaygı duygu durumu gözlemlenmiştir. Kontrol grubundaki çocuklarda kaygı düzeyi, girişim grubuna kıyasla daha yüksek olmasına rağmen, iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($\chi^2 = 1,926$; $p = 0,165$).

- c) Güvensizlik/yetersizlik duygu durumu açısından her iki grup karşılaştırıldığında; girişim grubunda 11 çocukta (%36,7), kontrol grubunda 21 çocukta (%70) güvensizlik/yetersizlik duygu durumunun var olduğu belirlenmiştir. Kontrol grubundaki çocuklarda güvensizlik/yetersizlik duygu durumu, girişim grubundaki çocuklara göre istatistiksel olarak anlamlı bir farkla yüksek olduğu saptanmıştır ($\chi^2 = 6,696$, $p = 0,010$).
- d) Utangaçlık/Çekingenlik duygu durumu açısından her iki grup arasında anlamlı bir fark bulunmamakla birlikte, girişim grubunda 19 çocukta (%63,3), kontrol grubunda 25 çocukta (%83,3) utangaçlık/çekingenlik durumunun var olduğu belirlenmiştir ($\chi^2 = 3,068$, $p = 0,08$).
- e) Kızgınlık duygu durumu girişim grubu 3 çocukta (%10), kontrol grubu 5 çocukta (%16,7) gözlenmiştir. Kızgınlık duygu durumu açısından girişim ve kontrol grubu arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmamıştır ($\chi^2 = 0,577$, $p = 0,448$).

6.2. Öneriler

Girişim grubundaki çocukların uygulama sonrasında kaygı ölçeği puanlarında anlamlı bir düşüş gözlenmesi ve güven duygularında artış olması nedeniyle yoğun bakım ortamında bulunan çocukların psikososyal yönden desteklenmesi amacıyla;

- a) Resim çizme, hikaye anlatma gibi terapötik iletişim tekniklerinin yoğun bakım ortamında bilinci açık ve iletişime geçilebilecek çocuklarla uygulanması,
- b) Kaygının azaltılması ve güven duygusunun artırılması için terapötik iletişim teknikleri sırasında yapıcı, umut verici dil kalıplarının kullanılması ve uygulamaların üst üste birkaç kez yaptırılması,
- c) Süreç değerlendirme formlarında belirtilen öneriler doğrultusunda uygulanan terapötik iletişim tekniklerinin çocuğun ilgisine göre yapılandırılması,
- d) Hizmetiçi eğitimlerde çocuk hemşirelerine terapötik iletişim konusunda eğitimlerin verilmesi,

Çocukların terapötik iletişim teknikleri sonrası kaygı ve duygu durumlarının izlenmesinde kaygı ölçeği, koppitz ölçekleri gibi geçerli ve güvenilir araçlar kullanılması önerilmektedir.

Ayrıca, gelecek çalışmalarda farklı olarak çocukların ebeveynlerinin yanında bulunması, çocuğun duygusal açıdan etkileyebilecek farklı faktörler ile çevresel etmenlerin incelenmesi, programın etkinliğini daha kapsamlı bir şekilde anlamaya katkı sağlayacaktır.





KAYNAKLAR

1. Aydın, D., ve Aba, Y. A. (Eds.). (2019). *Anne ve çocuk sağlığı* (1. baskı). İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevleri, 1.
2. Korkmaz, İ., ve Atan, S. (2023). Çok Amaçlı Optimizasyon Yaklaşımı ile Anne ve Çocuk Sağlığı Üzerine Bir İnceleme. *Türkiye Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi*, 6(1), 34-51.
3. Davis, P., Stutchfield, C., Evans, T. A., ve Draper, E. (2018). Increasing admissions to paediatric intensive care units in England and Wales: more than just rising a birth rate. *Archives of disease in childhood*, 103(4), 341-345.
4. Köroğlu, T. F. (2006). Türkiye’de çocuk yoğun bakım hizmetleri. *Çocuk Acil Tıp ve Yoğun Bakım Derneği*, İstanbul.
5. Erdoğan, Ç., Turan, T., ve Pınar, B. (2020). Çocukların kendi çizimleri ile çocuk yoğun bakım ünitesi deneyimleri. *Türkiye Klinikleri Pediatri Dergisi*, 29(2), 92-8.
6. Randolph, A. G., Gonzales, C. A., Cortellini, L., and Yeh, T. S. (2004). Growth of pediatric intensive care units in the United States from 1995 to 2001. *The Journal of Pediatrics*, 144(6), 792–798.
7. İnternet: PICANet. (2021). PICANet 2021 annual report (Version 1.1). Web: https://www.picanet.org.uk/wp-content/uploads/sites/25/2022/04/PICANet-2021-Annual-Report_v1.1-22Apr2022.pdf adresinden 12 Mayıs 2024’te alınmıştır.
8. İnternet: ABD Hastaneleri Hakkında Kısa Bilgiler. (2021). (Amerikan Hastane Derneği.) Web: <https://www.aha.org/system/files/media/file/2021/01/Fast-Facts-2021-table-FY19-data-14jan21.pdf> adresinden 12 Şubat 2024’te alınmıştır.
9. Odetola, F. O., Clark, S. J., Freed, G. L., Bratton, S. L., and Davis, M. M. (2005). A national survey of pediatric critical care resources in the United States. *Pediatrics*, 115(4), e382–e386.
10. İnternet: Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2023 Haber Bülteni. Türlerine ve sektörlere göre yoğun bakım yatak sayıları, 2023. Web: <https://ohsad.org/wpcontent/uploads/2024/10/Saglik-Istatistikleri-Yilligi-2023-Haber-Bulteni.adresinden> 1 Ekim 2024’te alınmıştır.
11. Edis, E. K. (2022). Sağlık & Bilim: Hemşirelik IV. *Sağlık & Bilim: Hemşirelik IV*. içinde İstanbul: Efe Akademi Yayınları.
12. Havan, M., Özcan, S., Perk, O., Gün, E., ve Kendirli, T. (2020). Çocuk yoğun bakımda izlenen hastaların değerlendirilmesi ve mortaliteyi etkileyen faktörler. *Çocuk Acil ve Yoğun Bakım Dergisi*, 8, 93–100.
13. Orhan, M. F. (2012). Çocuk yoğun bakım ünitesinde 2 yıl içinde yatan 938 olgumuzun değerlendirilmesi. *Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi*, 6(4), 228-31.

14. Garrouste-Orgeas, M., Flahault, C., Fasse, L., Ruckly, S., Amdjar-Badidi, N., Argaud, L., & Timsit, J. F. (2017). The ICU-Diary study: Prospective, multicenter comparative study of the impact of an ICU diary on the wellbeing of patients and families in French ICUs. *Trials*, 18(1), 542.
15. Kıran, B., Çalık, C., & Esenay, F. İ. (2013). Terapotik oyun: Hasta çocuk ile iletişimin anahtarı. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(1), 1–10.
16. Karaca, A., ve Açıkgöz, A. (2023). Posttraumatic stress disorder in parents and children after discharge from the pediatric intensive care unit. *Genel Tıp Dergisi*, 33(2), 212–218.
17. Yayan, E. H., ve Zengin, M. (2018). Çocuk kliniklerinde terapötik oyun. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(1), 226–233.
18. Meherali, S., Campbell, A., Hartling, L., ve Scott, S. (2019). Understanding Parents' Experiences and Information Needs on Pediatric Acute Otitis Media: A Qualitative Study. *Journal of patient experience*, 6(1), 53–61.
19. Avan, H., Koç, E. T., ve Vural, B. (2020). Çocukla Terapötik İletişim ve Oyun. *Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(2), 62-69.
20. Törüner E.K., ve Büyükgönenç L.(2023). *Çocuk Sağlığı Temel Hemşirelik Yaklaşımları* (3.Baskı). Ankara: Nobel Tıp Kitabevi, 33-40, 121.
21. Kahraman, A., Kıran, Ç., Aslan, A., Huyelmas, H., ve Yılmaz, H. B. (2020). Çocuk hemşirelerinin terapötik oyunu kullanmaları ile çocuk sevmeye durumları arasındaki ilişkinin ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Sakarya Tıp Dergisi*, 10(3), 365-372.
22. Conk, Z., Apaydın, A. D., ve diğerleri. (2018). *Pediatric hemşireliği* (2.Basım). Ankara: Akademisyen Kitabevi, 133-135.
23. Baymur, F. (1994). *Genel psikoloji* (13. basım). İstanbul: İnkılâp Kitabevi, 6.
24. Beytut, D., Bolışık, B., Solak, U., ve Seyfioğlu, U. (2009). Çocuklarda hastaneye yatma etkilerinin projektif yöntem olan resim çizme yoluyla incelenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2(3).
25. Erçin, E., ve Cetinkaya, S. (2019). RESİM ÇİZDİRME ÇOCUĞUN HASTANE DENEYİMLERİNİ VE ONU NASIL ETKİLEDİĞİNİ ANLAMANNIN YOLU MUDUR. *Sakarya Üniversitesi Holistik Sağlık Dergisi*, 2(1), 61-75.
26. Macuncu, N., ve Kostak, M. A. (2025). The effect of storytelling and painting on children's fear level and parental health care satisfaction in children aged 3–6 years administered inhaler medication: Randomized controlled study. *Journal of Pediatric Nursing*, 83, 55-62.
27. Kıran, Ç., ve Kahraman, A. (2023). Effect of therapeutic play using a toy nebulizer and toy mask on a child's fear and anxiety levels. *Journal of Pediatric Nursing*, 73, e556-e562.

28. Altay, N., Kilicarslan-Toruner, E., ve Sari, Ç. (2017). The effect of drawing and writing technique on the anxiety level of children undergoing cancer treatment. *European journal of oncology nursing: the official journal of European Oncology Nursing Society*, 28, 1–6.
29. İnternet: Yoğun Bakım Hizmetleri Standartları Genelgesi 2008. Web: <https://www.saglik.gov.tr/TR-10979/yogun-bakim-unitelerinin-standartlari-genelgesi-200853.html> adresinden 10 Ocak 2024'te alınmıştır.
30. Köroğlu, T. F., Bayrakçı, B., Dursun, O., Kendirli, T., ve diğerleri. (2006). Çocuk yoğun bakım birimleri için kılavuz: çocuk acil tıp ve yoğun bakım derneği önerileri Derleme. *Türk Pediatri Arşivi*, 41(3), 139-145.
31. Zeng, X., Yu, G., Lu, Y., Tan, L., Wu, X., Shi, S., Duan, H., Shu, Q., and Li, H. (2020). PIC, a paediatric-specific intensive care database. *Scientific data*, 7(1), 14.
32. Oktay, P. (2022). Clinical And Demographic Evaluation Of Patients Admitted To The Pediatric Intensive Care Unit. *Journal of Contemporary Medicine*, 12(2), 276-280.
33. Campos-Mino S, Sasbon J.S., and von Dessauer B. [Pediatric intensive care in Latin America]. *Medicina intensiva / Sociedad Espanola de Medicina Intensiva y Unidades Coronarias* 2012;36(1):3-10.
34. Söğütü, Y. (2023). Çocuk acil servisten çocuk yoğun bakım ünitesine yatırılan veya dış merkeze sevk edilen kritik hastaların incelenmesi: 5 yıllık tek merkez deneyimi. *Pediatric Practice and Research*, 11(3), 220–223.
35. Yeğin, L. N., Sancak, Y., Aşut, Ç., Gizem, Z., ve diğerleri (2017). Çocuk Yoğun Bakım Ünitesine Yatan Hastaların Değerlendirilmesi Evaluation Of The Patients Admitted To The Pediatric Intensive Care Unit. *Güncel Pediatri*, 15(2), 1-10.
36. İnternet: Resmi Gazete, 20.08.2020. 31220 sayılı “Yataklı Sağlık Tesislerinde Yoğun Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ”. <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2020/08/20200821-7.htm> adresinden 13 Ocak 2024'te alınmıştır.
37. Lin, A., King, M. A., McCarthy, D. C., Eriksson, C. O., Newton, C. R., and Cohen, R. S. (2022). Universal Level Designations for Hospitalized Pediatric Patients in Evacuation. *Hospital pediatrics*, 12(3), 333–336.
38. Woolgar, F. A., Wilcoxon, L., Pathan, N., Daubney, E., White, D., Meiser-Stedman, R., and Colville, G. A. (2022). Screening for factors influencing parental psychological vulnerability during a child's PICU admission. *Pediatric Critical Care Medicine*, 23(4), 286-295.
39. Alzawad, Z., Lewis, F. M., Kantrowitz-Gordon, I., and Howells, A. J. (2020). A qualitative study of parents' experiences in the pediatric intensive care unit: riding a roller coaster. *Journal of pediatric nursing*, 51, 8-14.
40. Barnes, S., Macdonald, I., Rahmaty, Z., de Goumoëns, V., Grandjean, C., Jaques, C., and Ramelet, A. S. (2024). Effectiveness and family experiences of interventions

- promoting partnerships between families and pediatric and neonatal intensive care units: a mixed methods systematic review. *JBIM evidence synthesis*, 22(7), 1208–1261.
41. Terp, K., and Sjöström-Strand, A. (2017). Parents' experiences and the effect on the family two years after their child was admitted to a PICU—An interview study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 43, 143-148.
 42. Wills, A., and Wills, J. (2009). I wish you knew... *Pediatric nursing*, 35(5), 318.
 43. Saju, L., Smith, M. B., Ainsworth, E., Goldberg, J. M., Chertow, D. J., and Hartman, M. E. (2024). Feasibility and acceptability of mobile phone-based surveys to identify mental health symptoms in parents/guardians of PICU patients. *Pediatric Critical Care Medicine*, 25(10), 947-952.
 44. Logan, G. E., Sahrmann, J. M., Gu, H., and Hartman, M. E. (2020). Parental mental health care after their child's pediatric intensive care hospitalization. *Pediatric Critical Care Medicine*, 21(11), 941-948.
 45. Rodríguez-Rey, R., Alonso-Tapia, J., and Colville, G. (2018). Prediction of parental posttraumatic stress, anxiety and depression after a child's critical hospitalization. *Journal of critical care*, 45, 149-155.
 46. Sarı, D., San Turgay, A., Akbıyık, A., ve Yıldırım, G. Ö. (2023). Family Needs in Intensive Care: Comparison of Family-Nurse Perceptions. *İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 8(2), 365-371.
 47. Alnajjar, H., and Elarousy, W. (2017). Exploring family needs in neonatal and pediatric intensive care units at King Khaled Hospital-Jeddah. *Clinical and Medical Investigations*, 2(4), 1-7.
 48. Gundo, R., Bodole, F. F., Lengu, E., and Maluwa, A. A. (2014). Comparison of nurses' and families' perception of family needs in critical care unit at referral hospitals in Malawi. *Open Journal of Nursing*, 4, 312-320.
 49. Wang, S. H., Owens, T., Johnson, A., and Duffy, E. A. (2022). Evaluating the Feasibility and Efficacy of a Pediatric Intensive Care Unit Diary. *Critical care nursing quarterly*, 45(1), 88–97.
 50. Mikkelsen G. (2018). The meaning of personal diaries to children and families in the paediatric intensive care unit: A qualitative study. *Intensive & critical care nursing*, 45, 25–30.
 51. Ko, M. S. M., Poh, P. F., Heng, K. Y. C., Sultana, R., Murphy, B., Ng, R. W. L., and Lee, J. H. (2022). Assessment of Long-term Psychological Outcomes After Pediatric Intensive Care Unit Admission: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA pediatrics*, 176(3), e215767.
 52. Üstün, D., ve Demir, S. (2019). *Hemşirelikte İletişim* (1. Baskı). İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık, 223.

53. Yılmaz Kurt, F., ve Bora Güneş, N. (2023). *Pediyatrik yoğun bakımda çocuklar ve aileleri ile terapötik iletişim*. In H. Çavuşoğlu (Editör), *Çocuk ve ailesi ile terapötik iletişim* (1. Baskı) Ankara: Türkiye Klinikleri, 65-72.
54. Calhoun, J., Kline-Tilford, A., and Verger, J. (2023). Evolution of Pediatric Critical Care Nursing. *Critical Care Nursing Clinics*, 35(3), 265-274.
55. Manning, J. C., Pinto, N. P., Rennick, J. E., Colville, G., and Curley, M. A. (2018). Conceptualizing post intensive care syndrome in children the PICS-p framework. *Pediatric critical care medicine*, 19(4), 298-300.
56. Als, L. C., Picouto, M. D., Hau, S. M., Nadel, S., Cooper, M., Pierce, C. M., Kramer, T., and Garralda, M. E. (2015). Mental and physical well-being following admission to pediatric intensive care. *Pediatric Critical Care Medicine*, 16(5), e141–e149.
57. Üstüner Top, F., Çam, H. H., ve İlyas, N. (2022). Hastanede Yatan Çocuklarda Görülen Psikososyal Semptomlar, Ebeveynlerin Sağlık Hizmet Sunumu Memnuniyet Durumları ve İlişkili Faktörler. *Bahkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11(1), 34-41.
58. Seval, M., ve Kurt, A. (2020). The empowerment of child and family in pediatric intensive care unit. *Jaren*, 6(2), 388-394.
59. Verstraete, S., Vanhorebeek, I., Covaci, A., Güiza, F., Malarvannan, G., Jorens, P. G., and Van den Berghe, G. (2016). Circulating phthalates during critical illness in children are associated with long-term attention deficit: a study of a development and a validation cohort. *Intensive care medicine*, 42, 379-392.
60. Tang, M., Chui, P. L., Chong, M. C., and Liu, X. (2024). Post-traumatic stress disorder in children after discharge from the pediatric intensive care unit: A scoping review. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 1-14.
61. Essawy, M. A. H., Mohamed, H. H., Elnawawi, A. A., and Abouheiba, M. G. (2025). Nurses' Performance in Operating Life-saving Medical Devices at Pediatric Intensive Care Unit. *Alexandria Scientific Nursing Journal*, 27(1), 281-295.
62. Palmer, S. (1996). Developing stress management programmes. In R. Woolfe & W. Dryden (Eds.), *Handbook of counseling*. Sage Publications.
63. Gerrig, R. J., and Zimbardo, P. G. (2013). *Psikoloji ve yaşam: Psikolojiye giriş* (19. baskı). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık, 38.
64. Tanrıverdi, D. (2021). *Farklı yönleriyle ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliği*. Ankara: Nobel Tıp Kitabevi, 130.
65. Selye, H. (1976). Forty years of stress research: Principal remaining problems and misconceptions. *Canadian Medical Association Journal*, 115(1), 53–56.
66. Karaca, A., and Açıkgoz, A. (2023). Posttraumatic Stress Disorder in Parents and Children After Discharge From the Pediatric Intensive Care Unit. *Genel Tıp Dergisi*, 33(2), 212-218.

67. Kudchadkar, S. R., Yaster, M., Punjabi, A. N., Quan, S. F., Goodwin, J. L., Easley, R. B., and Punjabi, N. M. (2015). Temporal characteristics of the sleep EEG power spectrum in critically ill children. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 11(12), 1449-1454.
68. Perkins, A. (2019). Toxic stress in children: Impact over a lifetime. *Nursing Made Incredibly Easy*, 17(2), 42-49.
69. İnternet: Centers for Disease Control and Prevention. (2019). "Adverse Childhood Experiences (ACEs) Preventing Early Trauma to Improve Adult Health". Web: <https://www.cdc.gov/vitalsigns/aces/> adresinden 9 Temmuz 2024'te alınmıştır.
70. Tagher, C. G., and Knapp, L. M. (2022). *Pediatric hemşireliği: Vaka temelli yaklaşım* (Ö. Avcı, Çev.) (s. 244–250). İstanbul Tıp Kitabevleri.
71. Arslan, E. (2015). *Erken çocukluk döneminde gelişim* (1. Baskı). Ankara: Eğiten Kitap Yayınevi.
72. Uluğ, M. O. (2013). *Niçin oyun? Çocuğun gelişiminde ve çocuğu tanımada oyunun önemi* (1.Baskı). İstanbul: İdeal Kültür Yayıncılık, 30.
73. Hockenberry, M. J., Wilson, D., and Rodgers, C. (2017). *Wong's essentials of pediatric nursing* (10th ed.). Elsevier, 161.
74. İnternet: Türk Dil Kurumu (TDK). İletişim kelimesi anlamı. Web: <https://sozluk.gov.tr/> 10 Ekim 2024'te alınmıştır.
75. VanFleet R, Sywulak A, Caparosa C (2018). *Çocuk Merkezli Oyun Terapisi* (Çeviri Ed. HU Kural). İstanbul: Apamer Psikoloji, 62.
76. Abdi, F., Karamoozian, A., Lotfilou, M., Gholami, F., Shaterian, N., Niasar, A. A., and Jandaghian-Bidgoli, M. (2025). Effect of play therapy and storytelling on the anxiety level of hospitalized children: a randomized controlled trial. *BMC Complementary Medicine and Therapies*, 25(1), 23.
77. Bulechek, G. M., Butcher, H. K., Dochterman, J. M. and Wagner, C. (2013). *Hemşirelik girişimleri sınıflaması* (NIC) (6th ed.). (Çeviri F. Erdemir, S. Kav, A. Akman Yılmaz). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
78. Bettini, A., Amore, E., Vagnoli, L., Maffei, F., and Martin, R. (2019). Acceptability and feasibility of a therapeutic board game for children and adolescents with cancer: the Italian version of Shop Talk. *Supportive Care in Cancer*, 27, 4479-4485.
79. Burns, G. W. (2016). *Çocuklar ve ergenler için 101 tedavi edici öykü* (H. Demirci, Ed.; N. C. Maral, Çev.). Nobel Yaşam Yayıncılık, 3-5.
80. Öztürk, S. Ç., Kılıçarslan Törüner E., ve Altay N. (Eds.) (2022). *Pediatric onkolojide terapötik hemşirelik yaklaşımları ve uygulamalar*. Pediatric hematoloji onkoloji hemşireliği. Ankara: Nobel Yayınevi, 385-413.
81. Slivinske, J., ve Slivinske, L. (2014). *Therapeutic storytelling for adolescents and young adults*. OUP Us.

82. Koppitz, E. M. (1984). *Psychological Evaluation Of Human Figure Drawings By Middle School Pupils*. London: Grune & Stratton.
83. Plutchik, R. (1990). In Emotion, psychopathology, and psychotherapy. Emotions and psychotherapy: A psychoevolutionary perspective. Academic Press, 3-41.
84. Godino-Iáñez, M. J., Martos-Cabrera, M. B., Suleiman-Martos, N., Gómez-Urquiza, J. L., Vargas-Román, K., Membrive-Jiménez, M. J., and Albendín-García, L. (2020). *Play therapy as an intervention in hospitalized children: a systematic review*. In *Healthcare* 8(3), 239.
85. Aarts, L. A. (2023). Therapeutic communication improves patient comfort during venipuncture in children: a single-blinded intervention study. *European journal of pediatrics*, 182(9), 3871–3881.
86. Turgut, M. A. ve Türkmen, A. S. (2023). The effect of lighted toy on reducing pain and fear during blood collection in children between 3 and 6 years: A randomized control trial. *Journal of pediatric nursing*, 70, 111-116.
87. Mohammadi, A., Mehraban, A. H., Damavandi, S. A., Zarei, M. A., and Haghani, H. (2021). The effect of play-based occupational therapy on symptoms and participation in daily life activities in children with cancer: A randomized controlled trial. *British Journal of Occupational Therapy*, 84(7), 400-409.
88. Forouzandeh, N., Drees, F., Forouzandeh, M., and Darakhshandeh, S. (2020). The effect of interactive games compared to painting on preoperative anxiety in Iranian children: A randomized clinical trial. *Complementary therapies in clinical practice*, 40, 101211.
89. Zengin, M., Yayan, E. H., ve Düken, M. E. (2021). The effects of a therapeutic play/play therapy program on the fear and anxiety levels of hospitalized children after liver transplantation. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 36(1), 81-85.
90. Canbulat Şahiner, N., ve Türkmen, A. S. (2019). The effect of distraction cards on reducing pain and anxiety during intramuscular injection in children. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 16(3), 230-235.
91. Silva, S. G. T. D., Santos, M. A., Floriano, C. M. D. F., Damião, E. B. C., Campos, F. V. D., and Rossato, L. M. (2017). Influence of Therapeutic Play on the anxiety of hospitalized school-age children: Clinical trial. *Revista brasileira de enfermagem*, 70, 1244-1249.
92. Bartik, K., ve Toruner, E. K. (2018). Effectiveness of a preoperative preparation program on children's emotional states and parental anxiety. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 33(6), 972-980.
93. Li, W. H., Chung, J. O. K., Ho, K. Y., and Kwok, B. M. C. (2016). Play interventions to reduce anxiety and negative emotions in hospitalized children. *BMC pediatrics*, 16, 1-9.

94. Tuncay, S., ve Sarman, A. (2024). Ventriloquist intervention prepared with drama technique in reducing pain, anxiety and fear in children during invasive procedures. *International Emergency Nursing*, 75, 101462.
95. López-Fernández, E., Palacios-Cuesta, A., Rodríguez-Martínez, A., Olmedilla-Jodar, M., Fernández-Andrade, R., Mediavilla-Fernández, R., and Máximo-Bocanegra, N. (2024). Implementation feasibility of animal-assisted therapy in a pediatric intensive care unit: effectiveness on reduction of pain, fear, and anxiety. *European Journal of Pediatrics*, 183(2), 843-851.
96. Rennick, J. E., Stremler, R., Horwood, L., Aita, M., Lavoie, T., Majnemer, A., and Constantin, E. (2018). A pilot randomized controlled trial of an intervention to promote psychological well-being in critically ill children: soothing through touch, reading, and music. *Pediatric Critical Care Medicine*, 19(7), e358-e366.
97. Tsao, Y., Kuo, H. C., Lee, H. C., and Yiin, S. J. (2017). Developing a medical picture book for reducing venipuncture distress in preschool-aged children. *International journal of nursing practice*, 23(5), e12569.
98. Oluç, T., ve Sarialioğlu, A. (2023). The effect of a hand puppet-based therapeutic play for preschool children on the fear and pain associated with blood collection procedure. *Journal of pediatric nursing*, 72, e80-e86.
99. Bakır, E., ve Çavuşoğlu, H. (2023). Terapötik İletişim Teknikleri ve İletişimdeki Engeller. *Türkiye Klinikleri Pediatric Nursing-Special Topics*, 9(3), 1-6.
100. Kordkolae, ZA, Kaveh, O., Hosseinnataj, A., and Esmaeilli, R. (2024). Eğitim-Terapötik Acil Hemşirelerinin Bakış Açısından Hemşireler ve Hastalar Arasındaki Etkili İletişimin Önündeki Engeller: Kesitsel Bir Çalışma. *Hemşirelik ve Ebelik Bilimleri Dergisi*, 11 (3).
101. Hong, H., and Jang, M. (2025). A Comparison of the Importance, Satisfaction, and Barrier Levels of Communication Performance between Family Members and Staff Nurses in Intensive Care Units. *Journal of Korean Critical Care Nursing*, 18(1), 55-69.
102. Sabetsarvestani, R., and Geçkil, E. (2024). A meta-synthesis of the experience of paediatric nurses in communication with children. *Journal of advanced nursing*, 80(9), 3577-3592.
103. Van den Hoogen, A., and Ketelaar, M. (2022). Parental involvement and empowerment in pediatric critical care: Partnership is key!. *Nursing in critical care*, 27(3), 294–295.
104. İnternet: Amerikan Hemşireler Derneği. Uygulama kapsamı ve standartları (2020).URL: <https://www.nursingworld.org/> adresinden 3 Şubat 2024'te alınmıştır.
105. İnternet: 17 Terapötik İletişim Teknikleri. River Üniversitesi. Web: <https://online.rivier.edu/therapeutic-communication-techniques/> adresinden 10 Mart 2024'te alınmıştır.

106. İnternet: Hemşirelik Yönetmeliği Ek-2 (2010) Web: <https://mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/yonetmelik/7.5.13830-ek-2%20ve%203.htm>. 5 Şubat 2024'te alınmıştır.
107. Meadows-Oliver, M. (2015). *Pediatric nursing made incredibly easy*. Wolters Kluwer.
108. Gülçek, E. (2014). *Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bakılan bebeklerin annelerine verilen planlı eğitimin kaygı düzeylerine etkisi*, Yüksek lisans tezi, İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Malatya.
109. Özusta, H.Ş. (1995). Çocuklar için durumluk-sürekli kaygı envanteri: Uyarlama, geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Türk Psikoloji Dergisi*, 10(34), 32–44.
110. Çamur, Z., ve Sarıkaya Karabudak, S. (2021). The effect of parental participation in the care of hospitalized children on parent satisfaction and parent and child anxiety: Randomized controlled trial. *International journal of nursing practice*, 27(5), e12910.
111. Malchiodi, C. (2013). *Çocukların resimlerini anlamak*. (Çev: Tülin Yurtbay). Ankara: Nobel Tıp Kitabevi.
112. Güney, M., Yavuz, E. C., ve Taştepe, T. (2020). Öğrenme Güçlüğü Tanısı Olan 7-12 Yaş Arasındaki Çocukların İnsan Figürü Çizimlerinin İncelenmesi. *IBAD Sosyal Bilimler Dergisi*, 462-472.
113. Cohen J, 1988. *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (Second Edition), 77-82.
114. Hayran, M., ve Hayran, M. (2011). *Sağlık Araştırmaları İçin Temel İstatistik*, Ankara: Art Ofset Matbaacılık Yayıncılık Organizasyon, 223-224.
115. Armijo-Olivo, S., Warren, S., & Magee, D. (2009). Intention to treat analysis, compliance, drop-outs and how to deal with missing data in clinical research: A review. *Physical Therapy Reviews*, 14(1), 36–49.
116. Xue, W., and Heffernan, C. (2021). Therapeutic communication within the nurse–patient relationship: A concept analysis. *International journal of nursing practice*, 27(6), e12938.
117. Claridge, A. M., and J Powell, O. (2023). Children's experiences of stress and coping during hospitalization: a mixed-methods examination. *Journal of child health care*, 27(4), 531-546.
118. Le Brocque, R. M., Dow, B. L., McMahon, H., Crothers, A. L., Kenardy, J. A., Williams, T. J and Long, D. A. (2020). The course of posttraumatic stress in children: Examination of symptom trajectories and predictive factors following admission to pediatric intensive care. *Pediatric Critical Care Medicine*, 21(7), e399-e406.
119. Mercan, N., ve Mersin, S. (2025). Evaluating the therapeutic communication skills of nursing students in the clinical setting: The experiences of students, patients and patients' relatives. *Heliyon*, 11(1).

120. Gutiérrez-Puertas, L., Márquez-Hernández, V. V., Gutiérrez-Puertas, V., Granados-Gámez, G., and Aguilera-Manrique, G. (2020). Educational interventions for nursing students to develop communication skills with patients: a systematic review. *International journal of environmental research and public health*, 17(7), 2241.
121. Halemani, K., Issac, A., Mishra, P., Dhiraaj, S., Mandelia, A., and Mathias, E. (2022). Effectiveness of preoperative therapeutic play on anxiety among children undergoing invasive procedure: a systematic review and meta-analysis. *Indian Journal of Surgical Oncology*, 13(4), 858-867.
122. Shimshoni, Y., Lebowitz, E. R., Brotman, M. A., Pine, D. S., Leibenluft, E., and Silverman, W. K. (2020). Anxious-irritable children: A distinct subtype of childhood anxiety?. *Behavior therapy*, 51(2), 211-222.
123. Goktas, N., ve Avci, D. (2023). The effect of visual and/or auditory distraction techniques on children's pain, anxiety and medical fear in invasive procedures: A randomized controlled trial. *Journal of Pediatric Nursing*, 73, e27-e35.
124. Sarman, A., ve Tuncay, S. (2024). Goldfish or aquatic turtle? Impact of two animal assisted interventions on children's pain, anxiety, and fear during IV catheterization: A randomized controlled trial. *Journal of Pediatric Nursing*, 75, 116–124.
125. Reason, M. (2018). Drawing. In C. Constantopoulos, M. Friesem, & S. E. Travis (Eds.), *Routledge handbook of interdisciplinary research methods* (pp. 47–52). Routledge.
126. Abazari, L., Ghonchehpour, A., Abazari, A., Isari, Z., Abbaszadeh, M.H., and Tavan, A. (2025). Hastanede yatış sırasında çocukların deneyimleri: görüşmelerin ve resimlerin içerik analizi. *BMC pediatri*, 25 (1), 183.
127. Üstündağ, A. (2024). Evaluation of emotional well-being in hospitalized children using their own drawings. *Journal of Social, Behavioral, and Health Sciences*, 18(1), 55-72.
128. Fredrickson, B. L. (2000). Cultivating positive emotions to optimize health and well-being. *Prevention & treatment*, 3(1), 1a.
129. Gallo, C. (2023). *İyiden mükemmele giden yolda beş iletişim sırrı*. İstanbul:Notos Kitap Yayıncılık.75.



EKLER

EK-1. Etik Kurul Onay Belgesi

Evrak Tarih ve Sayısı: 30.04.2024-E.934320



T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Etik Komisyonu



Sayı : E-77082166-302.08.01-934320
Konu : Bilimsel ve Eğitim Amaçlı

30.04.2024

DAĞITIM YERLERİNE

Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı **Yüksek Lisans Öğrencisi Özge KÖKSAL'ın, Prof.Dr.Ebru KILIÇARSLAN TÖRÜNER'in** danışmanlığında yürüttüğü **"Yoğun Bakımda Tedavi Gören 7-12 Yaş Grubundaki Çocuklara Uygulanan Terapötik İletişim Tekniklerinin Değerlendirilmesi "** adlı tez çalışması ile ilgili konu Komisyonumuzun **16.04.2024** tarih ve **07** sayılı toplantısında görüşülmüş olup,

İlgilinin çalışmasının, yapılması planlanan yerlerden izin alınması koşuluyla yapılmasında etik açıdan bir sakınca bulunmadığına oybirliği ile karar verilmiş ve karara ilişkin imza listesi ekte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim.

Araştırma Kod No: 2024 - 683

Prof. Dr. İsmail KARAKAYA
Komisyon Başkanı

Ek:1 Liste

DAĞITIM

Gereği:

Sayın Prof. Dr. Ebru KILIÇARSLAN TÖRÜNER

Bilgi:

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne

EK-1. (devam) Etik Kurul Onay Belgesi

Evrak Tarih ve Sayısı: 30.04.2024-E.934320	
GAZİ ÜNİVERSİTESİ	
ETİK KOMİSYONU KATILIM LİSTESİ	
TOPLANTI TARİHİ : 16.04.2024	
TOPLANTI SAYISI : 07	
ADI – SOYADI	İMZA
Prof. Dr. İsmail KARAKAYA BAŞKAN	
Prof. Dr. Zehra GÖÇMEN BAYKARA BAŞKAN YRD.	
Prof. Dr. C. Haluk BODUR	
Prof. Dr. Seçil ÖZKAN	
Prof. Dr. Cevriye TEMEL GENCER	
Prof. Dr. İlkay ULUTAŞ	
Prof. Dr. Kemalettin DENİZ	
Prof. Dr. Makbule GEZMEN KARADAĞ	
Prof. Dr. İlyas OKUR	
Prof. Dr. Nihan KAFA	
Doç. Dr. Melek Gülşah ŞAHİN	
Doç. Dr. Gökhan DELİCEOĞLU	
Doç. Dr. Elvan İNCE AKA	

EK-1. (devam) Etik Kurul Onay Belgesi

Evrak Tarih ve Sayısı: 17.07.2024-E.996608



**T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü**



Sayı : E-14574941-199-996608
Konu : Özge KÖKSAL-2. Danışman
Atama

17.07.2024

DAĞITIM YERLERİNE

Enstitümüz Yönetim Kurulunun 12.07.2024 tarih ve 26 numaralı toplantısında alınan 09 sayılı karar metni yazı ekinde gönderilmektedir.
Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Dr. Öğr. Üyesi Ece SALİHOĞLU
Enstitü Müdür Yardımcısı

DAĞITIM
Gereği:
Hemşirelik Anabilim Dalı Başkanlığına

Bilgi:
Sayın Prof. Dr. Ebru KILIÇARSLAN
Sayın Doç. Dr. Serhat EMEKSİZ
Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi - Ankara
Bilkent Şehir Hastanesi Çocuk Yoğun Bakım
Ünitesi

EK-2. Kurum İzni

Evrak Tarih ve Sayısı: 30.07.2024-E.1006131



T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü
Sağlık Hizmetleri Başkanlığı



Sayı : E-90739940-799-249885318
Konu : Özge KÖKSAL (Tez Çalışması)

GAZİ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

İlgi : 08.07.2024 tarihli ve 989787 sayılı yazınız.

Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı yüksek lisans programı öğrencisi Özge KÖKSAL' ın "*Yoğun Bakımda Tedavi Gören 7-12 Yaş Grubundaki Çocuklara Uygulanan Terapötik İletişim Tekniklerinin Değerlendirilmesi*" konulu tez çalışması talebine ilişkin Ankara Bilkent Şehir Hastanesi'nin cevabi yazısı yazımız ekinde gönderilmektedir.

Söz konusu çalışmanın Bakanlığımızın bilgisi dışında ilan edilmemesi, başka bir amaçla kullanılmaması, başka makam ve kişilere verilmemesi ve bir örneğinin Müdürlüğümüze gönderilmesi kaydıyla ilgili kurumda yapılması hususunda;

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

Dr. Fatih TEKİN
Müdür a.
Sağlık Hizm. Başkan Yrd.

Ek: Üst Yazı.pdf

EK-3. Kontrol Grubu Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

GAZİ ÜNİVERSİTESİ ETİK KOMİSYONU FORM-2

Rev-2

25.01.2022 T.C.

GAZİ ÜNİVERSİTESİ
ETİK KOMİSYONU

KONTROL GRUBU İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Sizi, Gazi Üniversitesi Etik Komisyonu'ndan tarih / sayı ile izin alınan* ve Prof.Dr.Ebru Kılıçarslan Törüner danışmanlığında Yüksek Lisans Öğrencisi Özge Köksal tarafından yürütülen "Yoğun Bakımda Tedavi Gören 7-12 Yaş Grubundaki Çocuklara Uygulanan Terapötik İletişim Tekniklerinin Değerlendirilmesi" başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkına sahipsiniz. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size bir ödeme yapılmayacaktır. Çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz gizli tutulacaktır.

*Gazi Üniversitesi Etik Komisyon izini alındıktan sonra doldurularak kullanılacaktır.

Araştırmanın Amacı	Bu araştırma, yoğun bakımda tedavi gören 7-12 yaş grubu çocukların yoğun bakımda yatış ve yapılan tedavilere ilişkin duygularını incelemek amaçlanmıştır. Girişim grubundaki çocuklara uygulanan ortak hikaye anlatma, resim çizdirme terapötik iletişim teknikleri ile çocuk ve ailenin duygu durumunu olumlu etkilemesi amaçlanmaktadır.
Araştırmanın Yöntemi	Çalışmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde; Bu çalışma deneysel bir çalışma olarak yürütülecektir. Girişim ve kontrol grubu olacaktır. Girişim ve kontrol grubunda yer alan çocuklara terapötik iletişim yöntemi uygulanmadan önce çocuk ve ebeveyne yönelik yaş, cinsiyet, gelir düzeyi vb. sorulardan oluşan Tanımlayıcı Özellikler Veri Formu, Durumluk Kaygı Envanteri ve Yüz İfadelerini Derecelendirme Ölçeği uygulanacaktır. Çocukların hangi gruba dahil olacağı işlem öncesi kura çekilerek belirlenecektir. İlk gelen çocuk kura yöntemiyle girişim ya da kontrol grubuna atanacaktır. Formlar yoğun bakım ünitesinde çocuğun yatağı başında araştırmacı tarafından çocuğa gösterilerek araştırmacı tarafından yüz yüze doldurulacaktır. Terapötik iletişim girişimi tamamlandıktan sonra girişim ve kontrol grubundaki çocuklara Koppitz'in İnsan Figürü Çizme Testi, Durumluk Kaygı Envanteri ve Duygu Çarkı uygulanacaktır. Formların tahmini uygulama süresi 30 dakikadır. Girişim grubundaki çocuklar çocuk ve ebeveyne yönelik yaş, cinsiyet, gelir düzeyi vb. sorulardan oluşan Tanımlayıcı Özellikler Veri Formu doldurulacaktır.
Araştırmanın Öngörülen Süresi (Başlama ve Bitiş Tarihi Başvurudaki Başlangıç ve Bitiş Tarihi ile Uyumlu Olmalıdır.)	01.08.2024-01.04.2025
Araştırmaya Katılması Beklenen Katılımcı/Gönüllü Sayısı	Araştırmaya sizinle birlikte yoğun bakımda tedavi gören 70 çocuk katılması beklenmektedir.
Araştırmanın Yapılacağı Yerler	Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Pediatri Yoğun Bakım veya Uşak Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Görüntü ve/veya ses kaydı alınacak mı?	Evet ☐ Hayır ☒

Tablo katılımcıların anlayabileceği biçimde, akademik dil kullanılmadan yazılacaktır.

KATILIMCI BEYANI

Yukarıda amacı ve içeriği belirtilen bu araştırma ile ilgili bilgiler tarafıma aktarıldı. Bu bilgilerden sonra araştırmaya katılımcı olarak davet edildim. Bu çalışmaya katılmayı kabul ettiğim takdirde gerek araştırma yürütülürken gerekse yayımlandığında kimliğimin gizli tutulacağı konusunda güvence aldım. Bana ait verilerin kullanımına izin veriyorum. Araştırma sonuçlarının

eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin dikkatle korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden çekilebilirim. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana herhangi bir ödeme yapılamayacaktır. Araştırma ile ilgili bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu çalışmaya hiçbir baskı altında kalmadan kendi bireysel onayım ile katılıyorum. İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

GAZİ ÜNİVERSİTESİ ETİK KOMİSYONU FORM-2

Rev-2

25.01.2022

2 Araştırma yürütücüsü(Tez çalışmalarında Danışman tarafından imzalanacaktır.)

Adı ve Soyadı	Prof.Dr. Ebru Kılıçarslan Törüner	Tarih ve İmza
Adres ve telefonu	Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Emek, Bişkek Cd. 6. sk, 06490 Çankaya/Ankara Telefon: []	16. 06.2024 []
Adı ve Soyadı	2. Danışman: Doç. Dr. Serhat EMEKSİZ	Tarih ve İmza
Adres ve telefonu	Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Çocuk Yoğun Bakım []	16.06.2024 []

EK-4. Girişim Grubu Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

GAZİ ÜNİVERSİTESİ ETİK KOMİSYONU FORM-2

Rev-2

25.01.2022 T.C.

GAZİ ÜNİVERSİTESİ
ETİK KOMİSYONU

GİRİŞİM GRUBU İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Sizi, Gazi Üniversitesi Etik Komisyonu'ndan tarih / sayı ile izin alınan* ve Prof.Dr.Ebru Kılıçarslan Törüner danışmanlığında Yüksek Lisans Öğrencisi Özge Köksal tarafından yürütülen "Yoğun Bakımda Tedavi Gören 7-12 Yaş Grubundaki Çocuklara Uygulanan Terapötik İletişim Tekniklerinin Değerlendirilmesi" başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkına sahipsiniz. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size bir ödeme yapılmayacaktır. Çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz gizli tutulacaktır.

*Gazi Üniversitesi Etik Komisyon izni alındıktan sonra doldurularak kullanılacaktır.

Araştırmanın Amacı	Bu araştırma, yoğun bakımda tedavi gören 7-12 yaş grubu çocukların yoğun bakımda yatış ve yapılan tedavilere ilişkin duygularını incelemek amaçlanmıştır. Girişim grubundaki çocuklara uygulanan ortak hikaye anlatma, resim çizdirme terapötik iletişim teknikleri ile çocuk ve ailenin duygu durumunu olumlu etkilemesi amaçlanmaktadır.
Araştırmanın Yöntemi	Çalışmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde; Bu çalışma deneysel bir çalışma olarak yürütülecektir. Girişim ve kontrol grubu olacaktır. Girişim ve kontrol grubunda yer alan çocuklara terapötik iletişim yöntemi uygulanmadan önce çocuk ve ebeveyne yönelik yaş, cinsiyet, gelir düzeyi vb. sorulardan oluşan Tanımlayıcı Özellikler Veri Formu, Durumluk Kaygı Envanteri ve Yüz İfadelerini Derecelendirme Ölçeği uygulanacaktır. Çocukların hangi gruba dahil olacağı işlem öncesi kura çekilerek belirlenecektir. İlk gelen çocuk kura yöntemiyle girişim ya da kontrol grubuna atanacaktır. Formlar yoğun bakım ünitesinde çocuğun yatağı başında araştırmacı tarafından çocuğa gösterilerek araştırmacı tarafından yüz yüze doldurulacaktır. Terapötik iletişim girişimi tamamlandıktan sonra girişim ve kontrol grubundaki çocuklara Koppitz'in İnsan Figürü Çizme Testi, Durumluk Kaygı Envanteri ve Duygu Çarkı uygulanacaktır. Formların tahmini uygulama süresi 30 dakikadır. Girişim grubundaki çocuklar çocuk ve ebeveyne yönelik yaş, cinsiyet, gelir düzeyi vb. sorulardan oluşan Tanımlayıcı Özellikler Veri Formu doldurulacaktır.
Araştırmanın Öngörülen Süresi (Başlama ve Bitiş Tarihi Başvurudaki Başlangıç ve Bitiş Tarihi ile Uyumlu Olmalıdır.)	01.08.2024-01.04.2025
Araştırmaya Katılması Beklenen Katılımcı/Gönüllü Sayısı	Araştırmaya sizinle birlikte yoğun bakımda tedavi gören 70 çocuk katılması beklenmektedir.
Araştırmanın Yapılacağı Yerler	Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Pediatri Yoğun Bakım veya Uşak Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Görüntü ve/veya ses kaydı alınacak mı?	Evet ☐ Hayır ☒

Tablo katılımcıların anlayabileceği biçimde, akademik dil kullanılmadan yazılacaktır.

KATILIMCI BEYANI

Yukarıda amacı ve içeriği belirtilen bu araştırma ile ilgili bilgiler tarafıma aktarıldı. Bu bilgilerden sonra araştırmaya katılımcı olarak davet edildim. Bu çalışmaya katılmayı kabul ettiğim takdirde gerek araştırma yürütülürken gerekse yayımlandığında kimliğimin gizli tutulacağı konusunda güvence aldım. Bana ait verilerin kullanımına izin veriyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin dikkatle korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden çekilebilirim. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana herhangi bir ödeme yapılamayacaktır. Araştırma ile ilgili bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anladım bulunmaktayım. Bu çalışmaya hiçbir baskı altında kalmadan kendi bireysel onayım ile katılıyorum. İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

GAZİ ÜNİVERSİTESİ ETİK KOMİSYONU FORM-2

Rev-2

25.01.2022

2 Araştırma yürütücüsü(Tez çalışmalarında Danışman tarafından imzalanacaktır.)

Adı ve Soyadı	Prof.Dr. Ebru Kılıçarslan Törüner	Tarih ve İmza
Adres ve telefonu	Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Emek, Beşkek Cd. 6. sk, 06490 Çankaya/Ankara Telefon: []	16.06.2024 []
Adı ve Soyadı	Doç. Dr. Serhat EMEKSİZ	Tarih ve İmza
Adres ve telefonu	Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Çocuk Yoğun Bakım []	16.06.2024 []
Katılımcı		
Adı ve Soyadı		Tarih ve İmza
Adres ve telefonu		
Velayet veya Vesayet Altındaki Katılımcılar için Veli/Vasi		
Adı ve Soyadı		Tarih ve İmza
Adres ve telefonu		

EK-5. Zaman Çizelgesi

ZAMAN ÇİZELGESİ

[illegible]

EK-6. Çocuk ve Ailesine İlişkin Veri Toplama Formu

Sayın Hasta Yakını,

Bu çalışma, Çocuk yoğun bakımda yatmakta olan çocuk hastalarla uygulanan terapötik iletişimin çocukların duygu durumlarına etkisinin incelenmesi amacıyla yapılmaktadır. Araştırmanın güvenilirliği açısından soruların doğru ve eksiksiz yanıtlanması önem taşımaktadır. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Bu çalışmadan elde edilen bilgiler kimliğiniz belirtilmeden bilimsel amaçlı olarak kullanılacaktır. Araştırmanın yapılabilmesi için gerekli izinler alınmıştır. Katılımınız ve işbirliğiniz için teşekkür ederim. Bilgilendirildim ve araştırmaya katılmayı kendi isteğimle kabul ediyorum.

Primer Bakım Veren:

Adı-Soyadı:.....

İmza:.....

Çocuğun:

Adı-Soyadı:.....

İmza:.....

Tarih:.....

Saat:.....

Araştırmayı Yürüten Kişiler

Arş Gör. Özge Köksal

Prof. Dr. Ebru KILIÇARSLAN

Doç. Dr. Serhat EMEKSİZ

EK-6. (devam) Çocuk ve Aileye İlişkin Veri Toplama Formu

Çocuğa İlişkin Bilgi Formu

- 1.Çocuğun adı, soyadı:.....
- 2.Çocuğun yaşı.....
- 3.Çocuğun cinsiyeti
- 4.Çocuğun tanısı.....
5. Yoğun bakımda kaçınıcı günü.....
6. Çocuğun okula gitme durumu?
Evet ☐ Hayır ☐ (Kaçınıcı sınıf.....)

Aileye İlişkin Bilgi Formu

- 1.Anne yaşı.....
- 2.Baba yaşı.....
- 3.1.Anne öğrenim durumu.....3.2 Baba öğrenim durumu.....
4. Ailede kronik hastalık var mı ? Evet ☐ Hayır ☐ Varsa belirtiniz.....
5. Ailenin gelir durumu:
Gelir giderden az ☐
Gelir gidere eşit ☐
Gelir giderden fazla ☐
- 6..Aile tipiniz?
Yalnız ☐ Çekirdek aile ☐ Geniş aile ☐ Diğerleri.....
- 7..Ailenin son 3 ay içinde yaşadığı önemli bir yaşam olayı var mı ? (Örn: sevilen bir kişinin kaybı, göç, doğal felaket vb.)

EK-7. Çocuklar için Durumluk Kaygı Ölçeği

Nasıl Hissediyorum Anketi

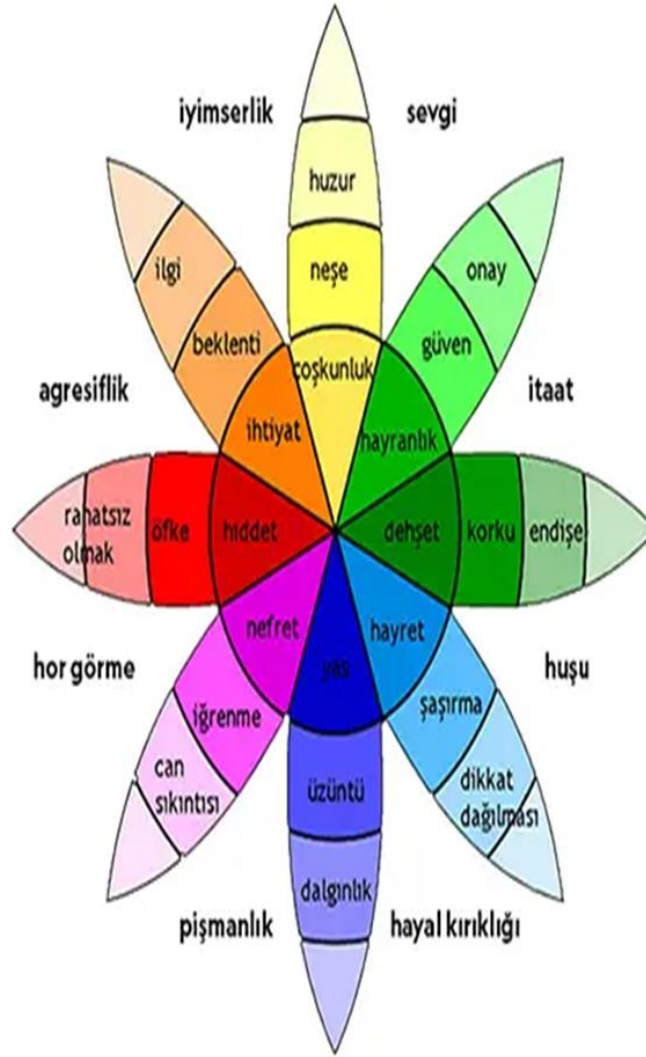
Kızların ve erkeklerin kendilerini anlattıkları bazı cümleler aşağıda verilmiştir. Her cümleyi dikkatle okuyun ve **su anda** nasıl hissettiğinize karar verin. Daha sonra **sizi en doğru anlatan ifadenin önündeki kutucuğa (x) işareti koyun**. Yanlış ya da doğru cevap diye bir şey yok. Herhangi bir cümle üzerinde fazla zaman geçirmeyin. **Tam bu anda , bu dakikada** nasıl hissettiğinizi en iyi anlatan ifadeyi seçmeyi unutmayın.

1. Kendimi	☐ çok sakin hissediyorum	☐ sakin hissediyorum	☐ sakin hissetmiyorum
2. Kendimi	☐ çok öfkeli hissediyorum	☐ öfkeli hissediyorum	☐ öfkeli hissetmiyorum
3. Kendimi	☐ çok huzurlu hissediyorum	☐ huzurlu hissediyorum	☐ huzurlu hissetmiyorum
4. Kendimi	☐ çok sinirli hissediyorum	☐ sinirli hissediyorum	☐ sinirli hissetmiyorum
5. Kendimi	☐ çok huzursuz hissediyorum	☐ huzursuz hissediyorum	☐ huzursuz hissetmiyorum
6. Kendimi	☐ çok dinlenmiş hissediyorum	☐ dinlenmiş hissediyorum	☐ dinlenmiş hissetmiyorum
7. Kendimi	☐ çok ürkmüş hissediyorum	☐ ürkmüş hissediyorum	☐ ürkmüş hissetmiyorum
8. Kendimi	☐ çok rahatlamış hissediyorum	☐ rahatlamış hissediyorum	☐ rahatlamış hissetmiyorum
9. Kendimi	☐ çok endişeli hissediyorum	☐ endişeli hissediyorum	☐ endişeli hissetmiyorum
10. Kendimi	☐ çok hoşnut hissediyorum	☐ Hoşnut hissediyorum	☐ hoşnut hissetmiyorum
11. Kendimi	☐ çok korkmuş hissediyorum	☐ Korkmuş hissediyorum	☐ korkmuş hissetmiyorum
12. Kendimi	☐ çok mutlu hissediyorum	☐ mutlu hissediyorum	☐ mutlu hissetmiyorum
13. Kendimden	☐ çok eminim	☐ eminim	☐ emin değilim
14. Kendimi	☐ çok iyi hissediyorum	☐ iyi hissediyorum	☐ iyi hissetmiyorum
15. Kendimi	☐ çok başım dertte hissediyorum	☐ başım dertte hissediyorum	☐ başım dertte hissetmiyorum
16. Birşeylerin beni	☐ çok rahatsız ettiğini hissediyorum	☐ rahatsız ettiğini hissediyorum	☐ rahatsız ettiğini hissetmiyorum
17. Kendimi	☐ çok keyifli hissediyorum	☐ keyifli hissediyorum	☐ keyifli hissetmiyorum
18. Kendimi	☐ çok dehşete kapılmış hissediyorum	☐ dehşete kapılmış hissediyorum	☐ dehşete kapılmış hissetmiyorum
19. Kafamda	☐ herşeyi çok karmakarışık hissediyorum	☐ herşeyi karmakarışık hissediyorum	☐ herşeyi karmakarışık hissetmiyorum
20. Kendimi	☐ çok neşeli hissediyorum	☐ neşeli hissediyorum	☐ neşeli hissetmiyorum

EK-8. Koppitz Değerlendirme Formu

Maddeler	Var	Yok
1) Dürtüsellik		
• Vücut parçalarının kopukluğu		
• Kol ve bacakların asimetrisi		
• Transparan gösterimler		
• Büyük figür		
• Boynun olmaması		
2) Kendine Güvensizlik ya da Yetersizlik Duygusu		
• Yan kayık figür		
• Küçük kafa		
• Ellerin olmaması		
• Kolların olmaması		
• Bacakların olmaması		
• Ayakların olmaması		
Canavar ya da robot figürler		
3) Kaygı ile ilgili Belirtiler		
• Yüzün olmaması, karalanmış/gölgelenmiş olması		
• Vücudun, kol yada bacakların gölgelenmesi		
• Boynun ya da ellerin karalanması/ gölgelenmesi		
• Gözlerin olmaması ya da göz bebeklerinin olmaması		
• Bulutlar, yağmur ve uçan kuşlar çizilmesi		
Bacakların bitişik olması		
4) Utangaçlık, Çekingenlik ile ilgili Belirtiler		
• Küçük figür (9 cm den küçük)		
• Kısa kollar		
• Vücuda yapışık kollar		
• Burnun olmaması		
• Ağzın olmaması		
5) Kızgınlık ve Saldırganlıkla ilgili Belirtiler		
• Abartılı dişler		
• Uzun kollar		
• Büyük eller		
Gözlerin içe bakması		
• Genital organlar veya çıplak figür		

EK-9. Duygu Çarkı



EK-10. Glasgow Koma Skalası (GKS)

Glasgow Koma Skalası (GKS) 1974'te Jennett ve Teasdale tarafından geliştirilmiştir. Hastaların beyin hasarının düzeyinin değerlendirilmesinde; üç puanlamanın (motor cevap, göz açma, sözel cevap) toplamından oluşmaktadır. Hastalıklara bağlı bilinç durumunun değerlendirilmesinde çok sık kullanılmaktadır. Uyaranları yerine getiren, spontan göz açması ve yönelimi tam olan hasta maksimum puan olan 15 puanını elde eder. Bu ölçeğin diğer inceleme alanları ise ağrılı uyaranlara sözel veya motor cevap vermeyen, gözünü açmayan bu hastalarda GKS puanı 3 olarak hesaplanır. GKS'nın toplam puanının 15 olması bilinç açıklığı, 9'un altında olması koma olarak değerlendirilmiştir.

ÇOCUKLARDA GLASGOW KOMA ÖLÇEĞİ (SKALASI)				
	PUAN	0 - 1 YAŞ	1 YAŞIN ÜSTÜNDE	
GÖZLERİNİ AÇABİLME	4 3 2 1	KENDİLİĞİNDEN YÜKSEK SESE AĞRIYA TEPKİ VERMİYOR	KENDİLİĞİNDEN SÖZEL EMİRLE AĞRIYA TEPKİ VERMİYOR	
EN İYİ MOTOR TEPKİ	6 5 4 3 2 1	AĞRILI UYARANA LOKALİZE GERİ ÇEKME ANORMAL FLEKSİYON EKSTANSİYON TEPKİ YOK	SÖZEL EMİRLE AĞRILI UYARANA LOKALİZE GERİ ÇEKME ANORMAL FLEKSİYON EKSTANSİYON TEPKİ YOK	
		0 - 2 YAŞ	2 - 5 YAŞ	5 YAŞIN ÜSTÜNDE
EN İYİ SÖZEL TEPKİ	5 4 3 2 1	DOĞAL TEPKİLER (GÜLME, AĞLAMA vb) AĞLAR YERSİZ AĞLAMA/ÇIĞLIK HOMURDANIR TEPKİ YOK	UYGUN KELİMELER VE CÜMLELER UYGUNSUZ KELİMELER AĞLAR / ÇIĞLIK ATAR HOMURDANIR TEPKİ YOK	UYUMLU VE KONUŞKAN UYUMSUZ, ŞAŞKIN, UYGUNSUZ KELİMELER ANLAŞILMAZ SESLER TEPKİ YOK

EK-11. Süreç Değerlendirme Formu

SÜREÇ DEĞERLENDİRME

	1 Hiç Katılmıyorum	2 Biraz Katılıyorum	3 Katılıyorum	4 Çok Katılıyorum	5 Tamamen Katılıyorum
Uygulamayı faydalı buldum.					
İlgi çekiciydi.					
Rahatlamamı sağladı.					
Eğlenceliydi.					
Güzel vakit geçirdim.					

Değerlendirme ve önerileriniz:

Katkılarınız:

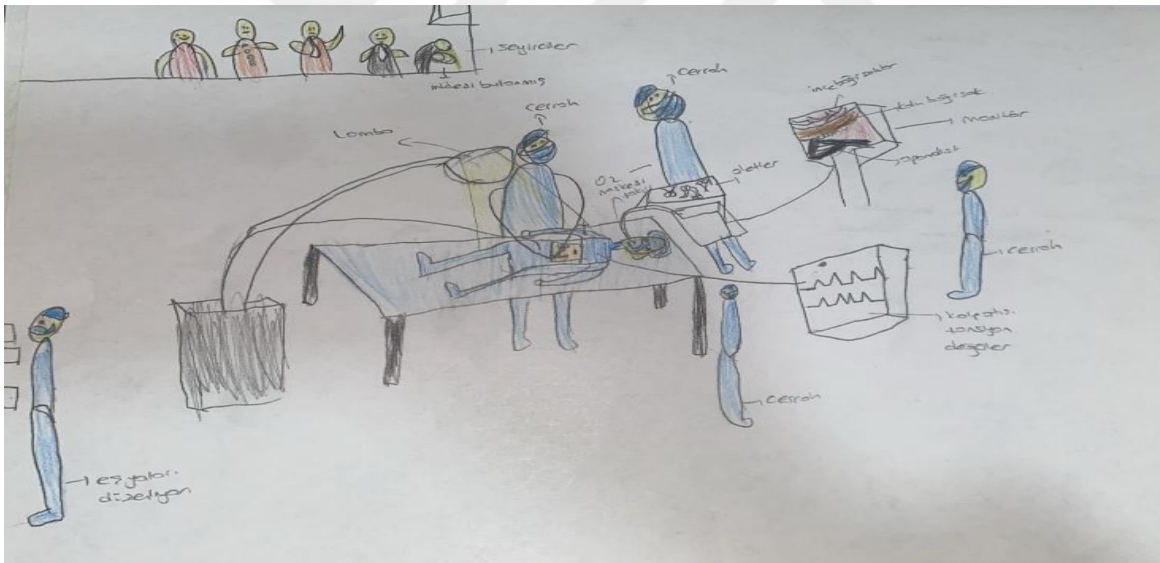
EK-12. Girişim Grubundaki Çocukların Koppitz Çizim Testi Örnekleri



EK-13. Kontrol Grubundaki Çocukların Koppitz Testi Çizim Örnekleri



EK-14. Serbest Resim Çizme Etkinliğinden Örnekler



EK-15. Yoğun Bakım Ünitesinde Uygulama Örnekleri



EK-16. Oyunlaştırma Katılım Sertifika



ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Soyadı, adı : KÖKSAL, Özge
Uyruğu : T.C.

Eğitim Derecesi	Eğitim Birimi	Mezuniyet Tarihi
Yüksek Lisans	Gazi Üniversitesi/ Hemşirelik Anabilim Dalı	Devam ediyor
Lisans	Hacettepe Üniversitesi / Hemşirelik	2019
Lise	Batıkent Anadolu Lisesi	2014

İş Deneyimi

Yıl	Yer	Görev
2024-Devam ediyor	Uşak Üniversitesi	Araştırma Görevlisi
2019-2023	Ankara Bilkent Şehir Hastanesi	Hemşire

Yabancı Dil

İngilizce

Yayınlar

1. Köksal, Ö., & Kılıçarslan, E. (2024). *Çocuk Hastalarla Terapötik İletişim Tekniklerinin Kullanımı: Sistematik Derleme [Poster]*. 8. Uluslararası 19. Ulusal Hemşirelik Kongresi, Ankara.
2. Köksal, Ö., Kardeşler, M., Kılıçarslan, E., & Altay, N. (2023). *Pediatride Transkültürel Hemşirelik Yaklaşımı [Poster]*. 4. Akdeniz ve 3. Uluslararası 8. Ulusal Pediatri Hemşireliği Kongresi (pp.918-919). Erzurum.

Hobiler

Kitap Okumak, Kanaviçe, Tezhip Sanatı.



GAZİLİ OLMAK AYRICALIKTIR..