

**T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

(YÜKSEK LİSANS TEZİ)

**PEDİATRİK ONKOLOJİ HASTALARINA PERİFERİK DAMAR YOLU AÇILIRKEN
TERAPÖTİK OYUN İLE VERİLEN EĞİTİMİN ANKSİYETE DÜZEYİNE ETKİSİ**

EDA ORHAN

**DANIŞMAN
PROF. DR. SUZAN YILDIZ**

**ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI**

**ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
PROGRAMI**

İSTANBUL-2014

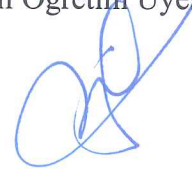
TEZ ONAYI

İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programında Eda Orhan tarafından hazırlanan "Pediatrik Onkoloji Hastalarına Periferik Damar Yolu Açılırken Terapötik Oyun İle Verilen Eğitimin Anksiyete Düzeyine Etkisi" başlıklı Yüksek Lisans tezi, yapılan tez sınavında Jürimiz tarafından başarılı bulunarak kabul edilmiştir.

30 / 04 / 2014

Tez Sınav Jürisi

Ünvanı Adı Soyadı (Üniversitesi, Fakültesi, Anabilim Dalı) İmzası
1.Prof.Dr.Suzan Yıldız (Danışman) İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi /
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi



2.Prof.Dr. Hatice Pek İstanbul Gelişim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksekokulu / Hemşirelik
Bölümü Öğretim Üyesi



3.Yard.Doç.Dr. Duygu Gözen İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi / Çocuk
Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi



4.Yard.Doç.Dr. Serap Balcı İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi / Çocuk Sağlığı ve
Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi



5.Yard.Doç.Dr. Ayşe Karakoç Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi / Ebelik Bölümü
Öğretim Üyesi



BEYAN

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



EDA ORHAN

İTHAF

Tezimi geleceğimizin ışığı çocuklarımıza ithaf ediyorum.

TEŞEKKÜR

Araştırmanın her aşamasında bana titizlikle destek olup, görüş ve değerlendirmelerini esirgemeyen tez danışmanım Sayın Prof. Dr. Suzan Yıldız başta olmak üzere, ders hocalarım Yard. Doç. Dr. Duygu Gözen ve Yard. Doç. Dr. Serap Balcı'ya teşekkür ederim.

Araştırma sürecinde ilgi ve desteğinden dolayı Sayın Prof. Dr. Rejin Kebudi'ye ve istatistiksel analiz sürecindeki yardımlarından dolayı Prof. Dr. Ahmet Dirican'a ayrıca teşekkür ederim.

Araştırma verilerinin toplanması sürecinde desteğini esirgemeyen Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk Hematoloji-Onkoloji Servisi'nde çalışan sevgili meslektaşım ve arkadaşım Zeynep Şeyma Sürel'e teşekkürü borç bilirim.

Bu süreçte ve hayatımın her anında yanımda olan aileme ayrıca teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI.....	ii
BEYAN.....	iii
İTHAF.....	iv
TEŞEKKÜR.....	v
İÇİNDEKİLER.....	vi
TABLolar LİSTESİ.....	viii
ŞEKİLLER VE SEMBOLLER/KISALTMALAR LİSTESİ.....	ix
ÖZET.....	x
ABSTRACT.....	xi
1.GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2.GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Kanser Kavramı ve Çocuk.....	4
2.1.1. Kanser ve Tanımı.....	4
2.1.2. Kanserin Çocuklarda Görülme Oranı.....	4
2.1.3. Çocuklarda Görülen Kanser Çeşitleri.....	5
2.1.4. Pediatrik Kanserde Tedavi.....	7
2.1.5. Kanser Tedavisinin Çocuk Hastalarda Yarattığı Fiziksel Yan Etkiler ve Hemşirelik Bakımı.....	8
2.2. Okul Dönemi Çocuğunun Genel Özellikleri.....	12
2.3. Hastane Ortamı ve Tıbbi Girişimlerin Okul Çocukları Üzerindeki Etkileri.....	13
2.4. Okul Çağı Çocuğunun Tıbbi Girişimlere Hazırlanmasının Önemi.....	15
2.5. Okul Dönemi Çocuğu ve Terapötik Oyun.....	18
2.5.1. Oyunun Tanımı.....	18
2.5.2. Oyun Kuramları.....	19
2.5.3. Okul Dönemi Çocuğunda Oyun Kavramı.....	20
2.5.4. Terapötik Oyun Kavramı.....	20

3.GEREÇ VE YÖNTEM.....	24
3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi.....	24
3.2. Araştırmanın Hipotezleri.....	24
3.3. Araştırmanın Değişkenleri.....	24
3.4. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	24
3.5. Araştırmanın Evren ve Örneklemi.....	25
3.6. Veri Toplama Araçları.....	26
3.7. Verilerin Toplanması.....	27
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi.....	29
3.9. Araştırmanın Etik ve Yasal Yönleri.....	29
3.10. Araştırmanın Güçlü ve Zayıf Yönleri.....	29
3.11. Araştırmanın Yürütülmesi Sırasında Karşılaşılan Zorluklar.....	30
4.BULGULAR.....	31
5.TARTIŞMA.....	44
KAYNAKLAR.....	53
FORMLAR.....	60
VERİ TOPLAMA SÜRECİNDE ÇEKİLEN FOTOĞRAFLAR.....	71
ETİK KURUL KARARI.....	72
İZİNLER.....	74
ÖZGEÇMİŞ.....	81

TABLÖLAR LİSTESİ

- Tablo 4-1: Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Dağılım ve Karşılaştırma
- Tablo 4-2: Tanılara Göre Dağılım ve Karşılaştırma
- Tablo 4-3: Ameliyat Olma Durumu ve Fiziksel Engel Varlığına Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması
- Tablo 4-4: Tedavi, Tetkik ve Hastaneye Yatış Sürecine Yönelik Özelliklerin Dağılım ve Karşılaştırılması
- Tablo 4-5: Durumluk-Süreklilik Kaygı Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması
- Tablo 4-6: Yaşa Göre Kaygı Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması
- Tablo 4-7: Cinsiyete Göre Kaygı Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması
- Tablo 4-8: Kardeş Sayısına Göre Kaygı Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması
- Tablo 4-9: Tanılarına Göre Kaygı Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması
- Tablo 4-10: Tanı Süresine Göre Kaygı Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması
- Tablo 4-11: Tanıyı Bilme Durumuna Göre Kaygı Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması
- Tablo 4-12: Ameliyat Olup-Olmama Durumuna Göre Kaygı Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması
- Tablo 4-13: Fiziksel Engel Durumuna Göre Kaygı Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması
- Tablo 4-14: Kemoterapi Kür Sayısına Göre Kaygı Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması
- Tablo 4-15: Radyoterapi Alıp-Almama Durumuna Göre Kaygı Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması
- Tablo 4-16: Aylık Uygulanan Laboratuvar Test Sayısına Göre Kaygı Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması
- Tablo 4-17: Aylık Hastaneye Yatış Sayısına Göre Kaygı Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 3-1. Araştırma Akış Şeması

SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

BUN: Blood Urea Nitrogen (Kan Üre Nitrojen)

AAP: American Academy Of Pediatrics (Amerikan Pediatri Akademisi)

APS: American Pain Society (Amerikan Ağrı Topluluğu)

ASPMN: American Society of Pain Management Nursing (Amerikan Ağrı Yönetimi Hemşireliği Topluluğu)

TPOG: Türk Pediatrik Onkoloji Grubu

TPHD: Türk Pediatrik Hematoloji Derneği

ÇDSKE: Çocuklar İçin Durumluk-Süreklilik Kaygı Envanteri

SPSS: Statistical Package for the Social Science

ÖZET

Orhan, E. (2014). Pediatrik Onkoloji Hastalarına Periferik Damar Yolu Açılırken Terapötik Oyun İle Verilen Eğitimin Anksiyete Düzeyine Etkisi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

Araştırma, pediatrik onkoloji hastalarında periferik damar yolu açılırken oluşan anksiyeteyi azaltmada, girişim öncesi terapötik oyun yöntemi ile verilen eğitimin etkisini belirlemek amacıyla randomize kontrollü olarak gerçekleştirildi.

Evreni 2012 Eylül- 2013 Mart tarihleri arasında İstanbul ve Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk Hematoloji-Onkoloji Servisleri ile Amerikan Hastanesi Pediatri Servisi'nde tedavi gören çocuklar, örneklemi çalışma kriterlerine uyan ve çalışmayı kabul eden 40 çocuk hasta oluşturdu. Örneklem grubu (kontrol=20, deney=20) randomize olarak belirlendi. Deney grubundakilere girişim öncesi oyuncak Chemo-Duck kullanılarak uygulanan terapötik oyun yöntemi ile damar yolu açma işlemi anlatıldı. Veriler Çocuk Bilgi Formu ve ÇDSKE ile elde edildi. Veriler Ki-kare, Fisher kesin olasılık testi, iki grup kıyaslamasında t testi ile değerlendirildi.

Araştırma sonucunda grupların süreklilik kaygı puan ortalamalarının benzer olduğu ($p > 0,05$), durumluk kaygı puan ortalamalarının deney grubunda kontrol grubuna göre düşük olduğu, farkın istatistiksel yönden anlamlı olduğu bulundu ($p < 0,001$). Yaş, cinsiyet, okuma/yazma durumu, kardeş sayısı, sağlık güvencesi, tanı, tanının süresi, tanıyı bilme/bilmeme, ameliyat olup/olmama, fiziksel engel varlığı/yokluğu, tedavi türü ve sıklığı, aylık uygulanan test/hastaneye yatış sayısı değişkenlerinin çocukların süreklilik kaygı düzeyini etkilemediği, ancak işlem öncesi uygulanan terapötik oyun ile verilen eğitimin durumluk kaygı düzeyini düşürdüğü bulundu.

Periferik damar yolu açma girişimi sırasında terapötik oyun yöntemi ile eğitim verilebilir ve bu yöntem sağlık kuruluşlarında kullanılabilir.

Anahtar Kelimeler: terapötik oyun, eğitim, anksiyete, periferik damar yolu açma, çocuk

ABSTRACT

Orhan, E. (2004). Effects of Pre-Intervention Training with Therapeutic Play on Anxiety of Pediatric Oncology Patients During Peripheral Catheterization. Istanbul University Institute of Health Sciences, Child Health and Disease Nursing Programme. Master Thesis. Istanbul.

The research is a randomized controlled study aims identify the effects of information with therapeutic play on minimization of pediatric oncology patients' anxiety before peripheral catheterization.

The sample of the study consists of 40 pediatric oncology patients received treatment between September 2012 and March 2013 in Istanbul and Cerrahpasa Faculties of Medicine Pediatric Hematology-Oncology Services, American Hospital Pediatric Service. The groups are determined with randomization (experimental: 20, control: 20). In experimental group, children were trained with therapeutic play using the toy Chemo-Duck before intervention. Datas are collected with the child information form and the STAI for Children. Chi-square and Fisher's exact test, t-test for comparing the two groups are used for statistical analyze.

In the conclusion of the study, the trait anxiety mean scores are statistically similar in both groups ($p > 0,05$). The state anxiety mean score in the experimental group was lower than the control group, the difference was statistically significant between two groups ($p < 0,001$).

Anxiety levels has not been affected by age, gender, reading/writing, siblings, health insurance, diagnosis, surgery, physical barriers, treatment type/frequency, number of monthly tests/hospitalizations. Pre-intervention training with therapeutic play was found reducing the level of state anxiety.

Pre-intervention training with therapeutic play can be used in health care organizations.

Keywords: therapeutic play, education, anxiety, peripheral catheterization, child

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Çocukluk çağı kronik hastalıklarında yaşam kalitesi giderek artmakta ve yaşam süresi uzamaktadır. Ancak, kanser gibi kronik hastalıklar, çocukta fiziksel zorlanmalara yol açarken, ekonomik ve ruhsal açıdan ailenin tüm bireylerini etkileyebilmekte; anksiyeteye, ciddi uyum sorunlarına ve ruhsal bozukluklara neden olabilmektedir (Toros ve Tot 2002; Erdoğan ve Karaman 2008; Enskär ve Essen 2008).

Kanser artık hızla ilerleyen prognozu kötü bir hastalıktan çok aralıklı akut tekrarlamaları olan ve tedavinin sonlanmasından sonra da izlenmeyi gerektiren uzun süreli kronik bir hastalık olarak tanımlanmaktadır. Kanser tanısı almış çocuklar için en kötü durum, maruz kaldıkları, sürekli tekrarlayan, ağrıya/acıya neden olan tedavi işlemleridir. Lomber ponksiyon ve kemik iliği transplantasyonu sedasyon ya da genel anestezi altında uygulanan en ağırlı işlemlerdir. Sık sık uygulanmakta olan intravenöz, subkutan, intramüsküler girişimler ve port kateteri takılması da hastanede yatan çocukta strese ve korkuya sebep olan etkenlerdir (Slifer ve ark. 2002; Breiner 2009).

Hemşire, uygulanacak herhangi bir tıbbi işlemin çocuk için travmatik olabileceği konusunda bilinçli olmalıdır. Özellikle okul dönemindeki çocuklar, vücut bölümleri, organları ve fonksiyonları hakkında fikir sahibi olduğundan, yapılacak medikal uygulamalar ve testlerin nedenlerini öğrenmek isteyebilir ve hastalıkları hakkında sorular sorabilirler. Bu nedenle tedavi prosedürleri konusunda hemşirenin çocuğu bilgilendirmesi, bunu yaparken çocuğun gelişimsel yaşına, baş etme yeterliliğine, önceki deneyimlerine göre uygun tekniği seçmesi önemlidir (James ve ark. 2002; LeRoy ve ark. 2003; Kuğuoğlu ve Tanır 2006; Ball ve ark. 2010).

Çocuğun hastane ortamına ve tedavi işlemlerine uyum sağlayabilmesi için hemşirenin uygulayabileceği stratejilerden biri oyun aracılığıyla eğitim vermektir. Oyun çocukluk döneminin önemli bir parçasıdır. Hastalık stresi ve hastane ortamı oyunun değerini arttırmaktadır. Florence Nightingale hemşirelik bakımında oyuncakların kullanımının önemine değinmiştir. Hastaneler oyun programlarını oldukça sınırlı tutmaktadır. Bu nedenle hemşireler, oyunun önemi ve faydaları konusunda kayıtlar tutmalıdır. Hastane ortamındaki normal gelişim çağındaki bir çocuk için oyun, sağlık bakımının öğrenimi, korku, endişelerin açıklanması, tedavi işlemlerinin anlaşılabilmesini sağlar (Haitat ve ark. 2003; Ball ve ark. 2010). Çocuklara hastanede oyun oynama imkanı vermek sadece gelişim devamlılığını sağlamaz, aynı zamanda çocuğun bu yabancı ve

korkutucu çevreye daha kolay uyum sağlamasına yardımcı olur. Çocuklar her zaman duygularını kelimelere dökemez, ancak deneyimleri, yaşantıları oyun haline getirebilirler. Oyun, hastane ortamındaki çocuğun yaşadıkları hakkında fikir sahibi olmak için önemli bir araçtır (Clark 2002).

Hemşireler, hastanede yatan çocuklar için oyunu bir bakım stratejisi olarak 3 alanda kullanabilirler: Günlük rutin uygulamalarda, çocuğu ameliyata hazırlarken ve çocuğu invaziv, ağrılı tedavi girişimlerine hazırlarken. Hemşire hastanede yatan çocuğun yaşadığı deneyimlere bağlı olarak gelişen anksiyeteyi azaltmaya çalışabilmeli ve çocuğu sonraki tedavi işlemleri sırasında oluşabilecek anksiyeteye karşı hazırlayabilmelidir (Maia ve ark. 2011). Bu amaçla kullanılabilecek en uygun araçlardan biri terapötik oyundur.

Terapötik oyun hastalık veya hastaneye yatmanın yol açtığı travmayı azaltan, çocuğun tedavi ya da işlemlere ilişkin duygularını ve yanlış anlamalarını değerlendiren, stres yaratan olaylardan önce, olay sırasında ve sonrasında çocuğun olumlu baş etme yöntemleri geliştirmesi için kullanılan bir oyun tekniğidir (Çavuşoğlu 2013). Batı ülkelerinde, çocukların hastane ortamındaki stresle başetmesini sağlayan terapötik oyun uygulamalarında artış vardır. LeVieux-Anglin ve Sawyer (1993), hastanede yatan çocuk için yapılandırılmış aktivitelerin çocuğun yaşına, gelişimsel durumuna, psikososyal iyilik haline göre düzenlenmesi gerektiğini ifade etmiştir. Vessley ve Mahon (1990), terapötik oyunun ana hedefi hastanedeki çocuğun fiziksel ve emosyonel iyilik haline katkıda bulunmak olduğunu belirtmiştir. Armstrong (2000), oyunun çocuklara sadece mutluluk değil, aynı zamanda medikal girişimlerin ve yabancı ortamda bulunmanın neden olduğu stres ile yüzleşme ve baş etme imkanı sağladığını ifade etmektedir (Li ve Lopez 2008).

Bir çok vaka çalışmasında terapötik oyunun hastanede yatan çocuk hastalara olan faydalarına değinilmiştir. 2001 yılında Riberio ve Sabates'in çalışmasında çocuk hastalardaki kan alma işlemi sırasında oluşan olumsuz duyguların azaltılmasında terapötik oyunun faydalarına değinilmiştir. O'Connor ve Drennan'ın 2003 yılındaki çalışmasında pediatrik onkoloji hastalarının psikososyal ihtiyaçları için ve 2004 yılında Pan ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada çocuk hastalar ve sağlık çalışanları arasındaki güven bağının oluşturulmasında terapötik oyunun önemi vurgulanmıştır (Li ve Lopez 2008).

Hastanede de olsa çocuğun dünyası oyundur. Hastanedeki çocuğun oyun oynayabilmesini sağlamak hemşirenin görevlerinden biridir. Özellikle pediatri hemşireleri oyunun önemi hakkında bilgi sahibi olmalı, araştırmalar yapmalı, hastanede

yatan çocuğun bakımında oyunu kullanabilmelidir. Bu süreç çocuğa verilen bakım kalitesini arttırmaya katkıda bulunacaktır (Haiat ve ark. 2003; Kuğuoğlu ve Tanır 2006).

Ülkemizde hasta çocuklara yönelik terapötik oyun ile verilen eğitime yönelik yapılmış çalışmalar azdır. Bu nedenle pediatrik hematoloji-onkoloji servislerinde tedavi görmekte olan 8-12 yaş aralığındaki çocuklarda periferik damar yolu takma girişimi sırasında gelişebilecek anksiyeteyi terapötik oyunla verilen eğitim ile azaltabilmek amacıyla bu çalışma planlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1.Kanser Kavramı ve Çocuk

2.1.1.Kanser ve Tanımı

İnsan vücudundaki trilyonlarca hücre, normal koşullarda ihtiyaca göre bölünerek çoğalır. Hücreler bir yandan apoptoz (travmatik hücre dışı lezyonlar ya da genetik faktörlerle aktive edilen ve hücrenin kendisi tarafından programlanmış bir mekanizma vasıtasıyla hücre ölümünü kontrol eden aktif bir işlem) ile yok olurken, diğer yandan büyüme faktörlerinin etkisiyle çoğalır. Çocuklarda bu süreç büyüme ve gelişme nedeniyle daha hızlı gerçekleşir. Büyüme faktörleri normalde DNA'daki çeşitli genlerin etkisiyle oluşan proteinlerdir. Bu genler, insan vücudunun herhangi bir tarafında hücrelerin kontrolsüz çoğalması ve anormal büyümesiyle kansere neden olan genleri (onkogen) oluşturur. İnsan vücudunun bir tarafında hücrelerin kontrolsüz çoğalmasıyla oluşan kanser ilk olarak bir organda oluşuktan sonra, uzak doku/ organlara metastaz yapar (Altunkaynak ve Özbek 2008; American Cancer Society 2013).

Çocukluk kanserlerinin erişkin kanserlerinden en önemli farkı, bireysel yaşam tarzı ya da çevresel risk faktörleri ile ilişkili olmamasıdır. Çocukluk kanserlerinin küçük bir yüzdesinde, ailesel ya da genetik faktörler neden olarak düşünülmekle birlikte tam olarak belirli bir neden gösterilememektedir (Dang-Tan ve Franco 2007; Buka 2009).

Çocukluk kanserlerinin erişkin kanserlerine göre, kemoterapiye daha iyi cevap verdiği bildirilmektedir. Çocukların vücutları, erişkinlerinkine göre, kemoterapiyle daha iyi baş edebilecek kapasitededir. Ancak kemoterapi, çocukta uzun dönemde yan etkiler yaratabilir. Bu nedenle iyileşen çocukların hayatları boyunca yakından takip edilmesi gerekir. Çocukluk kanserlerinin tedavi süreci, pediatri-onkoloji uzman doktorları, cerrahlar, radyasyon onkolojistleri, patoloğlar, pediatrik onkoloji hemşirelerinden oluşan uzman ekipler tarafından yönetilmelidir.

2.1.2. Kanserın Çocuklarda Görölme Oranı

Dünyanın birçok ülkesinde kronik hastalığı olan çocuk nüfusu giderek artmakta ve önemli bir sağlık sorunu oluşturmaktadır. Kronik hastalık gruplarından biri olan çocukluk çağı kanserleri, çocuklarda genellikle 15 yaş öncesinde ortaya çıkar. Nüfusun % 40-50'sini çocukların oluşturduğu gelişmekte olan ülkelerde çocukluk çağı kanserlerinin

oranı toplam kanserlerin % 3-10'unu oluştururken, gelişmiş ülkelerde bu oran % 1'den azdır. Dünyada her yıl 15 yaş altı çocuklarda 160.000 yeni kanser vakasının ortaya çıktığı, ülkemizde ise bu oranın 0-14 yaş grubunda 2500-3000 yeni kanser vakası olarak kaydedildiği görülmektedir (Taş ve Yılmaz 2008). Çocukluk yaş grubundaki kansere bağlı ölüm oranlarına bakıldığında; bu oranın 90.000 olduğu tahmin edilmektedir. Bu oran tüm popülasyon içinde çocuklarda genellikle kanserden ölümlerin %5.5'ini çocukluk çağı kanserlerinin oluşturduğunu göstermektedir. Gelişmiş ülkelerde 15 yaşından küçük çocuklarda, kazalardan sonra en yaygın ikinci ölüm nedeni olan kanser, ülkemizde dördüncü sırada yer almaktadır. Çocuklarda kanserden iyileşme oranı 1960'lı yıllarda % 25-30 iken, 2000'li yıllarda bu oran % 77-80'lere ulaşmıştır (Stiller 2004; Boyle ve Levin 2008; Hızel ve ark. 2008).

2.1.3. Çocuklarda Görülen Kanser Çeşitleri

Çocukluk kanser çeşitleri, erişkinlerde görülenlerden farklı olup kanser tanılarının % 50'lik oranını lösemi ve merkezi sinir sistemi tümörleri oluşturmaktadır. İlk 1 yaşta nöroblastom, retinoblastom ve Wilms tümörü daha yaygındır (Raab ve Gartner 2009). En yaygın çocukluk kanserleri:

Lösemi

Lösemi, en yaygın olan çocukluk kanser türüdür. Bağışıklığı baskılayıcı tedaviler alan ya da Down Sendromu olan çocuklarda lösemi gelişme riski daha fazladır (Ball ve Bindler 2003). Lösemi tanısı alan bir hastada kanın esas yapım yeri olan kemik iliği ve lökositlerde oluşan yapı değişikliği, blast denilen olgunlaşmamış kan hücrelerinde artışa neden olarak kemik iliğini, lenf bezlerini, dalağı, karaciğeri, beyin ve merkezi sinir sistemini tutar. Löseminin 2 çeşidi vardır: Akut Lenfoblastik Lösemi ve Akut Myeloid Lösemi. Akut Lenfoblastik Lösemi vakaların % 80'ini oluşturan en yaygın çocukluk malignitesidir ve 3-5 yaş aralığında görülme oranı daha fazladır. Akut lenfoblastik lösemi tanılı bir çocukta kanda eritrosit oranının düşmesinden dolayı anemi, yüksek ateş, yorgunluk; trombositopeniden dolayı kanama, çürük oluşumu ve kemik ağrısı; nötroopeniden dolayı enfeksiyon görülebilir. Muayene bulgularında, ateş, peteşi, solgunluk, kemiklerde hassasiyet, lenf nodlarında, karaciğer ve dalakta büyümeye rastlanır. Löseminin tedavisi yoğun kemoterapi ve radyoterapi kombinasyonudur. Tedavi olan hastaların %70'i iyileşme göstermektedir (Ball ve Bindler 2003; Gedaly-Duff ve ark. 2006; Arya 2007; Potts ve Mandleco 2007; Belson ve ark. 2007).

Beyin Tümörleri

Merkezi sinir sistemi ve beyin tümörleri, lösemiden sonra, en yaygın ikinci kanser çeşididir. Her yıl yaklaşık 15 yaş altı 1500 çocuk beyin tümörü tanısı almaktadır. Beyin tümörleri, çocuklarda genellikle beyinciğin altında oluşum göstererek beyincik, orta beyin ve beyin sapına yayılım yapar. Beyin tümörlerinde rastlanan başlıca klinik belirtiler, baş ağrısı, bulantı, kusma, baş dönmesi, duymada güçlük, yorgunluk, davranış değişiklikleri şeklinde açığa çıkabilir. Bu belirtiler tümörün çeşidi ve yayılım şekline göre değişkenlik gösterebilir (Ball ve Bindler 2003; Kline ve Sevier 2003; Potts ve Mandleco 2007).

Nöroblastom

Nöroblastom, pediatrik tümörlerin % 7- 10'unu oluşturur. Hastaların % 70'i metastaz sürecinde tanı aldığından 'Sessiz tümör' olarak da adlandırılır. Yenidoğan döneminden itibaren sık görülen nöroblastom, erken evrelerde ve bir yaşından küçüklerde iyi seyirli iken 1 yaşından büyük çocuklarda yüksek oranda metastatik evrededir ve mortalite nedenidir (Sevinir ve ark. 2013). Nöroblastomun tedavi süreci kemoterapi, cerrahi ve radyoterapinin yoğun kombinasyonundan oluşur (Ball ve Bindler 2003; Potts ve Mandleco 2007).

Wilms Tümörü

Wilms tümörü, çocukluk döneminde oluşan tümörlerin % 6-7'sini kapsayan, genellikle 2-5 yaş aralığında görülen bir tümör çeşididir. Tümör asemptomatik olarak abdomenin bir kısmına loblu bir şekilde lokalize olup böbrekleri de etkileyebilmektedir. En yaygın belirtisi abdominal şişkinlik ya da kitledir. Kemoterapi ve radyoterapi, bazen tümörün küçülmesini sağlamak için cerrahi operasyondan önce kullanılabilir (Ball ve Bindler 2003; Kline ve Sevier 2003; Potts ve Mandleco 2007).

Lenfoma

Lenfoma lenf sistemini etkileyen yaygın bir çocukluk kanseri türüdür. Hodgkin lenfoma ve Non-Hodgkin lenfoma olmak üzere 2 çeşidi vardır. Hodgkin lenfomanın ana belirtisi genellikle supraklavikular ve servikal nodlarda görülen lenfadenopati (www.epa.gov/ace, Ball ve Bindler 2003). Tedavi süreci radyoterapi ve kemoterapi kombinasyonudur. Non-Hodgkin Lenfoma çocukluk lenfomalarının % 60'lık oranını oluşturmaktadır ve Lenfoblastik lenfoma (% 30-40), Burkitt Lenfoma (% 40-50), Büyük hücreli lenfoma (% 15'den az) olmak üzere üçe ayrılır. Tedavi yoğun kemoterapiden

oluşur ve tedavi sonrasında çocukların % 50-75'inde iyileşme görülmektedir (Ball ve Bindler 2003; Kline ve Sevier 2003).

Rabdomiyosarkom

Rabdomiyosarkom 5 yaş altı çocuklarda yaygın olarak görülen yumuşak doku kanser türlerindendir. Göze yakın olan tümör bölgesinde şişkinlik, pitozis, görme problemleri ve göz hareketlerinde sorunlar görülür. Tedavi kemoterapi ile radyoterapinin kombinasyonundan oluşur ve gerekirse cerrahi operasyon uygulanabilir (Ball ve Bindler 2003; Kline ve Sevier 2003; Potts ve Mandleco 2007).

Retinoblastom

Retinoblastom genellikle 1-2 yaş aralığında görülen, göz içinde retinanın malignitesidir. Retinoblastomun en önemli belirtileri beyaz pupil ve kedigözü refleksidir (göz bebeğinin beyazımsı renk alması durumu). Diğer olası belirtiler şaşılık; orbital inflamasyon, glokom, heterokromidir (farklı renkli irisler). Tedavide tümörlü gözün cerrahi operasyonla tamamen çıkarılması gerekebilir. Cerrahi operasyon yanında kemoterapi ve radyoterapi de kullanılır (Ball ve Bindler 2003).

Kemik tümörleri

Kemik tümörlerinin en fazla görüldüğü dönem 15 - 19 yaş aralığıdır. En yaygın klinik bulguları, ekstremitelerde lokalize ağrı ve şişkinliktir. Tedavi süreci cerrahi operasyon ve kemoterapiyi kapsar. Cerrahi operasyonda eğer tümör sinirleri etkilememişse sadece tümörün olduğu kemik alınır ve yerine protez yerleştirilir. Aksi takdirde uzun amputasyonu gerekebilir (Kline ve Sevier 2003; Ball ve Bindler 2003).

2.1.4. Pediatrik Kanserde Tedavi

Çocukluk kanseri tedavileri, kanserin çeşidi ve evresine bağlıdır. Çocukların vücutları erişkinlerinkine göre kemoterapi ile daha iyi baş edebilecek kapasitededirler. Ancak yoğun kemoterapiler, çocukta kısa - uzun dönem yan etkiler yaratabilir. Tedavilerin yan etkilerini en az seviyede tutacak şekilde tedavinin yoğunluğunu dengelemek önemlidir.

Çocukluk kanserlerinin en az %70'lik oranı günümüzde iyileştirilebilir haldedir. Kanser tedavisinin 4 aşamalıdır: Kemoterapi, cerrahi tedavi, radyoterapi ve kemik iliği nakli. Kemoterapi kanser tedavisinin ana elemanıdır. Kemoterapinin yeterli olmadığı durumlarda cerrahi ve/veya radyoterapi devreye girer.

Kemoterapi vücuttaki sağlıklı ve kanser hücrelerinin ölümüne sebebiyet veren kompleks bir tedavidir. Kanserde ana tedavi olabilir ya da cerrahi ve/veya radyoterapiye yardımcı tedavi şeklinde kullanılabilir. Amacı en kısa zamanda en fazla kanserli hücrenin ölümünü sağlamaktır. Kemoterapi protokolleri kanserin çeşidine ve evresine bağlı olarak değişir (Ball ve Bindler 2003; Potts ve Mandleco 2007).

Radyoterapi 1900'lü yılların başlarında bulunmuş olup, kanserin lokal ve bölgesel tedavisinde, cerrahi operasyon ve kemoterapinin paralelinde kullanılır. Uygulandığı bölge çoğunlukla tümör bölgesidir. Amaç, tümör bölgesinin irritasyonu ve sağlıklı dokunun zarar görmemesini sağlamaktır. Dozları en fazla 2 ila 6 haftalık periyotlar arasında, haftada 4-5 gün, günde 1 kezdir. Hodgkin lenfoma, Wilms tümörü, retinoblastom ve rabdomyosarkom, radyoterapiye duyarlı kanser türleridir. Radyoterapinin yan etkileri bulantı-kusma, anoreksi, mukozal ülserasyon; diyare, yorgunluk, alopesi ve cilt reaksiyonlarıdır (Ball ve Bindler 2003; Potts ve Mandleco 2007).

Kemik iliği transplantasyonunun amacı, yüksek doz kemoterapi ve radyoterapi ile kanser hücrelerini yok ettikten sonra, kemik iliği nakli ile, vücudun yeni sağlıklı kök hücrelerin üretimini sağlamaktır. Tedavinin kullanıldığı hastalıklar lösemi, lenfoma, nöroblastom, testis kanseri, küçük hücreli akciğer kanseri, meme kanseri ve diğer duyarlı solid tümörlerdir (Ball ve Bindler 2003).

2.1.5. Kanser Tedavisinin Çocuk Hastalarda Yarattığı Fiziksel Yan Etkiler ve Hemşirelik Bakımı

Kanser semptomları ve tedavisinin yan etkilerinin yönetiminde hemşirelerin önemli görevleri vardır. Hastanın yaşam kalitesinin üst düzeyde tutulması, hemşirelerin liderliğinde, semptom ve tedavi etkilerinin detaylı analizi ve bakımın yönetimi ile gerçekleşir.

Hematopoetik Etkiler

Hematopoetik etkiler, myelosupresyon, anemi, trombositopeni, nötropeni, immünosupresyonu içermektedir. Trombositopeniye paralel olarak kanama riski artar. Trombosit oranı kanda $50.000/\text{mm}^3$ olduğunda kanama riski hafif, $20.000/\text{mm}^3$ 'ün altında olduğunda kanama riski yüksek düzeydedir. Trombositopeni belirtileri, hastanın cildinde peteşi, purpura ve kolay çürükler oluşmasıdır. Hemşireler trombositopenisi olan hastanın sakatlanma riskini azaltmalıdır. Hastada cilt bütünlüğü, ağız mukoz membran,

gastrointestinal sistem, üst solunum yolları, genitoüriner sistem bütünlüğünün korunması sağlanmalı ve intrakraniyal basınç artışı önlenmelidir (Ball ve Bindler 2003; Potts ve Mandleco 2007).

Nötropeni paralelinde oluşan enfeksiyon, hasta çocukta hızlı gelişen septik şoka ve ölüme sebep olabilir. Hemşireler nötropenisi olan çocukları enfeksiyondan korumak için gerekli universal önlemleri almada önemli rol oynar. İşlem öncesi/sonrası el yıkama, bu önlemlerin başında gelmektedir. Hastanın bulunduğu odayı koruyucu izolasyona almak, özellikle enfeksiyonu olan kişilerden uzak durmasını sağlamak, hastanın kan değerlerini sıkı şekilde takip etmek gereklidir (Ball ve Bindler 2003; Potts ve Mandleco 2007).

Gastrointestinal Etkiler

Mukozit, ağız içi yumuşak dokular ile oral ve özofajiyal mukozanın, kemoterapinin sitotoksik etkisine gösterdiği enflamatuvar yanıtı genel olarak verilen isimdir. Kemoterapi alan hastaların % 40'ında mukozit oluşmaktadır. Hemşireler kemoterapi alan çocuklarda günde en az 2 kez oral mukoza değerlendirmesi yapmalı; hastanın sıvı alımını desteklemeli, düzenli ağız bakımının uygulanmasını sağlamalı ve mukoz membranların en az düzeyde travmatize olmasını sağlamalıdır (Ball ve Bindler 2003; Potts ve Mandleco 2007).

Bulantı ve kusma oranı ağrıdan daha düşüktür. Ancak bulantı/kusma ile baş etmek, ağrıya göre daha güç olabilmektedir. Kohler ve Radford'un yaptığı bir çalışmaya göre kanserli çocukların %50'si konstipasyon, diyare ve anoreksiye maruz kalmaktadır (Cleve ve ark. 2012). Bu süreçte antiemetik tedavinin uygulanması, hidrasyonun sağlanması ve elektrolit dengesinin korunması çok önemlidir (Ball ve Bindler 2003; Potts ve Mandleco 2007).

Hepatik Etkiler

Kemoterapi ajanlarına uzun dönem maruz kalmak, karaciğerde toksik etkilerin açığa çıkmasına neden olabilmektedir. Hemşireler, bu süreçte kan değerlerini takip edip, anormal bulgularda doktoru uyarıcı rol oynamalıdır.

Renal Etkiler

Birçok kemoterapi ajanı belirgin renal toksisiteye sebep olur. Kanda bakılan BUN ve Kreatinin değerlerinin yükselmesi, renal toksisitenin önemli belirtileridir. İleri aşamasında böbrek fonksiyonlarında ciddi bozulmalar görülebilir. Bu süreçte hemşire hastanın kan değerlerini, gün içinde aldığı ve çıkardığı sıvı dengesini takip etmeli ve anormal bulgularda gerekli önlemlerin alınmasını sağlamalıdır (Ball ve Bindler 2003, Potts ve Mandleco 2007).

Cilde Olan Etkiler

Alopesi kemoterapinin paralelinde oluşan en yaygın yan etkidir. Alopesi kalıcı olmamakla beraber, hastanın saçları tedavi sürecinde tekrar çıkabilir. Alopesisi olan çocukların başları soğuktan ve güneş yanıklarından korunmalıdır. Hemşire saç kaybının ne zaman başlayacağını, bunun beklenen şiddet ve süresini hasta ve hasta yakınlarına bildirmelidir. Hastanın alopesi ile ilgili korkularını, endişelerini dile getirmesini sağlayacak nazik ve dürüst bir yaklaşım önemlidir. Bazı kemoterapiler, cildi irrite edici ve damar yollarında yakıcı yan etkiye sebep olabilir. Hastanın cildinde ve damarlarında kalıcı hasarlara sebep olmaması için, hemşireler, tedavi için kullanılan damar yolundan kan dönüşü olduğunu kontrol etmeli ve tedavi sırasında herhangi bir cilt reaksiyonu olduğunda tedavi durdurulmalı, tedavi için başka bir damar kullanılmalıdır (Ball ve Bindler 2003; Potts ve Mandleco 2007).

Malnutrisyon

Malnütrisyon özellikle lösemi, lenfoma, nöroblastom gibi solid tümörlü kanserlerde kurtulma şansını düşürmektedir. Tat almada değişiklik, anoreksi, mukozit, kusma ve diyare, kemoterapi almakta alan çocukta kilo kaybına neden olan en önemli faktörlerdir (Barr 2002). Kemoterapi alan çocuklar, sağlıklı yaşlılarına göre malnütrisyon yönünden daha çok risk altındadır. Hemşireler malnütrisyon riski altında olan pediatrik onkoloji hastalarında, nutrisyonel değerlendirmeyi ihmal etmemeli, doktoru uyarıcı rol oynamalıdır. Beslenme durumunun değerlendirmesinde dikkate alınması gereken başlıca kriterler hastanın medikal hikayesi, fiziksel muayene bulguları, kan değerleri, beden kitle indeksi, kilonun düzenli takibi, hastanın beslenme durumudur (Mosby ve ark. 2009).

Ağrı

Ağrı çocukluk kanseri literatüründe en yaygın şekilde tespit edilen, şiddet düzeyi en çok ölçülen ve hastayı en fazla strese sokan semptom olarak tanımlanmaktadır. Ağrı, post-operatif ağrı, mukozit, enfeksiyon, kemoterapiye bağlı ve tedavi prosedürüne bağlı (kemik iliği aspirasyonu, lomber ponksiyon, vb) şeklinde gruplandırılabilir. Kanserli çocuklarda oluşan ağrılarının %40'ı tedavi prosedürlerine bağlı oluşmaktadır. Kanser tedavisi bitip iyileşen çocuklar, tedavi sürecinde en güçlü deneyimlerinin sürekli tekrarlayan ağrılı tedavi prosedürleri olduğunu ifade etmiştir. Bu tedavi prosedürleri intravenöz kateter, port kateter uygulamaları, kan alınması gibi invazif işlemlerdir (Kuppenheimer ve Brown 2002; Berde ve Wolfe 2003; Hockenberry ve Hooke 2007). Hemşirenin ağrılı çocuğun bakımına karar verebilmesi için,

- Çocuğun ağrıyı nasıl algıladığını,
- Çocuğun ağrıya karşı fizyolojik ve psikolojik tepkilerini,
- Çocuğun ağrısının nasıl değerlendirileceğini,
- Ağrının kontrol altına alınmasındaki farmakolojik ve non-farmakolojik yöntemleri,
- Ağrının kontrol altına alınmasındaki hemşirelik girişimlerini ve yaş dönemlerine göre farklılık gösterdiğini bilmelidir (Oakes ve ark. 2008; Elçigil 2011). Farmakolojik tedavinin yanı sıra ağrıyı önlemek ve şiddetini azaltmak amacıyla ilaç dışı yöntemlerden faydalanılmalıdır. Fiziksel yöntemler (masaj, akupunktur, ısı-soğuk uygulama), bilişsel yöntemler (psikoterapi, hipnoz) ve davranış tedavisi (egzersiz, oyun, gevşeme) uygulanabilir. Çeşitli araştırmacılar hazırlayıcı açıklama, gevşeme, betimleme ve davranışsal yaklaşımların ortaklaşa kullanımından yarar görüldüğünü bildirmiştir (Yarış 2004).

2.2. Okul Dönemi Çocuğunun Genel Özellikleri

Okul dönemindeki (6-12 yaş) çocuklar, sosyal akademik ve bilişsel yeteneklerinde birçok gelişme yaşar. Bu gelişmeleri hem bir önceki dönemin başarıları üzerine yapılırlar, hem de bir sonraki dönemdeki gelişiminin temellerini atar. Jean Piaget bu dönemi somut işlemler dönemi olarak adlandırır. Somut işlemler, çocukların 6 yaşından 12 yaşına kadar kazandıkları, işlem öncesi düşünme düzeyinden temel bir farklılığı ve değişimi temsil

eder. Okul çocukları birçok probleme niceliksel bir tutumla yaklaşır. Piaget'e göre okul çağı çocuklarının karakteristik özellikleri:

Korunum kavramında ustalaşma: Korunum, eşit miktarlardaki maddelerin (sıvı miktarı, sayı, ağırlık, uzunluk, alan ya da hacim) farklı görünecek şekilde yeniden düzenlenmiş olsalar bile aynı kaldıklarını kavrayabilme yeteneğidir. Çocuk, nesne şekil değiştirse bile, nesnenin değişmeden kalan özelliklerini tanır (Örnek: Suyun buz formunda da miktarının değişmeyeceği kavramı). Aynı miktarlardaki su, farklı ebatlardaki iki bardağa konulduğunda, 6 yaş öncesinde miktarların aynı olduğunu söylemek ile daha yüksek bir bardakta daha fazla sıvı olduğunu söylemek arasında kalabilirken; 6 yaşından itibaren sıvı miktarlarının niçin aynı olduğu konusunda bir neden verebilerek gerçek korunum kavramına ulaşır. Çocuk madde ve sıvı korunumunu somut işlem döneminin başında kazanırken, hacim korunumuna bu dönemin sonunda ulaşır.

Tersine çevrilebilirlik: Bu dönemde çocuk bir davranışın ya da değişikliğin ilk durumunu imgeleyebilme yeteneğine sahiptir. Örneğin normal bardaktan, yüksek ince bir bardağa dökülen suyun ilk bardağa geri boşaltıldığını gözünde canlandırabilir ve her şeyin başlangıçtaki halini anlayabilir.

Odaktan uzaklaşma: Okul dönemi çocuğu birden fazla konuya odaklanabilir. Çocuk, suyun biri daha yüksek ve ince olan bardağa boşaltılmadan önce iki bardağın aynı miktarda sıvı içerdiğini bilir. 'Hangisi daha fazla?' sorusunu yanıtlamak için genişlik ve yükseklik boyutları arasındaki karşılıklı bütün değişikliklerin dikkate alınması gerektiğini bilir.

Dönüşümsel düşünme yeteneği: Okul öncesi çocukları olayın sadece sonucuna odaklanabilirken, okul dönemi çocuğunun geçmiş olayları ve durumları zihinsel olarak yeniden kurabilme yeteneği bir problemin yanıtını düşünüp bulmasına yardımcı olur.

Çıkarılmış gerçeklik: 4 yaşındaki bir çocuk cismin o anki görünümünden güçlü şekilde etkilenebilirken, okul dönemi çocuğu görünenin ötesine gidebilir ve elindeki kanıtlardan neyin gerçekte doğru olduğunu çıkarsayabilir.

Sınıflama: Okul dönemi çocukları nesneleri belirli bir ortak özelliğe göre gruplara ayırma yeteneği kazanır.

Sıralama: Bir dizi parçayı belirli bir ilişkiye göre düzene koyma yeteneğidir. Örneğin okul çağındaki bir çocuk farklı uzunluktaki çubukları artan sıraya göre yerleştirebilir.

Geçişlilik: Önceki parçalar arasındaki ilişkiyi bilerek yeni bir ilişkinin çıkarılması yeteneğidir (Gander ve Gardiner 2001; İnanç ve ark. 2005; Yalom 2007).

Okul dönemi çocuğu, ilk kez yaşantılarından sonuçlar çıkarabilecek biçimde düşünmeye başlar ve yetişkinlerin kullandıkları alet, araçları kullanma denemelerine girer. Öğrenme ve üretme istekleri oldukça fazladır. Sürekli hareket halinde olup, bir şeyler yaratır, ortaya çıkarırlar. Bu dönemde çocuk aynı cinsten arkadaşlar seçer. Okul döneminde görülen başlıca toplumsal özellikler kolay etkilenme, karşıt görüşte olma, rekabet ve sorumluluk duygusudur. Okul öncesi dönemdeki katı ve benmerkezci özellik azalmıştır. Çocuk başkasının yerine kendini koyabilir, ancak henüz empati yapmada güçlük yaşar. Okul döneminde çocuklar duygularını kontrol etmede daha etkili hale gelirler. Sınava hazırlanma ya da dargın olduğu bir arkadaşı ile barışma gibi olaylarda sorun çözme yollarını kullanırlar (İnanç ve ark. 2005; Yiğit 2009).

2.3. Hastane Ortamı Ve Tıbbi Girişimlerin Okul Çocukları Üzerindeki Etkileri

Kanser tanısı almış bir çocuğun hastaneye uzun süreli yatmak zorunda olması, çocuğun ve ailesinin yaşam tarzında önemli değişikliklere neden olur. Çocuk için hastalık kavramı ve hastanede bulunma süreci onu korkutan, rahatsız eden deneyimleri kapsar. Çocuğun yaşı ve gelişim düzeyi, ebeveynlerin stres düzeyleri, sosyal destek düzeyi, baş etme yetileri gibi faktörlerin hasta çocuğun ağrı ve stresi ile ilişkisi olduğu tespit edilmiştir (Neyzi ve Ark. 2002; İnal ve Akgün 2003; Patenaude ve Kupst 2005; Çavuşoğlu 2013). Zegans (1982), çocuğun stres sürecini 4 aşamada açıklamıştır. Bunlar;

- Çocuğun olayı yaşaması,
- Çocuğun olayı algılama şekli,
- Çocuğun kendine uygun bir baş etme stratejisi geliştirmesi,
- Çocuğun baş etme stratejisini uygulaması.

Yapılan çalışmalarda, geliştirilen baş etme mekanizmalarının çocuğun daha kontrollü davranmasını sağladığı ve anksiyetesini azalttığı ifade edilmektedir (Özkan 2000; Gariépy ve Howe 2003; İlhan ve Kutluk 2009). Baş etme, hastanın gerçeği kabul

ederek mümkün olan en iyi kaliteli yaşamı sürdürebilmesine yönelik gösterdiği tüm psikolojik ve davranışsal çabalarıdır. Baş etmede rol oynayan başlıca faktörler:

- Hastalığın varlığı, tipi, tuttuğu organ, belirti-bulguları, seyri,
- Hastanın yaşı ve hastalığının yaşına uygun amaçları için oluşturduğu tehdit düzeyi,
- Hastalığa ilişkin kültürel ve sosyal tutumlar,
- Hastaya çevresinden gelen destek,
- Hastanın fiziksel becerisi, psikolojisi, kişilik özellikleri ve baş edebilme yetileridir (Özkan 2000, İlhan ve Kutluk 2009).

Okul döneminde deneyimlerin düzenlemesi ve kurallar önceliklidir. Çocukta kontrol kaybına ve ölüme yönelik korku bu dönemde gelişir. Bu dönemdeki çocuklar için okul bağımsızlığı, yeni ilişkiler kurmayı, akademik beceriler elde etmeyi ifade ederken, aldıkları kanser tanısı bunlara engel teşkil eder (Anuk 1999). Hastalığına bağlı olarak görünümünde meydana gelen değişiklikler ve fonksiyon kaybı nedeniyle kendini sağlıklı yaşıtlarından farklı görür ve onlar tarafından dışlanacağını düşünebilir. Hastalık süreci, okula devamını ve arkadaş ilişkilerini sürdürme yeteneğini engellediğinden, çocuk kendini izole ve depresif hissedebilir. Bu yaştaki çocuklar ölümcül bir hastalığa yakalanmanın haksızlık olduğunu düşünerek öfke duyabilir (Çavuşoğlu 2013). 2001’de Ankara’da, 9-13 yaş aralığındaki kanser tanılı ve sağlıklı çocukların karşılaştırıldığı bir çalışmada, kanser tanısı almış çocuklardaki depresyon oranının sağlıklı yaşıtlarından daha yüksek olduğu görülmüştür (Çavuşoğlu 2001).

Anksiyete

Anksiyete bireyin kontrolü dışında oluşan tehlikeli bulduğu uyaranlara karşı verdiği tepkilerdir. Kanser gibi kronik hastalığı olan çocuklarda anksiyete sebepleri:

- Kronik hastalık semptomları (astım atakları; alopesi, vb),
- Ölüm korkusu,
- Hastanın çevresinde gelişen olayları kontrol edememesi,
- Stresli medikal girişimler,
- Yaşıtları tarafından dışlanma korkusu,
- Ebeveynlerin, hasta çocuk üzerinde aşırı koruyucu tavır sergilemeleridir.

Anksiyete bozuklukları, kronik hastalığı olan çocukta, hasta olmaya, sürekli hastanede bulunmaya, genetik ve psikososyal faktörlere ve tüm bunların kombinasyonuna

bağlı olarak açığa çıkabilir. Kronik hastalıklı çocuk ve adölesanlarda anksiyete semptomlarının görülme oranı %7-40 arasında değişim göstermektedir. Anksiyetenin genel semptomları, hastayı psikolojik ve fiziksel olarak etkileyebilir. Fiziksel semptomlar taşikardi, taşipne, bulantı/kusma, uykusuzluk, anoreksi, terleme ve tremordur. Psikolojik semptomlar gergin olma, korku ve anksiyete yaratan düşüncelerden kurtulamamadır. Bu semptomların kontrolü her gün okul, arkadaş ve ailesi için kaygı duyan; hastalığına yönelik umutsuzluğa kapılmış çocuklarda daha güç olabilmektedir. Anksiyete, hayat stresörlerine karşı gösterilen normal bir tepkidir. Ancak bireyin yaşam fonksiyonlarını ve yaşam kalitesini etkilemeye başlamış ise tıbbi destek gereksinimi olabilir (Pinquart ve Shen 2011, Pao ve Bosk 2011).

2.4. Okul Çağı Çocuğunun Tıbbi Girişimlere Hazırlanmasının Önemi

Çocukluk kanserinin tedavisi bir kaç ay ila 3 yıla kadar uzayabilecek bir süreçtir. Kanser tedavisi, çocukta ve ailesinde strese neden olabilecek ağırlı girişimler içermektedir. Bu ağırlı girişimlerin daha tolere edilebilir hale gelmesini sağlayacak çalışmalar yapılmaktadır. Kanser tedavisinin en yaygın ve en stresli girişimlerinden biri intravenöz enjeksiyonlardır. İnvazif girişimlerde ağrı hem sağlıklı, hem de kronik hastalıkları olan çocuklarda son derece yaygındır. Bu girişimlere maruz kalan bazı çocuklarda depresyon gelişebilir, bulantı/kusma, cilt reaksiyonları, uykusuzluk gibi anksiyete semptomları görülebilir. Girişimler sırasında birçok çocuk ağlamakta, çığlık atmakta, ağrı/ korkuyu ifade etmekte ve tedaviyi reddetmektedir. Çocuklar hastaneye, sağlık personeline ve tedavi aletlerine karşı korku geliştirebilir (Kuppenheimer ve Brown 2002; Mcmurthy 2012).

Stresin azaltılmasına yönelik çalışmalar yapılsa da, halen genel anlamda kabul görmüş, medikal tedavinin hastaya psikolojik etkisini değerlendirebilecek standartlar bulunmamaktadır. Çocuklarda girişime bağlı stresin değerlendirilmesinde kullanılan yöntemler:

- Hastanın ya da ebeveynlerinin tecrübeleri hakkındaki sübjektif ifadeleri,
- Ağrı ve stresin çocukta yarattığı davranışların gözlemlenmesi,
- Fizyolojik parametrelerdir (kan basıncı, kalp atım hızı, vb.) (Walco ve Ark. 2005).

Hastalığın varlığı, fiziksel yaralanma ya da tedaviye bağlı oluşan ağrı çocukta anksiyete semptomlarının oluşumu için önemli faktörlerdir. Ağrılı tedavi prosedürleri, çocuk hastalarda psikolojik stresin artışını daha fazla etkiler. Okul dönemi çocuğu ağrı anlayışlarının, ağrının fiziksel yönlerinin, ağrı ile ilişkili negatif etkilerin farkındadır ve bu aşamanın sonunda, ağrı çeşidini de ayırt edebilirler. Bu dönemin sonuna kadar ağrı, tehlikeli, tehdit edici ya da ölüm olasılığının bir göstergesi olarak görülebilir. Daha önce ağrılı bir tedavi girişimi yaşamış çocuk sonraki girişimde, korku ve anksiyete bozukluğu geliştirebilir (kan korkusu, iğne korkusu, vb) (Yalom 2007; Pao ve Bosk 2011).

Yapılan çalışmalarda, çocukların çoğunlukla hastaneye böyle bir hazırlık olmadan yatırıldığı belirlenmiştir. Çocuklar hastane hakkındaki bilgilerini genellikle televizyondan, kitaplardan ya da kendi deneyimleri aracılığı ile öğrendiklerini ifade etmektedirler. Hastane ve yapılacak işlemler konusunda bilgilendirilmeyen çocukların tepkileri, hastaneye ilişkin kendi imkanlarıyla edindikleri bilgilerine, deneyimlerine ya da hayallerine bağlı olmaktadır. Hemşirenin çocuğun hastanede kaldığı süre içindeki beklentilerini, olayları algılayış biçimini, geçmişte yaşadığı deneyimlerini, duygularını ve bilişsel düzeyini dikkate alması gerekmektedir. Çocuğun yaşadıkları korku ve endişeleri azaltmak için, hastalığı konusunda bilgilendirilmesi ve hastane ortamını tanınması sağlanmalıdır. Çocuğun tedavi prosedürüne hazırlanması, anksiyete semptomlarının önlenmesinde önemli rol oynayacaktır (İnal ve Akgün 2003; Çavuşoğlu 2013).

American Academy of Pediatrics dergisinde ilk kez 1990 yılında yayınlanan ve günümüzde de geçerliliğini koruyan kanserli çocuklarda ağrılı ve anksiyete yaratan prosedürlerin yönetimi ile ilgili önemli kriterler:

- Ağrının en az seviyede olmasını ve hastanın rahatlık düzeyinin mümkün olan en üst düzeyde tutulmasını sağlamak.
- Davranışsal ve bilişsel terapiler, çocuk hastada anksiyete ve stres düzeyini düşürmek ve ilgili uzmanlar tarafından uygulanan farmakolojik tedavilerin dikkatli şekilde uygulanmasını sağlamak.
- Tedavi prosedürüne bağlı ağrı ve stres düzeyinin düşürülmesi için hasta ve ebeveynleri eğitmek.
- Çocuğun bilişsel gelişim düzeyini dikkate alarak; ağrılı girişimlere vereceği tepkileri değerlendirilmek.

- Çocuğun ve ailenin katılımını desteklemek.

Okul çağındaki çocuklar hastalığa yönelik, tıbbi işlemler ve girişimler hakkında bilgi edinmek isterler. Hastalıktan, yapılan tedaviden ve hastalığın kendi vücuduna zarar vereceğinden korkarlar. Bu nedenle çocuğun sağlık elemanlarına hastalığı ve tedavisi hakkında sorular sorabilmesi önemlidir (Ekşi 2011). Hastalık ve tedavinin tartışılması çocuğun yaşına ve olgunluk düzeyine bağlı olmalı, çocuğa tedavi programı ve yapılan girişimler hakkında kısaca bilgi verilmelidir. Çocuğa verilen gerçekçi bilgiler, çocuk ve bakım veren kişi arasındaki güveni artırır. Okul dönemindeki çocuğun ağırlı tedavi girişimlerine hazırlanması sırasında dikkat edilmesi gereken kriterler:

- Doğru medikal terminolojiyle, basit diyagram, resim ve çizimlerle işlem açıklanmalı,
- Tedavi girişiminin neden yapılması gerektiği ve tedavinin faydaları konusunda, çocuk ile fikir alışverişinde bulunulmalı,
- Tedavi işleminde kullanılan aletlerin ne işe yaradığına yönelik çocuk bilgilendirilmeli,
- Çocuğun işlemde kullanılan aletleri bir oyuncak ya da başka bir kişi üzerinde deneyebilmesine imkan tanınmalı,
- İşlem öncesi ve sonrasında çocuğun sorular sormasına izin verilmeli,
- Daha büyük tedavi işlemlerinde (intratekal tedavi gibi) çocuğun hazırlık süreci 1 gün öncesinden başlatılmalı,
- Mümkün olduğunca çocuğa karar verme sürecinde söz verilmeli,
- Aktif katılım için çocuk cesaretlendirilmelidir (Hockenberry ve Ark. 2011).

Hemşire tarafından çocuğa uygulanan tedavi öncesi eğitimsel hazırlık süreci, çocuğun işlem sırasında ne hissedeceği, göreceği, duyacağı, koklayacağı, neye dokunacağı ve uygulanan girişim sırasında ne yapması gerektiği (düz yatmak, birinin elini tutmak, bir oyuncuğa sarılmak, vb) hakkında bilgi sahibi olmasını sağlamalıdır. Tedavi uygulanmadan önce çocuğun alıştırmalar yapmasına izin verilmeli, derin nefes alıp-verme gibi girişim sırasında rahat olmasını sağlayacak yöntemler geliştirmesi desteklenmelidir. Oyuncak üzerinde eğitim, çocuğun uygulanacak girişimin nereye nasıl uygulanacağını anlamasını kolaylaştıran bir yöntemdir. Çocuğa seçim hakkı sunmak ve çocuğun işlem sırasında spesifik rol alabilmesi, çocuğun korku ve anksiyete düzeyinin düşmesini sağlar. Okul dönemi çocuğunda baş etmesini kolaylaştıracak kognitif bilişsel teknikler elektronik oyuncaklar, kitaplar, tedavi prosedürüne katılım, hikaye anlatma, nefes alma teknikleri ve imgelemedir. İnvazif işlemlere hazırlık için ebeveynlerin de

işlemlerin çocuğun hastalık sürecindeki önemi hakkında bilgi sahibi olması gerekir. Çocuklara verilen bilgi gelişim düzeyine uygun ve ihtiyacı kadar olmalıdır (Jacobsen ve Ark. 1990; Stephens ve Ark. 1999; Rocha ve Ark. 2009; Hockenberry ve Ark. 2011).

2.5.Okul Dönemi Çocuğu Ve Terapötik Oyun

2.5.1.Oyunun Tanımı

Oyun, belli bir amaca yönelik olan/olmayan, kurallı/kuralsız gerçekleştirilen; çocuğun isteyerek yer aldığı, fiziksel, bilişsel, duygusal, sosyal ve dil gelişiminin temeli olan ve zevk unsuru taşıyan etkin bir öğrenme sürecidir (Arslan 2000; Yavuzer 2001). Yaşına uygun olarak kendisine verilen nesnelerle oynamaya başlayan çocuk, giderek onların işlevlerini öğrenir ve o işlevleri yerine getirebilme yetisi kazanır. Oyun çocuğun hiçbir dış baskı etkisinde kalmadan kendi isteği ile girdiği tüm etkinliklerdir. Çocuk oyun aracılığıyla düş dünyası ve gerçek dünya arasında anlamlı bir bağ kurar (Eraslan 2003). Okul döneminde oyununa kurallar koymayı ve onlara uymayı öğrenen çocuk, sosyal bir birey olarak, kendi başına toplumda yer almaya hazırlanır. Oyun, normal gelişim basamaklarındaki çocuklar için olduğu kadar, uzun süre hastanede yatıp tedavi görmesi gereken çocukların psikolojik sağlığı için de önemlidir (Egemen ve ark. 2004, Çavuşoğlu 2008).

Yetişkinin konuşması gibi çocuğun oyunu onun doğal bir ifade yoludur. Oyun, çocukla dostça ilişki kurmak için uygun bir yoldur. Oyun etkinliği ilginç, hoşlanılan ve doğal bir şekilde olmalıdır. Böylece oyun bu tür ilişki kurma, sınırları belirleme ya da ödülleri oturtma gibi amaçlara ulaşmak için kullanılacak bir araç görevi de görmektedir. Bunun yanında sorun çözme ve stresli durumların özümsemesi gibi içsel terapötik bir süreçtir (Ekşi 2011).

Hastanedeki çocukların fiziksel ya da psikolojik nedenlerle çevreleri ile etkileşimlerinin engellendiği ya da oyun oynayamadıkları durumlarda depresyon, yetersiz büyüme-gelişme ve öğrenme, stres, oryantasyon bozukluğu yaşayabilmektedirler. Çocuğun hastanedeki kısıtlılıkları nedeniyle yaşadığı fiziksel ve sosyal izolasyon oyun aracılığı ile azaltılabilir (Arslan 2000).

2.5.2. Oyun Kuramları

Sigmund Freud (1905-1920)'un psikanalitik kuramına göre oyun, çocuğun duygusal problemleri hakkında bilgi edinmemizi sağlayan bir olgudur. Oyun, gerçek yaşamın olumsuzluklarından geçici de olsa uzaklaşmayı sağladığından, çocuk kendisini daha güçlü hisseder. Oyun, hasta çocuğun realiteden uzaklaşıp, anksiyete yaratan olaylarla daha kolay yüzleşmesini sağlamaktadır. Oyun, çocuğa kontrolü elinde tutma imkanı verir ve çocuğun duygularını ifade edebilmesini kolaylaştırır. Kanseri tedavisi gibi çocuğun kontrolü eline almasının zorlaştığı durumlarda, oyunda yaptıklarını tekrarlayarak, olayların akışını düzenleyebilecektir (Gariépy ve Howe 2003). Erikson (1950)'a göre oyunun biyolojik faktörlerin gelişimine katkısı olduğu kadar, psiko-sosyal gelişiminin de aynasıdır (Gariépy ve Howe 2003; Ball ve Bindler 2008).

Piaget (1962), bilişsel gelişim kuramında oyunun çocuğun tüm zihinsel gelişiminin bir parçası, özümleme ve uyum süreci olduğunu belirtmektedir. Piaget'e göre oyun, insan davranışında bulunan ve çocuğun bilişsel gelişimini destekleyen unsurdur. Uyum süreci, sosyalleşme, işbirliği ve dil gelişimi gibi alanları kapsamaktadır. Piaget oyunu üç bölüme ayırır:

- Alistırmalı oyunlar, yaşamın ilk aylarında başlayan ve çocuğun olayları kendi kontrolünde tutmaktan duyduğu hazzın sonucu olarak ortaya çıkan amaçsız eylemlerdir.
- Sembolik oyunlar, 2 yaştan itibaren başlayan hayali davranışların oyuna dönüştüğü oyunlardır.
- Kurallı oyunlar ise 7-11 yaş dönemini kapsayan, sosyal düzenlemeler içeren oyun çeşididir (Öğretir 2008; Franklin ve Prows 2013).

Vygotsky'in (1896-1938) sosyo-kültürel kuramına göre, zihinsel gelişim içinde oyunun daha fazla rolü olduğunu ve oyun oynarken, nesnenin anlamını maddiyat özelliğinden ayırt ederek öğrenildiğini belirtmiştir. Örneğin; çocuğun bir sopayla oynarken onun "at" olduğunu söylemesi ve sopayı "at"mış gibi kullanması, onun atın anlamını öğrenmiş olduğunu gösterir (Öğretir 2008).

2.5.3. Okul Dönemi Çocuğunda Oyun Kavramı

Okul çağı dönemi, çocuğın başarıya odaklandığı, okuma, yazma ve akademik kelimeleri kullanma yeteneğinin geliştiğı, dünyayı algılamasının kolaylaştığı dönemdir (Potts ve Mandleco 2012).

Çocuk 6 yaşından itibaren, oyun içinde herkesin bir görevi olduğunu kavramaya başlar ve var olan kurallara uymakta isteklidir. İşbirlikçi oyun ön plana çıkmaya başlar. Akranları ile daha fazla vakit geçirmeye başlar, birlikte oynamaya giderek artan bir ilgi gösterir. Düşünmede gelişmeler, özellikle bir başkasının perspektifini dikkate alma yeteneğinin artması, okul çağı çocuklarının kural bazlı oyunları oynayabilmesini sağlar. Bu dönem çocukta oyun çok önemlidir, televizyon izleme ve bilgisayar oyunu oynama daha sıklaşır (Yalom 2007; Potts ve Mandleco 2012).

2.5.4. Terapötik Oyun Kavramı

Oyun, çocuğın keşif ve deney yapmasını; kendini, tehdit içermeyen bir şekilde, hayal gücü ile beraber kontrollü bir çevrede tanınmasını sağlayan, çocukluk tecrübelerinin ana temelidir. Oyunun başlıca yararları, geniş kapsamlı öğrenme; nörolojik, sosyal, bilişsel ve duygusal, dilsel gelişimine katkı sağlamasıdır. Bunun yanında oyun, terapötik yönden, çocuğa kendini geliştirirken, güvenli, koruyucu bir ortam sağlar (Campbell ve Knoetze 2010).

Terapötik oyun, psikolojik tedavi yöntemlerinden biri olan oyun terapisinden farklıdır. Oyun terapisi uzman bir psikiyatrist tarafından uygulanır. Terapötik oyun ise hemşireye çocuğın hissettikleri, korkuları, ihtiyaçları hakkında fikir verir (Törüner ve Büyükgönenç 2012).

Çocukların stresle baş edebilmesinde oyun önemli bir araçtır. Günlük yaşam sırasında çocuklar gelişimlerinin ve deneyimlerinin kısıtlı olması nedeniyle kendi kontrollerinin olmadığı deneyimler yaşarlar. Çocuk oyun oynarken bu deneyimleri yine canlandırabilir, bu sırada deneyime etkin olarak katılabilme olanağını yakalar, deneyimler üstünde kontrolü olduğu duygusunu ve içsel denetim duygusunu geliştirerek yaşadığı stresi azaltır (İnal ve Akgün 2003).

Oyunun stresle baş edilmesindeki işlevinin anlaşılması sonrasında gelişmiş ülkelerde çocuklarda hastane ve hastalık ile ilgili deneyimlerin getirdiğı stresi azaltmak,

deneyimlere uyumlarını arttırmak ve bu süreçte onların normal gelişimlerini desteklemek amacıyla terapötik oyun uygulamaları başlatılmıştır. Çocuklarla oynanan bir oyunun “terapötik oyun” olarak nitelenebilmesi için,

- Duyguların dile getirilmesinin yüreklendirilmesi (Örneğin bebeklerle oynarken deneyimlerin yeniden canlandırılması),
- Çocukların hastane deneyimleriyle ilgili eğitim sağlaması,
- Fizyolojik yarar sağlamaya yönelik bir oyun olması (Örneğin akciğer fonksiyonlarının iyileştirilmesi için balon şişirmek) özelliklerinden en az birisini içermelidir (Atay ve ark. 2011).

Terapötik oyun, son dönemlerde çocukların hastane ortamında yaşadığı stresle baş edebilmesi için birçok batı ülkesinde kullanılmaktadır. Terapötik oyun, hastane ortamındaki çocuğun psikolojik iyiliği için uygulanan, çocuğun yaşına, bilişsel gelişimine, sağlık durumuna bağlı planlanmış aktivitelerdir. Bu süreçte oyun çocuk için sadece mutluluk getirmez, aynı zamanda stresli medikal prosedürlerle karşılaştığında ya da tanımadığı bir çevrede bulunduğu baş etmesini kolaylaştırır (Li ve Lopez 2008).

Çocukların oyuncak seçimi, anksiyetelerini, korkularını bireylere yansıtmaktan çok, objelere aktarabilmelerini sağlar. Piaget (1962), Freud (1952), Klein (1955), Erikson (1963)’a göre çocuklar gergin olduklarında anksiyete kaynağıyla ilişkili oyuncakları seçme eğilimindedirler. Burstein ve Meichenbaum (1979)’un yapmış oldukları çalışmada, tıbbi işlemlerle ilgili oyuncaklarla oynayan çocuklarda, cerrahi operasyona bağlı anksiyete düzeyinin, oyuncaklarla oynamayan çocuklara göre daha düşük olduğu görülmüştür (Gariépy ve Howe 2003).

Terapötik oyunun çocukları ameliyat öncesi hazırlıkta kullanımı, daha önce yapılmış çalışmalarda incelenmiştir. Wolfer ve Visintainer (1975)’ın yapmış olduğu bir çalışmada, tıbbi invazif işlemlere yönelik, psikolojik hazırlık amaçlı, oyuncak kullanılarak uygulanan terapötik oyunun çocuklarda hastaneye adaptasyon sürecini kolaylaştırdığı ve anksiyete davranışlarının azaldığı görülmüştür. 1998 yılında Zahr tarafından yapılmış bir çalışmada, ameliyat öncesi terapötik oyun ile eğitim almış okul öncesi dönem çocuklarında ortalama kan basıncının ve kalp atış hızının daha yavaş olduğu, ameliyat sonrasında çocuklarda anksiyete davranışlarının daha az olduğu belirtilmiştir (Lee ve ark. 2007). 2013 yılında yapılmış randomize bir çalışmada kortikosteroid tedavisi gören oyun aktivitelerine katılmış 53 çocuktan 7-11 yaş

aralığında olan çocukların steroid kullanımında ciddi düşüş görülmüştür (Potasz ve ark. 2013).

2008 yılında Hong Kong'da 7-12 yaş aralığındaki çocuklar ve anne babaları ile yürütülen bir çalışmada, kontrol grubundaki 106 çocuk ve ailesine operasyon öncesi, operasyon sırası ve sonrasında yapılacak uygulamalarla ilgili bilgilendirme toplantısı ve uygulamaların videosu izletilmiş, çalışma grubundaki 97 çocuk ve ailesine ise aynı süreçteki uygulamalar 1 saat süren terapötik oyun uygulamaları ile anlatılmıştır. Araştırma sonucunda çalışma grubundaki çocuklar ve ailelerinde operasyon öncesi ve sonrasındaki durumluk kaygı puanlarının kontrol grubundakilere göre daha düşük olduğu belirlenmiştir (Atay ve ark. 2011).

Terapötik oyunun faydaları:

- Hastalık ve hastaneye yatmanın yol açtığı travmayı azaltır,
- Çocuğun tedaviye ya da işlemlere ilişkin yanlış anlamalarını azaltır,
- Tanımadığı ortamda kendini daha güvende hissetmesini sağlar,
- Çocuğun seçim yapmasını ve kontrolü elinde tutmasını sağlar,
- Hastanede yapılan işlemleri öğrenmesini ve işlemlere hazırlanmasına yardım eder (Çavuşoğlu 2008, Törüner ve Büyükgönenç 2012).

Terapötik hemşire-hasta ilişkisi, hemşire, çocuk ve aile arasındaki pozitif, yapıcı ve güvene dayalı bir ilişkidir. Hemşire, çocuk ve ailenin, hastalığın yarattığı korkular, rahatsızlıklar ve streslerle baş etmelerine yardım eder, onların sağlığı korumak ve geliştirmek konusundaki becerilerini geliştirir. Bu ilişkide hemşire, etkin iletişim becerilerini kullanarak, hastanın duygularıyla yakından ilgilenir ve koşulsuz kabul eder, hastanın duygularını ve düşüncelerini anlar, empati yapar ve sorunlarını çözmelerine yardım eder. Terapötik ilişki, hemşirenin hastayla 3 temel tutum doğrultusunda kurduğu bir ilişkidir:

- Uyumluluk veya samimilik,
- Hastaya karşı koşulsuz, pozitif yaklaşım,
- Empati.

Çocuk hemşireliğinde terapötik ilişkinin amacı, çocukların ve ailelerinin sağlığının, büyüme ve gelişmesinin, mümkün olan en üst düzeyde tutulmasıdır. Hemşireler, çocukların ve ailelerinin kendi sağlıklarının büyüme ve gelişmelerinin sorumluluğunu almalarına, hastalık durumunda veya çocukların yaşam biçimlerinde

değişiklik yapılması gerektiğinde, çocukların ve ailelerinin etkili uyum becerileri geliştirmelerine yardım ederler. Hemşireler, kurdukları hassas ve dinamik ilişkinin amacının, hastaların kendi sorumluluklarını almalarına ve kendi kendilerine yardım etmelerine aracı olmak olduğunu unutmamalıdır (İnal ve Akgün 2003, Chesson ve ark. 2004).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Araştırma, pediatrik hematoloji-onkoloji servislerinde tedavi görmekte olan 8-12 yaş aralığındaki çocuklarda periferik damar yolu açma girişimi öncesi terapötik oyun ile verilen eğitimin anksiyete düzeyine etkisini göstermek amacıyla randomize kontrollü çalışma olarak gerçekleştirildi.

3.2. Araştırmanın Hipotezleri

H₀: Terapötik oyun ile eğitim verilen ve verilmeyen çocukların girişim sonrası durumluk kaygı düzeyleri arasında fark yoktur.

H₁: Terapötik oyun yolu ile eğitim verilen çocukların girişim sonrası durumluk kaygı düzeyleri düşüktür.

H₂: Terapötik oyun yolu ile eğitim verilmeyen çocukların girişim sonrası durumluk kaygı düzeyleri yüksektir.

3.3. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın bağımsız değişkenleri çocuklara uygulanan terapötik oyun yolu ile verilen eğitim ve çocuğun tanımlayıcı özellikleri (yaş, cinsiyet, eğitim, vb.); bağımlı değişkeni Çocuklar İçin Durumluk-Süreklilik Kaygı Envanterinden alınan puanlardır.

3.4. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk Hematoloji-Onkoloji Servisi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk Hematoloji-Onkoloji Servisi ve Amerikan Hastanesi Pediatri Servisi'nde tedavi görmekte olan pediatrik-onkoloji hastaları ile Eylül 2012-Mart 2013 tarihleri arasında gerçekleştirildi.

İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk Hematoloji-Onkoloji Servisi: 15 yataklı olan serviste 0-18 yaş aralığındaki tüm hematoloji-onkoloji hastaları tedavi görebilmektedir. Serviste 1 sorumlu, toplam 7 hemşire bulunmaktadır. Gündüz 8:00-20:00 saatleri arasında 3 hemşire, gece nöbetlerinde 1 hemşire çalışmaktadır.

Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk Hematoloji-Onkoloji Servisi: En az 2 en fazla 6 yataklı 6 odanın olduğu serviste 0-18 yaş aralığındaki tüm hematoloji-onkoloji hastaları tedavi görebilmektedir. Serviste gündüzlerde 1 sorumlu, toplam 3 hemşire; gece nöbetlerinde 1 hemşire çalışmaktadır.

Amerikan Hastanesi Pediatri Servisi: 17 yataklı olan servisin odalarının yarısı enfeksiyon hastalıkları, diğer yarısı da onkoloji ve cerrahi hastalıkların tedavisi için kullanılmaktadır. Serviste 0-14 yaş aralığında her tanıdan çocuk tedavi görmektedir. Serviste 1 sorumlu, 12 hemşire bulunmakta; her 12 saatlik gündüz/gece nöbetlerinde 4 ya da 5 hemşire çalışmaktadır.

3.5. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini 2012 Eylül- 2013 Mart tarihleri arasında İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk Hematoloji-Onkoloji Servisi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk Hematoloji-Onkoloji Servisi ve Amerikan Hastanesi Pediatri Servisi'nde hematolojik-onkolojik hastalığı nedeniyle tedavi görmekte olan hasta çocuklar oluşturdu.

Literatür (Gariépy ve Howe 2003; Li ve Lopez 2008) doğrultusunda yapılan power analizine göre % 95 güven aralığında, artı-eksi %5 hata payı ile hesaplanan örneklem büyüklüğü kontrol grubunda 17; deney grubunda 17 olmak üzere toplam 34 hasta olarak belirlenmiştir. Vaka kayıpları olabileceği düşüncesiyle araştırmanın yapıldığı tarihlerde servislerde tedavi görmekte olan 8-12 yaş aralığındaki toplam 40 çocuk araştırmanın örnekleme alınmıştır.

Örneklemi oluşturan 40 çocuk deney/kontrol gruplarına randomize olarak atanmıştır

(<http://www1.assumption.edu/users/avadum/applets/RandAssign/GroupGen.html>).

Örneklem seçim kriterleri:

- Hasta çocuğun 8-12 yaş aralığında olması,
- Hasta çocuğun periferik damar yolundan tedavi alıyor olması,
- Hasta çocuğun sorulan sorulara cevap verebilecek zihinsel gelişim düzeyinde olmasıdır.

3.6. Veri Toplama Araçları

Veriler, pediatrik onkoloji hastaların tanımlayıcı bilgilerini içeren, araştırmacı tarafından hazırlanan, ‘Çocuk İle İlgili Bilgi Formu’ (**Ek-3**) ve çocukların anksiyete düzeylerini ölçmek için ‘Çocuklar için Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri’ (**Ek-4 ve Ek-5**) kullanılarak toplanmıştır. Araştırma verilerinin toplanması, eğitimin planlanması, yürütülmesi ve değerlendirilmesi araştırmacı tarafından yapılmıştır.

Çocuk ile İlgili Bilgi Formu (Ek-3): Çocuğun yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, kardeş sayısı, sağlık güvencesi, tanısı, ameliyat olma durumu ve ameliyatın türü, fiziksel engel varlığı ve fiziksel engel türü, kemoterapi alma durumu ve kür sayısı, radyoterapi alma durumu ve sayısı, çocuğa uygulanan aylık laboratuvar test sayısı ve çocuğun aylık hastaneye yatış sayısı bilgilerini içeren bilgi formu 7 adet açık uçlu; 9 adet çoktan seçmeli olmak üzere toplam 16 sorudan oluşmuştur. Form ilk 10 vakada pilot çalışma olarak uygulanmış ve 2 soru gereksiz bulunarak çıkarılmış, toplam 14 soru olarak son haline getirilmiştir. Formun doldurulma süresi ortalama 10-15 dk’dır.

Çocuklar İçin Durumluk-Süreklilik Kaygı Envanteri (ÇDSKE) (Ek-4, Ek-5): Envanter 1973 yılında Spielberger tarafından geliştirilmiş ve 1995 yılında Şeniz Özusta tarafından Türkçeye uyarlanmış; 9-12 yaş grubu için uygulanabilir ölçeğin, geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmış olup, 615 sağlıklı çocukla yapılan bir çalışmada Cronbach Alfa değerleri durumluk kaygı ölçeği için 0,82, sürekli kaygı ölçeği için 0,81 olduğu bildirilmiştir. ÇDSKE’nin her birinde 20 maddelik iki ayrı ölçek vardır ve tersine dönmüş ifadeler bulunmaktadır. Formların doldurulma süresi ortalama 20-30 dk’dır. Kullanım için Şeniz Özusta’dan izin alınmıştır (**Ek-8**).

•Durumluk Kaygı Ölçeği: Çocukların içinde bulundukları ‘o anda’ kendilerini nasıl hissettiklerini değerlendirmeleri ile ilgili 3 seçenekten birini işaretlemeleri istenir. 20 maddeden oluşan ölçek; gerginlik, sinirlilik, telaş gibi durumluk-kaygılarla ilişkili duyguların değerlendirilmesini amaçlar. Maddelerin yarısı tedirginlik, telaş ve gerginliğin olması, kalanlar ise bu durumların varlığını yansıtır. Bu duyguların varlığı, çocuk tarafından ‘çok’ olarak bildirildiği durumlarda en yüksek puan 3, olmadığının bildirilmesi durumunda ise en düşük puan olan 1 verilir. Durumluk kaygı ölçeğinden alınabilecek en düşük puan 20, en yüksek puan ise 60’tır. ÇDSKE bireysel veya grup halinde uygulanabilir.

•**Sürekli Kaygı Ölçeği:** Çocukların kendini ‘genellikle’ nasıl hissettiğini değerlendirip, maddede verilen durumun oluş sıklığına göre en uygun seçeneği belirtmesi istenir. Her durumun ‘hemen hemen hiç’, ‘bazen’ ve ‘sık sık’ olarak belirlenmiş seçeneklerinden, ‘sık sık’ seçeneğinin seçilmesi en yüksek puan olan 3’ün, ‘hemen hemen hiç’ seçeneğinin seçilmesi en düşük puan olan 1’in alınmasına yol açar. Sürekli kaygı ölçeğinden alınabilecek en düşük toplam puan 20, en yüksek toplam puan 60’dır.

Eğitim Materyalleri:

Eğitim Kitapçığı: Araştırmacı tarafından hazırlanan ‘Damar Yolu Eğitim ve Boyama Kitabı (Ek-6)’, karikatürize çizimler ile periferik damar yolunun tanımını, ne amaçla kullanıldığını ve periferik damar yolunun faydalarını açıklayan bilgiler içermekte; çocuk bilgileri okurken resimleri boyama imkanına sahip olmaktadır. Çizimlerin çoğu araştırmacı tarafından yapılmış bir kısmı da <http://chemoduck.org/for-kids/> adresi referans alınarak hazırlanmıştır.

Oyuncak-Chemo Duck (Ek-7): Araştırmada eğitim materyali olarak kullanılan oyuncak, Amerika’dan Lu Sipos isimli girişimci bir anne tarafından tasarlanmıştır ve Amerika’nın Spring Hill şehrinde üretilmekte olup, ‘Gabe’s Chemoduck Program’ adı altında civar hastanelerdeki pediatrik onkoloji hastalarını eğitme amaçlı kullanılmaktadır. Oyuncak için Lu Sipos ile e-mail aracılığıyla görüşülerek izin alındı (Ek-9) ve araştırma için 10 adet gönderilmesi sağlandı. Oyuncak, pediatrik onkoloji hastaları için özel olarak üretilmektedir. ‘Chemo Duck’ olarak adlandırılan ördek şeklinde olan oyuncakın port kateter yeri, saç bandı, kol bandajı ve ameliyathane kıyafeti bulunmaktadır. Çocuklar, hastanede uygulanan tedavi-girişimleri, oyuncak ile oyun şeklinde uygulama imkanına sahiptirler.

3.7. Verilerin Toplanması

Veriler, örneklem için seçim kriterlerine uyan çocuklardan elde edildi. Çocukların ebeveynleri ‘Bilgilendirme ve Onay Formu’ (EK-1 ve EK-2) aracılığıyla araştırma hakkında bilgilendirilerek, çocuğun katılımını onaylamaları sonrasında çocuklar araştırmaya dahil edildi. Veriler araştırmacı tarafından toplandı.

Uygulama

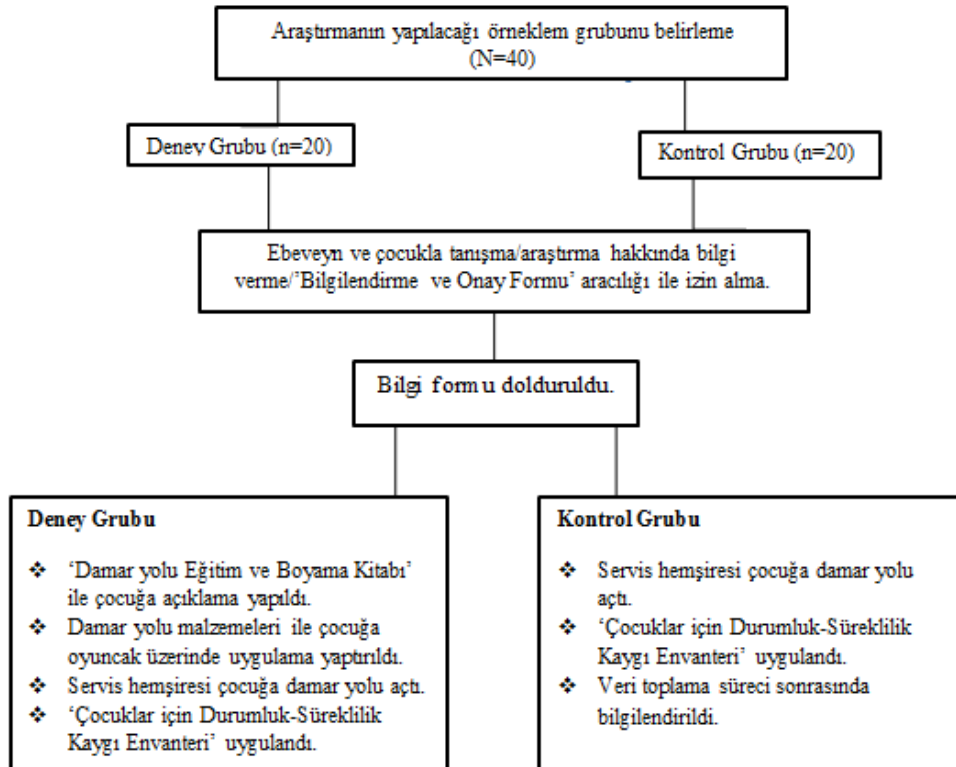
a) Deney Grubu:

- Bilgi formu dolduruldu.

- Hastaya ‘Damar yolu Eğitim ve Boyama Kitabı’ paralelinde, periferik damar yolunun ne olduğu, ne amaçla kullanıldığı; faydaları ve girişimin hastaya nasıl yapıldığı anlatıldı.
- Hasta ile beraber periferik damar yolu malzemeleri (İntravenöz kateter, iğnesiz enjektör, pamuk, bant) kullanılarak oyuncak üzerinde uygulama yapıldı. Malzemeler tamamen araştırmacı kontrolünde kullanıldı ve hastalar hiçbir şekilde zarar görmedi.
- Ortalama 15-20 dk süren eğitim sonrası hastaya, o servisin hemşiresi tarafından damar yolu takıldı. Eğitimin süresi, bazı çocukların anlama düzeylerine göre 30-40 dk’ya kadar uzadı.
- Hastaya damar yolu takıldıktan sonra ÇDSKE soruları, araştırmacı tarafından hastaya teker teker sorularak cevaplatıldı.
- Veri toplama sürecinde izin alınarak çekilen fotoğraflar (**Ek-10**)’da sunulmuştur.

b) Kontrol Grubu:

Şekil 3-1: Araştırma Akış Şeması



- Bilgi formu dolduruldu.
- Hastaya, o servisin hemşiresi tarafından damar yolu takıldı.

- Hastaya damar yolu takıldıktan sonra ÇDSKE soruları, araştırmacı tarafından hastaya teker teker sorularak cevaplatıldı.
- Veri toplama süreci sonunda etik değerler açısından aynı eğitim verildi.

3.8.Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesinde, SPSS (Statistical Package For The Social Science) for Windows 21 paket programı kullanıldı. Değerlendirmede istatistikler için ortalama, standart sapma, frekans ve yüzdelik dağılımları alındı.

Gruplar arası frekans ve yüzdelerin kıyaslanmasında Ki-kare ve Fisher kesin olasılık testi kullanıldı. Normal dağılıma sahip değişken ortalamalarının karşılaştırılması için; iki grup kıyaslamasında t testi kullanılmıştır. Yorumlamalarda anlamlılık sınırı $p=0.05$ alınmıştır (Erdoğan ve ark. 2014).

3.9.Araştırmanın Etik ve Yasal Yönleri

Araştırmaya başlamadan önce İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Dekanlığı Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (Sayı no: B.30.2.İST.0.30.90.00/26699, Tarih: 10.09.2012) **(Ek-11)**, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalına bağlı Çocuk Hematolojisi ve Onkolojisi Bilim Dalı'ndan (Sayı no: 31553, Tarih:1.11.2012) **(Ek-12)**, İstanbul Tıp Fakültesi Onkoloji Enstitüsü'nden (Sayı no: B.30.2.İST.0.53.00.00/2901, Tarih: 17.10.2012) **(Ek-13)** ve Amerikan Hastanesi Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü'nden (Sayı no: 13092012-35, Tarih:13.09.2012) **(Ek-14)** gerekli izinler alınmıştır. Araştırmaya başlamadan önce ebeveyn ve çocuk 'Bilgilendirme ve Onay Formu' aracılığıyla araştırmanın amacı, planı, süresi hakkında bilgilendirilerek katılmak istemeleri durumunda çalışmaya dahil edildi.

3.10.Araştırmanın Güçlü Yönleri ve Zayıf Yönleri:

Ülkemizde oyuncak kullanılarak 8-12 yaş grubunda yapılmış 'Pediatrik Onkoloji Hastalarına Periferik Damar Yolu Açılırken Terapötik Oyun İle Verilen Eğitimin Anksiyete Düzeyine Etkisi' konulu ilk çalışma olması ve yurtdışında da bu konuda benzer yaş grubunda yapılan çalışmaların nadir olması araştırmanın güçlü yönleri iken; vaka sayısının fazla olmaması araştırmanın zayıf yönüdür.

Sınırlılıklar:

Uygulama öncesi de hastalarda ‘Durumluk-Süreklilik Kaygı Envanterinin’ kullanımı planlanmış ancak oyuncak ile eğitim ve formların doldurulma süresi toplam 1 saati bulabildiğinden ve hastaların kemoterapilerinin gecikmemesi adına yapılamamıştır.

3.11.Araştırmanın Yürütülmesi Sırasında Karşılaşılan Zorluklar

- 8-12 yaş aralığında periferik yoldan kemoterapi alan pediatrik onkoloji hastası bulmak güç olduğundan vaka toplama süresi uzamıştır.

-Araştırma önce port kateter yolu ile kemoterapi uygulanan hastalarda yapılması planlanmış, ancak port kateter kullanımı sadece Amerikan Hastanesi’nde olduğundan ve yeterli vaka bulunmadığından araştırmanın periferik damar yolu ile kemoterapi uygulanan çocuklarda yapılması şeklinde bir değişiklik yapılmıştır.

4. BULGULAR

Araştırma, pediatrik hematoloji-onkoloji servislerinde tedavi görmekte olan 8-12 yaş aralığındaki çocuklarda periferik damar yolu açma girişimi öncesi terapötik oyun ile verilen eğitimin anksiyete düzeyine etkisini göstermek amacıyla randomize kontrollü çalışma olarak gerçekleştirildi.

Araştırma bulguları 2 bölümde incelendi:

Bölüm-1: Vakaların Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Bölüm-2: Durumluk-Süreklilik Kaygı Puan Ortalamaları Ve Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

BÖLÜM-1: VAKALARIN TANIMLAYICI ÖZELLİKLERİ

Bu bölümde araştırma kapsamındaki çocukların demografik özellikleri ve hastalıklarına yönelik bulgular yer almaktadır. Araştırma kapsamında yer alan çocukların 3'ü Amerikan Hastanesi'nden, 13'ü İstanbul Tıp Fakültesi'nden, 24'ü Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'ndendir. Eğitim alan çocukların 7'si İstanbul Tıp Fakültesi'nde, 13'ü Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nde; eğitim almayan çocukların 3'ü Amerikan Hastanesi'nde, 6'sı İstanbul Tıp Fakültesi'nde, 11'i Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nde tedavi görmektedir.

Tablo 4-1: Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Dağılım Ve Karşılaştırma (N=40)

Özellikler	Gruplar		Kontrol Grubu (n:20)		Deney Grubu (n:20)		X ²	p
	n	%	n	%	n	%		
Çocuğun Yaşı								
8-10 yaş	8	40,0	7	35,0	0,11	0,74		
11-12 yaş	12	60,0	13	65,0				
Çocuğun Cinsiyeti								
Kız	5	25,0	6	30,0	0,13	0,72		
Erkek	15	75,0	14	70,0				
Okuma-Yazma Durumu								
Var	19	95,0	19	95,0	Fisher	1,00		
Yok	1	5,0	1	5,0				
Kardeş Sayısı								
Kardeş Yok veya 1 Kardeş	10	50,0	7	35,0	0,92	0,34		
2 Kardeş veya Daha Fazla	10	50,0	13	65,0				
Sağlık Güvencesi								
SGK	16	84,2	17	65,0	0,23	0,63		
Özel Sigorta	4	15,8	3	35,0				

Çocukların sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı Tablo 4-1'de verilmiştir. Tablo 4-1'e; göre yaş dağılımı incelendiğinde kontrol grubundaki çocukların % 60'ı, deney grubundaki çocukların % 40'ı 11-12 yaşlarında olduğu, yaş ortalamasının $10,62 \pm 1,56$ olduğu bulundu. Cinsiyet dağılımında erkek çocukların kontrol grubunda % 75, deney grubunda %70 olduğu gözlenmiştir. Okuma-yazma durumuna bakıldığında hem deney, hem kontrol grubunda çocukların % 95'lik oranının okuma yazma bildiği görülmüştür. Sağlık güvencesinin deney grubunda % 84,2, kontrol grubunda % 65 oranlarıyla SGK olduğu bulunmuştur. Bu özelliklerin deney ve kontrol grupları arası frekans ve yüzde dağılımları Kikare ve Fisher testleri ile kıyaslanmış ve tüm değişkenlerde istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlenmemiştir ($p > 0,05$).

Tablo 4-2: Tanılara Göre Dağılım Ve Karşılaştırma (N=40)

Gruplar Özellikler	Kontrol Grubu (n:20)		Deney Grubu (n:20)		X ²	p
	n	%	n	%		
Tanı						
Lösemi	5	25,0	5	25,0	3,97	0,138
Tümör (medulloblastom, nöroblastom, osteosarkom)	13	65,0	8	40,0		
Lenfoma	2	10,0	7	35,0		
Tanı Süresi						
Yeni tanı/ 1 yıl	15	75,0	12	60,0	1,03	0,311
2 Yıl/ daha fazla	5	25,0	8	40,0		
Çocuğun Tanısını Bilme Durumu						
Biliyor	14	70,0	15	75,0	0,13	0,723
Bilmiyor	6	30,0	5	25,0		

Tablo 4-2'ye göre çocukların tanı dağılımına bakıldığında tümör kanserlerinin deney grubunda % 40, kontrol grubunda % 65 oranında olduğu görülmektedir. Tanı süresine bakıldığında, son 1 yıl içinde tanı alan çocuklar deney grubunda % 60; kontrol grubunda % 75 oranındadır. Tanısını bilen çocukların oranı kontrol grubunda % 70; deney grubunda % 75'tir. Tanılarına göre özelliklerin deney ve kontrol grupları arası frekans ve yüzde dağılımları Kikare testi ile kıyaslanmış ve tüm değişkenlerde istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlenmemiştir ($p > 0,05$).

Tablo 4-3: Ameliyat Olma Durumu ve Fiziksel Engel Varlığına Göre Dağılım ve Karşılaştırma (N= 40)

Gruplar Özellikler	Kontrol Grubu (n:20)		Deney Grubu (n:20)		X ²	p
	n	%	n	%		
Ameliyat Olma Durumu						
Evet	12	60,0	10	50,0	0,404	0,525
Hayır	8	40,0	10	50,0		
Ameliyat Türü						
Ameliyat Olmadı	8	40,0	10	50,0	0,40	0,525
Tümör Çıkarılması	8	40,0	5	25,0		
Biyopsi	4	20,0	5	25,0		
Fiziksel Engel Durumu						
Var	3	15,0	4	20,0	0,17	0,677
Yok	17	85,0	16	80,0		

Tablo 4-3'ye göre ameliyat olan çocukların oranı kontrol grubunda % 60, deney grubunda % 50'dir. Fiziksel engel hem deney grubunda % 20, kontrol grubunda % 15'dir. Değişkenlerin deney ve kontrol grupları arası frekans ve yüzde dağılımları Kikare testi ile kıyaslanmış ve tüm değişkenlerde istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlenmemiştir ($p > 0,05$).

Tablo 4-4: Tedavi, Tetkik ve Hastaneye Yatış Sürecine Yönelik Özelliklerin Dağılım ve Karşılaştırılması

Gruplar Özellikler	Kontrol Grubu (n:20)		Deney Grubu (n:20)		X^2	p
	n	%	n	%		
Kemoterapi Alma Durumu						
Evet	20	100,0	20	100,0	0	1
Hayır	0	0,0	0	0,0		
Kemoterapi Kür Sayısı						
1 veya 2 kür	7	35,0	3	15,0	2,13	0,144
3 kür veya daha fazla	13	65,0	17	85,0		
Radyoterapi Alma Durumu						
Evet	11	55	15	75	1,76	0,185
Hayır	9	45	5	25		
Radyoterapi Sayısı						
Almıyorum	10	45	15	75		
1 gün	1	5,3	0	0	2,67	0,263
3 gün veya daha fazla	8	49,7	5	25		
Aylık Laboratuvar Testi Yaptırma Durumu						
1 veya 2 kez	10	50,0	13	65,0		
3 veya daha fazla	10	50,0	7	35,0	0,92	0,337
Aylık Hastaneye Yatış Sayısı						
1 veya 2 kez	11	55,0	13	65,0	0,42	0,52
3 veya daha fazla	9	45,0	7	35,0		

Tablo 4-4'e göre deney ve kontrol grubundaki tüm hastalar kemoterapi almaktadır. Kemoterapi kürü 3 ve fazla olanlar kontrol grubunda % 65, deney grubunda % 85'tir. Tabloya göre kontrol grubunda çocukların % 55'i, deney grubundaki çocukların % 25'i radyoterapi almaktadır. Çocukların çoğunda aylık laboratuvar testini yaptırma sayısı kontrol grubunda % 50; deney grubunda % 65 olmak üzere ayda 1 veya 2 kez şeklinde bulunmuştur. Çocukların aylık hastaneye yatış sayısı, deney grubunda % 65, kontrol grubunda % 55 oranlarıyla ayda 1 veya 2 kez olduğu görülmüştür. Verilerin deney ve kontrol grupları arası frekans ve yüzde dağılımları Kikare testi ile kıyaslanmış ve tüm değişkenlerde istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlenmemiştir ($p > 0,05$).

BÖLÜM-2: DURUMLUK-SÜREKLİLİK KAYGI PUAN ORTALAMALARI VE KARŞILAŞTIRILMASI

Tablo 4-5: Durumluk-Süreklilik Kaygı Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

		DENEY			KONTROL			
Değişkenler	Min.-Max.	n	Ort.	± SD	n	Ort.	± SD	t P
Sürekli Kaygı Puanı	20-60	20	33,55	7,08	20	35,40	5,71	,910 0,369
Durumluk Kaygı Puanı	20-60	20	31,50	4,73	20	43,40	5,42	7,40 0,000

Tablo 4-5'e göre grupların kaygı puan ortalamaları incelendiğinde, sürekli kaygı puan ortalamalarının kontrol grubunda $35,40 \pm 5,71$, deney grubunda $33,55 \pm 7,08$ olduğu ve yapılan istatistiksel değerlendirmede gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı ($t = 0,910$; $p = 0,369$) görüldü. Durumluk kaygı puan ortalamalarının ise kontrol grubunda $43,40 \pm 5,42$; deney grubunda $31,50 \pm 4,73$ olduğu görüldü. Grupların istatistiksel yönden karşılaştırılmasında deney grubunun durumluk kaygı puanının anlamlı derecede düşük olduğu bulunmuştur ($t = 7,40$; $p = 0,000$).

Tablo 4-6: Yaş Göre Kaygı Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Yaş	Süreklilik Kaygı Puanı					Durumluk Kaygı Puanı				
	Deney		Kontrol			Deney		Kontrol		
	n	Ort ± SD	n	Ort ± SD	t; p	n	Ort ± SD	n	Ort ± SD	t; p
8-10	7	30,29 ± 5,28	8	34,25 ± 3,45	1,74; 0,105	7	32,00 ± 4,32	8	44,75 ± 3,01	6,71; 0,000
11-12	13	35,31 ± 7,48	12	36,17 ± 6,86	0,30; 0,77	13	31,23 ± 5,09	12	42,5 ± 6,54	4,83; 0,000

Tablo 4-6'ya göre grupların yaşlarına göre kaygı puan ortalamaları incelendiğinde, 8-10 yaş aralığındaki çocuklarda sürekli kaygı puan ortalamalarının kontrol grubunda $34,25 \pm 3,45$, deney grubunda $30,29 \pm 5,28$ olduğu ve yapılan istatistiksel değerlendirmede gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı ($t = 1,74$; $p = 0,105$) görülmüştür. 8-10 yaş aralığındaki çocuklarda durumluk kaygı puan ortalamalarının ise kontrol grubunda $44,75 \pm 3,01$; deney grubunda $32,00 \pm 4,32$ olduğu ve gruplar arası karşılaştırmada istatistiksel yönden deney grubunun durumluk kaygı puanının kontrol grubuna göre anlamlı derecede düşük olduğu bulunmuştur ($t = 6,71$; $p = 0,000$). 11-12 yaş aralığındaki çocuklarda sürekli kaygı puan ortalamalarının kontrol grubunda $36,17 \pm 6,86$, deney grubunda $35,31 \pm 7,48$

olduğu ve yapılan istatistiksel değerlendirmede gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı ($t= 0,30$; $p= 0,77$) görülürken; durumluk kaygı puan ortalamalarının kontrol grubunda $42,5 \pm 6,54$; deney grubunda $31,23 \pm 5,09$ olduğu ve gruplar arası karşılaştırmada istatistiksel yönden deney grubunun durumluk kaygı puanının kontrol grubuna göre anlamlı derecede düşük olduğu bulunmuştur ($t= 4,83$; $p= 0,000$).

Tablo 4-7: Cinsiyete Göre Kaygı Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Cinsiyet	Süreklilik Kaygı Puanı					Durumluk Kaygı Puanı				
	Deney		Kontrol			Deney		Kontrol		
	n	Ort $\pm$ SD	n	Ort $\pm$ SD	t; p	n	Ort $\pm$ SD	n	Ort $\pm$ SD	t; p
Kız	6	37,50 $\pm$ 9,29	5	34,40 $\pm$ 3,65	-0,75; 0,478	6	32,67 $\pm$ 3,62	5	41,00 $\pm$ 3,54	-3,85; 0,004
Erkek	14	31,86 $\pm$ 5,46	15	35,73 $\pm$ 6,32	1,77; 0,09	14	31,00 $\pm$ 5,17	15	44,20 $\pm$ 5,80	6,46; 0,000

Tablo 4-7'ye göre grupların cinsiyetlerine göre kaygı puan ortalamaları incelendiğinde, kız çocuklarında sürekli kaygı puan ortalamalarının kontrol grubunda $34,40 \pm 3,65$, deney grubunda $37,50 \pm 9,29$ olduğu ve yapılan istatistiksel değerlendirmede gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı ($t= -0,75$; $p= 0,478$) görülürken, durumluk kaygı puan ortalamalarının kontrol grubunda $41,00 \pm 3,54$; deney grubunda $32,67 \pm 3,62$ olduğu ve gruplar arası karşılaştırmada istatistiksel yönden deney grubunun durumluk kaygı puanının kontrol grubuna göre anlamlı derecede düşük olduğu bulunmuştur ($t= -3,85$; $p=0,004$).

Erkek çocuklarında sürekli kaygı puan ortalamalarının kontrol grubunda $35,73 \pm 6,32$, deney grubunda $31,86 \pm 5,46$ olduğu ve yapılan istatistiksel değerlendirmede gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı ($t= 1,77$; $p=0,09$) görülürken; durumluk kaygı puan ortalamalarının kontrol grubunda $44,20 \pm 5,80$; deney grubunda $31,00 \pm 5,17$ olduğu ve gruplar arası karşılaştırmada istatistiksel yönden deney grubunun durumluk kaygı puanının kontrol grubuna göre anlamlı derecede düşük olduğu bulunmuştur ($t= 6,46$; $p=0,000$).

Tablo 4-8: Kardeş Sayısına Göre Kaygı Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Kardeş	Süreklilik Kaygı Puanı					Durumluk Kaygı Puanı				
	Deney		Kontrol			Deney		Kontrol		
	n	Ort $\pm$ SD	n	Ort $\pm$ SD	t; p	n	Ort $\pm$ SD	n	Ort $\pm$ SD	t; p
0 - 1	7	32,43 $\pm$ 4,79	10	36,70 $\pm$ 7,21	1,36; 0,19	7	31,00 $\pm$ 5,51	10	42,80 $\pm$ 6,51	3,91; 0,001
2 ve $\uparrow$	13	34,15 $\pm$ 8,17	10	34,10 $\pm$ 3,60	-0,02; 0,98	13	31,77 $\pm$ 4,48	10	44,00 $\pm$ 4,35	6,58; 0,000

Tablo 4-8'e göre grupların kardeş sayılarına göre kaygı puan ortalamaları incelendiğinde, kardeşi olmayan veya 1 kardeşi olan çocuklarda sürekli kaygı puan ortalamalarının kontrol grubunda $36,70 \pm 7,21$, deney grubunda $32,43 \pm 4,79$ olduğu ve yapılan istatistiksel değerlendirmede gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı ($t= 1,36$; $p= 0,19$) görülürken, durumluk kaygı puan ortalamalarının kontrol grubunda $42,80 \pm 6,51$; deney grubunda $31,00 \pm 5,51$ olduğu ve gruplar arası karşılaştırmada istatistiksel yönden deney grubunun durumluk kaygı puanının kontrol grubuna göre anlamlı derecede düşük olduğu bulunmuştur ($t= 3,91$; $p=0,001$). 2 veya daha çok kardeşi olan çocuklarda sürekli kaygı puan ortalamalarının kontrol grubunda $34,10 \pm 3,60$, deney grubunda $34,15 \pm 8,17$ olduğu ve yapılan istatistiksel değerlendirmede gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı ($t= -0,02$; $p=0,98$) görülürken; durumluk kaygı puan ortalamalarının kontrol grubunda $44,00 \pm 4,35$; deney grubunda $31,77 \pm 4,48$ olduğu ve gruplar arası karşılaştırmada istatistiksel yönden deney grubunun durumluk kaygı puanının kontrol grubuna göre anlamlı derecede düşük olduğu bulunmuştur ($t= 6,58$; $p=0,000$).

Tablo 4-9: Tanılarına Göre Kaygı Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Sürekli Kaygı Puanı					Durumluk Kaygı Puanı				
	Deney		Kontrol			Deney		Kontrol		
	n	Ort $\pm$ SD	n	Ort $\pm$ SD	t; p	n	Ort $\pm$ SD	n	Ort $\pm$ SD	t; p
Lösemi	5	34,20 $\pm$ 8,90	5	36,20 $\pm$ 7,66	0,38; 0,713	5	32,60 $\pm$ 2,88	5	45,40 $\pm$ 5,08	4,90; 0,001
Tümör	8	33,50 $\pm$ 5,97	13	35,31 $\pm$ 5,60	0,70; 0,49	8	30,25 $\pm$ 5,45	13	42,08 $\pm$ 5,62	4,74; 0,000
Lenfoma	7	33,14 $\pm$ 7,99	2	34,00 $\pm$ 0,00	0,145; 0,89	7	32,14 $\pm$ 5,21	2	47,00 $\pm$ 2,83	3,75; 0,007

Tablo 4-9'a göre grupların tanılarına göre kaygı puan ortalamaları incelendiğinde, süreklilik kaygı puan ortalamaları lösemi tanısında kontrol grubunda $36,20 \pm 7,66$, deney grubunda $34,20 \pm 8,90$; tümörlü kanserlerde kontrol grubunda $35,31 \pm 5,60$, deney grubunda $33,50 \pm 5,97$; lenfoma tanısında kontrol grubunda $34,00 \pm 0,00$, deney grubunda $33,14 \pm 7,99$ olduğu yapılan istatistiksel değerlendirmede gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı ((Lösemi) $0,38$; $p=0,713$, (Tümör) $0,70$; $p=0,49$, (Lenfoma) $0,145$; $p=0,89$) görülmüştür. Gruplar arası durumluk kaygı puan ortalamaları incelendiğinde lösemi tanısı kontrol grubunda $45,40 \pm 5,08$, deney grubunda $32,60 \pm 2,88$; tümörlü kanserlerde kontrol grubunda $42,08 \pm 5,62$, deney grubunda $30,25 \pm 5,45$; lenfoma tanısında kontrol grubunda $47,00 \pm 2,83$, deney grubunda $32,14 \pm 5,21$ olduğu ve gruplar arası karşılaştırmada 3 grupta da istatistiksel yönden deney grubunun durumluk kaygı puanının kontrol grubuna

göre anlamlı derecede düşük olduğu bulunmuştur ((Lösemi) $t=4,90$; $p=0,001$, (Tümör) $t=4,74$; $p=0,000$, (Lenfoma) $t= 3,75$; $p= 0,007$).

Tablo 4-10: Tanı Süresine Göre Kaygı Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tanı Süresi	Süreklilik Kaygı Puanı					Durumluk Kaygı Puanı				
	Deney		Kontrol			Deney		Kontrol		
	n	Ort $\pm$ SD	n	Ort $\pm$ SD	t; p	n	Ort $\pm$ SD	n	Ort $\pm$ SD	t; p
1 yıl ve ↓	12	34,83 $\pm$ 7,11	15	34,60 $\pm$ 5,72	-0,09; 0,925	12	31,58 $\pm$ 2,31	15	43,20 $\pm$ 5,96	6,72; 0,000
2 yıl ve ↑	8	31,63 $\pm$ 7,05	5	37,80 $\pm$ 5,54	1,65; 0,126	8	31,38 $\pm$ 7,23	5	44,00 $\pm$ 5,43	3,34; 0,007

Tablo 4-10'a göre grupların tanı süresine göre kaygı puan ortalamaları incelendiğinde, 1 yıl içinde tanı almış çocuklarda süreklilik kaygı puan ortalamaları kontrol grubunda 34,60 $\pm$ 5,72, deney grubunda 34,83 $\pm$ 7,11 olduğu ve yapılan istatistiksel değerlendirmede gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı ($t=-0,09$; $p= 0,925$) görülürken, durumluk kaygı puan ortalamalarının kontrol grubunda 43,20 $\pm$ 5,96; deney grubunda 31,58 $\pm$ 2,31 olduğu ve gruplar arası karşılaştırmada istatistiksel yönden deney grubunun durumluk kaygı puanının kontrol grubuna göre anlamlı derecede düşük olduğu bulunmuştur ($t= 6,72$; $p= 0,000$). Tanı süresi 2 yıl ve daha fazla olan çocuklarda süreklilik kaygı puan ortalamaları kontrol grubunda 37,80 $\pm$ 5,54, deney grubunda 31,63 $\pm$ 7,05 olduğu ve yapılan istatistiksel değerlendirmede gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı ($t= 1,65$; $p= 0,126$) görülürken, durumluk kaygı puan ortalamalarının kontrol grubunda 44,00 $\pm$ 5,43; deney grubunda 31,38 $\pm$ 7,23 olduğu ve gruplar arası karşılaştırmada istatistiksel yönden deney grubunun durumluk kaygı puanının kontrol grubuna göre anlamlı derecede düşük olduğu bulunmuştur ($t= 3,34$; $p= 0,007$).

Tablo 4-11: Tanıyı Bilme Durumuna Göre Kaygı Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tanı Bilme	Süreklilik Kaygı Puanı					Durumluk Kaygı Puanı				
	Deney		Kontrol			Deney		Kontrol		
	n	Ort $\pm$ SD	n	Ort $\pm$ SD	t; p	n	Ort $\pm$ SD	n	Ort $\pm$ SD	t; p
Evet	15	34,40 $\pm$ 7,73	14	35,50 $\pm$ 6,67	0,41; 0,68	15	32,20 $\pm$ 4,00	14	42,86 $\pm$ 5,80	5,80; 0,000
Hayır	5	31,00 $\pm$ 4,301	6	35,17 $\pm$ 2,79	1,94; 0,08	5	29,40 $\pm$ 6,54	6	44,67 $\pm$ 4,63	4,53; 0,001

Tablo 4-11'a göre grupların tanıyı bilme durumlarına göre kaygı puan ortalamaları incelendiğinde, tanısını bilen çocuklarda süreklilik kaygı puan ortalamaları kontrol grubunda $35,50 \pm 6,67$, deney grubunda $34,40 \pm 7,73$ olduğu ve yapılan istatistiksel değerlendirmede gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı ($t= 0,41$; $p= 0,686$) görülürken, durumluk kaygı puan ortalamalarının kontrol grubunda $42,86 \pm 5,80$; deney grubunda $32,20 \pm 4,00$ olduğu ve gruplar arası karşılaştırmada istatistiksel yönden deney grubunun durumluk kaygı puanının kontrol grubuna göre anlamlı derecede düşük olduğu bulunmuştur ($t= 5,80$; $p= 0,000$). Tanısını bilmeyen çocuklarda süreklilik kaygı puan ortalamaları kontrol grubunda $35,17 \pm 2,79$, deney grubunda $31,00 \pm 4,301$ olduğu ve yapılan istatistiksel değerlendirmede gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı ($t=1,94$; $p=0,08$) görülürken, durumluk kaygı puan ortalamalarının kontrol grubunda $44,67 \pm 4,63$; deney grubunda $29,40 \pm 6,54$ olduğu ve gruplar arası karşılaştırmada istatistiksel yönden deney grubunun durumluk kaygı puanının kontrol grubuna göre anlamlı derecede düşük olduğu bulunmuştur ($t= 4,53$; $p= 0,001$).

Tablo 4-12: Ameliyat Olup-Olmama Durumuna Göre Kaygı Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Süreklilik Kaygı Puanı					Durumluk Kaygı Puanı				
	Deney		Kontrol			Deney		Kontrol		
	n	Ort $\pm$ SD	n	Ort $\pm$ SD	t; p	n	Ort $\pm$ SD	n	Ort $\pm$ SD	t; p
Evet	10	32,20 $\pm$ 5,43	12	35,42 $\pm$ 4,19	1,57; 0,132	10	31,50 $\pm$ 6,24	12	43,17 $\pm$ 4,43	5,12; 0,000
Hayır	10	34,90 $\pm$ 8,5	8	35,38 $\pm$ 7,8	0,12; 0,904	10	31,50 $\pm$ 2,9	8	43,75 $\pm$ 6,7	5,07; 0,000

Tablo 4-12'ye göre grupların ameliyat olup-olmama durumlarına göre kaygı puan ortalamaları incelendiğinde, ameliyat olan çocuklarda süreklilik kaygı puan ortalamaları kontrol grubunda $35,42 \pm 4,19$, deney grubunda $32,20 \pm 5,43$ olduğu ve yapılan istatistiksel değerlendirmede gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı ($t= 1,57$; $p= 0,132$) görülürken, durumluk kaygı puan ortalamalarının kontrol grubunda $43,17 \pm 4,43$; deney grubunda $31,50 \pm 6,24$ olduğu ve gruplar arası karşılaştırmada istatistiksel yönden deney grubunun durumluk kaygı puanının kontrol grubuna göre anlamlı derecede düşük olduğu bulunmuştur ($t= 5,12$; $p= 0,000$). Ameliyat olmamış çocuklarda süreklilik kaygı puan ortalamaları kontrol grubunda $35,38 \pm 7,8$, deney grubunda $34,90 \pm 8,5$ olduğu ve yapılan istatistiksel değerlendirmede gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı ($t=0,12$; $p=0,904$) görülürken, durumluk kaygı puan ortalamalarının kontrol grubunda $43,75 \pm 6,7$; deney

grubunda $31,50 \pm 2,9$ olduğu ve gruplar arası karşılaştırmada istatistiksel yönden deney grubunun durumluk kaygı puanının kontrol grubuna göre anlamlı derecede düşük olduğu bulunmuştur ($t= 5,07$; $p= 0,000$).

Tablo 4-13: Fiziksel Engel Durumuna Göre Kaygı Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Fiz. Engel	Süreklilik Kaygı Puanı					Durumluk Kaygı Puanı				
	Deney		Kontrol			Deney		Kontrol		
	n	Ort $\pm$ SD	n	Ort $\pm$ SD	t; p	n	Ort $\pm$ SD	n	Ort $\pm$ SD	t; p
Yok	16	34,44 $\pm$ 7,52	17	34,94 $\pm$ 6,06	0,213;0,833	16	32,25 $\pm$ 4,28	17	43,18 $\pm$ 5,86	6,086; 0,000
Var	4	30,00 $\pm$ 3,74	3	38,00 $\pm$ 2,00	3,312;0,021	4	28,50 $\pm$ 5,92	3	44,67 $\pm$ 1,53	5,24; 0,009

Tablo 4-13'e göre grupların fiziksel engel durumuna göre kaygı puan ortalamaları incelendiğinde, fiziksel engeli olmayan çocuklarda süreklilik kaygı puan ortalamaları kontrol grubunda $34,94 \pm 6,06$, deney grubunda $34,44 \pm 7,52$ olduğu ve yapılan istatistiksel değerlendirmede gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı ($t= 0,213$; $p= 0,833$) görülürken, durumluk kaygı puan ortalamalarının kontrol grubunda $43,18 \pm 5,86$; deney grubunda $32,25 \pm 4,28$ olduğu ve gruplar arası karşılaştırmada istatistiksel yönden deney grubunun durumluk kaygı puanının kontrol grubuna göre anlamlı derecede düşük olduğu bulunmuştur ($t= 6,086$; $p= 0,000$). Fiziksel engeli olan çocuklarda süreklilik kaygı puan ortalamaları kontrol grubunda $38,00 \pm 2,00$, deney grubunda $30,00 \pm 3,74$ olduğu ve yapılan istatistiksel değerlendirmede gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı ($t= 3,312$; $p= 0,021$) görülürken, durumluk kaygı puan ortalamalarının kontrol grubunda $44,67 \pm 1,53$; deney grubunda $28,50 \pm 5,92$ olduğu ve gruplar arası karşılaştırmada istatistiksel yönden deney grubunun durumluk kaygı puanının kontrol grubuna göre anlamlı derecede düşük olduğu bulunmuştur ($t= 5,24$; $p= 0,009$).

Tablo 4-14: Kemoterapi Kür Sayısına Göre Kaygı Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Kür Sayısı	Süreklilik Kaygı Puanı					Durumluk Kaygı Puanı				
	Deney		Kontrol			Deney		Kontrol		
	n	Ort ± SD	n	Ort ± SD	t; p	n	Ort ± SD	n	Ort ± SD	t; p
1- 2	3	28,33 ± 6,03	7	32,29 ± 6,16	0,80; 0,377	3	33,33 ± 3,51	7	41,57 ± 6,08	2,15; 0,064
3 ve ↑	17	34,47 ± 7,00	13	37,08 ± 4,90	1,14; 0,262	17	31,2 ± 4,93	13	44,38 ± 5,01	7,22; 0,000

Tablo 4-14'e göre grupların kemoterapi kür sayısına göre kaygı puan ortalamaları incelendiğinde, 1-2 kür almış çocuklarda süreklilik kaygı puan ortalamaları kontrol grubunda $32,29 \pm 6,16$, deney grubunda $28,33 \pm 6,03$ olduğu ve yapılan istatistiksel değerlendirmede gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı ($t= 0,80$; $p= 0,377$) görülürken, durumluk kaygı puan ortalamalarının kontrol grubunda $41,57 \pm 6,08$; deney grubunda $33,33 \pm 3,51$ olduğu ve gruplar arası karşılaştırmada istatistiksel yönden deney grubunun durumluk kaygı puanının kontrol grubuna göre anlamlı derecede düşük olduğu bulunmuştur ($t= 2,15$; $p=0,064$). Kür sayısı 3 ve daha fazla olan çocuklarda süreklilik kaygı puan ortalamaları kontrol grubunda $37,08 \pm 4,90$ deney grubunda $34,47 \pm 7,00$ olduğu ve yapılan istatistiksel değerlendirmede gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı ($t= 1,14$; $p= 0,262$) görülürken, durumluk kaygı puan ortalamalarının kontrol grubunda $44,38 \pm 5,01$; deney grubunda $31,2 \pm 4,93$ olduğu ve gruplar arası karşılaştırmada istatistiksel yönden deney grubunun durumluk kaygı puanının kontrol grubuna göre anlamlı derecede düşük olduğu bulunmuştur ($t= 7,22$; $p=0,000$).

Tablo 4-15: Radyoterapi Alıp-Almama Durumuna Göre Kaygı Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Radyoterapi	Süreklilik Kaygı Puanı					Durumluk Kaygı Puanı				
	Deney		Kontrol			Deney		Kontrol		
	n	Ort ± SD	n	Ort ± SD	t; p	n	Ort ± SD	n	Ort ± SD	t; p
Alıyor	5	35,20 ± 7,91	9	36,11 ± 4,49	0,282; 0,783	5	31,00 ± 7,4	9	44,00 ± 4,00	4,34; 0,001
Almıyor	15	33,00 ± 7,03	4	32,75 ± 1,9	0,664; 0,513	15	31,67 ± 3,83	11	42,91 ± 6,52	5,53; 0,000

Tablo 4-15'e göre grupların radyoterapi alıp-almama durumuna göre kaygı puan ortalamaları incelendiğinde, radyoterapi alan çocuklarda süreklilik kaygı puan ortalamaları

kontrol grubunda 36.11 ± 4.49 , deney grubunda 35.20 ± 7.91 olduğu ve yapılan istatistiksel değerlendirmede gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı ($t= 0,282$; $p= 0,783$) görülürken, durumluk kaygı puan ortalamalarının kontrol grubunda $44,00 \pm 4,00$; deney grubunda $31,00 \pm 7,4$ olduğu ve gruplar arası karşılaştırmada istatistiksel yönden deney grubunun durumluk kaygı puanının kontrol grubuna göre anlamlı derecede düşük olduğu bulunmuştur ($t= 4,34$; $p= 0,001$). Radyoterapi almayan çocuklarda kaygı puan ortalamaları kontrol grubunda $32,75 \pm 1,9$, deney grubunda $33,00 \pm 7,031$ olduğu ve yapılan istatistiksel değerlendirmede gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı ($t= 0,664$; $p= 0,513$) görülürken, durumluk kaygı puan ortalamalarının kontrol grubunda $42,91 \pm 6,52$; deney grubunda $31,67 \pm 3,83$ olduğu ve gruplar arası karşılaştırmada istatistiksel yönden deney grubunun durumluk kaygı puanının kontrol grubuna göre anlamlı derecede düşük olduğu bulunmuştur ($t= 5,53$; $p= 0,000$).

Tablo 4-16: Aylık Uygulanan Laboratuvar Test Sayısına Göre Kaygı Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Test (Aylık)	Süreklilik Kaygı Puanı					Durumluk Kaygı Puanı				
	Deney		Kontrol			Deney		Kontrol		
	n	Ort $\pm$ SD	n	Ort $\pm$ SD	t; p	n	Ort $\pm$ SD	n	Ort $\pm$ SD	t; p
1-2 kez	13	$32,62 \pm 8,01$	10	$37,80 \pm 6,30$	1,70; 0,107	13	$30,08 \pm 4,97$	10	$45,30 \pm 4,30$	7,71; 0,000
3 ve $\uparrow$	7	$35,29 \pm 5,02$	10	$33,00 \pm 4,03$	-1,04; 0,314	7	$34,14 \pm 2,97$	10	$41,50 \pm 5,97$	2,99; 0,009

Tablo 4-16'ya göre grupların aylık uygulanan laboratuvar test sayısına göre kaygı puan ortalamaları incelendiğinde, ayda 1-2 kez uygulanan çocuklarda süreklilik kaygı puan ortalamaları kontrol grubunda $37,80 \pm 6,30$, deney grubunda $32,62 \pm 8,01$ olduğu ve yapılan istatistiksel değerlendirmede gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı ($t= 1,70$; $p= 0,107$) görülürken, durumluk kaygı puan ortalamalarının kontrol grubunda $45,30 \pm 4,30$; deney grubunda $30,08 \pm 4,97$ olduğu ve gruplar arası karşılaştırmada istatistiksel yönden deney grubunun durumluk kaygı puanının kontrol grubuna göre anlamlı derecede düşük olduğu bulunmuştur ($t= 7,71$; $p= 0,000$). Test sayısı ayda 3 ve daha fazla olan çocuklarda süreklilik kaygı puan ortalamaları kontrol grubunda $33,00 \pm 4,03$ deney grubunda $35,29 \pm 5,02$ olduğu ve yapılan istatistiksel değerlendirmede gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı ($t= -1,04$; $p= 0,314$) görülürken, durumluk kaygı puan ortalamalarının kontrol grubunda $41,50 \pm 5,97$; deney grubunda $34,14 \pm 2,97$ olduğu ve

gruplar arası karşılaştırmada istatistiksel yönden deney grubunun durumluk kaygı puanının kontrol grubuna göre anlamlı derecede düşük olduğu bulunmuştur ($t= 2,99$; $p= 0,009$).

Tablo 4-17: Aylık Hastaneye Yatış Sayısına Göre Kaygı Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Yatış (Aylık)	Süreklilik Kaygı Puanı					Durumluk Kaygı Puanı				
	Deney		Kontrol			Deney		Kontrol		
	n	Ort $\pm$ SD	n	Ort $\pm$ SD	t; p	n	Ort $\pm$ SD	n	Ort $\pm$ SD	t; p
1-2 kez	13	32,69 $\pm$ 7,52	11	35,82 $\pm$ 5,31	1,15; 0,261	13	30,54 $\pm$ 4,22	11	45,09 $\pm$ 4,08	8,55; 0,000
3 ve $\uparrow$	7	35,14 $\pm$ 6,42	9	34,90 $\pm$ 6,45	-0,08; 0,94	7	33,29 $\pm$ 5,44	9	41,33 $\pm$ 6,35	2,67; 0,018

Tablo 4-17'ye göre grupların aylık hastaneye yatış sayısına göre kaygı puan ortalamaları incelendiğinde, ayda 1-2 kez yatan çocuklarda süreklilik kaygı puan ortalamaları kontrol grubunda $35,82 \pm 5,31$, deney grubunda $32,69 \pm 7,52$ olduğu ve yapılan istatistiksel değerlendirmede gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı ($t=1,15$; $p= 0,261$) görülürken, durumluk kaygı puan ortalamalarının kontrol grubunda $45,09 \pm 4,08$ deney grubunda $30,54 \pm 4,22$ olduğu ve gruplar arası karşılaştırmada istatistiksel yönden deney grubunun durumluk kaygı puanının kontrol grubuna göre anlamlı derecede düşük olduğu bulunmuştur ($t= 8,55$; $p= 0,000$). Yatış sayısı ayda 3 ve daha fazla olan çocuklarda süreklilik kaygı puan ortalamaları kontrol grubunda $34,90 \pm 6,45$, deney grubunda $35,14 \pm 6,42$ olduğu ve yapılan istatistiksel değerlendirmede gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı ($t= -0,08$; $p= 0,94$) görülürken, durumluk kaygı puan ortalamalarının kontrol grubunda $41,33 \pm 6,35$; deney grubunda $33,29 \pm 5,44$ olduğu ve gruplar arası karşılaştırmada istatistiksel yönden deney grubunun durumluk kaygı puanının kontrol grubuna göre anlamlı derecede düşük olduğu bulunmuştur ($t= 2,67$; $p=0,018$).

5. TARTIŞMA

Hastane ortamındaki çocuklar öngörülemeyen ve şiddetli ağrıya neden olan birçok tıbbi girişime maruz kalmaktadır. Ağrılı girişimlerin kan alma gibi kolay bir işlemde, lomber ponksiyon, biyopsi gibi daha ağır işlemlere kadar geniş bir yelpazesi mevcuttur. Girişimsel ağrıların hastada kısa dönem ve uzun dönem etkileri oluşabilmektedir. Bu girişimler hastayı fiziksel, duygusal, davranışsal, bilişsel yönden etkilediği kadar; korku, anksiyete, kızgınlık, agresif davranışlar, konsantrasyonda bozulma, sonraki tıbbi girişimleri reddetme, sağlık çalışanlarına güvensizliğe neden olabilmektedir (Uman ve ark. 2008; Nilsson ve ark. 2009; Czarnecki ve ark. 2011). Geçmişte yaşanan ağrılı girişimlerin neden olduğu korku ve anksiyetenin yetişkinlik döneminde de sürebileceği ve bireyin tıbbi girişimlere aşırı tepki vermesine, gerekli uygulamalardan kaçınmasına neden olabileceği ifade edilmektedir (DeMore ve Cohen 2005; Young, 2005; Alexander 2012; McMurtry 2013).

Parmaktan kan alma gibi minör tıbbi girişimler bile çocuklarda ağrı ve korku yaratırken, ağrının ve stresin giderilmesine yönelik girişimler nadiren kullanılmaktadır (Young 2005). Dünya Sağlık Örgütü'ne göre ağrının azaltılması/giderilmesi insan hakları arasında yer alan birincil kavramlardandır (Green ve ark. 2006). Amerikan Pediatri Akademisi (AAP) ve Amerikan Ağrı Topluluğu (APS) damar yolu açma gibi minör girişimlerde dahi ağrı ve stresin en alt düzeyde tutulması gerektiğini ifade etmektedir (Mutlu 2012).

Amerikan Ağrı Yönetimi Hemşireliği Topluluğu (American Society of Pain Management Nursing -ASPMN) ağrılı girişimlere maruz kalan bireylerin girişim öncesi, sırası ve sonrasında optimal düzeyde ağrı yönetiminin sağlanacağı bir plana sahip olma hakkı olduğunu belirtmektedir. Hemşireler ve diğer sağlık çalışanları girişimsel süreçte hasta için gerekli rahatlığı sağlamaktan sorumludurlar. Türk Hemşireler Derneği, hemşirelerin tıbbi uygulamaların bireyler için oluşturabileceği riskleri en aza indirmesi ve bireylerin zarar görmesini önlemeye yönelik girişimlerde bulunması gerektiğini belirtmektedir. Hasta çocuğa uygulanan tıbbi girişim öncesi hazırlık, girişim sırasında destek ve girişim sonrası takip uygulamaları, çocuğun invazif girişimlerle baş etmesini kolaylaştırmaktadır (Brennan ve ark. 2007; Czarnecki ve ark. 2011).

Bu temel ve genel görüşler doğrultusunda tartışma bulguların veriliş sırasına göre yapılmıştır. Ancak çalışma ile doğrudan ilişkili kaynak sayısı kısıtlı olduğundan tartışma konu ile ilgili bulunan çalışma ve literatür ile birlikte çalışmanın kendi bulguları içinde yapılmıştır.

Çocukların Tanımlayıcı Özelliklerinin Tartışılması

Kontrol ve deney gruplarında bulunan çocukların ağırlıklı olarak 11-12 yaş aralığında (Kontrol: %60, Deney: %65, $p=0,74$), erkek çocuklar olduğu (Kontrol: %75, Deney: %70, $p=0,72$) ve çoğunluğunun okuma-yazması olduğu (Kontrol ve Deney: %95, $p=1,00$) bulunmuştur. Amerikan Kanseri Birliği'nin 2014 istatistiklerine bakıldığında, 2006-2010 yılları arasında Amerika'daki cinsiyete göre kanser oranlarının çalışmamızdaki sonuçlara benzer şekilde 0-14 yaş aralığındaki erkek çocuklarda kız çocuklarından daha yüksek olduğu belirtilmiştir (Ward ve ark. 2014). Çalışmada her iki grupta da sağlık güvencesi olarak yüksek oranda SGK kullanılmaktadır (Kontrol: %84,2, Deney: %65, $p=0,63$) (Tablo 4-1).

Amerikan Kanseri Birliği'nin 2010 verilerine göre kanserli çocukların tanı dağılımında lösemi % 21'lik oran ile ilk sırada, beyin tümörleri % 19'luk oranla 2. sırada bulunmaktadır (<http://www.curesearch.org/Childhood-Cancer-Statistics/>). Türk Pediatrik Onkoloji Grubu (TPOG) ve Türk Pediatrik Hematoloji Derneği (TPHD)'nin 2002-2008 yılları arasında Türkiye genelinde çocukluk kanser tanılarında yapmış olduğu sınıflamada lösemi % 31,7, lenfoma % 17,1, SSS tümörleri % 13,3 oranları ile ilk 3 sırada yer almıştır. Çalışmada kontrol ve deney gruplarındaki tanı dağılımına bakıldığında ise çoğunluğun tümörlü kanserlere (medulloblastom, nöroblastom, osteosarkom) maruz kaldığı bulunurken (Kontrol: %65, Deney: %40), lösemi her iki grupta da eşit oranda çıkarak dağılımda ikinci sırada (Kontrol: %25, Deney: %25), lenfoma tanısı alan çocuklar (Kontrol: %10, Deney: %35) son sırada yer almaktadır ($p=0,138$). Dağılım sırası farklı olsa da, ağırlıklı görülen tanı çeşitleri belirtilen araştırmalarla benzerlik göstermektedir (Tablo 4-2).

Deney ve kontrol grubunda yer alan çocukların çoğunluğunun son 1 yıl içinde tanı aldığı (Kontrol: %75, Deney: %60, $p=0,311$) ve kanser tanısı aldıklarını bildikleri (Kontrol: %70, Deney: % 75, $p=0,723$) görülmüştür (Tablo 4-2). Çocuklarda tanıyı bilme oranının yüksek çıkmasının sebebinin, çocukların bilişsel gelişim düzeyinin tıbbi terminolojiler hakkında bilgi sahibi olabilecek düzeyde olduğundan ve bilgiye erişim kolaylığından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Tablo 4-3'e göre, çocukların ameliyat olma durumuna bakıldığında kontrol grubunda çoğunluğun cerrahi operasyon geçirdiği, deney grubunda ise ameliyat olan ve olmayanların oranının eşit olduğu (Kontrol: %60, Deney: %50, $p=0,525$); cerrahi işlem olarak deney ve kontrol grubunda tanılarına uygun bir şekilde tümör çıkarılmasının çoğunlukta olduğu

bulunmuştur (Kontrol:% 40, Deney:% 25, $p=0,525$). Her iki grupta da çocukların çoğunluğunun fiziksel engeli yoktur (Kontrol: %85, Deney: %80, $p= 0,677$).

Tablo 4-4'e göre deney ve kontrol grubundaki çocukların tamamının kemoterapi aldığı (Kontrol ve Deney: %100, $p=1,00$), çoğunluğunun 3 kür ve fazlasını aldığı (Kontrol: %65, Deney: %85, $p= 0,144$) bulunmuştur. 2 grupta da radyoterapi alan çocuk oranının yüksek olduğu (Kontrol: %55, Deney: %75, $p=0,185$) ve çoğunluğunun 3 günden fazla radyoterapi aldığı görülmüştür (Kontrol: %49,7, Deney: %25, $p= 0,263$).

Aylık laboratuvar testi yaptırma oranına bakıldığında, 2 grupta da çocukların çoğunluğu ayda 1- 2 kez test yaptırmak için hastaneye uğramaktadır (Kontrol: %50, Deney: % 65, $p=0,337$). Kontrol ve deney grubundaki çocukların çoğu tedavi almak için ayda 1-2 kez hastaneye yatış yapmaktadır (Kontrol: %55, Deney: %65, $p= 0,52$) (Tablo 4-4).

Tanımlayıcı özelliklerin tamamına bakıldığında kontrol ve deney grupları arasında yapılan istatistiksel değerlendirmede anlamlı düzeyde fark bulunmamaktadır. Genel olarak kontrol ve deney grupları, tanımlayıcı özellikler yönünden homojenlik göstermektedir.

Çocukların Kaygı Puan Ortalamalarının Tartışılması

Kontrol ve deney gruplarının kaygı puan ortalamalarına bakıldığında, süreklilik kaygı puan ortalamalarının her iki grupta da benzer olup orta seviyede kaldığı, istatistiksel yönden gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmadığı görülmüştür (Kontrol: $35,40 \pm 5,71$, Deney: $33,55 \pm 7,08$, $p= 0,37$) (Tablo 4-5).

Durumluk kaygı puan ortalamalarına bakıldığında ise, deney grubunda durumluk kaygı puanının kontrol grubuna göre düşük olduğu ve bu farkın istatistiksel yönden anlamlı olduğu bulunmuştur (Kontrol: $43,40 \pm 5,42$, Deney: $31,50 \pm 4,73$, $p= 0,000$). Bu sonuç, çocuklara terapötik oyun ile verilen eğitimin, venöz damar yolu açma girişiminin çocuklarda yarattığı anksiyete düzeyini düşürdüğünü göstermektedir (Tablo 4-5). Araştırmanın bu sonucunu destekleyen birçok çalışma vardır. Bu çalışmalara göre çocuğun damar yolu açma gibi ağırlı işlemler öncesinde hazırlanması ve bilgilendirilmesi çok önemlidir (Cohen ve ark. 2008; Savaşer ve ark. 2010; Hughes 2012). Li ve Lopez'in 2008'de yapmış olduğu bir çalışmada da benzer şekilde, 7-12 yaş aralığındaki çocuklara cerrahi operasyon öncesi terapötik oyun ile verilen eğitimin operasyon sonrası kaygı puanlarını düşürdüğü gösterilmiştir. 2012 yılında 142 çocuk üzerinde yapılan bir çalışmada, kan aldırma öncesi bilgi verilmesinin çocukları rahatlattığı ifade edilmektedir (Mutlu 2012). Chen ve

arkadaşlarının 2013 yılında beyin tümörü olan 3-15 yaş aralığındaki 19 çocuk üzerinde yapmış oldukları başka bir çalışmada radyoterapi öncesi terapötik oyun ile yapılan hazırlığın işlemin yarattığı anksiyete seviyesini düşürdüğü bulunmuştur. Nader ve arkadaşlarının 2013 yılında 5-12 yaş aralığında 33 çocuk üzerinde yaptığı çalışmada doktora muayene olmadan önce oynanan medikal oyunun çocukların anksiyete düzeylerini düşürdüğü gösterilmiştir.

Çalışmada verilen eğitim 8-10 yaş grubu (Kontrol: $34,25 \pm 3,45$, Deney: $30,29 \pm 5,28$, $p=0,105$) ve 11-12 yaş gruplarının (Kontrol: $36,17 \pm 6,86$, Deney: $35,31 \pm 7,48$, $p=0,77$) süreklilik kaygı puan ortalamalarında fark yaratmamıştır. Durumluk kaygı puan ortalamaları ise, deney grubunda 8-10 yaş (Kontrol: $44,75 \pm 3,01$, Deney: $32,00 \pm 4,32$, $p=0,000$) ve 11-12 yaş gruplarında (Kontrol: $42,5 \pm 6,54$; Deney: $31,23 \pm 5,09$, $p=0,000$) eğitim sonrası istatistiksel olarak anlamlı düşüş göstermiştir. Yaşça küçük çocukların büyük çocuklara göre daha fazla ağrı hassasiyeti ve davranışsal stres yaşayabildiğini gösteren çalışmalar vardır (Kleiber ve ark. 2007). 223 çocuk üzerinde yapılan bir çalışmada, hazırlıksız yapılan intravenöz uygulamaların 2,5-6 yaş aralığındaki çocukların %83'ünün, 7-12 yaş aralığındaki çocukların %51'inin anksiyete düzeyini arttırdığı bulunmuştur (Luhmann ve ark. 2004). Çalışma bulgularında 8-10 ile 11-12 yaş grupları arasında eğitimin ve terapötik oyun girişiminin çocukların durumluk anksiyetelerini benzer oranlarda düşürdüğü görülmüştür. Bu durum eğitim ve terapötik oyunun yaş farkı gözetmeksizin durumluk kaygı puanlarını düşürdüğü şeklinde yorumlanmıştır (Tablo 4-6).

Cinsiyetin kaygı puan ortalamalarına etkisine bakıldığında, kız ve erkek çocuklarının sürekli kaygı puanları arasında anlamlı bir fark yoktur (sırasıyla p değerleri: 0,478; 0,09). Durumluk kaygı puanları ise kız çocuklarda (Kontrol: $41,00 \pm 3,54$, Deney: $32,67 \pm 3,62$, $p=0,04$) ve erkek çocuklarda (Kontrol: $44,20 \pm 5,80$, Deney: $31,00 \pm 5,17$, $p=0,000$) eğitim ve terapötik oyun sonrası istatistiksel olarak anlamlı şekilde düşmüştür (Tablo 4-7). Yapılan bir çalışmada 10 - 14 yaş aralığındaki erkek çocukları, yapılan invazif işlemin oluşturduğu ağrıya kızlara göre daha yüksek tolerans göstermiş, ancak aynı çalışma 7-9 yaş aralığındaki çocuklarda yapıldığında cinsiyete yönelik invazif işleme verilen tepkide anlamlı bir fark bulunmamıştır (Piira ve ark. 2002). Bu araştırmaya benzer şekilde, çalışmada terapötik oyun uygulaması yoluyla verilen eğitimin çocukların kaygı puanlarına etkisi ile çocukların cinsiyeti arasında anlamlı bir fark yoktur. Kız ve erkek çocuklarda terapötik oyun ile verilen eğitim, anksiyete düzeylerini düşürmektedir.

Kardeş sayısının kaygı puan ortalamalarına etkisine bakıldığında, en fazla 1 kardeşi olanlar ile 2 ve daha fazla kardeşi olan çocukların sürekli kaygı puanları arasında istatistiksel

olarak anlamlı bir fark yoktur (sırasıyla p değerleri: 0,19; 0,98). Durumluk kaygı puanları, deney grubunda 0-1 kardeşi olan çocuklarda (Kontrol: $42,80 \pm 6,51$, Deney: $31,00 \pm 5,51$, $p=0,001$) ve 2 ve daha çok kardeşi olan çocuklarda (Kontrol: $44,00 \pm 4,35$, Deney: $31,77 \pm 4,48$, $p=0,000$) terapötik oyun ile verilen eğitim sonrası istatistiksel olarak anlamlı şekilde düşmüştür (Tablo 4-8). Çalışmada verilen eğitimin çocukların kaygı puanlarına etkisi ile kardeş sayısı arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Buna göre terapötik oyun ile verilen eğitimin anksiyete düzeyine etkisinin, tıbbi girişime maruz kalan çocuğun kardeş sayısı ile ilişkisi yoktur.

Sağlık güvencesinin kaygı puan ortalamalarına etkisine bakıldığında, SGK'sı olanlar ile özel sigortası olan çocukların süreklilik kaygı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (sırasıyla p değerleri: 0,413; 0,774). Durumluk kaygı puanı, SGK'sı olan çocuklarda (Kontrol: $42,63 \pm 5,39$, Deney: $31,29 \pm 4,74$, $p=0,000$) anlamlı derecede düşerken; özel sigortası olan çocuklarda ($p=0,120$) anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bunun nedeninin özel sigortası olan çocukların, SGK'sı olanlara göre sayıca oldukça az olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir (Deney: 2, Kontrol: 3). Terapötik oyun yolu ile verilen verilen eğitimin çocukların kaygı puanlarına etkisi ile sağlık güvencesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Okuma-yazma bilme durumunun kaygı puan ortalamalarına etkisine bakıldığında, deney ve kontrol grubunda sadece 1'er çocuk okuma yazma bilmemektedir. Okuma-yazması olan çocuklarda süreklilik kaygı puanında anlamlı bir fark yok iken, durumluk kaygı puanı deney grubunda istatistiksel olarak anlamlı bir düşme göstermiştir (Kontrol: $42,89 \pm 5,07$, Deney: $31,11 \pm 4,51$, $p=0,000$). Terapötik oyun yolu ile verilen eğitimin çocukların kaygı puanlarına etkisi ile okuma-yazma bilme durumu arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Tanıların kaygı puan ortalamalarına etkisine bakıldığında, deney ve kontrol grupları arasında süreklilik kaygı puan ortalamalarında fark gözlenmemiştir (Lösemi, $p=0,713$; Tümör, $p=0,49$; Lenfoma, $p=0,89$). Durumluk kaygı puanlarında ise deney grubunda istatistiksel olarak anlamlı bir düşme mevcuttur (Lösemi, $p=0,001$; Tümör, $p=0,000$; Lenfoma, $p=0,007$) (Tablo 4-9). Ancak terapötik oyun ile verilen eğitimin anksiyete düzeyine etkisi ile tıbbi girişime maruz kalan çocuğun aldığı kanser tanısının türü arasında ilişki bulunmamıştır. Literatürde alınan kanser tanısı çeşidi ile medikal işlem öncesi bilgilendirmenin karşılaştırıldığı bir çalışmaya rastlanmamıştır. Çalışmaya göre hangi kanser tanısını almış olursa olsun, damar yolu açmadan önce terapötik oyun ile verilen eğitim, çocukların girişim sonrası anksiyetesini düşürmektedir.

Tanı sürelerinin kaygı puan ortalamalarına etkisine bakıldığında, deney ve kontrol grupları arasında süreklilik kaygı puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı fark gözlenmemiştir (sırasıyla p değerleri: 0,925, 0,126). Durumluk kaygı puanları, deney grubunda tanı süresi en fazla 1 yıl olanlar (Kontrol: $43,20 \pm 5,96$, Deney: $31,58 \pm 2,31$, $p=0,000$) ve 2 yıldan fazla olan çocuklarda (Kontrol: $44,00 \pm 5,43$, Deney: $31,38 \pm 7,23$, $p=0,007$) istatistiksel olarak anlamlı düşüş göstermiştir. Terapötik oyun ile verilen eğitimin anksiyete düzeyine etkisi ile tıbbi girişime maruz kalan çocuğun kanser tanısını almış olduğu süre arasında ilişki bulunmamıştır. Literatürde kanser tanısının süresi ile tıbbi girişim öncesi bilgilendirme işlemi arasındaki ilişkinin değerlendirildiği bir çalışmaya rastlanmamıştır. Çalışmaya göre, çocuk kanser tanısını yeni almış ya da daha uzun süredir kanser tedavisi görmekte olsa da terapötik oyun ile verilen eğitim, çocuğun damar yolu girişimine yönelik anksiyetesini azaltmaktadır.

Tanıyı bilme durumunun kaygı puan ortalamalarına etkisine bakıldığında, deney ve kontrol grupları arasında süreklilik kaygı puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (sırasıyla p değerleri: 0,68; 0,08). Durumluk kaygı puanları ise, deney grubunda tanısını bilen (Kontrol: $42,86 \pm 5,80$, Deney: $32,20 \pm 4,00$, $p=0,000$) ve tanısını bilmeyen çocuklarda (Kontrol: $44,67 \pm 4,63$, Deney: $29,40 \pm 6,54$, $p=0,001$) istatistiksel olarak anlamlı düşüş göstermiştir. Çalışmaya göre çocuk tanısını bilsin ya da bilmesin, damar yolu açma öncesi terapötik oyun yolu ile verilen eğitim çocuğun girişime yönelik anksiyetesini düşürmüştür (Tablo 4-11).

Ameliyat olup-olmama durumunun kaygı puan ortalamalarına etkisine bakıldığında, deney ve kontrol grupları arasında süreklilik kaygı puan ortalamalarında anlamlı fark bulunmamıştır (sırasıyla p değerleri: 0,132; 0,904). Durumluk kaygı puanları cerrahi operasyon geçirmiş çocuklar (Kontrol: $43,17 \pm 4,43$, Deney: $31,50 \pm 6,24$, $p=0,000$) ve geçirmemiş çocuklarda (Kontrol: $43,75 \pm 6,7$, Deney: $31,50 \pm 2,9$, $p=0,000$) anlamlı düşüş göstermiştir. Tablo 4-12'ye göre çocukların ameliyat olup-olmaması ile durumluk kaygı puan ortalamaları etkilenmemektedir. Yani ameliyat olan ya da olmayan grupta damar yolu açma işlemi öncesinde terapötik oyun ile verilen eğitim, çocukların girişim sonrası anksiyetesini düşürmektedir.

Fiziksel engellilik durumunun kaygı puan ortalamalarına etkisine bakıldığında, deney ve kontrol grupları arasında süreklilik kaygı puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur (sırasıyla p değerleri: 0,833; 0,021). Durumluk kaygı puanları ise, deney grubunda fiziksel engeli olmayan (Kontrol: $43,18 \pm 5,86$, Deney: $32,25 \pm 4,28$, $p=0,000$) ve fiziksel engeli olan çocuklarda (Kontrol: $44,67 \pm 1,53$, Deney: $28,50 \pm 5,92$, $p=0,009$) istatistiksel

olarak anlamlı düşüş göstermiştir (Tablo 4-13). Deney grubunda terapötik oyun yoluyla verilen eğitimin anksiyete düzeyine etkisi ile çocuğun fiziksel engelli olup-olmama durumu arasında ilişki bulunmamıştır. Fiziksel engeli olsun ya da olmasın damar yolu açma işlemi öncesinde terapötik oyun ile verilen eğitim, çocukların girişim sonrası anksiyetesini düşürmektedir.

Kemoterapi kür sayısının kaygı puan ortalamalarına etkisine bakıldığında, deney ve kontrol grupları arasında süreklilik kaygı puan ortalamalarında anlamlı fark bulunmamıştır (sırasıyla p değerleri: 0,377; 0,262). Durumluk kaygı puanları ise, deney grubunda 1-2 kez kür almış çocuklar (Kontrol: $41,57 \pm 6,08$, Deney: $33,33 \pm 3,51$, $p= 0,064$) ve 3 kür ve daha fazlasını almış çocuklarda (Kontrol: $44,38 \pm 5,01$, Deney: $31,2 \pm 4,93$, $p= 0,000$) anlamlı düşüş göstermiştir. Tablo 4-14'e göre deney grubunda terapötik oyun ile verilen eğitimin anksiyete düzeyine etkisi ile çocuğun aldığı kemoterapi kür sayısı arasında ilişki yoktur. Kemoterapi kür sayısı ne olursa olsun damar yolu açma işlemi öncesinde terapötik oyun ile verilen eğitim, çocukların girişim sonrası anksiyetesini düşürmektedir.

Radyoterapi alıp-almama durumunun kaygı puan ortalamalarına etkisine bakıldığında, deney ve kontrol grupları arasında süreklilik kaygı puan ortalamalarında anlamlı fark bulunmamıştır (sırasıyla p değerleri: 0,783; 0,513). Durumluk kaygı puanları ise, deney grubunda radyoterapi alan çocuklarda (Kontrol: $44,00 \pm 4,00$, Deney: $31,00 \pm 7,4$, $p= 0,001$), ve almayan çocuklarda (Kontrol: $42,91 \pm 6,52$, Deney: $31,67 \pm 3,83$, $p= 0,000$) anlamlı düşüş göstermiştir (Tablo 4-15). Deney grubunda terapötik oyun ile verilen eğitimin anksiyete düzeyine etkisi ile çocuğun radyoterapi alması arasında ilişki bulunmamıştır. Radyoterapi alan ya da almayan çocuklarda damar yolu açma işlemi öncesinde terapötik oyun ile verilen eğitim, çocukların girişim sonrası anksiyetesini düşürmektedir.

Aylık uygulanan laboratuvar testi sayısının kaygı puan ortalamalarına etkisine bakıldığında, deney ve kontrol grupları arasında süreklilik kaygı puan ortalamalarında istatistiksel yönden anlamlı fark görülmemiştir (sırasıyla p değerleri: 0,107; 0,314). Durumluk kaygı puanları ise, deney grubunda laboratuvar testi ayda 1-2 kez (Kontrol: $45,30 \pm 4,30$, Deney: $30,08 \pm 4,97$, $p= 0,000$) veya 3 ve daha fazla uygulanan çocuklarda (Kontrol: $41,50 \pm 5,97$, Deney: $34,14 \pm 2,97$, $p= 0,009$) istatistiksel açıdan anlamlı düşüş göstermiştir (Tablo 4-16). Çalışmada deney grubunda terapötik oyun ile verilen eğitimin anksiyete düzeyine etkisi ile aylık uygulanan laboratuvar testleri arasında ilişki yoktur. Aylık laboratuvar test sayısı ne olursa olsun çocuklarda damar yolu açma işlemi öncesinde terapötik oyun ile verilen eğitim, çocukların girişim sonrası anksiyetesini düşürmektedir. 31 çocuk üzerinde yapılmış bir çalışmada da benzer şekilde, damar yolu girişimi öncesinde yapılan bilgilendirme anksiyeteyi

düşürürken, çocuklara öncesinde uygulanmış invazif işlem sayısı ile anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Kolk ve ark. 2000).

Aylık hastaneye yatış sayısının kaygı puan ortalamalarına etkisine bakıldığında, deney ve kontrol grupları arasında süreklilik kaygı puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmemiştir (sırasıyla p değerleri: 0,261; 0,94). Deney grubunda ayda 1-2 kez hastaneye yatan çocuklar (Kontrol: $45,09 \pm 4,08$, Deney: $30,54 \pm 4,22$, $p= 0,000$) ile yatış sayısı aylık 3 ve daha fazla olan çocukların (Kontrol: $41,33 \pm 6,35$, Deney: $33,29 \pm 5,44$, $p= 0,018$) durumluk kaygı puanlarında istatistiksel olarak anlamlı düşüş görülmektedir (Tablo 4-17). Deney grubunda terapötik oyun ile verilen eğitimin anksiyete düzeyine etkisi ile çocuğun hastaneye aylık yatış sayısı arasında ilişki bulunmamıştır. Aylık yatış sayısı ne olursa olsun çocuklarda damar yolu açma işlemi öncesinde terapötik oyun ile verilen eğitim, çocukların girişim sonrası anksiyetesini düşürmektedir.

Sonuç ve Öneriler

Araştırmadan aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir:

- Araştırmaya katılan çocukların sosyo-demografik özellikleri deney ve kontrol grubunda benzerdir.
- Çocukların aldıkları kanser tanıları çoğunluk sırasına göre tümörlü kanserler, lösemi ve lenfomadır.
- Araştırmaya katılan çocukların çoğunluğu tanısını bilmektedir.
- Araştırmaya katılan çocukların tamamı kemoterapi almakta, büyük çoğunluğu da ek olarak radyoterapi almaktadır.
- Araştırmaya katılan çocukların çoğunluğu cerrahi operasyon geçirmiştir.
- Araştırmadan elde edilen sonuçlar **Hipotez 1** ve **Hipotez 2**'yi desteklemektedir.
- Süreklilik kaygı düzeyinin kontrol ve deney grubunda aynı düzeyde kalmış, terapötik oyun ile verilen eğitim çocuklarda süreklilik kaygı durumunu etkilememiştir.
- Durumluk kaygı düzeyi kontrol grubunda yüksek iken, deney grubunda düşüktür. Tıbbi işlem öncesi terapötik oyun ile verilen eğitim çocuklarda durumluk kaygı seviyesini düşürmüştür.
- Yaş, cinsiyet, okuma/yazma durumu, kardeş sayısı, sağlık güvencesi, alınan tanı, tanının süresi, tanıyı bilme/bilmeme, ameliyat olup/olmama, fiziksel engel varlığı/yokluğu, alınan tedavi türü ve sıklığı, aylık uygulanan test sayısı ve aylık

hastaneye yatış sayısı değişkenlerinden hiç biri çocukların durumluk-süreklilik kaygı düzeyini etkilememiştir. Bütün çocuklarda - değişkenler ne olursa olsun - işlem öncesi uygulanan terapötik oyun ile verilen eğitimin durumluk kaygı düzeyini düşürdüğü bulunmuştur.

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- Damar yolu açma gibi invazif işlemler sırasında ve sonrasında çocukların anksiyetesini ve olumsuz tepkilerini azaltmak için işlem öncesi terapötik oyun ile eğitim verme yönteminin kullanılması,
- Hastanede çocuk ile ilgili birimlerde çalışan hemşirelerin terapötik oyunun ve çocukların tıbbi işlemler öncesi bilgilendirilmesinin önemi hakkında bilinçlendirilmesi, bu alanda sağlık çalışanlarına eğitim verilmesi,
- Terapötik oyun ile verilen eğitim yönteminin farklı tıbbi girişimlerde ve farklı yaş gruplarındaki çocuklarda kullanımının kanıt temelli başka çalışmalarla da desteklenmesi,
- Ebeveynlerin de terapötik oyun ve yapılacak işlem öncesi bilgi çocukların sahibi olmasının önemi hakkında bilgilendirilmesi önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Alexander, M. (2012). Managing Patient Stress in Pediatric Radiology. *Radiologic Technology*, July/August, 83, 6.
- Altunkaynak, B. Z. ve Özbek, E. (2008). Programlanmış Hücre Ölümü: Apoptoz Nedir? *Tıp Araştırmaları Dergisi*, 6 (2), 93 -104.
- Arslan, F. (2000). 1-3 Yaş Dönemindeki Çocuğun Oyun Ve Oyuncak Özelliklerinin Gelişim Kuramları İle Açıklanması. *C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 4 (2), 40-43.
- Arya, L.S. (2007). The Child With Cancer. *Apollo Medicine*, 4 (2).
- Atay, G., Eras, Z. ve Ertem, İ. (2011). Çocuk Hastaların Hastane Yatışları Sırasında Gelişimlerinin Desteklenmesi. *Çocuk Dergisi* 11(1),1-4.
- Ball, J.W. ve Bindler, R.C. (2003). *Pediatric Nursing/Caring For Children*. (3th ed.). New Jersey: Pearson Prentice Hall.
- Ball, J.W. ve Bindler, R.C. (2008). *Pediatric Nursing/Caring For Children*. (4th ed.). New Jersey: Pearson Education, 538-539.
- Ball, J.W., Bindler, R.C. ve Cowen, K.J. (2010). *Child Health Nursing-Partnering with Children and Families*. (2nd ed.). New Jersey, USA: Pearson Education, 488-514.
- Barr, R. (2002). Nutrition, Cancer, and Children. *Nutrition*, 18(5), 434-435.
- Baykan, Z., Baykan, A. ve Naçar, M. (2010). Kronik Hastalıklı Çocukları Olan Ailelerin Yaşam Doyumlarının İncelenmesi. *Yeni Tıp Dergisi*, 27, 174-177.
- Belson, M., Kingsley, B. ve Holmes, A. (2007). Risk Factors for Acute Leukemia in Children: A Review. *Environmental Health Perspectives*, 115(1), 138-145.
- Berde, C.B. ve Wolfe J. (2003). Pain, Anxiety, Distress, And Suffering: Interrelated, But Not Interchangeable. *J Pediatr*;142:361-3.
- Boyle, P. ve Levin, B. (2008). Dünya Kanseri Raporu. *Dünya Sağlık Örgütü Uluslararası Kanseri Raporu*. S: 482-483.
- Buka, I. (2009). Children And Cancer. *WHO Training Package for the Health Sector World Health Organization*, Erişim: 20.10.2013, www.who.int/ceh
- Breiner, S.M. (2009). Preparation of the Pediatric Patient for Invasive Procedures. *Journal of Infusion Nursing*, 32(5).
- Brennan, F., Carr, D. ve Cousins, M. (2007). Pain Management: A Fundamental Human Right. *Anesthesia & Analgesia*, 105(1), 205-221.
- Campbell, M. M. ve Knoetze, J. J. (2010). Repetitive Symbolic Play as a Therapeutic Process in Child-Centered Play Therapy. *International Journal of Play Therapy*, 19(4), 222–234.

- Cancer in Children (2013). *American Cancer Society*. Erişim:12.10.2013, www.cancer.org.
- Chen, Y.W, Tsai, Y.L, Tsai, S.C, Yen, S.H, Huang, K.L, Mu, P.F, Liou, H.C, Wong, T.T., Lai, I.C., Liu, P, Lou, H.L ve Chiang, I.T. (2013). Efficacy of Therapeutic Play for Pediatric Brain Tumor Patients During External Beam Radiotherapy. *Childs. Nerv. Syst.* (29),1123-1129.
- Chesson, R.A., Chisholmb, D. ve Zawc, W. (2004). Counseling Children With Chronic Physical Illness. *Patient Education and Counseling*, 55, 331–338.
- Clark, A. (2002). Helping Children Understand and Cope with the Experience of Hospitalization. *The Phoenix Society, Burn Support News, Spring*, Issue 1.
- Cleve, L.V. (2012). Symptoms in Children With Advanced Cancer/ Child and Nurse Reports. *Cancer Nursing TM*, 35(2), 115-124.
- Cohen, L.L., Lemanek, K., Blount, R.L., Dahlquist, L.M., Lim, S.C., Palermo, T.M., McKenna, K.D. ve Weiss, K.E. (2008). Evidence-Based Assessment of Pediatric Pain. *Journal of Pediatric Psychology*, 33(9), 939-955.
- Czarnecki, M. L., Turner, H. N., Collins, P.M., Doelmann, D., Wrona, S. ve Reynolds, J. (2011). Procedural Pain Management: A Position Statement With Clinical Practice Recommendations. *Pain Management Nursing*, 12(2), 95-111.
- Çavuşoğlu, H. (2001). Depression in Children with Cancer. *Journal of Pediatric Nursing*, 16(5), 380-385.
- Çavuşoğlu, H. (2008). *Çocuk Sağlığı Hemşireliği*, (8.Baskı), Cilt:1, Ankara: Dizgi Baskı.
- Çavuşoğlu, H. (2013). *Çocuk Sağlığı Hemşireliği*. Ankara: Bizim Büro Basımevi, 67-87.
- Dang-Tan, T. ve Franco, E.L. (2007). Diagnosis Delay in Childhood Cancer/ A Review. *Cancer*, 110(4), 703-713.
- DeMore, M. ve Cohen, L.L. (2005). Distraction For Pediatric Immunaziton Pain: A Critical Review. *Journal Of Clinical Psychology in Medical Settings*, 12(4), 281-291.
- Doğu, N. (2012). Pediatrik Hastalara Terapötik Oyun Yöntemi İle Hemşirelik Yaklaşımı. *Acıbadem Hemşirelik Dergisi*, 43(2).
- Egemen, A., Yılmaz, Ö. ve Akil; İ. (2004). Oyun, Oyuncak ve Çocuk. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 5(2), 39 – 42.
- Ekşi, A. (2011). *Ben Hasta Değilim/Çocuk Sağlığı ve Hastalıklarının Psikososyal Yönü*. (2.Baskı). ÇAPA: Nobel Tıp Kitapevleri.
- Elçigil, A. (2011). Çocuğun Ağrısının Yönetiminde Pediatri Hemşiresinin Karar Vermesini Etkileyen Faktörler. *DEUHYO ED*, 4 (1),48-53.

- Emotional Issues After Childhood Cancer. (2008). *Children's Oncology Group*, Erişim: 18.11.2013, <http://www.survivorshipguidelines.org/pdf/emotionalissues.pdf>
- Enskär, K. ve Essen, L. (2008). Physical Problems And Psychosocial Function In Children With Cancer. *Paediatric Nursing*, 20(3).
- Eraslan, E. (2003). Oyun ve Oyuncaklar. *II. Ulusal Ana ve Çocuk Sağlığı Kongresi Kitabı*. İstanbul, 71.
- Erdoğan, A. ve Karaman M.G. (2008). Kronik ve Ölümcül Hastalığı Olan Çocuk ve Ergenlerde Ruhsal Sorunların Tanınması ve Yönetilmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 9, 244-252.
- Erdoğan, S., Nahcivan, N., Esin, M. N. (2014). *Hemşirelikte Araştırma/ Süreç, uygulama ve Kritik*. İstanbul: Nobel tıp Kitabevleri.
- Franklin, Q. ve Prows, C. (2013). Developmental and Genetic Influences on Child Health Promotion. *Wong's Essentials of Pediatric Nursing*. (9th ed.). USA: Mosby, 74-78.
- Gander, M.J., Gardiner, H.W. (2001) Çocuk ve Ergen Gelişimi. 4. Baskı, İmge Kitabevi, Ankara. S: 345-350.
- Garipey, N. ve Howe, N. (2003). The Therapeutic Power Of Play: Examining The Play Of Young Children With Leukaemia. *Child: Care, Health & Development*, 29(6), 523-537.
- Gedaly-Duff, V., Lee, K., Nail, L. M., Nicholson, H. S. ve Johnson, K. P. (2006). Pain, Sleep Disturbance, and Fatigue in Children With Leukemia and Their Parents: A Pilot Study. *Oncology Nursing Forum*, 33(3), 641-646.
- Gökler, I. (2004). Çocukluk Dönemi Kronik Hastalıklarının Psikososyal boyutlarına İlişkin Çalışmaların Yöntemsel Açıdan Gözden Geçirilmesi: İleriye Yönelik Öneriler. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 11(1), 16-30.
- Green, C.R., Todd, K. H., Lebovits, A. ve Francis M. (2006). Disparities In Pain: Ethical Issues. *Pain Medicine*, 7(6), 530-533.
- Haiat, H., Bar-Mor, G. ve Shochat, M. (2003). The World of the Child: A World of Play Even in the Hospital. *Journal of Pediatric Nursing*, 18(3).
- Health: Childhood Cancer* (2011). America's Children and the Environment. (3rd ed.). Erişim: 14.09.2013, www.epa.gov/ace.
- Hemşireler İçin Etik ve Sorumluluklar. (Aralık 2009). Türk Hemşireler Derneği. Erişim: 16.05.2014, <http://www.turkhemsirelerdernegi.org.tr/Upload/hemsire%20broşur.pdf>
- Hockenberry, M. ve Hooke, M. C. (2007). Symptom Clusters In Children With Cancer. *Seminars in Oncology Nursing*, 23(2), 152-157.

- Hockenberry, M.J., McCarthy, K., Taylor, O., Scarberry, M., Franklin, Q., Louis, C. U. ve Torres, L. (2011) Managing Painful Procedures in Children With Cancer. *Journal of Pediatric Hematology Oncology*, 33, 119–127.
- Hızel, S., Toprak, S., Albayrak, M., Sanlı, C. ve Koçak, Ü. (2009). Kanserli Çocuklar Hakkında Anadolu'nun Kırsal Bir İlindeki Annelerin Bilgi, Tutum Ve Davranışları. *Gazi Tıp Dergisi / Gazi Medical Journal*, 20(1), 3-6.
- Hudges, T. (2012). Providing Information To Children Before and During Venepuncture. *Nurs Child Young People*, 24, 23-8.
- İlhan, İ. ve Kutluk, T. (2009). *Pediatric Onkoloji El Kitabı*. İstanbul: Güneş Tıp Kitabevleri, 133-134.
- İnal, S. ve Akgün, M. (2003). Hastanede Yatan Çocukta Terapötik İletişim. *Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 6(2), 67-75.
- İnanç, B.Y., Bilgin, M. ve Atıcı M.K. (2005). *Gelişim Psikolojisi/Çocuk ve Ergen Gelişimi*. Adana: Nobel Kitabevi.
- Jacobsen, P. B., Manne, S. L., Gorfinkle, K. ve Schorr; O. (1990). Analysis of Child and Parent Behavior During Painful Medical Procedures. *Health Psychology*, 9(5), 559-576.
- James, S.R., Ashwill, J.W. ve Droske, S.C. (2002). *Nursing Care of Children-Principles and Practice*, (2nd ed). USA: W.B. Saunders Company, 309-310-312-316-356.
- Kleiber, C., Schutte, D., McCarthy, A., Floria-Santos, M., Murray, J. ve Hanrahan, K. (2007). Predictors of Topical Anesthetic Effectiveness in Children. *Journal of Pain*, 8, 168-174.
- Kolk, A.M., Hoof, R.V. ve Dop Fiedeldij. (2000). Preparing Children For Venepuncture. The Effect of An Integrated Intervention On Distress Before and During Venepuncture. *Child: Care, Health and Development*, 26(3), 251-260.
- Kuğuoğlu, S., Tanır, M.K. (2006). Gelişim Dönemlerine Göre Oyunun Terapötik Kullanımı. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 22 (1), 293-304.
- Kuppenheimer, W.G. ve Brown RT. (2002). Painful Procedures In Pediatric Cancer. A Comparison Of Interventions. *Clinical Psychology Review*, 22, 753-86.
- LeRoy, S., Chair, M., Elixson, E.M., Cochair, M., O'Brien, P., Tong E., Turpin, S. ve Uzark, K. (2003). Recommendations for Preparing Children and Adolescents for Invasive Cardiac Procedures. *Journal of the American Health Association*, 108, 2550-2564.
- Li, H. C. W. ve Lopez, V. (2008). Effectiveness and Appropriateness of Therapeutic Play Intervention in Preparing Children for Surgery: A Randomized Controlled Trial Study. *JSPN*, 13(2).

Li, H. C. W, Lopez, V., Lee, T. L. I. (2007). Effects of Preoperative Therapeutic Play on Outcomes of School-Age Children Undergoing Day Surgery. *Research in Nursing & Health*,30, 320–332.

Luhmann, J., Hurt, S., Shootman, M. ve Kennedy, R. (2004). A Comparison of Buffered Lidocaine versus ELA-Max Before Peripheral Intravenous Catheter Insertions In Children. *Pediatrics*, 133(3 -1).

Maia, E. B., Ribeiro, C.A ve Borba, R.I.H. (2011). Understanding Nurses' Awareness As to The Use of Therapeutic Play in Child Care. Erişim: 18.12.2011, www.ee.usp.br/reeusp/

Mason, S., Johnson, M. H., Woolley, C. A. (1999). Comparison of Distractors for Controlling Distress in Young Children During Medical Procedures. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 6 (3), 239-248.

Mcmurthy, C.M. (2012). Pediatric Needle Procedures: Parent–Child Interactions, Child Fear, and Evidence-Based Treatment. *Canadian Psychology*, 54(1), 75–79.

Mosby, T. T., Barr, R.D. ve Pencharz. P. B. (2009). Nutritional Assessment of Children With Cancer. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 26(186).

Mutlu, B.(2012). *Çocuklarda Venöz Kan Örneęi Alırken Oluşan Ağrısı Azaltmada Balon Şişirme ve Öksürme Yöntemlerinin Etkisi (Doktora Tezi)*, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü- Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı/Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Programı.

Nader, S., Reif, M.H. ve Thoma, S.J. (2013). Play and Video Effects on Mood and Procedure Behaviors in School-Aged Children Visiting The Pediatrician. *Clinical Pediatrics*, 52(10), 929-935.

Neyzi, O. ve Ertuğrul, T. (2002). *Pediatrici*, Cilt 1, (3. Baskı), İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi, 615-618.

Nilsson, S., Finnström, B., Kokinsky, E. ve Enskar, E. (2009). The Use Of Virtual Reality For Needle-Related Procedural Pain And Distress İn Children And Adolescents İn A Paediatric Oncology Unit. *European Journal of Oncology Nursing*, 13, 102-109.

Öğretir, A. (2008). Oyun Ve Oyun Terapisi. *Gazi Üniversitesi Endüstriyel Sanatlar Eğitim Fakültesi Dergisi*, 22, 94-100.

Özbaran, B. ve Erermiş, S. (2006). Kanseri Tedavisi Gören Çocuk ve Gençlerde Uzun Süreli İzlem Sürecinde Psikososyal Özelliklerin Tanımlanması ve Genel Yaklaşım İlkeleri. *Klinik Psikiyatri*, 9, 185-190.

Özkan, S. (2000). Psikiyatrik ve Psikososyal Açıdan Kanseri. *Klinik Onkoloji*, 331- 339.

Özusta, Ş .(1995). Çocuklar için Durumluk Sürekli Kaygı Envanterinin uyarlama, Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Türk Psikoloji Dergisi*, 10(34), 32-44.

- Pao, M., Bosk, A. (2011). Anxiety In Medically Ill Children/Adolescents. *Depression And Anxiety*, 28, 40–49.
- Patenaude, A.F. ve Kupst, M.J.(2005). Psychosocial Functioning in Pediatric Cancer. *Journal of Pediatric Psychology*, 30(1), 9-27.
- Pinquart, M., Shen, Y. (2011). Anxiety In Children And Adolescents With Chronic Physical Illnesses: A Meta-Analysis. *Foundation Acta Pædiatrica*, 100, 1069–1076.
- Piira, T., Taplin, J.E., Goodenough, B., Baeyer, C.L. (2002). Cognitive-behavioural predictors of children’s tolerance of laboratory-induced pain: Implications for clinical assessment and future directions. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 571-584.
- Platin, N. (1996). Hemşireler İçin Kanser El Kitabı/Amerikan Kanser Birliği. IV. Akşam Sanat Okulu Matbaası, Ankara.
- Potts, N.L., Mandleco, B.L. (2007). *Pediatric Nursing- Caring for Children and Their Families*, (2nd Ed.). USA: Thomson Delmar Learning.
- Potasz, C., Marela, M.J.V., Carvalho, L.C., Prado, L.F. ve Prado, G.F. (2013). Effect of Play Activities on Hospitalized Children’s Stres: A Randomized Clinical Trial. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 20, 71-79.
- Raab, C. ve Gartner, J. C. (2009). Diagnosis of Childhood Cancer. *Prim Care Clin Office Practice*, 36, 671–684.
- Rosenbaum, P. (1998). Some Psychosocial Interventions Can Help Children And Families Cope With Chronic Health Conditions. *Evidence Based Mental Health*, 1, 48.
- Savaşer, S., Yıldız, S., Gözen, D., Balcı, S., Mutlu, B. ve Çağlar, S. (2009). *Hemşireler İçin Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Öğrenim Rehberi*. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi.
- Sevinir, B.; Demirkaya, M.; Güler, S.; Hekim, H. ve Akaltun, F. (2013). Nöroblastomlu Çocukların Klinik Özellikleri. *Güncel Pediatri*, 11, 6-12.
- Sezgin, S., Ekinci, M. ve Okanlı A. (2007). Kanserli Çocukların Yaşadıkları Psikososyal Problemler ve Hemşirelik Yaklaşımları. *O.M.Ü. Tıp Dergisi*, 24(3), 107-111.
- Slifer, K. J., Tucker, C. L. ve Dahlquist, L.M. (2002). Helping Children and Caregivers Cope With Repeated Invasive Procedures: How Are We Doing? *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 9(2).
- Stephens, B. K., Barkey, M. E. ve Hall, H. R. (1999). Techniques To Comfort Children During Stressful Procedures. *Accident & Emergency Nursing*, 7, 226-236.
- Stiller, C.A. (2004). Epidemiology and Genetics Of Childhood Cancer. *Oncogene*, 23, 6429–6444.

- Taş, F., Yılmaz, H. B. (2008). Pediatrik Onkoloji Hastalarında Yaşam Kalitesi Kavramı. *Türk Onkoloji Dergisi*, 23(2),104-107.
- Thompson, R. ve Gustafon, K. (1996). Adaptation to Chronic Childhood Illness. *American Psychological Association*, Washington, 28-44- 66-67-70.
- Toros, F., Tot, Ş. ve Düzovalı, Ö. (2002). Kronik Hastalığı Olan Çocuklar, Anne ve Babalarındaki Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 5, 240-247.
- Törüner, E.K. ve Güyükönenç, L. (2012). *Çocuk Sağlığı Temel Hemşirelik Yaklaşımları*, Ankara: Göktaş Yayıncılık.
- Uman, L.S., Chambers, C.T., McGrath, P.J. ve Kisely, S. (2008). A Systematic Review of Randomized Controlled Trials Examining Psychological Interventions For Needle-Related Procedural Pain and Distress in Children and Adolescents: An Abbreviated Cochrane Review. *Journal of Pediatric Psychology*, 33(8), 842-854.
- Walco, G. A., Conte, P. M., Labay, L. E., Engel, R. Ve Zeltzer, L. K. (2005). Procedural Distress in Children With Cancer, Self-Report, Behavioral Observations, and Physiological Parameters. *Clin J Pain*, 21, 484-490.
- Ward, E., DeSantis, C., Robbins, A., Kohler, B., Jemal, A. (2014). Childhood and Adolescent Cancer Statistics. American Cancer Society, CA Cancer J Clin, 1-21, Erişim: 7.02.2014, <http://www.acco.org/LinkClick.aspx?fileticket=gAi0ji8IFPU%3d&tabid=670>
- Wong, D. L. (1999). *Nursing Care of Infants and Children*, (6th Ed.), Mosby Inc., Missouri, 1706 -1753.
- Yalom, I. (2007). *Okul Çağı Çocuklarının Terapisi*, İstanbul: Prestij yayınları,179.
- Yarış, N. (2004). Kanserli Çocuklarda Ağrının Tedavisi. *XIII. TPOG Ulusal Pediatrik Kanseri Kongresi, Hemşire Programı*, 193-194.
- Yavuzer, H. (2001). *Çocuk Psikolojisi*, (20. Baskı). İstanbul: Remzi Kitabevi.
- Yiğit, R. (2009). *Çocukluk Dönemlerinde Büyüme ve Gelişme*. Mersin Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, Ankara.
- Young, K.D. (2005). Pediatric Procedural Pain. *Ann Emerg Med*, 45(2), 160-171.

FORMLAR

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (EK-1)

Araştırmanın Adı: PEDIATRİK ONKOLOJİ HASTALARINA PERİFERİK DAMAR YOLU AÇILIRKEN TERAPÖTİK OYUN İLE VERİLEN EĞİTİMİN ANKSİYETE DÜZEYİNE ETKİSİ

İstanbul Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği A.B.D.'dan Prof. Dr. Suzan Yıldız'ın danışmanlığında Pediatri Hemşiresi ve yüksek lisans öğrencisi Eda Orhan tarafından yapılması planlanan bu araştırma, pediatrik onkoloji hastalarına periferik damar yolu takılması hakkında terapötik oyun kapsamında verilen eğitim ile, hastaların anksiyete düzeylerinde düşüş sağlamayı amaçlamaktadır.

Amerikan Hastanesi Çocuk Servisi'de; ÇAPA Çocuk Hematoloji-Onkoloji Kliniği ve Cerrahpaşa Çocuk Hematoloji-Onkoloji Kliniği'nde yapılacak, olan çalışma, tedavi ve takibi yapılan çocukların ve ebeveynlerinin çalışmaya katılımı, gönüllülük ilkesi doğrultusunda yapılacaktır.

Periferik damar yolu takılma işlemi öncesi çocukların sosyo demografik bilgilerini içeren bir soru formu doldurtulup; çocuğa oyuncak üzerinde periferik damar yolu takma işlemi hakkında eğitim verilecek. Eğitim sonrası, periferik damar yolu takma işlemi uygulandıktan sonra çocuğun anksiyete ve stres durumunu belirlemek için geliştirilmiş olan bir ölçek kullanılacaktır. Yapılacak değerlendirmenin ön görülen süresi 30 dakikadır. Çalışmaya yaklaşık olarak 34 kişi katılacaktır.

Yapılan değerlendirmeler, siz/çocuğunuz rahatsızlığa neden olmayacaktır. Bu araştırma sırasında sizden bir ücret talep edilmeyecek veya bağlı olduğunuz sosyal güvenlik kuruluşuna bir araştırma gideri yüklenmeyecek, size herhangi bir ücret ödenmeyecektir.

Bu çalışmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde, çalışmadan istediğiniz zaman çekilebilme hakkına sahipsiniz ya da isteğinize bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışında bırakılabiliyorsunuz. Böyle bir durumda ilgili sağlık çalışanlarıyla olan ilişkileriniz olumsuz yönde etkilenmeyecek, tedavi ve bakım uygulamalarınızda aksama olmayacaktır. Gerek araştırma yürütülürken, gerekse yayımlandığında kişisel bilgileriniz gizli tutulacaktır.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde "katılımcı" olarak yer alma kararını aldım.

Tarih:

Gönüllünün/ Ebeveyn Adı - Soyadı ve İmzası:

Araştırmacı Adı - Soyadı ve İmzası:

Eda Orhan

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (EK-2)

Araştırmanın Adı: PEDIATRİK ONKOLOJİ HASTALARINA PERİFERİK DAMAR YOLU AÇILIRKEN TERAPÖTİK OYUN İLE VERİLEN EĞİTİMİN ANKSİYETE DÜZEYİNE ETKİSİ

İstanbul Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği A.B.D.'dan Prof. Dr. Suzan Yıldız'ın danışmanlığında Pediatri Hemşiresi ve yüksek lisans öğrencisi Eda Orhan tarafından yapılması planlanan bu araştırma, pediatrik onkoloji hastalarına periferik damar yolu takılması hakkında terapötik oyun kapsamında verilen eğitim ile, hastaların anksiyete düzeylerinde düşüş sağlamayı amaçlamaktadır.

Amerikan Hastanesi Çocuk Servisi'de; ÇAPA Çocuk Hematoloji-Onkoloji Kliniği ve Cerrahpaşa Çocuk Hematoloji-Onkoloji Kliniği'nde yapılacak, olan çalışma, tedavi ve takibi yapılan çocukların ve ebeveynlerinin çalışmaya katılımı, gönüllülük ilkesi doğrultusunda yapılacaktır.

Çocukların sosyodemografik bilgilerini içeren soru formu ile periferik damar yolu takılma işlemi sonrası anksiyete ve stres durumunu belirlemek için geliştirilmiş olan bir ölçek kullanılacaktır. Yapılacak değerlendirmenin ön görülen süresi 30 dakikadır. Çalışmaya yaklaşık olarak 34 kişi katılacaktır.

Yapılan değerlendirmeler, siz/çocuğunuz rahatsızlığa neden olmayacaktır. Bu araştırma sırasında sizden bir ücret talep edilmeyecek veya bağlı olduğunuz sosyal güvenlik kuruluşuna bir araştırma gideri yüklenmeyecek, size herhangi bir ücret ödenmeyecektir.

Bu çalışmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde, çalışmadan istediğiniz zaman çekilebilme hakkına sahipsiniz ya da isteğinize bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışında bırakılabilirsiniz. Böyle bir durumda ilgili sağlık çalışanlarıyla olan ilişkileriniz olumsuz yönde etkilenmeyecek, tedavi ve bakım uygulamalarınızda aksama olmayacaktır. Gerek araştırma yürütülürken, gerekse yayımlandığında kişisel bilgileriniz gizli tutulacaktır.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde “katılımcı” olarak yer alma kararını aldım.

Tarih:

Gönüllünün/ Ebeveyn Adı - Soyadı ve İmzası:

Araştırmacı Adı - Soyadı ve İmzası:

Eda Orhan

ÇOCUK İLE İLGİLİ BİLGİ FORMU (EK-3)

Tarih: __/__/____

1) Yaş:_____

2) Cinsiyet:_____

3) Eğitim Durumu:

1)Okur-yazar değil ()

2)Okur-yazar ()

3)İlköğretim ()

4) Hastanın kardeş sayısı:

1) Kardeş yok () 2) 1 kardeş () 3) 2 kardeş () 4) 3 kardeş veya daha fazla ()

5) Hastanın sağlık güvencesi var mı? Varsa hangisi?

1) Yok () 2)SSK () 3) Bağkur () 4) Emekli Sandığı ()

5) Özel sağlık sigortası () 6)Diğer ()

6) Tanı:_____

7) Tanının alındığı yıl:_____

8) Hasta tanısını biliyor mu?

1)Evet () 2) Hayır ()

9) Hastaya cerrahi işlem uygulandı mı?

1)Evet () 2) Hayır ()

9.1) Cevabınız 'Evet' ise,

Cerrahi işlemin türü ve uygulandığı tarih:_____

10) Hastanın fiziksel bir engeli var mı?

1)Evet () 2) Hayır ()

10.1) Cevabınız 'Evet' ise,

Fiziksel engelin türü:_____

11) Hasta kemoterapi alıyor mu?

1)Evet () 2) Hayır ()

11.1) Cevabınız 'Evet' ise,

Alınmış olan kemoterapi kür sayısı :_____

12) Hasta radyoterapi alıyor mu?

1)Evet () 2) Hayır ()

12.1) Cevabınız ‘Evet’ ise,

Uygulanmış radyoterapi sayısı:_____

13) Hasta ayda kaç kez laboratuvar testleri ve tetkikler için hastaneye geliyor?

14) Hasta ayda kaç kez hastaneye yatmak zorunda kalıyor?

“NASIL HİSSEDİYORUM” ÖLÇEĞİ (Süreklilik) (EK-4)

Kızların ve erkeklerin kendilerini anlattıkları bazı cümleler aşağıda verilmiştir. Her cümleyi okuyun ve hangisinin sizin için en doğru olduğuna karar verin. “hemen hemen hiç” mi, “bazen” mi yoksa “sık sık” mı? Daha sonra, sizi en doğru anlatan ifadenin önündeki parantezler arasına (X) işareti koyun. Yanlış veya doğru cevap diye bir şey yok. Herhangi bir cümle üzerinde fazla zaman geçirmeyin. Genellikle nasıl hissettiğinizi anlatan ifadeyi seçmeyi unutmayın.

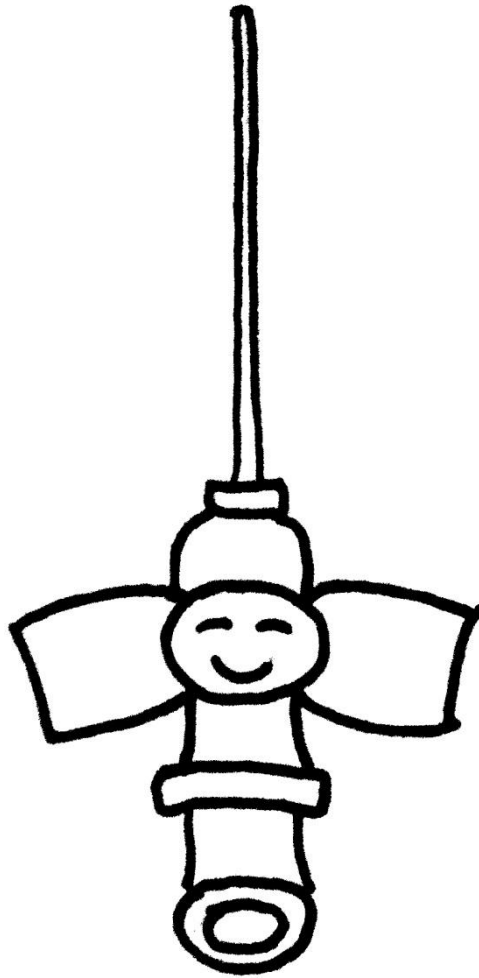
- | | | | |
|--|---------------------|-----------|-------------|
| 1. Yanlış yapacağım diye endişelenirim..... | (1) hemen hemen hiç | (2) bazen | (3) sık sık |
| 2. Ağlayacak gibi olurum..... | () hemen hemen hiç | () bazen | () sık sık |
| 3. Kendimi mutsuz hissederim.... | () hemen hemen hiç | () bazen | () sık sık |
| 4. Karar vermekte güçlük çekerim | () hemen hemen hiç | () bazen | () sık sık |
| 5. Sorunlarla yüz yüze gelmek bana zor gelir..... | () hemen hemen hiç | () bazen | () sık sık |
| 6. Çok fazla endişelenirim..... | () hemen hemen hiç | () bazen | () sık sık |
| 7. Evde sinirlerim bozulur..... | () hemen hemen hiç | () bazen | () sık sık |
| 8. Utangacıım..... | () hemen hemen hiç | () bazen | () sık sık |
| 9. Sıkıntılıyım..... | () hemen hemen hiç | () bazen | () sık sık |
| 10. Aklımdan, engelleyemediğim önemsiz düşünceler geçer ve beni rahatsız eder..... | () hemen hemen hiç | () bazen | () sık sık |
| 11. Okul beni endişelendirir..... | () hemen hemen hiç | () bazen | () sık sık |
| 12. Ne yapacağıma karar vermekte zorluk çekerim..... | () hemen hemen hiç | () bazen | () sık sık |
| 13. Kalbimin hızlı hızlı çarpacağını fark ederim | () hemen hemen hiç | () bazen | () sık sık |
| 14. Nedenini bilmediğim korkularım var | () hemen hemen hiç | () bazen | () sık sık |
| 15. Annem-babam için endişelenirim | () hemen hemen hiç | () bazen | () sık sık |
| 16. Ellerim terler | () hemen hemen hiç | () bazen | () sık sık |
| 17. Kötü bir şeyler olacak diye endişelenirim | () hemen hemen hiç | () bazen | () sık sık |
| 18. Geceleri uykuya dalmakta güçlük çekerim | () hemen hemen hiç | () bazen | () sık sık |
| 19. Karnımda bir rahatsızlık hissederim..... | () hemen hemen hiç | () bazen | () sık sık |
| 20. Başkalarının benim hakkımda ne düşündükleri beni endişelendirir | () hemen hemen hiç | () bazen | () sık sık |

“NASIL HİSSEDİYORUM” ÖLÇEĞİ (Durumluk) (EK-5)

Kızların ve erkeklerin kendilerini anlattıkları bazı cümleler aşağıda verilmiştir. Her cümleyi dikkatli okuyun ve şu anda nasıl hissettiğinize karar verin. Daha sonra, sizi en doğru anlatan ifadenin önündeki parantezler arasına (X) işareti koyun. Yanlış veya doğru cevap diye bir şey yok. Herhangi bir cümle üzerinde fazla zaman geçirmeyin. Tam bu anda, bu dakikada nasıl hissettiğinizi en iyi anlatan ifadeyi seçmeyi unutmayın.

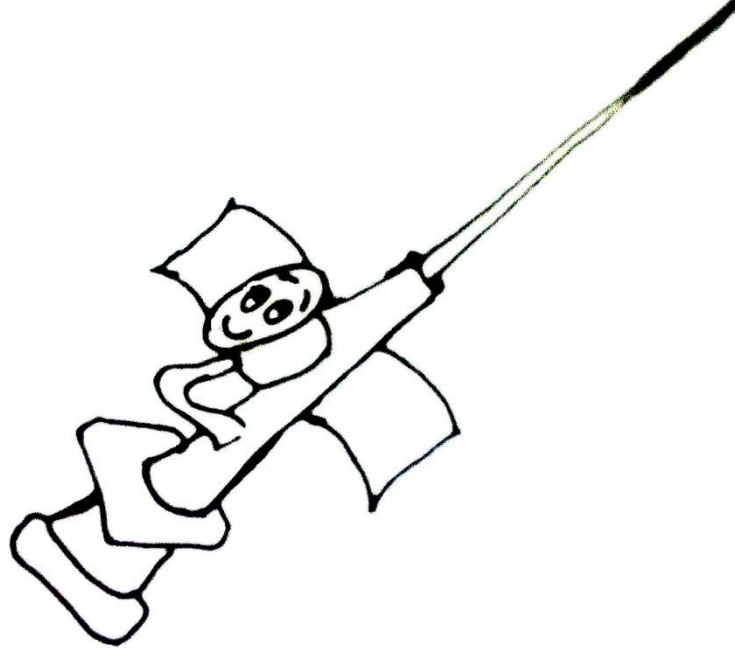
1. Kendimi (1) çok sakın hissediyorum (2) sakın hissediyorum (3) sakın hissetmiyorum
2. Kendimi (3) çok öfkeli hissediyorum (2) öfkeli hissediyorum (1) öfkeli hissetmiyorum
3. Kendimi (1) çok huzurlu hissediyorum (2) huzurlu hissediyorum (3) huzurlu hissetmiyorum
4. Kendimi () çok sinirli hissediyorum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

Damar Yolu Eğitim ve Boyama Kitabı

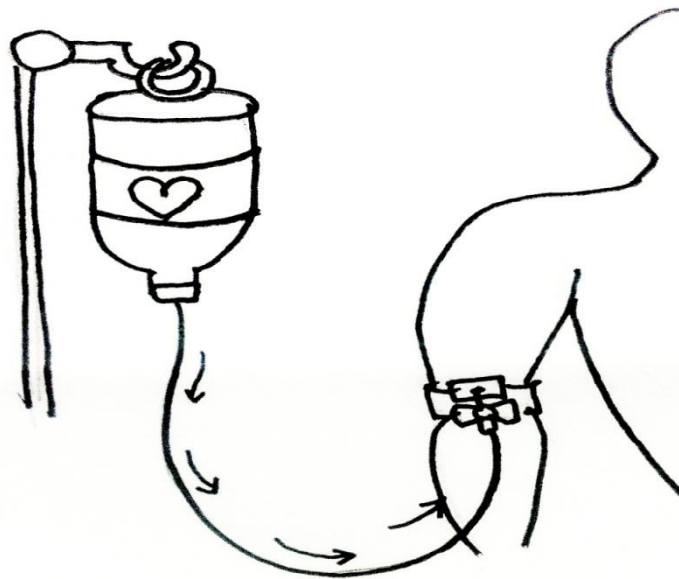


EDA ORHAN

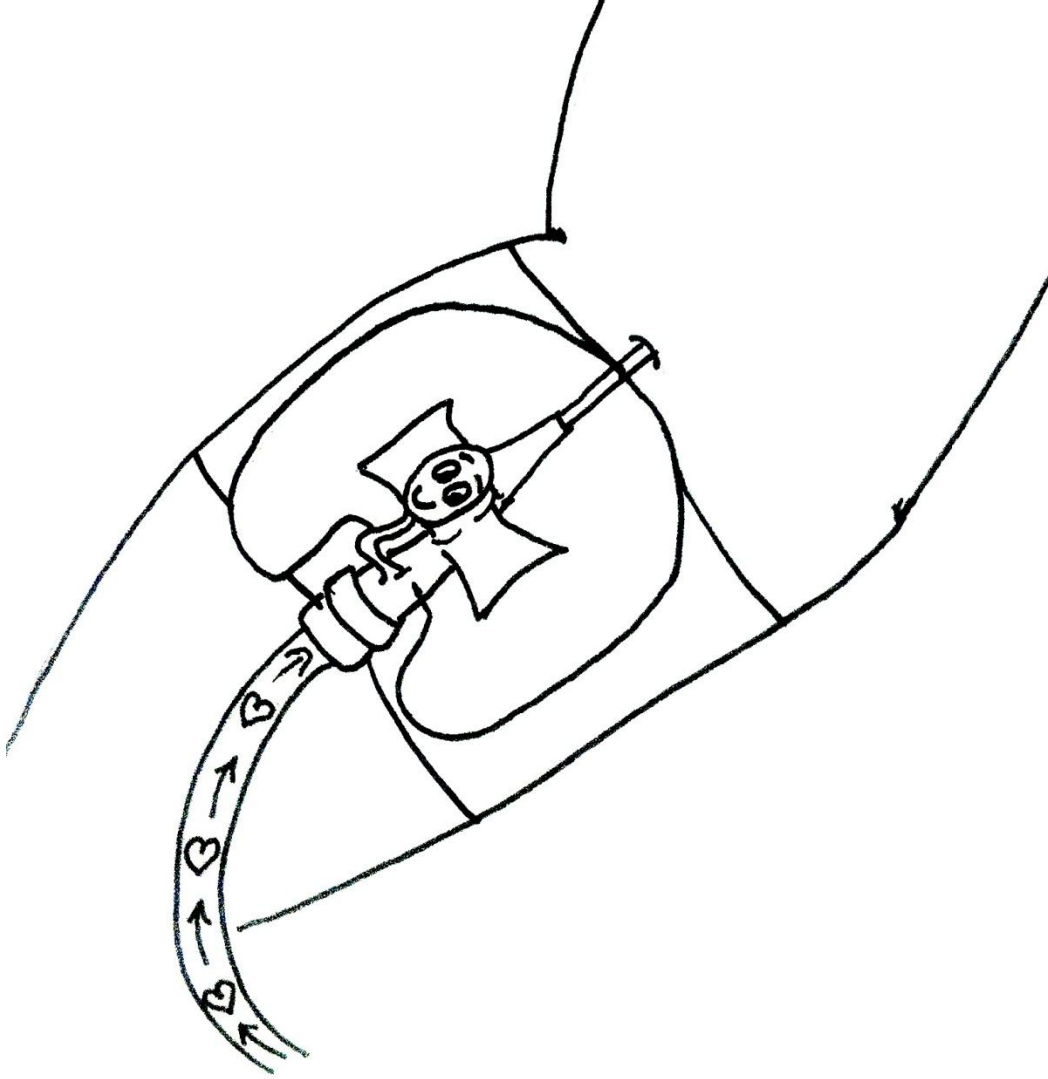
Damar yolu, ilaçların en hızlı ve en kolay şekilde senin vücuduna ulaşmasını sağlayabilecek kelebeğe benzeyen bir araçtır. Bu araç senin cildin üzerinde, ufak boyuttaki bantlar ile sarılı şekilde bulunacak.



Doktora gittiğin zaman, sana ilaç vermek için damar yolunu kullanacaktır.



Bunun için, hemşireler cildinin üzerinde uygun bir damar belirleyip damar yolunu küçük bir iğne ile cildinin altına yerleştirecek; sonra da iğneyi atacaklar. Cildinin üzerinde sadece ilaçların vücuduna gelmesini sağlayacak küçük plastik bir kanal kalacak ve hemşireler bu kanalı bantlarla sabitleştirecekler.

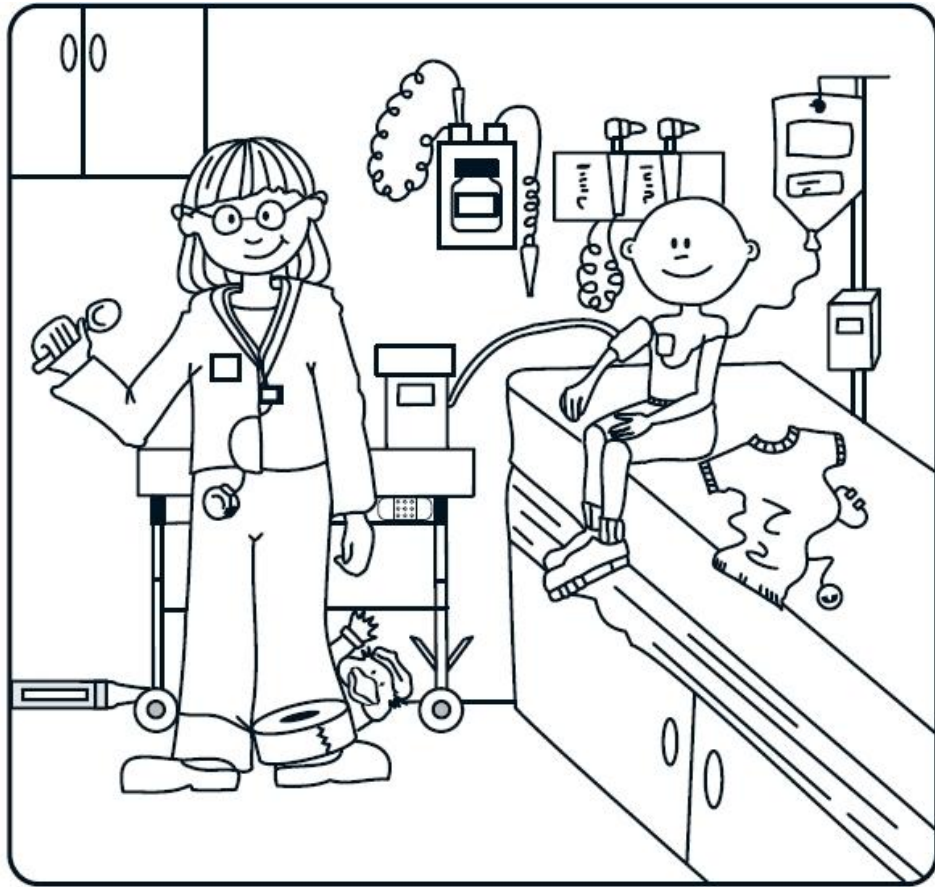


Bu küçük kanal rahatça büküldüğü için elini ya da kolunu rahatlıkla oynatabilir ve kullanabilirsin.

Damar yolunu taktıktan sonra hemşire ve doktorlar, senin canın yanmadan oradan test için kan alabilecek ve vücuduna ilaç verebilecekler.



Bu arada sen de istediğin gibi rahatça hareket edebilecek ve oyun oynayabileceksin!



CHEMO-DUCK FOTOĞRAFLARI (EK-7)

VERİ TOPLAMA SÜRECİNDE ÇEKİLEN FOTOĞRAFLAR (EK-10)

ETİK KURUL KARARI (EK-11)



T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU



Sayı: B.30.2.İST.0.30.90.00/ 26693
Konu:



İstanbul/...../.....

10. Eylül 2012

İstanbul Üniversitesi
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi
Dekanlığına

İLGİ: 06.07.2012 tarihli, 1634 sayılı yazınıza:

Fakülteniz öğretim üyesi Prof.Dr.Suzan YILDIZ'ın danışmanlığında Yüksek Lisans Öğrencisi Eda ORHAN'ın yürütücülüğünde "Pediatrik Onkoloji Hastalarına Periferik Damar Yolu Açılırken Terapötik Oyun ile Verilen Eğitimin Anksiyete Düzeyine Etkisi" başlıklı Yüksek Lisans Tezi hakkında ilgi yazınız ve ekleri 04 Eylül 2012 tarihinde toplanan Fakültemiz Klinik Araştırmalar Etik Kurulunca müzakere edilmiş olup; etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilgilerinizi, durumun adı geçen anabilim dalı başkanlığına bildirilmesini arz ederim.

Eki:
1 dosya

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
FLORENCE NIGHTINGALE
HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
Gelen Kayıt No: 2406
Gelen Tarih : 18.09.2012

Prof.Dr.Fatih ALTINDAŞ
Dekan Yardımcısı ve Klinik Araştırmalar
Etik Kurulu Başkanı

Not: Yanıtlarımızda yazımızın gün ve sayısının belirtilmesi rica olunur.
İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi 34303 Cerrahpaşa/İSTANBUL
Telefon 0 (212) 414 32 52 Dahili: 22300 Faks: 0(212) 632 00 40 e-posta: ctfetik@istanbul.edu.tr.

18.9.2012
Fatih ALTINDAŞ

KARAR BİLGİLERİ	Karar No: A-52	Tarih:04 Eylül 2012
	Prof.Dr. Suzan YILDIZ'ın dahışmanlığında Yüksek Lisans Öğr. Eda ORHAN'ın sorumluluğunda yapılması tasarlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üyelerinin oy birliği ile karar verilmiştir.	

ÇALIŞMA ESASI	İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
ETİK KURUL BAŞKANI UNVANI/ADI/SOYADI: Prof. Dr. Fatış ALTINDAŞ	

ETİK KURUL ÜYELERİ						
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	İlişki *	Katılım **	İmza
Prof. Dr. Fatış ALTINDAŞ (başkan)	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	K	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof. Dr. Öner SÜZER (başkan yardımcısı)	Tıbbi Farmakoloji	İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof. Dr. Özgür KASAPÇOPUR (raportör)	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E	E ☒ H ☐	E ☒ H ☐	
Prof. Dr. Mehmet Rıza ALTIPARMAK	İç Hastalıkları	İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof. Dr. Mahmut Reha BAYAR	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof. Dr. Sebahattin SAİP	Nöroloji	İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof. Dr. Fahri ERDOĞAN	Ortopedi ve Travmatoloji	İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof. Dr. Mehmet Faik ÖZÇELİK	Genel Cerrahi	İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof. Dr. Nuran Şenel BEŞE	Radyasyon Onkolojisi	İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	K	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	Yurtdışında
Doç. Dr. Suphi VEHİD	Halk Sağlığı	İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof. Dr. Ertan YURDAKOŞ	Fizyoloji	İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	Yıllık İzinde
Prof. Dr. Hatun Hanzade DOĞAN	Deontoloji	İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	K	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	Yıllık İzinde
Doç. Dr. Muhlis Cem AR	İç Hastalıkları	İst. Eğitim ve Araştırma Hast.	E	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Avukat Ayfer DİKMEN	Ticaret ve Sağlık Hukuku	Serbest Hukuk Bürosu	K	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Zümrüt GAMLI	Emekli Öğretmen	Sivil Üye	K	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	

* :Araştırma ile İlişki

** :Toplantıda Bulunma

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
FLORENCE NIGHTINGALE
HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
Gelen Kayıt No: 2406
Gelen Tarih: 18.09.2012

KURUM İZİNLERİ

CERRAHPAŞA ÇOCUK HEMATOLOJİ-ONKOLOJİ SERVİSİ KURUM İZİNİ (EK-12)



İSTANBUL
2012
T.C.

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ
HEMŞİRELİK HİZMETLERİ MÜDÜRLÜĞÜ

T.C.
İ.Ü.CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ
DEKANLIĞI
Sayı:.....
Geldiği Tarih:.....
08 Ekim 2012

Sayı: B. 30. 2.İST.0.30.83.00/5459

05.10.2012

Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Dekanlığına

İlgi: 28.09.2012 tarih ve 28901 sayılı yazınıza:

İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi öğretim üyesi Prof.Dr.Suzan YILDIZ'ın danışmanlığında yüksek lisans eğitimine devam eden Eda ORHAN, "Pediatrik Onkoloji Hastalarına Periferik Damar Yolu Açılırken Terapötik Oyun ile Verilen Eğitimin Anksiyete Düzeyine Etkisi" konulu çalışmayı Etik Kurulu Onayını ve Anabilim Dalı Başkanının onayını takiben yapmasında sakınca yoktur.

Bilgilerinize ve gereğini saygılarımla arz ederim.

Dr. Hem. Leman KUTLU
Hemşirelik Hizmetleri Müdürü

Adres: İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi Fatih/İSTANBUL
Hem.Hizm.Müdürü
Tel: 0(212)414 30 00 (21342) Fax: 0 (212) 414 33 30
e-posta: cthemsirelikhizmetleri@gmail.com

Ayrıntılı bilgi için irtibat: KUTLU

15.10.2012

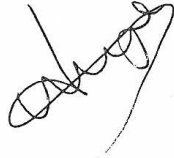
Anabilim Dalı Başkanlığına,

İlgi: 28.09.2012 tarih ve 28901 sayılı Dekanlık yazısı.

İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi öğretim üyesi Prof.Dr. SUZAN YILDIZ'ın danışmanlığında yüksek lisans eğitimine devam eden EDA ORHAN'ın "Pediatrik Onkoloji Hastalarına Periferik Damar Yolu Açılırken Terapötik Oyun İle Verilen Eğitimin Aksiyete Düzeyine Etkisi" konulu çalışmasını Anabilim Dalımız Çocuk Hematoloji ve Onkolojisi Bilim Dalında yapması uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini saygılarımla arz ederim.

Prof.Dr. Tiraje CELKAN
Hematoloji – Onkoloji Bilim Dalı Başkanı





İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ
DAHİLİ TIP BİLİMLERİ
BÖLÜM BAŞKANLIĞI



Sayı : B.30.2.İST.0.30.11.00/ 9375
Konu :



İstanbul/...../.....
T.C. 15/10/2012
İ.Ü.CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ
DEKANLIĞI
Sayı: 41843
Geldiği Tarih: 22 Ekim 2012

CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA,

İLGİ: Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığının 15.10.2012 tarih ve 1940 sayılı yazısı hk.

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığının 15.10.2012 tarih ve 1940 sayılı yazısı bölüm başkanlığımızca uygun görülmüştür.

Gereğini saygılarımla arz ederim.

Prof.Dr.Kamil SERDENGEÇTİ
Dahili Tıp Bilimleri Bölüm Başkanı



T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI



Sayı : B.30.2.İST.0.30.11.04/ 1940
Konu :



İstanbul/...../.....

15.10.2012

Dahili Tıp Bilimleri
Bölüm Başkanlığına,
İlgi: 28.09.2012 tarih ve 28901 sayılı Dekanlık yazısı.

İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi öğretim üyesi Prof. Dr. SUZAN YILDIZ'ın danışmanlığında yüksek lisans eğitimine devam eden EDA ORHAN'ın "Pediatrik Onkoloji Hastalarına Periferik Damar Yolu Açılırken Terapötik Oyun İle Verilen Eğitimin Aksiyete Düzeyine Etkisi" konulu çalışmasını Anabilim Dalımız Çocuk Hematoloji ve Onkolojisi Bilim Dalında yapmasının uygun görüldüğü ile ilgili bilim dalı yazısı ilişikte sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini saygılarımla arz ederim.

Prof.Dr. Salim ÇALIŞKAN
Anabilim Dalı Başkanı

Ek. Bilim Dalı yazısı.



T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
PERSONEL MÜDÜRLÜĞÜ



Konu: Eda Orhan'ın
tez çalışması hak.
Sayı: B.30.2.İST.0.30.71.00/31553
Konu:



İstanbul...../...../.....

İstanbul Üniversitesi Rektörlüğü
(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığına)

01 Kasım 2012

İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi öğretim üyesi Prof.Dr.SUZAN YILDIZ'ın danışmanlığında yüksek lisans eğitimine devam eden EDA ORHAN'ın "Pediatrik onkoloji Hastalarına Periferik Damar Yolu Açılırken Terapötik Oyun İle Verilen Eğitimin Anksiyete Düzeyine Etkisi" konulu çalışmayı etik kurul onayını takiben Fakültemiz Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalına bağlı Çocuk Hematolojisi ve Onkolojisi Bilim Dalında yapmasının uygun görüldüğü hakkında adı geçen anabilim dalı başkanlığından, Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğünden ve söz konusu Fakülte Dekanlığı'nın 21.09.2012 tarihli, 2077 sayılı yazısı ve eklerinin bir fotokopisi ilişikte sunulmuş olup, anabilim dalı başkanlığı ile hemşirelik hizmetleri müdürlüğünün görüşüne Dekanlığımızda katılmaktadır.

Bilgilerinizi ve görüşlerinizi arz ederim.

E.k:16

İST. Ü. REKTÖRLÜĞÜ

Yazı İşleri
Genel Sekreterlik
Gelecekte
Sayı

f.12 h

Sn. Dilek H.

Prof.Dr.Özgün ENVER
Vekil Dekan

01 Kasım 2012
...../...../2012

63904

02.11

801

Not: Yanıtlarımızda yazımızın gün ve sayısının belirtilmesi rica olunur.
İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi 34(212) 632 00 33 e-posta:ctfpersonel@istanbul.edu.tr
Telefon 0 (212) 414 30 00 Dahili: 21107 - 21108 F

T.C.

**İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ PEDIATRİK HEMATOLOJİ-ONKOLOJİ SERVİSİ
KURUM İZNİ (EK-13)**



**T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
Onkoloji Enstitüsü**



Sayı:B.30.2.İST.0.53.00.00/ 2901

Tarih: 17/10/2012

**T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
FLORENCE NIGHTINGALE HEMŞİRELİK
FAKÜLTESİ DEKANLIĞI**

İlgi:16.08.2012 tarih, 1820 sayılı yazınız.

Fakülteniz Öğretim Üyesi Prof.Dr.Suzan YILDIZ'ın danışmanlığında, Yüksek Lisans eğitime devam eden Eda ORHAN'ın, "Pediatrik Onkoloji Hastalarına Periferik Damar Yolu Açılırken Terapötik Oyun ile Verilen Eğitimin Anksiyete Düzeyine Etkisi" konulu çalışmasının Enstitümüzde yapılması hakkındaki yazınız Akademik Koordinasyon Kurulumuzda görüşülmüş olup, 28.09.2012 tarih 3 nolu kararıyla Prof.Dr.Rejin KEBUDİ ile birlikte çalışmanız uygun görülmüştür.
Bilginize sunarım.


Prof.Dr.Ahmet KİZİR
MÜDÜR



Not: Yanıtlarda yazımın gün ve sayısının belirtilmesi rica olunur.
Tel: 0.212.414.24.34 Fax:0.212.534.80.78

AMERİKAN HASTANESİ PEDIATRİ SERVİSİ KURUM İZİN FORMU (EK-14)

Amerikan Hastanesi
Güzelbahçe Sokak, No:20 Ni anta ı,
34365 İstanbul / Türkiye
Telefon : 444 3 777
Faks : 0 (212) 311 2190
Web site : www.amerikanhastanesi.org
e-mail : kvkah@amerikanhastanesi.org

13.09.2012

Sayı : 13092012 - 35
Konu : Uygulama izni hk

T.C. İstanbul Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dekanlığına,

Üniversiteniz Yüksek Lisans  ğrencisi Sn. Eda Orhan'ın "Pediatrik Onkoloji Hastalarına Periferik Damar Yolu Açılırken Terapötik Oyun ile Verilen Eğitimin Anksiyete Düzeyine Etkisi" konulu çalışmayı hastanemizde yapabilmesi konusundaki izin isteğiniz uygun görülmüştür.

Saygılarımla,

Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü

Çocuklar İçin Durumluk-Süreklilik Kaygı Envanteri'nin Kullanım İzni (EK-8)

tez çalışmanız

yüksek lisans x



Seniz OZUSTA <sozust@hacettepe.edu.tr>

5 Ağu ☆



Kime: bana ▾

Sayın Eda Orhan,
İstanbul Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği bölümünde yapmakta olduğunuz "Pediyatrik Onkoloji Hastalarında Periferik Damar Yolu Takma İşlemi Öncesi Terapötik Oyunun Anksiyete Düzeyine Etkisi" ni incelemek üzere yapmakta olduğunuz yüksek lisans tezinizde uyarlamasını yapmış olduğum Çocuklar için Durumluk Sürekli Kaygı Ölçeğini kullanabilirsiniz. Referansları aşağıdadır:

Özusta, Ş. (1993). Çocuklar için Durumluk Sürekli Kaygı Envanterinin uyarlama, Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Yüksek Lisans Tezi.

Özusta, Ş. (1995). Çocuklar için Durumluk Sürekli Kaygı Envanterinin uyarlama, Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Türk Psikoloji Dergisi*, 10(34), 32-44.

Basarılar
H.Seniz Ozusta

Chemo-Duck Oyunağının Tez Çalışması İçin Kullanım İzni (EK-9)



eda orhan

10 Uca ☆

Dear Lu, Could you send me an e-mail that you have permission to use the chem...



Gabe's Chemo Duck Program <lu@chemoduck.org>

15 Oca ☆



Kime: bana ▾



İngilizce ▾ > Türkçe ▾ İletiyi çevir

İngilizce için kapat x

Eda,

I'm sorry for the delay in response.

I gave you full permission to utilize Gabe's Chemo Duck Program in your research project.

We were honored to be part of your research.

Please do not hesitate to approach us if we can be of assistance again.

Sincerely

Lu Sipos

Founder / CEO Gabe's Chemo Duck Program

5016 Spedale Court PMB 129, Spring Hill, TN. 37174

t-615-830-0126

www.chemoduck.org

ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı	Eda	Soyadı	Orhan
Doğum Yeri	İstanbul	Doğ. Tarihi	05.10.1985
Uyruğu	T.C.	T.C. Kim. No	26414182200
Email	edaorhan@gmail.com	Telefon	05367772265

EĞİTİM DÜZEYİ

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezun Yılı
Yüksek Lisans	İstanbul Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	----
Lisans	Koç Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu	2008
Lise	Bozkır Anadolu Lisesi	2003

İŞ DENEYİMİ

Görev	Kurum	Süre
Hemşire	VKV Amerikan Hastanesi Pediatri Servisi	2008-2012
Ekip Lideri Hemşire	VKV Amerikan Hastanesi Pediatri Servisi	2012-Devam ediyor

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama	Konuşma	Yazma	YDS Puanı (2013)
İngilizce	İyi	Orta	İyi	66.25

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı	70,37455	67,58121	72,85819

Program	Kullanma Becerisi
Microsoft Office Programları (Word, Excel, power point)	İyi
SPSS Programı	İyi