

**K.K.T.C.'de Kanser Tedavisi Gören Farklı Yaş  
Grubu Çocukların Hastane Ortamında Oyun Odası  
Gereksinimlerinin Belirlenmesi: Aile, Çocuk, Sağlık  
Personelinin Görüşleri**

**Kemal Okta**

Lisansüstü Eğitim, Öğretim ve Araştırma Enstitüsüne Okul Öncesi  
Eğitim dalında Yüksek Lisans Tezi olarak  
sunulmuştur.

Doğru Akdeniz Üniversitesi  
Şubat 2016  
Gazimağusa, Kuzey Kıbrıs

Lisansüstü Eğitim, Öğretim ve Araştırma Enstitüsü onayı

---

Prof. Dr. Cem Tanova  
L.E.Ö.A. Enstitüsü Müdür Vekili

Bu tezin İlköğretim Bölümü Yüksek Lisans derecesinin gerekleri doğrultusunda hazırlandığını onaylarım.

---

Prof. Dr. Elif Yeşim Üstün  
İlköğretim Bölüm Başkanı

Bu tezi okuyup değerlendirdiğimizi, tezin nitelik bakımından İlköğretim Bölümü Yüksek Lisans derecesinin gerekleri doğrultusunda hazırlandığını onaylarız.

---

Prof. Dr. Ayşe Işık Gürşimşek  
Tez Danışmanı

---

Değerlendirme Komitesi

1. Prof. Dr. Refia Selma Görgülü
2. Prof. Dr. Ayşe Işık Gürşimşek
3. Prof. Dr. Elif Yeşim Üstün

---

---

---

## **ABSTRACT**

Healthy children have the opportunity to ‘play’ wherever they can and it is the ‘right’ of sick children to be provided with similar opportunities who are treated due to chronic, oncologic or terminal diseases. This study aims to investigate the perceptions of children, families and health staff regarding the need of children, who are being treated for cancer in the Paediatric Oncology Unit of Lefkoşa State Hospital, Turkish Republic of Northern Cyprus, for a play room in the hospital setting. To fulfil this aim, the formulated research question is as follows: “What are the perceptions of children, parents and health staff regarding the need of children from different age groups for a play room who are being treated for cancer in TRNC?” Based on this question, perceptions from 32 children, 32 parents and 2 health staff have been collected. Semi-structured interview forms with open-ended questions were used for parents and health staff; and story-completion through letter writing form was used for children. The results revealed many weak points in the current Paediatric Oncology Unit according to children, parents and health staff; and they are mostly caused by problems such as inadequate building, insufficient medications and lack of doctors. Additionally, the children, parent and health staff opinions showed a mutual agreement on the need for a play room in the current Paediatric Oncology Unit and a future play room can have both psychological and physical contributions to the treatment of children. Moreover, participants pointed out issues such as vivid colours, variety of books and toys, a teacher to be recruited as staff regarding the qualities, equipment and staff of a future play room. Suggestions for future studies are given at the end of the study.

**Keywords:** early childhood period, sick child, treatment with play, play, play room, chronic illness

## ÖZ

Çocukların gelişim evrelerine göre oyunun işlevi değişiklik gösterse de, her yaş grubundaki çocuğun gelişiminde oyunun önemi ve etkisi inkar edilemez. Sağlıklı çocukların evlerinde, okullarında, parklarda ve bahçelerde yaşayabilme özgürlüğüne sahip oldukları ‘oyun’ imkanlarının hastane ortamında yatarak tedavi gören kronik, onkolojik veya ölümcül hastalığa sahip çocuklar için de hastane ortamında sağlanması bir gereksinim olmaktan öte bir “hak” olarak değerlendirilmelidir. Bu çalışma Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti Lefkoşa Devlet Hastanesi Pediatrik Onkoloji Servisi’nde kanser tedavisi gören çocukların oyun odasına ihtiyaçlarına ilişkin çocukların, ailelerinin ve sağlık personelinin görüşlerini belirlemeyi amaçlamıştır. Bu amaç doğrultusunda geliştirilen araştırma sorusu şu şekildedir: “K.K.T.C’de kanser tedavisi gören farklı yaş grubu çocuklarının hastane ortamında oyun odası gereksinimlerine ilişkin çocuk, anne-baba ve sağlık personelinin görüşleri nelerdir?” Temel araştırma sorusuna bağlı olarak -32 çocuk, 32 ebeveyn ve 2 sağlık personelinden farklı veri toplama araçlarıyla görüşler toplanmıştır. Ebeveyn ve sağlık personeli için açık uçlu sorular içeren yarı-yapılandırılmış görüşme formu kullanılırken çocuklar için ise mektup yoluyla hikaye tamamlama formu kullanılmıştır. Yapılan betimsel analizi sonucunda çocuk, ebeveyn ve sağlık personeli’nin görüşlerine göre mevcut Pediatrik Onkoloji Servisi’nde birçok eksik olduğu ve bu eksikliklerin en başında bina yetersizliği, ilaç yetersizliği ve doktor yetersizliği gibi konuların geldiği görülmüştür. Ayrıca, çocuk, ebeveyn ve sağlık personeli görüşlerinden, mevcut Pediatrik Onkoloji Servisi’nde oyun odasına ihtiyaç duyulduğu konusunda hem fikir oldukları ve kurulacak bir oyun odasının çocukların tedavilerine hem psikolojik hem de fiziksel katkı sağlayacağını

düşündükleri anlaşılmıştır. Ayrıca, kurulacak bir oyun odasının nitelikleri, donanımı ve içerisinde bulunacak görevli kişilere ilişkin olarak tüm katılımcı grupları; canlı renkler kullanılması, kitap ve oyuncak çeşitliliği, görevli olacak öğretmen gibi konulara dikkat çekmişlerdir. Böyle bir oyun odasının ebeveynlere de destek olacağı belirtilmiştir. Gelecek çalışmalar için öneriler de çalışmanın sonunda verilmiştir.

**Anahtar sözcükler:** erken çocukluk dönemi, hasta çocuk, oyunla tedavi, oyun, oyun odası, süregen hastalık

## TEŞEKKÜR

Çalışmanın gerçekleştirilmesinde katkı koyan, çalışmanın planlanmasında ve yürütülmesinde bana yol göstererek desteğini hiçbir zaman esirgemeyen ve bilgileri ile bana ışık tutan tez danışmanım Sn. Prof. Dr. Ayşe Işık Gürşimşek hocama, akademik hayatım boyunca bana her zaman yol gösteren ve manevi desteğini esirgemeyen Sn. Prof. Dr. Elif Yeşim Üstün hocama, her ne koşulda olursa olsun her zaman yardımına koşan ve beni sürekli destekleyen Sn. Prof. Dr. Mehtap Malkoç hocama, çalışmam sırasında her zaman yanımda olan ve her koşulda desteklerini esirgemeyen Kemal Saraçoğlu Lösemili Çocuklar ve Kanslerle Savaş Vakfı'na, benim bugünlere gelmemi sağlayan ve her zaman bilgilerini benimle paylaşan hocalarıma, her zaman yardımına koşarak manevi desteğini esirgemeyen Servet Özeralp' a, hayatım boyunca benim arkamda olan ve her zaman beni destekleyen annem Bilge ve babam Mehmet Okta'ya, bana manevi desteğini esirgemeyen kardeşim Havva Okta'ya, çalışmam süresince desteğini esirgemeyen ve her zaman yanımda olan nişanlım Pınar Gökensel'e, çalışmamda yer alan ailelere, çocuklara ve sağlık personeline, tez aşamasında ve akademik hayatımda her zaman yanımda olan ismini sayamadığım kişilere sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

# İÇİNDEKİLER

ABSTRACT.....	iii
ÖZ.....	v
TEŞEKKÜR.....	vii
TABLO LİSTESİ.....	xii
ŞEKİL LİSTESİ.....	xiv
1 GİRİŞ.....	1
1.1 Problem Durum.....	2
1.2 Araştırmanın Önemi.....	4
1.3 Sınırlılıklar.....	5
2 KURAMSAL ÇERÇEVE.....	7
2.1 Çocukluk Dönemi ve Gelişimsel Önemi .....	9
2.1.1 Farklı Gelişim Evrelerinde Gözlenen Gelişimsel Özellikler.....	10
2.2 Gelişimi Etkileyen Etmenler.....	16
2.3 Hastalık ve Çocuk.....	20
2.4 Hastalık Sürecinin Çocuk ve Ailesi Üzerindeki Etkileri.....	23
2.5 Çocuğu Hastaneye Yatış ve Tedavi Sürecine Hazırlama.....	25
2.6 Kronik, Ölümcül ve Onkolojik Hastalığı Olan Çocuklar ve Tedavi Süreci.....	30
2.6.1 Kronik Hastalığın Çocuklar ve Aileleri Üzerindeki Etkileri.....	31
2.6.2 Ölümcül Hastalığın Çocuklar ve Aileleri Üzerindeki Etkileri.....	36
2.6.3 Onkolojik Hastalıkların Çocuklar ve Aileleri Üzerindeki Etkileri.....	39
2.7 Hastalık Sürecinde Çocuğun Yaşam Kalitesini Arttırmaya.....	40
2.8 Hasta Çocukların Yaşam Kalitesini Arttırmaya Yönelik Çalışmalar ve Oyun.....	44
2.8.1 Oyun ve İşlevi.....	48



2.8.2 Tedavi Süreci ve Oyunun Kullanımı.....	49
2.9 Çocukların Hastane Ortamı ve Sağlık Hizmetlerine İlişkin Görüşleri.....	54
2.9.1 Hastane Ortamlarının Hasta Çocuklarca Tasarlanması.....	58
3 YÖNTEM.....	61
3.1 Araştırma Modeli.....	61
3.2 Veri Toplama Aracı.....	63
3.2.1 Aile ve Sağlık Personeli Görüşme Formu.....	63
3.2.2 Mektup Yoluyla Hikaye Tamamlama Formu.....	65
3.3 Geçerlik ve Güvenirlikle İlgili Uygulamalar.....	66
3.3.1 İnandırıcılık.....	66
3.3.2 Aktarılabirlik (Transfer Edilebilirlik).....	67
3.3.3 Tutarlılık.....	68
3.3.4 Teyit Edilebilirlik.....	68
3.4 Evren ve Örneklem.....	69
3.4.1 Çalışma Evreni.....	69
3.4.2 Örneklem.....	69
3.5 Veri Toplama Süreci.....	74
3.5.1 Araştırmanın Etik Boyutu.....	77
3.6 Veri Analiz Süreci.....	78
3.6.1 Aile Formu ile Elde Edilen Veriler Analizi.....	79
3.6.2 Hikaye Tamamlama Formu ile Elde Edilen Verilerin Analizi.....	79
3.6.3 Sağlık Personeli Formu ile Elde Edilen Verilerin Analizi.....	80
4 BULGULAR.....	81
4.1 Ailelerin Görüşlerine İlişkin Bulgular .....	81
4.1.1 Birinci Alt Probleme İlişkin Bulgular.....	81

4.1.2 İkinci Alt Probleme İlişkin Bulgular.....	87
4.1.3 Üçüncü Alt Probleme İlişkin Bulgular.....	99
4.1.4 Dördüncü Alt Probleme İlişkin Bulgular.....	110
4.2 Çocukların Görüşlerine İlişkin Görüşler.....	112
4.2.1 Beşinci Alt Probleme İlişkin Bulgular.....	112
4.3 Sağlık Personelinin Görüşlerine İlişkin Bulgular.....	118
4.3.1 Altıncı Alt Probleme İlişkin Bulgular.....	118
4.3.1.1 Doktor Görüşme Sonucuna İlişkin Bulgular.....	118
4.3.1.2 Hemşire Görüşme Sonucuna İlişkin Bulgular.....	120
5 SONUÇ VE TARTIŞMA.....	123
5.1 Çalışmanın Özeti.....	123
5.2 K.K.T.C. Lefkoşa Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi Mevcut Pediatrik Onkoloji Servisi'nde Ailelere Ve Sağlık Personeline Göre Göze Çarpan Eksiklikler Nelerdir?.....	125
5.3 Aile, Çocuklar Ve Sağlık Personeline Göre K.K.T.C. Lefkoşa Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi Mevcut Pediatrik Onkoloji Servisi'nde Bir Oyun Odası Bulunmasının Çocuklar Ve Aileler Açısından Katkıları Neler Olacaktır?.....	126
5.4 K.K.T.C. Lefkoşa Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi Mevcut Pediatrik Onkoloji Servisi'ne Bir Oyun Odası Yapılması Durumunda Ailelere, Çocuklara Ve Sağlık Personeline Göre Bu Odanın Sahip Olması Gereken Nitelikler Nelerdir?.....	130
6 ÖNERİLER.....	135
KAYNAKLAR.....	138
EKLER.....	153

Ek 1. Aile Görüşme Formu.....	154
Ek 2. Sağlık Personeli Görüşme Formu.....	158
Ek 3. Çocuk Görüşme Formu.....	161
Ek 4. Sağlık Bakanlığı İzni.....	162
Ek 5. Pediatrik Onkoloji Servisi İzin Yazısı.....	163
Ek 6. Kemal Saraçoğlu İzin Yazısı.....	164

## TABLO LİSTESİ

Tablo 1. Türkiye nüfus projeksiyonu ve çocuk yaş grubunun payının değişimi.....	21
Tablo 2. Türkiye’de 5-9, 10-14 ve 15-19 yaş gruplarında ölüm nedenleri yüzde dağılımı.....	22
Tablo 3. Çocukların gelişimsel düzeylerine göre ağrıyı anlama ve gösterdikleri tepkiler.....	29
Tablo 4. Çocukların gelişimsel dönem özellikleri ile kronik hastalıkların bu dönemlere göre etkileri.....	33
Tablo 5. Yas döneminde görülen farklı semptomlar.....	38
Tablo 6. Örneklemi oluşturan ebeveynlerle ilgili sosyo-demografik veriler.....	70
Tablo 7. Örneklemi oluşturan çocuklarla ilgili sosyo- demografik veriler.....	72
Tablo 8. Lefkoşa Devlet Hastanesi mevcut Pediatrik Onkoloji Bölümü’nde dikkatlerini çeken bölümlere ilişkin anne-baba görüşlerinin dağılımı .....	82
Tablo 9. Lefkoşa Devlet Hastanesi Pediatrik Onkoloji Bölümü’nde bulunması gereken bölümlerin ilişkin anne-baba görüşlerinin önem sırasına göre dağılımı.....	83
Tablo 10. Lefkoşa Devlet Hastanesi mevcut Pediatrik Onkoloji Bölümü’nde eksik olduğunu düşünülen özelliklere ilişkin anne-baba görüşlerinin dağılımı .....	85
Tablo 11. Lefkoşa Devlet Hastanesi mevcut Pediatrik Onkoloji Bölümü’nde oyun odası bulunması halinde çocukların iyileşmelerine sağlayacağı katkılara ilişkin anne-baba görüşlerinin dağılımı.....	91
Tablo 12. Lefkoşa Devlet Hastanesi mevcut Pediatrik Onkoloji Bölümü’nde oyun odası bulunması halinde çocukların gelişimlerine sağlayacağı katkılara ilişkin anne-baba görüşlerinin dağılımı.....	95

Tablo 13. Pediatrik Onkoloji Bölümü'nde oluşturulacak oyun odasında mutlaka bulunması gereken niteliklere ilişkin anne-baba görüşlerinin nitelik, donanım ve odada bulunması gereken kişiler bakımından dağılımı.....	100
Tablo 14. Çocukların hastane ortamındaki duygularına ilişkin çocukların verdikleri cevapların dağılımı.....	113
Tablo 15. Çocukların Pediatrik Onkoloji Bölümü'nde oyun odası isteme nedenlerine ilişkin çocuk görüşlerinin dağılımı.....	113
Tablo 16. Çocukların oyun odasının içinde ne olmasını istediklerini ilişkin görüşlerinin dağılımı.....	115
Tablo 17. Çocukların oyun odasında ne yapmak istediklerine ilişkin görüşlerinin dağılımı.....	116

## ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1. Bronfenbrenner'in Ekolojik Sistemler Kuramı.....	19
---	----

# Bölüm 1

## GİRİŞ

Çocukluk dönemi ve çocukluğa ilişkin algılar tarih boyunca değişim göstermektedir. Tarih boyunca çocukluğu yetişkinlikten ayıran özellikler anlaşılmaya çalışılmış; çocuğu yetişkinden farklı kılan özellikler; onların gelişmemişliği, yaşamda pasif oluşları, masumiyetleri ve eksiklikleri tamamlanarak medenileştirilmesi gereken bireyler olmaları üzerinden açıklanmıştır. Çocuk kavramına yönelik algılar çocukların kültür elçileri ve kültürün oluşumu için gerekli oldukları farkedildikçe değişmeye başlamışlar (Erdiller, 2014, s. 213). Diğer bir deyişle, insanların çocuklarının içinde yetiştikleri kültürün temsilcisi olduklarının farkına varmalarıyla; ‘Çocuk ne demektir?’, ‘Çocukluk döneminin önemi nedir?’ gibi sorulara karşı duyulan ilgi artmıştır. Moss ve Pence (Akt. Erdiller, 2014, s. 219) tarih boyunca çocukluğa ilişkin açıklamalarda çocukların beş farklı görünümü olduğunu savunmuştur: 1) bilgi, kimlik ve kültürü çoğaltan çocuk; 2) masum ve hayatının altın çağındaki çocuk; 3) biyolojik basamakların bilimsel çocuğu; 4) emek piyasası kaynağı çocuk; 5) kültürün, kimliğin ve bilginin ortak yaratıcısı çocuk.

Tarih boyunca çocukluğa ilişkin açıklamalardaki tüm değişimlere karşın, yaşamın ilk yıllarının bireyin gelişimi açısından kritik önemi sabit kalmıştır. İleride sağduyulu, sorumluluk sahibi, eleştirel düşünme becerisine sahip, sevgi ve saygıyı bilen yetişkinlerin var olmasının en önemli kuralının çocuk yaşta ve hatta erken çocukluk döneminde alınan eğitim olduğu su götürmez bir gerçektir. Erken çocukluk ve çocukluk döneminde sağlanan eğitim ve gelişim imkânları geleceğin

yetişkinlerinin hayatlarında son derece önemli bir yere sahiptir. Bu nedenle erken yaşlardan başlayarak tüm çocukların; bedensel, zihinsel, psiko-sosyal açılardan gereksinimlerine uygun biçimde hazırlanmış ortamlarda gelişim ve eğitimlerini sürdürmeleri için kendilerine fırsatlar sağlanmasını bekleme hakları bulunmaktadır. Pek çok ülkede olduğu gibi ülkemizde de okul öncesi eğitime verilen önem günümüzde artmış olsa da, bu eğitim hizmetlerinin neredeyse tümü okul öncesi eğitim kurumlarına devam edebilen çocuklar üzerine kurulmuştur. Diğer bir deyişle, eğitimin tek biçimli yapılandırılmasıyla tüm çocukların farklı durumlardaki gereksinimlerini karşılayamadığı gözlemlenmektedir. Çalışmanın konusu açısından ele alınacak olursa; eğitim sistemimizde, kullanılan kitaplar ve diğer materyallerin yanı sıra fiziksel şartlar açısından da hastane ortamında ayakta, yani kısa süreli ya da yatarak tedavi gören çocukların eğitimlerinin ve gelişimlerinin desteklenmesini sağlayacak düzenlemeler yer almamaktadır. Hastanede yatarak veya ayakta tedavi görmenin, özellikle kronik, onkolojik veya ölümcül hastalıkların çocukların ve ailelerinin hayatları üzerinde çok farklı biçimlerde ve düzeylerde etkileri olabilmektedir. Herhangi bir kronik, onkolojik veya ölümcül hastalık sürecinden geçmelerine rağmen çocukların hala çocuk oldukları ve sağlık durumları ne olursa olsun oyuna ihtiyaç duydukları unutulmamalıdır. Hasta olsalar bile çocukların hayatlarında oyuna yer verilmesi onların hastalık sürecinde yaşam kalitelerini arttıracaktır.

## **1.1 Problem Durum**

Bu araştırmanın amacı Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nde kanser tedavisi gören farklı yaş gruplarındaki çocukların hastane ortamında oyun odası ihtiyaçlarına yönelik çocukların, ailelerin ve sağlık personelinin görüşlerini belirlemektir.



Bu amaca uygun olarak araştırmanın temel problem sorusu şu şekilde geliştirilmiştir: “K.K.T.C’de kanser tedavisi gören farklı yaş grubu çocuklarının hastane ortamında oyun odası gereksinimlerine ilişkin ocuk, anne-baba ve sağlık personelinin görüşleri nelerdir?”. Bu problem cümlesini doğrultusunda aşağıdaki alt problemlere cevap aranacaktır:

1. K.K.T.C’ de kanser tedavisi gören farklı yaş grubu çocukların anne babalarının Lefkoşa Devlet Hastanesi Pediatrik Onkoloji bölümünün mevcut yapısına ilişkin görüşleri nelerdir?
2. K.K.T.C’ de kanser tedavisi gören farklı yaş grubu çocukların anne babalarının Lefkoşa Devlet Hastanesi Pediatrik Onkoloji bölümünde oyun odasının bulunmasının çocuklarının iyileşmesine sağlayacağı katkıya ilişkin görüşleri nelerdir?
3. K.K.T.C’ de kanser tedavisi gören farklı yaş grubu çocukların anne babalarının Lefkoşa Devlet Hastanesi Pediatrik Onkoloji bölümünde oyun odasının yapılandırılması durumunda özelliklerinin neler olması gerektiğine ilişkin görüşleri nelerdir?
4. K.K.T.C’ de kanser tedavisi gören farklı yaş grubu çocukların anne babalarının Lefkoşa Devlet Hastanesi Pediatrik onkoloji bölümünde oyun odasının yapılandırılmasının ebeveyn olarak kendilerine ne tür katkılarda bulunabileceğine ilişkin görüşleri nelerdir?
5. K.K.T.C’ de kanser tedavisi gören farklı yaş grubu çocuklarının Lefkoşa Devlet Hastanesi Pediatrik onkoloji bölümünde yapılandırılacak bir oyun odasına ilişkin görüşleri nelerdir?

6. K.K.T.C Lefkoşa Devlet Hastanesi Pediatrik Onkoloji Bölümünde çalışan personelin çocukların oyun odası gereksinimlerine ilişkin görüşleri nelerdir?

## **1.2 Araştırmanın Önemi**

Alan yazın taraması sonucunda kanser tedavisi gören farklı yaş gruplarındaki çocukların sağlıklı çocuklara göre daha fazla gereksinimleri olduğu ve bu gereksinimlerinin çoğunun hastane ortamında karşılamak zorunda kaldığı anlaşılmıştır. Bu gereksinimlerden en önde gelenlerinden biri ise, sağlıklı çocuklar için bile gelişimsel açısından çok önemli olan oyundur. Hastane ortamında oyun seçeneklerinin, ortamının ve oyuncakların çocukların farklı gelişimsel gereksinimlerinin ötesinde hastalıklarından kaynaklanan özel gereksinimlerini bile karşılayamayacak derecede sınırlı olduğu yapılan çalışmaların sonuçlarından anlaşılmaktadır. Hastanede tedavi gören çocukların kendi yaş ve gelişimsel dönemlerine göre bu ihtiyacın karşılanması için de en üst seviyede çaba sarf edilmesi gerektiği de yine farklı çalışmalarda vurgulanmıştır. Hastalığı nedeniyle tedavi gören çocukların oyun gereksinimleri sadece oyuncak vermekle karşılanamayacağı gibi ailelerin çocuklarının gereksinimlerini tek başına karşılamalarını beklemekte mümkün değildir. Tedavi sürecinde çocukların sırası geldiğinde ailelerden çok sağlık personelleri ile vakit geçirdikleri dikkate alındığında, ortaya çıkan gereksinimleri karşılamak konusunda aile ve sağlık personeli işbirliği içinde ortaklaşa çalışmalıdırlar.

Bu bilgiler ışığında, mevcut çalışma hastanede tedavi gören kanser hastası çocukların oyun odası gereksinimlerinin üç (aile, çocuk ve doktor/hemşire) farklı bakış açısına göre incelemeyi hedeflemektedir.

Kuzey Kıbrıs'ta gerçekleştirilecek bu ilk çalışmada; hastane ortamında oyun odasının hasta çocuklar, onların anne-babaları ve sağlık personeli tarafından ne ölçüde gerekli görüldüğünün gerekçeleriyle birlikte araştırılması hedeflenmektedir. Çalışmadan elde edilecek bulguların '*çocuk dostu hastane*' kavramının yerleşmesinde ve ülkede yapılan/yeniden yapılandırılan tüm sağlık kurumlarında hasta çocukların esenliğini sağlayıcı düzenlemelere yer verilmesine katkıda bulunması amaçlanmaktadır. Bu açılarından bakıldığında bu çalışmanın; süregen hastalığı olan çocuklara ilişkin mevcut bilimsel birikimine olduğu kadar bu çocukların hastalıkları süresince yaşam kalitelerini arttıracak eğitsel etkinliklerin düzenlenmesinde önem taşıyan unsurların anlaşılmasına da katkıda bulunması amaçlanmaktadır.

### **1.3 Sınırlılıklar**

Kuzey Kıbrıs'ta kanser tedavisi gören çocuklardan ve ailelerinden oluşan özel bir örneklem ile çalışılmış olması araştırmanın yürütülmesinde bazı özel güçlükler ve sınırlılıklara neden olmuştur.

Veri toplama sürecinde araştırmacıyı en çok zorlayan durumlardan biri, gerek çocukların gerekse ailelerinin ve sağlık personeli psikolojik durumları olmuştur ve bu nedenle bazı konuları konuşmada güçlükler yaşanmıştır. Benzer biçimde çocukların sağlık problemleri uzun süreli görüşmeleri de olanaksız kılmıştır.

Veri toplama süresinde yaşanan bu sınırlılıklara ek olarak bu çalışma :

1. Kuzey Kıbrıs'ta Temmuz-Ağustos 2015 tarihleri arasında kanser tedavisi gören farklı yaş gruplarındaki çocukların, onların anne-babalarının ve Lefkoşa Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi Pediatrik Onkoloji Servisi'nde çalışan sağlık personelinin görüşleriyle,

2. Araştırmada kullanılan veri toplama araçlarından elde edilen sonuçlarla sınırlıdır.

## Bölüm 2

### KURAMSAL ÇERÇEVE

Bu çalışmanın konusu sağlığının ciddi biçimde bozulmasına yol açan bir hastalık nedeniyle hastanede yatarak veya ayakta tedavi gören kronik hastalığı olan çocuklardır. Bu çocukların özel gereksinimlerinin daha iyi anlaşılabilmesi için öncelikle çocukluk döneminin tüm çocukları kapsayıcı gelişimsel özellikleri ve bunların yaşamda sağlıklı ve esenlikle biçimde büyümek açısından önemi konusunun incelenmesi gerekmektedir. Çocukların normal gelişim sürecindeki özellikleri ve gereksinimleri anlaşıldıktan sonra ise, sırasıyla çocukluk döneminde hasta olmanın çocuğun gelişimi ve aileye etkileri ile çocuğun moralini yükseltmek için yapılması gerekenler anlaşılmalıdır. Bu nedenle izleyen bölümde sırasıyla şu konular üzerinde durulacaktır: Çocukluk dönemi ve gelişimsel önemi; hastalık sürecinin çocuğun gelişimine ve ailesine etkisi ve hastalık sürecinde çocuğun yaşam kalitesinin yükseltilmesi için gerçekleştirilmesi gereken düzenlemeler.

Arıkan, Çelebioğlu ve Tüfekci (2013) gelişimde temel oluşturan üç kavramı şu şekilde tanımlamıştır: “Büyüme: vücut ağırlığı, boy uzunluğu gibi hacim ve kitle ile ilgili değişiklikleri içerir... Olgunlaşma: kişinin doğuştan getirdiği potansiyelin zaman içinde ortaya çıkmasını ifade eder...Gelişme: büyüyen bir organizmanın dokularının yapısında, biyokimyasal bileşimde oluşan değişiklikler sonucu olgunlaşması ve biyolojik fonksiyonlarının farklılaşması olarak tanımlanmaktadır...” (s. 53). Bu üç kavram arasından büyüme ve gelişmeyi etkileyen faktörler ise kalıtım

ve genetik; cinsiyet, hormonlar, çevresel faktörler, kültür, beslenme, sağlık durumu ve çocuk yetiştirme felsefeleri olarak sıralanabilir.

Büyüme ve gelişim sürecinde farklı dönemlerde ortaya çıkan özellikleri açıklamak için doğum öncesi ve sonrasını içeren farklı gelişim aşamaları üzerinde durulmalıdır. Yaşamın farklı dönemleri farklı gelişim ödevlerinin gerçekleştirilmesi açısından yaşlara göre gruplanarak açıklanmaktadır. Ülke-Kürkçüoğlu (2010, s. 137) gelişimsel evreleri iki ana başlık altında incelemiştir:

1. Doğum Öncesi Dönem (Prenatal)
  - Ovum Evresi (Döllenme -2. Hafta)
  - Embriyon Evresi (3. – 8. Hafta)
  - Fetus Evresi (9. Haftadan doğuma kadar)
2. Doğum Sonrası Dönem (Postnatal)
  - Yenidoğan bebek (neonatal): 0-1 ay
  - Bebeklik (infant): 1-12 ay
  - Yeni yürüyen çocukluk (todlerhood): 1-3 yaş
  - Erken çocukluk (early childhood): 3-6 yaş
  - Orta çocukluk (middle childhood): 6-12 yaş
  - Ergenlik (adolescent): 13-18 yaş.

Buna ek olarak, Erkan (2011, s. 31) ise gelişimsel evreleri yedi gruba ayırmıştır:

1. Doğum öncesi (Döllenme-Doğum)
2. Bebeklik (0-2 yaş)
3. Erken çocukluk (6-12 yaş)
4. Ergenlik (12 veya 13 yaş – 20'li yaşlar)
5. Genç yetişkinlik (20'li yaşlar – 30'lu yaşların ortaları)
6. Yetişkinlik (30'lu yaşların ortaları – 60'lı yaşların ortaları)

## 7. Yaşlılık (60'lı yaşların ortalarından sonrası)

Diğer bir grupta, Arıkan, Çelebioğlu ve Tüfekçi (2013) çocukluk dönemlerinin doğum öncesi ve doğum sonrası olarak ikiye ayrıldığını ve her iki dönemde kendi içlerinde evreleri olduğunu vurgulamışlardır. Doğum öncesi dönem, 0-10 hafta arası embriyonel dönem ve onuncu haftadan doğuma kadar fetal dönem olarak iki evreden oluşmaktadır. Doğum sonrası dönemin evreleri ise şu şekildedir:

- 0-4 hafta yenidoğan (neonatal), 0-1 hafta perinatal dönem;
- 1 ay-12 ay süt çocuğu dönemi;
- 1-3 yaş oyun çocuğu;
- 4-5 yaş okul öncesi dönem çocuğu;
- 6-12 yaş okul çocuğu;
- Ergenlik dönemi (puberte) ise kızlarda 10-18 yaş; erkeklerde ise 12-20 yaş arası olan dönem (Arıkan, Çelebioğlu ve Tüfekçi, 2013, s. 66).

Doğum ve doğum sonrası dönemlerde bebeklerin ve çocukların göstermeleri beklenen genel gelişim özelliklerinin bilinmesinin hastalığın, hastaneye yatışın ve hastane ortamının çocuğun normal gelişimini ve bu gelişim evreleri arasındaki geçişlerin nasıl etkilendiğini anlamayı kolaylaştırdığı söylenebilir. Mevcut çalışmanın amacı tıp alanına da girdiği ve günümüze en yakın tarihe sahip olduğu için Arıkan, Çelebioğlu ve Tüfekçi (2013)'nin belirttiği gelişimsel evreler temel olarak alınmıştır. Bir sonraki bölümde özellikle doğum sonrası evrelerde çocuklarda gözlenen gelişimsel özellikler daha detaylı bir şekilde açıklanacaktır.

### **2.1 Çocukluk Dönemi ve Gelişimsel Önemi**

Bu bölümde evreler ele alınırken 0-18 yaş arası dönemin çocukluk olarak kabul edildiği ve farklı evrelerin tümünün gelişim açısından önemli olduğunu kabul edilmiştir.

Şen (2007, s. 72) okul öncesi döneminde (0-6 yaş arası) çocukların gelişimlerinin büyük bir hızla ilerlediğini, birçok bilgi, beceri, davranış ve alışkanlıkların bu dönemde kazanıldığını vurgulamaktadır. Her ne kadar çocukların gelişimsel evrelerden geçiş hızları farklı etkenlere göre değişim gösterse de; tüm çocukları aynı gelişim evrelerinden geçerler. Çeşitli eğitimcilerin ve araştırmacıların detaylı olarak açıkladığı farklı evrelerdeki çocukların fiziksel, ruhsal ve davranışsal açılarından temel özellikleri şu şekilde özetlenebilir:

### **2.1.1 Farklı Gelişim Evrelerinde Gözlenen Gelişimsel Özellikler**

Çocukluk olarak tanımlanan 0-18 yaş arası evreler 0-12 aylık, 1-3 yaş, 4-5 yaş, 6-12 yaş ve ergenlik dönemi olarak sırasıyla aşağıda ele alınıp incelenmiştir. Her evrenin temel gelişimsel özellikleri çeşitli kaynaklardan derlenerek toplu biçimde sunulmuştur.

0-12 aylık çocuğun özellikleri: Sağlıklı bir bebek ortalama 3000-3250 gramdır ve ilk altı ay boyunca her ay ortalama 600 gram kilo alır. Doğduğu zaman yaklaşık 50 santimetre olan bebekler bir yılın sonunca doğum boylarının yarısı kadar uzarlar. Bu dönemde çocuklar çevre etkenlerine karşı duyarlıdırlar ve yaşamlarını sürdürebilmeleri için gerekli olan tüm ihtiyaçları için bir yetişkine muhtaçtırlar.

Yeni doğan bebeklerin en önemli davranışları ise tutma, emme, adımlama gibi refleksleridir. Üçüncü ayda refleksler bilinçli ve amaçlı hareketlere dönüşür. İkinci ayda bebekler başlarını kısa sürelerle dik tutabilirler ve yatar pozisyonda başlarını ve göğüslerini kaldırabilirler.

Bu aydaki ilk sosyal davranış ise gülümsemedir. Üçüncü ayda bebekler başlarını sese doğru çevirirler ve kendi vücutlarına ilgi duyarlar. Dördüncü ayda ise, destek alarak kısa süreli oturabilirler; karın ve dizlere dokunarak kendi vücutlarını keşfederler. Gülümsemesi ise kahkahalara dönüşür. Beş aylıkken nesnelere ağızlarına



götürürler, aynada kendi yansımalarına gülerler. Altıncı ayda, desteksiz oturabilir ve yatır pozisyonunda sırtüstü veya yüzüstü dönebilirler. Yedi aylık olduklarında ise ayaklarını ağızlarına götürürler ve basit hareketleri taklit edebilirler. Sekizinci ayda emeklemeye başlarlar.

Dokuzuncu ayda eşyalara tutunarak ayakta durabilirler, adlarını bilirler ve çağırılınca o yöne dönerler. Onuncu ayda ise daha fazla hareketlenerek, emekleyerek sürekli yer değiştirirler. On bir ve on ikinci aylarda ise ellerinden tutunca yavaşça yürüyebilirler ve kendisiyle oynamak isteyen yetişkinlerden çekinmezler. İlk aylarda annesini takip eden bebekler, dört aylık olunca annelerini başkalarından ayırt edebilirler ve dokuzuncu ayda ise annelerine karşı olan bağlılıkları daha da gelişir.

Bu dönemde bebeklerin yaptıkları tüm hareketler, her ne kadar kısıtlı olsalar da, kendilerinin ve çevrelerini gözlemlemeye, anlamaya ve keşfetmeye yönelik ilk adımlar olarak nitelendirilebilir (Gander ve Gardiner, 1994; Bayhan, 2004).

1-3 yaş çocuğu özellikleri (oyun çocuğu): Sağlıklı bir çocuk ikinci yılda 3-3,5 kilo alır ve boyu da onar santimetre artar. Bu yılda çocuklar oldukça hareketlidirler, on beş aylık olunca bağımsız olarak yürüyebilirler, merdivenleri emekleyerek çıkabilirler, nesnelere parmaklarıyla işaret ederek isterler, kaşığı tutabilirler fakat ters olarak ağızlarına götürürler. On sekiz aylık olduklarında ise merdivenlerin korkuluklarına tutunarak inip çıkabilirler, koşmaya başlarlar fakat sık sık düşerler, temizlik gibi ev işlerinde büyükleri taklit ederler, vücutlarının 2-3 kısmını söyleyebilirler, resimli kitaplara ilgi duyarlar, yetişkinin basit isteklerini anlayabilirler ve yerine getirirler.

İki yaşına geldiklerinde ise vücutlarının 4-5 bölümünün isimlerini söyleyebilirler, birkaç rengi bilirler, kaşıkla yemek yiyebilirler. Çok hareketlidirler ve engellenmeye çalışıldığında olumsuz tepki verirler. Sözcük dağarcıkları gelişmeye

başlar ve 1-2 kelime ile konuşmaya devam ederler. Çocuklar 3 yaşına geldiklerinde el, göz ve vücut koordinasyonları daha da gelişmiştir. Merdivenleri tek adımla inip çıkabilirler, tek ayak üzerinde sekebilirler, üç tekerlekli bisiklete binebilirler, ipe boncuk dizebilirler, kitap sayfalarını çevirebilirler, şekilleri doğru yerlere yerleştirebilirler, ayakkabılarını ve kıyafetlerini giyip çıkarabilirler ama fermuar açıp kapamada ve ayakkabı bağcıklarını bağlamada zorlanırlar.

Oyuncakları canlı varlıklar olarak görürler ve onlarla konuşurlar. 3-4 kelimeyle kısa cümleler kurabilirler ve vücutlarının sekiz parçasını isimlendirirler. Adlarını, yaşlarını ve cinsiyetlerini söyleyebilirler. Kısa hikayeleri dinlemeyi ve ilgili resimlere bakmayı severler.

Bu dönemde yapılan tüm hareketler bebeklik döneminde gözlemlenen çevrenin keşfedilmesi için harekete geçilmesi ve yeni iletişim yolları aranması olarak tanımlanabilir. Bu nedenle, çocukların hareketlerinin herhangi bir nedenden dolayı kısıtlanması onların her alandaki gelişimlerini olumsuz etkileyebilir (Oğuzkan ve Oral, 1996; Atay, 2005).

4-5 yaş çocuğu özellikleri (okul öncesi dönem): Bu yaşa kadar çocuk başkalarına ve kendine güvenmeyi, kendini yönetmeyi öğrenir. Oturmayı sevmezler ve hareketli etkinlikleri tercih ederler. Tırmanmayı, bisiklete binmeyi ve öne doğru takla atmayı severler. Karalama gibi olan çizgiler insan figürüne dönüşür ve çizgileri kağıtların dışına taşırmamaya çalışırlar ve iki çizgiden hangisinin uzun olduğunu. Sürekli çevrelerini incelerler ve “Nasıl?” “Neden?” “Niçin?” “Bu nedir?” gibi soruları sıkça sorarlar. Yetişkinlerden çok yaşlılarıyla zaman geçirmeyi tercih ederler ve zaman zaman sözlü tartışmalar yaşarlar. 5 yaşına geldiklerinde ise hareketleri daha dengeli olur ve yaşlılarıyla daha sağlıklı iletişim kurabilirler.

Gelişimleri olgunlaşarak kişilik yapılarını oluşturur. İki ayaklarını birleştirerek sıçrayabilirler ve zig zag çizerek koşabilirler. Sokak ve ev içine uygun kıyafetleri seçebilirler. Çizdikleri şekiller kolayca anlaşılabilir ve kesme-yapıştırma etkinliklerine ilgi duyarlar. Yaşıtlarıyla iletişimleri daha sağlıklıdır. Öykü anlatmayı ve matematiksel işlemleri severler.

Bu dönemde de çocukların hareketleri daha da artar ve çevrelerinde olup biten her şeyi anlamak adına sıkça sorular sorarlar. Çocuk gelişiminin her döneminde olduğu gibi bu dönemde de hareketlerinin sınırlandırılmaması ve sordukları sorulara sinirlenmeden, çocukları geri çevirmeden olabildiğince anlaşılır ve dürüst cevaplar verilmesi gelişimleri açısından çok önemlidir (Oktay, 2000; Şen, 2007).

6-12 yaş çocuğu özellikleri (okul çocuğu): Bu yaşta çocukların uyumlu davranışları değişim göstererek daha huysuz davranışlar göstermeye başlarlar. Kararsız olurlar ve sevdiklerini söylediklerini bir kişiyi yada etkinliği daha sonra sevmeyebilirler. Başarısızlık korkusu görülür. Süt dişleri yerine kalıcı dişler çıkmaya başlar. Bulaşıcı hastalıklara karşı hassas olurlar. Sorun çözmek için kendi başlarına kararlar alırlar, zor durumda kalmadıkça yardım istemezler.

Özbakım becerileri gelişmiştir. Okuma-yazma etkinliklerine hazırdırlar. Olayları gerçekçi bir şekilde değerlendirirler ve kendi fikirleri alınmadan konulan kurallara itiraz ederler. Duygusal olarak olumlu ve olumsuz duygulara ortak olurlar ve hem evde hem okulda kendilerine yetişkinleri rol model olarak alırlar. İletişim durumlarında anlaşılır bir dil kullanırlar ve yedi yaşına doğru tutarsız davranışlar ortadan kalkmaya başlar.

7-8 yaşlarında ise çocukların diş yapısında değişiklikler olur ve bazı dişleri eksik görüldüğü için alaylı tavırlara maruz kalabilirler. Böyle durumlarda çocuklara gelişimlerinde bir sorun olmadığı ve sadece büyüme sürecinde oldukları açıklanarak

çocukların üzülmeleri engellenebilir. Ayrıca, kavramları deneyim ve duyuları aracılığıyla anlamaya çalışırlar ve kurallara karşı daha ılımlı yaklaşırlar. Yani, kuralların bir anlamı olduğunu ve gereksiz olmadıklarını kavrarlar. Kendilerine de kurallar koyarak bu kuralları gerekli görüldüğünde değiştirebileceklerini bilirler. Bencillik, sıkılgan hareketler, şikayet etme, empati gibi duygu ve beceriler belirginleşir. Küçük düşmekten korktukları için sürekli olarak anne-baba sevgisine ihtiyaç duyarlar. 8 yaşına geldiklerinde ise inatçılık, büyüyünce anne-babaya benzemeyi isteme, övgü bekleme, kendilerine güvenilmesi bekleme, karşı cinsle anlaşamama, bağımsızlık ve özgürlüklerine düşkün olma, kendilerini kontrol altında tutma ve başkalarını düşünme gibi özellikler ortaya çıkar.

9-10 yaşlarında ise daha gerçekçi düşünmeye başlarlar, daha önce görmedikleri objelerinde zihinlerinde canlandırabilirler, kendi düşüncelerini eleştirip düzeltebilirler, gergin, endişeli ve unutkan olurlar, onlara güven duyulabilir, kuralları severler, arkadaşlarıyla uyumludurlar, bazı şeyleri biriktirmeye başlarlar, daha önceki dönemlerde vazgeçtiği bebeksi davranışlara geri dönerler, cesaretleri çabuk kırılrsa da kendilerine güvenirler, evin dışında yapılan etkinliklere ilgi duyarlar, gözlemci ve ısrarcı olurlar.

11 yaşından itibaren ise mantıksal düşünme becerileri bir yetişkininkiyle benzer düzeye ulaşır. Bu dönemler, çocuklarla sağlıklı yollar ile tartışmalar yapılarak, fikir alış-verişlerinde bulunarak zihinsel düşünme becerilerine meydan okunur ve gelişmeleri sağlanır.

Bu dönemde çocukların tek başlarına çalışma becerileri geliştirilmeli ve ilgi alanları genişletilmelidir. Sosyal ve duygusal açıdan ise anne-babalarından ayrılmayı deneyebilirler, çoğunlukla kötü kararlar vermezler, sürekli hareket etmek isterler, huysuz ve aksi olabilirler, duyguları hızla değişebilir, kararsız olurlar, her şeyi

eleştirirler ve çevresindekilerin adil olmalarını beklerler, ve anne-babalarının mükemmel olmadıklarını anlarlar.

6 yaşından itibaren 12 yaşına kadar gittikçe artarak devam eden zihinsel, sosyal ve özellikle duygusal değişimler çocukların ergenliğe girmek üzere olduklarının işareti olarak algılanmalı ve çocuğa karşı olan her türlü davranışta bu hassas dönemde oluşabilecek tüm zararlar düşünölmelidir. Hareket kısıtlanması ve ceza verilmesi çocukların huysuzlukları artıracığından onlara karşı dürüst, açıklayıcı ve mantıksal davranışlar sergilenmesi ergenlik dönemine geçişi kolaylaştıracaktır (Yenibaş, 2007; İşmen Gazioğlu, 2011).

Ergenlik dönemi (kızlarda 10-18 yaş; erkeklerde 12-20 yaş) özellikleri: “Ergenlik dönemi, fiziksel ve duygusal süreçlerin yol açtığı cinsel ve psikososyal olgunlaşma ile başlayan ve bireyin bağımsızlığını, kimlik duygusunu ve sosyal üretkenliğini kazandığı zaman sona eren bir dönemdir. Bu dönem biyolojik, psikolojik ve sosyal gelişimsel değişikliklerle karakterizedir” (Derman, 2008, s. 19).

Ergenlik döneminde fiziksel, ruhsal ve duygusal açıdan birçok değişiklik gözlemlenebilir. Bunlardan en belirgin olanları yalnızlık isteği, isteksizlik, toplumla zıt davranışlar, otoriteye karşı gelme ve karşı cinsle yaşanan zıtlıklardır. Ayrıca, ergenlik dönemindeki çocukların duygularında ani iniş-çıkışlar görölebilir. Buna ek olarak, sürekli, değişen duygular zaman zaman kontrol altında tutulamaz ve hem öfke gibi olumsuz hem de sevinç gibi olumlu duygular sorunlu şekillerde gösterilebilir.

Bu dönemde aile ilişkileri başta olmak üzere birçok ilişkide sorunlar yaşanır ve asi davranışlar görölür. Aile ile yaşanan sorunların üç temel sebebi arkadaşlık ilişkileri, okuldaki başarı durumu ve özgür olma isteğidir.

Yine bu dönemde, ergenlerde kimlik oluşumunun ilk aşaması olan özdeşleşme davranışları görülür; ünlü bir kişiyi yada roman kahramanını örnek alıp onun davranış ve kıyafetlerini taklit ederler. Ergenlerin bu dönemde duydukları en yoğun kaygılar ise şu şekilde sıralanabilir: bedensel kaygılar, kişilik kaygıları, aile ilişkileriyle ilgili kaygılar, sosyal ilişkilerle ilgili kaygılar, dini konularla ilgili kaygılar, okul başarısı ve meslek seçimi ile ilgili kaygılar (Çuhadaroğlu, 1996; Yörükoğlu, 2004).

Yukarıda belirtilen tüm evrelerde büyüme ve gelişmenin sağlıklı bir şekilde gerçekleşebilmesi için bebeklik döneminden başlayarak çocukların belli başlı gereksinimlerinin anlaşılması ve uygun biçimde karşılanması gerekir.

Bu gereksinimler: sevgi ve ilgi; güven; saygı; sağlıklı beslenme; hareket ve oyun; hastalıklardan ve tehlikelerden korunma; hijyenik ve dinlenme olarak sıralanabilir (Şen, 2007, ss. 91-119). Gelişimi etkileyen etmenler bir sonraki bölümde daha detaylı biçimde açıklanmaktadır.

## **2.2 Gelişimi Etkileyen Etmenler**

Doğum öncesinden başlayarak ergenlik döneminin sonuna kadar devam eden dönemlerde gelişim tüm yaşam açısından belirleyici nitelikte olmaktadır. Bu dönemlerin her birinin kendine özgü gelişim ödevleri bulunmaktadır ve bunların zamanında ve uygun biçimde gerçekleşebilmesi yaşamın diğer dönemlerinde bireyin sağlıklı biçimde büyüme ve gelişmesi açısından önem taşır. Tüm çocuklar aynı dönemlerden fakat farklı hız ve biçimlerde geçerler.

Bu farklılıkları belirlemede doğuştan getirilen niteliklerin belirli ölçülerde etkileri olmakla birlikte, döllenenmeden başlayarak çevreden gelen farklı etkilerde gelişim süreci ve hızı üzerinde etkili olabilmektedir. Aşağıda gelişim sürecinde

bireyin sağlıklı biçimde gelişimini gerçekleştirmesi üzerinde farklı biçimlerde etkileri bulunan etkenler özetlenerek sunulacaktır.

İşmen Gazioğlu (2007) çocuğun gelişiminde etkisi olan etmenleri gelişimi destekleyen etmenler ve gelişime engel olan etmenler olarak iki farklı grupta incelemiştir:

- Gelişimi destekleyen etkenler: Çocuğa sevgi, bakım, güvenlik ve kabul gösterilmesi; bol malzemeye zenginleştirilmiş uyarıcı ortam; yeterli beslenme; kendi gelişimi ve hayatıyla ilgili konularda katılım fırsatları verilmesi (dinlemek, düşünce ve görüşlerine saygı göstermek, karar verme sürecine dahil etmek, vb.); çocukla nitelikli etkileşime girilmesi (konuşmak, birlikte oyun oynamak, beraber yemek yemek, birlikte kitap okumak, vb.); iyi bir eğitim ve yaşına uygun oyuncak, eğitim materyalleri ve kitaplar sunulması olarak sıralanabilir.
- Gelişimi engelleyen etkenler: Çocuğun aile tarafından ihmal ve reddetmesi; monoton veya uyarıcı olmayan, çocuğa farklı seçeneklerin sunulmadığı ortamlar; yetersiz ya da aşırı beslenme; katılıma imkan vermeyen ve açık olmayan bir çevre; çocukla etkileşime girilmemesi, anne-babanın çocuğa bunun için zaman ayırmaması; istismara açık, olumsuz ev koşulları ve buna bağlı olarak çocuğun yaşamını sürdürmek için çoğunlukla mücadele etmek zorunda kalması; ve oyun oynamak ya da kültürel etkinliklere katılmak için fırsat sunulmaması olarak açıklanabilir (s. 17).

Farklı dönemlerde ve evrelerde meydana gelen değişiklikler büyüme ve gelişimsel etkenlere göre incelenebilmektedir. Bu etkenler dışında Dünya’da ve Türkiye’de çocuk sağlığını etkileyen etmenlerin başında aile gelmektedir (Conk, Başbakkal ve Yardımcı, 2013, s. 23). Aşırı sert ve otoriter; aşırı hoşgörölü; aşırı

koruyucu; tutarsız; ve demokratik ailelerin türü ne olursa olsun çeşitli işlevleri vardır. Bu işlevler: Çocuğun biyolojik açıdan gelişiminin desteklenmesi için sağlığı bozucu etkenlerden korunması, beslenmesi ve benzeri gereksinimlerden, duygusal ve sosyal acıyan iyi oluşu için yeterli eğitim alması, boş zamanlarının değerlendirilmesi ve her türlü kötü muameleden korunmasına kadar uzanan bir çizgide ele alınabilir.

Benzer bir şekilde, Bronfenbrenner (1979) de, bireylerin gelişimi inceleyip bu sürecin farklı sistem ve etmenlerden oluşan ekolojik bir sistem olduğunu öne sürmüştür. Ekolojik sistem kuramına göre her bir birey çocuk merkezde yer alacak şekilde farklı etmenlerden, kişi ve kurumlardan meydana gelen ve birbirleriyle sürekli etkileşim halinde olarak çocuğun gelişimini etkileyen dört farklı sistem içerisinde doğar, büyür ve gelişir. Merkezde yer alan çocuğun etrafında yer alan sistemler ise şunlardır (Bronfenbrenner, 1979; Bronfenbrenner, 1989; Bronfenbrenner ve Morris, 1998; Bronfenbrenner, 2000; Bronfenbrenner, 2001):

-Mikro sistem: Çocuğa en yakın olandır ve aile, okul, akrabalık bağları ve fiziksel çevreden oluşur.

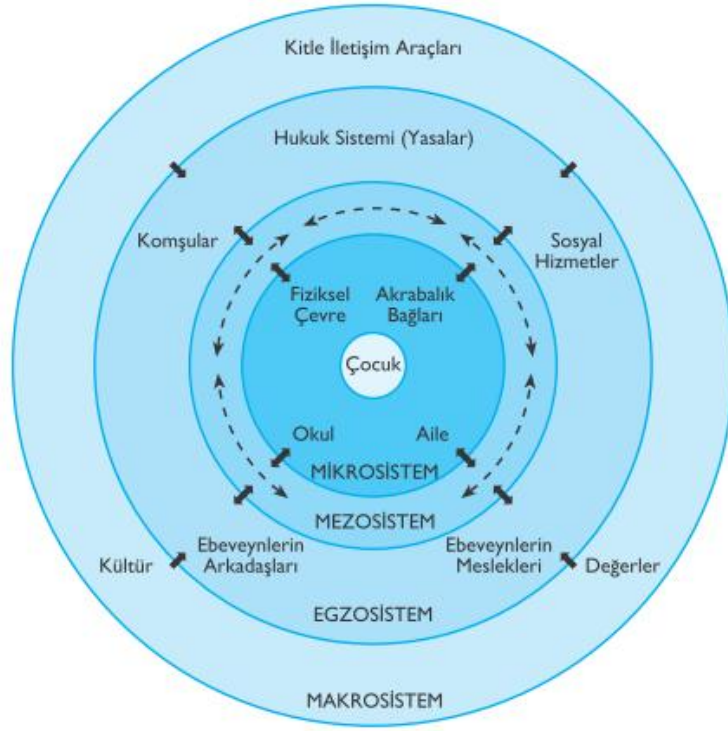
-Mezosistem: Bu katmanda ise çocuğun ilişki içinde olduğu iki veya ikiden fazla mikrosistem arasındaki etkileşimden oluşur. Bu aile ve arkadaş grubu veya aile ve öğretmenler arasındaki iletişimler olabilir.

-Egzosistem: Üçüncü katman olan bu sistemde ise komşular, anne-babanın arkadaşları, anne-babanın meslekleri, sosyal hizmetler ve hukuk sistemini kapsar.

-Makrosistem: En dıştaki katmanda ise kültür, değerler ve kitle iletişim araçları yer alır.

Bronfenbrenner'in Ekolojik Sistemler Kuramı aşağıdaki şekilde görüldüğü gibi özetlenebilir (TEDMEM, 2014):





Şekil 1. Bronfenbrenner'in Ekolojik Sistemler Kuramı

Farklı katmanlardan oluşan Ekolojik Sistemler Yaklaşımı'nın uygulanabilmesi için ise benimsenmesi gereken bazı ilkeler vardır.

Bunlar aşağıdaki şekilde listelenebilir (TEDMEM, 2014):

- Çocuk, her zaman merkezde yer alır;
- Çocuğun hayatında hem kendisini hem de birbirlerine etkileyen farklı sistemler vardır;
- Çocuğun davranışları çevresindeki kişi ve ilişkilerden yer alır ve çevresi de çocuktan etkilenir;
- Çocuğun gelişimi bu sistemlerdeki deneyimlerine bağlıdır;
- Sistemlerin kendi aralarındaki etkileşim sıklığı ve niteliği çocuğu etkiler;
- Çocuk doğrudan içinde yer almamasına rağmen o sistemler de çocuğu etkiler;
- ve
- Çocuğun sağlıklı gelişimi için sistemler arasındaki etkileşim tutarlı olmalıdır.

Bronfenbrenner'in Ekolojik Sistemler kavramından da anlaşılacağı gibi çocuğun sağlıklı gelişimi için, kendisinden başlayarak içinde yaşadığı en yakın çevreden onu kuşatan kültürel değerlere kadar her ögenin sağlıklı gelişimi destekleyecek bir anlayışla ve çocuğun yüksek menfaatini dikkate alacak biçimde yapılandırılmış olması gerekmektedir.

Çeşitli etmenler gelişimi farklı düzeylerde etkiliyor olmakla birlikte, şüphesiz ki, bir bireyin gelişimini en çok etkileyen etmenlerden biri de hastalıktır. Kronik, onkolojik veya ölümcül bir hastalığın ortaya çıkışı çocukların hayatını tümünden değiştirebilecek güce sahiptir.

Ekolojik Sistemler Kuramı'na göre tüm çocuklar için ama özellikle de hasta çocuklar için sistemler arasında bağlantı sağlam olmalı ve çocuk merkezli olmalıdır. Bu çalışmada kanser hastası çocukların hastanedeki gereksinimlerinin anlaşılması için farklı sistemden iki ögenin – aile ve sağlık çalışanının- görüşleri ile çocukların beklentileri arasındaki bağlantı incelenmeye çalışılmıştır.

Sistemlerin sağlamlığı ise İşmen Gazioğlu'nun (2007, s.19) altını çizdiği gelişimi engelleyen etmenlerin en aza indirgenmesi ve mümkünse ortadan kaldırılmasının yanı sıra gelişimi destekleyen etmenlerin de gerekirse hastalık sürecinde ve çocukların hastaneye yatış süreçlerinde hastane ortamlarına taşınmalarıyla sağlanabilir.

### **2.3 Hastalık ve Çocuk**

Farklı hastalık süreçlerinin çocukları ve ailelerini nasıl etkilediğini incelemeye önce Dünya'da ve Türkiye'de çocuk sağlığının yeri ve hastalıklara ilişkin istatistikler göz önünde bulundurulmalıdır. Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'ne ilişkin istatistiklere ulaşamadığı için Türkiye'ye ait istatistiklerden yararlanılmıştır.

Dünya nüfus oranlarına bakıldığında yaklaşık yedi milyarlık insan nüfusunun iki buçuk milyarı 18 yaş altı çocuklardan, 650 milyonu ise 5 yaş altı çocuklardan oluşmaktadır.

Gelişmemiş ülkelerdeki çocuk ölümlerinin oranı gelişmiş ülkelere göre daha yüksektir. Türkiye’de ise 2010 yılındaki nüfus yaklaşık olarak 73,722,988 civarındaydı ve bu nüfusun %25,3’ü 0-14 yaş grubu çocuklardan oluşmaktayken; 2012’de Türkiye nüfusu yaklaşık olarak 75,627,384’dü ve bu nüfusun %24,9’unu 0-14 yaş grubu çocuklar oluşturmaktaydı. 2012 yılında 0-14 yaş grubu çocuklarda ve buna bağlı olarak canlı doğum sayısında da azalma görülmektedir (Conk, Başbakkal ve Yardımcı, 2013, s. 14).

Bu istatistiklere bağlı olarak Türkiye Nüfus projeksiyonu ve çocuk yaş grubu pay değişimi Tablo 1’de görülebilir:

Tablo 1. Türkiye nüfus projeksiyonu ve çocuk yaş grubunun payının değişimi

	2010	2015	2020	2025
Toplam Nüfus	73.003	77.601	81.778	85.407
0-4 yaş grubu	6.281	6.298	6.253	6.167
5-9 yaş grubu	6.283	6.290	6.289	6.250
10-14 yaş grubu	6.393	6.302	6.289	6.291
15-19 yaş grubu	6.272	6.425	6.311	6.294
0-14 yaş grubu nüfus	18.957	18.890	18.831	18.708
0-14 yaş grubu yüzdesi	26	24	23	22
0-19 yaş grubu nüfus	25.229	25.315	25.142	25.002
0-19 yaş grubu yüzdesi	35	33	31	29

Kaynak: Tc. Sağlık Bakanlığı İstatistikleri Yıllığı 2011.

Conk, Başbakkal ve Yardımcı (2013) bebek ve çocuk ölümlerinin nedenlerinin farklılık gösterdiğini ve Türkiye’de 5 yaş altı ölüm nedenlerini ve sıklıklarını şu şekilde belirtmiştir: “ilk üç sırada diğer nedenler (%22,55), kalp

hastalıkları (%17,39) ve meningokok enfeksiyonları (%13,08) gelmektedir...5 yaş üstü ölümlerde en önemli nedeni %33,58 ile kalp hastalıklarıdır. Diğer ölüm nedenleri ise lenf ve hematopoitik dokuların malign hastalıkları ikinci sırada (%15,67), semptomlar ve iyi tanımlanmayan sorunlar (%10,32) üçüncü sırada” (s. 9) gelmektedir. Farklı yaş gruplarındaki çocukların ölüm nedenlerini değişim göstermektedir. Türkiye il ve ilçe merkezleri için 5-19 yaş grubu çocukların ölüm sebepleri ve sıklıkları aşağıdaki tabloda verilmiştir:

Tablo 2. Türkiye’de 5-9, 10-14 ve 15-19 yaş gruplarında ölüm nedenleri yüzde dağılımı (2008)

5-9 Yaş grubu (n=920)		10-14 Yaş grubu (n=798)		15-19 Yaş grubu (n=1.399)	
Kalp hastalıkları	26,8	Kalp hastalıkları	24,1	Kazalar	26,7
Bilinmeyen	17,1	Bilinmeyen	17,8	Kalp hastalıkları	21,2
Kazalar	6,9	Kazalar	13,5	Bilinmeyen	20,5
Pnömoni	6,3	Pnömoni	6,6	İntihar	11,7
MeningokokEnfeksiyonlar	5,5	Lösemi	4,6	Lösemi	3,3

\* Yaş grubundaki ölümler içinde yüzde

**Not:** Ölümler il ve ilçe merkezini kapsamaktadır.

Kaynak:Türkiye’de Çocuk Sağlığının Durumu. Editör: Prof.Dr.Hilal Özcebe

Çalbayram (2015, s. 171) 2012 yılında Türkiye’de 18 yaş altında gerçekleşen bebek ölümlerinin yaklaşık %61’inin 0-1 yaş arası bebeklerde görüldüğünü; %14,4’ünün ise 1-4 yaş aralığındaki çocuklarda görüldüğünü belirtmiştir. Çavuşoğlu (2008, s. 5) da, Türkiye’de yaşanan çocuk ölümlerinde 1-4 yaş grubundaki ölümlerin 5-14 yaş grubundaki ölümlerden daha fazla olduğunu ve bir yaş altı ölümlerde sosyoekonomik ve çevresel etkenlerin önemli rol oynadığının altını çizmiştir. Fakat, tablodaki küçümsenemeyecek oranlardan biri 10-14 yaş grubunda %4,6 ve 15-19 yaş grubunda %3,3 olan ve çalışmanın konusunu oluşturan Lösemiye aittir. Her ne kadar diğer yüzdelerinin yanında düşük bir oran gibi görünse de genele vurulduğunda ve

2008'den bu yana ortaya çıkan vakalarda artış göz önünde bulundurulduğunda bu oran hiç de önemsiz olarak değerlendirilmemelidir.

## **2.4 Hastalık Sürecinin Çocuk ve Ailesi Üzerindeki Etkileri**

Çocukların hastalık durumları göz önünde bulundurulduğunda hastaneye yatışlarının, tedavilerinin ve tanısız uygulamaların çocuklar üstündeki etkileri travmatik ve kriz boyutunda olabilmektedir. Bu nedenle, farklı yaş grubundaki çocukların hastalıkları ne olursa olsun hastane yatışına ilişkin tepkilerini, ailelerinin nasıl bahsedebileceklerini, çocuğun hastane yatışına ve tedaviye hazırlanmasının, krizin ne olduğunun anlaşılmasının yanı sıra çocuklarda ağrının boyutlarının ve farklı ağrı ölçeklerinin amaçlarının da farkında olunması çocukların hastane ve tedavi deneyimlerinin travmatik etkilerinin azaltılmasında hayati rol oynamaktadır. Genel durumun yanı sıra, hastalık türüne ve buna bağlı tedavi türü ve sürecine de çocukların gösterdikleri tepkiler farklı olabilmektedir. Bu çalışmanın amacına uygun olduğundan, genel bakışın ardından kronik, ölümcül ve onkolojik hastalığı olan çocukların tepkileri, tepkilerini etkileyen faktörler, baş etme yöntemleri gibi konular incelenmiştir.

Öncelikle hastalığın boyutu ve tedavi şekli fark etmeksizin çocukların hastane yatışına gösterdikleri tepkileri ve stres düzeylerini etkileyen belli başlı etkenler vardır. Bunlar; yaş ve bilişsel gelişim, hastalığın süresi ve tipi, ağrı ve hareket kısıtlılığı düzeyi, hastalığa veya hastaneye yatmaya ilişkin önceki deneyimler, ailelerle olan ilişkiler, tanı ve tedavi amaçlı vücuda araç-gereçle yapılan işlemlerin türü ve sıklıkları, çocukların hastane yatışına önceden hazırlanmaları, çocukların hastalığı nasıl algıladıkları, ailelerin stres düzeyi ve önceden karşılaşılan stresli durumlarıdır (Hastaneye Yatışın Çocuk Üzerindeki Etkileri).

Ailelerin çocuğun hastane yatışına gösterdikleri tepkiler genel anlamda korku, kendi çaresiz ve yetersiz hissetme, söylenenleri yanlış anlama ve algılama, huzursuzluk, terleme, hızlı konuşma, hata yapma korkusuyla çocuğa dokunmaktan kaçınma, bilgi eksikliğine bağlı korkular, çocuğun hastalığından dolayı kendini suçlama, vb. olarak ortaya çıkmaktadırlar.

Ailelerin gösterdikleri tüm bu tepkilerin ortaya çıkmasının ise belli başlı nedenleri vardır: çocuğun iyileşmesine ilişkin endişeler; hastane ortamının yabancı olması ve kullanılan aletler, ailenin kendilerini hemşire ve doktorlara kıyasla yetersiz ve önemsiz hissetmeleri; çocuğun hastalığından dolayı kendilerini suçlamaları; diğer aile üyeleri için endişelenmeleri; ve ekonomik sorunlar (Çavuşoğlu, 2008, s. 53). Ailelerin gösterdikleri tepkiler çocuğa da yansıtacağından, bu tepkilerin en aza indirgenmesi ise sağlık personelinin sorumluluğundadır. Hemşire ve doktorların yapacakları basit işlemler ve gösterecekleri işbirlikçi tavır ailelerin hastalıkla baş etmesine ve çocuklarına daha iyi destek olabilmelerine yardımcı olacaktır. Karakoç, Erkan ve Oto (2001, s. 33) ailelerin hastalıkla ve hastaneye yatış süreciyle baş edebilmeleri için yapılabilecek işlemleri şu şekilde listelemişlerdir:

- Ailelere, hastanedeki rolleri ve onlardan neler beklendiği açıklanmalıdır;
- Ailelerin hastalığa ilişkin eksik bilgileri tamamlanmalıdır;
- Tedavi işlemleri sırasında ailenin çocuğun yanında olmasına izin verilmelidir;
- Tedavide kullanılan aletler ve ne işe yaradıkları açıklanmalıdır;
- Çocuğun bakımında aktif rol oynamaları sağlanmalıdır;
- Ailelere onlarla ortaklaşa yapılan tedavinin önemi açıklanmalıdır;
- Ayrılık konusunda bilgilendirilmeli ve çocuğa nasıl destek olacakları açıklanmalıdır;
- Ziyaret saatleri ve hastane kuralları açıklanmalıdır;

- Ailelerin hastanede çocuğun yanında kalma durumunda seçim hakkı verilmelidir;
- Temel gelişim, büyüme ve ihtiyaçlar açıklanmalıdır.

Hastalığın başlamasından tedavinin tamamlanmasına kadarki süreçte sağlık çalışanlarının en büyük dayanağı olan ailelerin çocuklarını tedavisi ve nasıl katkıda bulunabilecekleri konularında bilgilendirilmeleri önemlidir. Hastalık sürecinde çocuğunun yaşam kalitesini arttırmak için sağlık personeli ile nasıl işbirliği içinde çalışacağını bilmek hastalığın hem çocuk hem de ailesi üzerindeki etkisini azaltmada katkıda bulunacak temel etkenlerdendir.

## **2.5 Çocuğu Hastaneye Yatış ve Tedavi Sürecine Hazırlama**

Çocuğun hastaneye yatış sürecinde sağlık personeli ile ebeveynlerin yapacakları işbirliği önemlidir. Bu dönemde çocukların da hastane yatışına ve işlemlere hazırlanmalarına ek olarak gösterebilecekleri farklı nitelikte tepkilere de hazırlıklı olunmalıdır. Çocukların hastane yatışına ve tedaviye nasıl hazırlanacakları ve ne gibi tepkiler gösterebilecekleri yaş gruplarına ve gelişim dönemlerine göre farklılık göstermektedir.

Çocukların dönemlerine göre hastane yatışına hazırlanmasına ilişkin çeşitli önerilerde bulunmuştur. Bebeklik dönemindeki (0-1 yaş) çocuklar olup biteni anlayamayacakları için en az düzeyde hazırlık gerekmektedir. Sevdiği oyuncak, eşya veya emzik hastaneye getirilebilir (Çakıroğlu, 1991; Okuyucu, 2003; Gönener, Güner ve Güneş, 2006).

Oyun (1-3 yaş) ve okul öncesi (4-5 yaş) döneminde ise çocukların üç temel korkuları vardır: bilinmeyen, terkedilme ve sakat kalmak. Bu dönemlerde çocukları hastane yatışına ve olacıklara hazırlamak için en etkili araç oyundur. Oyun yoluyla

çocuğa, hastanede tedavi göreceği ve iyileşince eve gideceği açıklanabilir (Ercan, 2003; Park, 2004; Erdoğan ve Karaman, 2008).

Okul (6-12 yaş) ve ergenlik (13-18 yaş) dönemlerinde ise çocuklara yaşayabilecekleri deneyimler açıklanır ve bir haftadan uzun süre hastanede kalması gereken çocuklarda okul için de gerekli düzenlemeler yapılır. Çocukların soru sormalarına izin verilmesi de çok önemlidir (Yılmaz Vatansever, 2008; Gönener ve Görak, 2009; Acehan, 2011).

Hastaneye yatış sürecinde çocuklarına destek olabilmeleri için aileler için yaş dönemlerine göre farklılaşan belirgin etkinlikler de önerilmektedir. Bebeklik dönemindeki çocukların ailelerine işlemin ayrıntılarının açıklanması, eğer mümkünse işlem sırasında ailenin çocuğun yanında bulunmasına izin verilmesi, ailenin işlem boyunca bebekle konuşmasının sağlanması, işlem sırasında bebeğin güvenli bir şekilde tutulması önerilen yaklaşımlardır (Çakıroğlu, 1991, s. 9).

Oyun dönemindeki çocuklarda gözlenen ayrılık korkusundan dolayı işlem sırasında ailenin çocuğun yanında bulunmasının sağlanması, sözle ifade edemeseler de şekillerle çocuğun duygularının ifade edilmesinin sağlanması, basit ve tek kelimelik açıklamalar kullanılması, terapötik oyun yöntemlerinden yararlanılması, işlem sırasında çocuğun dikkatinin başka yöne çekilmesi, işlemin ceza amaçlı değil, iyileştirme amaçlı olduğunun çocuğa basit bir dille açıklanması önerilen yöntemlerdir (Okuyucu, 2003, ss. 35-36).

Okul öncesi dönem çocukları için yine işlem sırasında ailenin çocuğun yanında bulunması önemlidir. Bunu yanı sıra, çocuğa oyuncak veya kukla aracılığıyla işlem sırasında yapılacak olanlar açıklanabilir, hangi bacağından enjeksiyon yapılmasını istediği sorulabilir, işlemde önce ve sonra terapötik oyunla



duyguları öğrenilebilir ve yine işlemlerin ceza amaçlı olmadığı açıklanabilir (Ercan, 2003; Park, 2004).

Okul dönemindeki çocuklarda ise şu yöntemler kullanılabilir: işlem açıklanır ve yanlış anlamalar giderilir, kukla veya anatomik resimlerle olacaklar açıklanır, basit tıbbi terimler açıklamalara dahil edilir, olayı kontrol ve seçme şansı tanınır, uyumlu davranışlar ödüllendirilir ve işlemden sonra çocuğun duygularını ifade etmesi istenir (Gönener, Güner ve Güneş, 2006; Erdoğan ve Karaman, 2008).

Son olarak, ergenlik döneminde ise işlemler anatomik modeller üzerinden açıklanır, kalıcı veya geçici dış görünüş değişiklikleri açıklanır, soru sorulması için cesaretlendirilir, oyun aracılığı ile öfkesinin göstermesi istenir, aynı deneyimi yaşayan akranlarıyla tanıştırılır ve tedavi işlemleri günlük etkinliklere engel olmayacak şekilde düzenlenir (Yılmaz Vatansever, 2008; Gönener ve Görak, 2009; Acehan, 2011).

Hazırlama yöntemleri gibi çocukların hastalık ve hastaneye yatmaya karşı gösterdikleri tepkiler de dönemlere göre farklılık göstermektedir. Bebeklik döneminde beslenme, uyuma, ağlama gibi günlük düzenlere ek olarak ayrılık korkusu, uyaran yoksunluğu, korku gibi tepkiler de gösterebilirler. Oyun döneminde ise protesto, ümitsizlik, inkar ve kopma gibi tepkiler görülebilir.

Okul öncesi dönemde ise tamamen uyumlu olunabileceği gibi uyumsuz ve öfkeli tepkiler görülmesi mümkündür. Okul döneminde bağırma, ısırma, tekmeleme gibi fiziksel şiddet içeren olumsuz tepkiler görülebilir. Ergenlik döneminde ise gerginlik, öfke, güvensizlik gibi duygularını alaycı konuşma, küçümseyici tavırlar gibi tepkilerle gizlemeye çalışırlar (Cimete, Kuşuoğlu ve Dede Çınar, 2007, ss. 133-136).

Çocukların hastaneye yatmaya karşı gösterdikleri tepkilerin bir nedeni ev ortamından ayrılarak kendilerini daha az güvende hissettikleri bir başka ortamda kalma zorunluluğu ise, diğer bir nedeni bu süreci hastalığa bağlı ortaya çıkan fiziksel sıkıntılar ve ağrılarla gerçekleştiriyor olmalarıdır.

Yaşı ve gelişim dönemi ne olursa olsun her çocuk hastalığa bağlı ağrıyı hisseder, bu nedenle çocuğun hissettiği ağrının ölçülmesi çok önemlidir. Ağrının ölçülebilmesi için önce tanımlanması ve çocuğun ağrıyı nerede hissettiğinin belirlenmesi gerekmektedir. Loeser ve Butler (Akt. Büyükgönenç ve Törüner, 2013, s.881) ağrının nörofizyolojik mekanizmalarına, süresine, etiyolojik faktörlere ve ağrı bölgesine göre sınıflandırılabilceğini belirtmişlerdir. Ağrının sınıflandırılmasının ardından çocukların yaş dönemlerine göre ağrıyı nasıl anladıkları ve ağrıya ne tür tepkiler verdikleri de bilinmelidir.

Büyükgönenç ve Törüner (2013, s. 885) çocukların gelişimsel düzeylerine göre ağrıyı anlamalarını ve gösterdikleri tepkileri şu şekilde açıklamıştır:

Tablo 3. Çocukların gelişimsel düzeylerine göre ağrıyı anlama ve gösterdikleri tepkiler

Gelişimsel Düzey	Ağrıyı Anlama	Ağrıya Tepki
0-6 ay	-Ağrı duygu olarak bilinçaltında depolanır. -Ebeveynlerin stresine yanıt verirler	-Ağlama, geri çekilme, alında kırışıklık, kaşların çatılması, ağızda gerginlik ve çenede titreme, yüzde yaşlı yüz ifadesi, jeneralize vücut hareketleri vardır.
6-12 ay	-Ağrı bilişsel düzeyde hafıza depolanır. -Ebeveynlerin stresine yanıt verirler.	-Ağlama, uyku düzeninde bozulma, imitabilite, huzursuzluk görülür.
1-3 yaş	-Ağrıya neyin neden olduğunu ve niçin ağrı deneyimlediklerini bilmezler. -Ağrı yoğunluğunu ve tipini tanımlayamazlar. Ağrıdan korkarlar. -Ağrılı durumlarda “ah, oh” gibi ortak sözcükler kullanırlar.	-Ağlama, çığlık atma, geri çekilme, protesto etme, agresif davranışlar, uyku düzeninde bozulma olabilir
3-6	-Beden imgesine yönelik kaygıları vardır. -Duygusal düzeyde ağrıyı ifade edebilecek dil becerileri vardır ve çocuk büyüdükçe ağrıyı daha ayrıntılı olarak tanımlayabilir. -Ağrıyı hastalıktan çok yaralanmalarla ilişkilendirdiler. -Genellikle ağrının cezalandırma olduğuna inanırlar.	-Ağlama, çığlık atma, ağrıyan kısmı gösterme, aktif fiziksel direnç, agresif davranışlar vardır.
7-12	-Beden imgesine yönelik kaygıları vardır. -Ağrıyı ceza olarak	-Pasif direnç vardır. Yumruklarını sıkar, bütün vücudunu kasabilir. -Cesaretli görünmek için rahatmış

	algılayabilirler.	gibi davranabilirler.
	-Ağrı ve hastalık arasındaki ilişkiyi anlamaya başlarlar.	-Ağrı keder ve kızgınlık duyguları ile birlikte olabilir.
	-Ağrıya keder ve kendini kötü hissetme duygularının eşlik ettiğini anlayabilirler.	
13-18	-Ağrının tedavi edilebileceğini öngörebilirler.	-Sözel protestoda azalma, motor aktivitede azalma. Ağrıyor” gibi
	-Fiziksel ve mental ağrının karmaşık nedenlerini anlayabilme becerileri vardır.	sözel ifadede artma, vücut kontrolünde artma vardır. Kontrollü davranış tepkileri gösterir.

---

Kaynak: :Büyükönenç ve Törüner (2013).s. 885.

Görüldüğü gibi çocukların ağrıyı algılayışları ve gösterdikleri tepkiler yaşa bağlı olarak değişmektedir. Çocuk ve ailesi açısından sıkıntılı bir süreç olan hastaneye yatma ve tedavi aşamalarında çocukların tepkilerini doğru yorumlayarak, uygun düzenlemeler yapmak onların da hastalıklarını ve yaşadıkları ağrıyı daha kolay kabullenmelerine katkıda bulunabilir.

## **2.6 Kronik, Ölümcül ve Onkolojik Hastalığı Olan Çocuklar ve Tedavi Süreci**

Önceki bölümde hastalık sürecinin çocuklar ve aileleri üzerindeki etkileri ile çocuğun hastaneye yatış ve tedavi sürecine hazırlanması ile ilgili işlemler sunulmuştur. Bu bölümde bu genel bakışın devamında, bu çalışmanın amacına uygun olarak sırasıyla kronik, ölümcül ve onkolojik hastalıkların çocuklar üzerindeki etkileri de ele alınacaktır.

### 2.6.1 Kronik Hastalığın Çocuklar ve Aileleri Üzerindeki Etkileri

Kronik hastalığı olan çocukların tepkilerine bakılmadan önce kronik hastalık kavramının tanımının yapılması gerekmektedir. Mattson'a (1972) göre kronik hastalık "uzun süre devam eden ilerleyici ve fatal olabilen, fiziksel ya da mental fonksiyon bozukluklarına karşın, göreceli olarak normal yaşama eşlik eden" bozukluklardır (akt. Çavuşoğlu, 2008, s. 71).

Pless ve Pinkerton (1975) ise kronik hastalığı şu şekilde tanımlamışlardır: "Bir çocuğun günlük olağan aktivitelerini en az üç ay süreyle engelleyen, yılda en az bir ay süreyle ya da tanı anında hastanede yatmaya neden olan bir sağlık sorunudur" (akt. Çavuşoğlu, 2008, s.71).

Bebeklik döneminde kronik hastalık teşhisi konulan bebeklerin aileleri kayıp ve yas duygusu yaşarken bebeğin tüm temel gereksinimlerinin eksiksizce karşılanması birincil önceliktir. Aile için gerekli psikolojik ve tıbbi bakım eğitimi desteği sağlanması ailenin bilinçlenmesine ve bebeğe daha iyi bakabilmelerine yardımcı olacaktır (Çakıroğlu, 1991; Okuyucu, 2003).

Oyun döneminde ise çocuklar çevrelerini keşfetmeye ve bağımsız olmaya ihtiyaçları vardır. Bu nedenle, aileler çocuklara bağımsız hareket edecekleri olanaklar yaratmalıdırlar. Fakat kronik hastalığın çocuğun olağan gelişimini geciktirebileceği veya engelleyebileceği unutulmamalıdır.

Ebeveynler, tutarlı ve uygun sınırlılıklar içerisinde davranmalıdırlar. Aşırı koruyucu tavırlardan kaçınarak çocuğun mümkün olduğunda kendi hayatına ilişkin seçimler yapmasına izin verilmelidir. Ayrılık korkusu nedeniyle hastaneye yatmayı, hap yutmayı, aletli işlemler görmeyi protesto ederler (Ercan, 2003; Park, 2004).

Okul öncesi dönemde çocuğun akranlarıyla vakit geçirmesi ve sosyal gelişim göstermesi önemlidir. Bu nedenle, çocukların arkadaşlarıyla oynamasını engellemek

yerine mümkün olduğu kadar sosyal ortamlarda bulunmaları desteklenmelidir. Enerji azalması, sosyal ve fiziksel kısıtlamalar çocuğun motor ve sosyal becerilerinin gelişmesini engelleyebilir (Gönener, Güner ve Güneş, 2006; Erdoğan ve Karaman, 2008).

Okul döneminde, fiziksel yetersizliklerden dolayı çocuk kendini herhangi bir akran grubuna ait hissetmeyebilir ve benlik saygısı gelişimi normal düzeyde gerçekleştiremeyebilir. Yalnızlık ve izolasyon duyguları artacağından ailelerin çocuğa akranlarıyla beraber olacağı ortamlar yaratması gerekmektedir (Yılmaz Vatanserver, 2008). Çocuğun eğitiminin kesintiye uğramadan sürdürülebileceği ortamların oluşturulması da önem taşımaktadır.

Kimlik gelişimin gerçekleştiği ergenlik döneminde ise çocuk kimliğini kaybedebilir, gelecek planları değişir ve sonucunda yas duygularını yaşar. Fiziksel görünüm, beceriler ve yeteneklerin önemli olduğu bu dönemde çocuğun hissedeceği yetersizlik duygusunu en aza indirmek gerekmektedir (Gönener ve Görak, 2009; Acehan, 2011).

İnal-Emiroğlu, Pekcanlar-Akay (2008) ve Ak (2013), dönemlerine göre kronik hastalığın etkilerini ve dönemlerin normal gelişim özelliklerini aşağıdaki tabloda görüldüğu şekilde karşılaştırmıştır:

Tablo 4. Çocukların gelişimsel dönem özellikleri ile kronik hastalıkların bu dönemlere göre etkileri

<b>Dönem Özelliği</b>	<b>Hastalığın Etkileri</b>
<b>Bebeklik Dönemi (0-1 yaş)</b> -Güven duygusunun gelişimi önemlidir. -Motor becerilerin gelişimi vardır. -Çevreyi tanımaya yönelik davranışlar sergiler.	-Rutinler bozulur. -Motor gelişimi gecikebilir. -Uyaran eksikliği yaşayabilir -Anne-bebek ilişkisi yeterli düzeyde olmayabilir (anne defekti ya da hastalığı nedeni ile bebeğinden uzak durabilir). -Sık hastaneye yatışlarda ebeveyn bebek ilişkisi kesintiye uğrar. -Çevre ile iletişim sınırlanır. -Güven duygusu gelişimi engellenebilir. -Fiziksel rahatsızlık nedeni ile hareketlik, uyku, beslenme üzerinde olumsuz etkiler olabilir.
<b>Oyun Dönemi (1-3 yaş)</b> -Otonomi kazanımı vardır. -Dil gelişim vardır. -Tuvalet eğitimini alır. -Ayrılık anksiyetesi vardır. -İnce motor becerilerin gelişimi daha iyidir. -Yürümeyi ve konuşmayı öğrenen çocuk, fizyolojik ve psikolojik olarak ayrı bir birey olduğunu göstermeye çalışır.	-Otonomi gelişimi etkilenir. -Daha bağımlı hale gelir. -Önceden kazanılmış olan gelişimsel özellikler çok kolay bir şekilde kaybedilebilir (regrasyon) -Hastalık / sınırlılık durumlarında çevrenin tanınması ve araştırılmasına yönelik çabalar bozulabilir, kısıtlanabilir. -Kendini ayrı bir birey olarak görmesi güçleşir. -Benlik saygısı azalabilir. -Tuvalet ve beslenme alışkanlıklarında sorunlar yaşanabilir. -Sık sık hospitalize edilmeleri yoğun ayrılık anksiyetesine neden olur.

### **Okul Öncesi Dönem (3-6 yaş)**

- Hayal dünyaları geniştir.
- Cinsel kimlik oluşur.
- Cinse özgün aktivitelerin taklidi vardır
- Sosyalizasyon artar
- Beden bütünlüğü önemlidir.

Hastalık çocuğu eve, hastaneye ya da kliniğe bağımlı hale getirip, davranışlarını ve çevresini sınırlandırabilir.

- Anaokulu, akranlar vb. gruplar ile kuracağı iletişim ve sosyal deneyimleri etkilenebilir.
- Sosyal izolasyon ve yalnızlık görülebilir.
- Hastalığın nedeni konusunda yanlış düşünceleri (ceza olarak algılama) olabilir.
- Kendi vücutlarını algılamaları ağrı ve kısıtlılık üzerine odaklanmış ise cinsel kimliğin kazanılması zorlaşabilir.

-Benlik saygısı düşebilir.

-Fiziksel yetersizlik grup faaliyetlerine katılımı sınırlandırabilir.

-Yetersizliklerini saklamaya çalışabilirler, yalnızlık ve izolasyon görülebilir.

-Okula devam edememe sorunu ile karşılaşır.

-Akademik sorunlar yaşanabilir.

-Akran grubu tarafından reddedilme düşük benlik saygısının gelişimine neden olabilir.

-Okul faaliyetlerindeki bazı aktivitelere (spor vb) katılımı engellenebilir.

-Bağımsızlıkları konusunda aile istekli olmayabilir.

### **Okul Dönemi (6-12 yaş)**

- Akran grubu önemlidir.
- Gruba ait olma vardır.
- Okula başlamıştır.
- Bilişsel ve entelektüel gelişimi iyidir.
- Girişkenlik vardır.
- Başarı duygularını geliştirme gereksinimleri vardır.
- Fiziki görünüm önem kazanır.
- İlgileri okul çevresine ve akranlarına yöneliktir.
- Aileden giderek daha fazla bağımsız olmaya çabalar.
- Akranlar benlik saygısı üzerinde önemli etkiye sahiptir.



### **Adölesan Dönem (12-18 yaş)**

- Entellektüel, fiziksel, sosyal ve psikolojik büyüme ve gelişmeyle ilgili önemli değişiklik yaşanır.
- Cinsel gelişim söz konusudur.
- Rol karmaşası vardır.
- Fiziki görünüm çok önemlidir.
- Akranlar ve gruba ait olma ön plandadır.
- Gelecekle ilgili planları vardır.
- Aileden bağımsızlık artmıştır.
- Yakın ilişkiler kurulur.

- Fiziki görünümün etkilenmesine bağlı beden imajları olumsuz etkilenir.
- Gruba ait olamama, akranları tarafından reddedilme benlik saygısını önemli ölçüde etkileyebilir.
- Hastalıklarını gizlemeye çalışabilirler.
- Hastalığı inkar etme ve normal akranları gibi davranma, risk alma olabilir.
- Kendilerini akranlarından farklı hissettiklerinde keder ve öfke yaşarlar.
- Hastalıkla mücadele edecek enerjileri daha az olabilir.
- Gelecekle ilgili planları etkilenir, daha az geleceğe yönelirler.
- Sağlıklı akranlarına göre daha az bağımsızdırlar.
- Hastalığa bağlı olarak pubertede gecikmeler görülebilir. Bu nedenle seksüel gelişimlerinin etkileneceğini düşünürler.
- Değişen bedenleri üzerindeki kontrol duygularını kaybetmelerine neden olabilir.

---

Kaynak: Ak, 2013, s. 904-905

Ailelerin kronik hastalığa karşı uyumlarını etkileyen çok çeşitli faktörler bulunmaktadır. Ebeveynlerin yaşları, yaşam biçimleri, aile yapıları, eğitim düzeyleri, ekonomik durumları, aile-içi ilişkilerin durumu, sorunları çözme becerileri, evlilik sorunları, profesyonel destek sistemleri, toplumsal ve kültürel özellikler, kardeşler arasındaki ilişki, geçmiş deneyimler, çocuğun yaşı, çocuğun sağlık durumu, hastalığı anlama düzeyleri, hastalığın ciddiyeti ve süresi ve hastalığın ölümcül olup olmayışı

bu etkenler arasında ön plana çıkmaktadır (Karabudak, 2008). Ailelerin çocuklarının hastalığı ve tedavi sürecine uyum sağlamalarının ötesinde çocuğu, kendilerini ve diğer aile üyelerini sürece alıştırmaları açısından gerçekleştirilmeleri gereken bazı görevler vardır. Schmitke ve Schlomann (2002) ve Meleksi (2002) uyum sağlarken ailelerden beklenen görevleri de şu şekilde listelemişlerdir: durumu kabullenmek, durumu yönetmek, çocuğun gelişimsel ihtiyaçlarını karşılamak, diğer aile üyelerinin çocuğun gelişimsel ihtiyaçlarını karşılamak, stresle ve krizle başa çıkabilmek, duygu yönetiminde diğer aile üyelerine destek olmak, diğer bireylere durumla ilgili bilgi vermek ve destek sistemini oluşturmak.

Görüldüğü gibi hasta çocuğun yakın çevresindeki ailenin hastalık süreci ile başa çıkabilmesi için diğer sistemlerle işbirliği yapması ve sistemlerin birbirini desteklemesi gerekmektedir.

### **2.6.2 Ölümcül Hastalığın Çocuklar ve Aileleri Üzerindeki Etkileri**

“Ölüm, sağlıklı bir insan için ne kadar uzak, terminal aşamaya gelmiş bir kanser hastası için ne kadar yakın bir olgudur. Eğer sağlığımız yerinde, gençsek ve yaşayacağımız birçok yıl olduğunu düşünüyorsak ölüm bize oldukça uzak görünür” (Işıkhan, 2008, s.34). Yetişkinler için bile ölümcül hastalık haberi almak çok zor bir durumken, daha ölümün ne anlama geldiğini bile bilmeyen çocuklara bu tür hastalıkları anlatmak ve yaşayacaklarına hazırlamak hem çocuk hem de aileleri için zorlu bir süreçtir.

Ölümcül hastalığı olan çocuklarda da farklı dönemler farklı tepkiler görülür çünkü her dönemde ölümün algılanması değişim göstermektedir. Slaughter ve Griffiths (2007) ve Sezer ve Saya (2002) çocukların ölümü algılamalarında etkili olan faktörleri çocuğun yaşı, bilişsel ve psikososyal gelişim seviyesi, aile içinde

yaşanan ölüm deneyimleri, yakın arkadaşların ölümü, anne-baba tepkileri, kültürel özellikler, destek sistemleri ve ailenin inançları olacak belirtmiştir.

Bebeklik dönemindeki çocukta terkedilme korkusu ve agresif tedaviler nedeniyle ağrı ön plandadır fakat ölüm kavramını anlayamaz. Oyun döneminde ise yine ölüm kavramına yönelik anlayış gelişmemiştir ve kendinin yok olacağını anlayamaları da çevredekilerin tepkilerinden olumsuzlukları hissederler. Okul öncesi çağında ise ölüm geçici ve geri dönüşü olan bir durum olarak algılanır ve en çok ayrılık aşamasından korkarlar. Okul döneminde ölümün geri dönüşü olmadığını farkındadırlar fakat kabullenmeleri zordur. Ölümün anlamına ilişkin sorular sorsalar da ölümcül hastalıklara sahip olmayı haksızlık olarak görürler. Ergenlik döneminde de ölümün herkesin başına gelecek olan ve kişisel bir deneyim olduğunu kavrarlar. Gelecek planları yaptıkları için bu dönemdeki çocukların öleceklerini kabullenmeleri çok zor olur. En baskın olarak hissettikleri duygu ise umutsuzluktur (Slaughter ve Griffiths, 2007; Sezer ve Saya, 2002).

Glazer ve Strauss ise ölümcül hastalığa sahip çocuklar için farkındalığın dört aşamadan oluşan bir süreç olduğunu vurgulamıştır. Bu aşamalardan birincisi aile, sağlık personeli ve diğer kişilerin çocuğun hastalığını ve ciddiyetini bildikleri ama çocuğun bilmediği *kapalı farkındalıktır*; ikinci aşama ise *şüpheli farkındalıktır*, bu aşamada çocuğa açıklama yapılmaya da bir şeylerin ters gittiğini anlar; üçüncü aşama çocuk dahil herkesin durumu bildiği ama herkesin kimse bir şey bilmiyormuş gibi davrandığı *karşılıklı rol yapma aşamasıdır*; dördüncü ve son aşama ise herkesin her şeyi bildiği ve buna uygun davranılan, çocuğun ölümle ilgili duygularını paylaşabildiği *açık farkındalık aşamasıdır* (Akt. Ak, 2013 s. 923).

Ölümcül hastalığı olan çocuklarda ve ailelerinde ise yas süreci beş evreden oluşur: inkar evresi, öfke evresi, pazarlık evresi, depresyon evresi ve kabullenme

evresi. Bu süreci etkileyen faktörler ise yaş, cinsiyet rolleri, kültürel ve dini inançlar, sosyo-ekonomik durum, sosyal destek, ölümün anı veya aşamalı oluşu, ölen kişinin üzüntü düzeyi, ilişkilerin özellikleri ve yaşam hedeflerinin çok olup olmayışıdır.

Yasın tüm evrelerinde hem çocuklarda hem ailelerde aşağıdaki tabloda görüleceği gibi farklı fiziksel, duygusal, davranışsal ve bilişsel semptomlar ortaya çıkmaktadır (Ak, 2013, s. 926):

Tablo 5. Yas döneminde görülen farklı semptomlar

<b>Fiziksel Semptomlar</b>	<b>Emosyonel Semptomlar</b>	<b>Davranışsal Semptomlar</b>	<b>Bilişsel Semptomlar</b>
Yorgunluk	İnkâr	Amaçsız hareketler	Kendine yönelik
Enerji azlığı	İç sıkıntı	Aşırı hareketlik	öfke, suçluluk, pişmanlık
Uyku düzensizliği	Kızgınlık	Kaybedilen kişinin eşyalarına, yaşadığı yerlere yönelme	Yakınının ölünceye kadar yaşadıklarını, neler düşündüğünü, neler hissettiği ile ilgili tekrarlayıcı düşünceler
Yeme düzensizliği	Anksiyete	yada kaçınma	
Baş ağrısı	Öfke		
GİS şikayetleri	Çaresizlik		
Göğüs ağrısı	Depresyon	Yaşanılan yerlerden uzaklaşma çabası	Karar vermede güçlük
Güçsüzlük	Özlem		Konsantrasyonda bozulma

Kaynak: Ak, 2013, s.926.

Erdoğan ve Karaman (2008, s. 246) ise kronik veya ölümcül hastalığa sahip çocukların genel tepkilerini etkileyen faktörleri şunlar olarak belirlemişlerdir: çocuğun duygusal ve bilişsel gelişimi, çocuğun hastalıktan önceki kişilik özellikleri ve uyumluluğu, ayrılıklara gösterdiği psikolojik tepkiler, hastalığın ciddiyeti, fiziksel

ve psikolojik işlevlere gelen kısıtlamalar, hastalığın kalıcı etkileri, hastalığın çocuk ve ailesi için ne anlama geldiği, hastalığın okul hayatını nasıl etkilediği, hastalıktan önceki aile-çocuk ilişkisi, aile-çocuk ilişkisinin kalitesi ve sosyal destek sistemlerinin varlığı.

### **2.6.3 Onkolojik Hastalıkların Çocuklar ve Aileleri Üzerindeki Etkileri**

Her ne kadar çocukluk çağı kanserleri ender olarak görülse de yeni doğan döneminde ergenliğe kadar her yaşta ortaya çıkmakta ve en sık olarak 5 yaş civarında görülmektedirler. Çocuklarda görülen en yaygın kanser türleri ise sırasıyla şunlardır: Lösemi, beyin tümörleri, nöroblastom, yumuşak doku sarkomları, böbrek tümörleri, kemik tümörleri, germ hücreli tümörler, karaciğer kanserleri ve diğer kanser türleridir (Erdemir ve Taş Arslan, 2013; Ayan, 2015). Dünya Sağlık Örgütü'nün çocukluk lösemisine ilişkin yayınladığı rapora göre gelişmiş ülkelerde 15 yaş altı çocuklarda ortaya çıkan kanser vakalarının %30'u lösemiden oluşmaktadır (WHO, 2009).

Kronik ve ölümcül hastalığı olan çocukların yaşadıkları süreçler onkolojik hastalığı olan çocukların yaşadıkları süreçler ve tepkilerle örtüşmektedir. Bu nedenle, çocukların ve ailelerin tanısal testlere hazırlanabilmesi için çocuğun yaş ve gelişimine uygun seviyede açıklamalar yapılması, kullanılacak aletlerin tanıtılması, testler sırasında ailelerin ve çocukların rollerinin belirlenmesi gibi bileşenler çok önemli rol oynamaktadır.

Tanı ve tedavi sürecinin öneminin yanı sıra, Ayan (2015, s. 9) tedavi sürecinden sonra kanser tedavisi gören çocuğu neler beklediğinin de çocuklara açıklanmasının önemini vurgulamaktadır. Tedavi sonrası süreç için çocuğu hazırlamak anne-babaların ve sağlık personelinin ortak görevidir ve bu hazırlığa şunlar dahildir: fiziksel ve sosyal rehabilitasyon, okula yeniden dönüş, öğrenimin

devamı ve çalışma hayatına hazırlanması, sosyal çevre edinilmesi, beslenme ve uyku düzeni, enfeksiyonlardan korunma, sigara ve alkolün zararlarının anlatılması, vb.

Tüm kronik ve ölümcül hastalığı olan çocuklar gibi onkolojik hastalığı olan çocukların da tanılmadan başlayarak tüm tedavi ve sonrası aşamalarda bir çocuk olduklarının ve tüm çocuklar gibi sağlıklı büyüme ve gelişme haklarının olduğunun unutulmaması gerekmektedir. Bu nedenle hasta çocukların yaşam kalitelerini yükseltmek için gerekli önlemlerin yetişkinlerce alınması önemlidir.

## **2.7 Hastalık Sürecinde Çocuğun Yaşam Kalitesini Arttırma**

Ak (2013, ss. 902-903) tarih boyunca kronik hastalıklara karşı geliştirilen yetersizliğe yönelim modelinin yerine günümüzde sağlığa yönelim modellerinin geliştiğini belirtmektedir. Yetersizliğe yönelim modeli, kronik hastalığı olan kişilerin yetersizliklerinden dolayı hayatın önemli yönlerinden eksik kaldıklarını savunurken, sağlığa yönelim modeli ise kronik hastalıkları hayattaki değişimler olarak tanımlamaktadır. Schmitke ve Schlomann'a (2002, s. 495-497) göre kronik hastalıkların altı önemli aşaması vardır. Bu aşamalardan ilki başlangıç olup, durumun gidişatı ve ilerlemesi ile devam etmektedir. Daha sonra görünüşe olan etkisi, günlük yaşam aktivitelerine etkisi, davranışlar ve diğerleriyle ilişkiler üzerindeki etkisi olarak farklı aşamalar ortaya çıkmaktadır. Son olarak ise bakım gereksinimi aşaması yer almaktadır.

Tanı, tedavi ve tedavi sonrası süreçlerinde çocuğu iyileştirmeye yönelik yapılan işlemler büyük önem taşımakla birlikte kronik, ölümcül ve onkolojik hastalığı olan çocuklar açısından yaşam kalitesinin yükseltilmesine yönelik hizmetler de önemlidir hatta günümüze ön plana çıkan anlayışı oluşturmaktadır. Diğer bir deyişle, sağlık alanında uzun yaşamdan çok kaliteli yaşama önem verilmeye başlanmıştır.

Kronik ve ölümcül hastalığı olan çocuklarda yaşam kalitesinden önce genel anlamda sağlıklı yaşam kalitesinin ne olduğunu tanımlamak gerekmektedir. Her ne kadar yaşam kalitesi kavramını kesin olarak tanımlamak mümkün olmasa da, belli başlı özellikleri barındırması gerektiği konusunda genel bir kanı mevcuttur. Bu özellikler iki aşamalıdır: İlk aşamada fiziksel, ruhsal ve sosyal iyilik haliyle günlük işlerini yerine getirebilmek yer alırken ikinci aşamada hasta doyumunu almaktadır. Yaşamın ne kadar doyum verdiği belli noktalara dikkat edilerek anlaşılabilir: hastaların beklentileri ve kazandıkları arasındaki fark en aza indirgenmelidir; hastalığın ve tedavinin etkileri hasta özel, kişisel biçimde algılanır; hastanın kendi kültürel yapısına hem de beklenti ve endişelerine uygun olarak yaşamdaki durumuna ilişkin bakış açısını temsil etmektedir (Fidaner, 2004, ss. 1-2).

Özyılkan'a göre (2004, s. 14), Dünya Sağlık Örgütü 2020 yılında kanser vakalarının %70'inin gelişmekte olan ve geri kalmış ülkelerde olacağını öngörmektedir. Bu nedenle çeşitli programlar geliştirilmiştir. Bu programlardan bir tanesi yetişkinlere diğeri ise çocuklara yöneliktir. Son yıllarda hasta yorumlarından yola çıkarak, kanser tedavisi gören hastalar için 'beklenen yaşam süresi' kavramı yerine 'yaşam kalitesi' kavramı ortaya çıkmıştır. Dünya Sağlık Örgütü ise bu kavramın doğuşunu her insanın insanca yaşama onuruna hakkı olduğunu savunarak desteklemiştir (Özyılkan, 2004; Yentür, 2007).

Rajmil, Herdman, de Sanmamed, Detmar, Bruil, Ravens-Sieberer, Bullinger, Simeoni ve Auquier (2004, s. 45) çocuklarda yaşam kalitesini belirlemenin; değerlendirme ölçütünü saptama, ölçme ve değerlendirmeden oluşan üç boyut gerektirdiğini ve bu boyutların kapsamlarından dolayı çocukların yaşam kalitesini ölçmenin zor olduğunu belirtmektedir. İlk boyut, değerlendirmenin yaşam kalitesinin hastalık odaklı mı yoksa genel yaşam düzeyi odaklı gerçekleştirileceğidir; ikinci

boyut ise değerlendirme yöntemleridir, anket, görüşme, vb. teknikler; üçüncü boyut ve en önemli olanı ise çocukların yaşam kalitesini kimin değerlendireceğidir. Bu boyutlara bağlı farklılıklar nedeniyle alan yazında farklı sonuçlara ulaşılabilmektedir.

Sertöz (2010) ise özellikle kanser hastalarında yaşam kalitesinin ölçümünün önemini şu şekilde vurgulamaktadır: “kanser, kanser tedavileri ve hastaların yaşadıkları psikososyal sorunların hasta üzerinde oluşturduğu etkileri ve aynı zamanda yapılan terapötik girişimlerin sonuçlarını değerlendirmemize imkan veren çok boyutlu bir ölçüm sağlamaktadır” (s. 27). Yetişkinlere ek olarak kanser tedavisi gören çocuklarda yaşam kalitesinin ölçülmesinin de önemi ayrıca belirtilmektedir: “Kanser tedavisi görmüş çocuklara belli aralıklarla yaşam kalitesi ölçeklerinin uygulanması, somatik ve psikososyal yan etkilerin tanımlaması ve başa çıkma yöntemlerinin ve rehabilitasyon girişimlerinin planlanması açısından yararlı olacaktır” (Kantar, 2010, s. 128 ).

Kanser tedavisi gören çocukların yaşam kalitesinin ölçülmesinin önemini vurgulayan bir diğer araştırma ise Taş ve Yılmaz’ın (2008) çalışmasıdır. Araştırmalara göre, hasta çocukların tedavi sürecindeki biyolojik ihtiyaçlarına ek olarak, psikolojik, duygusal ve sosyal ihtiyaçlarının da belirlenmesi yaşam kalitesinin ölçülmesiyle ortaya çıkar ve böylece çocuğun tedavisine de katkıda bulunulur (Taş ve Yılmaz, 2008, s. 104). Solak (2010) ise kronik kan hastası olan çocuklarda yaşam kalitesi ölçülmesinin önemini şu sözlerle vurgulamıştır: “Bireyin tıbbi duruma uyumunu sürdürmek ve artırmak için yaşam kalitesini, sosyal destek sistemlerini ve baş etme becerilerini geliştirmek önem kazanmaktadır. Bireyin tıbbi durumu ve yaşam kalitesi arasında çift yönlü bir etkileşim olduğu söylenebilir” (s. 130).

Yukarıda belirtilen önemli bulgular göz önünde bulundurulduğunda onkolojik, kronik ve ölümcül hastalığı olan çocukların yaşam kalitesinin araştırıldığı



çalışmaları incelemek kaçınılmaz hale gelmektedir. Ergin, Yüksel, Şen, Eser ve Özmen'in (2007, s. 75) yaptıkları çalışmada astımlı çocuklarla ailelerinin yaşam kalitesi karşılaştırılarak etkili olan faktörler incelenmiştir. Çalışmada 8-16 yaş grubunda 60 astım hastası çocuk ve aileleri ile 60 sağlıklı çocuk ve aileleri yer almayı kabul etmiştir ve onlara yaş gruplarına göre özel anketler ve demografik bilgi anketi uygulanmıştır. Araştırma sonuçlarına göre astımlı çocuklar ve sağlıklı çocuklarla ailelerin yaşam doyumları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Bu farklılığın bulunmamasının sebebinin ise ailelerin hastanenin düzenlediği eğitim ve bakım programlarına katılmaları olduğu düşünülmektedir.

Bu çalışmalardan bir diğeri de kronik hastalığı olan çocukların ailelerinin yaşam doyumlarının incelendiği araştırmadır. Baykan, Baykan ve Naçar'ın (2010, s. 174) kronik hastalıklı çocuğu olan 204 kişiyle sosyodemografik anket ve yaşam doyum anketi kullanarak yaptıkları çalışmada katılımcıların %38,7'sinin yaşamlarından hiç memnun olmadıkları; ailelerin eğitim düzeyinin yaşam doyumunu etkilediği; kronik hastalıklı çocukların olan ailelerin yaşam doyumlarının çok düşük olduğu ve ailelere yönelik rehabilitasyon programlarına ihtiyaç duyulduğu bulunmuştur.

Durualp, Kara, Yılmaz ve Alaybeyoğlu'nun (2010, s. 55) 8-18 yaş arası 154 sağlıklı, 154 kronik hastalıklı çocuk ve onların aileleriyle gerçekleştirdiği çalışmada ise sağlıklı çocuk ve ergenlerin hem fiziksel sağlık hem de psiko-sosyal puanlarının kronik hastalığa sahip çocuklardan daha yüksek olduğu ve ailelerin anketlerinde de benzer sonuçlar elde edildiği görülmüştür. Bu doğrultuda, yaşam kalitesinin önemine yönelik farkındalık çalışmaları yapılması gerektiği sonucuna ulaşılmıştır.

Diğer bir çalışmada ise Gülses, Yıldırım ve Büyükavcı (2014, ss. 16-17) kanserli çocuklarla kronik hastalığı olan çocukların ve anne-babalarının yaşam

kalitelerini karşılaştırmıştır. 4-16 yaş arası 72 kanserli, 72 kronik hastalıklı çocukla onların anne babalarının katıldığı çalışmada yetişkinlere ayrı bir anket uygulanırken çocuklara da yaş gruplarına göre Kiddy-Kindle ve Kid-Kindle anketlerinin Türkçe versiyonları uygulanmıştır. Sonuçlara göre, hastalığın türü ne olursa olsun, ebeveynlerde yıpranma olduğunu ama annelerin babalara oranla daha çok yıprandığı ve özellikle kanserli çocuk grubunda babaların mental sağlık, fiziksel sağlık gibi etkenlerde daha yüksek puanları olduğu saptanmıştır. Çocuklarda ise sadece aile alt boyutunda kanserli çocukların lehine bir farklılık saptanmış ve kardeş sayısı ile yaşam kalitesi arasında ilişki gözlemlenmiştir.

## **2.8 Hasta Çocukların Yaşam Kalitesini Arttırmaya Yönelik Çalışmalar ve Oyun**

Eğitim ve gelişiminin desteklenmemesinin yanı sıra hastanede yatarak veya ayakta tedavi gören çocuklarda hastane ortamı ve tedavinin yarattığı stres ve gerginlik de göz ardı edilmektedir. Hastane ortamı, tedavi yöntemi gibi çeşitli sağlık uygulamalarından doğan gerginlik çocuklarda birçok olumsuz belirtiyel baş göstermektedir. Çırak (2015) hastalık ve hastaneye yatırılmanın bireyin yaşı fark etmeksizin belli bir stres yarattığını fakat bu stresin boyutlarının çocuklarda doğal olarak daha yüksek seviyelerde olduğunu belirtmiştir. Ayrıca, okul öncesi çağında hastanede yatan çocuklarda kabus görme, anne-babaya aşırı düşkünlük, altına kaçıрма, parmak emme gibi olumsuz etkiler görülebileceğini de eklemiştir. Tüm bu olumsuz etkileri en aza indirmek adına ailenin tedavi sürecine dahil edilmesi, çocuk ve ailenin sıkça bir araya getirilmesi, çocuğun sağlığının izin verdiği sürece oyunun tedaviye entegre edilmesi ve yemek yeme, tuvalet gibi becerilerin oyunlar aracılığı ile eğlenceli hale getirilmesi gibi önerilerde bulunmuştur.

Yukarıda belirtilen olumsuz etkilerin engellenebilmesi ya da en aza indirgenebilmesi adına çocukların stres seviyelerini etkileyen faktörler üzerine çeşitli çalışmalar yapılmıştır. Bu tarz çalışmalardan bir tanesi Ünüvar'ın (2011, ss. 35-42) 3-7 yaş arası hastanede yatarak tedavi gören çocukların eğitsel açıdan desteklenmesi için etkinlikler planladığı ve bu etkinlikler öğretmen adayları tarafından hastane ortamlarında uygulayarak çocukların eğitimlerini desteklediği çalışmasıdır. Betimsel bir çalışma deseni ile görüşme ve gözlem yöntemleri kullanılan çalışmada, 33 öğretmen adayı 6 hafta yani 270 uygulama saati boyunca 194 farklı etkinliği çocuklarla uygulamışlardır. Bu etkinlikler arasında Türkçe Dil ve sanat etkinlikleri ağırlıklı olarak yer alırken en az yer alan etkinlik türü ise okuma-yazma becerileri ile ilgili olanlar olmuştur. Araştırmacı, çalışmadaki gözlemci rolünü üstlenerek alan notları toplamıştır. Uygulamaların tamamlanmasının ardından, araştırmacı, yaşanan süreç ve sonuçlara ilişkin bireysel ve gruplar halinde olmak üzere yarı yapılandırılmış görüşmeler de gerçekleştirmiştir. Yapılan içerik analizleri sonucunda, uygulanan etkinliklerin sadece çocuklara değil, ailelere de iyi vakit geçirttiği; çocukların hastane ortamında rahatladığı; ve bilgilendirilmelerine katkıda bulunmalarının yanı sıra hastane korkusunu da azalttıkları sonucuna ulaşılmıştır.

Er (2006, s. 155) ise yaptığı alan yazın taraması içeren makalede kronik bir hastalığın ve hastanede yatarak tedavi görmesinin sadece çocuğu değil, çocukla beraber anne-babayı ve kardeşleri de etkilediğini vurgulamıştır. Ailenin, kardeşlerin ve çocuğun kendisinin yaşadığı stres ve tedirginlik birbiriyle doğru orantılıdır ve her bir paydaşın tedirginlik düzeyinin azaltılabilmesi için herkesin tedavi ve hastalıkla ilgili bilgilendirilmesi ve hastane personeli tarafından cesaretlendirilerek ailelerin de tedavi sürecine dahil edilmesi hayati önemdedir.

Boztepe ve Çavuşoğlu (2009, s. 11) ise ailelerin yaşam doyum kalitesini incelemek adına bir üniversite hastanesinde 81 anne ile gerçekleştirdikleri çalışmalarında annelerin çocuklarının fiziksel bakımını üstlendiklerini ve bu nedenle kendi ihtiyaçlarını karşılayamadıklarını; çocukların ilaç uygulamalarını da üstlenerek çoğunlukla ağız yoluyla kullanılan ilaçları tercih ettiklerini bulmuşlardır. Ayrıca, hemşirelerin yoğunluğundan ve cevap vermemelerinden dolayı soru sormadıklarını ve endişelerini paylaşmadıkları da bulgular arasında yer almaktadır.

Atay, Eras ve Ertem (2011) hastanede yatılı olarak tedavi gören çocukların gelişimlerinin desteklenmesinde en önemli etkenlerin biyolojik ve psikososyal olduğundan bahsederek; çocukların gelişimlerini destekleyecek ve psikososyal engelleri en aza indirgeyecek beş farklı yaklaşımı açıklamışlardır.

Bunlardan ilki, Aile Merkezli Bakım Yaklaşımı'dır. Bu yaklaşımda tedavi ve diğer sağlık hizmetleri için gereken kararlar aile ile sağlık çalışanları tarafından işbirliği yapılarak belirlenir ve uygulanır. Aile Merkezli Bakım Yaklaşımı dokuz ilke ile özetlenebilir: Çocuk ve aileye saygılı olmak; ailelerin ırk, etnik, kültürel ve sosyoekonomik farklılıklarına ve bunların etkilerinin farkında olup saygı göstermek; ailelerin güçlü yönlerine saygı göstermek; çocuk ve ailenin bakım ve destek seçimlerine saygı göstermek; çocuk ve ailenin inanç ve kültürel değerlerinin gerektirdiklerini göz önünde bulundurmak ve esneklik sağlamak; ailelerin tedavi sürecine ilişkin sürekli ve eksiksiz bilgilendirilmesi; gebelik, doğum, ergenlik gibi durumlarda çocuk ve aileye hem resmi hem de gayri resmi destek sağlamak; çocuğun bakımı ve sağlanan hizmetlerin geliştirilebilmesi için ailelerle koşulsuz işbirliği içinde olmak; çocuk ve aileyi özgüvenlerini yükselterek sağlıkla ilgili kararları almak için desteklemek.

İkinci yaklaşım ise Tedavi Edici Oyun'dur. Hastane deneyimlerinden dolayı oluşan stresi azaltmanın yanı sıra gelişimlerini destekleyen bir yaklaşımdır. Tedavi edici oyun etkinliğinin belirtilen özelliklerden en az birisine sahip olmalıdır: duyguların ifade edilmesini cesaretlendirir; çocukların hastane deneyimlerine ilişkin eğitim sağlar; oyun aynı zamanda fiziksel bir yarar sağlamayı da amaçlar.

Üçüncü yaklaşım, Çocuk Yaşam Hizmetleri'dir. Çocuklarda farklı ortamlardan kaynaklanan stresi azaltmak amacıyla çoğunlukla tedavi edici oyunları içeren etkinliklerdir.

Dördüncü yaklaşım ise Eğitim Etkinlikleri – Hastane Okulları'dır. Bu yaklaşım sayesinde, okula düzenli devam edemedikleri için kısıtlanan sosyal gelişimlerine ve okula döndüklerinde okula uyum sağlamalarına olumlu katkıları olacak ve öğrenimi destekleyecek programlar uygulanır.

Son yaklaşım ise Ağrı Kontrolüdür. Geçici veya sürekli devam eden ağrıların kontrol edilememesi çocukların gelişimi olumsuz etkileyen bileşenlerden biridir ve kontrol edilebilmesi için hem ilaçlı hem de ilaçsız yöntemler kullanılabilir. Yazarlar, açıklanan bu yöntemlerin ardından, başarılı uygulamaların en önemli gereksiniminin sağlık personelinin bu yaklaşımlara yönelik farkındalıklarının ve isteklilik hallerinin artırılması olduğunu vurgulamaktadırlar (ss. 1-3).

Görüldüğü gibi kronik ve ölümcül hastalığı olan çocukların hastane ortamında yaşam kalitelerinin arttırılabilmesi için tedavi sürecinde çocuğun yanında bulunan anne-baba ve sağlık personeli vb. tüm paydaşların gereksinim ve beklentilerinin dikkate alınarak düzenlemeleri daha etkili olmaktadır. Bu düzenlemeler planlanırken çocukların gelişimleri açısından kritik rol oynayacağı kesin olan oyun ve oyun ortamlarının unutulmaması gerekmektedir.

### 2.8.1 Oyun ve İşlevi

Oyun çocukların sadece fiziksel gelişimlerine katkıda bulunmaz; aynı zamanda psikomotor, duygusal, bilişsel ve sosyal gelişimlerinde de önemli bir role sahiptir. Oktay (2001, akt. Şen, 2007, s. 105) ve Ripault (1971, akt. Şen, 2007, s. 105)'a göre okul öncesi dönemde çocukların en etkin iletişim araçları hem hareket hem de oyundur ve bu iki araç hemen her zaman aynı anda gerçekleştirilir. Ayrıca, çocukluk döneminde oynamayı öğrenemeyen bireylerin yetişkinlik döneminde sorunlu davranışlar sergilediklerinin altını çizmiştir. Bebeklerin ilk oyuncakları genellikle kendi vücutlarıdır: dokunarak, çekerek oynayarak kendilerini tanırlar. Kendi vücutlarından sonra çevrelerinde dikkatlerini çeken tüm nesnelere çocuklar için oyuncak haline gelir ve anne-babaların çocukların oyunlarına katılmaları bilişsel, duygusal ve sosyal gelişimi de olumlu yönde etkiler.

Yörükoğlu (Akt. Şen, 2007, s. 105) ise çocukların en özgür oldukları yerlerin oyun dünyaları olduğunu vurgulamıştır. Bu şekilde, çocuklar hem kural koyup hem de kuralları yıkabilirler, kendi dünyalarını kontrol altında tutarlar ve istedikleri gibi davranabilirler. Bu ise özgüven gelişimi açısından çok önemlidir.

Çocuklar, oyunlar sayesinde toplumsallaşır, 'ben' ve 'diğeri' kavramlarını anlamaya başlar. Aynı şekilde, bu kavramları anlamaya başlarken, yardımlaşmayı, paylaşmayı, işbirliği yapmayı, anlayışlı davranmayı, sorumluluk almayı ve bu sorumlulukları yerine getirmeyi de yine oyun aracılığı ile öğrenirler (Yavuzer, akt. Şen, 2007, s. 108).

Okul öncesi dönemde çocuklara oyun kuralları, nelerin yapılabileceği ve uygun davranışların neler olduğu anne-babaları tarafından öğretilmelidir. Özet olarak, oyun, çocuğun konuşma, anlama, düşünme gibi birçok becerisi geliştirir; toplumsal kuralları ve değerleri öğrenerek sosyalleşir; kendini ve

başkalarını tanımayı öğrenir ve kişiliğini geliştirir; sorunlara çözüm bulmayı, organize olmayı, mantıklı ve mantıksız şeyleri, doğa yasalarını, bir işe odaklanmayı, dengeli olmayı ve gücünü doğru kullanmayı da öğrenir (Yavuzer, 1995 ve Poyraz, 2003).

Çakıroğlu (1991, ss. 8-9) oyunun çocukların tedavisinde önemli bir rol oynadığını ve kesinlikle tedavi sürecine entegre edilmesi gerektiğinin altını çizmiştir. Oyun, sadece hasta olmayan çocuklar için değil, hasta çocuklar için de çok önemlidir. Oyun, hasta çocuklara tanı açıklamaktan başlayıp, tedavi, uyum sağlama ve iyileşme sürecinde kullanılmaktadır. Hem çocuğu meşgul eden hem de duygularını ifade etmesini sağlayan oyun etkinlikleri sağlık personeli ve ailelerin hasta çocuklarla iletişim kurabilmeleri açısından çok önemlidir. Henüz konuşma becerisi edinememiş bebekler bile oyun etkinliklerinde kullanılan nesnelere duygularını ifade edebilirler. Oyun sırasında çocuklar gözlemlenerek ihtiyaçlarının yanı sıra korkuları ve kişilikleri de anlaşılabilir (Kıran, Çalık ve Esenay, 2013, s. 6).

### **2.8.2 Tedavi Süreci ve Oyunun Kullanımı**

Çocuklarının gelişiminin yanı sıra, tedavi sürecinde oyun kullanımına ve oyunun önemine odaklanan çeşitli çalışmalar mevcuttur. Bu çalışmalardan bir tanesi, Haiat ve diğerlerinin (2003) alan yazın taraması olarak yayınladıkları makaledir. Yazarlar, İsrail Çocuk Tıp Merkezi'nin geliştirdiği farklı etkinliklerin uygulanmasını incelemişler ve bunun sonucunda çocuklar için hastanelerde iki farklı oda kullanıldığını belirtmişlerdir. Bu odalardan birincisi sakinleştirici etkisi olacak şekilde beyaz boyanmış ve içerisi sakinleştirici ışık, ayna ve seslerle tasarlanan Beyaz Oda'dır. Diğer oda ise eğlence ve endişeyi azaltmaya yönelik olarak bilgisayar ve eğlence odası olarak tasarlanan Starlight Odası'dır. Araştırma sonuçları

sağlık personelinin çocuklara faydalı olabilmek adına tedavi sürecinde oyun kullanımına ilişkin kurslara katıldıklarını göstermiştir.

Diğer bir çalışmada Garipey ve Howe (2003) lösemi tedavisi gören çocukları, altı hafta boyunca haftada dört gün gözlem yaparak hem hastane hem de kreş ortamlarında Early Childhood Rating Scale (Erken Çocukluk Dönemi Değerlendirme Ölçeği) kullanarak değerlendirmişlerdir. Hastanelerde hematoloji ve onkoloji bölümlerinin bekleme odası gözlemlenirken, kreşlerde serbest oyun saatleri gözlemlenmiştir. Her gözlemden önce, araştırmacılar çocuklara üç farklı yüz ifadesi göstererek endişe seviyelerine göre uygun olanı seçmelerini istemişlerdir. Çocukların bilişsel ve sosyal oyunları ise Rubin'in (Rubin ve diğerleri, 1978) oyun ölçeği kullanılarak gözlemlenmiştir. Haftalık gözlem programlarına uygun olarak çocuklara ilk hafta ne hastanede ne de kreşte yeni oyuncaklar verilmemiş; ikinci ve üçüncü hafta yeni ve tıp bağlantısı olmayan (hafıza oyunu, çiftlik seti, vb.) oyuncaklar verilmiş; dördüncü hafta temel duruma dönüş amacıyla yine yeni oyuncaklar verilmemiş; ve beşinci ve altında haftalarda yeni ve tıp bağlantılı (doktor seti, bandajlı ayıcık, tıp temalı hafıza oyunu, vb.) oyuncaklar verilmiştir. Yapılan gözlem ve ölçümler lösemi tedavisi gören çocuklar için terapi amaçlı oyunun stres azaltıcı etkilerini ortaya koymuş ve oyunun tedavi sürecine entegre edilmesinin hayati önemde olduğunu vurgulamışlardır.

Bir başka çalışmada ise Kayalı, Peters, Reithofer, Mateus-Berr, Lehner, Martinek, Sprung, Silbermag, Woelfle, Lawitschka ve Hlavacs (2014) kök hücre naklinden sonra iyileşme süreci içinde bulunan ve yaşları 8 ile 14 arasında değişen toplam 81 çocuğu dört gruba ayırmış ve daha sonra iki farklı okuldaki çizim derslerinde bu çocukları gözlemlemişlerdir. İki saat süren bu resim derslerinde çocuklardan karakterlerin ve maceralarının karikatürlerini çizmeleri istenmiştir.



Çocuklara sadece bu karakterlerin bir video oyununda kullanılacağı ve hangi çizim yöntemini kullanabilecekleri bilgisi verilmiştir. Yapılan çizimler, video oyunu modeli oluşturulmasında ilk basamağı oluşturmuş ve sonuçlarına göre erkek çocuklar siyah-beyaz ağırlıklı silahlara ve savaş oyunlarına eğilim gösterirken kız çocuklar daha fazla renk kullanarak akıcı bir hikaye ve ilişkilerin oluşumuna önem vermişlerdir. Ortak noktanın ise hayvanların, bitkilerin, abartıların ve doğaüstü güçlerin kullanımı olduğu görülmüştür. Araştırmacılar çocuklar için tasarlanan oyunların hasta çocukların görüşleri de alınarak şekillendirilmesi durumunda onlara daha fazla hitap edeceğini belirtmişlerdir. Nilsson, Finnstorm, Kokinsky ve Enskar (2009) Yapay Gerçeklik oyunlarının pediatrik onkoloji bölümü hastalarının iğne kullanılan prosedürlerde ağrı yönetimi amacıyla kullanılmasının olumlu etkilerine dikkat çekmişlerdir. Kauhanen, Jarvela, Lahleenmaki, Arola, Heinonen, Axelin, Lilius, Vahberg ve Salanterä (2014)'de 3-16 yaş arası çocuklarda kanser tedavisi sürecinde fiziksel aktiviteyi artırmak amacıyla aktif video oyunlarının olumlu etkilerini incelemişlerdir.

Jun-Tai (2008)'nin yaptığı alan yazın taraması ve vaka çalışması olarak incelediği 8 yaşındaki egzema hastası çocuğun durumu, hastane ortamında oyunun sadece çocukların gelişimini desteklemekle kalmadığını; aynı zamanda, çocukların çevrelerini tanımlarına ve durumlarına adapte olmalarına yardımcı olduğunu ortaya koymaktadır.

Kato ve Beale (2006) ise yaşları 6 ile 25 arasında değişen, hali hazırda kanser tedavisi gören ve bir yıldan az bir süredir terapiye devam eden 43 çocuk ve yetişkinle gerçekleştirdikleri çalışmalarında katılımcılarla görüşmeler gerçekleştirmişlerdir. Katılımcılara ilk başta video oyunu karakterlerini ve ortamlarını anlatan bir sanatçının çizimleri gösterilmesinin ardından 2 dakikalık bir video oyunu

animasyonu da gösterilmiş ve akabinde süreleri 20 ile 40 dakika arasında değişen görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Görüşme sorularından 11 tanesi kullanılan materyallere ilişkin seçimleriyle; 15 tanesi genel video oyunu tercihleriyle ve 3 tanesi ise kanser hastası olan yetişkinlerin bilgilendirilme ihtiyaçlarıyla ilgili olarak düzenlenmiştir. Yapılan analizler sonucunda araştırma grubunun kanser ile ilgili bir video oyununu kabul edecekleri hatta oynamaya dair isteklerinin yüksek olduğu yönünde bulgulara ulaşılmıştır. Bu sonuç, video oyunlarının hastalara kanseri açıklamak ve durumlarını kabullenmelerine yardımcı olmak amacıyla kullanılabileceğini yanı sıra, genel olarak psiko-eğitsel oyun kullanımının olumlu etkilerinin altını çizmektedir.

Pass ve Bolig'in (1993) çalışması ise oyun odaklı ve oyun odaklı olmayan iki farklı oyun etkinliği mekan türünü temsil eden iki hastanede, oyun saatlerinde doğal ortamlarda gözlenen 11'i erkek 4'ü kız 15 çocukla olan çalışmalarında oyun türlerine, sıklıklarına, oyunun içeriğine ve çocuklar arasındaki sosyal etkileşime bakılmıştır. Çocukların her birine bir rengin verildiği tablodan rengi çevirici yoluyla seçilen çocuk 15 dakika gözlemlendikten sonra yine çevirici ile başka bir renk seçilir ve eğer o çocuk da odadaysa piyango olarak adlandırılan gözlem sürecine dahil edilirdi. Uygunluk saatlerinin miktarı; personelin deneyim süresi; oyun alanlarının karmaşıklığı ve etkinlik sayılarının farklılıklarına rağmen program türünün oyun sıklığı ve türünü etkilemediği görülmüştür. Ayrıca, cinsiyet ve hastanede kalış süresinin seçilen oyun türüyle; hastalık türü ve çocuğun daha önce hastaneye yatıp yatmamasının ise oyun olmayan davranışlarla ilişkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu çalışma sayesinde, oyunun önemine ek olarak, sadece ortamın ve oyuncakların değil, çocuklarının cinsiyetinin, hastanede kalış sürelerinin, daha önce hastane

deneyimleri olup olmamasının da oyun türü, sıklığı ve tercihi etkileyen faktörler olduğu görülmüştür.

Bir başka grup çalışma ise çocukların tedaviye, boyutu ve süresi ne olursa olsun, hazırlanmasında kullanılan çeşitli yöntemlerde oyuna ve etkisine yer vermiştir. Yoo, Kim, Hur ve Kim (2011) çalışmalarında okul öncesi çağındaki çocuklardan kan alınma esnasında ağrı tepkisini düşürmek ve dikkat dağıtmak için animasyon kullanımının olumlu etkilerini incelemişlerdir.

Benzer bir çalışmada Vagnoli, Caprilli, Robiglio ve Messeri (2005) ameliyat öncesi odasında çocuklara anestezi verilirken palyaço kılığındaki doktorların varlığının çocukların tedirginliklerini azalttıklarını gözlemlemişlerdir.

Bar-Mor (1997) çocukları ameliyata hazırlarken etkili olan faktörleri dört farklı kategoriye ayırarak incelemiştir:

- a) Çocuğa bağlı faktörler (çocuğun içinde bulunduğu gelişim evresi, stres ve kriz durumlarıyla baş etme deneyimi, çocuğun kullandığı aktif veya pasif baş etme mekanizması, çocuk tarafından algılanan haliyle hastalığı veya sağlık durumunun önemi, ve hastaneye yatmanın uyandırdığı duygular);
- b) Aileye bağlı faktörler (hastalığın ciddiyetini nasıl algıladıkları ve bu algıya çocuğa nasıl aktardıkları, aileden çocuğa geçen destek, cesaretlendirme ve olumlu tavır düzeyi, stres ve kriz durumlarıyla baş etme deneyimi, aileler için destek sisteminin varlığı, ailedeki diğer stres kaynakları, ve ailenin kendi arasında ve çocukla arasında olan ilişki);
- c) Hastalığa bağlı faktörler (hastane yatışın acil veya önceden planlanmış, hastalığın getirdiği acı çekme düzeyi, çocuğun doğal ortamından ayrılma sıklığı, süresi ve düzeyi);

- d) Hastaneye bağlı faktörler (çocuğun yattığı servisin özellikleri, servisin yapısı ve aktivitelerinin çocuğun dünyasına uygunluğu, personelin çocuğun ihtiyaçlarını anlama ve onlara cevap verebilme becerileri).

Farklı kategorilere rağmen tüm faktörlerin birbiriyle ilişkili olduğu vurgulanmış ve tüm bu etkenler göz önünde bulundurularak düzenlenen ve uygulanan bir hazırlık programının çocuklara yararlı olacağından ve tedavinin başarısını artıracığından emin olduklarını belirtmişlerdir.

## **2.9 Çocukların Hastane Ortamı ve Sağlık Hizmetlerine İlişkin Görüşleri**

Bu bölümde çocukların hastane ortamı ve sağlık hizmetlerine ilişkin görüşlerini inceleyen çalışmalardan örnekler sunulacaktır. Farklı araştırma ortamları ve veri toplama yöntemlerine rağmen, aşağıdaki çalışmaların en önemli ortak özelliği hastane ortamı ve tedavi sürecine ilişkin çocukların görüşlerinin açığa çıkarılmasıdır.

Silav Utkan (2012) çocukların hastane odalarına yönelik duygularını ve beklentilerini projektif yöntem olan resim çizme yoluyla hayallerindeki hastane odasını çizmelerini isteyerek analiz etmiştir. Araştırmada, ergenlik çağındaki 3 çocuğa 12 renkli pastel boya verilmiş ve tek bir soru sorulmuştur: “Hastanedeki yatak odanızın nasıl olmasını isterdiniz?” Bu soruya cevap olarak çocuklar eğitim gözetiminde belli zaman aralıklarıyla resimler çizmişlerdir. Zaman sınırı verilmeden çizilen resimler daha sonra araştırmacı tarafından analiz edilmiştir. Kişisel alan kavramı ergenlik döneminde önemli bir rolü olduğu düşünöldüğünde ve bu resimlerin çocukların düşöncelerinin yanı sıra istekleri ve ihtiyaçlarını da yansıttıkları unutulmalıdır. Analiz sonuçlarına göre çocukların hayallerindeki hastane odasında bilgisayar ve televizyon gibi teknolojik ekipmanın yanı sıra resim çerçeveleri, kitaplar, CD’ler ve oyuncaklar gibi nesnelere göze çarpmaktadır. Ayrıca,

çocuklardan bir tanesi duvar resimleri istediğini de bunları çizerek belirtmiştir. Dikkat çeken bir diğer unsur ise, çocukların yaşlarına rağmen “mavi kapak projesi” gibi sosyal sorumluluk etkinliklerine çizimlerinde yer verirken, hiç bir resimde tıbbi ekipman ve aletlerin ön planda bulunmamasıdır. Çocukların hastanedeki yatak odaları veya hastanelerin çocuk bakım bölümleri tasarlanırken çizimlerde temsil edilen fiziksel ve duygular gereksinimlerin göz önünde bulundurulması, hastanede yatarak tedavi gören çocukların duygusal gelişimine olumlu etki yapmanın yanı sıra stres seviyeleri azaltmaya da yardımcı olacaktır.

Schalkers, Dedding ve Bunders (2014), 6-18 yaş arası 63 çocuk ve ergenle yaptıkları çalışmada Hollanda’da sunulan sağlık hizmetleri ve kalitesine yönelik olarak katılımcıların görüşlerini toplamayı amaçlamışlardır. Sesli fotoğraf ve hastane yöneticisine mektup gibi yöntemler kullanılan çalışmada 13-18 yaş aralığında olan katılımcılarla çevrimiçi ve yüz yüze görüşmeler de gerçekleştirilmiştir. Kullanılan yöntemler çocukları araştırma odağı yapmak yerine, kendi hikayelerini anlatmaya teşvik etmiştir. Yöntemler uygulanırken oyun uzmanı da kullanılmıştır Sesli fotoğraf yönteminde hastanede 3 gün veya daha uzun süre kalan çocuklar dahil edilerek 1 hafta boyunca hastane içerisinde fotoğraflar çekmeleri istenmiştir. Daha sonra çekilen fotoğraflar baskı yaptırılarak çocuklara verilmiş ve her fotoğraf için yazılar yazmaları istenmiştir. Yazıların da tamamlanmasının ardından çocuklara fotoğraflarla ilgili sorular sorularak (Bu nedir? Burada ne oluyor? Neden bu resmi çektin/çizdin?) fotoğraflar tartışılmıştır. Daha sonra, katılımcılara boşluk doldurmalı hazır bir mektup kalıbı verilmiştir. Bu mektubun hastane yöneticisine verileceği söylendikten sonra çocukların yarım kalan cümleleri ve boşlukları doldurmaları istenmiştir (Bu hastanede en çok sevdiğim şey ...; Eğer ben patron olsaydım, .... hemen değiştirirdim; Değiştirmek için fikirlerim ...; Sadece şunu söylemek/sormak

istiyorum ...). Araştırmada toplanan veriler dijital olarak saklanmış ve analizler sonucunda çocukların tercihlerine uygun yemek yeme ve iyi uyuyabilme gibi sağlıkta çok önemli etkenlerin yapısal olarak göz ardı edildiği görülmüştür. Katılımcı yöntemlerle uygulanan bu çalışmanın sonuçları çocukların fikirlerini gerçek hale getirerek ihtiyaçları kendi ağızlarından anlatma fırsatı vermiş ve hastanelerde sunulan hizmetlerin iyileştirilebilmesi ve yeniden yapılandırılabilmesi için somut dayanaklar ve fikirler ortaya koymuştur. Sartain, Clarke ve Heyman (2000) kronik hastalıkların tedavi sürecinde çocukların görüşlerinin alınmasının iyileşmede hayati rol oynadığını belirterek çocuk görüşleri dikkate alınmasının önemini vurgulamıştır.

Beytut, Bolışık, Solak ve Seyfioğlu (2009) çalışmasında ise resim çizme yoluyla hastanede tedavi gören çocukları etkileyen faktörler araştırılmıştır. 20 kronik hastalığı olan, 20 akut hastalığı olan ve 20 sağlıklı çocuk (kontrol grubu) ile ailelerinden oluşan katılımcı grubuyla gerçekleşen çalışmada çocukların demografik bilgileri toplandıktan sonra hepsine resim kağıdı ve 12 renkli kuru boya verilmiş ve hastane denince akıllarına ilk gelen şeyi çizmeleri istenmiştir. Klinik psikolog tarafından yorumlanan resimlerde anksiyete, agresyon, depresyon, benlik kaygısı, renk seçimi ve hastane imajı gibi maddeler temel olarak ele alınıp yorumlanmıştır. Yapılan analizler sonucunda akut hastalığı olan çocuklarda anksiyete yüksek orandayken; kronik hastalığı olan çocuklarda depresyon seviyesi yüksek çıkmış ve benlik saygısı düşük oranda saptanmıştır. Akut hastalığı olan çocukların çoğunluğu sıcak renkler kullanırken; kronik hastalığı olan çocuklar hastaneyi olumsuz resimlerle anlatmışlardır. Coyne (2006), 11-14 yaş arası çocuklarla gerçekleştirdiği çalışmasında bu yaş grubundaki çocukların hastaneye yatmaya ilişkin korku ve endişelerini inceleyerek çocukların bilgilendirilmeye ve çocuk-odaklı hastane ortamına ihtiyaç duyduklarını saptamıştır.

Aldiss, Horstman, O'Leary, Richardson ve Gibson (2009) ise kanser tedavisi için hastanede bulunan çocuklara göre önemli olan olguları araştırmışlardır. Bu çalışmada 4-5 yaşlarında 10 çocuk yer almış ve görüşmelere oyun uzmanı da dahil edilmiştir. Oyun uzmanı çocuklarla günlük hayatta yaratıcı bir iletişim kurarken ikinci araştırmacı da gözlemci rolünü üstlenerek alan notları toplamıştır. Görüşmeler boyunca ailelerin notları da kaydedilmiş ve her görüşmenin sonunda oyun uzmanı ile araştırmacı görüşlerini ve yorumlarını paylaşarak, notlar almışlardır. 10 çocuktan sekiziyle evlerinde ikisiyle de hastane ortamında görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Görüşmelerde dolgu oyuncaklar kukla olarak kullanılmış ama iki çocuk kukla kullanmayı reddetmiştir. Görüşmelerden önce ailelerin görüşleri alınarak soruların dilinin ailelerin kullandığı dile uyumlu ve çocukların anlayabileceği seviyede olduğundan emin olunmuştur, bu durum özellikle çocuğun hastalığı ve tedavisinden bahsederken göz önünde bulundurulmuştur. Görüşmelerden önce çocuklara farklı yüz ifadeleri gösterilerek kendilerine uygun olanı seçmeleri istenmiştir. Görüşme soruları önceden şekillendirilmesi rağmen, akışa göre değişiklik göstermiştir (Fizz bazı ilaçlar alıyor. Sen de ilaç alıyor musun? İlaç almak nasıl bir şey? Fizz gittiğin hastanenin nasıl bir yer olduğunu merak ediyor? Fizz hastanede neler yaptığını merak ediyor. Orada neler yapıyorsun? Sen hastaneyken kendini endişeli veya korkmuş hissediyor musun?). Yapılan içerik analizleri sonucunda çocuklar için önemli olan olgular farklı kategoriler altında toplanmıştır: birçok oyuncak; kötü adamlardan kurtulma; hemşire ve doktorların varlığı; anne-babanın yakında olması; evde olamama ve hastaneye yönelik duygular.

Lambert, Coad, Hicks ve Glacken (2013) hastanede çocuklar için sosyal alanları inceleyen çalışmalarında yaşları 5 ile 8 arasında değişen 55 çocukla çalışarak ağırlıklı olarak sanat etkinlikleri içeren görüşmeler yoluyla veri toplamışlardır.

Toplanan verilerin analizleri sonucunda çocukların mevcut çeşitliliği tercih ettikleri; cinsiyet, yaş ve gelişim düzeylerine uygun eğlence ve boş vakit etkinlikleri için seçenekler sunulmasını istedikleri saptanmıştır. Ayrıca, çocukların hastanede oldukları süre boyunca hem hastane içinde hem de dış dünyayla sosyal bağ kurmak istediklerine yönelik bulgular, bu amaca ulaşılabilmesi için teknolojik aletlerin önemli olabileceğini düşündürmektedir.

Köçkar ve Gürol (2013) ise 19 kanser tanısı konan ve benzer özelliklerde 20 sağlıklı çocukla gerçekleştirdikleri çalışmada kanser tanısı konan çocukların anksiyete, saldırganlık ve benlik saygısı düzeylerini çizdikleri resimler yoluyla analiz etmişlerdir. Resimlerin analizleri sonucunda kanser tanısı konan çocukların anksiyete düzeylerinin sağlıklı çocuklardan daha yüksek olduğu ve ayrıca benlik saygılarının da daha düşük olduğu görülmüştür.

### **2.9.1 Hastane Ortamlarının Hasta Çocuklarca Tasarlanması**

Robertson ve Balaam (2013) çalışmalarında hastane ortamlarını, 10 ay boyunca farklı tasarım etkinlikleri ve kullanıcı odaklı yöntemler uygulayarak 8-14 yaş aralığındaki katılımcılardan veri toplamış ve bu veriler doğrultusunda yeniden tasarlayarak gözlemler gerçekleştirmişlerdir. Yapılan gözlemler sonucu, katılımcıların görüşleri doğrultusunda yapılan değişikliklerin ve tasarımların çocuklar üzerinde olumlu etkiler yaptığı görülmüştür.

Norton-Westwood (2012) ise 1980-2010 yılları arasında yayınlanan ve hastanede tedavi gören çocuklara odaklanan makaleleri incelemiş ve bunun sonucunda çocukların uzun zaman geçirmek zorunda oldukları hastane ortamlarını tasarlamakta ve gereksinimlerini belirtmekte etkili olduklarını, düşünceleri dikkate alındığı takdirde tedavi sürecinde yaşanan stres boyutlarının azaldığı ve çocukların hastane ortamına yönelik görüşlerini olumlu olarak değiştiği görülmüştür.



Koller ve McLaren (2012) ise çalışmalarında hastane avlusunun tasarım ve mimarisine yönelik çocukların duygusal tepkilerini ölçmeyi denemişlerdir. Projenin farklı aşamalarında çocuklar ya danışman görevi üstlenmek ya da görüşmelerde yer almak ve fotoğraflar çekmek üzere dahil edilmişlerdir. Sonuçta avluda yüksek pencereleri olan bir lobi bölümü; mekanizmaları görünen parlak renkli asansörler; bilgi masaları; büyük bir çeşme ve yemek bölümü oluşturulmuştur. Çocukların ortaya çıkan sonuca gösterdikleri tepkiler ve duygular, çocukların bu tarz alanların tasarlanmasında yer alabilecek kapasitede olduklarını ve tasarımda söz sahibi olmaya haklarını olduğunu kanıtlamıştır. Ayrıca, bu çalışma sonucunda çocukların hastaneye karşı olan tutumları ve bakış açıları da olumlu yönde değişmiştir.

Sherman, Varni, Ulrich ve Malcarne (2005) çalışmasında ise pediatrik kanser merkezinin etrafındaki üç adet iyileştirici bahçe incelenmiştir. Tüm bahçelerde oturma alanları, çiçekler ve bitkiler mevcut olmakla birlikte boyut, özellikler ve kullanıcı gruplarının erişimi açısından farklılık göstermekteydiler. En fazla hasta erişimine sahip olan en büyük bahçe kullanılmış ve sonuçlara göre, yetişkinler ve personel tarafından kullanılan bahçelerde çocuklar daha fazla etkileşim göstermişlerdir. Ayrıca, bahçeye erişimi olan ve bahçede uzun zaman geçiren çocuk hastaların duygusal stres ve ağrı düzeylerinin bahçeyi kullanmayan hastalardan daha düşük olduğu da bulunmuştur. Bunların ışığında iyileştirme bahçelerinin çocukların tedavilerine katkıda bulunduğu ve pediatrik ünitelerde kullanılabileceği sonucuna ulaşılmıştır.

Burger, Kenke, Aucamp ve Le Roux (2013) ise benzer bir çalışmada onkoloji bölümünde yatan çocukların tedavisi için uygun oyun odası hazırlanması ile ilgili gereksinimleri belirlemek için on ay boyunca katılımcılardan farklı tasarımlara ilişkin görüşler elde etmiş ve bu görüşler doğrultusunda etkin oyun odası

gereksinimlerini belirlemeye çalışmışlardır. Oyun odası alan yazın taramasına göre tasarlanmış olmakla birlikte sınırlı personel ve bütçe nedeniyle sınırlılıklar mevcuttu. Araştırmacılarca, çocuk onkoloji bölümü çalışanlarına nitel desenli anket dağıtarak hastane oyun odasında en hayati öneme sahip olarak hangi objeyi gördükleri sorulmuştur. Çocuklarda yapılan yarı-yapılandırılmış görüşmeler ise onların görüşlerini incelemek için kullanılmıştır. Örnek görüşme soruları şu şekilde yapılandırılmıştır: “Bu yeni oyun odasında neyi seviyorsun/sevmiyorsun?” “Bu odayı senin için nasıl mükemmel hale getirebiliriz?” Çocukların yanı sıra onkoloji kliniğinde görevli çalışanlardan (örneğin başhemşire gibi) açık uçlu sorulardan oluşan bir görüşme formu yoluyla görüşleri toplanmıştır.

Yapılan analizler sonucunda personel oyun odasının sıcak, arkadaş canlısı, davet edici ve tehdit etmeyen özelliklere sahip olması gerektiği konusunda hem fikir oldukları görülmüştür. Katılımcıların önerdiği etkinlikler arasında okuma, ip atlama, sanat etkinlikleri ve serbest oyun bulunmuştur.

Çocukların ve hastane personelinin görüşleri ve önerileri doğrultusunda tasarlanan bu yeni oyun odası hem personelin hem de çocukları moralini yükselterek ev ortamı sağlamaya yardımcı olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

## Bölüm 3

# YÖNTEM

### 3.1 Araştırma Modeli

Bu araştırmanın deseni nitel yöntem kullanılarak oluşturulmuştur. Nitel araştırmaların ortak özelliklerine uygun olarak, bu çalışma da gerçekliğe dayalıdır; katılımcıların tavırları derinlemesine incelenip ve yorumlanmıştır. Nitel araştırmacılar “dünyanın birçok gerçekten oluştuğunu, aynı durumla ilgili farklı kişisel görüşlerin olabileceğini ve böylece gerçeklerin sosyal ortamlarda yapılandığını temel almaktadırlar” (Büyüköztürk, Kılıç Çakmak, Akgün, Karadeniz ve Demirel, 2014, s. 12). Nitel araştırmalar, gözlem, görüşme ve doküman analizi gibi nitel veri toplama yöntemlerinin kullanıldığı, algıların ve olayların doğal ortamda gerçekçi ve bütüncül bir biçimde ortaya konmasına yönelik nitel bir sürecin izlendiği araştırma olarak tanımlanmaktadır (Yıldırım ve Şimşek, 2008, s. 39). Ayrıca, araştırmacı katılımcıların bakış açılarını anlamaya ve bunları olduğu gibi genelleme yapmadan aktarmaya çalışır.

Nitel araştırma yöntemini uygulayabilmek için araştırmacıların belli özelliklerine ve prensiplere bağlı kalmaları gerekmektedir. Bu özellikler şunlardır: doğal ortamda veri toplama, doğrudan kaynaktan veri toplama, detaylı betimlemeler yapılması, sonuç yerine sürece odaklanmak, tümevarımcı veri analizi gerçekleştirmek, araştırmacının katılımcıların bakış açılarını aktarması ve araştırma desenlerinde esnek olabilme (Büyüköztürk, ve diğerleri, 2014, s. 255). Benzer bir şekilde, Yıldırım ve Şimşek (2008, s. 41) nitel araştırmaların en çok ortaya çıkan

özelliklerini de şu şekilde listelemektedir: doğal ortama duyarlılık (doğal ortamda veri toplama); araştırmacının katılımcı rolü; bütüncül yaklaşım; algıların ortaya konması (araştırmacının katılımcıların bakış açılarını aktarması); araştırma deseninde esneklik; tümevarımcı analiz ve nitel veri.

Araştırmada etkileşimli nitel araştırma desenlerinden durum çalışması uygulanmıştır. Durum çalışması; güncel bir olguyu kendi gerçek yaşam çerçevesi (içeriği) içinde çalışan, olgu ve içinde bulunduğu içerik arasındaki sınırların kesin hatlarıyla belirgin olmadığı ve birden fazla veri kaynağı ve kanıtın mevcut olduğu durumlarda kullanılan görgül bir araştırma yöntemidir” (Yıldırım ve Şimşek, 2008; s. 278 ). Gall, Borg ve Gall’a göre durum çalışmalarının çeşitli amaçları vardır ve bunlar: bir olayı oluşturan parçaları tanımlamak ve görmek, bir olayla ilgili muhtemel açıklamaları geliştirmek veya bir olayı değerlendirmektir (Akt. Büyüköztürk ve diğer, 2014, s. 273)

Durum çalışmaları farklı biçimlerde gerçekleştirilebilir. Bu çalışmada durum analizi (situation analysis) tekniği kullanılmıştır. Durum analizi, “özel bir olayın farklı bakış açıları kullanılarak incelenmesidir (Büyüköztürk ve diğer, 2014, s. 274).

Çalışmada Lefkoşa Devlet Hastanesi Pediatrik Onkoloji bölümün’de oyun odası ihtiyacına yönelik çocukların, ailelerin ve sağlık personelinin görüşlerini bir bütünlük içinde ve ilgili tüm bireylerin görüşleri belirlenerek incelenmesi gerçekleştirilmiştir.

Bu işlemi gerçekleştirebilmek için çalışmada durum çalışması desenlerinden bütüncül tek durum deseni uygulanmıştır. Genel standartlara pek uygun olmayan aykırı veya kendine özgü durumların çalışılmasında bütüncül tek durum deseni kullanılabilir. Ayrıca daha önce hiç kimsenin çalışmadığı yada

ulaşamadığı durumlar bütüncül tek durum deseni kullanılarak ulaşılabilir (Yıldırım ve Şimşek, 2006, s. 290).

Bu çalışmada K.K.T.C Lefkoşa Devlet Hastanesi Pediatrik Onkoloji Servisi'nde oyun odası ihtiyacına ilişkin anne-baba, çocuk ve sağlık personeli görüşlerini derinlemesine ve detaylı biçimde inceleyerek değiştirmeden bütünüyle ve dikkatli bir şekilde yorumlamayı amaçlamaktadır.

### **3.2 Veri Toplama Aracı**

Bu çalışmada nitel araştırmalarda en yaygın kullanılan veri toplama tekniklerinden biri olan görüşme tekniği kullanılmıştır. Stewert ve Lesh (1985) görüşmeyi, “önceden belirlenmiş ve ciddi bir amaç için yapılan, soru sorma ve yanıtlama tarzına dayalı karşılıklı ve etkileşimli bir iletişim süreci” olarak tanımlamaktadır (akt. Yıldırım ve Şimşek, 2008, s. 119). Bu çalışmada kullanılan veri toplama araçları aile ve sağlık personeli için hazırlanan görüşme formundan ve çocuklara uygulanan mektup yoluyla hikaye tamamlama formundan oluşmaktadır. Görüşme formu yöntemi benzer konulara yönelmek yoluyla değişik insanlardan aynı tür bilgilerin alınması amacıyla hazırlanır (Petton, 1987, Akt. Yıldırım ve Şimşek, 2008, s. 123). Veri toplama araçlarının nasıl geliştirildiğine dair detaylı bilgiler aşağıda verilmiştir.

#### **3.2.1 Aile ve Sağlık Personeli Görüşme Formu**

Biri aileler biri de sağlık personeli için olmak üzere veri toplama araçları araştırmacı tarafından oluşturulmuş ve iki uzmanın görüşleri alındıktan sonra son şekilleri verilmiştir.

Her iki grup için de hazırlanan görüşme formları iki bölümden oluşmaktadır: 1) Katılımcılarla ilgili demografik bilgiler edinmeye yönelik

sorulardan oluşan bölüm; 2) Araştırma konusu ile ilgili görüşlerin belirlenmesine yönelik açık uçlu sorulardan oluşan bölüm.

Aileler için oluşturulan formda (Ek- 1) 18 tane demografik bilgi sorusu (örn: Çocuğa yakınlık dereceniz nedir? Uyuğunuz nedir? Yaşınız? Annenin eğitim durumu nedir? Babanın eğitim durumu nedir? Ailenizin aylık toplam gelir düzeyi nedir? Annenin çalışma durumu nedir? Babanın çalışma durumu nedir?); 8 tane açık uçlu soru bulunmaktadır.

Sağlık personeli için oluşturulan formda (Ek- 2) ise 6 adet demografik bilgi sorusu (örn: Cinsiyetiniz? Göreviniz nedir? Pozisyonunuz nedir? Uzmanlık alanınız nedir? Pediatrik Onkoloji Servisi'nde çalışma süreniz nedir? Son 5 yıl içerisinde kanser hastası çocukların tedavi süreçleri ile ilgili hizmetiçi eğitim çalışmasına katıldınız mı?), 6 tane açık uçlu soru bulunmaktadır.

Demografik bilgilere ilişkin sorular ailelerin ve sağlık personelinin sosyo-demografik durumlarını belirlemek amacıyla hazırlanmıştır.

Açık uçlu sorular ise K.K.T.C. Lefkoşa Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastane Pediatrik Onkoloji Servisi'nde tedavi gören çocukların ailelerine ve aynı serviste görevli sağlık personeline yönelik olarak servisin eksiklikleri, oyun odasına ihtiyacı olup olmaması ve oyun odasına ilişkin görüş ve beklentileri belirleme amacıyla tasarlanmıştır.

Bu çalışmanın temel amacı; K.K.T.C'de kanser tedavisi gören farklı yaş grubu çocuklarının hastane ortamında oyun odası gereksinimlerine ilişkin olarak bu duruma dahil olan tüm bireylerin, algı ve bakışlarının belirlenerek yorumlanmasıdır. Bu nedenle aile ve sağlık personeli için hazırlanan görüşme formlarında yer verilen sorular ilişkili olmakla birlikte hedef grubun özelliklerine bağlı farklılıklar da göstermektedir. Görüşme formlarının ilk bölümlerinde yer alan sorular grupların

özelliklerini belirlemeye özgüdür bu nedenle tümüyle farklıdır. Ayrıca, ikinci bölümde yer verilen açık uçlu sorulardan sekizinci soru iki formda farklılık göstermektedir:

Aile formunda bulunan sekizinci soru ise ailenin refakatçi konumu ile ilişkili olduğundan (Hastanede oyun odasının bulunması çocuğunuzun bakımını gerçekleştirirken ebeveyn olarak sizin açınızdan ne tür etkiler yaratabileceğini düşünüyorsunuz?) sağlık personeli formundan çıkarılmıştır.

Görüşme formlarının hazırlanmasının ilk aşaması tamamlandıktan sonra iki uzmanın görüşü alınmıştır. Uzmanlardan bir tanesi Kemal Saraçoğlu Lösemili Çocuklar Vakfı'nda bulunan yöneticiler arasından Kuzey Kıbrıs'ta lösemili çocuklarla en yakından ilgilenen kişilerden biri olduğu için seçilmiştir. İkinci uzman olarak ise Pediatrik Onkoloji alanında uzmanlaşmış bir doktor olarak belirlenmiştir. İki uzmandan anket sorularını açıklık, netlik ve anlaşılabilirlik açısından değerlendirmeleri istenmiştir. Uzmanların geri dönütleri sonucunda Aile görüşme formunda demografik bilgi bölümünde yer alan on dördüncü sorunun seçenekleri değiştirilmiştir: soru seçenekleri önceden çocuğun tedavi gördüğü süre ile ilgili olarak farklı ay süreleri arasında dağılırken uzmanların görüşleri doğrultusunda yıllar eklenmiş ve tedavi süreci aylardan yıllara kadar uzanan seçenekleri içerecek biçimde değiştirilmiştir.

### **3.2.2 Mektup Yoluyla Hikaye Tamamlama Formu**

Çocuklardan veri toplamak için ise Schalkers ve arkadaşlarının (2014) çalışmalarında kullandıkları yöneticiye “ mektup” konulu hikaye tamamlama formu (Ek- 3) kullanılmıştır. Schalkers ve diğerleri (2014) çalışmalarında bu yöntemi başarılı bir şekilde geniş bir yaş grubuyla kullandıkları için bu çalışmada yer alacak çocukların yaş aralıklarına da uygun olacağı düşünülmüştür.

Okuma-yazma bilmeyen çocukların araştırmacı yardımıyla, bilenlerin ise kendi başlarına hikaye tamamlama yoluyla hastane yöneticisine mektup yazmaları mümkün olmuştur.

Bu yöntem uygulaması, çocukların kendi hikayelerini anlatabilmelerine de olanak sağlamıştır.

### **3.3 Geçerlik ve Güvenirlikle İlgili Uygulamalar**

Nitel araştırmada geleneksel olarak kabul gören ve önemli değer ltleri olarak ön plana çıkarılan “geçerlik” ve “güvenirlik” kavramları yerine nitel araştırmaların doğasına uygun farklı kavramlar önerilmektedir.

Bu kapsamda “i geçerlik” yerine “inandırıcılık”, “dış geçerlik” (genelleme) yerine “aktarılabirlik”, “i güvenirlik” yerine “tutarlılık” ve “dış güvenirlik” (tekrar edilebilirlik) yerine “teyit edilebilirlik” kavramları önerilmektedir (Yıldırım ve şimşek, 2008, s. 264).

#### **3.3.1 İnanırıcılık**

İnanırıcılık “araştırmacının elde ettiği bulguların gerçekliğine, benzer ortamlarda sonuçların gerçekliğine, süreçlerin birbiri ile tutarlı olmasına ve verilerin nesnel bir yaklaşımla toplandığına ve yine nesnel bir yaklaşımla sonuçlar ortaya koyduğuna ilişkin kanıtlar sunması” (Yıldırım ve şimşek, 2008, s. 265) anlamına gelmektedir. Çalışmalarda inandırıcılığı destekleyici olarak kullanılan stratejiler şunlardır:

##### **a. Uzun süreli etkileşim**

Mevcut çalışmanın inandırıcılığını artırmak adına farklı zamanlarda Kemal Saraçoğlu Lösemili Vakfı'nın düzenlediği etkinliklere katılarak, aile ve çocuklarla farklı ortamlarda bir araya gelerek ve hastaneye gidilerek veriler toplanmaya çalışılmıştır.



### **b. Derinlik Odaklı Veri Toplama**

İnandırıcılığı artırmaya yönelik ikinci bir uygulama derinlik odaklı veri toplama yoludur. Bu bağlamda, soru formu oluşturulduktan ve katılımcılarla öngörüşmeler gerçekleştirildikten sonra bazı konularda tekrar düzenleme yapılmıştır.

### **c. Çeşitleme (Triangulation)**

İnandırıcılığı artırmaya yönelik üçüncü bir yöntem ise çeşitleme yöntemidir. Farklı algıların ortaya konarak birden fazla gerçekliğe ulaşılması için gerekli olan bu yöntem çerçevesinde mevcut çalışmada; farklı kesimlerin bakış açısı belirlenmeye ve tüm zenginliği ile olduğu gibi sergilenmeye çalışılmıştır.

### **d. Uzman İncelemesi**

İnandırıcılığı artırmaya yönelik diğer bir yöntem olan uzman incelemesidir. Bu bağlamda, bu çalışmada da ölçme aracının geliştirilmesinde uzman görüşüne başvurulmuş ve Kemal Saraçoğlu Lösemili Çocuklar Vakfı'nda görevli uzman kişilerden görüş alınmıştır.

## **3.3.2 Aktarılabilirlik (Transfer Edilebilirlik)**

Geçerlik ve güvenirlik belirlemek adına kullanılan bir diğer yöntem ise aktarılabilirliktir. "Nitel araştırmada 'genelleme' yerine 'aktarılabilirlik' kavramının benimsenmesi, araştırma sonuçlarının doğrudan benzer ortamlara genellenemeyeceği, ancak bu tür ortamlarda sonuçların uygulanabilirliğine ilişkin geçici yargılara ulaşılması ve test edilebilecek denenceler oluşturulması" (Yıldırım ve Şimşek, 2008, s. 270) anlamına gelmektedir.

### **a. Ayrıntılı betimleme**

Aktarılabilirlik sağlanmasına adına kullanılan iki yoldan bir tanesi ayrıntılı betimlemedir. Ayrıntılı betimlemeye uygun olarak bu çalışmada açık uçlu sorulardan

oluşan görüşme formu yoluyla katılımcılardan alınan görüşler derinlemesine analiz edilmiş ve mümkün olduğu kadar az yorum katılarak sunulmuştur.

### **b. Amaçlı Örneklem**

Aktarılabirlik için uygulanan bir diğler yöntem ise bu çalışmada da kullanılan amaçlı örneklem seçimidir. Bu çalışmada da önceden belirtilen örneklemede durum özelliğı nedeniyle ekleme yapılmıştır. Bazı çocukların rahatsızlığı ve ailelerin çalışmaya katılacak vakit bulamaması nedeniyle çalışmada yer alamamışlardır.

### **3.3.3 Tutarlılık**

Diğler bir yöntem ise tutarlılıktır. “Olay ve olguların ortama ve zamana bağılı olarak oluştukları ve aynen tekrar edilmesinin mümkün olmadığı varsayımı dikkate alındığında nitel araştırmada güvenilirliği sağlamak mümkün görünmemektedir” (Yıldırım ve Şimşek, 2008, s. 271). Pek mümkün olmayan güvenirlik yerine, nitel araştırmalar tutarlığa dikkat çekmektedirler (Yıldırım ve Şimşek, 2008, s. 271).

#### **a. Tutarlık incelenmesi**

Tutarlılığın sağlanabildiğı yöntem olan tutarlık incelemesi sayesinde veri toplama araçlarının oluşturulması, verilerin toplanması ve analiz aşamalarında tutarlık sağlanmaktadır (Yıldırım ve Şimşek, 2008, s. 272). Bu kapsamda, mevcut çalışmanın tüm aşamalarında araştırmacı tutarlılığı sağlayıcı önlemler almaya çaba gösterilmiştir.

### **3.3.4. Teyit Edilebilirlik**

“Nitel araştırmacılara ‘nesnellik’ kavramı yerine ‘teyit edilebilirlik’ kavramı önerilmektedir. Bu doğrultuda nitel araştırmacılardan beklenen ulaştığı sonuçları topladığı verilerle sürekli olarak teyit etmesi ve bu çerçevede okuyucuya mantıklı bir açıklama yapabilmesidir” (Yıldırım ve Şimşek, 2008, s. 272).

### **a. Teyit incelenmesi**

Teyit edilebilirlik adına gerçekleştirilen teyit incelemesinde mevcut çalışmanın tüm aşamalarında tez danışmanı ve alan uzmanlarıyla veriler paylaşarak her aşamada sürecin kontrol edilmesi sağlanmıştır.

## **3.4 Evren ve Örneklem**

### **3.4.1 Çalışma Evreni**

Nitel araştırmalarda bulguların aktarılabilirliğini (genellenebilirlik) arttırmak amacıyla, hem tipik olarak karşılaşılan olay ve olguları hem de bunların değişkenlik gösteren özelliklerini ortaya koymaya yönelik olarak amaçlı örnekleme yöntemi kullanılmıştır (Yıldırım ve Şimşek, 2008. S. 271).

Bu araştırmanın evren ve örnekleme aynı olmakla beraber çalışma evrenini Kuzey Kıbrıs Lefkoşa Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi Çocuk Onkoloji Servisi'nde tedavi gören çocuklar, onların aileleri ve bu serviste hizmet veren doktor ve hemşire olmaktadır.

### **3.4.2 Örneklem**

Çalışmanın örneklemini belirlemede evrenin özelliği ve sayısal durumunu dikkate alınarak ulaşılabilen ve kabul eden tüm bireyler örnekleme dahil edilmeye çalışılmıştır. Bu açıdan örneklem seçimi nitel çalışmaların amacına uygun biçimde amaçlı örnekleme tekniğine uygun gerçekleştirilmiştir.

Çalışmanın konusunu oluşturan kanser hastalığı ile ilgili olarak ilgili yaş grubunda kaç çocuk olduğunu belirleyebilmek için K.K.T.C. Lefkoşa Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi'ne dilekçe yazılarak Pediatrik Onkoloji Servisi'nde tedavi gören 3-15 yaş arası çocukların sayısı öğrenilmiştir.. Araştırmacıya bildirilen 41 çocuğun aralarında çalışmada yer almayı kabul eden aileler ve çocukları araştırmanın örneklemini oluşturmuştur. (Ek- 5)

Sonuç olarak, çalışmanın örneklemini Kuzey Kıbrıs Lefkoşa Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi Çocuk Onkoloji Servisi'nde tedavi gören 32 çocuk, çocukları bu serviste tedavi gören 32 aile üyesi ile bu serviste hizmet veren 1 doktor ve 1 hemşireden oluşmaktadır.

Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti Lefkoşa Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi Çocuk Onkoloji Servisi'nde çocukları tedavi gören 32 aile çalışmada yer almıştır

Tablo 6. Örneklemini oluşturan ebeveynlerle ilgili sosyo- demografik veriler

	Sayı (n)	Yüzde (%)
<b>Çocuğa Yakınlık</b>		
Anne	21	65,60
Baba	11	34,40
<b>Uyruğu</b>		
KKTC	22	68,80
TC	4	12,50
KKTC – TC	5	15,60
Diğer (Pakistan)	1	3,10
<b>Yaş</b>		
20-30	3	9,40
31-40	16	50,00
41-50	11	34,40
51+	2	6,30
<b>Annenin Eğitim Durumu</b>		
İlkokul	7	21,90
Ortaokul	4	12,50
Lise	14	43,80
Üniversite	7	21,90
<b>Babanın Eğitim Durumu</b>		
İlkokul	7	21,90
Ortaokul	7	21,90

Lise	10	31,30
Üniversite	7	21,90
Diğer (Yüksek Lisans)	1	3,10
<b>Ailenin Toplam Aylık Gelir Düzeyi</b>		
1000-1999 TL	9	28,10
2000-2999 TL	8	25,00
3000-3999 TL	4	12,50
4000-5000 TL	10	31,30
6000 TL	1	3,10
<b>Annenin Çalışma Durumu</b>		
Ev Hanımı	21	65,00
Devlet Memuru	6	18,80
Özel Kurum	5	15,60
<b>Babanın Çalışma Durumu</b>		
İşsiz	1	3,10
Devlet Memuru	14	43,80
Özel Kurum	14	43,80
Serbest Meslek	3	9,40

Yukarıdaki tablodan da görüleceği üzere çalışmaya 21 anne ile 11 baba katılmıştır. Bu katılımcılardan 22 tanesi K.K.T.C. uyruklu olup 5 tanesi hem K.K.T.C. hem de T.C. uyrukludur.

Ayrıca, katılımcıların %50,00'si (n=16) 31-40 yaş aralığında iken, 11'i 41-50 yaş aralığındadır.

Araştırmada yer alan annelerden 14'ü (%43,80) lise mezunu, babaların 10 'u tanesi (%31,30) de lise mezunudur. Buna ek olarak, çalışmada yer alan ailelerin %31,30'unun (n=10) aylık toplam gelir düzeyi 4 bin ile 5 bin TL arasındadır. Çalışmada yer alan annelerin %65,00'i (n=21) ev hanımı iken babalar arasında devlet

memuru ve özel kurum çalışanlarının sayısı %43,80 (n=14) olarak eşitlik göstermiştir.

Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti Lefkoşa Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi Çocuk Onkoloji Servisi'nde tedavi gören ve çalışmada yer alan 4-15 yaş aralığındaki 32 çocuğa ait demografik bilgiler aşağıda görülebilir:

Tablo 7. Örneklemi oluşturan çocuklarla ilgili sosyo- demografik veriler

	Sayı (n)	Yüzde (%)
<b>Ailede Çocuk Sayısı</b>		
1	8	25,00
2	17	53,10
3 ve üstü	7	21,90
<b>Kanser Hastası Çocuğun Cinsiyeti</b>		
Erkek	15	46,90
Kız	17	53,10
<b>Kanser Hastası Çocuğun Yaşı</b>		
3-6	8	25,00
7-10	14	43,80
11-15	10	31,20
<b>Çocuğun Okula Devam Durumu</b>		
Evet	15	46,90
Hayır	17	53,10
<b>Çocuğun Tanısı</b>		
Lösemi	24	75,00
Lenfoma	3	9,40
Beyin Tümörü	2	6,30
Troid Ca	1	3,10
Nöroblastom	1	3,10
Yumurtalık Kanseri	1	3,10
<b>Toplam Tedavi Süresi</b>		
1-5 ay	4	12,50
6-11 ay	3	9,40

1-2 yıl	11	34,40
3-4 yıl	11	34,40
5 yıl ve üstü	3	9,40
<b>Çocuğun Hastanede Yattığı Toplam Süre</b>		
1-5 ay	6	18,80
6-12 ay	6	18,80
13-18 ay	2	6,30
19-24 ay	7	21,90
24 aydan fazla	11	34,40
<b>Çocuğun Her Tedavi Seansında Ortalama Yatış Süresi</b>		
1-2 gün	1	3,10
3-4 gün	3	9,40
5-6 gün	1	3,10
7 gün ve üstü	27	84,40
<b>Hastanede Tedavi Görme Sıklığı</b>		
Her ay	32	100,00
<b>Çocuğun Tedavisi sırasında Refakatçi Kim Kalıyor</b>		
Anne	24	75,00
Baba	0	---
Anne-Baba birlikte	6	18,80
Diğer (teyze, babaanne)	2	6,10

Yukarıdaki tablodan da görülebileceği üzere çalışmada yer alan çocukların 17'si kız 15'i erkektir. Ayrıca bu çocukların %53,10'u (n=17) iki kardeş iken %25,00'i (n=8) tek çocuktur. Çalışmada yer alan çocukların 17 tanesi okula devam etmezken geri kalan 15 tanesi eğitimlerine okulda devam etmektedirler. Ayrıca, çocukların %75,00'sinin (n=24) hastalığı lösemidir. Toplam tedavi süresi 1-2 yıl ve 3-4 yıl arası olan çocukların sayıları %34,40 (n=11) oranında eşit olarak belirlenmiştir.

Buna ek olarak, çocukların yine 11 tanesi 24 aydan uzun bir süredir hastanede yatmaktayken, %84,40 (n=27) çocuk her tedavi sonrasında yedi gün veya daha uzun süreyle hastanede yatmaktadırlar. Tüm çocuklar her ay hastanede tedavi görürken çocukların %75'inin (n=24) yanında anneleri refakatçi olarak kalmaktadır.

Sağlık personeli ile ilgili olarak ise, katılımcılardan biri olan hekim doktorun uzmanlık alanının pediatrik onkoloji olduğu, 2002 yılından bu yana Pediatrik Onkoloji Servisi çalıştığı ve son beş yıl içerisinde kanser hastası çocukları tedavi etmek için herhangi bir hizmetiçi eğitime katılmadığını öğrenilmiştir. Bir diğer sağlık personeli olan kadın hemşire de on sekiz yıldır Pediatrik Onkoloji Birimi'nde çalıştığını ve son beş yıl içerisinde kanser hastası çocukların tedavi süreçleriyle ilgili olarak etik ve enfeksiyon konuları üzerine hizmetiçi iki eğitime katıldığını belirtmiştir.

### **3.5 Veri Toplama Süreci**

Veri toplama araçlarının hazırlanması ve uzmanların onayları alınmasının ardından veri toplama süreci başlatılmıştır. Etik olarak izin Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı'na dilekçe yazarak izin almak için ise başlayan bu süreç anketlerin uygulanması ve çocukların mektuplarının tamamlamaları ile sona ermiştir. Veri toplama sürecinde takip edilen aşamalar aşağıda liste halinde sunulmuştur.

- Araştırmacı, Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı'na giderek araştırmanın amacını ve önemini açıklayan bir dilekçe ile veri toplama için yazılı izin alınmıştır (Ek- 4).
- Sağlık Bakanlığı'ndan alınan yazılı iznin ardından Lefkoşa Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi Çocuk Onkolojisi Servisi'nden sorumlu



Başhekimle görüşülerek araştırmanın amacı ve önemine ilişkin bilgilendirme yapılmıştır.

- Bilgilendirmenin ardından Başhekimle görüş alış-verişinde bulunularak Çocuk Onkoloji Servisi hakkında genel bilgiler alınmıştır.
- Gerekli tüm izinler alındıktan sonra, ilk olarak ailelerle görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Öncelikle, aileler bir araya getirilerek toplu bilgilendirme yoluyla araştırmanın amacı ve önemi açıklanarak ailelerin soruları cevaplandırılmıştır.
- Toplu bilgilendirmenin ardından her aileden bir üyeye (anne veya baba) bireysel görüşmelere başlanmıştır. Bireysel görüşmelerde yeniden araştırmanın amacı açıklandıktan sonra ailelerin sözlü izinleri alınmıştır.
- Çalışmaya katılan 32 aile dışında kalan 9 aile konunun hassasiyeti ve çocuklarının özel durumlarından dolayı çalışmaya katılmayı kabul etmemişlerdir.
- 32 aile, 32 çocuk ve sağlık personeli ile gerçekleştirilen görüşmelerin her biri yaklaşık olarak 30-35 dakika sürmüştür. İlk olarak aileler kendileri demografik bilgi formunu doldurmuşlardır. Aileler demografik bilgi formlarını doldurduktan sonra araştırmacı tarafından görüşme formundaki sorular sorularak görüşme yoluyla ailelerin görüşleri elde edilmiştir.
- Aile üyeleriyle yapılan görüşmelerden sonra Lefkoşa Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi Çocuk Onkolojisi Servisi'nde görev yapan 1 hekim ve 1 hemşireyle de görüşmeler yapılması planlanmıştır.
- Gerekli sözlü ve yazılı izinler alınmasına rağmen bir doktor ve bir hemşire ile zaman sınırlılığından dolayı görüşme yapılamamış; onlar kendi anketlerini doldurarak araştırmacıya teslim etmişlerdir.

- Aile ve sağlık personelinden toplanan verilerden sonra çocuklardan da mektup ve hikaye tamamlama yöntemi ile veri toplanmıştır.
- Her çocuk için ailelerinden izinler alınmıştır. Daha sonra, araştırmacı çocuklarla tanışmış ve beş dakika kadar bir süre boyunca onlarla sohbet ederek, oyunlar oynayarak kaynaşmış ve güvenlerini kazanmıştır.
- Kaynaşmanın ardından, çocukların özel ve hassas durumlarından dolayı onlardan veri toplamak amacıyla hazırlanan yönerge doğrultusunda çocuklara “Duydum ki sürekli hastaneye gidiyorsun. Şimdi, bu hastanenin yöneticisine mektup yazarak düşüncelerini ve isteklerini bildirmek ister misin?” diye sorulmuştur.
- Daha sonra çocuklara, araştırmacının onlara bazı cümleler okuyacağı ve onların cümleleri sözlü olarak tamamlamalarıyla mektuplarını yazabilecekleri açıklanmıştır.
- Çocuklarla mektup yazma aracı uygulanırken bazı durumlarda çocukların tam olarak ne sorulduğundan emin olmadıkları gözlemlenmiştir. Bu durum önceden tahmin edildiği için yönerge kapsamında bazı sorular çocuklara yardımcı olmak amacıyla önceden hazırlanmıştır. Bu sorulardan bazıları şunlardır: “Hastanede olduğun zamanlar kendini nasıl hissediyorsun?”; “Hastanede oyun odası olması hakkında ne düşünüyorsun?”; “Şimdi lütfen gözlerini kapat ve oyun odasında neler olmasını istediğini hayal edip bana anlat...”; ve “Oyun odasında neler yapmak istiyorsun?”.
- Mektuplar tamamlandıktan sonra çocuklara teşekkür edilerek görüşmeler sonlandırılmıştır.

- Çocuklarla gerçekleştirilen görüşmeler kaynaşma süresiyle beraber 30 dakika civarı sürmüştür ve çocuklar özel durumlarından dolayı görüşmeler boyunca maske takmışlardır.
- Görüşmeler sırasında çocuklar genellikle yorgun ve bitkin oldukları detaylı uzun cümleler kuramadıkları ve uzun süre görüşmeyi sürdürmede güçlük çektikleri görülmüştür. Bu nedenle çocuklarla görüşmeler mümkün olduğu ölçüde kısa sürede tamamlanmaya çalışılmıştır.

### **3.5.1 Araştırmanın Etik Boyutu**

- Araştırmada veri toplanan örneklemin özelliği gereği etik ilkelere uygun uygulamalar gerçekleştirilmesine özellikle dikkat edilmiştir. Araştırmanın tüm aşamalarında ilgili bireyler (aileler, çocuklar ve sağlık çalışanları) gerekli biçimde bilgilendirilmiş ve yapılacak uygulamalar konusunda onayları alınmıştır.
- Araştırmacı, çalışması konusunda ilgili kurumların onaylarına da başvurulmuş ve çalışmanın her aşamasında yapılacak işlemlerle ilgili bilgi verilmiştir. Bu kapsamda Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığında veri toplamak için yazılı izin alınmıştır. Benzer biçimde, uygulamanın gerçekleştirildiği Lefkoşa Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi Çocuk Onkolojisi Servisi'nden sorumlu Başhekimle görüşülerek araştırmanın amacı ve önemine ilişkin bilgilendirme yapılmıştır.
- Kemal Saraçoğlu Vakfı'ndan onların düzenlemiş olduğu tüm etkinliklere katılabilmek için de gerekli yazılı izin alınmıştır. (Ek-6)
- Gerekli tüm izinler alındıktan sonra, ilk olarak ailelerle görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Öncelikle, aileler bir araya getirilerek toplu bilgilendirme yoluyla araştırmanın amacı ve önemi açıklanarak ailelerin soruları

cevaplandırılmıştır. Aileler uygulamanın nasıl gerçekleştirileceği ile ilgili detaylı olarak bilgilendirilmiş, kendileri ve çocukları ile ilgili yapılan görüşmelerin, araştırmacı tarafından kayıt edileceği ve arzu etmeleri durumunda kendilerinin de bunları inceleyebilecekleri bilgisi verilmiştir.

- Ailelerden izin alınırken kimlik bilgilerinin gizli tutulacağı ve elde edilen verilerin sadece araştırma amaçlı kullanılacağı yönünde detaylı bilgi verilmiştir.
- Ailelerle yapılan görüşmeler çocukların olmadığı ortamlarda gerçekleştirilmiştir. Çocuklarla yapılan görüşmelede araştırmacı çocukların kendilerini rahat ve güvende hissetmesi için gerekli önlemleri almaya özen göstermiş, uygulama öncesi çocuklarla kısa rahatlatıcı sohbetler yapılmıştır.
- Çalışmaya katılan 32 aile dışında kalan 9 aile konunun hassasiyeti ve çocuklarının özel durumlarından dolayı çalışmaya katılmayı kabul etmemişlerdir. Bu ailelere de arzu etmeleri durumunda çalışmanın sonuçlarından bilgilendirilecekleri konusunda bilgi verilmiştir.

### **3.6 Veri Analiz Süreci**

Her üç katılımcı grubu ile görüşme yoluyla veriler elde edilmiştir. Toplanan veriler betimsel analiz yöntemi kullanılarak analiz edilmiştir. Betimsel analiz yöntemi ile elde edilen veriler önceden belirlenen temalara göre sınıflandırılır ve özetlenir. Betimsel analiz için öncelikle araştırmanın boyutlarından elde edilen bir çerçeve oluşturulur, daha sonra tematik çerçeveye göre veriler işlenir ve bulgular tanımlandıktan sonra özetlenerek yorumlanır.(Yıldırım & Şimşek, 2008, ss.228-239).

Elde edilen verilerin analizi için ana hatlarıyla betimsel ve sistematik analiz adımları takip edilmiştir. Betimsel ve sistematik analiz yönteminde elde edilecek sonuçları daha sistematik belirlemek üzere konuşma metinlerinin yazıya dökülmesi

alınan cevapların sınıflandırılması vb. yöntemler uygulanır. (Altunışık, oşkun, Yıldırım ve Bayraktaroğlu, 2010, s. 322).

Bu bölümde üç ayrı veri toplama aracı ile toplanan verilerin betimsel ve sistematik analiz yöntemi ile nasıl analiz edildiği aşamalı olarak yine üç ana başlık altında açıklanacaktır: aile formu ile toplanan verilerin analizi; hikaye tamamlama formu ile elde edilen verilerin analizi ve sağlık personeli formu ile elde edilen verilerin analizi.

### **3.6.1 Aile Formu ile Elde Edilen Verilerin Analizi**

Ailelere görüşmeler sırasında uygulanan görüşme form sonucunda elde edilen verilerinin analizine açık uçlu sorulara verilen yanıtların tasnifleşmesi ile başlamıştır. Verilerin analizi sürecinde öncelikli olarak katılımcıların görüşleri incelenerek anlamlı olacak kategorilere ayrılarak tasniflenmiştir.

Daha sonra incelenen içerikte belirlenmiş unsurların hangi sıklıkla tekrar ettiği sayısal ve yüzdesel olarak saptanarak frekans dağılımları oluşturulmuştur.

Bu aşamayı izleyerek farklı katılımcıların soru formuna verdikleri yanıtlara göre görüşlerinden elde edilen veriler, daha önceden belirlenmiş başlıklar altında betimlenmiştir.

Tüm analizler sonucunda ailelerin cevaplarında yer alan temel konular başlıklar halinde bulgular bölümünde paylaşılmıştır.

### **3.6.2 Hikaye Tamamlama Formu ile Elde Edilen Verilerin Analizi**

Çocuklar için kullanılan hikaye tamamlama yöntemi de görüşmeler yoluyla uygulanmıştır. Görüşmeler sırasında çocuklardan mektup yoluyla hikaye tamamlamaları istenilerek elde edilen verilere göre gruplar belirlenmiş ve yanıtlar bu gruplara göre sayılara dönüştürülerek yorumlanmıştır. Bunun ardından, sayılar frekans dağılımlarına göre tablolaştırılmıştır. Benzer şekilde, çocukların sorulara

ilişkin görüşlerinden kesitler derinlemesine ve detaylı biçimde anlaşılabilmesi için verilen cevapların dikkat çekici noktaları bulgular bölümünde paylaşılmıştır.

### **3.6.3 Sağlık Personeli Anketi ile Elde Edilen Verilerin Analizi**

Yine görüşmeler yoluyla elde edilen veriler sağlık personelinin sayısının az olmasından ötürü (1 doktor ve 1 hemşire) onların cevaplarından elde edilen sonuçlar herhangi bir düzenleme yapılmadan aynı şekilde bulgular bölümünde paylaşılmıştır.

## **Bölüm 4**

### **BULGULAR**

Bu bölümde veri toplama ve analiz sürecinin ardında elde edilen bulgular tablolar halinde ve alt problemlerin sırasına göre sunulacaktır. Bu bölümler sırasıyla şu şekildedir: (1) Aile görüşme formuna verilen yanıtlara ilişkin bulgular; (2) çocukların hikaye tamamlama formuna verdikleri yanıtlara ilişkin bulgular (3) sağlık personeli görüşme formuna verilen yanıtlara ilişkin bulgular.

#### **4.1 Ailelerin Görüşlerine İlişkin Bulgular**

Hasta çocukların ailelerinden bulgular açık uçlu sorulardan oluşan aile görüşme formu yoluyla toplanmıştır. Aşağıda sırasıyla bu bulgulara yer verilecektir.

##### **4.1.1 Birinci Alt Probleme İlişkin Bulgular**

Araştırmanın birinci alt problemi K.K.T.C' de kanser tedavisi gören farklı yaş grubu çocukların anne babalarının Lefkoşa Devlet Hastanesi Pediatrik Onkoloji bölümünün mevcut yapısına ilişkin görüşleri nelerdir?.

Bu alt problemle ilişkili olarak ebeveynlere sorulan sorular yoluyla dikkat çeken bölümler, eksik olan özellikler ve bulunması gereken bölümler konusundaki görüşleri belirlenmeye çalışılmıştır.

Aşağıda K.K.T.C Lefkoşa Devlet Hastanesi Pediatrik Onkoloji Bölümün'de tedavi gören farklı yaş grubundaki anne-babaların görüşlerine ilişkin bulgular paylaşılacaktır.

Tablo 8. Lefkoşa Devlet Hastanesi mevcut Pediatrik Onkoloji Servisi'nde dikkatlerini çeken bölümlere ilişkin anne-baba görüşlerinin dağılımı

<b>Pediatrik onkoloji servisinde dikkat çeken bölümler</b>	<b>Sayı (n)</b>	<b>Yüzde (%)</b>
Hasta Odası	18	56,25
Doktor Odası	15	46,87
Koridor	12	37,50
Kasvetli Ortam	9	28,12
Yetersiz Olması	6	18,75
Hiçbir şey Dikkatimi Çekmez	6	18,75
Sekreterlik	5	15,62
Küçük Olması	3	9,37
Temizlik Odası	1	3,12
Mutfak	1	3,12

Tablo 8'de görüleceği gibi ankette sorulan mevcut Pediatrik Onkoloji Servisi'nde dikkatinizi çeken bölümlere ilişkin soruya; ailelerin %56,25 (n=18)'i en çok hasta odalarının dikkatlerini çektiğini söylerken %46,87 (n=15)'si doktor odasının dikkat çektiğini belirtmişlerdir. Ailelerin %37,5 (n=12)'i koridorların dikkat çektiğini söylemişlerdir. Sorunun amacından farklı olarak ailelerden %28,12'si (n=9) kasvetli bir ortam olduğunu yine ailelerden %18,75 (n=6)'i bu bölümlerin yetersizliğini belirtmişlerdir. Buna ek olarak, katılımcıların yine %18,75 (n=6)'i hiçbir şeyin dikkatlerini çekmediğini belirtmişlerdir.

Pediatrik Onkoloji Servisi'nin geneline ilişkin olarak ise katılımcıların çoğunluğu “kasvetli”, “yetersiz” ve “iç karartıcı” gibi sıfatlar kullanmışlardır. Görüleceği gibi Lefkoşa Devlet Hastanesi mevcut Pediatrik Onkoloji Servisi'nde ebeveynlerin dikkatlerini çeken konular genellikle olumsuz yönler olup hastanenin eksikliklerine dikkat çekmektedir.



Tablo 9. Lefkoşa Devlet Hastanesi Pediatrik Onkoloji Bölümü'nde bulunması gereken bölümlerin ilişkin anne-baba görüşlerinin önem sırasına göre dağılımı

	1. Sırada		2. Sırada		3. Sırada		4. Sırada	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Tedavi Odası	11	34,40	12	37,50	9	28,20	6	18,60
Muayene odası	12	37,50	7	21,90	9	28,20	2	6,20
Oyun Odası	7	21,90	11	34,40	12	37,50	2	6,20
Refakatçi odası	---	---	1	3,10	2	6,20	16	50,00
Eğitim Odası	---	---	---	---	---	---	5	15,00
Doktor Odası	---	---	---	---	---	---	6	18,80
Hemşire Odası	---	---	---	---	---	---	1	3,10
Mutfak Odası	---	---	---	---	---	---	1	3,10
Açık Alan/ Bahçe	---	---	---	---	---	---	2	6,20
Psikoterapist Odası	---	---	---	---	---	---	2	6,20

Ebeveynlerin Pediatrik Onkoloji Servisi'nde bulunması gereken en önemli beş bölümü önem sırasına göre belirtmelerine ilişkin bulgular ise Tablo 9'da sunulmuştur.

Tablo 9'da görüldüğü gibi en önemli üç bölüm tedavi odası, muayene odası ve oyun odasıdır. Bu üç bölümün ardından refakatçi odası, eğitim odası, doktor odası, hemşire odası, mutfak, açık alan bahçe ve psikoterapist odası gelmektedir.

Ailelerin %37,50 (n=12)'i muayene odasını ilk sıraya yerleştirirken %34,40 (n=11)'ü tedavi odasının önemli olduğunu belirtmişlerdir. Ailelerin %21,9 (n=7)'u ise bulunması gereken en önemli bölüm olarak oyun odasını listelemişlerdir. Ailelere göre ikinci önem sırasında tedavi odası %37,50 (n=12), oyun odası ise ailelerin %34,40 (n=11)'ü tarafından önemli olarak belirtilirken ebeveynlerin %21,90 (n=7)'u muayene odasını ikinci sıraya koymuşlardır.

Ebeveynlere göre en önemli üçüncü bölüm incelendiğinde ise ebeveynlerin %37,5 (n=12)'inin oyun odasını yazdıkları görülmüştür. Yine üçüncü sıraya %28,20 (n=9) aile muayene odasını yazarken %28,20 (n=9) aile ise tedavi odasını yazmışlar. Aileler için en önemli dört ve beşinci sıralara bakıldığında ise ebeveynlerin %50 (n=16)'sinin refakatçi odasını belirttikleri görülmüştür.

Pediyatrik Onkoloji Servisinde bulunması gereken en önemli bölümlere ilişkin soruya cevap veren katılımcılardan bazıları sıralama yapmak yerine böyle bir ortamın sahip olması gereken genel nitelikleri belirtmişlerdir.

Örneğin Ebeveyn 14 (anne, KKTC uyruklu, üniversite mezunu) şu sözlerle hastane ortamının çocukların psikolojilerini olumsuz yönde etkilemesinin engellenmesinin önemini belirtmiştir: *“Eğitici ve eğlendirici bilirkişilerin olması...Bu süreçte minimum psikolojik hasar olacak şekilde bir ortam yaratılması...”*. Bir başka katılımcı ise eksik olan tanı, tedavi ve oyun odalarına vurgu yaparak şunları söylemiştir:

Ebeveyn 25 (anne, KKTC uyruklu, lise mezunu): *“...öncelikle bir muayene odası olması gerekir...donanımlı bir tedavi odası gerekir...Çocukların vakit geçirip öğrenmelerini gerçekleştirecekleri bir oyun odası olması gerekir. Bunların hepsi eksik.”*

Katılımcı yorumlarından da anlaşılacağı üzere Pediyatrik Onkoloji Bölümü'nde olması gereken en önemli bölümler ebeveynler tarafından muayene odası, tedavi odası ve oyun odası olarak sıralanmaktadır. Ebeveynler bu sıralama için çeşitli sebepler belirtmişlerdir.

Tablo 10. Lefkoşa Devlet Hastanesi mevcut Pediatrik Onkoloji Bölümü’nde eksik olduğunu düşünülen özelliklere ilişkin anne-baba görüşlerinin dağılımı

Mevcut P.O.B’nde eksik olduğunu düşünülen özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Oyun Odası (Oyuncak)	22	68,75
Öğretmen	16	50,00
Sağlık Personeli	16	50,00
Bina	15	46,87
Hasta Odası	11	34,37
Servis Yetersiz	11	34,37
Akademik Eğitim	11	34,37
Bahçe	7	21,87
İlaç	6	18,75
Psikolojik Danışman	6	18,75
Hijyenik	4	12,50
Cihaz	3	9,37

Ebeveynlere mevcut Pediatrik Onkoloji Servisi’nin eksiklikleri sorulduğunda ise çeşitlere konulara değindikleri görülmektedir.

Tablo 10’da da görülebileceği gibi bu eksiklikler oyun odası/ oyuncak; öğretmen; sağlık personeli; bina; hasta odası; servis yetersizliği; eğitim; bahçe; ilaç; psikolojik danışman; hijyenik ve cihaz gibi konulardır. Ebeveynlerin %68,75 (n=22)’i oyun odası ve/veya oyuncak eksikliğini vurgulamışlardır. Bu eksikliğe bağlı olarak birçok ebeveynler çeşitli yorumlarda da bulunmuşlardır. Örneğin, Ebeveyn 1, Pediatrik Onkoloji Servisi’ni Türkiye’deki bir hastane ile karşılaştırmış ve gördüğü eksiklikleri şu şekilde ifade etmiştir:

Ebeveyn 1 (baba, KKTC uyruklu, üniversite mezunu): “Saymakla bitmez hasta odasından tutun tedavi odasına kadar. En büyük eksikliğimiz bir oyun odasının bulunmaması. Hasta odası ile oyun odası paralel olsa çok güzel olurdu”. Yine oyun

odası eksikliğine Türkiye'deki hastanelerle karşılaştırma yaparak dikkat çeken bir ebeveyn ise şunları söylemiştir:

Ebeveyn 4 (baba, KKTC uyruklu, lise mezunu): *“Türkiye’ye gittiğimiz zamanlar oyun odası var çocuklar orda öğretmen eşliğinde oyun oynarlar bizim hastanede de olsa çok iyi olurdu”*. Oyun odasının çocukların rahatlamaya ve hastalıklarını kısa süre için bile olsa unutabilecekleri bir yere ihtiyaç duyduklarını belirtmişlerdir.

Ebeveyn 30 (anne, KKTC uyruklu, üniversite mezunu): *“Oyun odası eksikliği büyük çocuklarımızı bırakıp rahatça oynayacakları kafasını dağıtacakları yer yoktur. Çocuklar hasta zaten hastalıklarını unutacakları bir yer yok. Farklı ortam eksikliği var”* sözleriyle ifade eden ebeveyn 30 ise yine oyun odasının önemini altını çizmiştir.

Oyun odasının ardından öğretmen ve sağlık personeli eksiklerini aynı sayıda (%50) katılımcı belirtmiştir. Ebeveynlerin %46,87 (n=15)’si bina eksikliğini vurgularken hasta odası, servis yetersizliği ve eğitim eksikliği için ise aynı oranda (%34,37) ebeveyn görüş belirtmişlerdir. Bu eksikliklere yönelik çeşitli katılımcı görüşleri şu şekildedir:

Ebeveyn 6 (anne, KKTC uyruklu, lise mezunu): *“Öğretmen olmaması”*;

Ebeveyn 3 (baba, KKTC uyruklu, ortaokul mezunu): *“Çocukların canları sıkılmaması için her odada t.v var fakat eğitim eksik”*;

Ebeveyn 11 (baba, KKTC uyruklu, yüksek lisans mezunu): *“Doktor eksikliği var. Hemşire eksikliği var. Öğrenmelerini gerçekleştirecek bir öğretmen bulunmamaktadır”*;

Ebeveyn 20 (anne, KKTC uyruklu, lise mezunu): *“Bina komple yanlış 20 çocuk aynı anda tedavi görürse onların yatacağı sadece 4 oda var kime yeter bu 4 oda. Servise ait kendi giriş çıkış kapısı yoktur”*.

Bunlara ek olarak, Pediatrik Onkoloji Servisi’nde neredeyse hiçbir şeyin tam olmadığı yönünde görüş bildiren çeşitli katılımcılar da mevcuttur. Bunlardan biri olan Ebeveyn 23 eksiklikleri şu sözlerde ifade etmiştir:

Ebeveyn 23 (baba, KKTC uyruklu, üniversite mezunu): *“Her şey eksik doktor eksikliği var. İlgisi eksikliği var. Bence neresi tam ki her şey eksik. Çocuklarımızla ilgilenecek bu alanda uzman eksikliği var. Çocuk gelişimci yok. Psikolog yok. Bu çocukların terapiye ihtiyaçları vardır”*.

Benzer şekilde tepki gösteren bir diğer ebeveyn ise şunları söylemiştir:

Ebeveyn 28 (baba, KKTC uyruklu, lise mezunu): *“Refakatçi odası eksik. Uyuyacağımız, eşimin gelip çocuğunu ziyaret edeceği onunla vakit geçireceği bir yer yoktur. Doktor sadece bir kişi ve bence yoğunluktan O da çok yoruluyor. Bence bir iki tane daha doktor olması gerekir. Tedavi odası eksikliği vardır. Zaten hastanenin olduğu gibi yeri yanlışdır. Ne bahçesi var ne çocukların derslerini yapacaklarını vakitlerini geçirecekleri bir oyun odası var..”*

Görüleceği üzere ebeveynler mevcut Pediatrik Onkoloji Bölümü’ndeki eksiklikler yönünden pek çok fiziksel donanımın ve psikolojik desteğin altını çizmektedirler. Ebeveynlerin eksiklik olarak nitelendirdiği özellikler çoğunlukla oyun odası/oyuncak; öğretmen; sağlık personeli; bina; hasta odası; servis yetersizliği; eğitim; bahçe; ilaç; psikolojik danışman; hijyenik ve cihaz gibi konulardır.

#### **4.1.2 İkinci Alt Probleme İlişkin Bulgular**

Çalışmanın ikinci alt problemi K.K.T.C’ de kanser tedavisi gören farklı yaş grubu çocukların anne babalarının Lefkoşa Devlet Hastanesi Pediatrik Onkoloji

bölümünde oyun odasının bulunmasının çocuklarının iyileşmesine sağlayacağı katkıya ilişkin görüşleri nelerdir? olarak ifade edilmiştir.

Bu alt problem doğrultusunda anne – babaların Lefkoşa Devlet Hastanesi Pediatrik Onkoloji bölümünde neden oyun odası bulunması gerektiği, oyun odasının hasta çocuklarının iyileşmesine hangi açılardan katkıda bulunacağı ve yine oyun odası yoluyla çocukların genel gelişimlerinin hangi yönleriyle destekleneceğine ilişkin görüşleri belirlenmeye çalışılmıştır. Ebeveyn görüşlerine yönelik elde edilen bulgular aşağıda belirtilen sıra ile sunulmuştur.

Pediatrik onkoloji servisinde oyun odası olması gerekli mi? Sorusuna ebeveynlerin tümü (n=32) evet cevabı vermiş ve gerekçelerini açıklamışlardır. Verilen gerekçeler farklı kelimelerle ifade edilmiş olsa da genellikle çocukların sıkılmaması, hastalıklarını unutmaları, sosyalleşmeleri, öğretmen eşliğinde eğitimlerine devam etmeleri gibi sebeplerin altı çizilmektedir.

Lefkoşa Devlet Hastanesi pediatrik onkoloji bölümünde oyun odasının neden bulunması gerektiğine ilişkin olarak ebeveynler görüşlerini şu şekilde belirtmişlerdir;

Ebeveyn 1 (baba, KKTC uyruklu, üniversite mezunu): *“Olmalıdır. Çünkü çocuk oyun oynarken hastalığını unuttur mutlu olur. Arkadaşları ile sosyalleşir. Arkadaşlarının da kendisi gibi aynı durumda olduğunu görüp kendi hastalığını sorgulamaz. Bu yüzden önemli olduğunu düşünüyorum”*.

Oyun odasının bazı olumsuz ve istenmeyen duyguları önleyeceğini düşünen başka bir katılımcı ise düşüncelerini şu sözlerle ifade etmiştir:

Ebeveyn 7 (baba, KKTC uyruklu, üniversite mezunu): *“Olmalı. Tedavi olan çocukların tedavi süresince rahatlamasını ve bazı istenmeyen duygularının unutulmasını sağlıyor”*.

Oyun odasının sosyalleşme, moral ve mutsuzluklarının giderilmesi için önemli olduğunu belirten katılımcılar ise kendilerini şu şekillerde ifade etmişlerdir:

Ebeveyn 8 (anne, KKTC uyruklu, ortaokul mezunu): *“Olmalıdır. Çocukların arkadaşları ile birlikte kaynaşmaları için önemli bir yer olabilir. Kendilerini yalnız hissetmemeleri için, kaliteli zaman geçirebilmeleri için, hastalıklarını ve içinde buldukları durumu untabilmeleri için istiyorum”*;

Ebeveyn 9 (anne, KKTC-TC uyruklu, ortaokul mezunu): *“Evet. Çocuklara moral verme açısından oyun odasının önemli olduğunu düşünüyorum. Bu hastalığında en önemli faktörü moraldir. Çocuğumun moral kazanması eğlenmesi açısından istiyorum”*;

Ebeveyn 10 (anne, KKTC-TC uyruklu, ilkökul mezunu): *“Evet. Çocuklar zaten mutsuz eğlenmesi, streslerinin azalması ve en önemli içindeki korkulardan kurtulmaları için yararlı olacağını düşünüyorum”*;

Ebeveyn 14 (anne, KKTC uyruklu, üniversite mezunu): *“Evet. Çocuklara moral ve motivasyon olması açısından istiyorum. Bunun dışında çocuklar oyun odasında öğretmen eşliğinde eğlenir ve öğrenmeleri gerçekleştirir”*;

Ebeveyn 16 (anne, KKTC uyruklu, lise mezunu): *“Olmalıdır. Çocuğın psikolojik dengesini sağlamak ve hastanenin cazipliğini sağlamak ve tedaviyi desteklemek için”*;

Ebeveyn 18 (anne, KKTC uyruklu, üniversite mezunu): *“Evet olmalıdır. Çocuklar sürekli sıkılır. Hastanede çocuklar mahkum gibi odalarında kapalıdır. Onları rahatlatacak bir yer gerekir. Bence iyi donanımlı bir oyun odası onların mutluluğu için çok fayda sağlar”*.

Bunlara ek olarak, yine oyun odasının mutlu olma, hastalıklarını unutmama, hastaneye gitmeyi kolaylaştırma, tedaviye katkı koyma, eğitimlerine devam edebilme gibi

yararları olacağını düşünen katılımcılar da görüşlerini aşağıdaki şekillerde belirtmişlerdir:

Ebeveyn 23 (baba, KKTC uyruklu, üniversite mezunu): *“Evet olmalıdır. Çocuklar bütün vakitlerini hastanede geçirirler. Çocuklara hastanede olduklarını unutturmaları için oyun odası gerekmektedir. Bunun yanında en büyük nedeni ise çocuklar hastanede mutsuzlar sürekli oturuyorlar ve hastalıklarını da ister istemez elindeki serumlarla hatırlıyorlar. Oyun odası içinde çocukların oynamaları aktivite yapmaları iyileşme sürecine de katkı yapar ve hastalıklarını unuttur”;*

Ebeveyn 24 (anne, KKTC uyruklu, üniversite mezunu): *“Tabi ki olması gerekir. Çocukların gelişimlerini sürdürebilmesi için oyun oynamaları gerekir. Pediatrik onkoloji servisinin oyun odasına şiddetle ihtiyacı vardır. Oyun odası hastanede olması gerekir. Ayrıca çocukları devamlı hastaneye götürmek kolay bir durum değil oyun odası olursa onları hastaneye getirmek tedavilerini gerçekleştirmek daha kolay olur”;*

Ebeveyn 25 (anne, KKTC uyruklu, lise mezunu): *“Tabi ki olması gerekir. Çocuğun vaktini geçirmesi ve eğitimini alması için oyun odası gereklidir. Oyun odasında çocuklar moral olarak güç kazanır ve keyifleri yerine gelir”;*

Ebeveyn 26 (anne, KKTC uyruklu, lise mezunu): *“Evet olmalıdır. Çocuğum hastaneye isteyerek gitmez. Ağlayarak gider ve morali sürekli bozulur. Çocuğumu hastaneye götürebilmek için oyun odası faktörünü kullanarak daha kolay götürürüm. Oyun odası olursa hastanede hastane daha keyifli bir hal alır. En azından çocukların karamsar düşüncelerini görmeyiz, onların gülme seslerini duyarız”;* ve

Ebeveyn 30 (anne, KKTC uyruklu, üniversite mezunu): *“Kesinlikle olmalıdır. Yukardaki eksikliklere verdiğim yanıt aslında bu soruya bir cevap. Onlara ek olarak çocuk ilk önce ufak yaştan ergenliğe kadar sağlıklı veya hasta çocuk olsun*



*oyun oynamak ister. Oyun sadece sağlıklı bir çocuk oynayacak diye bir kavram yok. Bence oyuna her ne kadar da sağlıklı çocuğun ihtiyacı varsa onun iki katı hasta çocuğunda hastanede ihtiyacı vardır. Hasta çocuklar hastalığını tedavisi ile birlikte oyun ve moralle yenebilir. Kanser hastalığında moral bence önemlidir. Çocuk da bu morali aile sevgisinin yanında oyunla ile ve oyun odası ile birlikte bulabilir. Oyun odası iyi donanımlı olursa bence bir mücevher niteliğindedir”.*

Ebeveyn yorumlarında da açıkça görüldüğü üzere Pediatrik Onkoloji Bölümü’nde oyun odası bulunması konusunda tüm ebeveynler olumlu olarak görüş birliğine varmışlar ve bu gerekliliğin önemini açıklamışlardır.

Lefkoşa Devlet Hastanesi Pediatrik Onkoloji Bölümünde oyun odası bulunması durumunda bunun çocukların iyileşmesine hangi açılardan katkıda bulunacağı sorulmuş ve tepkiler aşağıda verilmiştir.

Tablo 11. Lefkoşa Devlet Hastanesi mevcut Pediatrik Onkoloji Bölümü’nde oyun odası bulunması halinde çocukların iyileşmelerine sağlayacağı katkılara ilişkin anne-baba görüşlerinin dağılımı

<b>Oyun odasının iyileşmeye sağlayacağı katkı</b>	<b>Sayı (n)</b>	<b>Yüzde (%)</b>
Psikolojik	22	68,75
Fiziksel	10	31,25

Oyun odasının çocukların iyileşme sürecine ne gibi katkı sağlayacağını düşündükleri sorulduğunda ailelerin verdiği cevaplar ikiye ayrılmıştır. Tablo 11’te görüleceği gibi ebeveynlerin %68,75 (n=22)’i oyun odasının çocukların tedavisinde psikolojik katkı sağlayacağını düşünürken %31,25 (n=10)’i fiziksel katkı olacağına inanmaktadır. Bu yöndeki bazı katılımcı görüşleri şu şekildedir:

Ebeveyn 1 (baba, KKTC uyruklu, üniversite mezunu): “Çocuk oyuncaksız bırakılmamalı. Oyuncak ile çocuk dertlerini unuttur. Böylece çocuklar oyun oynayarak kendilerini daha iyi hisseder. Oyun odası çocuklara hem fiziksel açıdan hem de psikolojik açıdan etki edeceğini düşünüyorum. Daha çok psikolojik bakımdan rahatlayacağını ve hastalığını unutup iyileşeceğini düşünüyorum”;

Ebeveyn 5 (baba, Pakistan uyruklu, lise mezunu): “Tabi ki etkiler. Çocuklar koridorda oynuyorlar mutlular. Oyun odası olsa iyileşme sürecine daha çok etkili olacağını düşünüyorum. Oyun odası olsa çocuklar yatakta sınırlı kalmazlar ve hareket ederek hastalığını unuttur ve iyileşme sürecine iyi yönde etkiler”;

Ebeveyn 12 (anne, TC uyruklu, lise mezunu): “Etkileri vardır bunlar; Stresleri azalır. Hareket ederler, kendilerini mutlu hissederler. Böylece iyileşme süreci de çabuk olur”;

Ebeveyn 17 (anne, KKTC-TC uyruklu, ilkokul mezunu): “Kesinlikle düşünüyorum. Çocuklar yataklarında oyun oynarken bile mutlu fakat onlar için ayrı bir oyun odası olması hastalıklarını unutmalarını sağlayacak mutlu olacaklar ve hareket edecekler. Arkadaşları ile sosyalleşecekler ve bu da tedavilerine yansiyacak. Oyun odasının bir çıkış kapısı ise bahçeye çıkmalıdır. Çocuklar için doğa ve yeşil alan onları rahatlatır ve huzur verir”;

Ebeveyn 24 (anne, KKTC uyruklu, üniversite mezunu): “Tabi ki iyileşme sürecine katkı yapar. Bence oyun çocuklar için gerçek bir ilaç görevi görür. Biz yetişkinler bile yorulduğunda kendimizi rahatlatmak için, stresimizi atmak, ve boş zamanında sürekli oyunlar oynarız. Onların da morale ihtiyacı var. Bence oyun odası iyileşme sürecine yüzde yüz katkı sağlayacağı kanaatindeyim”;

Ebeveyn 25 (anne, KKTC uyruklu, lise mezunu): “Dediğim gibi çocuğun oyun odasında bir öğretmen gerekir. Vakitlerini boş zaman olarak geçirmezler. Oyun

*odasının içinde hareket ederler kasları hareket eder kendilerini güçlü hissederler. Çocuk kendini güçlü hissettiği zaman morallide artar ve böylelikle hastalığa savaş açar psikolojik olarak da güç kazanmış olur. Bu da iyileşme sürecine olumlu yönde yansır”;*

Ebeveyn 26 (anne, KKTC uyruklu, lise mezunu): *“Oyun odasının içinde psikoterapist eksikliği vardır. Oyun odasından sorumlu bir öğretmen ve bir psikolog bulunursa oyun odası hem psikolojik olarak hem de fiziksel açıdan iyileşme sürecine katkı yapar. Çocukların hastalıkla baş edebilmeleri için mutlaka ve mutlaka oyun odasında bir psikolog şarttır”;*

Ebeveyn 27 (anne, TC uyruklu, ortaokul mezunu): *“Yüzde elli katkı yapacağını düşünüyorum. Oyun odası tedavi ile birlikte paralel olarak olması gerekir. Çocuklarımızın tedavileri eğer oyun odasının içinde olursa bir amacı olabileceğini düşünüyorum. Bence daha çok psikolojik açıdan yarar sağlar. Oyun odası çocukları rahatladır. Oyun oynarken kim rahatlamaz ki. Beyin olarak psikolojik olarak rahatlayan çocukta morallenir. Morallenen kişilerde stresten karamsarlıktan uzak olur buda tedavilerine olumlu yönde katkı yapar”;*

Ebeveyn 28 (baba, KKTC uyruklu, lise mezunu): *“Oyun odası iyileşme sürecine oldukça etkili olur her açıdan en önemlisi moral ve umut açısından bunları açıklayacak olursak. Moral: Moral açısından bakacak olursak çocuklarımız hastalığından dolayı sürekli mutsuz ve her şeye isteksiz bence oyun odası onlara büyük bir moral kaynağı olacaktır. Umut: Çocuklarımız morali yüksek olunca hastalığı yenebileceğini düşünür ve umutlanır. Oyun onların her şeyleri bence. Ama ne yazık ki hastanemizde oyunun o’su umut kelimesinin u’su yok. Maalesef yok. Çocuklarımız eriyip gidiyorlar. Bu hastanede değil iyileşmek insanlar stresten daha çok hasta olur”;*

Ebeveyn 29 (baba, KKTC uyruklu, lise mezunu): “Benim çocuğum hastanede çok mutsuz ve huzursuz onu hastaneye çekecek hiçbir şey yok. Oyun odası olsa iyileşme sürecine etki eder. Psikolojik olarak en azından oyun odası olursa çocukların hastaneye gelmeleri bir nebze olsun kolaylaşır. Bence bu hastanenin oyun odasına ihtiyacı vardır. Oyun odası olduğunda çocuğumun yüzünün güleceğini şimdiden hissediyorum. Bence oyun odası olursa buradaki bütün insanların biraz olsun moralleri yerine gelir rahatlarlar. Umutlanırlar”;

Ebeveyn 30 (anne, KKTC uyruklu, üniversite mezunu): “Oyun odasının önemli olduğunu defalarca açıkladım. Moral yönünden çocuklara büyük katkı yapacağını düşünüyorum. Bu da iyileşme sürecine katkı yapar. Psikolojik açıdan çocuklar hastalıklarının farkında olmazlar. Böylelikle oyun odası ile birlikte psikolojileri büyük ölçüde düzelir”.

Görüleceği gibi ebeveynler Pediatrik Onkoloji Bölümü’nde bulunacak bir oyun odasının orada tedavi gören çocukların iyileşme süreci üzerinde hem psikolojik hem de fiziksel katkısı olacağını düşünmektedirler.

Ebeveynlere bu alt problem kapsamında son olarak Pediatrik Onkoloji Bölümü’nde oluşturulacak oyun odasının çocukların genel olarak gelişimlerini desteklemeye hangi yönlerden katkıda bulunacağına ilişkin görüşleri sunulmuştur.

Tablo 12: Lefkoşa Devlet Hastanesi mevcut Pediatrik Onkoloji Bölümü'nde oyun odası bulunması halinde çocukların gelişimlerine sağlayacağı katkılara ilişkin anne-baba görüşlerinin dağılımı

Oyun odasının gelişime etkileri	Sayı (n)	Yüzde (%)
Zihinsel Gelişimi Destekleme	26	81,25
Sosyalleşmeyi Destekleme	20	62,50
Fiziksel Gelişimi	20	62,50
Duygusal Gelişimi Destekleme	18	56,25
İletişimi Arttırma	17	53,12
Okuldaki Eğitimi Destekleme	16	50,00
Hayal Gücünü Destekleme	6	18,75

Pediatrik Onkoloji Servisi'nde mevcut olması durumunda bir oyun odasının çocukların gelişimlerine sağlayacağı katkılara yönelik ebeveynlerin verdikleri cevaplar Tablo 12'de sunulmuştur. Tablo 12'de görüleceği gibi ebeveynlerin %81,25 (n=26)'i oyun odasının çocukların zihinsel gelişimlerini destekleyeceğini düşündüklerini belirtirken %62,50 (n=20)'i sosyalleşmeyi ve fiziksel gelişimi destekleyeceğini düşündüklerini belirtmişlerdir. Anne-babaların %56,25 (n=18)'i ise oyun odasının duygusal gelişimi destekleyeceğine inandıklarını söylemişlerdir. Ailelerin %53,12 (n=17)'si oyun odasının iletişimi arttırmaya katkıda bulunacağını söylerken %50 (n=16)'si okuldaki eğitimlerine de katkıda bulunacağını düşünmektedirler. Pediatrik Onkoloji Servisi'nde bulunacak bir oyun odasının çocukların gelişimlerine sağlayacağı katkılar sorulduğunda ailelerin yorumları şu şekilde olmuştur:

Ebeveyn 1 (baba, KKTC uyruklu, üniversite mezunu): *“Zeka gelişimi, mutluluk, koordinasyon (motor gelişimleri), arkadaşları ile sosyal gelişimini sağlar, gelişim düzeyine büyük ölçüde katkı yapacağını düşünüyorum”*;

Ebeveyn 2 (baba, KKTC uyruklu, lise mezunu): *“Zeka gelişimine katkıda bulunur. Sosyal gelişimine katkıda bulunur”*;

Ebeveyn 5 (baba, Pakistan uyruklu, lise mezunu): *“Zeka gelişimine etki eder. Sosyalleşmesi açısından. Eğitim açısından gelişimlerine etki eder”*;

Ebeveyn 8 (anne, KKTC uyruklu, ortaokul mezunu): *“Kendi yaş grubu çocuklar ile birlikte zaman geçirirler. Böylece iletişimleri gelişir. Sosyalleşirler kendilerini yalnız hissetmezler. Çocuklar hareket eder (kol- bacak) biraz olsun aktif hale gelir”*;

Ebeveyn 9 (anne, KKTC-TC uyruklu, ortaokul mezunu): *“Zeka gelişimi, iletişim becerileri (Arkadaşları ile), duygusal gelişimi, arkadaşları ile sosyalleşir”*;

Ebeveyn 11 (baba, KKTC uyruklu, yüksekisans mezunu): *“Zihinsel ve fiziksel gelişiminde etkili olduğunu düşünüyorum. Sosyalleşmesini sağlar. Kendi gibi olan çocukları görür ve iletişimi gelişir”*;

Ebeveyn 12 (anne, TC uyruklu, lise mezunu): *“Sosyal yönden gelişimleri, zeka yönünden gelişimleri, iletişim yönünden gelişimleri, çocuklar oyun odasında mutlu olurlar duygusal yönden kendilerini iyi hissederler”*;

Ebeveyn 19 (anne, TC uyruklu, ilkokul mezunu): *“Oyun odasında oyun oynadıklarında zeka yönünden gelişim sağlarlar. Yataklarında oldukları için her zaman arkadaşlarını görmezler hastanede. Fakat oyun odası olduğunda vakitlerini daha çok oyun odasında geçirecekleri için her arkadaşlarıyla iletişime geçecekler ve sosyalleşecekler”*;

Ebeveyn 23 (baba, KKTC uyruklu, üniversite mezunu): *“Gelişim düzeyine katkı yapar. Hasta olan çocuklar iletişimler artar. Stresleri azalır. Oyun odasında oyuncakları ile oynayan çocukların el ve göz dengeleri gelişir .Arkadaşları ile konuşurlar ve hikaye kitapları ile hayal güçleri gelişir .Resim çizerek kendilerini*

*ifade ederler içindeki duygular dışarı çıkar bununda hayal gücünü etkileyeceğini düşünüyorum. Yani çocuklar oyun odasında derslerinden tutan psikolojik yönlerine mutluluklarına kadar birçok yönlerine katkı yapmaktadır”;*

Ebeveyn 24 (anne, KKTC uyruklu, üniversite mezunu): *“Gelişimlerine etkili olacağını düşünüyorum. Diğer çocukları ile paylaşımları artar. Arkadaşlıkları ilgileri gelişir. Çocuklar arkadaşları ile oynayarak ,öğretmenleri ile konuşarak mutlu olurlar farklı insanları tanırlar. En önemlisi de arkadaşlarını görürler ve arkadaşlarının da kendisi gibi aynı durumda olduğunu görsel olarak görür kendini sorgulamaz böylelikle mutlu olurlar gelişimlerinin her alanına katkı yapacağını düşünüyorum zeka gelişiminden tutun , Dengelerine, ince motor ve kaba motor gelişimlerine katkı yapar. Oyun odası onlar için mükemmel bir yer bence gelişimlerinin ilerlemesi için. Çocuklarımız zaten okula düzgün devam edemiyor. Oyun odası ile birlikte derslerini ilerletebildikleri kadar ilerletebilirler. Bence bu çocuklar için oyun odası olmazsa olmazdır”;*

Ebeveyn 25 (anne, KKTC uyruklu, lise mezunu): *“Oyun odasında ders günlerinin de olması gerekir .Oyun odasından verim alınabilmesi için bir program dahilinde kullanılması gerektiğini düşünüyorum. Öğretmenlerle beraber çocuklar ders işlerse zeka yönünden gelişim gösterirler. Dersler oyuncaklarla birlikte yapılırsa öğrenmeleri daha kolaylaşır ve gelişimleri kolaylaşır ve büyük bir etki eder. Bunların yanında çocuk mutlu olacağı için karamsarlıktan çıkacak ve duygusal olarak da katkı yapacağını düşünüyorum”;*

Ebeveyn 26 (anne, KKTC uyruklu, lise mezunu): *“Sosyalleşmesi gelişir: Arkadaşları ile oyun oynarlar. öğretmenleri ile iletişime geçer. Bu çocuklar sürekli hastanede oldukları için belirli kişileri görürler. Fakat oyun odası olursa onların sosyalleşmesinde büyük katkı yapar. Zeka gelişimi: Öğretmen eşliğinde bir program*

*dahilinde ders çalışırlarsa zeka yönlerinin de gelişeceğini düşünüyorum. Kasları gelişir: Çocuklar günlerini yatakta geçirdikleri için el ve kolları hareketsiz kalır. Oyun odasında çocuklar oyun oynayacakları ve farklı aktivite yapacakları için örn: resim çizmek, kalem tutmak vb. Kasları da aktif hale gelir ve kasları daha dayanıklı hale gelir. Oyun odası olursa çocuklar hareketsiz kalmazlar”;*

Ebeveyn 27 (anne, TC uyruklu, ortaokul mezunu): *“Gelişimlerine tabi ki etki eder. Çocuklar hastanede annesi ve babasından başka birini görmezler içlerine kapalıdırlar duygularını aktaramazlar sürekli sessiz bir şekilde otururlar. Oyun odası olursa kendilerini ifade edeceklerini düşünüyorum. Arkadaşlarını görecekler onlarla konuşacaklar dil gelişimlerine büyük ölçüde gelişir. Böylece iletişimleri artar. Bunun dışında çocuklar duygularını sözcüklerle ifade edemedikleri için oyun odasında resim çizerek boya yaparak duygularını kağıta aktarabilirler böyle olursa hem duygusal gelişimleri gelişir hem el koordinasyonları gelişir diye düşünüyorum”;*

Ebeveyn 29 (baba, KKTC uyruklu, lise mezunu): *“Gelişimleri etkiler bence en çok etkilenenler; Konuşma: Oyun odasında akranları ile birlikte oyunlar oynayacaklar öğretmenleri ile birlikte iletişime geçecekleri için konuşmaları gelişecek dil gelişimleri artacak. Kasları: çocuklar oyuncaklar ile oynayacakları için kasları harekete geçecek ve zayıf kasları kuvvetlenecek. Zihinsel: Çocuklar oyuncaklar ve resim çizerek oyun oynarsalar zihinlerini harekete geçirecekler hem keyif alacaklar hem de öğrenmeleri gerçekleşecek”;*

Ebeveyn 30 (anne, KKTC uyruklu, üniversite mezunu): *“Gelişimlerine büyük bir etkisi olur .Oyun odasında yeteri kadar düzgün bir donanım olursa çocukların gelişimleri büyük ölçüde gelişir. Oyun odasında yalnız olmayacakları için arkadaşları ile birlikte sosyal gelişimleri artacak. Çocuklar arkadaşları ile iletişime geçere oyun odasında oynayacaklarını düşünüyorum. Oyun odasında öğretmenleri*



*ile ders nitelikli oyunlar oynamaları gerektiğini düşünüyorum böyle olursa zeka yönünden de çocuklarımız gelişir.*

*Oyun odasını sadece oyun oynanacak bir yer olarak görmek yanlış olur. Oyun odasında öğretmen eşliğinde derslerinde işlenmesi gerektiğini düşünüyorum böyle olursa zeka yönleri de gelişir. Zeka yönleri gelişen çocuk başarmak duygusunu tatmış olur ve mutlu olur. Böylelikle de duygusal yönleri de gelişir”.*

Ebeveyn yorumlarında da görüleceği üzere Pediatrik Onkoloji Bölümü’nde bulunacak bir oyun odası çocukların gelişimleri üzerinde olumlu katkılar sağlayacak ve özellikle zeka gelişimleri ile sosyal açıdan gelişmelerine yardımcı olacaktır.

#### **4.1.3 Üçüncü Alt Probleme İlişkin Bulgular**

Çalışmanın üçüncü alt problemi ile ilgili olarak ebeveynlerin, Lefkoşa Devlet Hastanesi Pediatrik onkoloji bölümünde oyun odası oluşturulması durumunda; odanın ne tür özelliklere sahip olması gerektiği konusunda görüşleri alınmıştır.

Pediatrik Onkoloji bölümünde oluşturulabilecek bir oyun odasında aranacak özellikler ile ilgili ebeveyn görüşleri derlenerek odanın genel nitelikleri, odanın donanımına ilişkin özellikler ve oyun odasında bulunması gerektiği düşünülen kişiler şeklinde üç farklı kategoride ele alınarak incelenmiştir.

Tablo 13. Pediatrik Onkoloji Bölümü'nde oluşturulacak oyun odasında mutlaka bulunması gereken niteliklere ilişkin anne-baba görüşlerinin nitelik, donanım ve odada bulunması gereken kişiler bakımından dağılımı

	Sayı (n)	Yüzde (%)
<b>Odanın Niteliği İle İlgili Özellikler</b>		
Renk	10	31,25
Ebat	8	25,00
Bahçe Park	8	25,00
Resim	7	21,87
Hijyenik	6	18,75
Okul Gibi	4	12,50
Ev Ortamı	4	12,50
Rahat	3	9,37
Masa, Sandalye	1	3,12
<b>Odanın Donanımı İle İlgili Özellikler</b>		
Oyuncak	20	62,50
Teknoloji	16	50,00
Zeka ve Eğitici Oyuncak	12	37,50
Kitap	9	28,12
Etkinlikler	5	15,62
Kaydırak	2	6,62
<b>Kişiler İle İlgili Özellikler</b>		
Öğretmen	24	75,00
Palyaço	12	37,50
Müzisyen	5	15,62

Ebeveynlere göre Pediatrik Onkoloji Servisi'nde oluşturulacak bir oyun odasında bulunması gereken nitelikler, donanım ve kişilere ilişkin verilen cevaplar Tablo 13'de gösterilmiştir. Oyun odasında bulunması gereken niteliklere bakıldığında ailelerin %31,25 (n=10)'inin canlı renkler kullanılmasını tercih ettikleri; %25,00 (n=8)'inin odanın boyutuna dikkat çektikleri, yine %25,00 (n=8)'inin bahçe

ve park olmasını istediklerini belirtmişlerdir. Bunlara ek olarak, ebeveynlerin %21,87 (n=7)'si duvarlarda resimlerin bulunması gerektiğini vurgulamışlardır.

Ebeveyn 1 (baba, KKTC uyruklu, üniversite mezunu): *“Oyuncakların genişliği: Çocuklar aynı oyuncakla her gün oynarsa sıkılırlar fakat odalar geniş olursa ve yaratıcılıklarının gelişebileceği oyuncaklar olursa akıllarını kullanarak oynarlar ve her defasında başka fikirler üretebilirler bu yüzden oyun odalarının genişliği önemli.”;*

Ebeveyn 9 (anne, KKTC-TC uyruklu, ortaokul mezunu): *“...Odanın renkli olması gerekir...”;*

Ebeveyn 11 (baba, KKTC uyruklu, yüksek lisans mezunu): *“... Odanın Renkli olması gerek: Çocuklar içleri zaten karamsar renklerle onların canlanacağını düşünüyorum bu yüzden odanın rengarenk olmasını istiyorum. En azından görsel olarak canlanırlar... büyük olması gerekir...”;*

Ebeveyn 14 (anne, KKTC uyruklu, üniversite mezunu): *“...Renkli ve karakterli duvarların olması...”;*

Ebeveyn 23 (baba, KKTC uyruklu, üniversite mezunu): *“...Resim Yapacakları Büyük Alan: Bence resim yaparken çocukların büyük bir kısmı keyif alır. Resim yapan çocuklar hayallerini, korkularını, hislerini ve düşüncelerini çizerek anlatırlar. Çocukların duygularını aktarmaları için içinde ne düşündüklerini dışa vurmaları için resim çizmek önem arz eder. Dış alan bahçe: Oyun odasının dışında çocukların doğayla kısa sürede olsa iç içe olabilmesi için bir ufak bahçe bulunması gerektiğini düşünüyorum. Böylece çocuk doğayı çevreyi tanımış olur. Doğa çocuğa terapi gibi gelir...”;*

Ebeveyn 24 (anne, KKTC uyruklu, üniversite mezunu): *“...Park: Çocuklar dışarıda park da oyun oynayamıyorlar genellikle hastanede oluyorlar oyun odasının*

*çinde en azından bir ufak park olursa boş vakitlerinde eğlenirler...Büyük ve Temiz Olması: Çocuklar oyun odasının içinde rahatça hareket edebilmesi gerekir oyun odası onların sıkılmayacağı dilediği gibi oyun oynayacağı büyüklük de olması gerektiğini savunuyorum...”;*

Ebeveyn 25 (anne, KKTC uyruklu, lise mezunu): *“Resim Köşesi: Hasta çocuklar kolaylıkla kendilerini ifade edemezler. Resim çizmek onları rahatlatacağını düşünüyorum. Hasta çocukların rahatlaması için resim köşesinin yer almasını istiyorum... Renkli Duvarlar: Çocukların renkleri öğrenmesi için her duvarın bir renk olması gerekir böylelikle sorarak araştırarak renkleri öğrenirler. Odanın sadece beyaz olması renkli olmasından iyidir”;*

Ebeveyn 27 (anne, TC uyruklu, ortaokul mezunu): *“Bahçe: Sadece oyun oynanması için tasarlanırsa yanlış olur bence. Oyun odasının bahçesi de olması gerekir. Oyun odasında bahçe olursa çocuklar bahçede kuş, su ve rüzgar seslerini duyarak huzurları yerine gelir. Bu da tedavisine etki eder... Oyun odasının renkli olması gerekir: Çocukların içi zaten siyah üzgün gözleri ile görebilecekleri renklerin olması onların içlerini açacağını düşünüyorum...”;*

Ebeveyn 29 (baba, KKTC uyruklu, lise mezunu): *“Duvarların Renkli Olması Gerekir: Çocukların bence renkleri sever. Hastalıklarında o kadar keyifsizdirler ki çocukları renklerle canlandırabiliriz ruhlarını bence. Hastanede hiçbir şey yok her yer sıkıntılı içimizi boğuyor. Renklerin çocuklara olumlu yansıtacağını düşünüyorum...”;*

Oyun odasının sahip olması gereken niteliklere ilişkin olarak bir başka grup ebeveyn ise odanın rahatlığına, okul ve ev ortamı sağlanabilmesine dikkat çekmişlerdir. Hem okul ortamı hem de ev ortamı görüşünü savunan ebeveynlerin oranı eşittir (%12,50 / n=4). Ebeveynlerin %9,37 (n=3)'si ise oyun odasının rahatlık

sunması gerektiği görüşünü savunmuşlardır. Bu yöndeki ebeveyn görüşleri şu şekildedir:

Ebeveyn 1 (baba, KKTC uyruklu, üniversite mezunu): “...Dışarıdan farklı olmayacak iyi bir donanım: Dışarıdan farklı olmayacak bir donanıma sahip olması gereklidir oyun odası dışarıda çocukların ne ile karşılaşırsa oyun odası içinde de onların bulunması gereklidir. Bunun nedeni ise bu çocuklar ömür boyu hastanede kalmayacaklar. Hayata atıldıklarında yabancılık çekmemeleri için dışarıdan farklı olmayacak bir donanımın bulunması gereklidir”;

Ebeveyn 5 (baba, Pakistan uyruklu, lise mezunu): “... Okul gibi olmalı...”;

Ebeveyn 7 (baba, KKTC uyruklu, üniversite mezunu): “...Okul – sınıf ortamı yaratılmalıdır.: Çocuklar oyun odasında belirli aralıklarda öğretmen eşliğinde ders çalışması gerekir. Hasta oldukları için hayattan kopmamaları gerekmektedir”;

Ebeveyn 9 (anne, KKTC-TC uyruklu, ortaokul mezunu): “Sınıf ortamı... Ev ortamı gibi bir havanın bulunması gerekir...”;

Ebeveyn 23 (baba, KKTC uyruklu, üniversite mezunu): “...Okul havasında olması gerekir: Çocuklar hasta olduğu için düzenli olarak okula gidemezler oyun odasının içinde başka bir oda olursa onun içinde sıkılmadan öğretmen eşliğinde oyunlarla harfleri, yazmayı, ve rakamlarının öğrenilmesi gerektiğini düşünüyorum...”;

Ebeveyn 27 (anne, TC uyruklu, ortaokul mezunu): “...Ev ortamı: Oyun odasının içinde ayrı bir bölüm olması gerekir çocuklar evlerine hasret orda ev ortamı yaratılırsa annesi babasıyla birlikte çocuk uyursa kendini daha güvende hisseder tedirginliği olmaz...”;

Tüm bu niteliklere ek olarak ebeveynlerin %18,75 (n=6)'i oyun odasının temiz ve hijyenik olması gibi niteliklerine dikkat çekmişlerdir. Bu niteliğe ilişkin ebeveyn görüşleri şu şekildedir:

Ebeveyn 11 (baba, KKTC uyruklu, yüksek lisans mezunu): *“Temiz olması gerek...”*;

Ebeveyn 14 (anne, KKTC uyruklu, üniversite mezunu): *“Oyun odasının Hijyenik olması...”*;

Ebeveyn 23 (baba, KKTC uyruklu, üniversite mezunu): *“...Bunların dışında oyun odasının içinde bulunan mobilyaların kanserojen içermeyen maddelerden olması gerekmektedir. Çocuklarımız zaten hasta bu oyun odasında hijyenike de önem vermeliyiz. Oyun odasının içinde olan her şey sağlıklı olması gerekmektedir”*;

Ebeveyn 24 (anne, KKTC uyruklu, üniversite mezunu): *“...Büyük ve Temiz Olması: ...Oyun odasında çocukların mikrop kapmaması bakımından sürekli olarak temizlenmesi gerektiğini düşünüyorum”*;

Oyun odasında bulunması gereken donanıma ilişkin olarak ise ebeveynlerin %62,5 (n=20)'i çeşitli oyuncaklar derken %37,50 (n=12)'si zeka oyuncakları ve eğitsel oyuncakları tercih ettiklerini belirtmişlerdir. Bunun yanı sıra ebeveynlerin %3,12 (n=1)'si oyun odasında bulunması gereken masa-sandalyelere dikkat çekmiştir. Bu bulgulara ilişkin ebeveyn görüşleri şu şekildedir:

Ebeveyn 1 (baba, KKTC uyruklu, üniversite mezunu): *“Oyuncakların genişliği: Çocuklar aynı oyuncakla her gün oynarsa sıkılırlar fakat odalar geniş olursa ve yaratıcılıklarının gelişebileceği oyuncaklar olursa akıllarını kullanarak oynarlar ve her defasında başka fikirler üretebilirler bu yüzden oyun odalarının genişliği önemli...”*;

Ebeveyn 2 (baba, KKTC uyruklu, lise mezunu): “Eğitici oyuncaklar. ,Eğlendirici oyuncaklar...”;

Ebeveyn 7 (baba, KKTC uyruklu, üniversite mezunu): “Zeka oyunları...”;

Ebeveyn 9 (anne, KKTC-TC uyruklu, ortaokul mezunu): “...Yaşıtlara göre farklı oyuncakların olması gerekir...”;

Ebeveyn 11 (baba, KKTC uyruklu, yüksek lisans mezunu): “...Her yaş düzeyine göre olmalıdır.: Oyun odası içinde bulunan araç gereçler tek bir çocuğa hitap etmemesi gerek tek bir yaş grubuna hitap ederse anlamı kalmaz her yaş gurubuna göre donanım olması gerekir aksi bir durumda çocuklar zaten sıkılırlar...”;

Ebeveyn 14 (anne, KKTC uyruklu, üniversite mezunu): “...Oyuncakların eğlenceli olması...”;

Ebeveyn 16 (anne, KKTC uyruklu, lise mezunu): “Masa, Sandalye: Çocuklarımızın ders çalışacakları bir masa ile sandalyesi olması gerekir böylelikle öğrenmelerinden geri kalmazlar...”;

Ebeveyn 22 (baba, KKTC-TC uyruklu, ilkokul mezunu): “...Zeka Oyuncakları: Zekalarının gelişmesi için zeka oyuncaklarının olması gerektiğini düşünüyorum...”;

Ebeveyn 23 (baba, KKTC uyruklu, üniversite mezunu): “Oyuncak: Oyuncaklar çocukların bir parçaları. Oyuncakla oynarken çocuklar sevinirler ve mutlu olurlar...”;

Oyun odasının donanımına ilişkin olarak dokuz ebeveyn (%28,12) ise kitapların öneminin altını çizmiştir. Kitap bulunmasına ilişkin ebeveyn görüşleri şu şekildedir:

Ebeveyn 7 (baba, KKTC uyruklu, üniversite mezunu): “...*Hikaye ve okuma kitapları: Okuma becerilerini kazanmaları için gerekli...*”;

Ebeveyn 16 (anne, KKTC uyruklu, lise mezunu): “...*Kitaplık...*”;

Ebeveyn 23 (baba, KKTC uyruklu, üniversite mezunu): “...*Hikaye: Hikaye kitapları çocukların hayal gücünü geliştirir çocuklara hikaye kitabı okunursa dil gelişimi de gerçekleşir. Böylece bu çocukların kendilerini daha iyi ifade edebilirler ve özgüvenleri kendine gelir. Kelime hazineleri gelişir...*”;

Yine oyun odasının donanımına ilişkin olarak ebeveynlerin %50,00 (n=16)’si teknolojik imkanların sağlanmasının da dijital çağda çocuklara büyük katkı sağlayacağına vurgu yapmaktadırlar. Bu yöndeki ebeveyn görüşleri şu şekildedir:

Ebeveyn 1 (baba, KKTC uyruklu, üniversite mezunu): “...*Teknoloji: Çağımız teknoloji çağı çocuklar teknolojiden uzak kalmaması için teknoloji oyun odasında olması gerekmektedir. Çocuklar teknolojiyi kullanarak ulaşamadığı merak ettiği her şeye ulaşabilir...*”;

Ebeveyn 2 (baba, KKTC uyruklu, lise mezunu): “...*Teknoloji...*”;

Ebeveyn 5 (baba, Pakistan uyruklu, lise mezunu): “...*Bilgisayar...*”;

Ebeveyn 7 (baba, KKTC uyruklu, üniversite mezunu): “...*İnternet olması: Dünyaya bağlanmaları için dünyayı önlerinde görebilmeleri ve okula düzenli gidemezler internetten derslerini takip edebilirler. Tabii ki okulun yerini tutamaz...*”;

Ebeveyn 9 (anne, KKTC-TC uyruklu, ortaokul mezunu): “...*Tablet...*”;

Ebeveyn 14 (anne, KKTC uyruklu, üniversite mezunu): “...*Teknoloji oyuncakların olması...*”;

Ebeveyn 16 (anne, KKTC uyruklu, lise mezunu): “...*Bilgisayar...Tablet: Çocuklar dış dünyada ne olup bittiğini çok bilmezler sürekli hayatları hastanede geçirirler en azından tablet ile kendilerine dış dünyaya açarlar*”;



Ebeveyn 22 (baba, KKTC-TC uyruklu, ilkokul mezunu): “*T.V: Çocuklar yataklarında sıkılırlar. Dışarıda çıkamıyorlar en azından televizyonda kavramları görürler Örn: araba nasıldır kuşlar nasıl yaşarlar vb. Öğrenmeleri gelişir ve tedavileri bitince dış dünyaya daha kolay uyum sağlarlar. Bunun dışında televizyon izleyerek vakit geçirebilirler*”;

Ebeveyn 29 (baba, KKTC uyruklu, lise mezunu): “*...Bilgisayar: Çocukların oyunları çeşitlendirebilmesi açısından bilgisayar bunların en iyi yolu. Sıkılmamaları için araştırma yapabilmeleri için hayvanları tanımaları için bence bilgisayar onların işlerini kolaylaştıracak*”.

Teknolojinin ardından ebeveynlerin %15,62 (n=5)’si etkinlikler için uygun ortam sağlanmasının altını çizerken iki ebeveyn (%6,25) ise oyun odasında kaydırak bulunmasının da iyi olabileceğine vurgu yapmıştır. Bu bulgulara ilişkin ebeveyn görüşleri şu şekildedir:

Ebeveyn 9 (anne, KKTC-TC uyruklu, ortaokul mezunu): “*...Kaydırak...*”;

Ebeveyn 10 (anne, KKTC-TC uyruklu, ilkokul mezunu): “*Oyun odasında eğlenceli etkinliklerin her zaman olması gerekir*”;

Ebeveyn 22 (baba, KKTC-TC uyruklu, ilkokul mezunu): “*...Kaydırak: Çocuğum kaydırdan kaymaktan keyif alır ve dışarı hijyenik bakımından pek çıkamaz pencereden görmek zorunda parkı. Onun için çocukların dışarıda bulunan parklardan bir tanede oyun odasında olması gerektiğini düşünüyorum...*”

Ebeveyn 24 (anne, KKTC uyruklu, üniversite mezunu): “*Yapılacak etkinlikler sistemli bir şekilde yapılırsa. Çocuklarımızın etkinliği sırasında bizde nefes alırız stresimiz azalır*”;

Son olarak, odada bulunması veya görevlendirilmesi gereken kişilere ilişkin olarak ise ailelerin %75,00 (n=24)'i öğretmen yönünde görüş bildirmişlerdir. Öğretmen bulunmasına ilişkin ebeveyn görüşleri şu şekildedir:

Ebeveyn 2 (baba, KKTC uyruklu, lise mezunu): “...*Öğretmen*”;

Ebeveyn 5 (baba, Pakistan uyruklu, lise mezunu): “...*Öğretmen olması gerekir. Çocukların gelişimlerin ve eğitimlerini vermesi için...*”;

Ebeveyn 7 (baba, KKTC uyruklu, üniversite mezunu): “...*Çocuklar oyun odasında belirli aralıklarda öğretmen eşliğinde ders çalışması gerekir...*”;

Ebeveyn 9 (anne, KKTC-TC uyruklu, ortaokul mezunu): “...*Öğretmen olması gerekir*”;

Ebeveyn 11 (baba, KKTC uyruklu, yüksekisans mezunu): “...*Öğretmen olması gerekir*”;

Ebeveyn 14 (anne, KKTC uyruklu, üniversite mezunu): “...*Eğitmen olması...*”;

Ebeveyn 16 (anne, KKTC uyruklu, lise mezunu): “...*Eğitmen: Çocukların derslerine yardımcı olması için eğitmen gerekmektedir...*”;

Ebeveyn 22 (baba, KKTC-TC uyruklu, ilkokul mezunu): “...*Öğretmen: Çocuklarla ilgilenecek ve öğrenmelerini sağlayacak bir öğretmen gerekir*”;

Ebeveyn 24 (anne, KKTC uyruklu, üniversite mezunu): “*Öğretmen: Çocuklarla ilgilenecek bir öğretmen şart. Çocuklar okula gidemediği için diğer çocukların gerisinde kalıyor. Çocukların geri kalmaması için oyun odasında sınıf ortamı yaratılması gerekir...*”;

Ebeveyn 25 (anne, KKTC uyruklu, lise mezunu): “*Öğretmen: Çocuklara bakacak onların ihtiyaçları ile ilgilenecek ve onlara güven verecek bir eğitimcinin oyun odası içinde olması gerektiğini düşünüyorum...*”;

Ebeveyn 29 (baba, KKTC uyruklu, lise mezunu): “...*Öğretmen: Çocuklar oyun odasında oynadığında onlarla ilgilecek birileri şart. Bu kişiler bence alanında uzman olan öğretmenlerden oluşması şart. Alanında uzman olan bu kişiler çocuklara nasıl yaklaşacaklarını nelerden hoşlandığını nasıl bir eğitim vereceklerini bildikleri için mutlaka oyun odasında bulunmaları gerekir...*”

Öğretmenin ardından ebeveynlerin %37,50 (n=12)’si palyaço demişlerdir. Palyaço bulunmasına ilişkin ebeveyn görüşleri şu şekildedir:

Ebeveyn 1 (baba, KKTC uyruklu, üniversite mezunu): “... *Palyaço: Çocukları eğlendirmesi için palyaço bence en önemli faktör. Çocukların eğlenmesi için palyaçonun olmasını istiyorum...*”;

Ebeveyn 2 (baba, KKTC uyruklu, lise mezunu): “...*Palyaço...*”;

Ebeveyn 5 (baba, Pakistan uyruklu, lise mezunu): “...*Palyaço*”;

Ebeveyn 24 (anne, KKTC uyruklu, üniversite mezunu): “...*Palyaço: Çocuklara hastane ortamının ilginç ve çekici hale getirilebilmesi için palyaço önemli bir etken olabilir. Çocuklar palyaço ile en azından biraz olsun neşeleri yerine gelir yüzleri güler...*”;

Ebeveyn 25 (anne, KKTC uyruklu, lise mezunu): “...*Palyaço: Çocuklara şakalar yaparak onları eğlendirmesi heyecanlandırması için oyun odasında haftada 3 gün bir iki saat yer almasının bence yararı olacağını düşünüyorum...*”

Ayrıca, ebeveynlerin %15,62 (n=5)’si müzisyen bulunmasının da iyi olacağını belirtmişlerdir. Müzisyen bulunmasına ilişkin ebeveyn görüşleri şu şekildedir:

Ebeveyn 25 (anne, KKTC uyruklu, lise mezunu): “*Müzisyen: Çocuklar şarkı söyleyerek duygularını dışarı vurur rahatlar. Şarkı söyleyerek çocukların eğleneceğini umutlanacağını düşünüyorum. Bunların dışında çocuklar şarkı*

*söyleyerek kendilerini daha iyi hisseder ve gevşer rahatlar. Çocukların yönlendirecek bir müzisyen gereklidir...”*

Yorumlardan da anlaşılacağı üzere ebeveynler Pediatrik Onkoloji Bölümü'ne yapılacak olan bir oyun odasında canlı renklerin kullanılması gerektiğini, duvarlara resimlerin asılmasının iyi bir fikir olduğunu, çeşitli oyuncakların, kitapların ve teknolojik aletlerin de farklı yaş grubundaki çocuklar için önemli olduğunu düşünmektedirler. Ayrıca, böyle bir oyun odasında öğretmen ve psikolojik danışmanın bulunmasının da önemli olduğunu düşündükleri görülmektedir.

#### **4.1.4 Dördüncü Alt Probleme İlişkin Bulgular**

Pediatrik Onkoloji Servisi'nde oyun odasının bulunmasının ebeveynler açısından ne etkiler yaratabileceği konusunda da anne-babaların görüşleri alınmıştır. Farklı yorumlara rağmen verilen cevaplar daha çok anne-babanın çocuklara bakım sağlarken kendilerinin de rahatlayabileceği, çocuklar orada oynarken ihtiyaçlarını giderebilecekleri, stres seviyesinin düşmesine yardımcı olacağı, çocuğun orada geçireceği zamanı ebeveynlerin mola olarak kullanabilecekleri görüşleri üzerinde yoğunlaşmaktadırlar. Ebeveyn yorumlarından bazıları şu şekildedir:

Ebeveyn 1 (baba, KKTC uyruklu, üniversite mezunu): *“Çok büyük bir etki yaratacağını düşünüyorum. Çocuğun yanında kalan anne en azından nefes alır ve çocuk oyun odasında vaktini geçirirken annede tekrar çocuğun bakımı için toparlanır”;*

Ebeveyn 4 (baba, KKTC uyruklu, lise mezunu): *“En azından çocuğun oyun odasında bir eğitmen eşliğinde aktivitelerini yapması ailenin bir mola vermesi açısından önemlidir. Böylece aile biraz olsun rahatlar”;*

Ebeveyn 17 (anne, KKTC-TC uyruklu, ilkokul mezunu): *“Çocuk oyun oynarsa rahatlarım ve kendimi ve çocuğun biraz olsun mutlu görürüz. Hastanede çok*

*yıpranmaktayız. Çocuk öğretmenle birlikte oyun oynarken en azından onu mutlu görürüz ve bize de bu moral olur. Bakımı açısından yeniden toparlanacağımızı düşünüyorum”;*

Ebeveyn 19 (anne, TC uyruklu, ilkokul mezunu): *“Evet kolaylaştırır. Oğlum hep kucağında en basiti onun yemeğini yapacak vakit bulamıyorum. Oğlum oyun odasında sistemli bir şekilde oynarsa onun ihtiyaçlarını hazırlayacak vaktim olur. Zamanımı daha iyi değerlendiririm bu süreçte çok yorulduk çocuklarımızın hem annesi hem öğretmeni olmak kolay değil bilinçli kişiler bu işleri yaparsa daha sağlıklı olacağını düşünüyorum”;*

Ebeveyn 21 (anne, KKTC-TC uyruklu, ilkokul mezunu): *“Artık hiçbir şeye yetişemiyorum ne çocuğuma ne kendime ne yapacağımı bilemiyorum. Çocuğumu hastanenin içinde sağlıklı bir şekilde bırakacağım bir yer olsa 5-10 dk. için en azından bende toparlanırım çocuğuma bakmak benim görevim ama onu bile yorgunluğumdan yapamıyorum. Bu konuda çaresizim. Oyun odası olursa ki bizim ülkemizde böyle şeylerle ilgilenen kimse yok tarafımıza bile bakmazlar. İnşallah bir gün herkes çocukların oyuna ihtiyacı olduğunu anlar. O zaman çocuğumuzun bakımı da tedavisi de her şeyi kolaylaşır”;*

Ebeveyn 23 (baba, KKTC uyruklu, üniversite mezunu): *“Oyun odası çocuğumun bakımını büyük ölçüde kolaylaştıracağını düşünüyorum. Oyun odası bir eğitim kurumu gibi işlev gösterirse çocuklarımız okula gider gibi oraya giderse belirli saatleri olursa bizimde çocuklara bakımımız büyük ölçüde kolaylaşacak”;*

Ebeveyn 28 (baba, KKTC uyruklu, lise mezunu): *“Çocuğumun yanında annesi ile birlikte kalıyoruz o yorulduğunda ben ben yorulduğumda annesi kalıyor nefes alırız biz fakat nefes alamayan tek tarafın çalıştığı izin alamadığı durumlar var o ailelerin çocuklarının bakımı için toparlanabilmeleri için çocuklarının güvenli bir*

*yere vermeleri gerekir oyun odası onlar açısından bir alternatif olacağını söyleyebilirim”;*

Ebeveyn 29 (baba, KKTC uyruklu, lise mezunu): *“Hastanede çok yoruluyorum bende çocuğumun yaşadığı sıkıntıları mutsuzluğunu aynı anda yaşıyorum. O benim sanki aynam onun bakımını dört elle sıkı sıkı aksatmadan yaparım. Fakat benimde dinlenmeye ihtiyacım var ve oyun odasında çocuğum öğretmen eşliğinde arkadaşları ile oynarken bende o arada dinlenme fırsatı bulacağımı düşünürüm”.*

Ebeveyn yorumlarında da görüleceği üzere Pediatrik Onkoloji Bölümü’nde yer alacak bir oyun odası sadece çocuklara değil, onların anne-babalarına da katkıda bulunacaktır.

Bu katkılardan en önemlisi, çocukları öğretmen eşliğinde oyun odasında zaman geçirirken ebeveynlerin bu zamanı az da olsa mola gibi kullanarak kendi ihtiyaçlarını giderebilmelerini, dinlenmelerini sağlamasıdır.

## **4.2 Çocukların Görüşlerine İlişkin Bulgular**

Çocukların duyguları, oyun odası isteme nedenlerine, oyun odasının içinde ne olmasını istediklerine ve oyun odası içinde ne yapmak istediklerine ilişkin görüşlerini mektup yoluyla hikaye tamamlama formuna verdikleri yanıtlar kapsamında betimlenmiştir.

### **4.2.1 Beşinci Alt Probleme İlişkin Bulgular**

Çocukların oyun odasına ilişkin görüşleri mektup tamamlama etkinliği yoluyla toplanmıştır. ‘Yöneticiye mektup...’ yoluyla çocuklarda önce hastane ortamında mutlu / mutsuz olduklarını belirtecekleri bir hikaye kurgusu oluşturulmuş, daha sonra hastane yöneticisine ‘‘neden oyun odası istedikleri’’, ‘‘nasıl bir oyun

odası istediklerini” ve oyun odasında ne yapmak istediklerini anlatması şeklinde mektup sürdürülmüştür. Çocukların yanıtları aşağıda sırasıyla açıklanmıştır.

Tablo 14. Çocukların hastane ortamındaki duygularına ilişkin çocukların verdikleri cevapların dağılımı

Hastane Ortamında Çocukların Duyguları	Sayı (n)	Yüzde (%)
Mutsuz	20	62,50
Mutlu	12	37,50

Tablo 14’den de anlaşılabilceği gibi çocukların %62,50 (n=20)’si hastane ortamında mutsuz olduklarını söylerken %37,50 (n=12)’si mutlu olduklarını belirtmişlerdir. Görüleceği üzere Pediatrik Onkoloji Bölümü’nde tedavi gören farklı yaş gruplarındaki çocukların çoğunluğu hastane ortamında mutsuz olduklarını belirtmişlerdir.

Çocukların tümü (n=32) Pediatrik Onkoloji Bölümü’nde bir oyun odası olmasını istediklerini belirtmişlerdir. Çocukların oyun odasını neden istediklerine ilişkin olarak görüşleri Tablo 15’de sunulmuştur.

Tablo 15. Çocukların Pediatrik Onkoloji Bölümü’nde oyun odası isteme nedenlerine ilişkin çocuk görüşlerinin dağılımı

Oyun odasını neden istiyorlar	Sayı (n)	Yüzde (%)
Eğlenmek, Gülmek ve Kahkaha Atmak İçin	16	50,00
Hastalıklarının Geçmesi ve Yaşadıklarını Unutmak	11	34,37
Oyun Oynamak İçin	9	28,12
Sıkıldıkları ve Zamanlarını Geçirmek İçin	9	28,12
Mutlu Olmak İçin	8	25,00
Resim Çizmek İçin	3	9,37
Sosyalleşmek İçin	2	6,25
Rahat Etmek	1	3,12

Tablo 15’de de görülebileceği üzere çocukların %50 (n=16)’si eğlenmek, gülmek ve kahkaha atmak gibi sebeplerle oyun odası istediklerini belirtirken %31,25 (n=10)’i hastalıklarının geçmesi ve yaşadıklarını unutmak için oyun odası istediklerini belirtmişlerdir. Buna ek olarak, oyun oynamak ve sıkıldıkları için oyun odası isteyen çocukların sayısı aynı çıkmıştır (n=9). Oyun odası isteme nedenlerine ilişkin çocuk görüşleri şu şekildedir:

Çocuk 12 (erkek, 15 yaşında): *“Rahat hareket etmek, eğlenmek için. Hastalığın geçer böyle.”*

Çocuk 13 (kız, 10 yaşında): *“Yaşadığımı unutmak, eğlenmek ve mutlu olmak istiyorum. Bunu oyun odasıyla elde edebilirim.”*

Çocuk 14 (kız, 10 yaşında): *“Hastanede çok sıkılırım. Zamanımı burada geçirmeme yardımcı olacağını düşündüğüm için. Belki hastalığım geçer oyun oynarsam”.*

Çocuk 17 (kız, 7 yaşında): *“Arkadaşlarımın olmasını istiyorum. Onlarla oynamak, gülmek, eğlenmek istiyorum.”*

Çocuk 20 (kız, 11 yaşında): *“Kahkaha atmak istiyorum oynarken.”*

Çocuk 26 (kız, 14 yaşında): *“Mutlu olup çocukluğumu yaşamak için. Çocukluğumu hastalığımın dolayısı ile yaşayamıyorum. Çocukluğumda mutlu olup gülmek istiyorum.”*

Çocuk 27 (erkek, 8 yaşında): *“Oynamak ve eğlenmek. Çok halsizim belki keyfim yerine gelir.”*

Görüldüğü üzere çocukların neredeyse tümü eğlenmek, mutlu olmak, sıkılmamak ve en önemlisi hastalıklarının geçmesi ve/veya yaşadıklarını unutmak amacıyla oyun odası istediklerini söylemişlerdir.



Çocuklara, ayrıca, kurulacak bir oyun odasının içinde neler bulunmasını istedikleri de sorulmuştur. Çocukların verdikleri cevaplar Tablo 16’da görülebilir.

Tablo 16. Çocukların oyun odasının içinde ne olmasını istediklerini ilişkin görüşlerinin dağılımı

Çocuklar oyun odasının içinde ne olmasını istedikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Oyuncak (lego,araba)	20	62,50
Teknoloji (bilgisayar, tablet ve tv)	16	50,00
Renkli Boya	8	25,00
Öğretmen	7	21,87
Renkli Kitap	6	18,75
Park / Bahçe	6	18,75
Palyaço	4	12,50
Kum ve Top Havuzu	4	12,50
Müzik Sesi	4	12,50
Renkli Bebek	4	12,50
Çiçek	1	3,12

Tablo 16’den de anlaşılacağı gibi çocukların %62,50 (n=20)’si oyun odasında lego, araba gibi oyuncaklar olmasını isterken %50 (n=16)’si bilgisayar, tablet bilgisayar gibi teknolojik aletlerin olmasını tercih ettiklerini belirtmişlerdir. Ayrıca, çocukların %25 (n=8)’i renkli boyalar isterken %21,87 (n=7)’si oyun odasında öğretmen olmasını istediklerini söylemişlerdir. Bunlar dışında çocuklar renkli kitap, park, palyaço, kum ve top havuzu, müzik sesi, renkli bebek ve gibi eşyaların oyun odasında bulunmalarını istemişlerdir. Oyun odasında bulunması gereken eşyalara ilişkin bazı çocuk görüşleri şu şekildedir:

Çocuk 1 (kız, 14 yaşında): “*Oyuncak, lego, bilgisayar*”.

Çocuk 7 (erkek, 11 yaşında): “Havuz olmasını istiyorum. İçinde plastik toplarımızın olmasını istiyorum. Ayrıca renkli kitap, her şeyin renkli olmasını istiyorum. Her yer rengarenk olsun, mutlu olurum.”

Çocuk 8 (kız, 4 yaşında): “Renkli kitap, müzik sesi bana çok iyi gelir”.

Çocuk 30 (kız, 4 yaşında): “Çiçek, park, öğretmen”.

Çocuk 31 (erkek, 6 yaşında): “Öğretmen, oyuncak, lego”.

Çocukların görüşlerinden de anlaşılacağı gibi çocuklar oyuncak, kitap, bilgisayar ve dikkat çekicisi öğretmen gibi şeylerin oyun odasında olmasını istemişlerdir.

Çocuklara son olarak Lefkoşa Devlet Hastanesi Pediatrik Onkoloji Bölümü’nde bir oyun odası olsa orada neler yapacakları sorulmuştur. Çocukların verdikleri yanıtlar aşağıda açıklanmıştır.

Tablo 17. Çocukların oyun odasında ne yapmak istediklerine ilişkin görüşlerinin dağılımı

<b>Çocuklar oyun odasının içinde ne yapmak istedikleri</b>	<b>Sayı (n)</b>	<b>Yüzde (%)</b>
Oyun oynamak	20	62,50
Doyasıya gülmek ve eğlenmek	16	50,00
Resim çizmek (renkli boyalarla)	8	25,00
Müzik söyleme ve dans etmek	7	21,87
Tablet ve bilgisayar ile vakit geçirmek	6	18,75
Çiçek bakmak	6	18,75

Tablo 17’de de görüldüğü üzere çocukların 62,50 (n=20)’si oyun odasında oyun oynamak istediklerini söylerken çocukların 50,00 (n=16) doyasıya gülmek ve eğlenmek istediklerini söylemişlerdir. Ayrıca, çocukların %25,00 (n=8)’si oyun odasında resim çizmek ve renkli boyalarla oynamak istediklerini söylemişlerdir.

Çocukların %21,75 (n=7)'si ise oyun odasında şarkı söylemek ve dans etmek istediklerini belirtmişlerdir. Bunların dışında çocuklar oyun odasında bilgisayarla vakit geçirmek istediklerini ve çiçek bakmak istediklerini söylemişlerdir. Oyun odasında ne yapmak istediklerine ilişkin bazı çocukların görüşleri şu şekildedir:

Çocuk 5 (erkek, 12 yaşında): *“Oynamak isterim. Doyasıya gülmek”*.

Çocuk 8 (kız, 4 yaşında): *“Arkadaşlarımla oynamak istiyorum. Renkli boyalarımıyla resim çizip, her şeyi unutmak istiyorum”*.

Çocuk 13 (kız, 10 yaşında): *“Neşeli olmak istiyorum. Park olsa sevinirim, parkta çok oynamak isterim ama sürekli hastanedeyim”*.

Çocuk 14 (kız, 10 yaşında): *“Eğlenmek, şarkı söylemek isterim. Bu bana iyi geliyor, şarkı söylemek”*.

Çocuk 17 (kız, 7 yaşında): *“Palyaçolara bayılırım. Olursa güzel olur, bize gösteriler yaparlar, güldürürler, vaktimiz geçer”*.

Çocuk 19 (erkek, 9 yaşında): *“Resimle hayal ettiğim arabayı çizerek mutlu olmak istiyorum”*.

Çocuk 20 (kız, 11 yaşında): *“Müzikle dans etmek istiyorum. Arkadaşlarımla dans edip, gülmek istiyorum.”*

Çocuk 24 (kız, 9 yaşında): *“Çiçek istiyorum. Onlara bakmayı severim. Çiçeklerin renkleri çok güzel, ondan isterim”*.

Çocuk 27 (erkek, 8 yaşında): *“Renkli kitaplara bakmak isterim ve renkli boyalarla resim çizmek isterim. Yüzümün gülmesini de isterim”*.

Çocuk 28 (erkek, 11 yaşında): *“Parkta oynamak isterim, hiç parka gitmedim. Evimizin yanında var ama ben hastanedeyim sürekli”*.

Çocuk 30 (kız, 4 yaşında): *“Oyun odasında park olmasını isterim. Olursa orada oynarım”*.

Çocuk 32 (kız, 6 yaşında): “Şarkı söylemek istiyorum. Çok seviyorum şarkı söyleyince neşeleniyorum”.

Görüleceği üzere neredeyse bütün çocukların yorumları renkli boyalar, kitaplar üzerinde dururken kimi çocuk ise oyun odasında hiç gidemedikleri bir parkın olmasını istemişlerdir.

### **4.3 Sağlık Personelinin Görüşlerine İlişkin Bulgular**

Sağlık personelinin bulgular açık uçlu sorulardan oluşan görüşme formu yoluyla toplanmıştır. Bu bölümde sağlık personeli olarak bir hemşire ve bir doktor ile yapılan görüşmelerden edilen bulgular; doktor görüşme formuna ilişkin bulgular ve hemşire görüşme formuna ilişkin bulgular olarak iki alt başlık altında sunulacaktır.

#### **4.3.1 Altıncı Alt Probleme İlişkin Bulgular**

Bu alt problem doğrultusunda bireysel görüşmeler gerçekleşti. Bu görüşmelerden elde edilen bulgular aşağıda sırayla sunulmuştur.

##### **4.3.1.1 Doktor Görüşme Formuna İlişkin Bulgular**

Hemşire ve doktora sorulan aynı sorulara doktor tarafından elde edilen cevaplar bu bölümde sunulmuştur.

Doktor görüşüne göre Pediatrik Onkoloji Servisi’nde bulunması gereken bölümler önem sırasına göre şu şekildedir: Cihaz donanımlı bir muayene odası, hasta bekleme odası, oyun odaları, ders odası, ve psikolog ve psikolog odası.

Mevcut Pediatrik Onkoloji Servisi’nde göze çarpan eksiklikler sorulduğunda ise doktorun verdiği cevaplar aile ve hemşire cevaplarıyla uyum göstermektedir. Doktor görüşüne göre de en önemli eksiklikler oda kapasitesinin yetersizliği, laboratuvarın olmaması ve yine oyun odası ve eğitimin olmaması olarak belirtilmiştir.

Doktor: *“Oda kapasitesinin yetersizliği, Servis içerisinde laboratuvarın olmaması, Tedavi odasının olmaması, Poliklinik hizmeti verebilecek bir odanın olmaması, Oyun odası ve eğitim odasının olmaması”*.

Yine aynı şekilde Pediatrik Onkoloji Servisi’nde oyun odası bulunmalı ve bunun sebeplerine ilişkin soruya aile ve hemşire gibi doktor da olumlu görüş belirtmiş ve sebepleri şu şekilde açıklamıştır:

Doktor: *“Olmalıdır. Çünkü ocuk onkoloji hastaları uzun ve meşakkatli bir yol izlemektedir. Bu uzun yolsa sosyal hayatlarından uzakta kalmak zorundadırlar. Zamanlarının çoğunu hastane ortamında geçirdiklerinde onları meşgul edecek ortamların ve eylemlerin yapılması gerekmektedir. Bunlardan en önemlisi oyun odasıdır. Oyun odası profesyonelleri ile çocuğa tedavi yapmak çok daha kolaydır. Onu incitmeden, arazlar bırakmadan ilerlemek gerekir ki, ocuk iyileşiip normal hayatına döndüğünde bıraktığı yerden devam etmesi açısından”*.

Mevcut Pediatrik Onkoloji Servisi’ne bir oyun odası yapılması durumunda bu odanın çocukların tedavisinde herhangi bir fiziksel ve/veya psikolojik katkısı olup olmayacağına ilişkin soruda ise doktorun verdiği cevaplar yine aile ve hemşire cevaplarıyla uyum göstererek kurulacak bir oyun odasının çocukların tedavisine önemli psikolojik katkılarda bulunacağını işaret ederek şunları söylemiştir:

Doktor: *“Pediatrik onkoloji hastalarında tedavi süreci uzun ve yatılı olması nedeniyle oyun odası vakit geçirebilmeleri açısından önem taşımaktadır. Tedaviye direnç gösteren çocuklarda ortamı yumuşatmak ve tedaviyi sonuçlandırabilmek açısından, oyun odasının önemi bir o kadar daha artmaktadır”*.

Bir nceki soruyla ilişkili olarak yine mevcut Pediatrik Onkoloji Servisi’ne kurulacak bir oyun odasının orada tedavi gören çocukların gelişimlerine nasıl bir katkıda bulunacağı sorulduğunda tam donanımlı bir oyun odasının çocukların,

özellikle kronik hastalıkla baş etmeye çalışan çocukların gelişimlerinde çok önemli olduğunu şu sözlerle ifade etmiştir:

Doktor: *“Tüm çocukların gelişimlerini tamamlayabilmeleri için büyük önem taşıyan tam teşekkürlü bir ortamda olmalıdır. Özellikle çocukluk dönemi ve kronik hastalık birleşince oyun odasının önemi göz ardı edilemez”.*

Son olarak ise doktora kendine deneyimlerine göre mevcut Pediatrik Onkoloji Servisi’nde kurulacak bir oyun odasında olması gereken beş özellik sorulduğunda doktorun sıraladığı hijyenik olma, öğretmen bulunması, canlı renkler kullanılması vb. gibi cevapları yine aile, hemşire ve hatta çocuk görüşleriyle örtüşmüştür. Doktor görüşüne göre kurulacak yeni bir oyun odasında olması gereken en önemli beş özellik şu şekildedir:

Doktor: *“Mutlaka oyun odası hijyenik olmalıdır, oyun odasının içinde bir uzman öğretmen bulunmalıdır, oyun odası çocukların gelişimlerini destekleyici bir yapıda olması gerekir, oyun odasında canlı renklerin kullanılması gerekir, ve oyun odasının her yaş grubundaki çocuklar göre tasarlanması gerekir”.*

#### **4.3.1.2 Hemşire Görüşme Sonucuna İlişkin Bulgular**

Çalışmada yer alan hemşireye göre çocuklar için düzenlenen Pediatrik Onkoloji Servisi’nde bulunması gereken bölümler tedavi odası, muayene odası, tahlil odası, oyun odası ve psikolog odasıdır. Görüleceği üzere aileler ile hemşire Pediatrik Onkoloji Servisi’nde olması gereken bölümler konusunda benzer görüşler bildirmişlerdir.

İkinci olarak hemşirenin deneyimlerine göre mevcut Pediatrik Onkoloji Servisi’nde eksik olduğunu düşündüğü bir şeyler olup olmadığını sorulmuştur. Bu konu ile ilgili olarak çalışmaya katılan hemşire, serviste makine eksikliği, ilaç eksikliği ve çocukların vakitlerini geçirebilecekleri tam kapsamlı bir oyun odası

eksiklikleri olduğunu belirtmiştir. Yine aynı şekilde, hem aile hem hemşire görüşleri bu konuda da örtüşmektedir.

Dördüncü olarak hemşireye Pediatrik Onkoloji Servisi'nde oyun odasının neden olması gerektiğine ilişkin görüşleri sorulmuştur. Yine aile görüşleriyle tutarlı bir şekilde de servis de görevli hemşire de oyun odasının elzem bir gereksinim olduğunu belirtirken şunları de eklemiştir:

Hemşire: *“Çocuklar tahlil yaparken bekletilirler. Bunu daha eğlenceli hale getirmek ve onların beklemelerini kolaylaştırmak ve sıkılmalarını önlemek için oyun odası olması gerekir. Bunun dışında oyun odası olursa çocukların bakımı hem aile hem de bizim açımızdan daha kolaylaşır”.*

Daha sonra hemşireye Pediatrik Onkoloji Servisi'nde bulunacak bir oyun odasının çocuklara fiziksel ve/veya psikolojik olarak ne gibi katkılar sağlayacağını sorulduğunda hemşire kesinlikle katkıda bulunacağını söylemiş ve görüşünü şu şekilde ifade etmiştir:

Hemşire: *“Her iki açıdan da katkı sağlayacağını düşünüyorum. Fiziksel olarak çocuklar edebildikleri kadar hareket edebilirler, psikolojik açıdan ise mutlu olur çocuklar, moralleri yerine gelir”.*

Bir önceki soruyla bağlantılı olarak hemşireye, Pediatrik Onkoloji Servisi'nde bulunacak bir oyun odasının çocukların gelişimine ne gibi bir katkıda bulunacağı sorulduğunda hemşire yine olumlu görüş bildirerek şu sözleri sarf etmiştir:

Hemşire: *“Oyun odasında çocukların birbirleri ile iletişimi daha iyi olur. Arkadaşlık kavramları gelişir, sosyalleşirler. Oyun odasında oyun oynarken hem öğrenirler hem de keyif alırlar. Oyun odası çocukların derslerinde de yardımcı olur”.*

Daha sonra hemşireye Pediatrik Onkoloji Servisinde oluşturulacak bir oyun odasında bulunması gereken beş özellik sorulmuştur. Hemşirenin cevapları oyuncak ve odanın tasarımına dikkat çektedir. Hemşire yorumu şu şekildedir:

Hemşire: *“1-Zihin geliştirici oyuncaklar (lego, yapboz); 2-Oyun odası çocukların isteklerine hitap etmeli; 3-Çocukların ilgisini çekecek ve onları mutlu edecek renklerin kullanılması gerek; 4-Temiz ve hijyenik olması gerekir çünkü çocuklar hassas; 5-İçinde onlarla ilgilenecek bir uzman öğretmen gerekir”*.



## Bölüm 5

### SONUÇ VE TARTIŞMA

Bu bölümde öncelikle çalışma bulguları özetlenecek ardından da elde edilen bulgularla alan yazında mevcut diğer çalışmalar karşılaştırılarak tartışmalı olarak üç başlık altında özetlenecektir. Bulguların yorumlanacağı alt başlıkları belirlemek için araştırma sorularından ve araştırmada kullanılan veri toplama araçlarından yola çıkılarak “şimdi neredeyiz ve bundan sonra nereye gitmeliyiz?” tarzında bir süreç izlenmiştir. Bu sürece uygun olarak aşağıdaki alt başlıklar geliştirilmiştir:

- 1) K.K.T.C. Lefkoşa Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi mevcut Pediatrik Onkoloji Servisi’nde ailelere ve sağlık personeline göre göze çarpan eksiklikler nelerdir?
- 2) Aile, çocuklar ve sağlık personeline göre K.K.T.C. Lefkoşa Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi mevcut Pediatrik Onkoloji Servisi’nde bir oyun odası bulunmasının çocuklar ve aileler açısından katkıları neler olacaktır?
- 3) K.K.T.C. Lefkoşa Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi mevcut Pediatrik Onkoloji Servisi’ne bir oyun odası yapılması durumunda ailelere, çocuklara ve sağlık personeline göre bu odanın sahip olması gereken nitelikler nelerdir?

#### 5.1 Çalışmanın Özeti

Bu çalışma Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti’nde kanser tedavisi gören farklı yaş gruplarındaki çocukların hastane ortamında oyun odası ihtiyaçlarına yönelik çocukların, ailelerin ve sağlık personelinin görüşlerini belirlemeyi amaçlamıştır. Bu

amaca ulaşabilmek adına çalışmanın en başında belirlenen araştırma sorusundan yola çıkmıştır:

“K.K.T.C’de kanser tedavisi gören farklı yaş grubu çocuklarının hastane ortamında oyun odası gereksinimlerine ilişkin çocuk, anne-baba ve sağlık personelinin görüşleri nelerdir?” Araştırma sorusuna cevap bulabilmek amacıyla Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti Lefkoşa Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi Pediatrik Onkoloji Servisi’nde tedavi gören otuz iki çocuğa mektup yoluyla hikaye tamamlama yöntemi kullanılarak çocuk görüşleri toplanırken tedavi gören çocukların anne veya babalarına uygulanan görüşme formu, aynı serviste çalışan bir hemşire ve bir doktora ise sağlık personeli görüşme formu uygulanarak aile ve sağlık personeli görüşleri belirlenmiştir. Elde edilen veriler betimsel analiz uygulanarak yorumlandığında aile ve sağlık personeline göre mevcut Pediatrik Onkoloji Servisi’nde göze çarpan eksiklikler saptanmıştır; Pediatrik Onkoloji Servisi’ne kurulacak bir oyun odasının çocukların tedavilerine ve gelişimlerine sağlayacağı katkıya ilişkin görüşler elde edilmiş ve son olarak aile, sağlık personeli ve çocuk görüşlerine göre mevcut Pediatrik Onkoloji Servisi’ne kurulacak bir oyun odasının sahip olması gereken özelliklere ilişkin bilgiler elde edilmiştir.

Genel olarak sonuçlara bakıldığında aile ve sağlık personeli görüşlerinin çoğunlukla örtüştüğü, mevcut Pediatrik Onkoloji Servisi’ndeki en önemli eksikliklerden birinin oyun odası ve eğitmen olarak görüldüğü gözlemlenmiştir. Ayrıca, mevcut Pediatrik Onkoloji Servisi’ne bir oyun odası yapılması durumunda böyle bir odanın ve o odada görevli olacak bir öğretmenin orada tedavi gören çocukların iyileşmelerine hem fiziksel hem de psikolojik katkıda bulunacağına ve çocukların gelişimini de destekleyeceğine inanılmaktadır.

Son olarak, Pediatrik Onkoloji Servisi'ne yapılacak bir oyun odasında aile, çocuk ve sağlık personeli görüşleri örtüşerek böyle bir odanın hijyenik olması, canlı renklerle boyanması ve döşenmesi, oyuncakların ve kitapların yanı sıra bilgisayar olması ve içerisinde görevli bir öğretmen olması gerektiği belirtilmiştir.

## **5.2 K.K.T.C. Lefkoşa Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi Mevcut Pediatrik Onkoloji Servisi'nde Ailelere Ve Sağlık Personeline Göre Göze Çarpan Eksiklikler Nelerdir?**

Bu bölümde mevcut K.K.T.C. Lefkoşa Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi mevcut Pediatrik Onkoloji Servisi'nde ailelerin ve sağlık personelinin gözüne çarpan eksikliklere ilişkin bulgular yorumlanacaktır.

Ailelere görüşlerine göre mevcut Pediatrik Onkoloji Servisi'nde birçok eksiklik bulunmaktadır ve bunların başında çocukların hastalıklarını unutup, iyi vakit geçirebilecekleri bir oyun odasının ve oyuncakların olmayışı gelmektedir. Oyun odasına ve oyuncaklara ek olarak ailelere göre mevcut Pediatrik Onkoloji Servisi'nde öğretmen eksikliği, sağlık personeli eksikliği (azlığı), bina yetersizliği (Pediatrik Onkoloji Servisi'nin yetişkin Onkoloji Servisi'nden ayrılması gerektiği düşünülmektedir), hasta odası sayısının azlığı, servis donanım yetersizliği, çocukların hastanede geçirdikleri süre boyunca eğitim desteğinin olmayışı, çocukların ve ailelerin temiz hava alabilecekleri bir bahçe olmayışı, ilaçların yetersizliği, psikolojik danışmanın olmayışı, hijyenik eksiklikleri ve cihaz eksiklikleri gibi konular aileler tarafından ciddi ve temel eksiklikler olarak görülmektedir.

Aynı serviste görevli hemşire ve doktor görüşleri de aile görüşleriyle örtüşmekte ve mevcut Pediatrik Onkoloji Servisi'nde servisteki makine eksikliklerine, ilaç eksikliğine, çocukların oynayabilecekleri bir oyun odası eksikliğine dikkat çekmektedirler.

Bu konu ile ilgili görüşlere bakıldığında mevcut Pediatrik Onkoloji Servisi'nde birçok ekipman eksikliği ve yetersizliğinin yanı sıra çocuklara psikolojik destek sağlayarak iyileşmelerine ve gelişmelerine katkıda bulunacak bir oyun odasının eksikliğinin fark edildiği ve hem aileler hem de sağlık personeli tarafından Pediatrik Onkoloji Servisi'nin önemli bir bölümü olarak düşünüldüğü görülmektedir.

Her ne kadar bu konuda mevcut alan yazın bulunmasa da Türkiye'de bulunan bazı Pediatrik Onkoloji Servisleri hakkında bilgilere bakıldığında yatak kapasitelerinin çok daha fazla olduğu, Pediatrik Onkoloji Servisi'nin hastaneden tamamen bağımsız olarak gerekirse ayrı bir klinik olarak yapılandırıldığı, tanı ve tedavi odalarına ek olarak gerekirse oyun odası bulunduğu görülmektedir. Oyun odası bulunmaması durumunda bireysel hasta odalarında mini buzdolabı, televizyon, klima ve DVD oynatıcıya ek olarak oyun konsollarının (playstation) bulunduğu gözlemlenebilir. Ayrıca, ailelere yönelik içerisinde bulaşık makinesi, elektrikli fırın gibi küçük ev aletlerinin bulunduğu bir mutfak bölümü de yer almaktadır (<http://www.samiulus.gov.tr/CocukOnkoloji.aspx>).

### **5.3 Aile, Çocuklar ve Sağlık Personeline Göre K.K.T.C. Lefkoşa Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi Mevcut Pediatrik Onkoloji Servisi'nde Bir Oyun Odası Bulunmasının Çocuklar Ve Aileler Açısından Katkıları Neler Olacaktır?**

Herkes tarafından bilindiği üzere kanser tedavisinde hastanın yaşı ne olursa olsun en önemli unsur hastanın morali ve mutluluğudur. Çocuklar göz önünde bulundurulduğunda bu unsur çok daha önemli hale gelmektedir. Farklı yaş gruplarında tedavi gören çocukların ve ailelerin tedavi süresince yaşam kalitesinin mümkün olduğunca yüksek seviyede tutulması çocukların mutluluğu, hastane ortamı, ailelerin psikolojik durumu, çocukların iyileşmelerine ve gelişmelerine sağlanan

katkı ve hastane ortamında eğitim desteği gibi bileşenler açısından değerlendirilebilir. Mevcut alan yazında hem ailelerin hem de çocukların tedavi sürecinde ve hastane ortamında yaşam kalitelerinin ölçülmesinin tedaviye sağlayacağı psikolojik katkıya dikkat çekilmektedir (Taş ve Yılmaz, 2008; Sertöz, 2010; Kantar, 2010).

Yaşam kalitesinin önemli bileşenlerinden biri olarak mevcut çalışmada ailelere ve sağlık personeline çocukların hastane ortamında mutlu olup olmadıkları sorularak cevapları çocukların cevaplarıyla karşılaştırılmıştır. Ortak görüşlere göre çocukların büyük bir çoğunluğunun hastane ortamında mutsuz oldukları görülmüştür. Ayrıca aileler de kendilerinin de mutsuz olduğunu, ihtiyaçlarını karşılayamadıklarını ve sürekli çocuklarıyla ilgilenirken fazlasıyla tükendiklerini belirtmişlerdir.

Hem çocukların hem de ailelerin mutsuzluğunu ve yaşam doyumlarının düşüklüğünü gösteren bu bulgular Baykan, Baykan ve Naçar'ın (2010) çalışmasının sonuçlarıyla uyum göstermektedir. Baykan, Baykan ve Naçar'ın (2010) kronik hastalığı olan çocuklar ve onların aileleriyle yaptıkları çalışmada da çocukların ve ailelerin hastane ortamında yaşam doyumlarının düşük olduğunu saptanmıştır.

Buna ek olarak, yine mevcut çalışmanın bulgularıyla tutarlı olarak Durualp, Kara, Yılmaz ve Alaybeyoğlu'nun (2010) 8-18 yaş arası 154 sağlıklı, 154 kronik hastalıklı çocuk ve onların aileleriyle gerçekleştirdiği çalışmada; sağlıklı çocuk ve ergenlerin hem fiziksel sağlık hem de psiko-sosyal sağlık puanlarının kronik hastalığa sahip çocuklardan daha yüksek olduğu görülmüş ve ailelerin anketlerinde de benzer sonuçlar elde edilmiştir.

Ailelerin yaşam doyumlarına ilişkin mevcut çalışmanın bulgusu, Ergin, Yüksel, Şen, Eser ve Özmen'in (2007) yaptıkları çalışmada astımlı çocuklar ve

onların ailelerin yaşam doyumlarına ilişkin yaptıkları çalışmanın bulgularıyla örtüşmemektedir.

Ergin ve arkadaşlarının (2007) çalışmalarının sonucunda çocukların ve ailelerin yaşam doyumları arasında önemli bir farklılık bulunmamış ve yaşam doyumlarının yüksek oluşu hastanenin düzenlediği eğitim ve bakım programlarıyla ilişkilendirilmiştir. Mevcut çalışmanın aksine bir sonuç ortaya koyan bu çalışma aslında mevcut çalışmanın önemine vurgu yapmaktadır. Hastanenin ailelere ve çocuklara sağladığı eğitimler, bakım programları ve diğer servisler K.K.T.C. Pediatrik Onkoloji Servisi'nde görülen eksiklikler arasında yer almaktadır.

Yine mevcut çalışmanın bulguları destekleyecek şekilde Pass ve Bolig'in (1993) oyun odaklı ve oyun odaklı olmayan iki farklı oyun etkinliği mekan türünü temsil eden iki hastanede, oyun saatlerinde doğal ortamlarda gözlenen 11'i erkek 4'ü kız 15 çocukla olan çalışmalarında oyun türlerine, sıklıklarına, oyunun içeriğine ve çocuklar arasındaki sosyal etkileşime bakılan çalışmalarında cinsiyet ve hastanede kalış süresinin seçilen oyun türüyle; hastalık türü ve çocuğun daha önce hastaneye yatıp yatmamasının ise oyun olmayan davranışlarla ilişkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca aynı çalışmada, oyunun önemine ek olarak, sadece ortamın ve oyuncakların değil, çocuklarının cinsiyetinin, hastanede kalış sürelerinin, daha önce hastane deneyimleri olup olmamasının da oyun türü, sıklığı ve tercihi etkileyen faktörler olduğu da öne sürülmüştür.

Mevcut Pediatrik Onkoloji Servisi'nde ne olursa mutlu olacaklarına ilişkin çocuk görüşlerinin tümü oyun odası yönünde fikir birliğinde olduklarını ve oyun odasının çocuklar için önemli olduğunu göstermiştir. Çocukların yanı sıra aileler ve sağlık personeli de Pediatrik Onkoloji Servisi'ne kurulacak bir oyun odasının çocukların mutlu etmeye ek olarak onlara psikolojik destek sağlayacağını ve

hastalıklarının unutmalarına katkıda bulunacağını belirtmişlerdir. Ayrıca, mevcut Pediatrik Onkoloji Servisi'ne oyun odası eklenmesinin çocukların motor, zihinsel ve kas gelişimleri gibi fiziksel gelişim yönlerine ve öğretmen eşliğinde bu odada vakit geçirmenin eğitim eksikliklerini en aza indirmeye katkıda bulunacağı aile ve sağlık personelinin görüşleridir.

Bu bulgularla bağdaşan bir çalışmada ise Çırak (2015) hastalık ve hastaneye yatırılmanın farklı yaşlardaki çocukları olumsuz etkileyebileceğini ve bu etkilerin en aza indirgenebilmesi için çocuğun sağlığının izin verdiği sürece tedaviye oyunun dahil edilmesi, okul öncesi çağlarda olan çocuklarda ise yemek yeme, tuvalet gibi becerilerin oyunlar aracılığı ile eğlenceli hale getirilmesi önermiştir.

Ayrıca, Jun-Tai (2008)'nin yaptığı alan yazın taraması ve vaka çalışması olarak incelediği sekiz yaşındaki bir egzema hastası çocuğun görüşleri, hastane ortamında oyunun sadece çocukların gelişimini desteklemekle kalmadığını; aynı zamanda, çocukların çevrelerini tanımlarına ve durumlarına adapte olmalarına yardımcı olduğunu göstermektedir.

Oyunun tedavi sürecine dahil edilmesinin olumlu sonuçlarını ortaya koyan diğer çalışmalar (Rubin ve diğerleri, 1978; Garipey ve Howe, 2003; Haiat ve diğerleri, 2003; Kayalı ve diğerleri, 2014) da mevcut Pediatrik Onkoloji Servisi'nde oyun odasının ihtiyaç olduğunu ve gerçekten çocukların tedavisinde, gelişimlerinde ve eğitsel açıdan katkıda bulunacağını göstermektedirler.

Yine bu bulguları destekleyen bir başka çalışma ise Ünüvar'ın (2011) 3-7 yaş arası hastanede yatarak tedavi gören çocukların eğitsel açıdan desteklenmesi için etkinlikler planladığı ve bu etkinlikler öğretmen adayları tarafından hastane ortamlarında uygulayarak çocukların eğitimlerini desteklediği çalışmasıdır. Bu çalışmada da yaşları ne kadar küçük olursa olsun tüm çocukların hastane ortamında

gelişimlerini destekleyecek bir oyun / etkinlik ortamına gereksinim duyduklarını ortaya çıkarmaktadır.

Bu bulguları destekleyen ve çocuklara tedavi sürecinde psikolojik ve eğitsel destek sağlayabilecek etkinliklerin düzenlenebilmesi için beş farklı yaklaşımı (Aile Merkezli Bakım Yaklaşımı, Tedavi Edici Oyun Yaklaşımı, Çocuk Yaşam Hizmetleri Yaklaşımı, Eğitim Etkinlikleri – Hastane Okulları Yaklaşımı ve Ağrı Kontrolü Yaklaşımı) ele alan bir çalışma ise Atay ve arkadaşları (2011) tarafından yürütülmüştür. Yaklaşımlar detaylı olarak incelendiğini tek bir yaklaşımın benimsenmesi yerine beş yaklaşımın bir araya getirilerek hastane ortamlarının ve eğitsel etkinliklerin düzenlenmesinin çocuklara en üst seviyede katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Çalışmamızda anne baba ve sağlık personeli görüşleri birlikte değerlendirildiğinde mevcut Pediatrik Onkoloji Servisi'ne bir oyun odası yapılmasının çocuklarının bakımıyla ilgilenen anne babalara çocukları orada vakit geçirirken mola verecek ve kendi ihtiyaçlarını giderecek fırsat tanınmasının yanı sıra en büyük katkısının çocuklara moral desteği sağlamak, hastalıklarını unutacak fırsatlar sunacak ve öğretmen bulunması durumunda düzenlenecek etkinliklerin hem çocukların gelişimlerini hem de eğitimlerini destekleyeceğinin düşünüldüğü görülmektedir.

#### **5.4 K.K.T.C. Lefkoşa Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi Mevcut Pediatrik Onkoloji Servisi'ne Bir Oyun Odası Yapılması Durumunda Ailelere, Çocuklara Ve Sağlık Personeline Göre Bu Odanın Sahip Olması Gereken Nitelikler Nelerdir?**

K.K.T.C. Lefkoşa Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi Pediatrik Onkoloji Servisi'ne yapılacak olan olası bir oyun odasının niteliklerine, donanımı ve



orada bulunması gereken kişilere ilişkin aile, çocuk ve sağlık personeli görüşleri arasında benzerlikler bulunmaktadır. Üç farklı gruptaki katılımcılara da böyle bir oyun odasının nitelikleri arasında canlı renkler kullanılması, hijyenik olması, geniş ve ferah olması, çocukların ilgisini çekecek şekilde hem aile hem de okul ortamına benzemesi gibi özellikler yer almaktadır.

Yine aynı şekilde oyun odasının içinde neler bulunmasını istediklerine ilişkin soruya verilen cevaplar üç katılımcı grubunda da benzerlik göstermişlerdir. Aile, çocuklar ve sağlık personeli oyun odasında çeşitli oyuncakların, kitapların, renkli boyaların, bilgisayar ve İnternet, küçük park alanı, zeka oyunları ve eğitici oyuncaklar, oyuncak bebekler ve renkli masa-sandalye ve küçük bir bahçeye açılması gibi donanıma sahip olması gerektiğini belirtmişlerdir.

Mevcut araştırmanın bulgularından oyun ve teknoloji gereksinimi destekleyen bir çalışma Kato ve Beale (2006) tarafından yaşları 6 ile 25 arasında değişen, halihazırda kanser tedavi gören ve yıldan az bir süredir terapiye devam eden 43 çocuk ve yetişkine 2 dakikalık kanser ile ilgili bir video gösterdikleri çalışmalarıdır. Bu çalışmanın sonuçlarına göre 2 dakikalık video gösterimden sonra katılımcıların kanser ile ilgili bir video oyununu kabul edeceklerini hatta oynamaya dair isteklerinin yüksek olduğunu görülmüştür. Bu video oyunu kanseri açıklamak ve durumlarını kabullendirmek amacıyla kullanılabilmenin yanı sıra, psiko-eğitsel oyun ve teknoloji kullanımının olumlu etkilerinin altını çizmektedir.

Yine benzer çalışmalardan birinde Nilsson ve diğerleri (2009) Yapay Gerçeklik oyunlarının pediatrik onkoloji bölümü hastalarının iğne kullanılan prosedürlerde ağrı yönetimi amacıyla kullanılmasının olumlu etkilerine dikkat çekmişlerdir. Bir diğerinde ise, Kauhanen ve diğerleri (2014)'de 3-16 yaş arası

çocuklarda kanser tedavisi sürecinde fiziksel aktiviteyi artırmak amacıyla aktif video oyunlarının olumlu etkilerini ortaya koymuşlardır.

Bahçe gereksinimi bulgusunu destekleyecek bir çalışma ise Sherman ve diğerlerinin (2005) çalışmasında ise pediatrik kanser merkezinin etrafındaki üç adet iyileştirici bahçe incelenmiştir. Tüm bahçelerde oturma alanları, çiçekler ve bitkiler mevcuttu ama boyut, özellikler ve kullanıcı gruplarının erişimi açısından farklılık göstermekteydiler. En kolay hasta erişimine sahip en büyük bahçe araştırmada kullanılmış ve sonucunda iyileştirme bahçelerinin çocukların tedavilerine katkıda bulunduğu ve pediatrik ünitelerde kullanılabileceği sonucuna ulaşılmıştır.

Buna ek olarak, Burger ve diğerlerinin (2013) ise benzer bir çalışmada onkoloji bölümünde yatan çocukların tedavisi için uygun oyun odası hazırlanması adına gereksinimleri belirlemek için on ay boyunca katılımcılardan farklı tasarımlara ilişkin görüşler elde ettikleri ve sonucunda oyun odasının sıcak, arkadaş canlısı, davet edici ve tehdit etmeyen özelliklere sahip olması gerektiği konusunda hem fikir oldukları görülmüştür. Katılımcıların önerdiği etkinlikler arasında okuma, ip atlama, sanat etkinlikleri ve serbest oyun bulunmuştur.

Hastenede bulunması gereken kişilere ilişkin olarak ise tüm katılımcı grupları öğretmen cevabını vererek oyun odasında bulunacak ve etkinlikler organize edecek bir öğretmenin çocukların zihinsel ve eğitsel gelişimlerine çok büyük katkıda bulunacağını belirtmişlerdir.

Bütün bu bulgular, Pediatrik Onkoloji Servisleri ve içinde yer alacak bir oyun odası tasarlanırken, aile, çocuk ve sağlık personeli görüşlerinin çok önemli olduğunu ve bu ihtiyaçlara göre düzenlenecek bir oyun odasının tedavi sürecinde psikolojik ve moral desteğini hem ailelere hem de çocuklara sağlayacağını ortaya koymaktadır. Bu genel çıkarımı destekleyen çalışmalardan bir tanesi Silav Utkan'ın (2012) çocukların

hastane odalarına yönelik duygularını ve beklentilerini projektif yöntem olan resim çizme yoluyla hayallerindeki hastane odasını çizmelerini isteyerek analiz ettiği ve sonucunda çocukların hastanedeki yatak odaları veya hastanelerim çocuk bakım bölümleri tasarlanırken çizimlerde temsil edilen fiziksel ve duygular gereksinimlerin göz önünde bulundurulması, hastanede yatarak tedavi gören çocukların duygusal gelişimine olumlu etki yapmakla beraber stres seviyeleri azaltmaya da yardımcı olacağını önerdiği çalışmasıdır.

Yine benzer bir şekilde, mevcut çalışmanın da yöntem bölümünden esinlendiği Schalkers ve arkadaşları (2014) ise 6-18 yaş arası 63 çocuk ve ergenle yaptıkları çalışmada Hollanda'da sunulan sağlık hizmetleri ve kalitesine yönelik katılımcıların görüşlerini sesli fotoğraf ve hastane yöneticisine mektup gibi yöntemlerle toplayarak çocukların görüşleri doğrultusunda hastanelerde sunulan hizmetlerin iyileştirilebilmesi ve yeniden yapılandırılabilmesi için somut dayanaklar ve fikirler ortaya koymuştur.

Pediyatrik Onkoloji Servisi ve/veya bu servise ait bir oyun odası tasarımında çocuklarının görüşlerinin kesinlikle alınması ve bu ihtiyaçlara göre tasarlanması çıkarımını özellikle destekleyen çalışmalardan bir tanesi Norton-Westwood'un (2012) 1980-2010 yılları arasında yayınlanan ve hastanede tedavi gören çocuklara odaklanan makaleleri incelediği ve bunun sonucunda çocukların uzun zaman geçirmek zorunda oldukları hastane ortamlarını tasarlamakta ve gereksinimlerini belirtmekte etkili olduklarını, düşünceleri dikkate alındığı takdirde tedavi sürecinde yaşanan stres boyutlarının azaldığı ve çocukların hastane ortamına yönelik görüşlerini olumlu olarak değiştirdiğinin gözlemlendiği çalışmasıdır.

Bu ek olarak, Robertson ve Balaam (2013) çalışmalarında hastane ortamlarını, 10 ay boyunca farklı tasarım etkinlikleri ve kullanıcı odaklı yöntemler

uygulayarak 8-14 yaş aralığındaki katılımcılardan görüşlerini alarak oyun odasını bu görüşler doğrultusunda tasarlamışlardır. Yeni tasarımdan sonra yapılan gözlemler yapılan değişikliklerin ve tasarımların çocuklar üzerinde olumlu etkiler yaptığını öne sürmüşlerdir.

Yukarıda sunulan tüm çalışmaların sonuçları özetlendiğinde, süreğen hastalığı olan ve özellikle de kanser gibi bir hastalık nedeniyle yaşamının önemli bir süresini hastane ortamında geçirmesi gereken çocuklar ve aileleri açısından hastane ortamında düzenlenecek oyun odası hastalık süresi yaşam kalitelerine ve iyileşmelerine olumlu katkıda bulunacaktır.

Hasta çocuklar ve aileleri “neden oyun odası istedikleri” ve “nasıl bir oyun odasını gereksinim duydukları” konularında açık ve kesin görüşlere sahiptirler. Bu görüşler büyük ölçüde bu üçgenin parçası olan sağlık çalışanları tarafından da desteklenmektedir.

## Bölüm 6

### ÖNERİLER

Günümüzde gittikçe artan çocuk yaştaki kanser vakalarının sayısı düşünüldüğünde farklı yaş gruplarındaki çocuklara tanı koymak ve onları tedavi etmekle yükümlü olan Pediatrik Onkoloji Servislerinin önemi su götürmez bir gerçektir. Bu servisler içerisinde hem sağlık personelinin rahat çalışabileceği, hem ailelerini rahatça çocuklarıyla ilgilenebilecekleri, hem de çocukların zaman zaman hastalıklarını unutup mutlu olabilecekleri alanlar yaratılması olumlu tedavi süreci ve sonuçları için büyük önem taşımaktadır.

Bu çalışmada, Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nde bulunan tek Pediatrik Onkoloji Servisi'nde oyun odasının ihtiyacının olup olmadığını aile, çocuk ve sağlık personeli görüşlerine göre incelenmiştir. Oyun odasının ihtiyacının belirlenebilmesi için aile ve sağlık personeline mevcut Pediatrik Onkoloji Servisi'nin eksikleri sorulduktan sonra servise kurulacak bir oyun odasının aile, sağlık personeli ve çocuklar açısından ne gibi katkılar sağlayacağına ilişkin görüşler toplanmıştır. Son olarak ise, ailelerin, sağlık personelinin ve çocukların Pediatrik Onkoloji Servisi'ne kurulacak bir oyun odasının sahip olması gereken tasarım, donanım ve orada görevli olması gereken kişilere ilişkin görüşleri alınmıştır.

Kuzey Kıbrıs'ta gerçekleştirilen ilk çalışma olarak oyun odasının hasta çocuklar, anne-baba ve sağlık personeli tarafından gerekli görülüp görülmediğini gerekçeleriyle birlikte araştırmıştır. Çalışmadan elde edilen bulguların “çocuk dostu hastane” kavramının yerleşmesinde ve ülkede yapılan/yeniden yapılandırılan tüm

sağlık kurumlarında hasta çocukların esenliğini sağlayıcı düzenlemelere yol açmasında katkıda bulunacağı düşünülmektedir. Bu açılardan bakıldığında bu çalışma mevcut bilimsel birikime olduğu kadar eğitsel etkinliklerin düzenlenmesine de katkıda bulunma kapasitesine sahiptir.

Türkiye’de bulunan örnekler gibi Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti’nde mevcut tek Pediatrik Onkoloji Servisi’ne toplumun tüm kesimleri ve ilgili kurumlarca daha fazla ilgi gösterilmelidir. Pediatrik Onkoloji Servisi’nin genel Onkoloji Servisi’nden ayrı bir binaya taşınmasının ve gerekli donanım ve ekipmanla desteklenmesinin çocukların gelişimlerine ve en önemlisi iyileşmelerine büyük ölçüde katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Elde edilen sonuçlar ışığında mevcut çalışmadan ortaya çıkan çıkarımlar şu şekilde sıralanabilir:

- Çocukların gelişimlerinin, eğitimlerinin ve tedavilerinin daha iyi yürütülebilmesi için kesinlikle tam donanımlı ama en önemlisi çocuk dostu bir Pediatrik Onkoloji Servisi oluşturulmalıdır.
- Bu çalışmada yer alan çocukların hastalıkları uzun süreli olduğu için iyileştikten sonra normal hayatlarına kaldıkları yerden en az kayıpla devam edebilmeleri için mutlaka oyun odasında bir uzman öğretmen bulunması gerekmektedir. Böylece, çocuklardan hastaneden çıktıktan sonra yaşlılarıyla aynı sınıflarda eğitim almaya devam edebilirler. K.K.T.C. Sağlık Bakanlığı ve Eğitim Bakanlığı bu konuda gerekli çalışmaları ortaklaşa yürütebilirler.
- KKTC’de çocuklara hizmet veren tüm hastane ve sağlık kurumlarının, “çocuk dostu hastane” olarak yapılanmaları; çocukların gelişimlerini ve iyileşme sürecini destekleyici “ oyun odası” ile eğitimlerinin aksamaması için “

hastane okulu” benzeri düzenlemelerin ivedilikle gerçekleşmesi için gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.

- Hastalıklarına bağlı özel gereksinimleri nedeniyle çocuklar hassas oldukları için onların bakımı aileleri için de çok zordur ve belli bir süre sonra aileler de yetersiz kalmaktadırlar. Bunun en aza indirgenebilmesi için ailelere psikolojik desteğin yanı sıra ocuk gelişimi, ocuk bakımı gibi eğitimler verilebilir. Sağlık personelinin de yer alabileceği bu eğitimler sistemli bir şekilde her ay düzenlenebilir. Bunun yanı sıra çocuklar için hastalık sürecini daha yakından izleyip yaşıadıkları olayları anlamlandırabilmelerini sağlayıcı biçimde gelişimlerine uygun eğitim programları oluşturulmalıdır.
- Mevcut çalışmaya benzer bir alışma, Türkiye’deki Pediatrik Onkoloji Servislerinden de tekrar edilerek sonuçlar karşılaştırmalı olarak incelenebilir.
- Mevcut çalışmaya benzeyen veya daha geniş kapsama sahip çalışmalar belli aralıklarla ve farklı yöntemler uygulanarak tekrar edilerek sonuçları doğrultusunda Pediatrik Onkoloji Servisi’nde gerekli değişiklikler yapılabilir.
- Hastalığı ağır durumda olup da oyun odasına gidemeyecek olan çocuklar için oyunun onlara iletilmesini sağlayacak donanımın Pediatrik Onkoloji Birimi’nde bulunmasının da çocukların gelişimlerine katkı sağlayacağı düşünölmektedir.
- 0-18 yaş aralığındaki bireylerin ocuk olarak kabul edilmesinden dolayı oyun odalarının bir bölümünde kesinlikle ergenlik dönemindeki çocuklar için gerekli materyallerin bulundurulmasının da bu yaş grubundaki çocukların gelişimine katkıda bulunacağı düşünölmektedir.

## KAYNAKLAR

- Acehan, G. (2011). Hastaneye Yatmanın Yaş Dönemlerine Göre Çocuk Üzerindeki Etkileri ve Hemşirenin Rolü. [http://www.acibademhemsirelik.com/e-dergi/yeni\\_tasarim/files/Hastaneye%20Yatman%C4%B1n%20Ya%C5%9F%20D%C3%B6nemlerine%20.pdf](http://www.acibademhemsirelik.com/e-dergi/yeni_tasarim/files/Hastaneye%20Yatman%C4%B1n%20Ya%C5%9F%20D%C3%B6nemlerine%20.pdf)
- Ak, B. (2013). Kronik ve Yaşamış Tehdit Edici /Ölümcül Hastalığı olan çocuk ve Hemşirelik Yaklaşımı. Zeynep Conk, Zümrüt Başbakkal, Hatice Bal Yılmaz, Bahire Bolşık (Ed.), *Pediatric Hemşireliği içinde (901 – 918)*. Ankara: Akademisyen.
- Aldis, S., Horstman, M., O’Leary, C., Richardson, A., Gibson, F. (2009). What is important to young children who have cancer while in hospital? *Children and Society*, 23. s: 85-98.
- Altunışık, R., Çoşkun, R., Yıldırım, E. ve Bayraktaroğlu, S. (2010). *Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri*. 6.Baskı, Sakarya: Sakarya Kitabevi.
- Arıkan, D., Çelebioğlu, A., Güdücü Tüfekçi, F.(2013). Çocukluk Dönemlerinde Büyüme ve Gelişme. Zeynep Conk, Zümrüt Başbakkal, Hatice Bal Yılmaz, Bahire Bolşık (Ed.), *Pediatric Hemşireliği içinde ( 53-66 )*. Ankara: Akademisyen
- Atay, M. (2005). *Çocukluk Döneminde gelişim*. Ankara: Kök



Atay, G., Eras, Z., ve Ertem, İ. (2011). Çocuk hastaların hastane yatışları sırasında gelişimlerinin desteklenmesi. *Çocuk Dergisi*, 11(1), 1-4.

Ayan, İ. Çocukluk Çağı Kanseri. *Martı*, 10, 4-9.

Bar-Mor, G. (1997). Preparation of Children for Surgery and Invasive Procedures: Milestones on the way to success. *Journal of Pediatric Nursing*, 12(4).

Bayhan, S. P. ve Artan, İ. (2004). *Çocuk Gelişimi ve Eğitimi*. İstanbul: Morpa

Baykan, Z., Baykan, A., Naçar. M. (2010).Kronik hastalıklı çocukları olan ailelerin yaşam doyumlarının incelenmesi. *Yeni Tıp Dergisi*; 27, 174-177.

Beytut, D. Ş., Bolşık, B., Solak, U., Seyfioğlu, U. (2009). Çocuklarda Hastaneye Yatma Etkilerinin Projektif Yöntem Olan Resim Çizme Yoluyla İncelenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2(3). 35-44

Boztepe, H. ve Çavuşoğlu, H. (2009). Bir Üniversite Hastanesindeki Uygulamaların Aile Merkezli Bakım Yönünden İncelenmesi. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*,16(1), 11-24.

Bronfenbrenner U., & Morris, P. A. (1998). The ecology of developmental processes. In R. M. Lerner (Ed.), *Handbook of Child Psychology*, New York: Wiley.

- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Bronfenbrenner, U. (1989). Ecological systems theory. *Annals of Child Development*, 6, 187–249.
- Bronfenbrenner, U. (2000). Ecological systems theory. In A. Kazdin (Ed.), *Encyclopaedia of Psychology*, Washington, DC: American Psychological Association
- Bronfenbrenner, U. (2001). The bioecological theory of human development. In N. J. Smelser & P. B. Baltes (Eds.), *International encyclopaedia of the social and behavioural sciences* ( 6963–6970). Oxford, UK: Elsevier.
- Burger, Y., Kenke, M., Aucamp, N., & Le Roux, M. (2013). Design aspects of a hospital playroom to aid the well-being of hospitalised oncology children-a case study. *Interim: Interdisciplinary Journal*, 12(4), 1-18.
- Büyükönenç, L., ve Törüner, E. K.(2013).Çocukluk Yaşlarında Ağrı ve Hemşirelik Yöntemi. Zeynep Conk, Zümrüt Başbakkal, Hatice Bal Yılmaz, Bahire Bolışık (Ed.), *Pediatric Hemşireliği içinde* (881 – 900). Ankara: Akademisyen.
- Büyüköztürk, Ş., Kılıç Çakmak, E., Akgün, Ö. E., Karadeniz, Ş., Demirel, F. *Bilimsel Araştırma Yöntemleri*. 6. Baskı. Ankara:Pegem.

Büyüköztürk, Ş., Kılıç Çakmak, E., Akgün, Ö. E., Karadeniz, Ş., Demirel, F.  
*Bilimsel Araştırma Yöntemleri*. 18. Baskı. Ankara:Pegem.

Cimete, G., Kuşuoğlu, S., Dede Çınar, N. (2007). Çocuk, Hastalık ve Hastane Ortamı. Zeynep Conk, Zümrüt Başbakkal, Hatice Bal Yılmaz, Bahire Bolışık (Ed.), *Pediatric Hemşireliği içinde (101 – 141)*. Ankara: Akademisyen

Conk Z, Başbakkal Z ve Yardımcı F.(2013). Onkolojik Sorunu Olan Çocuk ve Hemşirelik Bakımı. Zeynep Conk, Zümrüt Başbakkal, Hatice Bal Yılmaz, Bahire Bolışık (Ed.), *Pediatric Hemşireliği içinde (1 – 52)*. Ankara: Akademisyen

Coyne, I.(2006). Children's experiences of hospitalization. *Journal of Child Health Care*, 10(4).326-336.

Çakıroğlu S (1991). Pediatrik onkoloji kliniklerinde oyunun önemi, *Hemşirelik Bülteni*, 5(1), 7-11

Çalbayram, Ç. N. (2015). Anne ve Çocuk Sağlığı. Handan Boztepe (Ed.), *Her Yönüyle Okul Öncesi Eğitim- 9* içinde (159-182). Ankara: Matsa.

Çavuşoğlu, H. (2008). *Çocuk Sağlığı Hemşireliği*. Ankara: Dizgi

Çırak, S.G. (2015). Hastanede kalmanın çocuk üzerine etkileri. Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezi Yayınları.

<http://www.ilgiozelegitim.com/index.php?goto=konuk&idx=45>

Çuhadaroğlu, F.,(1996). ‘A Family Treated by Integrated Family Therapy’ *Aile Tedavileri* içinde E. Kerimoğlu. Ankara Üniversitesi Basımevi, Ankara (1996).

Dahlberg, G., Moss, P. Ve Pence, A. (2007). *Beyond quality in early childhood education and care: Languages of evaluation*. New York: Routledge.

Dr. Sami Ulus Kadın Doğum, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi. <http://www.samiulus.gov.tr/CocukOnkoloji.aspx>

Derman, O. (2008). Ergenlerde Psikososyal Gelişim.*Adolesan Sağlığı II Sempozyom Dizisi*.63, 19-21

Durualp, E., Kara, N. F., Yılmaz, V., Alaybeyoğlu, K. (2010). Kronik Hastalığı Olan ve Olmayan Çocukların ve Ebeveynlerinin Görüşlerine Göre Yaşam Kalitelerinin Karşılaştırılması. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*,63(2), 55-63

Er, D. M. (2006). Çocuk, hastalık, anne-babalar ve kardeşler. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 49(2). s.155-168.

Erdemir, F., Taş Arslan, F. (2013). Onkolojij Sorunu Olan Çocuk ve Hemşirelik Bakımı. Zeynep Conk, Zümrüt Başbakkal, Hatice Bal Yılmaz, Bahire Bolışık (Ed.), *Pediatric Hemşireliği içinde* ( 765 – 819). Ankara: Akademisyen

- Ercan S. (2003) ‘*Relationship Between Psychological Preparation Preoperative and Postoperative Anxiety and Coping Strategies in Children and Adolescents Undergoing Surgery.* ‘Hacettepe Üniversitesi Psikoloji Bölümü Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- Erdiller, Z. B. (2014). Okul Öncesi Dönemde Gelişim.. Figen Turan, Arzu İpek Yükselen (Ed.), *Her Yönüyle Okul Öncesi-1* içinde, (211- 328).Ankara: Matsa
- Erdoğan, A., Karaman, M. G.(2008). Kronik ve ölümcül hastalığı olan çocuk ve ergenlerde ruhsal sorunların tanınması ve yönetilmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 9(4):244-252
- Ergin D, Yüksel H, Şen N, Eser. E. ve Özmen, D. (2007).*Astımlı çocuklar ile sağlıklı çocukların ve ailelerinin yaşam kalitesinin karşılaştırılması ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin incelenmesi. 2. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongre’de sunulan bildiri. İzmir, Türkiye, 5-7 Nisan .*
- Erkan, S.(2011).Gelişim Psikolojisinde Temel Kavramlar. Yaşar Özbay ve Serdar Erkan (Ed.), *Eğitim Psikolojisi* içinde.Ankara: Pegem.
- Fidaner, C. (2004) *Sağlıkta yaşam kalitesi kavramı. 1. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyum’da sunulan bildiri.*İzmir, Türkiye, 8 – 10 Nisan.
- Gander, M.J. ve Gardiner, H.W. (1993). *Çocuk ve Ergen Gelişimi.* Çev: A. Dönmez, N.Çelen ve B. Onur. Ankara: İmge Kitapevi

Garipey, N., Howe, N. (2003). The therapeutic power of play: examining the play of young children leukaemia. *Child Care, Health and Development*, 29(6).

Gönener, H. D., Güner İ., Güneş F.(2006). ‘‘Çocukları Ameliyat Olacak Ebeveynlerin, Ameliyat Öncesi ve Sonrası endişelerinin Belirlenmesi’’. *Hemşirelik Forumu*, (2), 100-105.

Gönener, D., Görak, G.(2009). Okul Yaş Grubu Çocukların Hastane ve Hastalığı ile İlgili Bilgilendirme Durumlarının Endişe Kaynakları İle Etkileşimi. *Gaziantep Tıp Dergisi*, 15(1), 41-48.

Gülsel, S., Yıldırım, K. Z., Büyükavcı, M. (2014).Kanserli Çocukların ve anne – babalarının yaşam kalitesi diğer hastalardan farklı mı?. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* , 57(1), 16-23.

Haiat, H., Bar-Mor, G., Shochat, M.(2003).The World of the Child: A World Of Play Even in the Hospital. *Journal of Pediatric Nursing*, 18(3). 209-214.

Hastaneye Yatışın Çocuk Üzerindeki Etkileri. <http://www.kadikoysifa.com/sifali-bilgiler/215/hastaneye-yatisin-cocuklar-uzerindeki-etkileri.aspx>

Işıkhan, V.( 2008).Terminal dönemdeki kanser hastalarının ölüm yeri tercihleri. *Türk Onkoloji Dergisi*. 2 (1), 3-44 .

İnal-Emiroğlu, F.N., Pekcanlar-Akay, A., (2008). Kronik Hastalıklar, hastaneye yatış ve çocuk. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 22(2), 99-105

İşmen Gazioğlu, E. (2011).” Ailede Disiplin Anlayışı”. *Ana Baba Okulu*. İstanbul: Remzi Kitap Evi,159-176.

Jun-Tai, N. (2008). Play in hospital. *Pediatrics and Child Health*. 18(5),233-237.

Kantar, M. (2010). *Pediatric Onkoloji Hastalarında Yaşam Kalitesi*. 3.Ulusal Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongresi’nde sunulan bildiri. İzmir, Türkiye, 25 - 27 Mart.

Karabudak, SS. (2008). *Diyaliz tedavisi alan çocuğun hastalığının aile bireyleri üzerinde biyopsikososyal etkilerinin fenomenolojik olarak belirlenmesi* . Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi, İzmir.

Karakoç Ö., Erkan M., Oto R. (2001) ‘‘Çocuk Cerrahisi Servisinde Yatan Hastaların Ebeveynlerinin Anksiyete Düzeylerin ve Bazı Sosyo – Demografik Özelliklerle İlişkisi’’. *Hemşirelik Forumu* 4, 32-36

Kato, P. ve Beale, I. (2006). Factors Affecting Acceptability to Young Cancer Patients of a Psychoeducational Video Game about Cancer. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 23(5), 269-275.

Kauhanen, L., Jarvela, L., Lahleenmaki, P.M., Arola, M., Heinonen, O. J., Axelin, A., Lilius, J., Vahberg, T., Salanterä, S. (2014).Active video games to promote physical activity in children with cancer: a randomized clinical trial with follow-up. *BMC pediatrics*, 14(1). 94-104.

- Kayalı, F., Peters, K., Reithofer, A., Mateus-Berr, R., Lehner, Z., Martinek, D., Sprung, M., Silbernagl, M., Woelfle, R., Lawitschka, A., Hlavacs, H. (2014). A participatory game design approach for children after cancer treatment. *ACEM14 Workshops*.
- Kıran, Çalık ve Esenay (2013). Terapotik Oyun: Hasta Çocuk İle İletişimin Anahtarı. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(1-2-3), 1 -10.
- Koller, D., & McLaren, C. (2014). Children's Emotional Responses to a Paediatric Hospital Atrium. *Children & Society*, 28(6), 451-464.
- Köçkar, Ç., & Gürol, A. (2013). Anxiety, Aggression and Self-Esteem Analysis through Pictures in Children with Cancer. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 21(1), 33-39.
- Lambert, V., Coad, J., Hicks, P., & Glacken, M. (2014). Social spaces for young children in hospital. *Child: care, health and development*, 40(2), 195-204.
- Loeser Jd., Buther SH.(2001). *Bonica's Management of Pain*, Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 17-25, 310-328.
- Mattson A. (1972) Long-term physical illness in childhood. A. Challenge to psychosocial adaptation. *Pediatrics*: 50: 801-811
- Meleksi, D.D., 2002. Families with chronically ill children. *American Journal of Nursing*, 102(3), 47-54.



- Nilsson, S., Finnstrom, B., Kokinsky, E., Enskar, K. (2009). The use of Virtual Reality for needle-related procedural pain and distress in children and adolescents in a paediatric oncology unit. *European Journal of Oncology Nursing*, 13(2), 102-109.
- Norton-Westwood, D. (2012). The health-care environment through the eyes of a child—Does it soothe or provoke anxiety?. *International journal of nursing practice*, 18(1), 7-11.
- Oğuzkan, Ş. ve Oral, G.(1996). *Okul Öncesi Eğitimi*. 6. Baskı. İstanbul: Milli Eğitim Basımevi.
- Oktay, A. (2000). *Yaşamın Sihirli Yılları: Okul Öncesi Dönem*. 2. Baskı. İstanbul: Epsilon Yayıncılık.
- Okuyucu H (2003). Latent dönemde (6-12 Yaş) çocukların hastane ve hemşireyi algılayış durumlarının incelenmesi. *Çocuk Forumu Dergisi*, 6(3):34-38.
- Önen, Ö. (2010). *Psiko-Onkolojide Yaşam Kalitesinin Yeri*. 3.Ulusal Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongresi'nde sunulan bildiri. İzmir, Türkiye, 25 - 27 Mart.
- Özyılkan, Ö. (2004). 1. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyum'da sunulan bildiri.İzmir, Türkiye, 8 – 10 Nisan.

- Park JH (2004). *Development of instruments to measure Korean-American and Korean Children's emotional reactions to hospitalization*. Doctor of Philosophy School of Nursing. Faculty of the Graduate School of the University of Colorado. United States.
- Pass, M. D., & Bolig, R. (1993). A comparison of play behaviors in two child life program variations. *Children's Health Care*, 22(1), 5-17.
- Poyraz, H. (2003). *Okulöncesi Dönemde Oyun ve Oyuncak*. 2. Baskı. Ankara: Anı Yayıncılık
- Rajmil, L., Herdman, M., de Sanmamed, M. J. F., Detmar, S., Bruil, J., Ravens-Sieberer, U., & Auquier, P. (2004). Generic health-related quality of life instruments in children and adolescents: a qualitative analysis of content. *Journal of adolescent Health*, 34(1), 37-45.
- Robertson, J., & Balaam, M. (2013, June). Designing for the needs of child patients in hospital settings. *In Proceedings of the 12th International Conference on Interaction Design and Children* ( 625-627). ACM.
- Rubin, K. H. Watson, K. S., & Jambor, T. W. (1978). Free-play Behaviors in preschool and kindergarten children. *Child Development*, 32(4),
- Sartain, S., Clarke, C., Heyman, R. (2000). Hearing the voices of children with chronic illness. *Journal of Advanced Nursing*, 32(4). 534-536.

- Schalkers, I., Dedding, C. W., & Bunders, J. F. (2014). '[I would like] a place to be alone, other than the toilet'—Children's perspectives on paediatric hospital care in the Netherlands. *Health Expectations*.
- Schmitke, J., Schlomann, P., (2002). Chronic conditions (ed:Potts NL, Mandleco BL) In: Pediatric Nursing, Caring For Children And Their Families. Second Ed., *Delmar Cengage Learning*, 493 – 510.
- Sertöz, Ö.Ö. (2010). *Psiko-Onkolojide Yaşam Kalitesinin Yeri*. 3.Ulusal Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongresi'nde sunulan bildiri. İzmir, Türkiye, 25 - 27 Mart.
- Sezer, S., Saya, P., (2009). Gelişimsel açıdan ölüm kavramı. *Dicle Üniversitesi Ziya Gökalp Eğitim Fakültesi Dergisi*, 13, 151-165
- Sherman, S. A., Varni, J. W., Ulrich, R. S., & Malcarne, V. L. (2005). Post-occupancy evaluation of healing gardens in a pediatric cancer center. *Landscape and Urban Planning*, 73(2), 167-183.
- Silav Utkan, M. (2012). Children Hospital Design in Children Picture. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 51, 110-114.
- Slaughter, V., Griffiths, M., 2007. Death understanding and fear of death in young children. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 12(4), 525-535

- Solak, U. (2010).*Kronik Kan Hastası Çocuklarda Yaşam Kalitesi Ve Psiko-Sosyal Yaklaşım*. 3.Ulusal Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongresi'nde sunulan bildiri. İzmir, Türkiye, 25 - 27 Mart.
- Şen, S. Okul Öncesi Dönem Çocuklarının Temel Özellikleri ve Gereksinimleri. Gelengül Haktanır (Ed.), *Okul Öncesine Giriş* içinde. 71-123. Ankara:Pegem
- Taş, F. ve Yılmaz, H. B. (2008). Pediatrik Onkoloji Hastalarında Yaşam Kalitesi Kavramı. *Türk Onkoloji Dergisi*, 23(2), 104-107
- TEDMEM (2014). Bir Çocuğu Yetiştirmek Tüm Toplumun Görevidir. <http://www.tedmem.org/mem-notlari/bir-cocugu-yetistirmek-tum-toplumun-gorevidir>
- Ülke-Kürkçüoğlu, B.(2010). 0-6 Yaş Arası Çocukların Temel Gelişimsel Özellikleri; Bilişsel Gelişim ve Dil gelişimi. İbrahim H. Diken (Ed.), *Erken Çocukluk Eğitimi* içinde. Ankara:Pegem.
- Ünüvar, P. (2011). Hastanede yatarak tedavi gören çocukların eğitsel açıdan desteklenmesi (3-7 Yaş İçin örnek Çalışma). *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 10(35), 31 -44
- Vagnoli, L., Caprilli, S., Robiglio, A., Messeri, A. (2005). Clown Doctors as a Treatment for Preoperative Anxiety in Children: A Randomized, Prospective Study. *Pediatrics*, 116(4). 563-567.

Yavuzer H. (1995). *Çocuk Eğitimi El Kitabı*. İstanbul: Remzi Kitabevi.

Yavuzer, H. (1990). *Çocuk Psikolojisi*. Beşinci Baskı. İstanbul: Remzi Kitabevi.

YeniBaş (2007). *Ailede Çocugun İstismarı ve Umutsuzluk* 1. Baskı 2007 Nobel Yayınları

Yentür, E. A. (2007). *Ağrı ve Yaşam Kalitesi*. 2. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongre'de sunulan bildiri. İzmir, Türkiye, 5-7 Nisan .

Yılmaz Vatansever, N.(2008). *Çocuk Cerrahisi'nde Ameliyat Olan 8-12 Yaş Grubu Çocukların Hastane Ortamı ve Operasyondan Etkilenme Durumlarının Belirlenmesi*. İstanbul: Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi

Yoo, H., Kim, S., Hur, H.K., Kim, H.S. (2011). The effects of an animation distraction intervention on pain response of preschool children during venipuncture. *Applied Nursing Research*, 24. 94-100.

Yörükoğlu, A. (1978). *Çocuk Ruh Sağlığı*. Ankara: Türkiye İş Bankası Yayınları.

Yörükoğlu, A., (2004). *Çocuk Ruh Sağlığı*, İstanbul: Özgür Yayınları, İstanbul.

Yıldırım, A., Şimşek, H. (2008). *Nitel Araştırma Yöntemleri*. Ankara: Şeçkin Yayıncılık,

World Health Organization. (2009). Incidence of Childhood Leukaemia.

[http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0005/97016/4.1.-Incidence-of-childhood-leukaemia-EDITED\\_layouted.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/97016/4.1.-Incidence-of-childhood-leukaemia-EDITED_layouted.pdf)

## **EKLER**

## Ek 1. Aile Görüşme Formu

Aşağıdaki soruları lütfen kanser tedavisi gören çocuğunuzu dikkate alarak doldurunuz.

### AİLE FORMU

#### 1- Çocuğa Yakınlık Durumunuz:

Anne ( ) Baba ( )

#### 2-Uyruğunuz

K.K.T.C ( ) TC( ) K.K.T.C – TC ( ) Diğer (belirtiniz).....

#### 3- Yaşınız:

20 – 30 ( ) 31 – 40 ( ) 41- 50 ( ) 51 + ( )

#### 4-Çocuğun annesinin eğitim durumu:

İlkokul ( ) Ortaokul ( ) Lise ( ) Üniversite ( ) Diğer (belirtiniz).....

#### 5-Çocuğun babasının eğitim durumu:

İlkokul ( ) Ortaokul ( ) Lise ( ) Üniversite ( ) Diğer (belirtiniz).....

#### 6-Ailenin toplam aylık gelir düzeyi:

1000 – 1999 TL ( ) 2000 - 2999 TL ( ) 3000 - 3999 TL ( ) 4000 TL - 5000( )  
Diğer (belirtiniz).....



**7-Annenin Çalışma durumu:**

Ev hanımı ( ) Devlet Memuru ( ) Özel Kurum( ) Serbest  
Meslek ( )

**8-Babanın Çalışma durumu:**

İşsiz ( ) Devlet Memuru ( ) Özel Kurum ( ) Serbest  
Meslek ( )

**9- Ailede çocuk sayısı:**

1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) Diğer (belirtiniz).....

**10- Kanser hastası çocuğunuzun cinsiyeti:**

Erkek ( ) Kız ( )

**11-Kanser hastası çocuğunuzun yaşı:.....**

**12-Kanser hastası çocuğunuz okula devam ediyor mu?**

Evet ( ) Hayır ( )

**13-Çocuğunuzun tanısı:.....**

**14-Çocuğunuz ne kadar süredir tedavi görüyor?(toplam tedavi)**

1 – 5 ay ( ) 6 – 9 ay ( ) 1 – 2 yıl ( ) 3 – 4 yıl ( ) 5 yıl üstü ( )

**15- Çocuğunuzun tedavi amaçlı hastanede vattığı toplam süre:**

1 – 5 ay ( ) 6 – 12 ay ( ) 13 - 18 ay ve üstü ( ) 19 – 24 ay ( )

24 aydan fazla( )

**16-Çocuğunuzun her bir tedavi seansında hastanede yattığı ortalama süre:**

1 - 2 gün ( )      3 – 4 gün ( )      5 – 6 gün ( )      7 gün ve üstü ( )

**17- Çocuğunuz ne sıklıkla hastanede yatarak tedavi görüyor?**

Her ay ( )      6 ayda bir ( )      Yılda bir ( )      Ayakta tedavi görüyor ( )

**18-Çocuğunuzun tedavi süresinde yanında refakatçi olarak kim kalıyor?**

Anne ( )      Baba ( )      Anne – Baba birlikte ( )      Diğer (belirtiniz)

.....

Aşağıda çocuğunuzun tedavi gördüğü Pediatrik Onkoloji Servisinde ile İlgili sorular bulunmaktadır. Lütfen tüm sorularla ilgili görüşlerinizi detaylı olarak belirtiniz.

**1- Mevcut Pediatrik Onkoloji Servisinde dikkatinizi çeken bölümler nelerdir?**

**2- Sizin görüşünüze göre çocuklar için düzenlenen Pediatrik Onkoloji Servisinde bulunması gereken bölümleri önem sırasına göre sıralayınız**

**3- Sizin görüşünüze göre mevcut Pediatrik Onkoloji Servisinde eksikliğini hissettiğiniz veya eksik olduğunu düşündüğünüz özellikler var mı? Eğer var ise, bu eksikler nelerdir?**

- 4- Mevcut Pediatrik Onkoloji Servisinde oyun odası olmalı mı? Neden?**
- 5- Oyun odasının çocukların iyileşme sürecine ne tür etkileri olabileceğini düşünüyorsunuz? (Psikolojik ve/veya fiziksel açıdan)**
- 6- Oyun odasının çocukların genel olarak gelişimlerine ne tür etkilerinin olabileceğini düşünüyorsunuz?**
- 7- Size göre Pediatrik Onkoloji Servisinde oluşturulacak bir oyun odasında mutlaka olması gerektiğine inandığınız en önemli 5 özellik nedir?**
- 8- Hastanede oyun odasının bulunması çocuğunuzun bakımını gerçekleştirirken ebeveyn olarak sizin açınızdan ne tür etkiler yaratabileceğini düşünüyorsunuz?**

## Ek 2. Sağlık Personeli Görüşme Formu

Aşağıdaki soruları lütfen Pediatrik Onkoloji Servisinde tedavi gören çocukları dikkate alarak doldurunuz.

### SAĞLIK PERSONELİ FORMU

#### 1-Cinsiyetiniz

Kadın ( ) Erkek ( )

#### 2- Göreviniz .....

#### 3- Pozisyonunuz .....

#### 4- Uzmanlık Alanınız .....

#### 5- Pediatrik Onkoloji Servisinde Çalışma Süreniz .....

#### 6- Son 5 yıl içinde kanser hastası çocukların tedavi süreçleri ile ilgili hizmet içi eğitim çalışmasına katıldınız mı?

Evet ( ) Hayır ( )

Evet ise katıldığınız çalışmalarını belirtiniz?

.....

Aşağıda Pediatrik Onkoloji Servisinde tedavi gören çocuklarla ilgili sorular bulunmaktadır. Lütfen tüm sorularla ilgili görüşlerinizi detaylı olarak belirtiniz.

**1- Sizin görüşünüze göre çocuklar için düzenlenen Pediatrik Onkoloji Servisinde bulunması gereken bölümleri önem sırasına göre sıralayınız?**

**2- Sizin deneyimlerinize göre mevcut Pediatrik Onkoloji Servisinde eksikliğini hissettiğiniz veya eksik olduğunu düşündüğünüz özellikler var mı? Eğer var ise, bu eksikler nelerdir?**

**3- Sizin deneyimlerinize göre mevcut Pediatrik Onkoloji Servisinde oyun odası olmalı mı? Neden?**

**4- Sizin deneyimlerinize göre oyun odasının çocukların iyileşme sürecine ne tür etkileri olabileceğini düşünüyorsunuz? (Psikolojik ve/veya fiziksel açıdan)**

**5- Sizin deneyimlerinize göre oyun odasının çocukların genel olarak gelişimlerine ne tür etkilerinin olabileceğini düşünüyorsunuz?**

**6- Sizin deneyimlerinize göre Pediatrik Onkoloji Servisinde oluşturulacak bir oyun odasında mutlaka olması gerektiğine inandığınız en önemli 5 özellik nedir?**

### Ek 3. Çocuk Görüşme Formu

#### ÇOCUK GÖRÜŞME FORMU

Cocuk No:

Cinsiyet:

Yas:

Tarih:

Sevgili Yönetici,

Ben bu hastanede bazen kalıyorum. Hastanede olduğum zamanlar  
..... Bu hastanede oyun odası olmasını istiyorum/istemiyorum  
çünkü

.....  
.....  
.....

Oyun odasının içinde

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....


.....olmasını istiyorum çünkü bunlar olursa benim için  
mükemmel bir yer olacak.

Oyun odasında bunları yapmak istiyorum:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

## Ek 4. Sağlık Bakanlığı İzni

17-04 2015 9:51 AK FAX 3294247 YATAKLI TED KIB DAİRESİ 0001/0001



KUZEY KIBRIS TÜRK CUMHURİYETİ  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
YATAKLI TEDAVİ KURUMLARI DAİRESİ

Say. YTK.0.00-1/2013-15/ 3160 Lefkoşa : 11.06.2015

**Dr. Surhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi Başhekimliği,  
Lefkoşa.**

Doğu Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Okul Öncesi Eğitim Bölümü Yüksek Lisans öğrencisi Kemal Okta'nın "Hastanede Yatan Çocukların Oyun Odası Gereksinimlerinin Belirlenmesi: Aile-Çocuk-Doktor/Hemşire Görüşleri" konulu çalışmasına katılmayı kabul eden, Pedatrik Onkoloji Servisi'nde yatan çocuklara, çocukların ailelerine ve sağlık personeline uygulamaları ve raporlarını yayımlamadan önce Bakanlığımıza sunması koşulu ile uygun görülmüştür.

Bilginizi ve gereğini saygılarımla rica ederim.

  
**Dr. Katayon KOBAT**  
Yataklı Tedavi Kurumları Dairesi  
Müdürü

**Dağıtım:** Sn. Kemal Okta,  
Doğu Akdeniz Üniversitesi, SBF, Okul Öncesi Eğitim Bölümü.

El.

Azmiye Bedrettin Devleti Caddesi No: 142 Lefkoşa.  
Tel: (+90 392) 228 3173, 228 4011, 228 4068 /7 Faks: (+90 392) 228 4147



## Ek 5. Pediatrik Onkoloji Servisi İzin Yazısı

03 Kasım 2015

**Dr.Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi**

**Pediatrik Onkoloji Servisi**

Doğu Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakóltesi, Okul Öncesi Eğitimi Bölümü Yüksek Lisans öğrencisi Kemal Okta'nın "Hastanede Yatan Çocukların Oyun Odası Gereksinimlerinin Belirlenmesi: Aile-Çocuk-Doktor/Hemşire Görüşleri" konulu çalışması kapsamında servisimizde 3- 15 yaş aralığında kaç çocuğun olduğuna dair sayı istemiştir.

Lefkoşa Dr.Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi Pediatrik Onkoloji Servisinde 3-15 yaş arasında toplam 41 çocuk kaydı vardır.

Dr. Dilek Birgen  
Pediatrik Onkoloji Uzmanı



## Ek 6. Kemal Saraçoğlu İzin Yazısı



30.07.2015

İlgili Makama;

Doğu Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakóltesi araştırma görevlisi ve Okul Öncesi Eğitimi Bölümü Yüksek Lisans öğrencisi Kemal Okta'nın "KKTC'de kanser tedavisi gören farklı yaş grubu çocukların hastane ortamında oyun odası gereksinimlerinin belirlenmesi: Aile-Çocuk-Sağlık Personeli Görüşleri" konulu çalışması kapsamında; vakfımıza üye olan 0-21 yaş aralığında kanser hastası çocuklarla yaptığımız etkinliklere katılması Vakfımız tarafından uygun görülmüştür.

Saygılarımla;



Övgü İnce

Vakıf Koordinatör Yardımcısı

KEMAL SARAÇOĞLU LÖSEMİLİ ÇOCUKLAR VE KANSERLE SAVAŞ VAKFI

20. Atatürk Meydanı, Mahkemeler karŐısı, P.K 12, Lefkoşa.  
Tel: 227 0616 - 227 0617 Faks: 227 0618 e-posta: info@kemalsaracoglu.org http://www.kemalsaracoglu.org