

T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KANSER HASTASI ÇOCUKLARIN İYİ HEKİM VE İYİ HEMŞİRE
TANIMLARININ ETİK DEĞERLENDİRİLMESİ**

Elif AŞIKLI

Kocaeli Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetmeliğinin
Tıp Tarihi ve Etik Programı için Öngördüğü
BİLİM UZMANLIĞI TEZİ
Olarak Hazırlanmıştır

KOCAELİ

2019

T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KANSER HASTASI ÇOCUKLARIN İYİ HEKİM VE İYİ HEMŞİRE
TANIMLARININ ETİK DEĞERLENDİRİLMESİ**

Elif AŞIKLI

Kocaeli Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetmeliğinin
Tıp Tarihi ve Etik Programı için Öngördüğü
BİLİM UZMANLIĞI TEZİ
Olarak Hazırlanmıştır

Danışman: Doç. Dr. Rahime AYDIN ER

Etik Kurul Onay Numarası: 217/85

KOCAELİ

2019

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE


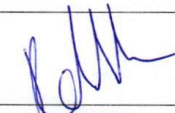
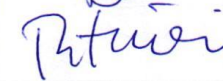
Tez Adı: Kanser Hastası Çocukların İyi Hekim ve İyi Hemşire Tanımlarının Etik Değerlendirilmesi

Tez Yazarı: Elif AŞIKLI

Tez Savunma Tarihi:

Tez Danışmanı: Rahime AYDIN ER

Bu çalışma, sınav kurumumuz tarafından Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalında BİLİM UZMANLIĞI TEZİ olarak kabul edilmiştir.

SINAV KURULU ÜYELERİ		İMZA
ÜNVANI	ADI SOYADI	
BAŞKAN	Doç. Dr. Mine SEHIRALI	
ÜYE (DANIŞMAN)	Doç. Dr. Rahime AYDIN ER	
ÜYE	Dr. Öğr. Üyesi Fatih Arslan	

Onay

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

.../.../2019

Prof. Dr. Sema Aşkın KEÇELİ

KOÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

ÖZET

Kanser Hastası Çocukların İyi Hekim ve İyi Hemşire Tanımlarının Etik Değerlendirilmesi

Amaç: Bu tezin amacı kanser tanısı nedeniyle hastanede yatarak tedavi gören çocukların iyi hekim ve iyi hemşireye ilişkin görüşlerinin etik açıdan değerlendirilmesidir.

Yöntem: Çalışma Mayıs-Kasım 2017 tarihleri arasında Kocaeli Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Çocuk Onkolojisi ve Çocuk Hematolojisi servislerinde kanser tanısı nedeniyle yatan çocuklarla niteliksel gömülü (grounded) teori yöntemi kullanılarak yürütüldü. Araştırmaya 7- 12 yaş arasında olan, en az 1 haftadır hastanede yatarak tıbbi tedavi ve bakım alan ve iletişim kurulabilen çocuklar dâhil edildi. Araştırma verilerin toplanmasında Çocuk Bilgi Formu ve Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu kullanıldı. Çocukla yapılan görüşme sırasında “Çiz ve Yaz” tekniği kullanılarak çocuktan iyi hekim ve iyi hemşireyi anlatan resim yapmaları da istendi. Yazılı ve/veya ses kaydı olarak toplanan veriler açık, eksen ve seçici kodlama aşamaları ile değerlendirilerek analiz edildi.

Bulgular: Çalışmamıza katılan 18 çocuğun %61,1’i erkek, %38,9’u kadındı. Yaşları 7 ile 12 arasında değişen çocukların yaş ortalamaları $9,7\pm 1,8$ yıldır. Hastalık süresi 15 gün ile 42 ay arasında değişen çocukların hastalık süresi ortalaması $6,0\pm 9,3$ aydır. %55,5’i lösemi tanısı nedeniyle hastanede yatan çocukların hastanede yatış süresi ortalaması $3,1\pm 2,5$ aydır. Çocuklar iyi hekim ve iyi hemşireyi sıklıkla iletişimle ilişkili güler yüzlü, iyi davranan, kızmayan, bağırmayan, kendisini anlayan; erdemlerle ilişkili hoşgörülü, dürüst, nazik, saygılı ve güvenilir; mesleki yeterlikle ilişkili bilgili, dikkatli ve hızlı; güvenlikle ilişkili maske takan ve temiz olan; kişisel ve fiziksel özelliklerle ilişkili çocukları seven, vatansever ve bakımlı tanımlarıyla ifade etti.

Sonuç: Kanser tanılı çocukların iyi hekim ve iyi hemşire tanımlarının tıp ve hemşirelik profesyonellik projelerinde yer alan ölçütler ve çekirdek eğitim programlarında yer alan yeterliklerle benzerlik gösterdiği, hekim ve hemşirelerin etik yükümlülüklerini vurguladığı sonucuna ulaşıldı.

Anahtar Sözcükler: Tıp etiği, erdemler, iyi hekim, iyi hemşire

İNGİLİZCE ÖZET

Ethical Evaluation of Good Physician and Good Nurse Definitions of Child Cancer Patients

Objective: The aim of this thesis is to evaluate the opinions of the hospitalized children about good physicians and good nurses from an ethical point of view.

Methods: The study was conducted between May-November 2017 in Kocaeli University Research and Application Hospital Pediatric Oncology and Pediatric Hematology services with qualitative grounded theory method. Children between the ages of 7 and 12, who had been hospitalized for at least 1 week, received medical treatment and care and were able to communicate. Child Information Form and Semi-Structured Interview Form were used to collect the research data. During the interview with the child, "Draw and Write" technique was used and the child was asked to paint a picture about good physician and good nurse. The data collected as written and / or audio recordings were evaluated with open, axis and selective coding stages and analyzed.

Results: Of the 18 children who participated in our study, 61.1% were male and 38.9% were female. The average age of children between 7 and 12 years was 9.7 ± 1.8 years. The mean disease duration of the children ranged from 15 days to 42 months and was 6.0 ± 9.3 months. The average hospitalization period of 55.5% of the children hospitalized for leukemia was 3.1 ± 2.5 months. Children are not only good physicians and good nurses who are related to communication, they behave well, do not get angry, shout, understand themselves; tolerant, honest, kind, respectful and trustworthy; knowledgeable, careful and fast in relation to professional competence; wearing a safety-related mask and being clean; personal and physical characteristics associated with children who love, patriotic and well-defined definitions.

Conclusions: It was concluded that the definitions of good physician and good nurse of children diagnosed with cancer were similar to the criteria included in the medical and nursing professionalism projects and competencies in the core education programs and emphasized the ethical obligations of physicians and nurses.

Keywords: Medical ethics, virtues, good physician, good nurse

TEŞEKKÜR

Tez alıőmam sırasında kıymetli bilgi, birikim ve tecrübeleri ile bana yol gösterici ve destek olan değerli danışman hocam sayın Doç. Dr. Rahime Aydın Er'e;

Yüksek lisans eğitimim boyunca bilgi ve tecrübeleri ile bana sürekli destek olan başta Prof. Dr. Nermin Ersoy'a ve Doç. Dr. Mine şehiraltı olmak üzere bölümdeki tüm hocalarıma;

Çalıőmalarım süresince her anlamda desteklerini esirgemeyen eőim Mehmet Can Aşıklı ve henüz 1 yaşındaki kızım Mina'ya ve tüm aileme sonsuz teşekkür ederim.



TEZİN AŞIRMA OLMADIĞI BİLDİRİSİ

Tezimde başka kaynaklardan yararlanılarak kullanılan yazı, bilgi, çizim, çizelge ve diğer malzemeler kaynakları gösterilerek verilmiştir. Tezimin herhangi bir yayından kısmen ya da tamamen aşırma olmadığını ve bir intihal programı kullanılarak test edildiğini beyan ederim.

.../.../2019

Elif AŞIKLI

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY	iv
ÖZET	v
İNGİLİZCE ÖZET.....	vi
TEŞEKKÜR	vii
TEZİN AŞIRMA OLMADIĞI BİLDİRGESİ.....	viii
İÇİNDEKİLER.....	ix
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	xi
ÇİZİMLER DİZİNİ	xii
ÇİZELGELER DİZİNİ.....	xiii
1. GİRİŞ	1
1.1. Kanser	2
1.2. Çocukluk Çağı Kanserleri.....	4
1.2.1. Çocukluk Çağı Kanser Epidemiyolojisi	4
1.2.2. Çocukluk Çağı Kanserlerinin Etyolojisi.....	5
1.2.3. Çocukluk Çağı Kanserlerinde Belirti ve Bulgular.....	5
1.2.4. Çocukluk Çağı Kanserlerinde Tedavi.....	6
1.3. Kanserın Çocuk Sağlığı Üzerine Etkileri.....	7
1.3.1. Fiziksel Sorunlar	7
1.3.2. Psikolojik ve Ruhsal Problemler	8
1.3.3. Beslenme Bozuklukları ve Malnütrisyon.....	8
1.3.4. Bilişsel Alandaki Değişiklikler ve Sorunlar.....	8
1.4. Kanser Bakımında Etik.....	9
1.4.1. Aydınlatılmış Onam	9
1.4.2. Mahremiyet ve Gizlilik	13
1.4.3. Ağrı ve Acının Dindirilmesi.....	14
1.4.4. Ötanazi	15
1.5. Sağlık Mesleklerinde Profesyonellik	16
1.5.1. Tıpta Profesyonellik ve Gelişim Süreci	17
1.5.1.1. Tıpta Profesyonellik Projeleri.....	18
1.5.1.2. Tıpta Profesyonelliğın Erdemlerle İlişkisi.....	19
1.5.2. Hemşirelikte Profesyonellik ve Gelişim Süreci	20

2. AMAÇ	22
3. YÖNTEM	23
3.1. Araştırmanın Türü.....	23
3.2. Araştırmanın Yeri	23
3.3. Araştırma Evren ve Örneklemi	24
3.4. Araştırma Süresi	24
3.5. Veri Toplama Araçları	24
3.5.1. Çocuk Bilgi Formu.....	25
3.5.2. Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu	25
3.5.3. Çiz ve Yaz Tekniği.....	25
3.6. Araştırma Verilerinin Toplanması	26
3.7. Araştırmanın Etik Boyutu	27
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi	27
4. BULGULAR	29
4.1. Çocukların Sosyo-Demografik ve Klinik Özellikleri	29
4.2. Çocukların İyi Hekim ve İyi Hemşireye İlişkin Görüşleri	31
4.2.1. İletişim.....	31
4.2.2. Erdemler	38
4.2.3. Mesleki Yeterlik.....	40
4.2.4. Güvenlik	43
4.2.5. Kişisel ve Fiziksel Özellikler	44
5. TARTIŞMA.....	46
6. SONUÇ ve ÖNERİLER.....	52
KAYNAKLAR.....	54
ÖZGEÇMİŞ.....	62
EKLER	63

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

ABIM: American Board of Internal Medicine- Amerikan İç Hastalıkları Kurumu

ACP: American College of Physicians- Amerikan Hekimler Derneği

AMA: American Medical Association- Amerikan Tıp Birliği

ANA: American Nurses Association- Amerikan Hemşireler Birliği

HUÇEP: Hemşirelik Ulusal Çekirdek Eğitim Programı

IARC: International Agency for Research on Cancer- Uluslararası Kanser Kayıt Kurumu

ICN: International Council of Nursing- Uluslararası Hemşireler Konseyi

UÇEP: Uluslararası Çekirdek Eğitim Programı

WHO: World Health Organization- Dünya Sağlık Örgütü

YÖK: Yüksek Öğretim Kurumu

ÇİZİMLER DİZİNİ

Çizim 4.1. Gülümseyen hekim.....	33
Çizim 4.2. Güzel hitap eden hekim ve hemşireler	34
Çizim 4.3. Çocuklara nasıl olduklarını soran hemşire.....	34
Çizim 4.4. Doktor bana çiçek veriyor.....	35
Çizim 4.5. İyi hemşire ve kötü hemşire	36
Çizim 4. 6. Hastasına çikolata veren doktor.....	37
Çizim 4.7. Doktor ile atari oynuyoruz.....	37
Çizim 4.8. Doktor ve ailem benden gizli konuşuyor.....	39
Çizim 4.9. Hekim ve hemşireler.....	40
Çizim 4. 10. Biz deneme tahtası değiliz.....	41
Çizim 4.11. Bu ülkenin daha iyi doktorlara ihtiyacı var!	42
Çizim 4.12. Hemşireler maskesiz dolaşmamalı.....	43
Çizim 4.13. En sevdiğim doktor.....	44

ÇİZELGELER DİZİNİ

Error! Bookmark not defined.

Çizelge 4.1. Çocukların demografik ve klinik özellikleri	30
Çizelge 4.2. Çocukların iyi hekim ve iyi hemşireye ilişkin tanımlarının beş ana kategoride yer alan bazı ifadeleri	31



1. GİRİŞ

Kanser beraberinde taşıdığı fiziksel rahatsızlıkların yanı sıra sosyal, maddi ve manevi yönleri ile tedavi ve bakımı zor bir hastalıktır. Zaten hasta olmak birey için zorlu bir süreçken, kanser tanılı çocuk olmak bu süreci daha da zorlaştırmaktadır. Çünkü kanser hastalığı bütün çocuklar için travmatiktir. Bununla birlikte çocuklarda hastalığın algılanışı, hastaneye yatıştan etkilenme biçimleri, hastalık ve hastaneye yatmaya ilişkin tepkiler yetişkinlerden oldukça farklı ve çocuğun yaşına göre de değişkenlik göstermektedir.

Günümüzde hekim ve hemşirelere yüklenen etik ödev ve sorumluluklar kanser tanılı çocuklarda etiğe uygun tedavi ve bakımının yerine getirilmesine katkı sağladığı gibi sağlık profesyonellerinin olası etik sorunları tanımalarına ve etik sorunlara uygun çözüm yolları bulmalarında yardımcı olmaktadır. Bu noktada tedavi ve bakım hizmeti alan çocukların sağlık profesyonellerinden beklentilerinin, sağlık profesyonelleri ile yaşadıkları deneyimlerin belirlenmesi kanser tanılı çocukların ihtiyaç duydukları bakımın sağlanmasında önemlidir. Sağlıklı bireylerin, yetişkin hastaların, hekim, hemşire ve ebelerin, tıp fakültesi, hemşirelik ve ebelik öğrencilerin iyi hekim, iyi hemşire ve iyi ebeye ilişkin değerlendirmelerinin ortaya konduğu birçok çalışma mevcuttur. Çocuk hastalarda özelde de kanser tanılı çocuklarda iyi hekim ve iyi hemşire algısını değerlendiren çalışmalar oldukça az olup, ülkemizde bu konuya odaklanan çalışmaya ulaşılamamıştır. Yapılan az sayıda çalışmada ağırlıklı olarak hastanede yatışın çocuk üzerine etkileri ve çocukların hekimleri nasıl algıladıkları belirlenmiştir. Dolayısıyla bu çalışmada kanser tanısı nedeniyle yatarak tedavi ve bakım gören çocukların perspektifinden iyi hekim ve iyi hemşireyi belirlemeyi amaçladık. Çalışma sonuçları doğrultusunda çocuk hastalarla çalışan sağlık profesyonellerine kanser tanılı çocukların tedavi ve bakımına ilişkin rehberlik sağlamayı da hedefledik.

Giriş bölümünde öncelikle kanser ve çocukluk çağı kanserleri ile kanserin çocuk sağlığı üzerindeki etkilerine değinilecek, ardından kanser bakımında etik ve sağlık mesleklerinde profesyonellik konularına yer verilecektir.

1.1. Kanser

Kanser kelimesinin kökeni Latince *yengeç* anlamına gelen *cancer* kelimesine dayanmaktadır (Tuncer 2014). İlk kez Yunanlı hekim Hipokrat (M.Ö. 460-370) vücut yüzeyinde büyüyen ve genellikle ülser olan, kırmızı, sıcak, ağrılı, diğerlerinden farklı karakterde olup daha yavaş büyüyen şişlikleri tarif etmek için Yunanca *carcinomas* ve *karsinom* terimlerini kullanmıştır. Daha sonra Romalı hekim Celcus (M.Ö. 28-50) tarafından terim Latinceye *cancer* olarak çevrilmiş ve kullanılmıştır (Atıcı 2009). Bu adlandırma bir yoruma göre kanserin ilerlediği evrelerde tümör yakınlarından geçen damarların yengecin bacaklarına benzer uzantılara benzetilmesi (Tuncer 2014); başka bir yoruma göre kanser ağrısının yengeç ısırması ile oluşan, ortadan çevreye doğru yayılan kemirici tarzdaki ağrıya benzerlik göstermesi nedeniyle (Atıcı 2009).

Kanser, belirli bir doku veya organdaki hasarlı hücrelerin kontrolsüz bir biçimde üreyerek bir kitle veya tümör oluşturmasıdır. Bu çoğalma sırasında kanser hücresinde, yapısal ve işlevsel farklılıklar ortaya çıkmaktadır. Bazen hücre normalde yaptığı işlevlerini yapmazken, bazen de normalde olmayan bazı yeni işlevleri yapmaya başlayabilmektedir. Anormal şekilde çoğalmaya başlayan bu hücreler buldukları yerdeki doku ve organları hatta daha uzaktaki organları işgal etmekte ve işgal ettiği bu bölümlerin görevlerini engellemektedir. Hücre kontrolünün bozulup kanser tablosunun ortaya çıkması kanser türüne göre farklılık göstermektedir (Yıldırım 2015).

Kanser, sık görülmesi ve ölüm oranının yüksek olması nedeniyle önemli sağlık sorunlarından birisidir. Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization - WHO), 2018 yılı sağlık istatistiklerinde kardiyovasküler hastalıklardan (17,9 milyon ölüm, %44) sonra kanserin ikinci ölüm nedeni (9 milyon ölüm, %22) olduğu belirtilmiştir (WHO 2018). Uluslararası Kanser Ajansı 2012 yılı verilerine göre dünyada 14 milyar 1 milyon yeni kanser vakası gelişmiş ve 8 milyar 2 milyon kansere bağlı ölüm gerçekleştirmiştir. En çok tanı konulan kanserlerin akciğer (1 milyar 82 milyon; %12,9), meme (1 milyar 67 milyon; %11,9) ve kolon (1 milyar 36 milyon; %9,7) olduğu; ölümlerin ise en çok akciğer (1 milyar 6 milyon; %19,4), karaciğer (745 bin; %9,1) ve mide kanserinden (723 bin; %8,8) gerçekleştiği belirtilmiştir. Devam eden küresel, demografik ve epidemiyolojik geçişler nedeniyle özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerde 2025 yılına kadar 20 milyondan fazla yeni kanser vakası beklenmektedir (Ferlay 2015). Türkiye’de kanser yüz binde 212,6 görülme sıklığı ve

sebebi bilinen ölümler sıralamasında kardiyovasküler hastalıklardan sonra en sık görülen ikinci ölüm sebebi olması nedeniyle, önemli hastalıklardan biri olarak yerini almıştır. Erkeklerde trakea, bronş ve akciğer kanseri (yüz binde 52,5), prostat (yüz binde 33,1) ve kolorektal kanserler (yüz binde 23,1); kadınlarda ise meme (yüz binde 43,8), tiroit (yüz binde 6,0) ve kolorektal kanseri (yüz binde 23,1) en sık görülen kanser türleridir (T.C. Sağlık Bakanlığı 2018).

Kanserin oluşum sürecinde kanser türüne göre farklılık gösteren pek çok etken rol oynamaktadır (Ekmekçi ve diğ. 2008). Kanserin gelişiminde genel olarak genetik bazı faktörlerin zemininde çevresel kanser yapıcı etkenlerin rolü olduğu ileri sürülmektedir. Başlıca çevresel etkenler; iyonize radyasyon, ultraviyole ışınlar, alkol ve sigara kullanımı, aşırı kilolu olmak, katran, benzen, asbest, vinil klorür ve krom gibi kimyasal maddeler, bakteri ve virüslerdir (Yıldırım 2015). Son yıllarda yapılan çalışmalar kanser oluşumuna neden olan bu faktörlerden bazılarının gıdalar ile ilişkisine değinmektedir. Ambalaj malzemelerinden gıdaya taşınan kirleticiler, genetiği değiştirilmiş organizmalar, gıdalara çeşitli kaynaklardan karışan ya da bir amaçla dışarıdan eklenen kimyasal maddeler insan sağlığı üzerinde olumsuz etkilere neden olmakta ve kanser oluşumuna yol açabilmektedir (Erkmen 2010). Kısaca kanser çok etmenli olup, bakterilerden virüslere, radyasyondan kalıtıma, çevresel faktörlerden beslenme alışkanlığına ve kimyasallara kadar birçok faktör kanser oluşumunda rol oynamaktadır (Yokuş ve Çakır 2012).

Erken tanının hayat kurtarıcı olduğu kanserde bazı belirtilerin farkına varılması hastalığın erken tanısına olanak sağlar. Kanserden kaynaklanan belirti ve bulgular, vücudun hangi bölümünün etkilendiğine bağlı olarak değişiklik göstermekle birlikte en sık görülen belirtiler; açıklanamayan kilo kaybı, ateş, halsizlik, ağrı, vücudun herhangi bir yerinde şişlik, kanama, dışkılama ve idrar yapma alışkanlığında değişkenlik, yutma güçlüğü, ses kısıklığı, siğil ve benlerde değişikliklerdir. Bazen hastada hiçbir belirti göstermeden yapılan taramalar sırasında da kansere rastlanılmaktadır (Yıldırım 2015).

Kanser tedavisi; hastaları tedavi etme, hastalığı kontrol altında tutma ya da palyatif olarak hastanın yaşam kalitesini arttırmak amacıyla yapılmaktadır. Tedavi şekli tümörün histolojik yapısına, metastaz olup olmasına ve hastalığın aşamasına göre belirlenmektedir. Sıklıkla uygulanan tedavi yöntemleri; cerrahi tedavi, radyoterapi ve kemoterapidir. Ayrıca immünoterapi ve kemik iliği transplantasyonu gibi tedavi yöntemleri de kullanılmaktadır (Üstündağ 2013).

1.2. Çocukluk Çağı Kanserleri

Çocukluk çağı kanserleri terimi 18 yaş altında ortaya çıkan kanserleri adlandırmak için kullanılmaktadır. Dünya genelinde çocukluk ve ergenlik dönemi kanserleri çocuklarda hastalık ile ilişkili mortalitenin en yüksek nedenlerinden biri olarak bulaşıcı hastalıklar kadar tehdit etmektedir. Çok sayıda ülkede çocukluk kanserine ilişkin kayıtlar bulunmamakla birlikte; WHO'ne bağlı Uluslararası Kanser Kayıt Kurumu'nun (International Agency for Research on Cancer - IARC) 2015 verilerine göre; dünya çapında çocukluk kanser insidansı 15-19 yaş aralığında yılda 85.000 yeni vakaya, 14 yaş ve altındaki çocuklarda yılda 165.000 yeni vakadan 215.000 vakaya ulaşarak artmaktadır (WHO 2018).

1.2.1. Çocukluk Çağı Kanser Epidemiyolojisi

Çocukluk çağı kanserleri tüm kanserlerin %0,5 ile %4,6'sını temsil etmektedir (WHO 2017). Kanserden ölümlerin %5,5'ini çocukluk çağı kanserleri oluşturmaktadır (Büyükpamukçu 2007). Her yıl 200.000'den fazla çocuğa kanser tanısı konulmakta, çocukluk çağı kanserlerin genel insidans oranları dünya genelinde milyonda 50 ila 200 arasında değişmektedir (WHO 2017). 2017 yılı için Amerika Birleşik Devletleri'nde 15 yaşın altında 10.270 çocuğa kanser teşhisi konulmasının, 1.190 çocuğun kanserden ölmesinin beklendiği bildirilmiştir (American Cancer Society 2016). Türkiye'de 0-14 yaş grubunda yılda yaklaşık her 100 bin çocuktan 10-15'i kanser tanısı almaktadır (Vural ve Karaman 2014). Çocukluk çağı kanserleri en çok ilk 5 yaşta ve 10-15 yaş döneminde ortaya çıkmaktadır (Kanserli Çocuklara Umut Vakfı 2014). Kanser, 1-14 yaş arası çocuklar arasında birçok gelişmiş ülkede ikinci, ülkemizde dördüncü ölüm nedenidir (Kutluk 2006, Anacak ve Ağaoğlu 2016).

Çocukluklarda görülen kanserler; türleri, dağılımları, tedaviye yanıt oranları ve uzun süreli sağ kalım açısından erişkin kanserlerinden farklılık göstermektedir. Dünya genelinde çocukluk çağında görülen kanserlerin dağılımı; lösemiler %30, santral sinir sistemi tümörleri %19, lenfomalar %13, nöroblastom %8, yumuşak doku sarkomları %7, Wilms (böbrek) tümörü %6, kemik tümörleri %5 ve diğer tümörler (retinoblastom/göz tümörü, germ hücreli tümörler, karaciğer kanserleri ve diğer kanserler) %12) şeklindedir (Türkiye Klinik Onkoloji Derneği 2011). Genellikle erişkinlerde görülen meme, akciğer, kolon veya rektum kanseri, çocuklarda oldukça nadirdir (WHO 2017). Türkiye'de 0-14 yaş grubunda en sık görülen

kanserler lösemi (%31,5), merkezi sinir sistemi tümörleri (%31,4) ve lenfomadır (%13,2) (T.C. Sağlık Bakanlığı 2018). Cinsiyete göre dağılıma bakıldığında ise her yaşta erkeklerde kızlara oranla kanser görülme oranı daha yüksek olup, erkek / kız oranı ortalama 1,2'dir (Bajin ve Kutluk 2016).

1.2.2. Çocukluk Çağı Kanserlerinin Etyolojisi

Çocukluk çağı kanserlerinin oluşumunda ailevi neoplastik sendromlar, kalıtsal immün yetmezlik ve kemik iliği yetmezlik sendromları, kromozomal anormallikler gibi genetik risk faktörleri önemlidir. İyonize radyasyona maruz kalma, Human Immunodeficiency virüsü, Epstein Barr virüsü, malya gibi enfeksiyonlar, immüsupresan tedavi alıyor olmak, hamilelikte annenin dietilstilbetrol tedavisi kullanması kansere sebep olduğu bilinen çevresel faktörlerdir. Diğer çevresel faktörler; annenin ilk gebeliğinin, tekrarlayan gebelik düşüklerinin ve 35 yaşın üzerinde olması, alkol ve sigara kullanması anneye ilişkilendirilmektedir (Bajin ve Kutluk 2016, Kaya 2011). Ayrıca yardımcı üreme tekniklerinin kullanılmasıyla doğan çocuklarda nöroblastom, retinoblastom, langerhans hücreli histiyositoz ve lösemi sıklığında artış bildirilmektedir (İnce ve Çeçen 2011).

1.2.3. Çocukluk Çağı Kanserlerinde Belirti ve Bulgular

Çocukluk çağı kanserleri nadir görülmekle birlikte belirti ve bulgularının kanserin tipine, yerine, hastanın yaşına göre değişmesi; benzer bulguların çocukluk çağının sık görülen hastalıklarında da görülmesi; aynı kanserin her hastada farklı klinik tabloyla başlayabilmesi erken tanıyı zorlaştırmaktadır (Vural ve Karaman 2014). Genel olarak çocukluk çağı kanserlerinde solukluk, halsizlik, iştahsızlık, tekrarlayan ateş, kilo kaybı, boyun, koltuk altı ve/veya kasık bölgesindeki lenf bezlerinde genellikle ağrısız şişlikler, vücudun herhangi bir bölgesinde (karın, kol, bacak, göğüs duvarı, sırt, kafatası gibi) şişlik, burun ve diş eti kanamaları, idrar veya dışkıda kanama, idrar veya dışkılamada zorluk, kabızlık, ishal, kemik ağrıları, uzun süren ve nefes darlığına neden olan öksürük, sabahları daha belirgin olan baş ağrısı ve kusma, görme bozuklukları, gözlerde kayma, göz bebeklerinin ışıktaki kedigözü gibi parlaması veya istemsiz hareketler, göz çevresinde koyu renkli morluklar, yürüme bozuklukları ve topallama gibi klinik belirtiler görülmektedir (Ayan 2015, Kaya 2011, Vural ve Karaman 2014).

Çocuğun hastalık belirti ve bulgularına göre başvuru başlıca tanı yöntemleri; kan sayımı, sedimentasyon, viral seroloji, tam idrar ve dışkı tetkikleri, akciğer röntgen filmi,

boyun, karın ve böbrek ultrasonografisidir. Bu testlerle kanser şüphesi kuvvetlenirse; kemik iliği aspirasyonu ve biyopsileri, göğüs bölgesi bilgisayarlı tomografisi (BT), beyin ve karın bölgesi magnetik rezonans görüntülemesi (MRG), ilgili kemik ve vücudun diğer bölgelerinin BT ve MRG, pozitron emisyon tomografi (PET CT), bazı tümörlere özel enzimler ve protein özelliğindeki belirteçlerine bakılmalıdır. Kesin tanı için ilgili hastalıklı bölgeden biyopsi yapmak ve doku tanısı için patoloji, immünoloji ve moleküler genetik laboratuvarlarının kararını beklemek gereklidir (Ayan 2015).

1.2.4. Çocukluk Çağı Kanserlerinde Tedavi

Günümüzde tanı ve tedavi yöntemlerindeki ilerlemeler sayesinde çocukluk çağı kanserlerinde yaşam oranı %80'e yükselmiştir (Vural ve Karaman 2014). Sağ kalım oranlarının artması ile tedaviye bağlı gelişen geç yan etkiler, özellikle ikincil kanserler artış göstermiştir. Yaşayan kanser tanılı çocuklarda ikincil kanser gelişim olasılığının sağlıklı bireylere göre 3,6-10 kat arttığı, 25 yıl içinde ikincil kanser gelişme riskinin ise %7,6- %21,9 oranında olduğu bildirilmektedir (Çıtak ve Atay 2016).

Son zamanlarda kanser tedavisindeki gelişmelerle birlikte farklı tedavi yöntemleri uygulanmaya başlanmıştır. Kanserinin cinsi, evresi ve yaygınlığı kanser tedavisinin seçimini belirlemektedir (Yılmaz 2014). Çocukluk kanserlerinin çoğunda standart tedavi yaklaşımı, cerrahi ve/veya radyoterapi ile lokal, kemoterapi ile sistemli kontrolün sağlanması esasına dayanan birden fazla tedavi yönteminin kullanımına dayanmaktadır (Öztürk 2008).

Kemoterapi

Çocukluk çağı kanserlerinde en önemli tedavi yaklaşımı olan kemoterapi tedavisinde amaç; hastanın normal hücrelerine zarar vermeden tümör hücrelerini azaltmak, cerrahi ve radyoterapiyi desteklemek, remisyonu sağlamak, metastazları en aza indirmek ve kontrol altına almaktır (Yeter, 2012). Kemoterapinin bireyde görülen yan etkileri, ilaçların özelliklerine bağlı olarak değişmekle birlikte; kusma, iştahsızlık, bulantı, kemik iliği baskılanması (anemi, lökopeni, trombositopeni), saç dökülmesi, cilt problemleri, uykusuzluk, ağrı, göz problemleri, nörolojik problemler, halsizlik/yorgunluk şeklinde belirtilebilir (Aslan ve diğ. 2006).

Radyoterapi

Kanser tedavisindeki ilk kullanımı 1899 yılına dayanan radyoterapi; ışın anlamına gelen, atomlarda bulunan ve aktarılan enerji anlamına gelmektedir (Yeter 2012). Radyoterapide amaç kanserli hücrelerin iyonize ışınlar kullanılarak ölümünü sağlamaktır.

Vücudun sadece belli bir bölgesini hedef alarak yapılabildiği gibi, tüm vücudu hedef alan tedaviler de uygulanmaktadır. Genelde cerrahi işlem öncesi uygulanan radyasyon tedavisi ile tümörün küçülmesi hedeflenir (Baykara 2016).

Radyoterapinin en büyük dezavantajlarından biri kemoterapide olduğu gibi zararlı hücreleri öldürürken sağlıklı olanların öldürebilmesidir. Bu nedenle tedavi sonrasında kemoterapi tedavisiyle benzer semptomlar olan hastanın yaşam kalitesini etkileyebilecek saç kaybı, kusma, halsizlik, iştah kaybı gibi yan etkiler radyoterapide de sıklıkla görülmektedir (Baykara 2016).

Cerrahi Tedavi

Kanser tedavisinde ilk kullanılan yöntem olan cerrahi uygulamalar; öncelikle tümörü çıkartmak ve palyatif olarak semptomları azaltmak amacıyla kullanılmaktadır. Cerrahi tedavi özellikle yavaş büyüyen ve lokal olarak sınırlı solid tümörler için en uygun tedavi yöntemi olmakla birlikte ilerlemiş tümörlerde yeterli olmayabilmektedir (Yeter 2012).

1.3. Kanserın Çocuk Sağlığı Üzerine Etkileri

Kanser ve tedavisi çocuğun vücut işlevlerini ve yapılarını, fiziksel fonksiyon ve yaşam kalitesini farklı düzeylerde etkilemektedir. Bu etkilerin bir kısmı çocukta farklı seviyelerde yetersizliğe/engele yol açmaktadır. Şiddetli semptomlar yaşayan kanser hastası çocukların bir kısmı kendi rol sorumluluklarına- normal yaşamlarına dönebilirken, bir kısmı geçici bir kısmı ise kalıcı düzeyde yetersizlik yaşamaktadır (Sarı ve diğ. 2012).

Pediyatrik onkoloji alanında ortaya çıkan tıbbi gelişmeler sonucu, çocukluk çağı kanserleri akut ya da terminal bir hastalıktan çok yaşamı tehdit eden kronik bir hastalık olarak görülmektedir. Gerek hastalığa bağlı nedenler gerekse kanser tedavisinde kullanılan yöntemler çocukta ve/veya ailesinde fiziksel ve psikolojik sorunlara, beslenme bozukluklarına ve malnütrisyona (yetersiz beslenmeye) neden olabilmektedir (Kudubeş ve Bektaş 2017).

1.3.1. Fiziksel Sorunlar

Kanser tedavisi, etki özellikleriyle çocuklarda rahatsız edici birçok belirtiyeye yol açabilmektedir. Bu belirtiler arasında anemi, trombositopeni, lökopeni, saç dökülmesi, yorgunluk, halsizlik, ağrı, bulantı, kusma, kilo kaybı, tat değişikliği, ishal, kabızlık, ağızda yaralar, solunum güçlüğü ve uyumakta zorlanma yer almaktadır (Yılmaz ve diğ. 2009,

Hekim 2015, Kudubeş ve Bektaş 2017). Kemoterapi ve radyoterapiye bağılı olarak bağışıklık sistemi baskılandığından, çocuğun enfeksiyon hastalıklara yakalanma riski artmaktadır. Lösemi tedavisi gören çocukların beden kitle indeksi yüksek olup obeziteye eğilimlidirler (Elçigil ve Tuna 2011). Özellikle Akut Lenfoblastik Lösemili çocuklarda yoğun tedaviye bağılı olarak %15-29 oranında kemik mineral yoğunluğuunda azalma olduğu, yorgunluk ve enerji eksikliğine bağılı olarak fiziksel aktivite azalmasının osteoporoz riskini arttırdığı bildirilmektedir (Tanır ve Kuğuoğlu 2012). Kanser hastası çocuklarda hastalığa ve/veya tedaviye bağılı infertilite de ortaya çıkabilmektedir (Yılmaz ve diğ. 2009).

1.3.2. Psikolojik ve Ruhsal Problemler

Ağrılı cerrahi işlemler, beden bütünlüğünün tehdit edilmesi, kemoterapi, tedaviye bağılı saçların kaybı ve fiziksel yeteneklerin kısıtlanması, hastanede yatma, tedavi sürecinde aileden ve okuldan ayrı kalma, yabancı insanlarla karşılaşma kanser hastası çocuğun psikolojisini ve psikososyal uyumunu etkilemektedir (Sezgin ve diğ. 2007, Hekim 2015). Kanser tanılı çocuklar stres, anksiyete, depresyon, karamsarlık, yalnızlık duygusu, özgüven eksikliği, davranış ve uyum sorunları gibi psikolojik sorunlar deneyimlemektedirler (Hekim 2015, Esenay ve Atay 2017). Kanser hastası çocukların ders çalışma aktiviteleri, arkadaş ilişkileri, oyun aktiviteleri ve diğer aile üyeleri ile olan ilişkileri de olumsuz etkilenmektedir (Yılmaz ve diğ. 2009).

1.3.3. Beslenme Bozuklukları ve Malnütrisyon

Kanser ve kanser tedavisi gıda alımını, emilimini ve metabolizmayı etkileyerek beslenme bozukluklarına neden olmaktadır (Dinler 2009). Kanserli çocuklarda en sık görülen beslenme sorunları; iştahsızlık, doyunluk hissi, bulantı, tat değişiklikleri, ağız kuruluğu, stomatitis, ishal, diyare, konstipasyon ve emilim bozukluğudur (Yıldırım 2004). Çocukluk çağı kanserlerinde malnütrisyon sık görülmekte, özellikle kanserin ileri evrelerinde ve metastaz varlığında görölme oranı artmaktadır. Çocukta malnütrisyon varlığında enfeksiyonlara direnç azalmakta, kemoterapide aksamalar olmakta, hastanede yatış süresi uzamakta, tedavi masrafları artmakta, morbidite ve mortalite yükselmektedir (Yıldırım 2004, Dinler 2009).

1.3.4. Bilişsel Alandaki Değişiklikler ve Sorunlar

Kanser ve kanser tedavisinin yarattığı önemli etkilerden biri zihinsel fonksiyonlar üzerinedir. Kanserli çocuklarda tümörün beyni etkilemesine ve radyoterapilere bağlı olarak hafızada zayıflama, dikkat bozukluğu, konuşamama, görme ve işitme bozuklukları gibi bilişsel kayıplar ve bu kayıplara bağlı öğrenme güçlüğü ile bazı akademik sorunlar yaşanabilmektedir (Özbaran ve Erermiş 2007, Esenay ve Atay 2017). Çocuğun tedavi yaşı küçüldükçe ve radyoterapi dozu arttıkça bilişsel alandaki yetersizlik riski artmaktadır (Sarı ve diğ. 2012).

Yorgunluk, kas zayıflığı, anemi, ağrı veya hastalıkla ilgili anksiyete gibi faktörlere bağlı olarak dinlenme ve uyku düzeninin bozulması yine kanser hastası çocuklarda karşılaşılan sorunlar arasındadır (Kudubeş 2014).

1.4. Kanser Bakımında Etik

Yunanca *ethos* sözcüğünden türeyen *etik*; iyi ve doğru kavramlarının ne olduğunu, mutlak iyi, mutlak doğru olup olmadığını ve bunlara ulaşip ulaşamayacağını araştıran bilimsel bir çabadır. *Tıp etiği* ise, tıp uygulaması içinde etkinlik gösteren ve tıptaki değer sorunlarının ele alındığı, sağlık profesyonellerinin iyi davranmak adına neleri yapmaları ve nelerden kaçınmaları gerektiği hakkında kurallar belirleyen bir etik yaklaşım biçimidir (Arda ve Pelin 1995, Yıldırım ve Kadioğlu 2007).

Bilim ve biyoteknolojideki gelişmelere bağlı tıbbi tedavi ve bakım hizmetlerinde etik sorunlar ortaya çıkmakta, sağlık profesyonellerinin bu sorunlardan haberdar olmaları, bu sorunları ahlaki açıdan muhakeme edebilmeleri ve etik karar verme becerilerini geliştirebilmeleri beklenmektedir (Cerit ve Dinç 2013). Onkoloji alanında yoğun klinik araştırmaların yapılması, karmaşık tıbbi müdahalelerin olması, kanser tedavisinin yüksek maliyet içermesi nedeniyle, etik sorunların birçoğu onkolojide ortaya çıkmış veya en fazla kanser hastalarının bakımında kendilerini göstermişlerdir (Ezekiel 2003). Kanser tanılı hastayla ilgili verilecek tıbbi kararlarda tıbbin temel amaçlarını (sağlığı korumak, yaşam kalitesini yükseltmek, zamansız ölümü engellemek, ağrı ve acıyı dindirmek) gerçekleştirmenin güç olması nedeniyle onkolojide karşılaşılan etik sorunlar daha hassas ve karmaşık olabilmektedir (Ersoy 2009).

Bu bölümde kanser tanılı hastanın bakımında sıklıkla karşılaşılan klinik etik konulardan aydınlatılmış onam, gizlilik ve mahremiyet, ağrı ve acının dindirilmesi ile ölmeye yardım konularına yer verilecektir.

1.4.1. Aydınlatılmış Onam

Aydınlatılmış onam; hastaya hastalığının ve tıbbi müdahalenin doğası, riskleri, yararları, onam vermemenin sonuçları da dâhil alternatifler ve onların yarar ve riskleri konusunda uygun bilgilendirme yapıldıktan sonra hastanın tıbbi bir müdahaleyi kabul veya reddiyle sonuçlanan özerk kararı olarak tanımlanmaktadır (Akpınar 2010). Kanser bakımında aydınlatılmış onamın sorun yaratan yönleri; hastaya hastalık hakkındaki gerçeklere ilişkin bilgilendirme yapılmasının basit bir bilgi vermekten daha zor ve güç olması, kanser olduğunu öğrenmenin hastayı üzeceği endişesidir (Ersoy 2009, Özkırış ve diğ. 2011). Çünkü kanser sadece ölümü değil, ölüme ağrı içinde yavaş yavaş yaklaşmayı, hastalığın gidişine veya tedaviye bağlı organ kaybını ve sakatlanmayı da çağrıştırmaktadır (Özkal 2008). Bu da kanser tanısı gibi bir tıbbi bilginin hastaya söylenmesini zorlaştırmaktadır. Hastanın hastalığı ile ilgili bilgilendirilmesinde kastedilen bilimsel ve gerçek olanın hastaya basitçe söylenmesi ya da her şeyi söyleyip kararın hastaya bırakılması değildir. Hastaya hangi gerçekler söylenmelidir? Nasıl? Ne zaman? Kim tarafından? Kime? Ne tür değerlendirmelerden sonra? Hastanın intihar öyküsü varsa ne yapılmalıdır? soruları hastanın hastalığı ile ilgili bilgilendirilme sürecini zorlaştırmaktadır.

Yaklaşık 60 yıl önce hekimler hastaya kanser tanısını söylemezken (Emanuel and Joffe 2003), günümüzde birçok batı ülkesinde yaygın bir uygulama olarak hastaya durumuyla ilgili tüm gerçekler söylenmektedir. Son on yıldır bu uygulamanın doğu kültürü etkisindeki ülkelerde daha kabul edilebilir olduğu bildirilmektedir (Zahidi 2011). Türkiye’de yapılan araştırma sonuçları kanser tanılı hastaların, kanser dışında hastalığı olan hastaların ve hasta yakınları ile hekimlerinde yer aldığı sağlıklı bireylerin çoğunun kanser tanısının kendisine söylenmesi istediğini göstermektedir. Bununla birlikte hekimlerin hasta yakınlarına ve hemşirelere göre kanser tanısının hastaya söylenmesini daha fazla tercih ettikleri belirlenmiştir (Aşıklı ve Aydın Er 2018).

Günümüzde kanser tanısının hastaya söylenmemesi yönündeki eğilim değişmiştir. Bu değişimin nedenleri şöyle sıralanabilir: (1) modern tıp etiği hastanın özerkliğine saygı gösterilmesine ve hastaya dürüst olunmasına dayanan sağlık çalışanı-hasta ilişkisine

temellenmektedir. (2) hasta hakları ile ilgili yasal düzenlemelerde hastaya yapılacak tıbbi tedavi, girişim ve müdahalelerde hastadan aydınlatılmış onam alınması gerektiği belirtilmiştir. Hastadan alınan onamın geçerliliği de hastaya doğru / dürüst bilgilerin açıklanmasına bağlıdır. (3) kanser gibi hastanın tedaviye katılımının tedavi başarısını etkileyeceği hastalıklarda, hastanın durumuyla ilgili bilgileri bilme gerekliliği ortaya çıkmıştır. Bu nedenler sağlık profesyonellerine hastalarına durumlarıyla ilgili gerçeği söyleme, yalan söylememe ödevlerini yüklemiştir (Ataç ve diğ. 2005, Ersoy 2009).

Tıbbi gerçeğin / kötü haberin hastaya söylenmesine ilişkin uygulamalar toplumun ahlaki, sosyal ve kültürel yapılarına bağlı olarak, uygulanan sağlık politikalarından ve sağlık profesyonellerinin tutumlarından dolayı farklılık göstermektedir. Sağlık profesyonelleri açısından hastaya ölümcül hastalık tanısını açıklamanın oldukça zor ve stresli, ancak öğrenilebilen bir durum olduğu belirtilmektedir (Özkırış ve diğ. 2011, Datlı ve diğ. 2017). Hatta hastaya ciddi tıbbi bilginin verilmesinin benimsendiği bazı ülkelerde konuya ilişkin denenmiş ve test edilmiş rehberler oluşturulmuştur (Subramaniam 2017). Kötü haber verme konusunda geliştirilen bu rehberler hastaya ciddi hastalık tanısının söylenmesi konusunda genel bir çerçeve çizmektedir. Bu rehberler arasından oldukça kapsamlı ve pratik olduğu ifade edilen Rabow ve McPhee tarafından hazırlanan ve ABCDE olarak beş basamaktan oluşan model sık kullanılmaktadır. Bu modelde hasta ve hasta ailesine kötü haberin verilmesinde her basamakta dikkat edilmesi gerekenler vurgulanmaktadır. Ciddi hastalık tanısı veya ölüm gibi kötü haberin modelde belirtildiği şekilde açıklanması durumunda, hasta ve ailesi uygun şekilde bilgilendirilmiş olacaktır. ABCDE modelinde yer alan basamaklar; hazırlık aşaması, terapötik ilişki ve terapötik çevre oluşturma, iyi iletişim kurma, hasta ve ailenin tepkilerini ele alma, duygularını kabul ve ifade etmesine teşvik etmedir (Güner 2006) (Çizim 1.1).

Çizelge 1.1. Kötü haber vermede ABCDE modeli (Güner 2006)

A. Önceden hazırlık (Advance preparation)

- Zaman baskısı hissetmemek için yeterli zamanınızın olup olmadığına dikkat edin
- Gizliliği sağlayın ve görüşmenin bölünmesine izin vermeyin (çağrı cihazı, telefonu kapat)
- Uygun klinik bilgileri gözden geçirin
- Zihinsel hazırlık yaparak kullanılacak ve kaçınılacak ifadeleri belirleyin
- Duygusal olarak kendinizi hazırlayın

B. Terapötik ilişki ve terapötik çevre oluşturma (Build a therapeutic environment)

- Görüşmeye başlamadan önce kendinizi tanıtırın
- Hastanın neyi ne kadar bilmek istediğini belirleyin
- Hasta ile aynı seviyede oturun
- Aileyi ve destek alınabilecek kişileri bulundurun
- Hastayı kötü haberin geleceği konusunda uyarın
- Uygunsa hastaya dokununuz
- Takip görüşmelerini belirleyin

C. İyi iletişim kurma (Communicate well)

- Hasta ve ailesinin neyi ne kadar bildiğini öğrenin
- Sevecen ve içten bir şekilde tıbbi terminolojiden ve üstü kapalı ifadelerden kaçınarak bilgi verin
- Sessizlik ve ağlama gibi duyguların ifadesine izin verin
- Haberi hastanın nasıl anladığını tanımlatın, ilerleyen görüşmelerde bu bilgiyi tekrarlatın
- Soruları cevaplamak için zaman verin, bilgileri yazın ve hastaya verin
- Her görüşmede özet yaparak sonraki görüşmeleri planlayın

D. Hasta ve ailesinin tepkilerini ele alma (Deal with patient and the family reactions)

- Hasta ve ailesinin duygusal tepkilerini değerlendirin ve yanıtlayın, her görüşmede tekrarlayın
- Empati kurunuz
- Meslektaşlarınızla tartışmayın veya onları eleştirmeyin

E. Duygularını kabul ve ifade etmesine teşvik etme (Encourage and validate emotions)

- Haberin hasta için anlamını araştırın
- Hasta ve yakınlarının duygu ve düşüncelerini toparlayabilmeleri için zaman verin
- Hastanın amaçlarına uygun olarak gerçekçi umutlar sununuz
- Disiplinler arası kaynaklar kullanınız
- Kendi duygularınızı gözden geçirin

Girgis ve Sanson Fisher tarafından hastaya tıbbi gerçeğin/kötü haberin söylenmesinde dikkat edilmesi gerekenler;

- kötü haberin, sakin ve özel bir ortamda verilmesi,
- ilk görüşmenin kesintiye uğramaması için yeterli zaman ayrılması,
- hastanın verilen bilgiyi anlayıp anlamadığı ve duygu durumunun değerlendirilmesi,
- dürüst olarak doğru bilginin verilmesi,
- hastanın duygularını ifade etmesine izin verilmesi ve duygularını paylaşması için cesaretlendirilmesi,
- hastanın duygularına empati ile karşılık verilmesi,
- prognoz için kesin bir zaman vermekten kaçınılması,
- bundan başka bir şey yapılamaz mesajının verilmemesi,
- tedavi seçeneklerinin konuşulması ve tanının söylenebileceği diğer kişilerin belirlenmesi,
- destek alınabilecek kaynaklar hakkında bilgi verilmesi,
- verilen bilgilerin yazılı hale getirilerek hastayla paylaşılması,
- hastanın durumunu tekrar değerlendirmek için yeni görüşme zamanı belirlenmesi olarak sıralanmaktadır (Bilgin ve diğ. 2008).

Franks'in söylediği gibi “bu ayrı bir yetenek değil, iletişimin özel bir çeşididir.” Gerçek acımasız olabilir ancak acımasızca söylenmemelidir. Bununla birlikte hastaya bakım veren sağlık profesyonelleri arasında gerçeğin söylenmesi konusunda farklı bir görüşe sahip hekim varsa bu da başka bir etik sorunun çıkmasına neden olmaktadır. Böyle bir durumda hastaya kötü olan gerçeğin / tıbbi tanının açıklanıp açıklanmaması ile ilgili bakım veren sağlık profesyonellerinin oy birliğine varması uygun olabilir. Son olarak gerçeğin söylenmesi umudun reddedilmesi değildir. Umut ve gerçek hatta dostluk ve sevgi yaşam sonu bakım etiğinin önemli bileşenleridir.

1.4.2. Mahremiyet ve Gizlilik

Kişinin kendiyle ilgili bilgilere kimlerin, ne zaman, nasıl ve ne ölçüde erişebileceğini denetleme yeteneği anlamına gelen *mahremiyet*; tıbbi tedavi ve bakım hizmetlerinde sağlık çalışanlarına bireyin mahremiyetine saygı gösterme ve sırlarını koruma ödevlerini yüklemektedir (Akten 2017). Kanser bakımında bu ödevler; hastanın hastalığı, prognozu, klinik durumu gibi saklanmasını istediği bilgilerin, izin vermediği sürece ailesiyle ve diğer bireylerle paylaşılmaması, kararlarına saygı duyulması anlamına gelmektedir. Hatta mahremiyete saygı gösterme ödevi hastanın sırlarının ölümünden sonra da gizlenmesini,

bilginin sadece hastaya veya yakınına yaşamsal zarar vereceği durumda açıklanmasını içermektedir (Ersoy 2009).

Ülkemizde olduğu gibi pek çok kültürde aile üyelerinden birisi hastalandığında, hasta adına tıbbi kararları veren ailedir. Tıbbi bakım ve tedavi kararlarını ailenin verdiği ve hastalığını öğrenmesinin hastayı olumsuz etkileyeceğinin düşünülmesi durumlarında hekim ve hemşire hastadan önce aileyi bilgilendirmektedir. Hastadan önce ailesinin kanser tanısı ve tedavisine ilişkin bilgilendirilmesi (Kavlak ve diğ. 2008, Zahidi 2011, Tavşanlı ve diğ. 2016), kanser bakımında hasta mahremiyetine ilişkin etik konuları gündeme getirmektedir.

Günümüzde sağlık hizmetlerinin planlanması, yönetilmesi ve değerlendirilmesi için kanser gibi bazı hastalıklara ilişkin kayıtların tutulması önem kazanmıştır. Kanser kaydı, kanser hastalarına ilişkin bilgilerin toplanmasını içermektedir. Bu kayıtlar kanserin epidemiyolojik verilerine, risk faktörlerine ilişkin sağlam kanıtlar sunarken, hastalık yükünü tahmin etmede ve hastalığı önleme çalışmalarında yarar sağlamaktadır (Andersen ve Storm 2015). Kanserli hastalara ilişkin kişisel bilgilerin toplanması ve toplanan verilerin güvenliğinin sağlanması kanser kayıtlarının gizliliğinin korunmasını gerektirmektedir (Muir ve Demaret 1991). Kanser kayıtlarının gizliliğine ilişkin IARC tarafından 1992 yılında bir rehber yayınlanmış, internet tabanlı iletişimdeki hızlı gelişmeler ve bu teknolojinin kullanımının getirdiği riskler nedeniyle rehber 2004 yılında güncellenmiştir. Bu rehberde; toplumda kanserin nedenleri, tedavisi ve sonuçları hakkında yararlı bilgiler sağlanması amacıyla gizli veri toplanması ve kanser araştırmalarında en yüksek etik standartların korunması hedeflenmektedir (Storm 2005).

1.4.3. Ağrı ve Acının Dindirilmesi

Her bireyin farklı deneyimlemesi nedeniyle ağrının tanımlanması oldukça güçtür (Subaşı 2010). Uluslararası Ağrı Çalışma Derneği tarafından *ağrı*; potansiyel doku hasarı veya tehdidi ile bulunan duyuşal ve hissi bir duyudur (Arslan ve diğ. 2013).

Ağrı, kanser tanılı hastalarda en sık karşılaşılan belirtilerden biridir. Aktif tedavisi devam eden kanser tanılı hastaların üçte biri, ileri dönem kanser tanılı hastaların %60 ile %90'ı orta ve şiddetli ağrı deneyimlemektedir (Aydoğan ve Uygun 2011). Kanser tanılı hastalar ölmekten daha çok, ağrı ve ıstırap çekerek ölmekten korkmaktadır (Arslan ve diğ. 2013). Devam eden veya dindirilmeyen kanser ağrısı, hastada anksiyete ve duyuşal sıkıntıya yol açarak iyilik haline zarar vermektedir. Bununla birlikte ağrı hastanın ailesel,

sosyal ve mesleki rollerini yerine getirmesini engelleyerek yaşamının her alanında zararlı ve bozucu etki yaratmaktadır (Subaşı 2010).

Kanser hastalarında semptomatik ağrı tedavisindeki amaç; ağrının en kısa sürede hafifletilmesi ve tekrarının önlenmesidir. WHO, kanser ağrısının kontrolünde ağrının şiddetine göre üç basamaklı (ilk basamak adjuvan ve opioid olmayan ilaçlar, ikinci tedavisi uygulanmasını önermektedir. Bununla birlikte öncelikle ağızdan alınacak ilaçların tercih edilmesi, gün boyu ağrı kontrolünü sağlayacak ajanların kullanılması ve tedavinin bireysel olması da istenmektedir (Arslan ve diğ. 2013).

Son yıllarda ağrı yönetimi konusundaki gelişmelere rağmen, dünyada kanser tanılı hastaların yarısından fazlası etkili ağrı tedavisi görmemekte ve yaklaşık dördte biri şiddetli ağrı çekerek ölmektedir (Subaşı 2010, Yangöz 2013). Kanser hastasının tedavi ve bakımında etkili ağrı yönetimi hekim ve hemşirenin en duygusal ödevidir. Çünkü hastanın ağrı ve acısını dindirmekle ilgili ödev, onun ölümünü hızlandırmaya neden olabilmektedir. Kanser hastasının ölmesine neden olacağı endişesiyle ağrı ve acı çekmesine izin verilmesi, ihtiyacı olan ağrı kesicinin sınırlı dozda verilerek hastanın acı çekmesine seyirci kalınması etik açıdan onaylanmamaktadır. Çünkü istenmedik bir sonuca -ölüme- rağmen ihtiyaç duyulan ağrı kesicilerin verilmesi tıp etiğinin en eski öğretilerinden olan çift etki öğretisiyle savunulabilmektedir. Çünkü bu eylemde asıl amaç dayanılmaz ağrı ve acıyı dindirerek hastanın rahatını ve huzurunu sağlamaktır. Bu eylemin istenmeyen sonucu olan ölüm niyetlenmemektedir (Ersoy 2009).

1.4.4. Ötanazi

Etimolojik köken olarak antik Yunanca *eue* (güzel) ve *tanasium* (ölüm) köklerinden oluşan *ötanazi*, iyi ve güzel ölüm anlamına gelmektedir (Erden 2015). Türkçe sözlükte *ötanazi* ölme hakkı, tedavisi mümkün olmayan hastalıklarda, canlıyı ağrı ve acı vermeden öldürme, uyutma şeklinde tanımlanmaktadır (Türk Dil Kurumu 2019). Antik klâsik Yunan filozofu Platon, Devlet adlı kitabında tedavisi olmayan öldürücü hastalıklar için hekimin yapacağı en iyi işin, ölümü geciktirmemek olduğunu belirtmiştir. Thomas More tarafından yazılan Ütopya kitabında ötanazi hem sağlıklı toplum açısından hem de bireyin iyiliği için onaylanmaktadır. Ötanaziyi günümüzdeki anlamına yakın olarak ilk kullanan Francis Bacon'dır. 1623 yılında Bacon, hekimin görevinin hastanın sağlığını kazanmasına yardımcı olmanın yanında, hastanın acılarını da dindirmek olduğunu savunmuştur. Hekimin acıları

dindirme görevi ise yalnızca hastalığın iyileşmesini sağlayacağı zaman değil, kolay ve adil bir ölümü sağladığı zaman da vardır (Sulu 2016).

Tıp etiği ilkelerinden özerkliğe saygı ilkesi kapsamında terminal dönemdeki kanser tanılı hastanın kendi kararlarını verebilmesi ve ölümüne ilişkin söz sahibi olabilmesi gerektiği savunulmaktadır (Erden 2015). Ötanazi özellikle terminal dönem kanser hastalarının onurlu ölüm hakkını kullanabilmelerine olanak sağlamaktadır (Işıkkhan 2002). Terminal dönemdeki bir hastanın her şeyden önce, ölümü rahat ve huzur içinde bekleme, kendisine uygulanması planlanan ve uygulanmakta olan tedaviyi reddetme veya durdurulmasını isteme, hastalığın seyri ve sonlanması hakkında sözlü veya yazılı olarak bilgi isteme gibi hakları bulunmaktadır (Erden 2015). Yaşam kalitesinin çok düşük olduğu ve tedavinin nafiye olduğu kararlaştırılan hastalarda, yaşamı destekleyen tedavilerin sınırlandırılması etik açıdan haklı çıkarılabilmekte hatta gerek profesyonel bütünlük standartları gerek adalet ödevi gibi diğer yükümlülükler gereği etik gereklilik haline gelmektedir (Akınar ve Ersoy 2012). Hekimin hastayı tedavi ederek iyileşmesini sağlamanın yanı sıra hastasının ıstırabını dindirmek için ötanazi uygulaması gerektiğini savunanlar bulunmaktadır (Çelik 2016).

1.5. Sağlık Mesleklerinde Profesyonellik

Profes kelimesinden köken alan ve Oxford sözlükte dinsel düzen adına yemin etme olarak tanımlanan *profesyonizm*, 1675 yılından itibaren dinsel anlamını yitirerek, yeteri kadar nitelikli olma anlamında kullanılmaya başlanmıştır (Mıdık ve diğ. 2015). Webster'e göre profesyonellik "bir mesleği veya meslek üyesinin davranış, amaçları ve niteliğini betimleyen özellikler" olarak tanımlanmaktadır (Sayek 2012). Türkçe karşılığı meslek olan *profession* ise öğrenim sonucu kazanılan bilginin diğer insanların yararına kullanılmasını öne çıkaran özel bir işi ve bu işe kabul edilecek, işi sürdürecektir kişinin gerekli niteliklere sahip olduğunu ifade eder. Meslek kavramı Scribonius tarafından şefkat, merhamet ve yetkinlik kelimelerine vurguyla, hümanizm ve değerlerle bağlantı kurularak ele alınmıştır (Mıdık ve diğ. 2015).

Meslek dallarının tümünde önemli olan profesyonellik, tıbbi ilişkileri düzenleyen temel değerlerin ve onların türevi olan kuralların belirlenmesi açısından sağlık mesleklerinde ayrıca önemlidir (Albayraktaroğlu 2010). Çağdaş profesyonellik anlayışı toplumun sorunlarına duyarlı, toplumun ihtiyaçlarına yanıt verebilen, toplum sözleşmesine uygun

davranma sorumluluğuna dikkat çeker. Doğru olanı yapma ve yanlıştan uzak durma, mesleki ve etik değerlerin ve karar vericiliğin birlikte olgunlaşması çağdaş profesyonellik anlayışının etik olarak savundukları arasındadır (Ülman ve diğ. 2013).

1.5.1. Tıpta Profesyonellik ve Gelişim Süreci

Türkçede hekim ve hekimlik anlamlarında kullanılan Arapça *tabib* ve tıp kelimelerinin kökü *tabbe* olup bir işte usta olma, işin ehli olma, bir işin ehlini bilen kimse (alim) anlamına gelmektedir. *Tabib* kelimesi bu bakımdan işini iyi bilen, işine önem veren, bilgili kişi demektir (Bayat 2016). Profesyonel davranış hekimlik mesleğinin yürütülmesi için kazanılması ya da geliştirilmesi gereken tutum, davranış ve değerler bütünlüğüdür (Sayek 2012).

Meslekler arasında tıp, hukuk, din görevlisi gibi bazı meslekler kapsamlı eğitim alması ve temel insan ihtiyaçlarını karşılaması nedeniyle özel bir yere sahiptir. Ayrıca bu meslekler, meslek üyesinin kendi çıkarından çok hizmet sunulan bireylerin gereksinimleri karşılamayı hedeflediğinden diğer mesleklerden ayırt edici özelliğe sahiptir (Kavak 2015). Hekimlik mesleği eski dönemlerden günümüze kadar farklı yaklaşımların etkisi altında kalmıştır. Tarih öncesi dönemden itibaren karşılaştığımız büyücü hekim, rahip hekim, filozof hekim tanımlamaları bu yaklaşımların göstergesidir. Tıbbi geleneksel, dini-sihri tedavi metotlarından ayırarak akılcı tıp anlayışının temellerini atan Hipokrat modern tıbbın kurucusu kabul edilmiştir. Hipokrat'ın "Her eve hastaya iyilik amacıyla gireceğim. Sanatımı yaparken gördüklerimi ve işittiklerimi, sır saklamayı görev sayarak, kimseye söylemeyeceğim" gibi aforizmalarından oluşan yeminin, tıpta profesyonelliğin ilk örneğini oluşturduğu söylenilebilir (Uğurlu 1997). 19.yy'ın ortalarında gelişmiş ülkelerde ulusal tıp birlikleri oluşturulmuş ve meslek üyelerinin davranışlarını düzenlemek için etik kodlar geliştirilmiştir. 20.yy'ın başlarında tıpta profesyonellik teknik uzmanlığın sürdürülmesi ve tıp pratiğinde öz düzenleme gibi konuları içermeye başlamış, tıp eğitiminde dikkatler daha çok bilgi ve beceri edindirmeye yönelmiştir (Kavak 2015).

Amerikan Hekimler Derneği (American College of Physicians- ACP)'nin yayınladığı 90'dan fazla profesyonel tıp birliğinin kabul ettiği Hekimlik Bildirgesi'nin Tıbbi Profesyonellik adlı metnine göre profesyonelliğin temel ilkeleri; hasta refahı, hasta özerkliği ve sosyal adalettir. Bu temel ilkeleri izleyen profesyonel sorumluluklar ise yeterlilik, hastalara karşı dürüst olmak, mahremiyete saygı göstermek, sağlık hizmetlerinin kalitesini ve erişilebilirliğini arttırmak, hastalarla uygun/düzeyli ilişki kurmak, kaynakların adil

dağılımını sağlamak, güven ortamını korumak için çıkar çatışmalarını yönetmek, bilimsel bilgiyi esas almak şeklinde sıralanmıştır (Akkaş ve Erdem 2017).

Günümüzde hekimlik mesleği, özel konumunu korumaya ve temel insan ihtiyaçlarını karşılamaya devam etmekle birlikte (Kavak 2015) teknolojik gelişmelerin etkisiyle hastaya bütüncül bakım yerine tedavi mekaniği ile daha çok ilgilenir duruma gelmiştir. Bununla birlikte tıp eğitiminin yoğun bilgi yükü karşısında hekim adayları giderek insani özelliklerini kaybetmeye başlamıştır (Sayek 2012). Toplumun tıba güveninin azaldığı ileri sürülerek tıp alanında profesyonelliğin yeniden tanımlanması gerektiği belirtilmektedir (Kavak 2015).

1.5.1.1. Tıpta Profesyonellik Projeleri

Tıp alanında profesyonelliğin, erdemleri de içerecek şekilde yeniden tanımlanmaya başlaması ile çeşitli kurumlar tarafından profesyonellik projeleri ve raporlar hazırlanmıştır. Bu projeler mezuniyet öncesi ve mezuniyet sonrası eğitime yönelik hazırlanmış projelerdir. Projelerin hedefini hekimlere kazandırılması gereken nitelikler oluşturmaktadır (Kavak 2015).

ABD'den Avrupa'ya ve giderek tüm dünyaya yayılan tıpta profesyonellik çalışmalarının başlangıcını Amerikan İç Hastalıkları Kurulu (American Board of Internal Medicine-ABIM) ve ACP tarafından hazırlanarak 1999 yılında yayınlanan Tıbbi Profesyonellik Projesi oluşturmaktadır. 2007 yılında güncellenen projede tıp öğrencilerinin mezuniyetten önce kazanmaları gereken profesyonellik öğeleri başkalarına saygı, insancılık, fedakârlık, mükemmellik, onur ve bütünlük, ödev ve sorumluluk olarak tanımlanmıştır. Lisansüstü Tıp Eğitimi Akreditasyon Konseyi tarafından tıp uzmanlık eğitim programlarında da profesyonellik konusuna yer verilmiştir. Profesyonellik başlığı altında saygı, merhamet, bütünlük, hasta ihtiyaçlarından sorumlu olmak ve bunu kendi çıkarlarından önde tutmak, hastaya, mesleğe ve topluma hesap verebilmek, mükemmellik ve profesyonel gelişimi sürdürmek, etik prensiplere bağlılık, farklı hasta popülasyonlarına karşı hassasiyet göstermek ve hastanın mahremiyetine ve özerkliğine saygı göstermek yer almıştır (Kavak 2015).

Ülkemizde tıpta profesyonellik projesi bağlamında değerlendirilebilecek ilk çalışma Yüksek Öğretim Kurumu (YÖK) bünyesinde 2003-2004 eğitim öğretim yılında uygulanmaya başlanan Ulusal Çekirdek Eğitim Programı (UÇEP)-2002'dir. Programda hekimlik mesleğinin yürütülmesi için kazanılması gereken tutum, davranış ve değerler ile iletişim becerilerine yer verilmiştir. 2014 yılında yenilenen Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi

UÇEP ile Türkiye’de iyi hekimlik uygulamaları için tıp fakültesi öğrencilerine kazandırılması gereken hedefler saptanmıştır. UÇEP’ındaki tıp eğitiminin üç ana içeriğini; (1) hekimlik uygulamalarına, mesleksi becerilere yönelik eğitim içeriği, (2) genel tıp alanına temel oluşturan bilgiler ve bilgiye yönelik eğitim içeriği (temel bilimler, klinik bilimler ve davranış bilimleri alanları) ve (3) profesyonel değerler, davranışlar ve profesyonelliğe yönelik eğitim içeriği oluşturmaktadır (YÖK 2014). Profesyonellik başlığı altında öne çıkan profesyonelliğe yönelik eğitim konuları; sağlığa bütüncül yaklaşım, hasta merkezli yaklaşım, toplum yönelimli hekimlik, hak temelli sağlık yaklaşımı, iletişim becerileri, zor durumlarda iletişim, kişilerarası ilişkiler ve ekip çalışması, tıp ve düşünce/değerler tarihi, hekim kimliği ve bilinci, hekimlik rolleri ve sınırları, tıp etiği, etik ve mesleki değerler ve sorumluluklar; insani, toplumsal ve kültürel değerler ve sorumluluklar, hasta hakları, hekim sorumluluğu, hasta-hekim ilişkisi, sağlık süreçlerinde profesyonelliğe/etiğe yönelik sorunlar, ikilemler, sağlık süreçlerinde yasal sorunlar, araştırma ve yayın etiği, sağlığın belirleyicileri, sağlıkta eşitsizlik, toplumsal cinsiyet ve sağlık, sağlık sistemleri, sağlık politikaları, sağlık ekonomisi ve yönetimi, reflektif düşünme ve uygulama, sürekli bireysel ve mesleki gelişim, eğitim ve danışmanlıktır (Gülpınar ve diğ. 2014).

Tıpta profesyonellik projelerinin temel amacı her hekimin profesyonelliğinin doğasını, meslek ahlakı içindeki temellerini, varlık gerekçelerini, özelliklerini ve üstleneceği yükümlülükleri anlamasını sağlamaktır. Tıp fakültelerinin ve diğer tıp eğitimi kurumlarının görevi ise mezuniyet öncesi eğitimde ve uzmanlık eğitiminde öğrencilere kazandırılması gereken bu niteliklere uygun eğitim ve değerlendirme yöntemlerinin kullanımına ilişkin stratejiler belirlemektir (Vatansever 2012).

1.5.1.2. Tıpta Profesyonelliğin Erdemlerle İlişkisi

Erdemler, kişiyi iyi bir insan yapan ve yaptığı işi de iyi yapmasını sağlayan karakter özellikleridir (Güven ve Ersoy 2000). Thomas Percival tıbbın esas amacının hastanın en iyi tıbbi çıkarını sağlamak olduğu varsayımından yola çıkarak, iyi bir hekimin karakter özelliklerinin hastanın iyiliği için sabit sorumluluklara bağlı olduğunu belirtmiştir. Percival 1803 yılında yayınladığı “Tıp Etiği ya da Bir Kurum Kodu ve Doktorlarla Cerrahların Profesyonel Davranışları İçin Benimsenen Ahlaki Kurallar” adlı eserinde hekimler için dört adet erdeme yer vermiştir: nezaket, sebat, lütufkârlık ve otorite (Kavak 2015). Amerikan Tıp Birliği (American Medical Association-AMA), bu eserden yararlanarak 1847 yılında hazırladığı ilk etik kodunda Percival’ın erdemlerini kabul etmiştir. İlerleyen yıllarda

yayınlanan AMA kodlarında erdem vurgusu giderek azalmış, 1957 yılında yayınlanan kodda, “insanoğlunun onuruna saygı” ve “özveri” erdemleri eklenmiştir (Kavak 2015). Sonuncusu 2001 yılında yayınlanan AMA kodunda, “özveri” yerine “şefkat” ifadesi kullanılmış, “insan onuruna ve haklarına saygı” şeklinde güncellemeler yapılmıştır (Riddick 2003). Dünya Tabipler Birliği’nin 1948 yılında yayınladığı Cenevre Bildirgesi’nde yer alan erdemler “vicdan” ve “onur”dur (Kavak 2015). Pellegrino tarafından güvene sadakat, yardımseverlik, entelektüel dürüstlük, cesaret, şefkat ve doğruluk şeklinde altı erdem tıp mesleğinin temel erdemleri olarak tanımlanmıştır (Pellegrino 2002).

Son yıllarda, erdem etiğinin tıp pratiğinde uygulanmasına duyulan ilgi özellikle tıbbi profesyonellik üzerine odaklanmıştır. Bu görüşe göre profesyonellik, hekimin ahlaki karakterini tıp etiğine yeniden çok önemli bir biçimde sokmak için gecikmiş bir çaba olarak görülmektedir. Profesyonelliğe ulaşmanın bir yolu olarak erdem etiğine doğru bu dönüşün hem değerli bir düzeltici hem de kaçırılmış bir fırsatı temsil ettiği iddia edilmektedir (McCammon ve Brody 2012). Erdem etiğinin tıpta uygulanabilirliğine ve erdemlerin öğretilirliğine ilişkin tartışmalar sürmekle birlikte tıp profesyonelliğinin yeniden tanımlandığı ve çeşitli kurumlar tarafından hazırlanan profesyonellik projelerinde erdemlere yer verilmektedir (Kavak 2015).

1.5.2. Hemşirelikte Profesyonellik ve Gelişim Süreci

Hemşirelik tarihsel süreçte başlangıçta sadece hasta bireylere hizmet verme olarak algılanmaya bağlı olarak dinsel bir görev sayılarak hekimin yardımcısı olarak görülmüştür (Adıgüzel ve diğ. 2011). 1970 yılına kadar hemşirelik mesleğinin kadın işi olarak kabul edilmesi, iş yükünün fazla olması, bilimsel temellerinin yavaş oluşumu ve eğitimlerinin farklı düzeylerde verilmesi gibi faktörler hemşirelikte profesyonelleşmeyi engelleyerek bir meslek olarak kabul edilmesine neden olmuştur (Ghadirian ve diğ. 2014).

Modern hemşireliğin kurucusu Florence Nightingale’e göre profesyonel hemşirelik, diğerlerine yardım etmeye gönüllü olmaktır. Profesyonelliğe ilişkin bir model geliştiren Hall (1982), profesyonel hemşire tutumlarını profesyonel derneklere ve toplantılara katılım, halka verilen sağlık hizmetine inanç geliştirme, otonomi, kendini düzenlemeye yönelik inanç geliştirme ve ekonomik gelirin ötesinde bağlanma nitelikleri ile tanımlamıştır. Hildegard Peplau, profesyonel bir hemşirenin kendini düzenlemesi ve hemşirelik derneklerine üye

olması gerektiğini belirtmiştir. Ayrıca profesyonelleşmenin ancak deneyimler doğrultusunda kazanılabileceğini savunmuştur (Öner Altıok ve Üstün 2014).

Hemşireliğin değişen ve yenilenen rolleriyle mesleğin profesyonelleşme sürecinde bazı kriterler ön plana çıkmıştır. Hemşireliğin profesyonellik kriterleri; eğitimsel hazırlık, yayın, araştırma, mesleki organizasyonlar ve örgüt, toplumsal hizmet, yeterlik ve sürekli eğitim ve hemşirelik kodları şeklinde belirtilmektedir (Öner Altıok ve Üstün 2014).

Günümüzde hemşirelik eğitim standartlarının ve sertifikalarının geliştirilmesi, teori ve pratiğin güçlü temele sahip olması, hemşirelerin bakım verici rolü dışında eğitim, araştırma, danışmanlık, savunuculuk gibi çağdaş rolleri ile politik aktivitelere ve mesleki örgütlere katılmaları ile hemşirelik profesyonel bir meslek olma yolunda ilerlemektedir (Ghadirian ve diğ. 2014, Karacaoğlu Vicdan 2010).

1.5.2.1. Hemşirelikte Profesyonellik ve Erdemlerle İlişkisi

Florence Nightingale erdemi, iyi bir hemşirede olması gereken özellikler olarak kabul etmiştir. Nightingale tarafından yazılan hemşirelik yemininde de sadakat, güvenilirlik, saflık, inanç ve merhamet ifadelerine yer verilmiştir (Ecevit Alpar ve diğ. 2013). Uluslararası Hemşireler Konseyi (International Council of Nursing- ICN), 1953 yılında hemşirelik uygulamalarında gerekli olan en önemli etik değerleri, normları ve sorumlulukları belirten, profesyonelliğin temeli olarak fonksiyon gören etik kodlar oluşturmuştur. ICN tarafından 2012 yılında güncellenen Hemşirelik Etik Kodu'nda profesyonel hemşirelik değerleri saygı, duyarlılık, şefkat, güvenilirlik ve dürüstlük olarak belirtilmiştir (ICN 2012). Son güncellemesi 2015 yılında yapılan Amerikan Hemşireler Derneği (American Nurses Association- ANA) Hemşireler İçin Etik Kod'unda "hemşire şefkat ve her insanın kendine özgü onuruna, değerine ve benzersiz özelliklerine saygı göstererek uygulamalarını yerine getirir" ifadesine yer verilmiştir (ANA, 2015). Görüldüğü gibi profesyonel hemşirelik etik kodları hemşirelerin sahip olması gereken erdemlere de vurgu yapmaktadır. Hemşirelik mesleği için sıralan erdemler; hastanın iyiliğini arttırmak için gereken şefkat, hastanın haklarını savunmak için gereken cesaret, hastanın gücünü kazanmasını sağlamak için gereken saygı ve güvenilirliktir (Kristjánsson ve diğ. 2017). Bu erdemler YÖK tarafından 2014 yılında güncellenen Hemşirelik UÇEP'nda yer alan yeterlikleri de kapsamaktadır (YÖK 2014).

2. AMAÇ

Türkiye'nin toplam nüfusunun %23,6'sını 0-14 yaş grubunu içeren çocuk nüfus (22 milyon 883 bin 288) oluşturmaktadır (Türkiye İstatistik Kurumu 2018). Çocuklar acil servis başvurularının ve kazaların üçte birinden sorumlu tutulmakta, buna bağlı olarak çok sık sağlık hizmeti almaktadırlar. Bununla birlikte çocukların aldıkları sağlık hizmetine ilişkin görüşlerine nadiren danışılmaktadır (Brady 2009). Çocuk hastaların özellikle de kanser tanılı hasta çocukların sağlık profesyonelleriyle kurdukları iletişimin ve hastalık deneyimlerinin yetişkinlerden tamamen farklı olduğu belirtilmektedir (Montoya-Juárez ve diğ. 2012). Bu araştırmamızın temel amacı kanser tanısı nedeniyle hastanede yatarak tedavi gören çocukların perspektifinden iyi hekim ve iyi hemşireye ilişkin görüşlerini etik açıdan değerlendirmektir. Araştırma sonuçlarımızın çocuk hekim ve hemşirelerine kanser tanılı çocukların ihtiyaçlarını karşılayacak tedavi ve bakım vermelerini sağlamada yol gösterici bir veri sağlayacağı düşünülmektedir.

3. YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Araştırmada kanser tanılı çocukların iyi hekim ve iyi hemşireyi nasıl tanımladıklarının belirlenerek, iyi hekim ve iyi hemşireye ilişkin görüş, deneyim ve beklentilerinin ortaya konulması istendiğinden araştırma, *niteliksel gömülü (grounded) teorik* bir çalışma olarak yapıldı. Çocukların iyi hekim ve iyi hemşire tanımlarını kavrayabilmek için derinlemesine görüşme ile çiz ve yaz teknikleri kullanıldı.

Nitel araştırma yönteminin özellikleri; kişilerin davranışlarını geçtiği durumlar içerisinde incelemesi, araştırmacının katılımcılarla birebir ilişki içinde olması, durumların bütün özellikleri ile ele alınması, bireylerin algılarını ve deneyimlerini ortaya koyması, araştırma deseninde esneklik olması ve tümevarımcı bir yöntemle probleme ilişkin ana temaları ortaya çıkarmasıdır (Çam ve diğ. 2016). Bu araştırmalarda veriler video, ses kaydı, yazılı metinler, kelimeler ya da semboller yardımıyla kaydedilerek toplanmaktadır (Can Öz 2016).

Nitel araştırma tasarımlarından biri olan gömülü teori, Barney G. Glaser ve Anselm L. Strauss tarafından 1967 yılında geliştirilmiştir (Arık ve Arık 2016). Bu teori esneklik ve yaratıcılığı esas alan; sahanın teoriyi keşfetmesine karşı olan, sahanın teoriyi yaratan esas unsur olarak ele alınmasını öneren teorik ve metodolojik bir yaklaşımdır (Kurt 2015). Gömülü teorinin temel prensibi; tümevarımcı bir mantıkla verileri elde etmek ve elde edilen verileri eş zamanlı olarak analiz etmektir. Böylelikle bu yaklaşıma göre, anlamlı verilerden elde edilen kategoriler birleştirilip tanımlanabilmekte ve bir ürün olarak teori ortaya konulabilmektedir (Arık ve Arık 2016). Araştırmada bu yöntemin seçilme nedeni; çocukların bakış açılarını ayrıntılı bir şekilde ele alma ve önyargısız olarak çocukların önemli buldukları konuları ifade etmelerine yardımcı olma konusundaki uygunluğudur. Bununla birlikte yöntemin diğer seçilme nedenleri; elde edilen veriler üzerine düşünmeye, verileri benzerlik ve farklılıklarıyla birlikte bütünlüklü analiz etmeye ve konuya ilişkin derinlikli bir bakış açısı kazandırmaya olanak sağlamasıdır.

3.2. Araştırmanın Yeri

Araştırma Türkiye’de endüstriyel altyapısı ve artan gç oranları nedeniyle kanser vakalarının sık grldğı yerlerden biri olan Kocaeli’de (Dündar 2015) bulunan Kocaeli Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi ocuk Onkolojisi ve ocuk Hematolojisi servislerinde yürütüldü.

3.3. Araştırma Evren ve örneklemini

Araştırmanın evrenini, kanser tanısı nedeniyle Kocaeli Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi ocuk Onkolojisi ve ocuk Hematolojisi servislerinde yatan çocuklar oluşturdu.

Araştırmanın örneklemini ise; gerçekçi bir yaklaşım ile resimlerini çizebilecek yeterliliğin mümkün olduğu 7-12 yaş arasında olan, en az bir haftadır hastanede yatarak tıbbi tedavi ve bakım alan çocuklar oluşturdu. İletişim kurulamayan, görüşme yapmasını engelleyecek Şekilde ağrı ve acı çeken, kendisi veya ebeveyni tarafından araştırmaya katılmaya onam vermeyen çocuklar araştırmaya dâhil edilmedi.

Niteliksel araştırmalarda örneklem büyüklüğü için belirlenmiş bir kural bulunmamakta, örneklemin sonlandırılmasında ölçüt olarak verilerin tekrarlanmaya başlaması yani verilerden doyuma ulaşılması kullanılmaktadır (Can z 2016). Gömülü teoride veri toplama ve analiz süreci teorik doygunluğa ulaşıncaya kadar devam etmektedir. Bunun anlamı, araştırmacının yeni veri ekleyemediği, benzer önekleri tekrar tekrar görmeye başladığı ve kategorilerin özelliklerini geliştiremediği durumda araştırmayı sonlandırmasıdır (Arık ve Arık 2016). Bu doğrultuda araştırmamızın örneklem büyüklüğü verilerin doyuma ulaştığı sayı olarak belirlendi.

Araştırma kapsamında hasta çocukla yapılan görüşmeler, verilerin tekrarlamaya başladığı ve yeni veri eklenemediği değerlendirilerek 18. görüşme sonunda sonlandırıldı.

3.4. Araştırma Süresi

Araştırmanın yürütülmesi için önce 29.03.2017 tarihinde Kocaeli Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi ile hastanenin ocuk Hematolojisi ve ocuk Onkolojisi servis sorumlu hekimlerinden, ardından 03.05.2017 tarihinde Kocaeli Üniversitesi

Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan gerekli izinler alındı. Araştırma verileri 04.05.2017 ile 27.11.2017 tarihleri arasında toplandı.

3.5. Veri Toplama Araçları

Araştırma verilerinin toplanmasında araştırmacılar tarafından konuyla ilgili literatür taraması doğrultusunda geliştirilen Çocuk Bilgi ve Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formları kullanıldı. Görüşme sırasında “Çiz ve Yaz” tekniği kullanılarak çocuktan iyi hekim ve iyi hemşireyi anlatan resim yapmaları da istendi. Çocuklarla yapılan görüşmeler sırasında çocuklar gözlemlendi. Daha sonra dinlenmesine olanak sağlayabilmesi açısından izin verilen görüşmelerde ses kayıt cihazı kullanıldı.

3.5.1. Çocuk Bilgi Formu

Çocuğun sosyo-demografik (yaş, cinsiyet, kardeş sayısı, ileride yapmak istediği meslek, ailesinde sağlık sektöründe çalışanın olma durumu ve varsa kim olduğu) ve klinik özelliklerine (hastalık tanısı ve süresi, hastanede yatış sayısı, yatma nedeni ve yatma süresi) ilişkin bilgiler bu form aracılığıyla hasta dosyasından ve/veya hastanın hekim ve/veya hemşiresinden elde edildi. Bilgi formuna çocukla görüşme tarihi de kaydedildi (Ek 1).

3.5.2. Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu

Araştırmada kanser tanımlı çocukların iyi hekim ve iyi hemşireye ilişkin görüşlerini, algısını ve beklentilerini belirlemek amacıyla yarı yapılandırılmış görüşme formu (Ek 2) kullanıldı. Yarı yapılandırılmış görüşme formunun geliştirilmesinde çocuğun araştırılan konuya ilişkin kendini ifade etmesini kolaylaştıracak sorulara yer verildi.

Görüşme sırasında çocuğa yöneltilen ana sorular şunlardı:

- Doktor ve hemşire kimdir?
- Doktor ve hemşire neler yapar?
- Doktor ve hemşirenin görevleri nelerdir?
- İyi bir doktor / iyi bir hemşire sence nasıl olmalıdır?
- İyi bir doktor / iyi bir hemşire neler yapmalıdır veya yapmamalıdır?
- Sen bir doktor olsaydın nasıl bir doktor olurdu?
- Sen bir hemşire olsaydın nasıl bir hemşire olurdu?

3.5.3. Çiz ve Yaz Tekniği

Resim çizme, çocukları duygusal olarak etkileyen olayları aktarmada ve düşüncelerini ifade etmelerinde sözel ifadeden daha etkili bir yoldur (Şen Beytut ve diğ. 2009, Temel ve diğ. 2018). Konuşurken resim çizme fırsatı verilen çocuklar, sadece sorulan sorulara cevap veren çocuklara göre daha çok şey ifade etmektedir (Yavuzer 1992). Sağlık alanında çocuklarla yapılan araştırmalarda da sıklıkla çocukların çizdikleri resimlere başvurulmaktadır (Brady 2009, Corsano ve diğ. 2012). Hasta çocuğa hastalığı hakkında ne düşündüğü sorulduğunda, belki cevap veremez ama çizdikleri ile durumu resmedebilir. Bir çizim zihinsel gelişim hakkında bilgi verir, belirsiz ve çelişkili duyguların, algıların, saklı travmaların ortaya çıkmasını sağlamaya yardımcı olur. Bu bağlamda herhangi bir hastalık durumunun, çocuk üzerindeki etkilerinin çocuğun çizdiği resimlerine de yansımaları beklenmektedir (Şen Beytut ve diğ. 2009, Temel ve diğ. 2018).

Çocuklar yaklaşık yedi yaşlarında insan figürü çizimlerinde belirli, bilinen bazı sembolleri kullanmaya başlar ve beden parçalarını kendi bilgisine dayanarak betimler. Bu dönemdeki çocuklar artık kendilerine özgü bakış açısına sahiptirler. Dolayısıyla yedi yaşındaki çocuklar deneyimlerini, duygu ve düşüncelerini rahatlıkla resme aktarabilirler. Resimde “Gerçekçilik Dönemi” olarak ifade edilen gruplaşma dönemi ise 9-12 yaş aralığına karşılık gelmektedir. Bu yaşlardaki çocukların artık toplumun bir üyesi olduğuna dair bilgileri vardır ve bu haberdar oluşu çizgilerine yansıtmaya başlamıştır (Yavuzer 1992). Çocukların 7-12 yaş aralığında gerçekçi bir yaklaşım ile resimlerini çizebilecek yeterliliğe sahip olması nedeniyle çalışmamız bu yaş aralığındaki çocuklarla yürütüldü.

Bu araştırmada çiz ve yaz tekniği, çocukla iletişimi kolaylaştırması, iyi hekim ve iyi hemşirede çocukların önemli buldukları tanımları dile getirebilmelerinde yardımcı olması ve çocukların hekim ve hemşireye ilişkin algısını ve beklentisini öğrenmede kolaylık sağlaması nedeniyle tercih edildi. Görüşme sırasında çocuğa “İyi bir doktor ve hemşireyi bana resimle anlatır mısın?” sorusu yönlendirildi. Kabul eden çocuklara resim kâğıdı ve boya kalemleri verildi. Çocuğa resim çizimi sırasında soru sorulmadı ve süre açısından herhangi bir sınırlandırma yapılmadı. Resmin tamamlamasının ardından çocuklara resimde çizdiklerine ilişkin açık uçlu sorular (Bana resmini anlatır mısın?, Resimde çizdiklerin kimler? gibi) yönlendirildi.

3.6. Araştırma Verilerinin Toplanması

Araştırma verilerinin toplanmasına başlanmadan önce çocuk hematolojisi ve çocuk onkolojisi servis sorumlu hemşiresiyle iletişime geçilerek yürütülecek araştırma hakkında bilgi verildi. Araştırmanın olası çocuk katılımcılarının belirlenmesinde ve araştırmacının bu çocuklarla iletişime geçmesinde servis sorumlu hemşiresinden destek alındı. Ayrıca servis sorumlu hemşiresiyle birlikte serviste bulunan Ayaktan Kemoterapi nitesi çocukla görüşme ortamı olarak belirlendi.

Veri toplama sürecinde haftada iki gün (pazartesi ve cuma) servis sorumlu hemşiresiyle iletişime geçilerek araştırmanın olası çocuk katılımcılarına ilişkin bilgi alındı. Araştırmacı ayda iki kez servisi ziyaret ederek olası araştırma katılımcısı çocuk ve vekiliyle görüştü. Araştırma hakkında önce çocuğun vekiline, vekilin çocuğun araştırmaya katılımını kabul etmesi durumunda çocuğa sözlü ve yazılı bilgilendirme yapıldı (Ek 3, Ek 4). Araştırmaya katılmayı kabul eden çocuk ve vekilinden yazılı onam alındı (Ek 5). Görüşmenin ses kaydının alınmasına izin veren ve iyi hekim ile iyi hemşireye ilişkin resim yapan çocuk ve vekilinden resim ve ses kayıtlarının kullanılması için izin alındı (Ek 6).

Araştırmaya katılmayı kabul eden çocuklarla görüşmeler çocukların alması gereken tıbbi tedavi ve bakım hizmetlerini ve servisin rutin işleyişini aksatmayacak şekilde saat 16.00'dan sonra yapıldı. Çocuğa görüşme süresi ile ilgili bir zaman sınırlandırılması yapılmamakla birlikte görüşmeler ortalama 15-20 dakika sürdü.

3.7. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın yürütülebilmesi için Kocaeli Üniversitesi Girişimsel Olmayan klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 03.05.2017 tarihinde KOUGOKAEK 217/85 proje numarası ve 2017/5.21 karar sayısıyla etik onay alındı.

Araştırmaya katılan çocuklara ve vekillerine araştırmanın amacı, araştırmaya katılımın gönüllü olduğu, kimlik bilgileri kullanılmadan araştırma sonuçlarının paylaşılacağı ve verilerin araştırma dışında kullanılmayacağı konusunda güvence verildi.

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada gömülü teorik yaklaşım kullanıldığından araştırma verileri toplanmaya başlandığı andan itibaren analiz edilmeye başlandı. Veriler açık, eksen ve seçici kodlama aşamaları ile değerlendirilerek analiz edildi. Öncelikle çocukla görüşme sırasında yazılı ve/veya ses kaydı olarak alınan veriler araştırmacı tarafından bilgisayar ortamında yazılı hale getirildi. Açık kodlama aşamasında araştırmacı yazılı verileri birkaç kez okuduktan sonra görüşmeye ilişkin aldığı kayıtları ve çocukların yaptıkları resimleri göz önünde bulundurarak çocukların iyi hekim ve iyi hemşireye ilişkin tanımlarını alfabetik olarak sıralayarak bir açık kod listesi oluşturdu. Açık kodlama işleminin ardından, elde edilen kodlar bir araya getirilerek benzer, ortak ve farklı yönleri göz önünde bulundurularak ana kategori ve alt kategoriler belirlendi (eksen kodlama). Son aşama olan seçici kodlamada ilişkili olan seçili kodlar ana kodların altına yerleştirilerek kodlar daraltıldı. Böylece araştırma bulgularının önemli yönlerini ifade edecek ana kategoriler oluşturuldu.

Verilerin güvenilirliğini sağlamak amacıyla nitel araştırmalar yapan bir araştırmacı tarafından oluşturulan kodların ana kategorilere uygunluğu değerlendirildi. Araştırma bulguları herhangi bir yoruma yer vermeden ve sık sık kanser tanılı çocukların iyi hekim ve iyi hemşire tanımlarını en iyi vurgulayan ifadelere ve resimlere yer verilerek sunuldu. Bazı resimlerin anlatımına ilişkin ifadeler resmin üzerine çocukların kendisi tarafından yazılırken, çocukta serum takılı olması gibi nedenlerden dolayı bazı resimlere ilişkin anlatımlar araştırmacı tarafından resimlere yazıldı.

4. BULGULAR

Kanser tanısı nedeniyle yatarak tedavi gören 7 ile 12 yaş arası çocukların iyi hekim ve iyi hemşireye ilişkin tanımlarını etik açıdan değerlendirmek amacıyla yürüttüğümüz çalışma kapsamında 21 çocukla görüşüldü. Üç çocuğun ebeveyni ağrı, bulantı, kusma ve halsizlik nedeniyle çocuğunun araştırmaya katılmasını reddetti. Çalışmaya katılan 18 çocuktan 17'si iyi hekim ve iyi hemşireyi anlatan resim çizdi, bu çocuklardan 11'i görüşmenin ses kaydının alınmasına izin verdi. Araştırmadan elde edilen veriler; çocukların demografik ve klinik özellikleri ile çocukların iyi hekime ve iyi hemşireye ilişkin tanımları olarak iki başlıkta ele alındı.

4.1. Çocukların Demografik ve Klinik Özellikleri

Çalışmamıza katılan 18 çocuğun %61,1'i (n=11) erkek, %38,9'u (n=7) kadındı. Yaşları 7 ile 12 arasında değişen çocukların yaş ortalamaları $9,7\pm 1,8$ yıldır. Hepsisi kardeş sahibi olan çocukların %38,9'unun (n=7) üç kardeşi vardı (Çizelge 4.1.). Çocukların %66,7'si (n=12) ailesinde sağlık sektöründe çalışan olmadığını belirtti. İki çocuğun kuzeni ve bir çocuğun teyzesi hemşire, bir çocuğun annesi de hastane personeliydi. İleride olmak istedikleri mesleklere ilişkin dört çocuk (%22,3) doktor, üç çocuk (%16,7) öğretmen, iki çocuk pilot (%11,1), birer çocuk (%5,6) yönetmen, vali, mimar, mühendis, hemşire, din görevlisi ve sporcu olmak istediğini ifade etti.

Hastalık süresi 15 gün ile 42 ay arasında değişen çocukların hastalık süresi ortalaması $6,0\pm 9,3$ aydır. Çocukların %55,5'i (n=10) lösemi (akut lenfoblastik lösemi, akut miyeloid lösemi), %33,3'ü (n=6) tümör (beyin tümörü, ewing sarkom, medulloblastom) ve %11,1'i (n=2) lenfoma tanısı nedeniyle hastanede yatmaktaydı. Çocukların hastanede yatış sayısı 1 ile 30 arasında değişmekte olup, hastanede yatış süresi ortalaması $3,1\pm 2,5$ aydır (Çizelge 4.1.).

Çizelge 4.1. Çocukların demografik ve klinik özellikleri (N=18)

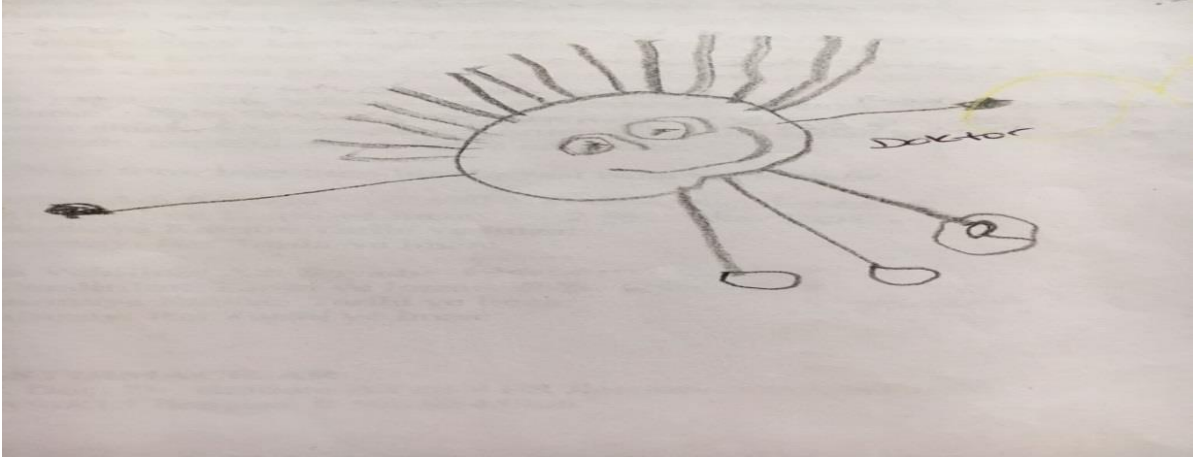
No.	Yaş	Cinsiyet	Kardeş sayısı	Hastalık tanısı	Hastalık süresi (ay)	Hastanede yatış sayısı	Hastanede yatış süresi (ay)
1	12	Kadın	3	Ganglionöroblastom	4	30	4
2	9	Kadın	2	Akut miyeloid lösemi	3	5	0,8
3	11	Erkek	2	Akut lenfoblastik lösemi	12	12	7
4	7	Erkek	1	Akut lenfoblastik lösemi	30	15	2
5	8	Erkek	2	Lösemi	1	2	1
6	10	Erkek	3	Bürkit lenfoma	6	12	6 1
7	10	Erkek	3	Akut lenfoblastik lösemi	1	1	1
8	7	Kadın	1	Medibilastom	3	5	2
9	10	Erkek	2	Burking lenfoma	6	2	6
10	12	Erkek	2	Akut miyeloid lösemi	3	3	3
11	12	Erkek	4	Beyin tümörü	6	4	1,2
12	10	Erkek	3	Akut miyeloid lösemi	3	13	3
13	9	Kadın	3	Eving sarkom	7	9	7
14	12	Kadın	2	Lösemi	4	16	4
15	7	Erkek	3	Beyin tümörü	2	4	2
16	10	Erkek	1	Akut lenfoblastik lösemi	9,5	15	9,5
17	9	Erkek	3	Beyin tümörü	1	2	1
18	8	Kadın	1	Lösemi	0,5	2	0,5

4.2. Çocukların İyi Hekim ve İyi Hemşireye İlişkin Tanımları

Çalışmamıza katılan çocukların iyi hekim ve iyi hemşireye ilişkin ifade ettikleri tanımlar iletişim, erdemler, mesleki yeterlik, güvenlik, kişisel ve fiziksel özellikler olarak beş ana kategoride ele alındı. Her bir ana kategoride, çocukların iyi hekim ve iyi hemşireye ilişkin tanımlarını en iyi vurgulayan ve tanımlayan ifadeleri doğrudan alıntılar yapılarak sunuldu. Çizelge 4.2.'de çocukların iyi hekim ve iyi hemşire görüşlerinin beş ana kategoride yer alan bazı ifadelerine yer verildi.

4.2.1. İletişim

Kanser tanılı çocukların iyi hekim ve iyi hemşireye ilişkin ifade ettikleri tanımlar en fazla iletişim başlığı altında yer aldı. Çocukların büyük çoğunluğu (%94,4; n=17) iyi bir hemşireyi, yarıdan fazlası (%61,1; n=11) iyi bir hekimi güler yüzlü olarak tanımladı. Çocukların iyi hekim ve iyi hemşirenin güler yüzlü olmasını belirtirken vurguladıkları, gülümsemenin içten olması yapmacık olmaması gerektiği idi.



Çizim 4.1. Gülümseyen doktor (4 no. çocuk, 7 yaş).

“İyi bir hekim, sevecen olmalı ve gülümsemeli. Kaşları kesinlikle çatık olmamalı” (8 no. çocuk, 7 yaş).

“Çocuklara gülümsüyorsa iyi bir hemşiredir” (9 no. çocuk, 10 yaş).

Çizelge 4.2. Çocukların iyi hekim ve iyi hemşireye ilişkin görüşlerinin beş ana kategoride yer alan bazı ifadeleri

Ana Kategori	Çocukların İfadeleri
İletişim	<ul style="list-style-type: none"> - Çocuklara gülümsüyorsa iyi bir hemşiredir (8 no. çocuk, 7 yaş). - İyi bir doktor gerçekten gülmelidir, yapmacık gülmemelidir (13 no. çocuk, 12 yaş). İyi bir doktor çocukların anneleriyle de konuşmalı (14 no çocuk, 9 yaş). - Doktorların bazıları da iyi olabiliyor. Mesela bazıları bana dostum, kanka, yakışıklı diye sesleniyor, bunları demeleri güzel (16 no. çocuk, 10 yaş). - İyi bir hekim, sevecen olmalı ve gülümsemeli (8 no. çocuk, 7 yaş). - Hastasını dinleyen hekim, iyi hekimdir. Onunla konuşurken yüzüne bakar (2 no. çocuk, 9 yaş).
Erdemler	<ul style="list-style-type: none"> - İyi bir doktor hoşgörülü olmalıdır. Ben bir kere hiç kardeşimi görmemiştim. Kardeşimi çok özledim, onu çok özledim... Ben çok zaman oldu kardeşimi görmedim, bir kere doktordan izin almak istedim, hayır dedi (3 no. çocuk, 11 yaş). - Hemşireler hoşgörülü olmalılar aslında. Mesela biz koridorda dolaşırken kızıp, kaşlarını yukarı kaldırıp, sinirli bir şekilde odana git demeleri kötü bir davranıştır onun yerine gülümseyebilir ve rica edebilirler aslında (18 no. çocuk, 8 yaş). - Bence hekim güvenilecek kişi olmalıdır, bunun için de dürüst olması gerekir. Dürüst olmayan hiç kimseye güvenmem ben (17 no. çocuk, 9 yaş). - Doktor ... annemle ve babamla benden gizli konuşuyor. Bence benim yanımda konuşmalılar. Sonuçta hasta olan benim (13 no. çocuk, 12 yaş). - Sadece birbirimize özel şeylerimizi anlattığımız ve kimseye söylemediğimiz bir doktorum olsun isterdim (15 no. çocuk, 7 yaş).
Mesleki Yeterlik	<ul style="list-style-type: none"> - İyi bir doktor, benim doktorum gibi olmalı. Kan alınacak mesela, iki dakikada buluyor (4 no. çocuk, 7 yaş). - Doktorun görevi, profesöre yardım etmek, çok bilgili olmak ve hastaları muayene etmektir (7 no. çocuk, 10 yaş). - Ben buradaki hemşireyi çok seviyorum. O kan alırken dikkatli oluyor hem de bana gülümsüyor, benimle konuşuyor, canımı acıtmıyor, hemen aldığı için de canım yanmıyor” (8 no. çocuk, 7 yaş). - Hemşirelerin görevi işinde dikkat etmek, port takılırken dikkat etmek mesela ve bizi kurtarmaktır, onlar bizi kurtardıkları zaman mutlu ediyorlar (5 no. çocuk, 8 yaş).
Güvenlik	<ul style="list-style-type: none"> - Doktor olmak çok önemli, iyi doktor olmak daha önemli. Maske takılarak, iyi doktor olunabilir mesela. Asla lösemi çocukları öldürmüyor, enfeksiyon öldürüyor (11 no çocuk, 12 yaş). - İyi bir doktor temiz giyinmeli, maske takmalı ve saçları toplu olmalı. Saçları dağınık olursa güzel olmaz, yediğimiz yemeklere girebilir (1 no. çocuk, 12 yaş). - Saçları kısa olmalı doktor ve hemşirelerin, çocukların yüzüne değmemeli (9 no. çocuk, 10 yaş). - İyi bir doktor ve hemşire temiz olmalı, mikrop kapmamamız için tırnakları kısa olmalı (12 no. çocuk, 10 yaş). - Ben hemşire olsaydım pis olmaktan kaçınırdım, mesela katater takılırken bize elleri temiz olmalı hemşirelerin (1 no çocuk, 12 yaş).
Kişisel ve Fiziksel Özellikler	<ul style="list-style-type: none"> - İyi doktor çocukları seven doktordur, sıcakkanlıdır. Bir doktor çocukları sevmiyorsa çocuk doktoru olmamalıdır (17 no. çocuk, 9 yaş). - Çocukları sevmeli hemşireler, sevmiyorsa bence işini iyi yapamaz (14 no. çocuk, 9 yaş). - Erkek hemşireler de vardır, erkek olan hemşireler yakışıklı olmalıdır. Yakışıklı bir hemşire tabi bana benzer (3 no. çocuk, 11 yaş). - ... hemşire çok güzel makyaj yapıyor bana da makyaj malzemeleri veriyor. Güzel bir hemşire o. Saçları da çok güzel, iyi bir hemşire (8 no. çocuk, 7 yaş). - İyi bir hekim ve hemşire, vatansever olmalıdır. Türkiye’yi sevmiyorsa, oradaki insanları da sevmez, iyi bir hekim, hemşire olamaz (3 no. çocuk, 11 yaş).

Çalışmamıza katılan çocuklar iyi hekim ve iyi hemşire tanımlarında, gülümsemenin yanı sıra kendisine hitap edilme şekline ve kendisiyle nasıl iletişim kurulduğuna dikkat ettiklerini gösteren ifadelere yer verdi.

“İyi bir doktor gerçekten gülmelidir, yapmacık gülmemelidir (13 no. çocuk, 12 yaş).

“Doktorların bazıları iyi olabiliyor. Mesela bazıları bana dostum, kanka, yakışıklı diye sesleniyor, bunları demeleri güzel” (16 no. çocuk, 10 yaş).

“Benimle konuşurken bana yakışıklı demeleri hoşuma gidiyor. Doktorlar böyle güzel kelimeler kullanınca ben çok mutlu oluyorum” (17 no. çocuk, 9 yaş).

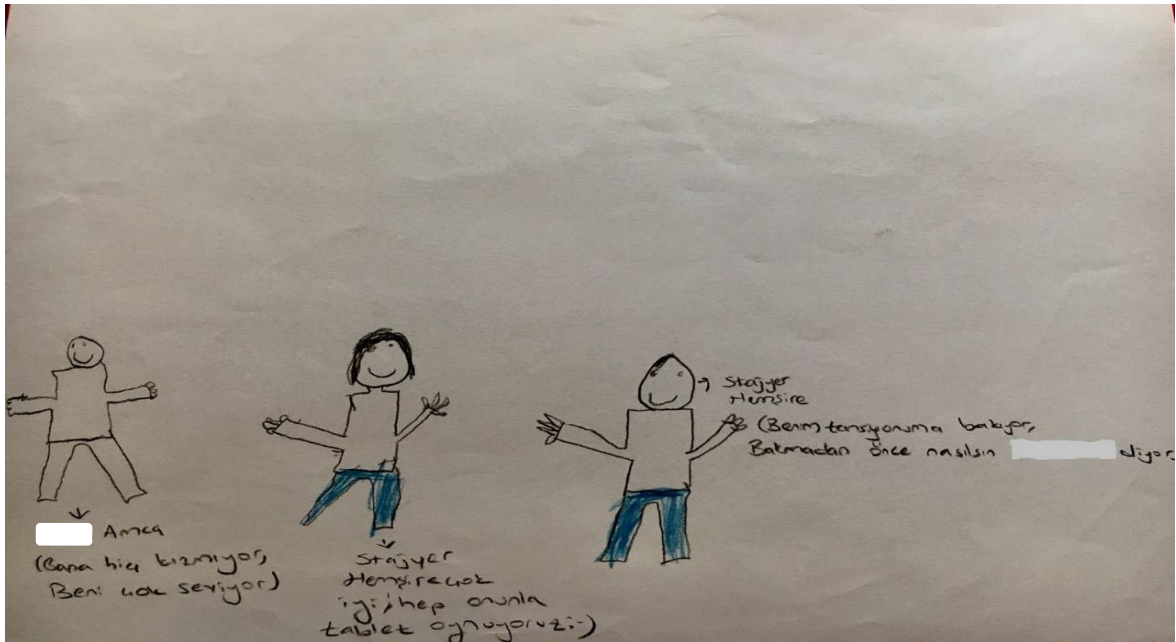
“Bugün nasılsınız? diye soran hekime, iyi hekim denir. Odaya gülümseyerek girer, hal- hatır sorar, benimle sohbet eder” (11 no. çocuk, 12 yaş).

“İleride hemşire olmak isteseydim hastalarımı nazik konuşurdum” (14 no. çocuk, 9 yaş).

“Bana prenses bugün çok güzelsin diyor Bihter hemşire, bana çiçek veriyor, onu çok seviyorum” (8 no. çocuk, 7 yaş).

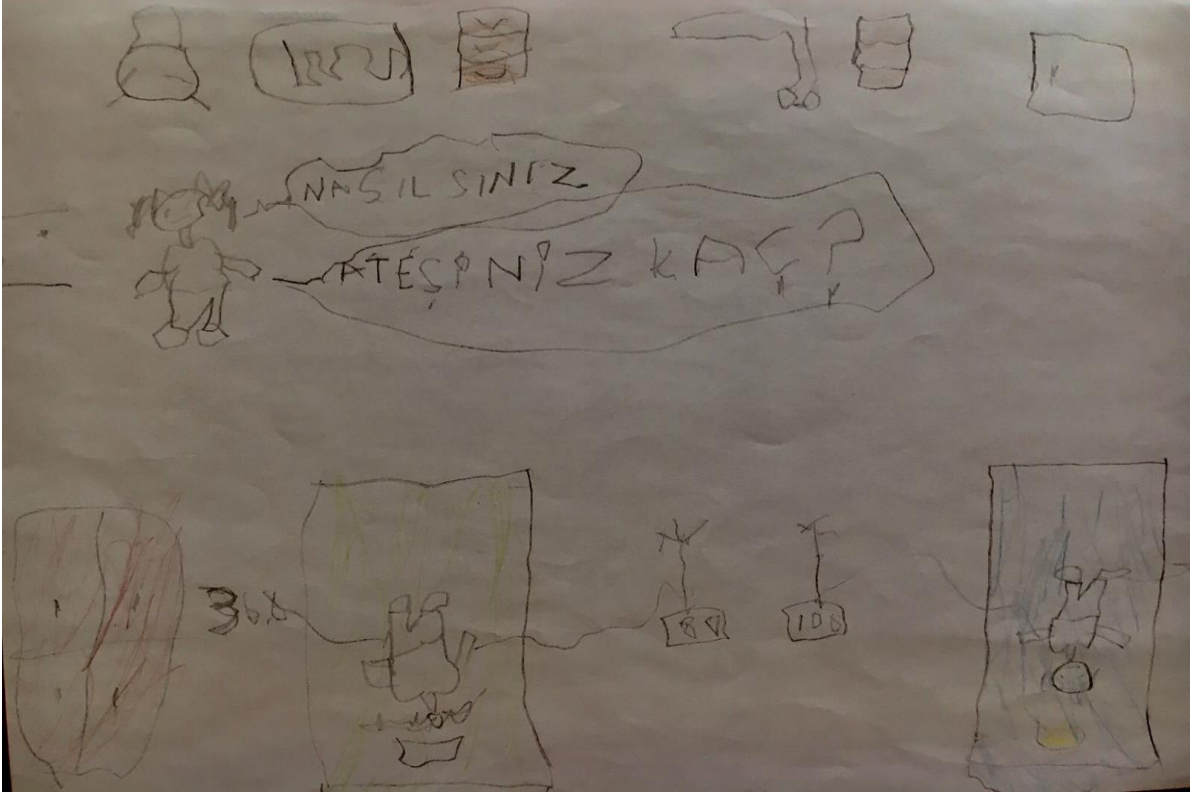
“Hastasını dinleyen hekim, iyi hekimdir. Onunla konuşurken yüzüne bakar” (2 no. çocuk, 9 yaş).

“Buradaki hemşiremi çok seviyorum, benim tansiyonuma bakıyor ve bakmadan önce de ‘nasılsıncim diye soruyor” (15 no. çocuk, 7 yaş) (Çizim 4.2).



Çizim 4.2. Güzel hitap eden hekim ve hemşireler (15 no. çocuk, 7 yaş).

“Bazı profesörler hiç pas vermeyebiliyorlar, hiç konuşmayabiliyorlar. Çok saygısızlar. Mesela buradaki bir onkoloji doktoru hiç ailelerle konuşmuyor, bir şey yapmıyor. Ben buradaki bizim doktorumuzu çok seviyorum. Nasılsın, iyi misin diye de soruyor. Annen nasıl diye de soruyor, annemle de konuşuyor. İyi bir doktor çocukların anneleriyle de konuşmalı” (12 no. çocuk, 10 yaş).



Çizim 4.3. Çocuklara nasıl olduklarını soran hemşire (12 no. çocuk, 10 yaş)

Çocuklar iyi hekim ve iyi hemşireyi kendisine iyi davranan, kızmayan, bağırmayan, kendisini anlayan, nelerin mutlu edeceğini bilen ve önemseyen, isteklerini yerine getiren, hediyeler veren ve oyun oynayan tanımlarıyla ifade etti. Bununla birlikte çocuklardan bazıları hekim ve hemşirenin sadece kendisine değil ailesine de iyi davranması gerektiğini belirtti.

“Hemşireler aslında iyidir ama bazen kötü davranışlarda bulunabilirler. Mesela biz koridorda dolaşırken kızıp, kaşlarını yukarı kaldırıp, sinirli bir şekilde odana git demeleri kötü bir davranıştır onun yerine gülümseyebilir ve rica edebilirler aslında” (3 no. çocuk, 11 yaş).

“Kötü bir doktor, annelerimize bağırarak, yüksek sesle konuşur” (18 no. çocuk, 8 yaş).

“Bir yerin ağrıyor mu, sızlıyor mu yakışıklı diyen kişidir iyi doktor. İyi bir doktor, çocuklara bağırmmalı, nazik davranmalıdır” (7 no. çocuk, 10 yaş).

“İyi bir hekim arada sürprizler yapan hekimdir” (8 no. çocuk, 7 yaş).

“Esprili, hastasıyla vakit geçiren doktor iyi bir doktordur. Ben ileride doktor olduğumda onları güldürmeye çalışacağım, moralleri yerine gelsin diye” (9 no. çocuk, 10 yaş).

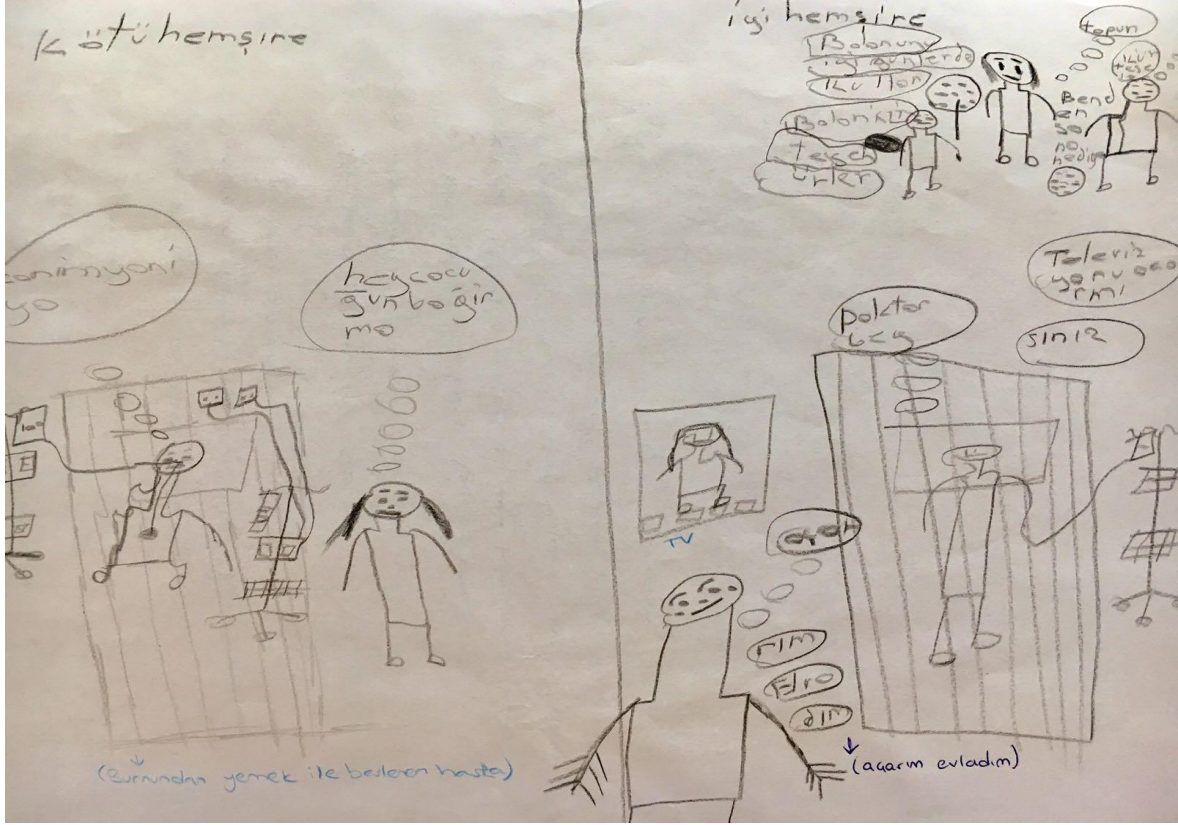
“Hastalara ve annelerine moral vermeli doktorlar. Mesela küçük hediyeler verebilirler. Petito küçük ayıcık çikolatalar var ya, bizim doktor ondan almıştı, bayramda dağıtmıştı, çok sevindik. Çiçek vermeleri de çocukları çok mutlu edebilir” (14 no. çocuk, 9 yaş) (Çizim 4.4.).



Çizim 4.4. Doktor bana çiçek veriyor (14 no. çocuk, 9 yaş).

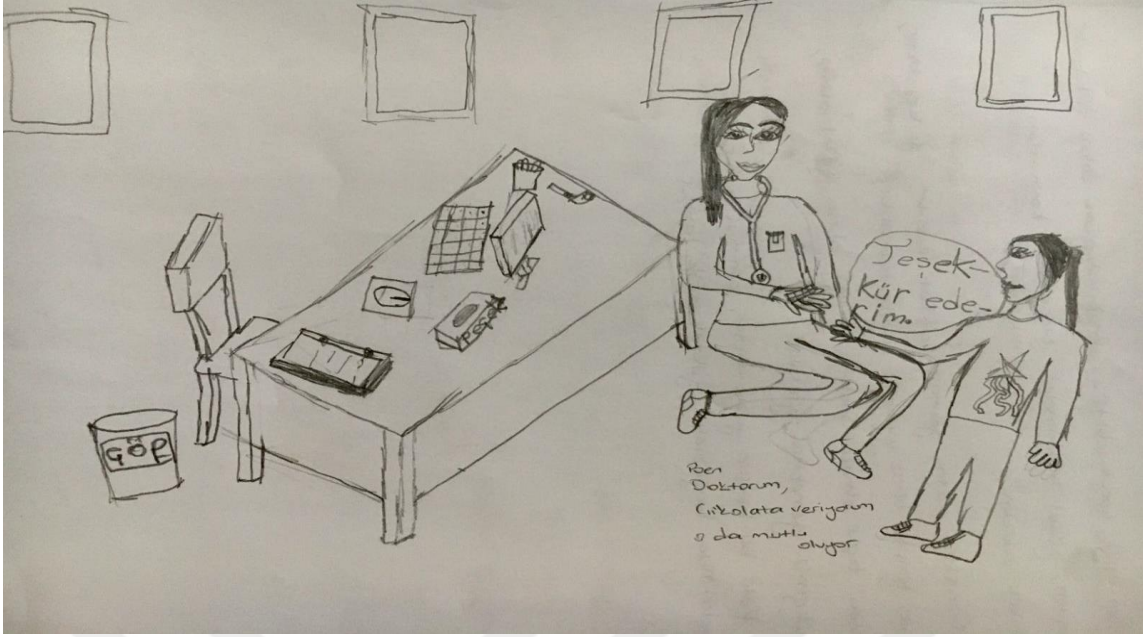
Katılımcılarımızdan biri (7 no. çocuk, 10 yaş) resminde iyi hemşire ve kötü hemşire figürüne birlikte yer verdi. Resminde sayfanın sağ tarafına “iyi hemşire”, sol tarafına “kötü hemşire” başlıklarını yazdı. Kötü hemşire başlığı altında bir hasta yatağı, yatağın üzerine makinelere bağlanmış olarak yatan bir çocuk, çocuğun başına bir baloncuk çizdi ve içine “canım yanıyor” yazdı. Hemşireyi hemen yatağının yanına çizerek hemşirenin yanına çizdiği baloncuk içerisine “Heyy çocuk bağırma” yazdı. Sayfanın diğer bölümünde de iyi hemşireyi anlattı. Bu bölümde de bir yatak ve yatakta makineye bağlı olarak yatan bir çocuk çizdi. Çocuğun yanına çizdiği baloncuk içerisine “Televizyonu açar mısınız?” yazdı. Resmini anlatması istendiğinde resimde yatakta yatan çocuğun kendisi olduğunu, “canım yanıyor” dediğinde kötü hemşirenin kendisine “Heyy çocuk bağırma” dediğini söyledi. Diğer resimde “iyi bir hemşire bana balon veriyor ve balonu iyi günlerde kullan, bu sana

hediye” dediğini, kendisinin de gülümseyerek, balon için teşekkür ettiğini ifade etti. Yine aynı resimde “Televizyonu açar mısınız?” dediğinde iyi olan doktor ya da hemşirenin “açarım evladım” şeklinde cevap verdiğini anlattı (Çizim 4.5.).



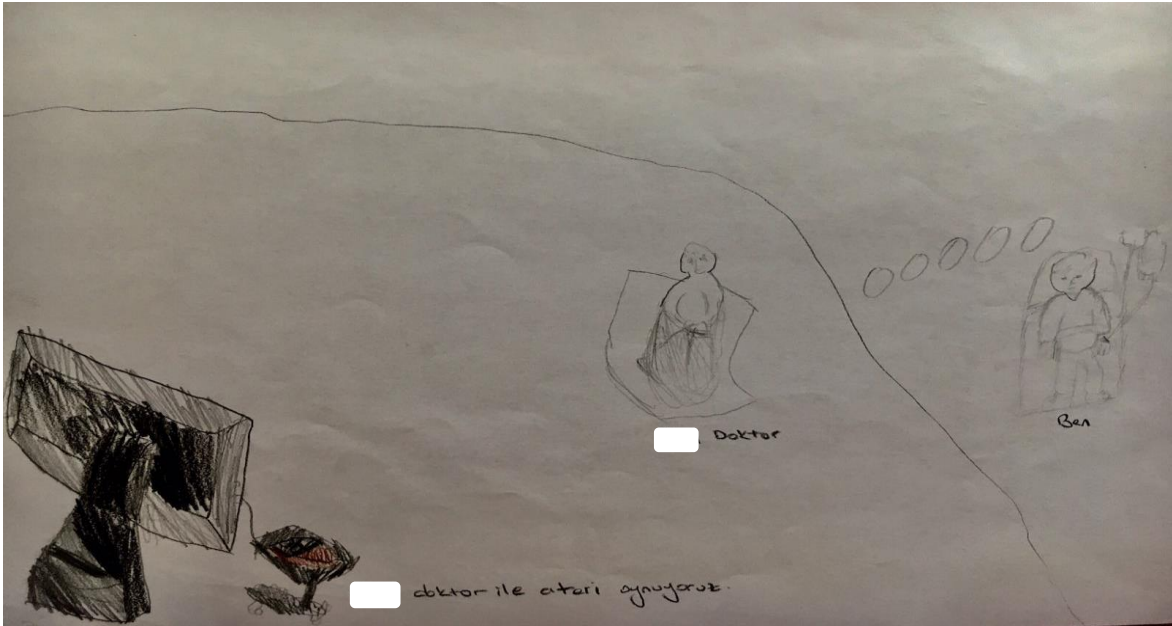
Çizim 4.5. İyi hemşire ve kötü hemşire (7 no. çocuk, 10 yaş).

“İyi bir doktor, çocuklar çok akıllı olup uslu durduğunda onları ödüllendirir. Sağlık ocağındaki doktorum bana şekerler, kitaplar verirdi çok mutlu olurdum” (6 no. çocuk, 10 yaş) (Çizim 4.6.).



 zım 4.6. Hastasına  kolata veren doktor (6 no.  ocuk, 10 yaşı).

“İyi bir doktor hastalarıyla ilgilenmeli, onlarla oyun oynamalı ve sohbet etmelidir. Ben ileride doktor olduğumda onları güldürmeye çalışacağım, moralleri yerine gelsin diye. İyi bir doktorun görevi, hastasının moralini yüksek tutmaktır” (9 no.  ocuk, 10 yaşı) ( zım 4.7.).



 zım 4.7. Doktor ile atari oynuyoruz (9 no.  ocuk, 10 yaşı).

“İyi bir hemşire, çocukları mutlu etmeyi bilendir” (8 no. çocuk, 7 yaş).

“İyi bir hemşirenin görevi; çocukları önemli bir kişi olarak görmektir ve hastasını kötü duruma düşürecek bir şeyler söylememektir” (9 no. çocuk, 10 yaş).

4.2.2. Erdemler

Çocuklar iyi hekim ve iyi hemşireye ilişkin tanımlarında hoşgörölü, dürüst, nazik, saygılı ve güvenilir gibi erdemlere yer verdi. Bununla birlikte çocuklar iyi hekim ve iyi hemşirenin sadece kendisine değil ailesine karşıda saygılı ve hoşgörölü davranması gerektiğini, ailesinin de onlara dürüst olmasını istediklerini ifade etti.

“İyi bir doktor hoşgörölü olmalıdır. Ben bir kere hiç kardeşimi görmemiştim. Kardeşimi çok özledim, onu çok özledim... Ben çok zaman oldu kardeşimi görmedim, bir kere doktordan izin almak istedim, hayır dedi” (3 no. çocuk, 11 yaş).

“Mesela bize iğne yapılacakken hemşireye annemizi bekleyelim deriz. Hemşire, kaşlarını diker ve kızar. Bu kötü hemşiredir ama iyi hemşire hoşgörölür ve kızmaz” (2 no. çocuk, 9 yaş).

“Buradaki doktorlardan bazıları annem kantine inmiş olduğunda bana iğne yapacaklarında annemi beklesek diyorum, kabul etmiyorlar. Kendileri olsa o durumda annelerini yanlarında istemezler miydi?” (9 no. çocuk, 10 yaş).

“Bence hekim güvenilecek kişi olmalıdır, bunun için de dürüst olması gerekir. Dürüst olmayan hiç kimseye güvenmem ben” (1 no. çocuk, 12 yaş).

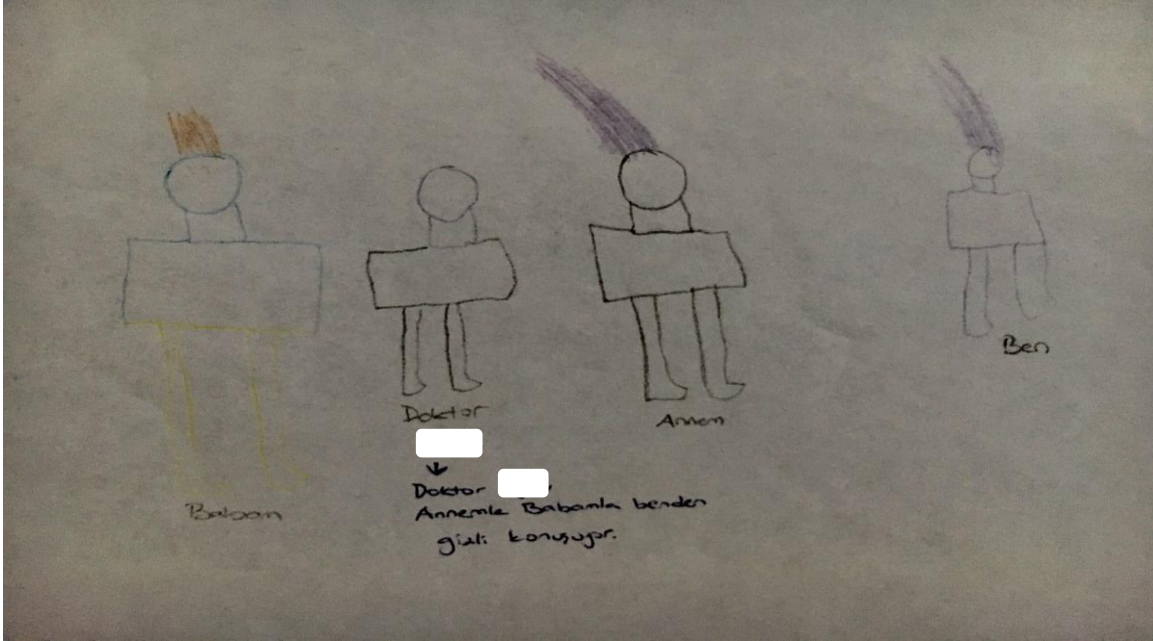
“Bence dürüst olmaları lazım doktorların da anne ve babaların da. Mesela buradaki bir tane hasta, benden büyük 16 yaşında. Hastalığını ona söylememişler. Bence söylemeleri lazım. Sonuçta neden maske takıyorsun, neden bunlar yasak, neden birilerine sarılamıyorsun, neden yemek istediğini yiyemiyorsun? bilmesi lazım. Hem ailesini falan zorlayabilir, yiyeceğim diye. Bir de annesine veya babasına sonra güvenebilir mi ki acaba? Anneler acaba benden başka şey saklıyor mudur diye düşünebilir, sanırım” (14 no. çocuk, 9 yaş).

“Lösemi sadece ekranlarda gözlemlenen bir şey değil aslında. Ama insan kendinde olacağını hiç düşünemiyor. İlk başta bana lösemi olduğumu söylemediler ne doktorlar ne de annemler. Çok kızdım. Neden bana söylemediniz dedim, annemlere. Üzülürsün, diye dediler. Evet üzüldüm ağladım ama onlar bana söylememeye devam etselerdi ben sonradan öğrendiğimde daha üzücü olmayacak mıydı? Sonra doktorum söyleyin demiş annemlere, söylediler. Annemler bana söylemeseydi de benim doktorum söylerdi, ben ona güveniyorum” (10 no. çocuk, 12 yaş).

“Sadece birbirimize özel şeylerimizi anlattığımız ve kimseye söylemediğimiz bir doktorum olsun isterdim” (11 no. çocuk, 12 yaş).

“Stajyer hemşire çok iyi; onunla bazen sohbet ediyoruz, o bana özel şeylerini söylüyor ben de ona söylüyorum ama ikimizde başka kimseye konuştuklarımızı söylemiyoruz, sırdaşız biz” (14 no. çocuk, 9 yaş).

“Doktor ..., annemle ve babamla benden gizli konuşuyor. Bence benim yanımda konuşmalılar; hep birlikte konuşmalıyız bence, sonuçta hasta olan benim” (17 no. çocuk, 9 yaş) (Çizim 4.8.).



Çizim 4.8. Doktor ve ailem benden gizli konuşuyor (17 no. çocuk, 9 yaş).

Az sayıda çocuk tarafından iyi hekim ve iyi hemşireye ilişkin iyi insan ve iyi niyetli tanımları kullanıldı.

“İyi bir insan olan kişi, iyi bir doktor olabilir” (16 no. çocuk, 10 yaş).

“Doktorlardan ... doktorumu çok seviyorum, o çok iyi niyetli biri. Kimseyi üzmemek istemiyor benim de tedavimde canımı yakmamaya çalışıyor, canımı yaktığında benden özür diliyor” (13 no. çocuk, 12 yaş).

“Aslında doktorların ve hemşirelerin niyeti canımızı acıtmak değil, bizi üzmemek istemezler aslında” (14 no. çocuk, 9 yaş).

“İyi bir hekim iyi ve sevecen davranmalı” (18 no. çocuk, 8 yaş).

4.2.3. Mesleki Yeterlik

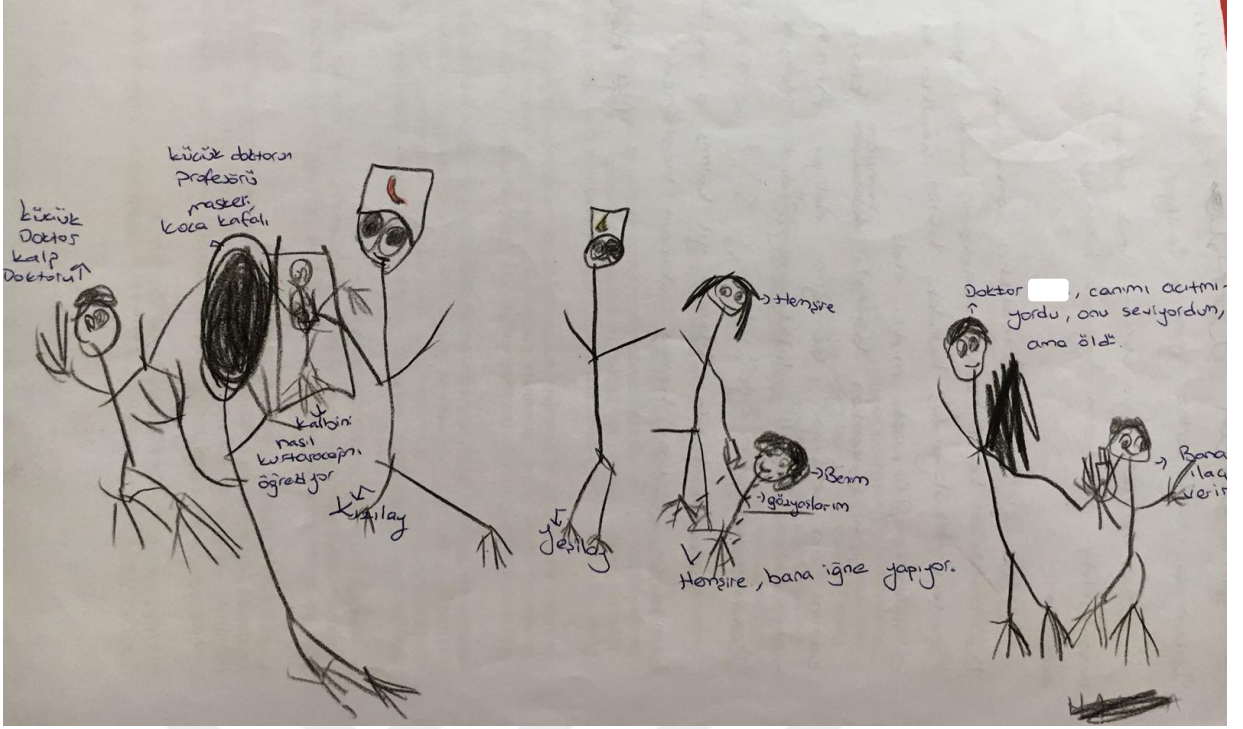
Bu başlıkta çocukların mesleki bilgi ve beceriye ilişkin tanımlarına yer verildi. Çocuklar iyi hekimin ve iyi hemşirenin bilgili, dikkatli ve hızlı olmasının yanı sıra özellikle ilaç uygulamaları sırasında can yakmaması ve kanserle ilgili gelişmeleri takip etmesi gerektiğini belirtti.

“İyi bir doktor, benim doktorum gibi olmalı. Kan alınacak mesela, iki dakikada buluyor” (4 no. çocuk, 7 yaş).

“Doktorlardan ... doktorumu çok seviyorum, canımı yakmamaya çalışıyor, canımı yaktığında benden özür diliyor” (13 no. çocuk, 12 yaş).

“İyi bir doktor asla çocukların canını yakmamalı. Ben çocuk doktoru olsaydım çocukların canını yakmamaya dikkat ederdim” (18 no. çocuk, 8 yaş).

“Doktorun görevi, profesöre yardım etmek, çok bilgili olmak ve hastaları muayene etmektir” (6 no. çocuk, 10 yaş) (Çizim 4.9.).

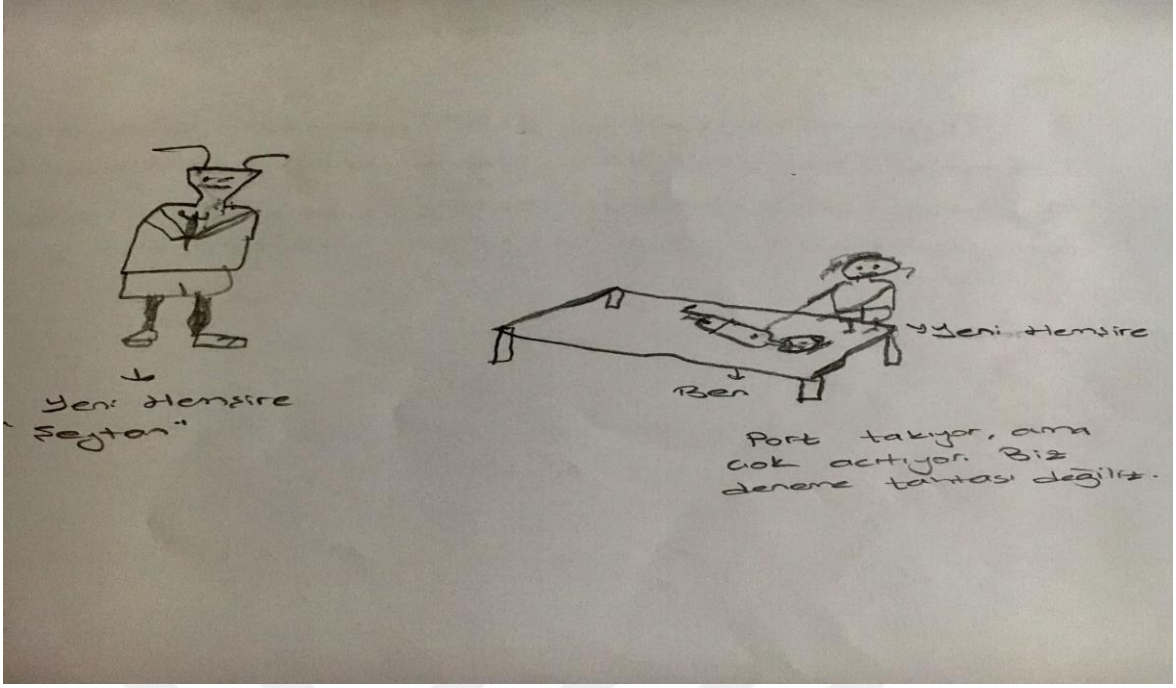


Çizim 4.9. Hekim ve hemşireler (6 no. çocuk, 10 yaş).

“Ben buradaki ... hemşireyi çok seviyorum. O kan alırken dikkatli oluyor hem de bana gülümsüyor, benimle konuşuyor, canımı acıtmıyor, hemen aldığı için de canım yanmıyor” (8 no. çocuk, 7 yaş).

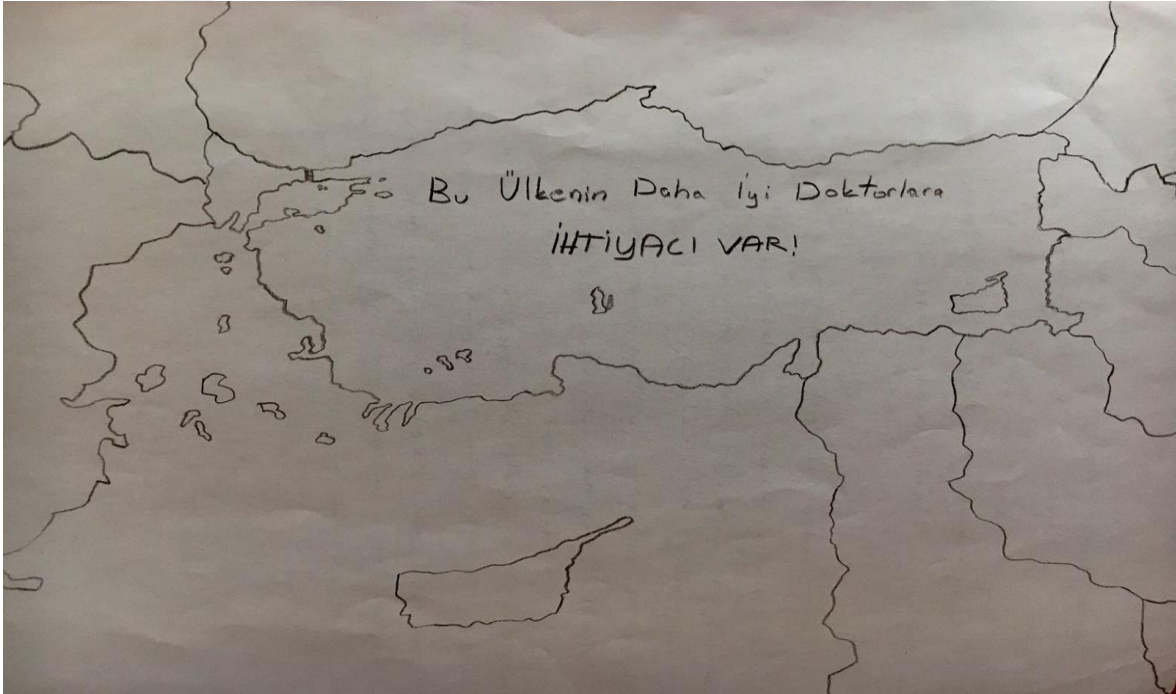
“Hemşirelerin görevi işinde dikkat etmek, port takılırken dikkat etmek mesela ve bizi kurtarmaktır, onlar bizi kurtardıkları zaman mutlu ediyorlar. Dün bir tane kanser arkadaşım vardı yanımda yatan. Saçları dökülüyordu, zaten buradaki bütün çocuklar kel. O iyileşti, gitti. Çok mutlu oldu. Ama serum takarken bazı hemşireler benim kemiğimi deliyor, çok acıtıyor. Annem hemşireye, biraz daha dikkatli olabilir miyiz, dedi bir keresinde. Hemşire de benim ameliyatım böyle demişti, ama bazı hemşireler alırken az acıtıyor” (5 no. çocuk, 8 yaş).

Çalışmamıza katılan 16 no. çocuk (10 yaş) iyi hemşireyi değil kötü hemşireyi çizmek istediğini söyledi. Katılımcı, boynuzları olan, elinde şeytan çubuğu bulunan, dişleri sivri ve çok sinirli bir şeytan figürü çizdi ve bu şeytan figürünün “yeni hemşire, şeytan” olduğunu ifade etti. Hemen onun yan tarafına da bir yatak ve yatakta kendisini yatar halde ve üzgün olarak resmetti. Bu bölümde çizdiği hemşirenin yüzünü gülüyor olarak resmetti. Kendisi yatakta yatıyorken yeni hemşirenin ona port takıyor olduğunu, ama canını çok acıttığını söyledi. Resme “Biz deneme tahtası değiliz” cümlesini yazdı (Çizim 4.10.).



Çizim 4.10. Biz deneme tahtası değiliz (16 no. çocuk, 10 yaş).

Çocuklardan birisi iyi hekime ilişkin görüşlerini “Bu Ülkenin Daha İyi Doktorlara İHTİYACI VAR!” yazısıyla resmetti (10 no. çocuk, 12 yaş) (Çizim 4.11).



Çizim 4.11. Bu ülkenin daha iyi doktorlara ihtiyacı var! (10 no. çocuk, 12 yaş).

4.2.4. Güvenlik

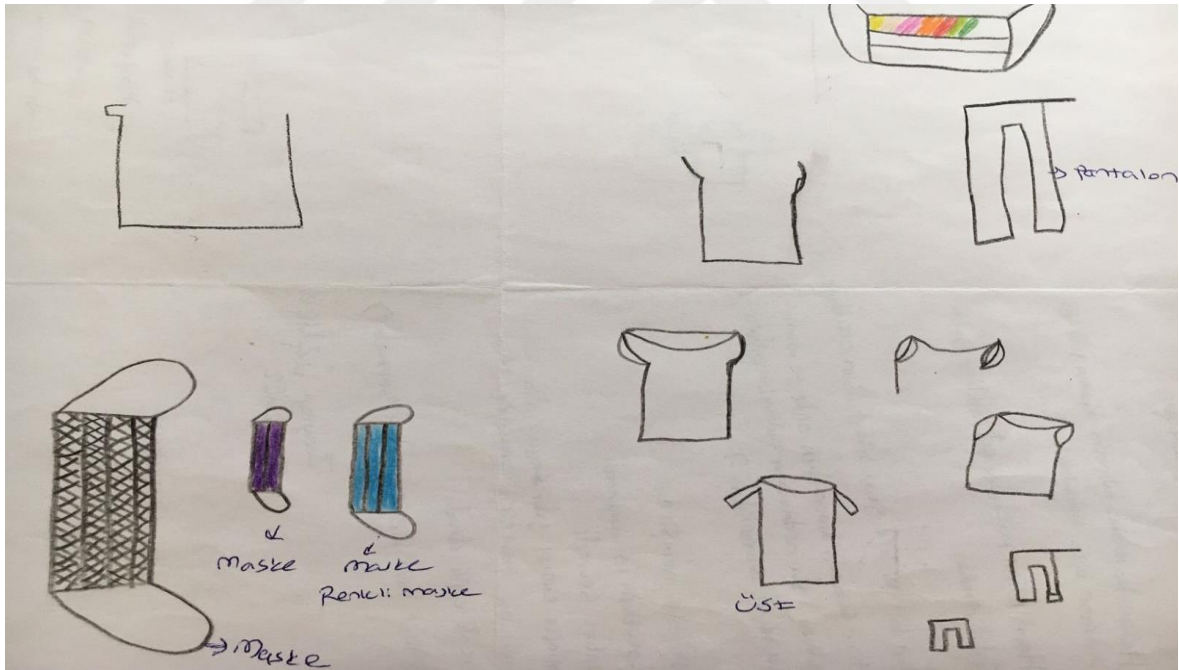
Çocukların iyi hekim ve iyi hemşire tanımlarında önemle üzerinde durdukları maske kullanımına, el ve vücut hijyenine ilişkin ifadeleri güvenlik teması altında ele alındı. Ayrıca çocuklar kendileri için de renkli maskelerin verilebileceğini söyledi.

“Doktorlar, insanın hayatını kurtarıyorlar. Bir hastalığın hiç kolayı, zoru yok. Mesela ben bir kız gördüm buradaydı. Lösemi kız, ALL türündeydi. Son zamanları çok iyi güzüküyordu ama enfeksiyon kaptı 1 hafta içinde hemen öldü. O yüzden doktor olmak çok önemli, iyi doktor olmak daha önemli. Maske takılarak, iyi doktor olunabilir mesela. Asla lösemi çocukları öldürmüyor, enfeksiyon öldürüyor” (10 no. çocuk, 12 yaş).

“Saçları kısa olmalı doktor ve hemşirelerin, çocukların yüzüne değmemeli” (12 no. çocuk, 10 yaş).

“İyi bir doktor ve hemşire temiz giyinmeli, maske takmalı ve saçları toplu olmalı. Saçları da dağınık olursa güzel olmaz, yediğimiz yemeklere girebilir” (8 no. çocuk, 7 yaş).

“İyi bir doktor ve hemşire temiz olmalı, mikrop kapmamamız için tırnakları kısa olmalı” (17 no. çocuk, 9 yaş).



Çizim 4.12 “Hemşireler maskesiz dolaşmamalı” (1 no. çocuk, 12 yaş)

“Bir arkadaşım vardı burada, daha yeni çok iyiydi ama sonra çok halsiz oldu ve ateşi çıktı. Bizim mikrop kapmamız kolay olduğu için, herkes de maske takmadığı için çabuk

hastalanabiliyoruz. Bu yüzden doktorlar ve hemşireler de maske takmalılar. Benim de bazen ateşim çıkıyor ve halsiz oluyorum” (5 no. çocuk, 8 yaş).

“Ben hemşire olsaydım pis olmaktan kaçınırdım, mesela katater takılırken bize elleri temiz olmalı hemşirelerin. Allah korusun bu bizim enfeksiyon kapıp ölmemize bile neden olabilir” (14 no. çocuk, 9 yaş).

4.2.5. Kişisel ve Fiziksel Özellikler

Bu ana kod altında kanser tanılı çocuklar iyi hekim ve iyi hemşireyi en sık çocukları seven ifadesiyle tanımladı. Bu başlık altında çocuklar tarafından belirtilen diğer iyi hekim ve iyi hemşire tanımları bakımlı, yakışıklı ve vatanseverdi.

“İyi doktor çocukları seven doktordur, sıcakkanlıdır. Bir doktor çocukları sevmiyorsa çocuk doktoru olmamalıdır” (16 no. çocuk, 10 yaş).

“İyi bir hekim çocukları sevmeli, çocuk doktoru olmayı sevmeli” (18 no. çocuk, 8 yaş).

“Bir doktor iyi ise çocukları sever ve onlarla konuşur. Onlarla konuşurken telefon ile oynamaz” (8 no. çocuk, 7 yaş).

“Çocukları sevmeli hemşireler, sevmiyorsa bence işini iyi yapamaz” (14 no. çocuk, 9 yaş).

“... doktorum çok güzel bir doktor; biraz makyaj yapardı, stetoskop takardı, önlüğünü giyer ve hep saçları taranmış olurdu” (2 no. çocuk, 9 yaş) (Çizim 4.13.).

“Erkek hemşireler de vardır, erkek olan hemşireler yakışıklı olmalıdır. Yakışıklı bir hemşire tabi bana benzer” (3 no. çocuk, 11 yaş).

“... hemşire çok güzel makyaj yapıyor bana da makyaj malzemeleri veriyor. Güzel bir hemşire o. Saçları da çok güzel, iyi bir hemşire” (8 no. çocuk, 7 yaş).



Çizim 4.13. “En sevdiğim doktor” (2 no. çocuk, 9 yaş).

“İyi bir hekim ve hemşire, vatansever olmalıdır. Bir hekim ya da hemşire, Türkiye’yi sevmiyorsa, oradaki insanları da sevmez, iyi bir hekim, hemşire olamaz” (3 no. çocuk, 11 yaş).

Kanser tanılı çocukların iyi hekim ve iyi hemşireye ilişkin tanımları bütün olarak değerlendirildiğinde tıp ve hemşirelik profesyonellik projelerinde yer alan ölçütler (Taylan ve diğ. 2012) ve çekirdek eğitim programlarında yer alan yeterliklerle (ÇEP ve HUÇEP 2014) benzerlik gösterdiği, hekim ve hemşirelerin etik yükümlülüklerini (Öztürk ve diğ. 2009) vurguladığı belirlendi.

5. TARTIŞMA

Çocukların sık hasta olduğu ve hastaneye yattığı fakat hastalık ve hastaneye yatmakla ilgili görüşlerinin yetişkinlere göre daha az değerlendirildiği belirtilmektedir. Çocukların da yetişkinler gibi hastalıklarını ve kendisine yapılan tıbbi işlemleri anlayabildikleri, hikâyeler, çizimler ve sorularla hastalık ve hastaneye yatma deneyimleri hakkındaki görüşlerini tamamen ifade edebildikleri bildirilmektedir (Corsano ve diğ. 2012). Kanseri, çocuklarda yetişkinlere oranla daha nadir görülmekle birlikte enfeksiyonlar, kalp hastalıkları ve kazalardan sonra dördüncü en sık ölüm sebebi olarak gösterilmektedir (Kanserli Çocuklara Umut Vakfı 2014). Çocukluk çağı kanserlerinde tanı konulması, hem çocuk hem de aile için uzun süren bir sürecin başlangıcı olmaktadır. Hastalığa bağlı çocuğun vücudundaki değişimlere, tedaviye bağlı yan etkiler ve değişimler eklenmekte, çocuk birçok ağırlı işleme ve tedaviye maruz kalmaktadır (Bal Yılmaz 2000). Bu nedenle çalışmamızda kanser tanısı nedeniyle hastanede yatarak tedavi gören çocukların iyi hekim ve iyi hemşireye ilişkin tanımlarını belirlemeyi istedik. Çalışmada çocukların iyi hekim ve iyi hemşireye ilişkin tanımlarını etik açıdan değerlendirmeyi amaçladık.

Çalışmamıza katılan 18 çocuğun iyi hekim ve iyi hemşireye ilişkin sorulara verdikleri cevaplar ve çizdikleri resim anlatımlarından yola çıkarak 243 tanım elde edildi. Bu tanımlar benzer, ortak ve farklı yönleri göz önünde bulundurularak 5 ana kod altında ele alınarak değerlendirildi (Çizelge 4.2.).

Çalışmaya katılan çocukların iyi hekim ve iyi hemşireye ilişkin en fazla ifade ettikleri tanımlar iletişim ana kodunda yer aldı. Türkiye’de tıp (Şehiraltı ve diğ. 2014), hemşirelik (Aydın Er ve diğ. 2019) ve ebelik öğrencileri (Aydın Er ve diğ. 2011) ile yapılan araştırmalarda da iyi bir hekimin, hemşirenin ve ebenin sahip olması gereken özelliklere ilişkin niteliklerin çoğunun “kişilerarası ilişkiler ve iletişim için gerekli nitelikler” başlığı altında yer aldığı belirlenmiştir. Farklı yaş grubundaki bireyler için önemli bir gereksinim olan iletişimin, uzun süreli tedavi gerektiren ve tekrarlayan hastane yatışlarının olduğu kanser tanılı çocukların iyi hekim ve iyi hemşire tanımlamalarında vurgulaması beklendiği bir sonuç olarak değerlendirilebilir.

Çocuklar iletişim başlığı altında iyi hekim ve iyi hemşireyi en sık güler yüzlü tanımıyla ve bağırmayan, kızmayan, nazik konuşan, iyi davranan ve anlayışlı tanımlarıyla ifade etti.

Çocukların hastane, hekim ve hemşireye ilişkin görüşlerinin ve algılarının değerlendirildiği farklı ülkelerde yapılan birçok çalışmada çalışma sonucumuza benzer şekilde çocukların iletişime önem verdikleri ve iletişime ilişkin öğeleri ön plana çıkardıkları belirlenmiştir. Schimidit'in Amerika'da 2007 yılında hastanede yatarak tedavi gören 65 çocukla yürüttüğü çalışmada, çocuklar bir hemşirede olması gereken en önemli özelliğin "güler yüz" olduğunu vurgulamışlardır. Yine aynı çalışmada çocuklar hoş sözcükler kullanan ve yaşlarına uygun şekilde davranan bir hemşireyi tercih ettiklerini belirtmişlerdir (Schimidit 2007). Çalışmamızda da çocukların "*kanka, yakışıklı diye sesleniyor, bunları demeleri güzel, hoşuma gidiyor*", "*prezses bugün çok güzelsin*", "*hemşiremi çok seviyorum, nasılsıncım diye soruyor*" gibi ifadeleri iyi hekim ve iyi hemşire tanımlarında kendilerine hitap edilme şekline ve kendisiyle nasıl iletişim kurulduğuna dikkat ettiklerini göstermektedir. Brady tarafından Hindistan'da yaşları 7 ile 12 arası değişen ve hastanede yatarak tedavi gören 22 çocukla yapılan çalışmada çocuklar; "*içten gülümseyen, hastasını dinleyen, kendilerini özel hissettirecek güzel sözler söyleyen, neşeli, sakin ve kibar olan*" hemşireleri iyi hemşire olarak değerlendirmişlerdir. Aynı çalışmada çocuklar "*kötü huylu, sert mizaçlı, sinirli, hırçın, sürekli bağırın*" hemşireleri ise kötü hemşire olarak nitelendirmişlerdir (Brady 2009). Corsano ve ark.'nın 2013 yılında İtalya'da bir hastanenin Hematoloji ve Onkoloji bölümünde 6 ile 15 yaş aralığındaki çocuklarla yürüttükleri çalışmada da çocuklar iyi hekim ve iyi hemşireyi iletişim başlığı altında değerlendirilebilecek niteliklerle tanımlamışlardır. Bu nitelikler arasında en sık tekrarlananlar; gülümseyen, onlara hoş sözcükler kullanan, pozitif olan, rahatlık veren, destek sağlayan ve yaşlarına uygun şekilde davranandır üve diğ. (2013). Lambert (2011) İrlanda'da 6 ile 16 yaşları arasında farklı hastalık tanılı tedavi gören 49 çocuğun sağlık personeli ile olan iletişimini değerlendirdiği çalışmada, çocuklar sağlık personelinin kendilerini anlamaya yönelik empati kurmalarından dolayı minnettar olduklarını ve bu durumun tedavilerini olumlu etkilediğini ifade etmişlerdir.

Çalışmamızın amaçlarından olmamakla birlikte çalışmamızda yer alan çocukların iyi hekim ve iyi hemşireye ilişkin çizdikleri resimler değerlendirildiğinde yalnızca iki çocuğun hekim ve hemşireleri olumsuz olarak resmettiği, diğer 16 çocuğun resimlerinde olumlu hekim ve hemşire figürlerine yer verdiği belirlendi. Türkiye'de 7-12 yaş grubu 109 sağlıklı çocuğun hekimlik mesleğini resimlerine nasıl yansıttığının değerlendirildiği bir araştırmada her beş çocuktan birinin hekim-hemşirelerin görevlerinin ayrımını yapabildiği belirlenmiştir. (Taş ve diğ. 2016). Türkiye'de yürütülen 3-12 yaş arası hastanede yatan 264 çocuğun resimle iyi hemşire algısının değerlendirildiği başka bir araştırmada çocukların

yarıdan fazlasının (%66,3) hemşireleri, sevgi dolu, iyileştiren ve kurtaran, yardım eden, oyun oynatan, güler yüzlü, iyi insan gibi olumlu özelliklerle, diğerlerinin ise hemşireleri can acıtan, ağlatan, korkutan, kızgın, sinirli gibi olumsuz özellikler ile resmettikleri belirlenmiştir (Uysal ve diğ. 2018). Tüm çalışma sonuçları birlikte değerlendirildiğinde yaşları ve tanıları farklı olan hasta veya sağlıklı çocukların genel olarak hekim ve hemşirelerden beklentilerinin benzer olduğu söylenilebilir.

Çalışmamızda çocuklar iyi hekim ve iyi hemşirenin sadece kendisine değil annesine de iyi davranması ve annesinin nasıl olduğunu sorması gerektiğini belirtti. Haskard'ın (2009) 81 hemşirenin hasta çocuğun ailesiyle kurdukları ilişkiyi ve iletişimini değerlendirdiği araştırmada çalışmada sonuçlarımıza benzer şekilde çocukların hemşirelerin aileleriyle kurdukları ilişkiyi önemsedikleri ortaya konmuştur. Bu çalışmada çocuklar, hemşirelerin ailelerine de iyi davranmaları ve alçak sesle konuşmaları gerektiğini, hem kendilerine hem de ailelerine ilgi gösteren hemşireleri daha çok sevdiklerini ifade etmişlerdir. Bu sonuçlar hasta çocuğa bakım veren hekim ve hemşirelerin çocukla birlikte ailesini önemsemesinin ve aileyle de iyi bir ilişki kurmasının gerekli olduğunu göstermektedir.

Çocukların iyi hekim ve iyi hemşire tanımlarında üzerinde durdukları bir diğer önemli konu kendilerinin mutlu edilmesi, kendilerine hediye verilmesi ve kendileriyle oyun oynanmasına ilişkindi (Çizim 4.7., 4.11. ve 4.13.). Oyunun, çocuğun duygularını anlamının bir yolu olması nedeniyle hasta çocuğun bakımında önemli olduğu belirtilmektedir. Bununla birlikte oyun, çocuğun hastaneye uyumunu kolaylaştırmakta, yaşadığı stres ve anksiyeteyi azaltmaktadır (Kıran ve diğ. 2013). Pediatri kliniklerinde çalışan 126 hemşire ile yapılan bir çalışmada; hemşireler hastanede yapılan işlemlere yönelik çocuğun duygu ve düşüncelerini açıklamasını sağlamada terapötik oyunun en iyi yöntem olduğunu, oyun oynamanın çocuk ile kurdukları iletişimi geliştirdiğini ifade etmişlerdir. Yine aynı çalışmada hemşirelerin çocuklarla en sık oynadığı terapötik oyunun resim çizdirme olduğu belirlenmiştir (İnci 2017). Çocukların hekim ve hemşirelerden kendisiyle oyun oynamalarını istemeleri hastalık ve tedavi nedeniyle ailesinden, sevdiklerinden ve arkadaşlarından ayı kalan, buna bağlı psikolojisi ve psikososyal uyumunu etkilenen çocuklarda oyunun önemli bir gereksinim olduğunu göstermektedir. Çocuğun bakımından sorumlu hekim ve hemşirelerin çocukla oyun oynamaları aynı zamanda sık hastaneye yatışların olduğu, uzun süreli ağrılı ve acılı işlemlere maruz kalınan kanser gibi bir hastalıkta çocuğun duygu ve düşüncelerini anlamayı sağlamanın yanı sıra çocukla kurulan iletişimin güçlenmesine dolayısıyla çocuğun tedaviye katılımına katkı sağlayacaktır.

Çalışmamıza katılan çocukların iyi hekim ve iyi hemşireye ilişkin sıklıkla ifade ettikleri hoşgörölü, dürüst, nazik, saygılı ve güvenilir tanımları erdemler başlığı altında ele alındı. Farklı ölkelerde farklı yaşlardaki çocuklarla yapılan birçok çalışmada da çocuklar benzer tanımlara yer vermişti (Brady 2009, Corsano ve diğ. 2012). Çalışmamızda çocukların iyi hekim ve iyi hemşireye ilişkin tanımlarında sıklıkla belirttikleri hekim ve hemşirelerin kendilerine karşı dürüst olmaları gerektiğine ilişkin idi. Sağlık çalışanı hasta ilişkisinde güvenin oluşması için gerekli olan unsurlarından biri olarak kabul edilen dürüstlük, hekim ve hemşirenin ahlaki değerlere ve insanlara saygılı biçimde davranması, gerçeği söylemesi ve güvenin sürdürölmesini sağlayacak biçimde davranması olarak kabul edilmektedir (Kavak 2015). Çalışmamızda kanser tanılı çocukların çoğu (8-12 yaş aralığındaki 12 çocuk) hastalıkları ile ilgili bilgilerin ebeveynleri veya sağlık personeli tarafından verilmediğini belirtti. Çocuklardan birinin “*Annem ile babam, benden gizli doktorla konuşuyorlar, oysa hasta olan benim. Benimle konuşması gerekmez mi?*” şeklinde ifadeleri çocukta olsa bilgilendirme ve kendisiyle ilgili kararlara aktif katılma isteğini göstermekteydi. Bir başka çocuk tarafından “*Benden hasta olduğumu en başta sakladılar, söyleselerdi daha çok mücadele ederdim. Hem artık onlara nasıl güvenebilirim*” şeklindeki ifadeler hastalığına ilişkin bilgilerin kendisine söylenmemesi nedeniyle çocuğun sağlık personeline ve ebeveynlerine olan güvenini zedelediğini düşündürdü. Diğer bir çocuk “*Annelerimiz, babalarımız, hekim ve hemşireler bize hiçbir şey söylemiyorlar. Ya da üzölmeylem diye yanlış söylüyorlar. Biz de internetten öğrenmeye çalışıyoruz. Sonra kanser olduğumuzu birilerinden duyunca, internetten öğrenince daha çok üzölüyoruz. İnternette öğrendiklerimiz bazen çok korkutucu olabiliyor, daha çok kaygılanıyoruz*” ifadesiyle üzölmemesi nedeniyle kendisine bilgi verilmemesinin daha çok korku ve kaygı yaşamasına neden olduğunu belirtmekteydi. Çalışmamıza katılan çocukların ebeveynleri ile yapılan görüşmelerde, çoğu ebeveyn çocuğunun üzölmemesi için gerçeği söylemediklerini, hekim ve hemşireleri de bu konuda uyardıklarını ifade etti. Az sayıda ebeveyn çocuğunun gerçeği öğrenmeye hakları olduğunu düşündükleri için hastalıkları hakkında çocuğuyla konuştuklarını ve sağlık personelinden çocuğuna ayrıntılı bilgi vermeleri istediklerini belirtti. Klinik etik konulardan birisi olan gerçeğin söylenmesi onkolojide daha fazla önem kazanmaktadır. Kanser gibi ciddi bir hastalıkta özellikle çocuk hastalar söz konusu olduğunda hekim ve hemşireler hastalık tanısına ilişkin bilgilerin söylenmesinde daha fazla ikilemde kalabilmektedir (Ersoy 2009). 1 Ağustos 1998 tarihli Hasta Hakları Yönetmeliği’nin 15. maddesi hastanın küçük olması veya temyiz kudretinden yoksun olması halinde sağlığı ile ilgili bilgi isteme hakkının veli ya da vasisinde olduğunu belirtmektedir.

Ancak çocuklara uygulanacak tıbbi girişimlerde kural olarak veli (anne-baba) ya da vasisinin vereceği onamla beraber çocuğun bedensel, zihinsel, psikolojik ve sosyokültürel gelişimleri normal seyrediyorsa, çocuk ayırtım gücüne sahipse onun da görüşleri alınmalıdır (Gündüz ve diğ. 2001). Bilme hakkına saygı göstererek, çocuğu tıbbi karara katma yönünde hekim ve hemşirenin gayret göstermesi etik bir yükümlülüktür. Aksi takdirde; hekim ve hemşirelerin çocuğa kendi durumuyla ilgili bilgileri vermemesi durumunda çocuğun tedaviye aktif katılımının engellenebileceği gibi sağlık personeli ve çocuk arasındaki güven gelişimini olumsuz etkilenecektir (Aydın 2003).

Dünya Tıp Birliği'ne göre çocukların, ailenin/yasal temsilcinin tıbbi karara aktif biçimde katılma hakları vardır. American Pediatri Akademisi; aydınlatılmış onam komitesi, pediatrik hasta grubunda rıza alma doktrinini direkt uygulamanın belli sınırlamaları olduğundan bahseder. Bununla birlikte çocukların ebeveyn ya da vekillerinin çocukların tanı ve tedavisinde bilgilendirilmiş izin alınmasına imkan sağlanmasını önerir. Çocuğun ise yeterliliğinin değerlendirilerek tıbbi karara katılması sağlanmalıdır (Gemici ve diğ. 2014).

Çalışmamızda kanser tanımlı çocukların iyi hekim ve iyi hemşireye ilişkin bilgili, dikkatli, hızlı, can yakmayan, acıtmayan ve kanserle ilgili gelişmeleri takip eden tanımları mesleki yeterlik başlığı altında ele alındı. Bu başlık altında birçok çocuk tarafından özellikle vurgulan hekim ve hemşirenin hızlı ve dikkatli olduğunda canının yanmadığı ve acı duymadığıydı. Çocukların hekim ve hemşirelerden canını yakmamalarını ve acıtmamalarını istemeleri gerek hastalığa gerekse işlemlere ve kemoterapiye bağlı olarak çok fazla ağrı ve acıyor olmalarıyla açıklanabilir. Çocukların iyi hekim ve iyi hemşire tanımlarında ön plana çıkan diğer bir nitelik mesleğini sevmesiydi. Çocuklar tarafından mesleğini severek yapan hekim ve hemşirelerin mesleki anlamda da yeterli olacakları ifade edildi. Hekim ve hemşirelerin mesleğini severek yapması motivasyonlarını arttırarak görev ve sorumluluklarını eksiksiz yerine getirmelerini, kendilerini mesleki anlamda geliştirmelerini sağlayarak mesleki anlamda yeterli olmalarını destekleyeceği söylenebilir.

Çocukların çoğunlukla enfeksiyon hakkındaki endişelerini dile getiren iyi hekim ve iyi hemşire tanımları güvenlik başlığı altında ele alındı. Çocuklar iyi hekim ve iyi hemşire tanımlarında maske takmasına, saçlarının kısa ve toplu, tırnaklarının kısa ve temiz, kıyafetlerinin temiz olmasına yer verdi. Bazı çocuklar tarafından kanserin değil enfeksiyonun öldürdüğünün ifade edilmesi ve resimlerde maske çizmeleri bu konuda hassas olduklarını ve bunu önemsediklerini göstermekteydi (Çizim 4.12). Çocukların enfeksiyon

risklerine karşı gerçekten farkında oldukları ancak mikroorganizmalar hakkında ayrıntılı bilgilerinin olmadığı belirtilmektedir (Rush ve Cooks 2006). Yapılan bir araştırmada da hastanede yatarak tedavi gören çocukların kıyafetleri, saçları ve elleri temiz hemşireyi iyi hemşireyi olarak değerlendikleri belirlenmiştir (Brady, 2009). Özellikle bağışıklığın baskılandığı kanser gibi hastalıklarda güvenlik önlemlerinin alınması son derece önemlidir. Yapılan araştırmalarda hekim ve hemşirelerin enfeksiyon kontrol önlemlerine dikkat etmemesinin mikroorganizmaların çoğalmasına ve enfeksiyonun yayılmasına yol ağtığı belirlenmiştir (Ar 2008, Zencir ve diğ. 2013). Bu nedenle enfeksiyon riskinin yüksek olduğu kanser tanılı çocuklara tedavi ve bakım veren sağlık profesyonellerinin güvenlik önlemlerine uymalarını sağlayacak gerekli düzenlemeler yapılabilir.

Çalışmamıza katılan çocuklar iyi hekim ve iyi hemşireyi çocukları seven, vatansever, bakımlı ve yakışıklı kişisel ve fiziksel özelliklere ilişkin tanımlarla ifade etti ve resmetti (Çizim 4.13). Brady'in (2009) araştırmasında çocukların sıklıkla bakımlı olan ve alçak topuklu ayakkabı giyen hemşireleri iyi hemşire, çok fazla makyaj yapan, temiz olmayan ve yırtık kıyafetler giyen hemşireleri ise kötü hemşire olarak değerlendirdikleri belirlenmiştir. Bu sonuçlar çocukların hekim ve hemşireyi iyi olarak tanımlamasında hekim ve hemşirelerin kişisel ve fiziksel özelliklerini önemsediklerini göstermektedir.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Kanser tanısı nedeniyle hastanede yatarak tedavi gören çocukların perspektifinden iyi hekim ve iyi hemşireye ilişkin görüşlerini etik açıdan değerlendirmek, çocuk hekim ve hemşirelerine kanser tanılı çocukların ihtiyaçlarını karşılayacak tedavi ve bakım vermelerini sağlamada yol göstermek amacıyla yaptığımız çalışmamızdan elde edilen sonuçlar şunlardır:

Çalışmamıza katılan 18 çocuğun %61,1'i (n=11) erkek, %38,9'u (n=7) kadındı. Yaşları 7 ile 12 arasında değişen çocukların yaş ortalamaları $9,7\pm 1,8$ yıldır. Hepsisi kardeş sahibi olan çocukların %38,9'unun (n=7) üç kardeşi vardı. Çocukların %66,7'si (n=12) ailesinde sağlık sektöründe çalışan olmadığını belirtti. İki çocuğun kuzeni ve bir çocuğun teyzesi hemşire, bir çocuğun annesi de hastane personeliydi. İleride olmak istedikleri mesleklere ilişkin dört çocuk (%22,3) doktor, üç çocuk (%16,7) öğretmen, iki çocuk pilot (%11,1), birer çocuk (%5,6) yönetmen, vali, mimar, mühendis, hemşire, din görevlisi ve sporcu olmak istediğini ifade etti.

Hastalık süresi 15 gün ile 42 ay arasında değişen çocukların hastalık süresi ortalaması $6,0\pm 9,3$ aydır. Çocukların %55,5'i (n=10) lösemi, %33,3'ü (n=6) tümör ve %11,1'i (n=2) lenfoma tanısı nedeniyle hastanede yatmaktaydı. Çocukların hastanede yatış sayısı 1 ile 30 arasında değişmekte olup, hastanede yatış süresi ortalaması $3,1\pm 2,5$ aydır.

Çalışmamıza katılan 18 çocuk iletişim, erdemler, mesleki yeterlik, güvenlik, kişisel ve fiziksel özellikler olarak beş ana kategoride ele alınan iyi hekime ilişkin 142, iyi hemşireye ilişkin 101 olmak üzere toplam 243 tanım ifade etti.

Kanser tanılı çocukların iyi hekim ve iyi hemşireye ilişkin tanımlarının çoğu iletişime ilişkindi. Çocuklar iyi hekim ve iyi hemşireyi güler yüzlü, iyi davranan, kızmayan, bağırmayan, kendisini anlayan, nelerin mutlu edeceğini bilen ve önemseyen, isteklerini yerine getiren, hediyeler veren ve oyun oynayan tanımlarıyla ifade etti. Bununla birlikte çocuklar iyi hekim ve iyi hemşire tanımlamalarında gülümsemenin yanı sıra kendisine hitap edilme şekline, kendisiyle ve annesiyle nasıl iletişim kurulduğuna dikkat ettiklerini gösteren ifadeler yer verdi.

Çocuklar iyi hekim ve iyi hemşireye ilişkin erdemlerle ilişkili hoşgörülü, dürüst, nazik, saygılı ve güvenilir, mesleki yeterlikle ilişkili bilgili, dikkatli, hızlı, can yakmayan ve kanserle ilgili gelişmeleri takip eden, güvenlikle ilişkili maske takan, saçları kısa ve toplu,

tırnakları kısa ve temiz olan, kişisel ve fiziksel özelliklerle ilişkili çocukları seven, vatansever, bakımlı ve yakışıklı tanımlarıyla ifade etti.

Kanser tanılı çocukların iyi hekim ve iyi hemşireye ilişkin tanımlarının tıp ve hemşirelik profesyonellik projelerinde yer alan ölçütler ve çekirdek eğitim programlarında yer alan yeterliklerle benzerlik gösterdiği, hekim ve hemşirelerin etik yükümlülüklerini de vurguladığı sonucuna ulaşıldı.

Bu sonuçlara dayanarak;

Öncelikle kanser tanılı çocukların hekim ve hemşirelerden beklentilerinin bu çocukların tedavi ve bakımından sorumlu hekim ve hemşirelerle paylaşılması önerilebilir. Kanser tanısı almış çocukların beklentilerini karşılamak, hekim ve hemşirelerin iletişimdeki hünelerini geliştirmeleri ile mümkün olabilir. Çalışmada çocukların iyi hekim ve iyi hemşireye ilişkin belirttikleri tanımların çoğunun iletişime ilişkin olması nedeniyle hekim ve hemşirelerin özellikle çocukla ve ailesiyle etkili iletişim kurma becerilerini geliştirecek eğitim çalışmaları yapılabilir. Bununla birlikte çocukların özellikle hastalıkları ve yapılacaklar hakkında kendilerine bilgi verilmesini istemeleri doğrultusunda hekim, hemşireler ve ailelerle kanser tanılı çocuğun durumuyla ilgili bilgilendirilmesine / bilgilendirilmemesine ilişkin çalışmalar planlanabilir.

KAYNAKLAR

- Adıgüzel O, Tanrıverdi H, Özkan DS. Mesleki profesyonellik ve bir meslek mensupları olarak hemşireler örneği. *Yönetim Bilimleri Dergisi*, 2011; 9(2): 115-122.
- Akgül Başkale H, Serçekuş P, Partlak Günüşen N. Kanser hastalarının bilgi kaynakları, bilgi gereksinimleri ve sağlık personelinden beklentilerinin incelenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2015; 6(2): 65.
- Akkaş E, Erdem R. Hekimlik meslek kültürünü belirleyen olguların değerlendirilmesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*, 2017; 8(17): 47-57.
- Akpınar A, Ersoy N. Yaşamı destekleyen tedaviler: Ne zaman esirgenmeli? Ne zaman sonlandırılmalı? *Türk Onkoloji Dergisi*, 2012; 27(1): 37-45.
- Akpınar A. Genetik bilginin kullanılmasında etik: Tarafların tutum ve görüşleri. Doktora tezi. Kocaeli Üniversitesi, Tıp Tarihi ve Etik Anablimdalı, 2010.
- Akten R. Hastanelerde hasta mahremiyetine gösterilen özenin hasta bakış açısıyla değerlendirilmesi (Antalya örneği) . Selçuk Üniversitesi, *Yönetim, Ekonomi ve Pazarlama Araştırmaları Dergisi*, 2018; (2): 6.
- Albayraktaroğlu S. Profesyonelleşme olgusu ve mesleki profesyonelleşme açısından Türkiye’de sosyal hizmet mesleği: Sakarya Örneği. Doktora tezi. Sakarya Üniversitesi, Sosyal Bilimleri Enstitüsü, Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Bölümü Bilim Dalı, 2010.
- American Cancer Society, Erişim: 22 Ağustos 2016, <http://www.cancer.org/cancer/cancer-in-children/keystatistics.html>
- American Nurses Association. (2015). Code of ethics for nurses with interpretive statements. Silver Spring, <http://www.nursingworld.org/code-ofethics>.
- Anacak Y, Ağaoğlu FY. Çocukluk kanserlerinin tedavisinde radyoterapi. *Kanser Gündemi Dergisi*, 2016; 4(1-2): 48-54.
- Andaçoğlu O, Soran A. *Kanser ve Etik. Türkiye Klinikleri Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi Dergisi Özel Sayısı*, Özel Konular , 2015; 1(3) : 1-5.
- Andersen MR, Storm HH. Cancer registration, public health and the reform of the European data protection framework: Abandoning or improving European public health research? *European Journal of Cancer*, 2015; 51(9): 1028-38.
- Arda B, Şahinoğlu SP. Tıbbi Etik : tanımı, içeriği, yöntemi ve başlıca konuları. *Ankara Tıp Mecmuası*, 1995; 48: 323-36.
- Arık F, Arık IA. Grounded teori metodolojisi ve Türkiye’de grounded teori çalışmaları. *Akademik Barış Dergisi. Uluslararası Hakemli Sosyal Bilimler E-Dergisi*, 2016; 58: 285-309.
- Arslan D, Tatlı AM, Üyetürk Ü. Kansere bağlı ağrı ve tedavisi. *Abant Med J*, 2013; 2(3): 256-60.

Aslan Ö, Vural H, Kömürcü Ş, Özet A. Kemoterapi alan kanser hastalarına verilen eğitimin kemoterapi semptomlarına etkisi. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2006; 10(1).

Ataç A, Gülsoy R, Güven T. Gerçeği söylemenin istisnaları. *Türkiye Klinikleri J Med Ethics*, 2005; 13(1): 55-7.

Atıcı E. Tıp tarihinde kanser ve lösemi. *Türk Onkoloji Dergisi*. 2007; 22(4): 197-204.

Ayan İ. Çocukluk çağı kafa içi yer tutan lezyonlara tanısız yaklaşım. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Herkes için çocuk kanserlerinde tanı.2006; (49): 39-44.

Aydın E, Çocuklarda aydınlatılmış onam sorunu. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*. 2003; 46: 148-152.

Aydın Er R, Şehiraltı M, Akpınar A. Hemşirelik öğrencilerinin iyi hemşirenin niteliklerine ilişkin düşünceleri eğitimin başında ve sonunda değişiyor mu? *Acıbadem Dergisi*. 2019; 10(2): 196-200.

Aydın Er R, Şehiraltı M, Akpınar A. İyi ebenin nitelikleri: Birinci ve dördüncü sınıf öğrencilerinin görüşleri farklı mı ? 2. Ulusal 1. Uluslararası Ebelik Kongresi, 2011.

Aydın Er R, Aşıklı E. Kanser tanısının hastalara söylenmesi konusunda ilgili tarafların görüşleri. 4. Uluslararası Sosyal Beşeri ve Eğitim Bilimleri Kongresi, 2018. İnternet Erişimi: www.sosyalbeseriveegitimbilimlerikonferansi.org

Aydoğan F, Uygun K. Klinik Gelişim , 2011; 24:4-9. http://klinikgelisim.org.tr/kg_243/2.pdf

Bajın İY, Kutluk MT. Çocukluk çağı kanserlerinin epidemiyolojisi ve risk faktörleri. *Kanser Gündemi Dergisi*, 2016; 4(2): 21-5.

Başkale H. Nitel araştırmalarda geçerlik, güvenilirlik ve örneklem büyüklüğünün belirlenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 2016; 9(1), 1-9.

Bayat AH. Tıp Tarihi. Genişletilmiş 3. Baskı, Üçer Matbaacılık. Yapım: Merkezefendi Geleneksel Tıp Derneği. İstanbul, Mayıs 2016.

Baykara O. Kanser tedavisinde güncel yaklaşımlar. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2016; 5(3): 154-155.

Bilgin G, Öztürk G, Şirin S. Kanser tanısı konan hastalarda kötü haber verme: hekime düşen görev. İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi, 2008; 71(1): 22-26.

Brady M. Hospitalized children's view of the good nurse. *Nurs Ethics*, 2009; 16(5) :543, 5-6.

Büyükpamukçu M. Çocukluk çağı kanserlerinde epidemiyoloji. J Curr Pediatr, 2007; 5- Cerit B, Dinç L. Ethical decision-making and professional behaviour among nurses: A correlational study. *Nursing Ethics*, 2012; 20(2): 200-212.

Corsano P, Majorano M, Vianola V. Hospitalized children's representations of their relationship with nurses and doctors. *Journal of Child Health Care*, 2013; 17(3): 294-304.

Çam O, Yalçın N, Durmuş HA. Türkiye’de hemşirelikte nitel araştırmaların durumu. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2016; 32(1): 90-99.

Çelik A. İslam hukuku açısından yaşama hakkı ve ötanazi. Yüksek lisans tezi. Ankara Üniversitesi, 2016.

Çıtak EÇ, Atay D. Çocukluk çağı kanserlerinden sağ kalanlarda görülen ikincil kanserler. Kanser Gündemi Dergisi, 2016: 4(1-2):243.

Datlı U, Çelik P, Havlucu Y, Göktalay T, Coşkun AŞ, Yorgancıoğlu AA. Hekimlerin, hasta yakınlarının ve toplumun akciğer kanseri tanısının söylenmesine ilişkin görüşlerinin değerlendirilmesi. *Tuberk Toraks*, 2017; 65 (1): 9-17.

Demir M. Hekimin sözleşmeden doğan sorumluluğu. *AÜHF* 57(3), 225-252.

Dinler G. Çocuk kanser hastalarında beslenme. *J Curr Pediatr*, 2009 ;7, 31-36.

Dündar E. Akciğer kanseri olgularının klinik, patolojik, moleküler özellikleri ve sağkalımla ilişkisi. Uzmanlık tezi, Kocaeli Üniversitesi, 2015.

Edmund D. Pellegrino, Professionalism, Profession and the Virtues of the Good Physician. *The Mount Sinai Journal of Medicine*. 2002. Vol.69 No:6, 378-384.

Ekmekçi A, Konaç E, Önen Hİ. Gen polimorfizmi ve kansere yatkınlık. *Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2008; 21(3): 282-295.

Elçigil A, Tuna S. Kanser tedavisi biten çocukların yaşadıkları sorunlar ve bakımlarında hemşirenin rolü. *Türk Onkoloji Dergisi* . 2011; 26(3):134-141.

Erden FG. Yoğun bakım ünitesinde çalışmış ve çalışan sağlık personelinin terminal dönemdeki hastalarda ötanazi hakkındaki düşünceleri. Yüksek lisans tezi. Düzce Üniversitesi, 2015.

Erkmen O. Gıda kaynaklı tehlikeler ve güvenli gıda üretimi. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 2010; 53: 220-235.

Ersoy N. Onkoloji hemşireliğinde etik. *Türk Onkoloji Dergisi*, 2009; 24(4): 191-197.

Esenay FI, Atay S. Kanserli çocuklarda travma sonrası gelişim. *JCP*;2017 :15(2): 63-72.

Ezekiel J. Emanuel and Steven Joffe. Ethics in Oncology. In: *Holland -Frei Cancer Medicine*. Editors: Donald W. Küfe, MD, Raphael E Pollock, MD, PhD, Ralph R Weichselbaum, MD, Robert C Bast, Jr, MD, Ted S Gansler, MD, MBA, James F Holland, MD, ScD (hc), and Emil Frei , III, MD.. 2003.

Fataneh Ghadirian, Mahvash Salsali and Mohammad Ali Cheraghi. Nursing professionalism : An evolutionary concept analysis. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2014 ; 19(1): 1-10.

Frank A Riddick, The Code of Medical Ethics of the American Medical Association. *Ochsner J*. 2003 Spring ; 5(2): 6-10.

Gemici HB, Göksoy ÖE, Doğan A, Doğan M, Arıca V. Çocuklarda aydınlatılmış onamda güncel yaklaşımlar. *Journal of Clinical and Experimental Investigations*. 2014; 5(3): 496-503.

Gülpınar MA, Gürpınar E, Songur A ve diğ. Mezuniyet öncesi tıp eğitimi ulusal çekirdek eğitim programı 2014, Ulusal ÇEP 2014.

Gündüz T, Kırmırlıoğlu N, Eşiyok B, Demirhan A. Aydınlatılmış onam ve çocuk hastaya ilişkin düzenlemeler. *T Klin J Med Ethics* 2001; 9.

Güner P. Kötü haber verme. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 2006; 3(2): 6-9.

Güven T, Ersoy N. Tıp etiğinde yeni bir yaklaşım: Erdemler. *T Klin Tıp Etiği* 2000; 8 : 51-59.

Haskard KB, DiMatteo MR and Heritage J. Affective and instrumental communication in primary care interactions: predicting the satisfaction of nursing staff and patients. *Health Communication*, 2009; 24(1): 21-32.

Hasta Hakları Kılavuzu, Hekimler ve Tabib Odası Yöneticileri için Mevzuat, 19 Kasım 2013 www.ttb.org.tr.

Hatice Bal Yılmaz. Çocukluk Çağı Kanserleri. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 16(1), 91-105, 2000.

Hekim M. Kanser hastası çocuklarda tedavi ve rehabilitasyon sürecinde sporun yararları. *Uluslararası Multidisipliner Akademik Araştırmalar Dergisi*, 2015; 2(1).

Hekimlik Meslek Etiği Kuralları, Hekimler ve Tabib Odası Yöneticileri için Mevzuat, 26 Ağustos 2015. www.ttb.org.tr

International Council of Nurses. THE ICN CODE OF ETHICS FOR NURSES 2012.

Işıkhan H. Kanser hastalarıyla çalışan sağlık personelinin ötanaziye ilişkin düşüncelerinin değerlendirilmesi. Yüksek lisans tezi. Hacettepe Üniversitesi, 2002.

İnce D, Çeçen E. İn vitro fertilizasyon ve çocukluk çağı kanserleri. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*. 2011;31(1):206-14.

İnci R. Pediatri hemşirelerinin terapötik oyuna yönelik bilgi, görüş ve uygulamaları. Yüksek Lisans Tezi, Malatya, 2017.

Kanserli Çocuklara Umut Vakfı. <http://kacuv.org>.

Karahan Okuroğlu G, Bahçecik N, Ecevit Alpar Ş. Felsefe ve Hemşirelik Etiği. *Kilikya Felsefe Dergisi*. Cilt 0, sayı 1, 2014-10-25, sayfalar 53-61.

Kavak M. Türkiye'deki diş hekimlerinin iyi bir diş hekiminin nitelikleri konusundaki düşüncelerinin değerlendirilmesi. Bilim Uzmanlığı, (yüksek lisans) Tezi, Kocaeli, 2015.

Kavlak O, Ertem G, Sevil Ü. Kanserli hastalara bakım veren hemşirelerin kanserli hastalara doğruyu söyleme konusundaki tutumları. *Türkiye Klinikleri J Med Ethics*, 2008; 16: 1-7.

Kaya S. Çocukluk çağı malnütrisyonu ve malignitelerinde demodex folliculorum ve demodex brevis görülme sıklığı. Uzmanlık tezi. İnönü Üniversitesi, 2011.

Kristjan Kristjansson, K., Varghese, J., Moller, F., Ferkany, M. Virtuous Practice in Nursing. University of Birmingham Research Report, 2017.

Kudubeş AA, Bektaş M. Pediatrik onkoloji hastalarında yorgunluğun yaşam kalitesine etkisi. *J Pediatr Res*, 2017; 4(3): 96-102.

Kudubeş AA. Çocuğun kansere bağlı yaşadığı yorgunluk ve hemşirelik bakımı. *Türk Onkoloji Dergisi*, 2014; 29(3), 120-124.

Kurt M. Din, Şiddet ve Aidiyet Türkiye’de Hizbullah. İletişim yayınları, İstanbul, 2015.

Kutluk T. Çocukluk çağı kanserlerinin epidemiyolojisi. No:49, s.11. Herkes İçin Çocuk Kanserlerinde Tanı Sempozyum Dizisi, İstanbul, 2006.

Lambert V, GlackenMand, McCarron. Communication between children and health professionals in a child hospital setting : a child Transitional Communication Model. *Journal of Advanced Nursing*, 2011; 67(3): 569-582.

McCammon SD, Brody H. How virtue ethics informs medical professionalism. *Hec Forum*. 2012; 24(4) :257-72. doi: 10.1007/s10730-012-9292-0.

Mıdık Ö, Özbenli T, Pekşen Y. Tıbbi Profesyonizm bağlamında tasarlanan “hekim rolleri” seçmeli programının müfredata entegrasyonu . *Tıp Eğitimi Dünyası*, Mayıs 2015, Sayı 43.

Montoya RJ, Garcia MP, Calderon CC, Valle JSR, Navarro CS, Quintana FC. Suffering in children experiencing a terminal disease: the perspective of parents and professionals. *Original Article*, 2012; 46(6): 1300-5

Muir CS, Demaret E. Cancer Registration : Legal Aspects and Confidentiality. In: Cancer Registration: Principles and Methods. Scientific Publications, France, 1991.

Oklay Bozkaya A. Hasta beklentileri ve bu beklentiler açısından hasta-hekim görüşmesinin sonuçları. Uzmanlık tezi. Adnan Menderes Üniversitesi, 2008.

Onat Kocabıyık O. Zt ve Gömülü Kuram: Bazı özellikler açısından karşılaştırma. *Trakya Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2015, cilt 6, sayı 1 , 55-66.

Öner Altıok H, Üstün B. Profesyonellik: Kavram analizi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksek kulu Elektronik dergisi* 2014 , 7(2) :151-155.

- Özbaran B, Eremiş S. Kanser tedavisi gören çocuk ve gençlerde uzun süreli izlem sürecinde psikososyal özelliklerin tanımlanması ve genel yaklaşım ilkeleri. *Klinik Psikiyatri*, 2007;9; 185-190.
- Özkal F. Kanser tanısının hastaya söylenmesine ilişkin hasta ve hasta yakınlarının görüşleri. Yüksek lisans tezi. Afyonkocatepe Üniversitesi, 2008.
- Özkırış A, Güleç G, Yenilmez Ç, Musmul A, Yanaş M. Hekim tutumları üzerine bir çalışma: Ölüm ve ölümcül hastaya yaklaşım. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi* . 2011; 24: 89-100.
- Öztürk G. 7-18 yaş arası çocuk kanser hastaları için yaşam kalitesi değerlendirme ölçeğinin geliştirilmesi. Yüksek lisans tezi, Ankara 2008.
- Öztürk H, Hintistan S, Kasım S, Candaş B. Yoğun bakım ünitelerinde hekim ve hemşirelerin etik duyarlılığı. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*. 2009; 13(2): 77-84.
- Samur M, Çay Şenler F, Akbulut H, Pamir A, Arıcan A. Kanser tanısı almış hastaların bilgilendirilme durumu: Hekim ve hekim adaylarının yaklaşımları hakkında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbn Sina Hastanesi 'nde yapılan sınırlı bir araştırmanın sonuçları. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*. Cilt 53, Sayı 3, 2000.
- Sarı HY, Yılmaz M, Atar M. Çocuklarda kanser ve engellilik. *Türk Onkoloji Dergisi*; 2012; 27(2): 98-105.
- Sayek İ. Mesleki Sorumluluk: Cerrahide Profesyonellik. İçinde: Temel Cerrahi. Editör: İskender Sayek. 4. Baskı , Cilt 1, sayfa 3-7. İstanbul :Güneş Kitapevleri, 2012
- Schimidit C, Bernaix L, Koski A, Weese J, Chiappetta M and Sandrik K (2007) Hospitalized children's perception of nurses and nurse behaviour. *American Journal of Maternal Child Nursing* 32(6): 336-342.
- Sezgin S, Ekinci M, Okanlı A. Kanserli çocukların yaşadıkları psikososyal problemler ve hemşirelik yaklaşımları. *On Dokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Dergisi*. 2007; 24(3): 107-112.
- Storm H, Brewster DH, Coleman MP, Deapen D, Oshima A, Threlfall T, Demaret E. *Br J Cancer* , 2005; 92(11): 2095:2096.
- Subaşı D. Kanser ağrısı deneyimleyen hastaların yârim kalitesi ve baş etme tutumlarının değerlendirilmesi. Yüksek lisans tezi. Mersin Üniversitesi, 2010.
- Subramaniam A. Breaking bad news: a review of strategies and their appropriateness in the rural indian setting. *Journal of Medical and Health*, 2017, Volume 3, Issue 1.
- Sulu M. Ötanazi Üzerine. *Marmara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Hukuk Araştırmaları Dergisi*, 2016; 22(2).
- Şehiraltı M, Kavak M, Tak Ö. Diş hekimliği öğrencilerinin iyi diş hekiminin nitelikleri konusundaki düşüncelerinin değerlendirilmesi. 6. Tıp Etiği ve Tıp Hukuku Sempozyumu Bildiri Özetleri Kitabı, Van, 2014; 62-64.

Şen Beytut D, Bolışık B, Solak U, Seyfioğlu U. Çocuklarda Hastaneye Yatma Etkilerinin Projektif Yöntem Olan Resim Çizme Yoluyla İncelenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2009; 2(3): 36-43.

Tanır MK, Kuşuoğlu S. Olgu sunumu: Akut lenfoblastik lösemi (ALL)'li çocuğun evde egzersiz programının sürdürülmesi. *Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2012; 11(1): 51-61.

Taş Y, Aslan D, Sayek İ. Doktorluk mesleğini çocuklar resimlerine nasıl yansıtıyorlar: 7-12 yaş grubu çocuklar arasında yapılmış bir örnek. *Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2006, Cilt:15, sayı 11, 184.

Tavşanlı NG, Çeçen D, Tayhan E, Kahraman G. Kanser hastalarına bakım verenlerin hastalara karşı duygu ve tutumları . *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 2016; 3(4): 470-475.

Taylan S, Alan S, Kadioğlu S. Hemşirelik Roller ve Özerklik. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*. 2012; 2, 66-74.

T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye kanser istatistikleri, Erişim:2017. <http://kanser.gov.tr/Dosya/2017Haberler/2014-Rapor.uzun.pdf>

Temel Z F, Kanat K, Kaynak Ekici KB, Canberi F. Hastaneye yatma deneyimi olan ve olmayan 5-6 yaş çocuklarının doktor, hemşire, hastane algılarının incelenmesi. *Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 2018, 251-278.

Tuncer S. Çoklu ilaca dirençli kanser hücre hattına nanopartiküllerle ilaç aktarımı. Yüksek lisans tezi. Hacettepe Üniversitesi, 2014.

Türk Dil Kurumu, 2010. Erişim: 16 Mayıs 2019, www.tdk.gov.tr

Türk Hemşireler Derneği, 2017. Erişim: 10 Nisan 2019, www.turkhemsirelerderneği.org.tr

Türkiye İstatistik Kurumu, 2015. <https://www.turkiye.gov.tr/turkiye-istatistik-kurumu-baskanligi-tuik>

Türk Tıbbi Onkoloji Derneği, 2016. <https://kanser.org/saglik/giris.html>

Uğurlu MC. Hipokrat. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*. 1997; 50 (2): 715-793.

Uysal G, Düzkaya D S, Bozkurt G, Çöplü Y. Hastanede yatan çocukların hemşire algısının resim çizme yöntemi ile incelenmesi: projektif araştırma. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2018; 11(1).

Ülman YI, Çokar M, Bakırcı N, Topsever P, Artvinli F. Profesyonellik eğitiminde etik ve insan bilimleri, Acıbadem Üniversitesi örneği. VIII. Sağlık Bilimlerinde Etik Eğitimi Sempozyumu , Ankara 1-3 Kasım, 2013 Bildiri Özeti.

Üstündağ S. Kemoterapi alan kanser hastalarının semptom yönetiminde kullandıkları tamamlayıcı tedavi yaklaşımlarının yaşam kalitesine etkisi. Yüksek lisans tezi. Ankara Üniversitesi, 2013.

Vatansever K. Tıpta Etik ve Entelektüel Gelişme ve Biyoetik Eğitimi, Değişen Dünyada Biyoetik. Türkiye Biyoetik Derneği XVIII. Yayını, İstanbul 2012, s. 51-65.

Vural S, Karaman S. *Çocukluk çağı kanserlerine eşlik eden belirti ve bulgular. Çocuk Dergisi*, 2014; 14(1):16-21.

World Health Organization, International association of cancer registries, international childhood cancer day, World Health Organization, International childhood cancer day: questions&answers, Erişim: 2017. [www.who.int/cancer/media/news/Childhood-\(alttiroolacak\)cancer \(yine alttiroolacak\)day/en/](http://www.who.int/cancer/media/news/Childhood-(alttiroolacak)cancer-(yine-alttiroolacak)day/en/)

Yangöz ŞT. Kanser ağrısı olan hastaların ve bakım verenlerin ağrıya ilişkin görüşleri ve bakım yüklerinin belirlenmesi. Yüksek lisans tezi. Süleyman Demirel Üniversitesi, 2013.

Yavuzer H. Resimleriyle Çocuk, Rwsimleriyle Çocuğu Tanıma. Remzi kitabevi, 2000.

Yeter G. Çocuk kanser hastalarında semptomlara yönelik tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanımı. Yüksek lisans tezi, Mersin Üniversitesi, Hemşirelik Anabilimdalı, 2012.

Yıldırım G, Kadioğlu S. Etik ve tıp etiği temel kavramları. C.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi , 2007; 9(2): 7-12.

Yıldırım S. Kanser tanısı ile izlenen hastaların yakınlarının kanser ile ilgili başvurdukları bilgi kaynaklarının değerlendirilmesi. Uzmanlık tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi, 2015.

Yıldırım T. Kanserli çocuklarda beslenme durumunun değerlendirilmesi. Uzmanlık tezi, İstanbul, 2004.

Yılmaz MS. Kanser hastalarının sosyal destek algısı ve yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi (iki hastane örneği) Ankara, 2014.

Yılmaz HB, Muslu GK, Taş F, Başbakkal Z, Kantar M. Çocukların kansere bağlı yaşadığı semptomlar ve yorgunluğa ebeveyn bakışı. *Türk Onkoloji Dergisi*, 2009;24(3): 122-127.

Yokuş ve Çakır. *Kanser biyokimyası. Dicle Üniversitesi Veteriner Fakültesi Dergisi*. Yıl:2012. Cilt, Sayı:1 , Sayfalar : 7-18.

YÖK Hemşirelik Ulusal Çekirdek Eğitim Programı, 2014. <https://saglikbf.alanya.edu.tr/ctrcms/media/6/tmp/diger/Hucep-2014.pdf>

YÖK Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi Ulusal Çekirdek Programı, http://www.ktu.edu.tr/dosyalar/medtip_752c6.pdf

Zahidi F. The challenge of truth tell'me across cultures: a case study. *J Med Ethics Hist Med* , 2011; 4: 11.

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı: Elif Aşıklı

Doğum Yeri ve Tarihi: Osmangazi 02 Şubat 1990

Uyruğu: Türkiye Cumhuriyeti

Medeni Durumu: Evli

İletişim Adresi ve Telefonu: elif_caliskan@icloud.com 0506 054 59 05

Eğitim Durumu:

Derece	Alan	Üniversite	Yıl
Lisans	Felsefe	Akdeniz Üniversitesi	2009-2013
Yüksek Lisans	Tıp Tarihi ve Etik AD	Kocaeli Üniversitesi	2015-

Yabancı Dili: İngilizce

Aldığı Burslar: Yurt İçi Lisans Bursu 2009-2013

Bilimsel Etkinlikler:

1. **Aşıklı E**, Aydın Er R. *Kanser Tanısının Hastalara Söylenmesi Konusunda İlgili Tarafların Görüşleri*. II. Uluslararası Sosyal Beşeri ve Eğitim Bilimleri Kongresi, 06-08 Nisan 2018, Kocaeli

EKLER

EK 1. BİLGİ FORMU

Çocuğun;

1) Yaşı		
2) Cinsiyeti	<input type="checkbox"/> Kız	<input type="checkbox"/> Erkek
3) Kardeş sayısı		
4) İleride yapmak istediği meslek		
5) Ailesinde sağlık sektöründe çalışan	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Yok
6) Ailesinde sağlık sektöründe çalışan varsa kim?		
5) Hastalık tanısı		
6) Hastalık süresi		
7) Hastanede yatış sayısı		
8) Hastanede yatma nedeni		
9) Hastanede yatma süresi		

NOT: Burada yer alan bilgiler hasta dosyasından, hastanın hekiminden ve yakınından alınacaktır.

EK 2. YARI YAPILANDIRILMIŞ GÖRÜŞME FORMU

Görüşme sırasında çocuğa yöneltilen ana sorular Şunlardı:

- Doktor ve hemşire kimdir?
- Doktor ve hemşire neler yapar?
- Doktor ve hemşirenin görevleri nelerdir?
- İyi bir doktor / iyi bir hemşire sence nasıl olmalıdır?
- İyi bir doktor / iyi bir hemşire neler yapmalıdır veya yapmamalıdır?
- Sen bir doktor olsaydın nasıl bir doktor olurdu?
- Sen bir hemşire olsaydın nasıl bir hemşire olurdu?



EK 3. HASTA BİLGİLENDİRME FORMU

Bu araştırma Tıp Etiği alanında bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı “Çocukların İyi Hekim ve İyi Hemşire Tanımlarının Etik Değerlendirilmesi”dir.

Senin de bu araştırmaya katılmanı öneriyoruz. Araştırmaya davet edilmenin nedeni bir süredir bu hastanede yatarak tedavi görüyor olmandır. Ancak hemen söyleyelim ki bu araştırmaya katılıp katılmamakta özgürsün. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır ve bu araştırmada yer almak tamamen senin isteğine bağlıdır.

Öncelikle araştırma hakkında seni bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılıp katılmama kararını verebilirsin.

Bu çalışmanın amacı hastanede yatarak tedavi gören çocukların iyi doktor ve iyi hemşire tanımlarının belirlenmesi ve bu tanımların etik açıdan değerlendirilmesidir. Elde edilen veriler doğrultusunda hastanede yatan çocukların doktor ve hemşireden almak istedikleri bakıma ilişkin beklentileri de belirlenebilecektir.

Araştırmaya katılmayı kabul ettiğin takdirde araştırmacılar seninle hastaneye yatışından bir hafta sonra görüşme yapacak ve izin verersen yapılan görüşmeler kayıt edilecektir. Bu görüşmede sana iyi doktor ve iyi hemşire ile ilgili sorular sorulacak, resim çizmen ve çizdiğin resmi anlatman istenecektir. Araştırmanın senin zamanını alma dışında bir zararı bulunmamaktadır.

Bu araştırmada yer almak tamamen senin isteğine bağlıdır. Hiçbir sebep göstermeksizin bu araştırmada yer almayı reddetme hakkın vardır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsin ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsin. Araştırmanın herhangi bir aşamasında araştırmadan çıkmak istediğinde, araştırmanın sağlıklı yürütülebilmesi açısından bunu araştırmacılara iletmen gerekmektedir. Araştırmaya katılmayı reddetmen veya araştırmanın herhangi bir aşamasında araştırmadan ayrılman, bu hastanede aldığın tıbbi bakım ve tedavi hizmetlerinden yararlanmanı engellemeyecektir.

Bu araştırmaya katılman için senden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Araştırmaya katıldığın için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır.

Araştırmaya katılmayı kabul ettiğinde, sana ait tüm tıbbi ve kimlik bilgilerin gizli tutulacaktır. Araştırma sonuçları bilimsel ya da eğitim amaçlı kullanılacağı zaman ismin telaffuz edilmeyecektir.

Bu bilgileri edindiğiniz araştırmaya gönüllülükle katılmayı kabul ettiğin zaman ya da araştırmaya katılmayı kabul etmediğinde, bunu imzalayarak belirtmen gerekmektedir. İmzalı form kağıdının bir nüshası sana da verilecektir.

Bu araştırma ile ilgili sana verilen bilgilerin dışında herhangi bir şey yapıldığında aşağıda açık ad, telefon numarası ve adresi bulunan araştırmacılar ile KÜ Girişimsel Olmayan Etik Kurulu'na (Telefon: 3037450) başvurabilirsin.

Yrd. Doç. Dr. Rahime AYDIN ER İletişim: 0 262 3037811, Elif AŞIKLI İletişim: 0 506 054590

EK 4. HASTA VEKİLİ BİLGİLENDİRME FORMU

Bu araştırma Tıp Etiği alanında bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı “Çocukların İyi Hekim ve İyi Hemşire Tanımlarının Etik Değerlendirilmesi”dir.

Sizin de bu araştırmaya katılmanızı öneriyoruz. Araştırmaya davet edilmenizin nedeni bir süredir onkoloji-hematoloji servisinde yatarak tedavi gören çocuğunuzun / hastanızın olmasıdır. Ancak hemen söyleyelim ki bu araştırmaya katılıp katılmamakta özgürsünüz. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır ve bu araştırmada yer almak tamamen sizin ve çocuğunuzun isteğine bağlıdır.

Öncelikle araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılıp katılmama kararını verebilirsiniz.

Bu çalışmanın amacı hastanede yatarak tedavi gören çocukların iyi doktor ve iyi hemşire tanımlarının belirlenmesi ve bu tanımların etik açıdan değerlendirilmesidir. Elde edilen veriler doğrultusunda hastanede yatan çocukların doktor ve hemşireden almak istedikleri bakıma ilişkin beklentileri de belirlenebilecektir.

Araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde araştırmacılar hastanızla hastaneye yatışından bir hafta sonra görüşme yapacak ve izin verirseniz yapılan görüşmeler kayıt edilecektir. Bu görüşmede hastanıza iyi doktor ve iyi hemşire ile ilgili sorular sorulacak, resim çizmesi ve çizdiği resmi anlatması istenecektir. Araştırmanın hastanızın zamanını alma dışında bir zararı bulunmamaktadır.

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin ve hastanızın isteğine bağlıdır. Hiçbir sebep göstermeksizin bu araştırmada yer almayı reddetme hakkınız vardır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz. Araştırmanın herhangi bir aşamasında hastanızın araştırmadan çıkmasını istediğinde, araştırmanın sağlıklı yürütülebilmesi açısından bunu araştırmacılara iletmeniz gerekmektedir. Araştırmaya katılmayı reddetmeniz veya araştırmanın herhangi bir aşamasında araştırmadan ayrılmanız, bu hastanede aldığınız tıbbi bakım ve tedavi hizmetlerinden yararlanmanızı engellemeyecektir.

Bu araştırmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Araştırmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır.

Araştırmaya katılmayı kabul ettiğinizde, hastanızın tüm tıbbi ve kimlik bilgileri gizli tutulacaktır. Araştırma sonuçları bilimsel ya da eğitim amaçlı kullanılacağı zaman hastanızın ismi telaffuz edilemeyecektir.

Bu bilgileri edindiğiniz araştırmaya gönüllülükle hastanızın katılmasını kabul ettiğinizde ya da araştırmaya katılmasını kabul etmediğinizde, bunu imzalayarak belirtmeniz gerekmektedir. İmzalı form kağıdının bir nüshası size de verilecektir.

Bu araştırma ile ilgili size verilen bilgilerin dışında herhangi bir şey yapıldığında aşağıda açık ad, telefon numarası ve adresi bulunan araştırmacılar ile KÜ Girişimsel Olmayan Etik Kurulu'na (Telefon: 3037450) başvurabilirsiniz.

Yrd. Doç. Dr. Rahime AYDIN ER İletişim: 0 262 3037811

Elif AŞIKLI İletişim: 0 506 0545905



EK 5. ÇOCUKLARIN İYİ HEKİM VE İYİ HEMŞİRE TANIMLARININ ETİK DEĞERLENDİRİLMESİ ÇALIŞMASI ONAM FORMU

Rahime AYDIN ER / Elif AŞIKLI tarafından hastanede yatarak tedavi gören çocukların iyi hekim ve iyi hemşire tanımlarının etik açıdan değerlendirilmesi ile ilgili bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildik.

Eğer bu araştırmaya katılırsam bana / hastama ait bilgilerin gizli kalacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerin korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. (*Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağına bilincindeyim*) Araştırmaya katılma durumunda herhangi bir ücret ödemeyeceğim gibi bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun kurumun hizmetlerinden yararlanmamızı etkilemeyeceğini de biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde “katılımcı” olarak yer alma kararını aldım. Söz konusu araştırmaya ilişkin yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın gönüllü olarak kabul ediyorum.

İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

Çocuğun Adı Soyadı:

Bilgilendirilme Tarihi ve İmza:

Araştırmaya Katılım Tarihi ve İmza:

Araştırmayı Ret Tarihi ve İmza:

Hasta Vekilinin Adı Soyadı:

Bilgilendirilme Tarihi ve İmza:

Araştırmaya Katılım Tarihi ve İmza:

Araştırmayı Ret Tarihi ve İmza:

Araştırmacılar

Yrd. Doç. Dr. Rahime AYDIN ER İletişim: 0 262 3037811

Elif AŞIKLI İletişim: 0 506 054590

EK 6. HASTANIN RESİM VE SES KAYITLARININ KULLANILMASI İÇİN İZİN FORMU

Hastanın / Hasta Vekilinin Adı Soyadı

Bu belge ile Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı'nda yürütülen çalışma kapsamında kendime / hastama ait resim, gerektiğinde ses kaydının alınmasına izin veriyorum.

Bu tür tıbbi kayıtlarım, **kimlik bilgilerim gizli tutulmak koşuluyla** iznimin alındığı tarihten sonra **sadece eğitimsel ya da bilimsel amaçlarla kullanılabilir.**

Yukarıdaki iznimi onaylıyorum.

Hastanın / Vekilinin imzası:

İzni talep eden araştırmacının imzası:

İzin Tarihi: