T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

PEDİATRİK ONKOLOJİ HASTALARINA UYGULANAN UĞRAŞI TEMELLİ HEMŞİRELİK PROGRAMININ KEMOTERAPİYE BAĞLI SEMPTOMLARA VE MEMNUNİYETE ETKİSİ

Şule ŞENOL

DOKTORA TEZİ

2022-ANTALYA

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

PEDİATRİK ONKOLOJİ HASTALARINA UYGULANAN UĞRAŞI TEMELLİ HEMŞİRELİK PROGRAMININ KEMOTERAPİYE BAĞLI SEMPTOMLARA VE MEMNUNİYETE ETKİSİ

Şule ŞENOL

DOKTORA TEZİ

DANIŞMAN
Prof. Dr. Emine EFE

Bu tez Koç Üniversitesi Semahat Arsel Hemşirelik Eğitim ve Araştırma Merkezi (SANERC) Vehbi Koç Vakfı Hemşirelik Fonu Proje Destekleme Programı tarafından 2021.12 proje numarası ile desteklenmiştir.

"Kaynakça gösterilerek tezimden yararlanılabilir"

2022-ANTALYA

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne;

Bu çalışma jürimiz tarafından Hemşirelik Anabilim Dalı, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Programında doktora tezi olarak kabul edilmiştir. 26/10/2022

İmza

Tez Danışmanı : Prof. Dr. Emine EFE
Akdeniz Üniversitesi

Üye : Prof. Dr. Zeynep ÖZER
Akdeniz Üniversitesi

Üye : Prof. Dr. Ayşegül İŞLER DALGIÇ
Akdeniz Üniversitesi

Üye : Prof. Dr. Sevim SAVAŞER
Biruni Üniversitesi

Üye : Doç. Dr. Ayfer AYDIN
İstanbul Üniversitesi

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun ……/……./…….... tarih ve ……/…….. sayılı kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Melike CENGİZ

Enstitü Müdürü

ETİK BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı beyan ederim.

Şule ŞENOL

İmza

Tez Danışmanı

Prof. Dr. Emine EFE

İmza

TEŞEKKÜR

Doktora eğitimim süresince en büyük desteği veren, mesleki gelişimim için bilgi ve emeğini esirgemeyen, akademik etiği ve profesyonelliği ile bana örnek olan, her zaman desteğini yanımda hissettiğim ve öğrencisi olmaktan onur duyduğum değerli danışmanım, Prof. Dr. Sayın Emine EFE'ye;

Doktora eğitimimde, araştırma sürecimde ve tez izlem jürimde bilgi ve desteğini esirgemeyen değerli hocam Prof. Dr. Sayın Ayşegül İŞLER DALGIÇ'a;

Tez izlem jürimde yer alarak bilgi ve katkısını hiç esirgemeyen, akılcı fikirleriyle yol gösteren, her zaman desteğini yanımda hissettiğim değerli hocam Prof. Dr. Sayın Zeynep ÖZER'e;

Bilgi ve sabrı ile tezimin istatistiksel analizlerinde değerli katkıları olan Prof. Dr. Sayın Mehmet Ziya FIRAT'a;

Kıymetli uzman görüşleri için değerli hocalarıma, veri toplama aşamasında desteklerini esirgemeyen Akdeniz Üniversitesi Pediatrik Onkoloji-Hematoloji kliniğinde ve polikliniğinde görev yapan değerli meslektaşlarıma, hekimlere ve tüm sağlık personeline,

Tez çalışmam için gerekli koşulları sağlayan Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Yöneticilerine, Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Başhekimliği ve Çocuk Onkoloji-Hematoloji Bilim Dalı Başkanlığı'na, doktora eğitimimin her aşamasında rehberlik eden Sağlık Bilimleri Enstitüsü ve Öğretim Üyesi Yetiştirme Programı Koordinatörlüğü'nün tüm değerli çalışanlarına,

Destekleriyle yanımda olan tüm güzel kalplere ve can dostum Dilara AYDIN TOZLU'ya;

Zor tedavi süreçlerinin arasında araştırmama katılmayı kabul eden kocaman yürekli çocuklar ve değerli ailelerine;

Hayatımın her aşamasında bana destek olan, sevgi ve yardımlarını her zaman hissettiğim, bana daima güvenen canım aileme, biricik oyun arkadaşım, motivasyon kaynağım canımın içi oğluma yürekten teşekkür ederim…

ABSTRACT

Objective: The aim of study is to evaluate the effect of the Occupation-Based Nursing Program (OBaNuP) applied to pediatric oncology patients on chemotherapy related symptoms and satisfaction level.

Method: Research included methodology and experimental parts. In methodological part, the adaptation study of Memorial Symptom Assessment Scale 7-12 (MSAS 7-12) was conducted with 70 pediatric oncology patients aged 7-12 years. In experimental part, a randomized controlled study model was used with 60 pediatric oncology patients (30 interventions and 30 controls) aged 7-12 years. OBaNuP was applied to intervention group for an average of 30 minutes a day for five days. Data were collected with "MSAS 7-12", "Psychosocial Symptoms Diagnostic Scale for Hospitalized Children" and "Child Satisfaction Form". No intervention was made in the control group and the same data collection tools were applied at intervals as often as the intervention group. Data were analyzed by t-test, chi-square and variance analysis.

Results: The Cronbach alpha value of MSAS 7-12 was found to be 0.83. As a result of the study, it was determined that the MSAS 7-12 and Psychosocial Symptoms Diagnostic Scale for Hospitalized Children score averages of the children who underwent OBaNuP decreased statistically significantly, and the mean of the Child Satisfaction Form scores increased significantly ($p<0.05$). It was determined that the mean scores of scales measured at different times showed statistically significant differences.

Conclusion: It has been determined that the MSAS 7-12 is a valid and reliable measurement tool for Turkish society. OBaNuP has a positive effect on reduction of chemotherapy-related symptoms and satisfaction level in pediatric oncology patients. It is recommended to use occupation-based nursing approaches in pediatric oncology clinics.

Key words: child, chemotherapy, occupation, nursing, satisfaction, sypmtom.

İÇİNDEKİLER

ÖZET **i**

ABSTRACT **ii**

İÇİNDEKİLER iii

TABLOLAR DİZİNİ vii

ŞEKİLLER DİZİNİ ix

SİMGELER ve KISALTMALAR xi

1. GİRİŞ **1**

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi 1

1.2. Araştırmanın Amacı 2

2. GENEL BİLGİLER **3**

2.1. Çocukluk Çağı Kanserleri 3

2.1.1. Çocukluk Çağı Kanserlerinin Epidemiyolojisi 3

2.1.2. Çocukluk Çağı Kanserlerinde Tanı ve Tedavi Yöntemleri 4

2.1.3. Kemoterapiye Bağlı Gelişebilen Semptomlar 6

2.2. Çocukluk Çağı Kanserlerinde Sık Karşılaşılan Psikososyal Semptomlar ve Memnuniyet 7

2.3. Dikkati Başka Yöne Çekme Girişimleri ve Pediatri Hemşireliği 9

2.3.1. Uğraşı Aktiviteleri 10

2.4.Okul Dönemindeki Pediatrik Onkoloji Hastaları için Uğraşı Aktivitelerinin Önemi 11

3. GEREÇ VE YÖNTEM **13**

3.1. I. Aşama: Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği (7-12)' nin Türk Kültürüne Uyarlanması (Metodolojik Bölüm) 13

3.1.1. Araştırmanın Şekli 13

3.1.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı 13

3.1.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi 13

3.1.4. Araştırma Örnekleminin Özellikleri 14

3.1.5. Veri Toplama Araçları 14

3.1.6. Ön Uygulama 15

3.1.7. Verilerin Toplanması 15
3.1.8. Araştırma Etiği 17
3.1.9. Verilerin Değerlendirilmesi 18

3.2. II. Aşama: Pediatrik Onkoloji Hastalarına Uygulanan Uğraşı Temelli Hemşirelik Programının Kemoterapiye Bağlı Semptomlara ve Memnuniyete Etkisi (Girişimsel Bölüm) 19
3.2.1. Araştırmanın Şekli 19
3.2.2. Araştırmanın Hipotezleri 19
3.2.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı 19
3.2.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi 19
3.2.5. Araştırma Örnekleminin Özellikleri 20
3.2.6. Randomizasyon 20
3.2.7. Körleme ve Biasın Önlenmesi 21
3.2.8. Veri Toplama Araçları 23
3.2.9. Uğraşı Temelli Hemşirelik Programı (UTHeP)'nın Geliştirilmesi 24
3.2.10. Ön Uygulama 31
3.2.11. Verilerin Toplanması 34
3.2.12. Araştırma Etiği 39
3.2.13. Araştırmanın Sınırlılıkları 39
3.2.14. Araştırmanın Değişkenleri 39
3.2.15. Verilerin Değerlendirilmesi 39

4. BULGULAR 42

4.1. I. Aşama: Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği 7-12' nin Türk Kültürüne Uyarlanmasına İlişkin Bulgular (Metodolojik Bölüm) 42
4.1.1 Pediatrik Onkoloji Hastalarının Demografik Verilerine İlişkin Bulgular 42
4.1.2. Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği 7-12'nin Geçerlik Bulguları 43
4.1.3.Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği 7-12'nin Güvenirlik Bulguları 45

4.2. II. Aşama: Pediatrik Onkoloji Hastalarına Uygulanan Uğraşı Temelli Hemşirelik Programının Kemoterapiye Bağlı Semptomlara ve Memnuniyete Etkisine İlişkin Bulgular (Girişimsel Bölüm) 48

4.2.1. Pediatrik Onkoloji Hastalarının Demografik Verilerine İlişkin Bulgular 49
4.2.2. Pediatrik Onkoloji Hastalarının Kemoterapiye Bağlı Semptomlarına İlişkin Bulgular 50
4.2.3. Pediatrik Onkoloji Hastalarının Psikososyal Semptomlarına İlişkin Bulgular 57
4.2.4. Pediatrik Onkoloji Hastalarının Memnuniyet Düzeylerine İlişkin Bulgular 67

5. TARTIŞMA 69

5.1. I. Aşama: Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği 7-12' nin Türk Kültürüne Uyarlanmasına İlişkin Bulguların Tartışılması (Metodolojik Bölüm) 69
5.1.1. Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği (7-12)'nin Geçerlik Analizlerine İlişkin Bulguların Tartışılması 69
5.1.2. Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği (7-12)'nin Güvenirlik Analizlerine İlişkin Bulguların Tartışılması 70

5.2. II. Aşama: Pediatrik Onkoloji Hastalarına Uygulanan Uğraşı Temelli Hemşirelik Programının Kemoterapiye Bağlı Semptomlara ve Memnuniyete Etkisine İlişkin Bulguların Tartışılması (Girişimsel Bölüm) 72
5.2.1. Pediatrik Onkoloji Hastalarının Kemoterapiye Bağlı Semptomlarına İlişkin Bulguların Tartışılması 72
5.2.2. Pediatrik Onkoloji Hastalarının Psikososyal Semptomlarına İlişkin Bulguların Tartışılması 74
5.2.3. Pediatrik Onkoloji Hastalarının Memnuniyet Düzeylerine İlişkin Bulguların Tartışılması 76

6. SONUÇ VE ÖNERİLER 78

6.1. Sonuçlar 78
6.2. Öneriler 78

7. KAYNAKLAR 79

EKLER

EK 1 Asgari Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (Girişim Grubu)

EK 2 Asgari Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (Kontrol Grubu)

EK 3 Birey Tanıtım Formu

EK 4 Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği 7-12

EK 5 Hastanede Yatan Çocuklar İçin Psikososyal Semptomları Tanılama Ölçeği

EK 6 Çocuk Memnuniyet Formu

EK 7 Etik Kurul İzin Yazısı

EK 8 Hastane İzin Yazısı

EK 9 Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği 7-12 Kullanım İzni

EK 10 Hastanede Yatan Çocuklar için Psikososyal Semptomları Tanılama Ölçeği Kullanım İzni

EK 11 G*Power 3.1.9.2 Programı ile Çalışma Öncesi Yapılan Güç Analizi

EK 12 Randomizasyon Rastgele Sayılar Tablosu

EK 13 Yaratıcı Drama ve Oyun Eğitmenliği Sertifikası

EK 14 Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği 7-12'nin Dil Geçerliği için Görüş Veren Uzmanlar

EK 15 Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği 7-12'nin Kapsam Geçerliği İçin Görüş Veren Uzmanlar

EK 16 UTHeP İçin Görüş Veren Uzmanlar

EK 17 Uğraşı Temelli Hemşirelik Programı Uygulanan Pediatrik Onkoloji Hastalarının Yaptıkları Uğraşı Aktivitelerinin Görselleri

ÖZGEÇMİŞ **112**

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 3.1.	Araştırma örneklemi özellikleri (I. aşama)	14
Tablo 3.2.	Verilerin analizinde kullanılan istatistiksel yöntemler (I. aşama)	18
Tablo 3.3.	Araştırma örneklemi özellikleri (II. aşama)	20
Tablo 3.4.	Uğraşı temelli hemşirelik programı içeriği	30
Tablo 3.5.	Verilerin analizinde kullanılan istatistiksel yöntemler (II. aşama)	40
Tablo 3.6.	Değişkenlerin normalite dağılımları	41
Tablo 4.1.	Çocukların demografik ve klinik özelliklerine ilişkin bulgular	43
Tablo 4.2.	Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği 7-12'nin Kapsam Geçerliğine Yönelik Uzman Görüşlerinin Değerlendirilmesi	45
Tablo 4.3.	Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği 7-12'nin Kapsam Geçerliğine Yönelik Uzman Görüşlerinin Değerlendirilmesinin Test İstatistiği	45
Tablo 4.4.	MSDÖ 7-12'nin madde toplam puan korelasyon analizi	46
Tablo 4.5.	Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği 7-12'nin test-tekrar test analizi	46
Tablo 4.6.	Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği 7-12 toplam puan ortalamaları	47
Tablo 4.7.	Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği 7-12 ile belirlenen semptomların prevalansı ve özellikleri	47
Tablo 4.8.	Pediatrik onkoloji hastalarının demografik verilerine ilişkin bulgular	49
Tablo 4.9.	MSDÖ 7-12 puan ortalamalarının karşılaştırılması	51

Tablo 4.10. Grup ve ölçüm zamanlarına göre çocukların MSDÖ 7-12 puan ortalamaları 54

Tablo 4.11. MSDÖ 7-12 puan ortalamalarının farklı zamanlara göre karşılaştırılması 56

Tablo 4.12. ÇPSTÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması 58

Tablo 4.13. Gruplara ve ölçüm zamanlarına göre çocukların ÇPSTÖ puan ortalamaları 63

Tablo 4.14. ÇPSTÖ puan ortalamalarının farklı zamanlara göre karşılaştırılması 66

Tablo 4.15. ÇMF puan ortalamalarının zaman ve gruplara göre değişimi 67

Tablo 4.16. ÇMF puan ortalamalarının farklı zamanlara göre karşılaştırılması 68

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 3.1.	Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği 7-12'nin çalışma aşamaları	16
Şekil 3.2.	Consort akış diyagramı	22
Şekil 3.3.	Ön uygulama şeması	33
Şekil 3.4.	Araştırmanın girişim grubu uygulama aşaması zamanlama cetveli	36
Şekil 3.5.	Araştırmanın kontrol grubu uygulama aşaması zamanlama cetveli	37
Şekil 3.6.	Araştırma uygulama basamakları	38
Şekil 4.1.	MSDÖ puan ortalamalarının zaman içindeki değişimi	52
Şekil 4.2.	MSDÖ 7-12'nin süre parametresinin puan ortalamalarının zaman içindeki değişimi	52
Şekil 4.3.	MSDÖ 7-12'nin şiddet parametresinin puan ortalamalarının zaman içindeki değişimi	53
Şekil 4.4.	MSDÖ 7-12'nin rahatsızlık parametresinin puan ortalamalarının zaman içindeki değişimi	53
Şekil 4.5.	MSDÖ 7-12 puan ortalamalarının zaman ve gruplara göre değişimi	55
Şekil 4.6.	ÇPSTÖ puan ortalamalarının zaman içindeki değişimi	59
Şekil 4.7.	ÇPSTÖ anksiyete alt boyutu puan ortalamalarının zaman içindeki değişimi	59
Şekil 4.8.	ÇPSTÖ umutsuzluk alt boyutu puan ortalamalarının zaman içindeki değişimi	60

Şekil 4.9. ÇPSTÖ iletişim güçlüğü alt boyutu puan ortalamalarının zaman içindeki değişimi 61

Şekil 4.10. ÇPSTÖ öfke ve saldırganlık alt boyutu puan ortalamalarının zaman içindeki değişimi 61

Şekil 4.11. ÇPSTÖ regresyon alt boyutu puan ortalamalarının zaman içindeki değişimi 62

Şekil 4. 12. ÇPSTÖ puan ortalamalarının zaman ve gruplara göre değişimi 65

SİMGELER ve KISALTMALAR

ALL	Akut Lenfoblastik Lösemi
ÇMF	Çocuk Memnuniyet Formu
ÇPSTÖ	Hastanede Yatan Çocuklar için Psikososyal Semptomları Tanılama Ölçeği
MSAS 7 - 12	Memorial Symptom Assessment Scale 7 -12 ages
MSDÖ 7 - 12	Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği 7 – 12 yaş
OBaNuP	Occupation-Based Nursing Program
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
UTHeP	Uğraşı Temelli Hemşirelik Programı

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Çocukluk çağı kanserlerinin tanı ve tedavi süreci, birçok stresli deneyimin yaşanmasına yol açmaktadır (Shimoyama ve Nakamura, 2022). Çocukların hastanede maruz kaldıkları stresli süreçler kaygı yaşamalarına, aktivite ve bakıma katılımlarının azalmasına neden olabilmektedir. Bununla birlikte, iyileşme sürecini olumsuz etkileyebilmektedir (Abdulah ve Abdulla, 2018; Boles ve Daniels, 2019; Tang ve ark., 2022).

Pediatrik onkoloji hastalarında başta hastaneye yatma olmak üzere invaziv, ağrılı, stresli ve uzun süreli tedavi sürecinin yanı sıra, tedavide kullanılan kemoterapi ilaçlarının yan etkileri çocuğun fiziksel, duygusal ve psikososyal durumunu olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Khodabakhshi ve ark., 2016; Dorsey, 2022). Aynı zamanda hastalığa uyumlarını ve süreçle baş etmelerini güçleştirebilmektedir (Turan ve ark., 2016). Kanser hastası çocuklara yönelik fiziksel bakım ağırlıktadır. Holistik bakım kapsamında hemşirelik bakımı uygulamalarının gerçekleştirilmesi önemlidir. Bu kapsamda hemşire, hasta çocuğu bütüncül olarak ele almalı, çocuğun alışkanlıklarını, korkularını incelemeli ve hastalığı sebebiyle oluşabilecek istenmeyen etkileri en aza indirmeye çalışmalıdır (Montgomery, 2017; Yayan ve Zengin, 2018). Pediatrik onkoloji hastalarında psikolojik sorunlar giderek yaygınlaşmaktadır (Sarman ve Sarman, 2022). Bu doğrultuda, çocukların bireysel bakımına ve psikososyal bakımına yönelik ihtiyaçlarının değerlendirilmesi ve iyileştirilmesi amaçlanmaktadır. Pediatrik onkoloji hastalarına psikolojik destek aileleri tarafından verilmekle birlikte, sağlık bakım profesyonellerinin etkili girişimlerine ihtiyaç duyulmaktadır (Koç ve Yumru, 2019). Kemoterapiye bağlı semptomların yönetiminde nonfarmakolojik yöntemlerin kullanılması önerilmektedir (Fair ve ark., 2021). Dikkati başka yöne çekme yöntemi, çocuklarda en yaygın kullanılan nonfarmakolojik yöntemlerden biridir. Dikkati başka yöne çekme yöntemi, tıbbi tedavi sürecinden daha ilgi çekici şeylere çocuğun dikkatini çekmeyi sağlayan uygulamalardır (Cohen ve ark., 2014).

Kanser tedavisi alan çocuklarda dikkati başka yöne çekme yönteminin kullanıldığı çalışmalarda; pediatrik onkoloji hastalarında yorgunluk ve kaygının azaltılmasına

yardımcı olduğu (Chang ve ark., 2013; Poder ve Lemioux, 2014), tedavi sürecine bağlı streslerini azalttığı (Chen ve ark., 2017) gösterilmiştir. Çocukların bu uygulamalarla iletişimlerinin ve aktivitelere katılımlarının arttığı, daha iyi hissettikleri için memnuniyetlerinin arttığı belirlenmiştir (Favara-Scaco ve ark., 2001; Christiansen ve ark. 2015). Pediatrik onkoloji hastalarında fiziksel ve psikolojik açıdan olumsuz yan etkileri olan kemoterapi tedavi süreciyle etkili baş etmeye yardımcı olacak dikkati başka yöne çekme girişimleri oldukça önemlidir. Dikkati başka yöne çekme yöntemlerinden birisi olan uğraşı temelli uygulamalar origami, resim yapma, maket yapımı, boncuklardan takı yapımı gibi el işi aktivitelerini içeren uygulamalardır (Price ve Gwin, 2008; Weber, 2010; Günay ve ark., 2022). Hemşireler ve diğer sağlık profesyonelleri hastane sürecinde çocuğun ilgilenebileceği uğraşı aktivitelerinin günlük uygulamalarda kullanılmasının önemini bilmelerine rağmen, günlük uygulamalarda rutin olarak kullanmamaktadırlar (Francischinelli ve ark., 2012; Yayan ve Zengin, 2018).

Literatürde, kanser tanılı çocuklarda uğraşı temelli uygulamaların kaygıyı azaltmada (Khodabakhshi Koolaee ve ark., 2016; Günay ve ark., 2022), yaşam kalitesini arttırmada (Kurt ve Savaşer, 2013), tedavi sürecine uyumu arttırmada (Altundağ ve ark., 2016), benlik kavramlarını belirlemedeki (Manav ve Ocakçı, 2016) etkinliğini değerlendiren sınırlı sayıda çalışmaya rastlanmıştır. Bu çalışmalarda, hem çocuklarda kemoterapiye bağlı fiziksel ve psikososyal semptomlar bir bütün olarak değerlendirilmemiş hem de çocukların memnuniyet düzeyleri incelenmemiştir. Hemşirelerin, pediatrik onkoloji hastalarının bakımında dikkati başka yöne çekme girişimlerinden biri olan uğraşı temelli aktivitelere yer vermeleriyle, çocuklarda fizyolojik ve psikolojik semptomların hafifletilmesine, memnuniyetlerinin artırılmasına katkı sağlayabilecekleri düşünülmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma, pediatrik onkoloji hastalarına uygulanan Uğraşı Temelli Hemşirelik Programı'nın kemoterapiye bağlı semptomlara ve memnuniyete etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Çocukluk Çağı Kanserleri

Kanser, anormal hücrelerin kontrolsüz şekilde bölünüp yakınlarındaki dokulara yayılmasıyla oluşan hastalıktır. İki çeşit kanser vardır. Bunlar; organlarda görülen solid tümörler ve kan hücrelerinde oluşan hematolojik kanserlerdir (Yeaney ve ark., 2012). Solid tümörün bening (iyi huylu kanser hücresi) olması kişinin sağlığını tehdit etmez, çünkü bening tümörler tedavi edildikten sonra yinelenme eğiliminde değildir. Eğer malign (kötü huylu kanser hücresi) tümör hücreleri oluştuysa bu hücreler yakındaki dokulara hasar verebilir veya uzaktaki dokulara ulaşarak vücudun diğer bölümlerine yayılabilmektedir (Ball ve ark., 2017).

Çocukluk çağı kanserlerinin nedenleri tam olarak bilinememektedir (Ward ve ark, 2014; Törüner ve Büyükgönenç, 2017). Vakaların yaklaşık %5' i genetik ve/veya konjenital bir durum ile ilişkilidir. Kromozom anomalileri ile ilişkili olan kanser türleri; solid tümörlerle birlikte akut lösemi ve lenfomadır (Ball ve ark., 2017).

Çocuklardaki kanserler, histopatolojisi, klinik bulguları, tedaviye yanıtı ve sonuçları açısından yetişkinlerdeki kanserlerden farklıdır (Jibb ve ark., 2022). Yetişkinlerde kanser, solunum, sindirim ve üriner sistem organlarında %80 civarında görülürken, çocuklarda bu sistemlerde kanser görülme oranı %5' in altındadır. Bu farklılığın sebebi, çocukların olgunlaşmamış hücrelerinin farklı gelişim safhalarında bulunması ve sürekli çoğalmasıdır (Imbach ve ark., 2011; Field ve Boat, 2012). Çocuklardaki hücrelerin olgunlaşmamış olması, kemoterapi tedavisinde yetişkinlerden daha başarılı sonuçlar alınmasını sağlar (Ball ve ark., 2017). Kemoterapi ve radyoterapi tedavilerinin sitotoksik etkileri de çocuk hastalar üzerinde yetişkinlerden daha büyük olabilir ve bu tedavilerin geç yan etkileri çocuklarda daha fazla ortaya çıkabilir (Field ve Boat, 2012). Ayrıca yetişkinlerde sıklıkla lokalize ilerleyen tümörler, çocuklarda metastatik bir seyir gösterebilir (Yeaney ve ark., 2012).

2.1.1. Çocukluk Çağı Kanserlerinin Epidemiyolojisi

Çocukluk çağı kanserleri, günümüzde çocuklar için önde gelen ölüm nedenlerinden biridir. Dünyada her yıl 400.000 çocuk yeni kanser tanısı almaktadır

(https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer-in-children, Erişim tarihi: 02.08.2022).

Türkiye'de ise her yıl yaklaşık 2800 çocuğun kanser tanısı aldığı bildirilmektedir (https://www.saglik.gov.tr/yazdir?CEA3F825949A8EFC6FB5AE0EE0AB4EE2#:~:ttte=Gen%C3%A7%20n%C3%BCfusa%20ve%20d%C3%BC%C5%9F%C3%BCk%20geli%C5%9Fmi%C5%9Flik,kanserlerdir%20(%251%2C5, Erişim tarihi: 22.08.2022). Çocukluk çağı kanserleri tüm kanserlerin %2-4'ünü oluşturmaktadır (https://kacuv.org/cocukluk-cagi-kanserleri/, Erişim tarihi: 02.09.2022).

Pediatrik popülasyonda teşhis edilen en yaygın kanser türleri lösemi, lenfoma, beyin ve merkezi sinir sistemi tümörleri, osteosarkom ve nöroblastomdur (Aguilar, 2017). Türkiye'de de çocukluk çağında en sık görülen kanser türü lösemidir. Lösemiyi ikinci sırada merkezi sinir sistemi tümörleri ve üçüncü sırada lenfomalar izlemektedir (https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/istatistik/Turkiye_Kanser_Istatistikleri_2017.pdf, Erişim tarihi: 10.08.2022). Çocukluk çağı kanserleri en sık ilk 5 yaşta ve 10-15 yaş döneminde ortaya çıkmaktadır (https://kacuv.org/cocukluk-cagi-kanserleri/, Erişim tarihi: 08.09.2022).

Yenidoğan döneminde en sık görülen kanser türü nöroblastom iken, 1-3 yaş aralığında retinoblastom, 1-4 yaş aralığında lösemi ve 5-9 yaş aralığında ise beyin tümörüdür (Shimoyama and Nakamura, 2022). Erkek çocuklarda kanser görülme sıklığı kız çocuklara göre daha fazladır (Katanoda ve ark., 2017; Brown ve ark., 2022). Kanser, ülkemiz gibi gelişmekte olan ülkelerde dördüncü en sık ölüm nedeni iken, gelişmiş ülkelerde kazalardan sonra en sık ikinci ölüm sebebidir (Comba ve ark., 2020).

2.1.2. Çocukluk Çağı Kanserlerinde Tanı ve Tedavi Yöntemleri

Bütün hastalıklarda olduğu gibi kanserlerin tanısında da öykü ve fizik muayene önemlidir. Dikkatli bir şekilde alınan öykü ve yapılan fizik muayene sonucunda kanserden şüpheleniliyorsa diğer tanısal yöntemlere başvurulur. En çok kullanılan tanısal yöntemler; tam kan sayımı, periferik yayma, sedimentasyon, biyokimyasal testler, viral seroloji (özellikle Epstein-Barr virüsü ve insan immün yetmezlik virüsü-HIV antikorları), idrar analizi, sitolojik analizler (beyin omurilik sıvısı, plevra ve diğer vücut boşluk sıvıları), akciğer grafisi, manyetik rezonans görüntüleme,

bilgisayarlı tomografi, pozitron emisyon tomografi, sintigrafi ve ultrasonografi, lomber ponksiyon, kemik iliği biyopsisi, doku biyopsileri, kemik iliği aspirasyonu/biyopsisidir (Johnson ve Keogh, 2010; Ball ve ark., 2017; Törüner ve Büyükgönenç, 2017).

Erişkinlerde kanser, tarama testleri ile erken dönemde saptanabilmekte ve böylece kanserlerin önemli bir kısmı alınan önlemlerle önlenebilmektedir. Çocukluk çağı kanserlerinde, erişkinlerdeki gibi yerleşmiş tarama testleri yoktur (http://www.tukod.org/index.php?page=154, Erişim tarihi: 20.08.2022). Çocukluk çağında kanserin erken tanısı için, erişkinlerde kullanılan tarama testleri mevcut değildir. O nedenle çocukluk çağı kanserlerinin belirti ve bulgularını bilmek gerekir. En sık rastlanan belirti ve bulgular şunlardır (Johnson ve Keogh, 2010; Silbert-Flagg ve Sloand, 2011; Törüner ve Büyükgönenç, 2017):

- Boyun, koltuk altı ve kasık bölgesinde lenf bezlerinde şişlikler
- Vücudun herhangi bir bölgesinde şişlik
- Solukluk, halsizlik, çabuk ve aşırı yorulma
- Sık ateşlenme
- Ciltte morluklar
- Ben ya da siğillerdeki değişiklik
- Burun ve diş eti kanamaları
- Yutmada veya sindirimde güçlük
- İyileşmeyen yara
- Baş ağrısı
- Ateşsiz havale geçirme
- Dengesizlik, yürüme bozukluğu
- Kemik ve eklem ağrıları
- Sık tekrarlayan enfeksiyonlar
- Gelişme geriliği, açıklanamayan kilo kaybı
- İdrarda kan, idrar ve dışkılamada zorlanma
- Göz bebeğinde parlaklık, gözde kayma, görme bozukluğudur.

Kanser tedavisinde kullanılan yöntemler; başta cerrahi tedavi, ilaç tedavisi (kemoterapi) ve ışın tedavisi (radyoterapi) olmak üzere, immünoterapi, kök hücre nakli, protodinamik terapi ve biyolojik ajanların kullanıldığı tedavilerdir (Shimoyama and Nakamura, 2022; Törüner ve Büyükgönenç, 2017; http://www.cancer.org/cancer/cancerinchildren/detailedguide/cancer-in-children-key-statistics, Erişim tarihi: 02.07.2022).

Bu tedavi şekilleri kanser tipine göre, çocuğun yaşına göre çeşitli kombinasyonlarda kullanılmaktadır (http://www.tukod.org/index.php?page=154, Erişim tarihi: 20.08.2022). Etkili bir tedavi süreci ortalama 1-3 yıldır. Tedavinin devamındaki kontroller ile normal bir kanser tedavi süreci 3-7 yıl kadar uzayabilmektedir. Yeni tanı almış bir çocuk için tedavinin ilk 2-6 ayı çok önemlidir. Bu süreçte uygun bir şekilde başlangıç tedavisi planlanır, tedavide gerekli düzenlemeler yapılır ve tedavinin etkinliği kontrol edilir. Çocukta eğer relaps varsa dikkatli özel bir bakım gereklidir (Imbach et al., 2011). Çocukluk çağı kanserleri sağ kalım oranı son yıllarda %80'nin üzerine yükselmiştir (https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and statistics/annual-cancer-facts-andfigures/2019 cancer-facts-and-figures-2019.pdf, Erişim tarihi: 20.08.2022; https://www.cancer.gov/types/childhood-cancers, Erişim tarihi: 20.07.2022).). Bu çocukların toplumun sağlıklı birer bireyi olarak uzun bir hayat yaşayabilmeleri için hem etkin tedaviyle çocukları kanserden iyileştirmek, hem de tedaviyi geç yan etkilerin en az olacağı şekilde planlamak gereklidir (http://www.tukod.org/index.php?page=154, Erişim tarihi: 20.08.2022). Tedavi sürecinde doğru yöntem seçiminin yanında, terapötik bir ortam sağlamak hastane sürecini olumlu yönde etkilemekte ve olumlu deneyimler hastanın stresinin üstesinden gelmesine yardımcı olabilmektedir (Nourmusavi Nasab ve ark., 2020).

2.1.3. Kemoterapiye Bağlı Gelişebilen Semptomlar

Kanser tedavisinde kullanılan kemoterapi ilaçlarının yan etkileri, ilaçların özelliklerine bağlı olarak değişmekle birlikte; bulantı, kusma, iştahsızlık, kemik iliği baskılanması (anemi, lökopeni, trombositopeni), saç dökülmesi, mukozit, anoreksi, cilt problemleri, uykusuzluk, nörolojik problemler, ağrı (Stinson ve ark., 2015), halsizlik ve yorgunluk (Tomlinson ve ark., 2019) olarak sayılabilmektedir (Manav ve Ocakçı, 2016; Yıldırım ve ark., 2017; Witt et al., 2019). Kemoterapi tedavisi

uygulanan pediatrik onkoloji hastaları, ilaçlarının yan etkisine ek olarak endişe ve üzüntü gibi önemli psikososyal problemler de yaşayabilmektedir (Abdulah and Abdulla, 2018; Coughtrey et al., 2018; Hyslop ve ark., 2021; Wong ve ark., 2021).

Semptomların belirlenmesinde birinci adım, geçerli ve güvenilir ölçme araçları ile semptomların doğru belirlenmesidir. Semptomları yaşayanlar çocuklar olduğu için, özellikle çocuğun öz bildirimini ortaya çıkaran ölçüm araçları kullanılmalıdır. Ancak günümüzde, çocuklar için geliştirilmiş semptom değerlendirme araçları oldukça sınırlıdır (Withycombe ve ark., 2019). Çocuklar benzer tanı ve tedaviye sahip olsalar dahi, kemoterapiye bağlı gelişebilen semptomlar ve bu semptomların çocukta yarattığı etki arasında büyük farklılıklar gözlenebilmektedir (Hockenberry ve ark., 2017). Bu nedenle, kemoterapi tedavisinin başlangıcından itibaren sistematik olarak semptom değerlendirmesi yapılmalıdır. Semptomlar değerlendirilirken, semptomun sıklığı ve şiddetinin de değerlendirilmesi, gelişebilecek semptomlar nedeniyle yaşanabilecek olası tedavi aksamalarını önleyebilmektedir (Linder ve ark., 2022).

Kanser ve kanser tedavisinden kaynaklanan birden fazla semptomu bir arada yaşamak, çocuklar için tedavinin en sıkıntılı yönlerinden biridir. Semptomlar, çocukların gelişimlerine uygun faaliyetlerde bulunma yeteneklerini sınırlar ve yaşam kalitelerini olumsuz etkiler (Hooke ve Linder, 2019; Linder ve Hooke, 2019). Çocukların kemoterapi tedavisi süresince semptomlarını belirleyip, bu semptomlara yönelik bakım ve tedaviyi sağlamak, çocukların günlük aktivitelere katılımını, başkalarıyla etkileşimlerini ve hastalıklarıyla baş etme becerilerini kapsayan yaşam kalitelerini geliştirmek için gereklidir (Linder ve ark., 2022). Bu bağlamda, semptom değerlendirmesinde çocuklara özgü geliştirilen semptom değerlendirme araçlarını kullanmanın yanında, ebeveynin çocuğuna yönelik gözlemleri de değerlendirmeye alınmalı ve çocuğu destekleyen tedavi ve bakımda ebeveyn, hemşire ve doktor bir arada hareket etmelidir (Jupp ve ark., 2018; Mueller ve ark., 2018).

2.2. Çocukluk Çağı Kanserlerinde Sık Karşılaşılan Psikososyal Semptomlar ve Memnuniyet

Kanser tanısı ile birlikte çocuk ve ailesinin yaşamında yeni bir dönem başlar (Modanloo ve ark., 2019). Kanserin tanı ve tedavi prosedürleri ve komplikasyon

olasılığının fazla olması, çocukların hastanede uzun dönem kalmasına neden olabilmektedir (Harper ve ark., 2016). Hastanede uzun süre yatarak tedavi olma, çocuklar için zorlu bir dönemdir ve onları fiziksel, sosyal, duygusal ve psikolojik olarak etkiler (Abdulah and Abdulla, 2018).

Pediatrik onkoloji hastalarında başta hastaneye yatma olmak üzere invaziv, ağrılı, stresli ve uzun süreli tedavi sürecinin yanı sıra, tedavide kullanılan kemoterapi ilaçlarının yan etkileri çocuğun fiziksel, duygusal ve psikososyal durumunu olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Khodabakhshi ve ark., 2016; Fair ve ark., 2021). Bu süreçler çocuklarda duygusal sıkıntıya, fonksiyonel kısıtlamalara, sınırlı adaptif beceri ve yanıtlara yol açabilmektedir (Alfano ve ark., 2012; Tang ve ark., 2022). Bunun sonucunda pediatrik onkoloji hastaları; gelişimsel gecikme, uyku bozuklukları, yeme bozuklukları, saldırganlık, kaygı, bakım vericilerine bağımlılık, günlük aktivitelerin bozulması, yaşam kalitesinin düşmesi ve sosyal işlevlere sınırlı katılım gibi olumsuz belirtiler ve semptomlar yaşayabilmektedir (Abdulah ve Abdulla, 2018; Boles ve Daniels, 2019). Tüm bunlar, çocuğun hastanede kalış süresince memnuniyetini azaltabilmektedir.

Hastanedeki çocuklar fiziksel ya da psikolojik nedenlerle çevreleri ile etkileşimlerinin engellendiği ya da oyun oynayamadıkları durumlarda depresyon, yetersiz büyüme-gelişme ve öğrenme, stres, oryantasyon bozukluğu yaşayabilmektedirler (Bhoi ve ark., 2022). Çocuğun hastanedeki kısıtlılıkları nedeniyle yaşadığı fiziksel ve sosyal izolasyon, çocuğun yaş dönemine uygun oyunlar ve aktiviteler aracılığı ile azaltılabilir (Weinberger et al., 2017; Koç ve Yumru, 2019; Dorsey, 2022). Çocuk hakları sözleşmesinin 31. maddesinde yer alan (UNICEF), çocukların oyun ve eğlence faaliyetlerine katılma ile dinlenme ve serbest zaman geçirme haklarının göz önünde bulundurularak hemşirelik bakımında hastalığın sebep olduğu önemli stresörlerle çocuğun baş edebilmesine yardım etme amaçlanmalıdır. Bu bağlamda hemşireler stresörleri ortadan kaldırıcı yöntemler geliştirerek, sağlığı geliştirme ve iyileştirmede engelleyici olan etmenleri belirlemede ve bu etmenlerin giderilmesinde etkin rol almalıdırlar (Kurt ve Savaşer, 2013; Koç ve Yumru, 2019).

2.3. Dikkati Başka Yöne Çekme Girişimleri ve Pediatri Hemşireliği

Pediatrik onkoloji hastalarında kemoterapiye bağlı gelişen semptomların yönetiminde farmakolojik yöntemler ile birlikte nonfarmakolojik yöntemlerin etkileri oldukça fazladır (Wong et al., 2021). Çocuklara uygulanması yararlı olan nonfarmakolojik yöntemlerden biri dikkati başka yöne çekme yöntemidir. Dikkati başka yöne çekme, tıbbi tedavi sürecinden daha ilgi çekici şeylere çocuğun dikkatini çekmeye yarayan tüm uygulamalardır (Cohen ve ark., 2014). Hemşirelerin klinikte uygulanan farmakolojik yöntemlere ek olarak dikkati başka yöne çeken uygulamaları içeren nonfarmakolojik yöntemleri kullanması hem semptomların azaltılmasında yan etkisi olmayan bir girişim olacak hem de çocuğun dikkatini başka yöne çekerek memnuniyetini artırabilecektir. Günümüzde yapılan çalışmalarda pediatrik onkoloji hastalarına uygulanan dikkati başka yöne çekme yöntemlerinin nefes egzersizleri, pozitif düşünme ve hayal kurma gibi bilişsel davranışçı yaklaşımlar (Flowers ve Birnie, 2015), müzik terapisi (Tuinmann ve ark., 2016; Wong ve ark., 2021), resim yapma (Colwell ve ark., 2005; Altay ve ark., 2017), hipnoz (Liossi ve Hatira, 2003), takı yapma (Günay ve ark., 2022) gibi aktiviteleri içeren uygulamalar olduğu belirtilmektedir. Bu dikkati başka yöne çekme yöntemlerinin uygulanmasıyla pediatrik onkoloji hastalarında yorgunluk ve kaygının azaltılmasına yardımcı olmanın yanında, tedavi sürecine bağlı streslerinin de azaltıldığı (Chang ve ark., 2013; Poder ve Lemioux, 2014; Chen ve ark., 2017; Günay ve ark., 2022), bunun yanında çocukların bu uygulamalarla iletişimlerinin ve aktivitelere katılımlarının arttığı, daha iyi hissettikleri için memnuniyetlerinin arttığı belirlenmiştir (Favara-Scaco ve ark., 2001; Christiansen ve ark., 2015).

Hemşirenin danışmanlık rolüyle kliniklerde, etkinlik ve güvenliği değerlendirilen nonfarmakolojik yöntemler hakkında aileyi ve çocuğu bilgilendirmesi bütüncül hemşirelik bakımının bir parçasıdır (Cantrell ve Ruble, 2011; Kılıçarslan Törüner ve Altay, 2018). Pediatrik onkoloji hastalarında el işi aktivitelerini içeren uygulamaların semptomlara ve çocuğun hastane sürecine etkisini inceleyen çalışmalar ülkemizde son yıllarda daha yaygın kullanılmaya başlanmış olup (Altundağ ve ark., 2016; Manav ve Ocakçı, 2016; Altay ve ark., 2017; Koç ve Yumru, 2019; Günay ve ark., 2022), çoğu çalışmanın yurtdışında gerçekleştirildiği görülmektedir (Favara-Scacco ve ark., 2001; Colwell ve ark., 2005; Francischinelli v ark., 2012; Ilievová ve ark.,

2015; Linder ve ark., 2017; Mohammadi ve ark., 2017; Abdulah ve Abdulla, 2018; Bhoi ve ark., 2022; Dorsey, 2022). Bu uygulamaların yaygın olarak kullanılabilmesi için öncelikle bu alanda daha fazla randomize kontrollü deneysel araştırmanın yapılması ve olumlu sonuçları kanıtlanan uygulamaların, hemşirelerin de dahil olduğu tüm sağlık profesyonellerince uygulanması gerektiği düşünülmektedir (Tarakçıoğlu Çelik, 2016; Fair ve ark., 2021).

2.3.1. Uğraşı Aktiviteleri

Çocuğun gelişim evresindeki en önemli aktivitelerinden biri oyundur. Oyun, çocuğun sosyal, bilişsel ve psikomotor gelişimine yardımcı olan bir araçtır. Çocuk oyun yoluyla duygularını, düşüncelerini ve kişiliğini ifade edebilmektedir (Arıkan ve ark., 2021).

Çocuklarda uğraşı aktivitelerinin temeli, çocuğun zorlu tedavi sürecinde desteklenmesinin yanı sıra hastanede kısıtlı aktivite olanaklarının arttırılarak kaliteli ve eğlenceli zaman geçirmesini de sağlamaktır. Mohammadi ve arkadaşlarının (2017) kanser tanılı çocuklarda oyun temelli uğraşı aktivitelerinin etkinliğini değerlendikleri pilot çalışmada, uğraşı aktivitelerinin çocukların ağrı, yorgunluk ve kaygı semptomlarını azalttığı belirtilmiştir. Sparrow ve arkadaşlarının (2016) geliştirdikleri uğraşı temelli yönlendirme programının retinoblastoma tanılı çocuklar için kullanımını değerlendirdikleri diğer bir çalışmada, çocukların gelişimsel becerilerini tespit etme ve gelişime ihtiyaçlarının olduğu becerilere yönelik rehabilitasyonun planlamada etkili olduğu saptanmıştır. Shurlock'ın (2015) pilot çalışmasında, uğraşı temelli okul sonrası programının çocukların öz kavram algısını arttırmada etkili olduğu bildirilmiştir. Potasz ve arkadaşlarının (2013) yaptıkları çalışmada ise, neden-sonuç ilişkili oyun temelli uğraşı aktivitelerinin, çocukların kortizol seviyelerinde düşüş sağladığı ve hastalıkla baş etmelerini güçlendirdiği bildirilmiştir. Aynı çalışmada uğraşı aktivitelerinin 7-11 yaş aralığındaki çocuklarda 4-7 yaş aralığındaki çocuklara göre daha etkin olduğu tespit edilmiştir.

Yapılan diğer bir çalışmada pediatrik onkoloji hastalarının hastanede kendi istedikleri saatte etkinliklere katılmak istedikleri, etkinliklerde aile üyelerini yanlarında istedikleri, kas kayıplarından dolayı motor beceriler konusunda desteğe ihtiyaç duydukları, daha çok bir ürün oluşturdukları etkinlikleri tercih ettikleri, her

gün farklı eğitimcilerle çalışmak yerine tanıdıkları, güvendikleri bireylerle çalışmaktan hoşlandıkları, farklı günlerde birbirini takip eden uzun süreli projeler yapmaktan hoşlandıkları saptanmıştır (Altundağ ve ark., 2016). Aynı çalışmada, yapılan aktivitelerin çocukların sosyal ve duygusal gelişimlerinin yanı sıra güçsüzlük yaşadıkları psikomotor becerilerinde de etkili olduğu belirlenmiştir.

Kemoterapi tedavisi sürecinde çocukların azalan enerjilerini arttırabilecek aktivitelerin geliştirilmesi ile hastane sürecine çok yönlü katkı sağlamanın yanısıra özellikle deneyimlenen yorgunluğun azaltılabileceği belirtilmektedir (Wu ve ark., 2010). Kemoterapi tedavisi sırasında çocuklar neredeyse odalarından çıkmamakta ve yataklarında zaman geçirmektedirler. Bu durum çocukların enerjisinin ve memnuniyetinin azalmasına, tedaviye uyumunun zorlaşmasına ve en önemlisi de çocukluğunun doğasına uygun olan aktivitelerden uzak kalmasına neden olabilmektedir (Fair ve ark., 2021). Çocukların uğraşı aktivitelerine teşvik edilmesi ve birlikte uğraşı aktivitelerinin yapılması çocuğun kaliteli zaman geçirerek mutlu olmasını ve memnuniyetinin artmasını sağlayabilmektedir.

2.4. Okul Dönemindeki Pediatrik Onkoloji Hastaları için Uğraşı Aktivitelerinin Önemi

Çocukların uğraşı aktivitesi seçiminde yaş dönemi özelliklerini dikkate almak gereklidir (Koç ve Yumru, 2019). Böylece, çocuğun yapılan aktiviteye ilgisi artabilir. Okul dönemi çocuğu için uğraşı seçiminde origami, maket yapımı ya da el işi aktiviteleri kullanılabilir (Price ve Gwin, 2008; Abdulah ve Abdulla, 2018; Günay ve ark., 2022). Bunun yanında planlanan uğraşı aktivitelerinde, maliyeti düşük olan ve günlük yaşamlarında da kolaylıkla ulaşabilecekleri karton, tutkal, fırça, kalem, kağıt gibi basit maddeler kullanılması, el işi aktivitelerinin sürekliliğini sağlamaya yardımcı olabilir (Joaquim ve ark., 2017; Abdulah ve Abdulla, 2018).

Okul çocukluğu dönemi; 6-12 yaş arasını kapsayan, ergenliğe geçiş olgunluğunun kazanıldığı, fiziksel büyümenin yavaşladığı, bilişsel gelişmenin hızla ilerlediği bir dönemdir (O'Conner-Von, 2012; Arıkan ve ark., 2021). Bu dönemdeki çocukların sosyal, akademik ve bilişsel yeteneklerinde meydana gelen gelişimler sonucunda, sosyal ilişkilerinde ve öğrenme kapasitesinde artış gözlenir (Yalom ve ark., 2014;

Arıkan ve ark., 2021). Çocuk, sayısal simgeleri ve soyut kavramları anlamaya başlar, kim olduğunu keşfeder ve bireysel kimliğini oluşturur.

Okul dönemi çocuğunun kendi yaşamı üzerinde kontrol kazanma ve giderek artan bağımsızlık gereksinimi vardır. Hastaneye yatma, çocuğun kendi yaşamı üzerindeki kontrolünü kaybetmesine ve bağımlı olmasına neden olur. Okul dönemi çocuğu için bu durum hem stres yaşamasına hem de gelişim dönemine özgü bağımsız olma çabasını etkileyerek otonomisini ve sosyalleşmesini azaltabilir (Boles ve Daniel, 2019). Okul dönemi çocuğunun yaşına uygun olarak klinikte yapabileceği aktivitelerin sınırlı olması, vaktinin büyük bir kısmını odasında geçirmesine neden olabilmektedir. Kanser tanısının yanında çocuğun klinikte aktif zaman geçirememesi, stresinin artmasına neden olabilmekte, çocuğun sosyal kapasitesinin azalmasına neden olabilmektedir. Hemşire, okul dönemi çocuğunun strese tepkisini sözel ve sözel olmayan yöntemlerle ifade etmesine yardımcı olmalıdır. Çocukla beraber aktiviteler yapmalı, mümkünse aynı yaş grubundaki diğer çocuklarla birlikte aktiviteler yapmasını desteklemelidir (Burns-Nader ve Hernandez-Reif, 2016). Çocukla yapılması planlanan aktivitelerin seçiminde okul dönemi çocuğunun yapmaktan hoşlanabileceği uğraşı aktivitelerinin seçimi ile oluşturan bir uğraşı temelli program ile hem çocuğun hastane ve hastalık sürecinden uzaklaştırılarak semptom yönetimine katkı sağlanabilir hem de bakım sürecine uyumu desteklenerek hastanede kaldığı süreçte memnuniyeti arttırılabilir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışma iki aşamadan oluşmaktadır. **Birinci aşamada** Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği 7-12' nin Türk kültürüne uyarlanma çalışması (**metodolojik bölüm**) yapılmıştır. **İkinci aşamada** pediatrik onkoloji hastalarına yönelik geliştirilen Uğraşı Temelli Hemşirelik Programının (UTHeP) kemoterapiye bağlı semptomlara ve memnuniyete etkisi (**girişimsel bölüm**) değerlendirilmiştir.

3.1. I. Aşama: Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği 7-12' nin Türk Kültürüne Uyarlanması (Metodolojik Bölüm)

3.1.1. Araştırmanın Şekli

"Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği (7-12)" nin Türk kültürüne uyarlanması amacıyla yapılmış metodolojik bir çalışmadır.

3.1.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Çocuk Onkoloji ve Hematoloji servisinde ve polikliniğinde uygulanmıştır. Servis 42 yataklı olup gündüz mesaisinde sorumlu hemşire dahil olmak üzere beş hemşire, dört asistan ve bir uzman doktor çalışmaktadır. Poliklinikte bir eğitim hemşiresi dahil olmak üzere dört hemşire, iki asistan ve bir uzman doktor çalışmaktadır. Poliklinikte pediatrik onkoloji hastalarına ayaktan kemoterapi tedavisinin uygulandığı on beş çocuk kapasiteli kemoterapi uygulama odası bulunmaktadır. Veriler Şubat 2019 - Mart 2020 tarihleri arasında toplanmıştır.

3.1.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Antalya il merkez sınırı içinde bulunan Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Çocuk Onkoloji ve Hematoloji servisinde veya polikliniğinde kemoterapi tedavisi uygulanan, 7-12 yaş aralığındaki tüm çocuk onkoloji hastaları oluşturmuştur. Araştırma grubuna kemoterapi tedavisi uygulanan ve araştırmaya katılmayı kabul eden pediatrik onkoloji hastaları alınmıştır. Bir ölçek başka bir kültüre uyarlanırken örneklem büyüklüğünün ölçekteki madde sayısından 3-10 kat fazla olarak alınması önerilmektedir (Esin, 2014). Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği (7-12)'nin toplam madde sayısı 8'dir. Örneklem büyüklüğü 70 çocuktan oluşmuştur.

3.1.4. Araştırma Örnekleminin Özellikleri

Araştırma örnekleminin özellikleri Tablo 3.1'de yer almaktadır.

Tablo 3.1. Araştırma örneklemi özellikleri

Araştırma Kapsamına Dahil Edilme Kriterleri
• 7-12 yaş aralığında olan
• Türkçe okuma- yazma bilen
• Kemoterapi tedavisi uygulanan
• Çocuk Hematoloji-Onkoloji servisinde veya polikliniğinde tedavi edilen çocuklar
Araştırma Kapsamından Dışlama Kriterleri
• Terminal dönemde olan
• Zihinsel yetersizliği olan
• Ağır nötropenisi (nötrofil düzeyi <500 mm^3) olan
• Okuma-yazma ve görmesini kısıtlayan fiziksel engeli olan çocuklar
Araştırma Sırasında Örneklemden Çıkarılma Kriterleri
• Araştırmadan ayrılmak isteyen çocuklar

3.1.5. Veri Toplama Araçları

Araştırma verilerinin toplanmasında;

- Birey Tanıtım Formu
- Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği 7-12 kullanılmıştır.

Birey Tanıtım Formu (EK-4): Literatür doğrultusunda araştırmacılar tarafından oluşturulan form, 10 sorudan oluşmaktadır (Altay ve ark., 2017; Çiftcioğlu ve Efe, 2017; Nilsson, 2019). İlk üç soru çocuğun yaş, cinsiyet ve eğitim durumunu içeren sosyodemografik özelliklerine, sonraki 7 soru ise çocuğun tanısı, hastalık ve tedavi süreleri, uygulanan tedavi protokolü, fiziksel özel gereksinim durumunun olup olmaması, tedavi kür sayısı ve bazal myelosupresyon düzeyini içermektedir. Çocuğun sosyodemografik özelliklerine yönelik bilgiler çocuğun kendisinden, tanısı, hastalığın süresi ve tedaviye yönelik bilgiler çocuğun hastane dosyasından alınmıştır.

Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği 7-12 (Memorial Symptom Assessment Scale 7–12) (EK-6): Collins ve arkadaşları (2002) tarafından 10-18 yaş formundan 7-12 yaş çocuklara uyarlanan ölçek kanser tanılı çocukların son iki günde deneyimledikleri ağrı, yorgunluk, üzüntü, bulantı, kaşıntı, endişe, iştahsızlık ve uykusuzluk semptomlarını değerlendirmede kullanılan 8 maddeli bir ölçektir. Ölçekte yer alan ağrı, yorgunluk, üzüntü, kaşıntı ve endişe semptomlarının son iki gündeki sıklığı, şiddeti ve çocukta yarattığı rahatsızlık, iştahsızlık, uykusuzluk ve bulantı semptomlarının ise şiddeti ve çocukta yarattığı rahatsızlığı değerlendirmektedir. Semptomlar "var" ya da "yok" olarak değerlendirilir. Eğer semptom var ise süresi, "kısa süreli (1 puan)", "orta süreli (2 puan)" ve "uzun süreli (3 puan)" olacak şekilde puanlanır. Semptomun şiddeti, "az miktar", orta miktar" ve çok miktarda" olarak süre ile aynı şekilde puanlanır. Semptomun çocukta yarattığı rahatsızlık ise "hiç (0 puan)", "biraz (1 puan), "orta (2 puan)" ve "çok (3 puan)" şeklinde puanlanır. Ölçekten alınan puan arttıkça semptomun çocuk için olumsuz etkilerinin arttığını göstermektedir. Ölçeğin Cronbach Alfa Katsayısı 0.67'dir (Collins ve ark., 2002). Ölçeğin Türkçe formunun Cronbach alfa katsayısı 0.83 olarak bulunmuştur.

3.1.6. Ön Uygulama

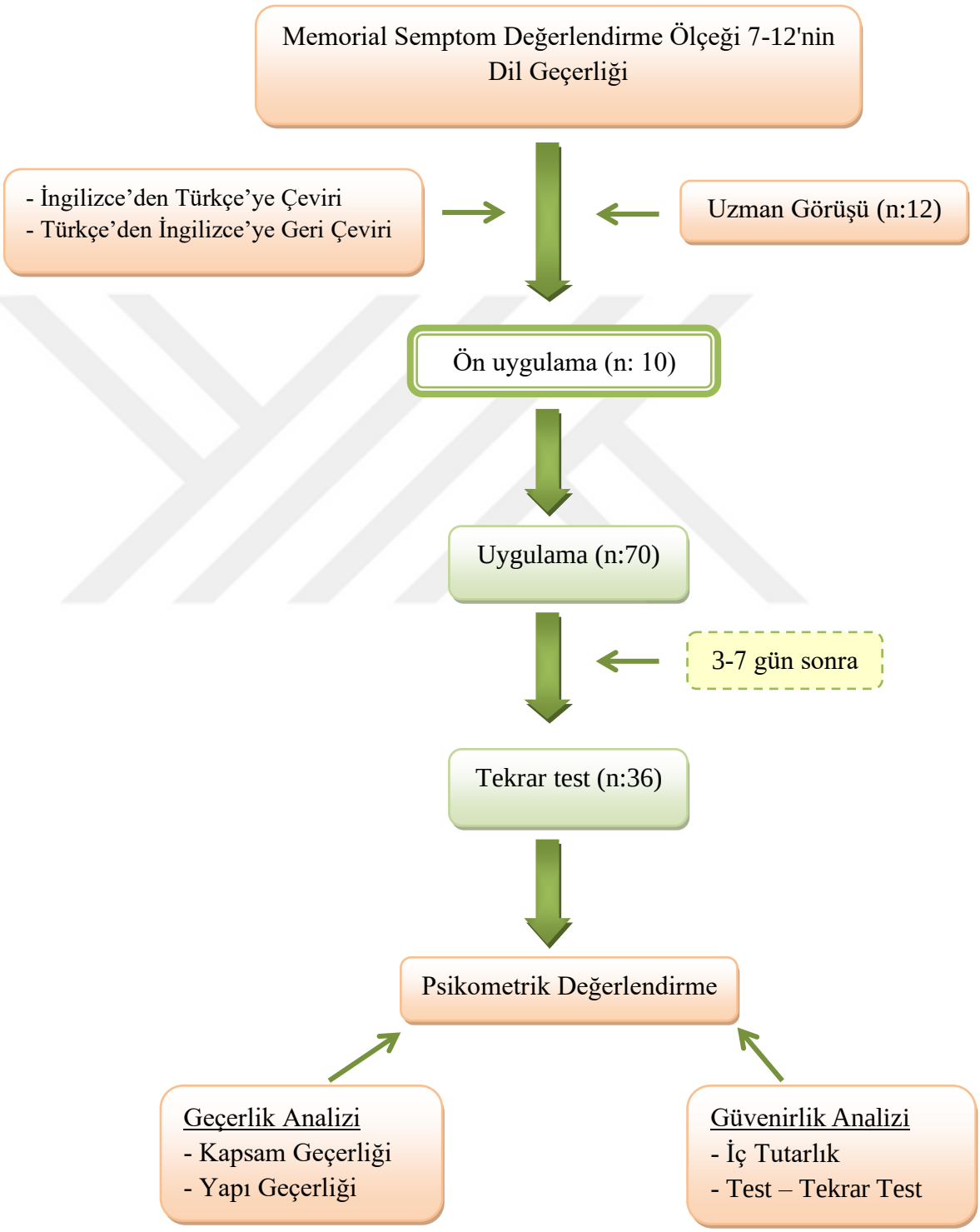
Araştırmanın ön uygulaması, ölçeğin uzman değerlendirmelerinin alınmasından sonra gerekli düzenlemeler yapılıp Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Çocuk Onkoloji ve Hematoloji servisinde veya polikliniğinde kemoterapi tedavisi uygulanan 10 çocuk ile gerçekleştirilmiştir. Ön uygulama sonrasında ölçekte herhangi bir değişiklik yapılmamıştır. Ön uygulamaya alınan çocukların verileri örneklem kapsamına alınmamıştır.

3.1.7. Verilerin Toplanması

Veriler araştırmacı tarafından, Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Çocuk Onkoloji ve Hematoloji servisinde ve polikliniğinde Şubat 2019 - Mart 2020 tarihleri arasında toplanmıştır. Çalışmaya katılmak için istekli olan çocuklara ve bakım vericilerine açıklama yapılıp, bakım vericilere Asgari Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu imzalatılmıştır.

Veriler, araştırmacı tarafından poliklinikte kemoterapi tedavi odasında, serviste ise hasta odasında toplanmıştır. Veri toplama süresi her çocuk için ortalama 10 dakika

sürmüş, ölçek kemoterapi süresince bir kez uygulanmıştır. Tekrar test için örnekleme alınan çocukların 36'sına, kemoterapi protokolleri dahilinde, üç-yedi gün sonra bir kez daha ölçek uygulanmıştır. Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği 7-12'nin çalışma aşamaları Şekil 3.1.'de yer almaktadır.



Şekil 3.1. Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği 7-12'nin çalışma aşamaları

3.1.8. Araştırma Etiği

Araştırmada Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği (7-12)' nin kullanılabilmesi amacıyla ölçeğin sorumlu yazarı Prof. Dr. John Collins' ten gerekli yazılı izin, elektronik posta aracılığı ile alınmıştır (EK 10). Akdeniz Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan ve araştırmanın yapılacağı kurum olan Akdeniz Üniversitesi Hastanesi'nden (EK 8) yazılı izinler alınmıştır. Araştırma kapsamına alınma kriterlerine uyan çocuklara ve bakım vericilerine veri toplama sürecine başlamadan önce araştırmanın yapılma amacı, araştırmadan istedikleri zaman ayrılabilecekleri ve bu durumun tedavilerini hiçbir şekilde etkilemeyeceği açıklaması yapıldıktan sonra sadece bakım vericilerden yazılı onam (Asgari Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (EK 1)) alınmıştır. Araştırmaya katılmaya yazılı onay verdikten sonra araştırmanın herhangi bir evresinde araştırmaya devam etmek istemeyen çocuklar ve çocuğa bakım veren aile bireylerine istedikleri anda araştırmadan çekilebilecekleri açıklanmıştır ve araştırmadan çekilen olmamıştır.

3.1.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen verilerin analizi Statistical Package for Social Science (SPSS) 23.0 paket programında gerçekleştirilmiştir. Verilerin analizi uzman bir istatistikçi tarafından yapılmıştır. Araştırmada istatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0.01$ olarak alınmıştır. Frekans ve varyansları belirlemek için MSDÖ 7–12'nin her bir maddesi için yüzde, ortalama, standart sapma ve aralıklar kullanılmıştır. Veriler Shapiro-Wilk testine göre normal olarak dağılmıştır. Örneklem büyüklüğünü ve korelasyon matrisinin faktör analizine uygunluğunu belirlemek için Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) testi kullanılmıştır. Korelasyon matrisinin faktör analizine uygun olup olmadığını belirlemek için Bartlett testi yapılmıştır. Faktör yapısı, özdeğeri ≥ 1 olan maddeler seçilerek belirlenmiştir. Verilerin analizinde kullanılan istatistiksel yöntemler Tablo 3.2'de verilmiştir.

Tablo 3.2. Verilerin analizinde kullanılan istatistiksel yöntemler

Verilerin Analizi	**İstatistiksel Yöntemler**
Birey Tanıtım Formu	Sayı ve yüzde
Geçerlik Analizi	
Dil geçerliği	İngilizce'den Türkçe'ye çeviri
	Türkçe'den İngilizce'ye geri çeviri
Kapsam geçerliği	Kendall W uyum analizi
Yapı geçerliği	Açıklayıcı faktör analizi
Güvenirlik Analizi	
İç tutarlık	Cronbach Alfa katsayısı
	Madde toplam puan korelasyonu
Test – Tekrar Test	Spearman korelasyon analizi
	Eşleştirilmiş örneklem t testi

3.2. II. Aşama: Pediatrik Onkoloji Hastalarına Uygulanan Uğraşı Temelli Hemşirelik Programının Kemoterapiye Bağlı Semptomlara ve Memnuniyete Etkisi (Girişimsel Bölüm)

3.2.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma randomize kontrollü tek kör deneysel bir çalışmadır. Araştırmanın ClinicalTrials.gov kodu: NCT04709653'tür.

3.2.2. Araştırmanın Hipotezleri

UTHeP uygulanan girişim grubundaki pediatrik onkoloji hastalarının kontrol grubuna göre;

1. Hipotez (H_1): Kemoterapiye bağlı semptomları daha azdır.

2. Hipotez (H_1): Psikososyal semptomları daha azdır.

3. Hipotez (H_1): Memnuniyeti daha fazladır.

3.2.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Çocuk Hematoloji-Onkoloji servisinde yapılmıştır. Servis 42 yataklı olup gündüz mesaisinde sorumlu hemşire dahil olmak üzere beş hemşire, dört asistan ve bir uzman doktor çalışmaktadır. Araştırmanın veri toplama süreci Mayıs 2021 - Mayıs 2022 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

3.2.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini; Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Çocuk Hematoloji-Onkoloji servisinde yatarak onkoloji tedavisi alan tüm çocuklar oluşturmuştur. Serviste son bir yıl içerisinde yaklaşık 90 çocuk tedavi almıştır. Araştırmaya dahil edilmeyen çocuklardan 13'ü yedi yaşın altında, 8'i kemoterapi tedavisi uygulanmayan ve 5'i ağır nötropenisi (nötrofil düzeyi <500 mm^3) olan çocuklardır. Örneklem kriterlerine uyan 4 çocuk ise araştırmaya katılmayı kabul etmemiştir. Araştırma örneklemine, örnekleme dahil edilme kriterlerine uyan 60 çocuk alınmıştır.

Araştırmanın Örneklem Büyüklüğü

Araştırmanın örneklem büyüklüğü güç (power) analizi kullanılarak belirlenmiştir. Araştırmanın gücü, iki uygulama arasındaki farkı ortaya koyabilme olasılığı olarak tanımlanmaktadır. Çalışmaların genel olarak en az %80 güce, %5 tip 1 hata oranına

ve 0.5 ve üzerinde etki büyüklüğüne sahip olması gerekmektedir (Kılıç, 2014). Literatürde benzer bir araştırmaya rastlanılmamıştır. Bu nedenle ortalama ve standart sapmalar bilinmediğinden bu araştırma için etki büyüklüğü 0.7, tip 1 hata oranı %5 ve güç %80 olarak kabul edilmiştir. Bu değerler doğrultusunda G*Power 3.1.9.2 istatistik programı kullanılarak hesaplanan örneklem büyüklüğü girişim grubunda 26 ve kontrol grubunda 26 çocuk olmak üzere toplam 52 çocuk olarak belirlenmiştir (EK 11). Araştırmada girişim sürecinde kayıplar olabileceği düşünülmüş bu nedenle girişim ve kontrol grubuna %10 kayıp payı eklenerek 30'ar çocuk alınması planlanmıştır.

3.2.5. Araştırma Örnekleminin Özellikleri

Araştırma örnekleminin özellikleri Tablo 3.3'te yer almaktadır.

Tablo 3.3. Araştırma örneklemi özellikleri

Araştırma Kapsamına Alınma Kriterleri
• 7-12 yaş aralığında olan
• Türkçe okuma - yazma bilen
• Kemoterapi tedavisi uygulanan
• Çocuk Hematoloji-Onkoloji servisinde yatarak tedavi olan çocuklar
Araştırma Kapsamına Alınmama Kriterleri
• Terminal dönemde olan
• Zihinsel yetersizliği olan
• Görme ya da üst ekstremite engeli olan
• Ağır nötropenisi (nötrofil düzeyi <500 mm^3) olan çocuklar
Araştırma Sırasında Örneklemden Çıkarılma Kriterleri
• Araştırmadan ayrılmak isteyen çocuklar

3.2.6. Randomizasyon

Randomizasyon, araştırmaya alınan katılımcıların gruplara rastgele olarak atanmasını kapsamaktadır. Bu yolla her bir denek eşit ve bilinen olasılıkla herhangi bir gruba girer (Esin, 2014). Araştırmada, girişim grubunda ve kontrol grubunda eşit sayıda örneklem sağlamak ve etkinliği incelenecek bakım dışında diğer tüm etkenler açısından her iki grubun benzer olmasını sağlamak amacıyla randomizasyon yapılmıştır. Randomizasyon yöntemi olarak iki grupta eşit sayıda örneklem sağlamak

amacı ile “basit rastgele randomizasyon yöntemi” seçilmiştir. Araştırmacı “https://www.random.org/” web sitesini kullanarak rastgele sayılar tablosu ile girişim ve kontrol grubu olmak üzere iki grup oluşturmuştur (EK 12). Opak zarflar 1’den 60’a kadar numaralandırılmış ve kapatılmıştır. Katılımcının gönüllü oluru alındıktan ve dahil etme kriterleri değerlendirildikten sonra bir zarf seçmesi istenmiştir. Böylece katılımcıların hangi grupta olacakları belirlenmiştir.

Girişim grubunun sıra numaraları: 8, 24, 17, 53, 10, 5, 49, 60, 51, 14, 55, 16, 41, 15, 6, 58, 12, 57, 44, 30, 1, 35, 27, 29, 37, 20, 43, 18, 47, 45,

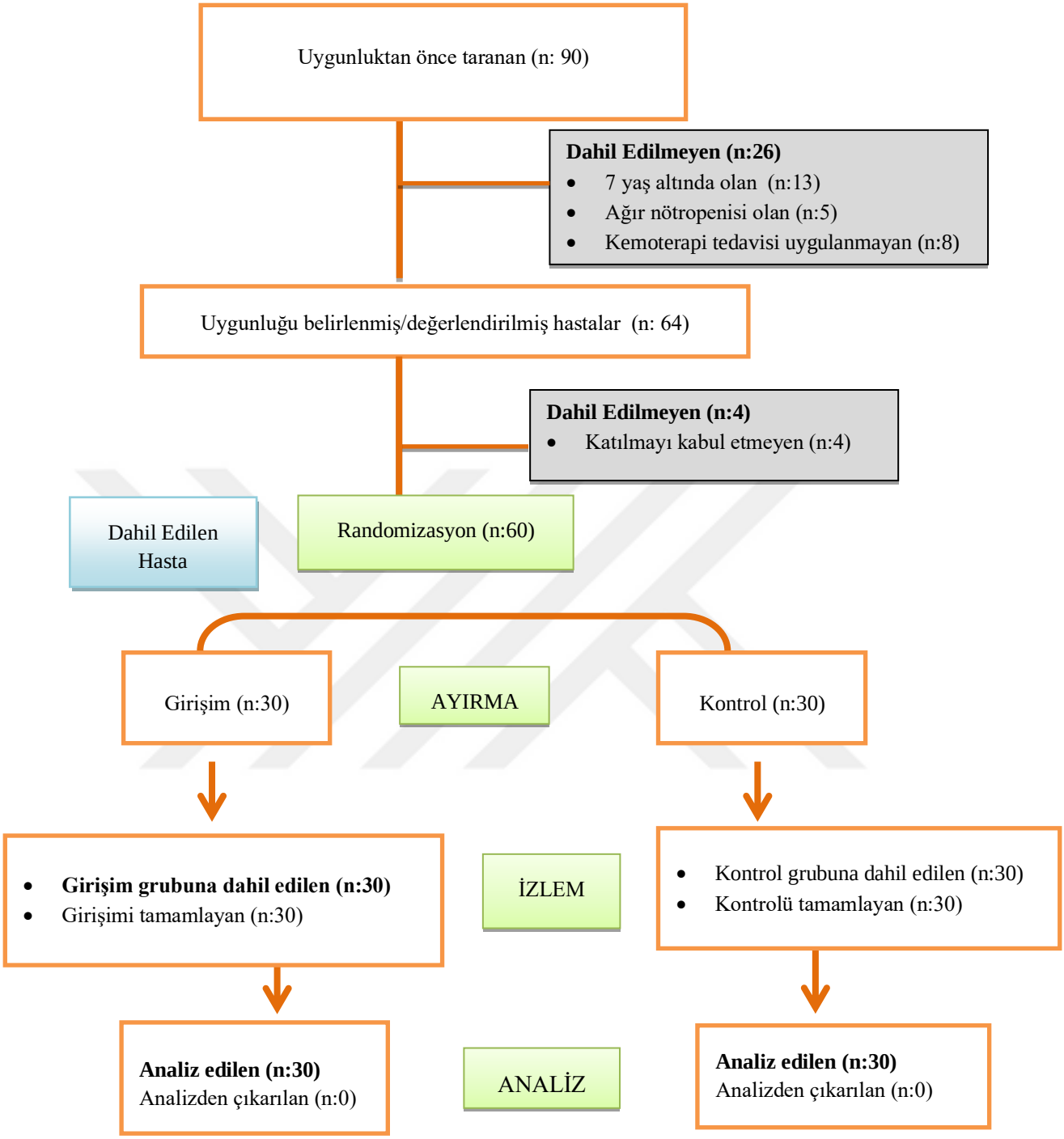
Kontrol grubunun sıra numaraları: 50, 42, 19, 54, 9, 38, 11, 34, 13, 33, 39, 32, 25, 2, 21, 4, 23, 52, 22, 36, 59, 28, 31, 46, 26, 7, 3, 40, 56, 48.

3.2.7. Körleme ve Biasın Önlenmesi

Araştırma randomize kontrollü tek kör bir çalışmadır. Randomizasyon işleminde örnekleme dahil olma kriterlerini taşıyan ve araştırmaya katılmayı kabul edenlerin, hangi gruba (girişim grubuna / kontrol grubuna) dahil edileceğini bilmemesi ile tek körleme sağlanmıştır. Aynı zamanda veriler istatistik uzmanı tarafından değerlendirildiği ve veri kümesinde grup bir ve grup iki ifadeleri kullanıldığı için üçüncü taraf körlemesi de kullanılmıştır.

Araştırmanın veri toplama araçları çocuk ve bakımvericisi tarafından doldurulmuştur. Araştırmacı, sadece çocuğun dosyasından alması gereken tedavi bilgilerini almış, veri toplama sürecine dahil olmamış, süreci gözlemlemiştir.

Randomize kontrollü çalışmada verilerin raporlanmasında açıklık, bütünlük ve şeffaflığı kolaylaştırmak için araştırmanın her aşamasının Consolidated Standarts of Reporting Trials (Consort)’a göre yapılması önerilmektedir (Sunay ve ark., 2013). Bu araştırmanın her aşaması Consort kontrol listesine göre yapılandırılmıştır. CONSORT şemasından yararlanılarak uygulama akış şeması hazırlanmıştır (Şekil 3.2.).



Şekil 3.2. Consort Akış Diyagramı (Montgomery ve ark., 2018)

3.2.8. Veri Toplama Araçları

Araştırma verilerinin toplanmasında;

- Birey Tanıtım Formu
- Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği 7-12
- Hastanede Yatan Çocuklar İçin Psikososyal Semptomları Tanılama Ölçeği
- Çocuk Memnuniyet Formu kullanılmıştır.

Birey Tanıtım Formu (EK 3): Literatür doğrultusunda araştırmacılar tarafından oluşturulan form, 10 sorudan oluşmaktadır (Shurlock, 2015; Çiftcioğlu ve Efe, 2017; Mohammadi ve ark., 2017; Nilsson, 2019). İlk üç soru çocuğun yaş, cinsiyet ve eğitim durumunu içeren sosyodemografik özelliklerine, sonraki yedi soru ise çocuğun tanısı, ilk tanı yılı, tanısını bilme durumu, uygulanan tedavi protokolü, fiziksel engel durumu, tedavi kür sayısı ve bazal myelosupresyon düzeyini içermektedir.

Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği 7-12 (MSDÖ 7-12) (EK 4): Collins ve arkadaşları (2002) tarafından 10-18 yaş formundan 7-12 yaş çocuklara uyarlanan ölçek kanser tanılı çocukların son iki günde deneyimledikleri ağrı, yorgunluk, üzüntü, bulantı, kaşıntı, endişe, iştahsızlık ve uykusuzluk semptomlarını değerlendirmede kullanılan 8 maddeli bir ölçektir. Ölçekte yer alan ağrı, yorgunluk, üzüntü, kaşıntı ve endişe semptomlarının son iki gündeki sıklığı, şiddeti ve çocukta yarattığı rahatsızlık, iştahsızlık, uykusuzluk ve bulantı semptomlarının ise şiddeti ve çocukta yarattığı rahatsızlığı değerlendirmektedir. Semptomlar "var" ya da "yok" olarak değerlendirilir. Eğer semptom var ise süresi, "kısa süreli (1 puan)", "orta süreli (2 puan)" ve "uzun süreli (3 puan)" olacak şekilde puanlanır. Semptomun şiddeti, "az miktar", orta miktar" ve çok miktarda" olarak süre ile aynı şekilde puanlanır. Semptomun çocukta yarattığı rahatsızlık ise "hiç (0 puan)", "biraz (1 puan), "orta (2 puan)" ve "çok (3 puan)" şeklinde puanlanır. Ölçekten alınan puan arttıkça semptomun çocuk için olumsuz etkilerinin arttığını gösterir. Ölçeğin Cronbach Alfa Katsayısı 0.67'dir. Ölçeğin Türk kültürüne uyarlaması, yazardan izin alınarak araştırmacı tarafından araştırmanın birinci aşaması olan metodolojik kısmında yapılmış ve Cronbach Alfa Katsayısı 0.83 bulunmuştur. Bu ölçek çocuk tarafından doldurulmuştur.

Hastanede Yatan Çocuklar İçin Psikososyal Semptomları Tanılama Ölçeği (ÇPSTÖ) (EK 5): Üstün (2012) tarafından geliştirilen ölçek, hastanede yatan 6-12 yaş çocuklar için psikososyal semptomları tanılama amacıyla oluşturulmuştur. 24 maddeden oluşan 3'lü likert tipi ölçekte yer alan her bir ifade "hiçbir zaman", "bazen" ve "sık sık" şeklinde değerlendirilip, sırasıyla 0, 1 ve 2 şeklinde puanlandırılmıştır. Ölçekten elde edilecek en yüksek puan "48", en düşük puan ise "0" dır. Ölçek puanının yüksek olması klinikte yatan çocuğun psikososyal sorunlarının olduğunu belirtmektedir. Ölçeğin beş alt boyutu bulunmaktadır. Bunlar:

- Anksiyete (Madde 1, 2, 6, 10, 12, 15 ve 23),
- Umutsuzluk (Madde 3, 4, 5, 9 ve 16)
- İletişim güçlüğü (Madde 14, 17, 20 ve 21)
- Öfke ve saldırganlık (Madde 7, 13, 19, 22 ve 24)
- Regresyon (Madde 8, 11 ve 18) alt boyutlarıdır.

Ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0,91'dir (Üstün, 2012). Ölçeğin çalışmamızdaki Cronbach alfa katsayısı 0,95 bulunmuştur. Bu ölçeği çocuğun bakım vericisi doldurmuştur.

Çocuk Memnuniyet Formu (EK 6): Araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan form, pediatrik onkoloji hastasının memnuniyetini değerlendirmeye yönelik oluşturulmuştur (Köşgeroğlu ve ark., 2005; Gómez-de-Terreros-Guardiola ve ark., 2019). Formda yer alan sorular için çocuk hematoloji onkoloji alanında beş uzmandan görüş alınmıştır. Uzmanlardan sorulara yönelik bir düzeltme önerisi olmamıştır ve form sorularında değişiklik yapılmamıştır. On maddeden oluşan beşli likert tipi formda yer alan her bir ifade; "Hiç katılmıyorum", "Katılmıyorum", "Kararsızım", "Katılıyorum" ve "Tamamen katılıyorum" şeklinde değerlendirilip, sırasıyla 1, 2, 3, 4, 5 şeklinde puanlandırılmıştır. Formdan elde edilecek en yüksek puan "50", en düşük puan ise "10" dur. Form puanının yüksek olması klinikte yatan çocuğun memnuniyetinin fazla olduğunu belirtmektedir. Bu form çocuk tarafından doldurulmuştur.

3.2.9. Uğraşı Temelli Hemşirelik Programı (UTHeP)'nın Geliştirilmesi

Uğraşı aktivitelerinin kullanıldığı uğraşı temelli hemşirelik programı araştırmacı tarafından hazırlanmıştır. Program; her güne bir oturum olacak şekilde peş peşe beş

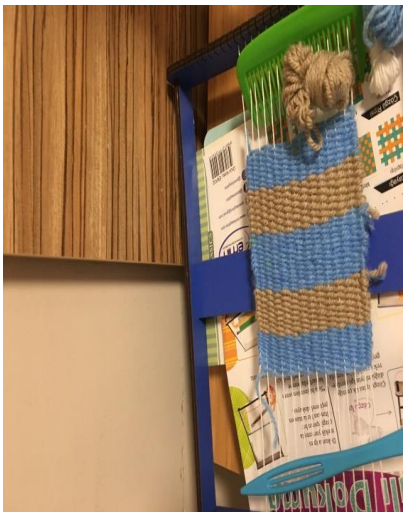
oturum ve görüşme süresi ortalama 30 dakika olarak planlanmıştır. UTHeP'in beş oturumu tamamlandıktan sonra, taburcu olmadan bir – iki gün ev izni ile giden çocukların, ev iznine gidip dönmeleri süresi boyunca UTHeP aktivitelerine evde de devam etmeleri sağlanmış ve UTHeP'in izlem ölçümleri çocuk tamamen taburcu olmadan tamamlanmıştır. UTHeP'in içeriği literatür doğrultusunda geliştirilmiştir (Weber, 2010; Potasz ve ark., 2013; Mohammadi ve ark., 2017; İbrahim ve ark., 2020; Palvan ve ark., 2021; Wong ve ark., 2021). UTHeP'in içeriğinde, okul dönemi çocuklarına uygun olan uğraşı aktiviteleri tercih edilmiştir.

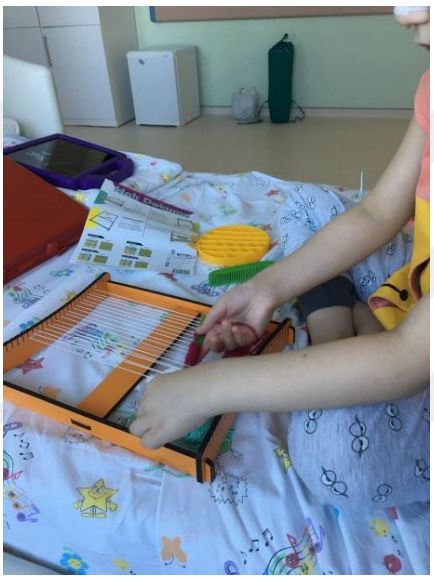
Yapılan araştırmalarda, okul dönemi çocuklarına uğraşı temelli uygulamalar olarak origami (Mathew ve Chritabel, 2018; Thakur ve ark., 2021), resim yapma, maket yapımı (Weber, 2010), boncuklardan takı yapımı (Günay ve ark., 2022) gibi uygulamaların faydalı olduğu bildirilmiştir.

Çalışmada UTHeP'in içeriği hem literatür hem de araştırmanın yapıldığı birimde çalışan sağlık profesyonellerinden ve kanserli çocuklardan alınan geri bildirimler dikkate alınarak planlanmıştır. UTHeP'in içeriği, kilim dokuma, origami yapımı ve şönil kullanılarak figür oluşturmadır.

UTHeP'in ilk uğraşı aktivitesi olan Kilim dokuma sakinleştiricidir, dikkati odaklar ve duyulara hitap eder (https://www.saoriartsnyc.org/ Erişim Tarihi: 21.06.2022). Pediatrik onkoloji hastalarının kilim dokuma aktivitesine katılmaları birçok renkte iple çalışıp, kendiliğinden güzellik yaratmalarına ve kilim dokuma süresince dikkatlerini hastalık ve tedavi sürecinden uzaklaştırarak rahatlamalarını sağlayabilir. Kilim dokuma uğraşısında, kilim dokuma setinin hazırlanıp iplerinin yerleştirilmesi ve sonrasında tek tek iplerden dokuma iplerinin geçirilerek, kilim tarağı yardımıyla iplerin hizalanması gerektiği için diğer el işi uğraşılarından daha fazla zaman gereklidir. Bu nedenle kilim dokuma uğraşına üç oturumluk süre ayrılmıştır.









UTHeP'in ikinci uğraşı aktivitesi olan origami ile figür yapma ise; Japonca oru (katlama) ve kami (kağıt) kelimelerinin birleşmesiyle meydana gelmiş "Katlanmış Kağıt" anlamına gelen kağıt katlama sanatıdır. Origami temelde makas ve yapıştırıcı kullanmadan kağıdı sadece katlayarak çeşitli şekiller oluşturma sanatıdır. Kağıtları şekilden şekile sokarak; kuşlar, çiçekler, hayvanlar ve doğada var olan pek çok şey yapılabilir. Origami katlama sanatı ile pediatrik onkoloji hastalarının el becerilerini geliştirirken odaklanmaları da sağlanarak dikkatleri hastalık ve tedavi sürecinden başka yöne çekilebilir. Çocuklar için kolaylık sağlayacağı düşünülerek katlama yerleri belirgin ve çocukların sevdiği animasyon karakterlerini içeren origami setleri tercih edilmiş ve bir oturumluk süre ayrılmıştır.
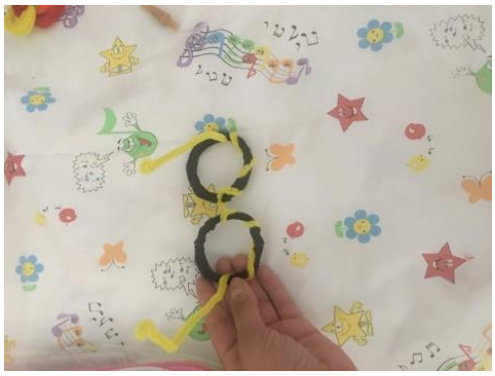








UTHeP'in son uğraşı aktivitesi olan şönil ile figür yapma, çocukların dikkatlerini başka yöne çekilebilmesini sağlayan eğlenceli bir uğraşıdır. İngilizce'de pipe cleaner (pipo temizleyici) olarak geçen bu malzeme aslında tüylü tel olup çocuklarla yapılacak elişi aktivitelerinde kullanılan bir malzemedir. Temelde çeşitli kalınlıklarda tüyler tele sarılarak yapılan bir malzemedir. Bu telleri çocuklar çok kolay eğip bükebildikleri için, hayal güçleri ile çok değişik figürler yapabilirler. Şöniller her çocuk için ayrı paketlerde verilmiş ve şönilden şekil yapımı için bir oturumluk süre ayrılmıştır.








UTHeP oturumlarını uygulamaya başlamadan önce çocuktan sözlü onam ve bakım vericisinden yazılı onam alınmıştır. Çocuğa ve bakım vericisine uğraşı malzemeleri tanıtılarak, araştırmacı tarafından yapımı gösterilmiş ve başlangıç aktiviteleri çocukla birlikte yapılarak çocuk hem aktiviteye teşvik edilmiş hem de malzemelere alışması

sağlanmıştır. Sonrasında çocuğun istediği figürleri oluşturulması konusunda çocuk serbest bırakılmıştır. Oturumlar çocuğun kendi odasında ve kendi yatağında yapılmıştır, böylece uğraşı malzemeleri odadan dışarı çıkarılmamış, her çocuğun kendi dolabında muhafaza edilmiştir.

Program içeriğinin güvenirliğini ve yeterliğini sağlamak için program içeriği multidisipliner uzmanlardan (Çocuk sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği öğretim üyeleri, Psikiyatri Hemşireliği öğretim üyeleri, İç Hastalıkları Hemşireliği öğretim üyesi, Pediatrik Onkoloji hemşiresi, Pediatrik Onkoloji uzmanları, Güzel Sanatlar Fakültesi öğretim üyesi ve psikologdan oluşan on araştırmacı) tarafından değerlendirilmiştir (EK 16). Uzmanların önerileri doğrultusunda üçüncü ve dördüncü izlem ölçümleri eklenmiş ve uygulama süresi 45 dakikadan 30 dakikaya azaltılmıştır.

Uğraşı aktivitelerinde kullanılacak malzemeler çocukların sağlığına zarar vermeyecek materyallerden yapılmış olmasına ve enfeksiyon oluşturucu herhangi bir yapı ihtiva etmemesine dikkat edilerek seçilmiştir. Uğraşı Temelli Hemşirelik Programı'nın içeriği Tablo 3.2.'de verilmiştir.

Tablo 3.4. Uğraşı Temelli Hemşirelik Programı içeriği

Oturum	İçerik	Materyal	Süre
1. Oturum	• Kilim dokuma malzemelerinin tanıtımı • Çocukla birlikte kilim dokuma aktivitesine başlanması	Kilim dokuma seti	30 dk
2. Oturum	• Kilim dokuma aktivitesine devam edilmesi	Kilim dokuma seti	30 dk
3. Oturum	• Kilim dokuma aktivitesine devam edilmesi • Kilim dokuma aktivitesinin tamamlanması • Kilim dokuma aktivitesi tamamlandıktan sonra çocuğa geribildirim verilmesi ve çocuktan aktiviteye yönelik geri bildirim alınması	Kilim dokuma seti	30 dk
4. Oturum	• Origami setinin tanıtımı • Çocuğun origami seti ile istediği bir figürü yapmasının sağlanması • Çocuğun başka bir figürü yapabilmesi için desteklenmesi • Origami aktivitesi tamamladıktan sonra çocuğa geribildirim verilmesi ve çocuktan aktiviteye yönelik geri bildirim alınması	Origami seti	30 dk
5. Oturum	• Şönillerin tanıtımı • Şöniller ile şekillerin nasıl yapılacağı hakkında bilgi verilmesi • Çocuğun şönil ile istediği bir şekli yapmasının sağlanması • Şönil aktivitesi tamamladıktan sonra çocuğa geribildirim verilmesi ve çocuktan aktiviteye yönelik geri bildirim alınması	Şöniller	30 dk

Kontrol (Rutin Bakım) Grubu

Serviste çalışan, çocukları aktiviteye yönlendirebilecek bir psikolog ya da terapist bulunmamaktadır. Bunun yanında, rutin olmamakla birlikte çocuklar, serviste yatışları süresince gönüllü gruplar tarafından resim yapma, kum boyama gibi etkinlikler ile desteklenmektedir. Hemşireler tarafından serviste rutin olarak herhangi bir uğraşı aktivitesi yaptırılmamaktadır.

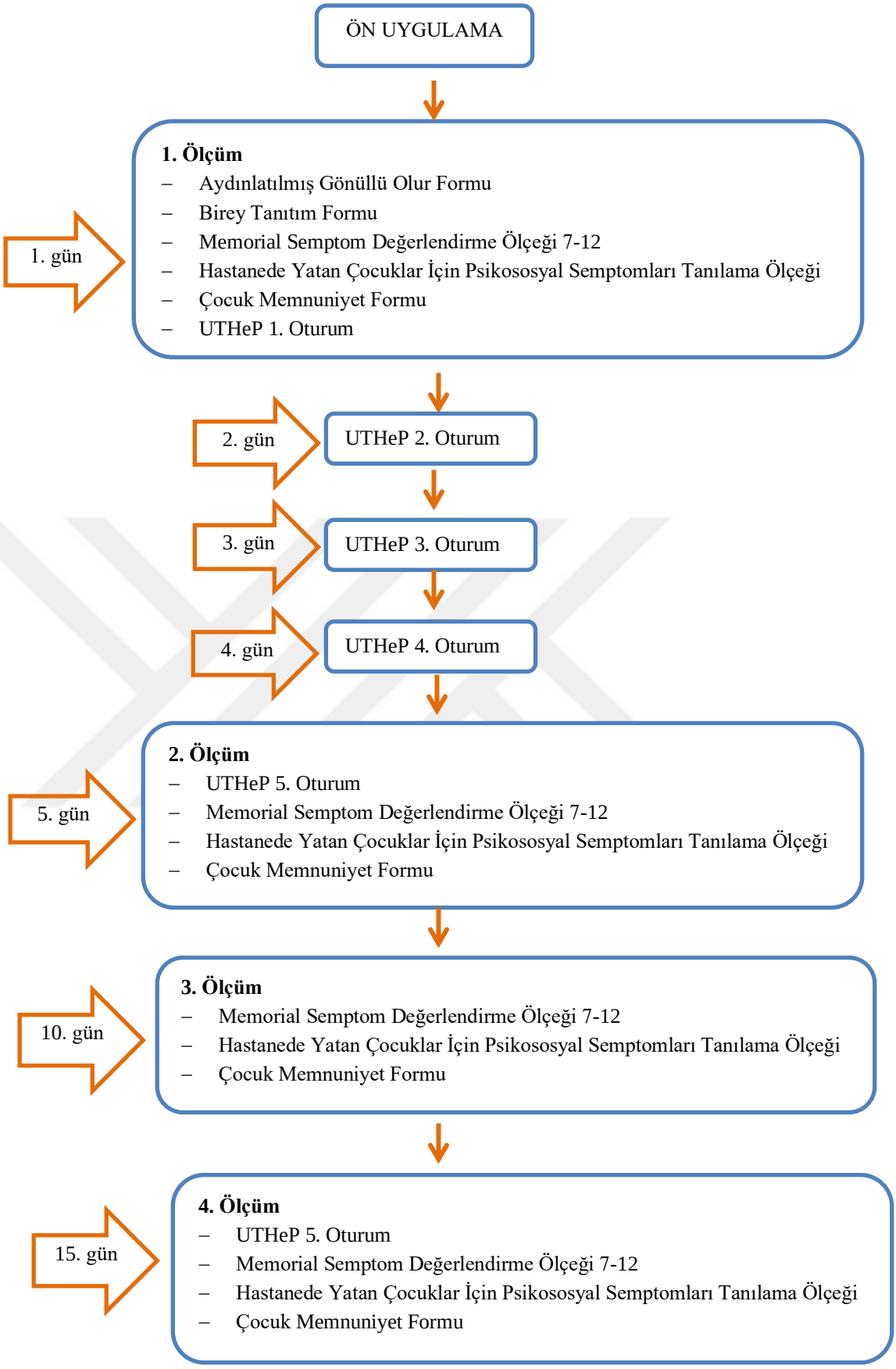
3.2.10. Ön Uygulama

Ön uygulama ile ilgili aşağıdaki planlamalar yapılmıştır.

- Örneklemdeki çocukların %5'i olan 3 çocuk ön uygulama kapsamına alınmıştır.
- Ön uygulamaya alınan çocuklar araştırma kapsamına alınmamıştır.
- Çocuklarla beş gün oturum yapılmıştır.
- Tüm yapılan beş oturumda, çocuğa ve bakım vericisine uğraşı malzemeleri tanıtılarak, araştırmacı tarafından yapımı gösterilmiş ve başlangıç aktiviteleri çocukla birlikte yapılarak çocuk hem aktiviteye teşvik edilmiş hem de malzemelere alışması sağlanmıştır. Sonrasında çocuğun istediği figürleri oluşturulması konusunda çocuk serbest bırakılmıştır. Oturumlar çocuğun kendi odasında ve kendi yatağında yapılmıştır. Böylece uğraşı malzemeleri odadan dışarı çıkarılmamış, her çocuğun kendi dolabında muhafaza edilmiştir.
- ***Birinci oturum (1. gün)***; araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemiyle çocuk hematoloji onkoloji kliniğinde yatarak tedavi uygulanan çocuğun odasında, "Aydınlatılmış Gönüllü Olur Formu", "Birey Tanıtım Formu", "Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği 7-12", "Hastanede Yatan Çocuklar İçin Psikososyal Semptomları Tanılama Ölçeği" ve "Çocuk Memnuniyet Formu" uygulanmış, sonrasında ise ilk uğraşı aktivitesi olan kilim dokuma malzemeleri araştırmacı tarafından çocuğa ve bakım vericiye tanıtılmıştır. Araştırmacı malzemelerin nasıl kullanılacağını detaylı olarak göstermiştir ve çocukla birlikte kilim dokuma aktivitesine başlanmıştır.
- ***İkinci oturumda (2. gün);*** birinci oturumda başlanılan kilim dokuma aktivitesine yönelik sorusu olup olmadığı sorulmuş ve sonrasında kilim dokuma aktivitesine devam edilmiştir.
- ***Üçüncü oturumda (3. gün);*** kilim dokuma aktivitesine devam edilerek kilim dokuma aktivitesi tamamlanmıştır. Çocuktan kilim dokuma aktivitesine yönelik

geri bildirim alınmış ve elde ettiği dokuma ürünü hakkında geri bildirim verilmiştir.

- ***Dördüncü oturumda (4. gün);*** araştırmacı tarafından temin edilen origami seti çocuğa ve bakım vericiye tanıtılmıştır. Çocuğun tanıtılan origami seti ile istediği bir figürü yapması sağlanmıştır. Origami figürü tamamlandıktan sonra çocuğun isteği doğrultusunda başka bir figürü yapabilmesi için zaman tanınmış ve figürü yapabilmesi için araştırmacı tarafından destek verilmiştir. Çocuk figürünü tamamladıktan sonra çocuğa geribildirim verilmiş ve çocuktan aktiviteye yönelik geri bildirim alınmıştır.
- ***Beşinci oturumda (5. gün);*** araştırmacı tarafından temin edilen şöniller çocuğa tanıtılmıştır. Şöniller ile şekillerin nasıl yapılacağı hakkında bilgi verilmiştir. Sonrasında çocukla birlikte istediği bir şekil yapılmıştır. Çocuk figürünü tamamladıktan sonra çocuğa geribildirim verilmiş ve çocuktan aktiviteye yönelik geri bildirim alınmıştır. Beşinci oturum tamamlandıktan sonra "Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği 7-12", "Hastanede Yatan Çocuklar İçin Psikososyal Semptomları Tanılama Ölçeği" ve "Çocuk Memnuniyet Formu" tekrar uygulanmıştır.
- Oturumlar tamamlandıktan beş gün sonra ve on gün sonra izlem ölçümleri yapılmıştır. "Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği 7-12", "Hastanede Yatan Çocuklar İçin Psikososyal Semptomları Tanılama Ölçeği" ve "Çocuk Memnuniyet Formu" tekrar uygulanmıştır. Veri toplama araçlarının ve UTHeP'in anlaşılırlığı test edilmiştir.
- Ön uygulama sonrasında UTHeP'in içeriği ya da veri toplama formları ile ilgili herhangi bir öneri gelmemiş ve değişiklik yapılmamıştır (Şekil 3.3.).



Şekil 3.3. Ön uygulama şeması

3.2.11. Verilerin Toplanması

Araştırma verilerinin toplanmasında çocuklar kliniğe yatış sırasına göre araştırmaya alınmıştır. Girişim grubuna, ardışık beş gün boyunca, günde bir kez çocuğun isteğiyle belirlenen ve tedavi saatlerini aksatmayan bir saatte girişim uygulanmıştır. Her oturum süresinin ortalama 30 dakika olması planlanmıştır.

Aktiviteler uygulanırken, çocukların enfeksiyon riskini en aza indirebilmek için aktivitelerin bireysel yapılması tercih edilmiştir ve her malzeme çocuklara bireysel olacak şekilde temin edilmiştir. Araştırmacı, çocuk ve bakım vericisi uygulama süresince maske takmışlardır. Araştırmacı her çocuğun odasına girerken maskesini yenilemiştir. Çocuğun ihtiyaç duyduğu durumlarda bakım vericisi de uygulamaya dahil edilmiştir. Araştırmanın veri toplama süreci bittikten sonra kontrol grubundaki tüm çocuklara UTHeP materyalleri temin edilmiştir. Girişim uygulanmasını talep eden kontrol grubundaki çocuklara UTHeP uygulanmıştır. Araştırma uygulama basamakları Şekil 3.4.'te verilmiştir.

- **Girişim Grubu Veri Toplama Süreci**

Birinci Oturum (1. Gün - Kilim Dokuma Aktivitesi):

- Çocukla ve bakım vericisi ile görüşülerek araştırmanın amacı ve süreci hakkında bilgilendirme yapılmıştır. Gerekli formlar tanıtılmış ve girişim hakkında bilgilendirme yapılmıştır.
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olan çocukların ve bakım vericilerinin Asgari Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu'nu okumaları ve bakım vericilerinin imzalamaları sağlanmıştır.
- Birey Tanıtım Formu araştırmacı tarafından, Hastanede Yatan Çocuklar İçin Psikososyal Semptomları Tanılama Ölçeği bakımverici tarafından doldurulmuş; Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği 7-12 ve Çocuk Memnuniyet Formu ise çocuk tarafından doldurulmuştur.
- İlk uğraşı aktivitesi olan kilim dokuma malzemeleri araştırmacı tarafından temin edilerek çocuğa ve bakım vericiye malzemeler tanıtılmıştır. Araştırmacı malzemelerin nasıl kullanılacağını detaylı olarak göstermiştir.
- Sonrasında, çocuğun tedavi saatlerini aksatmadan çocukla birlikte 1. oturum yapılmıştır.

- Ertesi gün yapılması planlanan ikinci oturum saati için çocuk ile planlama yapılıp birinci oturum sonlandırılmıştır.

İkinci Oturum (2. Gün - Kilim Dokuma Aktivitesi):

- Çocuğa birinci oturumda başlanılan kilim dokuma aktivitesine yönelik sorusu olup olmadığı sorulmuş ve sonrasında kilim dokuma aktivitesine devam edilmiştir.
- Kilim dokuma aktivitesi yapılırken çocuğun neler hissettiği, aktiviteyi nasıl bulduğu hakkında konuşulmuştur.
- Yirmi dakikalık uygulamanın sonunda çocuğa kilim dokuma aktivitesine ertesi gün üçüncü oturumda devam edileceği söylenmiş ve saat planlaması yapılmıştır.

Üçüncü Oturum (3. Gün - Kilim Dokuma Aktivitesi):

- İkinci oturumda kilim dokuma aktivitesine devam edilerek kilim dokuma aktivitesi tamamlanmıştır.
- Çocuktan kilim dokuma aktivitesine yönelik geri bildirim alınmış ve elde ettiği dokuma ürünü hakkında geri bildirim verilmiştir. Kilim dokuma seti ile başka bir ürün yapmak isteyip istemediği üzerine konuşulmuş ve çocukla birlikte dördüncü oturum saat planlaması yapılarak oturum sonlandırılmıştır.

Dördüncü Oturum (4. Gün - Origami Aktivitesi):

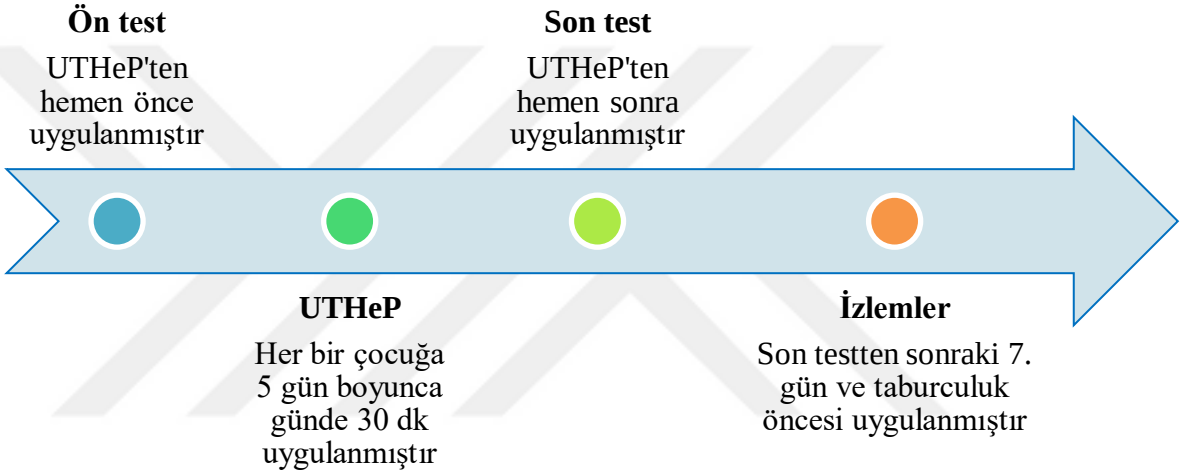
- Araştırmacı tarafından temin edilen origami seti çocuğa ve bakım vericiye tanıtılmıştır.
- Çocuğun tanıtılan origami seti ile istediği bir figürü yapması sağlanmıştır. Origami figürü tamamlandıktan sonra çocuğun isteği doğrultusunda başka bir figürü yapabilmesi için zaman tanınmış ve figürü yapabilmesi için araştırmacı tarafından destek verilmiştir. Çocuk figürünü tamamladıktan sonra çocuğa geribildirim verilmiş ve çocuktan aktiviteye yönelik geri bildirim alınmıştır.
- Çocukla birlikte beşinci oturum saati planlanarak oturum sonlandırılmıştır.

Beşinci Oturum (5. Gün: Şöniller ile Şekil Oluşturma Aktivitesi):

- Araştırmacı tarafından temin edilen şöniller çocuğa tanıtılmıştır.
- Çocuğa tanıtılan şöniller ile şekillerin nasıl yapılacağı ve bu etkinliğin faydaları hakkında bilgi verilmiştir. Sonrasında çocukla birlikte istediği bir şekil yapılmıştır. Çocuk figürünü tamamladıktan sonra çocuğa geribildirim verilmiş ve çocuktan aktiviteye yönelik geri bildirim alınmıştır.

– Uygulama bittikten sonra Hastanede Yatan Çocuklar İçin Psikososyal Semptomları Tanılama Ölçeği bakımverici tarafından doldurulmuş; Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği 7-12 ve Çocuk Memnuniyet Formu ise çocuk tarafından doldurulmuştur.

Oturumlar tamamlandıktan bir hafta sonra ve taburculuk öncesinde (oturum tamamlandıktan ortalama 10-14 gün sonra) izlem ölçümleri yapılmıştır. Hastanede Yatan Çocuklar İçin Psikososyal Semptomları Tanılama Ölçeği bakımverici tarafından; Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği 7-12 ve Çocuk Memnuniyet Formu ise çocuk tarafından tekrar doldurulmuştur (Şekil 3.4).



Şekil 3.4. Araştırmanın girişim grubu uygulama aşaması zamanlama cetveli

➢ **Kontrol Grubu Veri Toplama Süreci**

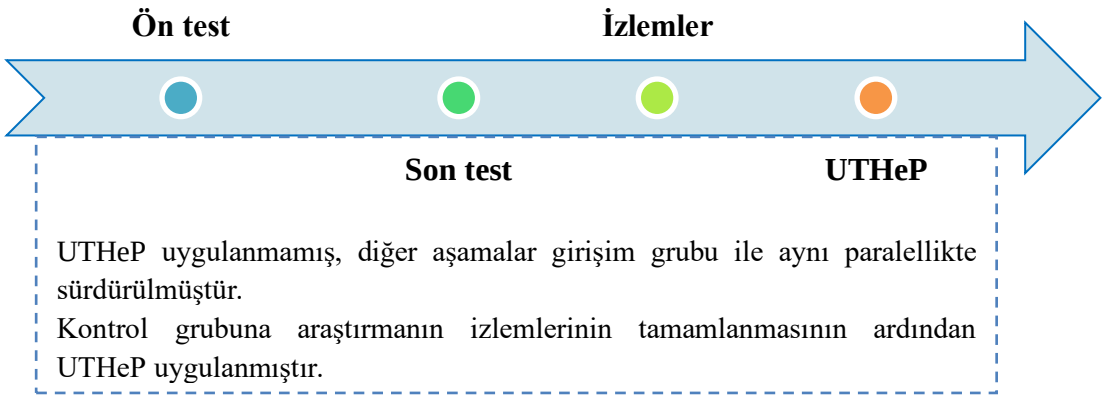
– Araştırmanın kontrol grubundaki çocuklara çalışma süresince bir uygulama yaptırılmamıştır.
– Çocuk ve bakım vericisi ile görüşülerek araştırmanın amacı ve süreci hakkında bilgilendirme yapılmış ve gerekli formlar çocuğa verilmiştir.
– Çalışmaya katılmaya gönüllü olan çocukların ve bakım vericilerinin Asgari Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formunu okumaları ve bakım vericilerinin imzalamaları sağlanmıştır.
– Birey Tanıtım Formu araştırmacı tarafından, Hastanede Yatan Çocuklar İçin Psikososyal Semptomları Tanılama Ölçeği bakımverici tarafından doldurulmuş;

Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği 7-12 ve Çocuk Memnuniyet Formu ise çocuk tarafından doldurulmuştur.

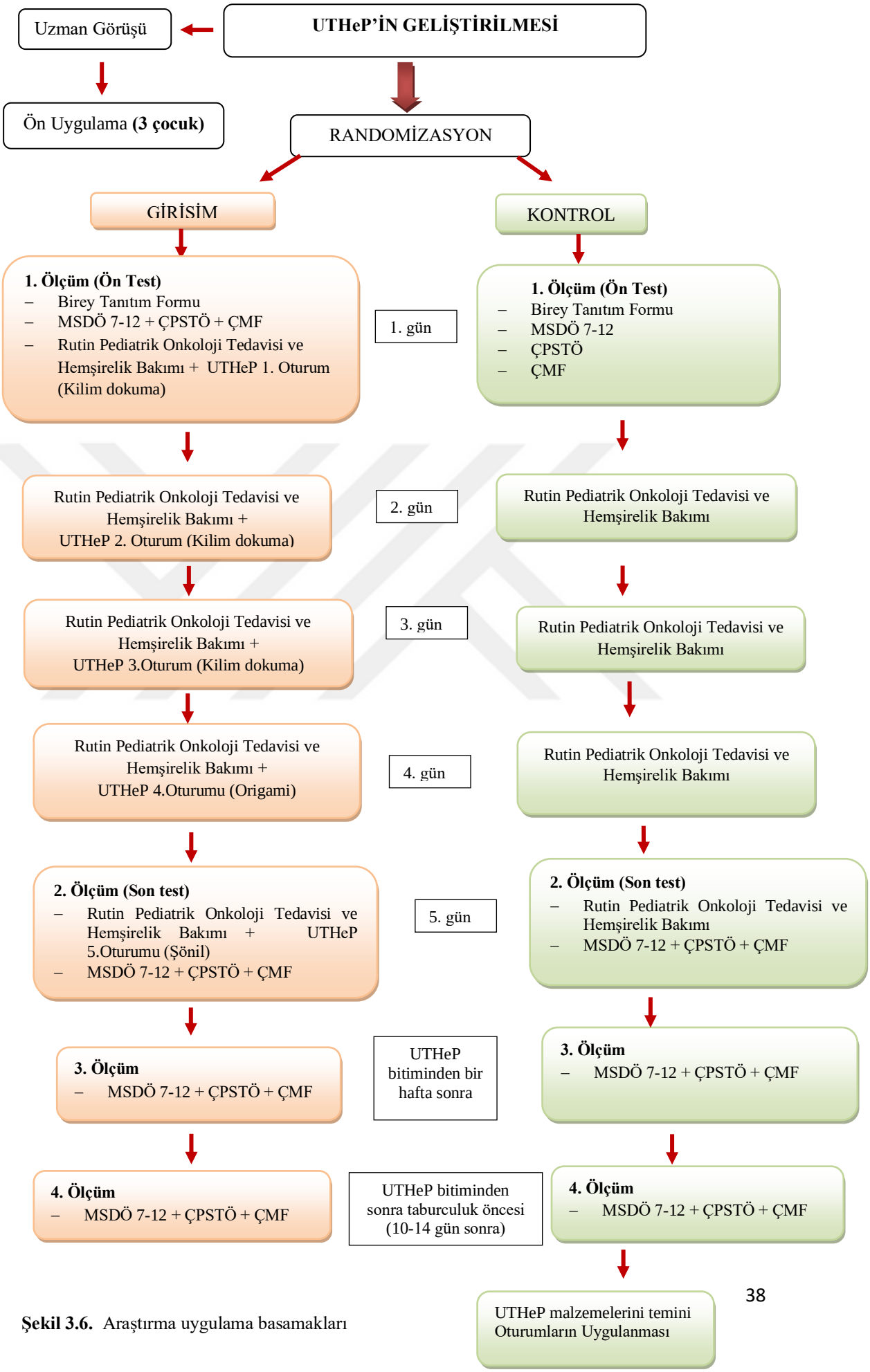
– Beş gün sonra Hastanede Yatan Çocuklar İçin Psikososyal Semptomları Tanılama Ölçeği bakımverici tarafından doldurulmuş; Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği 7-12 ve Çocuk Memnuniyet Formu ise çocuk tarafından doldurulmuştur.

Beşinci gün formları çocuk ve bakımvericisi tarafından tamamlandıktan bir hafta sonra ve taburculuk öncesinde (ortalama 10-14 gün sonra) izlem ölçümleri yapılmıştır. Hastanede Yatan Çocuklar İçin Psikososyal Semptomları Tanılama Ölçeği bakımverici tarafından; Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği 7-12 ve Çocuk Memnuniyet Formu ise çocuk tarafından tekrar doldurulmuştur.

İzlem ölçümleri tamamlandıktan sonra, kontrol grubundaki her çocuğa, kendi planladıkları gün ve saatte son test sonrasında girişim grubuyla yapılan UTHeP oturumları her çocuğa kendi malzemeleri ile bireysel olarak uygulanmıştır, uğraşılarını evde yapmak isteyen çocuklara, her uğraşıyı nasıl yapacağı araştırmacı tarafından gösterilmiş ve malzemeleri ile birlikte taburcu olması sağlanmıştır (Şekil 3.5).



Şekil 3.5. Araştırmanın kontrol grubu uygulama aşaması zamanlama cetveli



Şekil 3.6. Araştırma uygulama basamakları

3.2.12. Araştırma Etiği

Araştırmada "Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği (7-12)" nin kullanılabilmesi amacıyla ölçeğin sorumlu yazarı Prof. Dr. John Collins'ten (EK 9). ve "Hastanede Yatan Çocuklar İçin Psikososyal Semptomları Tanılama Ölçeği"nin kullanılabilmesi amacıyla ölçeğin sorumlu yazarı Öğr. Gör. Gonca Üstün'den ve gerekli yazılı izin, elektronik posta aracılığı ile alınmıştır (EK 10).

Akdeniz Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan yazılı onay alınmıştır (EK 7). Araştırmanın yapılacağı kurum olan Akdeniz Üniversitesi Hastanesi'nden yazılı izin alınmıştır (EK 8). Araştırma kapsamına alınma kriterlerine uyan çocuklara ve bakım vericilerine araştırmanın yapılma amacı, süresi, ücret talep edilmeyeceği, tüm bilgilerin gizli tutulacağı ve başka hiçbir yerde kullanılmayacağı, araştırmadan istedikleri zaman ayrılabilecekleri ve bu durumun tedavilerini hiçbir şekilde etkilemeyeceği açıklaması yapıldıktan sonra sadece bakım vericilerden yazılı onam (**Asgari Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu)** (EK 1, EK 2) alınmıştır.

3.2.13. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın sınırlılıklarından birisi tek merkezde ve tek klinikte yürütülmesidir. Diğer bir sınırlılık örneklemdeki çocuklara aynı tedavi protokolünün uygulanmamasıdır. Covid-19 pandemisinin başlamasından dolayı kliniğe araştırmacı girişlerinin bir süre ertelenmesi veri toplama sürecini uzatan bir diğer sınırlılıktır.

3.2.14. Araştırmanın Değişkenleri

- **Bağımlı Değişkenler:** Pediatrik onkoloji hastalarının kemoterapiye bağlı semptomları, psikososyal semptomları ve memnuniyetleri araştırmanın bağımlı değişkenlerini oluşturmuştur.
- **Bağımsız Değişkenler:** Uğraşı Temelli Hemşirelik Programı araştırmanın bağımsız değişkenini oluşturmuştur.

3.2.15. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmanın tasarım aşamasından itibaren istatistik alanında uzman bir öğretim üyesinden danışmanlık hizmeti alınmıştır. Araştırmadan elde edilen verilerin istatistiksel analizleri için SAS 9.4 programı kullanılmış ve değerlendirme tablosu Tablo 3.5'te verilmiştir. Çalışmanın tamamında anlamlılık düzeyi olarak 0.05 değeri kabul edilmiştir.

Tablo 3.5. Verilerin analizinde kullanılan istatistiksel yöntemler

Değişkenler	**İstatistiksel Yöntemler**
• Ölçeklerin güvenirliği	• Cronbach alfa
Tanımlayıcı Veriler	
• Girişim ve kontrol grubu sosyodemografik ve hastalığa ilişkin veriler için	• Nicel değişkenler için ortalama ve standart sapma • Nitel değişkenler için sayı ve yüzde
• Normal dağılıma uygunluk testleri	• Shapiro-Wilk testi
• İki kategorili değişkenler arasındaki ikili karşılaştırmalarda • Üç veya daha fazla kategorili değişkenler arasındaki farklılıklar için	• Bağımsız gruplar için t testi • Varyans analizi (F testi)
• Aynı çocuklardan farklı izlemlerde alınan ölçümleri karşılaştırmak için	• Bağımlı gruplar arası (eşli gözlem) t-testi • Etki büyüklüklerinin hesaplanması
• MSDÖ 7-12, ÇPSTÖ ve ÇMF puan ortalamaları bakımından zaman içinde ve gruplar arasındaki fark için	• Tek yönlü tekrarlı ölçüm varyans analizi
• Bağımlı değişkenler arasındaki ilişki yönü ve gücünü ortaya koymak için	• Nicel değişkenler için Pearson korelasyon analizi • Nitel değişkenler için Ki-Kare analizi
• Değişkenlerden birisi belirli bir birim değiştiğinde diğerinin nasıl bir değişim gösterdiğini belirlemek için	• Linear regresyon analizi

Kullanılan verilerin öncelikle normal dağılıma uygunluk testleri Shapiro-Wilk testi ve çarpıklık katsayılarının incelenmesi ile yapılmıştır (Tablo 3.6.). Yapılan testler sonucu ve çarpıklık katsayılarının tüm değişkenler için +2 ve -2 arasında olduğundan, verilerin normal dağılım gösterdiği belirlenmiştir.

Tablo 3.6. Değişkenlerin normalite dağılımları

	Ölçek/Altboyut	Girişim			Kontrol		
		x̄	±SS	Çarpıklık	x̄	±SS	Çarpıklık
T_1	MSDÖ	5.866	2.388	-0.693	6.500	1.943	-1.495
	Süre	8.800	4.294	-0.438	9.833	3.394	-0.526
	Şiddet	6.333	3.294	-0.278	7.066	2.420	-0.661
	Rahatsızlık	10.300	5.193	-0.352	10.766	3.114	-1.278
T_2	MSDÖ	3.933	2.258	0.030	6.433	1.715	-1.173
	Süre	4.900	2.869	0.220	9.733	3.084	-0.245
	Şiddet	2.933	1.855	0.173	7.033	2.235	-0.540
	Rahatsızlık	4.733	2.947	0.028	10.700	3.196	-0.365
T_3	MSDÖ	3.033	1.790	0.487	6.233	1.501	-0.689
	Süre	3.300	2.103	0.503	9.666	3.055	-0.057
	Şiddet	2.000	1.462	0.283	7.033	2.385	-0.499
	Rahatsızlık	2.600	1.830	0.099	10.666	3.219	-0.527
T_4	MSDÖ	2.733	1.638	0.208	6.033	1.473	-0.476
	Süre	2.766	1.794	0.260	9.500	2.885	-0.078
	Şiddet	1.800	1.214	0.163	6.800	2.325	-0.339
	Rahatsızlık	2.266	1.837	0.435	10.633	3.221	-0.440
T_1	ÇPSTÖ	30.500	3.287	0.346	29.733	4.570	-0.084
	Anksiyete	8.400	1.499	0.568	8.533	1.655	-0.453
	Umutsuzluk	7.400	1.191	0.712	6.900	1.348	-0.711
	İletişim güçlüğü	5.433	1.072	0.634	5.266	1.617	-0.307
	Öfke ve saldırganlık	5.933	1.412	0.046	5.633	1.902	0.375
	Regresyon	3.333	1.061	-0.363	3.400	1.220	0.248
T_2	ÇPSTÖ	20.866	2.921	-0.001	8.166	1.341	0.063
	Anksiyete	5.733	1.460	0.356	6.766	1.695	-0.508
	Umutsuzluk	4.466	1.252	0.137	5.200	1.540	-0.153
	İletişim güçlüğü	3.933	1.257	-0.089	5.700	1.967	-0.177
	Öfke ve saldırganlık	4.366	1.449	0.102	3.500	1.137	0.421
	Regresyon	2.366	0.999	0.283	8.166	1.341	0.075
T_3	ÇPSTÖ	15.000	2.421	-0.437	29.733	4.570	-0.084
	Anksiyete	4.300	1.557	0.635	8.533	1.655	-0.453
	Umutsuzluk	3.000	1.144	-0.147	6.900	1.348	-0.711
	İletişim güçlüğü	2.466	1.041	-0.493	5.266	1.617	-0.307
	Öfke ve saldırganlık	3.300	1.317	0.370	5.633	1.902	0.375
	Regresyon	1.933	1.014	0.140	3.400	1.220	0.248
T_4	ÇPSTÖ	11.900	2.832	-0.447	31.900	3.335	-0.085
	Anksiyete	3.333	1.446	0.173	9.200	1.423	-0.992
	Umutsuzluk	2.433	1.072	-0.084	7.566	1.006	-0.521
	İletişim güçlüğü	1.866	1.136	0.127	5.533	1.407	-0.350
	Öfke ve saldırganlık	2.600	1.248	0.724	6.000	1.485	0.270
	Regresyon	1.666	0.994	0.292	3.600	1.037	0.508

Not: T_1:1. Ölçüm; T_2:2. Ölçüm; T_3: 3. Ölçüm; T_4:4. Ölçüm; x̄: Ortalama; SS: Standart Sapma; $p<0.05$

4. BULGULAR

Uğraşı temelli hemşirelik programının pediatrik onkoloji hastalarının kemoterapiye bağlı semptomlarına ve memnuniyet düzeylerine etkisini belirlemek amacıyla yapılan çalışmada; Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği 7-12'nin psikolinguistik ve psikometrik bulguları ile UTHeP'in pediatrik onkoloji hastalarının kemoterapiye bağlı semptomlarına ve memnuniyet düzeylerine etkisine yönelik bulgular verilmiştir.

4.1. I. Aşama: Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği 7-12' nin Türk Kültürüne Uyarlanmasına İlişkin Bulgular (Metodolojik Bölüm)

Bu aşamada, Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği 7-12'nin psikolinguistik ve psikometrik bulguları değerlendirilmiştir. Bulgular aşağıda yer alan ana başlıklar altında incelenmiştir:

4.1.1. Çocukların Demografik Verilerine İlişkin Bulgular

4.1.2. Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği 7-12'nin Geçerlik Bulguları

4.1.3. Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği 7-12'nin Güvenirlik Bulguları

4.1.1. Çocukların Demografik Verilerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde, araştırmanın metodolojik bölümüne dahil edilen çocukların demografik özellikleri incelenmiştir. Yapılan analizler sonucunda elde edilen bulgular Tablo 4.1.'de verilmiştir.

Tablo 4.1. Çocukların demografik özelliklerine ilişkin bulgular (n = 70)

	x̄	**±SS**
Yaş (yıl)	9.53	1.91
Hastalık süresi (ay)	9.97	9.51
Tedavi süresi (ay)	9.94	9.49
Kemoterapi alma süresi (gün)	24.37	18.75
Tedavinin kaçıncı günü	12.14	12.85
	n	**%**
Cinsiyet		
Kız	31	44.3
Erkek	39	55.7
Tanı		
ALL	47	67.1
Osteosarkom	1	1.4
Lenfoma	7	10.0
Nöroblastom	4	5.7
Beyin tümörü	1	1.4
Solid tümörler	10	14.3
Kemoterapi Kür Sayısı		
Birinci kür	11	15.7
İkinci kür	13	18.6
Üçüncü kür	10	14.3
Dördüncü kür	10	14.3
Beşinci – Onuncu kür	24	34.3
Onuncu kürün üzeri	2	2.8

Not: x̄: Ortalama; SS: Standart Sapma; p<0.01

Tablo 4.1'e göre metodolojik bölümde yer alan çocukların demografik ve klinik özellikleri incelendiginde; çocukların yaş ortalamasının 9.53 ± 1.91 ve %55.7'sinin erkek olduğu belirlenmiştir. Çocukların %67.1'inin kanser tanısının ilk yılında olduğu ve ortalama tedavi süresinin 9.94 ± 9.49 ay ve ortalama kemoterapi süresinin 24.37 ± 18.75 gün olduğu tespit edilmiştir.

4.1.2. Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği 7-12'nin Geçerlik Bulguları

Arastırmada Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği (7-12)'nin geçerlik çalışması; dil geçerliği ve kapsam geçerliği kullanılarak yapılmıştır.

Dil Geçerliği

Ölçeğin İngilizce'den Türkçe'ye çeviri çalışması; bir ögretim üyesi ve üç okutmandan oluşan 4 uzman tarafından yapılmıştır. Bu çeviriler araştırmacı ve tez danışmanı ögretim üyesi tarafından düzenlendikten sonra, ölçeğin Türkçe hali oluşturulmuştur. Ölçeğin Türkçe hali, ana dili Türkçe olan, daha önceden ölçeğin İngilizce şeklini görmeyen ve her iki dili (Türkçe-İngilizce) anlayan ve konuşan bir uzman tarafından tekrar İngilizce'ye çevrilmiştir. Orijinal İngilizce form ile geri çevirisi yapılan İngilizce formların karşılaştırılması yapılarak İngilizce form oluşturulmuştur. Bu çeviriler araştırmacı ve tez danışmanı ögretim üyesi tarafından değerlendirilerek ölçeğe son şekli verilmiştir. Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği 7-12'nin dil geçerliği için görüş veren uzmanların isimleri EK 14'te verilmiştir.

Kapsam Geçerliği

Dil uyarlaması yapıldıktan sonra, ölçegin İngilizce-Türkçe ve Türkçe-İngilizce çevirileri tekrar gözden geçirilmiş, gerekli düzenlemeler yapıldıktan sonra kapsam geçerliğini belirlemek üzere psikolinguistik problemlerin olmaması için on iki uzmanın görüşüne sunulmustur. Oluşturulan Türkçe form dil ve kapsam yönüyle Kendall İyi Uyuşum Katsayısına (W^a) (Kendal Coefficient of Concordance) bakılarak değerlendirilmiştir (Tablo 4.2).

Çocuk Onkoloji ve Hematoloji A.D. Öğretim Üyesi (2), İç Hastalıkları Hemşireliği Ögretim Üyesi (1), Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Öğretim Üyesi (7), Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşiresi (2) olan uzmanlardan ölçekteki her bir maddenin ölçme derecesini 4 puan üzerinden değerlendirmeleri istenmiştir (1 puan-maddenin içeriğinin hiç uygun olmadığını; 4 puan-maddenin içeriğinin tamamen uygun olduğunu ifade eder). Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği 7-12'nin kapsam geçerliği için görüş veren uzmanların isimleri EK 15'te verilmiştir.

Tablo 4.2. Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği 7-12'nin kapsam geçerliğine yönelik uzman görüşlerinin değerlendirilmesi

	Minimum	**Maksimum**	**x̄**	**±SS**
1. Uzman	4.00	4.00	4.00	0.00
2. Uzman	3.00	4.00	3.64	0.49
3. Uzman	3.00	4.00	3.04	0.19
4. Uzman	4.00	4.00	4.00	0.00
5. Uzman	3.00	4.00	3.96	0.19
6. Uzman	3.00	4.00	3.93	0.27
7. Uzman	3.00	3.00	3.00	0.00
8. Uzman	2.00	4.00	3.68	0.55
9. Uzman	4.00	4.00	4.00	0.00
10. Uzman	4.00	4.00	4.00	0.00
11. Uzman	4.00	4.00	4.00	0.00
12. Uzman	4.00	4.00	4.00	0.00

Not: x̄: Ortalama; SS: Standart Sapma; $p<0.01$

Uzman görüşlerinin sonuçlarına yönelik gerekli ifade degisiklikleri yapıldıktan sonra, ölçeğin kapsam geçerliği doğrultusunda Kendall İyi Uyuşum Katsayısı (W^a) (Kendal Coefficient of Concordance) testi uygulanmıstır. İstatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı (Kendall $W^a=0.75$, $p=0.00$) saptanarak uzman görüşlerinin birbirleriyle uyumlu olduğu görülmüştür (Tablo 4.3).

Tablo 4.3. Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği 7-12'nin Kapsam Geçerliğine Yönelik Uzman Görüşlerinin Değerlendirilmesinin Test İstatistiği

N	8
W^a	0.75
p	**0.00**

4.1.3. Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği 7-12'nin Güvenirlik Bulguları

Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği (7-12)'nin Türkçe versiyonunun güvenirliğini belirlemek için iç tutarlık, madde toplam korelasyonu ve test - tekrar test yöntemleri kullanılmıştır.

İç Tutarlık Analizi

Çalışmada ölçeğin iç tutarlılığını saptamak için Cronbach Alfa güvenirlik katsayısına bakılmıştır. Ölçeğin Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı 0.83 bulunmuştur. Ölçeğin; semptom sıklığı için Cronbach alfa değeri 0.72, semptom şiddeti için Cronbach alfa

değeri 0.62, semptomun verdiği rahatsızlık için Cronbach alfa değeri 0.73 olarak saptanmıştır.

Güvenirlik çalışması için 8 maddelik ölçeğin madde-toplam puan korelasyonlarına bakıldığında 0.45-0.64 arasında ve istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olduğu saptanmıştır (Tablo 4.4).

Bu sonuçlara göre, çalışmada kullanılan ölçeğin yüksek derecede güvenilir olduğu ve maddelerin birbiri ile pozitif ilişki gösterdiği, birbiri ile tutarlı olduğu ve aynı özelliği sorgulayan maddelerden oluştuğu belirlenmiştir.

Tablo 4.4. MSDÖ 7-12'nin madde toplam puan korelasyon analizi

Semptom	Madde-Toplam Puan Korelasyonu	Madde Silindigi Zaman Alfa Degeri
Yorgunluk	0.53	0.81
Üzüntü	0.64	0.79
Kaşıntı	0.48	0.81
Ağrı	0.44	0.82
Endişe	0.49	0.81
İştahsızlık	0.56	0.80
Bulantı	0.646	0.795
Uykusuzluk	0.622	0.799

Test-Tekrar Test Güvenirliği

Çalışmanın test-tekrar test analizleri için ölçek 36 çocuğa üç-yedi gün sonra tekrar uygulanmıştır (Tablo 4.5.). Test-tekrar test analiz sonuçlarına göre çalışmada kullanılan ölçeğin aynı örneklemde farklı zamanlarda uygulanmasından elde edilen bulguların tutarlı olması ile farklı zamanlardaki ölçümler için de güvenilir olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.5. MSDÖ 7-12'nin test – tekrar test analizi

	x̄	**±SS**	**r**	**p**	**t**
Test	7.42	1.01			
Tekrar test	7.57	0.81			
Spearman testi			0.913	**0.000**	
t testi				**0.032**	-2.223

Tablo 4.6. Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği 7-12 toplam puan ortalamaları (n=70)

Semptomlar	**x̄**	**±SS**
Ağrı	0.96	0.20
Yorgunluk	0.90	0.30
Üzüntü	0.94	0.23
Bulantı	0.99	0.12
Kaşıntı	0.94	0.23
Endişe	1.00	0.00
İştahsızlık	0.90	0.30
Uykusuzluk	0.99	0.12

Not: x̄: Ortalama; SS: Standart Sapma; p<0.01

Tablo 4.6 incelendiğinde, çocukların ölçekten aldıkları toplam puan ortalamasının 0.95 ± 0.19 olduğu görülmektedir. Çocukların puan ortalamasının en yüksek olduğu semptom endişe (1.00) iken, puan ortalamasının en düşük olduğu semptomların ise yorgunluk ve iştahsızlık semptomları olduğu (0.90 ± 0.30) belirlenmiştir.

Tablo 4.7. Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği 7-12 ile belirlenen semptomların prevalansı ve özellikleri

	Semptomun Derecesi							
Semptomlar			Süre Orta – Uzun		Şiddet Orta – Çok		Rahatsızlık Orta – Çok	
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Yorgunluk	52	74.3	12	17.1	28	40.0	12	17.1
İştahsızlık	52	74.3	24	34.3	19	27.1	9	12.9
Üzüntü	51	72.9	24	34.3	25	35.7	2	2.9
Kaşıntı	49	70.0	16	22.9	26	37.1	7	10.0
Uykusuzluk	48	68.6	12	17.1	28	40.0	12	17.1
Endişe	47	67.1	30	42.9	17	24.3	.	.
Ağrı	46	65.7	19	27.1	14	20.0	13	18.6
Bulantı	45	64.3	10	14.3	27	38.6	8	11.4

Tablo 4.7. incelendiğinde, çocukların son 48 saat içinde birden fazla semptomu deneyimlediği görülmektedir. Yorgunluk, uykusuzluk, bulantı ve kaşıntı semptomlarını yaşayan çocukların yarısından fazlası semptom derecesini "orta" ile "çok" arasında değerlendirmiştir.

4.2. II. Aşama: Pediatrik Onkoloji Hastalarına Uygulanan Uğraşı Temelli Hemşirelik Programının Kemoterapiye Bağlı Semptomlara ve Memnuniyete Etkisine İlişkin Bulgular (Girişimsel Bölüm)

Bu aşamada, uğraşı temelli hemşirelik programının pediatrik onkoloji hastalarının kemoterapiye bağlı semptomlarına ve memnuniyet düzeylerine etkisini gösteren bulgular değerlendirilmiştir. Bulgular aşağıda yer alan ana başlıklar altında incelenmiştir:

4.2.1. Pediatrik onkoloji hastalarının demografik verilerine ilişkin bulgular

4.2.2. Pediatrik onkoloji hastalarının kemoterapiye bağlı semptomlarına ilişkin bulgular

4.2.3. Pediatrik onkoloji hastalarının psikososyal semptomlarına ilişkin bulgular

4.2.4. Pediatrik onkoloji hastalarının memnuniyet düzeylerine ilişkin bulgular

4.2.1. Pediatrik Onkoloji Hastalarının Demografik Verilerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde, tüm örnekleme ait demografik özelliklerin puan ortalamalarının yanı sıra araştırma gruplarının ayrı ayrı demografik özelliklerinin dağılımları da incelenmiştir. Yapılan analizler sonucunda elde edilen bulgular Tablo 4.8.'de verilmiştir.

Tablo 4.8. Pediatrik onkoloji hastalarının demografik verilerine ilişkin bulgular

	Girişim grubu (n=30)		**Kontrol grubu (n=30)**		**Toplam**		χ^2	*p*
	n	%	n	%	n	%		
Cinsiyet							0.634	0.425
Kız	13	43.3	10	33.3	23	38.3		
Erkek	17	56.7	20	66.7	37	61.7		
Eğitim							2.069	0.150
Okula gitmiyor	2	6.7	0	0.0	2	3.3		
İlköğretim	28	93.3	30	100.0	58	96.7		
Fiziksel engel							1.016	0.313
Var (yürüyemiyor)	1	3.3	0	0.0	1	1.7		
Yok	29	96.7	30	100.0	59	98.3		
Tanı							1.714	0.190
ALL	15	50.0	20	66.7	35	58.3		
Diğer (Lenfoma, Ewing Sarkom, AML, Diğer Tümörler)	15	50.0	10	33.3	25	41.7		
Kemoterapi Kür Sayısı								
Birinci kür	5	16.6	3	10.1	8	13.3		
İkinci kür	3	10.1	4	12.8	7	11.4		
Üçüncü kür	11	36.6	6	20.2	17	28.4		
Dördüncü kür	2	6.4	9	30.2	11	18.3		
Beşinci – Onuncu kür	3	10.1	5	16.6	8	13.3		
Onuncu kürün üzeri	6	20.2	3	10.1	9	13.3		

	Girişim grubu (n=30)		**Kontrol grubu (n=30)**		**Toplam**		**t**	*p*
	x̄	**±SS**	**x̄**	**±SS**	**x̄**	**±SS**		
Yaş (Yıl)	9.4	1.85	9.8	1.94	9.6	1.89	-0.89	0.313
Tanı Alma Süresi (Ay)	12.3	12.25	18.8	17.15	15.5	15.13	-1.68	0.111
Tedavinin Kaçıncı Günü	7.8	9.77	10.8	11.38	9.3	10.63	-1.12	0.201

Not: $\chi 2$: Pearson Ki-Kare testi; t: Bağımsız Gruplar için t-testi; $\bar{x}$: Ortalama; SS: Standart Sapma; $p<0.05$

Tablo 4.8.'de, girişim ve kontrol grubunda yer alan pediatrik onkoloji hastalarının demografik özelliklerinin dağılımı ve ortalamaları karşılaştırılmıştır. Çalışma kapsamına dahil edilen tüm katılımcıların %61.7'sinin erkek olduğu, yaş ortalamalarının ise 9.6 ± 1.89 yıl olduğu belirlenmiştir. Çocukların %58.3'ünün akut lenfoblastik lösemi (ALL) tanısına sahip olduğu saptanmıştır. Ayrıca, tüm çocukların tanı alma süresinin ortalamasının 15.5 ± 15.13 ay olduğu bulunmuştur.

Girişim grubuna atanan çocukların %56.7'sinin erkek, 9.4 ± 1.85 (yıl) yaş ortalamasında ve %93.3'ünün ilköğretim eğitim düzeyinde oldukları tespit edilmiştir. Kontrol grubuna atanan çocukların ise %66.7'sinin erkek, 9.8 ± 1.94 (yıl) yaş ortalamasında ve tümünün ilköğretim eğitim düzeyinde oldukları saptanmıştır. Girişim grubundaki çocukların %50.0'sinin, kontrol grubundaki çocukların ise %66.7'sinin ALL tanısına sahip olduğu saptanmıştır. Girişim grubundaki çocukların tanı alma süresinin ortalama 12.3 ± 12.25 ay olduğu, kontrol grubundaki çocukların tanı alma süresinin ise ortalama 18.8 ± 17.15 ay olduğu belirlenmiştir.

Yapılan analiz sonucunda; çalışmaya dahil edilen çocukların cinsiyet dağılımları ($\chi 2=0.634$, $p=0.425$), eğitim durumu ($\chi 2=2.069$, $p=0.150$), tanı dağılımı açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir ($\chi 2=1.714$, $p=0.190$). Çocukların sırasıyla yaş ve tanı alma süresi puan ortalamaları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadığı tespit edilmiştir ($t=-0.89$, $p=0.313$; $t=-1.68$, $p=0.111$). Tablo 4.8.'deki bu analiz sonuçları, girişim ve kontrol gruplarına ait demografik özelliklerin dağılımının homojen (benzer) bir yapıda olduğunu göstermektedir ($p>0.05$).

4.2.2. Pediatrik Onkoloji Hastalarının Kemoterapiye Bağlı Semptomlarına İlişkin Bulgular

Araştırma kapsamına alınan pediatrik onkoloji hastalarının kemoterapiye bağlı yaşadıkları semptomlardaki değişimleri değerlendirmek için kullanılan "Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği 7-12 (MSDÖ 7-12)", birinci ölçüm (ön test – T_1), ikinci ölçüm (girişimin tamamlandığı 5. gün – T_2), üçüncü ölçüm (girişim tamamlandıktan 7 gün sonra – T_3) ve dördüncü ölçüm (girişim tamamlandıktan 10-14 gün sonra taburculuk öncesi – T_4) olmak üzere toplam dört kez uygulanmıştır.

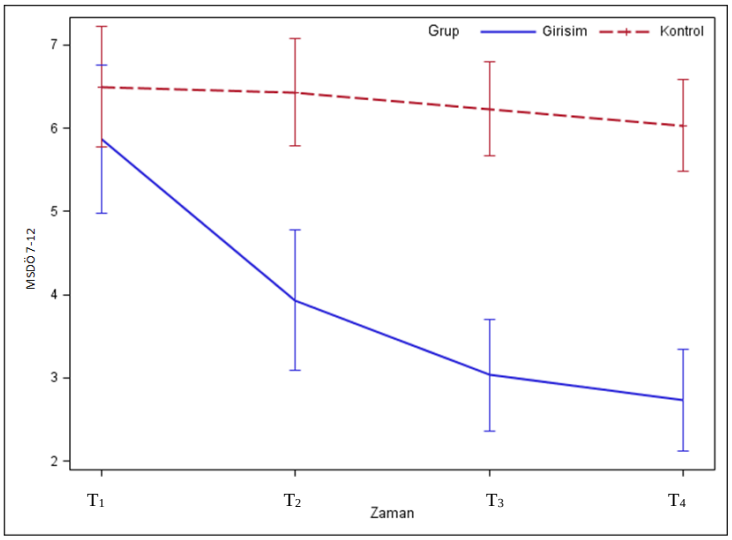
Bu bölümde, girişim ve kontrol gruplarında yer alan pediatrik onkoloji hastalarında semptomların değişiminin grup içi ve gruplar arası karşılaştırmalarına ilişkin bulgulara yer verilmiştir. Girişim ve kontrol grubunda yer alan pediatrik onkoloji hastalarının kemoterapiye bağlı gelişen semptom puan ortalamaları Tablo 4.10'da verilmiştir.

Tablo 4.9. MSDÖ 7-12 puan ortalamalarının karşılaştırılması

		Girişim Grubu (n=30)	**Kontrol Grubu (n=30)**		
		$\bar{x}$±**SS**	$\bar{x}$±**SS**	**t**	***p***
T_1	**MSDÖ 7-12**	5.87±2.39	6.5±1.94	-1.13	0.2646
	Süre	8.8±4.29	9.8±3.39	-1.03	0.3055
	Şiddet	6.3±3.29	7.1±2.42	-0.98	0.3299
	Rahatsızlık	10.3±5.19	10.8±3.11	-0.42	0.6745
T_2	**MSDÖ 7-12**	3.9±2.26	6.4±1.72	-4.83	**0.0001**
	Süre	4.9±2.87	9.7±3.08	-6.28	**0.0001**
	Şiddet	2.9±1.86	7.0±2.24	-7.73	**0.0001**
	Rahatsızlık	4.7±2.95	10.7±3.20	-7.52	**0.0001**
T_3	**MSDÖ 7-12**	3.0±1.79	6.2±1.50	-7.50	**0.0001**
	Süre	3.3±2.10	9.7±3.06	-9.40	**0.0001**
	Şiddet	2.0±1.46	7.0±2.39	-9.85	**0.0001**
	Rahatsızlık	2.6±1.83	10.7±3.22	-11.93	**0.0001**
T_4	**MSDÖ 7-12**	2.7±1.64	6.0±1.47	-8.20	**0.0001**
	Süre	2.8±1.79	9.5±2.89	-10.85	**0.0001**
	Şiddet	1.8±1.21	6.8±2.33	-10.44	**0.0001**
	Rahatsızlık	2.3±1.84	10.6±3.22	-12.36	**0.0001**

Not: MSDÖ 7-12: Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği 7-12; T_1: 1. Ölçüm; T_2: 2. Ölçüm; T_3: 3. Ölçüm; T_4: 4. Ölçüm; t: Bağımsız Gruplar için t-testi; $\bar{x}$: Ortalama; SS: Standart Sapma; $p<0.05$

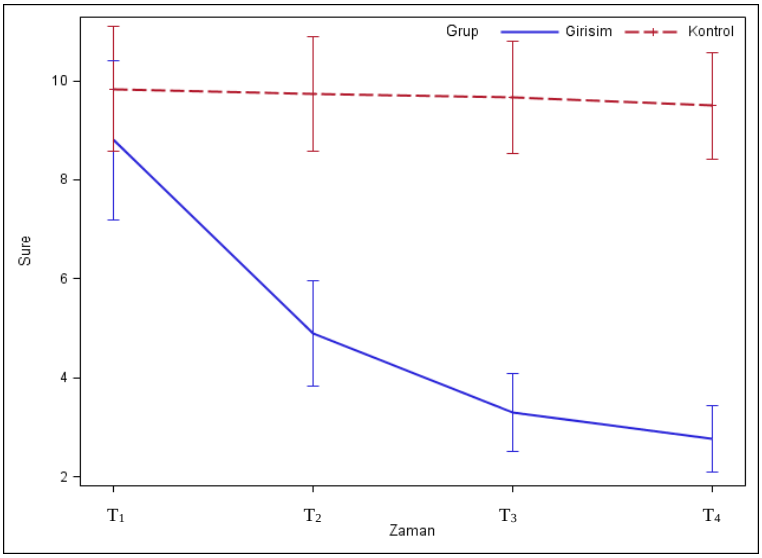
Girişim grubunda yer alan pediatrik onkoloji hastalarının MSDÖ 7-12 puan ortalaması birinci ölçümde 5.9±2.39 iken son ölçümde 2.7±1.64 olarak bulunmuştur. Müdahale sonrası çocukların daha az semptom yaşadığını saptanmıştır. Kontrol grubunda ise birinci ölçümde 6.5±1.94 olan MSDÖ 7-12 puan ortalaması son ölçümde 6.0±1.47 olarak bulunmuş, kemoterapiye bağlı semptomlardaki değişimin girişim grubuna göre kontrol grubunda daha az olduğu belirlenmiştir (Şekil 4.1.).



Not: MSDÖ 7-12: Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği 7-12; T_1: 1. Ölçüm; T_2: 2. Ölçüm; T_3: 3. Ölçüm; T_4: 4. Ölçüm

Şekil 4.1. MSDÖ 7 - 12 puan ortalamalarının zaman içindeki değişimi

Kemoterapiye bağlı yaşanan semptomların süre parametresi incelendiğinde; girişim grubunda birinci ölçümde 8.8±4.29 olan puan ortalamasının dördüncü ölçümde 2.8±1.79 olduğu saptanmıştır. Kontrol grubunda ise sürenin birinci ölçümde 9.8±3.39 olan puan ortalaması son ölçümde 9.5±2.89 olduğu belirlenmiştir (Şekil 4.2.).

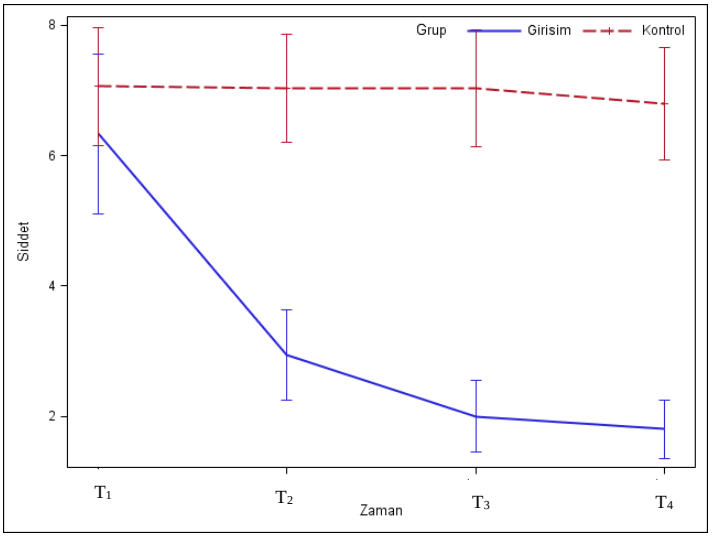


Not: T_1: 1. Ölçüm; T_2: 2. Ölçüm; T_3: 3. Ölçüm; T_4: 4. Ölçüm

Şekil 4.2. MSDÖ 7-12'nin süre parametresinin puan ortalamalarının zaman içindeki değişimi

MSDÖ 7-12'nin şiddet parametresi incelendiğinde; girişim grubunda birinci ölçümde 6.3±3.29 olan puan ortalaması dördüncü ölçümde 1.8±1.21 olarak bulunmuştur.

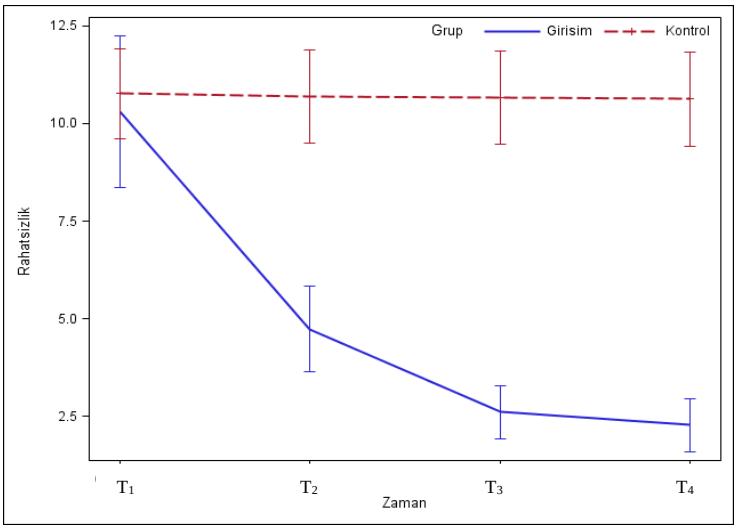
Kontrol grubunda ise semptom şiddetinin puan ortalaması birinci ölçümde 7.1±2.42 iken dördüncü ölçümde 6.8±2.33 olarak bulunmuştur (Şekil 4.3.).



Not: T_1: 1. Ölçüm; T_2: 2. Ölçüm; T_3: 3. Ölçüm; T_4: 4. Ölçüm

Şekil 4.3. MSDÖ 7-12'nin şiddet parametresinin puan ortalamalarının zaman içindeki değişimi

MSDÖ 7-12'nin rahatsızlık parametresi incelendiğinde; girişim grubunda birinci ölçümde 10.3±5.19 olan puan ortalaması son ölçümde 2.3±1.84 olarak bulunmuştur. Kontrol grubunda ise rahatsızlık puan ortalaması birinci ölçümde 10.8±3.11 iken dördüncü ölçümde 10.6±3.22 olarak bulunmuştur (Şekil 4.4.).



Not: T_1: 1. Ölçüm; T_2: 2. Ölçüm; T_3: 3. Ölçüm; T_4: 4. Ölçüm

Şekil 4.4. MSDÖ 7-12'nin rahatsızlık parametresinin puan ortalamalarının zaman içindeki değişimi

Girişim ve kontrol grubunda yer alan çocukların kemoterapiye bağlı semptom puan ortalamalarının zamana ve gruplara göre değişimi Tablo 4.11'de verilmiştir.

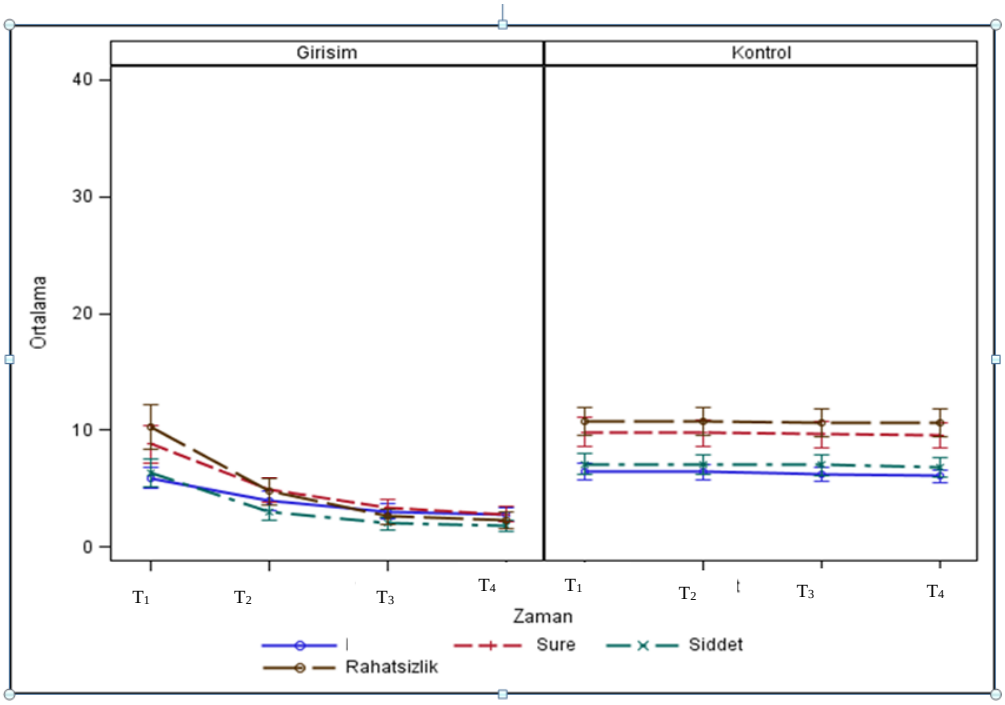
Tablo 4.10. Grup ve ölçüm zamanlarına göre çocukların MSDÖ 7-12 puan ortalamaları

Grup	Zaman	MSDÖ 7-12			Süre			Şiddet			Rahatsızlık		
		$\bar{x}$±SS			$\bar{x}$±SS			$\bar{x}$±SS			$\bar{x}$±SS		
Girişim (n=30)	T_1	5.87±2.39			8.80±4.29			6.33±3.29			10.30±5.19		
	T_2	3.93±2.26			4.90±2.87			2.93±1.86			4.73±2.95		
	T_3	3.03±1.79			3.30±2.10			2.00±1.46			2.60±1.83		
	T_4	2.73±1.64			2.77±1.79			1.80±1.21			2.27±1.84		
	Toplam	3.89±2.36			4.94±3.74			3.27±2.78			4.98±4.56		
Kontrol (n=30)	T_1	6.50±1.94			9.83±3.39			7.07±2.42			10.77±3.11		
	T_2	6.43±1.72			9.73±3.08			7.03±2.24			10.70±3.20		
	T_3	6.23±1.50			9.67±3.06			7.03±2.39			10.67±3.22		
	T_4	6.03±1.47			9.50±2.89			6.80±2.33			10.63±3.22		
	Toplam	6.30±1.66			9.68±3.07			6.98±2.32			10.69±3.15		
		F	*p*	*d*	F	*p*	*d*	F	*p*	*d*	F	*p*	*d*
	Grup	100.00	**<.0001**	0.656	147.81	**<.0001**	0.798	166.35	**<.0001**	0.847	188.87	**<.0001**	0.902
	Zaman	10.99	**<.0001**	0.377	13.36	**<.0001**	0.416	14.26	**<.0001**	0.429	20.53	**<.0001**	0.515
	Grup*Zaman	6.58	**0.0003**	0.292	11.16	**<.0001**	0.402	12.47	**<.0001**	0.402	19.35	**<.0001**	0.500

Not: MSDÖ 7-12: Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği 7-12; T_1: 1. Ölçüm; T_2: 2. Ölçüm; T_3: 3. Ölçüm; T_4: 4. Ölçüm; x̄: Ortalama; SS: Standart Sapma; F: Varyans analizi; *d:* Etki büyüklüğü; p <0.05

Tablo 4.10. incelendiğinde, MSDÖ 7-12 ve semptomların süre, şiddet ve çocuğa verdiği rahatsızlık puan ortalamaları açısından girişim ve kontrol grubundaki çocuklar arasında anlamlı fark bulunmuştur (F=100.00, *p*<.0001; F=147.81, *p*<.0001; F=166.35, *p*<.0001; F=188.87, *p*<.0001). Farklı zamanlarda yapılan ölçümler değerlendirildiğinde, MSDÖ 7-12 ile birlikte semptomların süre, şiddet ve çocuğa verdiği rahatsızlık puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (F=10.99, *p*<.0001; F=13.36, *p*<.0001; F=14.26, *p*<.0001 ve F=20.53, *p*<.0001). Semptomların birinci ölçüm, ikinci ölçüm, üçüncü ve dördüncü ölçümlerdeki azalma oranları açısından grupların benzer yapıda olmadığı, semptomlar ve semptomların süre, şiddet, çocuğa verdiği rahatsızlık parametrelerinde, girişim grubunda kontrol grubuna göre daha belirgin azalma

olduğu belirlenmiştir (Şekil 4.5.). Farklı zamanlarda ölçülen MSDÖ 7-12 puan ortalamalarının girişim ve kontrol grubunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği belirlenmiştir (F=6.58, p=0.0003; F=11.16, p<.0001; F=12.47, p<.0001; F=19.35, p<.0001). Girişim ve kontrol grubunda yer alan çocukların kemoterapiye bağlı semptom puan ortalamaları Tablo 4.12'de farklı zamanlara göre karşılaştırılmış ve farklılıkların hangi zaman aralıklarında anlamlı olduğu incelenmiştir. Girişim grubunda semptomların ve semptomların süre, şiddet ve rahatsızlık puan ortalamaları arasındaki anlamlı farkın en çok olduğu zaman aralığının birinci ölçüm – üçüncü ölçüm zaman aralığında olduğu tespit edilmiştir.



Not: T_1: 1. Ölçüm; T_2: 2. Ölçüm; T_3: 3. Ölçüm; T_4: 4. Ölçüm

Şekil 4.5. MSDÖ 7-12 Puan Ortalamalarının Zaman ve Gruplara göre Değişimi

Tablo 4.11. MSDÖ 7-12 puan ortalamalarının farklı zamanlara göre karşılaştırılması

Grup	Zaman	MSDÖ 7-12		Süre		Şiddet		Rahatsızlık	
		$\bar{x}$±SS	t / *p*	$\bar{x}$±SS	t / *p*	$\bar{x}$±SS	t / *p*	$\bar{x}$±SS	t / *p*
Girişim (n=30)	$T_1 - T_2$ (a)	1.933±1.311	8.08/**0.0001**	3.900±2.656	8.04/**0.0001**	3.400±2.253	8.27/**0.0001**	5.566±2.955	10.32/**0.0001**
	$T_1 - T_3$ (*b*)	2.833±1.743	8.90/**0.0001**	5.500±3.277	9.19/**0.0001**	4.333±2.537	9.36/**0.0001**	7.700±4.316	9.77/**0.0001**
	$T_1 - T_4$ (*c*)	3.133±1.907	9.00/**0.0001**	6.033±3.614	9.14/**0.0001**	4.533±2.897	8.57/**0.0001**	8.033±4.491	9.80/**0.0001**
	$T_2 - T_3$ (*d*)	0.900±1.241	3.97/**0.0004**	1.600±1.631	5.37/**0.0001**	0.933±1.229	4.16/**0.0003**	2.133±2.029	5.76/**0.0001**
	$T_2 - T_4$ (*e*)	1.200±1.648	3.99/**0.0004**	2.133±2.193	5.33/**0.0001**	1.133±1.383	4.49/**0.0001**	2.466±2.300	5.87/**0.0001**
	$T_3 - T_4$ (*f*)	0.300±0.952	1.73/0.0951	0.533±1.224	2.39/**0.0238**	0.200±0.924	1.18/0.2458	0.333±1.061	1.72/0.0960
Anlamlı fark		***c>b>a>e>d>f***		***c>b>a>e>d>f***		***c>b>a> e>d>f***		***c>b>a> e>d>f***	
Kontrol (n=30)	$T_1 - T_2$ (a)	0.066±0.739	0.49/0.6253	0.100±1.446	0.38/0.7078	0.033±1.586	0.12/0.9092	0.066±1.818	0.20/0.8422
	$T_1 - T_3$ (*b*)	0.266±1.337	1.09/0.2838	0.166±2.052	0.44/0.6598	0.033±1.902	0.10/0.9242	0.100±2.720	0.20/0.8419
	$T_1 - T_4$ (*c*)	0.466±1.502	1.70/0.0996	0.333±2.202	0.83/0.4139	0.266±2.083	0.70/0.4888	0.133±2.738	0.27/0.7916
	$T_2 - T_3$ (*d*)	0.200±0.924	1.18/0.2458	0.066±1.112	0.33/0.7450	0±0.694	0.00/1.0000	0.033±1.884	0.10/0.9235
	$T_2 - T_4$ (*e*)	0.400±1.132	1.93/0.0629	0.233±1.381	0.92/0.3626	0.233±1.135	1.13/0.2694	0.066±1.946	0.19/0.8525
	$T_3 - T_4$ (*f*)	0.200±0.550	1.99/0.0563	0.166±0.912	1.00/0.3256	0.233±0.935	1.37/0.1823	0.033±1.245	0.15/0.8844
Anlamlı fark		***c, e>b>d,f>a***		***c> e > b, f>a, d***		***c> e, f > a, b> d***		***c> b > a, e> d, f***	

Not: MSDÖ 7-12: Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği 7-12; T_1: 1. Ölçüm; T_2: 2. Ölçüm; T_3: 3. Ölçüm; T_4: 4. Ölçüm; t: Bağımsız Gruplar için t-testi; x̄: Ortalama; SS: Standart Sapma; $p<0.05$

4.2.3. Pediatrik Onkoloji Hastalarının Psikososyal Semptomlarına İlişkin Bulgular

Araştırma kapsamına alınan pediatrik onkoloji hastalarının psikososyal semptomlarındaki değişimleri değerlendirmek için kullanılan "Hastanede Yatan Çocuklar İçin Psikososyal Semptomları Tanılama Ölçeği (ÇPSTÖ)", birinci ölçüm (ön test – T_1), ikinci ölçüm (girişimin tamamlandığı 5. Gün – T_2), üçüncü ölçüm (girişim tamamlandıktan 7 gün sonra – T_3) ve dördüncü ölçüm (girişim tamamlandıktan 10-14 gün sonra taburculuk öncesi – T_4) olmak üzere toplam dört kez uygulanmıştır.

Bu bölümde, girişim ve kontrol gruplarında yer alan pediatrik onkoloji hastalarındaki psikososyal semptomların değişiminin grup içi ve gruplar arası karşılaştırmalarına ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

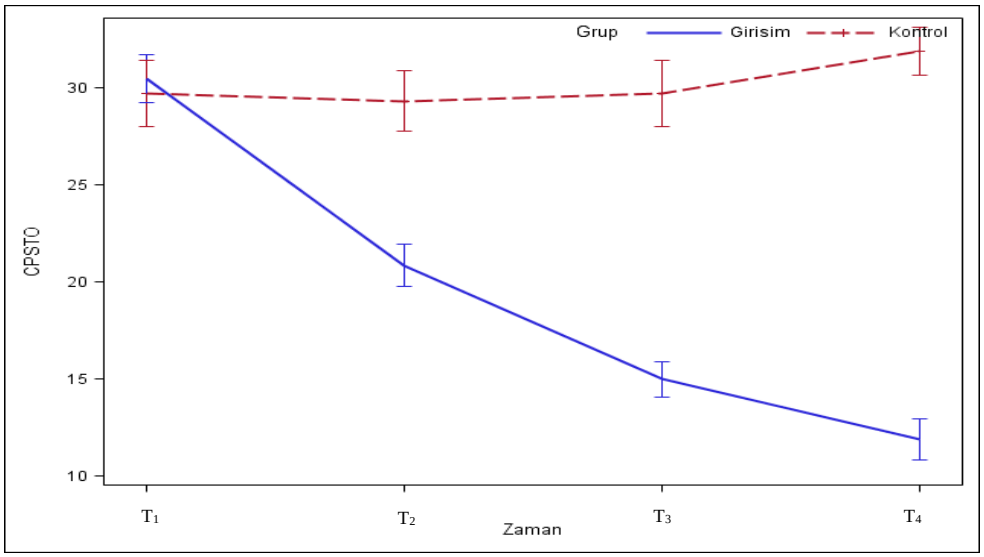
Girişim ve kontrol grubunda yer alan çocukların psikososyal semptom puan ortalamaları ve ölçeğin beş alt boyutunun puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.13'te verilmiştir.

Tablo 4.12. ÇPSTÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması

		Girişim Grubu (n=30) $\bar{x}$±SS	Kontrol Grubu (n=30) $\bar{x}$±SS	t	*p*
T_1	**ÇPSTÖ**	30.50±3.29	29.73±4.57	0.75	0.4588
	Anksiyete	8.40±1.50	8.53±1.66	-0.33	0.7449
	Umutsuzluk	7.40±1.19	6.90±1.35	1.52	0.1335
	İletişim Güçlüğü	5.43±1.07	5.27±1.62	0.47	0.6399
	Öfke ve Saldırganlık	5.93±1.41	5.63±1.90	0.69	0.4908
	Regresyon	3.33±1.06	3.40±1.22	-0.23	0.8222
T_2	**ÇPSTÖ**	20.87±2.92	29.33±4.18	-9.09	**0.0001**
	Anksiyete	5.73±1.46	8.17±1.34	-6.72	**0.0001**
	Umutsuzluk	4.47±1.25	6.77±1.70	-5.98	**0.0001**
	İletişim Güçlüğü	3.93±1.26	5.20±1.54	-3.49	**0.0009**
	Öfke ve Saldırganlık	4.37±1.45	5.70±1.97	-2.99	**0.0041**
	Regresyon	2.37±1.00	3.50±1.14	-4.10	**0.0001**
T_3	**ÇPSTÖ**	15.00±2.42	29.73±4.57	-15.60	**0.0001**
	Anksiyete	4.30±1.56	8.53±1.66	-10.20	**0.0001**
	Umutsuzluk	3.00±1.14	6.90±1.35	-12.08	**0.0001**
	İletişim Güçlüğü	2.47±1.04	5.27±1.62	-7.97	**0.0001**
	Öfke ve Saldırganlık	3.30±1.32	5.63±1.90	-5.52	**0.0001**
	Regresyon	1.93±1.01	3.40±1.22	-5.06	**0.0001**
T_4	**ÇPSTÖ**	11.90±2.83	31.90±4.26	-25.03	**0.0001**
	Anksiyete	3.33±1.45	9.20±1.42	-15.83	**0.0001**
	Umutsuzluk	2.43±1.07	7.57±1.01	-19.12	**0.0001**
	İletişim Güçlüğü	1.87±1.14	5.53±1.41	-11.10	**0.0001**
	Öfke ve Saldırganlık	2.60±1.25	6.00±1.49	-9.60	**0.0001**
	Regresyon	1.67±0.99	3.60±1.04	-7.37	**0.0001**

Not: ÇPSTÖ: Hastanede Yatan Çocuklar için Psikososyal Semptomları Tanılama Ölçeği; T1: 1. Ölçüm; T2: 2. Ölçüm; T3: 3. Ölçüm; T4: 4. Ölçüm; t: Bağımsız Gruplar için t-testi; x̄: Ortalama; SS: Standart Sapma; $p<0.05$

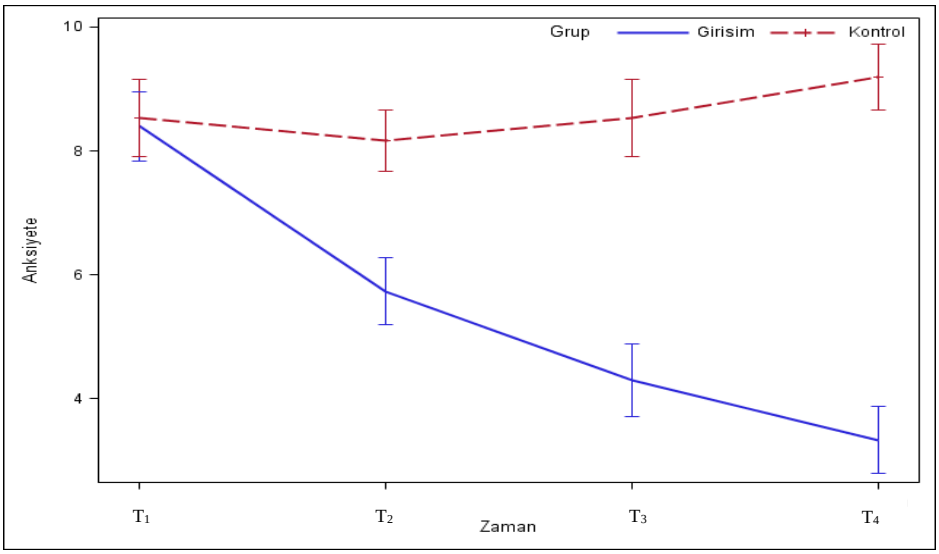
Tablo 4.12. incelendiğinde, girişim grubunda yer alan pediatrik onkoloji hastalarının ÇPSTÖ puan ortalaması birinci ölçümde 30.50±3.29 iken dördüncü ölçümde 11.90±2.83 olarak bulunmuştur. Müdahale sonrası çocukların daha az psikososyal semptom yaşadığı saptanmıştır. Kontrol grubunda ise birinci ölçümde 29.73±4.57 olan ÇPSTÖ puan ortalaması son ölçümde 31.90±4.26 olarak bulunmuş, psikososyal semptomlardaki değişimin girişim grubuna göre kontrol grubunda daha az olduğu belirlenmiştir (Şekil 4.6.).



Not: ÇPSTÖ: Hastanede Yatan Çocuklar için Psikososyal Semptomları Tanılama Ölçeği; T_1: 1. Ölçüm; T_2: 2. Ölçüm; T_3: 3. Ölçüm; T_4: 4. Ölçüm

Şekil 4.6. ÇPSTÖ puan ortalamalarının zaman içindeki değişimi

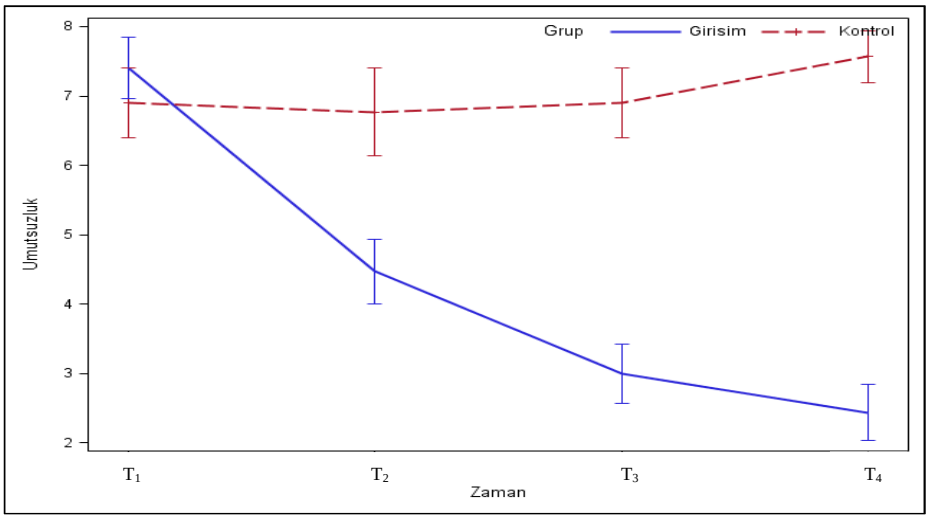
Ölçekte bulunan beş alt boyuttan anksiyete alt boyutunun puan ortalaması incelendiğinde; girişim grubunda birinci ölçümde 8.40±1.50 olan puan ortalaması son ölçümde 3.33±1.45 olarak bulunmuş, müdahale sonrası anksiyetenin daha az yaşandığı tespit edilmiştir. Kontrol grubunda ise anksiyetenin birinci ölçümde 8.53±1.66 olan puan ortalaması son ölçümde 9.20±1.42 olarak bulunmuş, kontrol grubunun deneyimlediği anksiyetede girişim grubuna göre artış olduğu saptanmıştır (Şekil 4.7.).



Not: T_1: 1. Ölçüm; T_2: 2. Ölçüm; T_3: 3. Ölçüm; T_4: 4. Ölçüm

Şekil 4.7. ÇPSTÖ Anksiyete alt boyutu puan ortalamalarının zaman içindeki değişimi

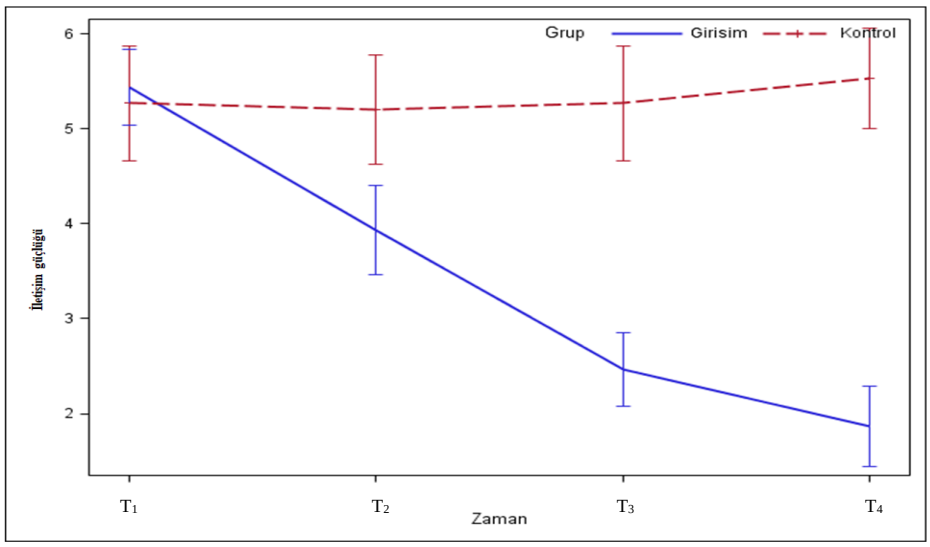
Ölçeğin umutsuzluk alt boyutunun puan ortalaması incelendiğinde; girişim grubunda birinci ölçümde 7.40±1.19 olan puan ortalaması son ölçümde 2.43±1.07 olarak bulunmuş, müdahale sonrası daha az umutsuzluk yaşandığı tespit edilmiştir. Kontrol grubunda ise birinci ölçümde 6.90±1.35 olan umutsuzluk alt boyunun puan ortalaması son ölçümde 7.57±1.01 olarak bulunmuş, kontrol grubunun girişim grubuna göre daha fazla umutsuzluk deneyimlediği saptanmıştır (Şekil 4.8.).



Not: T_1: 1. Ölçüm; T_2: 2. Ölçüm; T_3: 3. Ölçüm; T_4: 4. Ölçüm

Şekil 4.8. ÇPSTÖ umutsuzluk alt boyutu puan ortalamalarının zaman içindeki değişimi

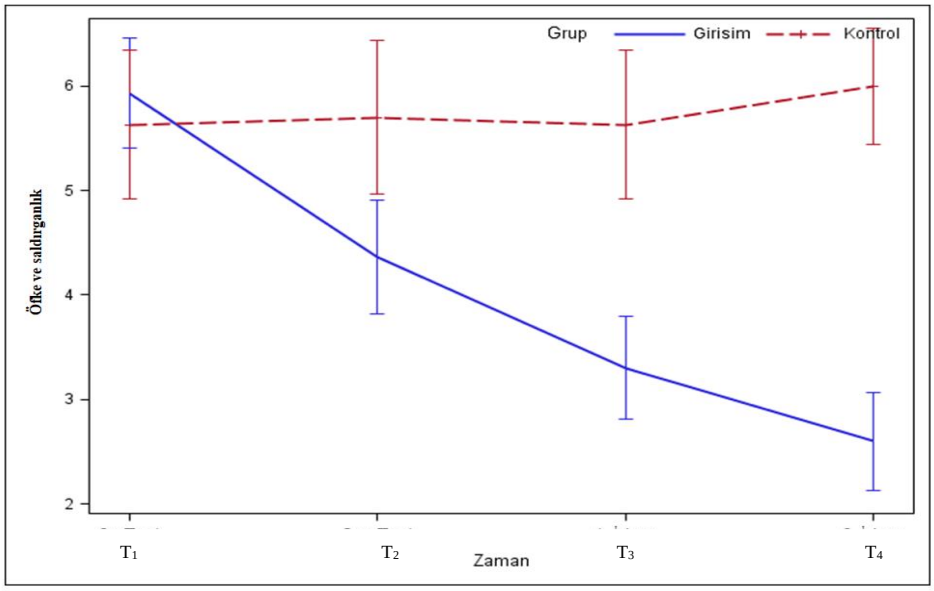
Ölçeğin iletişim güçlüğü alt boyutunun puan ortalaması incelendiğinde; girişim grubunda birinci ölçümde 5.43±1.07 olan puan ortalaması son ölçümde 1.87±1.14 olarak bulunmuş, müdahale sonrası daha az iletişim güçlüğü yaşandığı tespit edilmiştir. Kontrol grubunda ise birinci ölçümde 5.27±1.62 olan iletişim güçlüğü alt boyunun puan ortalaması son ölçümde 5.53±1.41 olarak bulunmuş, kontrol grubunun girişim grubuna göre daha fazla iletişim güçlüğü deneyimlediği saptanmıştır (Şekil 4.9.).



Not: T_1: 1. Ölçüm; T_2: 2. Ölçüm; T_3: 3. Ölçüm; T_4: 4. Ölçüm

Şekil 4.9. ÇPSTÖ iletişim güçlüğü alt boyutu puan ortalamalarının zaman içindeki değişimi

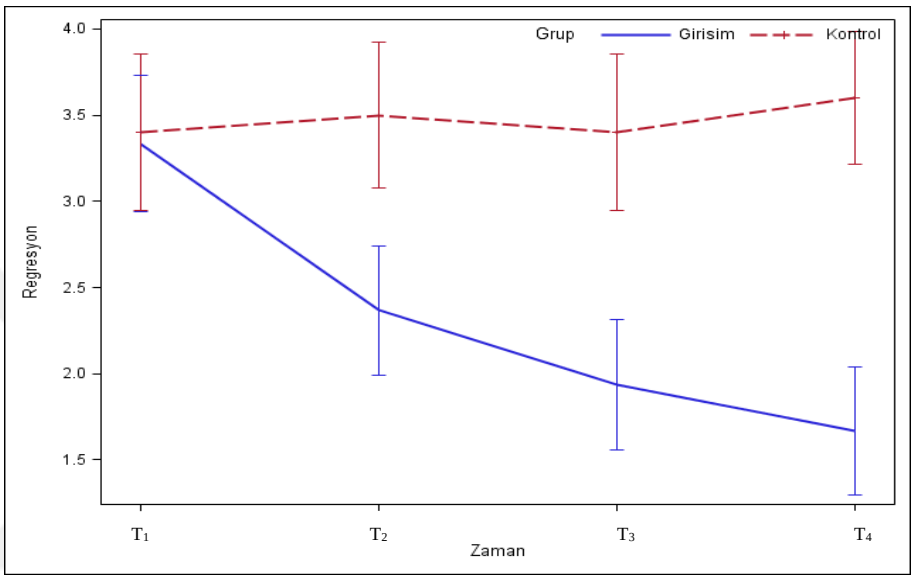
Ölçeğin öfke ve saldırganlık alt boyutunun puan ortalaması incelendiğinde; girişim grubunda birinci ölçümde 5.93±1.41 olan puan ortalaması son ölçümde 2.60±1.25 olarak bulunmuş, müdahale sonrası öfke ve saldırganlıkta belirgin azalma yaşandığı tespit edilmiştir. Kontrol grubunda ise birinci ölçümde 5.63±1.90 olan öfke ve saldırganlık alt boyunun puan ortalaması son ölçümde 6.00±1.49 olarak bulunmuş, kontrol grubunun girişim grubuna göre daha fazla öfke ve saldırganlık deneyimlediği saptanmıştır (Şekil 4.10.).



Not: T_1: 1. Ölçüm; T_2: 2. Ölçüm; T_3: 3. Ölçüm; T_4: 4. Ölçüm

Şekil 4.10. ÇPSTÖ öfke ve saldırganlık alt boyutu puan ortalamalarının zaman içindeki değişimi

Ölçeğin regresyon alt boyutunun puan ortalaması incelendiğinde; girişim grubunda birinci ölçümde 3.33±1.06 olan puan ortalaması son ölçümde 1.67±0.99 olarak bulunmuş, müdahale sonrası regresyonun belirgin ölçüde daha az yaşandığı tespit edilmiştir. Kontrol grubunda ise birinci ölçümde 3.40±1.22 olan öfke ve saldırganlık alt boyunun puan ortalaması son ölçümde 3.60±1.04 olarak bulunmuş, kontrol grubunun girişim grubuna göre daha fazla regresyon deneyimlediği saptanmıştır (Şekil 4.11.).



Not: T_1: 1. Ölçüm; T_2: 2. Ölçüm; T_3: 3. Ölçüm; T_4: 4. Ölçüm

Şekil 4.11. ÇPSTÖ regresyon alt boyutu puan ortalamalarının zaman içindeki değişimi

Girişim ve kontrol grubunda yer alan pediatrik onkoloji hastalarının psikososyal semptom puan ortalamalarının zamana ve gruplara göre değişimi Tablo 4.14'te verilmiştir.

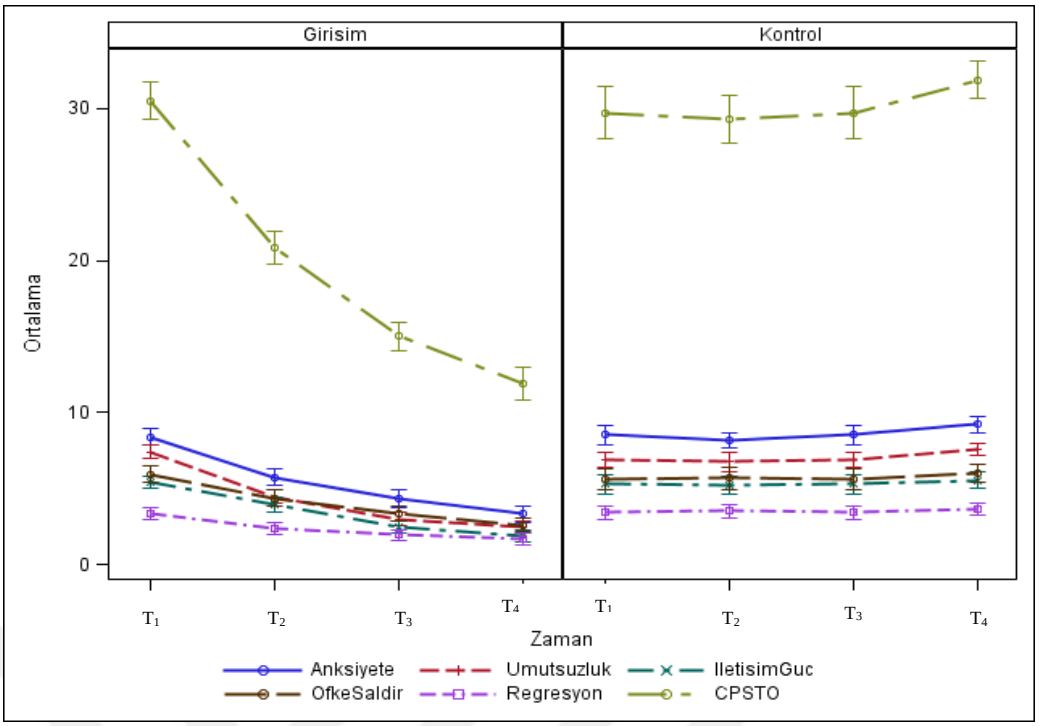
Tablo 4.13. Gruplara ve ölçüm zamanlarına göre çocukların ÇPSTÖ puan ortalamaları

Grup	Zaman	ÇPSTÖ	Anksiyete	Umutsuzluk	İletişim Güçlüğü	Öfke ve Saldırganlık	Regresyon
		$\bar{x}$±SS	$\bar{x}$±SS	$\bar{x}$±SS	$\bar{x}$±SS	$\bar{x}$±SS	$\bar{x}$±SS
Girişim (n=30)	T_1	30.50±3.29	8.40±1.50	7.40±1.19	5.43±1.07	5.93±1.41	3.33±1.06
	T_2	20.87±2.92	5.73±1.46	4.47±1.25	3.93±1.26	4.37±1.45	2.37±1.00
	T_3	15.00±2.42	4.30±1.56	3.00±1.14	2.47±1.04	3.30±1.32	1.93±1.01
	T_4	11.90±2.83	3.33±1.45	2.43±1.07	1.87±1.14	2.60±1.25	1.67±0.99
	Toplam	19.57±7.66	5.44±2.42	4.33±2.25	3.43±1.78	4.05±1.84	2.33±1.19
Kontrol (n=30)	T_1	29.73±4.57	8.53±1.66	6.90±1.35	5.27±1.62	5.63±1.90	3.40±1.22
	T_2	29.33±4.18	8.17±1.34	6.77±1.70	5.20±1.54	5.70±1.97	3.50±1.14
	T_3	29.73±4.57	8.53±1.66	6.90±1.35	5.27±1.62	5.63±1.90	3.40±1.22
	T_4	31.90±4.26	9.20±1.42	7.57±1.01	5.53±1.41	6.00±1.49	3.60±1.04
	Toplam	30.18±4.26	8.61±1.55	7.03±1.39	5.32±1.53	5.74±1.81	3.48±1.14

	F	*p*	*d*	F	*p*	*d*	F	*p*	*d*	F	*p*	*d*	F	*p*	*d*	F	*p*	*d*
Grup	521.34	**0.0001**	1.499	264.40	**0.0001**	1.067	271.43	**0.0001**	1.081	116.88	**0.0001**	0.710	66.33	**0.0001**	0.534	66.88	**0.0001**	0.537
Zaman	65.89	**0.0001**	0.923	26.62	**0.0001**	0.587	38.98	**0.0001**	0.710	18.52	**0.0001**	0.489	10.40	**0.0001**	0.367	5.81	**0.0008**	0.923
Grup*Zaman	92.34	**0.0001**	1.092	39.92	**0.0001**	0.719	54.77	**0.0001**	0.841	23.42	**0.0001**	0.550	14.34	**0.0001**	0.431	7.96	**0.0001**	1.093

Not: ÇPSTÖ: Hastanede Yatan Çocuklar için Psikososyal Semptomları Tanılama Ölçeği; T_1: 1. Ölçüm; T_2: 2. Ölçüm; T_3: 3. Ölçüm; T_4: 4. Ölçüm; t: Bağımsız Gruplar için t-testi; x̄: Ortalama; SS: Standart Sapma; F: Varyans analizi; *d:* Etki büyüklüğü; $p < 0.05$

Tablo 4.13. incelendiğinde, girişim ve kontrol grubundaki pediatrik onkoloji hastalarının ÇPSTÖ ve alt boyutlarının puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur (F=521.34, *p*=.0001; F=264.40, *p*=.0001; F=271.43, *p*=.0001; F=116.88, *p*=.0001; F=66.33, *p*=.0001; F=66.88, p=.0001). Farklı zamanlarda yapılan ölçümler değerlendirildiğinde, psikososyal semptomlar ile birlikte ölçeğin alt boyut puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (F=65.89, *p*=.0001; F=26.62, *p*=.0001; F=38.98, *p*=.0001; F=18.52, *p*=.0001; F=10.40, *p*=.0001; F=5.81, *p*=.0001). Semptomların ölçüm zamanlarına göre azalma oranları açısından grupların benzer yapıda olmadığı, ölçek ve ölçeğin anksiyete, umutsuzluk, iletişim güçlüğü, öfke ve saldırganlık, regresyon alt boyutlarının puan ortalamalarının girişim grubunda kontrol grubuna göre daha belirgin azalma olduğu belirlenmiştir (Şekil 4.12.). Farklı zamanlarda ölçülen ÇPSTÖ puan ortalamalarının girişim ve kontrol grubunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği belirlenmiştir (F=92.34, *p*=.0001; F=39.92, *p*=.0001; F=54.77, *p*=.0001; F=23.42, *p*=.0001; F=14.34, *p*=.0001; F=7.96, *p*=.0001). Girişim ve kontrol grubunda yer alan pediatrik onkoloji hastalarının psikososyal semptom puan ortalamaları Tablo 4.15'te farklı zamanlara göre karşılaştırılmış ve farklılıkların hangi zaman aralıklarında anlamlı olduğu incelenmiştir. Girişim grubunda psikososyal semptom puan ortalamaları arasındaki anlamlı farkın en çok olduğu zaman aralığının birinci ölçüm – üçüncü ölçüm zaman aralığında olduğu tespit edilmiştir. Psikososyal semptomların alt boyutları incelendiğinde ise; tüm alt boyutların puan ortalamaları arasındaki anlamlı farkın en çok birinci ölçüm – dördüncü ölçüm izlem aralığında olduğu saptanmıştır. Kontrol grubu puan ortalamaları arasında ise birinci ölçüm – dördüncü ölçüm zaman aralığında anlamlı fark olduğu, alt boyutlarda ise anksiyete alt boyutunda ikinci ölçüm – dördüncü ölçüm aralığında anlamlı fark olduğu görülürken; umutsuzluk ve iletişim güçlüğü alt boyutlarında birinci ölçüm – ikinci ölçüm zaman aralığında anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir. Öfke ve saldırganlık ile regresyon alt boyutlarında ise ikinci ölçüm – üçüncü ölçüm zaman aralığında anlamlı farkın en fazla olduğu belirlenmiştir.



Not: ÇPSTÖ: Hastanede Yatan Çocuklar için Psikososyal Semptomları Tanılama Ölçeği; T_1: 1. Ölçüm; T_2: 2. Ölçüm; T_3: 3. Ölçüm; T_4: 4. Ölçüm

Şekil 4. 12. ÇPSTÖ Puan Ortalamalarının Zaman ve Gruplara göre Değişimi

Tablo 4.14. ÇPSTÖ puan ortalamalarının farklı zamanlara göre karşılaştırılması

Grup	Zaman	ÇPSTÖ		Anksiyete		Umutsuzluk		İletişim Güçlüğü		Öfke ve Saldırganlık		Regresyon	
		$\bar{x}$±SS	t / *p*	$\bar{x}$±SS	t / *p*	$\bar{x}$±SS	t / *p*	$\bar{x}$±SS	t / *p*	$\bar{x}$±SS	t / *p*	$\bar{x}$±SS	t / *p*
Girişim (n=30)	$T_1 - T_2$ (a)	9.633±2.579	20.45/**0.0001**	2.666±1.213	12.04/**0.0001**	2.933±1.460	11.00/**0.0001**	1.500±1.074	7.64/**0.0001**	1.566±1.072	8.00/**0.0001**	0.966±0.808	6.55/**0.0001**
	$T_1 - T_3$ (*b*)	15.500±3.277	25.90/**0.0001**	4.100±1.184	18.96/**0.0001**	4.400±1.631	14.77/**0.0001**	2.966±1.299	12.50/**0.0001**	2.633±1.401	10.29/**0.0001**	1.400±0.932	8.23/**0.0001**
	$T_1 - T_4$ (*c*)	18.600±3.756	27.12/**0.0001**	5.066±1.362	20.36/**0.0001**	4.966±1.629	16.70/**0.0001**	3.566±1.278	15.29/**0.0001**	3.333±1.516	12.04/**0.0001**	1.666±1.061	8.60/**0.0001**
	$T_2 - T_3$ (*d*)	5.866±2.431	13.21/**0.0001**	1.433±1.006	7.80/**0.0001**	1.466±0.937	8.57/**0.0001**	1.466±1.008	7.97/**0.0001**	1.066±0.944	6.19/**0.0001**	0.433±0.626	3.79/**0.0007**
	$T_2 - T_4$ (*e*)	8.966±2.684	18.30/**0.0001**	2.400±1.248	10.53/**0.0001**	2.033±1.066	10.45/**0.0001**	2.066±1.229	9.20/**0.0001**	1.766±1.250	7.74/**0.0001**	0.700±0.749	5.11/**0.0001**
	$T_3 - T_4$ (*f*)	3.100±1.539	11.03/**0.0001**	0.966±1.033	5.12/**0.0001**	0.566±0.773	4.01/**0.0004**	0.600±0.932	3.53/**0.0014**	0.700±0.749	5.11/**0.0001**	0.266±0.449	3.25/**0.0029**
Anlamlı fark		***b>c>a>e>d>f***		***c>b>a>e>d>f***		***c>b>a>e>d>f***		***c>b>e>a>d>f***		***c>b>e>a>d>f***		***c>b>a>e>d>f***	
Kontrol (n=30)	$T_1 - T_2$ (a)	0.400±1.652	1.33/0.1953	0.366±0.808	2.48/**0.019**	0.133±0.860	0.85/0.402	0.066±0.365	1.00/0.325	-0.066±0.520	-0.70/0.488	-0.100±0.480	-1.14/0.263
	$T_1 - T_3$ (*b*)	0±0	./.	0±0	./.	0±0	./.	0±0	./.	0±0	./.	0±0	./.
	$T_1 - T_4$ (*c*)	-2.166±2.229	-5.32/**0.0001**	-0.666±1.093	-3.34/**0.0023**	-0.666±1.124	-3.25/**0.0029**	-0.266±0.739	-1.97/0.057	-0.366±1.066	-1.88/0.069	-0.200±0.664	-1.65/0.110
	$T_2 - T_3$ (*d*)	-0.400±1.652	-1.33/0.195	-0.366±0.808	-2.48/**0.0190**	-0.133±0.860	-0.85/0.402	-0.066±0.365	-1.00/0.325	0.066±0.520	0.70/0.488	0.100±0.480	1.14/0.263
	$T_2 - T_4$ (*e*)	-2.566±2.459	-5.72/**0.0001**	-1.033±1.159	-4.88/**0.0001**	-0.800±1.323	-3.31/**0.0025**	-0.333±0.802	-2.28/**0.030**	-0.300±1.118	-1.47/0.152	-0.100±0.712	-0.77/0.447
	$T_3 - T_4$ (*f*)	-2.166±2.229	-5.32/**0.0001**	-0.666±1.093	-3.34/**0.0023**	-0.666±1.124	-3.25/**0.0029**	-0.266±0.739	-1.97/0.0579	-0.366±1.066	-1.88/0.069	-0.200±0.664	-1.65/0.1100
Anlamlı fark		***c, f>e> a>b> d***		***e > a >b>d > c, f***		***a > b >d > c, f> e***		***a > b > d >c, f > e***		***d > b > a >e > c, f***		***d > b > a, e >c, f***	

Not: ÇPSTÖ: Hastanede Yatan Çocuklar için Psikososyal Semptomları Tanılama Ölçeği; T2: 2. Ölçüm; T3: 3. Ölçüm; T4: 4. Ölçüm; t: Bağımsız Gruplar için t-testi; x̄: Ortalama; SS: Standart Sapma; p <0.05

4.2.4. Girişim ve Kontrol Gruplarındaki Çocukların Memnuniyet Düzeylerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Araştırma kapsamına alınan çocukların memnuniyetlerindeki değişimleri değerlendirmek için araştırmacı tarafından geliştirilmiş olan "Çocuk Memnuniyet Formu (ÇMF)" kullanılmıştır. Araştırmada kullanılan form, birinci ölçüm (ön test – T_1), ikinci ölçüm (girişimin tamamlandığı 5. Gün – T_2), üçüncü ölçüm (girişim tamamlandıktan 7 gün sonra – T_3) ve dördüncü ölçüm (girişim tamamlandıktan 10-14 gün sonra taburculuk öncesi – T_4) olmak üzere toplam dört kez uygulanmıştır.

Bu bölümde, girişim ve kontrol gruplarında yer alan pediatrik onkoloji hastalarındaki memnuniyet değişimlerine ilişkin bulgulara yer verilmiştir. Girişim ve kontrol grubunda yer alan pediatrik onkoloji hastalarının memnuniyet puan ortalamalarının zaman ve gruplara göre değişimi Tablo 4.16'da verilmiştir.

Tablo 4.15. ÇMF puan ortalamalarının zaman ve gruplara göre değişimi

	Girişim Grubu (n=30) $\bar{x}$±**SS**		**Kontrol Grubu (n=30)** $\bar{x}$±**SS**	**t**	***p***
ÇMF (T_1)	2.7±0.40		2.7±0.37	-1.13	0.760
ÇMF (T_2)	3.5±0.31		2.8±0.32	-1.03	**<0.0001**
ÇMF (T_3)	3.9±0.33		2.8±0.28	-0.98	**<0.0001**
ÇMF (T_4)	4.1±0.30		2.9±0.27	-0.42	**<0.0001**
	F	*p*	*d*		
Grup	315.61	**<.0001**	1.166		
Zaman	66.57	**<.0001**	0.927		
Grup*Zaman	42.87	**<.0001**	0.744		

Not: ÇMF: Çocuk Memnuniyet Formu; T_1: 1. Ölçüm; T_2: 2. Ölçüm; T_3: 3. Ölçüm, T_4: 4. Ölçüm; t: Bağımsız Gruplar için t-testi; x̄: Ortalama; SS: Standart Sapma; F: Varyans analizi; *d:* Etki büyüklüğü; p <0.05

Tablo 4.15. incelendiğinde, girişim grubunda yer alan çocukların ÇMF puan ortalaması birinci ölçümde 2.7±0.40 iken dördüncü ölçümde 4.1±0.30 olarak bulunmuş, müdahale sonrası çocukların memnuniyet düzeylerinde artış olduğu saptanmıştır. Kontrol grubunda ise birinci ölçümde 2.7±0.37 olan ÇMF puan ortalaması dördüncü ölçümde 2.9±0.27 olarak bulunmuş, memnuniyet düzeyindeki artışın girişim grubuna göre kontrol grubunda daha az olduğu belirlenmiştir.

Ayrıca, girişim ve kontrol grubundaki çocukların memnuniyet puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur (F=315.61, p<.0001). Farklı zamanlarda yapılan

ölçümler değerlendirildiğinde de memnuniyet puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (F=66.57, *p*<.0001). Farklı zamanlarda ölçülen ÇMF puan ortalamalarının girişim ve kontrol grubunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği belirlenmiştir (F=42.87, p<.0001). Girişim ve kontrol grubunda yer alan pediatrik onkoloji hastalarının memnuniyet puan ortalamaları Tablo 4.17'de farklı zamanlara göre karşılaştırılmış ve farklılıkların hangi zaman aralıklarında anlamlı olduğu incelenmiştir. Girişim grubunda memnuniyet puan ortalamaları arasındaki anlamlı farkın en çok olduğu zaman aralığının birinci ölçüm – ikinci ölçüm zaman aralığında olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 4.16. ÇMF puan ortalamalarının farklı zamanlara göre karşılaştırılması

		ÇMF	
Grup	**Zaman**	***x̄*±SS**	***t/p***
Girişim	$T_1 - T_2$ (a)	-0.753±0.416	-9.90/<**.0001**
	$T_1 - T_3$ (*b*)	-1.193±0.428	-15.26/<**.0001**
	$T_1 - T_4$ (*c*)	-1.390±0.445	-17.10/<**.0001**
	$T_2 - T_3$ (*d*)	-0.440±0.345	-6.99/<**.0001**
	$T_2 - T_4$ (*e*)	-0.636±0.410	-8.49/<**.0001**
	$T_3 - T_4$ (*f*)	-0.196±0.212	-5.07/<**.0001**
	Anlamlı fark	***b>c>a>e>d>f***	
Kontrol	$T_1 - T_2$ (a)	-0.056±0.211	-1.47/0.1525
	$T_1 - T_3$ (*b*)	-0.113±0.277	-2.24/0.0332
	$T_1 - T_4$ (*c*)	-0.160±0.282	-3.10/**0.0042**
	$T_2 - T_3$ (*d*)	-0.056±0.152	-2.04/0.0509
	$T_2 - T_4$ (*e*)	-0.103±0.182	-3.10/**0.0043**
	$T_3 - T_4$ (*f*)	-0.046±0.113	-2.25/**0.0323**
	Anlamlı fark	***c>b>e>a, d>f***	

Not: ÇMF: Çocuk Memnuniyet Formu; T_1: 1. Ölçüm; T_2: 2. Ölçüm; T_3: 3. Ölçüm; T_4: 4. Ölçüm; t: Bağımsız Gruplar için t-testi; x̄: Ortalama; SS: Standart Sapma; p <0.05

5. TARTIŞMA

Çalışmadan elde edilen bulgular iki aşama halinde tartışılmıştır. Birinci aşamada Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği 7-12'nin psikometrik bulguları tartışılmış, ikinci aşamada pediatrik onkoloji hastalarına uygulanan uğraşı temelli hemşirelik programının kemoterapiye bağlı semptomlara ve memnuniyete etkisine ilişkin bulgular tartışılmıştır.

5.1. I. Aşama: Memorıal Semptom Değerlendirme Ölçeği 7-12' nin Türk Kültürüne Uyarlanmasına İlişkin Bulguların Tartışılması (Metodolojik bölüm)

MSAS 7-12, kanser tedavisi uygulanan küçük yaştaki çocuklarda fiziksel ve psikolojik semptomların ölçümü için geliştirilmiştir. Ölçümde çocukların öz bildirimlerinden yaralanılmaktadır. Bu çalışmada çocuklar MSAS 7-12'yi kısa sürede ve kolayca tamamlamışlardır. Ölçeğin sonuçları, çocukların semptom deneyimleri hakkında anlamlı ve tutarlı bilgiler elde edilebileceğini göstermektedir.

MSAS 7-12 ile değerlendirilebilen üzüntü, endişe veya ağrı gibi bireysel semptomlarla ilişkili şiddet, sıklık ve rahatsızlığın ayrıntılı bir değerlendirmesi, semptomların tespiti ve tedavisi için gereklidir. Bir semptomun sıklığını, şiddetini veya verdiği rahatsızlığı ölçmek, tek başına semptom kontrol listeleriyle belirlenemeyen bulgular sağlamaktadır.

5.1.1. Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği (7-12)'nin Geçerlik Analizlerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Kapsam geçerliği analiz sonuçları, uzman görüşleri arasında yüksek düzeyde bir uyumun olduğunu göstermiştir. Bu, ölçekteki maddelerin ölçülecek semptomları yeterince temsil ettiğini göstermektedir (Johnson ve Christensen, 2014; Erkuş; 2016; DeVellis ve Thorpe, 2021). Kapsam geçerliği, bir bütün olarak ölçeğin ve ölçekteki her bir maddenin amaca ne derece hizmet ettiğidir (Ercan ve Kan, 2004). Bir geçerlik sınamasının amacı, ölçme aracında bulunan maddelerin ölçülmek istenen alanı temsil edip etmediğini bir uzman gruba inceleterek, anlamlı maddelerden oluşan bütünü oluşturmaktır (Gözüm ve Aksayan, 2003). Bunu sağlamada ise uzman değerlendirmesi zorunludur. Daha açık bir anlatım ile ölçüm aracını geliştiren ile bu konuda daha önce çalışmış uzmanların içerik üzerinde uzlaşması temeline dayanır (Baydur ve Eser, 2006). Sonuçlar, MSAS 7 – 12'nin Türkçe versiyonunun içerik

geçerliğini desteklemektedir. Orijinal ölçek için kapsam geçerlilik analizi sonuçları verilmemiştir (Collins, 2002). Bu nedenle sonuçlar karşılaştırılamamıştır.

KMO katsayısı ve Bartlett ki-kare testine göre örneklem büyüklüğü ve veriler açıklayıcı faktör analizi için yeterliydi (Johnson ve Christensen, 2014; DeVellis ve Thorpe, 2021). Açıklayıcı faktör analizi sonucu ölçeğin Türkçe versiyonunun toplam varyansın %50'sinden fazlasını açıklayan tek boyuttan oluştuğunu göstermiştir. Türkçe versiyonundaki tüm faktör yükleri 0.30 ve üzeri olarak belirlenmiştir. Bir maddenin ölçeğe dahil edilebilmesi için faktör yükünün en az 0.30 (Kartal ve Bardakçı, 2018; Johnson ve Christensen, 2014; Karagöz, 2016) olması gerekir. Açıklayıcı faktör analizi sonuçlarına göre orijinal ölçekteki faktör yükleri ile Türkçe versiyonundaki faktör yükleri benzerdir. Türkçe versiyonunda orijinal ölçek yapısı korunduğu için, geçerli ve güçlü bir yapı geçerliğine sahip olduğu görülmektedir.

5.1.2. Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği (7-12)'nin Güvenirlik Analizlerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Cronbach alfa katsayısı, ölçek maddelerinin iç tutarlılığı için bir ölçüttür. Ölçek maddelerinin aynı özelliği ölçüp ölçmediğini, maddelerin ölçülmek istenilen konuyla ilgili olup olmadığını değerlendirmektedir. Ölçegin alfa kat sayısı ne kadar yüksek olursa; o ölçekte bulunan maddelerin o ölçüde birbirleriyle tutarlı ve aynı özelliğin öğelerini inceleyen maddelerden oluştuğu ya da tüm maddelerin o ölçüde birlikte çalıştığı söylenebilmektedir. Cronbach alfa güvenirlik katsayısı, toplam puanlar üzerine kurulu likert tipi bir ölçeğin güvenirliğinin hesaplanmasında sıklıkla kullanılmaktadır.

Yüksek Cronbach alfa katsayısı, bir ölçeğin maddeleri arasında daha yüksek tutarlılık olduğunu gösterir (Kartal ve Bardakçı, 2018; DeVellis ve Thorpe, 2021). Cronbach Alfa değerlerine göre ölçeğin güvenirliği aşağıdaki şekilde yorumlanmaktadır:
$0.00 < 0.40$ ise ölçek güvenilir değildir, $0.40 < 0.60$ ise ölçek düşük güvenirliktedir, $0.60 < 0.80$ ise ölçek oldukça güvenilirdir, $0.80 < 1.00$ ise ölçek yüksek derecede güvenilir bir ölçektir (Tavşancıl, 2010).

Collins ve arkadaşlarının çalışmasında (2002) MSAS 7-12'nin Cronbach alfa katsayısı 0.67 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada ise MSAS 7-12'nin Cronbach alfa katsayısı 0.83 olarak belirlenmiştir. Bu çalışmanın sonucu, MSAS 7-12'nin Türkçe versiyonunun güvenilir olduğunu göstermiştir.

Madde-toplam puan analizi, bir ölçekte yer alan maddelerin ölçekle ve birbirleriyle ne ölçüde ilişkili olduğunu ve ölçülecek parametreyi yeterince ölçüp ölçmediğini gösterir. Madde – toplam puan korelasyonunun pozitif ve 0.20'den yüksek olması beklenir (Özdamar, 2016; Kartal ve Bardakçı, 2018; DeVellis ve Thorpe, 2021). Her madde için elde edilen korelasyonun yüksek olması, o maddenin ölçülen teorik yapıyla bağlantısının da yüksek olduğunu, maddenin amaçlanan davranışı ölçmede etkin ve yeterli olduğunu göstermektedir (Yılmaz ve Orhan, 2011).

MSAS 7-12'nin Türkçe versiyonunda tüm maddelerin madde-toplam puan korelasyonlarının pozitif ve 0.20'nin üzerindedir. Bu korelasyonlar, ölçek maddelerinin istenilen özelliği yeterince ölçtüğünü ve maddelerin yüksek derecede güvenilir olduğunu göstermektedir. Orijinal ölçeğe ilişkin madde-toplam puan analizi sonuçları paylaşılmamıştır (Collins, 2002). Bu nedenle sonuçlar karşılaştırılamamıştır.

Test-tekrar test güvenirliği, iki farklı zamanda aynı örneklem içinden rastgele seçilen belli sayıda bireye testin tekrar uygulanması ve her iki ölçüm arasındaki korelasyon katsayısının hesaplanarak güvenirliğinin değerlendirilmesidir (Alpar, 2014). Test-tekrar test ölçümleri, ölçüm aracının değişmezlik özelliğini değerlendiren ve en sık kullanılan güvenirlik analizlerindendir. Elde edilen katsayı, ölçeğin değismezlik göstergesi olarak kabul edilmekte ve bu puanın en az 0,70 olması gerekmektedir (Tavşancıl, 2010; Yılmaz ve Orhan, 2011).

Test-tekrar test analizleri için grubun en az 30 kişiden oluşması, iki test arasındaki sürenin birinci uygulamada verilen yanıtları anımsamaya yetecek kadar kısa, ölçeğin ölçtüğü özellik bakımından yanıtlayıcıların önemli ölçüde değişmelerine yetecek kadar uzun olmamalıdır. Sürenin ortalama 2-6 hafta arasında olması önerilmektedir (Tavşancıl, 2010). Ancak semptom değerlendirme ölçeklerinin test-tekrar test uygulama süresi için kesin bir aralık verilememekle beraber, bir haftadan sonra uygulanan tekrar testlerde korelasyonun anlamsız olduğu bildirilmektedir. Bu nedenle semptom değerlendirme ölçeklerinin geçerlik ve güvenirlik çalışmalarında tekrar test için uygulanma zamanı en az iki, en fazla yedi gün olarak önerilmektedir (Hjermstad ve ark, 1995, Chang ve ark., 2000).

Bu bilgiler doğrultusunda çalışmanın test-tekrar test analizleri için ölçek 36 çocuğa üç-yedi gün sonra tekrar uygulanmıştır (Tablo 4.5.). Test-tekrar test analiz sonuçlarına göre çalışmada kullanılan ölçeğin aynı örneklemde farklı zamanlarda uygulanmasından elde edilen bulguların tutarlı olması ile farklı zamanlardaki ölçümler için de güvenilir olduğu belirlenmiştir.

5.2. II. Aşama: Pediatrik Onkoloji Hastalarına Uygulanan Uğraşı Temelli Hemşirelik Programının Kemoterapiye Bağlı Semptomlara ve Memnuniyete Etkisine İlişkin Bulguların Tartışılması (Girişimsel Bölüm)

Bu aşamada, uğraşı temelli hemşirelik programının pediatrik onkoloji hastalarının kemoterapiye bağlı semptomlarına ve memnuniyet düzeylerine etkisi incelenmiş ve sonuçlar aşağıda yer alan ana başlıklar altında tartışılmıştır:

5.2.1. Pediatrik onkoloji hastalarının kemoterapiye bağlı semptomlarına ilişkin bulguların tartışılması

5.2.2. Pediatrik onkoloji hastalarının psikososyal semptomlarına ilişkin bulguların tartışılması

5.2.3. Pediatrik onkoloji hastalarının memnuniyet düzeylerine ilişkin bulguların tartışılması

5.2.1. Pediatrik Onkoloji Hastalarının Kemoterapiye Bağlı Semptomlarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırma kapsamına alınan pediatrik onkoloji hastalarının kemoterapiye bağlı yaşadıkları semptomlardaki değişimleri değerlendirmek için "Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği 7-12 (MSDÖ 7-12)" toplam dört kez uygulanmıştır. Girişim ve kontrol grubunun birinci ölçüm (ön test) MSDÖ 7-12 puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmazken; girişim sonrasındaki ikinci ölçüm (girişimin tamamlandığı 5. gün), üçüncü ölçüm (girişim tamamlandıktan 7 gün sonra) ve dördüncü ölçüm (girişim tamamlandıktan sonra taburculuk öncesi) MSDÖ 7-12 puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu bulunmuştur (Tablo 4.9.).

Araştırma kapsamına alınan pediatrik onkoloji hastalarında kemoterapiye bağlı semptom düzeylerinin gruplara ve ölçüm zamanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği saptanmış, müdahale sonrası çocukların daha az semptom yaşadığı tespit

edilmiştir (Tablo 4.10.). Girişim grubunda yer alan çocuklarda kemoterapi semptomlarında görülen azalma, kontrol grubundakilere göre tüm ölçüm zamanlarında istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş ve çocukların semptom puanlarının gruplara ve ölçüm zamanlarına göre anlamlı farklılık gösterdiği, bu anlamlı farklılığın girişim grubundan kaynaklandığı saptanmıştır (Tablo 4.11.). Bu bulgulara göre 1. Hipotez "UTHeP'in girişim grubunda yer alan pediatrik onkoloji hastalarında kontrol grubuna göre kemoterapiye bağlı semptomları azaltmaya etkisi vardır." kabul edilmiştir. Girişim grubuna uygulanan hemşirelik bakımının, çocuklarda kemoterapiye bağlı gelişen semptomları azaltmada etkili olduğu belirlenmiştir. Hastaneye yatmak çocuğun normal aktivitelerine katılımını engelleyebilir ve bu durum çocuk için sürekli bir hastalık hatırlatıcısı olarak hareket edebilir (Tenniglo ve ark., 2017). UTHeP oturumlarındaki uğraşı aktivitelerinin önemi bu noktada artmaktadır. Çocuğun dikkati el işi uğraşları ile hastalıktan uzaklaştırılarak kaygısı azaltılır. Böylece çocuğun enerji seviyesi yükselebilir ve normal aktivitelerine daha aktif katılım sağlayabilir.

Literatür incelendiğinde, oyun temelli girişimlerin ağrıyı (He ve ark., 2015; Mohammadi ve ark., 2017; Yayan ve ark., 2020), kaygıyı (Li ve ark., 2010; Dantas ve ark., 2016) ve üzüntüyü (Artilheiro ve ark., 2011) azalttığı tespit edilmiştir. Benzer şekilde, Mohammadi ve arkadaşlarının (2017) kanser tanılı çocuklarda oyun temelli uğraşı aktivitelerinin etkinliğini değerlendikleri pilot çalışmada, uğraşı aktivitelerinin çocukların ağrı, yorgunluk ve kaygı semptomlarını azalttığı belirtilmiştir. Sparrow ve arkadaşlarının (2016) geliştirdikleri uğraşı temelli yönlendirme programının retinoblastoma tanılı çocuklar için kullanımının ise, çocukların gelişimsel becerilerini tespit etme ve gelişime ihtiyaçlarının olduğu becerilere yönelik rehabilitasyon planlamada etkili olduğu saptanmıştır. Literatürdeki çalışma sonuçları, çalışmamızdaki sonuçlarla benzerlik göstermektedir. Çocukların hastane sürecinde başetmesi gereken problemler olabileceği gibi, pediatrik onkoloji hastalarında bu süreç daha zorlu olabilmektedir. Çalışmamız, kemoterapinin yan etkisine bağlı olarak enerjisi azalan ve doğası gereği oyun oynaması gerekirken uzun kemoterapi sürelerince yatağında hareketi kısıtlanan çocuğun yaş dönemlerine uygun aktivitelere yöneltilmesi ile hastane, hastalık ve tedavi süreçlerinden uzaklaşabileceğini, böylece kemoterapinin semptomlarını da daha az hissedebileceğini göstermektedir. Çocuğa uygun aktivitelerin seçiminde hemşirenin

yaş dönemi özelliklerini bilerek, çocuğu yaşına uygun aktivitelere yönlendirmesi önemlidir. Bu bağlamda, çalışmamızda uyguladığımız UTHeP'in içeriğinin 7-12 yaş grubu çocuklar için uygun olduğu tespit edilmiştir.

5.2.2. Pediatrik Onkoloji Hastalarının Psikososyal Semptomlarına İlişkin Bulgular

Araştırma kapsamına alınan pediatrik onkoloji hastalarının psikososyal semptomlarındaki değişimleri değerlendirmek için "Çocuklar için Psikososyal Semptomları Tanılama Ölçeği (ÇPSTÖ)" toplam dört kez uygulanmıştır. Girişim ve kontrol grubunun birinci ölçüm (ön test) MSDÖ 7-12 puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmazken; girişim sonrasındaki ikinci ölçüm (girişimin tamamlandığı 5. gün), üçüncü ölçüm (girişim tamamlandıktan 7 gün sonra) ve dördüncü ölçüm (girişim tamamlandıktan sonra taburculuk öncesi) ÇPSTÖ ve alt boyutlarının puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu bulunmuştur (Tablo 4.12.).

Araştırma kapsamına alınan pediatrik onkoloji hastalarında psikososyal semptom düzeylerinin gruplara ve ölçüm zamanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği saptanmış, müdahale sonrası çocukların daha az psikososyal semptom yaşadığı tespit edilmiştir (Tablo 4.13.). Farklı zamanlarda yapılan ölçümler değerlendirildiğinde, psikososyal semptomlar ile birlikte ölçeğin alt boyut puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Semptomların birinci ölçüm, ikinci ölçüm, üçüncü ve dördüncü ölçümlerde azalma oranları açısından grupların benzer yapıda olmadığı, ölçek ve ölçeğin anksiyete, umutsuzluk, iletişim güçlüğü, öfke ve saldırganlık, regresyon alt boyutlarının puan ortalamalarındaki azalmanın girişim grubunda kontrol grubuna göre tüm ölçüm zamanlarında istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş ve çocukların semptom puanlarının gruplara ve ölçüm zamanlarına göre anlamlı farklılık gösterdiği, bu anlamlı farklılığın girişim grubundan kaynaklandığı saptanmıştır (Tablo 4.14.). Bu bulgulara göre 2. Hipotez "UTHeP'in girişim grubunda yer alan pediatrik onkoloji hastalarında kontrol grubuna göre psikososyal semptomları azaltmaya etkisi vardır." kabul edilmiştir. Girişim grubuna uygulanan hemşirelik bakımının, çocuklarda psikososyal semptomları azaltmada etkili olduğu belirlenmiştir.

Literatür incelendiğinde, Günay ve arkadaşlarının (2022), boncuklardan takı yapma etkinliğinin 7-18 yaş arasındaki 62 kanserli çocukla yaptıkları randomize kontrollü çalışmada, çocukların durumluk ve sürekli kaygı düzeylerini azaltmada etkili olduğunu bulmuşlardır. Khodabakhshi Koolaee ve arkadaşlarının (2016), 8-21 yaş aralığındaki lösemi tanılı 30 çocukla yaptıkları yarı deneysel çalışmada, boyama aktivitesinin çocuklarda saldırganlık ve anksiyeteyi azalttığı tespit edilmiştir. Ilievová ve arkadaşlarının (2015) 20 kanserli çocukla yaptıkları yarı deneysel diğer bir çalışmada, drama ve kukla aktivitelerinin çocuklarda korku ve anksiyeteyi azalttığı saptanmıştır. Li ve arkadaşlarnın (2016) yaptığı diğer bir çalışmada, oyun temelli girişimlerin hastanede yatan çocuklarda anksiyete ve olumsuz duyguları azalmaya yardımcı olduğu belirlenmiştir. Potasz ve arkadaşlarının (2013) yaptıkları çalışmada, plastik sebze, meyve, saç kurutma makinesi, telefon ve ayna gibi oyuncaklarla neden-sonuç ilişkili oyun temelli uğraşı aktivitelerinin, hastanede solunum problemi nedeniyle tedavi uygulanan çocukların kortizol seviyelerinde düşüş sağladığı ve hastalıkla baş etmelerini güçlendirdiği bildirilmiştir. Aynı çalışmada uğraşı aktivitelerinin 7-11 yaş aralığındaki çocuklarda 4-7 yaş aralığındaki çocuklara göre daha etkin olduğu; bunun sebebinin ise küçük yaş gruplarının uğraşı aktivitelerini anlayabilecek bilişsel olgunluğa ulaşmamış olması olduğu düşünülmektedir. Çalışma sonuçlarımız ile literatür benzerlik göstermektedir. Okul dönemi çocukları için elişi ve uğraşı aktiviteleri, duygularını aktarmalarına ve stresli deneyimleri kontrol etmelerine olanak tanıyabilir (Delvecchio ve ark., 2019). Girişim grubundaki çocukların psikososyal semptomlarındaki azalışta, UTHeP'in çocukların dikkatinin hastane ortamından ve hastalığın stresli tedavi sürecinden uzaklaşmasını desteklediği görülmektedir. Çocuğun yaşına uygun oyun ve sanat merkezli aktiviteler etkin baş etme yöntemleri olarak kabul edilir, çünkü bu aktiviteler çocukların, duyguları ifade etmeye ve detaylandırmaya ve problem çözme yeteneklerini göstermelerine olanak tanır (Capurso ve Ragni, 2016; Abdulah ve Abdulla, 2018). Çalışmamızda, girişim grubunun psikososyal semptomlarının UTHeP uygulandıktan sonra tüm ölçümlerde azalmış olması, pediatrik onkoloji kliniklerinde, çocukların yaş dönemlerine uygun olarak ilgilerini çekebilecek uğraşı aktivitelere teşvik edilmelerinin, deneyimledikleri psikosoyal semptomları azaltabileceğini göstermektedir.

5.2.3. Pediatrik Onkoloji Hastalarının Memnuniyet Düzeylerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırma kapsamına alınan pediatrik onkoloji hastalarının memnuniyet düzeylerindeki değişimleri değerlendirmek için "Çocuk Memnuniyet Formu (ÇMF)" toplam dört kez uygulanmıştır. Girişim ve kontrol grubunun birinci ölçüm (ön test) ÇMF puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmazken; girişim sonrasındaki ikinci ölçüm (girişimin tamamlandığı 5. gün), üçüncü ölçüm (girişim tamamlandıktan 7 gün sonra) ve dördüncü ölçüm (girişim tamamlandıktan sonra taburculuk öncesi) ÇMF puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu bulunmuştur (Tablo 4.15.).

Araştırma kapsamına alınan pediatrik onkoloji hastalarının memnuniyet düzeylerinin gruplara ve ölçüm zamanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği saptanmış, müdahale sonrası çocukların memnuniyet düzeylerinde artış tespit edilmiştir (Tablo 4.15.). Girişim grubunda yer alan çocukların memnuniyet düzeylerindeki artış, kontrol grubundakilere göre tüm ölçüm zamanlarında istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş ve çocukların memnuniyet puanlarının gruplara ve ölçüm zamanlarına göre anlamlı farklılık gösterdiği, bu anlamlı farklılığın girişim grubundan kaynaklandığı saptanmıştır (Tablo 4.16.). Bu bulgulara göre 3. Hipotez ($H1_3$) "UTHeP'in girişim grubunda yer alan pediatrik onkoloji hastalarında kontrol grubuna göre memnuniyeti arttırmaya etkisi vardır." kabul edilmiştir. Girişim grubuna uygulanan hemşirelik bakımının, çocuklarda memnuniyet düzeyini arttırmada etkili olduğu belirlenmiştir.

Literatür incelendiğinde, pediatrik onkoloji hastalarında memnuniyet düzeylerini inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır. Pediatrik onkoloji kliniklerinde yatarak tedavi uygulanan pediatrik onkoloji hastalarının, tedavi süreçlerinin oldukça uzun olduğu düşünüldüğünde, çocukların hastanede kaldıkları süre boyunca memnuniyetlerinin önemsenmesi, değerlendirilmesi ve artırılmasına yönelik girişimlerin yapılması hemşirelik bakımının değerli bir boyutudur. Çocuklarla birlikte kukla, müzik, drama gibi çeşitli aktivitelerin, hastanedeki uzun kalış süreleri boyunca çocukların iyi oluşluklarını arttırdığı (Daruvala ve ark., 2021) ve baş etmelerini güçlendirdiği belirtilmektedir (Lima ve Santos, 2015). Çalışmamızda girişim grubundaki çocukların memnuniyet düzeylerinin kontrol grubuna göre tüm

uygulama zamanlarında arttığı düşünülürse, uyguladığımız UTHeP'in, çocukların memnuniyet düzeylerini artıracak içerikte olduğu görülmektedir. Bu sonuçlara göre, çalışmaya katılan çocukların memnuniyet düzeylerinde artış ile literatürün uyum gösterdiği düşünülmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

- MSDÖ 7-12, Türk kültürü için geçerli ve güvenilir bir ölçektir (**α: 0.83**).
- UTHeP pediatrik onkoloji hastalarının kemoterapiye bağlı semptomlarını azaltmada etkilidir.
- UTHeP pediatrik onkoloji hastalarının psikososyal semptomlarını azaltmada etkilidir.
- UTHeP, girişim grubundaki pediatrik onkoloji hastalarının kontrol grubuna göre memnuniyet düzeylerini arttırmada daha etkilidir.

6.2. Öneriler

- Pediatrik onkoloji kliniklerinde psikososyal destek yaklaşımlarına UTHeP'in içeriğindeki uğraşı aktivitelerinin dahil edilmesi,
- Pediatrik onkoloji hastalarının memnuniyet düzeyleri geçerli ve güvenilir ölçme araçları ile değerlendirilmesi,
- Pediatrik onkoloji hastaları dışındaki diğer kronik hastalıklarda da UTHeP'in semptomları azaltmadaki etkinliğinin değerlendirilmesi önerilir.

7. KAYNAKLAR

Abdulah DM, Abdulla BMO. Effectiveness of group art therapy on quality of life in paediatric patients with cancer: a randomized controlled trial. Complementary Therapies in Medicine. 2018; 41: 180-185.

Aguilar BA. The efficacy of art therapy in pediatric oncology patients: an ıntegrative literature review. Journal of Pediatric Nursing. 2017; 36: 173-178.

Alfano CM, Ganz PA, Rowland JH, Hahn EE. Cancer survivorship and cancer rehabilitation: revitalizing the link. Journal of Clinical Oncology. 2012; 30: 904-906.

Alpar R. Spor, Sağlık ve Eğitim Bilimlerinden Örneklerle Uygulamalı İstatistik ve Geçerlik-Güvenirlik. 3. Baskı. Ankara: Detay Yayıncılık, 2014, s: 350.

Altay N, Kılıçarslan Törüner E, Sarı Ç. The effect of drawing and writing technique on the anxiety level of children undergoing cancer treatment. European Journal of Oncology Nursing. 2017; 28: 1-6.

Altundağ B, Karaçam E, Aydoğan Y, Okyay Ö, Ak B, Alpteker H. Lösemili çocuklara yönelik uygulanan psikososyal desteğin etkileri. Kastamonu Eğitim Dergisi. 2016; 24(5): 2549-2560.

Arıkan D, Çelebioğlu A, Güdücü Tüfekçi F. Çocukluk dönemlerinde büyüme ve gelişme. İçinden: Conk Z, Başbakkal Z, Bal Yılmaz H, Bolışık B. eds. Pediatri Hemşireliği. 3. baskı. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi, 2021, s: 53-100.

Artilheiro APS, Almeida FDA, Chacon JMF. Use of therapeutic play in preparing preschool children for outpatient chemotherapy. Acta Paulista de Enfermagem. 2011; 24: 611-616.

Ball JW, Bindler RC, Cowen K, Shaw M. Principles of Pediatric Nursing: Caring for Children. 7 th ed. The USA: Pearson Education Inc; 2017, p: 706-753.

Baydur H, Eser E, Uygulama: yaşam kalitesi ölçeklerinin psikometrik çözümlenmesi. Sağlıkta Birikim. 2006; 1(2): 99-123.

Bekar P, Erkul M, Efe E. The effect of using a kaleidoscope during central venous catheter dressing changes on pain and anxiety in children with cancer: a randomised controlled trial. European Journal of Oncology Nursing. 2022; 57: 102-114.

Brown A, Sok P, Scheurer ME, Rabin KR, Marcotte EL, Hawkings DS, et al. An updated assessment of 43,110 patients enrolled in the childhood cancer research network: a Children's Oncology Group report. Cancer. 2022; 128: 2760-2767.

Bhoi PP, Das N, Sahoo P, Bhaktiswarupa S. Effectiveness of art therapy vs. play therapy on level of anxiety among hospitalized children - a randomized controlled trial. Turkish Journal of Physiotherapy and Rehabilitation. 2022; 32(3): 39552-39563.

Boles J, Daniels S. Researching the experiences of children with cancer: considerations for practice. Children. 2019; 6(93): 2-11.

Burns-Nader S, Hernandez-Reif M. Facilitating play for hospitalized children through child life services. Children's Health Care. 2016; 45(1): 1-21.

Cantrell MA, Ruble K. Multidisciplinary care in pediatric oncology. Journal of Multidisciplinary Healthcare. 2011; 4: 171-181.

Capurso M, Ragni B. Bridge Over Troubled Water: Perspective Connections between Coping and Play in Children. Front. Psychol. 2016; 7(1953): 1-7.

Chang CW, Mu PF, Jou ST, Wong TT, Chen YC. Systematic review and meta-analysis of nonpharmacological ınterventions for fatigue in children and adolescents with cancer. Worldviews on Evidence-Based Nursing. 2013; 10(4): 208-217.

Chen PY, Liu YM, Chen ML. The effect of hypnosis on anxiety in patients with cancer: a meta-analysis. Worldviews on Evidence-Based Nursing. 2017; 14(3): 223-236.

Christiansen H, Bingen K, Hoag JA, Karst JS, Velázquez-Martin B, Barakat LP. Providing children and adolescents opportunities for social interaction as a standard of care in pediatric oncology. Pediatr Blood Cancer. 2015; 62: 51-54.

Colwell CM, Davis K, Schroeder LK. The effect of composition (art or music) on the self-concept of hospitalized children. Journal of Music Therapy. 2005; 42(1): 49-63.

Cohen LL, Cousins LA, Martin SR. Procedural pain distraction. In: McGrath PJ, Stevens BJ, Walker SM, Zempsky WT, eds. Oxford Textbook of Paediatric Pain. Oxford, UK: Oxford University Press; 2014, p: 553-559.

Collins JJ, Devine TD, Johnson EA, Kilham HA, Pinkerton CR, Thaler HT, ve ark. The measurement of symptoms in young children with cancer: the validation of the memorial symptom assessment scale in children aged 7-12. Journal of Pain and Symptom Management. 2002; 23(1): 11-16.

Comba P, Iavarone I, Kogevinas M. Contamination of air, water, soil, and food the challenge is to characterize specific risks. In: Wild CP, Weiderpass E, Stewart BW, eds. World Cancer Report Cancer Research for Cancer Prevention. Lyon; 2020, p: 115-126.

Coughtrey A, Millington A, Bennett S, Christie D, Hough R, Su MT, ve ark. The effectiveness of psychosocial interventions for psychological outcomes in pediatric oncology: a systematic review. Journal of Pain and Symptom Management. 2018; 55(3): 1004-1017.

Çavuşoğlu H. Hastaneye yatmanın çocuk ve aile üzerindeki etkisi İçinden: Çavuşoğlu H, ed. Çocuk Hastalıkları Hemşireliği Kitabı. Cilt:1. Ankara: Sistem Ofset; 2013, s: 51-67.

Çiftcioğlu Ş, Efe E. Validity and reliability of the oral assessment guide for children and young people receiving chemotherapy. Turkish Journal of Oncology. 2017; 4: 133-140.

Dantas FA, Nóbrega VM, Pimenta EAG, Collet N. Use of therapeutic play during intravenous drug administration in children: exploratory study. Online Brazilian Journal of Nursing. 2016; 15(3): 454-465.

Darcy L, Knutsson S, Huus K, Enskar K. The everyday life of the young child shortly after receiving a cancer diagnosis, from both children's and parent's perspectives. Cancer Nurs. 2014; 37(6): 445-456.

Daruvala R, Narasimha V, Sharad S, Bhatnagar M, Kumar P, Bhat S. The setting up and running of a children's activity group and learning centre for children with haematological and oncology conditions. Cancer Reports. 2022; 5(6): e1511.

Delvecchio E, Salcuni S, Lis A, Germani A and Di Riso D. Hospitalized children: anxiety, coping strategies, and pretend play. Frontiers in Public Health. 2019; 7: 250.

DeVellis RF, Thorpe CT. Scale development: theory and applications, 5th ed. India: Sage Publications; 2021.

Dorsey, C. What Works? A Qualitative Exploration of Play Therapy for Children in Pediatric Oncology. BSU Honors Program Theses and Projects, 2022, Bridgewater (Advisor: Dr. L Sattler).

Ebrahimpour F, Mirlashari J, Hosseini ASS, Zarani F, Thorne S. Symbols of hope on pediatric oncology ward: children's perspective using photovoice. Journal of Pediatric Oncology Nursing. 2021; 38(6): 385–398.

Ercan İ, Kan İ. Ölçeklerde güvenirlik ve geçerlik. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2004; 30(3): 211-216.

Erdemir F, Taş Arslan F. Onkolojik sorunu olan çocuk ve hemşirelik bakımı İçinden: Conk Z, Başbakkal Z, Bal Yılmaz H, Bolışık B, eds. Pediatri Hemşireliği. 1. Baskı. Ankara: Akademisyen Kitabevi; 2013, s: 765-818.

Erkuş A. Measurement and Scale Development in Psychology-I. 3rd ed. Ankara: Pegem Akademi Publishing; 2016.

Esin MN. Veri toplama yöntem ve araçları & veri toplama araçlarının güvenirlik ve geçerliği İçinden: Erdoğan S, Nahcivan N, Esin MN, eds. Hemşirelikte Araştırma: Süreç, Uygulama ve Kritik. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2014, s: 169-192.

Fair C, Thompson A, Barnett M, Flowers S, Burke J, Wiener L. Utilization of psychotherapeutic ınterventions by pediatric psychosocial providers. Children. 2021; 8(1045): 1-12.

Favara-Scacco C, Smirne G, Schiliro G, Di Cataldo A. Art therapy as support for children with leukemia during painful procedures. Med Pediatr Oncol. 2001; 36: 474-480.

Field MJ, Boat TF. Oncology: childhood cancers In: Safe and Effective Medicines for Children: Pediatric Studies Conducted Under the Best Pharmaceuticals for

Children Act and the Pediatric Research Equity Act. The USA: The National Academy of Sciences; 2012, p: 292-296.

Flowers ST, Birnie KA. Procedural preparation and support as a standard of care in pediatric oncology. Pediatr Blood Cancer. 2015; 62: S694-S723.

Francischinelli A, Almeida F, Fernandes D. Routine use of therapeutic play in the care of hospitalized children: Nurses' perceptions. Acta Paulista de Enfermagem. 2012; 25: 18-23.

George D, Mallery M. SPSS for Windows Step by Step: A Simple Guide and Reference, 10th ed. Boston: Pearson; 2011.

Gómez-de-Terreros-Guardiola M, Lozano-Oyola JF, Lanzarote-Fernández MD, Rupérez Bautista R, Avilés-Carvajal I, Schoenfelder T, et al. A measurement scale to assess children's satisfaction with hospitalization in the andalusian population, International Journal of Environmental Research and Public Health. 2019; 16: 3-10.

Gözüm S, Aksayan S. Kültürlerarası ölçek uyarlaması için rehber II: psikometrik özellikler ve kültürlerarası karşılaştırma. Hemşirelik Araştırma Geliştirme Dergisi. 2003; 1: 3-14.

Günay U, Sarman A, Salman U, Yılmaz AS. The effects of the activity of making jewelry from beads on the anxiety levels of children with cancer: a randomised controlled study. Journal of Pediatric Hematology/Oncology Nursing. 2022; 39(5): 1-7.

Harper FWK, Peterson AM, Albrecht TL, Taub JW, Phipps S, Penner LA. Satisfaction with support versus size of network: differential effects of social support on psychological distress in parents of pediatric cancer patients. Psycho-Oncology. 2016; 25: 551-558.

He HG, Zhu L, Chan SWC, Liam JLW, Li HCW, Ko SS, et al. Therapeutic play intervention on children's perioperative anxiety, negative emotional manifestation and postoperative pain: a randomized controlled trial. Journal of Advanced Nursing. 2015; 71(5): 1032-1043.

Hjermstad MJ, Fossa SD, Bjordal K, Kaasa S. Test/retest study of the European Organization for research and treatment of cancer core quality of life questionnaire. J Clin Oncol. 1995; 13: 1249-1254.

Hockenberry MJ, Hooke MC, Rodgers C, Taylor O, Koerber KM, Mitby P, et al. Symptom trajectories in children receiving treatment for leukemia: a latent class growth analysis with multitrajectory modeling. Journal of Pain and Symptom Management. 2017; 54(1): 1-8.

Hooke MC, Linder LA. Symptoms in children receiving treatment for cancer - part I: fatigue, sleep disturbance, and nausea/vomiting. Journal of Pediatric Oncology Nursing. 2019; 36(4): 244-261.

Hyslop S, Tomlinson D, Baggott C, et al. Feeling scared or worried self-report in children receiving cancer treatments using the Symptom Screening in Pediatrics Tool (SSPedi). Support Care Cancer. 2021; 29: 3137-3144.

Ilievová L, Žitný P, Karabová Z. The effectiveness of drama therapy on preparation for diagnostic and therapeutic procedures in children suffering from cancer. Journal of Health Sciences. 2015; 5(2): 53-58.

Imbach P, Kühne T, Arceci R. Pediatric Oncology: A Comprehensive Guide. 2nd ed. Switzerland: Springer International Publishing; 2011, p: 17, 18.

İbrahim HA, Arbianingsih Amal A, Huriati A. The effectiveness of play therapy in hospitalized children with cancer: systematic review. Journal Of Nursing Practice. 2020; 3(2): 233-243.

Jibb LA, Ameringer S, Macpherson CF, Sivaratnam S. The symptom experience in pediatric cancer: current conceptualizations and future directions. Current Oncology Reports. 2022; 24: 443-450.

Joaquim RHVT, Soares FB, Figueiredo MO, Drumond de Brito CM. Occupational therapy and pediatric oncology. Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo. 2017; 28(1): 36-45.

Johnson JY, Keogh J. Oncology conditions In: Pediatric Nursing Demystified. The McGraw-Hill Companies, the USA, 2010, p: 147-176.

Johnson B, Christensen L. Educational Research: Quantitative, Qualitative, and Mixed Approaches. 3rd ed. California: SAGE Publication Inc; 2014.

Jupp JCY, Sultani H, Cooper CA, Peterson KA, Truong TH. Evaluation of mobile phone applications to support medication adherence and symptom management in oncology patients. Pediatric Blood & Cancer. 2018; 65(11): 1-9.

Karabekiroğlu K. Çocuğun Ruhsal Gelişimi. İstanbul: Say Yayınları; 2013, s: 49-51.

Karagöz Y. SPSS 23 and AMOS 23 Uygulamalı İstatistiksel Analiz. Ankara: Nobel Akademi Publishing, 2016.

Kartal M, Bardakçı S. SPSS ve AMOS Uygulamalı Örneklerle Güvenirlik ve Geçerlik Analizleri. Ankara: Akademisyen Publishing, 2018.

Katanoda K, Shibata A, Matsuda T, Hori M, Nakata K, Narita Y, et al. Childhood, adolescent and young adult cancer incidence in Japan in 2009-2011. Jpn J Clin Oncol. 2017; 47(8): 762-771.

Khodabakhshi Koolaee A, Vazifehdar R, Bahari F, Akbari ME. Impact of painting therapy on aggression and anxiety of children with cancer. Caspian Journal of Pediatrics. 2016; 2(2): 135-141.

Kılıç S. Etki büyüklüğü. Journal of Mood Disorders. 2014; 4(1): 44-46.

Kılıçarslan Törüner E, Altay N. New trends and recent care approaches in pediatric oncology nursing. Asia Pac J Oncol Nurs. 2018; 5: 156-164.

Koç Ş, Yumru H. Türkiye'de çocuk sağlığı hemşireliği uygulamalarında oyun terapisinin kullanımı: literatür incelemesi. Pediatric Practice and Research. 2019; 7: 121-127.

Köşgeroğlu N, Acat MB, Karatepe Ö. Kemoterapi hastalarında hemşirelik bakımı memnuniyet ölçeği. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2005; 6: 75-83.

Kurt AS, Savaşer S. Kanserli adölesanların yaşam kalitesi düzeyine re-mission video oyununun etkisi. Türk Onkoloji Dergisi. 2013; 28(2): 51-58.

Li HC, Chung OK, Chiu SY. The impact of cancer on children's physical, emotional, and psychosocial well-being. Cancer Nursing. 2010; 33(1): 47-54.

Li WHC, Chung JOK, Ho KY, et al. Play interventions to reduce anxiety and negative emotions in hospitalized children. BMC Pediatrics. 2016; 16(36): 1-9.

Lima KYND. Santos VEP. Play as a care strategy for children with cancer. Revista gaúcha de Enfermagem. 2015; 36: 76-81.

Linder LA, Bratton H, Nguyen A, Parker K, Phinney S. Comparison of good days and sick days of school-age children with cancer reflected through their drawings. Quality of Life Research. 2017; 26: 2729-2738.

Linder LA, Hooke MC. Symptoms in children receiving treatment for cancer - Part II: pain, sadness, and symptom clusters. Journal of Pediatric Oncology Nursing. 2019; 36(4): 262-279.

Linder LA, Newman A, Carney KMB, Wawrzynski S, Stegenga K, Chiu YS, et al. Symptoms and daily experiences reported by children with cancer using a game-based app. Journal of Pediatric Nursing. 2022; 65: 33-43.

Liossi C, Hatira P. Clinical hypnosis in the alleviation of procedure-related pain in pediatric oncology patients. International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis. 2003; 51(1): 4-28.

Manav G, Ocakçı A. Play model for "evaluation of self-concept of children with cancer". Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research. 2016; 21(2): 124-130.

Marques da Rosa V, Daudt F, Tonetto LM, Brust-Renck PG, Reed JP, Fogliatto FS. Playful interventions to promote the subjective wellbeing of pediatric cancer inpatients during laboratory and imaging exams: a qualitative study. European Journal of Oncology Nursing. 2022; 56: 1-7.

Mathew CS, Christabel HD. Effectiveness of origami on hospitalized anxiety among children. International Journal of Advance Research and Development. 2018; 3(8): 169-173.

Modanloo S, Rohani C, Farahani AS, Vasli P, Pourhosseingholi A. General family functioning as a predictor of quality of life in parents of children with cancer. Journal of Pediatric Nursing. 2019; 44: e2-e8.

Mohammadi A, Mehraban AH, Damavandi SA. Effect of play-based occupational therapy on symptoms of hospitalized children with cancer: A single-subject study. Asia Pac J Oncol Nurs. 2017; 4: 168-172.

Montgomery K, Swain K. Communication during palliative care and end of life: perceptions of experienced pediatric oncology nurses. Cancer Nurse. 2017; 40(2): 47-57.

Montgomery P, Grant S, Mayo-Wilson E, Macdonald G, Michie S, Hopewell S, et al. Reporting randomised trials of social and psychological interventions: the CONSORT SPI 2018 Extension. Trials. 2018; 19(407): 1-14.

Mueller EL, Cochrane AR, Bennett WE, Carroll AE. A survey of mobile technology usage and desires by caregivers of children with cancer. Pediatric Blood & Cancer. 2018; 65(11):1-7.

Nilsson S, Holstensson J, Johansson C, Thunberg G. Children's perceptions of pictures intended to measure anxiety during hospitalization. Journal of Pediatric Nursing. 2019; 44: 63-73.

Nourmusavi Nasab S, Karimi Azeri AR, Mirbazel S. Effective environmental factors for reducing children's fear in children's hospital: using parent's attitudes. International Journal of Architecture and Planning. 2020; 8(1): 1-19.

O'Conner-Von, S. Growth and development of the scholl age child. In: Potts NL, Mandleco BL, eds. Pediatric Nursing Caring for Children and Their Families. 3rd ed. United States of America: Delmar Thomson Learning; 2012, p: 301-331.

Özdamar K. Paket Programlar ile İstatistiksel Veri Analizi, 5. baskı, Kaan Kitabevi, Eskişehir; 2004, s: 235-278.

Palvan S, Zareii K, Sadat Hoseini AS, Haghani H. The effect of exchanging drawings with peers on the happiness of children with cancer, aged 7–11 years: A clinical trial. PloS One. 2021; 16(10): e0257867.

Poder TG, Lemieux R. How effective are spiritual care and body manipulation therapies in pediatric oncology? A systematic review of the literature. Global Journal of Health Science. 2014; 6(2): 112-127.

Potasz C, Vilela De Varela MJ, Coin De Carvalho L, Fernandes Do Prado, Fernandes Do Prado G. Effect of play activities on hospitalized children's stress: a randomized clinical trial. Scandinavian Journal of Occupational Therapy. 2013; 20: 71-79.

Price DL, Gwin JF. Pediatric Nursing. 10th ed. China: An Introductory Text; 2008, p: 233.

Robb SL, Hanson-Abromeit D. A review of supportive care interventions to manage distress in young children with cancer and parents. Cancer Nurs. 2014; 37(4): E1-E26.

Sarman A, Sarman E. Pediyatrik onkoloji hastalarında ruhsal hastalıklar ve bakıma yönelik kanıta dayalı güncel uygulamalar. İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi. 2022; 7(1): 105-111.

Shimoyama K, Nakamura M. Problems in the various stages of childhood cancer survivors' lives and their self-care processes. International Journal of Caring Sciences. 2022; 15(1): 189-200.

Sparrow J, Brennan R, Mao S, Ness KK, Rodriguez-Galindo C, Wilson M, et al. Participation in an occupational therapy referral program for children with retinoblastoma. J Pediatr Rehabil Med. 2016; 9(2): 117-124.

Silbert-Flagg J, Sloand E. Hematologic/oncologic/immunologic disorders. In: Silbert-Flagg J, Sloand E, eds. Pediatric Nurse Practitioner Certification Review Guide: Primary Care, 5th ed. The USA: Jones and Bartlett Publishers; 2011, p: 310-319.

Shurlock D. Effect of occupation-based groups on self-concept of children aged 5-8: a pilot study. Occupational Therapy In Health Care. 2015; 29(1): 63-76.

Stinson JN, Jibb LA, Nguyen C, et al. Construct validity and reliability of a real-time multidimensional smartphone app to assess pain in children and adolescents with cancer. Pain. 2015; 156: 2607-2615.

Sunay D, Şengezer T, Oral M, Aktürk Z, Shulz KF, Altman DG. CONSORT 2010 Raporu: randomize paralel grup çalışmalarının raporlanmasında güncellenmiş kılavuzlar. Avrasya Aile Hekimliği Dergisi; 2013; 2(1):1-10.

Tang X, Mo L, Liu Q, Liu Y, Yu L, Liu Y, et al. Adverse experiences of social adaptation in children with leukaemia: a qualitative study from China. BMJ Open. 2022; 12: e051953.

Tarakçıoğlu Çelik GH. Onkoloji hemşireliğinde semptom yönetimi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2016; 5(4): 93-100.

Tavakol M, Dennick R. Making sense of cronbach's alpha. International Journal of Medical Education. 2011; 2: 53-55.

Tavşancıl E. Tutumların Ölçülmesi ve SPSS ile Veri Analizi. 4. basım, Nobel Yayın Dağıtım, Ankara; 2010, s: 3-58.

Tenniglo LJA, Loeffen EAH, Kremer LCM, Font-Gonzalez A, Mulder RL, Postma A, et al. Patients' and parents' views regarding supportive care in childhood cancer. Support Care Cancer. 2017; 25: 3151-3160.

Thakur M, Kaur N, Pooni PA. Effectiveness of origami on hospitalized anxiety among children admitted in paediatric units of a selected tertiary care hospital Ludhiana, Punjab. International Journal of Pediatric Nursing. 2021; 7(2): 1-10.

Tomlinson D, Baggott C, Dix D, et al. Severely bothersome fatigue in children and adolescents with cancer and hematopoietic stem cell transplant recipients. Support Care Cancer. 2019; 27: 2665-2671.

Törüner EK, Büyükgönenç L. Çocukluk çağı kanserleri İçinden: Törüner EK, Büyükgönenç L, eds. Çocuk Sağlığı Temel Hemşirelik Yaklaşımları, Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri; 2017, s: 517-549.

Tuinmann G, Preissler P, Böhmer H, Suling A, Bokemeyer C. The effects of music therapy in patients with high-dose chemotherapy and stem cell support: a randomized pilot study. Psycho-Oncology. 2016; 26: 377-384.

Turan SA, Esenay FI, Güven M. Kanserli çocuklarda kemoterapi sonrası görülen semptomlar. Journal of Current Pediatrics/Guncel Pediatri. 2016; 14(2): 74-81.

Üstün G. Hastanede Yatan Çocuklar için Psikososyal Semptomları Tanılama Ölçeği'nin Geliştirilmesi Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Cumhuriyet Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2012, Sivas (Danışman: Doç. Dr. M Kelleci).

Ward E, DeSantis C, Robbins A, Kohler B, Jemal A. Childhood and Adolescent Cancer Statistics. Ca Cancer J Clin. 2014; 64: 83-103.

Weber SF. The influence of playful activities on children's anxiety during the preoperative period at the outpatient surgical center. Jornal de Pediatria. 2010; 86(3): 209-214.

Weinberger N, Butler AG, McGee B, Schumacher PA, Brown RL. Child life specialists' evaluation of hospital playroom design: a mixed method inquiry. Journal of Interior Design. 2017; 42(2): 71-91.

Withycombe JS, Haugen M, Zupanec S, Macpherson CF, Landier W. Consensus recommendations from the Children's Oncology Group Nursing Discipline's state of the science symposium: Symptomassessment during childhood cancer treatment. Journal of Pediatric Oncology Nursing. 2019; 36(4): 294-299.

Witt S, Escherich G, Rutkowski S, Kappelhoff G, Frygner-Holm S, Russ S, et al. Exploring the potential of a pretend play intervention in young patients with leukemia. Journal of Pediatric Nursing. 2019; 44: e98-e106.

Wong KC, Tan BWZ, Tong JWK, Chan MY. The role of music therapy for children undergoing cancer treatment in Singapore. Healthcare. 2021; 9(1761): 1-9.

Wu M, Hsu L, Zhang B, Shen N, Lu H, Li S. The experiences of cancer-related fatigue among Chinese children with leukaemia: A phenomenological study. International Journal of Nursing Studies. 2010; 47: 49-59.

Chang VT, Hwang SS, Feuerman M, Kasimis BS. The memorial symptom assessment scale short form (MSAS-SF). Cancer. 2000; 89(5): 1162-1171.

Yalom ID, Steiner H, Shaw RJ, Feldman SS. The Therapy of School Age Children Çeviren: Özkardeşler Y. Okul Çağı Çocuklarının Terapisi. 2. Basım, Prestij Yayınları, İstanbul; 2014, s. 11-40.

Yayan EH, Zengin M. Çocuk kliniklerinde terapötik oyun. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2018; 7(1): 226-233.

Yayan EH, Zengin M, Düken ME, Dağ YS. Reducing children's pain and parents' anxiety in the postoperative period: a therapeutic model in Turkish sample. Journal of Pediatric Nursing. 2020; 51: e33-e38.

Yeaney MN, Chandler MH, Scarbalis KA. Cellular alterations. In: Potts NL, Mandleco BL, eds. Pediatric Nursing Caring for Children and Their Families. 3rd ed. The USA: Delmar; 2012, p: 1023-1077.

Yerlikaya İ. Bilişsel - davranışçı yaklaşıma ve hobi terapiye dayalı "umut eğitimi programları"nın ilköğretim öğrencilerinin umutsuzluk düzeyine etkisi. Route Educational and Social Science Journal. 2014; 1(1): 36-43.

Yıldırım NS, Demirkaya M, Sevinir BB, Güler S, Vural AP, Demiröz C, ve ark. A prospective follow-up of quality of life, depression, and anxiety in children with lymphoma and solid tumors. Turk. J. Med. Sci. 2017; 47: 1078-1088.

Yılmaz MB, Orhan F. Ders çalışma yaklaşımı ölçeği'nin Türkçe formunun geçerlik ve güvenirlik çalışması. Eğitim ve Bilim. 2011; 36(159): 69-83.

EKLER

EK 1. Asgari Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (Girişim Grubu)

Veri No: Tarih:

ASGARİ BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (GİRİŞİM GRUBU)

Sayın Bakım verici;

Bu araştırma, "Pediatrik Onkoloji Hastalarına Uygulanan Uğraşı Temelli Hemşirelik Programının Kemoterapiye Bağlı Semptomlara ve Memnuniyete Etkisi" isimli bir doktora tez çalışmasıdır. Bu çalışmada, kanser hastalığına sahip olan çocukların klinikteki tedavileri sürecinde kemoterapiye bağlı yaşadıkları semptomları azaltmak ve memnuniyetini attırmak için Uğraşı Temelli Hemşirelik Programı (UTHeP)'nın uygulanması amaçlanmaktadır. Hazırlanan UTHeP; çocuğunuzun yaş grubuna uygun olarak seçilen dokuma, origami ve şönil şekillendirme aktivitelerini içermektedir. Planlanan aktiviteler çocuğunuzun hastalığı için herhangi bir zarar içermemekte olup, klinik ortama uygun olacak şekilde seçilmiştir.

Bu form sizi çalışma hakkında bilgilendirmeye yöneliktir. Çocuğunuzun ve sizin kimliğinizin gizli kalması koşuluyla, elde edilen veriler bilimsel amaçla kullanılacaktır. Bu araştırmada çocuğunuzun yer alması nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacak ve sizden de herhangi bir ücret istenmeyecektir. Uygulamanın herhangi bir aşamasında araştırmadan ayrılabilirsiniz.

Yukarıda yer alan araştırmaya başlamadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Bu koşullar altında, bilgilerin gözden geçirilmesi, aktarılması ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın gönüllü olarak kabul ediyorum.

Bu formun imzalı kopyası bana verilecektir.

Araştırmacının,	Katılımcının,
Adı-Soyadı:	Adı-Soyadı:
Tarih ve imza:	Çocuğa Yakınlığı:
	Tarih ve imza:

EK 2. Asgari Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (Kontrol Grubu)

Veri No: Tarih:

ASGARİ BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (KONTROL GRUBU)

Sayın Bakım verici;

Bu araştırma, "Pediatrik Onkoloji Hastalarına Uygulanan Uğraşı Temelli Hemşirelik Programının Kemoterapiye Bağlı Semptomlara ve Memnuniyete Etkisi" isimli bir doktora tez çalışmasıdır. Bu çalışmada, kanser hastalığına sahip olan çocukların klinikteki tedavileri sürecinde kemoterapiye bağlı yaşadıkları semptomları azaltmak ve memnuniyetini attırmak için Uğraşı Temelli Hemşirelik Programı (UTHeP)'nın uygulanması amaçlanmaktadır. Bu çalışmada, çocuğunuz kontrol grubunda yer almaktadır. Çalışmanın veri toplama süreci bittikten sonra girişim grubuna uygulanan UTHeP, çocuğunuzun isteği doğrultusunda sizin çocuğunuza da uygulanacaktır.

Bu form sizi çalışma hakkında bilgilendirmeye yöneliktir. Çocuğunuzun ve sizin kimliğinizin gizli kalması koşuluyla, elde edilen veriler bilimsel amaçla kullanılacaktır. Bu araştırmada çocuğunuzun yer alması nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacak ve sizden de herhangi bir ücret istenmeyecektir. Uygulamanın herhangi bir aşamasında araştırmadan ayrılabilirsiniz.

Yukarıda yer alan araştırmaya başlamadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Bu koşullar altında, bilgilerin gözden geçirilmesi, aktarılması ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın gönüllü olarak kabul ediyorum.

Bu formun imzalı kopyası bana verilecektir.

Araştırmacının,	Katılımcının,
Adı-Soyadı:	Adı-Soyadı:
Tarih ve imza:	Çocuğa Yakınlığı:
	Tarih ve imza:

EK 3. Birey Tanıtım Formu

Veri No: Tarih:

BİREY TANITIM FORMU

Yaş:	
Cinsiyet:	Kız ( ) Erkek ( )
Eğitim Durumu:	Okula gitmiyor ( ) İlköğretim ( )
HASTALIK VE TEDAVİYE YÖNELİK BİLGİLER	
Çocuğun Tanısı:	
Tanının alındığı yıl:	
Çocuk tanısını biliyor mu?	Evet ( ) Hayır ( )
Çocuğun fiziksel bir engeli var mı?	Evet ( ) Hayır ( )
Cevap 'Evet' ise, Fiziksel engelin türü:	
Alınmış olan kemoterapi kür sayısı :	
Çocuğa şu anda uygulanan kemoterapi ilaçları:	
Bazal Myelosupresyon Düzeyi	Nötropenik ( ) Nötropenik Değil ( )

EK 4. Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği (7-12)

Veri No: Tarih:

MEMORIAL SEMPTOM DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (7-12)

Açıklama:

Merhaba, bu ölçek ile son 2 gündür nasıl hissettiğinizi öğrenmek istiyoruz

Cevaplarını daire içine almak için bir kalem veya pastel boya kullanabilirsin

ÖRNEK

Dün ya da bugün hiç ağrın oldu mu?

Evet veya Hayır

Eğer cevap Evet ise

***Ağrın ne kadar sürdü?**

1-Çok kısa sürdü 2-Biraz sürdü 3-Çok uzun sürdü

*** Ağrının şiddeti nasıldı?**

1-Biraz 2-Orta düzeyde 3-Çok

*** Ağrının olması seni ne kadar rahatsız etti ya da canını sıktı?**

0-Hiç 1-Biraz 2-Orta düzeyde 3-Çok fazla

1. Dün ya da bugün normalde olduğundan daha fazla yorgun hissettin mi?

Evet ya da Hayır

Eğer cevap Evet ise

*** Ne kadar sürdü?**

1-Çok kısa süre 2-Orta süre 3-Neredeyse sürekli

*** Ne kadar yorgun hissettin?**

1-Biraz 2-Orta düzeyde 3-Çok yorgun

*** Yorgun olmak seni ne kadar rahatsız etti veya canını sıktı?**

0-Hiç 1-Biraz 2-Orta düzeyde 3-Çok fazla

2. Dün ya da bugün üzgün hissettin mi?

Evet ya da Hayır

Eğer cevap Evet ise

*** Ne kadar süre üzgün hissettin?**

1-Çok kısa süre 2-Ara sıra 3-Neredeyse sürekli

*** Ne kadar üzgün hissettin?**

1-Biraz 2-Orta düzeyde 3-Çok üzgün

*** Üzgün olmak seni ne kadar rahatsız etti ya da canını sıktı?**

0-Hiç 1-Biraz 2-Orta düzeyde 3-Çok fazla

3. Dün ya da bugün kaşıntın oldu mu?

Evet ya da Hayır

Eğer cevap Evet ise

*** Ne kadar süre kaşıntın oldu?**

1-Çok kısa süre 2-Ara sıra 3-Neredeyse sürekli

*** Kaşıntının şiddeti nasıldı?**

1-Biraz 2-Orta düzeyde 3-Çok kaşıntılı

*** Kaşıntının olması seni ne kadar rahatsız etti ya da canını sıktı?**

0-Hiç 1-Biraz 2-Orta düzeyde 3-Çok fazla

4. Dün ya da bugün hiç ağrın oldu mu?

Evet ya da Hayır

Eğer cevap Evet ise

*** Ağrın ne sıklıkla oldu?**

1-Çok kısa süre 2-Biraz 3-Neredeyse sürekli

*** Ne kadar ağrı hissettin?**

1-Biraz 2-Orta düzeyde 3-Çok

*** Ağrının olması seni ne kadar rahatsız etti ya da canını sıktı?**

0-Hiç 1-Biraz 2-Orta düzeyde 3-Çok fazla

5. Dün ya da bugün endişeli hissettin mi?

Evet ya da Hayır

Eğer cevap Evet ise

*** Ne kadar süre endişeli hissettin?**

1-Çok kısa süre 2-Ara sıra 3-Neredeyse sürekli

*** Ne kadar endişeli hissettin?**

1-Biraz 2-Orta düzeyde 3-Çok endişeli

*** Endişeli hissetmek seni ne kadar rahatsız etti ya da canını sıktı?**

0-Hiç 1-Biraz 2-Orta düzeyde 3-Çok fazla

6. Dün ya da bugün yemek yeme isteğin normalde olduğu gibi miydi?

Evet ya da Hayır

Eğer cevap Hayır ise

*** Bu ne kadar sürdü?**

1-Çok kısa süre 2-Biraz 3-Neredeyse sürekli

*** Bu seni ne kadar rahatsız etti ya da canını sıktı?**

0-Hiç 1-Biraz 2-Orta düzeyde 3-Çok fazla

7. Dün ya da bugün kusacakmış gibi hissettin mi (ya da kustun mu)?

Evet ya da Hayır

Eğer cevap Evet ise

*** Ne kadar süre kusacakmış gibi hissettin?**

1-Çok kısa süre 2-Ara sıra 3-Neredeyse sürekli

*** Bu his seni ne kadar rahatsız etti ya da canını sıktı?**

0-Hiç 1-Biraz 2-Orta düzeyde 3-Çok fazla

8. Son 2 gecede uyumakta sorun yaşadın mı?

Evet ya da Hayır

Eğer cevap Evet ise

*** Uyuyamamak seni ne kadar rahatsız etti ya da canını sıktı?**

0-Hiç 1-Biraz 2-Orta düzeyde 3-Çok fazla

Diğer: **Dün ya da bugün kendini kötü ya da hasta hissettirecek başka bir şey yaşadıysan/olduysa, buraya yazabilirsin*:**

Teşekkürler

EK 5. Hastanede Yatan Çocuklar İçin Psikososyal Semptomları Tanılama Ölçeği

Veri No: Tarih:

HASTANEDE YATAN ÇOCUKLAR İÇİN PSİKOSOSYAL SEMPTOMLARI TANILAMA ÖLÇEĞİ

		Hiçbir zaman (0)	Bazen (1)	Sık sık (2)
1	Hastanede yatmak istemiyor, gidelim diyor			
2	Hiçbir işlem yapılmasını istemiyor, yapılan işlemlere aşırı tepki gösteriyor			
3	Üzgün görünüyor			
4	Mutsuz görünüyor			
5	Çevresiyle ilgilenmiyor			
6	Huzursuz			
7	Dikkatini bir konuya yoğunlaştırmakta zorlanıyor			
8	Annesiyle eskisine göre daha fazla zaman geçirmek istiyor			
9	Enerjisi azalmış ve yorgun görünüyor			
10	Korkulu ve kaygılı görünüyor			
11	Anne babasının yanından ayrılmak istemiyor, onlara çok bağımlı			
12	Çok ağlıyor			
13	Eşyalara zarar veriyor, fırlatıp atıyor			
14	Kimseyle konuşmak istemiyor			
15	Bedensel olarak zarar göreceğinden korkuyor, kaçıyor			
16	Kişisel bakımı ile hiç ilgilenmiyor (Yapabilecekken saçını taramıyor, aynaya bakmıyor…vb.)			
17	Hemşireler ve diğer çalışanlarla iletişim kurmuyor			
18	Yalnız uyumayı reddediyor			
19	Eşyalarını, oyuncaklarını paylaşmak istemiyor			
20	Konuşurken gözlerini kaçırıyor			
21	Duygularını kolay ifade edemiyor			
22	İnatlaşıyor			
23	Tedaviyi reddediyor			
24	Söz dinlemiyor			

EK 6. Çocuk Memnuniyet Formu

Veri No: Tarih:

ÇOCUK MEMNUNİYET FORMU

Aşağıdaki sorularda size en uygun gelen kutucuğu işaretleyiniz.

	Tamamen Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Hiç Katılmıyorum
1. Tedavimi olurken mutlu hissediyorum					
2. Doktorlar bana iyi davranıyor					
3. Hemşireler bana iyi davranıyor					
4. Hastanede kendimi değerli hissediyorum					
5. Hastanede kendimi mutlu hissediyorum					
6. Odamda kendimi mutlu hissediyorum					
7. Odamda sıkılmıyorum					
8. Tedavimi olurken sıkılmıyorum					
9. Sadece odamda uzanmak istiyorum					
10. Kimseyle görüşmek istemiyorum					

EK 7. Etik Kurul İzin Yazısı

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

2019

KARAR

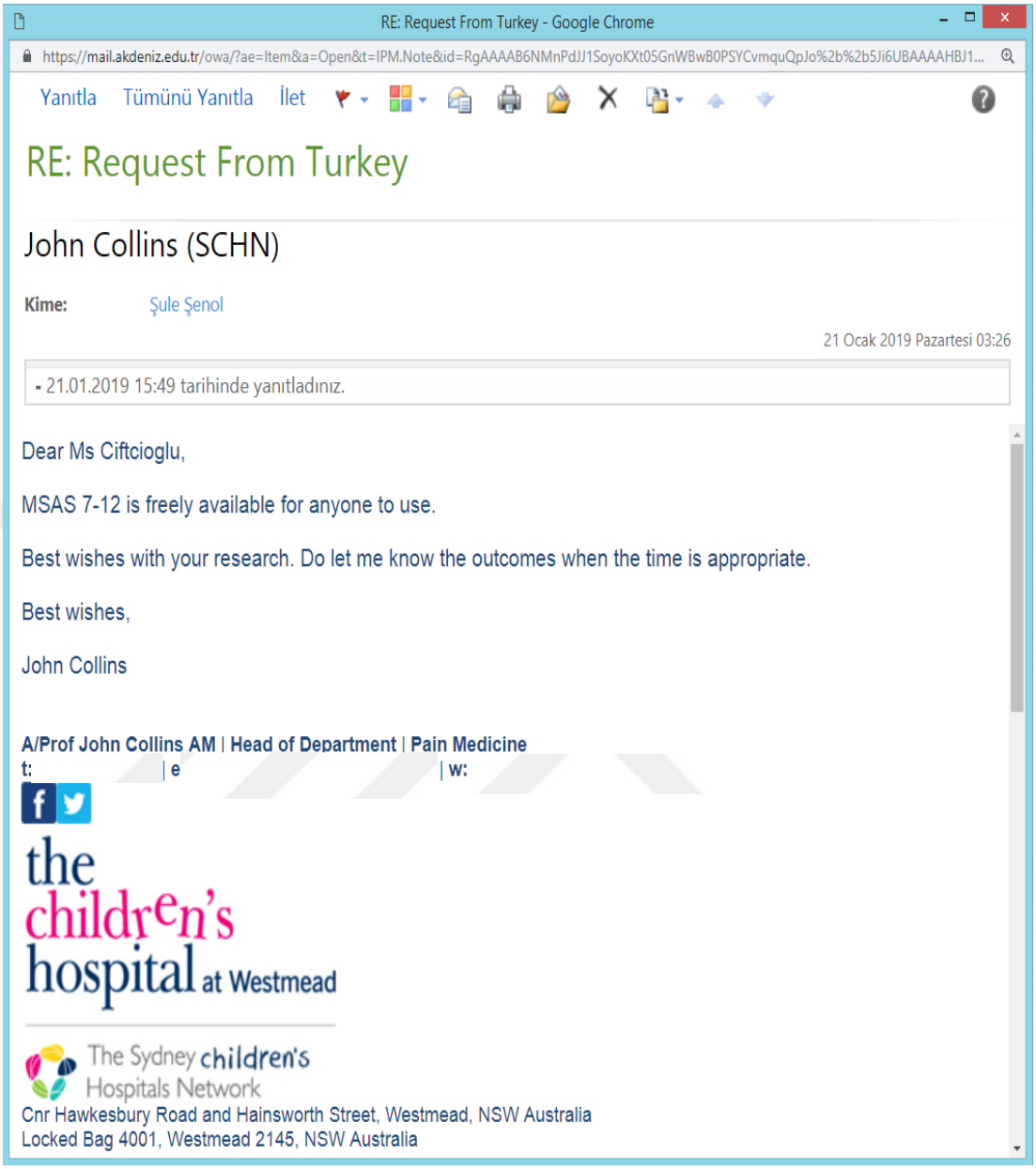
ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Morfoloji Binası A Blok 1. Kat No: A1-05 Kampüs /ANTALYA
	TELEFON	0 (242) 249 69 54
	FAKS	0 (242) 249 69 03
	E-POSTA	etik@akdeniz.edu.tr
	ETİK KURUL KODU	2012-KAEK-20
PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI		Prof.Dr.Emine EFE
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Pediatrik Onkoloji Hastalarına Uygulanan Uğraşı Temelli Hemşirelik Programının Kemoterapiye Bağlı Semptomlara ve Memnuniyete Etkisi
DESTEKLEYİCİ		Akdeniz Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinasyon Birimi
KARAR BİLGİLERİ	**Karar No: 59**	**Tarih: 16.01.2019**
	Yukarıda bilgileri verilen çalışmanın ilgili birimden izin alınması koşulu ile yapılmasında bilimsel ve etik açısından sakınca olmadığına oy birliği ile karar verilmiştir.	

EK 8. Hastane İzin Yazısı

İLGİLİ MAKAMA

Tarafımıza başvurulan " Pediatrik Onkoloji Hastalarına Uygulanan Uğraşı Temelli Hemşirelik Programının Kemoterapiye Bağlı Semptomlara ve Memnuniyete Etkisi " isimli çalışmanın Etik Kurul izni alındıktan sonra Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Çocuk Onkoloji Hematoloji Servisi'nde yapılmasında herhangi bir sakınca bulunmamaktadır.

EK 9. Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği 7-12 Kullanım İzni



RE: Request From Turkey - Google Chrome

https://mail.akdeniz.edu.tr/owa/?ae=Item&a=Open&t=IPM.Note&id=RgAAAAB6NMnPdJJ1SoyoKXt05GnWBwB0PSYCvmquQpJo%2b%2b5Ji6UBAAAAHBJ1...

Yanıtla Tümünü Yanıtla İlet

RE: Request From Turkey

John Collins (SCHN)

Kime: Şule Şenol

21 Ocak 2019 Pazartesi 03:26

- 21.01.2019 15:49 tarihinde yanıtladınız.

Dear Ms Ciftcioglu,

MSAS 7-12 is freely available for anyone to use.

Best wishes with your research. Do let me know the outcomes when the time is appropriate.

Best wishes,

John Collins

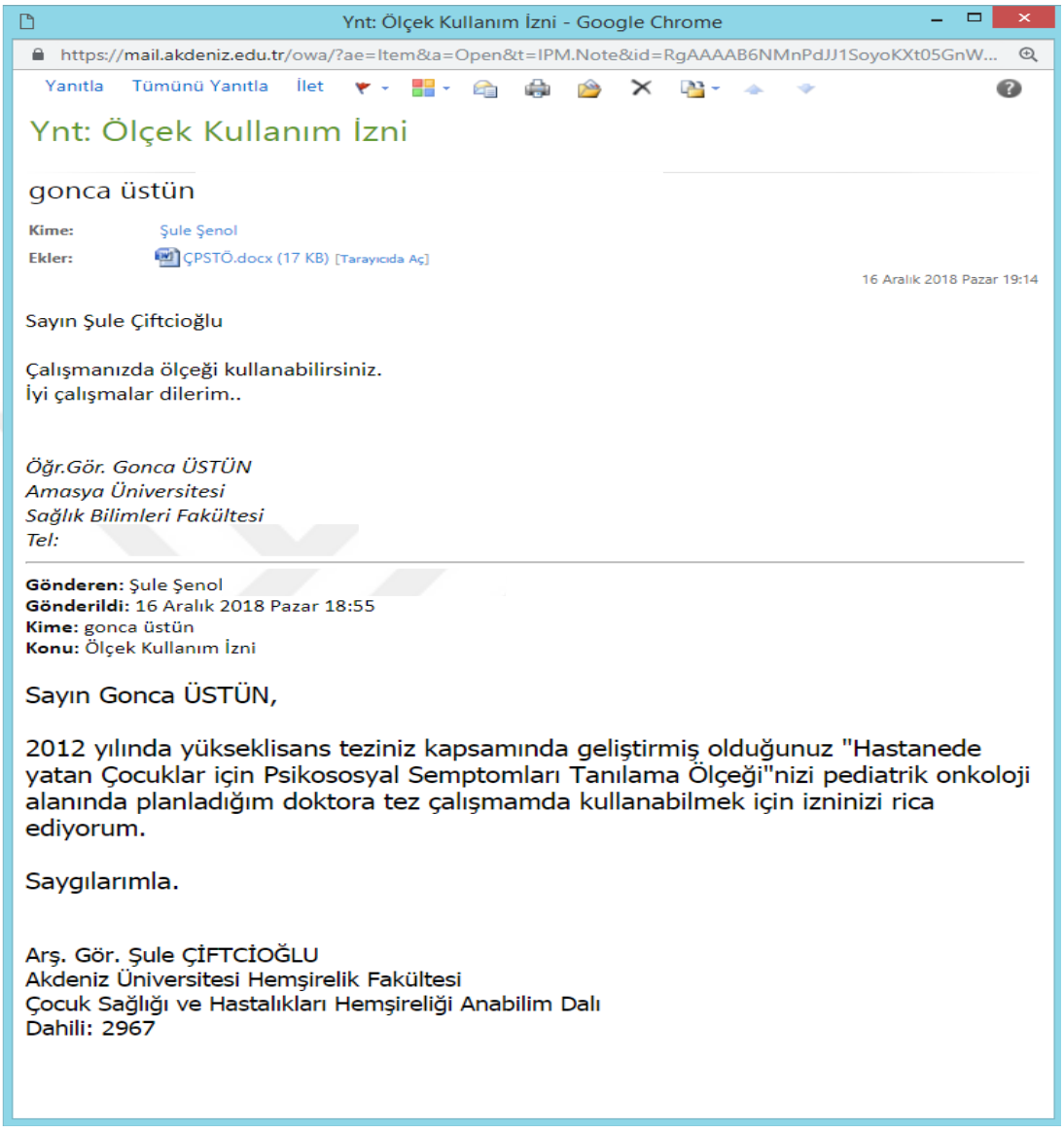
A/Prof John Collins AM | Head of Department | Pain Medicine
t: | **e** | **w:**

the children's hospital at Westmead

The Sydney children's Hospitals Network

Cnr Hawkesbury Road and Hainsworth Street, Westmead, NSW Australia
Locked Bag 4001, Westmead 2145, NSW Australia

EK 10. Hastanede Yatan Çocuklar için Psikososyal Semptomları Tanılama Ölçeği Kullanım İzni



Ynt: Ölçek Kullanım İzni - Google Chrome

https://mail.akdeniz.edu.tr/owa/?ae=Item&a=Open&t=IPM.Note&id=RgAAAAB6NMnPdJJ1SoyoKXt05GnW...

Yanıtla Tümünü Yanıtla İlet

Ynt: Ölçek Kullanım İzni

gonca üstün

Kime: Şule Şenol

Ekler: ÇPSTÖ.docx (17 KB) [Tarayıcıda Aç]

16 Aralık 2018 Pazar 19:14

Sayın Şule Çiftcioğlu

Çalışmanızda ölçeği kullanabilirsiniz.
İyi çalışmalar dilerim..

Öğr.Gör. Gonca ÜSTÜN
Amasya Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Tel:

Gönderen: Şule Şenol
Gönderildi: 16 Aralık 2018 Pazar 18:55
Kime: gonca üstün
Konu: Ölçek Kullanım İzni

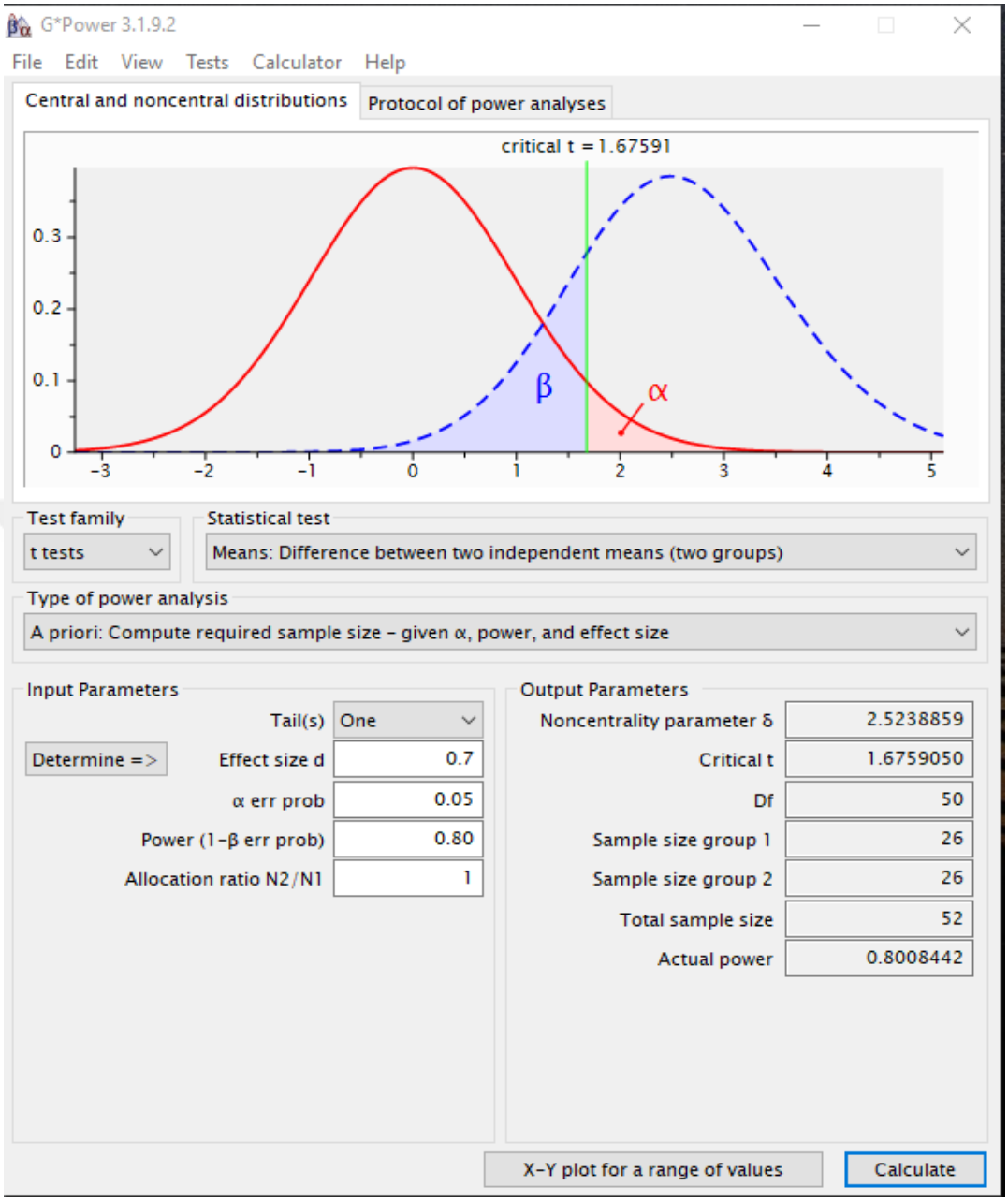
Sayın Gonca ÜSTÜN,

2012 yılında yükseklisans teziniz kapsamında geliştirmiş olduğunuz "Hastanede yatan Çocuklar için Psikososyal Semptomları Tanılama Ölçeği"nizi pediatrik onkoloji alanında planladığım doktora tez çalışmamda kullanabilmek için izninizi rica ediyorum.

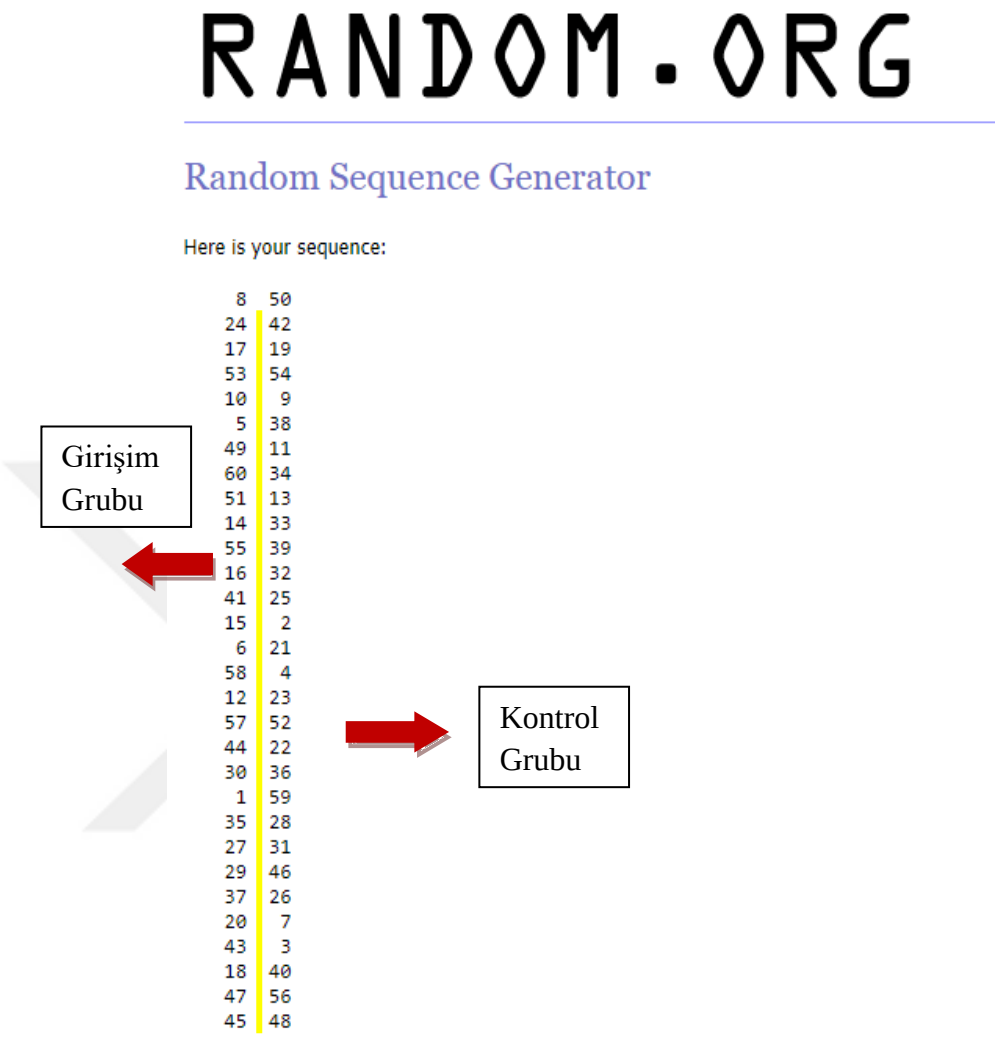
Saygılarımla.

Arş. Gör. Şule ÇİFTCİOĞLU
Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Dahili: 2967

EK 11. G*Power 3.1.9.2 Programı ile Çalışma Öncesi Yapılan Güç Analizi



EK 12. Randomizasyon Rastgele Sayılar Tablosu



EK 13. Yaratıcı Drama ve Oyun Eğitmenliği Sertifikası


T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SÜREKLİ EĞİTİM MERKEZİ

Yaratıcı Drama ve Oyun Eğitmenliği Sertifikası

Sn. Şule ÇİFTÇİOĞLU

Merkezimiz tarafından Eylül, Ekim, Kasım, Aralık 2019 ve Ocak, Şubat 2020 tarihlerinde düzenlenen 320 saatlik "Eğiticinin Eğitimi-Yaratıcı Drama ve Oyun Eğitmenliği" Kurs programını başarıyla tamamlamıştır ve bu belgeyi almaya hak kazanmıştır.

2089/ 14.09.2020

EK 14. Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği 7-12'nin Dil Geçerliği için Görüş Veren Uzmanlar

İngilizce'den Türkçe'ye çeviri;

Dr. Öğr. Üyesi Abdullah ARSLAN (Akdeniz Üniversitesi Yabancı Diller Bölümü)

Okutman Ceylan KUŞOĞLU (Akdeniz Üniversitesi Yabancı Diller Bölümü)

Okutman Didem İnalöz (Akdeniz Üniversitesi Yabancı Diller Bölümü)

Okutman Şebnem OĞUZ (Akdeniz Üniversitesi Yabancı Diller Bölümü)

Türkçe'den İngilizce'ye çeviri;

Öğr. Gör. Devrim ARDIÇ (Akdeniz Üniversitesi Yabancı Diller Bölümü)

EK 15. Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği 7-12'nin Kapsam Geçerliği İçin Görüş Veren Uzmanlar;

Prof. Dr. Elif GÜLER (Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı)

Prof. Dr. Alphan KÜPESİZ (Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı)

Prof. Dr. Emine EFE (Akdeniz Üniversitesi Hemsirelik Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı)

Prof. Dr. Zeynep ÖZER (Akdeniz Üniversitesi Hemsirelik Fakültesi İç Hastalıkları

Hemsireligi Anabilim Dalı)

Prof. Dr. Ayşegül İŞLER DALGIÇ (Akdeniz Üniversitesi Hemsirelik Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı)

Prof. Dr. Sevil İNAL (İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Çocuk Sağlığı Hastalıkları ve Hemşireliği Anabilim Dalı)

Prof.Dr. Fatma GÜDÜCÜ TÜFEKCİ (Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Çocuk Sağlığı Hastalıkları ve Hemşireliği Anabilim Dalı)

Doç.Dr. Serap BALCI (İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, Çocuk Sağlığı Hastalıkları ve Hemşireliği Anabilim Dalı)

Doç. Dr. Nejla CANBULAT ŞAHİNER (Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Çocuk Sağlığı Hastalıkları ve Hemşireliği Anabilim Dalı)

Dr. Öğr. Üyesi SEVCAN ATAY TURAN (Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı)

Uzman Hem. Dr. Münevver ERKUL (Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk Hematoloji ve Onkoloji Sorumlu Hemşiresi)

Uzman Hem. Hayriye BAŞER (Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk Hematoloji ve Onkoloji Eğitim Hemşiresi)

EK 16. Uğraşı Temelli Hemşirelik Programının Geliştirilmesinde Görüş Veren Uzmanlar;

Prof. Dr. Elif GÜLER (Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı)

Prof. Dr. Alphan KÜPESİZ (Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı)

Prof. Dr. Emine EFE (Akdeniz Üniversitesi Hemsirelik Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı)

Prof. Dr. Zeynep ÖZER (Akdeniz Üniversitesi Hemsirelik Fakültesi İç Hastalıkları

Hemşireliği Anabilim Dalı)

Prof. Dr. Ayşegül İŞLER DALGIÇ (Akdeniz Üniversitesi Hemsirelik Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı)

Doç. Dr. İlkay KESER (Akdeniz Üniversitesi Hemsirelik Fakültesi, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı)

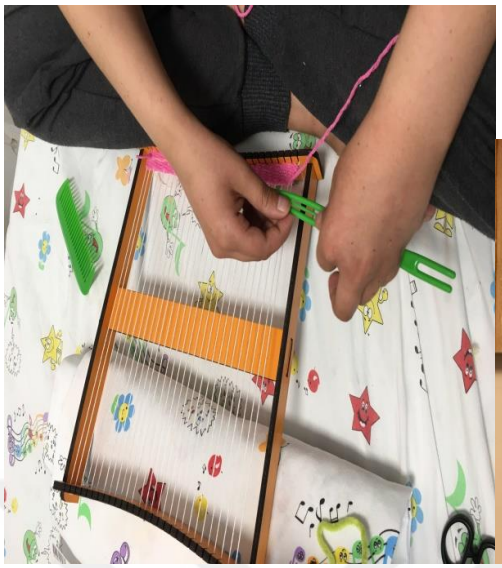
Dr. Öğr. Üyesi Saliha HALLAÇ (Akdeniz Üniversitesi Hemsirelik Fakültesi, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı)

Dr.Öğr.Üyesi Ilgaz TOPCUOĞLU (Akdeniz Üniversitesi Güzel Sanatlar Fakültesi, Resim Bölümü, Resim Anasanat Dalı)

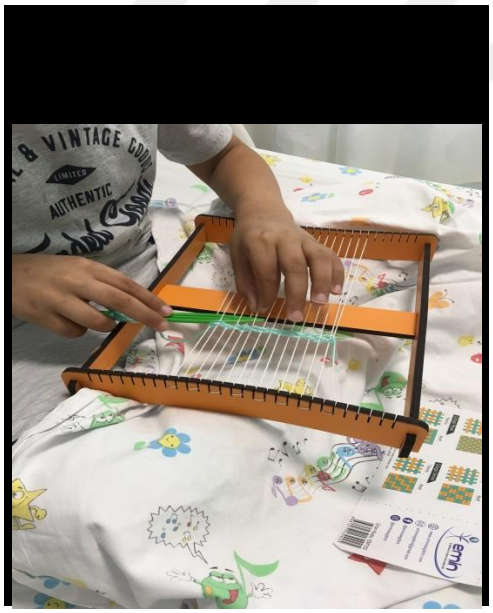
Uzman Hem. Dr. Münevver ERKUL (Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk Hematoloji ve Onkoloji Sorumlu Hemşiresi)

Psk. Mustafa ÖZKAN (Pedagog ve Aile Danışmanı, A'dan Z'ye Akademi Danışmanlık)

EK 17. Uğraşı Temelli Hemşirelik Programı Uygulanan Pediatrik Onkoloji Hastalarının Yaptıkları Uğraşı Aktivitelerinin Görselleri
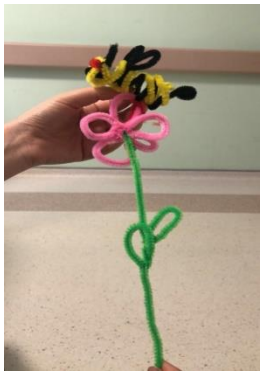






















ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Şule	**Uyruğu**	
Soyadı	ŞENOL	**Tel no**	
Doğum tarihi		**e-posta**	

Eğitim Bilgileri

Mezun olduğu kurum		**Mezuniyet yılı**
Lise		
Lisans		
Yüksek Lisans		
Doktora		

İş Deneyimi

Görevi	**Kurum**	**Süre (yıl-yıl)**
Arş. Gör.		
Hemşire		
Hemşire		

Yabancı Dilleri	**Sınav türü**	**Puanı**
İngilizce		
İngilizce		

Proje Deneyimi

Proje Adı	**Destekleyen kurum**	**Süre (Yıl-Yıl)**

Yayınlar