



T.C.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**“OKUL DÖNEMİNDEKİ ÇOCUKLARDA SANAT TEMELLİ BİR
HEMŞİRELİK GİRİŞİMİ”**

EMEL TEKSÖZ
DOKTORA TEZİ

ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Prof. Dr. Ayşe Ferda OCAKÇI

İSTANBUL-2013



REPUBLIC OF TURKEY
MARMARA UNIVERSITY
INSTITUTE OF HEALTH SCIENCES

**“AN ART-BASED NURSING INTERVENTION FOR SCHOOL
AGE CHILDREN”**

EMEL TEKSÖZ
DOCTORATE THESIS

CHILD HEALTH AND DISEASES DEPARTMENT OF MEDICAL NURSING

SUPERVISOR
Prof. Dr. Ayşe Ferda OCAKÇI

ISTANBUL-2013

ÖNSÖZ

Lisans eğitimine kadar olan süreci, bilgi bankası oluşturma süreci, lisans üstü eğitimin ise, kişinin bireysel bilgi, tecrübe ve yaratıcılığını açığa çıkarma, kullanma süreci olarak görüyorum. Sürecin niteliğini belirleyen, seçtiğiniz ana bilim dalı değil, birlikte çalıştığımız danışman hocamız olduğu kanısındayım.

Doktora eğitimimde bana kattığı, eleştirel düşünme, gelişim ve yaratıcı bakış açısı için, her aşamada yanımda olup yüreklendirdiği için danışman hocam Sayın Prof. Dr. Ayşe Ferda Ocakçı'ya,

Katkı ve önerileri ile destekleyen Sayın Doç. Dr. Rana Yiğit'e,

Tezin istatistiksel analizinde katkı ve öneri sağlayan Doç. Dr. İbrahim Bilgin'e,

Çalışmanın ortaya çıkmasını sağlayan, Hatay Devlet Hastanesi yöneticileri ve her aşamada yanımda olan, destek ve görüşleriyle katkı sağlayan hemşire meslektaşlarıma,

Tüm okul hayatım boyunca beni koşulsuz destekleyen eşim M. Sabit Teksöz'e,

Çocukların duygularını anlamama yardımcı olarak tezime ilham veren, kızlarım N. Aybala ve S. Dünya'ya yürekten teşekkürü bir borç bilirim.

TEZ ONAYI

Kurum : Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Programın seviyesi : Doktora
Anabilim Dalı : Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği
Tez Sahibi : Emel TEKSÖZ
Tez Başlığı : Okul Dönemindeki Çocuklarda Sanat Temelli Bir Hemşirelik Girişimi
Sınav Yeri : İstanbul
Sınav Tarihi : 10/09/2013

Tez tarafımızdan okunmuş, kapsam ve kalite yönünden Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

Danışman (Unvan, Adı, Soyadı)
Prof. Dr. Ayşe Ferda OCAKÇI

Kurumu
Koç Üniversitesi

İmza

Sınav Jüri Üyeleri (Unvan, Adı, Soyadı)

Doç. Dr. Ayşe Nefise BAHÇECİK

Marmara Üniversitesi

Doç. Dr. İbrahim BİLGİN

Mustafa Kemal Üniversitesi

Doç. Dr. Rana Yiğit

Mersin Üniversitesi

Yrd. Doç. Dr. Ayşe KARAKOÇ

Marmara Üniversitesi

Yukarıdaki jüri kararı Enstitü Yönetim Kurulu'nun 20/09/2013 tarih ve 72 sayılı kararı ile onaylanmıştır.

F. Arıcıoğlu.
Prof. Dr. Feyza ARICIOĞLU

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

BEYAN FORMU

Bu tezin kendi çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları kaynaklar listesine aldığımı, tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

10/09/2013

Emel TEKSÖZ

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ	I
TEZ ONAY FORMU	II
BEYAN FORMU	III
TABLO VE GRAFİKLER	VI
RESİMLER	VII
KISALTMALAR	VIII
1. ÖZET	1
2. SUMMARY	2
3. GİRİŞ VE AMAÇ	3
4. GENEL BİLGİLER	7
4.1. Okul Dönemi Çocuğun Özellikleri	7
4.1.1. Fiziksel Büyüme	7
4.1.2. Cinsel Gelişim	8
4.1.3. Motor Gelişim	9
4.1.4. Bilişsel Gelişim	9
4.1.5. Dil Gelişim	10
4.1.6. Psikososyal Gelişim	11
4.1.7. Moral Gelişim	12
4.2. Hastane ve Çocuk	13
4.2.1. Hastanede Yatmanın Ebeveyn Üzerine Etkileri	14
4.2.2. Hastanede Yatmanın Okul Dönemi Çocuk Üzerine Etkileri	14
4.2.3. Hastanede Yatan Çocuk için Oyuncak ve Oyunun Önemi	16
4.3. Hemşirelik Bakım Sanatı	20
4.3.1. Çocuk Sağlığı Hemşireliğinde Bakım	22
4.3.2. Çocuk Sağlığı Hemşirelik Bakımında Oyun ve Oyuncak	24
5. GEREÇ VE YÖNTEM	26
5.1. Araştırmanın Yeri	26
5.2. Araştırmanın Tipi	26
5.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	27
5.4. Araştırmanın Örneklem Yöntemi	27
5.5. Araştırmanın Hipotezleri	28
5.6. Araştırmanın Değişkenleri ve Tanımları	28
5.7. Gereç	28
5.7.1. Atık Malzemeler ve Kriterlerin Belirlenmesi	28
5.7.2. Atık Toplama	29
5.7.3. Atık Ayırımı	33
5.8. Veri Toplama Araçları	35
5.8.1. Hastanın Hemşirelik Bakımını Algılayışı Ölçeği (HHBAÖ)	35
5.8.2. Pedsql Sağlık Bakımı Memnuniyet Ölçeği (PSBMÖ)	35
5.8.3. Hemşire Bilgi Formu	36
5.9. Verilerin Toplanması	36

5.9.1. Ön Uygulama	36
5.9.2. Uygulama	37
5.10. Verilerin Değerlendirilmesi	38
5.11. Araştırmanın Etik Yönü	38
6. BULGULAR	40
6.1. Nicel Bulgular	40
6.2. Nitel bulgular	49
6.2.1. Deney Grubu Olguları Sanat Temelli Uygulama Bulguları	50
6.2.2. Deney Grubu Görüşleri	75
6.2.3. Deney Grubu Refakatçi Görüşleri	81
6.2.4. Hemşire Görüşleri	86
7. TARTIŞMA VE SONUÇ	107
7.1. Sonuç	127
7.2. Öneriler	128
8. KAYNAKLAR	130
9. EKLER	146
EK I-Afiş	146
EK II-Hastanın Hemşirelik Bakımını Algılayışı Ölçeği	147
EK III-PedsqI Sağlık Bakımı Memnuniyet Ölçeği	148
EK IV-Hemşireler için Bilgi Formu	150
EK V-Hemşire, Ebeveyn, Çocuk Bilgilendirme ve Onamı	151
EK VI-Gözlem Sonuçları için Hemşire Meslektaş Onayı	155
EK VII-Marmara Üniversitesinden Etik Kurul Onayı	156
EK VIII-Kurum İzin Onayı	157
10. ÖZGEÇMİŞ	159

TABLO VE GRAFİKLER

Tablo I: Toplanan Temiz Atık Listesi	31
Tablo II: Servislere göre Toplanan Temiz Atık Listesi	32
Tablo III: Atık Grupları	33
Tablo IV: Araştırma Grubunun Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı	40
Grafik I: Serviste Çalışma Nedeni	41
Grafik II: Mesleki Eğitim Faaliyetleri	41
Tablo V: Hemşirelerin Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı	41
Tablo VI: Araştırma Grubunun Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı	42
Tablo VII: Araştırma Grubu Kodları ve Tanıların Dağılımı	44
Tablo VIII: Çocukların Yaptıkları Oyuncak ve Oyunların Dağılımı	45
Tablo IX: Çocukların Oyuncak Yapımında Kullandığı Malzemelerin Dağılımı	46
Tablo X: Hastanın Hemşirelik Bakımını Algılayışı Ölçeği ile Pedsqsl Sağlık Bakımı Memnuniyet Ölçeği'nin İlk ve Son Test Sonuçlarının Dağılımı	47
Tablo XI: Pedsqsl Sağlık Bakımı Memnuniyet Ölçeği'nin Alt Boyutlarının İlk ve Son Testlerdeki Dağılımı	48
Tablo XII: Sanat Temelli Hemşirelik Girişimine göre Oluşturulan Temaların Dağılımı	50
Tablo XIII: Okul Dönemindeki 8-12 Yaş Çocuğu için Sanat Temelli Hemşirelik Girişimi Temalarının Alt Boyutlarının Dağılımı	76
Tablo XIV: Refakatçi için Sanat Temelli Hemşirelik Girişimi Temalarının Alt Boyutlarının Dağılımı	82
Tablo XV: Hemşireler için Sanat Temelli bir Hemşirelik Girişiminin Temaların Dağılımı	87
Tablo XVI: Hemşireler için Çocuk ve Hastane Ortamı Teması ve Alt Boyutlarının Dağılımı	87
Tablo XVII: Hemşirelerin, Atık Toplanmasına ait Görüşler, Hemşire Gözüyle Çocuk Açısından Sanat Temelli Hemşirelik Girişiminin Anlamı Temaları ve Alt Boyutlarının Dağılımı	92
Tablo XVIII: Hemşire Açısından Sanat Temelli Hemşirelik Girişiminin Anlamı Teması ve Boyutlarının Dağılımı	101

RESİMLER

Resim 1: Afiş ve Atık Toplama Kutusu	30
Resim 2: Malzeme Odası	34
Resim 3: Malzemeler için Oyun Arabası	34
Resim 4: Olgu I, E.I.	51
Resim 5: E.I.'nın Yaptığı Oyuncaklar	51
Resim 6: E.I.'nın Oyunları	52
Resim 7: Olgu II, B. T	53
Resim 8: B.T.'nin Yaptığı Oyuncakları	54
Resim 9: Olgu III, M. A. A.	55
Resim 10: M.A.A.'nin Yaptığı Oyuncaklar	56
Resim 11: Olgu IV, N. A.	57
Resim 12: N.A.'nin Yaptığı Oyuncaklar	58
Resim 13: Olgu V, Z. T.	59
Resim 14: Z.T.'nin Yaptığı Oyuncaklar	60
Resim 15: Olgu VI, E. N. Ç.	61
Resim 16: E.N.Ç.'nin Oyunağı	61
Resim 17: Olgu VII, B. R.	62
Resim 18: B.T.'nin Yaptığı Oyuncaklar	63
Resim 19: B.T.'nin Oynadığı Oyunlar	63
Resim 20: Olgu VIII, H. H. Y.	64
Resim 21: H. H. Y.'nin Yaptığı Oyuncaklar	65
Resim 22: H. H. Y.'nin Oynadığı Oyunlar	65
Resim 23: Olgu IX, C. Z.	66
Resim 24: C.Z.'nin Yaptığı Oyuncaklar	66
Resim 25: Olgu X, H. G.	67
Resim 26: H.G.'nin Yaptığı Oyuncak	67
Resim 27: Olgu XI, Y. H.	68
Resim 28: Y.H.'nin Yaptığı Oyuncaklar	69
Resim 29: Y.H.'nin Oynadığı Oyunlar	69
Resim 30: Olgu XII, A. A	70
Resim 31: A.A.'nin Yaptığı Oyuncak	70
Resim 32: Olgu XIII, Y. B.	71
Resim 33: Y.B.'nin Yaptığı Oyuncaklar	72
Resim 34: Y.B.'nin Oynadığı Oyunlar	72
Resim 35: Olgu XIV, M. A. E.	73
Resim 36: M.A.E.'nin Yaptığı Oyuncak	73
Resim 37: Olgu XV, A. A.	74
Resim 38: A.A.'nin Yaptığı Oyuncak	74

KISALTMALAR

HHBAÖ	Hastanın Hemşirelik Bakımını Algılayışı Ölçeği
PSBMÖ	Pedsql Sağlık Bakımı Memnuniyet Ölçeği
O	Olgu
R	Refakatçi
H	Hemşire

1. ÖZET

Hastalık ve hastanede yatma, çocuğun gelişimini olumsuz etkiler. Hastaneye yatan okul dönemi çocuğunun, bağımsızlığı, arkadaş ilişkileri, okul ve oyun aktiviteleri engellenmektedir. Hemşire, çocuğun ağırlı işlemler, stresli durumlar ile baş etmesini kolaylaştıran terapötik oyun tekniklerini kullanır. Bu araştırmanın amacı, hastanede yatan okul dönemi 8-12 yaş grubu çocuğa oyuncak yaptırılarak hastane süreciyle baş etmesine yardımcı olacak ve yaşam kalitesini arttıracak, sanat temelli bir hemşirelik girişiminin geliştirilmesidir. Araştırma 20 Haziran-17 Ağustos 2012 tarihleri arasında Hatay ilinde, Hatay Antakya Devlet Hastanesi'nde yapılmıştır. Araştırma karma tip (nitel ve nicel) yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini, evrenden belirlenen, hastaneye yatma nedenine bakılmaksızın en az 3 gün hastanede yatan 8-12 yaş grubu 15 kontrol, 15 deney grubu olarak toplam 30 çocuk, 30 refakatçi, bakım veren 20 hemşire oluşturmuştur. Sanat temelli bir hemşirelik girişimi için materyal olarak, temiz tıbbi atıklar kullanılmıştır. Deney ve kontrol grubundaki çocuklara HHBAÖ, refakatçilere PSBMÖ uygulanmıştır. Çocuklar 104 malzeme kullanarak, 37 oyuncak yapmış, 43 farklı oyun oynamıştır. Nicel bulgulara, HHBAÖ ilk test puanları kontrol ve deney grubunda anlamlı değilken ($p>0.05$), son test puanları deney grubunda anlamlı bulunmuştur ($p<0.000$). Refakatçilerin PSBMÖ ilk test puanları kontrol ve deney grubunda anlamlı değilken ($p>0.05$), son test puanları deney grubunda anlamlı bulunmuştur ($p<0.000$). Nitel bulgulara, çocuk, hemşire ve refakatçiler için 8 tema bulunmuştur. Sanat temelli hemşirelik girişiminin, okul dönemi hastanede yatan çocukların hastanede ki yaşam kalitesini olumlu etkilediği, ebeveynlerin sağlık bakım memnuniyetini olumlu etkilediği ve hemşirelerin çocuğa bakım verirken kullanılabileceği etkin bir girişim olduğu sonucuna varılmıştır.

Anahtar Kelimler: Çocuk, Hastaneye Yatma, Hemşirelik Girişimi, Terapötik Oyun, Okul Dönemi.

2. SUMMARY

An Art-Based Nursing Intervention for School Age Children

Diseases and hospitalization affect the development of the child negatively. Hospitalization sets an obstacle to the independency, relations with friends, school and game activities of the school age child. A nurse uses therapeutic game techniques in order to ease child's coping with painful processes and stressful situations. The aim of the study is to develop an art-based nursing intervention that help the child's overcome hospitalization process and increase his quality of life by making the school age child, between the ages of 8-12, create new toys. The study was conducted between the dates of 20th June and 17th August, 2012. in Hatay Public Hospital. The study was conducted as mixed-type that is both qualitative and quantitative. The sample of the study consists of 30 children, 15 of them for control and 15 of them for study groups, between the ages of 8-12 and hospitalized at least 3 days and 30 attendants and 20 nurses as caregivers. Clean medical waste was used as material for the art-based nursing intervention. HHBAÖ and PSBMÖ were applied to study and control group's children and attendants as well. Children created 37 kinds of toys by using 104 different types of material and they also played 43 different types of games. As for quantitative findings; the first test scores of HHBAÖ were not significant for study and control groups ($p>0.05$) whereas the last test scores were significant study group ($p<0.000$). While attendants' PSBMÖ first test scores were not significant for study and control groups ($p>0.05$), the last test scores were found as significant for the study group ($p<0.000$). As for qualitative findings, 8 themes were found for the child, nurse and attendants. It was concluded that the art-based nursing intervention affect not only the quality of life of the school age child but also the health care satisfaction of the parents positively. Furthermore; it is an effective intervention for the nurses who care for the children.

Keywords: Child, Hospitalization, Nursing Intervention, School Period, Therapeutic Game.

3. GİRİŞ VE AMAÇ

Hastalık ve hastanede yatma, bireyin yaşamını çeşitli yönlerden etkileyen, kaygı ve endişelerini arttıran ve normal dengeyi bozan bir durumdur. Yetişkin ve çocuklar yaşamlarının herhangi bir döneminde bir ya da birden çok hastalıkla karşılaşır. Özellikle çocukluk döneminde hastalıklar daha sık, uzun süreli ve çoğu zaman hastaneye yatışı gerektirir. (Erdim ve ark 2006). Planlı ya da acil bir nedenle çocuğun hastaneye yatması, çocuk ve aile için stresli bir deneyimdir. Her birey belli düzeyde stresle baş etme kapasitesine sahip olmasına karşın, hastalık ve hastaneye yatma özellikle çocukluk dönemlerinde duygusal örselenmeye neden olabilir. (Çavuşoğlu 2011, Ekşi 2011, Törüner ve Büyükgönenç 2012).

Hastaneye yatmanın çocuğun gelişimi üzerine olumsuz etkileri vardır. Çocuk için hastane korkutan, rahatsız eden ve hoş olmayan yaşantıları içerir. Hastaneye yatmış bir çocuk hastalık ile mücadele ederken tedavilerin yan etkileri, acı verici işlemler, aile, oyun arkadaşları ve okul çevresinden ayrılmanın verdiği anksiyete ile de mücadele etmek zorundadır (Çakıroğlu 1991, Silav 2012). Anestezi, ameliyat ve belli bazı girişimler, birden fazla girişimin kısa süre içinde uygulanması ise stresi daha fazla arttırır. Akut ya da kronik hastaneye yatma nedenine ve süresine bakılmaksızın, çocuklarda anksiyete, depresyon, düşük benlik saygısı görülmektedir (Beytut ve ark 2009). Her hastalık ve hastaneye yatma çocukta regresyona neden olur. Çocuk yatağa yatırılır, beslenir, yıkanır, giydirilir ve çocuğun özerkliği çeşitli derecelerde kontrol altına alınmış olur. Hareketi kısıtlanan ya da engellenen çocuk, saldırganlık, merak ve gerginlik duygularını açığa çıkaramaz (Ekşi 2011).

Hastalık ve hastaneye yatma okul dönemi çocuğu için çok değerli olan bağımsızlığını, arkadaşlarıyla olan ilişkilerini, okul ve oyun aktivitelerini engellemektedir. Okul dönemi çocuğu hastane ortamında çok önem verdiği arkadaşlarını ve sosyal aktivitelerini özler, bağımlı görünmekten korkan çocuk aynı zamanda ebeveynlerinin yanında olmasını ister (O'Conner-Von 2002, Coyne 2006). Bilişsel olgunlaşma ile birlikte okul döneminde çocuk hastalık yapan nedenleri kavramaya başlar. Çocuğa oyun ya da eğitim yolu ile hastalık, hastaneye yatma, ilaçlar ve hastaneyle ilgili bilgiler verilirse bu konulara yönelik olumsuz düşüncelerinde azalma görülür (Gönener ve Görak 2009).

Oyun ve oyuncağın çocuk gelişimindeki yeri çok önemlidir. Çocuklar kendilerini en rahat oyun ile anlatırlar. Oyun, çocuğun dil, akıl, sosyal, duygusal ve motor becerilerini geliştirmede, önemli bir araçtır. Çocuklar 2-12 yaşları arasında, yaşadığı olayları, çevresindeki kişi, nesne ve hayvanları taklit ederek, insan yaşamı için önemli olayları yaşamaya başlar. Bunun sonucunda, yaşamın içindeki banyo yapma, giyinme vb. olayları anlama ve uygulama becerisi geliştirir (Egemen ve ark. 2004).

Çocuğun eğitiminin ve yaratıcılığının gelişmesinde önemli bir araç olan oyuncaklar; merakı gidermede ve çevreyi keşfetmede çok yararlıdır. Oyuncak bir yanı düş dünyasında diğer yanı ise gerçek dünyada olan bir köprüdür. Ancak, yeterince oyuncağa sahip olamama çocuğu ve dolayısıyla anne-babayı rahatsız eden bir durumdur. Oysa, çocuğun etrafında gördüğü her şeyi oyuncağa dönüştürmede olağanüstü bir yaratıcı yeteneği vardır (Yapıcı 2002). Çocuk, oynadığı oyunlarla ve oyununa yön veren oyuncaklarla gelişimini tamamlar. İyi ve yararlı oldukları düşünülerek alınan pahalı oyuncaklar, çoğu zaman çocuğu yaratıcılıktan ve doğal davranışlardan uzaklaştırır. Oysa çocuğun kendi halinde, her türlü eşya ile özgün ve anlamsız sesler çıkartarak oynadığı oyunlar, gelişim açısından daha önemli ve yararlıdır. Ancak oyunun ve oyun malzemelerin seçimi de oldukça önemlidir. Çok karmaşık yapılı olan oyuncaklar, çocuğun kısa sürede sıkılmasına, oyuncağını atmasına ve oyundan vazgeçmesine neden olmakta diğer yandan tek düğme ile çalışan ve kendi başına hareket eden, konuşan oyuncaklar da çocuğu yaratıcılıktan uzaklaştırmaktadır (Erdal ve Erdal 2003).

Hastanede yatan çocukların gelişimin desteklenmesi için hastalık ve tedavilerin neden olduğu psikososyal stresin azaltılması önemlidir (Atay ve ark. 2011). Hasta çocuk, ailesi ve kardeşlerinin stres ve yaşam kalitelerinin düşüşü ile baş edebilmeleri için, hastalık ve tedavi hakkında bilgi verilmeli, tıbbi işlemlere ebeveyn katılımının sağlanması, aileye sosyal destek hizmetlerinin sunulması gerekmektedir (Er 2006). Bu zorlu süreçte ailenin yaşam şekli etkilenmekte, ekonomileri zorlanmakta, aile ilişkilerinde ve rollerde değişiklikler meydana gelmektedir. Çocuğun bakım ihtiyacının artması ile birlikte, günlük yaşama ait bazı işler aksamakta, geleceğe ait planlar etkilenebilmektedir (Erdim ve ark. 2006, Karakavak ve Çırak 2006). Çocuk ve ailenin yaşadığı bu travmaların en aza indirgenmesinde, tüm sağlık ekibinin

özellikle de çocuğa bakım veren hemşirenin rolü büyüktür (Balling and Mccubbin 2001).

Çocuk sağlığı hemşireliğinde aile, bakımın primer ünitesi olarak görülür. Ailenin çocuğa sağladığı destek, onun sağlık sorununa ve hemşirelik bakımına tepkilerini belirleyen önemli bir faktördür. Aile ile çocuk arasındaki sevgiye dayalı güçlü ve destekleyici ilişki çocuk için en önemli destek kaynağıdır. Bu nedenle ailenin, çocuğun bakımının her aşamasına katılması gerekmektedir (Ocakçı 2006).

Çocuk hemşireliğinin amacı, çocuğun aile ve toplum içinde, fiziksel, zihinsel, ruhsal ve sosyal yönden sağlık ve esenliğini koruma, geliştirme, hastalık durumunda ise iyileştirmeye yönelik kapsamlı hemşirelik bakımı sağlamaktır. Bu bakımı sağlarken, çocuğun erişkinden farklı fiziksel, fizyolojik ve psikolojik özellikleri olduğunu, algılama sürecinin henüz tam gelişmemiş fakat gelişmekte olduğunu, hastalığı algılama ve hastalığa tepkisinin, yaş ve gelişimsel özelliklerine göre bireysel farklılıklar gösterdiğini bilmelidir. Hemşire çocuğa bakım verirken yaş ve gelişim düzeylerine göre sözel ve sözel olamayan iletişim tekniklerini kullanabilmelidir (Foster at all 1989, Brown and Fosket 1999, Beytut ve ark 2009).

Çeşitli nedenlerle travmatize olmuş bireylerin tedavisiyle ilgili yapılan çalışmalar, bireylerin sıklıkla duygularını sözel olarak ifade etmede güçlük yaşadıklarını göstermektedir (Meijer-Degen and Lansen 2006, Aydın 2012). Sözsüz ifade sanat gibi bir yöntemle açığa çıkarılabilir (Aydın 2012). Hastalık ve hastaneye yatmaya bağlı nedenlerle travmatize olan çocuklarda, sanat terapisi (Tunç 2007), oyun terapisi (Findling 2004), uğraş terapisi (Çoşkun 1998, Yılmaz ve ark 2011) ve yaratıcı drama (Boran 2010, Teksöz ve Ocakçı 2011) gibi pek çok sanatsal etkinliğin yararları araştırmalarla ortaya konulmaktadır.

Sanat hemşirenin kendini ve hastalarını daha iyi anlayabilmek, uygulamalarda oluşabilecek belirsizlikle ya da karşıt durumlarla başedebilmek için iyi bir araçtır. Sanat, uygulama becerilerinin geliştirilmesinde aracılık rolü üstlenirken hastalık ve rahatsızlıklar daha iyi tanımlanır, hastaların tedavi ve iyileşme süreçleri daha iyi yönlendirebilir (Akman ve ark. 2009). Tıbbın aksine, hemşirelik bilgi ve tekniğine sosyal bilimler hakimdir. Hemşirelik bilim ve sanattan oluşan bir sağlık disiplini olarak tanımlanmakta ve sanat elzem kabul etmektedir. Hastaların temel yararları

doğrultusunda sanat ve bilimin hemşirelikte kullanımı ise yapısal olarak farklılaşmış ve değişmiştir (Bradshaw 1998).

Hemşireliğin sanatsal yönü; hastaların gereksinimleri ve kaygılarını anlamak, hastaların yeterliliğini artıran amaçlar ve uygulamalar geliştirmek, hastaların durumunu iyileştirmek için sağlık planına yön vermektir (Wiedenbach 1963, Alligood and Tomey 2010).

Çocuk ile çalışan hemşirelerin bakım uygularken, çocuğa sorumluluk vermesi, bilgi arama davranışı geliştirmesine yardımcı olması, çocuğun ağırlı işlemler ya da stresli durumlar ile baş etmesini kolaylaştıran terapötik oyun tekniklerini kullanması önemlidir (Shields et al 2003, Aktaş ve ark 2011).

Bu araştırmanın amacı, hastanede yatan 8-12 yaş grubu çocukların steril, paketleri bozulmamış atık malzemeler ile oyuncak yaptırılarak hastane süreciyle baş etmesine yardımcı olacak ve yaşam kalitesini arttıracak ortam sağlamaktır.

4. GENEL BİLGİLER

4.1. Okul Dönemi Çocuğun Özellikleri

Okul dönemi 6-12 yaşları arasındaki yılları kapsayan çocukların, fiziksel, motor, bilişsel ve sosyal becerilerinin artmasına bağlı olarak daha bağımsız oldukları dönemdir. Başarı, gizlilik, cesaret, bağımsızlık kavramları önem taşır (Kliegman 1996, Kyle 2007). Benlik duygusu gelişmeye başlar (Baker 2001, Behrman at all 2000). Çocuğun aile yuvasından çıkıp, dış dünyaya açıldığı ve toplumsal çevre ile kaynaştığı dönemdir. Aileden çok arkadaşın önemli olduğu fiziksel, zihinsel sosyal ilişkilerin geliştiği bir dönemdir. Çocuk bu dönemde becerilerini yetişkin gibi geliştirme ve kullanma çabası içinde ve yetişkinlerle yarış halindedir. Kendine ve başkalarına karşı sorumluluklarının farkına varır, yetişkin olmak için gerekli olan bazı görevleri ve rolleri yerine getirmeye çalışır (Yiğit 2009).

4.1.1. Fiziksel Büyüme

Bu dönemde fiziksel büyüme ve gelişme yavaş ancak kas gelişimi hızlıdır. Büyümenin yavaş olması, çocuğun vücuduna alışmasını, kontrollü kullanmasını sağlar. Yıllık kilo artışı 3-3.5 kg, boy artışı ise 6 cm'dir (Behrman at all 2000). Altı yaşında ortalama boy 116 cm, kilo 21 kg iken, 12 yaşında ortalama boy 150 cm, kilo 40 kg'a ulaşır (Hockenberry and Wilson 2007). Bu dönemde beslenme ve fiziksel aktivite ile ilgili dengesizliklere bağlı olarak obezite oranları artmaktadır (Güler ve ark 2009, Ayyıldız ve ark 2011, Muslu ve ark 2011, Godard at all 2012, Rosario at all 2012, Justo at all 2012).

Kızlar yaklaşık 11 yaşında boy uzunluğunun %90'nına, yetişkin kilosunun %50'sine ulaşır. Erkekler 12 yaşında yetişkin boyunun %80'ine, kilosunun %50'sine ulaşır (Yiğit 2009). Dokuz-10 yaşlarına kadar kızlar erkeklerden ortalama 4-5 cm kısadır. On yaşından sonra kızlarda ani bir boy artışı meydana gelir (Erden ve Akman 2003, Hockenberry and Wilson 2007). Bu dönemde kas iskelet sistemi gelişimindeki düzensizliklere paralel olarak duruş bozuklukları, boy kısalığı, zayıflık görülebilir (TUIK 2008, Koçoğlu ve Emiroğlu 2011).

Günlük 2200-2500 kaloriye gereksinimi vardır. Çocuğun kalori ihtiyacı karşılanırken besinlerin içerik ve dağılımındaki dengesizliğe bağlı olarak düşük kilo,

hemoglobinde azalma, kurşun düzeyinde artma görülebilir (Güler ve Kubilay 2004, Demirezen ve Çoşansu 2005, Justo at all 2012, Zolaly at all 2012). Öğrencilerin öğün düzenleri, kahvaltı yapma ve spor alışkanlıkları yaşam kalitelerini etkilemekte okul başarısı üzerine direkt etki etmektedir (Yayan ve Altun 2011).

Okul çocuğu günde 10-12 saat uyur. Hafta içi ve hafta sonu uyku düzeni değişen çocukların uyku alışkanlıklarının davranış sorunlarına etki ettiği bildirilmektedir (Çetin ve Özbiçakçı 2012). Süt dişleri dökülürken, kalıcı dişleri çıkmaya devam eder, ağız diş sorunları da yaygın olarak görülür (Güler ve Kubilay 2004, TUİK 2008, Ceylan ve Turan 2009, Koçoğlu ve Emiroğlu 2011).

4.1.2. Cinsel Gelişim

Cinsel konulara ilgi okula başlamayla azalır. On bir-12 yaşlarında ikincil seks özellikleri belirir. Kız çocuklar özellikle ergenlik dönemine adım atarlar (Baker 2001, Çetinkaya ve Teksöz 2011). Ortalama ergenlik kızlarda 12, erkeklerde 14 yaştır. Preadolesan dönemi olarak geçen bu dönemde kızlar hızlı büyüme periyodu gösterirken, erkekler daha yavaş boy ve ağırlık artışı gösterirler (Foster at all 1989, Özcan ve ark 2008).

Kızlarda ilk adet belirtileri, erkeklerde penis ve testislerde büyüme görülür (Marshall and Tanner 1969, 1970, Wassenberg at all 2005). Kızlarda menarş yaşı beslenme ve sosyoekonomik duruma bağlı değişim gösterir (Yousei 2011). Fiziksel büyüme ve fizyolojik değişimler farklı cinsiyetlerde, kızlar arasında, dönemin farklı yaş gruplarında farklılık gösterir. Her iki cinsten “Utanma ve Tedirginlik” mevcuttur. Kızlar dış görünüşlerinden daha memnuniyetsiz oldukları için genel olarak daha mutsuz ve düşük benlik saygısı, erkeklerde daha ileriki dönemde olumsuz benlik saygısı içindedir (Çelik 2007, Derman 2008, Bee and Boyd 2009). Bedenine yoğunlaşan çocuğun akademik başarısında düşme görülebilir (Kaya ve ark 2012).

Her iki cins için riskli davranışlarda (erken cinsel ilişki, madde kullanımı, araba kullanma) bulunma eğilimi artar (Çelik 2007, Small at all 2012).

4.1.3. Motor Gelişim

Bu dönemde çocukların motor gelişimi önceki yıllara göre daha düzenli ve koordineli gelişim gösterir. Artan bilişsel ve sosyal olgunlukları nedeniyle motor becerilerini daha kapsamlı kullandıkları, esneklik, denge, çeviklik ve gücün arttığı görülmektedir (Foster at all 1989, Öztürk ve ark 2011, Törüner ve Büyükgöncü 2012).

Büyük kasların yanı sıra parmak ve bilek hareketleri, göz-el koordinasyonu, boğaz ve dil hareketleri gibi küçük kasların kullanımında da ilerlemeler görülür. Öğrenmek için sürekli hareket halindedir, sert hareketlerden hoşlanır. Yürüyüş yapma ve çevreyi keşfetmekten hoşlanır. Ayakları üzerine basarak çömelme, gözleri kapalı olarak tek ayak üzerinde durma, tek eli ile tenis topunu yakalama, koşma, sıçrama, fırlatma oyunları yapabilir (Wassenberg at all 2005). Fiziksel aktivite ile ilgili eğitim verilirse düzenli ve etkili egzersiz yapabilirler (Ergün ve ark 2012).

Sinir sisteminin gelişmesine bağlı olarak ellerini ustaca kullanabilir. 10-12 yaşlarında resim yapma, müzik aleti çalma gibi ince motor becerileri gerektiren etkinliklerde yetişkinlere benzer ustalık göstermeye başlar. Motor becerilerin gelişiminde cinsler arası fark çok azdır. Ancak tercih ettikleri motor etkinlikler farklılık gösterebilir (Çapri ve Çelikkaleli 2005). Erken doğan, düşük doğum ağırlıklı bebeklerin normal doğanlara oranla okul çağına motor becerilerinin daha düşük olduğu belirtilmektedir (Hack at all 1994, Hutton at all 1997).

4.1.4. Bilişsel Gelişim

Piaget'ye göre "Somut işlemler dönemi" olarak tanımlanan 7-11 yaşlar fikir ve düşünce arasındaki ilişkinin anlaşıldığı, geliştirildiği dönemdir. Piaget somut işlemleri, nesneler ve nesneler arasındaki ilişkilerin içsel kurallarını sunan ve mantıksal düşünmenin önemli yapı taşları olan bir dizi güçlü, soyut şema olarak tanımlar (Bee and Boyd 2009).

Kavramsal düşünerek karar vermeden, algısal düşünerek karar vermeye geçiş sürecidir. Şimdi ve geçmişteki deneyimlerini hafızalarında kaydederek sembol kullanımında artış meydana gelir (Erden ve Akman 2003, Yapıcı M 2004). Çocukların öğrenme ve üretme güduları oldukça fazladır. Ürettiklerini beğenmek ve

desteklemek, çocuğun girişimciliğini artırır. Büyüklük, sayı, ağırlık, hacim, boşluk, uzaklık, zaman, hareket kavramları gelişir (Wassenberg at all 2005, Çapri ve Çelikkaleli 2005). Yedi-11 yaşındaki çocuklar arasında sayı, miktar, madde, uzunluk, ağırlık, alan ve hacim korunumu gelişim düzeyleri açısından cinsiyete göre fark yoktur (Çapri ve Çelikkaleli 2005).

Nesneleri özelliklerine göre sınıflar, sayıları bilir, sıralayabilir, gruplayabilir, sembollerini kavrar, problem çözer, sebep-sonuç ilişkisi kurar (Bee and Boyd 2009, Erden ve Akman 2003).

Okul döneminde zihinsel işlem yapma yeteneği tam olarak gelişmediğinden düşünce yapısı mantığını kullanan, muhakeme yapabilen soyut düşünce arasında bir geçiş dönemi olarak kabul edilir. Adalet, özgürlük gibi soyut kavramları konuşma sırasında kullanmalarına karşın içeriği tam olarak kavrayamazlar (Derman 2008). İsteklerinin hemen yapılmasını ister, kendini ve dünyayı tanımak ister, araştıracıdır. Dönemin düşünce özelliklerine bakıldığında çağrışım yeteneği, özdeşlik, sıra ilişkisi, ters gidebilirlik, gruplama ve deney yapabilmektir (Flavell at all 1985).

4.1.5. Dil Gelişim

Dil gelişimi doğumdan itibaren hızla başlar, ergenlik dönemine kadar sürer ve koordineli gelişim ve öğrenme sürecinin önemli bir parçasını oluşturur. Bu gelişimin temel dil kazanma sürecinin önemli bir bölümü 5-6 yaşlarında, dilin ustaca kullanılması ve inceliklerinin öğrenilmesi 5-10 yaşları arasındadır (Krashen 1973, Yapıcı Ş 2004, İlter ve Er 2007).

Okul döneminde çocuklarda okuma yazma becerileri, sözcük dağarcığı ve gramer yapısında gelişmeler olur. Zor cümleler kurmaya başlar ve aşırı genelleme hataları ortadan kalkar (Karacan 2000, Bee and Boyd 2009). Kendine dönük olan çocuk sosyalleşir ve diyalog kurmaya başlar. Okuyarak sözcük dağarcığını genişletir, konuşması daha etkili hale getirir, cümlelerinde tonlama ve duygusal ifadeler kullanır (Demir ve Yapıcı 2007).

Günde yaklaşık 20 kelime öğrenen çocuk yaklaşık 5000 aktif kelime, 40000-50000 pasif kelime dağarcığına ulaşır (Demir 2006). Okul yıllarında öncelikle söz

dizimi hatalarını düzeltmeyi, karmaşık gramer yapılarını, geçmiş zaman kipinde fiil, zamir, isim kullanımını öğrenirler (Yapıcı Ş 2004, Yapıcı M 2004).

Dönemin sonuna doğru soyut sözcükleri iyi anlarlar. On-12 yaşlarına gelindiğinde bilmek, düşünmek, inanmak gibi soyut kavramları kullanırlar (Derman 2008). Eş anlamlı kelimeler, ses, sözcük içeren kelime oyunları ile bilmece çözme, şakalaşmaktan hoşlanırlar (Yapıcı M 2004). Çocuklarda hızlı bir şekilde kültürlere göre dil farkındalığı gelişir, bir dilin özelliklerini ve öğrendikleri dile göre düşünmeyi öğrenirler. Çocuğa anadili öğretilirken, yabancı dil eğitimi rahatlıkla verilebilir (İlter ve Er 2007).

4.1.6. Psikososyal Gelişim

Okul dönemi Freud'a göre 3-6 yaş döneminin Oedipal karmaşası ile ergenlik döneminin Erotizmi arasındaki huzurlu psikososyal gelişim dönemi olup "Gizil Dönem" olarak tanımlanır (Behrman and Kliegman 1996, Hockenberry and Wilson 2007). Çocuk bu dönemde sosyal ve bilişsel aktivitelere yoğunlaşır. Erikson ise bu dönemi kişilik gelişimi için gereken üç önemli aşamadan ilki olarak kabul eder. Sağlıklı kişilik gelişimi için bu dönem içinde başarının çok önemli olduğunu vurgular (Erikson 1970, Behrman at all 2000, Çelik 2007).

Okula yeni başlayan çocukta, okula uyum sağlamada güçlük, korku ve kaygı gibi sorunlar, öğrenme güçlüğü, okula gelmek istememe, ödev yapmama, hırçınlık, saldırganlık gibi davranış sorunları görülebilir (Ögel ve ark 2005, Bilge ve ark 2009, Kaya ve ark 2012). Genetik ve çevresel etmenler, ailenin çocuk yetiştirme tutumları çocuğun okula uyumunu ya da reddetmesine etki etmektedir (Bahalı ve ark 2009, Yıldırım ve ark 2011). Etkili danışmanlık hizmeti verilmezse özellikle sosyoekonomik düzeyi düşük ailelerin çocuklarında uyum sorunları tik, tırnak yeme, parmak emme, gece işemesi olarak devam eder (Kaya ve ark 2006, Altun ve ark 2011).

Çocuğun benmerkezci düşünce ve davranışları azalırken, sosyal ilişkilere önem vererek paylaşımcılığı artar. Sosyal çevresi genişler, öğretmen ve akranlar ön planda olmaya başlar. Bir grubun üyesi olmak kadar yalnız kalmaktan da hoşlanır. Grup üyeleri arasında çatışmalar, zaman zaman kavgalar görülebilir. Rekabetten hoşlanır (Derman 2008, Yiğit 2009). Okul dışında çocuğun kaliteli vakit geçirmesi önemlidir.

Bu dönemde video oyunlarına ayrılan zamanla orantılı olarak çocuğun saldırganlığının arttığı, okul başarısının ise düştüğü bildirilmektedir (Hastings at all 2012, Sohbet ve ark 2011). Çocukların bilgisayar ve görüntülü iletişim kaynaklarını kullanma durumları çevresel ve sosyoekonomik faktörlere bağlı olarak değişmektedir (Cillero and Jago 2010, Şahin and Tuğrul 2012).

Çocuk yeni şeyler üretmek, yaptığı işlerde başarılı olmak, toplum tarafından takdir edilmek ister. “Ben başarılıyım” duygusunu tatmak ister (Erden ve Akman 2003).

Okul döneminde sosyal kurallarını öğrenen çocuk, bazı durumlarda hangi duygusunu bastırması gerektiğini öğrenir. Duygular arasındaki farklılıkları anlayabilirler. Bu dönemde çocuklar birbirlerinin kusurlarıyla alay ederler. Okul döneminde obez çocuklarda normal ağırlıkta olan çocuklara oranla, duygusal durumunda içe kapanma, depresyon, anksiyete, somatik şikayetler daha sık görülür (Seyedamini ve ark 2012). Okul çocukları azarlandıkları ya da alay edildiklerinde sosyal kurallar gereği duygularını gizlerler, duygularını kontrol etmede daha etkili hale gelirler. Empati düzeyleri artar (Kahraman 2007, Bilgiç 2009).

4.1.1. Moral Gelişim

Kohlberg’e göre bu dönemde çocuklar standartlara göre davranmayı öğrenir, kabul edilebilir davranışlardan standartlar oluşturur ve kötü davranışları sonucunda kendilerini suçlu hissederler (Kohlberg 1974, Hooffman 2001, Koç ve ark 2009). Benmerkezci düşünce yerine empatik düşünmeye başlar (Kahraman 2007). Grubun hoşuna gitme isteği, “İyi çocuk olma” duygusu ön plandadır. Okul dönemi olumlu karakter gelişiminde çocuk için en uygun ortamdır (Ekşi 2003, Aşçı ve ark 2011).

Çocuklar büyüdükçe iyiyi kötüden, doğruyu yanlıştan, şevkatliyi acımasızdan, cömerti bencilden ayırmaya başlarlar. Doğruluk, dürüstlük, saygı kavramları gelişir (Koç ve ark 2009, Keskin ve ark 2012). Çocuğun ahlak gelişimi bilişsel ve kişilik gelişimi, çevreden gözlemledikleri ve öğrendikleri doğrultusunda şekillenir. Çocuklar erişkinler tarafından konulan kuralların mutlak olmadığını, değişebilirliğini, çelişkili olduğunu öğrenir. Herkesin kendine ait bir dini olduğunu ve farklılıkları öğrenir (Çiftçi 2003, Acat ve Aslan 2011, Hoffman 2001).

4.2. Hastane ve Çocuk

4.2.1. Hastanede Yatmanın Ebeveyn Üzerine Etkileri

Çocuğun bakımı ve iyileşmesinde aile ve ailenin özellikleri çok önemlidir (Edagawa 2011). Hastalık ve hastaneye yatma sadece çocuklar için değil aynı zamanda ebeveynler içinde korku ve anksiyete kaynağıdır. Hastane kuralları ve fiziki çevre konusunda yeterince tanıtım yapılmaması, çocuğun hastalığı ve tedaviler konusunda yeterli bilgi verilmemesi stres kaynakları arasında yer alır (Oktay 2004). Ebeveynin endişesi yükseldikçe çocuğun endişesi artmakta, çocuk ebeveynin anksiyete düzeyinden doğrudan etkilenmektedir (Gönener ve Pek 2009). Aşırı anksiyete halinde algılama alanları daralan ebeveynlere bazen çocuktan daha fazla açıklama yapmak gerekir (Ygge and Arnetz 2004, Ekşi 2011).

Ebeveynler çocuklarının hastalıklarını ilk öğrendiklerinde şok, şaşkınlık, acı, korku gibi duygular yaşarlar (Karakavak ve Çırak 2006, Uçak ve Kıvrak 2011). Hastanede çocuğun bakımının kontrolü doktor ve hemşireler üstlendikleri için ebeveynler kontrol kaybı ve çaresizlik, güçsüzlük ve yetersizlik duyguları hissedebilirler. Ebeveynler çoğunlukla çocukların hastalığından kendilerini sorumlu tutarak suçluluk hissederler (Çavuşoğlu 2011). Akut ya da kronik hastalığı olan çocukların annelerinin değişik düzeylerde depresif belirtiler gösterdiği, kronik hastalık olan çocukların annelerinde hastalığa uyum ve kabullenme sürecinde zorluklar yaşadıkları, tedaviye ilişkin kaygıları olduğu bilinmektedir (Ökmen ve Çınar 2011).

Ebeveynlerin hastane ortamında ki gereksinimleri, çocuğun hastalığına, bireysel deneyimleri ve hastane personelinden aldıkları desteğe göre farklılıklar göstermektedir. Çoğu zaman aileler yardıma ihtiyaç duydukları konuların neler olduğunun farkında olmayabilir. Ebeveynler ve sağlık personeli arasındaki ilişki, ebeveynlerin ihtiyaçlarına sağlık personelinin ne kadar cevap verebildiği ile ilişkilidir (Shields at all 2003). Özellikle kronik hastalığı olan çocuklarda ebeveynler tanı ve tedavi işlemleri sırasında destek, profesyonel yaklaşım, uygun hastane koşullarının sağlanması ve çocukları üzerindeki sorumlulukları konusunda bilgi ve yardım beklemektedir (Ygge and Arnetz 2004).

Ebeveynler hastanede çocuğun oyun oynayacağı, meşgul olacağı şeylere gereksinim duyar. Hastane ortamı eve göre yeme içme, hijyen ve bakım uygulamaları açısından daha zordur. Hastane ortamındaki oyun aktiviteleri çocuğu eğlendirirken aynı zamanda ebeveynin tükenmişliğini azaltır, ebeveynin dinlenmesi, kendine zaman ayırması açısından olanak yaratır (Haiat et all 2003).

Hastanede yatan çocukların desteklenme ve bakıma gereksinimi olduğu gibi annenin de desteğe, anlaşılmaya gereksinimi vardır. Ebeveynlerin aldığı sosyal destek ekonomik yapı, aile yapısına göre değişmektedir (Altun ve Aras 2011). Hastanede çocukların bakımını üstlenen ebeveynler kendi gereksinimlerini yeterince karşılayamamaktadır. Ebeveynler hastanede çocuğun fiziksel bakımını üstlenirken çoğunlukla ağızdan ilaçları kendilerinin verdiğini fakat çocuklarının bakımı konusunda yeterince bilgi almadıklarını ve çocukları ile ilgili kararlara katılmadıklarını belirtmektedirler (Oktay 2004, Boztepe ve Çavuşoğlu 2009, Kuzlu ve ark 2011). Ebeveynlerin aldıkları hizmetlerden genel olarak memnun olduğu, ancak duygusal destek alabilme, iletişim ve bilgilendirme alanlarında memnuniyet düzeylerinin düşük olduğu bildirilmektedir (Ulus ve Kublay 2012).

4.2.2. Hastanede Yatmanın Okul Dönemi Çocuk Üzerine Etkileri

Çocukluk dönemi, hastalıkların sık görüldüğü uzun süreli ve çoğu zaman hastaneye yatışı gerektiren bir dönemdir (Erdim ve ark 2006). Hastaneye yatmanın okul dönemi çocuğu üzerine etkileri, yaş, çocuğun uyum düzeyi ve yetenekleri, aile desteği, hastalığının doğuştan veya sonradan kazanılmış olması, hastalığın derecesi, tedavi şekli, hastalığın yarattığı kalıcı etki ve sınırlamalara göre farklılıklar gösterebilir (Er 2006).

Çocukların hastalık, hastane, hastaneye yatma ve ilaçlar ilgili düşünceleri çoğunlukla olumsuzdur (Gönener ve Görak 2009, Randall 2012). Genellikle olumsuz düşüncelerin kaynağında hastalık hakkında yeterli bilgi sahibi olmama, yabancı hastane ortamı ve tedavi sürecinin yarattığı korku ve kaygılar yer almaktadır (Oktay 2004, Uçak ve Kıvrak 2011, Kuzlu ve ark 2011, Ekim ve Ocakçı 2011).

Okul dönemi çocuğu için özellikle aile ve arkadaşlarından ayrılma, yabancı bir çevrede olma önemli bir stres kaynağıdır. Başarı ve kontrol duygusunu geliştirdiği okul döneminde çocuğun hastaneye yatması, kontrol kaybı yaşamasına yol açabilir

(Coyne 2006, Ekim ve Ocakçı 2011). Arkadaşlarıyla olan ilişkileri, okul ve oyun aktiviteleri engellenen çocuk, çok önem verdiği arkadaşlarını ve sosyal aktivitelerini özler (O'Conner-Von 2002, Coyne 2006).

Hastaneye yatan çocuk için, anestezi, ameliyat, acı verici işlemler, belli bazı girişimler, tedavilerin yan etkileri stres yaratır (Çakıroğlu 1991, Atay ve ark 2004, Silav 2012). Çocuklar ayrıca yetişkinlere oranla tanıdan tedavi işlemlerine kadar farklı güvenlik riskleri ile de karşı karşıya kalırlar (Ekim ve Ocakçı 2011, Kaumpagioti 2011). Akut nedenle yatırılan çocuklarda anksiyete, kronik nedenle yatırılanlarda sıklıkla depresyon görülmektedir (Emiroğlu ve Akay 2008, Beytut ve ark 2009). Kronik hastalıklarda çocuklar kontrolü çoğunlukla ebeveyne bırakırlar (Gültekin ve Baran 2005).

Okul çocuğu hastaneye yatmaya bağlı oluşan stresle baş etmek için çeşitli savunma mekanizmaları kullanır. Sıklıkla regresyon, inkar, bastırma, agresyon, protesto tepkilerini kullanırken, bilişsel yetenekleri ve problem çözme becerilerine paralel olarak yansıtma ve karşıt tepkiler vermeyi de kullanabilir (Er 2006). Her hastalık ve hastaneye yatma çocukta regresyona neden olur. Çocuk yatağa yatırılır, beslenir, yıkanır, giydirilir ve çocuğun özerkliği çeşitli derecelerde kontrol altına alınmış olur (Ekşi 2011). Doğumdan itibaren hastalık ve hastaneye yatma çocukta enüresiz (Toros ve ark 2003), gece kabusları, uykusuzluk ve tırnak yeme davranışlarına neden olur (Tanrıöver ve ark 1998, Başbakkal ve ark 2010). Çocuk hastalığı ile ilgili her şeyi tam anlayamadığı için bilgi boşluklarını fantezilerle doldurur (Basso 2010). Çocuğun enerjisinin önemli bir bölümünü anksiyete ile baş etmek için harcaması iyileşme sürecini olumsuz etkiler (Ahmann and Johnson 2001, Oktay 2004).

Hastaneye yatan bir çocuk için en büyük sorun gününü nasıl geçireceğidir. Okul aktiviteleri çocuğun zamanının büyük bir kısmını alırken, hastanede oyun aktivitelerinin sayısı sınırlıdır (Haia et al 2003). Bu nedenle bazı çocuklarda içe kapanma ve pasif şekilde boyun eğme, diğerlerinde agresif davranışlar ve saldırganlık görülebilir. Çocuk kendini farklı ve yalnız hisseder, korkar, diğer günlük aktivitelerinden ayrıldığı için kendini engellenmiş hisseder ve ayrılık anksiyetesi yaşar (Emiroğlu ve Akay 2008).

Hastaneye yatmanın çocuğun gelişimi üzerine olumsuz etkileri olmasına karşın çocuğa, belirli işlemlerin nasıl yapılacağını, anatomi ve fizyolojiye ilişkin bilgiler, hastalık, hastane personelinin rolleri anlatılırsa hastaneye yatması, olgunlaştırıcı bir deneyim olabilir (Emiroğlu ve Akay 2008).

4.2.3. Hastanede yatan Çocuk için Oyuncak ve Oyunun Önemi

Sıklıkla çocukların “iş” olarak tanımlanan oyun, hastanedeki bakımın son derece değerli bir yönünü oluşturur. Serviste bulunan oyun salonu, renkli oyuncaklar, televizyon ve video filmler yanında evden getirilen oyuncaklarla hazırlanan oda sıcak bir hastane ortamı sağlar (Ekşi 2011).

Hastane ortamında çocuğa oynayacağı bir yer ve oyun fırsatının sağlanması, onun kendisini güvende hissetmesine aynı zamanda öfkesini, güvensizliğini, korkusunu, fantezilerini ve yaşadığı karmaşaları yansıtmaya, ifade etmesine olanak sağlar. Oyun aracılığı ile çocuğun hastaneye yatma deneyimi, ailesi, arkadaşları ya da hastane personeli ile ilişkileri nasıl algıladığı ve baş etme yetenekleri değerlendirilir (Haita et al 2003).

Oyun aktiviteleri çocukta çocuğa ve değişik yaş gruplarında farklılık gösterir. Çocuk genellikle hastalığın akut aşamasında oyun oynamaz ya da oyuna çok az zaman ayırır. Hastalığın akut dönemi geçtikten sonra çocuk tekrar oyuna ilgi duymaya başlar. Oyuncak seçimi cinsiyet, yaş ekonomik durum gibi değişkenlerden etkilendiği gibi ameliyat durumu, anksiyete düzeyi gibi farklı değişkenlerden etkilenmektedir (Taneli ve ark 2011).

4.2.3.1. Oyun

Oyun yaşamın ilk yıllarından sonlarına kadar her yaşta zevk veren, stresi azaltan, benlik saygısını arttıran bir faaliyettir. Bebeklikten itibaren başlayan oyun, artan bilişsel gelişim ile yetişkin dönemde drama, grup oyunları gibi yaşamın vazgeçilmez bir parçası olarak devam eder (Schaefer 2003).

Oyun çocuğun evrensel bir etkinliği ve kendini ifade etme biçimidir. Çocuklar için yeme, içme, nefes alma gibi temel gereksinimdir. Oyun etnik yapı, dil ve diğer kültürel farklılıkları uluslararası ortak bir dile dönüştürür (Chazan 2002, Drewes and Schaefer 2010). Kültürlerin gelişiminden itibaren varolan oyun yapı ve içerik olarak

çağlara göre değişim göstermiştir. Kùltürlerden etkilenen oyun, kùltürleri de etkilemiştir (Gil and Drewes 2005). Geçmişte daha çok kùltürel ve dinsel öğeleri barındıran oyun, günümüzde teknolojik ve strateji içeriklidir (Frost at all 2012).

Oyun çocuğun yaratıcılığını geliştirirken aynı zamanda zihinsel, duygusal, motor ve sosyal becerilerini de geliştirir (McMahon 1992, Cattanach 2008, VanFleet at all 2010). Piaget'e göre oyundaki etkin deneme ve yinleme çocukların "Zihinsel Sindirme" yapabilmelerine olanak sağlar, yeni durumların ve yaşantıların özümsemesine yol açar. White'a göre problem çözme ve beceriler oyun yoluyla gelişir. Çocuk günlük yaşantılarını benzer durumlar yaratarak ve bunların üstesinden gelerek denemeyi ve planlamayı öğrenir. Oyunda çocuk olan biteni kontrol eder ve daha az kaygı duyar (Cattanach 2003).

Erikson oyunu "Duygusal bir laboratuar" olarak görür. Çocuk burada çevresiyle baş etmeyi öğrenir. Freud'a göre oyun travmatik yaşantıları onarıcı bir işlevdir. Oyunun katkısı, zevk veren duygunun yeniden yaşanması, hoş olmayan ortamın üstesinden gelinmesi ayrıca büyüme arzusunu başlatmasıdır. Yetişkinlerin yapabildikleri her şeyi yapmak isteyen ve taklit eden çocuk için bulunmaz bir doyum aracıdır (McMahon 1992, Schaefer and Reid 2001, Cattanach 2003).

Çocuk oyunda sözel ve sözel olmayan mesajlar verir. Bu mesajlarda günlük olayları anlatabilir, gereksinimlerini açığa çıkarır ya da başetme yollarını dener (McMahon 1992, Chazan 2002). Oyunun sadece gelişimsel etkisi yoktur aynı zamanda terapötik etkisi de bulunmaktadır (Drewes 2009). Oyunda gerçek değiştirilerek zevk vermeyen yaşantılar yeniden çözülmeye çalışılmakta, yeni olasılıklar denenmektedir. Oyunun tedavi edici yönü; gerilimi ve duyguları azaltma, kayıplar, örselenmeler ve başarısızlıkların fantezilerle açığa çıkmasına izin verme şeklindedir. Oyun yoluyla çocuk kendini tanıma ve anlamayı daha kolay başarır (VanFleet at all 2010, Drewes and Schaefer 2010, Cattanach 2003).

Okul döneminde yeni bir gelişim aşamasına giren çocuk için oyunda farklı boyutlar kazanır. Oyun içeriğinin boyutu sadece fiziksel beceri, entelektüel ve hayal dünyasındaki artışta değil aynı zamanda bir grubun üyesi olma, gruplaşmayı da kapsar (Frost at all 2012). Evde pahalı oyuncaklarla oynamak yerine sokakta grup oyunları, beceri oyunlarını tercih eder, hemcinsleriyle gruplaşarak oynar. Oyunlarda

rekabet, plan ve kurallar vardır. Oyun çocuğun diğer kişi ve çevre üzerinde hakimiyet kazanmasına olanak sağlar. Oyun yoluyla çocuklar kendilerini büyük, güçlü, hayallerindeki kadar kabiliyetli ve seçtikleri her nesne, her kişi üzerinde temsili üstünlük ve güçlü hissederek. Oyun onların kontrol etme ihtiyaçlarını karşılar (Schaefer and Reid 2001). Boyama, kesme, okuma, koleksiyon yapma başlıca etkinliklerdir. Dışarıda oynadıkları oyunlar büyük kaslarını kullanmaları ve bağımsızlıklarını sağlarken girişimcilik ve otonominin gelişmesi için bir fırsattır. Fiziksel becerilerini, bireysel kabiliyetlerini fark ederek akran grupları içinde konumlarını geliştirmelerini sağlar (Hockenberry and Wilson 2007, Frost at all 2012).

4.2.3.2. Oyuncak

Günümüzde büyük bir pazara sahip olan oyuncak dünyası geçmişten günümüze basitten karmaşığa değişim göstermiştir. Kùltürler ve zamana göre oyuncak, oyuncak malzemeleri değişmiştir. İlk oyuncaklar günlük kullanılan ve doğal malzemelerden yapılmıştır, günümüzde ise teknolojinin gelişmesi ile artmış büyük bir kısmı kitle iletişim araçları içinde sanal hale gelmiştir (Şahin and Dostoglu 2011, Frost at all 2012). Yaratıcılığı destekleyen el yapımı oyuncaklara ilgi artmakta ancak teknolojik oyuncaklar arasında yerini alması için yenilik ve değişim gerekmektedir (Khanna 2011, Seriff S 2011, Seriff at all 2011).

Oyuncak ve oyuncak malzemeleri çocukla iletişimin temel taşıdır, bu nedenle oyuncak seçimi rastgele yapılamayacak kadar önemli bir etkinliktir. Çocuklar yaşlarına, cinsiyetlerine göre oyuncak seçer, oyuncakları istediği rol modellerine sokarak yaratıcılığını geliştirir (Going at all 2011, Mellou 2011). Oysa zaman zaman anne-babalar çocuğun ilgi ve düzeyine göre değil kendi ilgi ve algılarına göre oyuncak seçerler (Yapıcı 2002). Çok karmaşık yapıları olan oyuncaklar, çoğu zaman amacına uygun düşmemektedir. Bu tür oyuncaklar yaratıcılıktan uzaklaştırmakta ve çocuğu sadece oyuncağın teknolojik gösterisini izlemekle kalmaktadır (Erdal ve Erdal 2003).

Çocuklar oyunlarını değiştirecek ve zenginleştirecek şeyler peşindedirler. Çevresiyle bir anlaşma bir uzlaşma olarak gördüğümüz oyunda çocuk, çevresindeki her şeyi oyuncak olarak kullanabilir. Çocuğun eğitiminin ve yaratıcılığının

gelişmesinde önemli bir araç olan oyuncaklar; merakı gidermede ve çevreyi keşfetmede çok işe yararlar (Ergün 1980, Yapıcı 2002). Ancak, yeterince oyuncuğa sahip olamamak çocuğu ve dolayısıyla anne-babayı rahatsız eden bir durumdur. Oysa çocuğun çevresinde gördüğü her şeyi oyuncuğa dönüştürmede olağanüstü bir yaratıcı yeteneği vardır. Yenidoğan için; annenin memesi zaman zaman bir oyuncak işlevi görebilir. Daha ilerleyen yaşlarda mutfak eşyaları oyuncak olur (Yapıcı 2002). Tas, toprak, ağaçlar, tava, tencere vs. her şey; giyinme, yemek yeme, otobüse binme ve seyahat etme, yatma, uyuma, ameliyat yapma, adam tutuklama gibi her hareket çocukların ellerinde oyuna vs oyuncuğa dönüşebilmektedir. Çocuk yakın çevresindeki her şeyi oyuncak olarak kullanabildiğine göre, bu çevreyi düzenlemek çok önemlidir. Çocuğun yakın çevresi, ona oyun imkânları sağlayacak çeşitli malzeme ve eşyalarla dolu olmalıdır (Ergün 1980).

Çocuk çok yönlü ve çeşitli oyuncak ya da malzemelerle oynarken rahatlar ve farklı, yaratıcı düşüncelerle hayal gücünü geliştirir. Oyun sırasında duygularını, düşüncelerini ve isteklerini ifade etme yollarını dener. Çocuk oyun yoluyla çevresindeki kişiler, olaylar ve durumlar hakkında bilgi edinme, neden-sonuç ilişkilerini anlama ve çeşitli düzeylerde bilgi edinme imkanına ulaşmaktadır (Aydın 2008).

Büyükler için değersiz olan boş ambalaj kutuları, inşaat artıkları, dükkân ve tamirhane süprüntüleri çocuklar için çok ilgi çekicidir. Çocuklar işe yaramaz diye atılan her malzeme üzerinde birçok oyun kurguları geliştirebilirler. Oysa yeni alınan bazı fabrika oyuncakları çocuklara hiç bir oyun kurgusu ilhamı vermeyebilir (Ergün 1980, Cattanaç 2008).

Okul dönemi çocukları için oyuncak malzemeleri herşey olabilir. İnce ve kaba motor becerileri gelişmiş olan çocuk her türlü kesme, boyama ve yapıştırma malzemelerini etkin kullanabilir. Bilişsel gelişimi artan çocuk için yaratıcılığını arttıran, başarı duygusunu tattıran malzemeler seçilebilir. Günlük malzemeler, pipetler, puzzle, büyük küçük çeşitli malzemeler okul çocuğu için oyuncak malzemeleri olarak kullanılabilir (Frost at all 2012). Okul çocukları ders dışında oyun aktivitelerini çoğunlukla evde bilgisayar, internet oyunlarına ayırmaktadır.

Oyuncak olarak kullanılan bilgisayarlar çocuğun sosyalliğini azaltmaktadır (Nakou and Gouscos 2011).

Rastgele seçilmiş oyuncak ve malzemelerinin bulunduğu oyun alanları ve oyun odaları atıl odalara benzer, çocuğun kısa zamanda sıkılmasını sağlar ve yaratıcılığını engeller. Oyuncaklar özellik, uygunluk ve güvenlik özellikleri dikkate alınarak seçilmelidir (Tanır ve ark 2011). Oyuncak ve malzemeler yedi ilkeye göre seçilmelidir:

- Çocukla olumlu ilişki geliştirme,
- Duygularını ifade etmede geniş bir alan sağlama,
- Gerçek hayat yaşantılarını ifade etme,
- Sınırları test etme,
- Olumlu kişilik imajı,
- Bireysel anlayışı geliştirme,
- Bireysel kontrolü geliştirmeyi sağlamadır (Landreth 2011).

4.3. Hemşirelik Bakım Sanatı

Sanat insanla nesnel gerçeklik arasındaki estetik ilişki olarak tanımlanmaktadır. Sanat yaratmaktır (Soygür 1999). Hemşirelik bilim ve sanattan oluşan bir sağlık disiplini olarak tanımlanmakta ve sanatı elzem kabul etmektedir (Bradshaw 1998). Sıklıkla birbirinin karşıtı olarak görülen bilim ve sanat, hemşirelik bakımında en yaratıcı şekilde birleştirilmiştir. Bakım sanatı hasta ile teke tek iletişimde hemşire tarafından gerçekleştirilir ve hemşirenin şimdiki durumuna özgü bilinçli tepkileri oluşturur (Maben 2008, Wiedenbach 1963, Velioğlu 2009).

Tıp bilimine sayısal bilgiler hakim iken, hemşirelik biliminde, hemşirelik bilgi ve tekniğine sosyal bilimler hakimdir. Bakımın tüm noktalarının tanımlanması için bireylerin sosyal yaşantılarındaki tüm ihtiyaçların bilinmesi gerekir. Çocuk, aile, diğer kişilerle sık iletişim halinde olan hemşire için sosyal boyut daha karmaşık öğeleri içerir (Pajnkihar 2008).

Hemşirelik için sanat yaratıcı uygulamalar, estetik duyu demektir. Hemşirelik yaratıcı düşünceyle şekillenir, bu yönüyle sanat temellidir. (Wainwright 1999). Bir bilim olarak hemşirelik, çocuk sağlığının her yönüne ilişkin teorik bilgi ve beceriyi

gerektirir. Hemşirelik sanatı hemşirenin gerekli bilgi ve becerileri her çocuğa bireysel olarak uygulaması üzerine temellenir (Çavuşoğlu 2011).

Sanat hemşirenin kendini ve hastalarını daha iyi anlayabilmek, klinik uygulamalarda oluşabilecek belirsizlik ya da karşıt durumlarla başedebilmek için iyi bir araçtır. Sanat, klinik becerilerin geliştirilmesinde aracılık rolü üstlenirken böylece hastalık ve rahatsızlıkları daha iyi tanımlanır, hastaların tedavi ve iyileşme süreçleri daha iyi yönlendirilir (Akman ve ark. 2009).

Wiedenbach'ın (1963) "Hemşirelik Uygulamaları Kuramı"nda sanatı, bilgi ve becerinin hastanın duyduğu gereksinimi karşılamaya yönelik olarak uygulanması olarak tanımlamıştır. Hemşirelik sanatı hastanın davranışıyla harekete geçirilen bilinçli eylemden oluşmaktadır. Bilinçli eylem ise hemşirenin algılama ve duygularına dayanır. Wiedenbach profesyonel bir hemşire için 5 önemli özellik belirlenmiştir.

- Amacın açıklığı
- Amaca ulaşmak için gerekli olan bilgi ve beceriye sahip olması
- Kişiler ile amaca yönelik ilişkiler kurabilme ve sürdürebilme yeteneği
- Kendi alanında bilgisini artırmaya ve yeni bilgiler yaratmaya yönelik ilgi
- Kendini büyütmekten çok insanlığın ilerlemesini sağlamaya adanmışlıktır.

Hemşirelik ise yaşamı ödül olarak algılayan, her insanın varlığının değer, bağımsızlık, bireysellik ve inanca saygıya temellendiren "Yardım etme sanatı" olarak tanımlanır (Velioğlu 2009). Sanat arzu edilen sonuca ulaşmak için bilgi ve becerinin kullanılmasıdır. Bakım sanatı uyarı, ön yargı ve yorumdan oluşan üç uygulamayı içerir. Hemşire bakım uygulamalarını gerçekleştirirken, hastaya yaklaşımda gerçekçi, muhafazakar ve amaçlı davranış gerçekleştirir (George 1995).

Wiedenbach hemşireliğin 4 boyutundan biri olan sanat boyutunu şu şekilde açıklar:

- Hemşirelik mesleği için sanat
- Hastaların ihtiyaçlarını ve kaygılarını anlamak
- Hastaların yeterliliğini artıran amaç ve uygulamalar geliştirmek
- Hastaların durumunu iyileştirmek için sağlık planı ile ilgili faaliyetleri yönlendirmek

—Hemşireler için sanat, yeni problemlerin gelişimine ya da tekrarıyla oluşan komplikasyonların önlenmesi için odaklanmasına olanak sağlar (Wiedenbach 1963, Alligood and Tomey 2010).

4.3.1. Çocuk Sağlığı Hemşireliğinde Bakım

Çocuk sağlığı hemşireliğinin amacı çocuğun aile ve toplum içinde fiziksel, bilişsel, duygusal ve sosyal yönden gelişmesini sağlamaktır. Teorik temel çocuğun olgunlaşması sırasında gerçekleşen normal fizyolojik süreç ile patolojik sürecin etkisini anlamaya dayanır. Çocuğu etkileyen normal gelişim krizlerinde, hastalık ve çocuğun belirli bir sağlık sorununda, etkili baş etmesine yardımcı olacak kaynakları nasıl belirleyeceğini içerir (Çavuşoğlu 2001, Whaley ve Wong 1985).

Çocuk sağlığı hemşiresi hastanede, okulda, toplumda çocuk ve ailenin bulunduğu tüm ortamlarda hemşirelik bakımının verilmesinden sorumludur (Cantez ve ark. 2003). Çocuğun rahatının sağlanması, hijyen gereksinimlerinin giderilmesi, diyet düzenlemeleri, ilaçların ve diğer tedavilerin uygulanması, güvenli ve destekleyici ortamın sürdürülmesi gibi girişimler çocuk sağlığı hemşiresinin hastanede yatan çocuklara yönelik işlevleridir. Çocuk ve ebeveyn hastalık ve hastaneye yatma sürecinde psikolojik bakım verilmesi, çocuk sağlığı hemşiresinin önemli bir sorumluluğudur. Çocuk ve ailenin yaşadığı travmaların en aza indirgenmesinde, tüm sağlık ekibinin özellikle de çocuğa bakım veren hemşirenin rolü büyüktür (Balling and Mccubbin 2001, Kyle 2007). Çocuk sağlığı hemşireliğinin temel felsefesi; primer hemşirelik, aile merkezli bakım ve travmatik bakım kavramları ile açıklanabilir (Törüner ve Büyükgönenç 2012).

4.3.1.1. Primer Hemşirelik

Primer hemşirelik bütüncül ve hasta merkezli bakımı teke tek hemşire-hasta ilişkisini sağlar. Primer hemşirelikte, bir hemşire hastanın tüm hemşirelik bakımının sorumluluğunu üstlenir. Primer hemşire bireyin sağlık öyküsünü alır, sağlık sorunlarını belirler, bakımı planlar, uygular ve gerekli sağlık bakımını ve sağlık hizmetlerini koordine eder. Bu sorumluluklar hemşirenin hasta ve ailesi ile bağımsız çalışmasını sağlar, hemşirenin rolünü genişletir ve profesyonel otonomiye artırır (Ciske 1974, Daeffler 1974). Primer hemşirelik sisteminde çocukla en az sayıda

hemşire ilişkiye girdiği için, hemşire ve çocuk arasında tutarlı ve yakın ilişki kurulabilir (Çavuşoğlu 2001, Törüner ve Büyükgönenç 2012).

Sağlık hizmetlerinde kaliteli hizmet sunumu için hemşirelik, hemşirelik bakımının planlanması ve uygulanması hasta memnuniyetinde etkilidir. Hasta memnuniyeti için primer hemşireliğin kaliteyi arttırdığı bilinmektedir (Ovayolu ve Bahar 2006, Bilge ve Çam 2001). Hemşireler içinde primer hemşirelik iş doyumunu arttıran nedenler arasında yer almaktadır (Dede ve Çınar 2008).

4.3.1.2. Aile Merkezli Bakım

Aile merkezli bakım; Aile, birey/çocuk, hemşire, diğer sağlık personeli ve sektörler arası işbirliği ile birey/çocuğun sağlığının korunması, geliştirilmesi, hastalık halinde iyileştirilmesi ve rehabilitasyon için gerekli hizmetlerin planlanması, örgütlenmesi, uygulanması ve değerlendirilmesinden oluşan multidisipliner, dinamik bir bakım süreci olarak tanımlanmaktadır (Hutchfield 1999, Ocakçı 2006,).

Aile ile çocuk arasındaki sevgiye dayalı güçlü ve destekleyici ilişki çocuk için en önemli destek kaynağıdır. Bu nedenle ailenin, çocuğun bakımının her aşamasına dahil edilmesi gereklidir. Döllenmeden itibaren çocuk, sürekli olarak ailenin inançları, değerleri, gelenekleri, tutum ve uygulamalarından etkilenir (Dill and Cleveland 2005, Pembecioğlu 2006). Aile üyelerinden birisini ya da birkaçını etkileyen herhangi bir fonksiyon bozukluğu bir bütün olarak aileyi olumsuz yönde etkileyecektir (Aktaş ve ark. 2012). Çocuk hemşiresi ailenin bu özellikleri dikkate almaksızın yalnızca sorunu olan bireyi ele alırsa bütüncül bir değerlendirme yapmamış olur (Buldukoğlu 1994).

Hemşire ailenin güçlü ve zayıf yönlerini bilmeli ve bakımdaki aile etkililiğini geliştirmeye çalışmalıdır. Hemşire ailenin bakıma katılmaya ne kadar hazır olduğunu değerlendirir, bu doğrultuda bakımı planlar, bakım konusunda aileye eğitim verir ve eğitim çocuk taburcu oluncaya kadar sürdürülür (Aktaş ve ark. 2012). Hemşirenin güler yüzlü, empatik, anlayışlı tutumu, çocukla yüz yüze konuşması aile ve çocuğun ortamdaki olumsuz etkilenmesini önleyebilir (Alak 1993). Tüm bunlar bebeğin bakım kalitesini artırarak, uzun dönem gelişimsel sonuçların olumlu olmasına katkıda bulunur (Erdeve 2009).

Hastanede yatan çocuğun gereksinimlerinin karşılanmasında ebeveynleri tarafından yerine getirilmesinin hemşirelerin uygun bulduğu bakım aktiviteleri; oyun odasında çocuğun yanında bulunma, kıyafetlerini değiştirme, rahatlığını sağlama/sakinleştirme, doktorun muayenesi sırasında çocuğu tutma, çocuğun/bebeğin altını değiştirme, çocuğun hastanede sıkılmamasını, iyi vakit geçirmesini sağlama olarak belirtilmiştir (Doğan 2010).

4.3.1.3. Atravmatik Bakım

Çocukların tedavisinde ve bakımında büyük ilerlemeler olmasına karşın, yaşamı uzatmak ve hastalıkları tedavi etmek için uygulanan işlemlerin çoğu travmatik, ağrılı, korku, verici ve anksiyete oluşturabilecek niteliktedir. Atravmatik bakım; sağlık bakım ortamında çocuk ve aileler için fiziksel ve psikolojik sıkıntıları en aza indirmeyi hedefleyen bir bakım felsefesidir. Atravmatik bakımda temel hedef zarar vermemektir. Bunun için çocuk ve ailede stres yaratacak faktörleri belirlemek, çocuğun aileden ayrılmasını en aza indirmek, kontrol duygusunu geliştirmek, ağrı ve yaralanmaları en aza indirmek ve önlemek önem taşımaktadır (Kyle 2007, Hockenberry and Wilson 2007, Törüner ve Büyükgönenç 2012).

Hemşireler, ebeveynlere işlem hakkında bilgi verdikten sonra işleme dahil etmesi, çocukların dikkatlerini başka yöne çekmeleri konusunda desteklenmesi, işlem sırasında çocuk ve ebeveynle iletişim kurulması ve iletişimin çocuğun ağrı toleransını arttıracak şekilde sürdürülmesi, ağrılı işlemler sırasında ebeveynlerin çocuklarının yanında bulunmasını sağlamalıdır (Tüfekçi 2005). Atravmatik bakım uygulamaları ile ilgili çalışmaların çoğu ağrıyı önlemeye yönelik farklı uygulamalar için farklı teknikler geliştirmeye yöneliktir (Çelebioğlu at all 2010, Ellis at all 2004).

4.3.2. Çocuk Sağlığı Hemşirelik Bakımında Oyun ve Oyuncak

Çocuk hemşireliğinde çocukların hastane ortamında oyuna yönlendirilmesi profesyonel bakımın önemli bir parçasıdır. Çocuğun fantezilerini ve korkularını ortaya çıkarmak için hemşire çocukla resim yapabilir, öykü anlatabilir (Basso 2010).

Hastanede yatan çocuklar için terapötik oyun önerilir. Terapötik oyun hastalık ve hastaneye yatmaya bağlı travmayı azaltan, çocuğun tedavi ve işlemlere ilişkin duygularını ve yanlış anlamalarının değerlendirilmesini sağlayan ve stres yaratan

olaydan önce, olay sırasında ve sonrasında çocuğun olumlu baş etme yöntemleri geliştirmesi için kullanılan bir oyun tekniğidir (Zahr 1998). Çocuklarla oynanan bir oyunun “terapötik oyun” olarak nitelenebilmesi için: Duyguların dile getirilmesinin yüreklendirilmesi, çocukların hastane deneyimleriyle ilgili eğitim sağlaması ve fizyolojik yarar sağlamaya yönelik bir oyun olması özelliklerinden en az birisini içermesi gerekir (Atay ve ark. 2011).

Hemşireler terapötik oyunu sadece hastanede değil evde bakım verdiği her yaş grubuna etkili uygulayabilir. Bu oyun etkinlikleri arasında, enerji harcanmasını sağlayan fiziksel oyunlar, dramatik kurgu gerektiren canlandırma oyunları (Rol play), sembolik oyun, yaratıcı oyunlar ve kuralları değişebilen manuplatif oyunlar yer alır (Trzinski and Higgins 2001).

Hemşirenin çocuğun oyununu değerlendirmesi çocuktaki gelişmeleri belirlemesi açısından önemlidir. Eğer oyun yapılan tedavi ve işlemlerle birleştirilebilirse çocuğun bazı işlemleri tolere etmesine yardım edebilir. Bu amaçla düzenlenen oyunlar belirli işlemler ya da çocuğu sıkıntıya sokan olaylar çerçevesinde oluşturulur. Hastanede oyuncak, hemşire gözetiminde hastanedeki her şey olabilir. Oyun sırasında çocuğun tedavide kullanılan araçları eline alması ve tanıması, onları daha az tehdit edici olarak algılamasını sağlar (Haita et al 2003).

Okul dönemi çocuklarında yapılan çalışmalar, ameliyata hazırlık için kullanılan terapötik oyunun stresi azalttığını ortaya koymaktadır (William et al 2007). Ameliyathane odasında maketlerle dramatik kurgu oluşturularak yapılan terapötik oyun, çocuk ve aileyi ameliyata hazırlarken aynı zamanda stresle baş etmelerine de yardımcı olur (William and Lopez 2008). Bakımın önemli bir yönünü oluşturan terapötik oyun hasta hemşire iletişimini geliştirirken, hastaneye uyum sürecini de hızlandırır (Greenberg 2003).

5. GEREÇ VE YÖNTEM

5.1. Araştırmanın Yeri

Araştırma 20 Haziran ile 17 Ağustos 2012 tarihleri arasında Hatay il merkezinde bulunan Hatay Antakya Devlet Hastanesi çocuk servisinde yapılmıştır.

Hatay Antakya Devlet Hastanesi çocuk servisinde 0-18 yaş grubundaki çocuklar kabul edilmektedir. Klinikte 7 uzman doktor, 13 hemşire, 1 çocuk gelişim uzmanı çalışmaktadır. 0-6 yaş grubu çocuklar için 2 kişilik 9 oda, 7-18 yaş grubu çocuklar için 4 kişilik 4 oda, 2 kişilik odalarda bir tuvalet ve banyo, 4 kişilik odalar için genel bir tuvalet yer almaktadır. Çocuk servisinde bir oyun odası bulunmaktadır. Hafta içi 08-12, 13-16 saatleri arasında bir çocuk gelişim uzmanı gözetiminde açık olan oyun odasında bir bilgisayar, 15 adet oyuncak bulunmaktadır.

Hemşireler 08–16, 16-08 saatleri arasında görev yapmaktadır. Gündüz sorumlu hemşire ile birlikte beş hemşire, gece 16-24 nöbetinde ise iki hemşire iş merkezli bakım vermektedir. Servis hemşireleri yaşam bulgularının izlemi, ilaç ve intravenöz sıvı uygulamaları, kan ve kan ürünleri transfüzyonu, buhar uygulamaları, kemoterapi uygulamaları, aldığı-çıkarıldığı sıvı izlemi işlemlerini gerçekleştirmektedir.

5.2. Araştırmanın Tipi

Araştırma hastanede yatan okul dönemi 8-12 yaş grubu çocuklara sanat temelli bir hemşirelik girişiminin geliştirilmesi amacıyla, karma tip (nitel ve nicel) olarak planlanmış ve uygulanmıştır.

Araştırmanın niceliksel boyutu deneysel desende planlanmış ve uygun örneklem yöntemi kullanılmıştır (Büyüköztürk ve ark 2010).

Araştırmanın nitel boyutu eylem araştırması türlerinden özgürleştirici/geliştirici/eleştirel eylem araştırması deseninde planlanmış ve ölçüt örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Bu yöntem ile, ortaya çıkan sorunların anlaşılması ve çözülmesine yönelik, araştırmacı tarafından geliştirilen uygulama ve uygulama süreci, her yönüyle değerlendirilmesi sağlanır. Uygulama süreci ise uygulamanın kendi ortamı içinde bir zaman diliminde çalışılması ve soruna ilişkin veri toplanmasını kapsar. “Katılma, Yansıtma, Geliştirme” basamaklarının aktif olarak

kullanıldığı eylem araştırmalarında gözlem, görüşme teknikleri, doküman analizleri yapılır (Yıldırım ve Şimşek 2011).

5.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Hatay genelinde 11'i kamu, 9'u özel ve 1'i üniversite hastanesi olmak üzere toplam 21 hastane, Antakya merkezinde 3 kamu, 5 özel ve 1 üniversite hastanesi bulunmaktadır.

Araştırmanın evrenini, Hatay Antakya Devlet Hastanesinde çalışan tüm hemşireler ile Haziran-Ağustos 2012 tarihleri arasında hastanede yatan 8-12 yaş grubu tüm çocuk ve refakatçileri oluşturmuştur.

Araştırmanın örneklemine, evrenden belirlenen, hastaneye yatma nedenine bakılmaksızın en az 3 gün hastanede yatan 8-12 yaş grubu 15 kontrol, 15 deney grubu olarak toplam 30 çocuk, 30 refakatçi, bakım veren 20 hemşire oluşturmuştur. Araştırmaya katılmayı reddeden çocuk ve ebeveyn bulunmamaktadır. Belirtilen sürede çalışan tüm hemşireler araştırmaya katılmıştır.

5.4. Araştırmanın Örneklem Yöntemi

Araştırma 8-12 yaş çocukların yoğun olarak yatırıldığı, hasta sayısı en fazla olan Hatay Antakya Devlet Hastanesinde yapılmıştır.

Araştırma Kapsamına Alınan Çocuk Özellikleri;

- Haziran-Ağustos 2012 tarihlerinde, en az 3 gün serviste yatıyor olmak.
- İletişime ve işbirliğine açık olmak.
- Bilinci açık olmak.
- Araştırmaya gönüllü olarak katılmak.

Araştırma Kapsamı Dışındaki Çocuğun Özellikleri;

- Haziran-Ağustos 2012 tarihleri dışında klinikte yatan çocuklar
- Klinikte 3 günden az yatan çocuklar
- 0-7 yaş ve 13-18 yaş aralığındaki çocuklar
- Araştırmaya katılmayı kabul etmeyen çocuklar
- Bilinci kapalı ya da ileri derece bedensel ve zihinsel engelli çocuklar

Yukarıda belirtilen özelliklere göre 8-12 yaş grubu 15 kontrol, 15 deney grubu toplam 30 çocuk örneklem olarak seçilmiştir.

5.5. Araştırmanın Hipotezleri

H1) Sanat temelli hemşirelik girişimi 8-12 yaş okul dönemi hastanede yatan çocukların hastanede ki yaşam kalitesini etkiler.

H2) Sanat temelli bir hemşirelik girişimi 8-12 yaş okul dönemi hastanede yatan çocukların hemşirelik bakımını algılamalarını etkiler.

H3) Sanat temelli bir hemşirelik girişimi ebeveynlerin sağlık bakım memnuniyetini etkiler.

H4) Sanat temelli hemşirelik girişimi hemşirelik bakımının kalitesini etkiler.

5.6. Araştırmanın Değişkenleri ve Tanımları

Bağımsız değişken: Sanat temelli bir hemşirelik girişimi.

Bağımlı değişken: Çocukların Hastanın Hemşirelik Bakımını Algılayışı Ölçeğinden aldıkları ön-son test puanları, refakatçilerin Pedsql Sağlık Bakımı Memnuniyet Ölçeğinden aldıkları ön-son test puanları, çocukların sanat temelli hemşirelik girişimi ile yaşam kalitesindeki değişimi gösteren çocuk, ebeveyn ve hemşirelerin görüşleridir.

5.7. Gereç

Literatür bilgileri kullanılarak sanat temelli bir hemşirelik girişimi için materyal olarak temiz tıbbi atıklar kullanılmıştır.

5.7.1. Atık Malzemeler ve Kriterlerin Belirlenmesi

Araştırma gereci olarak belirlenen atık malzemeler için Hatay Antakya Devlet Hastanesinde uzman ekip oluşturulmuştur. Ekip malzemelerin belirlenmesi, enfeksiyon kontrollerinin yapılarak toplanmasını sağlamıştır. Atık değerlendirme ekibi:

- ✓ Eğitim Hemşiresi
- ✓ Enfeksiyon Kontrol Hemşiresi
- ✓ Sterilizasyon hemşiresi
- ✓ Araştırmacı

Sanat temelli hemşirelik girişimi için toplanacak atık malzemeler için 10 kriter belirlenmiştir.

1. Enfekte veya kirli olmamalıdır.
2. İçerisinde ilaç artığı bulunmamalıdır.
3. Hastaneye maliyet yükü getirmemelidir.
4. Kesici, delici, batıcı özellikte olmamalıdır.
5. Çocuğa zarar verici nitelik içermemelidir.
6. Sterilitesi bozulmuş fakat kullanılmamış malzemelerden seçilebilir.
7. Klinikte miyadı geçmiş malzemelerden seçilebilir.
8. Tamamıyla atıl durumdaki malzemelerden seçilmelidir.
9. Renkli, şekilli, kendisi ya da bir parçası ilgi çeken malzemelerden seçilmelidir.
10. Tıbbi kullanıma uygun olmayan defolu, hasarlı ya da sadece numune olan ürünlerden seçilebilir.

5.7.2. Atık Toplama

Hastanede dahili 23 birim, cerrahi 10 birim, diğer birimlerden oluşan 11 birim bulunmaktadır. Hastanede araştırmaya katılmayı kabul eden, en fazla malzeme çeşitliliği bulunan pilot 10 birim seçilmiştir: Diyaliz, Ortopedi ve Travmatoloji, Dahiliye, Çocuk, Kulak Burun Boğaz-Göz, Beyin Cerrahi-Plastik Cerrahi ve Göğüs Hastalıkları Servisleri, Laboratuvar-Kan Alma, Ambar, Yoğun Bakım seçilmiştir.

Atıkları toplamak için 22-24 Haziran 2012 tarihleri arasında Geri dönüşüm toplama kutuları bulunan X firmasından 10 kutu temin edilmiştir. Bu kutuların üzerine araştırmacı tarafından, araştırmacıya ait bilgiler, araştırmanın amacı, araştırma hakkında genel bilgi ve toplanması istenen atıkların özelliklerinin belirtildiği afişler (35x50 cm) yapıştırılmıştır (Resim 1) **(Ek I)**.

Resim 1: Afiş ve Atık Toplama Kutusu



25 Haziran 2012 tarihinde birim sorumlu hemşireleri ile toplantı düzenlenerek bilgilendirme yapılmış ve ardından kutuların servislere dağıtılması, servis hemşireleri ile görüşmeler tamamlanarak atık toplama işlemine başlanmıştır. Atık takibi her gün araştırmacı tarafından yapılmıştır, 15 gün olarak planlanan atık toplama süresi, yeterli malzeme toplandığı için 30 Haziranda 5 günde sonlandırılmıştır.

Tablo I’de toplanan temiz atıkların listesi verilmiştir.

Tablo I: Toplanan Temiz Atık Listesi

Toplanan Atık Çeşitleri		
Diyaliz seti Kan transfüzyon seti Atık su poşeti Entübasyon tüpü Dosiflow AV bağlantı aparatı AV sulandırma aparatı Flaster bant kenarlığı İlaç koruyucu kutusu Solüsyon bidon kapakları Diyalizör kapakları İnfüzyon pompa filesi Flaster makarası (beyaz) Üroloji basketi İnfüzör pompa seti Tüp Kateter aparatları Basınç izleme seti El sabitleme bandı Trekea aspirasyon seti Ventilatör hortum seti Serum bağlantı hortumları Kanül Bone TPN enjektörleri Anjiyoket	Spekulum Kusma torbası İrrigasyon seti İdrar torbası Aspiratör hortumu Trekea tüpü Maske Ambu infüzyon pompası Biyopsi kalemi Işık koruyuculu serum seti Elektrotrekeal stilet Nazogastrik sonda Hava filitresi Klips İğne kutusu İlaç kutusu kapağı (Turuncu) Ven valfi Nebul haznesi Spor Flaster makarası İdrar kültür kabı Oksijen hortumu Flaster makarası (Yeşil) Flakon kapakları Enjektör kapakları Hasta bilekliği	Serum askıları Glikoz strip kutusu Peçete rulosu Gaita kutusu kapakları İdrar kültür kabı kapağı Vakumlu Maske Gazlı bez El dezenfektan bidonu Saf su şişesi Şurup ölçeği Ventolin koruyucu kabı İlaç kaşığı Şurup enjektörü Vakoteynir iğne kapakları Tüp kapakları Eldiven Vakumlu Dren tüpü Ventilatör ara hortumu Üç yollu İlaç seti I İlaç seti II Enteral set Vakumlu maske Vakum aparatları Havlu peçete rulosu Tomografi filmi, kartonu

Tablo II’de servislere göre toplanan temiz atıkların listesi verilmiştir. Diyaliz 13, Ortopedi ve Travmatoloji 13, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları 11, Kulak Burun Boğaz-Göz 6, Beyin Cerrahi-Plastik Cerrahi 4 ve Göğüs Hastalıkları 7, Laboratuvar-Kan Alma 3, Ambar 29, Yoğun Bakım 13 olmak üzere malzeme toplamış, Dahiliye servisi hemşireleri iş yoğunluğu nedeniyle atık toplayamamıştır. Toplamda 77 farklı malzeme olmak üzere (Tablo I) tüm servislerden 100 malzeme toplamıştır (Tablo II).

Tablo II: Servislere göre Toplanan Temiz Atık Listesi

Diyaliz	Diyaliz seti Atık su poşeti Kan transfüzyon seti Entübasyon tüpü Damla ayar seti AV bağlantı aparatı	Flaster bant kenarlığı İlaç koruyucu kutusu Solüsyon bidon kapakları Diyalizör kapakları İnfüzyon pompa filesi Flaster makarası AV sulandırma aparatı
Ambar	Üroloji basketi İnfüzör pompa seti Dosiflow Etilen oksit tüpü Kateter aparatları Basınç izleme seti El sabitleme bandı Spekulum Aspiratör hortumu Trekea tüpü Maske Işık koruyuculu serum seti Elektrotrekeal stilet Biyopsi kalemi	Trekea aspirasyon seti Ventilatör hortum seti Serum bağlantı hortumları Kanüller Bone TPN enjektörleri Kusma torbası Anjiyoket İrrigasyon seti İdrar torbası Nazogastrik sonda Hava filitresi Klips İğne kutusu Ambu infüzyon pompası
Beyin cerrahi, Plastik Cerrahi	İlaç kutusu Ven valfi	Kapak İlaç kutusu kapağı (Turuncu)
Göğüs Hastalıkları	Oksijen maskesi Nebul haznesi Ven valfi Oksijen hortumu	Spor Flaster makarası İdrar kültür kabı
Kulak Burun Boğaz Göz	Oksijen hortumu Dosiflow Branül	Flakon kapakları Enjektör kapakları Flaster makarası (Yeşil)
Ortopedi ve Travmatoloji	Hasta bilekliği Peçete rulosu İlaç kutuları Serum askıları Gazlı bez İdrar torbası	Kusma torbası Maske Enjektör Glikoz strip kutusu Gaita kutusu kapakları Steril idrar kutusu kabı
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	İlaç kutusu Saf su şişesi Şurup ölççeği İlaç kapakları Şurup enjektörü Havlü peçete rulosu	Serum seti Ventolin koruyucu kabı İlaç kaşığı Flaster makarası (Yeşil) Enjektör El dezenfektan bidonu
Laboratuar Kan alma	Spor İğne kapakları	Tüp kapakları
Yoğun bakım	Eldiven Dren Kan seti Oksijen hortumu Üç yollu Trekea tüpü	İlaç seti I-II Enteral set Dosiflow Vakumlu maske Vakum aparatları Ventilatör ara hortumu

5.7.3. Atık Ayırımı

30 Haziran–1 Temmuz tarihlerinde atık ayırımı yapılarak, malzemeler benzerlik, şekil ve kullanım olarak 9 kategoriye ayrılmıştır: Silindirler, bidonlar, kutular, aparatlar, serum setleri, hortumlar, enjektörler, kapaklar, bez malzemelerdir (Tablo III). Onuncu grup olarak araştırmacı her çocuk için yardımcı malzeme oluşturmuştur: Doğaya uyumlu yapıştırıcı, bant, ucu künt plastik kaplı çocuk makasıdır. Kan filesi içinde her çocuğa yardımcı malzemeler ve tomografi kartonundan bir adet verilmiştir.

Tablo III: Atık Grupları

1. Silindirler	2. Hortumlar	3. Bez Malzemeler
		
4. Bidonlar	5. Enjektörler	6. Serum Setleri
		
7. Kutular	8. Kapaklar	9. Aparatlar
		
10. Yardımcı Malzemeler		
		

Tedavi odasında malzemeler çok fazla yer tuttuğu için ayrı bir odaya alınmıştır (Resim 2). Yataktan kalkabilen çocukların bu odaya gelerek malzeme seçmeleri sağlanırken, yataktan kalkamayan çocuklar için malzemeler tedavi arabasına yerleştirilerek çocukların kendi odalarında seçmeleri sağlanmıştır (Resim 3).

Resim 2: Malzeme Odası



Resim 3: Malzemeler için Oyuncak Arabası



5.8. Veri Toplama Araçları

Çocuklar için sosyodemografik bilgi formu (10 soru), Hastanın Hemşirelik Bakımını Algılayışı Ölçeği (HHBAÖ) (**EK II**), refakatçiler için sosyodemografik bilgi formu (13 soru), Pedsql Sağlık Bakımı Memnuniyet Ölçeği (**EK III**), hemşireler için bilgi formu (15 soru) (**EK IV**) kullanılmıştır.

5.8.1. Hastanın Hemşirelik Bakımını Algılayışı Ölçeği (HHBAÖ):

Hastanın hemşirelik bakımını algılayışı ölçeği, Ann M. Dozier ve arkadaşları tarafından 2001 yılında Amerika’da geliştirilmiştir ve Cronbach α güvenilirlik katsayısı 0.94’dür. Ülkemizde geçerlik ve güvenirlik çalışması İpek Çoban tarafından 2006 yılında yapılmış ve Cronbach α güvenirlik katsayısı 0.92 olarak bulunmuştur (Çoban 2006). Ölçek hastaların hemşirelik bakımını algılayışlarını ve bakımdan memnuniyet düzeylerini ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçek Dozier ve arkadaşları tarafından belirlenen kriterlere göre:

- Beklenen gereksinimlerin derecesini yansıtan,
- Hasta memnuniyetini ölçen,
- Kısa bir bakımın ardından güvenilir ölçüm yapan,
- Sosyo-demografik, kişisel ve diğer faktörlerden minimum düzeyde etkilenen bir ölçektir.

Likert tipi ölçekte hemşirelik bakımının kalitesi ile ilgili 15 ifade bulunmaktadır. Ölçeği oluşturan 15 ifadede katılıyorum=5, biraz katılıyorum=4, kararsızım=3, katılmıyorum=2, kesinlikle katılmıyorum=1 ve yanıtsız=0 seçeneklerden birisinin işaretlenmesi istenmektedir. Her madde için verilen puan esas alınmaktadır. Böylece ölçekten en az 15 en fazla 75 puan alınabilmektedir. Ölçekten alınan toplam puandaki yükselme hastanın hemşirelik bakımından memnun olduğunu göstermektedir.

5.8.2. Pedsql Sağlık Bakımı Memnuniyet Ölçeği (PSBMÖ):

Ölçek James W. Varni tarafından 1999 yılında geliştirilmiş ve Cronbach α güvenirlik katsayısı 0.89 olarak bulunmuştur. Ulus ve Kublay tarafından 2012’de Türkçe’ye uyarlanmış ve Cronbach α güvenirlik katsayısı 0.93 olarak bulunmuştur (Ulus ve Kublay 2012).

PedsQL Sağlık Bakımı Memnuniyet Ölçeği (ebeveyn raporu) 25 sorudan oluşmaktadır. Ölçekte yer alan sorular tıbbi bakım hizmetlerinden memnuniyeti ve psikososyal memnuniyeti ölçmeye yöneliktir. Psikososyal memnuniyet ebeveynlerin duygusal gereksinimleri ile yakından ilişkilidir.

Ölçek; bilgilendirme, ailenin katılımı, iletişim, teknik beceri, duygusal gereksinimler ve genel memnuniyet olmak üzere 6 alt başlıktan oluşmaktadır.

PedsQL Sağlık Bakımı Memnuniyet Ölçeğinde yer alan ifadeler; Asla hoşnut değil=0, Bazen hoşnut=25, Çoğu zaman hoşnut=50, Hemen her zaman hoşnut=75, Her zaman hoşnut=100 puan ile sayısallaştırılmıştır. Ölçek toplam puanı her bir sorudan elde edilen puanların toplamının soru sayısına bölünmesi ile elde edilir.

5.8.3. Hemşire Bilgi Formu:

Araştırmacı tarafından geliştirilen hemşirenin sosyodemografik bilgi ve görüşlerini içeren 15 maddelik anket sorularını kapsar. İlk 12 soru sosyodemografik özelliklere yönelik olup, son üç soru sanat temelli hemşirelik girişimine yönelik yarı yapılandırılmış nitelikte sorulardan oluşmaktadır.

5.9. Verilerin Toplanması

Araştırma verileri Hatay Antakya Devlet Hastanesinde 20 Haziran ile 17 Ağustos 2012 tarihleri arasında toplanmıştır.

5.9.1. Ön Uygulama

2-3 temmuz 2012 Hatay Antakya Devlet Hastanesi çocuk servisinde yatan 8-12 yaş 4 çocuğa uygulanmıştır. Bu çocuklar deney ve kontrol grubuna dahil edilmemiştir.

Araştırmacı tarafından seçilen 5 malzeme çocuklara verilerek oyuncak yapmaya isteği, uygun zaman dilimi yönünden değerlendirilmiştir. Çocuk ve ebeveynlere ölçek soruları uygulanarak cevaplama süreleri ve cevap verme durumu değerlendirilmiştir.

Ön uygulama sonucunda yapılan değişiklikler:

—Çocukların oyuncak yapma süresi, yapılan oyuncakla oynama süresi beklenenden daha uzun süre almıştır. Çocukların istekli olarak oyuncakla oyuna devam ettiği

sürenin kesintiye uğramaması açısından, günde iki defa verilmesi planlanan sanat temelli hemşirelik girişimi uygulaması günde bir keze indirilmiştir.

- Çocukların oyuncak yapma istekleri göz önüne alınarak, araştırmacı sadece ilk gün malzeme seçmek için çocuğun yanına gitmiş, diğer günler çocuk istediği saatte malzeme alması şeklinde uygulama değiştirilmiştir.
- Ebeveyn formunda yukarıdaki değişimlere bağlı olarak tablo şeklinde hazırlanan 13. soru yarı yapılandırılmış soru formatına dönüştürülmüştür.

5.9.2. Uygulama

Hatay Antakya Devlet Hastanesinde, 9 Temmuz- 17 Ağustos 2012 tarihleri arasında en az 3 gün hastanede yatan 8-12 yaş grubu 30 çocuğa uygulanmıştır. Deney grubundaki 15 çocuğa, malzemeler bir hemşirelik girişimi olarak sabah tıbbi tedavileri yapıldıktan sonra günde 1 defa olmak üzere, hastanede yattıkları süre boyunca, yatışın 2.günü araştırmacı tarafından, diğer günler çocuğun isteğine göre her gün verilmiştir. Gerekli açıklama çocuk ve aileye yapıldıktan sonra oyuncak yapması için çocuğun malzemeleri seçmesi sağlanmıştır. Deney grubu 15 çocuk ile çalışma tamamlandıktan sonra 15 Kontrol grubu çocuk seçilmiş, bu gruba oyuncak yapım girişimi uygulanmadan, bakım verilerek araştırma tamamlanmıştır.

Deney ve kontrol grubundaki çocuklara hastaneye yattıkları 2. gün ve taburcu olmadan önceki gün **Hastanın Hemşirelik Bakımını Algılayışı Ölçeği** uygulanmıştır.

Ailenin çocuğa yönlendirici müdahale etmeden, oyuncak yapımı esnasında çocuğu gözlemlemesi sağlanarak ve daha sonrada deney ve kontrol grubundaki refekatçi ebeveyne hastaneye yattıkları 2. gün ve taburcu olmadan önceki gün Sosyodemografik bilgi sorularının ardından **Pedsql Sağlık Bakımı Memnuniyet Ölçeği** uygulanmıştır.

Araştırmacı katılan her bireye araştırma hakkında sözel bilgi vererek, sözel onay alınmıştır. Daha sonra sosyodemografik veriler ve ölçek soruları sorularak çocuk ve ebeveynden bilgilendirme ve onam yazılı olarak alınmıştır. Araştırmacının çocuğa yönelik gözlem sonuçları için, çocuğun bakımdan sorumlu hemşireden, tanık olarak yazılı onam alınmıştır (**EK V**).

Sanat temelli hemşirelik girişiminin uygulanması için atık toplayan ve çocuklara bakım veren hemşirelere sosyodemografik bilgi ve girişim hakkında görüşlerini yarı yapılandırılmış soru olarak içeren, 15 maddelik anket soruları araştırma sonunda 20 hemşireye uygulanmıştır.

5.8.5.1. Gözlem

Araştırmacı deney grubu çocuklara müdahale etmeden gün içinde oyun ve oyuncak yapma faaliyetlerini kendi odalarında gözlemlemiş, yazılı not tutmuştur. Gözlem sonuçları için hemşire meslektaş onayı alınmıştır (**EK VI**).

5.8.5.2. Görüşme

Araştırmacı çocuk ve aile ile görüşmelerini, gürültü ve klinik ortamdan uzak, sorumlu hemşire odasında (4x8 m2) gerçekleştirmiştir.

Refakatçiden yönlendirici müdahalede bulunmadan çocuğun talebi doğrultusunda yardımcı olması sağlanmış ve gün sonunda ebeveynle görüşme yapılarak görüşleri alınmıştır.

Deney grupları tamamlandıktan sonra bakım veren servis hemşirelerinden sanat temelli hemşirelik girişimine yönelik görüşleri yarı yapılandırılmış bilgi formu ile nitel olarak alınmıştır.

5.10. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma sonucunda elde edilen veriler nitel ve nicel olarak değerlendirilmiştir. Nicel olarak bilgisayar ortamında, ön testlerde deney ve kontrol gruplarında fark bulunmadığından ön ve son testler bağımsız t testi ile analiz edilmiştir.

Nitel olarak gözlem ve görüşme bilgileri kullanılmıştır. Tüm hastaların bireysel bilgileri gizli tutularak içerik analizi yapılmıştır. Ebeveyn, çocuk ve hemşirelerin görüşlerinden öne çıkan temalar belirlenmiş, önemli değişiklikleri vurgulayan en sık tekrar edilenler, alt boyut olarak belirtilmiştir.

5.11. Araştırmanın Etik Yönü

—Marmara üniversitesinden etik kurul onayı alınmıştır (**EK VII**).

—Kurum izin onayı alınmıştır (**EK VIII**).

- Her çocuk ve refakatçiden araştırma sonuçlarının paylaşılması, çocukların resimleri ve yaptıkları oyuncakların resimlerinin kullanılabilmesi için bilgilendirme ve onay alınmıştır.
- Servis hemşirelerinden meslektaş onayı alınmıştır.

6. BULGULAR

6.1. Nicel Bulgular

Araştırma Hatay Antakya Devlet Hastanesinde, 9 Temmuz- 17 Ağustos 2012 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırma 8-12 yaş grubu 15'i kontrol, 15 deney grubu olmak üzere 30 çocuk, refakatçi ve 20 hemşire ile gerçekleştirilmiştir. Tablo IV'te araştırma grubunun sosyodemografik özellikleri görülmektedir.

Tablo IV: Araştırma Grubunun Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı

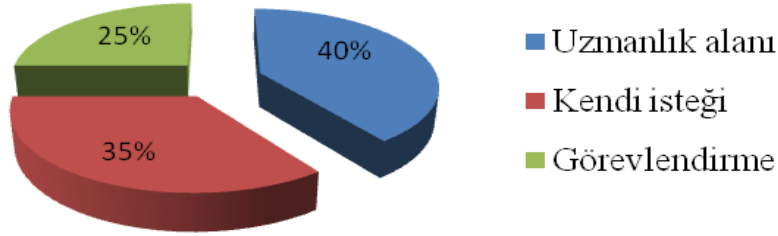
Özellikler	n	X	SS	SH
Çocuk				
Yaş	30	10.00	1.50	0.27
Hastanede yattığı gün	30	4.90	2.2	
Anne				
Yaş	30	37.73	7.57	1.38
Çocuk sayısı		3.63	1.47	0.26
Refakatçi				
Yaş	30	39.50	12.14	2.21
Hemşire				
Yaş	20	34.65	6.59	1.47
Çocuk sayısı	20	1.40	1.04	0.23
Meslekteki yılı	20	13.50	7.64	1.75
Servisteki yılı	20	6.65	6.82	1.52

Araştırmaya katılan çocukların yaş ortalaması 10.0 (± 1.50) annelerinin yaş ortalaması 37.73 (± 7.57), çocukların kardeş sayılarının ortalaması 3.63'tür (± 1.47). Çocukların yanında kalan refakatçilerinin yaş ortalaması 39.50 (± 12.14), hastanede kaldıkları gün sayısı ortalaması 4.9 (± 2.2) olarak bulunmuştur (Tablo IV).

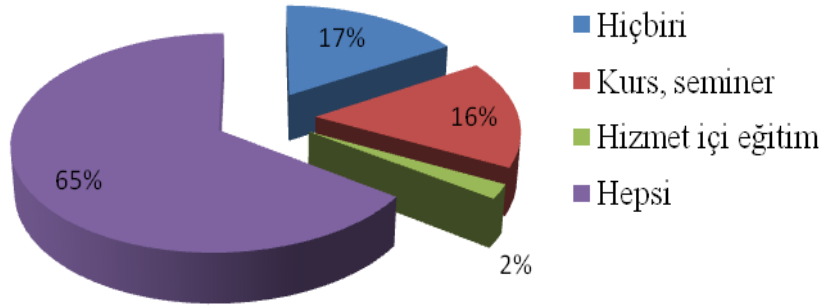
Araştırmaya katılan hemşirelerde ortalama yaş 34.65 (± 6.59), çocuk sayısı 1.40'tır (± 1.04). Hemşirelerin meslekteki hizmet süresi ortalama 13.50 yıl (± 7.64) iken, çalıştıkları serviste hizmet süresi ortalama 6.65 (± 6.82) olarak bulunmuştur (Tablo IV). Hemşirelerin %70'i (14) lisans, %30'u (6) ön lisans mezunudur. Hemşireler çalıştığı servisleri seçme nedeni olarak, %40'ı (8) çocuk hemşireliği uzmanlık alanı, %35'i (7) kendi isteği, %25'ide (5) kurum görevlendirmesi olarak belirtmiştir (Grafik I). Hemşirelerin %30'u (6) çalıştıkları kurumun bireysel gelişimlerine katkı sağladığını ifade ederken, %25'i (5) kısmen katkı sağladığını, %45'i (9) katkı sağlamadığını belirtmiştir. Hemşirelerin %15'i (3) meslek gelişimi için kurs ve seminerlere, %2'si hizmet içi eğitimlere, %60'ı (12) kurs, seminer ve

hizmet içi eğitimlere katıldığını belirtirken, %15'i (3) hiçbir faaliyete katılmadığını belirtmiştir (Grafik II) (Tablo V).

Grafik I: Serviste Çalışma Nedeni



Grafik II: Mesleki Eğitim Faaliyetleri



Tablo V: Hemşirelerin Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı

Özellikler	n	%
Medeni durum		
Evli	16	80.00
Bekar	4	20.00
Eğitim durumu		
Ön lisans	6	30.00
Lisans	14	70.00
Serviste çalışma nedeni		
Uzmanlık alanı	8	40.00
Kendi isteği	7	35.00
Görevlendirme	5	25.00
Kurumsal gelişim		
Evet	6	30.00
Hayır	9	45.00
Kısmen	5	25.00
Bireysel gelişim faaliyeti		
Hiçbiri	3	15.00
Kurs, seminer	3	15.00
Hizmet içi eğitim	2	10.00
Hepsi	12	60.00

Deney ve kontrol grubu çocuklara ait sosyodemografik özellikler Tablo VI’da gösterilmiştir.

Tablo VI: Araştırma Grubunun Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı

Özellikler	Kontrol Grubu		Deney Grubu		P
	n	%	n	%	
Yaş					0.705
Kız	5	33.3	6	40.0	
Erkek	10	66.7	9	60.0	
Daha önce hastanede yatış					0.361
Evet	13	86.7	11	73.3	
Hayır	2	13.3	4	26.7	
Hastalığın seyri					0.232
Akut	9	60.0	12	80.0	
Kronik	6	40.0	3	20.0	
Aile tipi					0.624
Çekirdek	12	80.0	13	86.7	
Geniş	3	20.0	2	13.3	
Anne eğitim durumu					0.499
Okur-yazar değil	4	26.7	3	20.0	
İlk-orta	10	66.7	10	66.7	
Lise-üniversite	1	6.7	2	13.3	
Anne çalışma durumu					1.00
Çalışmıyor	14	93.3	14	93.3	
Çalışıyor	1	6.7	1	6.7	
Baba eğitim durumu					0.551
Okur-yazar değil	1	6.7	0	0.0	
İlk-orta	12	80.0	14	93.3	
Lise-üniversite	2	13.3	1	6.7	
Baba çalışma durumu					0.309
Çalışmıyor	1	6.7	0	0.0	
Çalışıyor	14	93.3	15	100.0	
Eve giren aylık gelir					0.536
Asgari	10	66.7	11	73.3	
Orta	2	13.3	3	20.0	
Yüksek	3	20.0	1	6.7	
Kalıtısal hastalık					0.361
Var	4	26.7	2	13.3	
Yok	11	73.3	13	86.7	
Akraba evliliği					0.121
Var	3	20.0	7	46.7	
Yok	12	80.0	8	53.3	
Refakatçi					0.219
Abla	1	6.7	0	0.0	
Anne	14	93.3	13	86.7	
Babanne	0	0.0	2	13.3	

Kikare testi, *p<0.05

Araştırmaya katılan kontrol grubundaki çocukların %66.7’si ve deney grubundaki çocukların %60.0’ı erkektir. Deney ve kontrol grubundaki çocuklar 13 farklı hastalık nedeniyle hastaneye yatmıştır. Kontrol grubunun %86.7’si, deney

grubunun %73.3 daha önce hastaneye yatmıştır. Deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak fark anlamlı değildir ($p>0.05$).

Hastaneye yatış nedenlerine bakıldığında kontrol grubundaki çocukların %60'ı, deney grubunun %80'i akut bir nedenle hastaneye yatmıştır. Deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak fark anlamlı değildir ($p>0.05$).

Kontrol grubundaki çocukların %80'i, deney grubunun %86.7'si çekirdek aile yapısına sahiptir. Deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak fark anlamlı değildir ($p>0.05$).

Anne ve babanın eğitim durumuna bakıldığında kontrol grubundaki çocukların annelerinin %26.7'si okur-yazar değil, %66.7'si ilk ya da ortaokul mezunu, %6.7'si lise ya da üniversite mezunudur. Babaların %6.7'si okur-yazar değil, %80'i ilk ya da ortaokul mezunu, %13.3'ü lise ya da üniversite mezunudur. Annelerin %93.3'ü babaların %6.7'si herhangi bir işte çalışmamaktadır. Gelir dağılımına göre grubun %66.7'si en yüksek oranda asgari ücretle çalışmaktadır.

Deney grubunda annelerin %20'si okur-yazar değil, %66.7'si ilk ya da ortaokul mezunu, %13.3'ü lise ya da üniversite mezunudur. Babaların %93.3'ü ilk ya da ortaokul mezunu, %6.7'si lise ya da üniversite mezunudur. Annelerin %93.3'ü herhangi bir işte çalışmamakta, babaların tamamı herhangi bir işte çalışmaktadır. Gelir dağılımına göre grubun yoğun olarak %73.3'ü asgari ücretle geçindiğini belirtmiştir. Deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak fark anlamlı değildir ($p>0.05$).

Kontrol grubunun %20'sinde, deney grubunun %46.7'sinde akraba evliliği bulunmaktadır. Kontrol grubunun %26.7'sinde, deney grubunun %13.3'ünde ailede kalıtsal hastalık (Talasemi, Orak Hücreli anemi) bulunmaktadır. Deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak fark anlamlı değildir ($p>0.05$).

Çocukların yanında refakatçi olarak kontrol grubunda en yüksek oranla %93.3, deney grubunda %86.7 annenin kaldığı bulunmuştur. Deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak fark anlamlı değildir ($p>0.05$).

Deney ve kontrol grubuna ait kimlik kodu, yaşı, hastalığın tanısı ve hastanede kaldığı süreye ait bilgiler Tablo VII'de gösterilmiştir.

Tablo VII: Araştırma Grubu Kodları ve Tanıların Dağılımı

Grup	İsim Kısaltma	Kod	Yaş	Tanı	Hastanede Kalış (gün)
Deney Grubu	E.I.	I	10	Miyalji	6
	B.T.	II	8	Bronşit	7
	M.A.A.	III	12	Hepatit A	11
	N.A.	IV	8	Orak hücreli anemi	4
	Z.T.	V	9	Enterakolit	3
	E.N.Ç.	VI	12	Apandisit	3
	B.R.	VII	8	Epistaksiz	3
	H.H.Y.	VIII	8	Astım-Bronşit	4
	C.Z.	IX	12	İmmün yetmezlik	3
	H.G.	X	11	Besin zehirlenmesi	3
	Y.H.	XI	11	Talasemi	10
	A.A.	XII	11	Bronşit	7
	Y.B.	XIII	9	Bronşit	6
	M.A.E.	XIV	9	Bronşit	4
	A.A.	XV	11	Enterakolit	4
Kontrol Grubu	A.E.		10	Tip I Diyabet	4
	G.T.		11	Alerji	3
	M.B.K.		11	MDS	5
	B.M.		11	Apandisit	3
	H.M.		12	Astım-bronşit	5
	A.B.		10	Orak Hücreli anemi	7
	M.İ.		12	Talasemi	10
	B.Ç.		8	Gıda zehirlenmesi	3
	Y.T.		9	Gıda zehirlenmesi	4
	T.K.		12	Epistaksis	6
	İ.K.		9	Tonsilit	5
	B.D.		8	Yüksekten düşme	3
	M.G.		9	Karın ağrısı	3
	Ö.K.		9	Yüksekten düşme	3

Deney grubundaki 15 çocuğa, malzemeler sanat temelli bir hemşirelik girişimi olarak sabah tıbbi tedavileri yapıldıktan sonra günde 1 defa olmak üzere, hastanede yattıkları süre boyunca, yatışın 2. günü araştırmacı tarafından, diğer günler çocuğun isteğine göre her gün verilmiştir. Gerekli açıklama çocuk ve aileye yapıldıktan sonra oyuncak yapması için çocuğun malzemeleri seçmesi sağlanmıştır.

Tablo VIII’de çocukların yaptıkları oyuncak ve oyunların dağılımı görülmektedir.

Tablo VIII: Çocukların Yaptıkları Oyuncak ve Oyunların Dağılımı

Uygulayan Çocuğun Kodu	Oyuncak Çeşidi	Oyun çeşidi
I	Bebek İlaç kaşığı Araba Güzellik salonu	Doktorculuk, Hemşirecilik Hemşirecilik Evcilik Eğlence
II	Matematik Tahtası Yangın Söndürme Tüpü Labirent ve Tren Pervane	Başarı Eğlence Evcilik Eğlence
III	Robot Ev Kalp	Hastanecilik, Savaş Evcilik Evcilik
IV	Hasta Bebek Sağlam Bebek Hastane Uçak Araba	Doktorculuk, Hemşirecilik Doktorculuk, Hemşirecilik Hastanecilik Evcilik Evcilik
V	Çiftlik Bebek	Eğlence Hastanecilik
VI	Bebek	Evcilik
VII	Palmiye ve havuz Bilezik İlaç kaşığı	Eğlence Eğlence Hemşirecilik
VIII	Serum Yangın Söndürme Tüpü Çiftlik	Hemşirecilik Eğlence Eğlence
IX	Deney I Deney II	Başarı Başarı
X	Papağan	Eğlence
XI	Bebek Hasta bebek Serum	Evcilik Hemşirecilik, Doktorculuk Hemşirecilik, Doktorculuk
XII	Hasta bebek	Hemşirecilik, Doktorculuk
XIII	Deney Arkadaş İlaç	Başarı Hastanecilik Hemşirecilik
XIV	Polis Arabası	Eğlence
XV	Güneş Sistemi	Başarı

Çocuklar 24'ü farklı çeşit olmak üzere toplam 37 oyuncak yapmıştır. Bu oyuncaklardan en çok yapılan birinci sırada 9 adet bebek olup, ikinci sırada ilaç ve serum gelmektedir (Tablo VIII).

Çocuklar oyuncakları kendilerinin ifade ettiği oyun isimleri kullanılmak üzere toplam 43 farklı oyun oynamıştır. Bu oyunlardan 20'si hastane içeriği olan dramatik kurgu oluşturdıkları oyunlar (Hastanecilik, Doktorculuk, Hemşirecilik) olup, diğerleri yine kendi ifadeleri ile eğlence amaçlı, başarı amaçlı oyunlardır (Tablo VIII).

Tablo IX’da çocukların oyuncak yapımında kullandıkları malzemelerin dağılımı görülmektedir.

Tablo IX: Çocukların Oyuncak Yapımında Kullandığı Malzemelerin Dağılımı

Malzemeler	Sayı
Flakon Kapakları, Aparatlar, Kapaklar	10
Branül	9
İlaç Kutusu, Hortum	7
Serum Seti	6
Flaster Makarası, Maske, Enjektör	5
Spor, Bidon, Tüp	4
Spekulum, Kol Bantı, Havlu Peçete Rulosu	3
Bone, Hemovak, İdrar Toplama Kutusu, İlaç Kaşığı	2
Eldiven	1
Toplam	104

Çocuklar oyuncak yapımında 21’i farklı olmak üzere toplam 104 malzeme kullanmıştır. Bunlardan en sık kullanılan flakon kapakları, aparatlar, kapaklar, branül, ilaç kutusu, hortum, serum seti, flaster makarası, maske ve enjektördür (Tablo IX).

Hipotez 1 (Sanat temelli bir hemşirelik girişimi hastanede yatan okul dönemi 8-12 yaş çocukların hemşirelik bakımını algılamalarını etkiler) ve Hipotez 2’yi (Sanat temelli bir hemşirelik girişimi ebeveynlerin sağlık bakım memnuniyetini etkiler) test etmek için deney ve kontrol grubundaki çocuklara Hastanın Hemşirelik Bakımını Algılayışı Ölçeği, refekatçilere Pedsql Sağlık Bakımı Memnuniyet Ölçeği uygulanmıştır. Ölçeklerden elde edilen veriler bağımsız t testi ile analiz edilerek sonuçlar Tablo X’da verilmiştir.

Tablo X: Hastanın Hemşirelik Bakımını Algılayışı Ölçeği ile Pedsql Sağlık Bakımı Memnuniyet Ölçeği'nin İlk ve Son Test Sonuçlarının Dağılımı

Ölçekler		n	X	SS	SH	P
HHBAÖ	İlk test	Kontrol	15	32.20	3.76	0.972
		Deney	15	31.73	3.57	0.923
	Son test	Kontrol	15	45.33	3.49	0.903
		Deney	15	60.27	3.53	0.913
PSBMÖ	İlk test	Kontrol	15	40.47	4.38	1.133
		Deney	15	40.73	3.26	0.842
	Son test	Kontrol	15	66.87	2.69	0.696
		Deney	15	81.07	3.51	0.907

Bağımsız T testi, *p<0.05

HHBAÖ ilk test puan ortalaması kontrol grubunda 32.20 (± 3.7), deney grubunda 31.73 (± 3.5) olarak bulunmuştur. Deney kontrol grubu arasında fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0.05$).

HHBAÖ son test puan ortalaması kontrol grubunda 45.33 (± 3.4), deney grubunda 60.27 (± 3.5) olarak bulunmuştur. Deney kontrol grubu arasında fark istatistiksel olarak anlamlı çıkmıştır ($p < 0.000$).

PSBMÖ ilk test puan ortalaması kontrol grubunda 40.47 (± 4.3), deney grubunda 40.73 (± 3.2) olarak bulunmuştur. Deney kontrol grubu arasında fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0.05$).

PSBMÖ son test puan ortalaması kontrol grubunda 66.87 (± 2.6), deney grubunda 81.07 (± 3.5) olarak bulunmuştur. Deney kontrol grubu arasında fark istatistiksel olarak anlamlı çıkmıştır ($p < 0.000$).

PSBMÖ'ü bilgilendirme, ailenin katılımı, iletişim, teknik beceri, duygusal gereksinimler ve genel memnuniyet olmak üzere 6 alt boyuttan oluşmaktadır. Deney ve kontrol grubu PSBMÖ'nin alt boyutlarında aldıkları puan ortalamalarında anlamlı bir fark olup olmadığı bağımsız t testi ile analiz edilerek sonuçlar Tablo XI'de verilmiştir.

Tablo XI: PedsqI Sağlık Bakımı Memnuniyet Ölçeği'nin Alt Boyutlarının İlk ve Son Testlerdeki Dağılımı

		n	X	SS	SH	p
PSBMÖ İlk Test						
Bilgilendirme	Kontrol	15	8.53	2.56	0.66	0.505
	Deney	15	9.13	2.29	0.59	
Aile	Kontrol	15	6.93	2.18	0.56	0.729
	Deney	15	6.67	1.98	0.51	
İletişim	Kontrol	15	11.13	2.69	0.69	0.445
	Deney	15	10.47	1.95	0.50	
Teknik	Kontrol	15	5.20	1.42	0.36	0.499
	Deney	15	5.73	2.65	0.68	
Duygusal	Kontrol	15	2.80	1.20	0.31	0.679
	Deney	15	2.60	1.40	0.36	
Genel	Kontrol	15	5.87	1.06	0.27	0.579
	Deney	15	6.13	1.50	0.38	
PSBMÖ Son Test						
Bilgilendirme	Kontrol	15	14,00	1,41	0,36	0.488
	Deney	15	14,33	1,17	0,30	
Aile	Kontrol	15	11,40	1,59	0,41	0.000*
	Deney	15	13,60	1,05	0,27	
İletişim	Kontrol	15	15,27	1,43	0,37	0.000*
	Deney	15	17,73	1,28	0,33	
Teknik	Kontrol	15	9,93	1,03	0,26	0.000*
	Deney	15	12,40	1,18	0,30	
Duygusal	Kontrol	15	7,33	1,29	0,33	0.000*
	Deney	15	12,60	0,82	0,21	
Genel	Kontrol	15	8,93	1,10	0,28	0.001*
	Deney	15	10,40	1,12	0,28	

Bağımsız T testi, *p<0.05

Kontrol grubunun PSBMÖ ilk test alt boyut sonuçlarına göre ebeveyn memnuniyetlerinin en yüksek puanı 11.13 (± 2.6) ortalama ile iletişim boyutunda olduğu, diğer alt boyutlar sırası ile 8.53 (± 2.5) bilgilendirme, 6.93 (± 2.1) aile, 5.87 (± 1.0) genel, 5.20 (± 1.4) teknik beceri ve en düşük ortalama puan 2.80 (± 1.2) duygusal alt boyutta bulunmuştur.

Deney grubunun PSBMÖ ilk test alt boyut sonuçlarına göre ebeveyn memnuniyetlerinin kontrol grubunda olduğu gibi en yüksek oranda 10.47 (± 1.9) ortalama ile iletişim boyutunda olduğu, diğer alt boyutlar sırası ile 9.13 (± 2.2) bilgilendirme, 6.67 (± 1.9) aile, 6.13 (± 1.5) teknik beceri, 5.87 (± 1.0) genel, ve en düşük ortalama puan 2.60 (± 1.4) duygusal alt boyutta bulunmuştur. PSBMÖ ilk test alt boyut puan ortalamalarında deney kontrol grubu arasında fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0.05$).

Kontrol grubunun PSBMÖ son test alt boyut sonuçlarına göre ebeveyn memnuniyetlerinin tüm alt boyutlarda artış göstererek, en yüksek oranda 15.27 (± 1.4) ortalama ile iletişim boyutunda olduğu, diğer alt boyutlar sırası ile 14.0 (± 1.4) bilgilendirme, 11.4 (± 1.5) aile, 9.93 (± 1.0) teknik beceri, 8.93 (± 1.1) genel ve en düşük ortalama puan 7.33 (± 1.2) duygusal memnuniyet alt boyutu olarak bulunmuştur.

Deney grubunun PSBMÖ son test alt boyut sonuçlarına göre ebeveyn memnuniyetlerinin tüm alt boyutlarda artış göstererek, en yüksek oranda 17.73 (± 1.2) ortalama ile iletişim boyutunda olduğu, diğer alt boyutlar sırası ile 14.33 (± 1.1) bilgilendirme, 13.60 (± 1.0) aile, 12.60 (± 0.8) duygusal, 12.40 (± 1.1) teknik beceri ve en düşük ortalama 10.40 (± 1.1) genel memnuniyet alt boyutu olarak bulunmuştur. PSBMÖ son test alt boyut puan ortalamalarına göre bilgilendirme alt boyutunda deney, kontrol grubu arasında fark istatistiksel olarak anlamlı değilken ($p > 0.05$), aile, iletişim, teknik beceri, duygusal, ve genel memnuniyet alt boyutlarındaki deney, kontrol grubu arasında fark istatistiksel olarak anlamlı çıkmıştır ($p < 0.000$).

6.2. Nitel bulgular

Araştırma, eylem araştırması yöntemiyle yapılmıştır, gözlem ve görüşme sonuçları analizinde, Sanat Temelli Hemşirelik Girişimi için çocuklar, refakatçi ve hemşireler olmak üzere 3 grup için 8 ana tema oluşmuştur. Bu temalar, okul dönemi 8-12 yaş çocuklar için “Oyuncağın Anlamı, Hemşirenin Anlamı” olarak 2 tema, refakatçi için “Oyuncağın Anlamı, Oyun Odaları” olarak 2 tema, hemşireler için “Çocuk ve Hastane Ortamı, Atık Toplanmasına ait Görüşler, Hemşire Gözüyle Çocuk için Sanat Temelli Hemşirelik Girişiminin Anlamı, Hemşireler Açısından Sanat Temelli Hemşirelik Girişiminin Anlamı” olarak 4 tema şeklinde belirtilmiştir. Hemşireler açısından “Çocuk ve Hastane Ortamı” teması, “Hastaneler, Oyun Odaları” olarak 2 alt tema şeklinde belirtilmiştir (Tablo XII).

Tablo XII: Sanat Temelli Hemşirelik Girişimine göre Oluşturulan Temaların Dağılımı

GRUPLAR	TEMALAR	ALT TEMALAR
Okul Dönemindeki 8-12 Yaş Çocuklar	1. Oyuncanın Anlamı 2. Hemşirenin Anlamı	
Refakatçiler	1. Oyuncanın Anlamı 2. Oyun Odaları	
Hemşireler	1. Çocuk ve Hastane Ortamı 2. Atık Toplamasına Ait Görüşler 3. Hemşire Gözüyle Çocuk için Sanat Temelli Hemşirelik Girişiminin Anlamı 4. Hemşire Açısından Sanat Temelli Hemşirelik Girişiminin Anlamı	A. Hastaneler B. Oyun Odaları

6.2.1. Deney Grubu Olguları Sanat Temelli Hemşirelik Girişimi Uygulama Bulguları

Olgu I

E.I. 10 yaşında, Miyalji tanısı ile yatırıldı, hastanede 10 gün kaldı, ilaç tedavileri damar yolu ve oral yoldan uygulandı (Resim 4). E.I. çevreyi keşfetmek isteyen ve odalarda, serviste dolaşan, çok meraklı, hemşirelerle beraber olmak, onlarla sohbet etmek için sık sık soru soran, genellikle hareket halinde bir çocuktur. Odasında kendine ait oyuncak bulunmayan E.I., oyun odasını açık olduğu zamanlar aktif kullandı.

E.I. hastanede kaldığı her gün oyuncak yapmak için malzeme aldı. Aldığı malzemeleri kendi tıbbi tedavisine benzer ve farklı özellikte kullanarak, “Bebek, Araba, Güzellik Salonu” olmak üzere 3 oyuncak yaptı (Resim 5). E.I. yaptığı oyuncaklarla “Doktorculuk, Hemşirecilik, Evcilik, Eğlence” amaçlı oyunlar oynadı (Resim 6).

Resim 4: Olgu I, E.I.



Resim 5: E.I.'nın Yaptığı Oyuncaklar



BEBEK



ARABA



GÜZELLİK SALONU

Resim 6: E.I.'nın Oyunları



DOKTORCULUK



HEMŞİRECİLİK

Olgu II

B.T. 8 yaşında Bronşit tanısıyla yatırıldı, hastanede 7 gün kaldı, ilaç tedavileri damar yolu ve oral yoldan uygulandı (Resim 7). B.T. iletişime açık, duygularını ifade edebilen, hemşirelere sürekli soru soran bir çocuktur. B.T. hafta sonu yatırıldı, oyun odası kapalı olduğu için klinikte dolaşmış, hastane dışına çıkmak istemişti. Evde çok oyuncak olduğunu belirten B.T. hastaneye evden bir büyük, birde küçük ayısını getirdi, oyun odasını aktif kullandı.

B.T. hastanede kaldığı her gün oyuncak yapmak için malzeme aldı. Aldığı malzemeleri kendi tıbbi tedavisinden farklı özellikte kullanarak, “Matematik Tahtası, Pervane, Yangın Söndürme Tüpü, Labirent ve Tren” isimli 4 oyuncak yaptı (Resim 8). Yaptığı oyuncaklarla “Evcilik, Eğlence, Başarı” amaçlı oyunlar oynadı.

Resim 7: Olgu II, B. T



Resim 8: B.T.'nin Yaptığı Oyuncakları



Olgu III

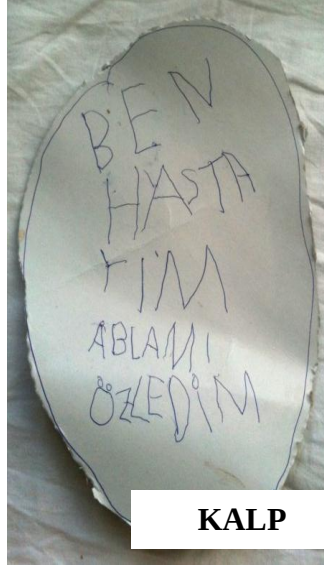
M.A.A. 12 yaşında, Hepatit A tanısıyla yatırıldı, hastanede 11 gün kaldı, ilaç tedavileri damar yolu ve oral yoldan uygulandı (Resim 9). Sessiz çok konuşmayan bir çocuktur. M.A.A.’nin yataktan kalkması kısıtlandı, oyun odasını kullanmadı. Yanında oyuncak, kitap yoktu.

M.A.A. hastanede kaldığı 2. gün oyuncak yapmak için malzeme aldı. Aldığı malzemeleri kendi tıbbi tedavisinden farklı özellikte kullanarak, M.A.A. “Kalbim, Ev, Silahlı Robot” isimli 3 oyuncak yaptı (Resim 10). Oyuncaklarını odasına yerleştirip, hastanede yattığı süreçte aynı oyuncaklarla “Hastanecilik, Evcilik, Savaş” içerikli oyunlar oynadı.

Resim 9: Olgu III, M. A. A.



Resim 10: M.A.A.'nın Yaptığı Oyuncaklar



Olgu IV

N.A. 8 yaşında, Orak Hücreli Anemi tanısıyla yatırıldı, hastanede 4 gün kaldı, ilaç tedavileri damar yolundan uygulandı (Resim 11). N.A. kronik hastalık nedeniyle sık hastaneye yatan, çok fazla konuşmayan, duygularını ifade etmeyen, utangaç bir çocuktur. N.A. kendi oyuncacı yoktu. Oyun odasını aktif olarak kullandı.

N.A. hastanede kaldığı 2. gün oyuncak malzemeleri aldı. Damar yolu değışmesi gereken N.A. 4. gün oyuncak malzemesi almak için istekli olmadı. Damar yolu açıldıktan sonra kendi isteğıyle gelip oyuncak malzemesi aldı. Aldığı malzemeleri kendi tıbbi tedavisine benzer ve farklı özellikte kullanarak, “Hastane, Sağlam Bebek, Hasta Bebek, Arabalar, Uçak ” olmak üzere 5 oyuncak yaptı (Resim 12). Oyuncaklarını odasına yerleştirip, hastanede yattığı süreçte aynı oyuncaklarla “Hastanecilik, Hemşirecilik, Doktorculuk, Evcilik” konulu oyunlar oynadı.

Resim 11: Olgu IV, N. A.



Resim 12: N.A.'nın Yaptığı Oyuncaklar



Olgu V

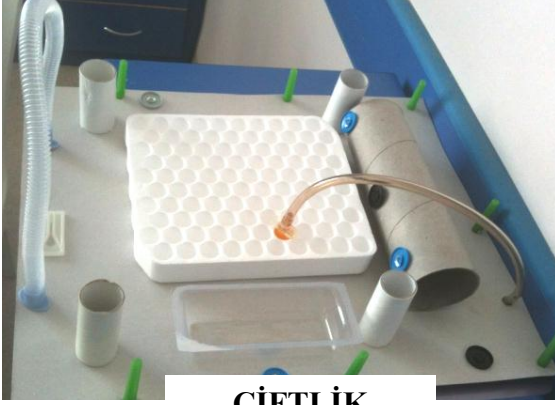
Z.T. 9 yaşında Enterokolit tanısıyla yatırıldı, hastanede 3 gün kaldı, ilaç tedavileri damar yolu ve oral yoldan uygulandı (Resim 13). Hareketli, çevreyi keşfetmeyi seven bir çocuktur. Z.T.'nin kendi oyuncuğı yoktu, oyun odasını kullanmadı.

Z.T. hastanede kaldığı 2. gün oyuncak yapmak için malzeme aldı. Diğer gün yaptığı oyuncakların eksikliklerini tamamlamak için malzeme aldı. Aldığı malzemeleri kendi tıbbi tedavisinden farklı özellikte kullanarak, “Çiftlik, Bebek” isimli 2 oyuncak yaptı (Resim 14). Yaptığı oyuncaklarla “Hastanecilik, Eğlence” amaçlı oyunlar oynadı.

Resim 13: Olgu V, Z. T.



Resim 14: Z.T.'nin Yaptığı Oyuncaklar



ÇİFTLİK



ROBOT

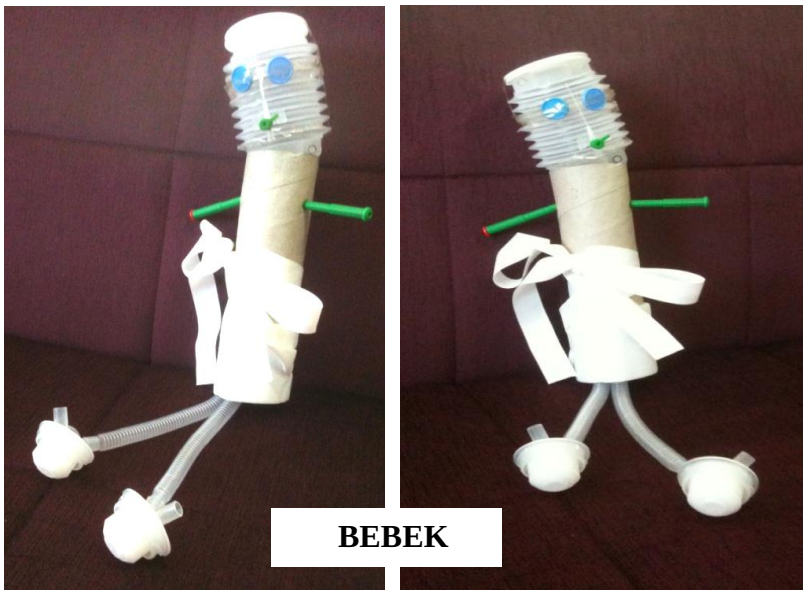
Olgu VI

E.N.Ç. 12 yaşında, apandisit şüphesiyle yatırıldı, 3 gün hastanede kaldı, ilaç tedavileri damar yolundan uygulandı (Resim 15). İletişime açık, konuşmayı seven bir çocuktu. E. N. Ç.’nin yanında kitap, oyuncak yoktu. Oyun odasını kullanmadı. E.N.Ç. hastanede kaldığı 2. gün oyuncak malzemeleri aldı. Aldığı malzemeleri kendi tıbbi tedavisinden farklı özellikte kullanarak, “Bebek” isimli bir oyuncak yaptı (Resim 16). Odadaki arkadaşı ile yaptıkları oyuncakla 2-3. gün “Evcilik” oynadı.

Resim 15: Olgu VI, E. N. Ç.



Resim 16: E.N.Ç.’nin Oyuncığı



Olgu VII

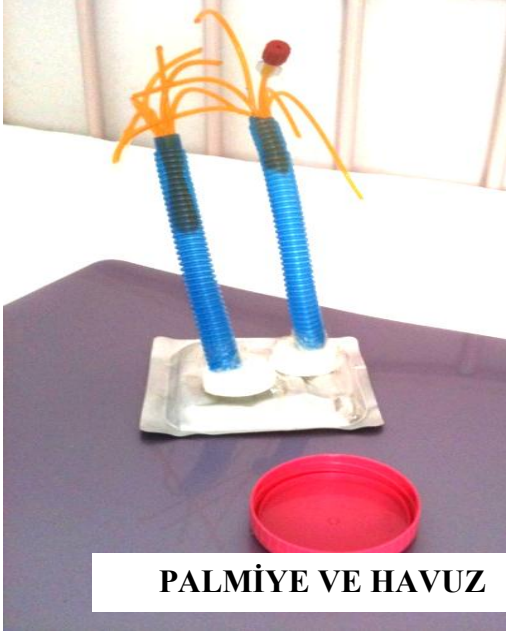
B.R. 8 yaşında, Epistaksiz tanısıyla yatırıldı, hastanede 3 gün kaldı, ilaç tedavileri damar yolundan uygulandı (Resim 17). Çok konuşmayan, çekingen, karar vermekte zorlanan bir çocuktur. B.R.'nin yanında oyuncakları yoktu, oyun odasını kullanmadı.

B.R. hastanede kaldığı 2. oyuncak yapmak için malzeme aldı, malzeme seçerken çok kararsız kaldı. Aldığı malzemeleri kendi tıbbi tedavisine benzer ve farklı özellikte kullanarak, “Havuz ve Palmiyeler, Bilezik” isimli oyuncaklar yaptı (Resim 18). Hastanede kaldığı 2-3. Gün aynı oyuncaklarla “Hemşirecilik, Eğlence” amaçlı oyunlar oynadı (Resim 19).

Resim 17: Olgu VII, B. R.



Resim 18: B.R.'nin Yaptığı Oyuncaklar



Resim 19: B.R.'nin Oynadığı Oyunlar



Olgu VIII

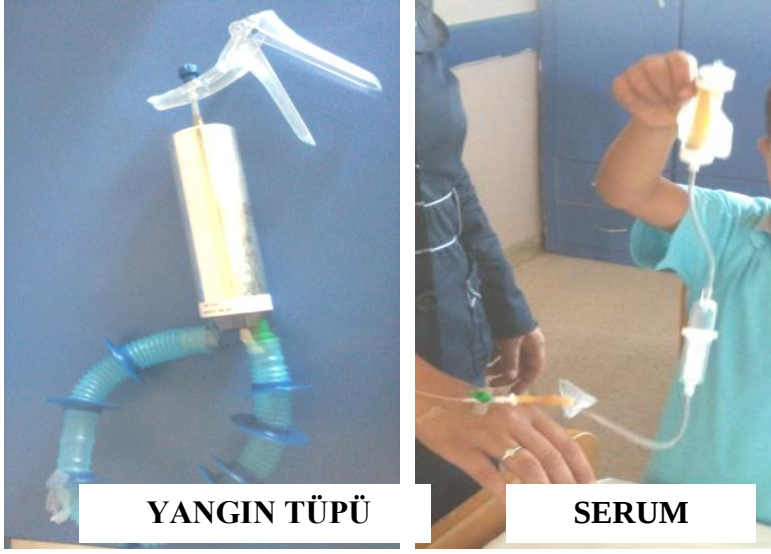
H.H.Y. 8 yaşında, Astım-Bronşit tanısıyla yatırıldı, hastanede 4 gün kaldı, ilaç tedavileri damar yolu, oral, inhaler yoldan uygulandı (Resim 20). Çok hareketli, sürekli serviste dolaşan, iletişime açık bir çocuktur. H.H.Y. yanında oyuncacı yoktu, oyun odasını aktif olarak kullandı.

H.H.Y. hastanede kaldığı 2. gün oyuncak yapmak için malzeme aldı. Diğer gün yaptığı oyuncakların eksikliklerini tamamlamak için malzeme aldı. Aldığı malzemeleri kendi tıbbi tedavisine benzer ve farklı özellikte kullanarak, “Yangın Söndürme Tüpü, Çiftlik, Serum” isimli 3 oyuncak yaptı (Resim 21). Bu oyuncaklarla “Hemşirecilik, Eğlence” amaçlı oyunlar oynadı (Resim 22).

Resim 20: Olgu VIII, H. H. Y.



Resim 21: H. H. Y.'nin Yaptığı Oyuncaklar



Resim 22: H. H. Y.'nin Oynadığı Oyunlar



Olgu IX

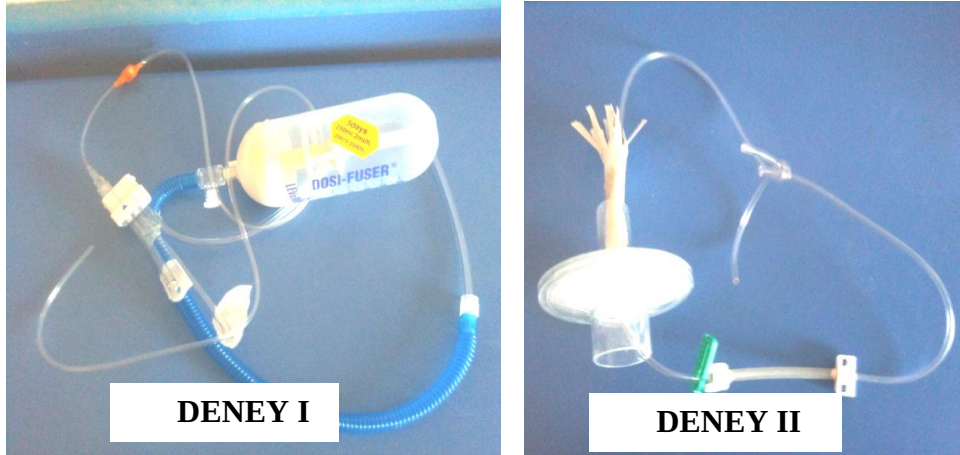
C.Z. 12 yaşında, İmmün Yetmezlik tanısıyla kardeşiyle beraber yatırıldı, hastanede 3 gün kaldı, ilaç tedavileri damar yolundan uygulandı (Resim 23). Kronik hastalık nedeniyle sık sık hasteneye kardeşi ile yatmak zorunda olan C. Z. servise uyumlu, hareketli, iletişime açık bir çocuktur. C.Z.'nin yanında oyuncacı yoktu, oyun odasını aktif kullandı.

C.Z. kardeşi ile birlikte hastanede kaldığı 2. gün oyuncak yapmak için malzeme aldı. Aldığı malzemeleri kendi tıbbi tedavisinden farklı özellikte kullanarak, “Deney I, Deney II” isimli 2 oyuncak yaptı (Resim 24). Bu oyuncaklarla “Başarı” içerikli oyun oynadı.

Resim 23: Olgu IX, C. Z.



Resim 24: C.Z.'nin Yaptığı Oyuncaklar



Olgu X

H.G. 11 yaşında, zehirlenme tanısıyla ağabeyi ile birlikte yatırıldı, hastanede 3 gün kaldı, ilaç tedavileri damar yolundan uygulandı (Resim 25). İletişime açık, sakin bir çocuktur. Ağabeyi ile servise yatan H.G. yanında oyuncağı yoktu. Ağabeyi oyun odasına gitmediği için oyun odasına gitmedi.

H.G. abisi ile birlikte hastanede kaldığı 2. gün oyuncak yapmak için malzeme aldı, ağabeyi ile birlikte “Papağan” isimli bir oyuncak yaptı. Aldığı malzemeleri kendi tıbbi tedavisinden farklı özellikte kullanarak, Oyuncağıyla “Eğlence” amaçlı oyun oynadı (Resim 26).

Resim 25: Olgu X, H. G.



Resim 26: H.G.’nin Yaptığı Oyuncak



Olgu XI

Y.H. 11 yaşında Talasemi tanısıyla, hastanede 10 gün yattı, ilaç tedavileri damar yolundan uygulandı (Resim 27). Kronik hastalık nedeniyle sık sık hastaneye yatan Y.H. hemşirelerle sürekli konuşmak, yanlarında olmak isteyen, iletişime açık bir çocuktur. Y.H. evden bir bebeğini getirdi, serviste oyun odasını aktif kullandı.

Y.H. hastanede kaldığı 2. gün oyuncak malzemeleri aldı. Bebekleri çok seven Y.H., aldığı malzemeleri kendi tıbbi tedavisine benzer özellikte kullanarak, “Bebek, Hasta Bebek, Serum” isimli 3 oyuncak yaptı (Resim 28). Oyuncaklarını odasına yerleştirip, hastanede yattığı süreçte aynı oyuncaklarla “Hemşirecilik, Doktorculuk, Evcilik” konulu oyunlar oynadı (Resim 29).

Resim 27: Olgu XI, Y. H.



Resim 28: Y.H.'nin Yaptığı Oyuncaklar



BEBEK



HASTA BEBEK

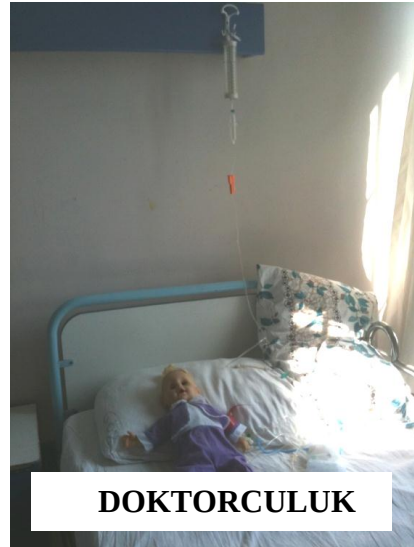


SERUM

Resim 29: Y.H.'nin Oynadığı Oyunlar



HEMŞİRECİLİK



DOKTORCULUK

Olgu XII

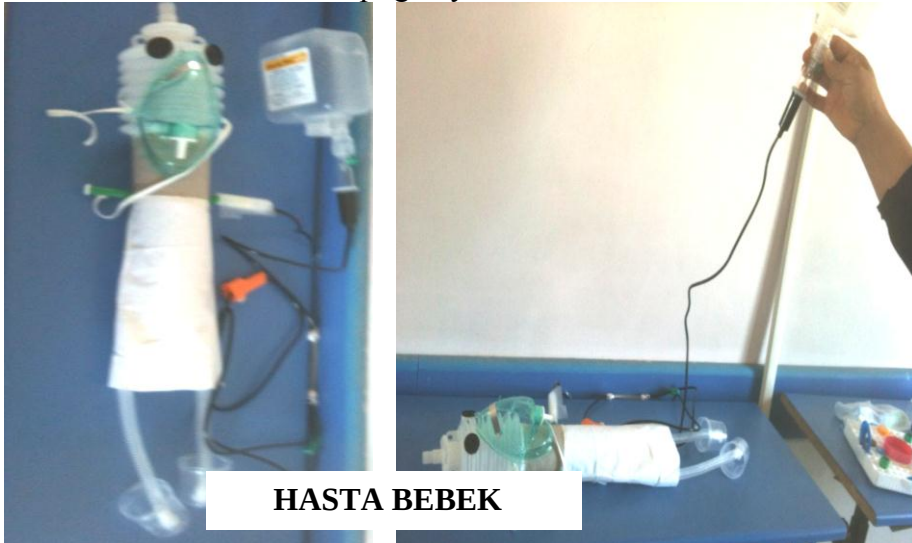
A.A. 12 yaşında Bronşit tanısıyla yatırıldı, hastanede 7 gün kaldı, ilaç tedavileri damar yolu, inhaleler yoldan uygulandı (Resim 30). A.A.’nın yanında oyuncak, kitap yoktu, oyun odasını kullanmadı.

A.A. hastanede kaldığı 2. gün oyuncak malzemeleri aldı. Aldığı malzemeleri kendi tıbbi tedavisine benzer özellikte kullanarak, “Buhar Tedavisi Alan Hasta Bebek” isimli oyuncak yaptı. Bu oyuncakla “Doktorculuk, Hemşirelik” oynadı (Resim 31).

Resim 30: Olgu XII, A. A



Resim 31: A.A.’nın Yaptığı Oyuncak



Olgu XIII

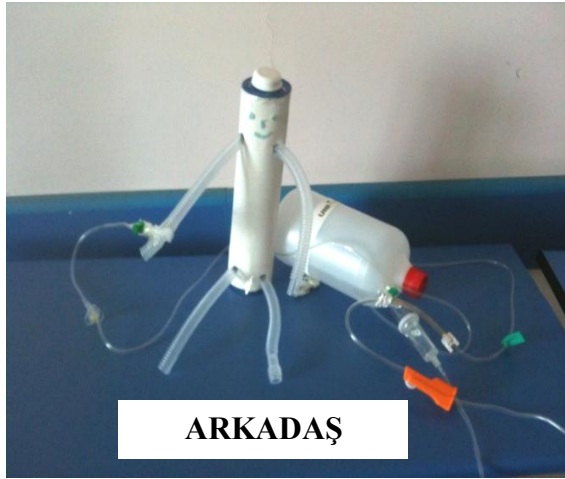
Y.B. 9 yaşında Bronşit tanısıyla yatırıldı, hastanede 6 gün kaldı, ilaç tedavileri damar yolu, inhaler yoldan uygulandı (Resim 32). Çok konuşmayan, duygularını ifade etmeyen bir çocuktur. Yanında oyuncakları olmayan Y.B., oyun odasını aralıklı olarak kullandı.

Y.B. hastanede kaldığı 2. gün oyuncak malzemeleri aldı. Aldığı malzemeleri kendi tıbbi tedavisine benzer özellikte kullanarak, .“Deney, Arkadaş, İlaç” isimli 3 oyuncak yaptı (Resim 33). Bu oyuncaklarla hastanede yattığı süre boyunca “Hastanecilik, Hemşirecilik, Başarı” içerikli oyunlar oynadı (Resim 34).

Resim 32: Olgu XIII, Y. B.



Resim 33: Y.B.'nin Yaptığı Oyuncaklar



Resim 34: Y.B.'nin Oynadığı Oyunlar



Olgu XIV

M.A.E. 9 yaşında, Bronşit tanısıyla yatırıldı, hastanede 4 gün kaldı, ilaç tedavileri damar yolu, inhaler yoldan uygulandı (Resim 35). Televizyon izlemeyi seven, iletişime açık bir çocuktur. M.A.E. hastaneye oyuncak getirmemiş, yanında test kitaplarını getirmiş. Oyun odasını aralıklı kullandı.

M.A.E. hastanede kaldığı 2. gün oyuncak malzemeleri aldı. Aldığı malzemeleri kendi tıbbi tedavisinden farklı özellikte kullanarak, “Polis Arabası” isimli 1 oyuncak yaptı. 3-4. gün oyuncağına ekleyecek ek malzemeler aldı, bu oyuncak ile hastanede yattığı süre boyunca “Eğlence” amaçlı oyun oynadı (Resim 36).

Resim 35: Olgu XIV, M. A. E.



Resim 36: M.A.E.’nin Yaptığı Oyuncak



Olgu XV

A.A. 11 yaşında Enterekolit tanısıyla yatırıldı, hastanede 7 gün kaldı, ilaç tedavileri damar yolundan uygulandı (Resim 37). Çok fazla konuşmayan, ilgili ve maraklı bir çocuktur. Odasında Oyuncağı yoktu, oyun odasını aktif olarak kullandı.

A.A. hastanede kaldığı 2. gün oyuncak malzemeleri aldı. Aldığı malzemeleri kendi tıbbi tedavisinden farklı özellikte kullanarak, “Güneş Sistemi” isimli 1 oyuncak yaptı (Resim 38). Hastanede yattığı süre boyunca bu oyuncak ile “Başarı” amaçlı oyun oynadı.

Resim 37: Olgu XV, A. A.



Resim 38: A.A.’nın Yaptığı Oyuncak



Deney grubu uygulaması tüm olguları kapsayan genel bulgulara göre:

Hastanede yatan 8 çocuk (O2, O3, O5, O6, O9, O10, O14, O15) tıbbi atıklardan oluşan oyuncak malzemelerini, kendi tıbbi tedavisinden farklı özellikte kullanarak, 5 çocuk (O1, O7, O8, O12, O13) kendi tıbbi tedavisine benzer özellikte kullanarak, 3 çocuk (O1, O7, O8) hem kendi tıbbi tedavilerine benzer ve hem de farklı özellikte kullanarak oyuncak yapmıştır

Hastanede yatan 1 çocuk (O4) tıbbi atıklardan oluşan oyuncak malzemelerini hastanede kendilerine uygulanan travmatik bir işlem sonrası alıp kendi tıbbi tedavisine benzer oyuncak yapmıştır.

Kardeşleri ile birlikte hastanede yatan 2 çocuk (O9-10) tıbbi atıklardan oluşan oyuncak malzemelerini kardeşleri ile birlikte kendi tedavilerinden farklı özellikte kullanarak oyuncak yapmıştır.

Hastanede yatan kronik hastalığı bulunan 2 çocuk (O4, O11) tıbbi atıklardan oluşan oyuncak malzemelerini kendi tıbbi tedavisine benzer özellikte kullanarak oyuncak yapmıştır.

Hastanede yatan 7 çocuk (O1, O4, O7-8, O11-13) yaptıkları oyuncak ile hastane içerikli oyunlar oynamıştır

Hastanede yatan kendine ait oyuncak olmayan 13 çocuk (O1, O3-15) tıbbi atıklardan oluşan oyuncak malzemelerini kullanarak kendilerine ait oyuncak yapmıştır

Hastanede yatan iletişim kuramayan 6 çocuk(O3, O4, O7, O12, O13, O15) tıbbi atıklardan oluşan oyuncak malzemelerini kullanarak hemşirelerle iletişim kurmuştur.

6.2.2. Deney Grubunun Görüşleri

Hipotez 3'ü (Sanat temelli hemşirelik girişimi okul dönemi 8-12 yaş hastanede yatan çocukların hastanede ki yaşam kalitesini etkiler) test etmek için okul dönemi deney grubundaki çocukların sanat temelli hemşirelik girişimi için gözlem ve görüşme sonuçları nitel olarak değerlendirilmiş, 2 tema oluşmuştur. “Oyuncağın Anlamı, Hemşirenin Anlamı” temaları alt boyutları ile Tablo XIII’de gösterilmiştir.

Tablo XIII: Okul Dönemindeki 8-12 Yaş Çocuğu için Sanat Temelli Hemşirelik Girişimi Temalarının Alt Boyutlarının Dağılımı

GRUP	OKUL DÖNEMİNDEKİ 8-12 YAŞ ÇOCUKLAR	
Tema 1	Oyuncağın Anlamı	
AltBoyut	1.Sahip olma 2.Değerli 3.Eğlence 4.Başarı 5.Vakit geçirme 6.Hastaneye ait olma 7.İsteklerini açığa çıkarma 8.Özlemini açığa çıkarma 9.Duygularını açığa çıkarma 10.Hasta insanları algılama 11.Sağlam insanları algılama	12.Kendisi yerine koyma 13.Yaratıcı düşünme 14.Yaratıcılığı geliştirme 15.Yeteneklerini fark etme 16.Arkadaşı yerine koyma 17.Çocuklarla paylaşım sağlama 18.Kardeşle beraber ortak aktivite 19.Odak noktasını hastalıktan kaydırma 20.Tedavisini canlandırma 21.İyileştirme 22.Travmatik işlemlerde baş etme becerisi
Tema 2	Hemşirenin Anlamı	
AltBoyut	1.Hemşireyle iletişim aracı 2.Hemşireyle paylaşım olanağı 3.Hemşireyle ortak etkinlik 4.Hemşirenin değerinde artma 5.Hemşirenin rollerinde değişim	6.Hemşireyi abla yerine koyma 7.Güven duygusu 8.Sevgi duygusu 9.İlgi göstergesi

Çocukların “Oyunun anlamı” teması altında sanat temelli hemşirelik girişimi ile ilgili görüşleri aşağıda alt boyutlar ile açıklanmıştır.

Çocuklar sanat temelli hemşirelik girişimi ile kendi yaptıkları oyuncakları, sahip oldukları değerli bir araç olarak görmektedir. Aynı zamanda oyuncaklar, çocukların kendisini hastaneye ait hissetmelerini sağlayan etkin bir araç anlamına gelmektedir. Oyuncak yapma süreci okul çocuğuna, başarı duygusunu yaşamasını sağlarken, eğlenceli bir vakit geçirme olanağı da sağlamaktadır. Aşağıda bu görüşlerine yönelik bazı örnekler sunulmuştur:

“Bunlar benim mi olacak? Başka çocuklar alırsa diye akşam olunca onu saklıyorum.” (O1:EI, 10 yaş)

“Daha sonra yaptığım oyuncığa bakar mısın? Ne zaman yeni şeyler alabilirim? Oyuncak yapmak zevkli. Bunları ben yaptım.”(O2:BT, 8 yaş)

“Her gün yapabilir miyim? Başka çocuklara da veriyor musun? Onlarda oynuyor mu, neler yaptılar? Pencereye asmak istiyorum. Şimdi burası gerçekten benim odam oldu.” (O3:MAA, 12 yaş)

“Kafamda gece boyunca hep nasıl yapacağımı düşündüm. Kollarına bak çok güzel oldu.” (O5:ZT, 9 yaş)

“Ne kadar çeşitli malzeme var. Bunlar yatakta beni oyalar. Çok güzel olacak.” (O6:ENÇ, 12 yaş)

“Ben çok güzel şeyler yaparım, ama çok malzemeye ihtiyacım olacak. Hemşire abla, çiftliğime bak, ben yaptım. Çok güzel oldu.” (O8:HHY, 8 yaş)

“Bunlar deneylerimiz, biz yaptık. Eve götürebilir miyiz?” (O9:CZ, 12 yaş)

“Burada yapacak hiç birşey yok, malzemeler çok renkli. Kardeşimle biz harika oyuncak yapabiliriz.” (O10:HG, 11 yaş)

“Bebeklerimi eve götüreceğim.” (O11:YH, 11 yaş)

“Annem test çözmemi istiyor. Polis arabası yapmak istiyorum. Bunları alayım, sonra gerekenler olursa gelebilir miyim?” (O14:MAE, 9 yaş)

“Odamdaki arkadaşlarda gördüm, istediğim malzemeleri alabilir miyim? Güneş sistemi bu, okuldaki gibi yaptım.” (O15:AA, 11 yaş)

Çocuklar hastane atıklarından kendilerine göre seçtikleri malzemelerden yine kendilerinin yaptıkları oyuncaklar ile, isteklerini, özlemlerini ve duygularını açığa çıkarmaktadır. Aşağıda bu görüşlerine yönelik bazı örnekler sunulmuştur:

“Seninle oyun oynamak istiyorum. Araba yaptım, babamın arabası yok.” (O1:EI, 10 yaş)

“Dokunabilir miyim, alabilir miyim? İstedğim her şeyi yapabilir miyim? Anne oyuncaklarımı eve götürmek istiyorum.” (O2:BT, 8 yaş)

“Eve gitmek istiyorum. Her gün yapabilir miyim? Her gün yanıma gelir misin hemşire abla? Sanki burası köydeki evimiz oldu, şimdi burası gerçekten benim odam oldu. Bu benim kalbim, ablamı çok özledim. Robota birde silah yapmalıyım, beni herkesten koruyacak.” (O3:MAA, 12 yaş)

“Bu yazı sizin için (hemşire ablalarımı çok seviyorum).” (O4:NA, 8 yaş)

“Köyümü çok özledim. Köydeki evimizi yapacağım. Köydeki gibi.” (O5:ZT, 9 yaş)

“Oyun odası küçükler için, ben büyüdüm.” (O6:ENÇ, 12 yaş)

“Ben yapamam ki!” (O7:BR, 8 yaş)

“Ben çok güzel şeyler yaparım.” (O8:HHY, 8 yaş)

“Bunlar bana zarar verir mi? Bebekleri çok severim. Bebek yapmak istiyorum.”
(O11:YH, 11 yaş)

“Annem test çözmemi istiyor. Ben sıkılıyorum hastanede. Ben X filmini çok seviyorum. “Polis arabası yapmak istiyorum.” (O14:MAE, 9 yaş)

“Bende oyuncak yapmak istiyorum.” (O15:AA, 11 yaş)

Çocukların hastanede yaptıkları gözlemler onların sağlık algılarını oluşturmaktadır. Çocuklar oyuncaklar aracılığı ile hasta insanları, sağlıklı insanları ve kendilerini nasıl algıladıklarını ortaya koymaktadır. Aşağıda bu görüşlerine yönelik bazı örnekler sunulmuştur:

“Malzemelerime bak, kafa, kollar, bacaklar için uygun. Robota birde silah yapmalıyım. Benim serumum silahı olsun.” (O3:MAA, 12 yaş)

“Benim gibi oda hastanede yatıyor, serum taktım, iyileşecek. Buda normal çocuk. Okuldaki diğer arkadaşlarım gibi. Gerçek kolları olsun.” (O4:NA, 8 yaş)

“Bir adam için kol bacak almalıyım.” (O8:HHY, 8 yaş)

“Ben bilim adamıyım.” (O9:CZ, 12 yaş)

“Bir bebek yaptım ama hasta oda benim gibi.” (O11:YH, 11 yaş)

“Bebeğim benim gibi hasta, ama pazartesi taburcu olacak.” (O13:YB, 9 yaş)

Çocuklar sanat temelli bir hemşirelik girişimi ile oyuncak yapımı için atık malzemeleri seçerek oyuncağı oluşturmaya kadar geçen süreçte, yeteneklerini fark eder, yaratıcı düşünmeye, yaratıcı düşüncüyü geliştirmeye başlarlar. Aşağıda bu görüşlerine yönelik bazı örnekler sunulmuştur:

“İstediğim her şeyi seçebilir miyim? İstediğim oyunu oynayabilir miyim bunlarla? Bak doktor oldum, Şimdi hemşireyim. Benim dolabım onun odası.”
(O1:EI, 10 yaş)

“İstediğim her şeyi yapabilir miyim? Ne zaman yeni şeyler alabilirim? Bu matematik tahtası. Matematik labirenti. Hastanede yangın çıkarsa diye yangın söndürme tüpü yaptım. Ben itfaiyeciyim. Pervane yaptım, istersen binip uçabilirsin. Bu bir tren, hani matematik tahtasıydıya, değiştirdim, renkli vagonlu bir tren.” (O2:BT, 8 yaş)

“Diğer çocuklar neler yaptılar? Bu yaptığım ev köydeki evimiz. Bu benim kalbim. Ben bir asker yapmak isterim. Ben pek oyuncak yapmayı beceremem. Bir robot olabilir.” (O3:MAA, 12 yaş)

“Bebek yaptım, hastanede yatıyor. Buda normal çocuk. Bu resim hastane. Bebek yapabilir miyim?” (O4:NA, 8 yaş)

“Robot yapabilir miyim? Çok şey gerekli, her şey var. Çiftlik yapacağım hayvanlarım olacak. Köydeki evimizi yapacağım. Suyu yemleri her şeylerini koydum. Hayvanları kağıttan mı yapsam? Kapaklardan hayvan yapacağım. Hayvansız çiftlikte olur değil mi? Bu yeni robotum.” (O5:ZT, 9 yaş)

“Ne kadar çeşitli malzeme var. Bebek yapacağım.” (O6:ENÇ, 12 yaş)

“Ben yapamam ki!” (O7:BR, 8 yaş)

“Ben çok güzel şeyler yaparım, ama çok malzemeye ihtiyacım olacak. Bir adam için kol bacak almalıyım. Çiftliğime bak, bu üstündekiler hayvanlarım. Onlara yem ve suda koydum. Yangın söndürme tüpü o.” (O8:HHY, 8 yaş)

“Makası ben kullanırım, o küçük. Çok şey gerekecek. Bunlar deneylerimiz. Bunlar elektirik kablosu gibi, işte şurada ışık yanıyor.” (O9:CZ, 12 yaş)

“Bu bir papağan.” (O10:HG, 11 yaş)

“Bebeğimi tedavi etmeliyim. Serumunu taktım, serumunu yatağın başına astım. Ben filme (Röntgen) gidiyorum. Bebekler yatakta yatmalı, ben gelene kadar serumları biter.” (O11:YH, 11 yaş)

“O benim arkadaşım.” (O13:YB, 9 yaş)

“Bak bu polis arabam. Arabanın sirenleri bunlarda.” (O14:MAE, 9 yaş)

“Dünya ve güneş sistemi bu. Mavi olan dünya, diğerleri gezegenler, beyaz olan uydu.” (O15:AA, 11 yaş)

Çocukların sanat temelli bir hemşirelik girişimi sonucu oluşturduğu oyuncağın farklı anlamları vardır. Çocuk için oyuncak kimi zaman arkadaş, kimi zaman odadaki diğer çocuklarla paylaşım aracı, kardeşi ile beraber yapabildikleri aktivite aracıdır. Aşağıda bu görüşlerine yönelik bazı örnekler sunulmuştur:

“Bu bebek, benim hastanedeki arkadaşım. Bebeğimi kardeşlerime götüreceğim.” (O1:EL, 10 yaş)

“Kardeşimle yapabilir miyiz?” (O9:CZ, 12 yaş)

“Abimle bir seyler üretebiliriz.” (O10:HG, 11 yaş)

“Benim bebeğime arkadaş bir bebek yapacağım. Onlar arkadaş oldu.” (O11:YH, 11 yaş)

“Beraber uyudum, o benim arkadaşım.” (O13:YB, 9 yaş)

Çocuklar oyuncak yaparken hastalığını unutarak odak noktasını oyuncak yapmaya kaydırmaktadır. Fakat aynı zamanda çocuk oyuncakla tedavisini canlandırmakta, oyuncak ile oynadığı oyunda iyileşmeye çalışmakta, travmatik işlemlerde baş etme becerisi geliştirmektedir. Aşağıda bu görüşlerine yönelik bazı örnekler sunulmuştur:

“Bak doktor oldum, seni iyileştireceğim. Şimdi hemşireyim, ilaçlarını içmelisin, iğnede yapmak gerek.” (O1:EI, 10 yaş)

“Her gün yapabilir miyim? Her gün yanıma gelir misin hemşire abla?” (O3:MAA, 12 yaş)

“Serum taktım.” (O4:NA, 8 yaş)

“Teyzemi hasta yaptım, ilaç verdim.”

“Bu ilaç kaşığına da alabilir miyim, benim ilacımın içinde de var. Annem hasta olmuş, ona da serum taktım, iğne yaptım poposuna, ilaçta verdim, artık iyileşir.” (O8:HHY, 8 yaş)

“Sürekli hastanede yatıyorum. Serum seti, enjektör, anjiyoket alacağım, hemşire ablalar bunları kullanıyor. Bebeğimi tedavi etmeliyim, anjiyoket takmalıyım, hemşire ablalar hastaneye gelince hemen takarlar çünkü. Serumunu taktım. Bebekler yatakta yatmalı.” (O11:YH, 11 yaş)

“Bunlar hemşirelerinkine benziyor. Enjektör, maske alabilir miyim? Benim gibi serumu var, buhar alıyor.” (O12:AA, 12 yaş)

“Benim gibi hasta, ama pazartesi taburcu olacak.” (O13:YB, 9 yaş)

Çocukların sanat temelli hemşirelik girişimi ile “Hemşirenin anlamı” temasında hemşireyi nasıl algıladıkları alt boyutlar ile aşağıda açıklanmıştır.

Çocuk yaptığı oyuncakı hemşire ile arasında yeni bir iletişim aracı ve paylaşımda artma sağlayan ortak bir aktivite olarak görmektedir. Çocuk oyuncakı hemşireye sevgi, güven ve ilgisini ifade etme aracı olarak kullanmaktadır. Çocuk bu süreçte hemşireyi sevdiği insanların yerine koyarak, daha değerli algılamakta ve hemşirenin

rollerinde ki değişimi fark etmektedir. Aşağıda bu görüşlerine yönelik bazı örnekler sunulmuştur:

“Hemşire abla sonra gelip yaptıklarına bakar mısın? Seninle oyun oynamak istiyorum. Bu bebek, beğendin mi?” (O1:EI, 10 yaş)

“Daha sonra yaptığım oyunağa bakar mısın? Oyuncak yapmak zevkli, hep sizi görebilir miyim?” (O2:BT, 8 yaş)

“Her gün yanıma gelir misin hemşire abla? Başka ocuklara da veriyor musun? Hemşire abla babam gelince seninle tanıştırmak istiyorum, gelir misin? Hemşire abla seninle beraber yapabilir miyiz?” (O3:MAA, 12 yaş)

“Hemşire ablalarımı çok seviyorum.” (O4:NA, 8 yaş)

“Bana ne zaman malzeme vereceksin hemşire abla.” (O5:ZT, 9 yaş)

“Hemşire abla, çiftliğime bak, ben yaptım.” (O8:HHY, 8 yaş)

“Ben hemşire ablalarımı çok seviyorum. Daha önce onlarla hiç böyle şeyler yapmamıştık. Hemşire ablalar hastaneye gelince hemen elime iğne takarlar çünkü.” (O11:YH, 11 yaş)

“Bunlar hemşirelerinkine benziyor.” (O12:AA, 12 yaş)

“Bak bu polis arabam.” (O14:MAE, 9 yaş)

6.2.3. Deney Grubu Refakatçi Görüşleri

Hipotez 3’ (Sanat temelli hemşirelik girişimi okul dönemi 8-12 yaş hastanede yatan çocukların hastanede ki yaşam kalitesini etkiler) test etmek için refakatçilerin çocuklarına uygulanan sanat temelli hemşirelik girişimi sürecindeki görüşleri nitel olarak değerlendirilmiş, “Oyuncağın anlamı, Oyun odaları” olmak üzere 2 ana tema altında toplanmıştır. Bu temalar alt boyutlarıyla Tablo XIV’de gösterilmiştir.

Tablo XIV: Refakatçi için Sanat Temelli Hemşirelik Girişimi Temalarının Alt Boyutlarının Dağılımı

GRUP	REFAKATÇİLER
Tema 1	Oyuncağın Anlamı
Alt Boyut	1.Eğlenceli vakit geçirme aracı 2.Yatakta vakit geçirebilme 3.Oda içi faaliyet 4.Hastanede zevkli zaman geçirebilme 5.Farklı aktivite alanı 6.Anneyi aktivite sıkıntısından kurtarma 7.Evdeki gibi faaliyet yapma 8.Çocuğun tek başına faaliyeti 9.Çocukla oyun kurabilme 10.Ebeveyne dinlemek için fırsat 11.Anneye boş zaman fırsatı 12.Değerli bir oyuncak 13.Duygularını ifade etme 14.Hemşirelere güven duyma 15.Tedavisini ifade etme
Tema 2	Oyun Odaları
Alt Boyut	1.Çok eğlenceli 2.Hep açık kalmalı 3.Bilgisayar var 4.Küçük çocuklara göre 5.Büyük çocuklar için uygun değil 6.Bilgisayar az 7.Oyuncak az 8.Akşam ve hafta sonu kapalı

Oyuncak yapımı sadece çocuğu değil, çocuğu ile hastanede kalan refakatçiler içinde eğlenceli vakit geçirme aracıdır. Kimi zaman çocukları yatakta, hastanede tutmakta zorlanan refakatçiler için sanat temelli bir hemşirelik girişimi çocuğu yatakta, odada, hastanede tutabilmek için çok uygun bir aktivitedir. Aynı zamanda oyuncak yapımı, farklı bir aktivite alanı olarak anneyi hastanede çocuğa aktivite üretme sıkıntısından kurtarmaktadır. Çocuk kendi evindekine benzer, tek başına bir faaliyet yapmaktadır. Aşağıda bu görüşlerine yönelik bazı örnekler sunulmuştur:

“Yatakta durduramıyorum. Akşam olunca vakit geçmiyordu bu akşam iyi vakit geçti.” (R1: EI, babaanne, 70 yaş)

“Yatağında olduğu sürece bir şeylerle meşgul olmak istiyor. Televizyon izlemiyor. Yaptığı oyuncakları yapıp bozuyor, tekrar tekrar deneyerek farklı şekiller yapmaya çalışıyor. Oyuncak yaparken beni unuttu.” (R2: LT, anne, 36 yaş)

“Yatakta kalması için bu oyuncak çok iyi oldu, canım sıkılıyor diye beni çok üzüyordu.” (R3: GA, anne, 50 yaş)

“Evde kendi başına oyun oynar, sürekli bir şeyler, kesip boyar, buda evdeki gibi oldu. Çocuklar için çok güzel, beni de çok sıkıyor. Kaç saattir sesi çıkmadan oyun oynuyor. Çok mutlu oldu.” (R4: NA, anne, 43 yaş)

“Canım sıkılıyor diyordu, artık çok meşgul. Sanırım bugün odadaki çocuklara da oyuncak yapacak.” (R5: FT, anne, 38 yaş)

“Yatakta rahatlıkla yapılacak bir şey. Odadaki diğer kızla oynadılar akşam vakti, herkes gidince.” (R6: GÇ, anne, 38 yaş)

“Yatağında malzemeleri döktü, uzun süre parçalarla oynadı. Çok güldü sonrada, benim gibi oldun anne dedi.” (R7: ER, anne, 43 yaş)

“Nefes almada güçlük çekiyordu ama sürekli bunlarla oynadı. Oyuncağa daldı iyi oldu. Vallahi çok eğlendi, meşgul oldu.” (R8: GY, anne, 26 yaş)

“Bende onlarla oyun oynayamıyorum. Akşam boyunca yataklarında oynadılar, ben anlamam bir şeyler yaptılar. Okul çocuğu bu, sever böyle şeyleri.” (R9: EZ, babaanne, 74 yaş)

“Hep yatakta olmak, hastanede kalmak çok can sıkıcı. Bu tür eğlenceli bir uğraş insanı meşgul ediyor, hem de mutlu oluyorsun.” (R10: SG, abla, 20 yaş)

“Bu malzemelere dokunmak onu mutlu etti.” (R11: ŞH, anne, 59 yaş)

“Oyun odasına gitmez, yatağında otururdu.” (R12: SA, anne, 30 yaş)

“Akşam oda da önce oyuncak yapmadan malzemelerle oynadı. Oğlum sabah oynarsın dedim, hayır dedi, beraber uyudular.” (R13: HB, anne, 25 yaş)

“Aslında bunlarla uğraşması güzel ama yatağında testlerini çözse daha iyi olur.” (R14: ŞE, anne, 28 yaş)

Çocukla birlikte hastane ortamındaki kısıtlı olanakları paylaşan refakatçiler sanat temelli hemşirelik girişimini hastanede çocukla beraber yapabilecekleri bir aktivite olarak görmektedir. Çocuk bu aktiviteyi tek başına yaptığı zaman ise refakatçiler bu süreci dinlenmek, kendine zaman ayırmak için bir olanak olarak değerlendirmektedir. Aşağıda bu görüşlerine yönelik bazı örnekler sunulmuştur:

“Ben yaşlıyım, hastayım, onunla ilgilenemiyorum. Akşam yemekten sonra beni de oyuna kattı. Bu yaştan sonra bende oyun oynadım, kızım. Beni bile oynattı.” (R1: Babaanne, 70 yaş)

“3 gündür eve gidemiyorum, kişisel bakımını yapmak istiyorum, 1 saat bile başkasıyla kalmıyor.” (R2: LT, anne, 36 yaş)

“Akşam oyun oynadık beraber. İlle de anne sen hastam ol dedi, peki dedim.” (R8: GY, anne, 26 yaş)

“Ben yaşıyım, hastayım. Anneleri gelemez. Bende onlarla oyun oynayamıyorum.” (R9: EZ, babaanne, 74 yaş)

“Oyuncak konusunda bende fikir verdim.” (R10: SG, abla, 20 yaş)

“Benden yardım istedi. Seti bidona saptırdık.” (R13: HB, anne, 25 yaş)

Refakatçiler sanat temelli hemşirelik girişimini sonucu çocuklarının yaptıkları oyuncaklar aracılığı ile hemşirelere, tedavi işlemlerine yönelik duygularını açığa çıkardıklarını ifade etmiştir. Bu süreç refakatçilere göre çocukların hemşirelere güven duymasını sağlamaktadır. Aşağıda bu görüşlerine yönelik bazı örnekler sunulmuştur:

“Doktorculuk oynadı, sırtımı dinledi, ilaç verdi.” (R1: Babaanne, 70 yaş)

“Oyuncakların hepsini eve götürmek istiyor, ev zaten oyuncak dolu. Çok eşya var otobüsle gideceğiz, kendi ayıcıklarını al sadece. O zaman sadece birini al.” (R2: LT, anne, 36 yaş)

“Hemşireler sadece ilaç yapıyor sanıyordu.” (R3: GA, anne, 50 yaş)

“Neden sürekli ben hastanede yatıyorum, diğer okuldaki arkadaşlarım gibi değilim, dışarıda hasta olmadan oynamak istiyorum, der. Hemşireler sadece tedavi yapıp gider, sanıyorduk. Ayda bir hastaneye yatarız ama hiç böyle bir şey görmedik. Serum akmayınca artık ne olacağını biliyor. Oyuncak yapmak istememişti, kaç saattir sesi çıkmadan oyun oynuyor. Resim yaptı, resmine bakmanızı istiyor.” (R4: NA, anne, 43 yaş)

“Oyuncakları eve götürebilir mi?” (R5: FT, anne, 38 yaş)

“Daha sonra bana serum iğnesi taktı, çok acıdı mı dedi, yok dedim. Bantladı. Çok güldü sonrada, benim gibi oldun anne dedi.” (R7: ER, anne, 43 yaş)

“İğne yaptı bana, şurup verdi kaşıkla.” (R8: GY, anne, 26 yaş)

“Hemşireleri çok seviyor, yanlarında olmak istiyor ama hemşireler çok yoğun oluyor, ilgilenemiyorlar. Hemşire olmak istiyor.” (R11: ŞH, anne, 59 yaş)

“Diğer çocuğun bakmasına izin vermedi, Benden bile gizledi yaparken sadece hemşire ablaya gösteririm dedi.” (R12: SA, anne, 30 yaş)

“Bebeğine serumu taktı. Hastane arkadaşımı.” (R13: HB, anne, 25 yaş)

“Oyuncağını çocuklara gösterdi, sizin görmenizi istedi, akşamki hemşirelere de gösterdi. Oyun odasına da götürdü.” (R15: HA, anne, 28 yaş)

Oyun odaları hastanelerde çocukların diğer çocuklarla ortak oynayabileceği alanlardır. Refakatçiler sanat temelli hemşirelik girişimi süresince “Oyun odaları” teması altında “Olumlu ve Olumsuz” görüş bildirmişlerdir.

Oyun odalarının bilgisayar ve oyuncaklar ile çocukları için eğlenceli olduğunu ve gün boyu açık kalmasını istediklerini belirtmişlerdir. Aşağıda “Olumlu” görüşlerine yönelik bazı örnekler sunulmuştur:

“Oyun odasında oynarlar. Hep açık olsa keşke.” (R1: Babaanne, 70 yaş)

“Ya oyun odasında ya yatağında oyuncakları ile hep oyun.” (R2: LT, anne, 36 yaş)

“Oyun odası da olmasa çok sıkılırdı. Bilgisayarda var ya.” (R4: NA, anne, 43 yaş)

“Oyun odasında eğlendiler.” (R8: GY, anne, 26 yaş)

“Ben yaşlıyım, oyun odasına giderler hep.” (R9: EZ, babaanne, 74 yaş)

“Oyun odası da olmasa çok sıkılır.” (R11: ŞH, anne, 59 yaş)

“Bilgisayar varsa tamam.” (R13: HB, anne, 25 yaş)

“Oyun odasındaki bilgisayarı seviyor.” (R14: ŞE, anne, 28 yaş)

“Oyuncağını oyun odasına da götürdü.” (R15: HA, anne, 28 yaş)

Çocukların oyun oynayabileceği tek alan olan oyun odaları için refakatçilerin “Olumsuz” olarak değerlendirilecek farklı bakış açıları bulunmaktadır. Büyük çocuğu olan refakatçiler oyun odalarının küçük çocuklara göre olduğunu belirtmişlerdir. Büyük çocuklar için bilgisayar, kitap gibi olanaklardan yetersiz olduğunu belirtmişlerdir. Ayrıca oyuncak çeşidinin ve sayısının az olması, oyun odalarının kısıtlı bir zaman aralığında hizmet vermesi, akşamları ve hafta sonları kapalı olması refakatçiler açısından eksiklik olarak değerlendirilmiştir. Aşağıda bazı örnekler sunulmuştur:

“Akşam olunca vakit geçmiyor, oyun odasını kapatmasalar.” (R1: Babaanne, 70 yaş)

“Hafta sonu oyun odası kapalı olduğu için çok sıkıldı.” (R2: LT, anne, 36 yaş)

“Oyun odasında küçük çocuklar var diye gitmez. Ben büyüdüm ne işim var orda diyor.” (R3: GA, anne, 50 yaş)

“Bebekleri çok sever, oyun odasında oyuncaklar az. Evden bebeğini getirdi.”
(R4: NA, anne, 43 yaş)

“Oyun odasına pek gitmiyor, odadaki çocuklarla oynuyor.” (R5: FT, anne, 38 yaş)

“Kızım büyüdü, oyun odasına gidip çocuklarla oyun oynamaz. Büyük çocuklar için kitap yok, bilgisayarda bir tane.” (R6: GÇ, anne, 38 yaş)

“Çekingendir, oyun odasına gitmez, kalabalık.” (R7: ER, anne, 43 yaş)

“Hep yatakta olmak, hastanede kalmak çok can sıkıcı. Bu tür eğlenceli bir uğraş insanı meşgul ediyor, hemde mutlu oluyosun. Bende fikir verdim.” (R10: SG, abla, 20 yaş)

“Kızım hastaneye bebeğiyle gelir. Hemşireleri çok seviyor, yanlarında olmak istiyor ama hemşireler çok yoğun oluyor, ilgilenemiyorlar. Hemşire olmak istiyor. Bu malzemelere dokunmak onu mutlu etti, kendine ne yapıldıysa bebeğe de yaptı.” (R11: ŞH, anne, 59 yaş)

“Oyun odasına gitmez, yatağında oturur.” (R12: SA, anne, 30 yaş)

“Bilgisayar için sıraya giriyorlar, sıkılıyor.” (R13: HB, anne, 25 yaş)

“Bilgisayar bir tane, çocukları geliştirici oyuncaklar yok.” (R14: ŞE, anne, 28 yaş)

6.1.1. Hemşire Görüşleri

Hipotez 4’ü (Sanat temelli hemşirelik girişimi hemşirelik bakımının kalitesini etkiler) test etmek için hemşirelerin sanat temelli bir hemşirelik girişimi için görüşleri nitel olarak değerlendirilmiş, 4 ana tema oluşmuştur. Bu temalar “Çocuk ve Hastane Ortamı, Atık Toplanması Ait Görüşler, Hemşire Gözüyle Çocuk için Sanat Temelli Hemşirelik Girişiminin Anlamı, Hemşire açısından Sanat Temelli Hemşirelik Girişiminin Anlamı,” olup alt boyutlarıyla Tablo XV’de gösterilmiştir.

Tablo XV: Hemşireler için Sanat Temelli bir Hemşirelik Girişiminin Temaların Dağılımı

GRUP	HEMŞİRELER
Tema 1 Alt Boyut Alt Boyut	Çocuk ve Hastane Ortamı Hastaneler Oyun odaları
Tema 2	Atık Toplamasına Ait Görüşler
Tema 3	Hemşire Gözüyle Çocuk Açısından Sanat Temelli Hemşirelik Girişiminin Anlamı
Tema 4	Hemşire Açısından Sanat Temelli Hemşirelik Girişiminin Anlamı

Hemşireler çocukların gözüyle hastane ortamına yönelik görüş bildirmişlerdir. “Çocuk ve Hastane Ortamı” teması altında 2 alt tema oluşmuştur. Temalar ve alt boyutlar Tablo XVI’da gösterilmiştir. Hemşireler “Hastanelerin Mevcut Yapısı Nasıldır?, Çocuklara Uygun Hastane Nasıl Olmalıdır?, Oyun Odaları” hakkında görüş bildirmiştir, görüşleri alt boyutları ile aşağıda açıklanmıştır.

Tablo XVI: Hemşireler için Çocuk ve Hastane Ortamı Teması ve Alt Boyutlarının Dağılımı

GRUP	HEMŞİRELER																						
Tema 1	Çocuk Ve Hastane Ortamı																						
Alt Tema	Hastaneler																						
	Hastanenin mevcut yapıları nasıldır? Hastaneler nasıl olmalı?																						
Alt Boyut	<table> <tr> <td>1.Çocuklara uygun tasarlanmamış</td><td>8.Duvarlar renkli boyanmalı</td></tr> <tr> <td>2.Olanaklar kısıtlı</td><td>9.Tablo ve resimler asılmalı</td></tr> <tr> <td>3.Hastane korkusu</td><td>10.Çocuklar için oyun odaları,</td></tr> <tr> <td>4.Temizlik yetersiz</td><td>11.Oyun parkları,</td></tr> <tr> <td>5.Çocuk sayısı fazla</td><td>12.Tiyatro, palyaço, eğitim etkinlikleri</td></tr> <tr> <td>6.Sadece televizyon bulunması</td><td>13.Gezi bir çocuk hemşiresi</td></tr> <tr> <td>7.Kişisel alan yetersiz</td><td>14.Her oda bir oyun odası</td></tr> <tr> <td></td><td>15.Çocuğa özel tek kişilik oda</td></tr> <tr> <td></td><td>16.Oyuncaklar</td></tr> <tr> <td></td><td>17.Kütüphane imkanı sağlanması</td></tr> <tr> <td></td><td>18.Çocuğa tıbbi malzeme tasarlama</td></tr> </table>	1.Çocuklara uygun tasarlanmamış	8.Duvarlar renkli boyanmalı	2.Olanaklar kısıtlı	9.Tablo ve resimler asılmalı	3.Hastane korkusu	10.Çocuklar için oyun odaları,	4.Temizlik yetersiz	11.Oyun parkları,	5.Çocuk sayısı fazla	12.Tiyatro, palyaço, eğitim etkinlikleri	6.Sadece televizyon bulunması	13.Gezi bir çocuk hemşiresi	7.Kişisel alan yetersiz	14.Her oda bir oyun odası		15.Çocuğa özel tek kişilik oda		16.Oyuncaklar		17.Kütüphane imkanı sağlanması		18.Çocuğa tıbbi malzeme tasarlama
1.Çocuklara uygun tasarlanmamış	8.Duvarlar renkli boyanmalı																						
2.Olanaklar kısıtlı	9.Tablo ve resimler asılmalı																						
3.Hastane korkusu	10.Çocuklar için oyun odaları,																						
4.Temizlik yetersiz	11.Oyun parkları,																						
5.Çocuk sayısı fazla	12.Tiyatro, palyaço, eğitim etkinlikleri																						
6.Sadece televizyon bulunması	13.Gezi bir çocuk hemşiresi																						
7.Kişisel alan yetersiz	14.Her oda bir oyun odası																						
	15.Çocuğa özel tek kişilik oda																						
	16.Oyuncaklar																						
	17.Kütüphane imkanı sağlanması																						
	18.Çocuğa tıbbi malzeme tasarlama																						
Alt Tema	Oyun Odaları																						
Alt Boyut	<table> <tr> <td>1. Oyun odaları çok gerekli</td><td>9.Bulaşıcı hastalık riski var</td></tr> <tr> <td>2. Yalnız hissetmez</td><td>10. Çalışma saatleri az</td></tr> <tr> <td>3. Hemşireler için gerekli</td><td>11. Kitap ve okuma salonu olmalı</td></tr> <tr> <td>4. Oyun odaları olmamalı</td><td>12. Oyuncak dezenfeksiyonu yok</td></tr> <tr> <td>5. Oyun odaları yetersiz</td><td>13. Oyuncaklar tek kullanımlık olmalı</td></tr> <tr> <td>6. Oyun odası temizliği yetersiz</td><td>14. Oyuncak çeşidi az</td></tr> <tr> <td>7. Oyun odası tasarımı uygun değil</td><td>15. Her çocuğa özel oyuncak olmalı</td></tr> <tr> <td>8. Oyun odaları çok kalabalık</td><td>16. Zihin geliştirici oyuncaklar seçilmeli</td></tr> </table>	1. Oyun odaları çok gerekli	9.Bulaşıcı hastalık riski var	2. Yalnız hissetmez	10. Çalışma saatleri az	3. Hemşireler için gerekli	11. Kitap ve okuma salonu olmalı	4. Oyun odaları olmamalı	12. Oyuncak dezenfeksiyonu yok	5. Oyun odaları yetersiz	13. Oyuncaklar tek kullanımlık olmalı	6. Oyun odası temizliği yetersiz	14. Oyuncak çeşidi az	7. Oyun odası tasarımı uygun değil	15. Her çocuğa özel oyuncak olmalı	8. Oyun odaları çok kalabalık	16. Zihin geliştirici oyuncaklar seçilmeli						
1. Oyun odaları çok gerekli	9.Bulaşıcı hastalık riski var																						
2. Yalnız hissetmez	10. Çalışma saatleri az																						
3. Hemşireler için gerekli	11. Kitap ve okuma salonu olmalı																						
4. Oyun odaları olmamalı	12. Oyuncak dezenfeksiyonu yok																						
5. Oyun odaları yetersiz	13. Oyuncaklar tek kullanımlık olmalı																						
6. Oyun odası temizliği yetersiz	14. Oyuncak çeşidi az																						
7. Oyun odası tasarımı uygun değil	15. Her çocuğa özel oyuncak olmalı																						
8. Oyun odaları çok kalabalık	16. Zihin geliştirici oyuncaklar seçilmeli																						

Hemşireler hastanelerin yapısının çocuklara uygun olmadığını belirtmişlerdir. Hastanelerin erişkinler için bile renksiz, soğuk bir ortam olduğunu çocuklara uygun tasarlanmadığını belirtmiştir. Çocuklar hastaneden korkmakta, itici bulmakta, hastane deyince çoğu zaman ağlayarak tepki vermektedir. Hastanenin pek çok yerinde çocuk hasta tanı ve tedavi işlemleri için bulunurken, sadece çocuk servisleri çocuklara uygun ortamlar oluşturmaktadır. Hastane olanakları kısıtlı ve servislerde çocuklar sadece televizyon izlemektedir. Hemşireler hastane odalarında yatan çocuk sayılarının fazla, temizliğinin yetersiz olduğunu belirtmiştir. Aşağıda bu alt boyutları kapsayan hemşire görüşlerine örnekler verilmiştir:

“Çocuklara yönelik hiç birşey yok. Odalar çocuklara uygun değil, çok hasta var.” (H1:SG, lisans mezunu, hizmet yılı 13)

“Klinik içinde sürekli televizyon izlemeleri uygun değil. Hastanenin tüm kısımları çocuklara uygun dizayn edilmemiş.” (H4:CM, lisans mezunu, hizmet yılı 6)

“Hastaneler fiziki anlamda çocuklara uygun değil. Temizlik yetersiz.” (H6:DD, lisans mezunu, hizmet yılı 9)

“Hastaneler çocuklar için itici. Hastaneden nefret ediyorlar. Çocuk hastane deyince ağlar.” (H9:ZÇ, lisans mezunu, hizmet yılı 19)

“Hastanedeki olanaklar kısıtlı. Ortam bir erişkin için bile çok soğuk.” (H11:HK, lisans mezunu, hizmet yılı 6)

“Çocuklar için servislerde düzenleme yok.” (H13:ZD, lisans mezunu, hizmet yılı 18)

“Hastanenin alanları çocuk için yeterli değil. Hemşireler çocuklar için bir şey yapacaksa kendi olanaklarını kullanmak zorunda kalıyor.” (H14:SD, lisans mezunu, hizmet yılı 28)

“Hastanelerde diğer servislerde sadece televizyon var.” (H15:EO, lisans mezunu, hizmet yılı 8)

“Servislerde çocuklara özel bir düzen yok.” (H17:RD, lisans mezunu, hizmet yılı 24)

“Hastane çocuklar için uygun olanaklara sahip değil.” (H18:DD, ön lisans mezunu, hizmet yılı 2)

“Çocuklara özel hiç birşey yok.” (H19:KÇ, lisans mezunu, hizmet yılı 3)

Hemşireler çocuklara uygun olmadığını düşündükleri hastane yapısının çocuklara uygun hale getirilebilmesi için bazı önerilerde bulunmuştur. Hemşireler hastanenin tüm servislerinin çocuklara uygun tasarlanması gerektiğini duvarların farklı boyanarak, tablo ve resimler asılarak renkli hale getirilmesi gerektiğini belirtmiştir. Hemşireler hastanede çocuklar için oyun odaları, oyun parkları gibi alanlar yapılmasını, hastane olanakları içerisinde tiyatro, palyaço, eğitim etkinlikleri planlanmasını önermiştir. Tüm hastanede gezici bir çocuk hemşiresinin bulunarak çocuk hastalarla ilgilenebileceğini belirtmiştir.

Hemşireler çocukların tek kişilik odada kalması ancak her odanın bir oyun odası gibi tasarlanarak çocuğa özel bir oda da çocuğa ait vakit geçirebileceği oyuncaklar, televizyon, bilgisayar olanağı sunulması gerektiğini vurgulamışlardır. Hemşireler her yaş grubunun ayrı değerlendirilmesi gerektiğini kütüphane olanağının sağlanması ve etkinlik planlanabileceğini belirtmiştir. Hemşirelerin çocuklar için kullandıkları tıbbi malzemelerde değişiklik yapılarak, çocuklara uygun renk, şekil olarak tasarlanabileceğini önermiştir. Aşağıda bu alt boyutları kapsayan hemşire görüşlerine örnekler verilmiştir:

“Okul çocukları için kütüphane, oyun odası olabilir. Tüm hastane için özel bir çocuk hemşiresi çocukların oyun gereksinimleri ile ilgilenebilir.” (H2:EA, lisans mezunu, hizmet yılı 17)

“Klinik içinde bir şeyler olmalı. Çocuğa özel olmalı, oda içi faaliyet olmalı.” (H5:YK, ön lisans mezunu, hizmet yılı 8)

“Çocuklara uygun bireysel alanlar arttırılabilir.” (H6:DD, lisans mezunu, hizmet yılı 9)

“Çocukları mutlu edecek bir şeyler olmalı. Oyun parkı olabilir. Olanaklar dahilinde her çocuğa özel oyuncak verilebilir.” (H9:ZÇ, lisans mezunu, hizmet yılı 19)

“Eğlenceli, daha uygun bir ortam oluşturulabilir. Duvar renkleri değişmeli, tablolar resimler olmalı. Çocuklara kullanılan malzemelere oyuncak bir parça eklenebilir. Enjektörler renklendirilebilir. Duvarlara çizgi film kahramanları çizilebilir. Takım rengine göre malzeme kullanılabilir.” (H11:HK, lisans mezunu, hizmet yılı 6)

“Hastanelerde çocukları eğlendirecek palyaço, tiyatro grupları olmalı. Duygularını ifade edecek uzman kişiler olmalı.” (H12:HK, lisans mezunu, hizmet yılı 14)

“Çocuk hastalarımızın ilgisini çekecek oyuncak gibi malzemelere gereksinim var.” (H13:ZD, lisans mezunu, hizmet yılı 18)

“Çocuklar için geliştirici oyuncaklar olmalı. Bilgisayar artmalı. Kitap, kütüphane olmalı. Resim yapmak için her çocuğa özel materyal olabilir.” (H15:EO, lisans mezunu, hizmet yılı 8)

“Her servis için özel çocuk odası hazırlanmalı. Her oda oyun odasına dönüşmeli, her çocuğa özel olmalı. Odalarda oyuncak, DVD olabilir. Duvarlar renkli olabilir. Hemşire hasta yatağına basit oyuncaklar verebilir.” (H16:GÖ, lisans mezunu, hizmet yılı 6)

“Servislerde çocuklara özel bir düzen yok, özel düzenlemeler yapılabilir. Duvarlar resimli, oyuncaklar, eğitim malzemeleri ile donatılabilir.” (H17:RD, lisans mezunu, hizmet yılı 24)

“Aynı yaşlar ile birlikte etkinlik yapılmalı.” (H19:KÇ, lisans mezunu, hizmet yılı 3)

Hemşireler her hastanenin olanakları çerçevesinde ve genellikle çocuk servislerinde bulunan oyun odaları için görüş bildirmiştir. Hemşireler oyun odalarının çocukların kendilerini hastanede yalnız hissetmeyecekleri diğer çocuklarla oyun oynadıkları gerekli bir birim olarak belirtmiştir. Oyun odalarının var olmasının hemşire açısından da olumlu olduğunu belirtmiştir. Aşağıda bu alt boyutları kapsayan hemşire görüşlerine örnekler verilmiştir:

“Sadece çocuk servisinde oyun odaları var.” (H2:EA, lisans mezunu, hizmet yılı 17)

“Oyun odaları olmalı. Kendisini yalnız hissetmez.” (H3:DS, ön lisans mezunu, hizmet yılı 26)

“Oyun odası gerekli.” (H4:CM, lisans mezunu, hizmet yılı 6)

“Oyun odaları olması iyi.” (H6:DD, lisans mezunu, hizmet yılı 9)

“Oyun odası hemşireler için avantaj.” (H7:FA, ön lisans mezunu, hizmet yılı 21)

Hemşireler çocukların ortak kullandıkları oyun odaları için risklere yönelik görüş bildirmişler ve önerilerde bulunmuştur. Hemşireler oyun odalarının kronik hastalığı olan çocukların servisinde de bulunması gerektiğini belirterek açık olduğu saatlerin az olduğunu belirtmiştir. Hemşireler oyun odalarının küçük fakat çok kalabalık olduğunu, temizliğin yetersiz olduğunu ve enfeksiyon açısından riskli bulduklarını belirtmiştir. Hemşireler riskler nedeniyle oyun odalarının olmaması gerektiğini söylerken, farklı yaşlar için kitap ve okuma salonlarını önermiştir. Aşağıda bu alt boyutları kapsayan hemşire görüşlerine örnekler verilmiştir:

“Oyun odaları enfeksiyonun yayılması açısından riskli. Oyun odaları olmamalı.” (H1:SG, lisans mezunu, hizmet yılı 13)

“Ama hastanede farklı birimlerde çocuk yatıyor, onlar oyun odalarını kullanamıyor. Oyun odaları tüm hastane için yeterli değil. Okul çocukları için özel kütüphane, oyun odası olabilir.” (H2:EA, lisans mezunu, hizmet yılı 17)

“Kronik hastalar için oyun odaları yok.” (H4:CM, lisans mezunu, hizmet yılı 6)

“Oyun odası tek olduğu için enfeksiyon açısından riskli. Çocuğa özel olmalı, oda içi faaliyet olmalı. Oyun odası çok hijyenik değil, Her çocuğa özel olmalı. Ortak oyun odaları mantıklı değil.” (H5:YK, ön lisans mezunu, hizmet yılı 8)

“Oyun odaları olması iyi fakat gece ve hafta sonu kapalı.” (H6:DD, lisans mezunu, hizmet yılı 9)

“Oyun odaları yeterli değil. Oyun odaları hastalık bulaşması açısından riskli.” (H8:DS, ön lisans mezunu, hizmet yılı 13)

“Oyun odaları yeterli fakat çok küçük, dizaynları uygun değil. Oyun odaları çok kalabalık, çocuklar için riskli. Oyun odalarının temizliği yetersiz.” (H20:SNY, ön lisans mezunu, hizmet yılı 21)

Hemşireler çocukların oyun odalarında ortak kullandıkları oyuncaklar için görüş bildirmiş ve önerilerde bulunmuştur. Hemşireler oyun odalarında oyuncakların yeteri kadar temizlenmediğini, bakımlarının yapılmadığını belirtmiştir. Bu nedenle hemşireler tek kullanımlık oyuncak ya da temizlenebilen oyuncak önermiştir. Hemşireler oyuncak çeşidinin ve sayısının az olduğunu belirterek çocukları geliştirici oyuncaklarla, oyuncak sayısının artırılmasını önermiştir. Aşağıda bu alt boyutları kapsayan hemşire görüşlerine örnekler verilmiştir:

“Oyuncaklar dezenfekte edilebilir olmalı ya da tek kullanımlık olmalı.” (H1:SG, lisans mezunu, hizmet yılı 13)

“Oyuncak temizliği güvenilir değil. Her çocuğa özel olmalı.” (H5:YK, ön lisans mezunu, hizmet yılı 8)

“Oyuncak bakımı yapılmıyor.” (H8:DS, ön lisans mezunu, hizmet yılı 13)

“Oyun odalarında yeterli oyuncak yok.” (H10:SK, lisans mezunu, hizmet yılı 8)

“Çocuklar için geliştirici oyuncaklar olmalı. Bilgisayar artmalı. Resim yapmak için her çocuğa özel materyal olabilir.” (H15:EO, lisans mezunu, hizmet yılı 8)

“Oyuncaklar az.” (H20:SNY, ön lisans mezunu, hizmet yılı 21)

Hemşirelerin sanat temelli bir hemşirelik girişimi için görüşlerinden oluşan 3 temadan “Atık Toplamasına Ait Görüşler, Hemşire Gözüyle Çocuk Açısından Sanat Temelli Hemşirelik Girişiminin Anlamı” başlıklı 2 tema alt boyutları ile Tablo XVII’de gösterilmiştir.

Tablo XVII: Hemşirelerin, Atık Toplanmasına ait Görüşler, Hemşire Gözüyle Çocuk Açısından Sanat Temelli Hemşirelik Girişiminin Anlamı Temaları ve Alt Boyutlarının Dağılımı

GRUP	HEMŞİRELER
Tema 2	Atık Toplamasına Ait Görüşler
Alt Boyut	1. Basit malzemeler seçilmeli 2. Malzeme kolay bulunur olmalı 3. Geri dönüşüm açısından önemli 4. Hastane malzemelerine özenli 5. Hemşire topladığı sürece zararsız 6. Kronik hastalara çok gerekli 7. Hastaneyi tanıma olanağı 8. Tedavisini anlama olanağı
Tema 3	Hemşire Gözüyle, Çocuk Açısından Sanat Temelli Hemşirelik Girişiminin Anlamı
Alt Boyut	1. Derslerinde başarı 2. Yaratıcılığı geliştirir 3. El becerisini geliştirir 4. Gelişimlerine katkı sağlar 5. Mutlu eder 6. Korkuyu azaltır 7. Çocuğu rahatlatır 8. Servise ait hisseder 9. Değerli hisseder 10. Kabul edildiğini hisseder 11. Yatak içi bir aktivite 12. Kaliteli zaman geçirir 13. Hastane fobisini yener 14. Hastane sevgisi gelişir 15. Hastaneyi farklı algılama 16. Hastaneye uyum süreci 17. İletişim olanağı sağlar 18. Konuşmayan çocuklarda etkili araç 19. Yaşadıklarını oyuncakla anlatır 20. Çocuğun duygularını ifade etmesini sağlar 21. Aileye mesaj verir 22. Dikkatini dağıtmasına yardımcı olur 23. Dünyaya bakış açısını etkiler 24. Hastalığa bakışını değiştirir 25. Sonraki çocuklara örnek olur 26. Ağrıyı ifade etme aracı 27. Travmayı azaltır 28. Travmayla baş etmesini sağlar 29. Tanıyı kabullenmesine yardımcı olur 30. İşleme hazırlarken özendirici olur 31. Tedaviyi olumlu etkiler 32. Doktor fobisini çözebilir 33. Hemşire korkusunu yener 34. Hemşire imajı değişir 35. Hemşirelere yakınlık hisseder 36. Hemşire sevgisi 37. Hemşirelere güveni artırır 38. Hemşireyi kabul etme 39. Hemşireye mesaj verir

Hemşirelerin “Atık Toplamasına Yönelik Görüşleri” teması altında sanat temelli bir hemşirelik girişimi ile ilgili görüşleri aşağıda alt boyutlar ile açıklanmıştır.

Hemşireler sanat temelli bir hemşirelik girişimi ile çocuklara oyuncak yapmaları ya da oynamaları için verilecek atık malzemelerin kolay bulunan basit malzemelerden seçilmesi gerektiği belirtmişlerdir. Hastanede tanıtım ya da örnek amaçlı gelen pek çok zararsız, kullanılabilir atıl durumdaki malzemelerin yeniden oyuncak üretmek gibi çocuklar için önemli bir etkinlik için geri dönüşümü hemşirelerce çevre açısından kabul görmektedir. Aşağıda bu alt boyutları kapsayan hemşire görüşlerine örnekler verilmiştir:

“Basit malzemeler seçilmeli.” (H1:SG, lisans mezunu, hizmet yılı 13)

“Kullanılabilir temiz malzemeler olabilir.” (H2:EA, lisans mezunu, hizmet yılı 17)

“Küçük, işe yaramayan kullanılmayan malzemelerden ortaya eser çıkıyor.” (H3:DS, ön lisans mezunu, hizmet yılı 26)

“Atıl malzemeler çok kolay bulunur. Her şey değerlendirilebilir.” (H4:CM, lisans mezunu, hizmet yılı 6)

“Malzemeler çok kolay bulunur.” (H6:DD, lisans mezunu, hizmet yılı 9)

“Kullanılmayan malzemeler kullanılabilir.” (H8:DS, ön lisans mezunu, hizmet yılı 13)

“Oynayabileceği malzemeler verilebilir. Kullanılabilir malzemeler atık olmaz, tekrar değerlendirilir. H10”

“Çocuğun tuttuğu takım rengine göre malzeme kullanılabilir.” (H11:HK, lisans mezunu, hizmet yılı 6)

“Geri dönüşüm açısından pek çok malzemenin böyle kullanılması çok olumlu.” (H14:SD, lisans mezunu, hizmet yılı 28)

Hemşireler atık malzemelerin toplanmasını, çocuğun hastane malzemelerine özen artışı oluşturabileceği konusunda farklı bir bakış açısı ile değerlendirmiştir. Atık malzemelerin toplanması sırasında oluşacak riskler açısından malzemeleri birebir kullanan ve tanıyan kişi olarak hemşirelerin toplaması gerektiği, hemşirelerin çocuk için zararsız, çocuk yararına atık toplayabileceğini belirtmişlerdir. Aşağıda bu alt boyutları kapsayan hemşire görüşlerine örnekler verilmiştir:

“Tıbbi atıklardan oyuncak yapılabilir, risk olabilir ancak enfeksiyon kontrol hemşiresi gibi sadece bir grup hemşire tarafından toplanırsa sorun olmaz.”

(H1:SG, lisans mezunu, hizmet yılı 13)

“Hemşireler toplayacağı için çocuğa uygun mu, zarar verir mi bunu bilir, ona göre toplar.” (H2:EA, lisans mezunu, hizmet yılı 17)

“Bu malzemeler çocuklar için iyi oldu.” (H8:DS, ön lisans mezunu, hizmet yılı 13)

“Çocuk hastalarımızın ilgisini çekecek oyuncak gibi malzemelere gereksinim var.” (H13:ZD, lisans mezunu, hizmet yılı 18)

“Atıkları hemşireler toplayacağı için enfeksiyon riskine, hasta güvenliğine uygun toplarlar.” (H14:SD, lisans mezunu, hizmet yılı 28)

“Hemşire kullanılmayan malzemeleri toplamalı, kontaminasyonu bilir, çok dikkatli toplar.” (H15:EO, lisans mezunu, hizmet yılı 8)

Hemşireler hastane yatışları sık tekrarlanan, travmatize işlemlere daha sık maruz kalan kronik hastalar için oyuncak malzemelerinin hastane malzemelerinden olmasını bir gereklilik olarak belirtmiştir. Ancak bu sayede çocuk kendi tedavisinde kullanılan araçlara dokunabilir, bu girişim çocuk için hastaneyi tanımak için bir fırsat olabilir. Aşağıda bu alt boyutları kapsayan hemşire görüşlerine örnekler verilmiştir:

“Özellikle kronik hastalar için hastane malzemeleri çok ilgi çekici.” (H4:CM, lisans mezunu, hizmet yılı 6)

“Çocuğu işleme hazırlarken benzer atıklardan oyuncak yapacaksın diye özendirilebilir.” (H12:HK, lisans mezunu, hizmet yılı 14)

“Ancak böyle hastanedeki malzemeleri kullanması ile baş edebilir.” (H17:RD, lisans mezunu, hizmet yılı 24)

“Kronik hastalar okulda dışlanıyorlar, bu başarı duygusu yaşamalarını sağlar, bireysel gelişimlerine katkı sağlar.” (H19:KÇ, lisans mezunu, hizmet yılı 3)

Hemşirelerin sanat temelli bir hemşirelik girişimi ile ilgili görüşlerinden 2. Tema “Hemşire Gözüyle Çocuk Açısından Sanat Temelli Hemşirelik Girişiminin Anlamı” aşağıda alt boyutlar ile açıklanmıştır.

Hemşireler sanat temelli bir hemşirelik girişimini uyguladıkları zaman çocukların yapacakları oyuncakların çocuklar yarar sağlayacağını belirtmişlerdir.

Hemşire gözüyle hastanede oyuncak yapan çocuğun, hastaneye yatmasıyla kesintiye uğrayan okul yaşamı, okula dönüşte başarı ile devam edebilecektir. Çünkü çocuklar oyuncak yaparken yaratıcılığını ve el becerisini geliştirmekte, bu yolla gelişimi desteklenmektedir. Aşağıda bu alt boyutları kapsayan hemşire görüşlerine örnekler verilmiştir:

“Evde de farklı malzemeleri farklı kullanmayı düşünür, yaratıcılığı artar.”
(H2:EA, lisans mezunu, hizmet yılı 17)

“Çocukları araştırmaya yönlendiriyor, geliştiriyor.” (H3:DS, ön lisans mezunu, hizmet yılı 26)

“Çocuklar kendi yeteneklerini geliştirirler.” (H5:YK, ön lisans mezunu, hizmet yılı 8)

“Çocuk başarıma duygusunu tattı. Derslerinde de iyi etkili olur. Çocukların yaratıcılığını destekliyor.” (H6:DD, lisans mezunu, hizmet yılı 9)

“Oyuncakla isteklerini ortaya çıkarır, kendi yaratıcılıklarını ortaya çıkarır.”
(H13:ZD, lisans mezunu, hizmet yılı 18)

“El becerisinin düşünme biçimini geliştirir, değiştirir.” (H17:RD, lisans mezunu, hizmet yılı 24)

“Çocukların gelişimine katkı sağlar.” (H19:KÇ, lisans mezunu, hizmet yılı 3)

“Hem beynini hemde el becerisini geliştirir.” (H20:SNY, ön lisans mezunu, hizmet yılı 21)

Hemşire gözüyle hastanede oyuncak yapan çocuk, sadece oluşturduğu oyuncak ile değil, aynı zamanda sanat temelli bir hemşirelik girişimi ile bakım sürecinden de yararlanır. Hemşire gözüyle çocuk bu süreçte mutlu olmaktadır. Hastanede pek çok nedene bağlı olarak stres ve korku yaşayan çocuğun bu süreç ile korkusu azalmakta ve çocuk rahatlamaktadır. Hemşirenin verdiği hastane malzemeleriyle oyuncak yapan ve bu oyuncaklarla oynayan çocuk, kendini değerli, yattığı servisin bir parçası ve hemşirelerce de kabul edildiğini hisseder. Aşağıda bu alt boyutları kapsayan hemşire görüşlerine örnekler verilmiştir:

“Çocuk bunlara dokunarak zarar görmeyeceğini anlar. Kendini hemşirelerin gözünde değerli hisseder. Servise ait ve servisin bir parçası olarak hisseder.”
(H2:EA, lisans mezunu, hizmet yılı 17)

“Servisin elemanı gibi hisseder. Hastane korkusunu atar. Hemşirenin korkutucu yönünün değiştirir.” (H3:DS, ön lisans mezunu, hizmet yılı 26)

“Hastane ortamında korkularını dağıtıyor, mutlu oluyorlar.” (H5:YK, ön lisans mezunu, hizmet yılı 8)

“Hemşire ve çocuğu mutlu eder.” (H6:DD, lisans mezunu, hizmet yılı 9)

“Çocuklar oyuncak yaparken iç dünyalarını açığa çıkardılar, çok mutlu oldular.” (H7:FA, ön lisans mezunu, hizmet yılı 21)

“Çocuk servise ait hisseder.” (H8:DS, ön lisans mezunu, hizmet yılı 13)

“İlk başta korkan çocuk için bu girişim ile travma azaltılır.” (H9:ZÇ, lisans mezunu, hizmet yılı 19)

“Eğlenceli zaman geçirmek için uygun. Çocuğu mutlu eder.” (H10:SK, lisans mezunu, hizmet yılı 8)

“Çocuk için girişim çok olumlu.” (H13:ZD, lisans mezunu, hizmet yılı 18)

“Çocuk kabul gördüğünü, onaylandığını, servisin bir parçası olduğunu hisseder.” (H14:SD, lisans mezunu, hizmet yılı 28)

“Bir çocuğu mutlu etmek.” (H15:EO, lisans mezunu, hizmet yılı 8)

“Çocukların korkularını azaltır.” (H18:DD, ön lisans mezunu, hizmet yılı 2)

Hastanede yatan çocukların hastanede aktivite olanakları sınırlıdır. Hemşireler sanat temelli hemşirelik girişimini çocuğun rahatlıkla yatakta yapabileceği bir aktivite olarak görmektedir. Hemşireler çocuğun hastanede kaliteli zaman geçireceğini, buna bağlı olarak çocuğun hastaneyi farklı algılayarak, hastaneyi sevebileceğini belirtmiştir. Hemşireler çocukların hastane fobisini de bu girişimle yenebileceğini, hastaneyle ilgili deneyimlerinde çocukların uyum sürecini de kolaylaştıracağını belirtmiştir. Aşağıda bu alt boyutları kapsayan hemşire görüşlerine örnekler verilmiştir:

“Hastane misyonunu her zamankinden farklı olumlu algıladılar. Kaliteli zaman geçirdiler.” (H7:FA, ön lisans mezunu, hizmet yılı 21)

“Hastaneyi kabul ederler.” (H10:SK, lisans mezunu, hizmet yılı 8)

“Girişim çocuğun hastalığa, hastane ortamına bakış açısını değiştirir.” (H11:HK, lisans mezunu, hizmet yılı 6)

“Hastane travması azaltılmalı.” (H12:HK, lisans mezunu, hizmet yılı 14)

“Girişim çocukların hastaneye karşı korkularını giderir. Oyuncak çocuğun hastane, doktor fobisini yenmesini sağlar.” (H13:ZD, lisans mezunu, hizmet yılı 18)

“Hastaneye uyum sürecini kolaylaştırır.” (H16:GÖ, lisans mezunu, hizmet yılı 6)

“Hastane fobisi için ancak böyle hastanedeki malzemeleri kullanması ile baş edebilir. Hastaneye korkulu bakış açısı değişir.” (H17:RD, lisans mezunu, hizmet yılı 24)

“Zamanlarını değerlendirirler.” (H19:KÇ, lisans mezunu, hizmet yılı 3)

Hastanede çocuğun tıbbi tedavilerinin çoğunu hemşireler uygulamaktadır. Hemşireler sanat temelli hemşirelik girişimini, çocuk ile iletişim kurma olanağı olarak değerlendirmiştir. Hastane ortamında stres yaşayan çocuklar normal yaşantılarına oranla daha az iletişim kurarlar, hemşireler özellikle konuşmayan çocuklarda etkili bir iletişim aracı olabileceğini belirtmiştir. Hemşireler çocukların yaşadıklarını, duygularını oyun ve oyuncakla ifade ederek hemşireye ve aileye mesaj vereceğini belirtmiştir. Çocuğun sanat temelli hemşirelik girişimi ile dikkati hastalıktan oyuna kayacak ve çocuğun hastalığa, dünyaya bakış açısını değiştirecektir. Yapılan oyuncaklar servise gelen diğer çocuklar için de örnek olacaktır. Aşağıda bu alt boyutları kapsayan hemşire görüşlerine örnekler verilmiştir:

“İletişim olarak çok etkin. Çocuk anlatamadığı her şeyi oyuncakla anlatacak, duygularını ifade eder. Oyuncakla hemşireye mesaj verir.” (H1:SG, lisans mezunu, hizmet yılı 13)

“Çocukların iletişimini güçlendirir. Duygularını ifade eder. Bu hemşireler için çok yeni ve farklı bir teknik. Terapötik iletişimi başlatır. Dikkatini hastalıktan oyuncağa, eğlenceye çevirir.” (H2:EA, lisans mezunu, hizmet yılı 17)

“Çocuğun duygularını anlatması için çok önemli bir yol.” (H3:DS, ön lisans mezunu, hizmet yılı 26)

“Güven verici bir iletişime neden olur. Hemşireler tedavi dışında çocuklarla vakit geçirmiyor, bu olanak olabilir.” (H4:CM, lisans mezunu, hizmet yılı 6)

“Çocuklara çok şaşırdım. Kendini ifade edemeyen sessiz çocukların oyuncaklarını görünce etkilendim, doğrusu. Anne, babalara, hemşirelere mesaj

veriyorlar. Yaşadıklarını anlamak açısından çok önemli. Duygularını anladım. Çocuğun kendini ifade etmesi açısından çok önemli.” (H5:YK, ön lisans mezunu, hizmet yılı 8)

“Kendini iyi ifade eder. Çocukların bazıları konuşmuyor, kendilerini iyi ifade ettiler. Farklı bakabilmeyi sağlıyor. Hemşire malzeme verip arkasından aralıklı yanına giderse iletişim pozitif yöne kayar.” (H6:DD, lisans mezunu, hizmet yılı 9)

“Çocukların hastaneye ait duygularını açığa çıkardıklarını gördüm. Oyun olmadan, oyuncak olmadan iletişim çok zor.” (H7:FA, ön lisans mezunu, hizmet yılı 21)

“Hemşireler, aileler çocukların neler yapabildiğini gördü. Çocukların neler düşündüğünü, tedaviyi nasıl algıladıklarını anladım. Düşündüğümde çok farklı imiş duyguları. İletişimi başlatan bir araç olarak görüyorum.” (H8:DS, ön lisans mezunu, hizmet yılı 13)

“Hemşire ile iletişimi olumlu hale getirir. İletişim çok kolaylaşır.” (H9:ZÇ, lisans mezunu, hizmet yılı 19)

“Ailenin de hoşuna gider.” (H10:SK, lisans mezunu, hizmet yılı 8)

“Girişim çocuğun hastalığa, hastane ortamına bakış açısını değiştirir. Yaptığı oyuncak çocuğun ruh halini ortaya koyar.” (H11:HK, lisans mezunu, hizmet yılı 6)

“Önceki oyuncaklar örnek teşkil edebilir. Çocuğun düzeyine inmeyi sağlar.” (H12:HK, lisans mezunu, hizmet yılı 14)

“Oyuncakla isteklerini ortaya çıkarır. Hastanede ne yaşıyorsa onu anlatır. Aile içinde çok olumlu olur.” (H13:ZD, lisans mezunu, hizmet yılı 18)

“Yapılan oyuncaklar sergilenebilir, daha sonraki çocuklara örnek olur. İletişimi olumlu etkiler. Çocuğun dikkati dağılmış olur.” (H15:EO, lisans mezunu, hizmet yılı 8)

“Oyuncak çocukla iletişimin tek yoludur.” (H16:GÖ, lisans mezunu, hizmet yılı 6)

“Oyuncak çocuğun iç dünyasını anlamamızı sağlar. Hastaneye korkulu bakış açısı değişir. Oyuncak iletişimi olumlu yönde değiştirir.” (H17:RD, lisans mezunu, hizmet yılı 24)

“İletişim için çok etkin kullanılır.” (H18:DD, ön lisans mezunu, hizmet yılı 2)

“Bu girişim iletişimi kuvvetlendirir.” (H19:KÇ, lisans mezunu, hizmet yılı 3)

“Çocukla iletişimi güçlendirir. Çocuğun psikolojiini anlama olanağı verir.” (H20:SNY, ön lisans mezunu, hizmet yılı 21)

Hastanede yatan çocuklar farklı düzeylerde örselenmektedir. Hemşireler sanat temelli hemşirelik girişimini, çocuğun ağrısını ifade etme aracı olarak kullanabileceğini belirtmiştir. Hemşireler ağrısını ifade eden çocuğa bu girişimin atravmatik bakım sağlayarak, travmasını azaltacak ve travmayla baş etme becerisi geliştirecek bir uygulama olarak değerlendirmektedir. Ağrılı işlemlerden önce tıbbi malzemelerle oyuncak yapabileceği söylenen, örnekler gösterilen çocuğun işlemlere hazırlanması daha kolay olurken aynı zamanda tanıyı da kabullenmesine katkı sağlanabilir. Hemşireler tedaviyi olumlu etkileyeceğini düşündükleri bu girişimin aynı zamanda çocukların doktor fobisini de çözmeye yardımcı olacağını belirtmiştir. Aşağıda bu alt boyutları kapsayan hemşire görüşlerine örnekler verilmiştir:

“Travmasını azaltır.” (H1:SG, lisans mezunu, hizmet yılı 13)

“Çocukların hastanedeki travmalarını çözer.” (H10:SK, lisans mezunu, hizmet yılı 8)

“Hastane travması azaltır. Travmatik işlemlerden önce motive eder.” (H12:HK, lisans mezunu, hizmet yılı 14)

“Hastalığı kabullenmesini sağlar.” (H15:EO, lisans mezunu, hizmet yılı 8)

“Çocuklar hastaneye yattıktan sonra kabuslarla uyanıyor, çocuklar çok travmatize oluyor.” (H16:GÖ, lisans mezunu, hizmet yılı 6)

Hemşireler sanat temelli hemşirelik girişimi ile çocukların hemşirelerle olan iletişimlerinde değişim olacağını ifade etmiştir. Hemşireler çocuklar tarafından “Öcü, Cadı, İğneci, Korkutucu” olarak algılandıklarını ancak bu yaklaşımla hemşirelik imajının değişebileceğini belirtmiştir. Çocuklarda hemşirelere kendilerini yakın hissederek, sevgisi gelişecek, artacak, hemşirelere güven duyarak hemşireyi

kabul etmesi kolaylaşacaktır. Çocuklar tüm bu süreçte değişen ve gelişen duygularını hemşireye mesaj olarak vereceklerdir. Aşağıda bu alt boyutları kapsayan hemşire görüşlerine örnekler verilmiştir:

“Oyuncakla hemşireye mesaj verir.” (H1:SG, lisans mezunu, hizmet yılı 13)

“Bu oyuncaklarla hemşirelere daha yakın olduğunu hisseder. Hemşirenin korkutucu yönünün değişir.” (H3:DS, ön lisans mezunu, hizmet yılı 26)

“Hemşire her odaya girdiğinde çocuk ağlamaz, bu sayede.” (H6:DD, lisans mezunu, hizmet yılı 9)

“Hemşireyi daha çok sever. Hemşirenin “Öcü” imajı yıkılır. Hemşireyi “cadı” olarak görmesi yerine “Oyun annesi” olarak görebilir. Hemşirenin imajı değişir. Sadece iğne yapan hemşire imajı kırılır.” (H9:ZÇ, lisans mezunu, hizmet yılı 19)

“Çocuğun hemşireye güveni artar.” (H10:SK, lisans mezunu, hizmet yılı 8)

“Hemşireye bakış acısını yumuşatır.” (H12:HK, lisans mezunu, hizmet yılı 14)

“Hemşireye güvenini artırır.” (H14:SD, lisans mezunu, hizmet yılı 28)

“Oyuncak hem çocuğun hem ailenin güvenini kazanmasını sağlar. Hemşireye sempati duyar. Oyuncakla beraber hemşireyi de kabul eder.” (H16:GÖ, lisans mezunu, hizmet yılı 6)

“Hemşireye yakınlaşmayı sağlar.” (H20:SNY, ön lisans mezunu, hizmet yılı 21)

Hemşirelerin sanat temelli bir hemşirelik girişimi ile ilgili görüşlerinden “Hemşire Açısından Sanat Temelli Hemşirelik Girişiminin Anlamı” teması ve alt boyutları Tablo XVIII’de gösterilmiştir.

Tablo XVIII: Hemşire Açısından Sanat Temelli Hemşirelik Girişiminin Anlamı Teması ve Alt Boyutlarının Dağılımı

GRUP	HEMŞİRELER
Tema 4	Hemşire Açısından Sanat Temelli Hemşirelik Girişiminin Anlamı
Alt Boyut	1. Çocukla hemşire aktivitesi 2. Çocuğa özel oyuncak 3. Çocuğun düzeyine inmek 4. Çocuğa ilgi göstergesi 5. Çocukla güven ilişkisi 6. Çocuğun duygularını anlaması 7. Çocuğun tedavi algısını anlaması 8. Çocuğun ağrısını anlamak 9. İç dünyasını anlamak 10. İç dünyasını önemsemek 11. Çocuklardan bir parça kalır 12. Aile ile sıcak iletişim fırsatı 13. Ailenin güveni kazanılır 14. Ailenin sempatisi artar 15. Aile rahatlığını sağlar 16. Aile mutlu olur 17. İşlemler uzmanlarca açıklanmalı 18. Travmatik işlem ve tedavi 19. Tam tedavi ve bakım 20. Hemşirenin etkin vakit kullanımı 21. Hemşire duygularını harekete geçirir 22. Çocuğa bakış açısını değiştirir 23. Her çocuğu ayrı değerlendirir 24. Resmi ilişkiyi yumuşatır 25. Hemşire rahat hisseder 26. Yeni bir bakım girişi 27. Farklı bakım girişi 28. Çok yaratıcı 29. Yeni bir iletişim aracı 30. Geri bildirim aracıdır 31. Tek düzeliği azaltır 32. Meslek doyumunu artırır 33. Meslek sevgisini artırır 34. Hemşirenin imajını değiştirir 35. Tüm hastanede gezici oyun hemşiresi

Hemşireler sanat temelli hemşirelik girişiminin birebir uygulayıcıları olarak, bu girişimin çocuk, aile ve hemşireler için anlamını değerlendirmiştir. Bu girişim hemşirenin çocuk ile hastanede beraber yapabileceği bir aktivitedir. Kısıtlı hastane olanakları düşünüldüğünde her çocuğa özel bir oyuncak sağlayacak bir girişimdir. Girişim süreci hemşirenin çocuğun düzeyine inmesini sağlamakta, çocuğa ilgi göstermenin bir yolu olarak hemşire ile çocuğun güven ilişkisi kurmasını sağlamaktadır. Hemşirenin çocuğun duygularını, tedavi algısını, ağrılarını anlamasına, dolayısıyla çocuğun iç dünyasına girerek iç dünyasını anlama ve önemsemesine yol açmaktadır. Hemşire çocuk taburcu olduktan sonra bu girişimde çocukla paylaşımları, çocuğun oyuncuğu çocuktan bir parça olarak kalacaktır. Aşağıda bu alt boyutları kapsayan hemşire görüşlerine örnekler verilmiştir:

“Oyuncakla hemşireye mesaj verir.” (H1:SG, lisans mezunu, hizmet yılı 13)

“Çocukların duygularını anlar.” (H2:EA, lisans mezunu, hizmet yılı 17)

“Çocuğun duygularını anlamak için de bir yol.” (H3:DS, ön lisans mezunu, hizmet yılı 26)

“Hemşireler tedavi dışında çocuklarla vakit geçirmiyor, bu olanak olabilir.” (H4:CM, lisans mezunu, hizmet yılı 6)

“Kendi yaptığı ve kendi oynadığı bir oyuncak olduğu için daha özel. Çocuklara çok şaşırdım. Hayal dünyaları gelişir. Yaşadıklarını anlamak açısından çok önemli. Hemşire olarak yaptıkları oyuncaklardan çok etkilendim. Duygularını anladım. Çocukları anladığımı sanıyordum ama şimdi daha dikkatli olacağım.”

(H5:YK, ön lisans mezunu, hizmet yılı 8)

“Böyle bir etkinlik çocuğu motive etti.” (H6:DD, lisans mezunu, hizmet yılı 9)

“Çocukların hastaneye ait duygularını açığa çıkardıklarını gördüm.” (H7:FA, ön lisans mezunu, hizmet yılı 21)

“Hemşireler, aileler çocukların neler yapabildiğini gördü. Çocukların neler düşündüğünü, tedaviyi nasıl algıladıklarını anladım. Düşündüğümde çok farklı imiş duyguları.” (H8:DS, ön lisans mezunu, hizmet yılı 13)

“Çok basit bir eldivenden hastanede çocuğa balon yapmak bile çocuğu çok mutlu ediyor.” (H9:ZÇ, lisans mezunu, hizmet yılı 19)

“Çocuğun hemşireye güveni artar. Çocuğa olan ilgiyi gösterme olanağıdır.” (H10:SK, lisans mezunu, hizmet yılı 8)

“Çocuğun düzeyine inmeyi sağlar. Yaptığı oyuncak çocuğun ruh durumunu ortaya koyar. Hemşirenin çocuğu daha iyi anlamasını sağlar.” (H11:HK, lisans mezunu, hizmet yılı 6)

“Çocuğun düzeyine inmeyi sağlar. Oyuncak çocuğun kendini ifade etmesini sağlar.” (H12:HK, lisans mezunu, hizmet yılı 14)

“Oyuncakla isteklerini ortaya çıkarır. Hastanede ne yaşıyorsa onu anlatır. Hemşirede çocuğu daha iyi anlar.” (H13:ZD, lisans mezunu, hizmet yılı 18)

“Hemşirenin çocukla 5 dakika böyle bir aktivitede beraber olması çocuğa iyi hissettirir. Hemşireye güvenini artırır.” (H14:SD, lisans mezunu, hizmet yılı 28)

“Oyuncak hem çocuğun hem ailenin güvenini kazanmasını sağlar. Çocuğa olan sevginin göstergesidir.” (H16:GÖ, lisans mezunu, hizmet yılı 6)

“Oyuncak çocuğun iç dünyasını anlamamızı sağlar.” (H17:RD, lisans mezunu, hizmet yılı 24)

“Çocuk ve hemşire için ortak bir noktada buluşmaktır, iletişimi kuvvetlendirir.” (H19:KÇ, lisans mezunu, hizmet yılı 3)

“Hemşireye çocuğu tanıma olanağı sağlar.” (H20:SNY, ön lisans mezunu, hizmet yılı 21)

Hemşireler sanat temelli hemşirelik girişiminin sadece çocuk için değil aile içinde görüş bildirmiştir. Hemşirelerin bu yolla aile ile arasında sıcak bir iletişim kurma olanağı sağlayacağını belirterek, ailenin güveni, sempatisinin kazanılabileceğini belirtmiştir. Hemşireler sonuçta çocukları mutlu olan refakatçi ebeveyninde mutlu olacağını, rahatlığının sağlanabileceğini belirtmiştir. Aşağıda bu alt boyutları kapsayan hemşire görüşlerine örnekler verilmiştir:

“Aile ile hemşire arasında daha sıcak iletişime neden olur.” (H3:DS, ön lisans mezunu, hizmet yılı 26)

“Anneler açısından da rahatlatıcı olur.” (H6:DD, lisans mezunu, hizmet yılı 9)

“Aile ile hemşire arasında bağ kurar.” (H8:DS, ön lisans mezunu, hizmet yılı 13)

“Ailenin de hoşuna gider.” (H10:SK, lisans mezunu, hizmet yılı 8)

“Aile içinde çok olumlu olur.” (H13:ZD, lisans mezunu, hizmet yılı 18)

“Aileyi rahatlatır. Çocuğun tedavisine yardımcı olur.” (H17:RD, lisans mezunu, hizmet yılı 24)

Hastanede çoğu işlem ağırlı ve çocuk için acı vericidir. Hemşireler işlemlerin uzmanlarca açıklanması gerektiğini belirtirken, sanat temelli hemşirelik girişiminin, ağırlı işlem yapan hemşirenin çocuğun aynı zamanda travmasını çözeceğini ve hemşirenin tam tedavi ve bakım uygulayacağını belirtmiştir. Hemşire tedavi yaparken aynı zamanda çocukla gerçekleştirdiği bu girişim ile vaktini de etkin kullanmış olacaktır. Aşağıda bu alt boyutları kapsayan hemşire görüşlerine örnekler verilmiştir:

“Hemşireler tedavi dışında çocuklarla zaman geçirmiyor, bu olanağı olabilir.” (H4:CM, lisans mezunu, hizmet yılı 6)

“Hemşirenin vaktini de almaz.” (H6:DD, lisans mezunu, hizmet yılı 9)

“Tedaviyi çocuğa kabul ettirecek yollar bulmak isterdim. Serum sevdirmek, buhar makinasını sevmek gibi.” (H7:FA, ön lisans mezunu, hizmet yılı 21)

“İlk başta korkan çocuk için bu girişim ile acı azaltılır. Böyle bir uygulama geçmişteki kötü hastane deneyimlerini de çözmesini sağlar.” (H9:ZÇ, lisans mezunu, hizmet yılı 19)

“Çocukların hastanedeki travmalarını çözer. Çocuğun rahat olması hemşirenin tedavisini olumlu etkiler. Hemşire çocuk gelişimi uzmanından çocukla daha uzun süreli beraber oluyor. Dolayısıyla hemşire bu iş için daha uygun. Travmatik işlemleri uygulayanda hemşire, iyileştirecek olanda hemşire olmalı.” (H10:SK, lisans mezunu, hizmet yılı 8)

“Çocuğa yapılacak travmatik işlemler uzmanlarla açıklanmalı. Travmatik işlemlerden önce motive eder.” (H12:HK, lisans mezunu, hizmet yılı 14)

“Girişim çocukların hastaneye karşı antipatilerini giderir. Hemşire kendini rahat hisseder, bakımı tam uygular.” (H13:ZD, lisans mezunu, hizmet yılı 18)

“Tedavi ve bakım tam anlamıyla yapılabilir.” (H14:SD, lisans mezunu, hizmet yılı 28)

“Girişim bakımı olumlu etkiler. Çocuklar hastaneye yattıktan sonra kabuslarla uyanıyor, çocuklar çok travmatize oluyor.” (H16:GÖ, lisans mezunu, hizmet yılı 6)

Hemşireler çalıştıkları serviste benzer hastalık ve aynı yaş grupları ile sık karşılaşır. Sanat temelli hemşirelik girişimi hemşirelerin duygularını harekete geçirecek ve çocuklara bakış açısını değiştirerek her çocuğu ayrı değerlendirmesini sağlayacaktır. Girişim sürecinde çocuk ile arasındaki resmi ilişki yumuşatılarak, hemşirenin de kendisini rahat hissetmesine neden olacaktır. Aşağıda bu alt boyutları kapsayan hemşire görüşlerine örnekler verilmiştir:

“Hemşire ve çocuk arasındaki profesyonel ilişkiyi yumuşatır.” (H3:DS, ön lisans mezunu, hizmet yılı 26)

“Hem çocuğu hem hemşireyi rahatlatır.” (H4:CM, lisans mezunu, hizmet yılı 6)

“Çocukları anladığımı sanıyordum ama şimdi daha dikkatli olacağım. Bazen acı çektiirdiğimizi unutuyoruz.” (H5:YK, ön lisans mezunu, hizmet yılı 8)

“Hemşire ve çocuk arasında görünmez bir açık vardı sanki, bu açık kapandı.” (H6:DD, lisans mezunu, hizmet yılı 9)

“Tedaviyi çocuğa kabul ettirecek yollar bulmak isterdim. Serumunu sevdirmek, buhar makinasını sevmek mesela. Beklediğimden çok farklı sonuçlar çıktı. Böyle olumlu sonuçlar çıkacağını tahmin etmemiştim. Çocukların hastaneye ait duygularını açığa çıkardıklarını gördüm.” (H7:FA, ön lisans mezunu, hizmet yılı 21)

“Hemşireler, aileler çocukların neler yapabildiğini gördü. Çocukların neler düşündüğünü, tedaviyi nasıl algıladıklarını anladım. Düşündüğümde çok farklı imiş duyguları. Çocukların çok yaratıcı olduğunu gördüm.” (H8:DS, ön lisans mezunu, hizmet yılı 13)

Sanat temelli hemşirelik girişimi hemşirelik mesleği için farklı kazanımları içerir. Hemşireler sanat temelli hemşirelik girişiminin hemşirelik mesleği için çok yaratıcı, farklı ve yeni bir girişim olduğunu belirtmiştir. Hemşire, çocuk ve aile arasında yeni bir iletişim aracı olurken aynı zamanda yapılan tedavi ve bakım için geri bildirim aracıdır. Hemşireler bu girişimin meslekte tek düzeliği azaltırken, aynı zamanda meslek sevgisini ve meslek doyumunu artıracaklarını belirtmiştir. Hemşireler bu girişim ile hemşirelik imajının değişeceğini belirterek, hastanenin farklı birimlerinde yatan çocuklarında bu girişiminden faydalanması için hastanelerde gezici bir çocuk hemşiresi olmasını önermiştir. Aşağıda bu alt boyutları kapsayan hemşire görüşlerine örnekler verilmiştir:

“Bu hemşireler için çok yeni ve farklı bir teknik. Teropötik iletişimi başlatır.” (H2:EA, lisans mezunu, hizmet yılı 17)

“Eğitim faaliyeti olarak bile kullanılabilir.” (H3:DS, ön lisans mezunu, hizmet yılı 26)

“Böyle bir aktivite çok farklı, düşünülmemiş, fakat uygulanabilir, çok etkili.” (H4:CM, lisans mezunu, hizmet yılı 6)

“Hemşire ile çocuk ve aile arasında işbirliği için yeni bir yol kesinlikle. Özel bir çocuk hemşiresi tüm hastanedeki çocukları ziyaret edebilir.” (H5:YK, ön lisans mezunu, hizmet yılı 8)

“Hemşire ve çocuk arasında görünmez bir açık vardı sanki, bu açık kapandı.” (H6:DD, lisans mezunu, hizmet yılı 9)

“Kesinlikle yeni bir iletişim tekniği olduğunu düşünüyorum. Oyun olmadan, oyuncak olmadan iletişim çok zor.” (H7:FA, ön lisans mezunu, hizmet yılı 21)

“İletişimi başlatan bir araç olarak görüyorum. Yeni bir bakım girişimi, çok farklı.” (H8:DS, ön lisans mezunu, hizmet yılı 13)

“Hemşirenin “Öcü” imajı yıkılır. Hemşireyi “cadı” olarak görmesi yerine “Oyun annesi” olarak görebilir. İletişimde yeni bir yoldur. Sadece iğne yapan hemşire imajı kırılır.” (H9:ZÇ, lisans mezunu, hizmet yılı 19)

“Çok farklı bir girişim. Yeni bir iletişim yoludur.” (H10:SK, lisans mezunu, hizmet yılı 8)

“Hemşirelik bakımı açısından süper bir gelişme, işe yaradığımı hissettim.” (H11:HK, lisans mezunu, hizmet yılı 6)

“Oyuncak hemşire çocuk ilişkisinde geri bildirim aracıdır.” (H12:HK, lisans mezunu, hizmet yılı 14)

“Çocuğa ne verirsen oda bir karşılık verir, bu en güzel çıktıdır.” (H14:SD, lisans mezunu, hizmet yılı 28)

“Oyuncak çocukla iletişimin tek yoludur.” (H16:GÖ, lisans mezunu, hizmet yılı 6)

“İletişim için çok etkili kullanılır.” (H18:DD, ön lisans mezunu, hizmet yılı 2)

“Bu girişim çocuklara uygulanabilir, vakitlerini değerlendirirler, iletişimi kuvvetlendirir.” (H19:KÇ, lisans mezunu, hizmet yılı 3)

“Girişim çok güzel, çok farklı. Çocukla iletişimi güçlendirir.” (H20:SNY, ön lisans mezunu, hizmet yılı 21)

7. TARTIŞMA VE SONUÇ

Araştırma hastanede yatan okul dönemindeki çocuklara sanat temelli bir hemşirelik girişiminin geliştirilmesi amacıyla, 8-12 yaş grubu 15 kontrol, 15 deney grubu olarak toplam 30 çocuk, 30 refakatçi ve bakım veren 20 hemşire ile yapılmıştır.

Araştırmanın nicel boyutu, Sanat Temelli Bir Hemşirelik Girişiminin, hastanede yatan okul dönemi çocuk ve refakatçilerin yaşam kalitesine, sağlık hizmetlerinden memnuniyet düzeylerine etki edip etmediğini ortaya koymaktadır.

Araştırmanın nitel boyutu ise hastanede yatan okul dönemi çocukların hastanede kaliteli zaman geçirmesini engelleyen nedenlerin ortaya çıkarılması ve çözüm önerileri getirilmesi için Sanat Temelli Bir Hemşirelik Girişiminin uygulanmasıyla hizmet alanlar (çocuk, refakatçi ve hemşire) açısından çözümün etkililiğini ortaya koymaktadır. Okul dönemindeki çocuklar, refakatçi ve hemşirelerin görüşleri doğrultusunda 8 tema oluşmuştur (Tablo XII). Temalar bulgular bölümünde, ayrı ayrı ele alınmış ve görüşlerden örnekler verilmiştir.

Tartışmada, araştırma hipotezleri doğrultusunda, “Sanat Temelli Bir Hemşirelik Girişimi” için, nicel bulgular, çocuk, refakatçi ve hemşirelerin görüşlerinden oluşan nitel bulgular birlikte ele alınarak tartışılmış ve hemşirelik mesleğine özgü kavramlar oluşturulmuştur.

Araştırmamızda hemşireler, çocuğun hastanedeki yaşam kalitesini etkilediğini düşündükleri hastane yapıları için: hastanelerin erişkinler için bile renksiz, soğuk bir ortam olduğunu, çocuklara uygun tasarlanmadığını, hastanenin pek çok yerinde çocuklar tanı ve tedavi işlemleri için bulunurken, sadece çocuk servislerinin çocuklara uygun olduğunu belirtmişlerdir. Ayrıca hastane odalarında yatan çocuk sayılarının fazla, kişisel alanın ve temizliğin yetersiz, hastane olanaklarının kısıtlı olduğunu vurgulanmıştır (Tablo XVI). Kurumun fiziksel koşullarının hasta memnuniyetini etkilediğini ortaya koyan çalışmalar bulunmaktadır (Arslan ve Kelleci 2009, Aytar ve Yeşildal 2009, Bülbül ve ark. 2008, Önsüz ve ark. 2008). Zenciroğlu (2006) hastanelerin, çevredeki insan sayısı, aktivite durumu, nem oranı, mikrobik üremeyi destekleyecek materyalin mevcudiyetine göre belirlenmesi gerektiğini, temizlik ve dezenfeksiyonun hastanenin yapısına göre yapılmasının

önemini vurgulamaktadır. Karan'ın (1999) İstanbul'da 4 hastanede yaptığı çalışmada, hastanede fiziksel çevre koşullarının, istenen/beklenen düzeyde olmadığı, bu nedenle hastaların temel gereksinimlerinin karşılanmasında yetersiz kaldığı ve hastanelerdeki fiziksel çevre koşullarının, hasta bireyi, fiziksel ve duygusal yönden olumsuz etkilediğini bulmuştur. Yıldırım ve Muslu'un (2006) Ankara'da çocuk poliklinikleri ile ilgili çalışmasında, kullanıcıların, poliklinik biriminin çok dar ve hareket olanağının kısıtlı olduğunu, doğal ışık ve havalandırma kaynaklarından uzak olduğunu, oturma koltuklarının ise yetersiz ve rahatsız edici olduğunu belirtmiştir. Başkaya ve arkadaşlarının (2005) yaptıkları çalışmada da gün ışığı ve doğal havalandırma olanağı bulunmayan bazı klinik ve destek birimlerinin, hastane imajını genel olarak, olumsuz yönde etkilediği bulunmuştur. Aşılıoğlu ve arkadaşları (2009) çocuk acil servisinde yaptıkları çalışmada acil servisin temizlik ve konforunun hasta memnuniyetini etkilediği bulunmuştur. Araştırma sonuçlarımız, benzer araştırmalarda olduğu gibi hastanelerin çoğu biriminin yalnızca çocuklar için değil, tüm hastalar için planlanmasında eksiklikler olduğunu, yeniliklere gereksinim duyulduğunu, mevcut durumun revize edilmesi, çeşitlendirilmesi gerektiğini desteklemektedir. Çocukların hastanedeki yaşam kalitesini arttırmak için hastane yapılarına yönelik girişimlerin planlanması gerekmektedir.

Hemşireler çocukların hastanedeki yaşam kalitesini arttırmak için hastane yapısında yapılacak değişiklikleri: tüm hastanenin, çocuklara uygun tasarlanması, duvarların farklı boyanması, tablo ve resimler asılarak renkli hale getirilmesi, oyun odaları, oyun parkları gibi alanlar yapılması, hastane olanakları çerçevesinde kütüphane, tiyatro, palyaço, eğitim etkinliklerinin planlanmasını önermişlerdir. Çocuklar için kullanılan tıbbi malzemelerde değişiklik yapılarak, çocuklara uygun renk, şekil olarak tasarlanması gerektiğini belirtmişlerdir. Hemşireler, hastanede tek bir oyun odası değil, her odanın bir oyun odası gibi tasarlanarak, çocuğa özel bir oda oluşturulması, odasında çocuğa ait, zaman geçirebileceği oyuncaklar, bilgisayar, televizyon olanağı sunulması gerektiğini vurgulamıştır. Genel olarak hastanelerde, servislerde çocuklar için sadece televizyon olanağı bulunmaktadır (Tablo XVI). Benzer çalışmada çocuk poliklinikleri tasarlanırken kullanılan renklerin çocukların seçimlerine göre yapılması, duvarlarda hayvan ve çizgi film karakterlerinin kullanılmasını önerilmiştir (Yıldırım ve Muslu 2006). Hastane olanaklarına göre

çocuklara sunulan hizmetler değişmektedir. Ülkemizde kullanımı sınırlı olan, pediatri hemşireliğinde terapötik mizahın, çocukla işbirliği sağlayan, ağrı, acı ile başa çıkma, kontrol kaybını yenmeye etki ettiği belirtilmektedir (Gökçek ve ark. 2013). Koç'un (2011) çalışmasında, hastane palyaçoları ve eğitimin, ameliyat öncesi dönemdeki çocuk ve ebeveynlerin kaygı düzeylerine etkisine bakılmış, çocuk ve ebeveynlerin palyaço ziyareti öncesi ve sonrasında kaygı ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları anlamlı olarak değişmiştir. Hastane okulları için sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Ülkemizde 2011 yılı itibarıyla Ankara'da 10, İstanbul'da 6 olmak üzere, toplam 21 ilde 48 hastanede, hastane ilköğretim okulu bulunmaktadır (Atay 2011). Işıktekiner ve Altun (2011) hastane okullarında yaptıkları çalışmada, hastane okullarında fiziksel koşulların yeterli olmadığını, öğrenci niteliğinin eğitim-öğretimde esneklik yapılmasına neden olduğunu, hastane okulunda çalışan öğretmenlerin daha donanımlı ve sabırlı olmaları gerektiğini, hastane okullarına yönelik hizmet içi eğitim seminerlerine gereksinim olduğu bulunmuştur. Hastanelerin çocuklara uygun hale dönüştürülmesi için uygulanabilecek girişimlerin bilinmesine karşın, uygulamalar sınırlıdır. Etkinliklerin hastane ortamında, hasta çocuklarla yapılıyor olması, bu konuda uzman kişilerin gerekliliğini ortaya koymaktadır. Hastane olanakları ve uzman gereksinimi düşünüldüğü zaman, sanat temelli hemşirelik girişiminin her hastanede, uzman gerektirmeden, rahatlıkla hemşirelerin uygulayabileceği bir girişim olması bu alandaki gereksinimi karşılayabilmektedir. Hastane ortamında, televizyon kullanımına yönelik çalışmalarda, hastanelerdeki televizyonun, olumlu ya da olumsuz boyutlarda çocukları mutlaka etkilediğini, etkiyi program içeriğinin belirlediği (İrkin 2012), ebeveynlerin büyük çoğunluğunun poliklinikte TV ve müzik yayını olmasını istemediği, mekânda gürültü düzeyini arttığını ifade ettikleri (Yıldırım ve Muslu 2011) belirtilmektedir. Bu araştırmalardan farklı yönde Hull (2009), bilgisayar ve video oyunları ile çocukların akademik, duygusal ve sosyal uyumsuzluklarının, çözüldüğünü göstermiştir. Araştırma sonuçlarına göre, çocuklar için sunulan televizyon içeriklerinin sınırlandırılarak kullanılmasını, tüm birimlerde ise kullanımının, yeniden yapılandırılmasına gereksinim olduğu görülmektedir. Sanat temelli hemşirelik girişiminin, yaygın kullanımıyla, hastanelerin yapısı ve olanaklarına bakılmaksızın,

içerik ve kullanım sınırı olmadan, uygulanabilir bir girişim olarak, “*Her Oda Bir Oyun Odası*” na dönüştürülebilir.

Araştırma sonuçlarına göre, çocuğun hastanedeki yaşam kalitesini etkileyen oyun odaları için hemşire ve refakatçiler görüş bildirmiştir. Refakatçiler oyun odaları için: bilgisayar ve oyuncaklar bulunan, kısıtlı bir zaman aralığında değil, akşam ve hafta sonları da açık olması gereken bir birim olarak değerlendirmişlerdir. Öte yandan refakatçiler oyun odalarının küçük çocuklara göre olduğunu, büyük çocuklar için bilgisayar, kitap gibi olanakların yetersiz olduğu, oyuncak çeşidi ve sayısının az olduğunu belirtmişlerdir (Tablo XIV). Hemşireler, çocukların kendini yalnız hissetmeyeceğini, hemşireler açısından çocuğu yönlendirebilecekleri bir yer olacağını, oyun odalarının gerekli olduğunu, buna karşın, oyun odalarının sayısının az, küçük ve kalabalık olduğunu, tasarımlarının çocuğa uygun olmadığını, kitap ve okuma salonları olmadığını, kısıtlı zaman aralığında hizmet verdiklerini belirtmişlerdir. Hemşireler, oyun salonundaki oyuncakların, temizlik ve bakımının yetersiz olduğunu, enfeksiyon açısından riskli olduğunu, oyuncak çeşidinin artırılarak zihinsel gelişime katkısı olacak oyuncakların seçilmesini, her çocuğa ait, tek kullanımlık oyuncakların olmasının önemini belirtmişlerdir (Tablo XVI). Oyun, hastalık nedeniyle etkilenmiş olan çocukların değerlendirilmesi, tedavisi ve baş etme yöntemlerini geliştirmesinde kullanılabilecek etkili bir alandır. Çocuk tüm özelliklerini, duygularını, gelişimsel aşamalarındaki değişimini oyun ile yansıtır (Fry 2003, Dougherty 2006). Çocuklarda yaş gruplarına göre, oyun terapisi uzmanı ile farklı tekniklerin kullanıldığı oyun terapileri önerilmektedir (Nicastro 2006). Hastane ortamında, oyun odalarının niteliği ve uzman gereksinimleri dikkate alındığında, sanat temelli hemşirelik girişimi, her çocuğa, birebir oyun oynama olanağı sağlayacak ve oyununun, hemşire tarafından değerlendirilmesini ve girişimin uygulanabilirliğini arttıracaktır. Hastanedeki olması gereken oyuncak standartlarına bakıldığında, oyuncağın her hasta için tek olması, deterjan ve su ile temizlenip, kurulanması, direk temasla yayılabilen bir hastalık varsa, dezenfekte edilmesi gerektiği, oyuncak temizlenemiyorsa, hasta taburcu olduktan ya da öldükten sonra oyuncağın atılması gerektiği belirtilmiştir (WHO 2005, Günaydın ve Gürler 2008). Oyuncakların sık olarak solunum ve sindirim yolu hastalıklarına neden olan, bakteri ve virüs ile kolonize olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Arısoy 2011,

Bolaman 2012). Hastalar arasında bulaş riski incelendiğinde, oyuncakların enfeksiyon kaynağı olabileceği, ortak oyuncakların kullanılmaması gerektiği ve çocukların kendi oyuncakları ile oynaması önerilmektedir (Kılıç 2005). Hacımustafoğlu (2005) çalışmasında pediatri hastane kaynaklı enfeksiyonlardan korunmak için, hastane oyun odalarında sekresyon temasının olmadığı ya da minimal olduğu yazı tahtası, video film, büyük ve yıkanabilir tipte oyuncakların seçilmesinin uygun olduğu bulunmuştur. Oyun odalarının, çocuklara uygun ortamlar olması için oyuncak standartlarına uyulması, çocuğun gelişimine katkı sağlayacak ve oyuncuğun tek kullanımlık olmasına yönelik hastane politikalarının düzenlenmesi gerekmektedir. Sanat temelli hemşirelik girişimi ile çocuğun, kendine özel temiz malzemelerden yaptığı oyuncak, “*Disposbl (tek kullanımlık) Oyuncak*” olarak kullanılabilir, oyun odalarının içerdiği bulaş riskini taşımayacak, toplu kullanılan oyuncaklara göre çocuğu oyuncuğa bağlı, ikincil enfeksiyonlardan koruyacaktır.

Araştırma sonuçlarına göre, sanat temelli bir hemşirelik girişimi ile, çocuğun yaptığı oyuncaklar, hastanede yaşam kalitesini etkilemektedir. Çocuklar 24’ü farklı çeşit olmak üzere toplam 37 oyuncak yapmıştır. Oyuncaklardan en çok yapılan birinci sırada 9 adet bebek olup, ikinci sırada ilaç ve serum gelmektedir (Tablo VIII). Araştırmacı, sanat temelli hemşirelik girişimini uygularken çocukları gözlemlemiş, çocukların kendi ifadelerini de değerlendirmiş, oyuncakların, çocuklar için ne anlama geldiği değerlendirilmiştir. Oyuncaklar, çocuklar için, değerlidir, hastanede sahip oldukları değerli bir oyuncaktır, hastaneye aitlik hissettirir, kardeşi, refakatçisi, odadaki diğer çocuklarla paylaştığı, eğlenceli bir aktivite aracıdır. Çocuk için yaptığı bebek, onun ya hastane arkadaşıdır, ya da kendi yerine koyduğu temsili bir oyuncaktır. Oyuncakların, çocukların isteklerini, özlemlerini, duygularını açığa çıkardığı ortaya konulmuştur (Tablo XIII). Refakatçilerde oyuncakların, çocuk için çok değerli olduğunu, duygularını oyuncak ile ifade ettiğini ve hemşirelere güven duyduğunu belirtmişlerdir (Tablo XIV). Bağlı (1997) yaptığı çalışmada, oyunun oynandığı sosyal ve fiziksel mekân özelliklerini, çocukların davranış biçimlerini, çocukların oyun ve oyuncak seçimini etkilediğini göstermiştir. Çocuk oyunlarına bakıldığında, oyun çeşitlerinin geleneksel olduğunu ancak güncel popüler kültürün izlerini taşıdığını, oyuncaklarda, erkekler kızlara göre ve sosyoekonomik düzey arttıkça daha çok güncel kahramanlarla ilgili oldukları görülmektedir (Onur ve

Demir 2002, Artar ve ark. 1998). Günlük hayatta popüler kültüre uygun oyuncaklar seçerken, hastane ortamında çocuğun gündemi hastalık ve hastaneye yönelmektedir. Sanat temelli hemşirelik girişimi ile ortamın özelliklerini yansıtarak, çocuğun, hastane ortamına yönelmesini ve buna yönelik oyun, oyuncak gereksinimini rahatlıkla karşılamasını sağlamaktadır. Ebeveynlerin ocuğun zihinsel gelişimine ve okul becerilerinin n hazırlığına yardımcı olacak oyuncak seçtikleri bilinmektedir (Oksal 1999). Çocukların sahip olduğu oyuncaklara bakıldığında, kızların en fazla bebek ve yumuşak oyuncaklara, erkeklerin en fazla oyun malzemeleri, lego ve hareketli oyuncaklara sahip oldukları görülmektedir. Çocukların oynamaktan en çok zevk aldığı oyuncaklar, bebek ve yumuşak oyuncaklardır. Çocukların sahip olduğu oyuncak sayısı sosyoekonomik düzeyin artışı ile ters oranda azalmaktadır (Onur ve ark. 1997, Onur ve Demir 2002). Çocukların ortalama 21-50 oyuncaa sahip olduğu, kentteki çocuklukların 10-15 arasında, köyde yaşayan çocuklukların 3-7 adet oyuncakları olduğunu belirtilmiştir (Onur ve ark. 2002). Araştırmamızda ocukların kendi yaptıkları oyuncaklar arasında en çok sevdikleri bebekler ilk sırada yer almakta ve literatürle de uyumlu görülmektedir. Oyuncak olarak ikinci sırada ilaç ve serum yapması, hastane koşullarından etkilenen ocuk için oyuncağın terapötik yönünü göstermektedir. ocuk kendisine yapılan bakımı, oyuncağında göstermekte, i dünyasını ortaya çıkarmaktadır. Sanat temelli hemşirelik girişimi çocuğa uygun ortam sağlayarak, tedavisini canlandırdığı, i dünyasını yansıtan, “*Terapötik Oyuncak*” olarak alana yeni bir çıktı kazandırılmış olabilir.

Araştırmamızın sonuçlarına göre, sanat temelli bir hemşirelik girişimi ile çocuğun yaptığı oyuncaklar, sadece hastanedeki yaşam kalitesini değil, aynı zamanda, daha sonraki bireysel gelişimini ve okul yaşamında etkilediği ortaya çıkmıştır. Tablo XVII’de grldğu gibi hemşireler, çocukların, sanat temelli bir hemşirelik girişimi ile atık malzemeleri seçerek, oyuncağı oluşturmaya kadar geçen süreçte, yeteneklerini fark edeceğini, yaratıcı düşünmeye, yaratıcı düşünceyi ve el becerisini geliştirerek kendini geliştirmeye başlayacağını belirtmiştir. Ayrıca hemşireler, çocukların oyuncak yapma sürecinin, okul çocuğu için çok önemli olan başarı duygusunu yaşamalarını sağladığını belirtmişlerdir. Hemşireler hastanede oyuncak yapan çocuğun, hastaneye yatmasıyla kesintiye uğrayan okul yaşamının, okula dönüşte başarı ile devam edeceğini belirtmişlerdir (Tablo XIII, Tablo XVII).

Bağlı (1997) araştırmasında, çocukların oynadıkları oyunda sosyal iletişime girerek, mutluluk, saldırganlık ve başarı duygularını doyurduklarını belirtmiştir. Durualp (2009) çocuklara, oyun ile sosyal uyum ve beceri eğitimi yapılabileceğini kanıtlamıştır. Çocuklar yaşlarına, cinsiyetlerine göre oyuncak seçer, oyuncakları istediği rol modellerine sokarak yaratıcılığını geliştirirler (Going at all 2011, Mellou 2011). Oyuncaklar konusunda, büyükanne-büyükbaba anne-baba ve çocukları kapsayan 3 kuşakta yapılmış araştırmada, ilk iki kuşağın hiç fabrikasyon oyuncak olmadığı, üçüncü kuşakta ise hiç el yapımı oyuncak bulunmadığı belirtilmiştir (Artar ve ark. 2002). Araştırmalar kentteki çocuklukların daha çok fabrikasyon oyuncaklara, köyde yaşayan çocuklukların %75'i el yapımı oyuncaklara sahip olduğunu göstermektedir. Çocuklar, ucuz ve değişimi kolay olan, el yapımı bebeklerde değişiklik yapmakta, özellikle kızlar, bebeklerinin elbiselerini, saçlarını ve makyajını değiştirmektedir. Buna karşın araştırmalar annelerin çocuklarına, pahalı oyuncaklarda oyuncakların hiçbir şeyini değiştirmeye izin vermediğini göstermektedir (Onur ve ark. 2002). Araştırma sonuçlarımıza göre atıl durumdaki malzemelerin kullanılarak, oyuncakların el yapımı olması, çocuğun yaratıcılığını desteklemektedir. Günümüzde yaygın olarak kullanılan fabrikasyon oyuncaklar çocuğun yaratıcılığını geliştirmede olduğu gibi, üzerinde değişiklik yapmakta mümkün olmamaktadır. Çocukların yaratıcılığını ölçen Williams Ölçeğine göre, yapılan ürünün esnekliği (farklı alternatifler üretebilme), akıcılığı (çok sayıda çağrışım üretebilme), karmaşıklığı, orijinallığı, merak uyandırması, hayal kurmaya yönlendirici olması ve risk alma potansiyeline göre değerlendirilmektedir (Erdoğan 2006). Araştırmalar, çocukların yaratıcılığında, esneklik ve orijinal fikir üretmenin 11 yaşına kadar, hızla arttığını göstermektedir (Öncü 2003). Araştırmalar günlük yaşamda da karşılaştığımız bir sorunu çözerken bilimsel süreç basamaklarının kullanıldığını ve çözüm üretirken de yaratıcı düşünmenin kullandığını göstermektedir. Lise öğrencileriyle yapılan bir çalışmada, bilimsel bilginin, yaratıcı düşünme ile birleştirilmesiyle çözüm üretilabileceğini göstermektedir (Ergin ve Aktamış 2007). Yaratıcılığı etkileyen 4 önemli öge: ürün, kişi, süreç ve çevre'dir (Aktamış ve Ergin 2006, Aktamış 2007). Sanat temelli hemşirelik girişimi, yaratıcılığın en yüksek olduğu okul döneminde, olanakların kısıtlı olduğu hastane ortamında, yaratıcılığı destekleyen bir yöntem olarak çocuğun gelişime katkı sağlayabilir. Sanat temelli hemşirelik girişimi, 11 yaş

kadar olan yaratıcılığın gelişme sürecine katkı sağlayarak, eğitim sürecini de olumlu yönde etkileyebilir. Sanat temelli hemşirelik girişimi yaratıcılığı etkileyen 4 ögeye göre düşünülürse, yaratıcılığı geliştirecek kişiler: okul dönemi çocuklar, yaratıcılığı geliştiren süreç; Sanat temelli hemşirelik girişim süreci, yaratıcılığın gerçekleştiği ve ilham veren çevre; hastane ortamı, yaratıcılığın göstergesi olarak ürün; terapötik oyuncaklardır. Bu dört öge, çocuk yararına, girişimde etkili bir şekilde kullanılabilir. Başarma duygusunun gelişmesi için çocuğun birkaç kez denemesi, kendi istediği sonuca ulaşması açısından, sanat temelli hemşirelik girişimi bir fırsat olarak görülebilir. Talasemili hastalarda yapılan araştırmaya göre, Talasemi majörlü ergenlerin %51,4'ünün üç haftada bir, %35,1'inin iki haftada bir, %13,5'inin ayda bir kontrole gitmesi nedeniyle okul yaşamlarının kesintiye uğradığını, %27'si hastalık nedeni ile okula ara vermek zorunda kaldığı belirtilmektedir (Küçük 2007). İlköğretim 3,4,5. sınıf öğretmenleri ile yapılan çalışmada, öğretmenler oyunun öğrencileri birçok yönden geliştirip, yararlı olacağını, fakat okul başarısının oyundan daha önemli olduğunu ve daha başarılı olmak için, oyun oynamak yerine, öğrencilerin ders çalışması gerektiğini belirtmişlerdir (Artar 1999). Okul döneminde oyun, hasta çocuk için kesintiye uğrayan, sağlıklı çocuk için dersler nedeniyle yeterli zaman ayrılmayan bir gereksinimdir. Oyunun çocuk için tartışılmaz yararları ve gerekliliği düşünülürse, hastanede kesintiye uğrayan eğitim süreci, aktif ve farklı bir girişim olan sanat temelli bir hemşirelik girişimi ile, hem oyun hem de başarı için, desteklenmiş ve kullanılmış olacaktır.

Araştırmamızda, sanat temelli bir hemşirelik girişimi ile oyun oynama süreci, oyunun içeriği hastanedeki yaşam kalitesini etkilemektedir. Çocukların ifade ettiği oyun isimleri kullanılarak 43 farklı oyun oynanmıştır. Bu oyunlardan 20'si hastane içerikli dramatik kurgularla oluşturdukları oyunlar (Hastanecilik, Doktorculuk, Hemşirecilik) olup, diğerleri yine kendi ifadeleri ile eğlence amaçlı, başarı amaçlı oyunlardır (Tablo VIII). Kronik hastalığı nedeniyle travmatik bir işlem uygulanan çocuklar, dramatik kurgu oyunlarında, kendi tıbbi tedavisine benzer oyunlar oynamış, bu oyunlarda hasta insanları, sağlam insanları ve kendilerini nasıl algıladıklarını açığa çıkarmışlardır. Çocuk oyununda bakım uygulamalarını canlandırmış, dikkatini hastalıktan oyuncağa yöneltmiştir (Tablo XIII). Hemşireler sanat temelli hemşirelik girişimi ile oyunları değerlendirerek, çocuğun hastane

fobisini oyunla yeneceğini, hastaneyi sevebileceğini, hastaneye uyum sürecini kolaylaştırarak, çocuğun hastanede kaliteli zaman geçireceğini belirtmişlerdir (Tablo XVII). Kronik hastalığı olan çocukların yaşam kalitesinin incelendiği çalışmada, kronik hastalığın çocukların %98'inin kötü etkilendiği, %51'inin uyku sorunu yaşadığı ve Kid-KINDL yaşam kalitesi ölçeğine göre, özsaygı puanlarının düşük olduğu bulunmuştur (Karayel ve ark. 2013). Oksal'ın (1999) çalışmasında oyunun yetişkin açısından işlevi, oyunun yetişkinin değerlerini ve dünya görüşünü çocuğa aktarmada mükemmel bir olanak olduğu belirtilmiştir. Oyun, rollerin anlaşılması, çatışmaların işbirliği ve paylaşım ile çözülebileceğini gösteren etkili araçlardan biridir. Oyun yetiştikine çocuğun temel gereksinimlerini karşılamada ötesinde sadece eğlenmek için eşit koşullarda çocuğu ile birlikte birşeyler paylaşma olanağı da sağlayabilir (Oksal 1999). Çocukların oyunlarında, oyuna çok yoğunlaşması, oyunu aynı şekilde tekrar tekrar oynaması, oyunda kesinti oluşması, kaçınma davranışı ve olumsuz duygu, davranış sergilenmesi çocuğun örselenmiş olduğunu göstermektedir (Findling 2004). Örselenmiş olan çocuklarda, çocuk merkezli oyun terapilerinin, çocuğun duygusal ve davranışsal sorunlarını azalttığı, çocuk ve aile arasında yaşanan stresi engellediği gösterilmiştir (Tsai 2009). Ameliyathane odasında maketlerle dramatik kurgu oluşturularak yapılan terapötik oyunda, çocuk ve aileyi ameliyata hazırlarken aynı zamanda stresle baş etmelerine de yardımcı olduğu gösterilmiştir (William and Lopez 2008). Hastane ortamında, çocukların özellikle rol modeli olarak aldığı hemşireler ve hemşirelerin yaptığı tedavi ve bakım uygulamaları, çocuğun oyunun içeriğini hastane içerikli olarak değişmesini sağlamaktadır. Oyun çocukların, hastaneye uyum sürecini kolaylaştırarak, hastane fobisini yenmesine olanak sağlar. Oyun içerikleri dikkate alındığında, sanat temelli hemşirelik girişimi, çocuk sağlığı hemşireliğinde kullanılabilecek yeni bir “*Terapötik Oyun Tekniği*” olabilir.

H1 Hipotezinin güncel literatürle tartışması yapılarak, Sanat temelli hemşirelik girişiminin, 8-12 yaş okul dönemi hastanede yatan çocukların hastanede ki yaşam kalitesini etkilediği, H1 hipotezinin nitel verilerle kabul edildiği bulunmuştur.

Okul dönemindeki çocukların hemşirelik bakımını algılayışları ve hemşirelik bakımından memnuniyet düzeylerini ölçen Hastanın Hemşirelik Bakımını Algılayışı Ölçeği sonuçlarına göre, sanat temelli hemşirelik girişimi uygulanan okul dönemi çocukların puan ortalaması 60.27 ± 3.5 olarak bulunmuş ve kontrol grubuna göre

anlamli düzeyde artiş göstermiştir ($p<0.05$). Araştırmada, Sanat temelli bir hemşirelik girişiminin okul donemi çocukların hemşire algılarını ve hemşirelik bakımından memnuniyetlerini olumlu yonde arttırdığı bulunmuştur. Ülkemizde ocuk hastalarda memnuniyeti olmek için yapılan çalışmalarda, sıklıkla ebeveyn memnuniyetlerine bakılmıştır (şahin ve ark. 2005, Mor ve ark. 2006, Aşılıoğlu ve ark. 2009, Kuzu ve Güler 2012). Eroğlu ve arkadaşları (2001), HHBA ile ollen memnuniyet oranının yaş arttıa yükseldiğini saptamıştır. Sanat temelli hemşirelik girişiminin değerlendirildiği HHBA’i 7-12 yaş olarak en küçük yaş grubunda uygulanan, buna gore diğer yaş gruplarına gore memnuniyet ortalamaları yüksek düzeye sahip bir araştırmadır. HHBA ile yapılan çalışmalara bakıldığında, İyeroğlu ve Karabulutlu’nun (2009) 19-60+ yaş hastalarda memnuniyet puan ortalaması 69.44 ± 7.16 olarak yüksek düzeye, oban ve Kaşıkçı’nın (2008) 20-60+ yaş hastalarda memnuniyet ortalaması 36.10 ± 12.28 olarak orta düzeye çıkmıştır. Sanat temelli bir hemşirelik girişimi, ocuk hastaların, hemşire algısını olumlu yonde değerıştiren, bununla birlikte, bakım memnuniyetini yüksek düzeye artışına neden olan bir hemşirelik girişimidir.

Araştırmamızda hemşireler, çocukların hastane hakkındaki algılarını değerlendirmış ve çocukların, hastaneden korktuğunu, hastaneleri itici bulduğunu, hastane deyince çoğu zaman ağlayarak tepki verdiklerini belirtmişlerdir. Hemşireler ocukların doktor fobisi, hemşire fobisi olduğunu belirtirken, sanat temelli hemşirelik girişimi ile çocuğun korkusunun azaldığını, mutlu olduğunu ve rahatladığını belirtmişlerdir. Ayrıca hemşirenin verdiği hastane malzemeleriyle oyuncak yapan çocuklar, değerli olduğunu, yattığı servisin bir parçası olarak, hemşirelerce kabul edildiğini hissettiklerini ifade ettiler (Tablo XVII). ocuk gozyle sağlığın anlamının araştırıldığı, 4-6 yaş grubunda, çocukların %37’si sağlığı, hasta olmamak şeklinde tanımlarken, sağlıklı olmak için %84 temiz olmak, %10 hastaneye gitmek gerektiğini belirtmişlerdir (Ak ve Bilgin 2013). Gonener ve Gorak’ın (2009) alışmasında çocukların %50’si hastaneyi kot bir yer olarak tanımlamıştır. şahan 7-12 yaş, 200 ocuk ile yaptığı çalışmada (1997) hastanelere yatan çocukların iğne yapılmasından, parmağından kan alınmasından, ameliyat olmaktan, hastanede olmekten korktuğu bulunmuştur. Ameliyat için hastaneye yatan çocuklarda ise hem ocuk hem de aileleri korku yaşamaktadır (Alak 1993).

Başbakkal ve arkadaşlarının (2010) araştırmasında çocukların hastaneye yatış sonrası; gece yatmaya giderken ve yemek yerken huysuzluk yapma, gece yatağını ıslatma, yeni ortam/kişi ve eşyalardan korkma, doktor/hemşire ve hastane korkusu gibi davranış değişiklikleri olduğu saptanmıştır. Benzer araştırma sonuçlarına göre çocuklar akut hastalıklarda, hastalığa ek olarak anksiyete (Gönener ve Pek 2009), kronik hastalıklarda depresyon yaşamaktadır (Beytut ve ark. 2009). Araştırmalar hemşirenin, çocuk ve ailenin endişelerini ve korkularını anlamak ve bunları azaltmaya yönelik girişimlerin planlanması ve uygulanmasından sorumlu olduğunu göstermektedir (Altay 2008). Hemşirelik bakımında çocuğa resim çizdirilmesinin, çocuğun kendini daha rahat ifade ettiği, hastane algısını resimlerle ortaya çıkardığı, bakıma katılmalarını, tedaviye uyum sağlamalarını arttırdığı ve başetme becerisi geliştirdiği ortaya konmuştur (Çetin 2013). Çocukluk dönemi depresyonlarının %2-6 arasında olduğu, 10 haftalık terapi eğitimleri ile çözüleceği ifade edilmektedir (Kiritsis 2010). Hastaneye yatan çocuklar duygusal olarak etkilenmekte, oluşan korku ya da depresyon genellikle başka bir uzmana gereksinim duyulmakta, tedavi için uzun süre gerektirmekte ve çocuğu ikinci bir hastane döngüsüne itmektedir. Araştırma sonuçlarımız literatürle uyumludur. Çocukların hastane korkusuna yönelik pek çok belirti gösterdiğini, korku için gereken çözümlerin hemşirelik hizmetlerinin yapılandırılmasına olan gereksinimin önemini bir kez daha ortaya koymaktadır. Sanat temelli hemşirelik girişimi bu alanda gereksinimi karşılamakta, çocuğun hastane korkusunu azaltarak, çocuğa mutluluk vermekte, hemşire ve çocuk arasında yapılan yeni bir girişim olup, hemşire ile çocuk iletişimini güçlendirmektedir. Sanat temelli hemşirelik girişimi hastaneye yatmaya bağlı oluşacak ikinci duygusal travmayı en aza indirecek, travmanın anında, hemşire tarafından, hastane ortamında çözülmesine katkı sağlayacaktır.

Araştırmada hemşireler, çocukların hemşireler hakkındaki algılarını değerlendirmiştir. Hemşireler, çocuklar tarafından “ Öcü, Cadı, İğneci, Korkutucu” olarak algılandıklarını, sanat temelli hemşirelik girişimi ile hemşirelik imajının değişebileceğini belirtmişlerdir. Hemşireler, çocukların hemşire korkusunu yeneceğini, kendilerini hemşirelere yakın hissederek, sevgi duyacağını, sevgisinin artacağını ve güven duyarak hemşireyi kabul etmesinin kolaylaşacağını belirtmişlerdir (Tablo XVII). Sanat temelli hemşirelik girişiminde çocukların

gözlemlerinden elde edilen sonuçlarda, çocukların bu girişimle hemşireyi ablası yerine koyduğu, güven ve sevgi duyarak, bu girişimle hemşireye verdiği değer ve ilgisinde artış olduğu görülmüştür (Tablo XIII). Bal (2012) çalışmasında kurumsal imajı değerlendirmiş ve hastanede çalışan personelin kurum imajına etkisinin; personelin davranışı, görünümü ve iletişim kurma becerisinin etkili olduğu bulunmuştur. Hemşirelik imajının değerlendirildiği çalışmada, çocuk ve annesinin benzer görüşlerde olduğu, hemşireleri 2.6 ortalama ile güven verici buldukları, 2.5 ortalama ile korkutucu, 2.4 ortalama ile eğlenceli bulmadıkları, ebeveynlerin %72'si hemşirelik üniformasının renkli, %42'si desenli olmasını istediklerini belirtmişlerdir (Başbakkal ve ark. 2013). Farklı bir çalışmada, ebeveynler hemşireleri, yeşil üniforma içinde uzman, beyaz üniforma içinde dikkatli ve profesyonel, mavi ve pembe üniforma içinde cana yakın olarak değerlendirmiştir (Alemdar ve Top 2013). Özata ve Aslan'ın (2009) hemşirelik mesleğinin imaj algısını belirlemek için, hemşirelerle yaptıkları çalışmada, hemşirelerin yaptıkları işi, kritik iş ya da istenmeyen iş olarak algılamasının, meslek imajı algısını belirlediğini göstermiştir. Türkiye'de hemşirelerin algıladığı kritik işler: ilaçla tedavi yönetimi, vital bulguları, mayileri ölçme ve kaydetme, tedavi yönetimidir. İstenmeyen işler; yatak yapmak, ziyaretçileri selamlamak ve onlara yolu tarif etmek, hasta postalarını tasniflemek ve teslim etmektir (Özata ve Aslan 2009). Sanat temelli hemşirelik girişimi, hemşirelerin isteyerek yapacakları, işlerindeki ciddiyet ve mutluluğu arttıran bir girişim olarak meslek imajını olumlu etkileyecektir. Taş ve arkadaşlarının (2006) 7-12 yaş çocuklarla yaptıkları çalışmada, çocukların resimlerinde %79.8'inin doktor ve hemşire ayrımını yapmadıkları bulunmuştur. Çocuklar çoğunlukla sağlık çalışanlarından korkmakta, korkularını genellemektedirler. Hemşireler farklı pek çok bakım uygulamaları yapmalarına karşın, genellikle sadece enjeksiyon yapmaları ile hatırlanarak, iğneci olarak anılmaktadırlar. Sanat temelli hemşirelik girişimi ile bakım uygulamaları çeşitlendirilmiş olacak, oyun gereksinimini karşılayan hemşire, çocuğun algısında imajını değiştirerek “İğneci Değil İyi(leştirici) Hemşire” olacaktır.

H2 Hipotezinin güncel literatürle tartışması yapılarak, Sanat temelli hemşirelik girişiminin, 8-12 yaş okul dönemi hastanede yatan hemşirelik bakımını

algılamalarını etkilediği, H2 hipotezinin nicel ve nitel verilerle kabul edildiği bulunmuştur.

Refakatçilere tıbbi bakım hizmetlerinden memnuniyet ve psikososyal memnuniyetini ölçen, PedsQL Sağlık Bakımı Memnuniyet Ölçeği sonuçlarına göre, sanat temelli hemşirelik girişimi uygulanan okul dönemi çocukların refakatçilerinin puan ortalaması 81.07 ± 3.5 olarak bulunmuş ve kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde artış göstermiştir ($p < 0.05$). Sağlık hizmetlerinden ebeveynlerin memnuniyetini ölçen çalışmalara bakıldığında, Aşılıoğlu ve arkadaşlarının (2009) çocuk acil servisine başvuran ebeveyn memnuniyet puan ortalaması %74.6 olarak, Çelikkalp ve arkadaşlarının (2009) memnuniyet puan ortalaması %53.63 olarak orta düzeyde bulunmuştur. Hastaların hemşirelik bakımından memnuniyetlerini Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Ölçeği ile ölçen, Geçkil ve arkadaşları (2011) 68.11 ± 16.26 puan ortalaması ile orta düzeyde, Koç ve arkadaşları (2012) 75.40 ± 18.55 puan ortalaması ile yüksek düzeyde bulunmuştur. Bu sonuçlarla karşılaştırıldığında, Sanat temelli hemşirelik girişimi, refakatçilerin memnuniyetini yüksek düzeyde arttırmaktadır. Sanat temelli hemşirelik girişimi, hemşirelerin çocuk ve refakatçilere verdiği hemşirelik hizmetlerinin kalitesini yükselterek, refakatçilerin tıbbi bakım hizmetlerinden memnuniyet ve psikososyal memnuniyetlerini olumlu yönde arttıran bir hemşirelik girişimidir.

PSBMÖ'ü bilgilendirme, ailenin katılımı, iletişim, teknik beceri, duygusal gereksinim ve genel memnuniyet olmak üzere 6 farklı alanda refakatçilerin memnuniyet düzeylerini ölçmektedir.

Sanat temelli hemşirelik girişimi uygulanan refakatçilerin PSBMÖ'ü ile memnuniyeti, ilk sırada, en yüksek ortalama ile 17.73 ± 1.2 iletişim boyutunda olup, kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde artış göstermiştir ($p < 0.05$). Hemşireler sanat temelli hemşirelik girişiminin, resmi iletişimi yumuşatan, hem çocuk hem de aile için sıcak bir iletişim kurma olanağı sağlayan, ailenin güven ve sempatisi etkileyecek bir girişim olduğunu belirtmişlerdir. Sanat temelli hemşirelik girişimi, hemşirenin çocuğun anlamasını kolaylaştıran, çocuk ile güven ilişkisi kuran, hemşire, çocuk ve aile arasında yeni bir iletişim tekniği ve aynı zamanda yeni bir geri bildirim aracıdır. Hemşireler özellikle konuşmayan çocuklarda etkili bir iletişim aracı olabileceğini,

çocuğun hemşireye ve aileye mesajlar vereceğini ve çocuk ile iletişim kurma olanağı sağlayacağını belirtmişlerdir (Tablo XVII, XVIII). Hastaların sağlık hizmetlerinden memnuniyetlerini, 1. sırada hemşirelik hizmetlerinin etkilediğini (Ovayolu ve Bahar 2006), hemşirelerden beklenenin ise, hemşirelerin güvenilir ve doğru hizmeti, empatik iletişim becerilerinin gelişmiş olmasıdır (Aşılıoğlu ve ark 2009). Doğan (2010) araştırmasında ebeveynlerin, kendilerine yatacak yer sağlanmasını, refakatçi olarak kalabilmelerini, daha sık ziyaret ve çocuğu ile beraber olma olanaklarının sağlanmasını, kendilerine sağlık personeli tarafından daha çok ilgi gösterilmesini beklediklerini belirlenmişlerdir. Sanat temelli hemşirelik girişiminde yapılan oyuncak ve oyuncaklarla oynanan oyunlarda, çocuk ile hemşire, hemşire ile aile, çocuk ile aile arasında iletişim artmaktadır. Sonuçlara, sanat temelli hemşirelik girişimi, çocuk, refakatçi ve hemşire arasında yapılan girişim olarak, iletişim boyutunu etkilemekte, sağlık çalışanları ile rahat bir iletişim sağlayabilir.

Sanat temelli hemşirelik girişimi uygulanan refakatçilerin PSBMÖ'ü ile memnuniyeti, 13.60 ± 1.0 puan ortalaması ile, ailenin bakıma katılımı, 12.60 ± 0.8 puan ortalaması ile ailenin duygusal gereksinimlerinin karşılanması boyutunda olup, kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde artış göstermiştir ($p < 0.05$). Araştırmamızda refakatçiler, sanat temelli hemşirelik girişimi sürecinde, çocuğun kendini evindeymiş gibi hissettiğini, tek başına sıkılmadan oynayarak, hastanede eğlenceli, mutlu vakit geçirdiğini belirtmişlerdir. Çocuk yatak içinde, odada, sürekli bir şeyler yapmak isteyerek, anneyi çözüm bulmaya zorlamaktadır, sanat temelli hemşirelik girişimi ile yatakta çocuk için bir faaliyet yapılırken, zaman zaman oyuna dahil olan refakatçi de, oyuna katılmaktan mutlu olduğunu ifade etmişlerdir. Sanat temelli hemşirelik girişimi ile oyun oynayan çocuğun refakatçisi, oyuna katılmadığı zaman, bu süreci dinlenmek, kendine zaman ayırmak için değerlendirdiğini, refakatçi bu girişimle hastanede rahatlayıp, mutlu olduğunu belirtmiştir (Tablo XIV). Ulus ve Kublay (2012) araştırmasında (PSBMÖ) refakatçi memnuniyetinin en düşük puan ortalamasının duygusal destek boyutunda (59) olduğu bulunmuştur. Öz ve Sevil (2009) çalışmasında ebeveynlerin %93.3'ünün hemşirelik hizmetlerinden memnun olduğu, %58.6'sının hemşirelik hizmetlerinden iyi hizmet, güler yüz, ilgi ve empati beklediklerini saptanmıştır. Çocuk ile ailenin birlikte etkin şekilde oyun oynaması, çocuğun benlik saygısını arttırırken, ailenin de çocukla empati kurmasını

sağlamaktadır (Smith 2000). Çocuk ve aile birlikte oyun oynarken, oyunun etkili olabilmesi için ailenin, çocuğun oyununa doğrudan müdahale etmemesi, oyun içeriğine zamanında dahil olması, çocukla iletişim kurma ve çocuğa karşı empatik davranış sergileme becerisi geliştirmesi gerekmektedir (Elling 2003). Çocuk hastanesinde ebeveynler ile yapılan bir çalışmada, ebeveynlerin %63'ü tekrar çocuk olmak istediğini, %33'ü çocuk olursa oyun oynamak istediğini belirtmiştir. Ebeveynlerden %49'u çocuğunun oyun oynayarak vakit geçirmesini istemiştir (Arslan ve ark. 2013). Ameliyat öncesi dönemde, çocukları ile birlikte ameliyat hakkında bilgi verilen ve çocuğu ile oyun oynayan ebeveynlerin durumluk ve süreklilik kaygı düzeyleri, rutin hastane hazırlığı uygulanan ebeveynlere oranla daha düşük bulunmuştur (Tural ve Bolışık 2013a). Hastane ortamındaki oyun aktiviteleri çocuğu eğlendirirken aynı zamanda ebeveynin tükenmişliğini azaltmakta, ebeveynin dinlenmesi, kendine zaman ayırması açısından olanak yaratmaktadır (Haiat et al 2003). Sanat temelli hemşirelik girişimi, çocuğa bakım verirken, aynı zamanda refakatçiye de çocuğuyla etkili oyun oynama olanağı sağlamaktadır. Oyuna katılan ya da çocuğun oyununu izleyen refakatçi mutlu olmakta, duygusal memnuniyete etki etmektedir. Hemşirelerden memnuniyetin ölçüsünü, hemşirelerin bilgi, saygı ve aileye yardımcı olma özellikleri belirlemektedir (Arslan ve Kelleci 2009, Geçgil ve ark. 2008). Çoğu araştırmada hasta memnuniyetini en çok etkileyen sağlık çalışan davranışı, yüksek oranda memnuniyetsizlik sağlık çalışanlarının davranışı olarak bulunmuştur (Baykan ve arkadaşları 2004, Çelikkalp ve ark. 2011, Önsüz 2008, Aytar ve Yeşildal 2009, Taşlıyan ve Akyüz 2010). Özellikle kronik hastalığı olan çocuklarda ebeveynler tanı ve tedavi işlemleri sırasında destek, profesyonel yaklaşım, uygun hastane koşullarının sağlanması ve çocukları üzerindeki sorumlulukları konusunda bilgi ve yardım beklemektedir (Ygge and Arnetz 2004). Sanat temelli hemşirelik girişimi, refakatçi ve çocuğun birlikte odasında yapabileceği, aileyi bakıma katan bir girişimdir. Sanat temelli hemşirelik girişimi, çocukları mutlu etmekte, hastane ortamında mutlu olan çocuğu için refakatçiye de mutluluk vermekte, ailenin rahatının sağlanarak, aile merkezli bakım verildiğini göstermektedir.

Sanat temelli hemşirelik girişimi uygulanan refakatçilerin PSBMÖ'ü ile memnuniyeti, 12.40±1.1 puan ortalaması ile hemşirelerin teknik beceri boyutunda

olup, kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde artış göstermiştir ($p<0.05$). Hemşireler sanat temelli hemşirelik girişimi ile çocukların, yaşadıkları duyguları anlattığını, girişimin, hemşirenin çocuğun iç dünyasına girmesine, anlamasına ve önemsemesine katkı sağlayacağını belirtmişlerdir. Hemşireler tedaviyi olumlu etkileyeceğini, ağırlı işlemlerden önce tıbbi malzemelerle oyuncak yapabileceği söylenen, örnekler gösterilen çocuğun işlemlere hazırlanmasını daha kolaylaştıracağını, aynı zamanda tanıyı da kabullenmesine katkı sağlayabileceğini çocuğun ağrısını ifade etme aracı olarak kullanabileceğini belirtmişlerdir. Aynı zamanda çocuk oyuncakla tedavisini canlandırıp, oyuncakla ile oynadığı oyunda iyileşmeye çalışacak, travmatik işlemlerde baş etme becerisi geliştirecek, çocuğun hastalığa, dünyaya bakış açısını değiştirecektir. Sanat temelli hemşirelik girişimi için hemşireler, travmatik işlem yapan hemşireyi aynı zamanda travmanın acısını azaltan kişi olarak, tedavi ve bakımını uygulanacağını söylemiştir. Hemşire yatak içinde aktivite sağlayacak, tedavi yaparken aynı zamanda çocukla gerçekleştirdiği girişim ile zamanı da etkili kullanarak, teknik beceri ile çocuğun dikkatini farklı yöne çekmiş olacaktır (Tablo XVIII). Ağırlı çocuğa yaklaşımda, hemşirelerin %91'i her gün ağrı çeken çocukla karşılaştığını, %88'i her gün ağırlı işlem uyguladığını ve çocukların %93 ağırlı işlemlere ağlayarak, %88 agresif davranışlarla tepki verdiğini, çocuğun ağrısı olduğunda hemşirelerin %20'si rutin olarak analjezik uyguladığını, %23'ü çocukla konuştuklarını, %77'si serviste rutin bir uygulama olmadığını ve bu konuda nonfarmakolojik tekniklere gereksinim duyulduğunu belirtmişlerdir (Göv ve ark. 2013). Ağrıya yönelik yapılan çalışmalarda, eğitim vermenin (Güler ve ark. 2013), dikkati başka yöne çekmenin (Evgin 1995), kan alınırken balon şişirme ve öksürme yöntemlerinin (Mutlu ve Balcı 2013), ameliyat hakkında eğitim ve terapötik oyunun (Tural ve Bolışık 2013b), ağrıyı azalttığı bulunmuştur. Yenidoğanlarda aşı uygularken ağrıyı azaltmada Emla kremin, ağrıyı azalttığı bulunmuştur (Küçüköğlu ve ark. 2013). Buna karşın farklı bir çalışmada da, intramüsküler enjeksiyonlardan öncesi lokal anestezi etkili krem kullanılması ve işlem öncesi eğitim verilmesinin ağrıyı azaltmada aynı düzeyde etkili olduğu bulunmuştur (Geçgil ve ark. 2008). Ameliyat sonrası 7-12 yaş çocukların ağrı yönetimi için müziğin kullanıldığı çalışmada, postoperatif dönemde ilk 6 saatte müziğin ağrı puanını, kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde etkilediği bulunmuştur (Oran ve Ergin 2013). Pediatri

kliniğinde çalışan hemşirelerin, müzik terapisinin çocuk kliniklerinde kullanılmasına ilişkin yapılan çalışmada, %90'ı müzik terapisinin uygulanmasını, %70'i günün belli saatlerinde yapılmasının, %40'ı klasik müzik seçilmesini belirtmişlerdir. Hemşireler müziğin sedatif etkisi, ağrıyı azaltma ve eğlence etkisinin olduğunu belirtmişlerdir (Barboras ve Ucuñ 2013). Atravmatik bakım ile ilgili çalışmalar sınırlı sayıda olup, genellikle ağırlı işlemler: yara bakımı (Morris at all 2009), enjeksiyon uygulamalarında yoğunlaşmaktadır (Çelebioğlu at all 2010, Ellis at all 2004). Ağrı için ağırlı kesici ilaçların kullanımının ağrıyı azalttığı bilinmesine karşın, farklı yaş grupları için, nonfarmakolojik yöntemlerin kullanılarak ağrının şiddetini, ağrının ortaya çıkış sıklığını azaltması, bu konuda araştırmalara gereksinim duyulduğunu göstermektedir. Bu sonuçlar, sanat temelli hemşirelik girişimi, travmatik uygulamalarda, atravmatik bakım tekniğı olarak, çocuk ve hemşirenin yaratıcılığını harekete geçirerek, hemşirenin teknik becerisini kullandığı ve teknik beceri boyutunu etkileyen bir girişim olarak düşünülebilir.

Sanat temelli hemşirelik girişimi uygulanan refakatçilerin PSBMÖ'i ile memnuniyeti, son olarak 10.40 ± 1.1 puan ortalaması ile genel memnuniyet boyutunda olup, kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde artış göstermiştir ($p < 0.05$). Sanat temelli hemşirelik girişimi uygulanan refakatçilerin PSBMÖ'i ile memnuniyeti, bilgilendirme alt boyutunda kontrol grubuna göre anlamlı değildir ($p > 0.05$). PSBMÖ'i ile yapılan araştırmalarda Tanır ve Kuğuoğlu (2012) en yüksek puan ortalamasını genel memnuniyet 53.4 ± 20.7 ve en düşük puan ortalamasını bilgi boyutunda 37.9 ± 26.6 olarak bulunmuştur. Benzer şekilde Ulus ve Kublay (2012) en yüksek puan ortalamasını genel memnuniyet (62) olarak bulmuşlardır. Koç'un (2011) çalışmasında, ameliyat öncesi dönemde bilgi verilmesi, ebeveynlerin anksiyete düzeylerini düşürürken, çocuklarda etkili olmamıştır. Sanat temelli hemşirelik girişimi, çocuk ve refakatçilerin hastalık ve hastaneye olan beklentilerini farklı bir girişimle çözdüğü için, genel memnuniyet boyutuna etki eden, sağlık hizmetlerinde memnuniyeti arttıracak bir girişimdir. Öte yandan sanat temelli hemşirelik girişimi, çocuk ve aileye bilgi verme amaçlı değildir. Sonuçlar bu amaçla uyumlu çıkmış sanat temelli hemşirelik girişiminin bilgi boyutunda, etkili olmadığını göstermiştir. Araştırmada oluşturulan oyuncak ve oynanan oyunların içeriğı dikkate

alındığında, sanat temelli hemşirelik girişiminin, hastalıklar ve bakım uygulamaları konusunda, bilgi verme amaçlı kullanılabileceği söylenebilir.

H3 Hipotezinin güncel literatürle tartışması yapılarak, Sanat temelli hemşirelik girişiminin, ebeveynlerin sağlık bakım memnuniyetini etkilediği, H3 hipotezinin nicel ve nitel verilerle kabul edildiği bulunmuştur.

Sanat temelli hemşirelik girişiminde, hemşireler, hemşirelik hizmetlerini yaparken kaliteli bakım vermelerini etkileyen nedenleri belirtmişlerdir. Hemşireler, çalıştıkları serviste benzer hastalık ve aynı yaş grupları ile sık karşılaştığını, zamanla işlerin rutin hale geldiğini, duyguların azalarak işlerini tekdüze yaptıklarını belirtmişlerdir. Hemşireler, sanat temelli hemşirelik girişimini çocuklar ile yapacakları bir aktivite olduğunu, çocukların duygularını anlamalarını sağlayan bu girişimin, hemşirelerin duygularını harekete geçireceğini, her çocuğu ayrı değerlendirmelerini sağlayarak, çocuklara bakış açısını değiştiren bir girişim olduğunu belirtmişlerdir. Çocuğun oyun gereksinimini karşılayacağını, her çocuğa özel bir oyuncak sağlayacağını, çocuğa ilgi gösterildiğinin bir ifadesi olacağını belirtmişlerdir (Tablo XVIII). Hemşireler, hemşirelik mesleğinde yeni girişimlere gereksinim olduğunu, sanat temelli hemşirelik girişimin hemşirelik mesleği için çok yaratıcı, farklı ve yeni bir girişim olduğunu belirtmişlerdir. Hemşireler sanat temelli hemşirelik girişimin meslekte monotonluğu azaltırken, aynı zamanda meslek sevgisini ve meslek doyumunu artıracığını belirtmişlerdir (Tablo XVIII). Araştırmaya göre hemşirelerin mesleğe karşı olan tutumunu belirlerken, yönetici ve kurumun niteliği, işin içeriği (Yeteneklerini kullanma, kendini geliştirme, mutlu olma vs.), çalışma koşulları ve çalışma arkadaşlarının yapısı, ücreti baz alarak ölçmektedir (Baykal ve Altuntaş 2008). Benzer araştırmada sağlık çalışanlarının, başarı, tanınma ya da takdir edilme, işin yapısı, iş sorumluluğuna bağlı olarak “İçsel Doyum” un yüksek olduğu; çalışma arkadaşları ve astlarla ilişkiler, çalışma koşullarına bağlı olarak “Dışsal Doyum” un düşük olduğu, genel olarak ise iş doyumunun yüksek olmadığını göstermektedir (Derin 2007). Hemşirelerin iş doyumuna bakan çalışmalarda, hemşirelerin bakımda inisiyatif kullanması duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşmayı azaltmakta, bireysel başarı ve iş doyum artmaktadır (Süloğlu 2009). Bir araştırmada hemşirelerin iş doyum puanının düşük, anksiyete puanlarının orta düzeyde olduğu bildirilmektedir (2007). Araştırmalar, çalışmamızla

benzer nitelikte, hemşirelik mesleğinde işe karşı tutumu değiştirecek, iş doyumun arttıracak çalışmalara gereksinim olduğunu göstermektedir. Sanat temelli hemşirelik girişimi, hemşirenin bakımda inisiyatif kullanmasına, çocuğa özgü planlananın yapılmasına ve hemşirenin yeteneklerini kullanmasına olanak veren bir girişimdir. Profesyonel tutumun yerleştirilmesi, bakımda kalitenin artmasının yanında, meslekte birliğin sağlanması ve mesleki statünün artmasına da katkı sağlayabilir. Meslekte profesyonel tutum envanteri, hemşire ve ebelerin mesleki profesyonelliklerinin değerlendirilmesine, profesyonel tutumun artırılmasına ve bu yönde yapılan girişimlerin sonuçlarının değerlendirilmesine katkı sağlamaktadır (Erbil ve Bakır 2009). Profesyonel tutum, tüm meslek üyelerinde olması istenen ve beklenen bir özelliktir. Sanat temelli hemşirelik girişimi, tamamiyle mesleğe özgü, mesleğe bakışı değiştirerek, hemşire, çocuk ebeveynler açısından meslekte statü artmasına katkı sağlayacak, profesyonel tutum geliştirecek bir girişimdir. Hasta memnuniyetin primer hemşireliğin kalitesini arttırdığı bilinmektedir (Ovayolu ve Bahar 2006, Bilge ve Çam 2001). Primer hemşirelik iş doyumunu arttıran nedenler arasında yer almaktadır (Dede ve Çınar 2008). Sanat temelli hemşirelik girişimi hemşirenin, çocuğun oyun gereksinimini, bireysel farklılıklarını göz önüne alarak birebir bakım sağlayacağı primer hemşirelik uygulanması olup, primer bakım sağlayabilir. Tüm hastanelerde “*Terap(öt)i Hemşiresi*” olarak gezici bir çocuk hemşiresinin bulunması, çocuğun terapötik oyun gereksinimini karşılayarak, sanat temelli hemşirelik girişiminin yaygın hale getirilmesi düşüncesindeyiz.

Hemşireler, hemşirelik hizmetlerinin kalitesini arttıran, sanat temelli hemşirelik girişimi için geliştirilen gereç için değerlendirmelerde bulunmuştur. Girişim için hemşireler, temiz tıbbi atıklardan oluşan 77’si farklı olmak üzere toplam 100 malzeme toplanmıştır (Tablo I). Hemşireler, atık malzemelerin, hastanede tanıtım ya da numune amaçlı gelen atıl durumdaki, zararsız, kullanılabilir, kolay bulunan, basit malzemelerden seçilerek geri dönüşümde kullanılabileceğini belirtmişlerdir. Hemşireler hastane yatışları sık tekrarlanan, travmatize işlemlere daha sık karşılaştıkları kronik hastalar için sanat temelli hemşirelik girişimi ile oyuncak malzemelerinin, hastane malzemelerinden olması gerektiğini, bu sayede çocuğun kendi tedavisinde kullanılan araçlara dokunacağını ve çocuğa hastaneyi tanımak için bir olanak sağlayacağını belirtmişlerdir. Çocuk için zararsız, yararına olan atık malzemelerin

seçiminin, malzemeyi birebir kullanan ve tanıyan kişi olarak hemşirelerin toplamasının uygun olduğunu belirtmişlerdir (Tablo XVII). Günlük malzemeler, pipetler, puzzle, büyük kk çeşitli malzemeler okul çocuğu için oyuncak malzemeleri olarak kullanılabilir (Frost at all 2012). Tıbbi atıklar için önerilen, atık oluşumunun önlenmesi ya da en aza indirilmesi, atıkların çevreye zararı vermeyen yöntemlerle imhası ve atıkların mümkün olduğu kadar yeniden kullanıma kazandırılması olarak belirtilmektedir (Devrim 2007, UNCED 1994, Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliği 2005). Atıklar sınıflandığında geridönüşüm için kullanılacak atıkların nonatıklar olduğu, nonatıkların ise, sahibi (veya sahibi olacak) kişi(ler) tarafından bir amaç belirlenmesi ve bu amaçla kullanılacak ya da belirlenen amaca uygun işlev yapacak atıklar olduğu belirtilmektedir (zerol 2005). Sanat temelli hemşirelik girişiminin uygulayıcıları olarak, gerecin sağlanması, uygulamanın değerlendirilmesine kadar olan süreç tümüyle hemşirelere özgüdür. “Nonatık” olarak belirtilen temiz tıbbi atıkları (zerol 2005), hemşireler, Sanat temelli hemşirelik girişimi için kullanabilir. Atık depolanmasına ait bir çalışmada, yataksız kurumların tıbbi atık deposu %44.4 bulunmakta, yataklı kurumların %85.7’sinde tıbbi atık tankı, atık bertarafı ve yakma ünitelerine, kurumların hiçbirinde rastlanmadığı bulunmuştur. Kurumların genelde evsel ve tıbbi atıklarının toplanması, depolanması ve yokedilmesinde yetersizlik olduğu; yataksız sağlık kurumlarında sorunun daha önemli boyutlarda olduğu saptanmıştır (Rhman ve ark. 2009). Hastane atıkları atık yönetmeliğinde belirtilen, kirlilik düzeyine göre saklanmakta ve imhası sağlanmaktadır. Temizlenmesi sağlanan tıbbi malzemeler tekrar kullanılmaktadır. Ancak temiz olup, tekrar kullanımı mümkün olmayan atıklar için, hastaneler yüksek maliyetler ödeyerek, bu atıkların imhasını sağlamaktadır. Hemşireler bakım uygularken, gerekli tıbbi malzemelerin temin edilmesi ve saklanmasından sorumludur. Temiz tıbbi atıkları, bakım girişimi olarak kullanmak, sanat temelli hemşirelik girişimini, hemşirelik için özgün bir çalışma olmasını sağlamakta, öte yandan hastaneleri imhası için para harcadıkları bir alanda hizmet olarak geri dönüştürmektedir. Bu sonuçlara göre, temiz tıbbi atıklar, hemşireler tarafından güvenle geridönüşüm yapılabilecek, “*A(tı)l Malzeme, A(tı)k Oyuncak*” olarak, sanat temelli hemşirelik girişiminin gereci olarak kullanılabilir.

H4 Hipotezinin güncel literatürle tartışması yapılarak, Sanat temelli hemşirelik girişiminin, hemşirelik bakımının kalitesini etkilediği, H4 hipotezinin nitel verilerle kabul edildiği bulunmuştur.

7.1. Sonuç

Araştırma verileri sonucunda hipotezler kabul edilerek, aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir:

Sanat temelli bir hemşirelik girişimi ile;

- 1.Hastanelerin yapısı ve olanaklarına bakılmaksızın, her hastane, çocuklara uygun hale getirilebilir.
- 2.Hastanelerin yapısı ve olanaklarına bakılmaksızın, “*Her Oda Bir Oyun Odası*” na dönüşebilir.
- 3.Hastanede oyun odalarındaki oyuncaklardan bulaş riskini ortadan kaldırarak, çocuğa özel, “*Disposbl (tek kullanımlık) Oyuncak*” sağlanabilir.
- 4.Okul dönemindeki çocuğun kendisi ya da arkadaşı olarak yaptığı bebek, kendi tedavisine benzer yaptığı ilaç ve serum, girişimin terapötik olduğunu ortaya koyarken, çıktılar “*Terapötik Oyuncak*” olarak kullanılabilir.
- 5.Çocukların atıl malzemeleri kullanması, çocuğun yaratıcılığını, el becerisini geliştirmesini, hastanede kesintiye uğrayan gelişim sürecinin, başarı ile desteklenerek ve kullanılmasını sağlar.
6. Tanı ve bakım için ağırlı işlemler yapan hemşirenin, çocuğun travmasını açığa çıkarmasını, hastane sürecinde travmanın acısının azaltılmasını, tam bakım uygulayarak atravmatik bakım vermesini sağlar.
- 7.Çocukların oyun içeriklerinden hareketle, hastane ortamında çocuklara bakım uygulamalarını deneme olanağı sağlayan, çocukların hastaneye uyum süreci kolaylaştıran, “*Terapötik Oyun Tekniği*” olarak kullanılabilir.
- 8.Çocuk hastaların bakım memnuniyetini yüksek düzeyde arttıran hemşire algısını olumlu yönde değiştiren bir hemşirelik girişimidir.

- 9.Çocukların sağlık algılarını ortaya çıkararak, olumlu sağlık algısı geliştirmeye, çocukların korkularını azaltarak, hastane fobisini yenmelerini sağlayan bir girişimdir.
- 10.Hemşirelik imajını etkileyen bir girişim olarak, hemşire imajı “*İğneci Değil İyi(leştirici) Hemşire*” olarak değiştirecek bir girişimdir.
- 11.Refakatçilerinin tıbbi bakım hizmetlerinden memnuniyet ve psikososyal memnuniyetlerini arttıran bir hemşirelik girişimidir.
- a.Hemşireler ile çocuk ve aile arasındaki iletişimi arttıran, yeni bir iletişim tekniği, duygularını ifade etmeyen çocuklarda etkili bir iletişim tekniği ve aynı zamanda yeni bir geri bildirim aracıdır.
- b.Duygusal gereksinimlerini karşılayan, ailenin bakıma katılmasını sağlayarak, aile merkezli bakım sağlayan bir girişimdir.
- c.Hemşirelerin teknik becerisini kullanmasını sağlayan ve hemşirelerin teknik becerilerinden memnuniyetini arttıran bir girişimdir.
- d. Sağlık hizmetlerinden, genel olarak memnuniyet artışına neden olan bir girişimdir.
- e.Bilgilendirme amaçlı olmayan fakat bilgilendirme amaçlı kullanılabilecek bir girişimdir.
- 12.Hemşirelerin zamanla oluşan tek düze düşünmesini, çocuklara bakış açısını değiştirerek, her çocuğu ayrı değerlendirmesini sağlayan primer hemşirelik bakımındır.
- 13.Her hastanede her hemşirenin uygulayabileceği, bir hemşirenin tüm hastane için görevlendirilerek, her klinikteki çocuğa oyun ve oyuncak erişimi sağlayacak bir girişim, “*Terap(öt)i Hemşiresi*” olarak yeni bir pediatri hemşireliği uzmanlık alanı olabilir.
- 14.Nonatık olarak, temiz tıbbi atıkların, hastaneler için kullanılabilecek geridönüşüm reçetesidir. Hemşireler için “*A(t)l Malzeme, A(t)k Oyuncak*” olarak, gereç olarak kullanılabilir.

15. Hemşirelerin meslek monotonluğunu azaltan yeni bir girişim, meslek doyumunu arttıran yaratıcı, farklı bir girişimdir.

7.2. Öneriler

Hastanelerin çocuklara uygun hale getirilmesi için tüm meslek grupları işbirliği içinde olmalıdır. Hemşireler için sanat temelli hemşirelik girişimi, bu amaç için kullanılabilir. Sanat temelli hemşirelik girişiminin, çıktılarının ve uygulanma basamaklarının tüm hastanelerde yazılı olarak paylaşılması önerilmektedir.

Hastanelerin temiz tıbbi atıklarını geri dönüşüm için önerilebilir.

Pediatric hemşireliğinde travmatik işlemlerden önce ve sonra travmatik bakım tekniği olarak,

Terapötik oyun tekniği olarak,

Refakatçilerin duygusal gereksinimlerini karşılayan, bakıma katan, aile merkezli bakım yaklaşımı olarak,

Her çocuğa özel Terapötik oyuncak, Dispozibl oyuncak olarak primer bakım tekniği olarak kullanılması önerilebilir.

Tüm hastanelerde Terapöti hemşiresi olarak yeni bir alan, sanat temelli hemşirelik girişiminin öncelikle yaygınlığını sağlayarak, pediatri uzmanlık alanı olarak önerilebilir.

8. KAYNAKLAR

- 1.Acat MB, Aslan M. (2011).Okulların Karakter Eğitimi Yetkinliği Ölçeği (OKEYÖ). Değerler Eğitimi Dergisi, 9: 21, 7-27.
- 2.Ahmann E and Johnson B. (2001). New guidance promote family centered change in health care institutions. Pediatric Nursing, 27:2, 173-175.
- 3.Ak B, Bilgin NÇ. (2013). Çocukların Gözüyle Sağlık. 4. Ulusal Pediatri Hemşireliği Kongresi. Kongre Kitabı, Sözel Bildiri (34), Adıyaman, 62.
- 4.Akkuş T. (2008). Çocuk Acil Biriminde Ebeveyn Memnuniyetini Etkileyen Etmenlerin Araştırılması. Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Uzmanlık Tezi, Samsun.
- 5.Akman M, Ünalın P, Kalaça S. (2009). Tıp Eğitiminde Sanatın Yeri. Hacettepe Tıp Dergisi, 40:1-5.
- 6.Aktamış H, Ergin Ö. (2007). Bilimsel Süreç Becerileri ile Bilimsel Yaratıcılık Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi .Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi (H. U. Journal of Education), 33, 11-23.
- 7.Aktamış H, Ergin Ö. (2006). Fen Eğitimi ve Yaratıcılık. Dokuz Eylül Üniversitesi, Buca Eğitim Fakültesi Dergisi, 20, 77-83.
- 8.Aktamış H. (2007). Fen Eğitiminde Bilimsel Süreç Becerilerinin Bilimsel Yaratıcılığa Etkisi: İlköğretim 7. Sınıf Fizik Ünitesi Örneği. Dokuz Eylül Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, İlköğretim Anabilim Dalı, Fen Bilgisi Öğretmenliği Programı. Doktora Tezi, İzmir.
- 9.Aktaş E, Teksöz E, Ocakçı AF. (2012). Ailede Kadının Değişen Rolünün Çocuk Sağlığına Etkisi ve Aile Merkezli Bakımın Önemi. Ege Üniversitesi hemşirelik Fakültesi Dergisi, 28 (1); 73-80.
- 10.Alak V. (1993). Hastaneye ameliyat olmak üzere gelen 7-14 yaş grubu çocukların korkuları ve hemşirelik uygulamaları. Ege üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yayınlanmış Doktora Tezi, İzmir.
- 11.Alemdar DK, Top FÜ. (2013). Pediatri Hemşirelerinin Üniforma Renklerinin Çocuk ve Ebeveynin Profesyonel Hemşirelik Algısına Etkisi. 4. Ulusal Pediatri Hemşireliği Kongresi. Kongre Kitabı, Poster Bildiri (102), Adıyaman, 154.
- 12.Alligood MN, Tomey AM. (2010). Nursing Theorists and Their Work. 7. baskı. Mosby Elsevier. United States Of America. 57-59.
- 13.Altay NC. (2008). Çocuklarda Ameliyat Öncesi Hazırlık. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi, 68-76.
- 14.Altuntaş S, Baykal Ü. (2008). İşe Karşı Tutum Ölçeği'nin Hemşireler İçin Uyarlanması. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 11: 1, 51-62.
- 15.Altun E, Yıldırım F, Aras Ş. (2011). Bir İlköğretim Okulu Öğrencilerinde Ruhsal Uyum Değerlendirmesi. Uluslar Arası Katılımlı 3. Ulusal Pediatri Hemşireliği Kongresi. DEÜ Sabancı Kültür Sarayı, İzmir. Kongre Özet Kitabı, Poster Bildiri.
- 16.Altun A, Aras Ş. (2011). Hastanede Yatan Annelerin Sosyal Destek Düzeylerinin Belirlenmesi. Uluslar Arası Katılımlı 3. Ulusal Pediatri Hemşireliği Kongresi. DEÜ Sabancı Kültür Sarayı, İzmir. Kongre Özet Kitabı, Poster Bildiri.
- 17.Arısoy ES. (2011). Sitomegalovirüs Enfeksiyonları:Etken ve Epidemiyoloji. J Pediatr Inf, 5:1, 208-12.
- 18.Arslan E, Arıkan D, Kazaz R. (2013). Erişkinlerin Çocuk Olma Ve Çocukluğunu Yaşama Konusundaki Düşünceleri. 4. Ulusal Pediatri Hemşireliği Kongresi. Kongre Kitabı, Poster Bildiri (18), Adıyaman, 99.

- 19.Arslan Ç, Kelleci M. (2011). Bir Üniversite Hastanesinde Yatan Hastaların Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Düzeyleri ve İlişkili Bazı Faktörler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 14:1, 1-8.
- 20.Artar M. (1999). Okul Öncesi Öğretmenlerinin Çocukların Oyun Hakkı'na İlişkin Tutumları, *Cumhuriyet ve Çocuk*. 2. Ulusal Çocuk Kültürü Kongresi Bildirileri A.Ü. Çocuk Kültürü Araştırma ve Uygulama Merkezi ,Yay:2, Ankara.
- 21.Artar M, Demir Şener T ve Çok F. (1998). Ankara'da Açık Alanlarda Çocuk Oyunları. *Eğitim ve Bilim*, 22:107, 23-27.
- 22.Artar M, Onur B, Çelen N. (2002). Çocuk Oyunlarında Üç Kusakta Görülen Değişimler. *Çocuk Forumu*, 5:1, 35- 39.
- 23.Aşcı M, Önbaş Ş, Ardıç G. (2011). Türkiye'deki İlköğretim Programına Yeni Bir Bakış Açısı: Karakter Eğitimi Program Tasarısı. *Celal Bayar Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*,1:2
- 24.Aşlıoğlu N, Akkuş T, Baysal K. (2009). Çocuk Acil Servislerde Ebeveyn Memnuniyeti ve Etkileyen Faktörlerin Araştırılması.*Türkiye Acil Tıp Dergisi*, 9:2, 65-72.
- 25.Atay G, Eras Z, Ertem İ. (2011). Çocuk Hastaların Hastane Yatışları Sırasında Gelişimlerinin Desteklenmesi. *Çocuk Dergisi*, 11:1,1-4.
- 26.Atay G, Eras Z, Ertem İ. (2011). Çocuk Hastaların Hastane Yatışları Sırasında Gelişimlerinin Desteklenmesi. *Çocuk Dergisi*, 11:1, 1-4.
- 27.Aydın B. (2012). Tıbbi Sanat Terapisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*, 4:1, 69-83.
- 28.Aydın A. (2008). Sembolik Oyun Testi'nin Türçe'ye Uyarlanması ve Okul Öncesi Dönemdeki Normal, Otistik ve Zihin Engelli Çocukların Sembolik Oyun Davranışlarının Karşılaştırılması. *Marmara Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, İlköğretim Anabilim Dalı, Okul Öncesi Öğretmenliği Bilim Dalı*. Yayınlanmış Doktora Tezi, İstanbul.
- 29.Ayyıldız T, Tanır M, kulakçı H, Celyk S, uzun M. (2011). Risk Factors that Affect the Development of Obesity in Elementary School Students. *Acta Pediatrica Nurturing The Child*, 100:463, 96-136.
- 30.Bahalı K, Tahiroğlu AY, Avcı A, Seydaoğlu G. (2009).Okul Reddi Olan Çocuk Ve Ergenlerin Ailesel Özellikleri. 19. Ulusal Çocuk Ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kongresi. 14-17 Nisan 2009, Hatay. Kongre Özet Kitabı, Poster Bildiri.
- 31.Bağlı MT. (1997). Çocuk Bahçesindeki Oyun Araçlarında Toplumsal Etkileşim, Çocuk Kültürü 1. Ulusal Çocuk Kültürü Kongresi Bildirileri, A.Ü. Çocuk Kültürü Araştırma ve Uygulama Merkezi Yayını:1, Ankara.
- 32.Baker CR. (2001). Birinci Basamak Pediatri Sağlam Çocuk Bakımı. Sağlam Çocuk Kontrolleri- İlkokul Çağı:6-11 Yaş. Lippincott Williams and Wilkins yayınevi. Türkçe Yayın ve Basım Turgut Yayıncılık (2002). İstanbul, 169-171.
- 33.Bal M. (2012). Çalışan Personelin Kurumsal İmaj Oluşumuna Etkisi. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 2:1, 219- 242.
- 34.Balling K, Mccubbin M. (2001) Hospitalized children with chronic illness:Parental caregiving needs and valuing parental expertise. *Journal of Pediatric Nursing*, 16:2,110-118.

- 35.Barbaros H, Uçun Y. (2013). Pediatri Kliniğinde Çalışan Hemşirelerin Müzik Terapisinin Kullanılmasına İlişkin Görüşleri. 4. Ulusal Pediatri Hemşireliği Kongresi. Kongre Kitabı, Sözel Bildiri (43), Adıyaman, 68.
- 36.Basso R. (2010). Expressive Arts in Pediatric Orientation Groups. Journal of Pediatric Nursing, 25, 482–489.
- 37.Başbakkal Z, Sönmez S, Celasin NŞ, Esenay F. ().3-6 Yaş Grubu Çocuğun Akut Bir Hastalık Nedeniyle Hastaneye Yatışa Karşı Davranışsal Tepkilerinin Belirlenmesi. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi, 7:1, 456-468.
- 38.Başbakkal Z, Yardımcı F, Gerçeker GÖ. (2013). Çocuk Hastaların Ve Ebeveynlerin Hemşire Üniformalarına İlişkin Tercihleri Ve Ebeveynlerin Hemşirelik İmajının İncelenmesi. 4. Ulusal Pediatri Hemşireliği Kongresi. Kongre Kitabı, Sözel Bildiri (48), Adıyaman, 72.
- 39.Başkaya, A, Yıldırım K, Muslu MS. (2005). Poliklinik Bekleme Alanlarında Fonksiyonel ve Algı-Davranışsal Kalite; İbn-i Sina Hastanesi Örneği. G.Ü. Müh. Mim. Fak. Dergisi, 20:1, 53-55.
- 40.Baykan Z, Özkan S, Maral I. (2004). Ana-Çocuk Sağlığı Aile Planlaması Merkezine Başvuran Kadınların Hizmetten Memnuniyet Durumları. Erciyes Tıp Dergisi (Erciyes Medical Journal), 26:3, 98-104.
- 41.Bee H and Boyd D. (2009). Çevirmen Gündüz O. Çocuk Gelişim Psikolojisi. Kaknüs Yayınları, İstanbul, 338- 453.
- 42.Behrman ER, Kliegman RM, Jenson HB. (2000). Nelson Textbook of Pediatrics. 16. Edition. WB Saunders Company, America, 50-52.
- 43.Behrman RE, Kliegman RM. (1996). Essentials of Pediatrics, 7th.Ed., America: W.B. Saunders Company, 1-34.
- 44.Beytut DŞ, Bolışık B, Solak U, Seyfioglu U. (2009). Çocuklarda Hastaneye Yatma Etkilerinin Projektif Yöntem Olan Resim Çizme Yoluyla İncelenmesi. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 2:3, 35-44.
- 45.Bilge A, Şenol S, Genç RE, Keskin G. (2009). Çocuğun Okula Uyumunu İçin Bir Form: okula uyum aile öneri formu. 19. Ulusal Çocuk Ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kongresi. 14-17 Nisan 2009, Hatay. Kongre Özet Kitabı, Poster Bildiri.
- 46.Bilge A, Çam O. (2010). Bir Psikiyatri Kliniğinde Hasta Bakım Kalitesinin İncelenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 26,98-99.
- 47.Bilgiç S. (2009). İlköğretim Öğrencilerinde Okul Yaşam Kalitesi Algısının Arkadaşlara Bağlılık Ve Empatik Sınıf Atmosferi Değişkenleriyle İlişkisinin İncelenmesi. Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi. Adana.
- 48.Bolaman AZ. (2012). Hematopoetik Kök Hücre Nakli Ünitesi Enfeksiyon Kontrol Önlemleri. 7. Ulusal Kemik İliği Transplantasyonu ve Kök Hücre Tedavileri Kongresi. 08 - 10 Mart 2012, Antalya.
- 49.Boran E. (2010). Risk Gruplarıyla Sosyal Alanda Yaratıcı Drama Çalışmalarının Etkileri. İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Tiyatro Eleştirmenliği ve Dramaturji Anabilim Dalı. Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi.
- 50.Boztepe H, Çavuşoğlu H. (2009). Bir Üniversite Hastanesindeki Uygulamaların Aile Merkezli Bakım Yönünden İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi, 11–24.
- 51.Bradshaw A. (1998). Charting Some Challenges in The Art and Science of Nursing. Lancet. 351, 438–40.

52. Brown JH, Fosket NH (1999). Career desirability: young people's perception of nursing as a career. *J Adv Nurs*, 29:6, 1342-1350.
53. Buldukoğlu K. (1994). Aile hemşireliği. *Sağlıklı Toplumlar İçin Sağlıklı Aileler Kitapçığı*, 71-77.
54. Bülbül S, Alpcan A, İshak İ, Ağırtas G. (2008). Genç Bir Hastane ve Pediatri Hizmetlerinden Memnuniyetini Etkileyen Faktörler. *KÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 10:2, 5-15.
55. Büyüköztürk Ş, Çakmak EK, Akgün ÖE, Karadeniz Ş, Demirel F. (2010). Bilimsel Araştırma Yöntemleri. Pegem Akademi, 6. Baskı, Ankara. 78-99.
56. Cantez T, Ömeroğlu RE, Baysal SU, Oğuz F. (2003). Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları. Nobel Matbaacılık. İstanbul, 52-58.
57. Cattanach A. (2003). *Play Therapy With Abused Children*. 1nd ed, Brunner Routledge, Kanada. 1-24.
58. Cattanach A. (2008). *Introduction to Play Therapy*. 2nd ed, Jessica Kingsley, London. 35-44.
59. Ceylan SS, Turan T. (2009). Bir İlköğretim Okulunda Okul Sağlığı Hemşireliği Uygulama Sonuçlarının Değerlendirilmesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 4:12, 36-49.
60. Chazan SE. (2002). *Profiles of Play*. 2nd ed, Jessica Kingsley, London. 17-22.
61. Cillero IH, Jago R. (2010). Sociodemographic and home environment predictors of screen viewing among Spanish school children. *Journal of Public Health*, 33: 3, 392-402.
62. Ciske KL. (1974). Primary Nursing Evaluation. *American Journal of Nursing*: Volume 74:8, 1436-1438.
63. Coyne I. (2006) Consultation with children in hospital: children, parents' and nurses' perspectives. *Journal of Clinical Nursing*, 15, 61-71.
64. Coşkun S. (1998). Majör Depresif Bozuklukların Tedavisinde Uğraşı Terapisinin Rolü. Marmara Üniversitesi - Sağlık Bilimleri Enstitüsü , Psikiyatri Hemşireliği Ana Bilim dalı. Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.
65. Çakıroğlu, S (1991). Pediatrik onkoloji kliniklerinde oyunun önemi, *Hemşirelik Bülteni*, 5:1, 7-11.
66. Çamlıbel İA. (2012). Çocukların Gelişim Süreci ve Televizyonun Etkileri. Radyo ve Televizyon Üst Kurulu, Uzmanlık Tezi, Ankara.
67. Çapri B, Çelikkaleli Ö. (2005). İlköğretim Birinci Kademedeki (7-11 Yaş Grubu) Çocukların Korunum Gelişim Düzeylerinin Cinsiyet ve Sınıf Değişkeni Açısından İncelenmesi. *Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 1:1, 48-65.
68. Çavuşoğlu H (2001). *Pediatric Aile Merkezli Bakım*. Hemşirelik Forumu, 4(2-3):1-7.
69. Çavuşoğlu H. (2011). *Çocuk Sağlığı ve Hemşireliği*. 10. baskı. Ankara: Sistem Ofset Basımevi. 1: 19-20.
70. Çelebioğlu A, Akpınar RB, Tezel A. (2010). The Pain Response of Infants in Turkey to Vaccination in Different Injection Sites. *Applied Nursing Research*, 23, 101-105.
71. Çelik GG. (2007). *Çocuk Ve Ergen Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Kliniğine Başvuran Ergenlerin Özellikleri*. Ç Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Uzmanlık Tezi. Adana.

- 72.Çelikkalp Ü, Temel M, Saraçoğlu GV, Demir M. (2011). Bir Kamu Hastanesinde Yatan Hastaların Hizmet Memnuniyeti. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 6:17, 1-14.
- 73.Çelen N. (1999). Anababaların Çocuğun Oyun Hakkına İlişkin Tutumları, Cumhuriyet ve Çocuk. 2. Ulusal Çocuk Kültürü Kongresi Bildirileri, A.Ü. Çocuk Kültürü Araştırma ve Uygulama Merkezi Yayını: 2, Ankara.
- 74.Çetin E, Özbıçakçı Ş. (2012). İlköğretim Öğrencilerinde Uyku Alışkanlıklarının Duygu-Davranış Sorunlarına Etkisinin İncelenmesi. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi 2, 52-60.
- 75.Çetin H. (2013). Çocuk Resimleri (Çizimleri)'ni Bakım İçin Kullanmak. 4. Ulusal Pediatri Hemşireliği Kongresi. Kongre Kitabı, Poster Bildiri (95), Adıyaman, 149.
- 76.Çetinkaya Ş, Teksöz E. (2011) . Adolesanların Sosyoekonomik Durumlarına Göre Ergenliğe Ait Bulguların İncelenmesi. Uluslar Arası Katılımlı 3. Ulusal Pediatri Hemşireliği Kongresi. DEÜ Sabancı Kültür Sarayı, İzmir. Kongre Özet Kitabı, Poster Bildiri.
- 77.Çiftçi N. (2003). Kohlberg'in Bilişsel Ahlak Gelişimi Teorisi: Ahlak ve Demokrasi Eğitimi. Değerler Eğitimi Dergisi, 1:1, 43-77.
- 78.Çoban Gİ. (2006). Hastanın Hemşirelik Bakımını Algılayışı Ölçeği'nin Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi.
- 79.Çok, F, Artar M, Şener T, Bağlı M. (1997). Kentlerde Çağdaş Çocuk Oyunları, Çocuk Kültürü, 1. Ulusal Çocuk Kültürü Kongresi Bildirileri, A.Ü. Çocuk Kültürü Araştırma ve Uygulama Merkezi Yayını:1, Ankara.
- 80.Daefler RJ. (1974). Patients perception of care under team and primary nursing. Journal of Nursing Administration, Volume 5: 3, 20-26.
- 81.Dede M, Çınar S. (2008). Dahiliye Yoğun Bakım Hemşirelerinin Karşılaştıkları Güçlükler ve İş Doyumlarının Belirlenmesi. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi,1:1, 4-14.
- 82.Demir C ve Yapıcı M. (2007). Ana Dili Olarak Türkçenin Öğretimi ve Sorunları. Sosyal Bilimler Dergisi, 9: 2, 177-192.
- 83.Demir C. (2006). Türkçe / Edebiyat Eğitimi Ve Kişisel Kelime Serveti. Millî Eğitim Dergisi.
- 84.Demirezen E, Coşansu G. (2005). Adölesan Çağı Öğrencilerde Beslenme Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi. STED, 14: 8, 174-178.
- 85.Derin N. (2007). Devlet Hastanelerinde Çalışan Sağlık Personelinin İş Doyum Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Psikiyatri Hemşireliği Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir.
- 86.Derman O. (2008). Ergenlerde Psikososyal Gelişim. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Adolesan Sağlığı II Sempozyum Dizisi, 63,19-21.
- 87.Devrim İ. (2007). Diş Hekimliğinde Atık Yönetimi. 5. Ulusal Sterilizasyon Dezenfeksiyon Kongre Kitabı, DAS Yayınları.
- 88.Dougherty JL. (2006). Impact of Child-Centered Play Therapy on Children of Different Developmental Stages. ProQuest Information and Learning Company. This Microform Edition 17. University of North Texas, Doctor Thesis. United States.

- 89.Doğan B. (2010). Hastanede Yatan Çocuğun Bakımına Ebeveynlerin Katılımı Konusunda Hemşirelerin, Doktorların ve Ebeveynlerin Görüşleri ve Beklentileri. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi. Ankara.
- 90.Drewes AA. (2009). Blending Play Therapy with Cognitive Behavioral Therapy. 1nd ed, John Wiley & Sons, Canada. 3-17.
- 91.Drewes AA, Schaefer CE. (2010). School Based Play Therapy. 2nd ed, John Wiley & Sons, Canada. 3-61.
- 92.Durmuş S, Günay O. (2007). Hemşirelerde İş Doyumu ve Anksiyete Düzeyini Etkileyen Faktörler. Erciyes Tıp Dergisi (Erciyes Medical Journal), 29:2, 139-146.
- 93.Durualp E. (2009). Anasınıfına Devam Eden Altı Yaş Çocuklarının Sosyal Uyum ve Becerilerine Oyun Temelli Sosyal Beceri Eğitiminin Etkisinin İncelenmesi: Çankırı Örneği. Ankara Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, Ev Ekonomisi (Çocuk Gelişimi ve Eğitimi) Anabilim Dalı, Doktora Tezi, Ankara.
- 94.Edagawa C, Sobue I, Nishioka A, Kobayashi Y, Tobiume K, Nishikawa K, Hashimoto H, Sasaki T, Miyazaki M, Kuzuhara M, Itoh S. (2011). Effects of Using Sick and/or Convalescence-Child Care Centers on the Quality of Children's Health Care in Dual-income Nuclear Families. Acta Paediatrica Nurturing The Child, 100:463, 96-136.
- 95.Egemen A, Yılmaz Ö, Akil İ. (2004). Oyun, Oyuncak ve Çocuk. ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi, 5:2, 39 – 42.
- 96.Ekim A, Ocakçı AF. (2011). Çocuk Gözüyle Hemşire. Uluslar Arası Katılımlı 3. Ulusal Pediatri Hemşireliği Kongresi. DEÜ Sabancı Kültür Sarayı, İzmir. Kongre Özet Kitabı, Sözel Bildiri.
- 97.Ekim A, Ocakçı AF. (2011). Hastanede Yatan Çocuğun Güvenliği. Uluslar Arası Katılımlı 3. Ulusal Pediatri Hemşireliği Kongresi. DEÜ Sabancı Kültür Sarayı, İzmir. Kongre Özet Kitabı, Poster Bildiri.
- 98.Ekşi A. (2011). Ben Hasta Değilim. 2. Baskı. Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul, 398-402.
- 99.Ekşi H. (2003) “Temel İnsani Değerlerin Kazandırılmasında Bir Yaklaşım: Karakter Eğitimi Programları.” Değerler Eğitimi Dergisi, 1: 1, 79–96.
- 100.Elling RP. (2003). A Comparison of Skill Level of Parents Trained in the Landreth Filial Therapy Model and Graduate Students Trained in Play Therapy. Proquest Information and Learning Company. This Microform Edition 17. University of Hartford, Doctor Thesis. United States.
- 101.Ellis JA, Sharp D, Newhook K, Cohen J. (2004). Selling Comfort: aSurvey of Interventions for Needle Procedures In a Pediatric Hospital. Pain Manag Nurs. 5:4, 144-52. Erişim Adresi: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19397129>. Erişim Tarihi: 21/05/2013.
- 102.Ellis JA, Sharp D, Newhook K, Cohen J. (2005). Selling Comfort: A Survey of Interventions for Needle Procedures in a Pediatric Hospital. Pain Management Nursing, 5:4, 144-152.
- 103.Emiroğlu FNİ, Akay AP. (2008). Kronik Hastalıklar, Hastaneye Yatış ve Çocuk. DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi, 22: 2, 99 – 105.
104. Er M. (2006). Çocuk, hastalık, anne-babalar ve kardeşler. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi, 49: 155-168.

105. Erbil N, Bakır A. (2009). Meslekte profesyonel tutum envanterinin geliştirilmesi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 6:1, 291-302.
106. Erdal K. ve Erdal G. (2003). Çocuk Oyunlarında Yaratıcılık. *Uludağ Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*. 17:1, 37-46.
107. Erden M ve Akman Y (2003). Gelişim ve Öğrenme. Arkadaş Yayınevi, 12. Baskı. Ankara. 50-73.
108. Erdeve Ö. (2005). Aile merkezli bakım ve yenidoğan yoğun bakım ünitesi tasarımı ailenin yeri. *Gülhane Tıp Dergisi*, 51: 199-203.
109. Erdim L, Bozkurt G, İnal S. (2006). Annelerin Çocuklarının Hastaneye Yatışından Etkilenme Durumlarının Araştırılması. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 9: 3, 36-43.
110. Erdoğdu Y. (2006). Yaratıcılık Değerlendirme Ölçeğinin Türk Kültürüne Uyarlanması. *Eğitim Fakültesi Dergisi*, 7:12, 61-79.
111. Ericson EH. (1970). Autobiographic Notes on the Identity Crisis. Published by: The MIT Press, vol: 99, No:4, 730-759. Erişim: <http://www.jstor.org/stable/20023973>. Erişim Tarihi: 16/01/2013
112. Ergün M. (1980). Oyun ve Oyuncak Üzerine I. *Milli Eğitim*, 102-119.
113. Ergün A, Gür K, Erol S, Kadioğlu H. (2012).Okul Temelli Fiziksel Etkinlik Programının Çocukların Fiziksel Etkinlik Bilgi ve Davranışlarına Etkisi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi* 2, 17-28.
114. Eroğlu, F, Özmen, S, Noyaner A, Aydın C. (2001). Yoğun Bakımda Hasta Sağlık Bakım Kalitesini Geliştirebilir miyiz? *Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 8:3, 9-11.
115. Evgin NO. (1995). Ağrılı İşlemler Öncesi Eğitim Verilerek Yapılan Hazırlığın, Çocukların Ağrı Algılamalarına Etkisi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 26:Ek Sayı, 246-247.
116. Findling JH. (2004). Development of a Trauma Play Scale: an Observation-Based Assessment of The Impact of Trauma on the Play Therapy Behaviors of Young Children. University of North Texas. Yayınlanmamış Doktora Tezi. United States.
117. Flavell JH, Miller PH, Miller SA. (1985). Cognitive development. *Early Childhood*, Chapter 3. 3. Edh. New Jersey. 100-117. (e-kitap)
118. Foster RL, Hunsberger MM, anderson JT. (1989). Perspective on the Nursing Care of Children and Adolescents I.WB Saunders Company, Philadelphia, 13-107.
119. Frost JL, Wortham SC, Reifel S. (2012). Play and Child Development. 4nd ed, Pearson, America.1-27.
120. Frye KD. (2003). The Characteristics of Play Therapy Sessions with Children: A Preliminary Investigation. Proquest Information and Learning Company. This Microform Edition 17. University of North Texas, Doctor Thesis. United States.
121. Geçkil E, Dünder Ö, Şahin T. (2008). Adıyaman İl Merkezindeki Hastaların Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Düzeylerinin Değerlendirilmesi. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 41-51.
122. George JB, (1995) "Ernestine Wiedenbach" Nursing Theories the Base for Professional Nursing Practice, Appleton&Lange, 179-193.
123. Gil E, Drewes AA. (2005). Cultural Issues in Play Therapy. 2nd ed, The Guilford, London. 3-96.

124. Godard C, Roman M, Rodriguez MP, Leyton B, Salazar G. (2012). Variability of Physical Activity in Chilean Children Aged 4-10: a Study by Accelerometry. *Arch Argent Pediatr*, 110:5,388-393.
125. Going CL, Borges BB, Capelao AHR. (2011). Toys and Moral Education: Empowering Socially Vulnerable Children Through the Use of Open-Ended Toys. 6. Itra World Congress. Kervansaray Thermal Hotel, Bursa. Kongre Özet Kitabı, Sözel Bildiri.
126. Gökçek D, Çakır A, Koç S. (2013). Hastane palyaçolarının pediatri hemşireliğine katkıları. 4. Ulusal Pediatri Hemşireliği Kongresi. Kongre Kitabı, Sözel Bildiri (20), Adıyaman, 54.
127. Gönener D, Hatice P. (2009). Okul Yaş Dönemi Çocuğu Olanebeveynin Hastalık ve Hastaneye Yatma Durumunda “Ebeveynlerin Endişe Kaynakları Ölçeği”Nin Geliştirilmesi ve Çocukların Endişe Kaynakları İle Etkileşimi. *Gaziantep Tıp Dergisi*, 15:1, 31-40.
128. Gönener D, Görak G. (2009). Okul Yaş Grubu Çocukların Hastane ve Hastalığı ile ilgili Bilgilendirme Durumlarının Endişe Kaynakları ile Etkileşimi. *Gaziantep Tıp Dergisi*, 15:1, 41-48.
129. Göv P, Karadağ G, Özasan A. (2013). Çocuk Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Ağırlı Çocukğa Yaklaşımları Ve Bilgi Düzeyleri. 4. Ulusal Pediatri Hemşireliği Kongresi. Kongre Kitabı, Sözel Bildiri (41), Adıyaman, 66.
130. Greenberg M. (2003). Therapeutic Play: Developing Humor in the Nurse-Patient Relationship. *Journal-New York State Nurses Association*, 34:1, 25-31.
131. Güler S, Doğan SK, Ketenciler AP, Yava A. (2013). İnvaziv ve noninvaziv girişimler öncesi verilen bilgi ve eğitimin çocukların ağrı algısı üzerine etkisi. 4. Ulusal Pediatri Hemşireliği Kongresi. Kongre Kitabı, Sözel Bildiri (18), Adıyaman, 53.
132. Güler G, Kubilay G. (2004). Bir İlköğretim Okulu Öğrencilerinin Fiziksel Bakım Sorunlarının Belirlenmesi. *C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi* 26:2, 60 – 65.
133. Güler Y, Gönener HD, Altay B, Gönener A. (2009). Adölesanlarda Obezite ve Hemşirelik Bakımı. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 4:10, 165-182.
134. Gültekin g ve Baran g. ().9-14 Yaş Grubu Akut Ve Kronik Hastalığı Olan Çocukların Denetim Odağı Düzeylerinin İncelenmesi. *Türk Pediatri Arşivi*, 40, 211- 20.
135. Günaydın M, Gürler B. (2008). Hastane İnfeksiyonlarının Kontrolünde Dezenfeksiyon, Antisepsi Ve Sterilizasyon “Das” Uygulamaları. *Ankem Dergisi*, 22.4, 221-231.
136. Haiat H, Bar-Mor G, Shochat M. (2003). The World of the Child: A World of Play Even in the Hospital. *Journal of Pediatric Nursing*, 18: 3, 209-214.
137. Hastings EC., Karas TL, Winsler A, Way E, Madigan A, Tyler S. (2009). Young Children’s Video/Computer Game Use: Relations with School Performance and Behavior. *Issues Ment Health Nurs*, 30:10, 638–649.
138. Hack M, Taylor HG, Klein N, Eiben R. (1994).School-Age Outcomes in Children with Birth Weights under 750 G. *The New England Journal of Medicine*,Mass Medical Soc, 331:12, 753-759.
139. Hockenberry MJ and Wilson D (2007). Wong’s Nursing Care of Infants and Children. *Health Promotion of the School-Age Child and Family*. Mosby Elsevier, 8. Edition, İndia, 712-752.

140. Hoffman ML . (2001). Empathy and moral development: Implications for caring and justice. Cambridge Universty pres. America (e-kitap). books.google.com.
141. Hutchfield BA.(1999). Family Centered Care: A concept Analysis. Journal of Advanced Nursing, 29:5, 1178-1187.
142. Hutton JL, Pharoah POD, Cooke RW I, Stevenson RC. (1997). Differential effects of preterm birth and small gestational age on cognitive and motor development. Archives of Disease in Childhood, 76-81.
143. Hull KB. (2009). Computer/Video Games as a Play Therapy Tool in Reducing Emotional Disturbances In Children. ProQuest Information and Learning Company. This Microform Edition 17. Liberty University, Doctor Thezis. United States
144. Işıktekiner F, Sadegül S, Akbaba A. (2011). Hastane Okullarında Öğretmen Olmak: Sorunlar ve Yaşantılar. Eğitim ve Bilim, 36:161, 318-331.
145. İçyeroğlu G, Karabulutlu E. (2011). Hastaların Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Düzeylerinin Belirlenmesi. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 6:17, 67-79.
146. İlter B, Er S. (2007). Erken Yaşta Yabancı Dil Öğretimi Üzerine Veli ve Öğretmen Görüşleri. Kastamonu Eğitim Dergisi, 15:1, 21-30.
147. Justo GF, Callo GQ, Carletti L, Molina MC. (2012). Nutritional extremes among school children in a rural Brazilian municipality. Rural Remote Health, 12:4, 1-6.
148. Kahraman H. (2007). Empatik Beceri Eğitiminin Okul Öncesi Dönemdeki Çocukların Empatik Becerilerine ve Sorun Davranışlarına Etkisi. Mersin Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Mersin.
149. Karakavak G, Çırak Y. (2006). Kronik Hastalıklı Çocuğu Olan Annelerin Yaşadığı Duygular. Eğitim Fakültesi Dergisi, 7:12, 95-112.
150. Karacan E. (2000). Bebeklerde ve Çocuklarda Dil Gelişimi. Klinik Psikiyatri, 3:263-268.
151. Karan İ. (1999). Hastanelerde Fiziksel Ortamın Hastalar Üzerindeki Etkilerinin Araştırılması. İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Ana Bilim Dalı, Y.Lisans Tezi, İstanbul.
152. Karayel S, Kazancı T, Ekici H, Ercan N, Kolaç N, Şengel A. (2013). Kronik Hastalığı Olan Çocukların Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. 4. Ulusal Pediatri Hemşireliği Kongresi. Kongre Kitabı, Poster Bildiri (40), Adıyaman, 114.
153. Kauppagioti D, Varounis C, Kletsiou E, Nteli C, Matziou V. (2011). Evaluation of Themedication Process in Pediatric Patients: a Meta-analysis of Medication Errors Rate. Acta Pediatrica Nurturing The Child, 100:463, 105.
154. Kaya A, Macit ZB, Siyez DM. (2012). An analysis of Cases Admitted to an Elementary School Guidance and Counseling Service during a Period of Four Years. Elementary Education Online, 11:4, 1087-1100.
155. Kaya M, Özcan ÖÖ, Kaya B. (2006). Malatya İl Merkezinde Farklı Sosyoekonomik Koşullardaki İki İlköğretim Okulu Öğrencilerinde Ruhsal Uyum Taraması. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 7:157-161.
156. Keskin Y, Öksüz Y, Gelen İ, Yılmaz Hb. (2012). İlköğretim 5. Sınıf Öğrencilerinin Bazı Evrensel Değerleri Kazanım Düzeylerinin Karşılaştırılması

- (Samsun İli Örneği). Ondokuz Mayıs Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi , 31:2, 351-374.
157. Khanna S. (2011). Hanmade Toys in Machine-Made Times. 6. Itra World Congress. Kervansaray Thermal Hotel, Bursa. Kongre Özet Kitabı, Sözel Bildiri.
158. Kılıç D. (2005). Hastalar Arası Bulaş Riskinin Azaltılması. 4. Ulusal Sterilizasyon Dezenfeksiyon Kongre Kitabı, DAS yayımları.
159. Kiritsis AP. (2010). Cbpt for Children With Depression:a Manual for Individual Treatment. Proquest Information And Learning Company. This Microform Edition 17. University Of Hortford, Doctor Thesis. United States.
160. Kliegman RM, Marcante K, Jenson HB, Behrman RE. (2006). (Çeviri) Ovalı F. Nelson Pediatrinin Temelleri. 17. Baskı, İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi, 15-33.
161. Krashen, S. (1973). Lateralization, Language Learning and Critical Period:Some new Evidence. Language Learning, 23, 63-74.
162. Koç M, Çolak TS, Kocaman O, Bayraktar B. (2009). Kohlberg'in ahlaki gelişim kuramına göre üniversite öğretim elemanları ile öğrenciler arasındaki etkileşimin ahlaki düzeyi. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi, 6:2, 757-771.
163. Koçoğlu D, Emiroğlu ON. (2011). Okul Hemşiresinin Okul Sağlık Tarama Programlarındaki Rolünün Değerlendirilmesi. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 3, 5-19.
164. Koç S, Bükler N, Şavkın R, Kır E. (2012). Ortopedi ve Travmatoloji Hastalarının Bağımsızlık ve Depresyon Düzeylerinin Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Düzeyi Üzerine Etkisi. J Kartal Tr, 23:3, 130-136.
165. Koç S. (2011). Hastane Palyaçolarının Ameliyat Öncesi Dönemdeki Çocuklar ve Ebeveynlerinin Anksiyete Düzeylerine Etkisinin Belirlenmesi. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, 8:3, 26-31.
166. Kohlberg L. (1974). Education, Moral Development and Faith. Journal of Moral Education, 4: 1, 5- 16.
167. Kuzlu TA, Kalıncı N, Topan AK. (2011). Üniversite Hastanesinde Çocuklara Verilen Bakımın Aile Merkezli Bakım Yönünden İncelenmesi. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 6:16, 1-16.
168. Kuzu F, Güler N. (2012). Bir Devlet Hastanesinde Yatan Çocukların Annelerinin Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Düzeyleri. Halk Sağlığı Etkinlikleri- Hasuder, 15. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı.
169. Küçük N. (2007). Talasemi Majörlü Adölesanlarda Beden İmajının Benlik Saygısına Etkisi. Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
170. Küçüköğlu S, Caner İ, Ok G, Maden R, Çelebioğlu A. (2013). Prematüre yenidoğanlarda aşı uygulamasına bağlı ağrının azaltılmasında Emla kreminin etkisinin incelenmesi. 4. Ulusal Pediatri Hemşireliği Kongresi. Kongre Kitabı, Sözel Bildiri (11), Adıyaman, 50.
171. Kürtüncü Tanır M, Kuşuoğlu S. (2012). Pediatrik Yaşam Kalitesi Envanteri (Pedsql) Sağlık Bakım Memnuniyeti Hematoloji/Onkoloji Modülü. Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi, 11:2, 13-24.
172. Kyle T. (2007). Essentials of Pediatric Nursing. Lippincott Williams&Wilkins. 1. Edition. 1-160.
173. Landreth GL. (2011) Oyun Terapisi İlişki Sanatı. Yazarı S (Çeviri). Tıbyan yayıncılık, İzmir. 7-328.

174. Maben J. (2008). The art of caring: Invisible and subordinated? A Response to Juliet Corbin: 'Is Caring a Lost Art in Nursing?'. *International Journal of Nursing Studies*, 45: 335–338.
175. Marshall WA, Tanner JM. (1969). Variations in the Pattern of Pubertal Changes in Girls. *Arch Dis Child*, 44:235, 291-303.
176. Marshall WA, Tanner JM. (1970). Variations in the Pattern of Pubertal Changes in Boys. *Arch Dis Child*, 45:239, 13-23.
177. Meijer-Degen F, Lanssen J. (2006). Alexithymia- a Challenge to Art Therapy: the Story of Rita. *The Arts in Psychotherapy*, 33, 167-179.
178. Mellou E. (2011). The Role of Play Props in Young Children's Creativity Enhancement During Free and Tutored Dramatic Play. 6. Itra World Congress. Kervansaray Thermal Hotel, Bursa. Kongre Özet Kitabı, Sözel Bildiri.
179. McMahon L. (1992). *The Handbook of Play Therapy*. 1nd ed, Routledge. 1-53.
180. Mor H, Koyun M, Baysal YE, Akman S, Gür GA. (2006). Çocuk Nefroloji Polikliniğinde Hasta Memnuniyeti ve Hemşirelik Hizmetlerinin Önemi. 50. Milli Pediatri Kongresi, Antalya, Poster Bildiri.
181. Morris C, Emsley P, Marland E, Meuleneire F, White R. (2004). Use of Wound Dressings with Soft Silicone Adhesive Technology. *Paediatr Nurs.*, 21:3, 38-43. Erişim Adresi: (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19397129>) Erişim Tarihi:21/05/2013.
182. Muslu G, Özpaker M, Yardımcı F, Gerçeker GÖ. (2011). The Prevalence of Overweight and Obesity Among 7-15 Years of Age in Aydın. *Acta Paediatrica Nurturing The Child*, 100:463, 96-136.
183. Mustafa Hacımustafaoğlu (2005).Pediatri Hastane Kaynaklı Enfeksiyonlardan Korunma. *Güncel Pediatri* 2005 ; 4 : 95-99.
184. Mutlu B, Balcı B. (2013). Çocuklarda venöz kan örneği alınırken oluşan ağrıyı azaltmada balon şişirme ve öksürme yöntemlerinin etkisi. 4. Ulusal Pediatri Hemşireliği Kongresi. Kongre Kitabı, Sözel Bildiri (16), Adıyaman, 52.
185. Nakou A and Gouscos D. (2011). Social Games, Social Play, Social Toys: Exploring Differences and Similarities. 6. Itra World Congress. Kervansaray Thermal Hotel, Bursa. Kongre Özet Kitabı, Sözel Bildiri.
186. Nicastro N.J. (2006). A Meta-Analytic Review Of Play Therapy Outcomes and The Role of Age: Implications for School Psychologists. ProQuest Information and Learning Company. This Microform Edition 17. St. John's University. Doctor Thesis. United States.
187. Ocakçı AF. (2006). Çocuğun Aile Merkezli Bakımı. Dökel Matbaası, Zonguldak.
188. O'Conner-Von S (2002). Growth and development of the school aged child. Potts NL, Mandleco BL. Eds. *Pediatric Nursing Caring for Children and Their Families*. Delmar Thomson Learning, US, 301.
189. Oksal, A. (1999). Kuşaklararası oyun: Yetişkin ve Çocuk Kültürü Arasında Bir Köprü, Cumhuriyet ve Çocuk. 2.Ulusal Çocuk Kültürü Kongresi Bildirileri. Türkiye'de Çocuk Oyunları: Araştırmalar. Ankara Üniversitesi Çocuk Kültürü Araştırma ve Uygulama Merkezi Yayınları:12, Kök Yayıncılık, Ankara.
190. Oktay H. (2004). Bir Üniversite Hastanesinin Çocuk Servislerinde Verilen Bakımın Aile Merkezli Bakım Yönünden İncelenmesi ve Anne Görüşlerinin Belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı. Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi. Ankara.

191. Onur B, Çelen N, Artar M. (2002). Türkiye’de Geleneksel Oyuncaklar: Köy-Kent Karşılaştırması. 3rd ITRA World Congress: Toys, Games and Media; Londra/İngiltere.
192. Onur B, Çelen N, Çok F, Artar M, Şener-Demir T. (1997). Türkiye’de İki Kentte Annelerin Bakış Açısıyla Çocukların Oyuncak Gereksinmesi, A.Ü. Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi, 30:1, 45-74.
193. Onur B, Demir T. (2002). Türkiye’de Çocukların Oyuncak Sandığı: Ulusal ve küresel etkenler. 3rd ITRA World Congress: Toys, Games and Media; Londra/İngiltere.
194. Oran S, Ergin D. (2013). Ortopedi Servisinde Yatan 7-12 Yaş Grubu Çocuk Hastalarda Postoperatif Ağrı Yönetiminde Müziğin Etkisinin İncelenmesi. 4. Ulusal Pediatri Hemşireliği Kongresi. Kongre Kitabı, Poster Bildiri (84), Adıyaman, 143.
195. Ovayolu N, Bahar A. (2006). Hemşirelik ve Kalite. Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 9:1, 104-110.
196. Ögel K, Tarı I, Eke CY. (2005). Okullarda suç ve şiddeti önleme. Yeniden Yayınları. İstanbul, 2-65.
197. Ökmen P, Çınar Y. (2011). Kronik Hastalıklı Çocuğu Olan Annelerin Hastalığa Uyumu. Uluslar Arası Katılımlı 3. Ulusal Pediatri Hemşireliği Kongresi. DEÜ Sabancı Kültür Sarayı, İzmir. Kongre Özet Kitabı, Poster Bildiri.
198. Öncü T. (2003). Torrance Yaratıcı Düşünme Testleri-Şekil Testi Aracılığıyla 12-14 Yaşları Arasındaki Çocukların Yaratıcılık Düzeylerinin Yaş ve Cinsiyete Göre Karşılaştırılması. Ankara Üniversitesi Dil ve Tarih Coğrafya Fakültesi Dergisi, 43: 1, 221-237.
199. Önsüz MF, Ahmet T, Cöbek UC, Ertürk S, Yılmaz F, Birol S. (2008). İstanbul’da Bir Tıp Fakültesi Hastanesinde Yatan Hastaların Memnuniyet Düzeyi. Marmara Medical Journal, 21:1, 33-049.
200. Öz N, Sevil Ü. (2009). Pediatri Kliniğinde Tedavi Gören Hastaların Ebeveynlerinin Hemşirelik Hizmetlerinden Beklentilerinin İncelenmesi. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı, Antalya, Cilt 2, 19-21.
201. Özata M, Aslan Ş. (2010). Hastanede Çalışan Hemşirelerin Mesleki İmaj Algılamalarının Araştırılması. Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi, 13:17, 251-268.
202. Özcan S, Kurdak H, Akpınar E, Saatçi E, Bozdemir N. (2008). Adolesanlarda Cinsel Sağlık ve Sorunlar. Aile Hekimliği Dergisi, 2:2, 36-40.
203. Özerol İH. (2005). Tıbbi Atık Stratejileri Nelerdir? EN/ISO Normları Nelerdir? Avrupa’da Birlik? ABD’nin Yaklaşımı? Ülkemizde Durum? 4. Ulusal Sterilizasyon Dezenfeksiyon Kongre Kitabı, DAS Yayınları.
204. Öztürk C, Sarı HY, Bektaş M, Karataş H, Özer D. (2011). Sağlıklı Ergen Sağlıklı Aile Projesi. Uluslar Arası Katılımlı 3. Ulusal Pediatri Hemşireliği Kongresi. DEÜ Sabancı Kültür Sarayı, İzmir. Kongre Özet Kitabı, Poster Bildiri.
205. Pajnkihar M. (2008). Is caring a lost art in nursing? International Journal of Nursing Studies, 45, 807-808.
206. Pembecioğlu N. (2006). İletişim ve çocuk. Ebabil Yayıncılık, Ankara.
207. Pedro ICS, Nascimento LC, Poleti LC, Lima RAG, Mello DF, Luiz FMR. Playing in the waiting room of an infant outpatient clinic from the perspective of children and their companions. Rev Latino-am Enfermagem, 15:2,290-7.

208. Rahman S, Açık Y, Gülbayrak C, Erhan D, Nazlıer K, Deveci SE. (2009). Sağlık Kuruluşlarının Tıbbi Atıkları Toplama, Depolama ve Bertaraf Etme Yöntemleri. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 4:11.
209. Randall D. (2012). Community Nursing Children's Regard for Nurses and Nursing: A Mosaic of Children's Views on. J Child Health Care,16:1, 91-104.
210. Rosario R, Oliveira B, Araújo A, Lopes O, Padrão P, Moreira A, Teixeira V, Barros R, Pereira B, Moreira P. (2012). The Impact of an Intervention Taught by Trained Teachers on Childhood Overweight. Int. J. Environ. Res. Public Health, 9, 1355-1367.
211. Schaefer CE and Reid E. (2001). Game Play Therapeutic Use of Childhood Games. 2nd ed, John Wiley & Sons, Canada. 39-146.
212. Schaefer CE. (2003). Play Therapy with Adults. 1nd ed, John Wiley & Sons, Canada. 1-34.
213. Seriff S. (2011). Paper proposal : Traditional Toys in a Global Marketplace: An Introduction to the Issues. 6. Itra World Congress. Kervansaray Thermal Hotel, Bursa. Kongre Özet Kitabı, Sözel Bildiri.
214. Seriff S, Khanna S, Rossie JP, Gougoulis C. (2011). To Market, To Market, To Buy a Folk Toy: Buying and Selling Handmade Toys in Machine-Made Times. 6. Itra World Congress. Kervansaray Thermal Hotel, Bursa. Kongre Özet Kitabı, Sözel Bildiri.
215. Seyedamini B, Malek A, Mameghani ME, Tajik A. (2012). Correlation of Obesity and Overweight with Emotional-Behavioral Problems in Primary School Age Girls in Tabriz, Iran. Iran J Pediatr, 22: 1,15-22.
216. Shields L, Hallström KI, O'Callaghan M. (2003). An Examination of the Needs of Parents of Hospitalised Children: Comparing Parents' and Staff 's Perceptions. Scandinavian Journal of Caring Sciences 17: 176-84.
217. Silav Utkan M. (2012). Children hospital design in children Picture. Procedia - Social and Behavioral Sciences, 51, 110 – 114.
218. Small SP, Kushner KE, Neufeld A. (2012). Dealing with a Latent Danger: Parents Communicating with Their Children about Smoking. Nursing Research and Practice, 1-15.
219. Smith NR. (2000). A Comparative Analysis of Intensive Filial Therapy with Intensive Individual Play Therapy and Intensive Sibling Group Play Therapy with Child Witnesses of Domestic Violence. Proquest Information and Learning Company. This Microform Edition 17. University of Hartford, Doctor Thesis. United States.
220. Sohbət R, Bilsin E, Demir Y, esen Ö, Çakmak H, Güven Ö. (2011). Ortaokul Öğrencilerinin Bilgisayar Ve Cep Telefonu Kullanma Alışkanlıklarının İncelenmesi. Uluslar Arası Katılımlı 3. Ulusal Pediatri Hemşireliği Kongresi. DEÜ Sabancı Kültür Sarayı, İzmir. Kongre Özet Kitabı, Poster Bildiri.
221. Soygür H. (1999). Sanat ve “Delilik”. Klinik Psikiyatri, 2:124-133.
222. Süloğlu A. (2009). Diyaliz Merkezlerinde Çalışan Doktor ve Hemşirelerde Tükenmişlik Sendromu. Sağlık Bakanlığı, Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi. Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi, İstanbul.
223. Şahan DE. (1997). Çocuk Hastaların Hastaneye İlişkin Korkuları ve Korkuyu Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 26:Ek Sayı, 247-248.

224. Şahin TK, Bakıcı H, Bilban S, Dinçer Ş, Yurtçu M, Günel E. (2005). Meram Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi Servisinde Yatan Hasta Yakınlarının Memnuniyetinin Araştırılması. Genel Tıp Dergisi, 15:4, 137-142.
225. Şahin BC and Dostoğlu N. (2011). Changeability Theme in Toy Design. 6. Itra World Congress. Kervansaray Thermal Hotel, Bursa. Kongre Özet Kitabı, Sözel Bildiri.
226. Şahin C, Tuğrul VM. (2012). Defining the Levels of Computer Game Addiction of the Primary School Students. Journal of World of Turks, 4:3, 115-129.
227. Taneli Y, Kaynar Ş, Yılmaz D, Kızılcay D, Doğruyol H, Taneli S. (2011). Preoperative Toy Preference in Children as Compared to Surgical Parameters and Trait Anxiety in Patients and Their Parents-Preliminary Results. 6. Itra World Congress. Kervansaray Thermal Hotel, Bursa. Kongre Özet Kitabı, Sözel Bildiri.
228. Tanır MK, Aktaş E, Çöven Ç. (2011). Oyuncak güvenliği ve Yönetmeliği: Ne Kadar biliyoruz? Uluslar Arası Katılımlı 3. Ulusal Pediatri Hemşireliği Kongresi. DEÜ Sabancı Kültür Sarayı, İzmir. Kongre Özet Kitabı, Sözel Bildiri.
229. Tanır MK, Kuşuoğlu S. (2012). Pediatrik Yaşam Kalitesi Envanteri (Pedsql) Sağlık Bakım Memnuniyeti Hematoloji/Onkoloji Modülü Ebeveyn Formu Geçerlik-Güvenirliliği. Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi, 11:5, 13-23.
230. Tanrıöver S, Kaya N, Tüzün Ü, Aydoğmuş K. (1992). Çocuk Psikiyatrisi Polikliniğine Başvuran Çocukların Demografik Özellikleri İle İlgili Bir Çalışma. Düşünen Adam Dergisi(onlinemakale).
231. Taş Y, Aslan D, Sayek İ. (2006). Doktorluk Mesleğini Çocuklar Resimlerine Nasıl Yansıtıyorlar? 7-12 Yaş Grubu Çocuklar Arasında Yapılmış Bir Örnek. STED, 15:11, 185-191.
232. Taşlıyan M, Akyüz M. (2010). Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyet Araştırması: Malatya Devlet Hastanesi'nde Bir Alan Çalışması. KMÜ Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi, 12:19, 61-66.
233. T.C. Çevre ve Orman Bakanlığı, "Tehlikeli Atıkların Kontrolü Yönetmeliği". T.C. Resmi Gazete.14.03.2005, Sayı: 25755.
234. Teksöz E, Ocakçı AF. (2011). Improving Toys with Drama Method in Children's Health Nursing. Acta Pediatrica Nurturing The Child, 100:463, 96-136.
235. Trzinski A and Higgins J. (2001). Therapeutic Play Activities. Activities, Adaptation & Aging, 25:3-4, 121-135.
236. Tsai MH. (2009). Children In Therapy: Evaluation of University-Based Play Therapy Clinical Services. ProQuest Information and Learning Company. This Microform Edition 17. University of North Texas, Doctor Thesis. United States.
237. Toros F, Avlan A, Çamdeviren H. (2003). Enüretik Çocukların Biyopsikososyal Değerlendirilmesi. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 4:38-45.
238. Törüner EK ve Büyükgöncü L (2012). Çocuk Sağlığı Temel Hemşirelik Yaklaşımları. 68-92.
239. Tunç A. (2007). Ergenlerin Olumsuz Beden İmgelerine Yönelik Geliştirilen Bilişsel-Davranışçı Ve Değiştirilmiş Sanat Terapisi Programlarının Etkililiklerinin Karşılaştırılması. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Tiyatro (Çocuk Tiyatrosu, Oyun-Tiyatro-Drama) Anabilim Dalı, Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi. Ankara.

240. Tural E, Bolışık B. (2013a). Ameliyat Öncesi Dönemde Çocukları ile Birlikte Eğitim ve Terapötik Oyuna Katılan Annelerin Kaygı Düzeylerinin İncelenmesi. 4. Ulusal Pediatri Hemşireliği Kongresi. Kongre Kitabı, Poster Bildiri (106), Adıyaman, 157.
241. Tural E, Bolışık B. (2013b). Ameliyat Öncesi Dönemde Çocuğa Verilen Eğitim Ve Terapötik Oyun Yönteminin Çocuğun Kaygı, Korku, Ağrı Düzeylerine Etkisinin İncelenmesi. 4. Ulusal Pediatri Hemşireliği Kongresi. Kongre Kitabı, Sözel Bildiri (12), Adıyaman, 50.
242. Tüfekçi FG. (2005). Ağrılı İşlemler Sırasında Ebeveynlerin Bulunmasının Çocukların Ağrı Toleransına Etkisi ve Konu İle İlgili Olarak Çocukların, Ebeveynlerin, Sağlık Personelinin Görüşlerinin Değerlendirilmesi. Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yayınlanmış Doktora Tezi. Erzurum.
243. Türkiye İstatistik Enstitüsü. (2009). Genel Nüfus Sayımı: Nüfus Büyüklüğü, Yaş ve Cinsiyet Yapısı, Yaş Grubu ve Cinsiyete Göre İl/İlçe Merkezi Belde/Köy Nüfusu. Erişim: <http://www.tuik.gov.tr/VeriBilgi.do?tbiiid=39&ustiid=11>. Erişim Tarihi: 15/01/2013.
244. Uçak H, Kıvrak HN. (2011). Hasta ve Hasta Yakınları için Eğitim Materyali Hazırlanması; Geniz Eti ve Bademcik Ameliyatı Geçiren Çocuklar ve Aileleri için Boyama Kitapçığı. KBB-Forum, 10:2,31-34.
245. Ulus B, Kublay G. (2012). PedsQL Sağlık Bakımı Ebeveyn Memnuniyet Ölçeğinin Türkçe'ye Uyarlanması. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 3:1.
246. UNCED. United Nations Sustainable development, United Nations Conference on Environment & Development Rio de Janeiro, Brazil, 3 to 14 June 1992 AGENDA 21. Erişim Adresi: (<http://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/Agenda21.pdf>.) Erişim Tarihi: 21/05/2013.
247. Wainwright P. (1999). The art of nursing. International Journal of Nursing Studies, 36:379-385.
248. Wassenberg R, Feron FJ, Kessels AG, Hendriksen JG, Kalff AC, Kroes M, Hurks PP, Beeren M, Jolles J, Vles JS. (2005). Relation Between Cognitive and Motor Performance in 5- to 6-Year-Old Children: Results From a Large-Scale Cross-Sectional Study. Child Development, 76:5, 1092-1103.
249. Wiedenbach E. (1963). The Helping Art of Nursing. AJN, American Journal of Nursing. 63:11, 54-57.
250. Whaley L, Wong D (1985). Essentials of Pediatric Nursing. The VC. Mosby Company. St. Louis, 9-12.
251. William LIC, Lopez V, Lee TLI. (2007). Effects of Preoperative Therapeutic Play on Outcomes of School-Age Children Undergoing Day Surgery. Research in Nursing & Health, 30:3, 320-332.
252. William LIC and Lopez V (2008). Effectiveness and Appropriateness of Therapeutic Play Intervention in Preparing Children for Surgery: A Randomized Controlled Trial Study. Journal for Specialists in Pediatric Nursing, 13:2, 63-73.
253. World Health Organization: Practical Guidelines for Infection Control in Health Care Facilities, WHO Regional Office for South-East Asia, WHO, New Delhi (2004). Erişim Adresi:

- (http://www.wpro.who.int/publications/docs/practical_guidelines_infection_control.pdf) Erişim tarihi:15/05/2013.
254. Vaezzadeh N, Douki ZE, Hadipour A, Osia S, Shahmohammadi S, Sadeghi R. (2011). The Effect of Performing Preoperative Preparation Program on School Age Children's Anxiety. *Iranian Journal of Pediatrics*, 21: 4, 461-466.
255. VanFleet R, Sywulak AE, Caparos C. (2010). *Child Centered Play Therapy*. 1nd ed, The Guilford, London. 3-45.
256. Velioğlu P. (2009). Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar. *Alaş Ofset*, İstanbul, 485-511.
257. Yapıcı Ş. (2004). Çocukta dil gelişimi. *International Journal of Human Sciences*, 1-17.
258. Yapıcı, M. (2002). “0-5 Yaş Arası Çocukların Yaratıcılığının Geliştirilmesinde Ailenin Rolü”, *AKÜ Sos. Bil. Dergisi*, 4:1, 237-245.
259. Yapıcı M. (2004). İlköğretim Dilbilgisi Konularının Çocuğun Bilişsel Düzeyine Uygunluğu, *İlköğretim-Online Dergisi*, 3:2, 35-41.
260. Yayan EH, Altun E. (2011). Malatya İl Merkezinde İlköğretim 6.7.8. Sınıflarında Öğrenim Gören Öğrencilerin Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Bazı Sosyodemografik Özelliklerin Belirlenmesi. *Uluslar Arası Katılımlı 3. Ulusal Pediatri Hemşireliği Kongresi*. DEÜ Sabancı Kültür Sarayı, İzmir. Kongre Özet Kitabı, Sözel Bildiri.
261. Ygge BM and Arnetz CE. (2004). A Study of Parental Involvement in Pediatric Hospital Care: Implications for Clinical Practice. *Journal of Pediatric Nursing*, 19:3, 217-223.
262. Yıldırım F, Yıldız İ, Aras Ş. (2011). İlköğretim Öğrencilerinde Ana Baba Tutumlarının İncelenmesi. *Uluslar Arası Katılımlı 3. Ulusal Pediatri Hemşireliği Kongresi*. DEÜ Sabancı Kültür Sarayı, İzmir. Kongre Özet Kitabı, Poster Bildiri.
263. Yıldırım A, Şimşek H. (2011). Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri. *Tıpkı Basım*. 8. Baskı, Ankara, 101-114.
264. Yıldırım K, Muslu MS. (2006). Poliklinik Bekleme Alanlarında Çevresel Faktörlerin Kullanıcıların Fonksiyonel ve Algı-Davranışsal Performansına Etkisi: *Gazi Hastanesi Çocuk Polikliniği*. *Politeknik Dergisi*, 9:1, 39-51.
265. Yılmaz U, Oltuoğlu H, Hanazay B, Aylaz R. (2011). Uğraş Terapisinin Kronik Hastalıklı Çocukların Durumluluk Kaygı Düzeylerine Etkisi. *Uluslar Arası Katılımlı 3. Ulusal Pediatri Hemşireliği Kongresi*. DEÜ Sabancı Kültür Sarayı, İzmir. Kongre Özet Kitabı, Sözel Bildiri.
266. Yiğit R. (2009). Çocukluk Dönemlerinde Büyüme ve Gelişme. *Sistem Ofset*. I. Baskı, 156-176.
267. Yousei SGTH. (2011). Evaluation the Relationship between Age at Menarche and Economical Status and Nutrition. *Uluslar Arası Katılımlı 3. Ulusal Pediatri Hemşireliği Kongresi*. DEÜ Sabancı Kültür Sarayı, İzmir. Kongre Özet Kitabı, Poster Bildiri.
268. Zahr LK. (1998). Therapeutic Play for Hospitalized Preschoolers in Lebanon. *Pediatric Nursing*, 24:5, 449-454.
269. Zencirlioğlu D. (2006). Hastane Temizliği. *Ankem Derg* 20:Ek 2, 94-98.
270. Zolaly MA, Hanafi Mİ, Shawky N, Harbi K, Mohamadin AM. (2012). Association between Blood Lead Levels and Environmental Exposure among Saudi Schoolchildren in Certain Districts of Al-Madinah. *International Journal of General Medicine*, 5, 355–364.

9.EKLER

EK I



“Hastanede Yatan Okul Çağındaki Çocuklarda Sanat Temelli Bir Hemşirelik Girişimi”



Öğretim görevlisi Emel Teksöz

Mustafa Kemal Üniversitesi, Hatay Sağlık Yüksekokulu

Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Doktora Programı

ARAŞTIRMA HAKKINDA GENEL BİLGİ

Hastanede yatan çocuğun ebeveynlerinin yaşadıkları stresli duruma baş etmeleri desteklenmelidir. Hemşirelerin bu süreçte çocuğa sorumluluk vermesi, bilgi arama davranışını geliştirmesine yardımcı olması, çocuğun ağırlı işlemlerde ya da stresli durumlarla baş etmesini kolaylaştıran prosedürler oluşturması gereklidir (Shields et al 2003).

Çocuğun eğitiminin ve yaratıcılığının gelişmesinde önemli bir araç olan oyuncaklar; meraklı gidermede ve çevreyi keşfetmede çok işe yararlar. Çocuğun etrafında gördüğü her şeyi oyuncakla dönüştürmede olgünüstü bir yaratıcı yeteneği vardır (Yapıcı 2002). Her türlü eşya ile, özgün ve anlamlı sesler çıkararak oynadığı oyunlar, çocuğun gelişim aşısından pahalı oyuncaklardan daha önemli ve yararlıdır (Erdal K. ve Erdal G., 2003). Hastane malzemeleri kullanarak (kolay erişilebilir), hastanede 7 gün 24 saat çalışan hemşirelerin (sürekli) bir girişim olarak oyuncaklaştırmayı, stürliliği da ortadan kaldırabilir.

ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu araştırmada hastanede yatan 8-12 yaş grubu çocuğun gelişiminin kesintiye uğramadan, daha iyiye götüreceği sanat temelli bir hemşirelik girişiminin geliştirilmesi amaçlanmıştır.

MALZEMELER İÇİN BELİRLENEN KRİTERLER

1. Enfekte veya kirli olmamalıdır.
2. İçerisinde ilaç artığı bulunmamalıdır.
3. Hastaneye maliyet yükü getirmemelidir.
4. Kesici, delici, batıcı özellikte olmamalıdır.
5. Çocuğa zarar verici nitelik içermemelidir.
6. Sterilitesi bozulmuş malzemelerden seçilebilir.
7. Klinikte miyadı geçmiş malzemelerden seçilebilir.
8. Tamamiyle atıl durumdaki malzemelerden seçilmelidir.
9. Renkli, şekilli, kendisi yada bir parçası ilgi çeken materyallerden seçilmelidir.
10. Kullanıma uygun olmayan defolu, hasarlı ya da sadece numune olan ürünlerden seçilebilir.



EK II-Hastanın Hemşirelik Bakımını Algılayışı Ölçeği

	Katlıyorum	Biraz katlıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
1. Hemşireler daha gerçekçi olmama yardımcı oldular.					
2. Hemşireler ihtiyacım olandan fazlasını düşündüler					
3. Hemşireler isteklerimle hemen ilgilendiler.					
4. Hemşireler bakım esnasında tüm dikkatlerini bana verdiler					
5. Hemşireler çoğu şeyi bana sorarak yaptılar.					
6. Hemşireler hastanede beni rahat ettirdiler.					
7. Hemşireler hastaneyle ilgili bilmediğim şeyler hakkında bana bilgi verdiler.					
8. Hemşirelerin benim gereksinimlerim ve isteklerime dair ilgili kişileri uyardıklarından eminim.					
9. Hemşirelere ihtiyacım olduğunda yanımda olacaklarından eminim.					
10. Hemşirelerin hastalığımdan benim için ne demek olduğunu anladıklarını hissediyorum.					
11. Bazı sorunların, hemşirelerin çabaları sayesinde önlendiğini biliyorum.					
12. Hemşireler hastalığıma ilişkin korkularımınla başa çıkmamda bana yardımcı oldular.					
13. Hemşirelerin yaptığı açıklamalar beni rahatlattı.					
14. Hemşireler tedavilerim yapılırken beni rahatlattılar.					
15. Hemşirelerin sayesinde iyi bakıldığımı hissettim.					

SOSYODEMOGRAFİK BİLGİ FORMU (ÇOCUK)

1. Hastanın adı-soyadı:
2. Yaş:
3. Cinsiyet:
4. Okula devam durumu:
5. Hastalığı:
6. Şikayetleri:
7. Daha önce hastaneye yatmış mı:
8. Geçirdiği hastalıklar, ameliyatlar, kazalar, yaralanmalar:
9. Fiziksel Ölçümler
Kilo Boy
10. Uygulanan Tedaviler
İlacın Adı: Sıklığı/Dozu:

EK III -Pedsql Sağlık Bakımı Memnuniyet Ölçeği

.....den ne kadar hoşnutsunuz?	Asla	Bazen	Sıklıkla	Zaman	Her Zaman	Yok
BİLGİLENDİRME						
1-Çocuğunuzun tanısına ilişkin verilen bilgi... (bilginin miktarı, içeriği)						
2- Çocuğunuzun tedavisine ilişkin verilen bilgi...(miktarı, içeriği)						
3- Tedavi sırasında görülebilecek yan (istenmeyen) etkiler konusunda verilen bilgi... (miktarı, içeriği)						
4-Çocuğunuzun test sonuçlarına ilişkin bilginin size verilme zamanı .. (geç, erken)						
5- Çocuğunuzun hastalığı ve sağlık durumu ile ilgili bilgilendirme sıklığı...						
AİLENİN KATILIMI						
6- Çocuğunuzun tedavisi sırasında size ve ailenize gösterilen duyarlılık....						
7- Sizin ya da ailenizin sorularını yanıtlama konusunda personelin isteklilik (hevesle yada istemeyerek) durumu						
8- Çocuğunuzun bakımı ve durumu ile ilgili konulara ailenizin de katılması için gösterilen çaba...						
9- Personelin, çocuğunuzun genel durumu ve tedavisi ile ilgili sorularınızı yanıtlamak için ayırdığı zaman...						
İLETİŞİM						
10- Personelin size, çocuğunuzun durumu ve tedavisini açıklama biçimi...(anlatma tarzı)						
11-Personelin, sizi çocuğunuzla ilgili konularınızı dinleme biçimi...						
12-Personelin, çocuğunuza hastalığı ve tedavisi ile ilgili konuları onun anlayabileceği şekilde açıklaması...						
13- Sizi, testler ve diğer işlemlerle ilgili beklenen sonuçlara hazırlama biçimleri...(çabaları)						
14- Çocuğunuz, testler ve diğer işlemlerle ilgili beklenen sonuçlara hazırlama biçimleri... (çabaları)						
TEKNİK BECERİ						
15- Çocuğunuzun gereksinimlerinin personel tarafından karşılanma biçimi...						

16- Çocuğunuzu olabildiğince rahatlatmak için personelin gösterdiği çaba...						
17 – Personelin , çocuğunuzun gereksinimlerini olabildiğince çabuk karşılamaları...						
18- Personelin, çocuğunuzla eve döndüğünüzde neler yapacağınıza ilişkin bilgilendirme ve uyarılar (danışmanlık) için ayırdığı süre...						
DUYGUSAL GEREKSİNİMLER						
19- Çocuğunuza oyun oynaması, duygularını anlatması ve sorularının yanıtlanması için ayrılan süre..						
20- Çocuğun eğitim gereksinimlerini karşılama konusunda personelin size verdiği destek...						
21- Sizin duygusal gereksinimlerinizin personel tarafından karşılanması...						
22- Çocuğunuzun duygusal gereksinimlerinin personel tarafından karşılanması...						
GENEL MEMNUNİYET						
23- Çocuğunuzun hastanede aldığı tüm bakım...						
24- Personelin dostça ve yardım edici nitelikleri....						
25- Çocuğunuzun hastanedeki tedavisi...						

SOSYODEMOGRAFİK BİLGİ FORMU (EBEVEYN)

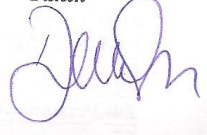
1. Ebeveyn adı-soyadı:
2. Yaş:
3. Cinsiyet:
4. Aile Tipi:
5. Anne:Eğitim Durumu:.....Çalışıyor/çalışmıyor.....
6. Baba:Eğitim Durumu: Çalışıyor/çalışmıyor.....
7. Gelir düzeyiniz:
8. Çocuk sayınız:
9. Ailede Kalıtsal Hastalık Varmı:
10. Akraba Evliliği Varmı:
11. Klinikte çocuğun kaliteli zaman geçirmesi için imkanlar nelerdir, etkinmi?.....
12. Görüşleriniz.....

EK IV-Hemşireler İçin Bilgi Formu

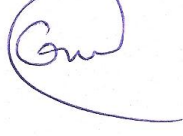
1. Hemşirenin adı-soyadı:
2. Yaşınız:
3. Cinsiyetiniz:
4. Eğitim durumunuzu işaretleyiniz
 - a. Lise mezunu
 - b. Ön lisans mezunu
 - c. Lisans mezunu
 - d. Yüksek lisans (uzmanlık)
 - e. Doktora
5. Medeni durumunuz:
6. Çocuk sayınız:
7. Mesleğinizdeki toplam çalışma süreniz:.....yıl.....ay
8. Çalıştığınız bölüm/klinik/servis.....
9. Çalışmakta olduğunuz bölümdeki toplam çalışma süreniz:.....yıl.....ay
10. Şu an çalışmakta olduğunuz birim/klinik/serviste çalışma nedeniniz?
 - a. Uzmanlık alanım olduğu için /eğitimime uygun
 - b. Kendi isteğimle görevlendirildiğim için
 - c. İsteğim dışında görevlendirildiğim için
 - d. Diğer açıklayınız.....
11. Çalıştığınız kurum kişisel bilgi, beceri ve yeteneklerinizi geliştirici olanaklar sağlıyor mu?
 - a. Evet b. Hayır c. Kısmen
12. Mesleğimde kendimi geliştirmek için
 - a. Kurs ve seminerlere katılıyorum
 - b. Hizmet içi eğitimlere katılıyorum
 - c. Herhangi bir faaliyette bulunmuyorum
 - d. Diğer(açıklayınız).....
13. Klinikte çocuğun kaliteli zaman geçirmesi için imkanlar nelerdir, etkinmi?.....
14. Hemşirenin atıl malzemeleri çocuk yararına kullanması hemşirelik girişimi olarak kullanılabilmirmi? Görüşleriniz.....
15. Oyuncak yapımı Çocuk, aile ve hemşire işbirliği için yeni bir yol olarak kullanılabilmirmi?.....

EK V- Hemşire, Ebeveyn, Çocuk Bilgilendirme ve Onamı

Deney Grubu 1-15 Olgu

İMZALAR: Katılımcı	Anne/Baba veya Vasi	Araştırmacı	Tanık
			

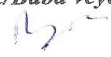
İMZALAR: Katılımcı	Anne/Baba veya Vasi	Araştırmacı	Tanık
			

İMZALAR: Katılımcı	Anne/Baba veya Vasi	Araştırmacı	Tanık
			

İMZALAR: Katılımcı	Anne/Baba veya Vasi	Araştırmacı	Tanık
			

İMZALAR: Katılımcı	Anne/Baba veya Vasi	Araştırmacı	Tanık
			

İMZALAR: Katılımcı	Anne/Baba veya Vasi	Araştırmacı	Tanık
			

İMZALAR: Katılımcı	Anne/Baba veya Vasi	Araştırmacı	Tanık
			

İMZALAR: Katılımcı



Anne/Baba veya Vasi



Araştırmacı



Tanık



İMZALAR: Katılımcı



Anne/Baba veya Vasi



Araştırmacı



Tanık



İMZALAR: Katılımcı



Anne/Baba veya Vasi



Araştırmacı



Tanık



İMZALAR: Katılımcı



Anne/Baba veya Vasi



Araştırmacı



Tanık



İMZALAR: Katılımcı



Anne/Baba veya Vasi



Araştırmacı



Tanık



İMZALAR: Katılımcı



Anne/Baba veya Vasi



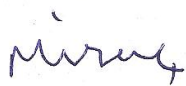
Araştırmacı



Tanık



İMZALAR: Katılımcı



Anne/Baba veya Vasi



Araştırmacı



Tanık



İMZALAR: Katılımcı



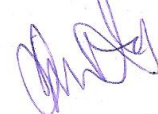
Anne/Baba veya Vasi



Araştırmacı



Tanık



Kontrol Grubu 1-15 Olgu

İMZALAR: Katılımcı

Anne/Baba veya Vasi

Araştırmacı

Tanık

İMZALAR: Katılımcı

Anne/Baba veya Vasi

Araştırmacı

Tanık

İMZALAR: Katılımcı

Anne/Baba veya Vasi

Araştırmacı

Tanık

İMZALAR: Katılımcı

Anne/Baba veya Vasi

Araştırmacı

Tanık

İMZALAR: Katılımcı

Anne/Baba veya Vasi

Araştırmacı

Tanık

İMZALAR: Katılımcı

Anne/Baba veya Vasi

Araştırmacı

Tanık

İMZALAR: Katılımcı

Anne/Baba veya Vasi

Araştırmacı

Tanık

İMZALAR: Katılımcı



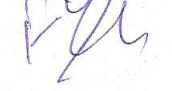
Anne/Baba veya Vasi



Araştırmacı



Tanık



İMZALAR: Katılımcı



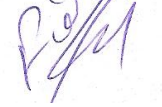
Anne/Baba veya Vasi



Araştırmacı



Tanık



İMZALAR: Katılımcı



Anne/Baba veya Vasi



Araştırmacı



Tanık



İMZALAR: Katılımcı



Anne/Baba veya Vasi



Araştırmacı



Tanık



İMZALAR: Katılımcı



Anne/Baba veya Vasi



Araştırmacı



Tanık



İMZALAR: Katılımcı



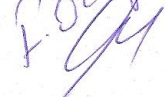
Anne/Baba veya Vasi



Araştırmacı



Tanık



İMZALAR: Katılımcı



Anne/Baba veya Vasi



Araştırmacı



Tanık



İMZALAR: Katılımcı



Anne/Baba veya Vasi



Araştırmacı



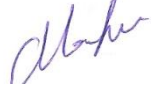
Tanık



EK VI-Gözlem Sonuçları için Hemşire Meslektaş Onayı

Selma Gülergüt


Emine Aldemir Budunur Sunzel


Cemile Marufoglu


Yeter Kavukoğlu

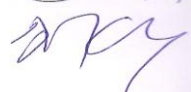

Deniz DÜSER


Fatma Ögöç


Sapir Kılıç


HATİCE KOÇAK

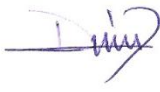

Nispet Kerem


Zerrin Deniz


Sultan Demir


Gülşah Öpümsöğütü


Jemne Yılmazoğlu


Diğer Doğan


Rukiye Doğan


Deniz Selim


Kemal Satır


Zilelta Selik


Fatma Oflazoglu


EK VII-Marmara Üniversitesinden Etik Kurul Onayı



T.C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

PROJENİN ADI: Hastanede Yatan Okul Dönemi Çocuklarında Sanat Temelli Bir Hemşirelik Girişimi
PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ: Prof. Dr. Ayse Ferda OCAKÇI
PROJEDEKİ ARAŞTIRICILAR: Emel TEKSÖZ
ONAY TARİHİ VE ONAY SAYISI: 18.06.2012 – 5

Sayın Prof. Dr. Ayse Ferda OCAKÇI

79 protokol nolu “Hastanede Yatan Okul Dönemi Çocuklarında Sanat Temelli Bir Hemşirelik Girişimi ” isimli projeniz Enstitümüzün Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından incelenmiş ve etik yönden uygunluğuna karar verilmiştir.

F. Arıcıoğlu.

Prof. Dr. Feyza ARICIOĞLU
Komisyon Başkanı

Serap Şirvanci

Doç. Dr. Serap ŞİRVANCI
Komisyon Başkan Yardımcısı

Serap Aküz

Prof. Dr. Serap AKYÜZ

Levent Kabasakal

Doç. Dr. Levent KABASAKAL

Prof. Dr. Aysel PEHLİVAN

Doç. Dr. Nefise BAHÇECİK

Doç. Dr. Oğuzhan DEYNELİ

Asım Cingi

Doç. Dr. Asım CİNGİ

Pınar Ay

Doç. Dr. Pınar AY

Yrd. Doç. Dr. Murat ÇEKİN

Zübeyir Sarı

Yrd. Doç. Dr. Zübeyir SARI

Öğr. Gör. Dr. Tolga GÜVEN

EK VIII-Kurum izin onayı



T.C.
HATAY VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : B.10.1.İSM.4.31.24.00/
Konu : Emel TEKSÖZ'ün
Görevlendirmesi

10.08.2012 * 19358

ANTAKYA DEVLET HASTANESİ BAŞTABIPLİĞİNE
HATAY

Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsünde Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı doktora öğrencisi olan Emel TEKSÖZ'ün hastanenizde tez çalışması yapabilmesi hakkında il makamından alınan onayın bir sureti ekte gönderilmiştir. Gereğini rica ederim.

Dr. Adnan ESMERLİĞİL
İl Sağlık Müdürü V.

EKLER:
1-İl Onayı (1 Sayfa)

09/08/2012 Bilg.İşl.Y.ARSLAN
10/08/2012 Pers.Şefi M.TOPAL
10/08/2012 Pers.Şb.Md.V.C.KOÇAK

"Hasta Olmayan Sağlığın Değerini Bilemez.",
Yönetim Hizmetleri Şube Müdürlüğü
Adres: Gündüz Cad.P.K.:31020 Antakya / HATAY

E-posta: hatavism@saglik.gov.tr, hatay.per@saglik.gov.tr

İrtibat için: Y.ARSLAN/150

Tel: 0(326) 2146156/57
Fax: 0(326) 214 6155





T.C.
HATAY VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : B.10.1.HSK.4.31.24.00/
Konu: Emel TEKSÖZ' ün
Görevlendirmesi

08.08.2012 - 19206

VALİLİK MAKAMINA

HATAY

İstanbul Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Doktora Öğrencisi Emel TEKSÖZ' ün Marmara Üniversitesi Rektörlüğü Öğrenci İşleri Daire Başkanlığının 02/07/2012 tarihli, 120132255 sayılı yazılarına ekli dilekçesine istinaden 10/08/2012-01/12/2012 tarihleri arasında "Hastanede Yatan Okul Dönemi Çocuklarında Sanat Temelli Bir Hemşirelik Girişimi" başlıklı tez çalışmasını Antakya Devlet Hastanesinde yapabilmesi müdürlüğümüzce uygun mütalaa edilmiş ise de takdirlerinize arz ederim.

Dr. Adnan ESMERLİGİL
Sağlık Müdürü V

Q L U R
.../08/2012

Kadim DOĞAN
Vali a.
Vali Yardımcısı

"Hasta Olmayan Sağlığın Değerini Bilemez.",
Yönetim Hizmetleri Şube Müdürlüğü
Adres: Gündüz Cad.P.K.:31020 Antakya / HATAY

İrtibat için: G.ŞENOCAK/130

Tel: 0(326) 2146156/57
Fax: 0(326) 214 6155



10.ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	EMEL	Soyadı	TEKSÖZ
Doğum Yeri	KAMAN	Doğum Tarihi	19/09/1979
Uyruğu	TC	TC Kimlik No	58264094716
E-mail	emelteksöz@hotmail.com	Tel	05333909019

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Doktora/Uzmanlık	MARMARA ÜNİVERSİTESİ	2013
Yüksek Lisans	MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ	2007
	ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ	2010
Lisans	MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ HSYO	2005
	GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ SMYO	1999
Lise	KASTAMONU SAĞLIK MESLEK LİSESİ	1997

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
	ÖĞRETİM GÖREVLİSİ	MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ	3 YIL- HALEN
	HEMŞİRE	HATAY DEVLET HASTANESİ	8 YIL
	ORDU HEMŞİRESİ	GATA	2 YIL

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*
İNGİLİZCE	İYİ	ORTA	İYİ

Yabancı Dil Sınav Notu #

KPDS	ÜDS	IELTS	TOEFL IBT	TOEFL PBT	TOEFL CBT	FCE	CAE	CPE
	67.500							

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı	84.138	84.315	84.253
(Diğer) Puanı			

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
WINDOWS	ÇOK İYİ
SPSS	İYİ

Uluslararası ve Ulusal Yayınları/Bildirileri/Sertifika ları/Ödü lleri/Diğer

- Aslan S, Serar slan G, Savas N, Teksoz E, Dagli S. Hearing Loss in Patients with Behçet's Disease: An Audiological and Transient Evoked Otoacoustic Emission Study. J Laryngol Otol. 2010 Jan;124(1):10-5. Epub 2009 Sep 29.
- Aslan S, Serar slan G, Teksoz E, Dagli S. Audiological and Transient Evoked Otoacoustic Emission Findings in Patients with Vitiligo. Otolaryngol Head Neck Surg. 2010 Mar;142(3):409-14. Epub 2010 Jan 22.
- Teksöz E, Çetinkaya Ş. Çocukluk Aşı ları: Önemi, Endikasyonu, Kontrendikasyonları ve Aşı Reaksiyonları. Ç.Ü. Sağlık Bilimleri Dergisi. 2009, 25(1,2,3):39-50.
- Teksöz E, Dağ MK, Yıldız N, Kaykunoğlu M. Annelerin Emzirme ve Bebek Bakımı Konusunda Bilgilerinin Değerlendirilmesi. 11. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi. Uludağ Üniversitesi, Bursa. 26-28 Nisan 2012.
- Teksöz E, Kaykunoğlu M, Dağ MK, Yıldız N. Hastaneye Yatan Çocuklarda Terapötik Oyun Kullanımı. 11. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi. Uludağ Üniversitesi, Bursa. 26-28 Nisan 2012.

6. Teksöz E, Geçkil M, Huzmeli H. Çocuk Kliniğinde Çalışan Hemşirelerin Terapötik Oyun Kullanımlarının Belirlenmesi. 11. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi. Uludağ Üniversitesi, Bursa. 26-28 Nisan 2012.
7. Teksöz E, Geçkil M, Yücel Ö, Yıldız H. Hatay'da Annelerin Yenidoğan Döneminde Başvurdukları Geleneksel Uygulamalar. 11. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi. Uludağ Üniversitesi, Bursa. 26-28 Nisan 2012.
8. Teksöz E, Ocakçı AF. Improving Toys with Drama Method in Children's Health Nursing. I. PNAE Congress On Paediatric Nursing. İstanbul. Aralık 2011.
9. Teksöz E, Dağlı AŞ, Demir S. Hemodiyaliz Hastalarında Hemodiyaliz Öncesi ve Sonrası Otoakustik Emisyon Ölçümleri ve Kan Değerleriyle İlişkisi. 21. Ulusal Böbrek Hastalıkları, Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireliği Kongresi. NDTH Derneği, Antalya. 19-23 Ekim 2011.
10. Teksöz E, Demir S. Diyalizin Fertilite Boyutu ve Gebeliğin Hemşirelik Bakım Yönetimi: Olgu Sunumu. 21. Ulusal Böbrek Hastalıkları, Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireliği Kongresi. NDTH Derneği, Antalya. 19-23 Ekim 2011.
11. Kumcu Ö, Teksöz E. Hurler Sendromlu Olguda Nanda Hemşirelik Tanıları ve Bakım Planı. 3. Ulusal Pediatri Hemşireliği Kongresi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Sabancı Kültür Sarayı, İzmir. 6-9 Eylül 2011.
12. Çetinkaya Ş, Teksöz E. Adolesanların Sosyo-Ekonomik Durumlarına Göre Ergenliğe Ait Bulguların İncelenmesi. 3. Ulusal Pediatri Hemşireliği Kongresi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Sabancı Kültür Sarayı, İzmir. 6-9 Eylül 2011.
13. Gündüz Z, Demir Y, Kaykunoğlu M, Yıldız H, Yüncüoğlu S, Karaca H, Yalçinkaya A, Çolakerol H, Teksöz E. Hemşirelik Öğrencilerin Kliniklerde Yaptığı Hataların Tespit Edilmesi. 10. Ulusal Uluslararası Katılımlı Hemşirelik Öğrenci Kongresi. Gaziantep Üniversitesi, Gaziantep. 28-30 Nisan 2011.
14. Huzmeli H, Geçkil M, Gürses S, Yalçinkaya A, Turunç İ, Kömürcüoğlu A, Çoşkun M, Teksöz E. Hemşirelik Öğrencilerinin Hemşirelik Süreci Ve Gordon Fonksiyonel Sağlık Örüntülerine Göre Nanda Tanılarını Kullanmaları. 10. Ulusal

Uluslararası Katılımlı Hemşirelik Öğrenci Kongresi. Gaziantep Üniversitesi, Gaziantep. 28-30 Nisan 2011.

- 15.Kömürcüoğlu A, Turunç İ, Çoşkun M, Yangınoğlu Y, Huzmeli H, Geçgil M, Teksöz E. Hemşirelik Öğrencilerinin Nanda'ya Göre Hemşirelik Tanılarını Belirleyebilme Düzeyleri. 10. Ulusal Uluslararası Katılımlı Hemşirelik Öğrenci Kongresi. Gaziantep Üniversitesi, Gaziantep. 28-30 Nisan 2011.
- 16.Karadağ A, Kerimoğlu G, Çelik A, Bektaş N, Karataş Z, Teksöz E, Güneş E, Çetinkaya Ş. Kadınların Sezeryan Tercih Etme Nedenleri ve Kürtaj Hakkındaki Bilgi, Tutum ve Davranışları. 6. Ulusal Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi, Ankara. 23-25 Nisan 2009.
- 17.Teksöz E, Dağlı A.Ş, İnandı T. Yenidoğan Sarılığı ile Sağırlık İlişkinin Değerlendirilmesi. 30. Türk Ulusal Kulak Burun Boğaz ve Baş Boyun Cerrahisi Kongresi, Antalya. 08-12 Ekim 2008.
- 18.Teksöz E, Dağlı A.Ş, Akoğlu E, Okuyucu Ş, İnandı T. Yenidoğan İşitme Kayıplarının Otoakustik Emisyon ve Bera ile Değerlendirilmesi. 30. Türk Ulusal Kulak Burun Boğaz ve Baş Boyun Cerrahisi Kongresi, Antalya. 08-12 Ekim 2008.