T.C.
ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ÇOCUKLUK ÇAĞI HEMATOLOJİ VE ONKOLOJİ HASTALARININ AİLELERİNİN STRES, KAYGI VE UMUTSUZLUK DURUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Turgay EKER

HEMŞİRELİK PROGRAMI

Ankara,2019

T.C.
ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ÇOCUKLUK ÇAĞI HEMATOLOJİ VE ONKOLOJİ HASTALARININ AİLELERİNİN STRES, KAYGI VE UMUTSUZLUK DURUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Turgay EKER

HEMŞİRELİK PROGRAMI

Ankara, 2019

T.C.

ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Çocukluk Çağı Hematoloji ve Onkoloji Hastalarının Ailelerinin Stres, Kaygı ve Umutsuzluk Durumlarının Değerlendirilmesi

Turgay EKER

Yüksek Lisans Tezi

23.05.2019

Tez Danışmanı

Dr. Öğr. Üyesi Birgül Özkan

Jüri Üyeleri

Dr. Öğr. Üyesi Nesibe Günay Molu

Dr. Öğr. Üyesi Ayşegül Koç

Dr. Öğr. Üyesi Birgül Özkan

Okuduğumuz ve Savunmasını dinlediğimiz bu tezin bir Yüksek Lisans derecesi için gereken tüm kapsam ve kalite şartlarını sağladığını beyan ederiz.

Doç. Dr. Ender ŞİMŞEK

Enstitü Müdürü

Bu tezin Yüksek Lisans derecesi için gereken tüm şartları sağladığını tasdik ederim.

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda patent ve telif haklarını ihlal edici etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tezde kullanılmış olan tüm bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi beyan ederim.

23.05.2019

Turgay EKER

TEŞEKKÜR

Bu çalışmam da Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesinde yüksek lisansa ilk başladığım günden itibaren bana her zaman hoşgörü ve anlayışla yaklaşan hem ders konusunda hem tez aşamasında bana o değerli bilgilerini paylaşan çalışma koşullarımdan dolayı akşamın çok geç saatlerine kadar bana o değerli zamanını ayırıp bana her konuda yardımını esirgemeyip ne zaman arasam her seferinde cevap veren her konuda hem samimiyetiyle hemde güler yüzüyle bana desteklerini hiç esirgemeyen ve bundan sonraki yaşantımda o değerli tavsiyelerini hiç unutmayacağım değerli hocam ve tez danışmanım Dr.Öğr. Üyesi Birgül Özkan'a sonsuz teşekkür ederim.

Hayatımın her anında olduğu gibi eğitimde hayatımda da benden hiçbir zaman hem maddi hemde manevi konuda bana desteklerini hiç esirgemeyen yüksek lisansa başlamamda bana destekçi olan sevgili anneme, babama, dayılarıma, teyzelerime, kız kardeşim Nuray'a, eniştem Murat Karaarslan'a, kuzenim Mücahit Gürsoy'a, Nurcan Ertuğ Hocam'a, yüksek lisanstan dostum Murat'a, Memorial Hastanesi Başhemşiresi Hikmet Tümer'e, kıymetli servis sorumlu hemşirelerim Melek Beggi ve Nihan Güler'e, gece gündüz sürekli bana destekçi olan her anlamda benden desteğini esirgemeyen eşim Dilek Eker'e sonsuz teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

ÖZET ..... **iii**
ABSTRACT ..... **iv**
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ ..... **v**
TABLOLAR DİZİNİ ..... **vi**
1. GİRİŞ **1**
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi 1
1.2. Araştırmanın Amacı 6
1.3. Araştırmanın Soruları 6
2. GENEL BİLGİLER **7**
2.1. Adölesan Dönemi Özellikleri 7
2.1.1. Erken Adölesan Dönemi 7
2.1.2. Orta Adölesan Dönemi 8
2.1.3. Geç Adölesan Dönemi 9
2.2. Çocukluk Çağı Kanserleri 9
2.2.1. Etiyolojisi 10
2.2.2.Epidemiyolojisi 11
2.2.3. Tanı ve Tedavisi 12
2.2.4. Çocuk ve Ebeveynlere Etkisi 15
2.3. Stres 18
2.3.1. Tanımı ve Belirtileri 18
2.3.2. Stresin Sebepleri 20
2.3.3. Tedavisi 21
2.3.4. Ebeveynlerde Stres 21
2.4. Kaygı 22
2.4.1. Tanımı ve Belirtileri 22
2.4.2. Kaygının Sebepleri 23
2.4.3. Tedavisi 24
2.4.4. Ebeveynlerde Kaygı 24
2.5. Umutsuzluk 25
2.5.1. Tanımı ve Belirtileri 25
2.5.2. Sebepleri 26

2.5.3. Tedavisi 27
2.5.4. Ebeveynlerde Umutsuzluk 27
2.6. Stres, Kaygı ve Umutsuzluk Durumları ile Başa Çıkma Stratejileri 28
2.7. Hematoloji ve Onkoloji Hastalarının Bakımında Hemşirenin Rolü 32
3. MATERYAL VE YÖNTEM 36
3.1. Araştırmanın Şekli 36
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri 36
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi 36
3.4. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri 37
3.5. Veri Toplama Araçları 38
3.5.1. Hasta Bilgi Formu 38
3.5.2. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ) (Ek-2) 38
3.5.3. Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği (DKÖ – SKÖ) (Ek-3) 39
3.5.4. Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ) (Ek-4) 39
3.6. Ölçeklerin Uygulanması ve Verilerin Toplanması 40
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi 41
3.8. İstatistiksel Analiz 42
3.9. Araştırmanın Etik Boyutu 42
3.10. Araştırmanın Sınırlıkları 43
4. BULGULAR 44
5. TARTIŞMA 64
6. SONUÇ VE ÖNERİLER 70
7. KAYNAKLAR 73
8. EKLER 84
EK-1. SORU FORMU 84
EK-2. HASTA BİLGİ FORMU 85
EK-3. STRESLE BAŞA ÇIKMA TARZLARI ÖLÇEĞİ 87
EK-4. DURUMLUK VE SÜREKLİ KAYGI ÖLÇEĞİ 88
EK-5. BECK UMUTSUZLUK ÖLÇEĞİ 90
EK-6. ETİK KURUL KARARI 91
EK-7. ÖZGEÇMİŞ 92

ÖZET

Çocukluk Çağı Hematoloji ve Onkoloji Hastalarının Ailelerinin Stres, Kaygı ve Umutsuzluk Durumlarının Değerlendirilmesi

Kanserli çocukların tedavi ve sağ kalım sürelerinin uzatılması açısından, hasta ve ailesinin psikolojik ve sosyal ihtiyaçlarının giderilmesine yönelik olarak ihtiyaç ve destekte artış gözlenmiştir.

Kesitsel yöntem kullanarak özel ve devlet hastanelerinde yatmakta olan hastaların aileleri tarafından doldurulan anketlerde, toplam 63 bireyin karşılaştıkları zorlukları sosyal ve ekonomik açısından değerlendirdik, ruhsal durumlarını belirleyen stres, kaygı ve umutsuzluklara karşı tutum ve davranışlarına yönelik bulguları topladık.

Katılımcı bireyleri tedaviye en çok zorlayan durumların %74,60'ının ekonomik durumlar olduğu %50,79'unun bakım yükünün çok fazla olması, %52,38'ının her gün çocuğu ölecek gibi hissetmesi, %63,49'unun ailesindeki diğer çocuklardan uzak kalması ve %36,51'inin hastalığın iyileşeceğine dair umudumun olmadığı tespit edilmiştir. Katılımcı bireylerin %71,4'ünün hastalığın diğer çocukları üzerindeki sevgisini azalttığını düşünmediği, %87,3'ünün ailede hastalığın bakımı için başka aile üyelerinde destek aldığı, %87,3'ünü tedavinin uzun sürecek olmasından etkilenmediği, %77,8'inin geleceğe umut ve coşku ile baktığı ve %81'inin işler kötüye giderken bile her şeyin hep böyle kalmayacağını bilmenin rahatladığını belirttiği tespit edilmiştir.

Durumluk Kaygı Ölçeği, Sürekli Kaygı Ölçeği, Beck Umutsuzluk Ölçeği, Gelecekle İlgili Duygular, Motivasyon Kaybı ve Gelecekle İlgili Beklentiler düzeyleri arttıkça; stresle başa çıkma tarzları genel düzeyi, kendine güvenli yaklaşım düzeyi ve iyimser yaklaşım düzeyi azalmakta ve çaresiz yaklaşım düzeyi de artmaktadır ($p<0,05$).

Sonuç olarak küçük yaşta kanser hastalığının kabul edilebilirliğine bağlı olarak ailelerin ruhsal açıdan çöküntü yaşamaları ve hasta bakımının fiziksel ve psikolojik olarak zorlukları bakımından ailelerin bu hastalıkları tam anlamıyla bilmeleri, gelecekteki korku ve endişelerinin biraz daha azaltılmasında önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Hematoloji, kaygı, onkoloji, stres, umutsuzluk

ABSTRACT

Evaluation of Stress, Anxiety and Hopelessness Status among Parents of Hematology and Oncology Patients in Childhood

Today, the needs and supports are arising in providing psychological and social necessities of the patient and parents in terms of treatment and prolonged survival duration of children with cancer.

We evaluated the difficulties encountered by a total number of 63 individuals based on their social and economic status, by using a cross-sectional method in which the surveys were filled by the families of patients hospitalized in private and state hospitals; and collected the findings of attitudes and behaviors against stress, anxiety and hopelessness determining their moods.

The most challenging situation in treatment was detected to be the economic status as stated by 74.6% of participants, the heavy charges in care by 50.79%, feeling their child would be day in every day by 52.38%, keeping away the child from other children in their families by 63.49%, and hopelessness for a total cure of their child by 36.51%. 71.4% of participants considered that the disease did not decrease their love to their other children, 87.3% received support from other family members for the care of patient, 87.3% were not affected from prolonged treatment duration, 77.8% felt hope and enthusiasm for the future, and 81% stated to relax by knowing that everything would not always be like this even when things are getting worse.

The elevated levels of State-trait anxiety inventory, Beck Hopelessness Scale, Future Emotions, Motivation Lost and Future Expectations resulted in decrease in levels of continuous coping styles, self-confident approach and optimistic approach ($p<0,05$) and increase in level of helpless approach ($p<0,05$).

Result of the exact knowledge of cancer disease among families is crucial to decrease their fears and concerns in future, in point of depression depending on acceptability of the cancer disease at early ages, and physical and psychological challenges in patient care.

Keywords: Anxiety, hematology, hopelessness, oncology, stress

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

BEY : Boyun Eğici Yaklaşım

BUÖ : Beck Umutsuzluk Ölçeği

ÇÇK : Çoçukluk Çağı Kanserleri

ÇY : Çaresiz Yaklaşım

DKÖ : Durumlu Kaygı Ölçeği

ICCC : Uluslararası Çocukluk Çağı Kanserleri Sınıflaması

İY : İyimser Yaklaşım

KGY : Kendine Güvenli Yaklaşım

SBTÖ : Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği

SDA : Sosyal Destek Arama

SKÖ : Sürekli Kaygı Ölçeği

TPHD : Türk Pediatrik Hematoloji Derneği

TPOG : Türk Pediatrik Onkoloji Grubu

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 3.1. Stresle başa çıkma tarzları ölçeği, durumluk kaygı ölçeğine, sürekli kaygı ölçeğine ve beck umutsuzluk ölçeği genel düzeylerine ve alt boyutlarına ilişkin güvenilirlik analizi. 40

Tablo 3.2. Ailelerin stresle başa çıkma tarzları ölçeği, durumluk kaygı ölçeğine, sürekli kaygı ölçeğine ve beck umutsuzluk ölçeği ilişkin normallik dağılımı. 41

Tablo 4.1. Ailelerin tanıtıcı özelliklerine ilişkin dağılımı. 44

Tablo 4.2. Ailelerin çocuklarının tanı ve tedavilerine ilişkin görüşlerinin dağılımı. 45

Tablo 4.3. Ailelerin çocuklarının hastalıkları ile baş etme konusundaki görüşlerinin dağılımı. 46

Tablo 4.4. Ailelerin stresle başa çıkma tarzları ölçeği, kaygı ölçeği ve beck umutsuzluk ölçeği genel düzeylerine ve alt boyutlarına ilişkin betimleyici istatistikleri (n=63). 47

Tablo 4.5. Ailelerin cinsiyete göre stresle başa çıkma tarzları ölçeği, durumluk kaygı ölçeği, sürekli kaygı ölçeği ve beck umutsuzluk ölçeğinin karşılaştırılması. 48

Tablo 4.6. Ailelerin yaşa göre stresle başa çıkma tarzları ölçeği, durumluk kaygı ölçeği, sürekli kaygı ölçeği ve beck umutsuzluk ölçeğinin karşılaştırılması. 49

Tablo 4.7. Ailelerin eğitim durumuna göre stresle başa çıkma tarzları ölçeği, durumluk kaygı ölçeği, sürekli kaygı ölçeği ve beck umutsuzluk ölçeğinin karşılaştırılması. 51

Tablo 4.8. Ailelerin hastalığın teşhis süresine göre stresle başa çıkma tarzları ölçeği, durumluk kaygı ölçeği, sürekli kaygı ölçeği ve beck umutsuzluk ölçeğinin karşılaştırılması. 52

Tablo 4.9. Ailelerin tedavi süresine göre stresle başa çıkma tarzları ölçeği, durumluk kaygı ölçeği, sürekli kaygı ölçeği ve beck umutsuzluk ölçeğinin karşılaştırılması. 54

Tablo 4.10. Ailelerin ilaçlar hakkındaki düşüncelere göre stresle başa çıkma tarzları ölçeği, durumluk kaygı ölçeği, sürekli kaygı ölçeği ve beck umutsuzluk ölçeğinin karşılaştırılması. 55

Tablo 4.11. Ailelerin, "hastalığın diğer çocuklar üzerindeki sevgisini azalttığını düşünüyorum" ifadesine yöneltilen cevaplara göre stresle başa çıkma tarzları ölçeği, durumluk kaygı ölçeği, sürekli kaygı ölçeği ve beck umutsuzluk ölçeğinin karşılaştırılması. 57

Tablo 4.12. Ailelerin stresle başa çıkma tarzları ölçeği, durumluk kaygı ölçeği, sürekli kaygı ölçeği ve beck umutsuzluk ölçeği arasındaki ilişkinin incelenmesi. 60

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Batı literatüründeki karşılığı 'adolescent' olan ergen kelimesinin kökü Latince'de *adolescere* kökünden gelir. Bir süreci belirtmek anlamında kullanılan adolescent; büyümek ve olgunlaşmak demektir (1). Dünya Sağlık Örgütü, "10-19 yaş arasını ergen/adölesan, 15-24 yaş arasını genç, 10-24 yaş arasını da "genç insanlar" olarak tanımlamaktadır. Dünya çapında beş kişiden birisi adölesan dönemdedir. Genç nüfusun %85'i gelişmekte olan ülkelerde yaşamaktadır. Genç bir nüfusa sahip olan Türkiye nüfusunun yaklaşık beşte biri 10-24 yaş grubundadır (2).

Adölesan dönem, duygusal, zihinsel, hormonal ve sosyal gelişmelere paralel psikososyal proseslerle ilerleyen üç döneme ayrılmaktadır (3). 10-14 yaşlar arasındaki erken adölesan döneminde sekonder seks karakterleri görülmeye başlar (4). Yetişkinliğe ilk adım evresi olan bu puberteye hızlı geçiş endokrin sistem değişiklikleriyle başlar. Kızlarda menarj, erkeklerde sperm üretimi sekonder seks karakterlerinin gelişimi mevcuttur. Bedensel değişimler ilgi odağı olmasıyla birlikte cinselliğe ilgi de artar ve içsel çatışma ve karmaşa yaşayabilir. Bu dönemde adölesanlar cinsel kimlik edinmeye başlayıp, gelişimi kabullenirler (4, 5).

Orta adölesan dönemi, 15-17 yaşlar arasındaki lise yıllarına denk gelen dönemdir. Pubertal değişiklikler tamamlanmış, ergenlik belirtilerinin çoğu meydana gelmiştir. 15 yaşındaki kız ve 17 yaşındaki erkek adölesanlarda, erişkin boy uzunluğunun % 99'u tamamlanmıştır (6). Artık vücutlarında meydana gelen değişikliklere olan ilgi azalıp yerini kendilerini daha havalı, alımlı gösterme ve cazibeli gösterme çabalarına bırakır (7).

Üst yaş sınırı ekonomik, eğitsel ve kültürel faktörlere bağlı olarak değişiklik göstermekle birlikte 18-21 yaşlar arasındaki, üniversite ya da lise sonrası çalışılarak geçirilen dönem; geç adölesan dönemi olarak adlandırılır. Huzursuzluğun azaldığı, toplumla bütünleşmenin, arttığı bir dönemdir (8). Kognitif ve biyolojik olgunluğa erişilen bu dönemde, fiziksel gelişim de düzene girmiştir. Bir anlamda adölesan

dönemin ilk gününden beri geliştirilen becerilerin, yaşanan duyguların, özdeşimlerin birbirine katılıp karıştırıldığı ve sentezlendiği bir dönemdir (5, 9).

Kanser, tek hücre veya birçok hücrenin düzensiz aralık ve sıklıkla hızla büyümeye ve proliferasyona başlamasıyla oluşur. Kanserli hücrenin yapı ve fonksiyon yönünden farklılaşması, kendisinin de bir yapıtaşı olduğu canlının aleyhine anormal şekilde proliferasyonuyla ve kendisiyle ilgisi olmayan diğer organ ve dokuları işgal ederek onların çalışmasını engellemesiyle gelişir. Travmatik bir tecrübe olan çocukluk çağı kanserlerinde yeni tedavi protokolleri ve bakımlar ile sağ kalım oranının % 70 – 80'lere ulaşması kanseri kronik hastalıklar grubuna almıştır. Ancak ailedeki tüm bireyleri etkilemesi sebebiyle, uzun soluklu, kesintisiz takip gerektiren bu hastalığın kabulü hem aile hem de çocuk için çok zordur ve somatik psikososyal problemlere sebep olmaktadır (10).

Somatik problemler, tedavileri süresince görülen bulantı-kusma, diyare, konspitasyon, ağrı, beslenme bozukluğu, ağız yarası, yorgunluk ve uyku bozuklukları ile uzuv kaybı en sık görülen problemlerdir.Psikososyal problemleri çocukların gelişimsel dönemlerine göre incelemek tedavi bakımlarının verimliliği açısından gereklidir. Böylece çocuğun tedaviye ve hastalığa uyumunda sağlanacak verim arttırılmış olur (11).

Kimlik gelişimi, fiziksel değişiklikler, cinsellik gelişimi, öz güvenin gelişmesi ve bağımsızlığın kazanılması, akran ilişkilerinin geliştiği ve gelecek için planların yapıldığı adölesan döneminde ergenin kanser hastalığı ile karşılaşması pek çok somatik ve psikososyal sorunlara neden olabilmektedir. Bu sorunları: Tedavinin yan etkileri, fiziksel değişim ve olumsuz beden imajı gelişmesi, bağımsızlığın kaybedilmesi, sosyal ilişkilerde kesinti, arkadaş ilişkilerinin bozulması, cinsel gelişimin gecikmesi, karşı cins ile olan sorunlar, gelecek ile ilgili planların bozulması, yaşam kalitesinde düşüş, akademik sorunlar, eğitimin sekteye uğraması, ölüm korkusu, depresyon, anksiyete, öfke ve travma gibi duygusal sorunlar olarak sıralayabiliriz (12).

Kanser gelişme ve büyüme sürecinde aileye bağımlı olan çocukta fiziksel ve psikolojik açıdan problemlere yol açmaktadır. Aynı problemleri hem ruhsal hem de ekonomik açıdan ailenin tüm bireyleri de yaşayabilir. Tanının ilk konduğu günden

itibaren, hastanın verdiği fizyolojik ve psikolojik tepkilerin benzerini aileler de vermektedir (13- 14).

Cüceloğlu stresi, uyumsuz sosyal ve fizik çevre koşullarına karşı bireyin psikolojik ve bedensel sınırlarının ötesinde harcadığı çaba olarak tanımlar (14). Bazı yazarlar kanseri aile hastalığı olarak tanımlar ve çocukları kanser tanısı almış ebeveynleri de ikinci dereceden hasta olarak kabul ederler. Çalışmalar ailelerin stres düzeylerinin hastalarınki ile korele olduğunu göstermiştir. Çocuğuna tanı konulan ebeveynlerin kanser kelimesini duyduktan sonra yüksek düzeyde strese maruz kaldıklarını ve bu dönemde kendilerine verilen bilgileri anlamakta ve hatırlamakta zorluk çektikleri ve yüksek stres düzeyinin bir yıldan fazla sürebildiği tespit edilmiştir (15).

Kaygı; "kötü bir şey olacakmış hissi, hoş olmayan bir endişe hali ya da nedensiz bir korku" olarak tanımlanır. Kolay kırılan ve karamsar kişilerin kaygı düzeylerinin tüksek olduğu belirtilmiştir (14). Kanser hastalığı, sosyal ve ekonomik alanlarda olduğu gibi ebeveynlerin psikolojik dengesini de bozan ve beraberinde kaygı, korku çaresizlik gibi sorunları ortaya çıkaran bir hastalıktır. Çocuğu hastalanan annenin duyduğu kaygı çocuğunun öleceği korkusundan kaynaklanmaktadır. Çocukları ile beraber hastanede kalmak zorunda olan ebeveynlerde, ortamın yabancılığı, kinik ve serviste yaşanılan günlük olaylar ve rutin, kaygı artışına neden olmaktadır (15, 16). Hematolojik ya da onkolojik sorunları olan çocukların ebeveynlerinde kaygı düzeyinin fazla olduğu kaydedilmiştir. Düşük eğitim düzeyi, bilgi eksikliği ile birlikte ebeveynlerdeki sorun çözme yetersizliği kaygı düzeyini yükseltmektedir (17, 18).

Umutsuzluk, kişilerin subjektif ve gerçek dışı nedenlerle, tecrübelerine yanlış manalar yükleyerek; hedefine ulaşmada çaba sarf etmediği halde olumsuz sonuçlar beklemesine buna bağlı olarak gelecek hakkında negatif beklentiler oluşturması şeklinde tanımlanan kişinin bilgiyi işleme şekli ile bu bilgiye dair olayı tanıma, açıklama, analiz etme ve değerlendirmesi ile yakından ilişkili bir durumdur (19). Çocukları kanser tedavisi gören aileler hastalığın tekrarladığı dönemlerde çocuklarını kaybetme ihtimali ile yüz yüze gelirler. Hastalığın tekrarlaması ebeveynlerde geleceğe dair umutsuzluğu arttırır. Terminal yani en zor dönem olan hastalığın son aşamasında ise, ebeveynler tedaviye cevap alınamadığını öğrendiklerinde depresyon

ve tüm umutların tükenmesi ile ciddi bir keder dönemine girerler. Bu dönemde aileye çocukları ile ilgili verecekleri kararlarda destek verilmesi gerekmektedir (20, 21, 22).

Stres, kaygı ve umutsuzluk durumlarının birbirleri ile bağlantılı ve etkileşim içerisinde bulunması nedeni ile başa çıkma stratejilerini stresle başa çıkma başlığı altında açıklamak mümkündür. Kanser; ebeveyn ve hasta için stres, umutsuzluk, kaygı ve depresyon gibi psikolojik durumlara sebep olup yaşam dengelerini sosyoekonomik ve psikolojik olarak da bozan bir hastalıktır (23). Aile fertlerinin birbirleriyle devamlı surette iletişim ve etkileşim halinde olmasına bağlı olarak ailede yaşanan herhangi bir problem veya stres tüm aile bireylerini etkiler. Çocuğunun kanser hastalığı sürecinde yaşanan sıkıntılar, ebeveynlerde geleceğe dair umutsuz ve karamsar bir bakış açısının gelişmesine yol açabilmektedir. Bu durumun aşılmasında sosyal destek ve hemşire desteği son derece önemlidir (20, 24).

Kanserli çocukların ve ailelerinin tedavi süresince yaşadıkları stresle daha kolay baş edebilmeleri ve hastalığa uyum sağlayabilmeleri için; hasta ve hasta sahibinin doğru şekilde bilgilendirilmesi, hastanedeki bölümler arasında yeterli iletişim ve desteğin sağlanması ve tüm aileye gerekli psikiyatrik desteğin verilmesi gereklidir (17). Çocuğun kanser tedavisi süresince aileler pek çok şeyi ilk kez yaşar. Bu durumla tek başına mücadele etmeyip sağlık personelinden destek alınması ebeveynlerin cevaplayamadığı pek çok sorulara yanıt ve pratik öneri bulmasını sağlayarak yaşanılan stres, kaygı ve umutsuzluğun azaltılması sağlanabilir (25). Bu sebeple sağlık çalışanlarınca ebeveynlerin her ikisine de, çocuklarının durumu hakkında kısa ve anlaşılabilir bilgilerin verilmesi ve onların korkularını, kaygılarını ve umutsuzluklarını paylaşmaları için teşvik edilmeleri yaşanılan stresin azaltılması için önemlidir (15, 20).

Yapılan çalışmaları göstermiştir ki kanser aile üyelerini de etkilemekte, korku, depresyon, kaygı, stres ve umutsuzluk duygularının gelişmesine sebep olmaktadır (23). Kanserli hastaya hizmet veren hemşirenin, hastalığın türü ve belirtilerini, hastalığa ilişkin tecrübe ve fikirlerini, hastanın sosyokültürel düzeyini ve hastalık süreçlerini bilmesi tedavi aşamasında sunduğu hizmetin kalitesini arttırır. Hematoloji ve onkoloji hizmeti veren hemşirenin hastaya karşı anlayışlı, kişide yakınlaşma duygusu uyandıran, cana yakın ve ulaşılabilir olması gereklidir. Yapılan araştırmalar hastalara iyi bilgilendirme yapılmasının, oluşabilecek psikolojik

sorunları azalttığını ve hastanın tedaviye uyum yüzdesinin arttığını göstermektedir. Bu sebeple hastanın yaşadığı belirsizlik ve hastalık hakkındaki bilgi eksikliğinden kaynaklı psikolojik sorunların azaltılması için hemşirenin tedavi hastalara öncesi, hastalık ve tedaviye bağlı oluşabilecek problemler ile ilgili bilgi vermesi önem taşımaktadır (26, 27).

Hemşirelerin çocukluk çağı kanserlerinde artan anksiyete, ebeveynlerin evlilik sorunları, hastalığın seyri ve eksik sosyal destek gibi sorunları değerlendirip hastanın ve ebeveynlerin psikolojilerinin korunabilmesi için gereken önlemleri alması gelişebilecek psikososyal problemleri azaltabilmektedir. Araştırmalar, hematolojik ve onkolojik hastası olan ebeveynlerin aldıkları hemşire desteği sayesinde kaygı düzeylerinde ciddi azalmanın olduğunu göstermiştir (28).

Adölesan dönemi özelliklerine paralel olarak fiziksel, psikolojik ve sosyal yönden değerlendiren hemşireler, hastanın zorlu tedavi süreci ile baş edebilmesi ve sağlıklı ruhsal gelişim gösterebilmesi açısından çok önemlidir. Kanserli çocuklara için hasta bakımı ve takibi tekniklerinin geliştirilmesi için yapılacak çalışmalarda sağlık çalışanları olmalıdır (13).

Kanser, hastanın fiziksel ve psikolojik dengesini bozan, zor ve oldukça yorucu bir süreçtir. Hemşireler hastanın psikolojik dengesinin korunmasına katkıda bulunurken, tedavi süresince oluşan fiziksel rahatsızlıkların ortadan kaldırılması ya da azaltılması konusunda da aktif rol almaktadırlar. Araştırmalar, hemşirenin tedavi süresince oluşan bulantı- kusma, diyare-konstipasyon, ağrı, beslenme ve uyku bozuklukları, ağız yaraları, yorgunluk ve saç dökülmesi gibi semptomların giderilmesinde zamanında ve etkin rol almasının ve istenmeyen etkilerin yönetimini sağlamasının adölesanın yaşadığı stresi azalttığı tespit edilmiştir (11, 29).

Literatürde, çocukluk çağı hematoloji ve onkoloji hastalarının ailelerinin stres, kaygı ve umutsuzluk durumlarının birlikte değerlendirilmesi konusunda bir çalışmaya rastlanmamıştır. Kanserli çocukların tedavi ve sağ kalım sürelerinin uzatılmasının yanında, hasta ve ailesinin psikolojik ve sosyal ihtiyaçlarının giderilmesine yönelik olarak ihtiyaç ve destekte artış gözlenmiştir. Bu bağlamda kanser tanı ve tedavisi boyunca fizyolojik, psikososyal açılardan hasta ve yakınlarının ihtiyaçlarının karşılanmasında hemşirelere büyük sorumluluk ve görev

düşmektedir (29). Biz de çalışmamızda hastanelerinin hematoloji ve onkoloji kliniğinde yatan kanserli çocukların ailelerinin hastalığın tanısını öğrendikten sonra karşılaştıkları zorluklar ve ruhsal durumlarının değerlendirilmesi amacıyla bu araştırılma yapılmıştır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmamızdaki amaçlarımız hasta çoçuk ailelerin çoçuklarının hastalıkların tedavisi sürecinde karşılaştıkları ekonomik,sosyal ve ruhsal (stres,kaygı ve umutsuzluk) yönden zorlukların değerlendirilmesi.Ailelerin çoçuklarının hastalıklara küçük yaşta yakalanmasında dolayı kabul edilebilirliğin zor olmasına bağlı olarak ruhsal açıdan çöküntü yaşamaları.Hasta çoçuk ailelerine verilecek eğitimle kendilerini daha iyi hissetmelerini sağlanabilmek,stres,kaygı ve umutsuzluk durumlarını azaltabilmektir.

1.3. Araştırmanın Soruları

Ailelerin Çoçuklarının Hastalığını Algılama Durumu nedir?

Ailelerin Çoçuklarının Hastalığına Uyum Sağlayabilmekte midir?

Ailelerin Çoçuklarının Tedavisinde Kullanılan İlaçlar Hakkındaki Düşünceleri nelerdir?

Ailelerinin Çoçuklarının Tedavileri Süresince En Çok Zorlandıkları Durumları nelerdir?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Adölesan Dönemi Özellikleri

Yayın tarihi 1904 olan G. Stanley Hall'ın "Adolescence" kitabı adölesan dönemine ait ilk bilimsel çalışmadır (30). Stres ve fırtına olarak ifade ettiği ergenlik dönemi Hall'a göre; tüm bireyler için yaşanan bir yeniden doğuştur ve uygarlığa geçişte insanlığın yaşadığı sıkıntıları kapsamaktadır. (31, 32).

Adölesan pek çok sosyal ve zihinsel değişikliklerin psikolojik ve biyolojik değişikliklerle beraber yaşandığı çocukluktan erişkinliğe geçiş dönemdir. Erkek ve dişilerde çeşitli fiziksel değişiklikler görülür ve üreme fonksiyonu kazanılmış olmaktadır. Çocukluk çağına göre artan mantıksal ve soyut düşünme ile geleceğe dair idealler kurma mevcut olmaktadır. (4).

Adölesan döneminde bireyin vücuduna olan ilgi artmatadır. Gelişen beden algısı gence mutluluk verebildiği gibi mutsuzluk da verebilmektedir. Bilim ve çeşitli spor dallarına ilgi artar ve farklı eğitim dışı faaliyetlere yönelişin arttığı bu döneme politika ve dünya olaylarına karşı düşünce geliştirme eşlik eder. Bununla birlikte, inatçılık, bencillik, aile ve arkadaşlıklarla kötü ilişki ve duygusal gelişmemişlik bu dönemin olumsuzluklarıdır (33).

İnsan yaşamının %2.1'ini adölesan ve gençlik dönemi kapsar. Bu dönemin başlangıcı; kızlarda 10, erkeklerde 12 yaş civarıdır (33). Adölesan dönem, duygusal, zihinsel, hormonal ve sosyal gelişmelere paralel psikososyal proseslerle ilerleyen üç döneme ayrılmaktadır (3).

2.1.1. Erken Adölesan Dönemi

10-14 yaşlar arasındaki erken adölesan döneminde sekonder seks karakterleri görülmeye başlar. Yetişkinliğe ilk adım evresi olan bu puberteye hızlı geçiş endokrin sistem değişiklikleriyle başlar. Kızlarda menarj, erkeklerde sperm üretimi sekonder seks karakterlerinin gelişimiyle başlamaktadır. Bu dönemdeki adölesanlar bedensel değişimler ilgi odağı olmasıyla birlikte cinselliğe ilgi de artar ve içsel çatışma ve

karmaşa yaşayabilir. Bu dönemde adölesanlar cinsel kimlik edinmeye başlayıp, gelişimi kabullenirler. Türkiye'de çocuklarda menarj yaşı ortalaması farklı çalışmalarda yaklaşık 12,5 yaş olarak tespit edilmiştir (4,5).

Bu dönemde, adölesanlar soyut düşünebilme yetisi kazanmaya başlamasına rağmen, yaşadıkları sosyal ve biyolojik hızlı gelişim sonucunda karmaşalar yaşar. Bu sebeple de kendilerine yaşadıkları değişim ve sosyal çevresiyle uyumlu rol model arayışına girerler. İçinde bulundukları yaşıt grupları aileden daha önemli hale gelir ve birey daha bağımsız olur. Bu durumun altında gruba ait olma, kabul edilme, sevme ve sevilme gibi duygular yatmaktadır (34). Hızlı ve ani değişimlere uyum gösteremeyen erken dönem adölesanlar; depresyon ve kaygı gibi psikolojik sorunlarla karşı karşıya kalabilirler (9).

2.1.2. Orta Adölesan Dönemi

Orta Adölesan dönemi 15 ila 17 yaşlar arasındaki lise yıllarına denk gelen dönemdir. Bireylerin pubertal değişiklikler tamamlanmış, ergenlik belirtilerinin çoğu meydana gelmiştir. 15 yaşındaki kız ve 17 yaşındaki erkek adölesanlarda, erişkin boy uzunluğunun % 99'u tamamlanmıştır (6). Artık vücutlarında meydana gelen değişikliklere olan ilgi azalıp yerini kendilerini daha havalı, alımlı gösterme ve cazibeli gösterme çabalarına bırakmaktadır. (7).Yaratıcılık ve entellektüelliği artan orta adölesan, başkalarının hislerini anlamaya başlamış ve idealistlik ve meslek hedefi azalmıştır (35).

Bilişsel gelişimin de tamamlanmasıyla genç, soyut düşünebilme, genelleme yapabilme ve kendi kendini anlayabilme yetisine sahip hale gelir. Orta adölesan dönemde dikkat edilmesi gereken konulardan biri de cinsel kimlik gelişimidir. Cinsiyetlerin tanınması, tanımlaması ve buna uygun sosyal roller edinilmesi; beden gelişiminin tamamlandığını gösterir (4).

Bireysel kimliğini oluşturmanın önemli olduğu bu dönemde adölesanın, ebeveynlerinden farklı bir birey olması ve bunu aileye kabul ettirme çabaları fazladır. Bu çabaya bağlı olarak genç, kendine özgü davranış ve düşünce biçimiyle ana baba otoritesine karşı çatışma yaşayabilmekle birlikte önemli konularda ebeveynlerinin yardım ve desteğine ihtiyaç duyabilmektedir (5, 36).

2.1.3. Geç Adölesan Dönemi

Üst yaş sınırı ekonomik, eğitsel ve kültürel faktörlere bağlı olarak değişiklik göstermekle birlikte 18-21 yaşlar arasındaki, üniversite ya da lise sonrası çalışılarak geçirilen dönem; geç adölesan dönemi olarak adlandırılır. Huzursuzluğun azaldığı, toplumla bütünleşmenin, arttığı bir dönemdir (8).

Geç adölesan döneminde bireylerin vücut gelişimleri ile ilgili bir problemi kalmamıştır ve bununla ilgilenmezler.Epifizlerin kapanması ile erkeklerde 18-20 yaşlarında,kadınlarda ise 16-18 yaşlarında büyüme büyük oranda durmaktadır. (6).

Mantıklı ve gerçekçi olan geç adölesanların, ani isteklerini kontrol etme yetenekleri artar. Yeteneklerini belirleyip, gelecekteki meslek seçiminde kendilerine limitler koyarlar ve pratik mesleki hedeflere yönelirler (8). Kognitif ve biyolojik olgunluğa erişilen bu dönemde, fiziksel gelişim de düzene girmiştir. Bir anlamda adölesan dönemin ilk gününden beri geliştirilen becerilerin, yaşanan duyguların, özdeşimlerin birbirine katılıp karıştırıldığı ve sentezlendiği bir dönemdir. Adölesan, başkalarını düşünmeye başlar ve daha az ben- merkezcidir. Toplumsal ilişkiler, arkadaş grubundan bireysel ilişkilere kayar. Artık kendi kimlik ve değerleriyle hareket etmekten hoşnut olduğu için, arkadaş gruplarının değerleri, önemini kaybetmeye başlamıştır. (5, 9, 36). Bu dönemin en önemli rolü, kimlik kazanımıdır. Kimlikle ilgili endişelerde düşüş yaşayan adölesanın hem kendisinde hem de çevresinde kendi kişiliği konusunda kesin yargılar oluşmaya başlar (36-38).

2.2. Çocukluk Çağı Kanserleri

Çocukluk çağı kanserleri erişkin kansere yol açan kötü huylu tümörlerden prognoz, tümör histolojisi ve yerleşim yeri gibi yönleri ile belirgin farklılık gösterir. Erişkin kanserlerinin çoğu karsinom özelliğinde iken çocuklarda tümörler histolojik olarak çok çeşitlilik göstermektedir (40-42).

Uluslararası "Çocukluk Çağı Kanserleri Sınıflaması (ICCC)"na göre çocuklarda 12 tip kanser vardır; lenfomalar, lösemiler, retinoblastoma, epitelyal tümörler, beyin ve spinal kanal tümörleri, sempatik sistem tümörleri, böbrek tümörleri, karaciğer tümörleri, kemik tümörleri, yumuşak doku sarkomları, gonad ve germ hücreli tümörler ve diğer malign neoplasmlar (43).

2.2.1. Etiyolojisi

Çocukluk kanserlere epidemiyolojisine ve terapötik yaklaşımlara ilişkin birçok çalışma bulunmasına rağmen, günümüzde bu kanserlerin nedenleri hala tam olarak bilinmemektedir (44, 75). Kanserin nedeni ile ilgili en sık bilinen teori, genetik anomalilerle birlikte hücre çoğalması sürecinin düzenlenememesidir. Hücrelerde kontrolsüz çoğalmaya neden olarak tümör oluşumunu aktifleştiren genlerin varlığını gösterilmiş ve bireylere göre değişen genetik yatkınlık, etiyolojinin %10-15' inden sorumludur (45). Avrupa Çocukluk Çağı Kanser Bilgi Sistemi, çocukluk çağı kanserlerinin görülme sıklığının ve nedenlerinin çok yönlü olduğunu, bu nedenle kanser oluşumunu tetikleyen hücrelerde farklılaşma sürecinin tam anlamıyla açıklanmasının zor olduğunu belirtmiştir (46).

Günümüzde çalışmalar glioma ve retinablastoma gibi tümörlerin ailesel geçiş ile ilişkili olabileceğini göstermiştir. Down Sendromu gibi genetik bozukluğu olan bir çocukta kanser görülme olasılığı daha yüksektir. Tip 1 nörofibromatozis ve çocuk lösemileri genetik geçiş ile ilişkilidir (41). Ayrıca bazı virüslerin insanlarda kanser genlerini aktive ettikleri ileri sürülmektedir. Örneğin Ebstein Barr virüsünün Burkitt lenfomasına sebep olduğu belirlenmiştir. (42).

Çocukların fizyolojk olarak yetişkinlerden daha fazla hava soluması, yemek yemesi ve su içmesi, çocukların çevresel maddelerden etkilenmesini yetişkinlere göre arttırır. Ayrıca çocukların vücut yüzey alanları daha az olduğu için daha çok toksik maddelerden etkilenirler ve metabolizmada toksisiteyi önleyen enzim sistemi yaşla birlikte gelişmektedir. Bu nedenle çocuklarda bu hasarların vücutta onarım kapasitesi de daha düşüktür (42).

Kansere yol açtığı bilinen başlıca kimyasal ajanlar arasında sigara, arsenik, benzen, nikel, aflatoksinler, asbestoz, aromatik aminler ve vinil kloritler yer alır. Yenidoğanlar ve çocukların pestisitlerden, yetişkinlere kıyasla çok daha fazla etkilendiği öne sürülmüş ve çocuklarda pestisitlere bağlı yumuşak doku kanserleri, lösemi, Non Hogkin Lenfoma ve beyin tümörleri olduğu bildirilmiştir (47).

Beslenme ile kanser arasındaki ilişkisi oldukça fazla süredir araştırılan ve hala güncel olan bir konudur. Türkiye'de çocuklarda özellikle demir, çinko ve selenyumun eksikliği sonucunda akut lösemilerin ve lenfomaların gelişebileceği

tespit edilmiştir. Anne sütüyle beslenen çocuklarda çocukluk çağı kanserlerinin azaldığı da bir çalışmada gösterilmiştir (41). Besinlerdeki küflerin oluşturduğu mikotoksinler, besinlere renk verme ve uzun süreli koruma amaçlı katılan nitrat ve nitrit bileşikleri gibi doğal karsinojenler ile bireylerin besinleri pişirme yöntemlerinin de kanser gelişiminde etken olduğu bilinmektedir (39).

2.2.2.Epidemiyolojisi

Tüm kanser tipleri içerisinde çocukluk çağı kanserlerinin görülme oranı % 2'dir. Dünyada her yıl 200.000' den fazla yeni çocukluk çağı kanseri görülmektedir. Çocukluk çağı kanserlerinin % 85'i gelişmekte olan ülkelerde görülmektedir (48). Dünyada her yıl 160 bin çocuk kanser tanısı almakta ve bunların 90 bini kaybedilmektedir. Çocuklarda görülme oranı 15 yaş altında 110/1000000 ile 115/1000000 arasındadır ve bu yaş gurubunda rastlanan ölümlerin % 10'u kanser sebebi ile olmaktadır. Çocukluk çağı malignitelerine genel olarak bakıldığında; insidans siyahlara göre (11/100000), beyaz ırkta (13.5/100000) %23 daha yüksektir (40).

Ülkemizde ise 2500-3000 civarında çocuğun kanser tanısı alması beklenmektedir (49). Türk Pediatrik Onkoloji Grubu'nun yaptığı 2016 yılı tümör istatistik verilerine göre Türkiye'de 10-14 yaş grubu çocuklarda kanser görülme oranı milyonda 22.80 iken (n=2756), 15-19 yaş grubu çocuklarda ise milyonda 7.35'tir (n=886) (48).

Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerdeki kanserli çocukların yaşam hızlarında kayda değer farklılıklar bildirilmektedir. Ülkemizde 5 yıllık yaşam hızı % 64 olarak bildirilirken, bu oran ABD'de % 75'tir (50). Aradaki farkın düzelmesi ancak ülke çapında planlamalarla olabilir. Bu nedenle gelişmekte olan ülkeler için; teknoloji transferi ve tam kapsamlı onkoloji hizmetleri, deneyimli onkoloji çalışanları, bilgi ve kaynakların paylaşımı, yaşam sürelerinin uzatılması ve yaşam hızının arttırılması ciddi konulardır. Bu amaçlara ulaşmada onkolojinin farklı disiplinleri arasında iş birliği büyük katkılar sağlayacaktır (43, 48).

Kansere bağlı mortalite adölesan dönemde 3.2/100.00 olarak tespit edilmiş ve bu oranın 15 yaş altı çocukluk dönemindeki kansere bağlı mortalitenin yaklaşık iki

katı olduğu gösterilmiştir (51). UNICEF'in 2011 adölesan sağlığı raporunda da dünyadaki tüm kanserlere bağlı ölümlerin 1,2 milyarının adölesan dönemde görüldüğü ve bu sayının diğer çocukluk dönemlerine göre daha yüksek olduğu bildirilmiştir (52).

Her yıl bir milyon çocukta 100 yeni kanser tespit edilmektedir. Ülkemizde "Türk Pediatrik Hematoloji Derneği (TPHD) ve Türk Pediatrik Onkoloji Grubu (TPOG)"un Pediatrik Kanser Kayıtlarına göre, 2002– 2008 yılında yeni kayıt edilen 11211 vakanın % 7'sinin 15-19 yaş grubu adölesan döneminde olduğu bildirilmiştir. (15). Türkiye'de genel çocuk sağlığında düzelme kaydedilirken, çocuk ölümlerine sebep olan hastalıklar arasında kanser oranlarında artış görülmektedir. Ülkemizde de dünyada olduğu gibi en fazla lösemilere rastlanılmaktadır ve 5 yaş ve üstü ölüm nedenleri arasında kanser ikinci sırada yer almaktadır (13, 53). Kanserden tedavi gören çoğu çocuk için yetişkinlik, beş yıllık sağ kalım oranlarının % 80 olması ile artık ulaşılabilir bir dönem olmuştur (11).

2.2.3. Tanı ve Tedavisi

Çocukluk çağı kanserlerinin belirti ve bulguları, kanseri düşündürmeyen, ancak izlenmesi gereken bulgular olabildiği gibi onkolojik danışma gerektiren bulgular da olabilmektedir. Sık karşılaşılan belirti ve bulguları ateş, lenfadenopati, baş ağrısı, nörolojik bulgular, göz bulguları, endokrinolojik bulgular, kas-iskelet sistemi bulguları başlıkları altında toplayabiliriz (54, 55);

Ateş; kanser olan hastalarda sıklıkla, gerek kansere gerek kanserle birlikte görülen enfeksiyona bağlı olarak ortaya çıkabilir. Sık karşılaşılan bir belirtidir. Fakat kanserde başlangıç bulgusu olarak tek başına nadir görülür başka bulgulara eşlik eder (54).

Lenfadenopati; özellikle akut lenfadenopati durumlarda malignite olasılığı düşüktür (56).

Enfeksiyon şüphesi uyandırmayan; "Sert olan, hareketsiz olan, ağrısı olmayan, "2,5 cm'den" daha büyük ve ya "supraklaviküler" yerleşimi olan lenf nodu varlığı; kilo kaybının olması, yüksek inatçı olan ateş, inatçı olan öksürük, kemiklerde ağrı olması, geceleri terlemenin artması, kanama, gibi sistemik bulguların birlikte

görüldüğü; hastadan periferik yayma yapılması, akciğerin görüntülenmesi, kan sayım sonucunun normalden farklı olduğu, hastalardan kemik iliğinin değerlendirmek ve lenf nodu biyopsisi yapılması onkoloji ile birlikte değerlendirilmelidir. "4-6" haftalık izlenimde boyutlarında küçülme olmayan ve ya tam aksine büyüme görülen lenf nodlarında onkoloji konsültasyonu uygun olmaktadır (54,57).

Beyin tümörü olan hastalarda sadece baş ağrısı çok nadir görülen bir durumdur hastaların %95'inde görülen baş ağrısına bazı nörolojik bulgularda eşlik eder.Hastalarda görülen baş ağrısının sıklaşması ve şiddetlenmesi, sabahları uykudan uyandırması, hastaların huylarında değişiklik yaratması, akademik başarılarda düşüş, gibi nörolojik bulgular ve kusma görülüyorsa olgu onkolojik açıdan değerlendirilmesi gerekir (54).

"Duygusal veya motor bozukluklar", "konvülsion", "ataksi", "görme bozukluğu", "kranial sinir felci" gibi belirtiler, en başta santral sinir sistemi tümörleri olmak üzere çocukluk çağı kanserlerinin başlangıç belirtileri olabilirler (54).

Kanserli çocuk hastaların yarısından çoğunda eklem ve kemik ağrıları bulunmaktadır ve hastaların 1/3'ünde görülen tek başlangıç bulgusudur. Akut "lenfoblastik lösemili" olguların hemen hemen % 40'ında başlıca şikayet yaygın kemik/eklem ağrısı olmasıyla birlikte, aynı çocukların %50'sinde başlangıç bulgusu olarak ağrı tek belirtidir (54). Aynı şekilde ağrı "kemik tümörleri" veya "kemik/kemik iliği metastazı" gösteren tümörlerde başlıca şikayettir.Deformitenin veya şişliğin birlikte eşlik ettiği bölgesel ağrılar metastazına veya kemik tümör oluşuma bağlı olabilir. Bu hastalarda gece ağrısı daha fazladır, hatta bu ağrı uygkudan uyandıracak kadar şiddetlenebilir ve olgularda sistemik bulgular fazladır (54, 55).

Göz bulgularında "Oküler/orbital", santral sinir sisteminden kaynaklanan yada "metastatik tümörlerde" saptanır. Yeni başlayan "nistagmus, diplopi, kırma kusuruna bağlanamayan bulanık görme, görmede azalma, şaşılık oluşması, proptozis, yeni başlayan şaşılık, opsoklonus, horner sendromu, papil ödem, optik atrofi" saptanan çocuk hastalarda hastalığın varlığı açısından incelenmelidir (54, 55).

“Diabetes insipidus”, büyümenin duraklaması, erken/geç “puberte” ve benzeri endokrin sistemini ilgilendiren ve ilgilendirebilecek belirtilerin etyolojisinde “santral sinir sistemi”, adrenal bezde yer alabilir (54, 55).

Çocukluk çağı kanserlerinin tedavisinde; kemoterapi, radyoterapi, cerrahi, immünoterapi gibi yöntemler kullanılmaktadır. Tümörün histolojik yapısı, hastalığın aşaması ve metastaz durumuna göre tedavi yaklaşımları belirlenmektedir. (15, 58). Özellikle çoğalan hücrelere karşı, tercihen seçici ölüm sağlayan, sentetik, doğal, biyolojik ya da hormonal ajanlarla yapılan kemoterapi, malign tümörlerin tedavisinde ana yöntemdir (41)

Neredeyse tüm kemoterapi ile ilgili kullanılan maddeler “DNA” sentezini ya da fonksiyonları üzerinde etkili olarak “neoplastik (kanseroz)” hücreleri yoketmektedir (39). Son 30 yıl içerisinde çocukluk çağı kanserlerinde yapılan başarılı kemoterapi sonucunda olgularda sağ kalım oranları hızla yükselmiştir (59).

Çocukluk çağı kanseri görülen olgularda sağ kalım oranlarını arttıran bir diğer etken ise “lenfomalar, solid tümörler ve beyin tümörleri” tedavisinde radyoterapinin kullanılıyor olmasıdır (58). Bu tedavilerde en temel prensip; hücrenin DNA’nın yapısında değişiklik yaparak, DNA’nın tekrar yenilenmesini engelleyerek hücre proliferasyonunu önüne geçmektir. Radyoterapinin akut reaksiyonları temel olarak radyoterapinin uygulandığı alan ile ilgilidir. Toplam doz ve tümörün boyutu ise geç etkilerin oluşumunda etkilidir (59).

Hastalığın yaylım düzeyini Ortaya çıkarmak için biyopsi almak ve tümörü incelemek palyatif olarak uygulanır (59).

İmmünoterapi, immün sistemi aktive etme özelliğine sahip ajanlardır. Yapılan çalışmalarda kanser hücresine dönüşen hücrelerin antijenik yapılarının farklı olduğu gösterilmiştir. İmmün sistem vücutta bulunan yabancı antijenleri tanımlayarak yok etmeye çalışmaktadır. Bu mekanizmada hücresel ve humoral immünitede rol oynayan T ve B hücreleri antijenleri tahrip ederek yok etmek ve bu antijenlere karşı antikor oluşturmada görev alır. Bu mekanizmayı uyarmak ve güçlendirmek için immünoterapi kullanılmaktadır (59).

2.2.4. Çocuk ve Ebeveynlere Etkisi

Travmatik bir tecrübe olan çocukluk çağı kanserlerinde yeni tedavi protokolleri ve bakımlar ile sağ kalım oranının %70–80'lere ulaşması kanseri kronik hastalıklar grubuna almıştır. Ancak ailedeki tüm bireyleri etkilemesi sebebiyle, uzun soluklu, kesintisiz takip gerektiren bu hastalığın kabulü hem aile hem de çocuk için çok zor olup somatik ve psikososyal problemlere sebep olmaktadır (10).

Somatik Problemler, tedavileri süresince görülen bulantı-kusma, diyare, konsipitasyon, ağrı, beslenme bozukluğu, ağız yarası, yorgunluk ve uyku bozuklukları ile uzuv kaybı en sık görülen problemlerdir.(11)Psikososyal problemleri çocukların gelişimsel dönemlerine göre incelemek tedavi bakımlarının verimliliği açısından gereklidir. Böylece çocuğun tedaviye ve hastalığa uyumunda sağlanacak verim arttırılmış olur (10).

Hastane gibi alışkın olmadıkları, farklı bir ortamda olmak ve anneden ayrılmak bilhassa 7. ay üstü bebekler için endişe ve sıkıntılara yol açabilir. Muayene ve tedavi sırasında karşılaştıkları yabancı kişiler, enjeksiyon ve kan alma gibi fiziki işlemler bebeklik dönemindeki çocuklarda korku ve depresyon görülmesine yol açabilmektedir. Böyle durumlarda başta hemşireler olmak üzere hastane çalışanlarının önemi artmakta, çocuğa yapılan olumlu yaklaşımlar ile korku düzeyinin düşürülmesi amaçlanmalıdır (10).

Okul öncesi çocuklarda hastalığa bağlı fiziksel kısıtlamalar, bağlanma davranışında artışa sebep verebilmektedir. Aynı zamanda kanser hakkında mantıklı düşünce geliştiremeyen çocukta hastalıkla ilgili korkuları geliştirebilir. Çocuk tedavinin kendini cezalandırmayla alakalı olduğunu düşünebilir (10).

Okul çağı çocuklarında zihinsel ve duygusal gelişim süreci okul öncesi döneme göre daha geliştiği için, çocuk hastalığın ciddiyetini anlayabilir. Ancak süreç henüz tamamlanmadığı için çocukta öfke gelişebilir ve olaylara günü gününe uymayan tepkiler verebilirler; bir gün içe dönük, pasif iken ertesi gün agresif olabilirler. Ayrıca hastane ortamı çocuklarda cezalandırma, tıbbi girişimler ise bedensel zarara uğrama korkusunun gelişmesine sebep olabilirler. Aileden, özellikle anneden ayrılma, terk edilme korkusu okul çağı çocuğunda ciddi kaygı yaratabilir (60).

Kimlik gelişimi, fiziksel değişikliklerin olduğu adölesan döneminde, kanser hastalığı ile karşılaşmak çocukta pek çok sorunlara neden olabilmektedir (12). Kanser ve tedavisinin yan etkileri olan yorgunluk, ağrı, bulantı-kusma ve uyku problemleri adölesanın psikolojik ve sosyal gelişimini etkileyebilmektedir (35, 56). Çalışmalar, adölesanların kemoterapinin yorgunluk, kusma gibi yan etkilerinin fiziksel yetersizliğe yol açtığı için sosyal ilişkilerinde kesinti yaşadıklarını bildirilmiştir. Çünkü fiziksel görünüm adölesanların beden imajı ve özgüven düzeyini belirler. Tedavinin yan etkileri ve fiziksel değişimler sonucu gelişebilen olumsuz beden imajı gelişimi ve özgüven düşüklüğü psikososyal travmalara sebep olabilmektedir (60).

Kanser olan adölesanlarda cerrahi müdahaleler, kemoterapinin yan etkileri tedaviyle ilgili kaygıya sebep olabilirken fiziksel değişiklikler ve izolasyon hissi, okula dönmesini de zorlaştırabilir. Evan ve ark. (2006) çalışmalarında adölesanda meydana gelen fiziksel değişikliklerin, karşı cinsle olan iletişimi sekteye uğrattığını, ergende bedeninden utanma, kendini çirkin ve akranlarından farklı hissetmesine neden olduğunu belirtmişlerdir. Bu durum kanserli gencin kendini izole etmesine ve ilişkilerden kaçarak normal yaşamını sürdürememesi gibi sorunlara neden olabilmektedir (61).

Kanser hastası adölesanlar uzun ve zor tedavi süreçleri sonucu fiziksel ve psikososyal açılardan aileye bağımlı olmaktadırlar. Bu dönemde ailelerin çocuklarına karşı aşırı korumacı olması adölesanın bağımlılığa zorlar. Bu durum ebeveyn adölesan çatışmasına sebep olabilir (62).

Ebeveynlerin çocuklarının kanser olduğunu öğrendiğinde verdikleri tepkiler: tanı dönemi, tedaviye cevap dönemi ve hastalığın tekrarladığı dönem ve terminal dönem olmak üzere 4 bölümde incelenebilir (15).

Tanı döneminde; aile, doktor görüşmesinde ‘kanser’ sözcüğünü ilk duyduktan sonraki konuşmaları yüksek stres ve endişe altında olduklarından duyamayabilir veya konuşmaları hatırlayamazlar. Tanı döneminde ailenin ilk tepkisi ölüm karşısında verilenle eşdeğerdir. Bu aşamada öfke, kendini suçlama, inkâr veya kabul etme en sık yaşanan duygu durumlarıdır (15, 20).

Tedaviye cevap döneminde; çocuklarına kanser tanısı konan aileler hastalarına karşı aşırı korumacıdırlar. Çocuklarını disipline etmede serbest davranırlar bu da çocukta ebeveynlere bağımlılık geliştirebilir. Ebeveynlerdeki bu davranış biçiminin sebebi, kanserin ileride de tekrar edeceği korkusudur. Aileler tedaviye cevap döneminde depresyon ve inkâr gibi tepkiler gösterebilirler (15, 20, 21).

Hastalığın tekrarladığı dönemde, çocuklarının ölme ihtimaliyle yüz yüze gelen aileler şok, korku, öfke, büyük bir keder ve depresyon duygularını yaşayabilirler. Hastalığın kötü seyri ve tekrarlaması ailede yeni bir kriz başlatır ve gerginlik artar. Sonuçta çocuk yeni tedaviye cevap verse bile ailenin tekrar mutlu olamadığı çalışmalarda bildirilmiştir (20, 21).

Son terminal dönemde, ailede baştaki kaygının ardından suçluluk, aşırı koruyuculuk, düşkünlük, yetersizlik, depresyon ve kendi durumlarını inkâr eğilimi başlar. Çocuğun aldığı tedavi sonucunun negatif olduğunu öğrendiklerinde aile, yoğun keder dönemine girer ve depresyon, kaçınılmaz sonu kabulleniş ve umutlarını yitirme gibi tepkiler verir. Bu durum zamanla çocuk için esnek ve uygun sınırlar oluşturmaya evrilir (15, 20, 22).

Hastalığın tanı ve tedavi dönemlerinde, hasta ve aile üyeleri ekonomik, fiziksel, duygusal ve sosyal açıdan pek çok güçlüklerle karşılaşırlar. Başta onkoloji hemşirelerinin desteğiyle bu güçlüklerin belirlenmesi ve üstesinden gelme yöntemlerinin geliştirilmesi, kanser tanı ve tedavisinin uzun süreli psikolojik etkilerinden korumayı sağlar. Sonucunda da; çocuğun ve ailesinin tedaviye uyum sağlaması kolaylaşır (63).

Çocuklarının kanser tedavisi sırasında ailede, özellikle annede depresyon ve kaygı olabilmektedir. Çocuğuna bakabilmek amacıyla anne işinden ayrılmak zorunda kalabilmektedir. Ayrıca çalışmak zorunda olması sebebi ile babanın anneye yardımı daha az olmaktadır. Bu durum anne üzerindeki yükü arttırır (63).

Çocuğun hastanede veya evde sürekli bakımı, ailede, evlilik ilişkilerinde bozulma, ebeveynlerin sağlıklı çocuklarına ayırdıkları zamanda azalma, ailede yalnızlık ve izolasyona yol açabilir. Çocukluk çağı kanserlerinin aileye getirdiği sorunlarla baş edebilmede hastane çalışanları, hemşire, doktor ve ebeveynlerin

karşılıklı yardım ve destekleri çok önem taşımaktadır. Anne babanın hastalıkla alakalı suçluluk duyması, uzun süreli hastanede kalım nedeni ile ailenin diğer bireylerinden uzaklaşılması ve yüksek stres durumları evliliklerde ciddi gerilime sebep olabilmektedir (13). Ebeveynlerin %84'ü tanının öğrenilmesiyle birlikte kendilerini yalnız hissetmektedir, bu durumun minimuma indirilmesi ancak başta onkoloji hemşireleri olmak üzere tüm hastane çalışanları ve aile arasındaki yakın ilişki ile mümkün olabilmektedir (21). Kanserli çocukların anne babalarının psikolojisi ile ilgili pek çok çalışma yapılmış ve ailelerin tanı anındaki duygu durumları ile bir süre sonraki duygu durumları arasında farklılık gözlemlenmiştir. Sawyer ve ark. (2000) çalışmasında ilk tanıdan sonraki bir haftada çok belirgin olan anne baba anksiyete seviyesinin tanıdan 6 ay sonrasında daha düşük olduğunu gözlemlemişlerdir (64).

Aile hasta çocuk ile ilgilenirken evdeki sağlıklı kardeşleri ihmal edebilmektedir. Genelde aile büyüklerinin baktığı sağlıklı kardeşlerde; hasta kardeşi kıskanması ve kızgınlık gelişebildiği gibi okul sorunları, anksiyete ve depresyon belirtileri de ortaya çıkabilmektedir. Sağlıklı çocuklar ebeveynlerinin duydukları acı ve üzüntüyü azaltma çabasına girişebilir ve onları daha mutlu etmek için çaba sarf ederler. Anne babanın ve kardeşlerinin hastanede kalma zorunluluğu; sağlıklı kardeşlerde aile fertlerine özlem, kendisinin sağlıklı olmasından dolayı suçluluk veya kendi sağlığına dair endişeler geliştirebilir (63, 65).

2.3. Stres

2.3.1. Tanımı ve Belirtileri

Latince *estrictia*'dan gelen stres, 17. yy'de dert, keder, felaket anlamına gelmekteydi. 18. ve 19. yy'de ise stres kavramı baskı, güç gibi anlamlarda kişiye, objelere ve ruhsal yapıya yönelik kullanılmış ve buna göre kişi ve nesnelerin stres baskısıyla biçiminin bozulmasına karşı gösterdikleri direnç olarak kabul edilmiştir. Stres ile ilgili çalışmalarda stres, bireyi etkileyen dışsal uyarıcı olarak görülmüş ve vücuda yüklenilen özel olmayan sisteme karşı, vücudun verdiği tepki olarak tanımlamıştır (65, 66). Sonuç olarak,stres kendiliğinden oluşmaz.Stresin meydana

gelebilmesinde bireyin içinde bulunduğu ortamındaki ve çevresindeki değişimlerin kişiyi etkilemesi gereklidir (67).

Stresi akut ve kronik olmak üzere iki gruba ayırabiliriz. Her iki grubun da etkileri farklıdır ve yaşamın hangi döneminde olduğu da önemlidir. Zararlı olan uzun süreli stresin yanında dakikalar veya saatler süren kısa süreli stresin immün sistem üzerindeki etkisi ile organizmayı meydan okumalara hazırladığı ve koruyucu olabileceği öne sürülmektedir (68). Uzun süreli stres, tip I ve tip II sitokin dengesini bozarak, immün koruyucu hücrelerin işlevini azaltarak, düşük düzeyli kronik iltihap yaratarak; immün yanıtı baskılamakta ve dengesiz hale getirmektedir. Kısa süreli streste ise, immün aktivasyonda nötrofil, lenfosit ve makrofaj trafiği sitokinlerde olgunlaşma, üretim artışı ve işlev gelişimi meydana gelmektedir (69).

Aşırı yeme içme ve sigara kullanımına da neden olabilen stresin kısa süreli dahi olsa kalp atışında yükselme ve gerginlik gibi belirtileri vardır. Bunların yanında sürekli endişe, uykusuzluk, iş birliğine girmede zorluk yaşama, aşırı alkol-sigara kullanımı, sürekli gerginlik, sindirim sorunları, tansiyon yükselmesi ve duygusal dengesizlik gibi belirtileri bulunmaktadır (67).

Stres belirtilerini zihinsel, sosyal, fiziksel ve duygusal olmak üzere 4 başlık altında toplayabiliriz (67).

Sosyal belirtileri; başkalarını suçlama ve güvensizlik, fazla savunmacı tutum, insanları sözle rencide etmek, insanlarda hata bulmaya çalışmak ve verilen randevulara gitmemek veya iptal etmek, pek çok kişi ile konuşmamak ya da küs olmak şeklinde sıralayabiliriz. Zihinsel göstergeler arasında; karar vermede güçlük, zihin karışıklığı, unutkanlık, konsantrasyon zorluğu, hafıza zayıflığı, mizah kaybı, iş kalitesinde düşüş ve tek bir düşünce ile meşgul olmayı sayabiliriz. Baş ağrısı, uyku bozuklukları, kabızlık-ishal, hazımsızlık, tansiyon yükselmesi ve kalp krizi, iştah bozuklukları, kas-sırt ağrıları ve diş gıcırdatma, yorgunluk veya enerji kaybı ile kazalarda artışı fiziksel stres belirtileri olarak sayabiliriz. Duygusal belirtiler arasında; kaygı ve endişe başta gelmektedir. Bunu, çabuk ağlama ve depresyon izler. Özgüven azalması, aşırı hassasiyet ve kırılganlık, saldırganlık ve öfke patlamalarını ruhsal durumun sürekli değişmesi izler (67).

2.3.2. Stresin Sebepleri

Günümüzde stres oluşumuna çeşitli çevresel faktörler etkili olmakta ve stresli ortamları meydana getirmektedir. Kişinin kontrol altına alamayacağı belirsizlik ve diğer faktörler, yakın çevre koşullarından kaynaklandığında bireyin uyum göstermesi zorlanır. Her zorlanma bireyi hayatına dair plan-program değişiklikleri yapmak zorunda bırakmakta ve yaşam stabilitesinin bozulması kişi üzerinde büyük stres ve gerilim yaratmaktadır. Bu duruma bağlı olarak stres kaynaklarını üç başlık altında sıralayabiliriz; kişisel stres kaynakları, iş çevresinin yarattığı stres kaynakları ve iş dışı çevrenin yarattığı stres kaynakları (65).

Kişisel stres kaynaklarında bireylerin kişiliklerin ve toplum içi davranışların önemli olduğu kadar, stres uyarıcılarından etkilenmeleri de önemlidir. Kişinin çevresel değişimlere ve ilişkilere verdiği tepki yani çevreyi algılama biçimi bireyin kişilik yapısı ile de ilişkilidir. Kişinin duygusal açıdan dışa dönük olması ya da çabuk incinmesi, olumsuzluklara karşı gösterdiği sabır ve direnç toplum içinde stres kaynağı olabilmektedir (66, 70, 71).

İş çevresinin yarattığı stres kaynaklarına örnek olarak; iş çevresinde denetimin çok sıkı olmasını, iş çevresindeki belirsizlikleri, kısa zamanda çok iş yapma zorunluluğu, alınan iş yükünün fazlalığı, çalışan ve amirleri arasındaki değer farklılıkları, çalışma hayatında bireyin engellenmesi, koşulların verimsizliği, iş yerindeki olumsuz insan ilişkileri ve sonucunda yaşanılan yabancılaşmayı sarabiliriz (72).

İş dışı stres kaynaklarının başında bireyin yeni bir çocuğunun olması, anne baba sorumluluğu, çocuğun beslenmesi ve ona iyi bir gelecek sunamama endişesi ebeveynler üzerinde büyük stres yaratmaktadır. Kişinin sosyal ve genel ihtiyaçlarını karşılayamaması durumunda ek iş bulup çalışmak zorunda kalınması, iş baskısını ve sosyal ortamdan uzaklaşma sonuçlarını doğurmakta ve stres kaynağı olmaktadır. Ekonomik nedenlerden dolayı yaşanan stres diğer sebeplere nazaran daha ileri boyutlarda olmaktadır (70).

2.3.3. Tedavisi

Stresle başa çıkmak ve daha iyi bir yaşam kalitesi elde edebilmek için strese maruz kalan bireyin kendi stres yönetimini geliştirmesi gerekir. Bu çerçevede geliştirilen yöntemlerin ortak yönü; çoğunun davranışsal, fiziksel ve psikolojik yapıların, kişisel alışkanlıklarla kontrol altına alınmasını öngörüyor olmasıdır. Bireysel olarak stres ile başa çıkmada gevşeme, beden ve solunum egzersizleri, meditasyon, beslenme ve diyet, sportif ve kültürel etkinliklere katılma, dua ve ibadet ile toplumsal destek alma yöntemleri etkili olabilmektedir (65).

Stresten korunmak için stres yönetimini öğrenmek gerekir. Bu da "değiştir, kabul et, boş ver ve yaşam tarzını yönet" modeli ile yapılabilir. İlk adım alarak strese sebep olan olumsuz durumu değiştirebilirsek, sebep olduğu stresi ortadan kaldırmayı başarabiliriz. İkinci adımda ise kontrolümüz dışındaki olumsuz koşulları ve stres durumlarını sinirlenmeden kabul edip olaya pozitif yaklaşmayı denemeliyiz. Üçüncü adım olan boş vermek; zihinsel, ruhsal ve duygusal yönlerden olumlu sonuçlar veren bir yöntemdir (25).

2.3.4. Ebeveynlerde Stres

Aralarında uyumlu bir beraberlik ve denge kurmuş aileler de dahi, yeni katılacak bir çocuk önceden kestirilemeyen uyum problemlerini de beraberinde getirebilir. Yeni katılacak birey, iki kişi arasındaki etkileşimi çeşitli açılardan değiştirmektedir (73). Çocuk ya da çocukların aileye katılması sırası ile fiziki ve psikolojik varlıklarıyla ve sonrasında da toplumsal dinamikleri ile aile yapısına farklı bir dinamizm katar. Sonuçta ikili olan aile içi iletişim üçlü, dörtlü iletişime dönüşerek çok yönlülük kazanmaktadır (73). Gelişimi açısından hızlı bir dönem olan çocukluk ve gençlik döneminde gelişimsel nitelikli stresler vardır. Bu sebeple çocukluk ve gençlik ebeveynlere, uyum sağlanması gereken pek çok yeni durumu da beraberinde getirir. Kendi iç dengelerini kuramamış ailelerde bu yeni durumun büyük problem, gerginlik ve strese sebep olması kaçınılmazdır (73).

Kanser tanısı almış çocukların aileleri yaşadıkları yoğun stresle baş etmek için büyük çaba sarf ederler. Başarıya ulaşmak ise sosyal destek, bilgi ve ekonomik destek gibi kaynaklara bağlıdır (28). Tüm zamanını hasta çocuğuna bakmak ve onun

gereksinimlerini karşılamak için harcayan ebeveynler birbirlerinin ihtiyaçlarını karşılamakta isteksiz davranabilirler. Uzun süreli hastane ortamında kalma zorunluluğu diğer aile üyelerinden uzaklaşmaya ve onların ihtiyaçlarını fark edememek gibi güçlüklere yol açabilmektedir. Bu da daha önce zaten var olan veya gün yüzüne çıkamamış problemlerin yeniden belirmesine sebep olabilmektedir (13).

Aileler için son derece zor olan bu dönemde streslerini azaltabilmek için baş vuracakları yöntemler arasında; kısa yürüyüşler gibi fiziksel aktiviteler, hasta bakımı da dahil olmak üzere hastane ve dışındaki tüm işlerde planlı olmak, iyi bir organizasyon yapmak, stresi başkaları ile paylaşmak, sosyal destek almak, sağlık ekibi ile sürekli iletişim halinde olup hastalık hakkında doğru bilgiler almak, ailenin diğer bireylerinden maddi ve manevi destek talep etmek ve dua-meditasyon gibi rahatlatıcı eylemlerde bulunmak olarak sıralanabilir (13).

2.4. Kaygı

2.4.1. Tanımı ve Belirtileri

Türkçesi endişe olan kaygıyı psikolojik bir kavram olarak ilk tanımlayan Freud'a göre "kaygı, egonun bir işlevidir ve çevreden gelen fiziksel ya da toplumsal tehlikelere karşı bireyi uyarmakta ve gerekli uyumu sağlayıp yaşamın sürdürülebilmesi için gerekli katkılarda bulunmaktadır" (74). Kaygının normal yaşamın sürdürülebilmesi için gerekli olduğunu ifade eden Freud kaygıyı enerji sistemlerindeki dengesizlik sonucu oluşan bir çatışma ve bunun neden olduğu tehlikeye karşı verilen tepki olarak da tanımlar (14).

Şahsiyetin bütünlüğünün tehdit edildiği durumlarda ortaya çıkan kaygı, hissedilen tehlikeye karşı hazırlık aşamasında duyulan güçsüzlük şeklindeki sübjektif bir duygusal durumdur ve güvensizlik duygusu ile karışıktır. Psikiyatrik açıdan kaygı, korku duygusu ile ortaya çıkan, bedensel semptomların da eşlik ettiği sebepsiz anormal tedirginlik hali olarak tanımlanır (75).

Kaygıyı olumlu ve olumsuz duygu biçimi olarak görmek mümkündür. Korkulan durumlar karşısında bireyi uyarması ve tedbir aldırması şeklinde mutluluğa ve başarıya yönlendirmesi ile uyumlu olarak ifade edilen kaygının olumlu biçimi

kişilik ve karakter gelişiminde etkin rol oynarken; kaygıyı olumsuz olarak nitelendiren şeyler, düşünceleri rahatsız etmesi ve akla uygun olmayışıdır (16).

Kaygı belirtilerini; fizyolojik, duygusal, davranışsal ve bilişsel belirtiler olmak üzere 4 gruba ayırabiliriz.

Fizyolojik belirtilerde, kalp hızında artış, aritmi, bayılma hissi veya bayılma, derin soluma, arterial kan basıncında değişiklikler, baş dönmesi, yüzde kızarma, boğazda düğümlenme, nefes darlığı, derin ya da kesik soluma, kaslarda gerginlik, çabuk yorulma, karın ağrısı, bulantı-kusma, ağızda kuruma ya da sulanma, ishal, uyku ve yeme problemleri, cinsel problemler, ellerde terleme, ateş veya soğuk basması ve kaşınma problemleri görülebilir (76, 77).

Duygusal belirtilere, gerginlik, tedirginlik, çaresizlik, korku, sinirlilik, endişe ve çaresizlik duygusu gösterilebilir (77). Kaygılı bir kişinin yüz şekli, acil yardıma ihtiyacı olan paniklemiş bir insanı yansıtırken, dış görünüşünde her tarafa yetişmek isteyen ama bir türlü seçimini yapamayan kişi izlenimi vardır (78).

Davranışsal belirtileri arasında, normal davranışlarda aşırı artış veya azalış gözlemlenir. Konuşma akışında bozulma, hareketsiz donup kalma, koordinasyonda bozukluk, huzursuzluk, kaçma kaçınma şeklinde ortaya çıkan davranışsal belirtiler başlarda kaygıyı azalma amacında olsa da kaygıyı arttırırlar (77).

Bilişsel belirtilerde, önemli şeyleri hatırlayamama, konsantrasyonda güçlük ve dikkat dağınıklığı, tarafsız düşünememe gibi düşünce zorlukları; başa çıkamama ve kontrolü kaybetme korkusu, ölüm, korku veren görsel imgeler, tekrarlanan korkulu düşünceler, aklını yitirme korkusu gibi kavramsal zorluklar ve çevredeki nesneleri uzakmış gibi bulanık görme, çevrenin farklı ve gerçek dışı görülmesi, düşüncelerin bulanık, sisli olması ve kendini aşırı gözleme gibi duyusal belirtileri kapsamaktadır (77).

2.4.2. Kaygının Sebepleri

Üzüntü, başarısızlık duygusu, sonucu bilememe, sıkıntı ve yargılanma gibi duyguların birçoğunu içeren kaygıya ilk çocukluk yaşantısında ebeveynlerden biri ya da ikisinin de kaybı, kardeş doğumu ya da ölüm, ayrılık ve ani ortam değişiklikleri

sebep olabilmektedir (77). Yetişkin dönemde ise kariyer değişiklikleri, terfi, gebelik, cinsel gelişme veya ebeveyn olma gibi olumlu olaylara karşın başarısızlık, işsizlik, iflas etme, kabul görememe, boşanma, prestij kaybına sebep olan değişimler ve tecavüz gibi olumsuz olaylar da kaygıya sebep olmaktadır. Emeklilik, ergenlik veya yaşlılık gibi yaşamsal dönemler, kültürel baskı, göç ve taşınmanın yanı sıra ölüm gibi kayıp duygusuna yol açan olaylarla, hastalık, hastaneye yatış gibi belirsizlik içeren deneyimler de bireyde kaygıya neden olabilmektedir (77). Yapılan çalışmalarda bireyin saygı görmemesi, değer verilmemesi, beklentilerin gerçekleşmemesi, gerçek veya gerçek olmayan reddedilme gibi benlik kavramını tehdit eden durumların da kaygıya neden olabileceği belirtilmiştir (79).

2.4.3. Tedavisi

Kaygı bozukluklarının tedavisinde ilaç ve davranışçı yöntemler uygulanmaktadır. İlaç kullanımında psikiyatrist kontrolünde benzodiazepinler kullanılır. Etkisi için birkaç hafta beklenmesi gereken ilaçla tedavi kaygı düzelene kadar devam ettirilmelidir (80).

Aslında hayatın normal bir parçası olan kaygı, günlük rutinde karşılaşabileceğimiz riskli durumlar ile mücadele etmemizi, problemler karşısında hızla karar verip kendimizi korumamızı sağlar. Çocuklar, ekonomik durumlar, basit sağlık ve aile problemleri günlük yaşamımızda bizleri kaygılandırabilecek konulardır (81). Psikiyatrist, psikolog gibi profesyonellerden alınacak destek ile kurtulabileceğimiz kaygı bozukluğu, ilaç tedavisinin dışında bilişsel ve davranışçı terapiler de kullanılmaktadır. (82). Tedavi yöntemleri oldukça etkilidir ve kişinin duygu, davranış ve düşünce biçimini çözerek kendini daha iyi anlamasını sağlayıp, kaygıyı yönetebilme fırsatını yakalaması sağlanır (77, 82). Bireyi zorlamakla birlikte çok iyi sonuçlar alınabilen, bireysel davranış terapisi dışında konuşma ve grup terapileri de kaygılardan kurtulmak için başvurulabilecek yöntemlerdir (83).

2.4.4. Ebeveynlerde Kaygı

Kanser hastalığı, ebeveynlerin psikolojik dengesini de bozan ve beraberinde kaygı, korku çaresizlik gibi sorunları ortaya çıkaran bir hastalıktır (15). Çocuğu hastalanan annenin duyduğu kaygı çocuğunun öleceği korkusundan

kaynaklanmaktadır. Çocukları ile beraber hastanede bulunma zorunluluğu ebeveynlerde, ortamın yabancılığı, kinik ve serviste yaşanılan günlük olaylar ve rutin kaygı artışına neden olmaktadır (16). Düşük eğitim düzeyi, bilgi eksikliği ile birlikte ebeveynlerdeki sorun çözme yetersizliği de kaygı düzeyini yükseltmektedir (18). Ailelerin bilgi eksikliği, ekonomik stres ve fiziksel çevre değişikliklerinin yanı sıra çocuğun hastalığı ve tedaviye bağlı kusma, saç dökülmesi, beslenme ve uyku bozuklukları, çocuğun kendi gereksinimlerini karşılayamama durumları, halsizlik gibi yan etkileri ile karşılaştıklarında ciddi kaygılar yaşayabilmektedir (84, 85). Çalışmalar, çocuklarına kanser tanısı konan ebeveynlerde oranı %62 olan strese hastalığın her döneminde yüksek oranda kaygının da eşlik ettiği, ebeveynlerin tedaviyi uygulayan hemşirelerden aldıkları desteğe paralel olarak, kaygı düzeylerinde ciddi oranlarda azalma olduğu belirtilmiştir (84).

2.5. Umutsuzluk

2.5.1. Tanımı ve Belirtileri

Umutsuzluk, kişilerin subjektif ve gerçek dışı nedenlerle tecrübelerine yanlış manalar yükleyerek hedefine ulaşmada çaba sarf etmediği halde olumsuz sonuçlar beklemesine ve buna bağlı olarak gelecek hakkında negatif beklentiler oluşturması şeklinde tanımlanan, kişinin bilgiyi işleme şekli ile bu bilgiye dair olayı tanıma, açıklama, analiz etme ve değerlendirmesi ile yakından ilişkili bir durumdur (19). Beck, umutsuzluğun, depresyonun merkezinde yer aldığını ve intihar ile aralarında bağ olduğunu belirtmiş, kişinin çevresini, geleceğini ve yaşamını en önemlisi de kendisini olumsuz değerlendirmesi olarak tanımlamıştır (86).

Snyder ve ark. bilişsel yapı ve bilgiyi işleme biçimi ile bağlantılı olan kişisel umudu, bilişsel ve duygusal olarak iki boyutta değerlendirmiştir (19). “Pathway” olarak isimlendirilen bilişsel boyutu, kişinin hedeflerine ulaşmak için yaptığı başarılı planlar ya da bunu başarabileceğine dair inancı içerir. “Agency” diye tanımlanan duygusal boyut ise hedefe ulaşmayı istemeyi ve buna dair kendinde güç hissetmesi olarak ifade edilmektedir. Her iki boyut da birbirlerinin etkilerini olumlu yönde arttırıcı etkiye sahip olup, birbirleri ile ilişkilidir. Umutsuzluk ise umut tanımlamasının tam tersi bir duygu durumudur ve bireyin umutluluk halinden uzak,

olayların negatif ve olumsuz biçimde algılandığı, amaçsızlığını ve isteksizliğini kapsayarak anı ve geleceği olumsuz görüp iki zaman dilimi arasındaki köprülerin yok olduğu dönemi içerir (86).

Umutsuzluğa bağlı olarak depresyona giren bireylerde, güçsüzlük, karamsarlık, isteksizlik, öncelik sırasını belirleyerek iç veya dış dürtücünün etkisi ile işe geçememe, odaklanamama ve kişinin hayatında düzensizlikler gelişebilir. Bireylerde karamsarlık ve hayattan zevk alamama, gergin ve sinirli olma, esaretini kaybetme gibi belirtiler gösteren umutsuzluğun fiziksel belirtilerinin arasında kilo kaybını, yorgunluğu, uyku düzensizliklerini, yeme bozukluklarını ve anksiyeteyi sayabiliriz. Umutsuz insanlar cesaretlerini yitirmişlerdir, yaşamdan zevk alamadıkları için sosyal çevreden uzaklaşırlar ve yaşama isteklerinin azalması ile pasif bir kişiliğe bürünürler (87).

2.5.2. Sebepleri

Frankl'e göre umutsuzluğa geçmişte yaşanan olumsuz durumlara yapılan genelleme ile gelecekte de aynı durumların oluşabileceğini düşünerek kişilerin olaylara çözüm üretememesi sebep olmaktadır. Abramson ise bireyin karşılaştığı sorunları yanlış yöntemlerle çözmeye çalışması sonucu, zorlu yaşam koşulları ile karşılaştığında, gelişmelerde; ümitsiz ve negatif tutum takınmasının umutsuzluğa sebep olduğunu belirtmiştir (86).

Cesaretin yitirilmesi, karamsarlık ve yolun sonunda olma hissi, sinirli olma durumu, yaşamdan zevk alamama gibi duygusal durumlar umutsuzluğa sebep olabilmektedir. Kişinin suçluluk duygusu, durum karşısında harekete geçememe ve çaresizlik hissi ve problemlere çözüm üretmede mevcut tecrübe ile bilginin kullanılamaması bireyin umutsuzluğa düşmesine etki edebilmektedir (87). Fonksiyonel ve fizyolojik durumun bozulması, aile içi ilişkilerde bozukluk, ihtiyaçları zamanında karşılayamama ve sosyo-ekonomik durumun bozulması sonucu kaynaklara ulaşmada yetersizlik, hastalıklar, stres, özellikle soyut değerlere olan inançta kayıp ve sosyal destek yetersizliği de umutsuzluğun gelişmesine sebep olabilmektedir (88).

2.5.3. Tedavisi

Yapılan araştırmalar, iyimser kişilerin karşılaştıkları sorunlar karşısında devamlı çaba gösterdikleri ve engellerin özgüven kaybına sebep olmadığını, sonuçta; sorunlarla daha iyi mücadele edip başa çıkabildiklerini göstermektedir (89). Bu tespite bağlı olarak kişinin kendine olan güvenin yükseltilmesi ve bunu engelleyici durumların ortadan kaldırılması umutsuzluğu gidermede yardımcı olabilmektedir. Kişinin karşılaştığı problemleri asla çözemeyeceğini düşünmesi, başarısız olacağına inancı ve başarıya ulaşmak için çaba sarf etmediği halde olumsuz sonuç beklentisi sonucu oluşan umutsuzluk sosyal destek ile azaltılabilmektedir (90).

Yapılan klinik çalışmalarda hastaların %78'inden fazlasının geleceğe bakışlarının negatif olduğu, depresyon belirti ve şiddeti ile umutsuzluk artışının paralellik oluşturduğu belirtilmiştir (86). Umut, umutsuzluğu iyileştirme ve rahatsızlıklara çözüm bulma sürecinde tedavinin temel taşlarındandır. Umudun aşılanmasının yanında güvenin de tedavi edici etkisi olmaktadır. Yüksek yardım beklentisi ve inancın terapinin amacına ulaşmasında pozitif etkisinin olduğu çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir (89). Genel anlamda kişinin yaşama dair problemlerle ve stresle başa çıkması için aile, arkadaş, yardın grubu üyeleri ve çeşitli kamu kuruluşlarının sağladığı destek olarak tanımlanan sosyal destek, bireyin umutsuzluktan kurtulmasında büyük katkıda bulunabilmektedir (89).

2.5.4. Ebeveynlerde Umutsuzluk

Çocukları kanser tedavisi gören aileler hastalığın tekrarladığı dönemlerde çocuklarını kaybetme ihtimali ile yüz yüze gelirler. Hastalığın tekrarlaması ebeveynlerde geleceğe dair umutsuzluğu arttırır. Bilhassa en zor dönem olan hastalığın son aşamasında, aile tedavinin iyi sonuçlanamadığını öğrendiklerinde depresyon ve tüm umutların tükenmesi ile çok zor bir döneme girerler. Bu dönemde aileye çocukları ile ilgili verecekleri kararlarda destek verilmesi gerekmektedir (20, 21, 22).

Kanserli hasta ailelerinin en büyük sıkıntıları hastalığa bağlı fiziksel, sosyal ve duygusal stres yaşamalarıdır. Aile tüm zamanını hasta çocuğa bakmakla geçirmekte, kendine ve diğer çocuklarına ait özel zamanı olamamakta bu da stresin

sebeplerinden olan umutsuzluğa yol açabilmektedir. Yapılan pek çok çalışmada kanserli çocukların ebeveynlerinin özellikle annenin anksiyete ve depresyon düzeyleri yüksek bulunmuştur ve yine çalışmalar depresyon ve anksiyetenin umutsuzluk doğurduğunu göstermektedir (13, 23, 86).

Ebeveynlerin kanser hakkındaki genel kanısı, hastalıkla ilgili lüzumsuz inançları, çocuklarının tedavisi sırasında yaşanan sorunlar ve uzun kemoterapi süreleri, sonucun belirsizliği, çocuklara ait sorunların çözülemeyeceğine dair inanç, kendilerine ve çocuğa ait gereksinimlerin karşılanamaması ya da sağlık birimlerine ulaşabilmede yaşanan sıkıntılar aileleri çocukların sağlığı ve geleceği hakkında umutsuzluğa kapılmalarına sebep olabilmektedir. Tedavi sonrasında da ailenin normal yaşama uyum sağlayabilmesi, çocukların kaçırdıkları akademik başarıyı yeniden yakalayabilmeleri için sosyal desteğin verilmesi gereklidir (62).

2.6. Stres, Kaygı ve Umutsuzluk Durumları ile Başa Çıkma Stratejileri

Bireyin kendisi ya da çevresinden kaynaklanan stres, psikolojik veya fiziksel gerilimlere sebebiyet veren, baskı, kaygı veya umutsuzluk gibi diğer şekillerde endişe veren durumlar bütünüdür. Kişilerin yaşamlarında gelecek kaygısı olumsuz yönlerin arasında yer almaktadır. Günümüzde yaşam şartlarının giderek zorlaşması, geleceğe yönelik beklentileri olumsuz yönde etkilemekte, psikolojik sorunları da beraberinde getirmektedir (91).

Umutsuzluk "güven duygusundan yoksun olma durumu" olarak ifade edilebilir ve bir hedefe ulaşmakta sıfırdan az olan olumsuz beklentilerdir (86). Klinik düzeyde depresyon yaşayan kişilerde yaygın şekilde umutsuzluk görülmektedir. Bu kişiler ağır koşullar ve engellerle karşılaşmış ve depresyon yaşamış kişilerdir. Depresyona ilişkin bilişsel kuram temel alınarak yapılan araştırmalar, depresyon geçiren bireylerin, yaşamayanlara göre çok daha fazla çaresizlik ve umutsuzluk duyguları ile savaştıklarını gösterilmiştir. Gelecek hakkındaki umutsuzluk, kasvetli bir gelecek dışında farklı şeyler düşünememek kişinin depresif olduğunun göstergelerindendir. Umutsuzluk, depresyon belirtisi olmasının yanında stres belirtileri arasında da bulunmaktadır (92).

Stres ile kaygı arasında yüksek bir korelasyon vardır. Daha uzun süreli olan stres arttıkça kaygı durumu da artmaktadır. Kaygı ve umutsuzluk kişinin psikolojik ve duygusal durumu ile ilintili iken, daha geniş ve kapsamlı olan stres durumuna zihinsel ve fizyolojik dünyamız da eklenir (93). Stres, kaygı ve umutsuzluk durumlarının birbirleri ile bağlantılı ve etkileşim içerisinde bulunması nedeni ile başa çıkma stratejilerini stresle başa çıkma başlığı altında açıklamak mümkündür.

Kanser, ebeveyn ve hasta için stres, umutsuzluk, kaygı ve depresyon gibi psikolojik durumlara sebep olup yaşam dengelerini sosyoekonomik ve psikolojik olarak da bozan bir hastalıktır (23). "Ebeveynler ve hasta, aile üyelerinden, çevre ve sosyal ilişkilerden gelen desteklerin bütünü" olarak tanımlanan sosyal destek ile hastalığın getirdiği stres ve ağır yük ile mücadele edebilirler. Sosyal destek, kanserli çocuğu olan ailenin fiziksel sağlıklarına pozitif etki ederek kendilerini iyi hissetmelerini sağlamakta ailenin ve çocuğun tedaviye uyumunu arttırıp kaygılarını azaltmaktadır (13). En önemli sosyal destek kaynakları olarak; aileyi ve çevresini, hemcins, karşı cins ve iş arkadaşlarını, komşular ve öğretmenleri, dinsel, ideolojik, ya da etnik gruplar ile bireyin içinde yaşadığı toplumu sayabiliriz (28). Aileler çevrelerinden uzunca bir süre destek istemekten korkmamalıdır. Sosyal destek çevresinden gelecek yardım ile rutin ev işlerinde hafifleme, sağlıklı kardeşlerin okula ya da aktivitelere götürülüp getirilmesi veya sadece dostlarla yapılacak sohbetlerin bile yaşanılan stresi, duyulan kaygı ve umutsuzluğun şiddetinin azalmasında etkisi olabilmektedir (25).

Kanserli çocukların ve ailelerinin tedavi süresince yaşadıkları stresle daha kolay baş edebilmeleri ve hastalığa uyum sağlayabilmeleri için; hasta ve hasta sahibinin doğru şekilde bilgilendirilmesi, hastanedeki bölümler arasında yeterli iletişim ve desteğin sağlanması ve tüm aileye gerekli psikiyatrik desteğin verilmesi gereklidir (17). Çocuğun kanser tedavisi süresince aileler pek çok şeyi ilk kez yaşar. Bu durumla tek başına mücadele etmeyip başta hemşireler olmak üzere, sağlık personelinden destek alınması ebeveynlerin cevaplayamadığı pek çok sorulara yanıt ve pratik öneri bulmasını sağlayarak yaşanılan stres, kaygı ve umutsuzluğun azaltılması sağlanabilir (25). Bu sebeple sağlık çalışanlarınca ebeveynlerin her ikisine de, çocuklarının durumu hakkında kısa ve anlaşılabilir bilgilerin verilmesi ve

onların korkularını, kaygılarını ve umutsuzluklarını paylaşmaları için teşvik edilmeleri yaşanılan stresin azaltılması için önemlidir (15, 20).

Araştırmalar ebeveynlerin yine çocukları kanser olan ailelerin ebeveynleri ile daha rahat ilişki kurduğunu, bu kişilerle daha rahat anlaştıklarını göstermiştir. Hemen hemen aynı deneyimleri yaşayan aile üyeleri ile konuşmak, dertleşmek ve yeni arkadaşlıklar kurmak hem tedavi gören çocuklar açısından hem de aileler açısından duyulan stres ve kaygının azalmasında etkili olabilmektedir. Aynı fizyolojik ve psikososyal sorunları yaşıyor olması; aileler arasında daha iyi iletişim kurulmasını ve kendilerini daha iyi anlaşılabilir hissetmelerini sağlayıp yaşanılan umutsuzluğun paylaşılmasına imkân vermektedir. Aileler arasında bilgi paylaşımı tükenmişlik içindeki ebeveynlerin yalnız olmadığı hissini arttırırken stresini, kaygısını ve umutsuzluğunu azaltabilir. Ayrıca benzer sorunları yaşıyor olmak, fiziksel zorluk yaşayan çocuğun transfer zorluğu gibi ortak sorunların çözümünde ailelerin birbirine destek olmasının sağlanması için servislerde uygun ortamların hazırlanması yaşanılan stresin azaltılmasında etkili olabilir (25, 94).

Kanser isminin kanser hastası ve hasta yakınlarını verdiği korku, hastalardaki gelecek kaygısı, hastalık ve tedavi sürecinde yaşanabilecek stres ve umutsuzluk, kişileri başka hastalıklarda olduğundan çok daha fazla olumsuz etkilemektedir (95). Erken tanı ve gelişen tedavi protokolleri sayesinde uzun sağ kalım sürelerine rağmen halen ölüm ile eş tutulan kanserin yarattığı umudun yitirilmesi, stres, psikolojik kaygı ve acılarını hafifletmek, hastalıkla yüzleşmeyi kolaylaştırmak ve tedaviye uyumunu sağlamak için psikososyal desteğe ihtiyaç vardır. Böylece hasta ve yakınları kanser hakkındaki duygularını ifade edip, savaşma ve yaşama gücünü arttırarak, hastalığın yarattığı pek çok krizle olan savaşlarını kazanabilirler (94).

Yapılan çalışmalarda meditasyon ve yoga yapmanın stres, anksiyete ve depresyonu azaltarak psikolojik rahatlama sağladığı hastalıkla mücadele de destek olabileceği belirtilmiştir (96). Bunun yanında, hasta yakınların dini inançlara sığınarak, dua ve ibadetle psikolojik rahatlatma içinde olabilecekleri belirtilmektedir (97).

Stresle başa çıkmayı, dolaysız olarak meşgul olmayı kapsayan ve problemi realist bir şekilde çözmeye yönelik bilişsel aktiviteler kullanılarak yapılan başa

çıkma yöntemleri ve bir değişim aramadan, stres veren durumla ilişkili yaşanan duygularda ayarlamayı içeren başa çıkma yöntemleri olarak iki grupta inceleyebiliriz (98).

"Problem Odaklı Başa Çıkma Yöntemi", **s**tresin kaynağına göre, kişinin stres yaratan durumu aktif bir şekilde ortadan kaldırmaya yönelik bireysel bilgi ve eylemlerin mantıksal analizini kapsar. Problem odaklı başa çıkma biçimleri, stresli durumu değiştirmeye yönelik, bilinçli, aktif, mantıklı çabaları kapsayan bu yöntemi kullana bireyler direk stresi anlayıp değiştirmeye odaklanır. Yöntem, stres sebeplerini fark edip; tanıma, yorumlama, analiz ve sentez sonucunda durumu değiştirecek çözümü bulup bu doğrultuda hareket etme gibi bilişsel ve davranışsal yöntemleri kapsamaktadır (98).

"Duygu odaklı başa çıkma yöntemi", tarafsız ve araçsal yapısı ile kapsadığı risklerin gerçekliğine dikkat etmeden, kişinin durumlar karşısında duygularını ortadan kaldırma çabasına dayanan yöntemdir. Duygu odaklı başa çıkma yöntemi, kişiyi inkârdan ve sorundan uzak tutarak sorunlara sakin biçimde yaklaşma şansı verdiği için klinikte psikolojik stresi kontrol altına almasında güçlü tekniklerdir (98). Duygu odaklı başa çıkma stratejisi sorunu veya durumu doğrudan değiştirmeye yönelmez, stresli durumun yeniden anlamlandırılmasını ve duyguların düzenlenmesini, azaltılmasını veya ortadan kaldırılmasını amaçlar. İki yöntem birlikte tüm başa çıkma sürecini meydana getirir (99).

Stresle başa çıkma yollarına baktığımızda; amacın yaşamın her alanında var olan stresin sebep olduğu olumsuzlukları yok ederek hayatı daha mutlu, doyumlu ve yaşanabilir kılmaktır. Başarılması durumunda, insan hayatına farklı bir yorum getirecek olan stres ile başa çıkma yolları; zihinle, davranışla ve zihinle ile ilgili yollar olarak üç başlıkta toplanabilir (65).

Bedenle ilgili yapılan çalışmalar gevşeme teknikleri, solunum kontrolü, biyolojik geri bildirim, gevşeme teknikleri, fizik egzersizleri, beslenme alışkanlıkları olarak gruplandırılabilir. Amaç, bedensel işlevlerle arasında sıkı bağ olan stresin beden üzerindeki negatif etkilerini kontrol altına almaktır (65).

İnsan hayatına iç ve dış kaynaklardan yansıyan stresin, içten kaynaklanması kişilerin olayları değerlendirme ve bakış biçiminin sonucu olup stresin

kronikleşmesine sebep olur. Çoğunlukla strese sebep olmakla kalmayıp, başa çıkmayı da güçleştiren en önemli etken hayatımızdaki olayları değerlendirme ve yorumlama şeklimizdir. Zihinsel düzenleme tekniği sayesinde mantıklı olmayan düşünce biçiminden kaynaklanan gerginlik duygu durumu ile başa çıkmak mümkündür. Zihinsel düzenleme tekniği, mantıklı olan ve olmayan düşünce biçim ve yaklaşımlarını birbirinden ayırarak probleme reel ve akılcı bulunmasını mümkün kılar (65).

Stres sebebi olabilen davranış biçimleri yerine yeni davranış modeli geliştirmek için, kişinin zaman baskısından kurtularak telaş ve aceleciliğinden vazgeçmesi, kendine sakin bir çalışma ortamı hazırlaması, kendine zaman ayırmaya başlayıp toplum arasında konuşma miktar ve biçimine dikkat edip tekrara düşmemesi gerekmektedir (65).

Tüm bu bahsedilen stresle başa çıkma stratejilerinin yanında kişiyi rahatsız eden durum ve düşüncelerin kâğıda yazılması, her gün 10-15 dakikanın kaygı saati olarak belirlenip kişiyi meşgul eden negatif düşüncelere odaklanmak, serotonin seviyesini yükseltmek için açık havada 15 dakika yürüyüş yapmak, çeşitli spor ve sanat aktivitelerine katılmak kaygı, stres ve umutsuz olmanın getirdiği zorluklarla başa çıkmada yardımcı olabilmektedir (100).

2.7. Hematoloji ve Onkoloji Hastalarının Bakımında Hemşirenin Rolü

Kaygı, umutsuzluk, stres, korku, öfke ve çaresizlik gibi birçok psikolojik problemleri de beraberinde getiren kanser hastalığı hastanın sosyal ve ekonomik alanlardaki denge durumunu bozmakta ve gelecek planlarının alt üst olmasına sebep olmaktadır. Yapılan çalışmaları göstermiştir ki kanser aile üyelerini de etkilemekte, korku, depresyon, kaygı, stres ve umutsuzluk duygularının gelişmesine sebep olmaktadır (23).

Kanser tedavisinde psikososyal ve psikiyatrik bakımın fiziksel tedavi ile eş zamanlı verilmesinin hastalar için en uygun hizmet olduğu belirtilmişti. Bu tedavi protokolünde onkolog, psikiyatrist, psikolog, sosyal hizmetler uzmanı, hemşire ve diyetisyenin ortak çalışması gereklidir.Kanserli hastaya hizmet veren hemşirenin, hastalığın türü ve belirtilerini, hastalığa ilişkin tecrübe ve fikirlerini, hastanın

sosyokültürel düzeyini ve hastalık süreçlerini bilmesi tedavi aşamasında sunduğu hizmetin kalitesini arttırır (94).

Bilimin gelişmesi ile birlikte çocukluk çağı kanserleri tanı, tedavi ve sağ kalım oranı artmış olmakla beraber hastalığın sebep olduğu psikolojik ve sosyal sorunlar yüksek düzeyde devam etmektedir. Bu sebeple hematoloji ve onkoloji hizmeti veren hemşirenin hastaya karşı anlayışlı, kişide yakınlaşma duygusu uyandıran, cana yakın ve ulaşılabilir olması gereklidir. Yapılan araştırmalar hastalara iyi bilgilendirme yapılmasının, oluşabilecek psikolojik sorunları azalttığını ve hastanın tedaviye uyum yüzdesinin arttığını göstermektedir. Bu sebeple hastanın yaşadığı belirsizlik ve hastalık hakkındaki bilgi eksikliğinden kaynaklı psikolojik sorunların azaltılması için hemşirenin tedavi hastalara öncesi, hastalık ve tedaviye bağlı oluşabilecek problemler ile ilgili bilgi vermesi önem taşımaktadır (26, 27).

Tanı ve tedavi süresince aileye verilen gereksiz ümitlerin boşa çıkması, sağlık personeline duyulan güven yok edip, öfkeye sebep olabileceği için hemşirelerin ebeveynlere yapacağı bilgilendirmenin miktarı ve derecesi çok önemlidir. Hastalığın seyri ile ilgili doğru ve zamanında bilgilendirme yapılarak aileyi her türlü sonuca hazırlamak gerekmektedir (101).

Çocuklarının kanser olduğunu öğrenen ebeveynlerin ilk tepkisi şok ve inkâr olmakta iken tedavi aşamasında şok ve inkâr yerini öfkeye bırakmaktadır. Bu aşamada hemşirelerin aileye ve yakınlarına karşı anlayışlı davranmasının öfkeyi azalttığı gözlemlenmiştir (94, 102).

Onkoloji veya hematoloji hastası olan çocukların ebeveynleri hemşirelerden aldıkları destek ile kaygı düzeylerinin ciddi oranlarda azaldığı tespit edilmiştir. Kronik hastalığı olan çocukların aileleri, günümüzde hemşirelik uygulamalarında görev almakta ve birinci bakım ünitesi olarak kabul edilmektedir. Ailelerin bakımın tüm aşamalarına dahil edilmesi ile hemşirenin hasta çocuğun tedavi süreci ve sonrasında; ebeveynlerin güçlü veya zayıf tüm yönlerini, çocukları ve çevre ile iletişim biçimlerini, tüm aile bireylerinin aile içindeki rollerini ve hasta çocuğun gelişim açısından düzeyi ile toplumsal kaynakları yerinde ve yararlı kullanarak; sürekli, geniş kapsamlı ve aile merkezli bakımın verilmesini sağlayabilirler (84, 101).

Hemşirelerin çocukluk çağı kanserlerinde artan anksiyete, ebeveynlerin evlilik sorunları, hastalığın seyri ve eksik sosyal destek gibi sorunları değerlendirip hastanın ve ebeveynlerin psikolojilerinin korunabilmesi için gereken önlemleri alması gelişebilecek psikososyal problemleri azaltabilmektedir. Araştırmalar, hematolojik ve onkolojik hastası olan ebeveynlerin aldıkları hemşire desteği sayesinde kaygı düzeylerinde ciddi azalmanın olduğunu göstermiştir (28).

Onkoloji ve hematoloji hastalarının bakımından sorumlu hemşireler aile ve çocuğu hastalık ile ilgili soru sormaya teşvik etmeli, ailenin tüm üyelerinin tedavi ve yan etkileri konusunda açık bir şekilde tartışmasını ve konuşmasını sağlamalı ve tedavinin tüm aşamalarına katılmaları için desteklenmelidir (101).

Hemşirelerin çocukları kanser olan aileleri yaşadıkları deneyimleri paylaşmaları, birbirine destek olmaları için bir araya getirmesi ebeveynlerin yalnız olmadıklarını hissetmelerini sağlamakta ve paylaşılan; şok, çaresizlik ve yalnızlık hissi, oluşan stresi azaltabilmektedir (101).

Adölesan dönemi özelliklerine paralel olarak fiziksel, psikolojik ve sosyal yönden değerlendiren, hemşireler hastanın zorlu tedavi süreci ile baş edebilmesi ve sağlıklı ruhsal gelişim gösterebilmesi açısından çok önemlidir. Kanserli çocuklara uygulanacak yeni bakım stratejilerinin geliştirilmesi için yapılacak çalışmalarda sağlık çalışanları dahil edilmelidir (29).

Okul çağı çocuklarının kanser tedavileri süresince eğitimlerine devam etmeleri için desteklenmesi, büyüme ve gelişmeleri açısından büyük önem taşımaktadır. Hemşirelerin hasta çocukların eğitimleri ve tedavileri konusunda öğretmenlerini bilgilendirmesi sayesinde hastalık ve tedaviye bağlı saç dökülmesi, kas gücü kaybı, zayıflık gibi yan etkileri konusunda çocuğun okula dönüşünde karşılaşabileceği alay edilme, utanma ve izolasyon duygularını yaşaması engellenmiş olur (15).

Pediatrik onkoloji hemşireleri, kanserin hem ailede hem de çocukta tedavi bittikten sonra dahi büyük bir travmaya neden olduğu ve bu durumun travma sonrası tecrübeye evirilebileceğinin bilincinde olmalıdır. Ebeveyni ve çocuğu travma sonrası gelişimin farkında olarak yaşam kalitesini ve sağlığını koruyup geliştirme

konularında desteklemelidir. Buna yönelik sosyal desteğin sağlanması için danışmanlık ve yönlendirmeleri yapmalıdırlar (102).

Uygulanan tedaviye cevabın alınamadığı terminal dönemde ise hem ailenin ölümü kabul etmesi ve bununla baş edebilmesi hem de çocuğun ölüme hazırlanmasında hemşire, çocuğun korku, ayrılık gibi duygularını paylaşması için soru sormasını desteklemelidir. Yapılan çalışmalar ölüm kavramının hayati tehlike içeren hastalık geçiren çocuklarda, sağlıklı akranlarına göre daha erken geliştiğini göstermiştir. Çocuğun fiziksel durumu kötüleştikçe ayrılık, bedeninin zarar görme korkusu gelişir ve ölümü idrak etme artar. Hemşire ailenin ve çocuğun ölüme hazırlanması konusunda yardımcı olmalı, onları duygularını ifade edebilmeleri için cesaretlendirip, desteklemelidir. Tüm yardım ve destek çabalarının yetersiz kaldığı durumda ailenin psikolojik destek alması sağlanmalıdır (101, 102).

Tüm çabalara rağmen aile çocuğunu kaybettiğinde çok büyük ve yoğun bir keder yaşar. Böyle zamanlarda, çocuğa sağlık hizmeti veren hemşirenin aileyi izlemesi, destek olması ve aile ile aynı duygu durumunda bulunan çocuğunu kaybetmiş başka ebeveynler ile görüştürmesi yaşanan kayıp ve kederin paylaşılmasına ve ailenin bu acı durumla baş edebilmesine yardımcı olabilir (15).

Kanser, hastanın fiziksel ve psikolojik dengesini bozan, zor ve oldukça yorucu bir süreçtir. Hemşireler hastanın psikolojik dengesinin korunmasına katkıda bulunurken, tedavi süresince oluşan fiziksel rahatsızlıkların ortadan kaldırılması ya da azaltılması konusunda da aktif rol almaktadırlar. Yapılan çalışmalar, hemşirenin tedavi süresince oluşan bulantı- kusma, diyare-konstipasyon, ağrı, beslenme ve uyku bozuklukları, ağız yaraları, yorgunluk ve saç dökülmesi gibi semptomların giderilmesinde zamanında ve etkin rol almasının ve istenmeyen etkilerin yönetimini sağlamasının adölesanın yaşadığı stresi azalttığı tespit edilmiştir (11, 29).

Son dönemde yapılan çalışmalar, kanserli çocukların tedavi ve sağ kalım sürelerinin uzatılmasının yanında, hasta ve ailesinin psikolojik ve sosyal ihtiyaçlarının giderilmesine yönelik olarak ihtiyaç ve destekte artış gözlenmiştir. Bu bağlamda kanser tanı ve tedavisi boyunca fizyolojik, psikososyal açılardan hasta ve yakınlarının ihtiyaçlarının karşılanmasında hemşirelere büyük sorumluluk ve görev düşmektedir (29).

3. MATERYAL VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Bu çalışma kesitsel tipte tanımlayıcı bir araştırma olarak gerçekleştirilmiştir. Kesitsel araştırmalar, araştırmaya yapan araştırmacı tarafından belirlenmiş amaç çerçevesinde toplanmış örneklem grubu hakkında anlık bilgilendirme sürecidir. Kesitsel araştırma araştırmacıya geçmişe ve geleceğe ilişkin verileri elde etme imkânı sağlamaktadır. Kesitsel araştırma bir evren üzerinde eş zamanlı olarak çalışmasının bazı özelliklerini de içerebilir.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma Ankara Gazi Üniversitesi Hastanesi ve Ankara Özel Memorial Hastanesindeki çocuk hematoloji ve onkoloji kliniklerinde tedavi gören aileler tarafından yapılmıştır. Ankara Gazi Hastanesinde Onkoloji ve hematoloji servisleri aynı katta bulunmaktadır. Ankara Gazi Hastanesi'nde toplamda 8 oda ve her bir odada 2 hasta kalmaktadır. Ankara Gazi Hastanesi'nde onkoloji ve hematoloji servislerine 1.ci derece yakını dışında kimse alınmamaktadır. Ankara Özel Memorial Hastanesinde onkoloji ve hematoloji servisleri farklı katlarda bulunmaktadır. Hematoloji ve onkoloji servisleri 11 yataklı servisten oluşmaktadır. Odalar tek kişilik özel hasta odalarından oluşmaktadır. Odalarda çoçuk hastaların yanında tek bir aile yakını kalabilmektedir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Bu araştırmanın evreni Ankara Gazi Üniversitesi Hastanesi ve Ankara Memorial Hastanesindeki 01.01.2018 - 01.01.2019 tarihleri arasındaki çocuk hematoloji ve onkoloji kliniklerinde tedavi gören çocuklardan oluşmaktadır. Hematoloji kliniğinden 218 hasta çoçuk, onkoloji kliniğinde tedavi gören 805 hasta çoçuk olmak üzere toplamda 1023 hasta çoçuk çalışma evrenine alınmıştır. Araştırmanın evren sayısından hareketle örneklemi 59'u hematoloji, 220'si onkoloji kliniklerinde tedavi gören toplam 279 aile oluşturmaktadır. Evren ve örneklem aşağıdaki şekilde formüle edilmiştir:

$$n = \frac{NZ_{\alpha}^{2} pq}{d^{2}(N-1) + Z_{\alpha}^{2} pq}$$

N : "Evrende Yer alan birey sayısı"

n : "Örnekleme Alınacak Birey sayısı"

p : "İncelenen olayın görülüş sıklığı-(gerçekleşme olasılığı)"

q : "İncelenen olayın görülmeme sıklığı (gerçekleşmeme olasılığı)"

z_{α} : "α anlamlılık düzeyinde, standart normal dağılım tablo değeri"

d : "Olayın görülüş sıklığına göre kabul edilen ± örneklem hatasıdır."

Bu çalışmada; Evrende yer alan birey sayısı 1023, %95 güven düzeyi için standart normal dağılım tablo değeri 1,96 ve d =0.05 örnekleme hatası için bulunan örneklem sayısına ilişkin alt sınır 279 olarak tespit edilmiştir. Çalışmamızda ki sosyo-demografik soruların bazıların eksik ve yanlış olmasından dolayı 130 adet çalışmamız iptal edilmiştir. Sosyo-demografik soruların tekrardan düzeltilmesi sonrasında yapılan çalışmamızda 63 adet hasta çoçuk ailesi üzerinde yapılmıştır (103).

3.4. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Araştırmanın bağımlı değişkenleri stresle başa çıkma ölçeği ve alt boyutları (kendine güvenli yaklaşım, çaresiz yaklaşım, boyun eğici yaklaşım, iyimser yaklaşım, sosyal desteğe başvurma), durumluluk ve süreklilik kaygı ölçekleri ve umutsuzluk ölçeği genel düzeyleri. Bağımsız değişkenler ise hasta aile bilgi formu başlığı altında hasta çoçuk ailelerine yönetilmiş çocuğa ilişkin (Cinsiyet,Yaş,Boy,Kilo, Medeni Durumu, Eğitim Durumu, Mesleği, Sosyal Güvenceniz, Kaç tane çocuğunuz var?, Çoçuğunuzun Hastalığının Klinik Tanısı, Çoçuğunuzun Hastalığı ne zaman teşhis edildi, Çoçuğunuz ne kadar zamandır tedavi görüyor,Çoçuğunuzun hastalığına uyum sağlayabildiniz mi?, Çoçuğunuzun Hastalığını Algılama Durumunuz nedir?, Uygylanan İlaçlar Hakkında Düşünceniz Nedir?,Tedavi sürecinde sizi en çok zorlayan durumlar nelerdir?, Çoçuğunuzun Hastalığının diğer çocuklar üzerinde sevginizi azalttığını düşünüyor

musunuz?, Ailede hastalığın bakımında size destekçi olan başka aile üyeleri de var mı?, Tedavi sürecinin Uzun olması sizde en çok hangi yönde etkiliyor?, İşler kötüye giderken bile her şeyin hep böyle kalmayacağını bilmek beni rahatlatıyor, Geleceğe umut ve coşku ile bakıyorum, Tedavi sürecinde bunalıma girdiğiniz kendinizi yalnız hissettiğiniz oluyor mu?, sosyo-demografik sorulardan oluşmuştur.

3.5. Veri Toplama Araçları

3.5.1. Hasta Bilgi Formu

Bu bölüm çocuk hematoloji ve onkoloji kliniklerinde tedavi gören ailelere yöneltilen sosyo-demografik sorulardan oluşan 22 sorudan meydana gelir. Bu sorular cinsiyet, yaş, boy, kilo, medeni durum, eğitim durumu, meslek, sosyal güvence varlığı, klinik tanı, "hastalığınız ne zaman teşhis edildiği, ne kadar zamandır tedavi görüldüğü, hastalığınıza uyum sağlayabildiniz mi?, hastalığı algılama durumunuz nedir?, ilaçlar hakkında düşünceniz nedir?, tedavide sizi en çok zorlayan durumlar nelerdir?, hastalığın diğer çocuklar üzerinde sevginiz azaldığını düşünüyor musunuz?, ailede hastalığın bakımın size destekçi olan başka aile üyeleri de var mı?, tedavinin uzun olması sizde en çok hangi yönde etkiliyor?, tedavi sürecinde bunalıma girdiğiniz kendinizi yalnız hissettiğiniz oluyor mu?, geleceğe umut ve coşku ile bakıyorum, işler kötüye giderken bile her şeyin hep böyle kalmayacağını bilmek beni rahatlatıyor" başlıkları altında yöneltilmiştir.

3.5.2. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ) (Ek-2)

"Stresle Başa Çıkma Tarzları Yolları" olarak geliştirilen 4'lü likert tipinde olan ölçek Folkman ve Lazarus tarafından geliştirilmiştir (99). Şahin ve Durak (1995) tarafından ölçeğin Türkçeye geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır (104). Şahin ve Durak ölçeğin "kendine güvenli yaklaşım (K.G.Y.)", "çaresiz yaklaşım (Ç.Y.)", "boyun eğici yaklaşım (B.E.Y.)", "iyimser yaklaşım (İ.Y.)" ve "sosyal destek arama (S.D.A.)" olmak üzere toplam 5 faktörden oluştuğunu bulmuşlardır (104).

Yapılan bu çalışmada stres ölçeğine ilişkin güvenilirlik analizi yapılmış ve aşağıdaki aralıklara göre değerlendirilmiştir.

3.5.3. Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği (DKÖ – SKÖ) (Ek-3)

Öner ve Le Compte (1983) tarafından Türk kültürüne uyarlanarak geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılan kaygı ölçeği "Durumluluk ve Sürekli kaygı"yı ölçen iki boyuttan oluşmaktadır. Durumluluk ve sürekli kaygı boyutları 20'şer maddeden oluşmakta olup toplamda 40 maddeden oluşmaktadır (105). Katılımcı bireylerin belli koşullarda ve belli anlarda kendilerini nasıl hissettiklerini tanımlamasını ve içerisinde bulundukları duruma ilişkin duygularını göz önünde bulundurarak kendilerine yöneltilen maddeleri cevaplamaları istenir. Sürekli kaygı ölçeğinde ise katılımcı bireyin kendisini nasıl hissetmesi gerektiğini belirtir. Ölçekte "1 hiç", "2 Biraz", "3 Çok", "4 Tamamıyla" gibi oluşan şıklardan birini işaretleyerek belirtilir.

3.5.4. Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ) (Ek-4)

Bir öz değerlendirme ölçeği olan "umutsuzluk ölçeği" Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (106). Cevap anahtarına uygun olarak doğru kabul edilen cevaplar için "1" puan diğerleri için "0" puan verilmekte ve puanların toplamı alınmaktadır. Ölçekten alınabilecek toplam puan 0-20 arasında olup "1, 6, 13, 15, 19" maddeler gelecek ile ilgili duyguları "2., 3., 9., 11., 12., 16., 16., 17., 20.," maddeler motivasyon kaybını "4., 7., 8., 14., 18.," maddeler ise gelecek beklentilerini ölçmektedir (106).

Veri toplama araçlarının güvenirliği aşağıda ki çizelgede gösterilmektedir.

Cronbach's Alfa ve Kr20 Katsayısına Göre Ölçeğin Güvenilirlik Sınırları

"Ölçek güvenilir değildir."	"$0.00< \alpha <0.40$"
"Ölçek düşük güvenirliktedir"	"$0.40<\alpha <0.60$"
"Ölçek oldukça güvenilirdir"	"$0.60<\alpha <0.80$"
"Ölçek yüksek derece de güvenilir"	"$0.80<\alpha<1.00$"

Yapılan bu çalışmada Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği, Durumluk Kaygı Ölçeğine, Sürekli Kaygı Ölçeğine ve Beck Umutsuzluk Ölçeği ve alt boyutlarına ilişkin cronbach's alfa ve Kr 20 güvenilirlik analizleri Tablo 3.1'de verildi.

Tablo 3.1. Stresle başa çıkma tarzları ölçeği, durumluk kaygı ölçeğine, sürekli kaygı ölçeğine ve beck umutsuzluk ölçeği genel düzeylerine ve alt boyutlarına ilişkin güvenilirlik analizi.

	Cronbach's Alpha	**n=63**
Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği	0,605	30
➢ Kendine Güvenli Yaklaşım	0,898	7
➢ Çaresiz Yaklaşım	**0,759**	8
➢ Boyun Eğici Yaklaşım	**0,744**	6
➢ İyimser Yaklaşım	**0,783**	5
➢ Sosyal Desteğe Başvurma	**0,703**	4
Durumluk Kaygı Ölçeği	**0,889**	20
Sürekli Kaygı Ölçeği	0,901	20
	Kr 20	**N**
Beck Umutsuzluk Ölçeği	0,820	20
➢ Gelecekle İlgili Duygular	0,819	5
➢ Motivasyon Kaybı	0,711	10
➢ Gelecekle İlgili Beklentiler	0,671	5

Tablo 3.1'de görüldüğü üzere; yapılan analiz sonucunda Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği, Durumluk Kaygı Ölçeği, Sürekli Kaygı Ölçeği ve Beck Umutsuzluk Ölçeği ve her bir alt boyut iç tutarlılık analizleri açısından; Kendine Güvenli Yaklaşım (0.898). Durumluk Kaygı Ölçeği (0.889). Sürekli Kaygı Ölçeği (0.901). Beck Umutsuzluk Ölçeği (0.820) ve Gelecekle İlgili Duygular (0.819) düzeylerinin yüksek derecede güvenilir olduğu tespit edilirken, Çaresiz Yaklaşım (0.759). Boyun Eğici Yaklaşım (0.744). İyimser yaklaşım (0.783). Sosyal Desteğe Başvurma (0.703). Motivasyon Kaybı (0.711) ve Gelecekle İlgili Beklentiler (0.671) düzeylerini oldukça güvenilir olduğu tespit edilmiştir.

3.6. Ölçeklerin Uygulanması ve Verilerin Toplanması

Araştırmada veri toplama aracı olarak anket kullanılmıştır. Bu anketler 01.01.2018-01.01.2019 tarihleri arasında Ankara Gazi Hastanesi ve Ankara

Memorial Hastanesi'ndeki ailelerin araştırmaya gönüllü olarak katılmalarıyla tarafımdan yüz-yüze anket yöntemiyle uygulanmıştır.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler SPSS 23 (Statistical Package for the Social Sciences) programında istatistiksel analizleri yapılmıştır.Çalışmada elde edilen verilerin normal dağılım sınaması Tablo 3.2'de gösterilmektedir.

Tablo 3.2. Ailelerin stresle başa çıkma tarzları ölçeği, durumluk kaygı ölçeğine, sürekli kaygı ölçeğine ve beck umutsuzluk ölçeği ilişkin normallik dağılımı.

	Kolmogorov-Smirnov[a]		
	İstatistik	**S.d**	**P**
"Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği"	,076	63	,200*
"Kendine Güvenli Yaklaşım"	,092	63	,200*
"Çaresiz Yaklaşım"	,114	63	,041
"Boğun Eğici Yaklaşım"	,126	63	,015
İyimser Yaklaşım	,144	63	,002
Sosyal Desteğe Başvurma	,233	63	,000
Durumluk Kaygı Ölçeği	,060	63	,200*
Sürekli Kaygı Ölçeği	,068	63	,200*
Beck Umutsuzluk Ölçeği	,165	63	0,000
Gelecekle İlgili Duygular	0,377	63	0,000
Motivasyon Kaybı	0,269	63	0,000
Gelecekle İlgili Beklentiler	0,180	63	0,000

Tablo 3.2'de Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği, Durumluk Kaygı Ölçeğine, Sürekli Kaygı Ölçeğine ve Beck Umutsuzluk Ölçeği İlişkin düzeylerin normal dağılım sergileyip sergilemediklerini tespit etmek amacıyla yapılan Kolmogrov-Smirnov testinin sonuçları verilmiştir. Yapılan analizin sonucunda, Stresle Başa Çıkma Tarzları genel düzeyinin (p=0,200), Kendine Güvenli Yaklaşım düzeyinin (p=0,200), Durumluk Kaygı Ölçeğinin (p=0,200) ve Sürekli Kaygı Ölçeğinin (p=0,200) normal dağılım sergilediği tespit edilmiştir. Çaresiz Yaklaşım (p=0,041),

Boğun Eğici Yaklaşım (p=0,015), İyimser Yaklaşım (p=0,002), Sosyal Desteğe Başvurma (p=0,000), Beck Umutsuzluk Ölçeği genel düzeyinin (p=0,000), Gelecekle İlgili Duygular (p=0,000), Motivasyon Kaybı (p=0,000) ve Gelecekle İlgili Beklentiler (p=0,000) düzeylerinin normal dağılım sergilemediği tespit edilmiştir. Normal dağılım sergileyen düzeylere parametrik testler uygulanırken, normal dağılmayan düzeylerde parametrik olmayan testler (non-parametrikt) uygulanmıştır.

3.8. İstatistiksel Analiz

Çalışmada yer alan kategorik değişkenler için frekans, yüzde değerleri hesaplanmıştır. Sürekli değişkenler için ortalama, standart sapma ve medyan değerleri hesaplanarak raporlanmıştır.Sürekli değişkenlerin normal dağılım varsayım testi "Kolmogorov Smirnov" testi ile yapılmıştır. Normal dağılım sergileyen sürekli bağımsız değişkenlerde iki grup karşılaştırması için Bağımsız örneklem t testi, ikiden fazla grup karşılaştırmalarında Tek Yönlü Varyans analizi (ANOVA) yapılmıştır. Normal dağılım varsayımını sağlamayan değişkenlerin incelemesinde, bağımsız iki grup karşılaştırmasında "Mann Whitney U" testi, ikiden fazla grup karşılaştırmalarında ise "Kruskall Wallis H" testi kullanılmıştır.

Normal dağılım varsayımını sağlayan değişkenler arası korelasyonel ilişkileri tespit etmek için Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. Normal dağılım varsayımını sağlamayan değişkenler arası korelasyonel ilişkileri tespit etmek için Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır.

Kullanılan ölçeklerden elde edilen veri setinin güvenilirliği için Cronbach Alfa katsayısı hesaplanmıştır. $P<0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

3.9. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmaya başlamadan önce Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Etik Kurul Kararına göre araştırmanın yılı-kodu 2018-44,etik kurul karar no'su 2018/44 olan çalışma etik kurul onayı alınmıştır(Ek-5).Çalışmadan önce Ankara Gazi Üniversitesi Hastanesi ve Ankara Özel Memorial Hastanesi yönetiminden kurum izni alınmıştır. Ayrıca veriler toplanmadan önce araştırmaya katılanlara araştırma

hakkında bilgilendirme yapılarak onamları alınmıştır. Doldurulan anketlerde katılımcıların kimlik bilgileri alınmamıştır

3.10. Araştırmanın Sınırlıkları

Kesitsel tipte tanımlayıcı olan bu çalışmada ailelerin bir kısmının yabancı hasta olmalarından ve anket çalışmamızda sosyo-demografik soruların eksik olmasından dolayı evrendeki örneklem sayısı olan 279 hasta ailesine ulaşılamamıştır.

4. BULGULAR

Ailelerin tanıtıcı özelliklerine ilişkin frekans ve yüzde dağılımı Tablo 4.1'de gösterilmektedir.

Tablo 4.1. Ailelerin tanıtıcı özelliklerine ilişkin dağılımı.

Tanıtıcı Özellikler		**N=63**	**%**
Cinsiyet	Kadın	46	73,02
	Erkek	17	26,98
Yaş	20-29 Yaş	23	36,51
	30-39 Yaş	25	39,68
	40 Yaş ve üzeri	15	23,81
Boy	150-157 Arası	14	22,22
	158-165 Arası	26	41,27
	166-173 Arası	14	22,22
	174 ve üzeri	9	14,29
Kilo	40-54 Kg arası	11	17,46
	55-69 Kg arası	34	53,97
	70-84 Kg arası	10	15,87
	85 Kg ve üzeri	8	12,70
Medeni Durum	Evli	61	96,83
	Bekar	2	3,17
Eğitim Durumu	Okuryazar	3	4,76
	İlköğretim	8	12,70
	Ortaöğretim	35	55,56
	Yüksek Öğretim	17	26,98
Meslek	İşsiz	2	3,17
	Ev Hanımı	37	58,73
	Memur	11	17,46
	İşçi	6	9,52
	Çiftçi	1	1,59
	Serbest	6	9,52
Sosyal Güvence	Emekli Sandığı	2	3,17
	SSK	43	68,25
	Bağ-Kur	3	4,76
	Yeşil Kart	13	20,63
	Yok	2	3,17
Çocuk Sayısı	1 Çocuk	9	14,29
	2 Çocuk	23	36,51
	3 Çocuk	21	33,33
	4 Çocuk	7	11,11
	5 Çocuk	3	4,76
Klinik tanı	All(Akut Lenfoblastik Lösemi)	19	30,16
	Aml (Akut Myeloblastik Lösemi)	6	9,52
	Aplastik Anemi	3	4,76
	Beyin Tümörleri	8	12,70
	Rabdomyosarkom	8	12,70
	Osteosarkom	4	6,35
	Griselia Sendromu	2	3,17
	Burkidlenfoma	1	1,59
	Fanconi Aplastik	2	3,17
	Hemofagostik Sendrom	2	3,17
	Hemolitik Anemi	1	1,59
	Hodking Lonfema	1	1,59
	Lösemi Aml	1	1,59
	Nöroblastom	5	7,94

Tablo 4.1'e göre; yapılan analiz sonucunda hastaların % 73,02'sinin kadın olduğu, % 39,68'inin yaşının 30 – 39 yaş aralığında, % 41,27'sinin boyunun 158 – 165 cm aralığında, % 53,97'sinin kilosunun 55 – 69 kg aralığında, % 96,83'ünün evli, % 55,56'sının eğitim durumunun ortaöğretim seviyesinde, % 58,73'ünün ev hanımı, % 68,25'inin sosyal güvencesinin SGK olduğu ve % 36,51'inin 2 çocuk sahibi olduğu tespit edilirken, katılımcı bireylerin %30,16'sında All tanısı, % 12,70 'inde beyin tümörü tanısı ve % 12,70'inde rabdomyosarkom tanısı olduğut espit edilmiştir.

Tablo 4.2. Ailelerin çocuklarının tanı ve tedavilerine ilişkin görüşlerinin dağılımı.

		N=63	**%**
Hastalık Teşhis Süresi	0 – 6 Ay	10	15,87
	7 Ay – 12 Ay	23	36,51
	13 Ay – 36 Ay	20	31,75
	37 Ay ve üzeri	10	15,87
Tedavi Süresi	0 – 6 Ay	25	39,68
	7 Ay – 36 Ay	25	39,68
	37 Ay ve üzeri	13	20,64
Hastalığınıza Uyum Sağlama	Uyumlu	46	73,02
	Uyumsuz	17	26,98
Hastalığı Algılama Durumu	Tedavi edilemeyen bir hastalık	4	6,35
	Uzun süre tedavi gerektiren bir hastalık	59	93,65
İlaçlar Hakkındaki Düşünce	Tedavi edeceğine inanmıyorum	5	7,94
	Tedavi edecek ama çok yan etkisi var	35	55,56
	Diğer	23	36,51

Ailelerin çocuklarının tanı ve tedavilerine ilişkin görüşlerinin frekans ve yüzde dağılımının verildiği Tablo 4.2'ye göre; yapılan analiz sonucunda katılımcı bireylerin % 36.51'inin hastalığının teşhis süresinin 7 ay-12 ay aralığında olduğu, % 39.68'inin tedavi süresinin 0-6 ay, % 39.68'inin tedavi süresinin 7 ay-36 ay aralığında olduğu, %73.02'sinin hastalığa uyum sağladığı, % 93.65'inin hastalığın uzun süre tedavi gerektiren bir hastalık olarak algıladıkları ve % 55.56'sının ilaçlar hakkında tedavi edebileceğine ama çok yan etkisinin olduğunu düşündükleri belirlenmiştir.

Tablo 4.3. Ailelerin çocuklarının hastalıkları ile baş etme konusundaki görüşlerinin dağılımı.

		N=63	%
Tedavide en çok zorlayan durumlar			
➢ Ekonomik durumlar	Yok	16	25,40
	Var	47	74,60
➢ Bakım yükünün çok fazla olması	Yok	31	49,21
	Var	32	50,79
➢ Her gün çocuğu ölecek gibi hissetmem	Yok	30	47,62
	Var	33	52,38
➢ Ailemdeki diğer çocuklardan uzak kalmam	Yok	23	36,51
	Var	40	63,49
➢ Hastalığın iyileşeceğine dair umudumun olmaması	Yok	40	63,49
	Var	23	36,51
Hastalığın diğer çocuklar üzerindeki sevgisini azalttığını düşünüyorum	Evet	18	28,6
	Hayır	45	71,4
Ailede hastalığın bakımı için destekçi olan başka aile üyeleri de var	Evet	55	87,3
	Hayır	8	12,7
Tedavinin uzun olması beni etkiliyor	Evet	8	12,7
	Hayır	55	87,3
Tedavi sürecinde bunalıma girdiğimde kendimi yalnız hissettiğim oluyor	Evet	47	74,6
	Hayır	16	25,4
Geleceğe umut ve coşku ile bakıyorum	Evet	49	77,8
	Hayır	14	22,2
İşler kötüye giderken bile her şeyin hep böyle kalmayacağını bilmek beni rahatlatıyor	Evet	51	81,0
	Hayır	12	19,0

Ailelerin çocuklarının hastalıkları ile baş etme konusundaki görüşlerine ilişkin frekans ve yüzde dağılımının gösterildiği Tablo 4.3'te görüldüğü üzere; yapılan analiz sonucunda katılımcı bireyleri tedaviye en çok zorlayan durumların % 74.60'ının ekonomik durumlar olduğu, % 50.79'unun bakım yükünün çok fazla olması, %52.38'inin her gün çocuğu ölecek gibi hissetmesi, % 63.49'unun ailesindeki diğer çocuklardan uzak kalması ve % 36.51'inin hastalığın iyileşeceğine dair umudunun olmaması olduğu görülmüştür. Katılımcı bireylerin % 71.4'ünün hastalığın diğer çocukları üzerindeki sevgisini azalttığını düşünmediği, % 87.3'ünün ailede hastalığın bakımı için başka aile üyelerinden destek aldığı, % 87.3'ünün tedavinin uzun sürecek olmasından etkilenmediği, % 77.8'inin geleceğe umut ve coşku ile baktığı ve %81'inin işler kötüye giderken bile her şeyin hep böyle kalmayacağını bilmenin rahatlattığını belirttiği tespit edilmiştir.

Tablo 4.4. Ailelerin stresle başa çıkma tarzları ölçeği, kaygı ölçeği ve beck umutsuzluk ölçeği genel düzeylerine ve alt boyutlarına ilişkin betimleyici istatistikleri (n=63).

	$\bar{X}$ ±SS (Standart Sapma)	Medyan (Minimum Maksimum)
Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği	79.17±7.11	80-(63-95)
➢ Kendine Güvenli Yaklaşım	21.1±4.67	21-(12-28)
➢ Çaresiz Yaklaşım	17.29±4.14	17-(8-27)
➢ Boyun Eğici Yaklaşım	14.71±2.11	15-(10-22)
➢ İyimser Yaklaşım	14.7±3.08	14-(8-20)
➢ Sosyal Desteğe Başvurma	9.78±2	10-(6-16)
Durumluk Kaygı Ölçeği	102.16±8.49	102-(85-120)
Sürekli Kaygı Ölçeği	81.35±9.46	81-(65-103)
Beck Umutsuzluk Ölçeği	7.79±4	7-(3-17)
➢ Gelecekle İlgili Duygular	0.87±1.45	0-(0-5)
➢ Motivasyon Kaybı	4.4±1.5	4-(3-9)
➢ Gelecekle İlgili Beklentiler	2.52±1.64	3-(0-5)

Tablo 4.4'te Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği, Kaygı Ölçeği ve Beck Umutsuzluk Ölçeği genel düzeylerine ve alt boyutlarına ilişkin betimleyici istatistiklerinde ortalama, standart sapma, medyan, minimum ve maksimum değerleri verilmiştir. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeğinin ortalaması 79.17 iken, ölçeğin en yüksek ortalamaya sahip alt boyutunun 21.10 ortalama ile Kendine Güvenli Yaklaşım olduğu, en düşük ortalamaya sahip alt boyutunun ise 14.70 ortalama ile İyimser Yaklaşım olduğu tespit edilmiştir. Durumluk Kaygı Ölçeğinin ortalamasının 102.16 olduğu ve sürekli Kaygı Ölçeğinin ortalamasının ise 81.35 olduğu tespit edilmiştir. Beck Umutsuzluk Ölçeğinin ortalamasının 7.79 olduğu ve ölçeğin alt boyutlarında en yüksek ortalamaya sahip alt boyutunun 4.40 ortalamayla Motivasyon Kaybı olduğu, en düşük ortalamaya sahip alt boyutunun ise 0.87 ortalama ile Gelecekle İlgili Duygular alt boyutu olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.5. Ailelerin cinsiyete göre stresle başa çıkma tarzları ölçeği, durumluk kaygı ölçeği, sürekli kaygı ölçeği ve beck umutsuzluk ölçeğinin karşılaştırılması.

	CİNSİYET			
	Kadın	**Erkek**		
Ölçekler ve Alt Boyutları	**(n=46) Ort.+SS Med. (Min.-Maks.)**	**(n=46) Ort.+SS Med. (Min.-Maks.)**	**z/sd**	**P**
Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği	79,02±7,28 79,5-(63-95)	79,59±6,83 80-(68-92)	61	0,781*
Kendine Güvenli Yaklaşım	21,07±4,8 21-(12-28)	21,18±4,42 21-(15-28)	61	0,934*
Çaresiz Yaklaşım	17,26±4,18 16,5-(8-27)	17,35±4,17 18-(11-23)	-0,093	0,926
Boyun Eğici Yaklaşım	14,39±1,79 15-(10-18)	15,53±2,67 15-(12-22)	-1,372	0,170
İyimser Yaklaşım	46±14,72 3,06-(14-8)	17±14,65 3,24-(15-9)	-0,125	0,901
Sosyal Desteğe Başvurma	20±46 10,02-(2,1-10)	20±17 9,12-(1,54-9)	-1,360	0,174
Durumluk Kaygı Ölçeği	102,76±8,32 103-(85-118)	100,53±8,99 100-(85-120)	61	0,359*
Sürekli Kaygı Ölçeği	82±9,65 81-(65-103)	79,59±8,97 81-(67-96)	61	0,374*
Beck Umutsuzluk Ölçeği	7,78±4,12 6-(3-17)	7,82±3,78 7-(3-15)	-0,132	0,895
Gelecekle İlgili Duygular	0,91±1,53 0-(0-5)	0,76±1,25 0-(0-4)	-0,100	0,920
Motivasyon Kaybı	46±4,33 1,54-(4-3)	17±4,59 1,42-(5-3)	-0,753	0,452
Gelecekle İlgili Beklentiler	9±46 2,54-(1,67-3)	7±17 2,47-(1,62-2)	-0,118	0,906

Mann Whitney U testi
*Bağımsız Örneklem t test

Tablo 4.5'te görüldüğü üzere; yapılan analiz sonucunda Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği, Durumluk Kaygı Ölçeğine, Sürekli Kaygı Ölçeği ve Beck Umutsuzluk Ölçeğinin genel düzeyleri ve her bir alt boyutlarının cinsiyetlere göre farklılaşıp farklılaşmadığı belirlemek amacıyla normal dağılım sergileyen düzeylere Bağımsız Örneklem t testi uygulanırken, normal dağılmayan düzeylere Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Uygulanan analiz sonucunda Stresle Başa Çıkma Tarzları ölçeği genel düzeyinin (p=0.781). Kendine Güvenli Yaklaşım düzeyinin (p=0.934). Çaresiz Yaklaşım düzeyinin (p=0.926). Boyun Eğici Yaklaşım düzeyinin (p=0.170). İyimser Yaklaşım düzeyinin (p=0.901). Sosyal Desteğe Başvurma düzeyinin (p=0.174). Durumluk Kaygı Ölçeği (p=0.359). Sürekli Kaygı Ölçeğinin (p=0.374). Beck Umutsuzluk Ölçeği genel düzeyinin (p=0.895). Gelecekle İlgili

Duygular düzeyinin (p=0.920). Motivasyon Kaybı düzeyinin (p=0.452) ve Gelecekle İlgili Beklentiler düzeyinin (p=0.906) p>0.05 olduğu için istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği tespit edilmiştir. Stresle Başa Çıkma Tarzları ölçeği genel düzeyinde, Kendine Güvenli Yaklaşım, Çaresiz Yaklaşım, Boyun Eğici Yaklaşım, İyimser Yaklaşım ve Sosyal Desteğe Başvurma düzeylerinde, Durumluk Kaygı Ölçeğinde, Sürekli Kaygı Ölçeğinde, Beck Umutsuzluk Ölçeği genel düzeyinde, Gelecekle İlgili Duygular, Motivasyon Kaybı ve Gelecekle İlgili Beklentiler düzeylerinde kadın ve erkeklerin ortalamalarının birbirlerine benzer düzeylerde olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 4.6. Ailelerin yaşa göre stresle başa çıkma tarzları ölçeği, durumluk kaygı ölçeği, sürekli kaygı ölçeği ve beck umutsuzluk ölçeğinin karşılaştırılması.

	YAŞ					
	20-29 Yaş	**30-39 Yaş**	**40 Yaş ve üzeri**			
Ölçekler ve Alt Boyutları	**(n=23) Ort.+SS Med. (Min.-Maks.)**	**(n=25) Ort.+SS Med. (Min.-Maks.)**	**(n=15) Ort.+SS Med. (Min.-Maks.)**	**x^2 / F**	**Sd**	**p**
Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği	77,57±7,71 76-(63-95)	79,72±6,56 80-(65-94)	80,73±7,01 80-(68-92)	1,024	2	0,365*
Kendine Güvenli Yaklaşım	19,83±4,69 20-(14-28)	21,4±4,91 21-(12-28)	22,53±3,94 22-(15-28)	1,651	2	0,200*
Çaresiz Yaklaşım	17,78±4,56 17-(11-27)	16,84±4,19 18-(8-24)	17,27±3,53 16-(13-24)	0,233	2	0,890
Boyun Eğici Yaklaşım	15±2,35 15-(11-22)	14,76±1,96 15-(12-19)	14,13±1,96 14-(10-18)	1,236	2	0,539
İyimser Yaklaşım	23±13,87 3,14-(13-9)	25±15 3,21-(15-8)	15±15,47 2,64-(15-9)	4,627	2	0,099
Sosyal Desteğe Başvurma	20±23 9,91-(2,54-10)	20±25 10,04-(1,59-10)	20±15 9,13-(1,6-9)	3,047	2	0,218
Durumluk Kaygı Ölçeği	105,04±7,97 105-(90-120)	101±7,54 100-(85-118)	99,67±9,97 97-(85-117)	2,298	2	0,109*
Sürekli Kaygı Ölçeği	83,39±10,77 86-(65-103)	80,88±9,09 81-(65-96)	79±7,7 81-(68-94)	1,029	2,000	0,363*
Beck Umutsuzluk Ölçeği	8,3±4,7 7-(3-17)	7,88±3,59 7-(3-15)	6,87±3,56 6-(3-13)	0,864	2	0,649
Gelecekle İlgili Duygular	1,22±1,83 0-(0-5)	0,68±1,11 0-(0-4)	0,67±1,29 0-(0-4)	0,938	2	0,626
Motivasyon Kaybı	23±4,52 1,81-(4-3)	25±4,48 1,42-(5-3)	15±4,07 1,1-(4-3)	0,729	2	0,694
Gelecekle İlgili Beklentiler	9±23 2,57-(1,75-3)	7±25 2,72-(1,57-3)	6±15 2,13-(1,64-2)	1,070	2	0,586

Kruskall Wallis H testi
*Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)

Tablo 4.6'ya bakıldığında; Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği, Durumluk Kaygı Ölçeği, Sürekli Kaygı Ölçeği ve Beck Umutsuzluk Ölçeğinin genel düzeyleri ve alt boyutlarının yaşa göre farklılaşıp farklılaşmadığı tespit etmek amacıyla normal dağılım sergileyen düzeylere Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) uygulanırken, normal dağılmayan düzeylere Kruskall Wallis H testi uygulanmıştır. Uygulanan analiz sonucunda, Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği genel düzeyinin (F_2=1.024, p=0.365). Kendine Güvenli Yaklaşım düzeyinin (F_2=1.651, p=0.200). Çaresiz Yaklaşım düzeyinin (x^2_2 =0.233, p=0.890). Boğun Eğici Yaklaşım düzeyinin (x^2_2=1.236, p=0.539). İyimser Yaklaşım düzeyinin (x^2_2 =4.627, p=0.099). Sosyal Desteğe Başvurma düzeyinin (x^2_2 =3.047, p=0.218). Durumluk Kaygı Ölçeği (F_2 =2.298, p=0.109). Sürekli Kaygı Ölçeğinin (F_2 =1.029, p=0.363). Beck Umutsuzluk Ölçeği genel düzeyinin (x^2_2=0.864, p=0.649). Gelecekle İlgili Duygular düzeyinin (x^2_2=0.938, p=0.626). Motivasyon Kaybı düzeyinin (x^2_2=0.729, p=0.694) ve Gelecekle İlgili Beklentiler düzeyinin (x^2_2=1.070. p=0.586) p>0.05 olduğundan yaşa göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği tespit edilmiştir. Stresle Başa Çıkma Tarzları ölçeği genel düzeyinde, Kendine Güvenli Yaklaşım, Çaresiz Yaklaşım, Boğun Eğici Yaklaşım, İyimser Yaklaşım ve Sosyal Desteğe Başvurma düzeylerinde, Durumluk Kaygı Ölçeğinde, Sürekli Kaygı Ölçeğinde, Beck Umutsuzluk Ölçeği genel düzeyinde, Gelecekle İlgili Duygular, Motivasyon Kaybı ve Gelecekle İlgili Beklentiler düzeylerinde, 20-29 yaş, 30-39 yaş ve 40 yaş ve üzeri gruplarının ortalamalarının birbirine benzer düzeyde olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 4.7. Ailelerin eğitim durumuna göre stresle başa çıkma tarzları ölçeği, durumluk kaygı ölçeği, sürekli kaygı ölçeği ve beck umutsuzluk ölçeğinin karşılaştırılması.

	EĞİTİM DURUMU			
	Ortaöğretim	**Yüksek Öğrenim**		
Ölçekler ve Alt Boyutları	**(n=35) Ort.+SS Med. (Min.-Maks.)**	**(n=17) Ort.+SS Med. (Min.-Maks.)**	**z/sd**	**P**
Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği	79,51±8,05 80-(65-95)	77,29±5,93 78-(63-85)	50	0,318*
Kendine Güvenli Yaklaşım	20,86±4,99 20-(12-28)	22,06±3,94 22-(15-28)	50	0,390*
Çaresiz Yaklaşım	17,43±4,24 17-(11-27)	16±4,12 16-(8-24)	-0,979	0,327
Boyun Eğici Yaklaşım	14,8±1,89 15-(11-19)	13,88±1,45 14-(12-16)	-1,672	0,095
İyimser Yaklaşım	35±14,86 3,41-(14-8)	17±14,24 3,01-(15-9)	-0,649	0,516
Sosyal Desteğe Başvurma	20±35 9,86-(2,16-10)	19±17 9,88-(2,18-10)	-0,141	0,888
Durumluk Kaygı Ölçeği	104,26±8,07 104-(90-120)	101,18±8,54 101-(85-117)	50	0,211*
Sürekli Kaygı Ölçeği	82,46±9,92 84-(65-103)	78,06±7,38 78-(65-94)	50	0,112*
Beck Umutsuzluk Ölçeği	7,8±4,29 6-(3-17)	7,71±3,67 9-(3-13)	-0,088	0,930
Gelecekle İlgili Duygular	0,97±1,64 0-(0-5)	0,76±1,15 0-(0-4)	-0,147	0,883
Motivasyon Kaybı	35±4,29 1,58-(3-3)	17±4,47 1,33-(5-3)	-0,694	0,487
Gelecekle İlgili Beklentiler	9±35 2,54-(165-3)	7±17 2,47-(1,81-3)	-0,070	0,945

Mann Whitney U testi
*Bağımsız Örneklem t testi
**Okuryazar kategorisindeki 3 kişi ve ilköğretim kategorisindeki 8 kişi olgu yetersizliği nedeniyle analize dahil edilmedi.

Tablo 4.7'ye bakıldığında; Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği, Durumluk Kaygı Ölçeği, Sürekli Kaygı Ölçeği ve Beck Umutsuzluk Ölçeğinin genel düzeyleri ve alt boyutlarının eğitim durumuna göre farklılaşıp farklılaşmadığını tespit etmek amacıyla normal dağılım sergileyen düzeylere Bağımsız Örneklem t testi uygulanırken, normal dağılmayan düzeylere Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Uygulanan analiz sonucunda, Stresle Başa Çıkma Tarzları ölçeği genel düzeyinin (p=0.318). Kendine Güvenli Yaklaşım düzeyinin (p=0.390). Çaresiz Yaklaşım düzeyinin (p=0.327). Boğun Eğici Yaklaşım düzeyinin (p=0.170). İyimser Yaklaşım düzeyinin (p=0.516). Sosyal Desteğe Başvurma düzeyinin (p=0.888), Durumluk Kaygı Ölçeği (p=0.211). Sürekli Kaygı Ölçeğinin (p=0.112). Beck Umutsuzluk Ölçeği genel düzeyinin (p=0.930). Gelecekle İlgili Duygular düzeyinin (p=0.883).

Motivasyon Kaybı düzeyinin (p=0.487) ve Gelecekle İlgili Beklentiler düzeyinin (p=0.945) eğitim durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği tespit edilmiştir. Stresle Başa Çıkma Tarzları ölçeği genel düzeyinde, Kendine Güvenli Yaklaşım, Çaresiz Yaklaşım, Boğun Eğici Yaklaşım, İyimser Yaklaşım ve Sosyal Desteğe Başvurma düzeylerinde, Durumluk Kaygı Ölçeğinde, Sürekli Kaygı Ölçeğinde, Beck Umutsuzluk Ölçeği genel düzeyinde, Gelecekle İlgili Duygular, Motivasyon Kaybı ve Gelecekle İlgili Beklentiler düzeylerinde ortaöğretim ve yükseköğrenim gruplarının ortalamalarının birbirine benzer düzeyde olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 4.8. Ailelerin hastalığın teşhis süresine göre stresle başa çıkma tarzları ölçeği, durumluk kaygı ölçeği, sürekli kaygı ölçeği ve beck umutsuzluk ölçeğinin karşılaştırılması.

	Hastalığın Teşhis Süresi						
	0-6 Ay	**7 Ay-12 Ay**	**13-36 Ay**	**37 Ay ve üzeri**			
Ölçekler ve Alt Boyutları	**(n=10) Ort.+SS Med. (Min.-Maks.)**	**(n=23) Ort.+SS Med. (Min.-Maks.)**	**(n=20) Ort.+SS Med. (Min.-Maks.)**	**(n=10) Ort.+SS Med. (Min.-Maks.)**	**x^2 / F**	**sd**	**P**
Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği	75,3±6,6 77,5-(63-83)	81,83±6,76 81-(70-95)	78,2±7,52 79-(65-92)	78,9±6,06 77-(71-92)	2,328	3	0,084*
Kendine Güvenli Yaklaşım	20,2±3,97 19,5-(15-27)	22,13±4,37 22-(15-28)	19,3±5,2 18-(12-28)	23,2±3,82 22-(18-28)	2,302	3	0,086*
Çaresiz Yaklaşım	15,4±3,34 15,5-(8-19)	17,78±3,87 17-(11-27)	18,65±4,59 19-(11-26)	15,3±3,59 14,5-(11-20)	6,132	3	0,105
Boyun Eğici Yaklaşım	14,6±2,46 14,5-(11-18)	14,74±1,86 15-(10-18)	15,3±2,34 15-(12-22)	13,5±1,43 13,5-(12-15)	4,877	3	0,181
İyimser Yaklaşım	10±13,7 2,26-(14-9)	23±15,39 3,09-(15-9)	20±14 3,51-(13,5-8)	10±15,5 2,64-(15,5-12)	2,769	3	0,429
Sosyal Desteğe Başvurma	17±10 10,3-(2,67-9,5)	20±23 9,7-(2,01-10)	20±20 9,3-(1,45-9,5)	19±10 10,4-(2,17-9,5)	1,456	3	0,692
Durumluk Kaygı Ölçeği	101,9±6,4 101,5-(93-111)	101,35±7,83 101-(88-120)	105,75±8,35 106-(90-118)	97,1±10 96,5-(85-110)	2,643	3	0,058*
Sürekli Kaygı Ölçeği	81,5±4,06 80,5-(76-87)	80,35±8,75 80-(65-99)	84,25±11,85 86-(65-103)	77,7±8,99 79-(65-90)	1,222	3	0,310*
Beck Umutsuzluk Ölçeği	7,1±3,41 5,5-(4-14)	7,26±3,6 6-(3-14)	9,55±4,71 11-(3-17)	6,2±3,05 6-(3-11)	4,286	3	0,232
Gelecekle İlgili Duygular	0,3±0,67 0-(0-2)	0,65±1,23 0-(0-4)	1,7±1,89 1-(0-5)	0,3±0,67 0-(0-2)	7,841	3	0,051
Motivasyon Kaybı	10±4,5 2,01-(3,5-3)	23±4,17 1,34-(4-3)	20±4,7 1,49-(5-3)	10±4,2 1,4-(4-3)	1,523	3	0,677
Gelecekle İlgili Beklentiler	9±10 2,3-(1,16-2)	7±23 2,43-(1,59-3)	7±20 3,15-(1,87-4)	7±10 1,7-(1,42-2)	6,168	3	0,104

Kruskall Wallis H testi *Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)

Tablo 4.8'de görüldüğü üzere; Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği, Durumluk Kaygı Ölçeği, Sürekli Kaygı Ölçeği ve Beck Umutsuzluk Ölçeğinin genel düzeyleri ve alt boyutlarının hastalığın teşhis süresine göre farklılaşıp farklılaşmadığını tespit etmek amacıyla normal dağılım sergileyen düzeylere Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) uygulanırken, normal dağılmayan düzeylere Kruskall Wallis H testi uygulanmıştır. Uygulanan analiz sonucunda, Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği genel düzeyinin (F_3 =2.328, p=0.084). Kendine Güvenli Yaklaşım düzeyinin (F_3 =2.302 p=0.086). Çaresiz Yaklaşım düzeyinin (x^2_3 =6.132, p=0.105). Boğun Eğici Yaklaşım düzeyinin (x^2_3=4.877, p=0.181). İyimser Yaklaşım düzeyinin (x^2_3 =2.769, p=0.429). Sosyal Desteğe Başvurma düzeyinin (x^2_3=1.456, p=0.692). Durumluk Kaygı Ölçeği (F_3 =2.643, p=0.058). Sürekli Kaygı Ölçeğinin (F_3 =1.222, p=0.310). Beck Umutsuzluk Ölçeği genel düzeyinin (x^2_3=4.286, p=0.232). Gelecekle İlgili Duygular (x^2_3=7.841, p=0.051). Motivasyon Kaybı düzeyinin (x^2_3=1.523, p=0.677) ve Gelecekle İlgili Beklentiler düzeyinin (x^2_3=6.168, p=0.104) hastalığın teşhis süresine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği tespit edilmiştir. Stresle Başa Çıkma Tarzları ölçeği genel düzeyinde, Kendine Güvenli Yaklaşım, Çaresiz Yaklaşım, Boğun Eğici Yaklaşım, İyimser Yaklaşım ve Sosyal Desteğe Başvurma düzeylerinde, Durumluk Kaygı Ölçeğinde, Sürekli Kaygı Ölçeğinde, Beck Umutsuzluk Ölçeği genel düzeyinde, Motivasyon Kaybı ve Gelecekle İlgili Beklentiler düzeylerinde, 0-6 ay, 7 ay-12 ay, 13-37 ay ve 37 ay ve üzeri gruplarının ortalamalarının birbirine benzer düzeyde olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 4.9. Ailelerin tedavi süresine göre stresle başa çıkma tarzları ölçeği, durumluk kaygı ölçeği, sürekli kaygı ölçeği ve beck umutsuzluk ölçeğinin karşılaştırılması.

	Tedavi Süresi					
	0-12 ay	**13 ay-37 ay**	**37 ay ve üzeri**			
Ölçekler ve Alt Boyutları	**(n=10) Ort.+SS Med. (Min.-Maks.)**	**(n=20) Ort.+SS Med. (Min.-Maks.)**	**(n=10) Ort.+SS Med. (Min.-Maks.)**	**x^2 / F**	**sd**	**P**
Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği	78,56±7,59 80-(63-95)	78,2±6,53 78-(65-94)	82,23±6,92 81-(72-92)	1,557	2	0,219
Kendine Güvenli Yaklaşım	21,08±4,54 21-(14-28)	20,24±4,6 20-(12-28)	22,77±4,94 21-(15-28)	1,268	2	0,289
Çaresiz Yaklaşım	17,24±3,84 18-(8-26)	17,64±4,35 17-(11-27)	16,69±4,55 15-(11-24)	0,671	2	0,715
Boyun Eğici Yaklaşım	14,44±2,36 14-(10-19)	15,04±2,03 15-(12-22)	14,54±1,76 15-(12-18)	1,066	2	0,587
İyimser Yaklaşım	25±14,2 3-(14-9)	25±14,24 3,15-(14-8)	13±16,54 2,57-(17-13)	5,892	2	0,053
Sosyal Desteğe Başvurma	20±25 9,88-(2,17-10)	20±25 9,76-(2,09-10)	20±13 9,62-(1,56-9)	0,697	2	0,706
Durumluk Kaygı Ölçeği	102,72±7,96 103-(88-117)	102,64±8,13 101-(89-120)	100,15±10,39 101-(85-117)	0,449	2	0,640
Sürekli Kaygı Ölçeği	81,48±9,42 82-(65-103)	80,96±9,57 81-(65-99)	81,85±10,08 81-(67-96)	0,040	2	0,961
Beck Umutsuzluk Ölçeği	8,48±4,2 7-(3-17)	7,32±4,14 5-(3-14)	7,38±3,38 7-(3-13)	1,401	2	0,496
Gelecekle İlgili Duygular	1±1,63 0-(0-5)	0,8±1,29 0-(0-4)	0,77±1,48 0-(0-4)	0,181	2	0,914
Motivasyon Kaybı	25±4,68 1,55-(5-3)	25±4,24 1,64-(3-3)	13±4,15 1,07-(4-3)	1,567	2	0,457
Gelecekle İlgili Beklentiler	9±25 2,8-(1,73-3)	7±25 2,28-(1,65-2)	6±13 2,46-(1,51-2)	1,238	2	0,539

Kruskall Wallis H testi
*Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)

Tablo 4.9'da görüldüğü üzere; Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği, Durumluk Kaygı Ölçeği, Sürekli Kaygı Ölçeği ve Beck Umutsuzluk Ölçeğinin genel düzeyleri ve alt boyutlarının tedavi süresine göre farklılaşıp farklılaşmadığını tespit etmek amacıyla normal dağılım sergileyen düzeylere Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) uygulanırken, normal dağılmayan düzeylere Kruskall Wallis H testi uygulanmıştır. Uygulanan analiz sonucunda, Stresle Başa Çıkma Tarzları ölçeği genel düzeyinin (F_2 =1.557, p=0.219). Kendine Güvenli Yaklaşım düzeyinin (F_2 =1.268 p=0.289). Çaresiz Yaklaşım düzeyinin (x^2_2 =0.671, p=0.715). Boğun Eğici Yaklaşım düzeyinin (x^2_2=1,066, p=0,587), İyimser Yaklaşım düzeyinin (x^2_2 =5,892, p=0.053). Sosyal Desteğe Başvurma düzeyinin (x^2_2=0.697, p=0.706). Durumluk Kaygı Ölçeği (F_2 =0,449, p=0,640), Sürekli Kaygı Ölçeğinin (F_2 =0,040, p=0,961), Beck Umutsuzluk Ölçeği genel düzeyinin (x^2_2=1,401, p=0,496), Gelecekle İlgili

Duygular (x^2_2=0,181, p=0,914), Motivasyon Kaybı düzeyinin (x^2_2=1,597, p=0,457) ve Gelecekle İlgili Beklentiler düzeyinin (x^2_2=1,238, p=0,539) tedavi süresine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği tespit edilmiştir. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği genel düzeyinde, Kendine Güvenli Yaklaşım, Çaresiz Yaklaşım, Boğun Eğici Yaklaşım, İyimser Yaklaşım ve Sosyal Desteğe Başvurma düzeylerinde, Durumluk Kaygı Ölçeğinde, Sürekli Kaygı Ölçeğinde, Beck Umutsuzluk Ölçeği genel düzeyinde, Motivasyon Kaybı ve Gelecekle İlgili Beklentiler düzeylerinde, 0-12 ay, 13-36 ay ve 37 ay ve üzeri gruplarının ortalamalarının birbirine benzer düzeyde olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 4.10. Ailelerin ilaçlar hakkındaki düşüncelere göre stresle başa çıkma tarzları ölçeği, durumluk kaygı ölçeği, sürekli kaygı ölçeği ve beck umutsuzluk ölçeğinin karşılaştırılması.

	İlaçlar Hakkında Düşünceler			
	Tedavi edecek ama çok yan etkisi var	**Diğer**		
Ölçekler ve Alt Boyutları	**(n=35) Ort.+SS Med. (Min.-Maks.)**	**(n=23) Ort.+SS Med. (Min.-Maks.)**	**z/sd**	**P**
Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği	79,4±7,07 80-(65-94)	79,48±7,42 80-(63-95)	56	0,968*
Kendine Güvenli Yaklaşım	21,49±4,43 22-(12-28)	21,09±4,83 20-(14-28)	56	0,748*
Çaresiz Yaklaşım	17,11±3,81 16-(8-24)	16,87±4,15 16-(11-26)	-0,407	0,684
Boyun Eğici Yaklaşım	14,8±2,37 15-(10-22)	14,7±1,61 15-(12-18)	-0,153	0,878
İyimser Yaklaşım	35±14,77 2,96-(15-8)	23±15,04 3,2-(15-9)	-0,433	0,665
Sosyal Desteğe Başvurma	20±35 9,71-(1,74-10)	20±23 10,09-(2,31-10)	-0,891	0,373
Durumluk Kaygı Ölçeği	101,8±8,17 101-(85-120)	101,83±8,04 101-(89-116)	56	0,990*
Sürekli Kaygı Ölçeği	81,54±7,79 80-(69-96)	79,7±10,82 81-(65-103)	36,782	0,484*
Beck Umutsuzluk Ölçeği	7,66±3,89 6-(3-15)	7,04±3,8 6-(3-15)	-0,784	0,433
Gelecekle İlgili Duygular	0,8±1,3 0-(0-4)	0,57±1,31 0-(0-5)	-0,787	0,431
Motivasyon Kaybı	35±4,4 1,61-(4-3)	23±4,17 1,37-(3-3)	-0,458	0,647
Gelecekle İlgili Beklentiler	9±35 2,46-(1,56-3)	7±23 2,3-(1,74-2)	-0,299	0,765

Mann Whitney U testi *Bağımsız Örneklem t testi **Tedavi edeceğine inanmıyorum kategorisi (5 kişi) olgu yetersizliği nedeniyle analize dahil edilmedi.

Tablo 4.10'da görüldüğü üzere; Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği, Durumluk Kaygı Ölçeği, Sürekli Kaygı Ölçeği ve Beck Umutsuzluk Ölçeğinin genel

düzeyleri ve alt boyutlarının ilaçlar hakkındaki düşüncelere göre farklılaşıp farklılaşmadığını tespit etmek amacıyla normal dağılım sergileyen düzeylere Bağımsız Örneklem t testi uygulanırken, normal dağılmayan düzeylere Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Uygulanan analiz sonucunda, Stresle Başa Çıkma Tarzları ölçeği genel düzeyinin (p=0.968). Kendine Güvenli Yaklaşım düzeyinin (p=0.748). Çaresiz Yaklaşım düzeyinin (p=0.684). Boğun Eğici Yaklaşım düzeyinin (p=0.878). İyimser Yaklaşım düzeyinin (p=0.665). Sosyal Desteğe Başvurma düzeyinin (p=0.373). Durumluk Kaygı Ölçeği (p=0.990). Sürekli Kaygı Ölçeğinin (p=0.484). Beck Umutsuzluk Ölçeği genel düzeyinin (p=0.433). Gelecekle İlgili Duygular düzeyinin (p=0.431). Motivasyon Kaybı düzeyinin (p=0.647) ve Gelecekle İlgili Beklentiler düzeyinin (p=0.765) ilaç hakkındaki düşüncelere göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği tespit edilmiştir. Stresle Başa Çıkma Tarzları ölçeği genel düzeyinde, Kendine Güvenli Yaklaşım, Çaresiz Yaklaşım, Boğun Eğici Yaklaşım, İyimser Yaklaşım ve Sosyal Desteğe Başvurma düzeylerinde, Durumluk Kaygı Ölçeğinde, Sürekli Kaygı Ölçeğinde, Beck Umutsuzluk Ölçeği genel düzeyinde, Gelecekle İlgili Duygular, Motivasyon Kaybı ve Gelecekle İlgili Beklentiler düzeylerinde, ‘Tedavi edecek ama çok yan etkisi var’ ve diğer gruplarının ortalamalarının birbirine benzer düzeyde olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 4.11. Ailelerin, "hastalığın diğer çocuklar üzerindeki sevgisini azalttığını düşünüyorum" ifadesine yöneltilen cevaplara göre stresle başa çıkma tarzları ölçeği, durumluk kaygı ölçeği, sürekli kaygı ölçeği ve beck umutsuzluk ölçeğinin karşılaştırılması.

	Hastalığın diğer çocuklarım üzerindeki sevgisini azalttığını düşünüyorum			
	Evet	**Hayır**		
Ölçekler ve Alt Boyutları	**(n=18) Ort.+SS Med. (Min.-Maks.)**	**(n=45) Ort.+SS Med. (Min.-Maks.)**	**z/sd**	**P**
Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği	74,89±6,17 73-(65-89)	80,89±6,78 81-(63-95)	61	0,002
Kendine Güvenli Yaklaşım	17,72±3,29 18-(12-25)	22,44±4,47 22-(14-28)	61	0,000
Çaresiz Yaklaşım	19,44±3,9 20-(12-27)	16,42±3,96 16-(8-26)	-2,626	**0,009***
Boyun Eğici Yaklaşım	14,78±2,65 14,5-(11-22)	14,67±1,88 15-(10,19)	-0,139	0,890
İyimser Yaklaşım	18±12,72 2,47-(13-8)	45±15,49 2,97-(15-9)	-3,238	**0,001***
Sosyal Desteğe Başvurma	18±18 9,06-(1,47-9)	20±45 10,07-(2,11-10)	-1,790	0,073
Durumluk Kaygı Ölçeği	104,83±7,28 104,5-(93-118)	101,09±8,78 101-(85-120)	61	0,115
Sürekli Kaygı Ölçeği	86,44±8,45 86-(68-99)	79,31±9,15 79-(65-103)	61	0,006
Beck Umutsuzluk Ölçeği	9,61±4,49 11,5-(3-17)	7,07±3,59 6-(3-15)	-2,072	**0,038***
Gelecekle İlgili Duygular	1,61±1,65 1,5-(0-5)	0,58±1,27 0-(0-5)	-2,839	**0,005***
Motivasyon Kaybı	18±4,94 1,8-(5-3)	45±4,18 1,32-(4-3)	-1,544	0,123
Gelecekle İlgili Beklentiler	9±18 3,06-(1,63-3,5)	7±45) 2,31-(1,62-2)	-1,610	0,107

Mann Whitney U testi, *P<0,05 anlamlı kabul edilmiştir

Tablo 4.11'de görüldüğü üzere; Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği, Durumluk Kaygı Ölçeği, Sürekli Kaygı Ölçeği ve Beck Umutsuzluk Ölçeğinin genel düzeyleri ve alt boyutlarının "Hastalığın diğer çocuklarım üzerindeki sevgisini azalttığını düşünüyorum" ifadesine yöneltilen cevaplara göre farklılaşıp farklılaşmadığını tespit etmek amacıyla normal dağılım sergileyen düzeylere Bağımsız Örneklem t testi uygulanırken, normal dağılmayan düzeylere Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Uygulanan analiz sonucunda, Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği genel düzeyinin (p=0.002). Kendine Güvenli Yaklaşım düzeyinin (p=0.000). Çaresiz Yaklaşım düzeyinin (p=0.009), İyimser Yaklaşım düzeyinin (p=0.001), Sürekli Kaygı Ölçeğinin (p=0.006). Beck Umutsuzluk Ölçeği genel düzeyinin (p=0.038) ve Gelecekle İlgili Duygular düzeyinin (p=0.005) "Hastalığın

diğer çocuklarım üzerindeki sevgisini azalttığını düşünüyorum" ifadesine yöneltilen cevaplar göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edilmiştir.

Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği genel düzeyinde, hayır cevabını yöneltenlerin ortalamasının, evet cevabını yöneltenlere göre daha yüksek düzeyde olduğu tespit edilmiştir.

Kendine Güvenli Yaklaşım düzeyinde, hayır cevabını yöneltenlerin ortalamasının, evet cevabını yöneltenlere göre daha yüksek düzeyde olduğu tespit edilmiştir.

İyimser Yaklaşım düzeyinde, hayır cevabını yöneltenlerin medyan değerinin, evet cevabını yöneltenlere göre daha yüksek düzeyde olduğu tespit edilmiştir.

Çaresiz Yaklaşım düzeyinde, evet cevabını yöneltenlerin medyan değerinin, hayır cevabını yöneltenlere göre daha yüksek düzeyde olduğu tespit edilmiştir.

Sürekli Kaygı Ölçeğinde, evet cevabını yöneltenlerin ortalamasının, hayır cevabını yöneltenlere göre daha yüksek düzeyde olduğu tespit edilmiştir.

Beck Umutsuzluk genel düzeyinde, evet cevabını yöneltenlerin medyan değerinin, hayır cevabını yöneltenlere göre daha yüksek düzeyde olduğu tespit edilmiştir.

Gelecekle İlgili Duygular düzeyinde, evet cevabını yöneltenlerin medyan değerinin, hayır cevabını yöneltenlere göre daha yüksek düzeyde olduğu tespit edilmiştir.

Boğun Eğici Yaklaşım düzeyinin (p=0,890), Sosyal Desteğe Başvurma düzeyinin (p=0,073), Durumluk Kaygı Ölçeği (p=0,073), Motivasyon Kaybı düzeyinin (p=0,123) ve Gelecekle İlgili Beklentiler düzeyinin (p=0,107) Hastalığın diğer çocuklarım üzerindeki sevgisini azalttığını düşünüyorum.' İfadesine yöneltilen cevaplar göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği tespit edilmiştir. Boğun Eğici Yaklaşım, Sosyal Desteğe Başvurma düzeylerinde, Sürekli Kaygı Ölçeğinde, Beck Umutsuzluk Ölçeği genel düzeyinde, Gelecekle İlgili Duygular düzeyinde, Hastalığın diğer çocuklar üzerindeki sevgisini azalttığını düşünüyorum'

ifadesine Evet ve Hayır cevabını yöneltenlerin ortalamalarının birbirine benzer düzeyde olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.11).

Tablo 4.12. Ailelerin stresle başa çıkma tarzları ölçeği, durumluk kaygı ölçeği, sürekli kaygı ölçeği ve beck umutsuzluk ölçeği arasındaki ilişkinin incelenmesi.

Ölçekler ve Alt Boyutları		**Stresle başa çıkma tarzları ölçeği**	**Kendine güvenli yaklaşım**	**Çaresiz yaklaşım**	**Boyun eğici yaklaşım**	**İyimser yaklaşım**	**Sosyal desteğe başvurma**	**Durumluk kaygı ölçeği**	**Sürekli kaygı ölçeği**	**Beck umutsuzluk ölçeği**	**Gelecek ile ilgili duygular**	**Motivasyon kaybı**	**Gelecekle ilgili beklentiler**
Stresle başa çıkma tarzları ölçeği	Rho	1,000	0,686**	-0,167	0,369**	0,755**	0,379**	-0,352**	-0,288*	-0,342**	-0,298*	-0,343**	-0,294*
	P		**0,000**	0,192	0,003	0,000	0,002	**0,005**	**0,022**	**0,006**	**0,018**	**0,006**	**0,019**
Kendine güvenli yaklaşım	Rho	0,686**	1,000	-0,719**	-0,114	0,780**	0,221	-0,594**	-0,720**	-0,651**	-0,614**	-0,533**	-0,653**
	P	0,000		0,000	0,373	0,000	0,081	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**
Çaresiz yaklaşım	Rho	-0,167	-0,719**	1,000	0,162	-0,547**	-0,252*	0,556**	0,737**	0,650**	0,616**	0,506**	0,650**
	P	0,192	0,000		0,204	0,000	0,046	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**
Boyun eğici yaklaşım	Rho	0,369**	-0,114	0,162	1,000	0,034	0,300*	0,094	0,142	0,014	0,041	0,016	0,078
	P	0,003	0,373	0,204		0,788	0,017	0,466	0,268	0,913	0,748	0,902	0,543
İyimser yaklaşım	Rho	0,755**	0,780**	-0,547**	0,034	1,000	0,214	-0,534**	-0,555**	-0,618**	-0,591**	-0,585**	-0,574**
	P	0,000	0,000	0,000	0,788		0,092	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**
Sosyal desteğe başvurma	Rho	0,379**	0,221	-0,252*	0,300*	0,214	1,000	-0,131	-0,195	-0,159	-0,169	-0,057	-0,144
	P	0,002	0,081	0,046	0,017	0,092		0,304	0,126	0,212	0,184	0,658	0,261
Durumluk Kaygı Ölçeği	Rho	-0,352**	-0,594**	0,556**	0,094	-0,534**	-0,131	1,000	0,633**	0,738**	0,672**	0,619**	0,753**
	P	0,005	0,000	0,000	0,466	0,000	0,304		0,000	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**
Sürekli kaygı ölçeği	Rho	-0,288*	-0,720**	0,737**	0,142	-0,555**	-0,195	0,633**	1,000	0,784**	0,670**	0,611**	0,743**
	P	0,022	0,000	0,000	0,268	0,000	0,126	0,000		0,000	**0,000**	**0,000**	**0,000**
Beck umutsuzluk ölçeği	Rho	-0,342**	-0,651**	0,650**	0,014	-0,618**	-0,159	0,738**	0,784**	1,000	0,824**	0,871**	0,943**
	P	0,006	0,000	0,000	0,913	0,000	0,212	0,000	0,000		0,000	0,000	0,000
Gelecek ile ilgili duygular	Rho	-0,298*	-0,614**	0,616**	0,041	-0,591**	-0,169	0,672**	0,670**	0,824**	1,000	0,679**	0,717**
	P	0,018	0,000	0,000	0,748	0,000	0,184	0,000	0,000	0,000		0,000	0,000
Motivasyon kaybı	Rho	-0,343**	-0,533**	0,506**	0,016	-0,585**	-0,057	0,619**	0,611**	0,871**	0,679**	1,000	0,758**
	P	0,006	0,000	0,000	0,902	0,000	0,658	0,000	0,000	0,000	0,000		0,000
Gelecekle ilgili beklentiler	Rho	-0,294*	-0,653**	0,650**	0,078	-0,574**	-0,144	0,753**	0,743**	0,943**	0,717**	0,758**	1,000
	P	0,019	0,000	0,000	0,543	0,000	0,261	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	

Spearman Korelasyon Analizi *Pearson Korelasyon Analizi; p<0,05 anlamlı kabul edilmiştir.

Tablo 4.12'de görüldüğü üzere; Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği, Durumluk Kaygı Ölçeği, Sürekli Kaygı Ölçeği ve Beck Umutsuzluk Ölçeğinin arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla Normal dağılan düzeylere Pearson Korelasyon analizi uygulanırken, normal dağılmayan düzeylere Spearman Korelasyon Analizi uygulanmıştır. Uygulanan analiz sonucunda, Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği genel düzeyi ile Durumluk Kaygı Ölçeği(r=-0,352, p=0,005), Sürekli Kaygı Ölçeği (r=-0,288, p=0,022), Beck Umutsuzluk Ölçeği genel düzeyi (rho=-0,342, p=0,006), Gelecekle İlgili Duygular düzeyi (rho=-0,298, p=0,018), Motivasyon Kaybı düzeyi (rho=-0,343, p=0,006) ve Gelecekle İlgili Beklentiler düzeyi (rho=-0,294, p=0,019) arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Durumluk Kaygı Ölçeği, Sürekli Kaygı Ölçeği, Beck Umutsuzluk Ölçeği genel düzeyi, Gelecekle İlgili Duygular düzeyi, Motivasyon Kaybı düzeyi ve Gelecekle İlgili Beklentiler düzeyi artıkça, sürekli başa çıkma tarzları ölçeği genel düzeyi de azalmaktadır.

Kendine Güvenli Yaklaşım düzeyi ile Durumluk Kaygı Ölçeği (r=-0,594, p=0,000), Sürekli Kaygı Ölçeği (r=-0,720, p=0,000), Beck Umutsuzluk Ölçeği genel düzeyi (rho=-0,651, p=0,000), Gelecekle İlgili Duygular düzeyi (rho=-0,614, p=0,000), Motivasyon Kaybı düzeyi (rho=-0,533, p=0,000) ve Gelecekle İlgili Beklentiler düzeyi (rho=-0,653, p=0,000) arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Durumluk Kaygı Ölçeği, Sürekli Kaygı Ölçeği, Beck Umutsuzluk Ölçeği genel düzeyi, Gelecekle İlgili Duygular düzeyi, Motivasyon Kaybı düzeyi ve Gelecekle İlgili Beklentiler düzeyi artıkça, Kendine Güvenli Yaklaşım düzeyi de azalmaktadır (Tablo 4.12).

Çaresiz Yaklaşım düzeyi ile Durumluk Kaygı Ölçeği (rho=0,556, p=0,000), Sürekli Kaygı Ölçeği (rho=0,737, p=0,000), Beck Umutsuzluk Ölçeği genel düzeyi (rho=0,650, p=0,000), Gelecekle İlgili Duygular düzeyi (rho=0,616, p=0,000), Motivasyon Kaybı düzeyi (rho=0,506, p=0,000) ve Gelecekle İlgili Beklentiler düzeyi (rho=0,650, p=0,000) arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Durumluk Kaygı Ölçeği, Sürekli Kaygı Ölçeği, Beck Umutsuzluk Ölçeği genel düzeyi, Gelecekle İlgili Duygular düzeyi, Motivasyon Kaybı düzeyi ve Gelecekle İlgili Beklentiler düzeyi artıkça, Çaresiz Yaklaşım düzeyi de artmaktadır (Tablo 4.12).

Boğun Eğici düzeyi ile Durumluk Kaygı Ölçeği (rho=0,094, p=0,466), Sürekli Kaygı Ölçeği (rho=0,714, p=0,268), Beck Umutsuzluk Ölçeği genel düzeyi (rho=0,014, p=0,913), Gelecekle İlgili Duygular (rho=0, 041, p=0,748), Motivasyon Kaybı (rho=0,016, p=0,902) ve Gelecekle İlgili Beklentiler (rho=0,078, p=0,543) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir (Tablo 4.12).

İyimser Yaklaşım düzeyi ile Durumluk Kaygı Ölçeği (rho=-0,534, p=0,000), Sürekli Kaygı Ölçeği (rho=-0,555, p=0,000), Beck Umutsuzluk Ölçeği genel düzeyi (rho=-0,618, p=0,000), Gelecekle İlgili Duygular (rho=-0,591, p=0,000), Motivasyon Kaybı (rho=-0,585, p=0,000) ve Gelecekle İlgili Beklentiler düzeyi (rho=-0,574, p=0,000) arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Durumluk Kaygı Ölçeği, Sürekli Kaygı Ölçeği, Beck Umutsuzluk Ölçeği genel düzeyi, Gelecekle İlgili Duygular, Motivasyon Kaybı ve Gelecekle İlgili Beklentiler düzeyi artıkça, İyimser Yaklaşım düzeyi de azalmaktadır (Tablo 4.12)

Sosyal Desteğe Başvurma düzeyi ile Durumluk Kaygı Ölçeği (rho=-0,131, p=0,304), Sürekli Kaygı Ölçeği (rho=-0,195, p=0,126), Beck Umutsuzluk Ölçeği genel düzeyi (rho=-0,159, p=0,212), Gelecekle İlgili Duygular düzeyi (rho=-0,169, p=0,184), Motivasyon Kaybı düzeyi (rho=0,658, p=0,658) ve Gelecekle İlgili Beklentiler düzeyi (rho=-0,144, p=0,261) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir (Tablo 4.12).

Durumluk Kaygı Ölçeği ile Beck Umutsuzluk Ölçeği genel düzeyi (rho=0,738, p=0,000), Gelecekle İlgili Duygular (rho=0,672, p=0,000), Motivasyon Kaybı (rho=0,619, p=0,000) ve Gelecekle İlgili Beklentiler (rho=0,753, p=0,000) arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Beck Umutsuzluk Ölçeği genel düzeyi, Gelecekle İlgili Duygular, Motivasyon Kaybı ve Gelecekle İlgili Beklentiler düzeyi artıkça, Durumluk Kaygı düzeyi de artmaktadır (Tablo 4.12).

Sürekli Kaygı Ölçeği ile Beck Umutsuzluk Ölçeği genel düzeyi (rho=0,784, p=0,000), Gelecekle İlgili Duygular (rho=0,670, p=0,000), Motivasyon Kaybı (rho=0,611, p=0,000) ve Gelecekle İlgili Beklentiler (rho=0,743, p=0,000) arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Beck Umutsuzluk Ölçeği genel düzeyi, Gelecekle İlgili Duygular, Motivasyon Kaybı ve

Gelecekle İlgili Beklentiler düzeyi artıkça, Sürekli Kaygı düzeyi de artmaktadır (Tablo 4.12).

5. TARTIŞMA

Hasta ailelerine verilen eğitimle kendilerini daha iyi hissetmelerini sağlamak ve stres, kaygı ve umutsuzluklarını azaltmak amacıyla gerçekleştirilen çalışmada, hastaların % 73.02'sinin kadın olduğu, % 39.68'inin yaşının 30 – 39 yaş aralığında, % 41.27'sinin boyunun 158 – 165 cm aralığında, % 53.97'sinin kilosunun 55 – 69 kg aralığında, % 96.83'ünün evli, % 55.56'sının eğitim durumunun ortaöğretim seviyesinde, % 58.73'ünün ev hanımı, % 68.25'inin sosyal güvencesinin SGK olduğu ve % 36.51'inin 2 çocuk sahibi olduğu tespit edilmiştir. Yıldırım'ın (2017) kanser hastası yakınları ile yaptığı çalışmasında % 53.8'i kadın, % 37.7'sinin yaşı 51 ve üstü, % 76.2'si evli, % 49.2'si ilköğretim mezunu, % 36.1'i ev hanımıdır (107).

Araştırmaya katılan bireylerin % 36.51'inin hastalığının teşhis süresinin 7 ay-12 ay aralığında olduğu, % 39.68'inin tedavi süresinin 0-6 ay, % 39.68'inin tedavi süresinin 7 ay-36 ay aralığında olduğu, %73.02'sinin hastalığa uyum sağladığı, % 93.65'inin hastalığın uzun süre tedavi gerektiren bir hastalık olarak algıladıkları ve % 55.56'sının ilaçlar hakkında tedavi edebileceğine ama çok yan etkisinin olduğunu düşündükleri belirlenmiştir. Yıldırım'ın (2017) çalışmasında hastaların % 49.2'sinin hastalık süresi 0-1 yıl aralığındadır (107).

Ailelerin çocuklarının hastalıkları ile baş ederken tedaviye en çok zorlayan durumların ekonomik durumlar olduğu, bakım yükünün çok fazla olması, her gün çocuğu ölecek gibi hissetmesi, ailesindeki diğer çocuklardan uzak kalması ve hastalığın iyileşeceğine dair umudunun olmaması olduğu görülmüştür.

Katılımcı bireylerin çoğunluğunun hastalığın diğer çocukları üzerindeki sevgisini azalttığını düşünmediği, ailede hastalığın bakımı için başka aile üyelerinden destek aldığı, tedavinin uzun sürecek olmasından etkilenmediği, geleceğe umut ve coşku ile baktığı ve işler kötüye giderken bile her şeyin hep böyle kalmayacağını bilmenin rahatlattığını belirttiği tespit edilmiştir.

"Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeğinin" ortalaması 79.17 iken, ölçeğin en yüksek ortalamaya sahip alt boyutunun "Kendine Güvenli Yaklaşım" olduğu, en düşük ortalamaya sahip alt boyutunun ise "İyimser Yaklaşım" olduğu tespit edilmiştir. "Durumluk Kaygı Ölçeğinin" ortalamasının 102,16 olduğu ve "Sürekli

Kaygı Ölçeğinin" ortalamasının ise 81.35 olduğu tespit edilmiştir. Ay'ın (2018) kanserli çocuğu olan ebeveynlerle yaptıkları çalışmada "Kendine Güvenli Yaklaşım" 2,39±0,27, "Çaresiz Yaklaşım" 0.30±0.26, "Boyun Eğici Yaklaşım" 1,42±0,38, "İyimser Yaklaşım" 2,35±0,28 olarak belirlenmiştir (108).

"Beck Umutsuzluk Ölçeğinin" ortalamasının 7.79 olduğu ve ölçeğin alt boyutlarında en yüksek ortalamaya sahip alt boyutunun "Motivasyon Kaybı" olduğu, en düşük ortalamaya sahip alt boyutunun ise "Gelecekle İlgili Duygular" alt boyutu olduğu saptanmıştır. Alacacıoğlu'nun (2007) yapmış olduğu çalışmada "Beck Umutsuzluk Ölçeği" ortalaması 5.92±4.8 olarak bulunmuştur (79). Yıldırım'ın (2017) kanser hastası yakınları ile yaptığı çalışmasında "Beck Umutsuzluk" ortalaması 6.000±4.423, "Gelecekle İlgili Duygular" alt boyutu 0.992±1.389, "Motivasyon Kaybı" alt boyutu ortalaması 2.431±2.068 olarak saptanmıştır (107).

"Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği" genel düzeyinin, "Kendine Güvenli Yaklaşım" düzeyinin, "Çaresiz Yaklaşım" düzeyinin, "Boyun Eğici Yaklaşım" düzeyinin, "İyimser Yaklaşım" düzeyinin, "Sosyal Desteğe Başvurma" düzeyinin, "Durumluk Kaygı Ölçeği", "Sürekli Kaygı Ölçeğinin", "Beck Umutsuzluk Ölçeği" genel düzeyinin, "Gelecekle İlgili Duygular" düzeyinin, "Motivasyon Kaybı" düzeyinin ve "Gelecekle İlgili Beklentiler" düzeyinin cinsiyete göre bir farklılık göstermediği saptanmıştır. Alacacıoğlu'nun (2007) çalışmasında ise kadın hasta yakınlarında umutsuzluk düzeyi erkeklerden daha yüksek olduğu belirlenmiştir (79). Yıldırım'ın (2017) çalışmasında ise kadın hasta yakınlarının umutsuzluk puanı erkeklerden daha düşük bulunmuştur (107).

"Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği" genel düzeyinin, Kendine "Güvenli Yaklaşım" düzeyinin, "Çaresiz Yaklaşım" düzeyinin, "Boğun Eğici Yaklaşım" düzeyinin, "İyimser Yaklaşım" düzeyinin, "Sosyal Desteğe Başvurma" düzeyinin yaşa göre bir farklılık göstermediği görülmüştür.

"Durumluk Kaygı Ölçeği", "Sürekli Kaygı Ölçeğinin" yaşa göre bir farklılık göstermediği, benzer şekilde Doğru ve Arslan'ın (2008) engelli çocuğu olan annelerle yapmış olduğu çalışmada da yaş ile durumluk kaygı ve sürekli kaygı arasında anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür (109). Buna karşılık, Özyazıcıoğlu ve

Tüfekci'nin (2009) Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebeği olan annelerle yaptığı çalışmada yaş ilerledikçe kaygı düzeyinin arttığı belirlenmiştir (110).

"Beck Umutsuzluk Ölçeği" genel düzeyinin, "Gelecekle İlgili Duygular" düzeyinin, "Motivasyon Kaybı" düzeyinin ve "Gelecekle İlgili Beklentiler" düzeyinin yaşa göre bir farklılık göstermediği saptanmıştır. Yıldırım'ın (2017) çalışmasında 51 yaş ve üstünde olan hasta yakınlarının umutsuzluk puanları diğer yaş grubundakilerden daha yüksek bulunmuştur (107).

"Stresle Başa Çıkma Tarzları" ölçeği genel düzeyinin, "Kendine Güvenli Yaklaşım" düzeyinin, "Çaresiz Yaklaşım" düzeyinin, "Boğun Eğici Yaklaşım" düzeyinin, "İyimser Yaklaşım" düzeyinin, "Sosyal Desteğe Başvurma" düzeyinin, "Durumluk Kaygı Ölçeği", "Sürekli Kaygı Ölçeğinin", "Beck Umutsuzluk Ölçeği" genel düzeyinin, "Gelecekle İlgili Duygular" düzeyinin, "Motivasyon Kaybı" düzeyinin ve "Gelecekle İlgili Beklentiler" düzeyinin eğitim durumuna göre bir farklılık göstermediği tespit edilmiştir. Yıldırım'ın (2017) çalışmasında da benzer sonuç bulunmuştur (107). Alacacıoğlu'nun (2007) çalışmasında ise hasta ve yakınlarının eğitim düzeyi yükseldikçe umutsuzluk düzeyinin düştüğü görülmüştür (79).

"Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği" genel düzeyinin, "Kendine Güvenli Yaklaşım", "Çaresiz Yaklaşım", "Boğun Eğici Yaklaşım", "İyimser Yaklaşım", "Sosyal Desteğe Başvurma", "Durumluk Kaygı Ölçeği", "Sürekli Kaygı Ölçeğinin", "Beck Umutsuzluk" Ölçeği genel düzeyinin, "Gelecekle İlgili Duygular", "Motivasyon Kaybı" ve "Gelecekle İlgili Beklentiler" düzeyinin hastalığın teşhis süresine göre bir farklılık göstermediği tespit edilmiştir. Yıldırım'ın (2017) çalışmasında da kanser hastası yakınlarının Beck Umutsuzluk Ölçeği ortalaması ile hastalık süresi arasında anlamlı fark bulunmamıştır (107).

"Stresle Başa Çıkma Tarzları" ölçeği genel düzeyinin, "Kendine Güvenli Yaklaşım", "Çaresiz Yaklaşım", "Boğun Eğici Yaklaşım", "İyimser Yaklaşım", "Sosyal Desteğe Başvurma", "Durumluk Kaygı Ölçeği", "Sürekli Kaygı Ölçeğinin", "Beck Umutsuzluk Ölçeği" genel düzeyinin, "Gelecekle İlgili Duygular", "Motivasyon Kaybı" ve "Gelecekle İlgili Beklentiler" düzeyinin tedavi süresine göre bir farklılık göstermediği belirlenmiştir.

“Stresle Başa Çıkma Tarzları” ölçeği genel düzeyinin, “Kendine Güvenli Yaklaşım”, “Çaresiz Yaklaşım”, “Boğun Eğici Yaklaşım”, “İyimser Yaklaşım”, “Sosyal Desteğe Başvurma”, “Durumluk Kaygı Ölçeği”, “Sürekli Kaygı Ölçeğinin”, “Beck Umutsuzluk Ölçeği” genel düzeyinin, “Gelecekle İlgili Duygular”, “Motivasyon Kaybı” ve “Gelecekle İlgili Beklentiler” düzeyinin ilaç hakkındaki düşüncelere göre anlamlı bir fark bulunmamıştır.

“Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği” genel düzeyinin, “Kendine Güvenli Yaklaşım”, “Çaresiz Yaklaşım”, “İyimser Yaklaşım”, “Sürekli Kaygı Ölçeğinin”, “Beck Umutsuzluk Ölçeği” genel düzeyinin ve “Gelecekle İlgili Duygular” düzeyinin “Hastalığın diğer çocuklarım üzerindeki sevgisini azalttığını düşünüyorum” ifadesine yöneltilen cevaplara göre bir farklılık gösterdiği tespit edilmiştir.

“Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği” genel düzeyinde, hayır cevabını yöneltenlerin ortalamasının, evet cevabını yöneltenlere göre daha yüksek düzeyde olduğu, “Kendine Güvenli Yaklaşım” düzeyinde, hayır cevabını yöneltenlerin ortalamasının, evet cevabını yöneltenlere göre daha yüksek düzeyde olduğu saptanmıştır. “İyimser Yaklaşım” düzeyinde, hayır cevabını yöneltenlerin ise medyan değerinin, evet cevabını yöneltenlere göre daha yüksek düzeyde olduğu tespit edilmiştir.

“Çaresiz Yaklaşım” düzeyinde, evet cevabını yöneltenlerin medyan değerinin, hayır cevabını yöneltenlere, “Sürekli Kaygı Ölçeğinde”, evet cevabını yöneltenlerin ortalamasının, hayır cevabını yöneltenlere, “Beck Umutsuzluk” genel düzeyinde, evet cevabını yöneltenlerin medyan değerinin, hayır cevabını yöneltenlere ve “Gelecekle İlgili Duygular” düzeyinde, evet cevabını yöneltenlerin medyan değerinin, hayır cevabını yöneltenlere göre daha yüksek düzeyde olduğu tespit edilmiştir.

“Boğun Eğici Yaklaşım” düzeyinin, “Sosyal Desteğe Başvurma”, “Durumluk Kaygı Ölçeği”, “Motivasyon Kaybı” ve “Gelecekle İlgili Beklentiler” “Hastalığın diğer çocuklarım üzerindeki sevgisini azalttığını düşünüyorum” ifadesine yöneltilen cevaplara göre bir farklılık göstermediği tespit edilmiştir.

“Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği” genel düzeyi ile “Durumluk Kaygı Ölçeği”, “Sürekli Kaygı Ölçeği”, “Beck Umutsuzluk Ölçeği” genel düzeyi, “Gelecekle İlgili Duygular”, “Motivasyon Kaybı” ve “Gelecekle İlgili Beklentiler” düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. “Durumluk Kaygı Ölçeği”, “Sürekli Kaygı Ölçeği”, “Beck Umutsuzluk Ölçeği” genel düzeyi, “Gelecekle İlgili Duygular”, “Motivasyon Kaybı” ve “Gelecekle İlgili Beklentiler” düzeyi artıkça, sürekli başa çıkma tarzları ölçeği genel düzeyi de azalmaktadır.

“Kendine Güvenli Yaklaşım” düzeyi ile “Durumluk Kaygı Ölçeği”, “Sürekli Kaygı Ölçeği”, “Beck Umutsuzluk Ölçeği” genel düzeyi, “Gelecekle İlgili Duygular”, “Motivasyon Kaybı” ve “Gelecekle İlgili Beklentiler” düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. “Durumluk Kaygı Ölçeği”, “Sürekli Kaygı Ölçeği”, “Beck Umutsuzluk Ölçeği” genel düzeyi, “Gelecekle İlgili Duygular”, “Motivasyon Kaybı” düzeyi ve “Gelecekle İlgili Beklentiler” düzeyi artıkça, “Kendine Güvenli Yaklaşım” düzeyi de azalmaktadır.

“Çaresiz Yaklaşım” düzeyi ile “Durumluk Kaygı Ölçeği”, “Sürekli Kaygı Ölçeği”, “Beck Umutsuzluk Ölçeği” genel düzeyi, “Gelecekle İlgili Duygular”, “Motivasyon Kaybı” ve “Gelecekle İlgili Beklentiler” düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. “Durumluk Kaygı Ölçeği”, “Sürekli Kaygı Ölçeği”, “Beck Umutsuzluk Ölçeği” genel düzeyi, “Gelecekle İlgili Duygular”, “Motivasyon Kaybı” ve “Gelecekle İlgili Beklentiler” düzeyi artıkça, “Çaresiz Yaklaşım” düzeyi de artmaktadır.

“Boğun Eğici” düzeyi ile “Durumluk Kaygı Ölçeği”, “Sürekli Kaygı Ölçeği”, “Beck Umutsuzluk Ölçeği” genel düzeyi, “Gelecekle İlgili Duygular”, “Motivasyon Kaybı” ve “Gelecekle İlgili Beklentiler” düzeyi arasında bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir.

“İyimser Yaklaşım” düzeyi ile “Durumluk Kaygı Ölçeği”, “Sürekli Kaygı “Ölçeği, Beck Umutsuzluk Ölçeği” genel düzeyi, “Gelecekle İlgili Duygular”, “Motivasyon Kaybı” ve “Gelecekle İlgili Beklentiler” düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. “Durumluk Kaygı Ölçeği”, “Sürekli Kaygı Ölçeği”, “Beck Umutsuzluk Ölçeği” genel düzeyi,

“Gelecekle İlgili Duygular”, Motivasyon Kaybı” ve “Gelecekle İlgili Beklentiler” düzeyi artıkça, “İyimser Yaklaşım” düzeyi de azalmaktadır.

“Sosyal Desteğe Başvurma” düzeyi ile “Durumluk Kaygı Ölçeği”, “Sürekli Kaygı Ölçeği”, “Beck Umutsuzluk Ölçeği” genel düzeyi, Gelecekle İlgili Duygular, “Motivasyon Kaybı” ve “Gelecekle İlgili Beklentiler” düzeyi arasında bir ilişki olmadığı görülmüştür.

“Durumluk Kaygı Ölçeği” ile “Beck Umutsuzluk Ölçeği” genel düzeyi, “Gelecekle İlgili Duygular”, “Motivasyon Kaybı” ve “Gelecekle İlgili Beklentiler” düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. “Beck Umutsuzluk Ölçeği” genel düzeyi, “Gelecekle İlgili Duygular”, “Motivasyon Kaybı” ve “Gelecekle İlgili Beklentiler” düzeyi artıkça, “Durumluk Kaygı” düzeyi de artmaktadır.

“Sürekli Kaygı Ölçeği” ile “Beck Umutsuzluk Ölçeği” genel düzeyi, “Gelecekle İlgili Duygular”, “Motivasyon Kaybı” ve “Gelecekle İlgili Beklentiler” düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. “Beck Umutsuzluk Ölçeği” genel düzeyi, “Gelecekle İlgili Duygular”, “Motivasyon Kaybı” düzeyi ve “Gelecekle İlgili Beklentiler” düzeyi artıkça, “Sürekli Kaygı” düzeyi de artmaktadır. Avşaroğlu ve Gilik’in (2017) özel gereksinimli çocuğa sahip anne ve babalar ile yaptıkları çalışmada kaygı ile umutsuzluk arasında güçlü bir ilişki olduğu belirtilmiştir (111).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Hasta ailelerine verilen eğitimle kendilerini daha iyi hissetmelerini sağlamak ve stres, kaygı ve umutsuzluklarını azaltmak amacıyla gerçekleştirilen çalışmanın sonuçları;

Hastaların çoğunluğu kadın, yaşı 30 – 39 yaş aralığında, boyu 158 – 165 cm aralığında, kilosu 55 – 69 kg aralığında, evli, eğitim durumu ortaöğretim seviyesinde, ev hanımı, sosyal güvencesi SGK ve 2 çocuk sahibidir.

Araştırmaya katılan bireylerin üçte birinin hastalığının teşhis süresi 7 ay-12 ay aralığında, üçte birinin tedavi süresi 0-6 ay aralığında, üçte birinin tedavi süresinin 7 ay-36 ay aralığında olduğu, çoğunluğunun hastalığa uyum sağladığı, tamamına yakınının hastalığın uzun süre tedavi gerektiren bir hastalık olarak algıladıkları ve yarıdan fazlasının ilaçlar hakkında tedavi edebileceğine ama çok yan etkisinin olduğunu düşündükleri belirlenmiştir.

Ailelerin çocuklarının hastalıkları ile baş ederken tedaviye en çok zorlayan durumların ekonomik durumlar olduğu, bakım yükünün çok fazla olması, her gün çocuğu ölecek gibi hissetmesi, ailesindeki diğer çocuklardan uzak kalması ve hastalığın iyileşeceğine dair umudunun olmaması olduğu görülmüştür.

Katılımcı bireylerin dörtte üçü hastalığın diğer çocukları üzerindeki sevgisini azalttığını düşünmediği, çoğunluğu ailede hastalığın bakımı için başka aile üyelerinden destek aldığı, tedavinin uzun sürecek olmasından etkilenmediği, geleceğe umut ve coşku ile baktığı ve işler kötüye giderken bile her şeyin hep böyle kalmayacağını bilmenin rahatlattığını belirttiği tespit edilmiştir.

"Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeğinin" ortalaması 79,17 iken, ölçeğin en yüksek ortalamaya sahip alt boyutunun "Kendine Güvenli Yaklaşım" olduğu, en düşük ortalamaya sahip alt boyutunun ise "İyimser Yaklaşım" olduğu tespit edilmiştir. "Durumluk Kaygı Ölçeğinin" ortalamasının 102,16 olduğu ve "Sürekli Kaygı Ölçeğinin" ortalamasının ise 81,35 olduğu tespit edilmiştir. "Beck Umutsuzluk Ölçeğinin" ortalamasının 7,79 olduğu ve ölçeğin alt boyutlarında en

yüksek ortalamaya sahip alt boyutunun "Motivasyon Kaybı" olduğu, en düşük ortalamaya sahip alt boyutunun ise "Gelecekle İlgili Duygular" alt boyutu olduğu saptanmıştır.

"Kendine Güvenli Yaklaşım", "Durumluk Kaygı Ölçeği", "Sürekli Kaygı Ölçeği", "Beck Umutsuzluk Ölçeği" ve "Gelecekle İlgili Duygular" düzeylerinin yüksek derecede güvenilir olduğu tespit edilirken, "Çaresiz Yaklaşım", "Boyun Eğici Yaklaşım", "İyimser Yaklaşım", "Sosyal Desteğe Başvurma", "Motivasyon Kaybı" ve "Gelecekle İlgili Beklentiler" düzeylerini oldukça güvenilir olduğu tespit edilmiştir.

"Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği" genel düzeyinin, "Kendine Güvenli Yaklaşım" düzeyinin, "Çaresiz Yaklaşım" düzeyinin, "Boğun Eğici Yaklaşım" düzeyinin, "İyimser Yaklaşım" düzeyinin, "Sosyal Desteğe Başvurma" düzeyinin, "Durumluk Kaygı Ölçeği", "Sürekli Kaygı Ölçeğinin", "Beck Umutsuzluk Ölçeği" genel düzeyinin, "Gelecekle İlgili Duygular", "Motivasyon Kaybı" düzeyinin ve "Gelecekle İlgili Beklentiler" düzeyinin cinsiyete, yaşa, eğitim durumuna, hastalığın teşhis süresine, tedavi süresine ve ilaç hakkındaki düşüncelere göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği tespit edilmiştir.

"Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği" genel düzeyinin, "Kendine Güvenli Yaklaşım" düzeyinin, "Çaresiz Yaklaşım" düzeyinin, "İyimser Yaklaşım" düzeyinin, "Sürekli Kaygı Ölçeğinin", "Beck Umutsuzluk Ölçeği" genel düzeyinin ve "Gelecekle İlgili Duygular" düzeyinin "Hastalığın diğer çocuklarım üzerindeki sevgisini azalttığını düşünüyorum" ifadesine yöneltilen cevaplar göre göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edilmiştir.

"Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği" genel düzeyinde, hayır cevabını yöneltenlerin ortalamasının, evet cevabını yöneltenlere, "Kendine Güvenli Yaklaşım" düzeyinde, hayır cevabını yöneltenlerin ortalamasının, evet cevabını yöneltenlere ve "İyimser Yaklaşım" düzeyinde, hayır cevabını yöneltenlerin medyan değerinin, evet cevabını yöneltenlere göre daha yüksek düzeyde olduğu tespit edilmiştir.

"Çaresiz Yaklaşım" düzeyinde, evet cevabını yöneltenlerin medyan değerinin, hayır cevabını yöneltenlere, "Sürekli Kaygı Ölçeğinde", evet cevabını

yöneltenlerin ortalamasının, hayır cevabını yöneltenlere, "Beck Umutsuzluk" genel düzeyinde, evet cevabını yöneltenlerin medyan değerinin, hayır cevabını yöneltenlere ve "Gelecekle İlgili Duygular" düzeyinde, evet cevabını yöneltenlerin medyan değerinin, hayır cevabını yöneltenlere göre daha yüksek düzeyde olduğu tespit edilmiştir.

"Boğun Eğici Yaklaşım" düzeyinin, "Sosyal Desteğe Başvurma" düzeyinin, "Durumluk Kaygı Ölçeği", "Motivasyon Kaybı" düzeyinin ve "Gelecekle İlgili Beklentiler" düzeyinin "Hastalığın diğer çocuklarım üzerindeki sevgisini azalttığını düşünüyorum" ifadesine yöneltilen cevaplar göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği tespit edilmiştir.

"Durumluk Kaygı Ölçeği", "Sürekli Kaygı Ölçeği", "Beck Umutsuzluk Ölçeği" genel düzeyi, "Gelecekle İlgili Duygular" düzeyi, "Motivasyon Kaybı" düzeyi ve "Gelecekle İlgili Beklentiler" düzeyi artıkça, "Sürekli Başa Çıkma Tarzları Ölçeği" genel düzeyi, "Kendine Güvenli Yaklaşım", "Çaresiz Yaklaşım" ve "İyimser Yaklaşım" düzeyi de azalmaktadır.

"Beck Umutsuzluk Ölçeği" genel düzeyi, "Gelecekle İlgili Duygular" düzeyi, "Motivasyon Kaybı" düzeyi ve "Gelecekle İlgili Beklentiler" düzeyi artıkça, "Durumluk Kaygı" ve "Sürekli Kaygı" düzeyi de artmaktadır.

Elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- Kanserli çoçuklar ve yakınlarının kaygı ve umutsuzluklarını azaltmak için hastalık ve tedavi ile ilgili eğitimlerin düzenlenmesi,

- Kanserli çoçuklar ve yakınlarına stresle baş etme, kaygı ve umutsuzluğu azaltmayı desteklemek adına danışmanlık hizmetlerinin hem özel hem de devlet hastanelerinde arttırılması ve liyezon psikiyatrisinin hastanelerde aktif rol alması.

7. KAYNAKLAR

1. Yavuzer H. *Çocuk Psikolojisi*, 16. Baskı. İstanbul, Remzi Kitabevi A.Ş., 1996:277.

2. Uluslararası Çocuk Merkezi. Adolesan ve Üreme Sağlığı ve Hakları. http://www.icc.org.tr/icerik.php?id=12&kid=3. 11 Ocak 2019.

3. Ünalan PC, Kaya ÇA, Akgün T. Birinci basamakta ergen sağlığına yaklaşımı. *Türkiye Klinikleri J. MedSci.*, 2007, 27:567-576.

4. Susman EJ, Rogol A. Puberty and Psychological Development. In: Lerner RM, Steinberg L (eds). *Handbook of Adolescent Psychology*, 2th ed. Hoboken, New Jersey, John Wiley&Sons Inc., 2004:15-44.

5. Yiğit R. *Çocukluk Dönemlerinde Büyüme ve Gelişme.* Ankara, Sistem Ofset, 2009:177-197.

6. Apak S. *Gelişim Nörolojisi*, 1. Baskı. İstanbul, Bayrak Matbaacılık, 1989: 27-31.

7. Chambers CV. Childhood and Adolescence. In: Rakel RE (ed). *Textbook of Family Practice.* Philadelphia, W.B. Saunders Company, 1995:634-659.

8. McAnarney ER, Orr DP, Kreipe RE, Comerci GD. *Textbook of Adolescent Medicine*. Philadelphia, W.B. Saunders Company, 1992:91-98.

9. Perry S, Hockenberry M, Lowdermilk D, Wilson D. *Maternal Child Nursing Care*, 4th ed. St Louis, Mosby Elsevıer, 2010:1105-1116.

10. Bag, B. Kanser hastalarında uzun dönemde görülen psikososyal sorunlar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2013, 5(1):109-126.

11. Yaman Bİ, Kutluk T. Çocukluk çağı kanserlerinin epidemiyolojisi ve risk faktörleri, *Kanser Gündemi Dergisi*, 2016, 4:1-2.

12. Goodall S, King M, Ewing J, Smith N, Kenny P. Preferences for support services among adolescents and young adults with cancer or a blood disorder: A discrete choice experiment, *Health Policy*, 2012, 107(2):304-311

13. Aung L, Saw SM, Chan MY, Khaing T, Quah TC, Verkooijen HM. The hidden ımpact of childhood cancer on the family: A multi-ınstitutional study from Singapore, *Ann Acad Med Singapore*. 2012, 41:170-5.

14. Cüceloğlu D. *İnsan ve Davranışı Psikolojinin Temel Kavramları,* 27. Baskı. İstanbul, Remzi Kitabevi, 2013:276-278.

15. Çavuşoğlu H. *Çocuk Sağlığı Hemşireliği I*, 10. Baskı. Ankara, Sistem Ofset Basımevi, 2011:71-266.

16. Geçtan E. *Psikanaliz ve Sonrası*, 11.Baskı. İstanbul, Metis Yayınları, 2005:47-48.

17. Çöp E, Dinç GS, Kültür SEÇ. Kronik Hastalığı Olan Çocukların Annelerinde Baş Etme Becerilerinin Psikiyatrik Belirtiler ile İlişkisi: Bir Ön Çalışma, *Türkiye Çocuk Hast Derg/Turkish J Pediatr Dis,* 2016, 3:170-176.

18. Oğuzhan M, Erden G. Kronik ve ölümcül hastalığı olan çocuklarda ve ailelerinde ortaya çıkan sorunlar ve psikososyal müdahalenin önemi, *Yeni Sempozyum Dergisi*, 2012, 3:167-79.

19. Snyder HR, Miyake A, Hankin BL. Advancing understanding of executive function impairments and psychopathology: bridging the gap between clinical and cognitive approaches, *Front. Psychol.*, 2015, 6:328.

20. Dinç GŞ. Kronik ve ölümcül hastalığı olan çocuk ve aileye yaklaşım, *Güncel Çocuk Sağlığı Dergisi,* 2012, 1:103-107.

21. Ekşi A. *Çocuğun Ruhsal ve Bilişsel Gelişim Dönemleri ve Dönemlere Özgü Sorunlar. Ben Hasta Değilim*. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 1999:92-481

22. Karabuğa-Yakar H, Pınar R. Kanserli hastalara bakım veren aile üyelerinin yaşam kalitesi ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi, *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 2013, 15(2):1-16.

23. Grant M, Sun V, Fujinami R, Sidhu R, Otis- Green S, Juarez G, et al. Family caregiver burden, skills preparedness, and quality of life in nonsmall cell lung cancer. *Oncol Nurs Forum*, 2013, 40(4):337-46.

24. Williams AL, Tisch AJ, Dixon J, McCorkle R. Factors associated with depressive symptoms in cancer family caregivers of patients receiving chemotherapy. *Support Care Cancer,* 2013, 21(9):2387-2394.

25. Kanserli Çocuklara Umut Vakfı. Çocukluk Çağı Kanserleri. https://www.kacuv.org/wpcontent/uploads/2015/05/CocuklukCag%C4%B1Kanseri1.pdf. 02 Şubat 2019.

26. Scholten L, Willemen AM, Last BF, Maurice-Stam H, van Dijk EM, Ensink E, et al. Efficacy of psychosocial group intervention for children with chronic illness and their parents, *Pediatrics,* 2013, 131:1196-1203.

27. Mechtel M, Stoeckle A. Psychosocial Care of the Pediatric Oncology Patient Undergoing Surgical Treatment, *Seminars in Oncology Nursing*, 2017, 2:87-97.

28. Bag B. Psiko-Onkoloji, Psikososyal Sorunlar ve Ölçüm Yöntemleri, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*, 2012, 4(4):449-464.

29. Kestler SA, LoBiondo-Wood G. Review of symptom experiences in children and adolescents with cancer, *Cancer Nurs.,* 2012, 35(2):31-49.

30. Ekşi A. *Çocuk, genç, ana babalar*. Ankara, Bilgi Yayınevi, 1990: 27.

31. Kulaksızoğlu A. *Ergenlik psikolojisi,* 1. Baskı. İstanbul, Remzi Kitabevi, 1998: 17-23, 29.

32. FN Grup. Çoçuklarda Ergenlik Psikolojisi.https://www.florence.com.tr/saglikli-yasam/Detay/cocuklarda-ergenlik-psikolojisi. 2 Şubat 2019.

33. AParlaz E, Tekgül N, Karademirci E, Öngel K. Ergenlik Dönemi: Fiziksel Büyüme, Psikolojik ve Gelişim Süreci, *The Journal of Turkish Family Physician*, 2012, 3:2.

34. Çakar FS. Otomatik Düşüncelerin Umutsuzluk Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi: Benlik Saygısının Aracılık Rolü, Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimleri, *Educational Sciences: Theory & Practice*, 2014, 14(5)1673-1687.

35. Lawrence S, Neinstein MD. *Adolescent Health Care: A Practical Guide*. Philadelphia, Lippincott Williams&Wilkins, 1996:40-45.

36. Mukaddes NM. Ergenlik çağı ruhsal gelişim özellikleri. İçinde: Özgür P (editör). *Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Ders Kitabı,* 1.Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevi, 2000:22-41.

37. Lawrence SN, Sara S, Mari, R. Psychosocial development in normal adolescents. In Seigafuse S, Shaw R. (eds). *Handbook of Adolescent Health Care*, 6th ed, Philadelphia, Lippincott Williams&Wilkins, 2009:14-16.

38. Yörükoğlu A. *Gençlik Çağı Ruh Sağlığı ve Ruhsal Sorunları*, 22. Baskı. İstanbul, Özgür Yayınları, 1998:11-13.

39. Birol L, Akdemir N, Bedük T. *İç Hastalıkları Hemşireliği*, 1. Baskı. Ankara, Vehbi Koç Vakfı Yayınları, 1997:96-140.

40. Behrman RE, Kliegmen RB. *Nelson Essentials of Pediatrics*. Çeviri: Tuzcu M., *Nelson Essentials of Pediatrics*, 2. Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2003.

41. Kutluk T, Kars A. *Kanser Konusunda Genel Bilgiler*. Ankara, Türk Kanser Araştırma ve Savaş Kurumu Yayınları, 1996, 14:25-38.

42. Altınbaş M. Kanser Biyolojisi, *Turkiye Klinikleri J Radiat Oncol-Special Topics*, 2016, 2(1):1-6.

43. Steliarova-Foucher E, Stiller C, Lacour B, Kaatsch P. International Classification of Childhood Cancer, *Cancer*, 3rd ed, 2005, 103(7):1457-67.

44. Yarış N. Adölesan Kanserlerin Epidemiyolojisi, *Güncel Pediatri*, 2007, 5:105-110.

45. Ward E, DeSantis C, Robbins A, Kohler B, Jemal A. Childhood and adolescent cancer statistics, *A Canser Journal for Clinicians,* 2014, 64(2):83-103.

46. Kaatsch P. Epidemiology of childhood cancer, *Cancer Treatment Reviews,* 2010, 36(4):277-285.

47. Fırat D, Küçuksu N. *Kanser Konusunda Genel Bilgiler*, 4. Baskı. Ankara, Türk Kanser Araştırma ve Savaş Kurumu Yayınları, 1987:16-19.

48. Vural S, Karaman S. Çocukluk Çağı Kanserlerine Eşlik Eden Belirti ve Bulgular,
Çocuk Dergisi, 2014, 14(1):16-21.

49. Büyükpamukçu M. Çocukluk Çağı Kanserlerinin Epidemiyolojisi. İçinde: Yurdakök M (editör). *Yurdakök Pediatri*, 1. Basım. Ankara, Güneş Tıp Kitabevleri, 2017:4169-4175.

50. Philip AP, Poplock GD. *Principles and Practice of Pediatric Oncology,* 5th ed. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2006:1515–1529.

51. SEER Cancer Statistics Review 1975-2014. Section 32: Adolescent and Young Adult Cancer by Site: Incidence, Survival and Mortality. https://seer.cancer.gov/archive/csr/1975_2014/results_merged/sect_32_aya.pdf . 02 Şubat 2019.

52. UNICEF (2011). Adolescence: An Age of Opportunity. http://unicef.in/PressReleases/87/Adolescence-An-Age-of-Opportunity.
02 Şubat 2019.

53. Türkiye Kanser İstatistikleri. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. (Ed. Murat Gültekin & Güledal Boztaş). www.kanser.gov.tr erişim tarihi: 02 Şubat 2019.

54. Kilburn LB, Siegel SE, Steuber CP. Clinical assesment and differantial diagnosis of the child with suspected cancer. In: Pizzo PA, Poplac DG (eds). *Principles and practice of pediatric oncology*, 6th ed. Philadelphia, Lippincott Williams and Wolters, 2011:123-135.

55. Fragkandrea J, Nixon Ja, Panagopoulou P. Signs and symptoms of childhood cancer: A Guide for early recognition. *Am. Fam. Phys.*, 2013, 88:185-192.

56. Erickson JM, MacPherson CF, Ameringer S, Baggott C, Linder L, Stegenga K. Symptoms and symptom clusters in adolescents receiving cancer treatment: A review of the literature, *International Journal of Nursing Studies*, 2013, 50:847–869.

57. Akyüz C. Lenfadenopati. İçinde: Özkan A (ed). *Pediatrik Onkoloji*, 1. baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2009:131-140.

58. Özkan A. *Pediatrik Onkoloji,* 1. Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2009:15-470.

59. Ball J, Bindler R, Cowen K. *Child Health Nursing*, 2nd ed. U.S.A., Pearson Education, 2010:1066-1118.

60. Guion K, Mrug S. The role of parental and adolescent attributions in adjustment of adolescents with chronic illness, *J Clin Psychol Med Settings* 2012, 19: 262-269.

61. Evan EE, Kaufman M, Cook AB, Zeltzer LK. Sexual health and self-esteem in adolescents and young adults with cancer. *Cancer*, 2006, 107(S7):1672-1679.

62. Gülses S, Yıldırım ZK, Büyükavcı M. Kanserli çocukların ve anne-babalarının yaşam kalitesi diğer hastalardan farklı mı? *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 2014, 57:16-23.

63. YKüpeli B, Akyüz C, Küpeli S, Büyükpamukçu M. Health-related quality of life in pediatric cancer survivors: a multifactorial assessment including parental factors, *J Pediatr Hematol Oncol*, 2012, 34:194-199.

64. Sawyer M, Antoniou G, Toogood I, Rice M, Baghurst P. Childhood cancer: A 4-year prospective study of the psychological adjustment of children and parents, *J. Pediatr. Hematol. Oncol*., 2000, 22(3):214-220.

65. Baltaş A, Baltaş Z. *Stres ve Başa Çıkma Yolları,* 2.Baskı. İstanbul, Remzi Kitabevi, 1987:23-74, 79-98, 100-106, 162-250.

66. Tan SY, Yip A. Hans Selye (1907-1982): Founder of the stress theory, *Singapore Med. J.*, 2018, 59(4):170–171.

67. Braham BJ. *Managing Stress Keeping Calm Under Fire*. Çeviri: Diker VG. *Ateş Altında Sakin Kalabilmek. Stres Yönetimi*, 1. Baskı. İstanbul, Hayat Yayınları, 1998:52-59.

68. Dhabbar FS. Effects of stress on immune function: the good, the bad, and the beautiful, *Immunol. Res.*, 2014, 58:193-210.

69. Şar V. Travmatik Stres ve Bedensel Hastalıklar. İçinde: Şar V (ed). *Stres ve Bedensel Hastalıklar: Günümüzde Psikosomatik Tıp*. Ankara, Türkiye Klinikleri, 2018:1-5.

70. Balcı A. *Öğretim Elemanlarının İş Stresi. Kuram ve Uygulama,* 1.Baskı. Ankara, Nobel Yayınları, 2000:21-23.

71. İstanbul İşletme Enstitüsü. Stres ve Stres Yönetimi Nedir? https://www.iienstitu.com/blog/stres-ve-stres-yonetimi-nedir. 5 Nisan 2019.

72. Uluhan EF. Psikiyatri ve Psikolojide Temel Kavramlar. http://www.psikoterapi.pro/makaleler/psikiyatri-ve-psikolojide-temel-kavramlar. 3 Nisan 2019.

73. BÜREM. Stresle Başa Çıkma. https://burem.boun.edu.tr/node/50. 3 Nisan 2019.

74. Manav F. Kaygı Kavramı, *Toplum Bilimleri Dergisi*, 2011, 5(9):201-211.

75. Ançel G. Cerrahi ve Dahili Problemi Olan Hastaya Psikososyal Yaklaşım. İçinde: Akbayrak N, İlhan Erkan S, Ançel G (Editörler). *Hemşirelik Bakım Planları*, Ankara, Birlik Matbaası, 2007:3-18.

76. İnci F, Öz F. Palyatif bakım ve ölüm kaygısı. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2012, 4:178-187.

77. Greenberger D, Padesky CA. *Mind Over Mood: Change How You Feel by Changing the Way You Think*. Çeviri: Stroup E (Ed). *Evinizdeki Terapist*, 25. Baskı. İstanbul, Altın Kitaplar, 2018: 289-299, 348-369.

78. Özçelik D. Stresle Başa Çıkma Yöntemleri. http:///deryaozcelik.com/stresle-basa-cikma-yontemleri/. 2 Nisan 2019.

79. Alacacıoğlu A. Kanser Hastaları ve Hasta Yakınlarının Depresyon, Umutsuzluk ve Kaygı Düzeylerinin Değerlendirilmesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Tıbbi Onkoloji Uzmanlık Tezi: İzmir, Dokuz Eylül Üniversitesi, 2007.

80. Türkiye Psikiyatri Derneği Anksiyete Bozuklukları Bilimsel Çalışma Birimi. Hastalar ve Yakınları İçin Rehber. http://www.psikiyatri.org.tr/uploadFiles/662011164118-ABBCBbrosurYaygin-anksiyete-bozuklugu.doc. 02 Şubat 2019.

81. Tuna Ç. Yaygın Anksiyete Bozukluğu. http://www.bilted.com/bilgi/yaygin-anksiyete-bozuklugu-2. 02 Şubat 2019.

82. Karakaya E, Öztop BD. Kaygı Bozukluğu Olan Çocuk ve Ergenlerde Bilişsel Davranışçı Terapi, *JCBPR*, 2013, 2:10-24.

83. Robichoud M, Dugas MJ. *Cognitive- Behavioral Treatment for Generalized Anxiety Disorder*. Çeviri: İtil A, Bayraktar E, Özmeydan Z. *Yaygın Kaygı Bozukluğu Çalışma Kitabı*, 1. Baskı. İstanbul, Dörtel Matbaacılık, 2018:49-75.

84. Tuna MK, Aydoğan Ü, Sarı O, Kılıç S, Cöngöloğlu A, Atay AA, Kürekçi AE, Köseoğlu V, Sağlam K. GATF Pediatrik Hematoloji ve Onkoloji Kliniklerinde Herhangi Bir Malignite veya Kronik Hastalık Nedeniyle Takip Edilen Çocukların Ebeveynlerindeki Depresyon, Anksiyete, Umutsuzluk Durumlarının Belirlenmesi, *TAF Prev Med Bull,* 2012, 11(5):577-582

85. Kostak MA, Zafer R. Kanserli Çocuklarda Beslenme Sorunları ve Hemşirelik Bakımı, *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2012, 7(21): 19-34

86. Richard T. Liu, Evan M. Kleiman, Bridget A. Nestor, Shayna M. Cheek. The Hopelessness Theory of Depression: A Quarter Century in Review. *Clin Psychol.* 2015, 1; 22(4):345–365.

87. Şengül S, Güner P. İlköğretim Matematik Öğretmenliği Programına Devam Eden Öğretmen Adaylarının Umutsuzluk Düzeylerinin İncelenmesi, X. Ulusal Fen Bilimleri ve Matematik Eğitimi Kongresi, Niğde, 2012, *Kongre Bildiri Özetleri Kitabı*.

88. Zhou L, Chen J, Liu X, Lu D, Su L. Negative cognitive style as a mediator between self-compassion and hopelessness depression, *Social Behavior and Personality*, 2013, 41:1511–1518.

89. Yalom ID. Psicoterapia de Grupo -Teoria e Prática. Çeviri: Tangör A, Karaçam Ö. *Grup Psikoterapisinin Teori ve Pratiği*, 1. Baskı. İstanbul, Kabalcı Yayınevi, 2002:335-351.

90. Abela JRZ, Stolow D, Zhang M, McWhinnie CM. Negative cognitive style and past history of major depressive episodes in university students, *Cognitive Therapy and Research,* 2012, 36:219–227.

91. Aktağ I, Alpay DD. Abat İzzet Baysal Üniversitesi Beden Eğitimi Ve Spor Yüksekokulunda Öğretim Gören Öğrencilerin Umutsuzluk Düzeyleri, *Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi,* 2015, 15(1):15-24.

92. Bourne EJ. *The Anxiety & Phobia Workbook*, 5th ed. California, New Harbinger Publications, 2011:5-58.

93. Antony MM, Swinson RP. The Shyness & Social Anxiety Workbook. https://timetothrivetherapy.com/wp-content/uploads/2018/01/The-Shyness-and-Social-Anxity-Workbook.pdf. 28 Ocak 2019.

94. Moorey S. "I know they are distressed. What do I do now?", *Psycho-Oncology*, 2013, 22: 1946-1952.

95. Çalışkan T, Duran S, Karadaş A, Ergün S, Tekir Ö. Kanser Hastalarının Yaşam Kalitesi ve Sosyal Destek Düzeylerinin Değerlendirilmesi, *KÜ. Tıp Fak. Derg.,* 2015, 17(1):27-36.

96. Kvillemo P, Bränsröm R. Experiences of a mindfulness-basedstress reduction intervention among patients with cancer, *CancerNursing*, 2011, 34(1):24-31.

97. Dedeli Ö, Yıldız E, Yüksel Ş. Assessing the spiritual needs and practices of oncology patients in Turkey, *Holistic Nursing Practice*, 2015, 29(2):103-13

98. Şahin NH. *Stresle Başa Çıkma: Olumlu Bir Yaklaşım*, 3. Basım. Ankara, Türk Psikologlar Derneği Yayınları, 1998:101-110.

99. Folkman S, Lazarus R. An Analysis of Coping in a Middle Aged Community Sample, *J. Health Soc. Behav.,* 1980, 21:219-239.

100. Torun A. Stres ve Tükenmişlik. İçinde: *Endüstri ve Örgüt Psikolojisi*, Tevrüz S (çeviri editörü). *Organizational Behavior,* Arnold HJ, Feldman DC. 2. Baskı, Ankara, Türk Psikologlar Derneği – Kalder Derneği, 1997:44-45.

101. Ely T, Giesler D, Moore K. Çocukluk Kanserleri. In: Algier L, Platin N (çeviri editörleri), *Hemşireler için Kanser El Kitabı*, 2. Baskı. Ankara, Amerikan Kanser Birliği, 1998:361-376.

102. Esenay IF, Atay S. Kanserli Çocuklarda Travma Sonrası Gelişim, *JCP.*, 2017, 15(2): 63-72.

103. Baş T. *Anket Nasıl Hazırlanır?* Ankara, Seçkin Yayıncılık, 2003:43-44.

104. Şahin NH, Durak A. Stresle başa çıkma tarzları ölçeği: Üniversite öğrencileri için uyarlanması, *Türk Psikoloji Dergisi,* 1995, 10(34):56-73.

105. Oner N, Le Compte A. *Durumluk Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabi*. İstanbul, Boğaziçi Üniversitesi Yayınları, 1983:1-26.

106. Beck AT, Weissman A, Leste, D, Trexler L. The Measurement of Pessimism: The Hopelessness Scale, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1974, 42(6):861-865.

107. Yıldırım E. Kanser Hastası Yakınlarının Algıladığı Sosyal Destek ile Umutsuzluk Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Aile Danışmanlığı Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, İstanbul: İstanbul Aydın Üniversitesi, 2017.

108. Ay E. Kanserli Çocuğu Olan Ebeveynlere Verilen Bilişsel Davranışçı Yaklaşım Temelli Psikoeğitimin Umutsuzluk ve Stresle Baş Etme Üzerine Etkisinin İncelenmesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Doktora tezi, Erzurum: Atatürk Üniversitesi, 2018.

109. Doğan SSY, Arslan E. Engelli çocuğu olan annelerin sürekli kaygı düzeyi ile durumluk kaygı düzeylerinin karşılaştırılması, *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 2008, 19:543-553.

110. Özyazıcıoğlu N, Tüfekci FG. Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebekleri bakım alan annelerin kaygı ve umutsuzluk düzeylerini etkileyen faktörlerin incelenmesi, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2009, 12(4): 66-73.

111. Avşaroğlu S, Gilik A. Özel gereksinimli çocuğa sahip anne-babaların kaygı durumlarına göre umutsuzluk düzeylerinin incelenmesi, İlköğretim Online, 2017, 16 (3): 1022-1035, http://ilkogretim-online.org.tr, Erişim tarihi: 11.05.2019.

8. EKLER

EK-1. Soru Formu

Sayın Katılımcı;

Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi ruh sağlığı ve hastalıkları hemşireliği yüksek lisans tez aşaması öğrencisiyim. Yüksek lisans tez çalışmam kapsamında "Çocuk Çağı Hematoloji ve Onkoloji Hastaların Ailelerinin Stres, Kaygı ve Umutsuzluk Durumlarının Değerlendirilmesi" konu başlıklı bir çalışma yürütmekteyim. Bu çalışma özel ve devlet hastanelerinin hematoloji ve onkoloji kliniğinde yatan hasta çocukların ailelerinin hastalığın tanısını aldıktan sonra karşılaştıkları zorluklar ve ruhsal durumlarının değerlendirilmesi amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmıştır ve aşağıda yer alan anket formu hazırlanmıştır.

Ekte yer alan kişisel bilgi formunu ve ölçekleri cevaplandırırken **cevaplarınızın olması gereken değil, var olan durumu yansıtması beklenmektedir.** Ankette yer alan **ifadelerin doğru ya da yanlış cevabı yoktur.** Lütfen soruları gerçeğe en uygun şekilde, samimi olarak cevaplandırınız. Vereceğiniz cevaplar sadece ilgili bilimsel araştırma dâhilinde kullanılacak ve kimliğiniz kesinlikle gizli tutulacaktır. Size karşı bu güveni sağlayabilmek için **formun herhangi bir yerine kimliğinize ilişkin bilgi yazmamanızı** rica ediyorum. Verilerin doğru toplanması, yapılacak istatistiklerin anlamlı çıkması için **hiçbir soruyu boş bırakmamanızı önemle rica ederim**.

Turgay EKER

Bu araştırmaya vereceğiniz katkı için şimdiden teşekkür ederim.

EK-2. Hasta Bilgi Formu

1 Cinsiyetiniz?:

( ) Kadın ( ) Erkek

2 Yaşınız? : ____

3 Boyunuz? : ____

4 Kilonuz? : ____

5 Medeni Durumunuz?

( ) Evli ( ) Bekâr

6 Eğitim Durumunuz:

( ) Okuryazar ( ) İlköğretim ( ) Ortaöğretim ( ) Yüksek Öğrenim

7 Mesleğiniz?

( ) İşsizim ( ) Ev Hanımı ( ) Memur ( ) İşçi

( ) Çiftçi ( ) Serbest ( ) Emekli

8 Sosyal Güvenceniz?

( ) Emekli Sandığı ( ) SSK ( ) BAĞ-KUR

( ) Yeşil Kart ( ) Diğer ( ) Yok

9 Kaç tane çocuğunuz var?:

10 Klinik Tanı:

11 Çoçuğunuzun Hastalığı ne zaman teşhis edildi?

( ) 0-6 Ay ( ) 7 ay-12 ay ( ) 13 ay -36 ay ( ) 37 ay ve üzeri

12 Çoçuğunuz Ne kadar zamandır tedavi görüyor? : ____

13 Çoçuğunuzun Hastalığına uyum sağlayabildiniz mi?

( ) Uyumlu ( )Uyumsuz

14 Çoçuğunuzun Hastalığını Algılama Durumunuz nedir?

(1) Tedavi edilemeyen bir hastalık

(2) Uzun süre tedavi gerektiren bir hastalık

(3) Kolay tedavi edilen bir hastalık

15 Çoçuğunuza Uygulanan İlaçlar Hakkında Düşünceniz Nedir?

(1) Tedavi edeceğine inanmıyorum

(2) Tedavi edecek ama çok yan etkisi var

(3) Diğer

16 Çoçuğunuzun Tedavisinde Sizi En Çok Zorlayan Durumlar nelerdir?

(1) Ekonomik durumlar

(2) Bakım Yükünün çok fazla olması

(3) Her gün çocuğu ölecek gibi hissetmem

(4) Ailemde ki diğer çocuklardan uzak kalmam

(5) Hastalığın iyileşeceğine dair umudumun olmaması

17 Çoçuğunuzun Hastalığının diğer çocuklar üzerinde sevginizi azalttığını düşünüyor musunuz?

( ) Evet ( ) Hayır

18 Ailede Çoçuğunuzun hastalığının bakımında size destekçi olan başka aile üyeleri de var mı?

( ) Evet ( ) Hayır

19 Çoçuğunuzun Tedavisinin Uzun olması sizde en çok hangi yönde etkiliyor?

( ) Fiziksel ( ) Ruhsal

20 Çoçuğunuzun Tedavi sürecinde bunalıma girdiğiniz kendinizi yalnız hissettiğiniz oluyor mu?

( ) Evet ( ) Hayır

21 Geleceğe umut ve coşku ile bakıyorum.

( ) Evet ( ) Hayır

22 İşler kötüye giderken bile her şeyin hep böyle kalmayacağını bilmek beni rahatlatıyor.

( ) Evet ( ) Hayır

EK-3. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği

		Hiç Uygun Değil	**Biraz Uygun**	**Uygun**	**Çok Uygun**
1	Kimsenin bilmesini istemem.	**1**	**2**	**3**	**4**
2	İyimser olmaya çalışırım.	**1**	**2**	**3**	**4**
3	Bir mucize olmasını beklerim.	**1**	**2**	**3**	**4**
4	Olayları büyütmeyip, üzerinde durmamaya çalışırım.	**1**	**2**	**3**	**4**
5	Başa gelen çekilir diye düşünürüm.	**1**	**2**	**3**	**4**
6	Sakin kafayla düşünmeye, öfkelenmemeye çalışırım	**1**	**2**	**3**	**4**
7	Kendimi kapana sıkışmış gibi hissederim.	**1**	**2**	**3**	**4**
8	Olayların değerlendirilmesini yaparak en iyi kararı vermeye çalışırım.	**1**	**2**	**3**	**4**
9	İçinde bulunduğum kötü durumu kimsenin bilmesini istemem.	**1**	**2**	**3**	**4**
10	Ne olursa olsun direnme ve mücadele etme gücünü kendimde bulurum.	**1**	**2**	**3**	**4**
11	Olayları kafama takıp, sürekli düşünmekten kendimi alamam.	**1**	**2**	**3**	**4**
12	Kendime karşı hoşgörülü olmaya çalışırım.	**1**	**2**	**3**	**4**
13	İşi olacağına varır diye düşünürüm	**1**	**2**	**3**	**4**
14	Mutlaka bir yol bulabileceğime inanır, bunun için uğraşırım.	**1**	**2**	**3**	**4**
15	Problemin çözümü için adak adarım.	**1**	**2**	**3**	**4**
16	Her şeye yeniden başlayacak gücü kendimde bulurum	**1**	**2**	**3**	**4**
17	Elimden hiçbir şeyin gelmeyeceğine inanırım	**1**	**2**	**3**	**4**
18	Olaydan/olaylardan olumlu bir şey çıkarmaya çalışırım	**1**	**2**	**3**	**4**
19	Her şeyin isteğim gibi olamayacağına inanırım.	**1**	**2**	**3**	**4**
20	Problemleri adım adım çözmeye çalışırım	**1**	**2**	**3**	**4**
21	Mücadeleden vazgeçerim.	**1**	**2**	**3**	**4**
22	Sorunun benden kaynaklandığını düşünürüm.	**1**	**2**	**3**	**4**
23	Hakkımı savunabileceğime inanırım.	**1**	**2**	**3**	**4**
24	Olaylar karşısında ‘kaderim buymuş’ derim.	**1**	**2**	**3**	**4**
25	‘Keşke daha güçlü bir insan olsaydım’ diye düşünürüm.	**1**	**2**	**3**	**4**
26	Bir kişi olarak iyi yönde değiştiğimi ve olgunlaştığımı hissederim.	**1**	**2**	**3**	**4**
27	Benim suçum ne?’ diye düşünürüm	**1**	**2**	**3**	**4**
28	‘Hep benim yüzümden oldu’ diye düşünürüm	**1**	**2**	**3**	**4**
29	Sorunumun gerçek nedenini anlayabilmek için başkalarına danışırım	**1**	**2**	**3**	**4**
30	Bana destek olabilecek kişilerin varlığı beni rahatlatır.	**1**	**2**	**3**	**4**

EK-4. Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği

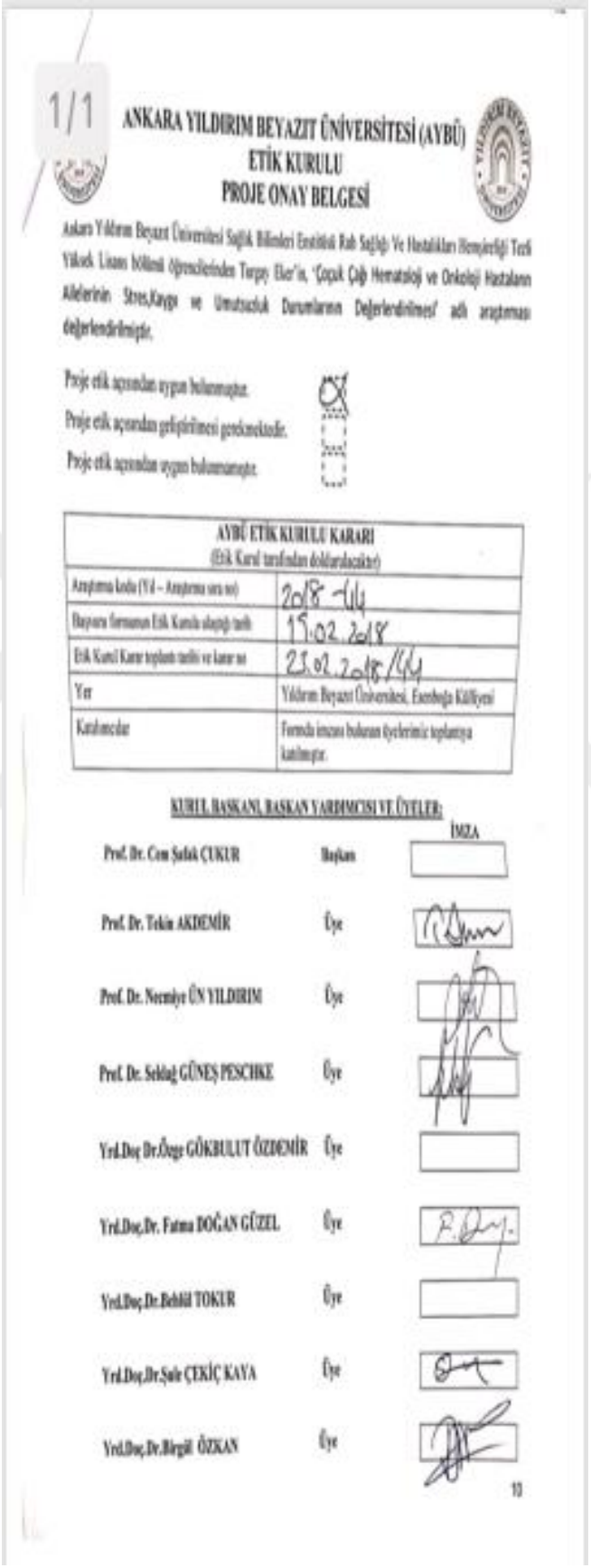
		HİÇ	BİRAZ	ÇOK	TAMAMİYLE
1	Şu anda sakinim.	**1**	**2**	**3**	**4**
2	Kendimi emniyette hissediyorum.	**1**	**2**	**3**	**4**
3	Şu anda sinirlerim gergin.	**1**	**2**	**3**	**4**
4	Pişmanlık duygusu içindeyim.	**1**	**2**	**3**	**4**
5	Şu anda huzur içindeyim.	**1**	**2**	**3**	**4**
6	Şu anda hiç keyfim yok.	**1**	**2**	**3**	**4**
7	Başıma geleceklerden endişe ediyorum.	**1**	**2**	**3**	**4**
8	Kendimi dinlenmiş hissediyorum.	**1**	**2**	**3**	**4**
9	Şu anda kaygılıyım.	**1**	**2**	**3**	**4**
10	Kendimi rahat hissediyorum.	**1**	**2**	**3**	**4**
11	Kendime güvenim var.	**1**	**2**	**3**	**4**
12	Şu anda asabım bozuk.	**1**	**2**	**3**	**4**
13	Çok sinirliyim.	**1**	**2**	**3**	**4**
14	Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum.	**1**	**2**	**3**	**4**
15	Kendimi rahatlamış hissediyorum.	**1**	**2**	**3**	**4**
16	Şu anda halimden memnunum.	**1**	**2**	**3**	**4**
17	Şu anda endişeliyim.	**1**	**2**	**3**	**4**
18	Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum.	**1**	**2**	**3**	**4**
19	Şu anda sevinçliyim.	**1**	**2**	**3**	**4**
20	Şu anda keyfim yerinde.	**1**	**2**	**3**	**4**

		HİÇBİR ZAMAN	BAZEN	ÇOĞU ZAMAN	HER ZAMAN
21	Genellikle keyfim yerindedir.	**1**	**2**	**3**	**4**
22	Genellikle çabuk yorulurum.	**1**	**2**	**3**	**4**
23	Genellikle kolay ağlarım.	**1**	**2**	**3**	**4**
24	Başkaları kadar mutlu olmak isterim.	**1**	**2**	**3**	**4**
25	Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçırırım.	**1**	**2**	**3**	**4**
26	Kendimi dinlenmiş hissediyorum.	**1**	**2**	**3**	**4**
27	Genellikle sakin, kendine hâkim ve soğukkanlıyım.	**1**	**2**	**3**	**4**
28	Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissederim.	**1**	**2**	**3**	**4**
29	Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim.	**1**	**2**	**3**	**4**
30	Genellikle mutluyum.	**1**	**2**	**3**	**4**
31	Her şeyi ciddiye alır ve endişelenirim.	**1**	**2**	**3**	**4**
32	Genellikle kendime güvenim yoktur.	**1**	**2**	**3**	**4**
33	Genellikle kendimi emniyette hissederim.	**1**	**2**	**3**	**4**
34	Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım.	**1**	**2**	**3**	**4**
35	Genellikle kendimi hüzünlü hissederim.	**1**	**2**	**3**	**4**
36	Genellikle hayatımdan memnunum	**1**	**2**	**3**	**4**
37	Olur, olmaz düşünceler beni rahatsız eder.	**1**	**2**	**3**	**4**
38	Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam.	**1**	**2**	**3**	**4**
39	Aklı başında ve kararlı bir insanım.	**1**	**2**	**3**	**4**
40	Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin ediyor.	**1**	**2**	**3**	**4**

EK-5. Beck Umutsuzluk Ölçeği

		EVET	**HAYIR**
1	Geleceğe umut ve coşkuyla bakıyorum.		
2	Kendim ile ilgili şeyleri düzeltemediğime göre çabalamayı bıraksam iyi olur.		
3	İşler kötüye giderken bile her şeyin hep böyle kalmayacağını bilmek beni rahatlatıyor.		
4	Gelecek on yıl içinde hayatimin nasıl olacağını hayal bile edemiyorum.		
5	Yapmayı en çok istediğim şeyleri gerçekleştirmek için yeterli zamanım var.		
6	Benim için çok önemli konularda ileride başarılı olacağımı umuyorum.		
7	Geleceğimi karanlık görüyorum.		
8	Dünya nimetlerinden sıradan bir insandan daha çok yararlanacağımı umuyorum.		
9	İyi fırsatlar yakalayamıyorum. Gelecekte yakalayacağıma inanmam için de hiç bir neden yok.		
10	Geçmiş deneyimlerim beni geleceğe iyi hazırladı.		
11	Gelecek benim için hoş şeylerden çok tatsızlıklarla dolu görünüyor.		
12	Gerçekten özlediğim şeylere kavuşabileceğimi umuyorum.		
13	Geleceğe baktığımda şimdikine oranla daha mutlu olacağımı umuyorum.		
14	İşler bir turlu benim istediğim gibi gitmiyor.		
15	Geleceğe büyük inancım var.		
16	Arzu ettiğim şeyleri elde edemediğime göre bir şeyler istemek aptallık olur.		
17	Gelecekte gerçek doyuma ulaşmam olanaksız gibi.		
18	Gelecek bana bulanık ve belirsiz görünüyor.		
19	Kötü günlerden çok iyi günler bekliyorum.		
20	İstediğim her şeyi elde etmek için caba göstermenin gerçekten yararı yok, nasıl olsa onu elde edemeyeceğim.		

EK-6. Etik Kurul Kararı



1/1

ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ (AYBÜ)
ETİK KURULU
PROJE ONAY BELGESİ

Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans bölümü öğrencilerinden Tuğçe Eker'in, 'Çocuk Çağ Hematoloji ve Onkoloji Hastaların Ailelerinin Stres,Kaygı ve Umutsuzluk Durumlarının Değerlendirilmesi' adlı araştırması değerlendirilmiştir.

Proje etik açısından uygun bulunmuştur. X
Proje etik açısından geliştirilmesi gerekmektedir.
Proje etik açısından uygun bulunmamıştır.

AYBÜ ETİK KURULU KARARI (Etik Kurul tarafından doldurulacaktır)	
Araştırma kodu (Yıl – Araştırma sıra no)	2018-144
Başvuru formunun Etik Kurula ulaştığı tarih	19.02.2018
Etik Kurul Karar toplantı tarihi ve karar no	23.02.2018/144
Yer	Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Eserbeliğa Külliyesi
Katılımcılar	Formda imzası bulunan üyelerimiz toplantıya katılmıştır.

KURUL BAŞKANI, BAŞKAN YARDIMCISI VE ÜYELER:

		İMZA
Prof. Dr. Cem Şafak ÇUKUR	Başkan	
Prof. Dr. Tekin AKDEMİR	Üye	
Prof. Dr. Neriman ÜN YILDIRIM	Üye	
Prof. Dr. Sekluğ GÜNEŞ PESCHKE	Üye	
Yrd.Doç Dr.Özge GÖKBULUT ÖZDEMİR	Üye	
Yrd.Doç.Dr. Fatma DOĞAN GÜZEL	Üye	
Yrd.Doç.Dr.Behlül TOKUR	Üye	
Yrd.Doç.Dr.Şule ÇEKİÇ KAYA	Üye	
Yrd.Doç.Dr.Birgül ÖZKAN	Üye	

10

EK-7. Özgeçmiş

KİŞİSEL BİLGİLER	
Adı Soyadı	: Turgay Eker
Doğum tarihi	: 27.10.1988
Doğum yeri	: Akdağmadeni
Medeni hali	: Evli
Uyruğu	: T.C.
Adres	: Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Ankara
Tel	: -
Faks	: -
E-mail	: turgay0666@hotmail.com
EĞİTİM	
Lise	: Sokullu Mehmet Paşa Lisesi
Lisans	: Turgut Özal Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
YABANCI DİL BİLGİSİ	
İngilizce	: -
ÜYE OLUNAN MESLEKİ KURULUŞLAR	
Türk Hemşireler Derneği	