

ÇOCUK KLİNİĞİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN ROL VE İŞLEVLERİNİ UYGULAMA DÜZEYLERİ

**Yrd. Doç. Dr. Rana Yiğit

**Selda Yüzer

**Mersin Üniversitesi Sağlık
Yüksekokulu

ÖZET

Bu araştırma, çocuk kliniklerinde çalışan hemşirelerin sahip olması gereken rol ve işlevleri ve bunları uygulama düzeylerini belirlemek amacıyla yapılmıştır. Araştırma, 2004 yılında kamu ve üniversite hastanelerinde çalışan 81 hemşireyle yapılmıştır. Veriler araştırmacılar tarafından geliştirilen "Çocuk Hemşirelerinin Rol ve İşlevlerini Uygulama Ölçeği" yardımıyla elde edilmiştir. Araştırma sonunda; hemşirelerin bakım verici ve sağlığı koruyucu rollerini en üst düzeyde, danışmanlık rollerini ise en alt düzeyde yerine getirdikleri görülmektedir. Lisans mezunu, bekâr ve üniversite hastanelerinde çalışan hemşirelerin; rol ve işlevlerini, diğer hemşirelere göre daha yüksek düzeyde yerine getirdikleri görülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Çocuk Hemşireliği, Rol ve İşlevler.

*Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Bilim Uzmanlığı Tezi, Mersin 2005(Danışman: Yrd. Doç. Dr. Rana Yiğit). Bu çalışma 3. Uluslararası-10.Ulusal Hemşirelik Kongresi'nde Poster Bildiri olarak sunulmuştur (7-10 Eylül 2005/İzmir)

IMPLEMENTED ROLES AND FUNCTIONS OF NURSES WORKING IN CHILD CLINICS

ABSTRACT

This research was conducted for the purpose of determining the level of implementation of roles and functions of nurses working in pediatric wards. The research was conducted in 2004 at the State and University hospitals. Data were collected using a tool developed by the investigators titled, "Implementation of Pediatric Nurses' Roles and Functions Inventory." At the conclusion of the research it was found that the nurses roles of caregiver and health protector were at the highest level, but the role of counseling was at the lowest level. Nurses with a university degree, those who were single and worked in university hospitals were seen to implement their roles and functions at a higher level than other nurses.

Key Words: Pediatric Nursing, Roles and Functions

GİRİŞ

Bilim ve teknolojideki hızlı gelişmeler, toplumun sağlık ve hastalık anlayışını ve sağlık hizmetlerinin sunumunu da etkilemektedir (Yiğit, 1996; Erdemir&Pınar, 2004). Bu değişim ve gelişime paralel olarak, hemşirelik hizmetleri de yeniden belirlenmiştir. Hemşireliğin genel amaçları yüzyıllardan beri aynı

kalmakla birlikte, uygulamaların kapsamı ve niteliği değişen gereksinimlere göre değişmektedir (Bayraktar 1999, Erdemir, 1998; McCash, 2000).

Hemşirelik; insanları sağlıklı kılmak, rahatlığını sağlamak, hastalandığında bakmak ve bireylere güvende oldukları duygusunu yaşatmak isteği ile ortaya çıkmış bir meslektir (Erdemir, 1998; Erdoğan,

1998). Uluslararası Hemşireler Birliği (ICN) hemşireliği; bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını koruma, geliştirme ve hastalık halinde iyileştirme amacına yönelik; hemşirelik hizmetlerinin planlanması, örgütlenmesi, uygulanması ve değerlendirilmesinden sorumlu bilim ve sanattan oluşan bir sağlık disiplini olarak tanımlamaktadır (The ICN Definition of Nursing, 2001).

Bilim ve sanat yönü, hemşireliği profesyonelliğe götüren en önemli bileşenlerdir. Hemşireliğin sanat yönü; hemşirelik eylemlerini uygulama, hastaların öznel deneyimlerini yorumlama ve anlamlandırma yeteneğini içerir. Güvene dayalı hemşire-hasta ilişkisi; hemşirelerin, deneyim, empati ve etkili yardım etme becerilerini geliştirmelerini gerektirir. Bilimsel yönü ise; gelişen bilim ve teknolojiyi, sağlık ve hemşirelikteki son gelişmeleri izlemek, hastanın bakımını bilimsel kanıtlara dayalı olarak yerine getirmek için araştırma yapmak ve mevcut araştırma sonuçlarını kullanarak en iyi bakımı vermektir. Hemşire rol ve sorumluluklarını yerine getirirken mesleğinin sanat ve bilim yönünü kullanır (Yam&Rossiter, 2000; Cimete, 1997).

Geçmişte hemşirelerin rolleri bakım ve rahatlatma fonksiyonlarından oluşmaktaydı. Günümüzde ise hemşirenin rolü öncelikli olarak sağlığın korunması, yükseltilmesi, hastalıkların önlenmesi, yaygın görülen hastalıkların tanı, tedavi ve bakımına odaklanmaktadır (McCash, 2000; Wong, 1999).

Ülkemizde hemşirelik eğitimi, çağdaş ülkelerde olduğu gibi verilmekte ancak hizmet alanında (hastane, sağlık ocakları v.b) hemşirelerin rol ve işlevleri yasal olarak tanımlanmadığı için, çeşitli karışıklık ve güçlükler yaşanmaktadır (Cimete ve Aksayan, 2000). Bunun sonucunda da; hemşirenin rol ve işlevleri çalıştığı kurumun politikasına göre değişmektedir. Çok az kuruluştaki hemşireler eğitimlerinde öğrendikleri rol ve işlevleri gereği gibi yerine getirebilirken, çoğu kuruluştaki kurumun politikasına göre çalışmaktadırlar.

Kuramsal olarak, hemşirenin rolleri; bakım verici, eğitici, danışmanlık, hastanın ve ailenin savunuculuğu, karar alıcı, koordine edici, rehabilite edici, rahatlatıcı, iletişimci, araştırmacı ve yönetici gibi oldukça kapsamlı işlevleri içermektedir (Cimete, 1997; Rudolph, 2002; Pillitteri, 1999; Kaplan et. al., 2000; Potter&Perry, 1999). Hemşireliğin uzmanlık alanlarından biri olan

“çocuk hemşireliği” ise; bu rol ve işlevlere ek olarak, çocuk ve aileyi bakımın merkezine alan, yenidoğan döneminden başlayarak, ergenlik döneminin sonuna kadar tüm gelişim dönemlerini kapsayacak biçimde ve birinci, ikinci, üçüncü düzeyde sağlık bakımı vermekten sorumlu bir alandır (Bowden&Greenberg, 2003; Çavuşoğlu, 2004).

Diğer alanlarda olduğu gibi, pediatri alanında çalışan hemşirelerin rolleri de sürekli değişmekte ve gelişmektedir (Erdemir&Pınar, 2004). Hemşirelerin, çocuk ve ailesinin fiziksel, duygusal, zihinsel ve sosyal gereksinimlerinin farkında olması ve bakımda bunlara yer vermesi gerekmektedir. Ayrıca hemşire, çocuğun hızlı bir büyüme-gelişme süreci içinde olduğunu bilmek ve bu konuda duyarlı olmak durumundadır (Bowden&Greenberg, 2003; Çavuşoğlu, 2004; Yiğit, 1997). Çocuğun benlik kavramı, baş etme yöntemleri ve sosyal davranışları yetişkinlere göre daha az gelişmiştir. Bu nedenle de çocuğun hastalığa gösterdiği fiziksel, zihinsel ve duygusal tepkiler, yaşına ve gelişim düzeyine göre değişmektedir. Aynı zamanda çocuğun eğitimi, daha önceki hastane deneyimleri, dini inançları, kültürel özellikleri ve sosyoekonomik durumu, hastalığı algılayışını ve hastaneye yatışa gösterdiği tepkileri etkileyen diğer önemli faktörlerdir. Bu nedenle, çocuğun bireysel gereksinimlerini değerlendirirken ve onunla iletişim kurarken hemşirenin bu özelliklerin bilincinde olması oldukça önemlidir (Wong, 1999; Yiğit, 1994).

Amaç ve Önem

Ülkemizde hemşirelikte uzmanlaşma yaygın değildir ve alanda çalışan hemşirelerin büyük çoğunluğu çeşitli düzeylerde eğitim ve deneyimi olan hemşirelerden oluşmaktadır. Ülkemizde 1996 yılına kadar; lise, ön lisans ve lisans düzeylerinde verilen hemşirelik eğitimi bu tarihten itibaren tümüyle lisans düzeyinde verilmeye başlanmıştır.

Eğitimdeki bu çeşitliliğin yanı sıra, ülkemizde hemşirelerin rol ve işlevlerini belirleyen yasalar henüz güncel hale getirilememiştir. Buna karşın, özellikle çocuk kliniklerinde çalışan hemşirelerin; anne-baba-çocuk ve diğer sağlık ekibi ile işbirliği halinde ve çocuğun özelliklerini dikkate alarak çalışması gerekmektedir. Bu nedenle; çocuk kliniklerinde çalışan hemşirelerin, rol ve işlevlerini ne düzeyde uyguladıklarını belirlemeye gereksinim vardır.

Bu çalışma, çocuk kliniklerinde çalışan hemşirelerin; sahip olmaları gereken rol ve işlevlerin neler olduğu ve bunları ne düzeyde uyguladıklarını ortaya koymak amacıyla yapılmıştır. Bu amaçla, önce çocuk kliniklerinde çalışan hemşirelerin sahip olması gereken rol ve işlevler literatür taraması yardımıyla ortaya konulmuştur. Daha sonra çocuk ile çalışan hemşirelerin rol ve işlevlerini ne düzeyde uyguladıklarını belirlemek üzere “Çocuk Hemşirelerinin Rol ve İşlevlerini Uygulama Ölçeği” geliştirilmiştir. Geliştirilen ölçeğin uygulanmasıyla elde edilen veriler yardımıyla, çocuk ile çalışan hemşirelerin rol ve işlevlerini uygulama düzeyleri çeşitli değişkenler açısından incelenmiştir.

Araştırma Soruları

Araştırma kapsamında aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır:

- 1) Çocuk kliniklerinde çalışan hemşirelerin sahip olmaları gereken rol ve işlevleri uygulama düzeyleri farklılık göstermekte midir?
- 2) Hemşirelerin sahip olması gereken rol ve işlevleri uygulama düzeyleri; yaşa, eğitim durumuna, medeni duruma, çalıştığı kuruma, meslekte çalışma süresine ve klinikte çalışma süresine göre farklılık göstermekte midir?

Araştırmanın Sayıltıları ve Sınırlılıkları

Araştırmanın yürütülebilmesi bazı sayılı ve sınırlılıklara bağlı olarak gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın yürütüldüğü hastanelerde, uygulamaların uygun bir biçimde yapıldığı kabul edilmiştir. Hemşirelerin bilgi formu ve ölçeği cevaplarırken gerçek bilgileri yansıttıkları, samimi ve içten yanıtlar verdikleri kabul edilmiştir. Araştırma, 2004 yılında uygulamanın yapıldığı dört hastanenin, çocuk kliniklerinde çalışan hemşirelerle sınırlıdır.

YÖNTEM

Evren

Bu araştırma tanımlayıcı araştırma türünde yapılmış olup, araştırmanın evrenini, Mayıs-Kasım 2004 yılında Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Mersin Toros Devlet Hastanesi ve Mersin Devlet Hastanelerinin çocuk kliniklerinde çalışan 116 hemşirenin tümü oluşturmuştur. Ancak, izin, rapor vb. gibi nedenlerle 35 hemşireye ulaşılamamış ve formlar araştırmaya

katılmayı kabul eden 81 hemşireye uygulanmıştır.

Veri Toplama

Araştırmanın verileri “Bilgi Formu” ve “Çocuk Hemşirelerinin Rol ve İşlevlerini Uygulama Ölçeği” yoluyla toplanmıştır.

Hemşirelerin bazı demografik özelliklerini ortaya koymak amacıyla uygulanan Bilgi Formu; hemşirelerin yaş, eğitim durumu, medeni durumu, çalıştığı kurum bilgileri ile meslekte ve çocuk kliniğinde çalışma süresini belirlemeye yönelik 6 sorudan oluşmaktadır.

Çocuk ile çalışan hemşirelerin sahip olması gereken rol ve işlevleri uygulama düzeylerini ortaya koymak amacıyla araştırmacılar tarafından “Çocuk Hemşirelerinin Rol ve İşlevlerini Uygulama Ölçeği” geliştirilmiştir (Ek 1). Geliştirilen ölçeğin madde analizi, güvenilirlik ve geçerlik çalışmaları yapılmıştır. Faktör analizi sonucunda, 63 maddelik sekiz boyutlu bir ölçek elde edilmiş; ölçeğin Cronbach α güvenilirliğinin 0,96 olduğu ve her bir alt boyutun Cronbach α güvenilirliklerinin 1. boyut (Bakım Verici ve Sağlığı Koruyucu Rolü) için 0,83; 2. boyut (Eğitici ve Araştırmacı Rolü) için 0,86; 3. boyut (Savunucu ve Karar Alıcı Rolü) için 0,82; 4. boyut (Rahatlatıcı Rolü) için 0,86; 5. boyut (Rehabilitasyon Edici Rolü) için 0,83; 6. boyut (Danışmanlık Rolü) için 0,80; 7. boyut (Yönetici ve Koordine Edici Rolü) için 0,81 ve 8. boyut (İletişimci ve İşbirliği Rolü) için 0,60 olduğu belirlenmiştir. Ölçekte her bir madde için “Hiçbir zaman yapmıyorum”(1), “Yapmıyorum”(2), “Kararsızım”(3), “Yapıyorum”(4) ve “Her zaman yapıyorum”(5) ifadelerinden oluşan beşli derecelemeden yararlanılmıştır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 63, en yüksek puan ise 315'tir.

Verilerin toplandığı hastane yönetimlerinden yazılı, hemşirelerden ise araştırmanın amacı açıklanarak sözlü izin alınmıştır. Araştırma kapsamına alınan kurum yönetimlerinin ve araştırmaya katılmayı kabul eden hemşirelerin araştırma sonuçlarının gizli tutulmasına ilişkin talepleri olmamıştır.

Verilerin Analizi

Araştırma verilerinin analizinde; araştırma sorularına uygun olacak biçimde ilişkisiz örneklem için tek yönlü varyans analizinden yararlanılmış; farklılık gözlenmesi durumunda da ikili karşılaştırmaların yapılması amacıyla Tukey testi kullanılmıştır.

BULGULAR

Araştırmaya katılan 81 hemşireye ilişkin demografik veriler Tablo 1’de özetlenmiştir.

Tablo 1’e göre, hemşirelerin %59.3’ünün 23-27 yaş arasında olduğu, %69.2’sinin Üniversite Hastanelerinde çalıştığı, %37.0’nin Sağlık Meslek Lisesi mezunu olduğu, %64.2’sinin bekar olduğu, %28.4’ünün meslekte 4-6 yıl ve %40.7’sinin çocuk kliniğinde 1-3 yıldan beri çalışmakta olduğu görülmektedir.

Araştırmanın birinci sorusuna yanıt aramak amacıyla “Çocuk Hemşirelerinin Rol ve İşlevlerini

Uygulama Ölçeği”nin her bir alt boyutuna ilişkin ortalama ve standart sapmalar Tablo 2’de verilmiştir.

Tablo 2’de alt boyutlara ilişkin puan ortalamaları incelendiğinde, 1. ve 4. alt boyuttan alınan puan ortalamasının diğer alt boyutlardan alınan puan ortalamalarına göre daha yüksek olduğu; diğer boyutların puan ortalamaları arasında da farklılıklar olduğu görülmektedir. Alt boyutların puan ortalamaları arasında farklılık; tek yönlü varyans analizi ile test edilmiş ve anlamlı olduğu belirlenmiştir ($F_{7,640}=989,035$, $p<0,01$). Farklılığın hangi grup ortalamasından kaynaklandığını belirlemek amacıyla yapılan Tukey testi sonuçlarına göre, ölçeğin 1. ve 4.

Tablo 1. Araştırmaya Katılan Hemşirelere İlişkin Demografik Veriler (n=81)

Demografik Değişkenler	N	%
YAŞ		
18-22	5	6.2
23-27	48	59.3
28-32	24	29.6
33 ve üstü	4	4.9
EĞİTİM DURUMU		
Sağlık Meslek Lisesi	30	37.0
Hemşirelik Ön Lisans	15	18.5
Açık Öğretim Ön Lisans	4	4.9
Hemşirelik Yüksekokulu	18	22.2
Sağlık Yüksekokulu	12	14.8
Yüksek Lisans	2	2.5
MEDENİ DURUM		
Evli	29	35.8
Bekâr	52	64.2
KURUM		
Mersin Ün. Tıp Fakültesi	35	43.3
Akdeniz Ün. Tıp Fakültesi	21	25.9
Mersin Devlet Hastanesi	15	18.5
Mersin Toros Devlet Hastanesi	10	12.3
MESLEKTE ÇALIŞMA SÜRESİ		
12 aydan az	7	8.6
1-3 yıl	21	25.9
4-6 yıl	23	28.4
7-9 yıl	16	19.8
10-12 yıl	9	11.1
13-15 yıl	2	2.5
16 yıl ve üstü	3	3.7
KLİNİKTE ÇALIŞMA SÜRESİ		
12 aydan az	15	18.5
1-3 yıl	33	40.7
4-6 yıl	17	21.0
7-9 yıl	12	14.8
10-12 yıl	2	2.5
13 yıl ve üstü	2	2.5
TOPLAM	81	100.0

Tablo 2. Ölçek Alt Boyutlarına İlişkin Puan, Ortalama ve Standart Sapması

<i>Alt Boyutlar</i>	<i>N</i>	\bar{x}	<i>Sd</i>
1. alt boyut (Bakım Verici ve Sağlığı Koruyucu Rolü)	81	47,73	5,63
2. alt boyut (Eğitici ve Araştırmacı Rolü)	81	41,46	5,18
3. alt boyut (Savunucu ve Karar Alıcı Rolü)	81	38,08	3,28
4. alt boyut (Rahatlatıcı Rolü)	81	46,05	5,71
5. alt boyut (Rehabilite Edici Rolü)	81	13,96	3,02
6. alt boyut (Danışmanlık Rolü)	81	12,07	2,01
7. alt boyut (Yönetici ve Koordine Edici Rolü)	81	38,47	5,32
8. alt boyut (İletişimci ve İşbirliği Rolü)	81	15,34	2,72

alt boyutundan alınan puanların dağılımının en yüksek ortalamaya sahip olduğu, bunu 2, 7, 3, 8, 5 ve 6. boyutların izlediği görülmektedir. Buna göre, hemşirelerin sırasıyla “Bakım Verici ve Sağlığı Koruyucu”, “Rahatlatıcı”, “Eğitici ve Araştırmacı”, “Yönetici ve Koordine Edici”, “Savunucu ve Karar Alıcı”, “İletişimci ve İşbirliği”, “Rehabilite Edici ve Danışmanlık” rollerini yerine getirdikleri belirlenmiştir. Buna göre hemşireler en çok, “Bakım Verici ve Sağlığı Koruyucu” ve “Rahatlatıcı” rol ve işlevlerini yerine getirmektedirler.

Araştırmanın diğer sorusu, farklı yaş gruplarındaki hemşirelerin rol ve işlevlerini uygulama düzeylerinin farklılık gösterip göstermediklerini ortaya koymaktır. Bu amaçla, çeşitli yaş gruplarına göre ölçek puan ortalamaları ve standart sapmaları Tablo 3’de verilmiştir.

Tablo 3 incelendiğinde, farklı yaş gruplarındaki hemşirelerin ölçekten aldıkları puan ortalamalarının genel olarak birbirine yakın olduğu, 18-22 yaş grubundaki hemşirelerin puan ortalamasının diğer gruplara göre biraz daha yüksek olduğu gözlenmektedir. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda da hemşirelerin rol ve işlevlerini uygulama düzeyleri

arasında yaş bakımından anlamlı bir fark olmadığı gözlenmiştir ($F_{3,77}=2,023$; $p<0,01$). Buna göre hemşirelerin rol ve işlevlerini uygulama düzeyleri yaşa göre farklılık göstermemektedir.

Farklı yaş grubundaki hemşirelerin rol ve işlevlerini uygulama düzeylerinin her bir alt boyut bakımından farklılık gösterip göstermediği de incelenmiştir. Bu amaçla yapılan analiz sonucunda; belirlenen sekiz farklı rol ve işlev grubu arasında uygulanma düzeyi bakımından farklılık olmadığı belirlenmiştir.

Araştırmanın diğer bir sorusu, hemşirelerin rol ve işlevlerini uygulama düzeylerinin eğitim durumuna göre farklılık gösterip göstermediğine ilişkindir. Bu amaçla farklı eğitim düzeylerindeki puan ortalamaları ve standart sapmaları Tablo 4’de verilmiştir.

Tablo 4 incelendiğinde, Sağlık Yüksekokulu ve Hemşirelik Yüksekokulu mezunu hemşirelerin diğer gruplara göre daha yüksek ölçek puanlarına sahip oldukları gözlenmektedir. Eğitim durumu bakımından gözlenen bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($F_{5,75}=5,379$; $p<0,01$). Bu sonuca göre, çocuk ile çalışan hemşirelerin rol ve işlevlerini uygulama düzeyleri, eğitim düzeylerine bağlı olarak anlamlı bir şekilde değişmektedir.

Tablo 3. Yaş Gruplarına Göre Ölçek Puanlarının Ortalama ve Standart Sapması

<i>Yaş Grupları</i>	<i>N</i>	\bar{x}	<i>Sd</i>
18-22	5	272,80	10,08
23-27	48	255,40	27,00
28-32	24	244,25	25,16
33 ve üstü	4	253,75	28,57
Toplam	81	253,09	26,40

Tablo 4. Eğitim Durumuna Göre Ölçek Puanlarının Ortalama ve Standart Sapması

<i>Eğitim Düzeyi</i>	<i>N</i>	\bar{x}	<i>Sd</i>
Sağlık Meslek Lisesi	30	251,97	24,72
Hemfilielik Ön Lisans	15	243,47	17,14
Açık Öğretim Ön Lisans	4	221,50	27,33
Hemfilielik Yüksekokulu	18	262,00	28,92
Sağlık Yüksekokulu	12	272,08	15,59
Yüksek Lisans	2	211,00	8,48
Toplam	81	253,09	26,40

Rol ve işlevleri uygulama düzeyleri arasındaki farkın hangi eğitim grupları arasında olduğunu belirlemek amacıyla yapılan analiz sonuçlarına göre; Sağlık Yüksekokulu mezunlarının rol ve işlevleri uygulama düzeylerinin ($\bar{x}=272,08$), Açık Öğretim Ön Lisans mezunlarından ($\bar{x}=221,50$) daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Araştırmada incelenmek istenen diğer bir soru, hemşirelerin rol ve işlevlerini uygulama düzeylerinin medeni duruma göre farklılık gösterip göstermediğidir. Bu amaçla, evli ve bekâr hemşirelerin puan ortalamaları ve standart sapmaları Tablo 5’de verilmiştir.

Tablo 5 incelendiğinde, bekâr hemşirelerin rol ve işlevlerini uygulama düzeylerinin daha yüksek olduğu gözlenmektedir. Gözlenen bu farklılığın istatistiksel olarak oldukça anlamlı olduğu görülmüştür ($F_{1,79}=4,174$; $p<0,01$). Buna göre bekâr hemşirelerin rol ve işlevlerini uygulama düzeyleri, evli hemşirelere göre daha yüksektir.

Medeni durumu farklı hemşirelerin 1, 2 ve 5. boyutlardaki rol ve işlevlerini uygulama düzeylerinin farklı olduğu belirlenmiştir. Uygulamaya yansıtma düzeyi bakımından; “bakım verici ve sağlığı koruyucu” rol ve işlevleri bekâr hemşirelerin ($\bar{x}=48,64$) evli olanlardan ($\bar{x}=46,00$); “eğitici ve araştırmacı” rol ve

Tablo 5. Medeni Duruma Göre Ölçek Puanlarının Ortalama ve Standart Sapması

<i>Medeni Durum</i>	<i>N</i>	\bar{x}	<i>Sd</i>
Bekâr	53	257,36	25,36
Evli	28	245,00	26,90
Toplam	81	253,09	26,40

Tablo 6. Hemşirelerin 1, 2 ve 5. Alt Boyutlarındaki Rol ve İşlevlerinin Medeni Duruma Göre Ölçek Puanlarının Ortalama ve Standart Sapmaları

<i>Alt Boyutlar</i>	<i>Bekâr</i>		<i>Evli</i>	
	\bar{x}	<i>Sd</i>	\bar{x}	<i>Sd</i>
<i>Bakım Verici ve Sağlığı Koruyucu Rolü (1. alt boyut)</i>	48,64	6,21	46,00	5,24
<i>Eğitici ve Araştırmacı Rolü (2. alt boyut)</i>	42,43	5,18	39,61	4,17
<i>Rehabilitasyon Edici Rolü (5. alt boyut)</i>	14,55	3,11	12,86	2,01

işlevleri bekâr hemşirelerin ($\bar{x}=42,43$) evli olanlardan($\bar{x}=39,61$) ve “rehabilite edici” rol ve işlevleri bekâr hemşirelerin ($\bar{x}=14,55$) evli olanlardan ($\bar{x}=12,86$) daha fazla olduğu belirlenmiştir (Tablo 6).

Araştırmanın bir diğer sorusu, hemşirelerin çalıştıkları kuruma göre rol ve işlevlerini uygulama düzeylerinin farklılık gösterip göstermediğidir. Farklı kurumlarda çalışan hemşirelerin rol ve işlevlerini uygulama düzeyleri ile ilgili puan ortalamaları ve standart sapmaları Tablo 7’de verilmiştir.

rol ve işlevlerini uygulama düzeyleri ($\bar{x}=256,52$); Mersin Devlet Hastanesi’nde çalışan hemşirelere ($\bar{x}=231,40$) göre daha yüksektir.

Araştırmanın bir diğer sorusu, hemşirelerin rol ve işlevlerini uygulama düzeylerinin; meslekte çalışma süresine göre farklılık gösterip göstermediğidir. Hemşirelerin meslekte çalışma sürelerine göre rol ve işlevlerini uygulama düzeylerine ilişkin puan ortalamaları ve standart sapmaları Tablo 8’de verilmiştir.

Tablo 7. Kurumlara Göre Ölçekten Alınan Puanların Ortalama ve Standart Sapması

<i>Kurum</i>	<i>N</i>	\bar{x}	<i>Sd</i>
Mersin Üniv.Tıp Fakültesi Hastanesi	35	265,51	21,09
Akdeniz Üniv. Tıp Fakültesi Hastanesi	21	256,52	27,87
Mersin Toros Devlet Hastanesi	10	234,90	21,87
Mersin Devlet Hastanesi	15	231,40	18,49
Toplam	81	253,09	26,40

Tablo 7 incelendiğinde; üniversite hastaneleri’nde çalışan hemşirelerin puan ortalamalarının, devlet hastanelerinde çalışanlara göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu farklılık istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($F_{3,77}=10,342$; $p<0,01$). Bu farkın hangi kurumlar arasında olduğunu belirlemek amacıyla yapılan analiz sonuçlarına göre; Mersin Üniv. Tıp Fakültesi Hastanesi’nde çalışan hemşirelerin ($\bar{x}=265,51$); Mersin Toros Devlet Hastanesi’nde ($\bar{x}=234,00$) ve Mersin Devlet Hastanesi’nde çalışan hemşirelere göre ($\bar{x}=231,40$) rol ve işlevlerini uygulama düzeyleri daha yüksektir. Yine, Akdeniz Üniv. Tıp Fakültesi Hastanesi’nde çalışan hemşirelerin

Tablo 8 incelendiğinde, hemşirelerin meslekte çalışma süresine göre puan ortalamalarının genel olarak birbirine yakın olduğu, ancak 12 aydan az çalışan hemşirelerin puan ortalamasının diğer gruplara göre biraz daha yüksek olma eğilimi olduğu gözlenmektedir.

Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($F_{6,74}=0,958$; $p>0,01$). Diğer bir ifadeyle, meslekte uzun veya kısa süre çalışmak, hemşirelerin bakım verici ve sağlığı koruyucu, eğitici ve araştırmacı ve diğer rollerini uygulama düzeylerini etkilememektedir.

Tablo 8. Meslekte Çalışma Süresine Göre Ölçek Puanlarının Ortalama ve Standart Sapması

<i>Meslekte Çalışma Süresi</i>	<i>N</i>	\bar{x}	<i>Sd</i>
12 aydan az	7	268,71	12,75
1-3 yıl	21	256,71	33,27
4-6 yıl	23	254,43	25,52
7-9 yıl	16	242,56	21,01
10-12 yıl	9	248,89	25,39
13-15 yıl	2	254,50	16,26
16 yıl ve daha fazla	3	248,67	33,65
Toplam	81	253,03	26,40

Araştırma kapsamında merak edilen bir başka soru, hemşirelerin rol ve işlevleri uygulama düzeylerinin çocuk kliniğinde çalışma süresine göre değişip değişmediğidir. Bu amaçla, farklı çalışma sürelerine göre elde edilen puan ortalamaları ve standart sapmaları Tablo 9’de verilmiştir.

oluşu ve hastanenin gereksinimleri doğrultusunda çalıştıkları kliniğin sık sık değiştirilmesi, hemşirelerin klinikte kısa süreli çalışmalarının nedeni olabilir.

Çocuk kliniklerinde çalışan hemşirelerin yarısından fazlasının sağlık meslek lisesi ve ön lisans (Sağlık

Tablo 9. Çocuk Kliniğinde Çalışma Süresine Göre Ölçek Puanlarının Ortalama ve Standart Sapması

<i>Klinikte Çalışma Süresi</i>	<i>N</i>	\bar{x}	<i>Sd</i>
12 aydan az	15	252,07	23,14
1-3 yıl	33	255,76	27,76
4-6 yıl	17	254,23	27,33
7-9 yıl	12	244,67	26,51
10-12 yıl	2	279,50	6,36
13 yıl ve daha fazla	2	231,00	19,80
Toplam	81	253,09	26,40

Tablo 9 incelendiğinde, çocuk kliniğinde 10-12 yıl süreyle çalışan hemşirelerin puan ortalamalarının diğerlerine göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($F_{5,75}=1,003$; $p>0,01$). Diğer bir ifadeyle klinikte uzun veya kısa süredir çalışıyor olmak, hemşirelerin bakım verici ve sağlığı koruyucu, eğitici ve araştırmacı ve diğer rolleri uygulama düzeylerini etkilememektedir.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Bu bölümde, araştırma kapsamına giren hemşirelerin demografik özellikleriyle, rol ve işlevlerini uygulama düzeyleri arasındaki ilişki ve demografik özelliklerin alt boyutlarla ilişkisi tartışılmaktadır.

Hemşirelerin yarısından fazlası (%59.3) 23-27 yaş arasındadır (Tablo 1). Gülen’in (2003) yaptığı bir çalışmada da hemşirelerin %32.7’sinin 23-26 yaş arasında olduğu belirtilmiştir. Görülüyor ki hemşireler yaş ortalaması bakımından genç bir gruptan oluşmaktadır. Yaş, hemşirelerin rol ve işlevlerini uygulama düzeylerini ($\bar{x}=272,80$), etkilememektedir ($p>0,05$, Tablo 3).

Hemşirelerin %64.2’si bekindir ve %28,4’ü meslekte 4-6 yıldır, %40,7’si çocuk kliniğinde 1-3 yıldır çalışmaktadır (Tablo 1). Hemşirelerin genç

meslek lisesi %40, Ön lisans %20) mezunu olduğu görülmektedir (Tablo 1). Ülkemizde hemşirelik eğitimi liseden sonra üniversiteye temellendirilmiş olmasına karşın, çocuk kliniklerinde çalışan hemşirelerin daha çok lise ve ön lisans mezunu olmaları, üniversite mezunu hemşirelerin yeterince istihdam edilmediğini göstermektedir. Oysa, Dünya Sağlık Örgütü Genel Kurulu’nda (1977), Viyana Bildirgesi’nde (1988) ve Münih Deklarasyonu’nda (2000) hemşirelerin üniversite düzeyinde eğitim almalarının gerekliliği vurgulanmaktadır. Yine, Puetz ve ark. (1988) hemşirelerin rol ve işlevlerini yerine getirmede üniversite düzeyinde eğitimin gerekliliğini vurgulamaktadırlar.

Bulgularımıza göre, hemşirelerin en üst düzeyde uyguladıkları roller sırasıyla; “bakım verici ve sağlığı koruyucu”, “rahatlatıcı”, “eğitici ve araştırmacı”, “yönetici ve koordine edici”, “savunucu ve karar alıcı”, “iletişimci ve işbirliği sağlayıcı”, “rehabilite edici ve danışmanlık” rolleridir (Tablo 2). Toplumun değişen gereksinimlerine paralel olarak, hemşireliğin kapsamı ve sınırları değişse de, evrensel ve değişmez işlevlerinden olan bakım verici rolünün bizim çalışmamızda da değişmediği bir kez daha görülmektedir. Erdem’in (1996) bir çalışmada da bizim sonuçlarımızı destekler biçimde hemşirelerin

öncelikle bakım verici rollerini yerine getirdikleri görülmektedir.

Araştırmada, hemşirelerin eğitim düzeylerinin, rol ve işlevlerini yerine getirme düzeylerini etkilediği gözlenmiştir. Hemşirelerin eğitim durumu yükseldikçe rol ve işlevlerini yerine getirme düzeyleri artmaktadır (Tablo 4). Eğitim düzeyinin yükselmesi, mesleki bilincin oluşmasında, bilgi ve becerilerin kazanılmasında etkili olmaktadır. Cowan ve ark. (2005) tarafından yapılan bir çalışmada da eğitim düzeyi ile uygulama düzeyi arasında doğru orantı olduğu belirtilmiştir. Çalışmamızda da eğitim düzeyinin yükselmesiyle uygulamanın olumlu yönde etkilendiği görülmektedir. Örneğin hemşirelik ve sağlık yüksekokulu mezunu hemşireler hasta ve ailesinin eğitimine diğer hemşirelerden daha fazla yer vermektedirler. Bu da bize, soyut ve zihinsel süreçlerle ilgili işlevlerin ancak üniversite eğitimi ile kazandırılabilirliğini göstermektedir. Üniversite eğitimi; sağlıklı veya hasta bireylerin gereksinimlerini temel alan bakımın bir bütün olarak ele alınması vurgulanmaktadır. Hemşirelerin önemli rollerinden olan eğitimci rolünü yerine getirerek, hastanın doğal hakkı olan bilgilendirilme hakkı ve gereksinimi de karşılanmış olmaktadır. Erdem'in (1996) çalışmasında da hemşirelik yüksekokulu mezunlarının, eğitim verici rollerine daha fazla yer verdikleri belirlenmiştir.

Çalışmamızda hemşirelerin yarısından fazlasının bekâr (%64.2) olduğu ve hemşirelerin medeni durumlarının rol ve işlevlerini uygulama düzeylerinde etkili olduğu görülmüştür (Tablo 5). Yine bekâr hemşirelerin, evli olanlara göre "bakım verici ve sağlığı koruyucu", "eğitici ve araştırmacı" ve "rehabilitasyon edici" rollerini daha fazla yerine getirdikleri görülmüştür (Tablo 6). Bu durum, bekâr hemşirelerin ev sorumluluklarının görece az olması ve enerjilerini işlerine daha fazla vermeleriyle açıklanabilir.

Çalıştıkları kuruma göre hemşirelerin rol ve işlevlerini uygulama düzeylerinin farklı olduğu görülmüştür. Üniversite hastanelerinde çalışan hemşirelerin, diğer hemşirelere göre rol ve işlevlerini uygulama düzeyleri daha yüksek bulunmuştur (Tablo 7). Bu beklenen bir sonuçtur. Çünkü üniversitelerin temel amacı araştırma yapmak, yenilikleri izlemek ve uygulamaya koyarak hizmet alanların en iyi biçimde yararlanmasını sağlamaktır. Üniversite hastanelerinin;

tıp, hemşirelik ve diğer bölüm öğrencilerinin eğitim alanı olması nedeniyle de, burada çalışan hemşirelerin rol ve işlevlerini daha üst düzeyde yerine getirmeleri beklenmektedir.

Hemşirelerin yaklaşık üçte birinin (%28,4) meslekte çalışma süresi 4-6 yıl iken, yaklaşık yarısının (%40,7) çocuk kliniğinde 1-3 yıldan beri çalıştığı belirlenmiştir (Tablo 1). Bu sonuçlar, hemşirelerin genç bir grup olmasının yanı sıra, çocuk kliniklerinde çalışma sürelerinin de kısa olduğunu göstermektedir. Bu durum, büyük olasılıkla hastanelerin çalışma düzeninden kaynaklanmaktadır.

İstatistiksel olarak anlamlı bulunmasa da, meslekte çalışma süresi bir yıldan az olan hemşirelerin rol ve işlevlerini uygulama düzeyleri biraz daha yüksek görülmektedir (Tablo 8). Bu sonuç, yeni mezun hemşirelerin bilgi ve becerilerinin daha taze oluşu, mesleğin başında olmaları nedeniyle istekli ve motive oluşları ve bekâr oluşlarıyla açıklanabilir. Öztürk'ün (1995) çalışmasında da yeni mezun hemşirelerin motivasyon ve performans düzeylerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Sonuç olarak; hemşirelerin bakım verici ve sağlığı koruyucu rollerini en üst düzeyde, danışmanlık rollerini ise en alt düzeyde yerine getirdikleri görülmektedir. Lisans mezunu, bekâr ve üniversite hastanelerinde çalışan hemşirelerin; rol ve işlevlerini, diğer hemşirelere göre daha yüksek düzeyde yerine getirdikleri görülmektedir.

Bu sonuçlar doğrultusunda öneriler;

Araştırma kapsamında hemşirelerin danışmanlık rol ve işlevlerine en az düzeyde yer verdikleri belirlenmiştir. Bu bağlamda, hemşirelerin temel ve hizmet içi eğitimlerinde, danışmanlık rollerine daha fazla yer verilmesi ve bu alanda daha donanımlı olmalarının sağlanması önerilebilir.

Bu çalışma sonuçları; araştırmanın yapıldığı dört hastane ile sınırlı olduğundan, benzer çalışmaların diğer hastanelerin çocuk kliniklerinde çalışan hemşirelerle de yapılarak elde edilen bulguların karşılaştırılması önerilebilir.

Bu araştırmada lisans mezunu hemşirelerin, rol ve işlevlerini diğer hemşirelere göre daha üst düzeyde yerine getirdikleri görülmüştür. Bu nedenle, çocuk kliniklerinde özellikle lisans mezunu hemşirelerin

daha fazla istihdam edilmesi önerilebilir. Ayrıca, diğer gelişmiş mesleklerde olduğu gibi, lisansüstü “Çocuk Hemşireliği” eğitimine daha fazla yer verilmesi ve uzman hemşirelerin kliniklerde karar verici pozisyonlarda görev almaları için hastane yönetimlerince gerekli düzenlemelerin yapılması önerilebilir.

Hemşirelerin rol ve işlevlerini daha etkili ve yararlı biçimde yerine getirdikleri takdirde bunun toplumun sağlığına getireceği katkısı düşünüldüğünde, hemşirelerin birinci basamak sağlık hizmetlerinde daha fazla istihdam edilmeleri önerilebilir.

Yasal güvencelerin bakımın kalitesini artıracak etkenlerden biri olduğu düşünülürse, hemşirelerin yetki ve sorumluluklarının yasalarla da güçlendirilmesi önerilebilir.

Hemşireler mesleki yayın izleme yönünde motive edilmeli ve maddi koşulları mesleğini geliştirme yönündeki çalışmalarını kolaylaştıracak düzeye getirilmelidir. Özellikle hastane yönetimleri, hizmet-içi eğitim, sertifika programları ve süreli-süresiz yayınları sağlayarak hemşirelerin bilgi ve becerilerini güncel tutmalarını sağlayabilirler.

Okul ve hastane yönetimleri akademisyen ve klinisyenlerin daha fazla birlikte olmalarını sağlayacak koşulları oluşturarak, ortak bilimsel çalışmaların yapılması ve mesleğin gelişmesine katkı verecek etkileşimlerin sağlanması önerilebilir.

Bu araştırmada sadece belirli hastanelerin çocuk kliniklerinde çalışan hemşirelerin rol ve işlevleri ve uygulama düzeyleri belirlenmeye çalışılmıştır. Ancak, çocuk kliniklerinde çalışan hemşirelerin çok azının bu alanda uzmanlık eğitimi aldığı göz önüne alındığında; hemşirelerin çocuk hemşireliği kavramlarını nasıl algılayıp değerlendirdiklerinin derinlemesine incelenmesi ve ortaya konulması önerilebilir.

KAYNAKLAR

Avrupa Hemşirelik Viyana Bildirgesi (1998) www.un.org.tr/who/HEMSKONF.HTM (Erişim tarihi:02.05.2005)

Bayraktar, N. (1999) 2000’li Yıllara Doğru Hemşirelik. Sağlık ve Toplum Dergisi. 9(4);44- 47.

Bowden, V., Greenberg, C. (2003) Pediatric Nursing Procedures.1st. Ed.,Newyork: Williams &

Wilkins, 5-14.

Cimete, G. (1997) Hemşirelik Sanatı. Hemşire Dergisi.17(1);3-5.

Cimete, G., Aksayan, S. (2000) Nursing Education and Practice in Turkey. Journal of Nursing Scholarship.32(2);211-216.

Cowan, D.T., Norman. I., Coopamah, V.P. (2005) Competence in Nursing Practice: Controversial Concept. Nurse Education Today. 16:p38

Çavuşoğlu, H. (2004) Çocuk Sağlığı Hemşireliği, Genişletilmiş 8. baskı. Sistem Ofset Basımevi, Ankara. Cilt 1-2.

Erdem, Y. (1996) Türk Hemşireliğinde Yüksek Öğrenimin 40.yılı Sempozyumu. İzmir.

Erdemir, F. (1998) Hemşirenin Rol ve İşlevleri ve Hemşirelik Eğitiminin Felsefesi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2(1);59-63.

Erdemir, F., Pınar, G. (2004) Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Dersi Uygulamasındaki Deneyimlerin Çocuk Hemşireliğinin Çağdaş Rol ve İşlevlerine uygunluğu. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi.7(2);66–75.

Erdoğan, S. (1998) 2000’lere Doğru Hemşirelik. Hemşirelik Forumu.1(2);88-90.

Gülen, S. (2003) Hemşirelerin Görev, Yetki, Sorumlulukları ve Görevleri Dışında Zorunlu Olarak Yaptıkları İşlerin İncelenmesi.2. Uluslararası 9. Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildirileri. İzmir.

The ICN Definition of Nursing (2001)Erişim: www.icn.ch/definition.htm (Erişim tarihi:05.10.2004)

Kaplan, M., Lerner, C., Bernard, A. (2000) New Roles for Developmental Specialist in Pediatric Primary Care. Journal of Clinical Nursing. 17(6);17-23.

McCash, K.E. (2000) Medical-Surgical Nursing.2nd Ed.USA:Mosby

Münih Deklarasyonu (2000)Hemşireler ve Ebeler: Sağlık İçin Bir Güç www.un.org.tr/who/MUNIH/HTM (Erişim tarihi:20.05.2005)

Öztürk, H. (2002) Hemşirelerin Motivasyon Düzeyleri ve Performans Düzeyleri. Doktora Tezi.

İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
İstanbul.

Pillitteri, A. (1999) Child Health Nursing. Care Of The Child And Family, Philadelphia: Lippincot.

Potter&Perry. (1999) Fundamentals of Nursing Concepts, Process And Practice, 3th Ed., St. Louis: Mosby.

Puetz, B.E., Dejanovich, J., Strauss, M.B., Tobin, H.M. (1988) Roles and Responsibilities of Continuing Education Providers. The Journal of Continuing Education in Nursing. 19(5);227-232.

Rudolph, A. (2002) Rudolph's Pediatrics. 21 st edition, USA:Mc Graw Hill Companies.

WHO Genel Kurul Toplantısı
www.trakya.edu.tr/Haberler/2005/hemsirelik_hft_etk
(Erişim tarihi:05.06.2005)

Wong, D.L. (1999) Nursing Care of Infant and Children. 5th Ed., Toronto: Mosby.

Yam, B., Rossiter, J. (2000) Caring in Nursing: Perceptions of Hong Kong Nurses. Journal of Clinical Nursing. 9.293-302.

Yiğit, R. (1997) Hastaneye Yatmanın Çocuk ve Aile Üzerine Etkileri. Türk Hemşireler Dergisi.17(1);21-28.

Yiğit, R. (1994) Hemşirelik. Türk Hemşireler Dergisi.44(2);9-11.

Yiğit, R. (1996) Klinik Sorumlu Hemşirelerin Liderlik Davranışları. Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

EK 1. Çocuk Hemşirelerinin Rol Ve İşlevlerini Uygulama Ölçeği

	Her zaman yapıyorum	Yapıyorum	Kararsızım	Yapmıyorum	Hiçbir zaman yapmıyorum
1. Çocuğun büyüme ve gelişme değerlerini saptarım.					
2. Ebeveynlerden çocuklarına; kardeşleri, ev, okul ve arkadaşları ile ilgili olumlu haberler vermelerini isterim.					
3. İşlem sırasında odaya yabancıların girmesini engellerim					
4. Ebeveynlerin, çocuğun hastalığı hakkında duygu, düşünce, deneyim ve beklentilerini anlatmalarını sağlarım.					
5. Çocuğu, bakıma (karar alma, planlama ve uygulama) katarım.					
6. Ebeveynleri çocuğun bakımına katarım.					
7. Bakımın sürekliliğini sağlarım.					
8. Aile merkezli bakım uygularım.					
9. Çocuğun anlattıklarını dinlerim ve yaptıklarını gözlemlerim.					
10. Çocuğun, hastalığa ve hastaneye yatmaya verdiği tepkileri anlayabilirim.					
11. Çocukların iyilik durumlarını yükseltmeye yönelik mesleki ve sivil toplum örgütlerine katılırım.					
12. Hastalığın etkisini gözlemlediğim durumlara müdahalede bulunur, tüm sonuçlarını kayıt ederim.					
13. Çocuğun sağlık durumu, yapılacak işlemler ve sonuçları hakkında ebeveynlere bilgi veririm.					
14. Çocuk ve ailesine hakları ve seçimleri konusunda bilgi veririm.					
15. Çocuk ve ailesinin yasal haklarını korurum ve gerektiğinde haklarını aramalarına yardım ederim.					
16. Çocuğun mahremiyetine ve gizliliğine saygı gösteririm.					
17. Çocuğun, duygularını dikkate alarak, bireysel tercihlerini, korkularını ve hoşlanmadıklarını ifade etmesini sağlarım.					
18. Çocuk ve ailesinin kişisel, kültürel ve dini inançlarına saygı gösteririm.					
19. Çocuğun bilişsel, duygusal ve psikomotor olarak öğrenmesini sağlarım.					
20. Çocuğu ve ailesini hastaneye hazırlayıcı eğitim programları düzenlerim.					
21. Çocuk ve ailesine sağlık bakımı ile ilgili kavramları açıklarım.					
22. Çocuk ve ebeveynlerinin anlama durumunu gözden geçiririm.					
23. Çocuk ve ailesine gereksinim duyduğu eğitimi veririm.					
24. Çocuk ve ailesine öğretilecek konuyu materyallerle anlatırım.					
25. Öğrenmeyi desteklerim.					
26. Çocuğu ve ebeveynlerini öğrenmeye ya da öğrendiklerini uygulamaya yönlendiririm.					
27. Öğrenmede çocuğun gelişim düzeyini değerlendiririm.					
28. Yeni bilgileri klinikteki meslektaşlarım ve diğer ekip üyeleriyle paylaşıyorum.					
29. Bilimsel çalışmalarını izlerim.					
30. Çocuk ve ailesine kendimi tanıtırım.					
31. Çocuk ve ailesine kliniği tanıtırım.					
32. Diğer ünitelerden kliniğe gelen ya da yeni yatan çocuğun kliniğe kabulünü ve uyumunu sağlarım.					
33. Ekibin davranış ve tutumlarını olumlu yönde etkilerim.					

	Her zaman yapıyorum	Yapıyorum	Kararsızım	Yapmıyorum	Hiçbir zaman yapmıyorum
34. Bilgi ve deneyimlerimi ekip üyeleriyle paylaşıyorum.					
35. Yerel ve ulusal hemşirelik organizasyonlarına katılıyorum.					
36. Kendimi geliştirmek amacıyla çeşitli kurs, kongre ve seminer gibi bilimsel aktivitelere katılıyorum.					
37. Hizmet içi eğitim programlarına öneriler getiririm.					
38. Malzemeleri gereksiz kullanmam ve kullanımını önlerim.					
39. Çocuğun okuluna yeniden devam edebilmesi için onu motive ederim.					
40. Aile ile sürekli iletişimde bulunurum.					
41. Hastalık hakkındaki yeni gelişmelerden aileyi haberdar ederim.					
42. Çocuğun rehabilitasyon sürecini değerlendiririm.					
43. Çocuğun beyaz gömlek korkusunu yenmesi için var olan objeleri (steteskop, kalem veya klinikte kullanılan araç-gereçlerin oyuncak maketleri v.b) kullanarak yakınlaşmasını sağlarım.					
44. Çocuk ve ailesine güvende olduklarını söylerim.					
45. Çocuğa verilen bakımın özelliği ya da bakımın değerlendirilmesinde uygun yaklaşıma, çocuk ve ailesi ile birlikte karar veririm.					
46. Korkutucu objeleri bebeğin ya da çocuğun görme alanından uzak tutarım.					
47. Ağrılı işlemleri bebeğin ya da çocuğun yatağında değil, ayrı bir odada yaparım.					
48. Çocuğa işlem sırasında kullanılacak malzemelerin fonksiyon ve mekanizmalarını somut kavramlarla açıklarım.					
49. İşlem sırasında çocuğun dikkatini başka yöne çekerim.					
50. İşlem sırasında duygusal uyaranlar (okşama, konuşma v.b) kullanırım.					
51. İşlemden sonra duygusal uyaranlar (okşama, konuşma v.b) kullanırım.					
52. Çocuğun kendisini evindeymiş gibi hissetmesini sağlarım (ona ait bir oyuncacı, eşyayı, ailesine ait fotoğrafı ya da kendi yapmış olduğu bir resmi bulundurmasına izin veririm).					
53. Ebeveynleri bebeklerine dokunmaları için cesaretlendiririm.					
54. Çocuğun gelişim dönem özelliğini dikkate alarak iletişim kurarım.					
55. Taburcu olduktan sonra çocuk ve ailesi ile iletişimi sürdürürüm.					
56. Çocuk ve ailesinin, sağlığı koruma, geliştirme veya hastalığın etkileri ile baş edebilmeleri için sağlanabilecek kaynakları tanımalarına ve kullanmalarına yardım ederim.					
57. Aileyi sağlık hizmetlerinden haberdar ederim.					
58. Sorunların çözümü için ailenin görüş ve düşüncelerini paylaşıyorum.					
59. Aileye her zaman danışabilecekleri birisi olduğu güvenini veririm.					
60. Çocuk ve ailesine sosyal destek olanaklarının tanıtılması ve bu kaynakların kullanılması için gerekli girişimlerde bulunurum.					
61. Çocuğun hastalığa verdiği tepkileri meslektaşlarım ve ekibin diğer üyeleriyle paylaşıyorum.					
62. Çocuğa verilen bakımın özelliği ya da bakımın değerlendirilmesinde uygun yaklaşıma, ekip üyeleri ile birlikte karar veririm.					
63. Alınan kararları çocuk ve ailesi ile paylaşıyorum.					