

T.C.  
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI  
HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

**KANSERLİ EBEVEYNLERİN ÇOCUKLARINDA GÖRÜLEN  
PSİKOLOJİK BELİRTİLER  
YAŞANAN GÜÇLÜKLER VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN  
BELİRLENMESİ**

**Sibel KÜÇÜKOĞLU**

**Tez Yöneticisi  
Yrd. Doç. Dr. Ayda ÇELEBİOĞLU**



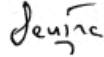



**Yüksek Lisans Tezi  
ERZURUM-2007**

T.C.  
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI  
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

KANSERLİ EBEVEYNLERİN ÇOCUKLARINDA GÖRÜLEN  
PSİKOLOJİK BELİRTİLER YAŞANAN GÜÇLÜKLER  
VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ

Sibel KÜÇÜKOĞLU

Tezin enstitüye verildiği tarih : 05.09.2007  
Tezin sözlü savunma tarihi : 11.09.2007  
Tez danışmanı : Yrd. Doç. Dr. Ayda ÇELEBİOĞLU   
Jüri Üyesi : Doç. Dr. Behice ERCİ   
Jüri Üyesi : Yrd. Doç. Dr. Sevinç POLAT   
Jüri Üyesi : Yrd. Doç. Dr. Fatma GÜDÜCÜ TÜFEKÇİ   
Jüri Üyesi : Yrd. Doç. Dr. Ayşe OKANLI   
Enstitü Müdürü : Prof. Dr. Adnan TEZEL 

Eylül 2007  
ERZURUM

**İÇİNDEKİLER**

|  | <b>Sayfa No</b> |
|--|-----------------|
| <b>TEŞEKKÜR</b> .....  | III             |
| <b>TABLolar DİZİNİ</b> .....   | IV              |
| <b>ÖZET</b> .....  | VI              |
| <b>SUMMARY</b> .....   | VIII            |
| <b>1.GİRİŞ VE AMAÇ</b> .....   | <b>1</b>        |
| <b>2.GENEL BİLGİLER</b> .....  | <b>4</b>        |
| 2.1. Bir Hastalık Süreci Olarak Kanser.....                            | 4               |
| 2.2. Kanser Hastalığının Psikososyal Etkileri.....                     | 8               |
| 2.3. Çocukların Sosyal Destek İhtiyaçları.....                         | 19              |
| 2.4. Çocukların Ebeveynlerinin Hastalığına Gösterdikleri Tepkiler..... | 20              |
| 2.5. Kanserli Hasta Ve Ailesine Yönelik Hemşirelik Bakımı.....         | 21              |
| 2.6. Araştırmada Kullanılan Kavramlar.....                             | 23              |
| <b>3. MATERYAL METOD</b> .....   | <b>30</b>       |
| 3.1. Araştırmanın Şekli.....   | 30              |
| 3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer Ve Zaman.....                          | 30              |
| 3.3. Araştırmaya Alınan Çocukların Özellikleri.....                    | 30              |
| 3.4. Evren Ve Örneklem.....  | 30              |
| 3.5. Araştırmanın Değişkenleri.....                                    | 31              |
| 3.6. Veri Toplama Araçları.....  | 31              |
| 3.7. Verilerin Toplanması.....   | 33              |
| 3.8. Verilerin Değerlendirilmesi .....                                 | 34              |
| 3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği.....            | 35              |
| 3.10. Araştırmanın Etik Yönü .....                                     | 35              |
| <b>4. BULGULAR</b> .....   | <b>36</b>       |
| <b>5. TARTIŞMA</b> .....   | <b>58</b>       |
| <b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER</b> .....                                      | <b>69</b>       |
| <b>7. KAYNAKLAR</b> .....  | <b>71</b>       |

|             |       |           |
|-------------|-------|-----------|
| <b>EK 1</b> | ..... | <b>81</b> |
| <b>EK 2</b> | ..... | <b>85</b> |
| <b>EK 3</b> | ..... | <b>88</b> |
| <b>EK 4</b> | ..... | <b>90</b> |
| <b>EK 5</b> | ..... | <b>92</b> |
| <b>EK 6</b> | ..... | <b>93</b> |

**TEŞEKKÜR**

Yüksek lisans eğitimim süresince beni her konuda destekleyen, ilgi ve yardımını esirgemeyen ve bu tezin oluşmasında büyük emeği olan hocam Sayın Yrd. Doç. Dr. Ayda Çelebioğlu'na, istatistiksel değerlendirmelerde yardımını esirgemeyen Sayın Doç. Dr. Behice Erci'ye, bu araştırmanın her aşamasında bana rehberlik eden ve beni yönlendiren hocalarım Sayın Yrd. Doç. Dr. Sevinç Polat'a, Yrd. Doç. Dr. Duygu Arıkan'a, Yrd. Doç. Dr. Fatma Güdücü Tüfekci'ye, Yrd. Doç. Dr. Ayşe Okanlı'ya, tüm çalışma arkadaşlarıma, bu çalışmanın örneklemini oluşturan tüm çocuklara ayrıca manevi desteğini her an yanımda hissettiğim sevgili eşim ve aileme sonsuz teşekkür ederim.

## TABLOLAR DİZİNİ

|   | Sayfa No |
|---|----------|
| <b>Tablo 1.</b> Çocukların Gelişim Dönemlerine Göre Ebeveyn Hastalığına Gösterdikleri Tepkiler.....   | 20       |
| <b>Tablo 2.</b> Çocukların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımları.....   | 36       |
| <b>Tablo 3.</b> Ebeveynlerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımları .....  | 37       |
| <b>Tablo 4.</b> Ailelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımları.....  | 38       |
| <b>Tablo 5.</b> Ebeveynlerin Tanıları ve Teşhis Sürelerine Göre Dağılımları .....   | 38       |
| <b>Tablo 6.</b> Çocukların Ebeveynlerinin Teşhisini Bilme, Verdikleri Tepkiler, Hastalığın Ciddiyetini Algılama ve Hastalığa Yakalanmaktan Korkma Durumlarına Göre Dağılımları.....                               | 39       |
| <b>Tablo 7.</b> Çocukların Aile İçindeki Rollerinin Değişimi ve Üstlenilen Rol Durumuna Göre Dağılımları .....  | 40       |
| <b>Tablo 8.</b> Çocukların Ebeveynin Hastalanmasından Sonra Üstlendikleri Sorumluluklar ve Yaşadıkları Güçlüklerle Göre Dağılımları .....   | 41       |
| <b>Tablo 9.</b> Çocukların Psikolojik Belirti Puan Ortalamaları .....   | 41       |
| <b>Tablo 10.</b> Çocukların Tanıtıcı Özellikleri İle Psikolojik Belirti Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....   | 43       |
| <b>Tablo 11.</b> Ebeveynlerin Tanıtıcı Özellikleri İle Çocuklarının Psikolojik Belirti Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....  | 45       |
| <b>Tablo 12.</b> Aile Özellikleri İle Çocukların Psikolojik Belirti Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....   | 47       |
| <b>Tablo 13.</b> Ebeveynlerin Teşhis Durumu ve Hastalık Süreleri İle Çocukların Psikolojik Belirti Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....  | 49       |
| <b>Tablo 14.</b> Çocukların Ebeveynlerinin Hastalığını Bilme, Aynı Hastalığa Yakalanmaktan Korkma ve Hastalığın Ciddiyetini Algılama Durumları İle Psikolojik Belirti Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması..... | 50       |
| <b>Tablo 15.</b> Aile İçindeki Rollerin Değişme Durumu İle Çocukların Psikolojik Belirti Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....  | 53       |
| <b>Tablo 16.</b> Ebeveynin Hastalanmasından Sonra Çocukların Üstlendikleri  |          |

|   |    |
|---|----|
| Sorumluluklar ile Psikolojik Belirti Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....  | 54 |
| <b>Tablo 17.</b> Ebeveynlerin Hastalanmasından Sonra Karşılaşılan Güçlükler İle Çocukların Psikolojik Belirti Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması..... | 56 |
| <b>Tablo 18.</b> Çocukların Aileden ve Arkadaştan Algıladıkları Sosyal Destek Puanları ile Psikolojik Belirti Puanları Arasındaki İlişki.....             | 57 |

**ÖZET**

Bu çalışma kanserli ebeveynlerin çocuklarında görülen psikolojik belirtileri saptamak, yaşanan güçlükleri belirlemek ve etkili olan faktörleri ortaya çıkarmak amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Araştırma, 6 Aralık 2006-22 Mayıs 2007 tarihleri arasında Atatürk Üniversitesi Süleyman Demirel Tıp Merkezi Yakutiye Araştırma Hastanesi Medikal ve Radyasyon Onkoloji Kliniklerinde tedavi gören 90 kanserli ebeveynin 13-18 yaş grubunda olan 90 çocuğu ile yürütülmüştür.

Veriler soru formu, Kısa Semptom Envanteri, Aileden ve Arkadaştan Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ile toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde; yüzdelik dağılımlar, bağımsız gruplarda t testi, Pearson korelasyon analizi, Kruskal Wallis varyans analizi, Cronbach Alfa analizleri kullanılmıştır.

Çalışma kapsamına alınan çocukların anksiyete puan ortalamaları  $13.83 \pm 9.06$ , depresyon puan ortalamaları  $20.22 \pm 8.40$ , olumsuz benlik puan ortalamaları  $11.53 \pm 8.01$ , somatizasyon puan ortalamaları  $7.22 \pm 5.54$ , hostilete puan ortalamaları  $7.30 \pm 4.33$  ve kısa semptom envanteri toplam psikolojik belirti puan ortalamaları  $60.11 \pm 29.72$  olarak bulunmuş olup kısa semptom envanterinden elde edilen puan ortalamalarının aynı yaş grubuyla yapılan geçerlik çalışmasındaki puanlardan daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Çocukların %64.4'ünün aile içindeki rollerin değiştiği ve %37.8'inin anne rolü üstlendiği belirlenmiştir. Hasta ebeveynine bakmak zorunda olduğunu ifade eden çocukların oranı %94.4, ebeveynin hastalığından sonra kendine yeterince zaman ayıramadığını ifade eden çocukların oranı %88.9 olarak saptanmıştır.

Çocukların cinsiyetinin, ebeveynlerin cinsiyetlerinin, hastalık süresinin, ailenin gelir düzeyinin, hastalığa yakalanmaktan korkma durumunun ve hastalığın ciddiyetini



algılama durumunun çocukların psikolojik belirtileri üzerinde etkili olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ).

Çocukların aileden ve arkadaştan algıladıkları sosyal destek ile psikolojik belirtileri arasında bir ilişki saptanmamıştır ( $p>0.05$ ).

Araştırma sonuçları kanserli ebeveyni olan çocukların bazı psikolojik belirtilere sahip olduklarını ve ebeveynin hastalanmasından sonra birtakım güçlükler yaşadıklarını ortaya çıkarmıştır. Bu nedenle kanserli hastaya bakım verilirken aile üyelerinin ve özellikle de çocukların psikososyal bakımının göz ardı edilmemesi gerekmektedir.

**SUMMARY**

**Determining the psychological symptoms seen in the children of the parents with cancer the difficulties experienced and the factors which are effective.**

This study was carried descriptively with the aim of determining psychological symptoms seen in the children of the parents with cancer and to detect the difficulties experienced and to exist the factors which are effective.

The study was carried on 13-18 year-old 90 children of 90 patients with cancer receiving treatment in Medical Oncology Clinics and Radiation Oncology Clinics of Atatürk University, Süleyman Demirel Medical Centre's Yakutiye Hospital between the dates 6th December 2006 and 22nd May 2007.

The data were collected by means of question form, Brief Symptom Inventory, Social Support Perceived from the Family and Friend Scale. In the assessment of the data, percentage distributions, independent sample t test, Pearson correlation analysis, Kruskal Wallis variance analysis and Cronbach Alpha Co-efficient were used.

It was found out that anxiety score averages of the children included in the study content was  $13.83 \pm 9.06$ , depressions core averages was  $20.22 \pm 8.40$ , negative self concept score averages was  $11.53 \pm 8.01$ , somatization score average was  $7.22 \pm 5.54$ , hostility score averages was  $7.30 \pm 4.33$  and total psychological symptoms score averages of Brief Symptom Inventory was  $60.11 \pm 29.72$ , and it was observed that they were higher than the validity study carry out in the same age group.

It was found out that 64.4% of the children changed the roles in their family, and that 37.8% took over the roles of the mothers. It was detected that the rate of children who have to look after their ill parents was 94.4%, and the rate of the children expressing that they couldn't spare time for themselves was 88.9%.

It was found out that the gender of the children and gender of parents, duration of the disease, income level of the family, the fear of contract of a disease, and the perception of the severity of the disease had significant impact on psychological symptoms of the children ( $p < 0.05$ ).

There was no significant relationship between psychological symptoms of children and Social Support Perceived from the Family and Friend Scale ( $p > 0.05$ ).

The results of the research revealed that the children having parent with cancer had some psychological symptoms, and that they experienced some difficulties after their parents became ill. So, while caring is given to the patient with cancer, particularly psycho-social caring of the children and the members of the family should not be overlooked.

## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Bir hastalığın insan sağlığı yönünden önemini belirleyen en önemli unsur, o hastalığın görölüş sıklığı ve sebep olduğu ölümlerin çokluğudur. Kansere toplumsal açıdan sık görölen, ölüme sebep olan, sağlığı ve aile yapısını tehdit eden sorunlardan biri olup, ölüme yol açan hastalıklar arasında, dünyanın bir çok ülkesinde ve Türkiye’de kalp damar hastalıklarından sonra ikinci sırada yer almaktadır<sup>1-4</sup>. Ülkemizde yayınlanan “Kansere Yükü 2006” raporuna göre, her yıl dünyada 11 milyon, Türkiye’de ise 150 bin kişi kansere yakalanmaktadır<sup>4</sup>.

Son yıllarda tıp ve teknoloji alanındaki gelişme ve ilerlemelere bağlı tedavi olanaklarından ve hastaların yaşam süresindeki uzamadan dolayı kanser hastalığı kronik hastalıklar arasında yer almaya başlamıştır<sup>5</sup>. Bilindiği gibi kronik hastalıklar bireysel bir olay olmayıp aynı zamanda tüm aileyi etkileyen bir durumdur<sup>6-8</sup>. Her aile kendine özgü ve benzersiz ilişkiler sisteminden oluşur. Ancak kronik hastalıklarla karşılaşma süresince ailede meydana gelen değişimler bu sistemde çeşitli problemlere yol açar<sup>9</sup>. Yaşam tarzı değişikliği, rol değişikliği, ekonomik güçlükler, hastaya yönelik bakımın artması, geleceğe yönelik belirsizlik ve korku ile karşılaşma, hasta ve ailesinde psikolojik problemler yaşanmasına neden olmaktadır<sup>10,11</sup>.

Kansere hastalığının adı, adının verdiği korku, gelecek kaygısı, hastalık ve tedavi süresince yaşanabileceklerin yarattığı stres, hasta ve yakınlarını hiçbir hastalık grubunda olmadığı kadar çok ve olumsuz etkilemektedir<sup>10</sup>. Ayrıca bu alanda yapılan birçok çalışma kronik hastalıkları olan yetişkinlerin eşlerinin ve çocuklarının üçte birinden fazlasında anlamlı düzeyde yüksek psikiyatrik bozukluk ve psikososyal sorunların yaşandığını ortaya koymaktadır<sup>9</sup>.

Çocuklar için ebeveynlerinin kanser hastası olması oldukça travmatize edici bir durumdur. Çocuklar ebeveynlerinin bu durumunu öğrendikten sonra başlangıçta şok, ardından yoğun stres, anksiyete, irritabilite, umutsuzluk, somatik problemler, konsantrasyon ve uyku bozukluğu yaşarlar<sup>1,12-14</sup>. Zamanla içe kapanma, depresyon gibi ruhsal problemlerle ebeveynlerinin kanser olmasına yaş ve cinsiyetlerine özgü tepkiler gösterirler<sup>12,13</sup>.

Bu konuda yapılan bazı araştırmalarda kanserli ebeveynin çocuklarının ruhsal ve davranışsal problemler, anksiyete, depresyon ve düşük benlik saygısı bakımından risk altında olduklarını göstermiştir<sup>12,15,16</sup>. Ayrıca, çocuklar kendilerinde de bu tür bir hastalığın olmasından korktukları için çeşitli psikolojik problemler yaşamaktadır<sup>12,14,17,18</sup>.

Ebeveynin hastalığından sonra özellikle adölesanlar hastalık süresince ebeveynin rolünü, kardeşlerinin sorumluluklarını üstlenmek ve ev işlerini yapmak zorunda kalırlar.<sup>12,14,19,20</sup> Bu yeni sorumluluklar çocuklara duygusal ve fiziksel açıdan ek bir yük getirmenin yanı sıra okul ödevlerini yapmalarını ve oyun oynama ya da boş zamanlarında yaptıkları aktivitelere her zamanki kadar vakit ayırmalarını da engeller<sup>14,15,21</sup>.

Çocukların ebeveynlerinin hastalığının olumsuz etkileriyle başa çıkmaları bir çok faktörden etkilenir. Çocukların gelişim dönemleri, cinsiyetleri, hastalık hakkındaki bilgileri, ailenin ekonomik durumu, hastalığın seyri, hasta ebeveynin cinsiyeti, arkadaş ve ailelerinden aldıkları destek bu faktörler arasında sayılabilir<sup>7,12,13,22-24</sup>.

Kronik hastalığı olan birey ve ailelerin hastalığın getirdiği olumsuzluklarla baş etmelerinde sosyal destek kaynaklarının varlığı da oldukça önemlidir. Kanser gibi kronik hastalıklarla baş etmede en önemli destek sistemi ailedir. Çocuğun ebeveynin

hastalığı ile etkili şekilde baş etmesi, aile üyelerinin birbirlerini duygusal yönden destekleme yetenekleri ve aile üyeleri arasında açık bir iletişimin olması ile ilişkilidir<sup>25,9,26</sup>.

Ailelerin ve çocukların aynı zamanda profesyonel rehberliğe ve desteğe gereksinimleri vardır. Kanserli birey ve ailenin bozulan dengesini yeniden kurabilmesi, sağlığı ile ilgili sorunlarını çözümlayebilmesi için normal bir bireyden daha çok desteklenmeye, kabullenilmeye, anlaşılmaya ve açıklamalara gereksinimi vardır<sup>27</sup>.

Kanserli ebeveynlerin çocuklarının psikolojik durumlarının saptanmasına yönelik yapılacak olan çalışmalar, ailelere ve sağlık profesyonellerine bir çok yönden yol gösterici olacaktır. Yaşanan sorunların saptanması ve giderilmesi amacıyla planlanacak olan girişimlerin uygulanmasında hemşirenin sorumluluğu önemlidir. Çocuklar hakkında edinilen bilgiler hemşirelere, hastalıkla ilgili olarak çocuklarına nasıl destek olacakları konusunda ebeveynlere rehberlik etme ve aile üyeleri ile işbirliği yapma fırsatı verir.

Literatürde son 20 yıl boyunca yapılan ve kanserin hastaların psikososyal fonksiyonları üzerindeki etkisine yönelik çok sayıda çalışma bulunmaktadır. Kanser hastalarında görülen psikososyal sorunlar üzerinde bir çok çalışma yapılmasına karşın, ebeveynine kanser teşhisi konan çocuklardaki psikososyal sorunlar, karşılaştıkları güçlükler ve ruhsal durumları üzerine etkisi olan faktörler yeterince araştırılmamıştır<sup>14</sup>. Bu nedenle bu çalışma kanserli ebeveynlerin çocuklarında görülen psikolojik belirtileri, yaşanan güçlükleri ve etkili olan faktörleri ortaya çıkarmak amacı ile planlanmış ve uygulanmıştır.

## **2. GENEL BİLGİLER**

### **2.1. Bir Hastalık Süreci Olarak Kanser**

#### **2.1.1. Kanserin Tanımı**

Kanser, ölümü ve yaşam üzerindeki kontrolün sınırlılığını sembolize eden kronik bir hastalıktır. Kişinin kendi bedeninin, kendini yok etmesini simgeler. Bilinmeyen bir tehlikenin, ızdırıp ve acının, suçluluk ve utanç duygusunun, izolasyonun, kaos ve kaygının sembolüdür<sup>28</sup>. Tanı ve tedavi yöntemlerindeki yenilikler, insanların bilinçlenmesi, sağlık kuruluşlarından yararlanmanın artması, birçok akut ve kronik hastalığın tanılanması ve tedavisindeki gelişmeler, bunlara bağlı olarak ortalama yaşam süresinin uzaması ve başka birçok nedenle kanser, günümüzde kronik sağlık sorunlarından biri haline gelmiştir<sup>29</sup>.

Ateşçi ve arkadaşları<sup>10</sup> kanseri süregen ve ölümcül bir hastalık olmasının yanı sıra duygusal, ruhsal ve davranışsal tepkilere yol açan önemli bir sorun olarak tanımlamışlardır.

#### **2.1.2. Etiyoloji**

Kanserin etiyolojisinde birden fazla etken rol oynamaktadır. Kansere neden olan özel etkenler tanımlanmıştır. Bunlar;

- Virüsler, bakteriler ve parazitler,
- Fiziksel faktörler,
- Sigara ve kimyasal faktörler,
- Cinsel sağlık ve doğurganlık,
- Genetik ve ailesel özellikler,
- Diyet faktörü,
- Hormonal faktörler,

- İmmünolojik faktörler,
- Alkol kullanımı,
- Uzun süre ve tehlikeli saatlerde güneş altında kalma,
- Aşırı dozda röntgen ışınına maruz kalma,
- Hava kirliliği,
- Radyasyona maruz kalmadır<sup>1,4,5</sup>.

### 2.1.3. Sıklık

Bir hastalığın insan sağlığı yönünden önemini belirleyen en önemli unsur, o hastalığın görülüş sıklığı ve sebep olduğu ölümlerin çokluğudur. Kanser dünyada ve ülkemizde sağlığı tehdit eden önemli sorunlarından biri olup, ölüme yol açan hastalıklar arasında, dünyanın bir çok ülkesinde ve Türkiye’de kalp-damar hastalıklarından sonra ikinci sırada yer almaktadır<sup>2</sup>.

Dünyada bugün yaklaşık 25 milyon kanser hastası bulunmaktadır. Yapılan 2002 yılı istatistiklerine göre her yıl 11 milyon kişinin kansere yakalandığı bilinmekte, 2020 yılında bu rakamın yaklaşık yüzde 50 artış göstererek 16 milyona ulaşacağı ve bu sayının üçte ikisinin gelişmekte olan ülkelerde olacağı tahmin edilmektedir<sup>10</sup>.

Amerika Birleşik Devletleri'nde her iki erkekten ve her üç kadından birinin yaşam boyu kanser geliştirme riski taşıdığı belirtilmektedir. Verilere göre 2003 yılında Amerika'da tüm ölümler içinde kalp hastalıklarından ölümlerin oranı yüzde 28, kanser nedeniyle ölümlerin oranı yüzde 22.7'dir ve aynı yılda Amerika'da 68589 kişi kalp hastalıkları nedeniyle, 556902 kişi de kanser nedeniyle yaşamını yitirmiştir<sup>4</sup>.

Türkiye’de ise Ankara İl Sağlık Müdürlüğü'nün yayın organı, "Sağlığın Başkenti" dergisinde yayınlanan araştırma sonuçlarına göre, 1999 yılında 8879, 2000 yılında



8613, 2001 yılında 9054, 2002 yılında 10971 ve 2003 yılında 12772 kanserli hasta tespit edilmiştir<sup>31</sup>.

Sadece ülkemizde değil tüm Avrupa'da kanser sıklığında her yıl on binde 5 oranında bir yükselme olmakta ve kanser görülme sıklığı yaş, cinsiyet, kanserin türü ve ülkelere göre büyük farklılıklar göstermektedir<sup>2</sup>.

Ülkemizde en sık görülen ilk beş kanser türü; akciğer, meme, mide, deri ve mesane kanserleridir. Meme kanseri kadınlarda daha sık görülen ve sıklığı ülkeden ülkeye farklılık gösteren bir kanser türüdür. Hawaii, Kaliforniya, Kanada gibi ülkelerde meme kanserinin görülme sıklığı yüz binde 80-90 ile ilk sırayı alırken, Japonya'da yüz binde 12-15 arasındadır. Amerika Birleşik Devletleri'nde 1960 yılında her 14 kadından biri meme kanseri riski altında iken, günümüzde bu risk 7 kadından biri olmuştur. Türkiye'de de kadınlarda meme kanseri birinci sırada yer almaktadır<sup>2</sup>.

Türkiye'de en sık ölüme yol açan kanser türleri erkeklerde sırasıyla akciğer kanseri (yüzde 40.2), mide kanseri (yüzde 9.5), barsak kanseri (yüzde 5.5) ve mesane kanseridir (yüzde 5.4)<sup>7</sup>. Kadınlarda ise meme kanseri (%24.96) en sık görülen kanser türü olup, bunu mide (%6.22), deri (%5.93), akciğer (%5.15) ve yumurtalık (%4.72) kanseri izlemektedir<sup>2,32</sup>.

#### **2.1.4. Belirti ve Bulgular**

1. Göğüs ağrısı,
2. Yutma güçlüğü ve hazım bozuklukları,
3. Kol ve omuz ağrısı,
4. Kemik ağrısı,
5. Aşırı kilo kaybı, ani zayıflama ve iştahsızlık,
6. Baş ağrısı,

7. Sarılık,
8. İyileşmeyen yaralar,
9. Ses kısıklığı veya belirli bir sebebi olmayan geçmeyen öksürük,
10. Bağırsak ve mesane boşaltım düzeninde değişme,
11. Vücut deliklerinden kan veya anormal sıvı gelmesi (makat veya rahimden gelen anormal kanama veya akıntılar),
12. Memede ya da vücudun herhangi bir yerinde kitle veya kalınlaşma,
13. Hazımsızlık ya da yutma güçlüğü,
14. Ben ve siğillerde görülen değişmeler<sup>33,34</sup>.

#### **2.1.5. Tanı Yöntemleri**

- Anamnez,
- Fizik muayene,
- Tam kan sayımı,
- Kan biyokimyası,
- Akciğer grafisi,
- Tümör belirteçleri,
- Görüntüleme yöntemleri (ultrason, tomografi, manyetik rezonans imaging),
- Mamografi,
- Sintigrafi ,
- Endoskopi,
- Sitolojik incelemeler,
- Patolojik incelemeler,
- Kemik iliği incelemeleri,
- Genetik incelemelerdir<sup>34</sup>.

### **2.1.6. Tedavi**

Günümüzde kanser tedavilerine her geçen gün yenileri eklenmektedir. Klasik tedavi yöntemleri; cerrahi tedavi, kemoterapi ve radyoterapidir<sup>5,29,34</sup>. Bu tedavi yöntemlerine ek olarak alternatif tedaviler, lazer tedavisi, gen tedavisi, immünoterapi, angiogenez inhibitörleri, kemik iliği transplantasyonu ve kök hücre nakli ile neupojen uygulaması gibi tedavi yöntemleri bulunmaktadır<sup>29</sup>.

Kanser tedavisinde iki temel amaç vardır. Bunlardan birincisi; kanser semptomlarının tümüyle yok edilmesi, tam başarılı tedavi, hastanın beklenen yaşam süresini kansere ilişkin semptomlardan kurtulmuş olarak sürdürmesi, ikincisi; semptomların azaltılması, yaşam süresinin bir miktar uzatılması ve daha kaliteli bir yaşam için semptomatik ya da palyatif tedavi sağlanmasıdır<sup>29</sup>.

Bu tedavi yöntemleriyle bazı kanserli hastalar iyileşmekte, bireyin yaşam süresi uzamakta ya da birey daha iyi yaşamaktadır. Ancak özellikle radyoterapi ve kemoterapinin çok önemli yan etkileri vardır. Çünkü, kemoterapi ve radyoterapi normal hücrelere de zarar vermektedir. Örneğin radyoterapi; yorgunluk, deride yaralanma ve duygusal (emotional) rahatsızlıklara neden olmaktadır. Kemoterapi ise daha sıkıntı vericidir. Kemik iliği baskılanması, kemoterapinin en önemli yan etkilerinden biri olup bunun yol açtığı lökopeni, trombositopeni ve anemi hasta için çok önemlidir. Saçlarda dökülme, bulantı, kusma, bitkinlik ve duygusal problemler kemoterapinin diğer yan etkileridir<sup>35,36</sup>. Tüm bunlardan anlaşılacağı gibi karmaşık ve uzun süreli olan kanser tedavisi çoğu zaman fiziksel iyilik ve yaşamın psikososyal yönüne zarar vermektedir<sup>37</sup>.

## **2.2. Kanser Hastalığının Psikososyal Etkileri**

### **2.2.1. Kanser Hastalar Üzerindeki Etkileri**

Kanser, tıbbi ve fiziksel bir hastalık olduğu gibi, ruhsal ve psikososyal bileşenleri yoğun olan bir sorundur<sup>11</sup>. Ciddi ve kronik bir hastalık olmanın ötesinde, belirsizlikler içeren, ağrı ve acı ile ölümü çağrıştıran, suçluluk, çaresizlik, terk edilme, kargaşa, panik ve kaygı uyandıran bir hastalık olarak algılanır<sup>11,27,38,39</sup>. Kişinin kendi bedeninin, kendini yok etmesini simgeler. Üzerindeki bu ağır kültürel yük nedeniyle kanser ile ilgili mesaj verilmesinin ardından kriz olarak tanımlanabilecek duygusal tepkiler ortaya çıkar. Kriz sağlıklı yaşamdan yeni bir yaşama, hastalığa ve sürekli tehdit altında olmaya geçiş dönemidir<sup>28</sup>.

Kanser;

1. Doğrudan doğruya ölümle ilişkili olduğu,
2. Sinsice hareket ettiği,
3. Nedenleri pek açıklanamadığı,
4. Zamanla kontrolü güçleştirdiği, kontrolden çıktığı ve büyük ızdıraplara neden olduğu, bireyi sosyal yönden damgaladığı ve izole ettiği için diğer hastalıklardan daha korkunç ve tehdit edici olarak algılanır<sup>28</sup>.

Kanser ya da ölüm korkusuna karşı en sık kullanılan patolojik savunma mekanizmaları inkar veya depresif kabullenmedir<sup>28,34,40</sup>. Hastalar sıklıkla hastalıklarını inkar ederek, oluşan yaşam tehdidini bilinç dışına atma çabasındadırlar. İnkârın yanında korku da yer alır. Korku genellikle sevdiklerinden ayrılma, ölüm, başkalarına yük olma ve prognoz konularındandır. Hastanın geliştirebileceği diğer bir tepkide kızgınlık ya da öfke tepkisidir. Hasta hem tedavi ekibine, hem hastalığa hem de ailesine hatta Allah'a yönelik kızgınlık tepkisi geliştirebilir. Hasta, hastalığın kontrol edilememesi ve bütün imkânlarla rağmen tedavi garantisi verilemediği için kızgındır<sup>28</sup>.

Kanser tanısı hatta olasılığı, kişinin en temel homeostatik dengesini doğrudan sarsar. Kanser tanısı konan kişide tanı aşamasından başlayarak tedavi aşamalarının tümünde çeşitli duygusal ve davranışsal tepkiler ortaya çıkabilir<sup>41</sup>. Çeşitli araştırmalar sonucu kişisel farklar olabilmesine rağmen genelde kişilerin kanser krizini dört aşamalı bir süreç içerisinde yaşadıkları ortaya çıkmıştır<sup>9,11,28,42</sup>.

**1. Şok Dönemi;** Kanser tanısının öğrenilmesi ile hasta yaşam krizi içine girer. Kısa bir süre için kişinin iç dünyası konfüze olmuştur. Bu durum birkaç gün ya da haftaya kadar uzayabilir<sup>9,11,28,42</sup>.

**2. Reaksiyon Dönemi;** Şoktan sonra hasta gerçeği kabullenir ve buna tepki oluşturur. İlk reaksiyon kaygıdır. Kaygıyı yok etmek için hasta çeşitli savunma mekanizmaları kullanır ancak bu mekanizmalar oldukça fazla enerji gerektirir, bu nedenle hastalar günlük aktivitelerini yapmakta zorlanabilirler<sup>9,11,28,42</sup>.

**3. Halletme-Direnme Dönemi:** Tedavinin en aktif olduğu dönem sona erince, hasta yeni durumuna adapte olmak çabasıdadır. Hayat artık farklıdır, bir daha eski hayata dönüş olmayacaktır. Sık sık neden sorusu gündeme gelir. En ufak bir semptom kanser nüksü olarak algılanır. Tahlil yaptırma zorunluluğu hastaya, hasta olduğunu hatırlatır<sup>9,11,28,42</sup>.

**4. Reoryantasyon Dönemi:** Bu dönemde hayatın anlamı üzerine düşünme ve varoluşçu sorunlar gündeme gelir. Kişi yeni kimliğini benimsemeye başlar. Bu dönemde bazen depresyon ortaya çıkabilir<sup>9,11,28,42</sup>.

Terminal hastalar üzerinde yapılan araştırmalar; ölüme doğru giden süreçte hastaların, inkar, öfke, pazarlık, depresyon ve kabul olmak üzere beş aşamadan geçtiğini göstermiştir<sup>43</sup>.

Bir çalışmada da hastaların anlaşılama, aile üyelerinden yeterli destek alamama ve iletişimde zorluk yaşama ile ilgili duygusal psikolojik sorunlarının olduğu ortaya çıkmıştır<sup>43</sup>.

Kanser hastalarının hepsinde, psikiyatrik bozukluk ortaya çıktığı düşüncesi de tüm tepkilerin normal olarak kabul edilmesi gerektiği düşüncesi de yanlıştır<sup>28,41</sup>. Kanserli hastalarda ortaya çıkabilecek psikiyatrik bozuklukları şöyle sıralayabiliriz: <sup>9,11,27,28</sup>.

- Uyum bozukluğu,
- Depresif sendromlar,
- Organik beyin sendromları,
- Anksiyete,
- Kişilik bozukluğu,
- Mevcut ağrıya eşlik edebilecek psikolojik tepkiler veya psikiyatrik sendromlar

Kanserli hastanın uyumunda rol oynayan bir dizi tıbbi, psişik ve psikososyal faktör vardır. Hastalığın kendisi, tuttuğu organ, tipi, belirti ve bulguları, hastanın yaşı, kişilik yapısı, hastalıklara ilişkin deneyim ve düşünceleri, kültürel ve sosyal tutumları, baş etme süreçleri, amaç ve projeleri için hastalığın oluşturduğu tehdit düzeyi, çevresel destek sistemleri uyumda rol oynayan faktörlerdir<sup>11</sup>.

Kansere karşı gösterilen uyum mekanizmaları<sup>28</sup>;

1. Savaşma ruhu
2. Çaresizlik ve umutsuzluk
3. Bunaltı ve aşırı uğraş
4. Kaçınma ve inkar

Günümüzde kanser tanı ve tedavisi, multidisipliner yaklaşımla ele alınması gereken çok yönlü bir konu haline gelmiştir. Kanser hastalarının bütüncül tedavi ve bakımı tıbbi,

psikiyatrik ve psikososyal boyutları birlikte içermektedir. Literatürde psikososyal destek girişimlerinin, kanserli hastalarda psikolojik sorunları azaltmada, yaşam kalitesini artırmada ve yaşam süresini uzatmada etkili olduğu bildirilmiştir. Bu doğrultuda uygulanacak destekleyici girişimler, hastaların psikososyal sorunlarını azaltmada veya ortadan kaldırmada son derece yararlı olabilir<sup>44</sup>.

### **2.2.2. Kanserin Aile Üzerindeki Etkileri**

Toplumun temel ve önemli birimlerinden biri olma özelliğini yüzyıllardır kaybetmeyen aile, bireye hayat vermekte ve onu etkilemektedir. Aile içi dinamikler ve etkileşimlerde meydana gelen değişimler bireyin yaşantısında sorun yaratabildiği gibi, bireyin yaşadığı krizler de aile içi ilişkilere yansımaktadır<sup>45</sup>.

Her aile kendine has ve benzersiz bir ilişkiler sisteminden oluşur, kronik hastalıklarla karşılaşma sürecinde ailede oluşan çeşitli değişimler (ruhsal ve aile içindeki rollere yönelik) bu sistemde değişikliklere yol açar. Hasta ailelerinin en önemli beklentisi, duygusal destektir. Sevdikleri bir kişiye kanser teşhisi konması karşısında aile üyelerinin kendi duygusal deneyimlerine aldırılmaksızın toplum ve özellikle tıbbi tedavi ekibi duygularına hakim olmalarını ve hastayı desteklemelerini beklerler. Oysa ki, bu alanda yapılan birçok çalışma kronik hastalıkları olan yetişkinlerin eşlerinin ve çocuklarının üçte birinden fazlasının anlamlı düzeyde yüksek, psikiyatrik bozukluk ve psikososyal sorunlar yaşadıklarını ortaya koymaktadır<sup>9</sup>. Büyük bir travma ile karşılaşan aile üyeleri duygusal, davranışsal, sosyal, ilişkisel problemler açısından büyük risk altına girmekte ve takiben anksiyete bozuklukları, depresyon, psikosomatik bozukluklar yaşayabilmektedir<sup>9</sup>.

Aile üyeleri kanser teşhisi ile birlikte yepyeni bir duruma adapte olmak durumundadır. Hasta yakını sadece duygusal zorluklar ile değil zaman zaman fiziksel

zorluklarla da mücadele etmek zorunda kalır ve çok yorulur<sup>46</sup>. Bu arada da hastaya en uygun bakımın sağlanması ve ihtiyacı olan psikolojik ve sosyal desteğin verilmesi için çabalamak zorundadırlar<sup>47</sup>.

Dodd ve arkadaşları<sup>48</sup> hastalık boyunca aile üyelerinin hastalardan daha fazla kaygı yaşadığını, kaygılarının aile ile ilgili olduğunu belirtmişlerdir. Fallowfield'in çalışmasında<sup>49</sup> hasta yakınlarının hastalardan daha fazla anksiyete ve depresyon yaşadıkları belirtilmiştir. Ailede bakım sorumluluğunu üstlenen kişiler hastaya ve diğer aile üyelerine destek olmaya çalışırken kendileri de çok fazla güçlük yaşayabilirler<sup>50</sup>.

Williams<sup>50</sup> tarafından yapılan çalışmada hastanın bakımını üstlenen aile üyelerinin, bu görevlerini yapabilmek için günde 4-7 saat harcadıkları belirlenmiştir. Bu nedenle bakımı üstlenen kişi yorgunluk, rol çatışması, sosyal izolasyon, sıkıntı ve bunların sonucunda immün sistemin bozulması ile fiziksel hastalık riskleri altındadır. Williams<sup>50</sup> tarafından yapılan diğer bir çalışmada da bakımı üstlenen kişiler, yakınlarının hastalığından sonra sağlık durumlarının bozulduğunu, uyku problemleri, sürekli yorgunluk, halsizlik, kilo değişikliği, baş ağrısı, sırt ağrısı, kas gerginliği, hazımsızlık, kas krampları gibi ciddi sorunlar yaşadıkları belirtilmektedir.

Hastalığın başlangıç aşamasından itibaren her önemli devrede hastanın yakınları da o devre ile ilgili korkuyu, kaygıyı ve kızgınlığı yaşarlar<sup>13,51</sup>. Yapılan bir çalışmada da hastalar ile eş, çocuk veya bakım veren yakınlarının anksiyete ve depresyon düzeyleri karşılaştırılmış, aralarında pozitif korelasyon saptanmıştır<sup>26</sup>.

Kanser hastasının olduğu bir ailede,

1. Duygusal tepkiler
2. Ekonomik sorunlar
3. Rol değişimleri ile belirginleşen sosyal bir çok kriz yaşanır<sup>26</sup>.



Bu durumdaki aileler tüm imkanlarını en üst düzeyde zorlayarak mücadele etmeye çalışırlar. Sosyal destek bu aşamada gereklidir. Ailenin destek verme ve iyimser gözükmeye çabası içerisinde kaygı, umutsuzluk ve korkularını saklamaları, onları daha ileri bir zorlanmaya iter. Üzüntülerini bile ifade edememek, yas gelişimini kolaylaştırır.<sup>26</sup> Çalışmalar sessiz tutumun sağlıklı uyumu getirmediğini, duyguların ifade edilmesinin ve karar süreçlerine herkesin katılımının uyumu kolaylaştırdığını ortaya koymaktadır.<sup>27</sup> Aile üyelerinin böyle bir strese karşı reaksiyonu başlıca üç dönemde ele alınabilir. Bunlar sırasıyla; akut dönem, kronik dönem ve mücadele dönemi olarak adlandırılabilir<sup>26</sup>.

**1. Akut Dönem:** Aile üyelerinden birine konan kanser tanısının ailenin diğer fertlerinde de kendilerine ait yollarla ifade ettikleri bir korku reaksiyonu geliştiği belirlenmiştir<sup>26</sup>. Böyle bir tepki o anın ihtiyaçlarına, ortamda bulunan kişilere ve bu yeni duruma uyum derecesine göre farklılaşabilmektedir. Bazı aile üyeleri akut dönemde hastadan daha fazla üzüntü duyabilirler. Genelde bu davranışlar zamanla düzene girebilir, bazen de tedavinin başlangıcından relaps ve beklenmedik komplikasyonların ortaya çıkışına kadar uzayabilir.<sup>5,26,27</sup> Nordhouse<sup>52</sup>, aile bireylerinin hastalığın değişen evrelerine göre farklı sorunlar yaşadığını belirlediği bir araştırmasında, akut dönemde; ailelerin en sık karşılaştıkları sorunların, duygusal gerginliklerle başa çıkabilme, sağlık personeli ile iletişim kurabilme ve tıbbi bakımdan dışlanmış olarak hissetme olduğunu saptamıştır.

Hastalığın ilk dönemi olan akut dönem tanı ile başlayan dönemdir. Bu dönem hem hasta hem de hasta ailesi için **“teпки”** fazı olarak adlandırılır. Aile içinde bu travmatik deneyime karşı değişik şekillerde değişik tepkiler verilebilir. Burada en önemli konu

tedavi ekibi tarafından doğru ve yeterli bilginin aile bireyleri ile paylaşılmasıdır. Bu tutum aileyi duygusal tepki aşamasına taşıyacaktır. Akut dönemde hem aileyi hem de hastayı korumak açısından bir çok aile “sessiz bir tutum” takınmayı tercih eder. Bu hem hastalığın seyri hem de aile içi ilişkiler açısından olumsuz bir yaklaşımdır<sup>9</sup>.

**2. Kronik Dönem:** Uzun tedavi ve hastanede kalma dönemleri, remisyon dönemi ve eve dönüş beklentilerini kapsayan farklı mekanizmalarla karakterize bir periyottur. Aile bu dönemde kendini yardıma ve desteğe çok gereksinimi olan, izole bir durumda bulur. Aile üyelerinde kızgınlık, öfke ve depresif belirtiler görülebilir<sup>26</sup>. Nordhouse’un<sup>52</sup> çalışmasında bu dönem adaptasyon fazıdır. Bu dönemde yaşanan başlıca sorunlar ise, değişen yaşam şekli ve rol dağılımına uyum, aile bireylerinin kendi ihtiyaçlarının karşılanabilmesi ve belirsizlikle yaşamadır. Bu dönem için daha sonra, tedavilere bağlı yan etkilerle başa çıkma, izolasyon duyguları gibi sorunlarda eklenir.

Bu evre uzun ve zahmetli tedavi sürecinin başladığı ve iyileşmenin hedeflendiği dönemdir. Bu aşamada aileler hem hastanın hem de ailenin diğer üyelerinin gereksinimlerini belirleyip normal gelişim süreçleri içinde yaşantılarını sürdürmelidirler. Bu oldukça zorlayıcı hatta kimi zaman imkânsız bir tutum olmakla birlikte hem hastanın hem de ailenin uzun dönemli uyumu açısından gereklidir. Aynı zamanda bu aşama hasta ve ailenin en fazla sosyal izolasyon yaşadıkları dönemdir<sup>9</sup>. Hastalığın ilk ve son evrelerinde arkadaşlar ve diğer akrabalar daha fazla yardıma ve paylaşımına açıkken bu aşamada bu destek azalır. Son olarak alışılması gereken bu yaşam stili içinde aile içinde oluşan yeni roller ve sorumluluklar çeşitli güçlüklerle yol açabilir<sup>9</sup>.

**3. Mücadele Dönemi:** Bu dönemde hasta artık terminal evrededir. Aile bireylerinin bu dönemi kolay atlattığı için ailenin gelişimsel beklentileriyle ölüm olayının eş zamanlı olmasının önemi çok büyüktür. Yani yaşlı birinin ölümü bir gencin

ya da çocuğun ölümünden daha kolay tolere edilebilir. Bu dönemde hasta yakınlarının gerçekçi beklentilere ve bilgilere sahip olması çok önemlidir. Nordhouse'un<sup>52</sup> terminal faz olarak adlandırdığı bu dönemde sık görülen problemler arasında iletişim sorunları ve muhtemel kayıp ile ilgili duygularla başa çıkma problemleri sayılabilir.

Hastalığın son aşaması varılan son ne olursa olsun en güç aşamadır. Tedavinin sonuç vermemesi halinde hastanın kaybı ile hem oldukça travmatik bir dönemden geçen hem de sevdiklerini kaybeden aile üyelerini daha zor bir dönem beklemektedir<sup>19</sup>.

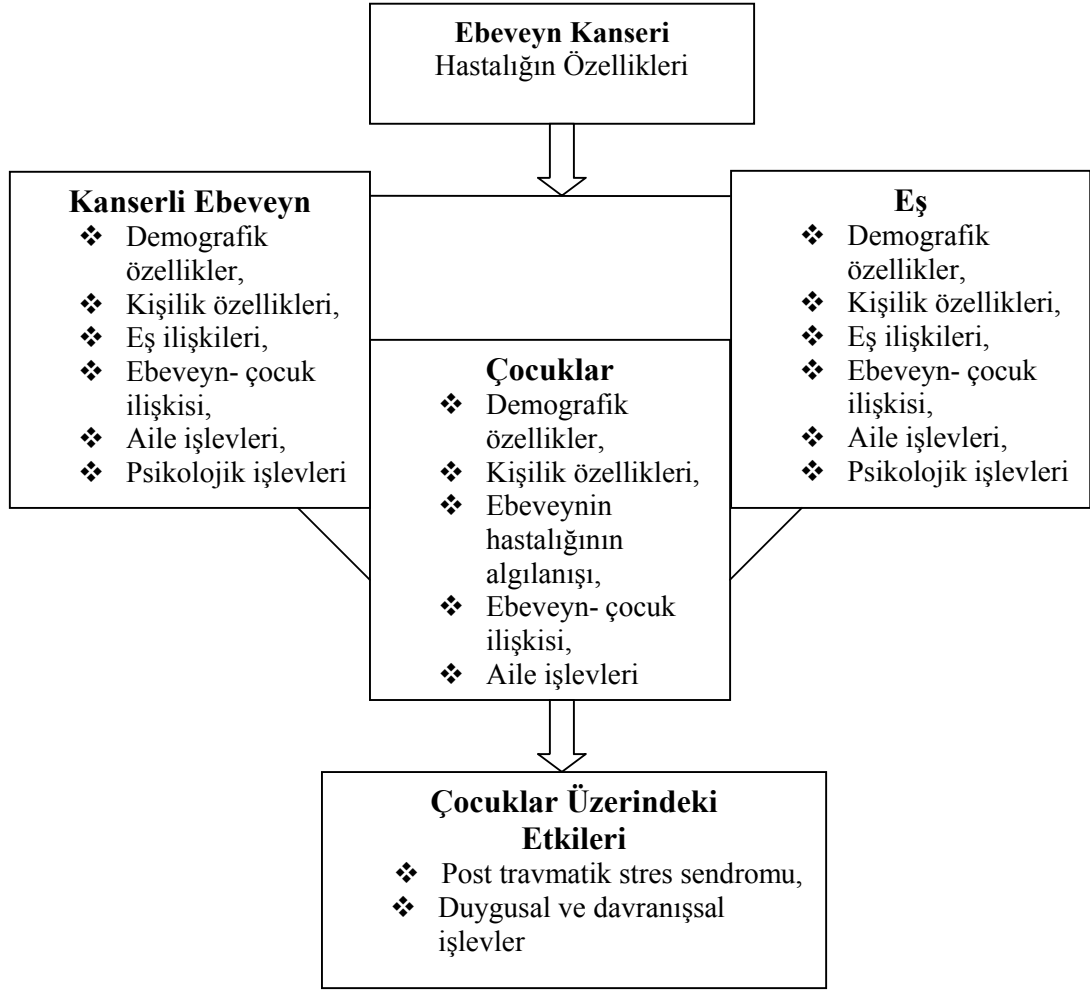
Diğer taraftan tedavi başarılı bir şekilde sonlanırsa, doğal sevinç ve rahatlamanın yanında başka bazı sorunlar açısından riskler oluşabilmektedir. Bunların en önemlileri; kanser ve diğer kronik hastalıklar yaşayan kişilerin ailelerinde sıklıkla rastlanan travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), hastalığın nüks etmesine yönelik korkular, aile içinde değişen roller, eğer uyum süreci yaşanmadı ise aile düzenindeki değişim ve sorunlardır<sup>9</sup>.

Bunlardan da anlaşılacağı gibi hastalığın seyri sırasında zaman faktörü ile sorunlar, dolayısı ile de gösterilen tutum ve davranışlar değişmektedir<sup>26</sup>.

### **2.2.3. Kanserın Çocuklar Üzerindeki Etkileri**

#### **2.2.3.1. Kanserın Çocuklar Üzerindeki Psikososyal Etkileri**

Aile sistem teorisine göre çocuklar, ailedeki değişen ve tekrarlayan durumlara adapte olmak zorunda oldukları aile sistemine yakından bağıdırlar. Bir aile sistemi, bireysel olarak tüm aile üyelerini karşılıklı ve sürekli bir şekilde etkileyen kompleks bir bütündür. Anne, baba ve çocuklar birbirlerini direk ve dolaylı olarak etkilerler. Bir aile üyesinde meydana gelen herhangi bir değişiklik bu aile sistemi içinde bulunan tüm bireylerin fonksiyonlarını etkiler. Ayrıca aile üyeleri arasındaki duygusal uyum ve değişikliklere adapte olma yeteneği de tüm aile üyelerinin fonksiyonlarını etkiler<sup>22</sup>.



Şekil 1: Aile sistem teorisi <sup>22</sup>

Aile sistemini etkileyen olayların başında hastalık gelmektedir<sup>22</sup>. Örneğin bir ailede ebeveyn kanser hastası olduğunda hasta, eş ve çocuklar bu durumdan ayrı ayrı etkilenirler<sup>8,24</sup>. Ebeveyn kanseriyle karşılaşma çocuklar için çok travmatize edicidir ve çocuklar bu dönemde anksiyete, depresyon, somatik şikayetler, üzüntülü, sinirli ve agresif davranışlar gibi birçok psikolojik sorun yaşamaktadırlar <sup>12-14,22</sup>. Ayrıca bir çok çalışmada çocukların ebeveynlerinin tekrarlayan şekilde hastaneye yatırılması, hastane ziyaretleri, hastalarının evde bakımı, tedavinin yan etkileri nedeniyle günlük aile rutinlerinde değişiklikler yaşadıkları ve bu yeni duruma adapte olmak zorunda kaldıkları saptanmıştır<sup>53,54</sup>.

### 2.2.3.2. Kanserin Çocuklar Üzerindeki Bilişsel ve Davranışsal Etkileri

Kanserli ebeveyne sahip okul öncesi çocuklar genellikle kanserin belirti ve yan etkileri nedeniyle ebeveynlerini kaybetmekten korkmakta ve ebeveynlerinin hastalığından kendilerini sorumlu tutmaktadır. Genel olarak bu yaş grubu çocuklarda sık ağlamalar, güvensizlik ve uyku sorunları görülmektedir. Okul yaş çocuklarının davranışsal tepkileri; konuşmanın yoğunluğunda değişime, kanserden kendini uzak tutmaya çalışma, hasta ebeveynin hareketlerini artan şekilde kontrol etme, fiziksel olarak uzak durma, ebeveyn, kardeş ve arkadaşlarıyla olan çatışmada artmayı içerir<sup>14</sup>.

Ayrıca bu çocukların ebeveynin rolünü ve kardeşlerinin sorumluluğunu üstlenmek zorunda kaldıkları, ebeveyninin ihtiyaçlarına her zamankinden daha fazla ilgi gösterdikleri ve onu destekledikleri için isteme nedeniyle günlük aktivitelerini yapamadıkları; arkadaşlarıyla görüşemedikleri ve kendilerine zaman ayıramadıkları belirlenmiştir<sup>12,14,19,25,55</sup>.

Kanserin tipi ve evresi, teşhis zamanı, hastalığın ciddiyeti, hastanın prognozu çocukları etkileyen önemli faktörlerdir.<sup>14</sup> Çocuklar ebeveynlerinin kanserden dolayı acı çektiklerini ve prognozun kötüye gittiğini gördükçe ebeveyninin hastalığını daha ciddi olarak algılamakta ve kanser hakkında düşünmek istememektedir. Ebeveynine sık sık cerrahi girişim uygulandığında, kötü prognoz olduğunda, kemoterapi ve radyoterapi nedeniyle daha fazla yan etkiler yaşandığında çocuk ve ebeveyn ilişkisi olumsuz yönde etkilenmekte ve çocuklarda daha fazla psikolojik problemler yaşanmaktadır<sup>8,12</sup>.

Ebeveynlerinin yaşam umudu azaldığı, geleceğin belirsizleştiği, teşhis ve tedavinin gidişatının kötüleştiği durumlar adölesan ve okul çağı çocukları için çok daha zor durumlardır<sup>8</sup>.

Bir çok çalışmada okul çağı çocuklarının okula konsantre olma ve adapte olmada zorluk çektikleri belirlenmiştir. Bazı adölesanlarda okul performansında ve okula devam etmede (dersi asma, geç gitme veya kardeşlerini almak için okuldan erken ayrılma) azalma görülmüştür<sup>21</sup>.

### **2.2.3.3. Kanserin Çocuklar Üzerindeki Fiziksel Etkileri**

Kanserli ebeveyne sahip olan okul öncesi ve okul çağı çocuklarında baş ağrısı ve uyuma güçlükleri görülürken, adölesan kız çocuklarında karın ağrısı, baş ağrısı, baş dönmesi, uyku bozukluğu ve iştah kaybı gibi çeşitli fiziksel belirtiler görülmektedir. Ebeveynin bakımından sorumlu olan çocuklar yorgunluktan şikayet etmektedir<sup>14</sup>.

### **2.3. Çocukların Sosyal Destek İhtiyaçları**

Okul yaş çocukları ebeveynlerine kanser teşhisi konulduktan sonra bu yeni durumla baş etmede kendilerine yardım edecek birine ihtiyaç duymazken, adölesanlar öğretmen, rehber, okul hemşiresi, ebeveynleri gibi kendilerine destek olacak birine ihtiyaç duyarlar. Adölesanlar için okul, önemli bir destek kaynağıdır ve çocukların içinde buldukları tedavi ortamından uzaklaşmalarını sağlayan bir sığınak gibi fonksiyon görür<sup>14</sup>.

Hollanda ve Almanya’da kanser hastalarını ve aile üyelerini desteklemek amacıyla onkoloji kliniklerinde bakım programları düzenlenmiş, hasta ve bakım verenler desteklenmiştir. Bu program sonrasında yapılan değerlendirmelerde hasta ve bakım verenlerde duygusal ve sosyal sorunların dağılım ve şiddetinde bir düşüş gözlemlendiği belirtilmiştir. Süreçlerin daha sağlıklı geçirilmesinin sağlanabilmesi için hasta ailesinin de teşhis ve tedavi sürecine katılması kanser hastalığı için temeldir<sup>27</sup>. Atlı ve Özkan’ın yaptıkları çalışmada<sup>45</sup> kanserle mücadele sürecinde aileden ve arkadaşan algılanan sosyal destek düzeyini düşük bulmuşlardır. Bu süreçte kanserli hasta ve aileleri için

eğitim programları dzenlenmeli, tedavi sonuçları hakkında bilgi verilmeli, hasta ve ailesine duygusal destek sağlanmalıdır<sup>27</sup>.

#### 2.4. Çocukların Ebeveynlerinin Hastalığına Gösterdikleri Tepkiler

**Tablo 1: Çocukların Gelişim Dönemlerine Göre Ebeveyn Hastalığına Gösterdikleri Tepkiler<sup>56</sup>**

| Yaş Aralığı                                 | Normal Davranışlar  | Hastalık Durumundaki Davranışlar   |
|---|---|--|
| <b>Bebeklik Dönemi(Yenidoğan-18 ay)</b>     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• İlişkilerinde güven duygusunu yaşamak isterler.</li> <li>• Rutinlerinde süreklilik isterler.</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• znt,</li> <li>• Korku,</li> <li>• Uyku ve yeme problemleri.</li> </ul>   |
| <b>18 ay- 3 yaş (Oyun ocukluğu Dnemi)</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ebeveynin rehberliğine ihtiyaç duyarlar.</li> <li>• Kontrol sağlamak iin bazı fırsatlara ihtiyaç duyarlar.</li> <li>• Minimal düzeyde zaman kavramı gsterirler.</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sinirlilik,</li> <li>• Davranış bozukluğu,</li> <li>• Tuvalet alışkanlığı ve kendi kendine giyinme gibi becerilerin kaybı.</li> </ul>   |
| <b>3-5 yaş (Okul ncesi Dönem)</b>          | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Yeni veya beklenmedik durumlar için basit açıklamalara ihtiyaç duyarlar.</li> <li>• Gerçek yaşam olayları ile ilgili oynamaktan hoşlanırlar.</li> <li>• Duygularını ifade etmede yardıma ihtiyaç duyarlar.</li> <li>• Gelecekteki olaylar hakkında anksiyete gösterirler.</li> <li>• Sıklıkla zihinleri hayal gücü ile ilgili düşüncelerle meşguldür.</li> <li>• Suçluluk duygusunu yaşamaya başlarlar.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Uyku ve yeme bozukluğu,</li> <li>• “ok iyi olma” veya sessizlik, içe kapanma,</li> <li>• Hasta rolü oynama,</li> <li>• Ebeveyne aşırı düşkünlük, bebeksi davranışlar.</li> </ul> |
| <b>6-12 yaş (Okul ocukluğu Dönemi)</b>     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Doğru açıklamalar beklerler.</li> <li>• Kendi sağlıkları hakkında güvence isterler,</li> <li>• Açık kural ve beklentilerden hoşlanırlar.</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Endişe,</li> <li>• znt,</li> <li>• Sinirlilik,</li> <li>• Fiziksel hastalık Őikayetleri,</li> <li>• Okul problemleri,</li> <li>• İzolasyon</li> </ul>                          |
| <b>13-18 yaş</b>                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mahremiyetlerine sayđı</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dşmanlık,</li> </ul>   |

|                          |   |  |
|--------------------------|---|--|
| <b>(Ergenlik Dönemi)</b> | <p>gösterilmesini isterler.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aile kararlarına katılmayı, Tam olarak bilgilendirilmeyi beklerler.</li> <li>• Gösterdikleri duyguların normal olduğunu bilmeye ihtiyaçları vardır.</li> <li>• Akran ilişkileri önemli bir yer tutar.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Karşı koyma,</li> <li>• Her şeye boş verme,</li> <li>• Tepki göstermeme,</li> <li>• İçe kapanma,</li> <li>• Arkadaşlarıyla sorun yaşama.</li> </ul> |
|--------------------------|---|--|

Cinsiyete göre çocukların verdikleri tepkiler incelendiğinde Howes, Hoke ve arkadaşlarının<sup>57</sup> çalışmasında cinsiyetin çocukların duygusal, davranışsal ve sosyal fonksiyonları üzerinde bir fark oluşturmadığı, Welch, Wadsworth, Compas'ın<sup>23</sup> çalışmasında annesi kanser olan kız çocuklarının babası kanser olanlara oranla daha fazla duygusal problemler yaşadıkları aynı zamanda adölesan kız çocuklarının daha yüksek düzeyde agresif davranışlar, anksiyete, düşük benlik saygısı gösterdikleri, Northouse ve arkadaşlarının<sup>58</sup> çalışmasında ise adölesan erkeklerin ebeveyn kanserine daha zor uyum sağladıkları, hastalık hakkında konuşmaktan ve değerlendirme yapmaktan kaçındıkları belirtilmiştir.

### **2.5. Kanserli Hasta ve Ailesine Yönelik Hemşirelik Bakımı**

Ölümcül hastalıkların çoğu günümüzde modern araçlar ve gelişen teknolojinin kullanılması ile kontrol edilebilmekte ayrıca, palyatif tedavilerde yaşam süresini uzatmaktadır. Böylece günümüzde görülen hastalık türleri ve tedavilerde büyük değişiklikler görülmekte, hemşirenin de ölüm sürecindeki hastaya ve aileye yardımının doğasını etkilemektedir<sup>59</sup>.

Hemşirelerin çoğu, kanserli hastalarla mesleki yaşamlarının herhangi bir aşamasında karşılaşır. Ulusal bir sağlık sorunu olarak kanser, hemşirelerin çalışma alanları ne olursa olsun, en son gelişmelerden haberdar olmalarını gerektiren bir



konudur. Hemşireler kanser kontrol ve bakımının her düzeyinde yer alabilirler. İster kanser bakımında özelleşmiş, ister kanserli bir hastaya serviste bakım veriyor olsun, isterse de kanserli bir akrabasına ve komşusuna bakım veriyor olsun hemşireler bu alana önemli katkı sağlarlar<sup>34</sup>.

Hemşireler diğer sağlık çalışanlarına göre hastalara ve ailelerine daha yakın olduklarından ve onlarla daha sık ve sürekli iletişim kurduklarından hasta bakımında önemli bir fark yaratabilmek için eşsiz bir konuma sahiptirler<sup>34</sup>.

Kanserin tedavi yöntemleriyle bazı kanserli hastalar iyileşmekte, bireyin yaşam süresi uzamakta ya da birey daha iyi yaşamaktadır. Ancak özellikle kemoterapi ve radyoterapinin yorgunluk, deride yaralanma, kemik iliği baskılanması, lökopeni, trombositopeni, anemi ve duygusal rahatsızlıklar gibi bir çok yan etkileri vardır<sup>30</sup>. Tüm bunlardan anlaşılacağı gibi karmaşık ve uzun süreli kanser tedavisi çoğu zaman fiziksel iyilik ve yaşamın psikososyal yönüne zarar verir<sup>11,60</sup>. Kanserde psikolojik tedavi ve destek fiziksel tedaviyi tamamlayıcı niteliktedir<sup>27</sup>. Hastanın olumlu savunma mekanizmalarını desteklemek, mücadele ruhunu artırmaya çalışmak, hastalıkta ve yaşamlarında kendi denetimlerinin olduğu duygusunu geliştirmek, fiziksel tedavisine etkin katılımını sağlamak, hasta ile ailesi ve sosyal çevresi arasındaki iletişimi güçlendirmek esastır<sup>28,61</sup>. Bu bakımdan kanser hastası ile çalışan hemşireler onlara ve ailelerine yardım etmek için kendilerini geliştirmeli, hastaya ve duruma özel yaklaşımları kullanmalıdırlar. Bireylerin geçmiş deneyimleri, destek kaynakları tartışılmalı, olumsuz düşünceleri ortaya çıkarılmalı ve genel problem çözme yöntemleri anlatılmalıdır. Hemşirelik uygulamalarında amaç, bireylerin hastalık deneyimleriyle ve yaşantılarından anlam bulmalarında onlara ve ailelerine yardım etmektir<sup>38</sup>. Aktif dinleme, bilgi verme ve problem çözmede yardımcı olma hemşirenin destekleyici

rolünün içinde yer alır. Hemşirenin destekleyici rolünün temel hedefi, hasta ve ailesine sıkıntı veren duyguları anlamalarında yardımcı olmaktır. Araştırmalar kanseri yaşayan ailelerdeki rol değişikliğinin, hastalık konusunda açık bir iletişim kuran ailelerde daha iyi çözümlendiğini göstermektedir<sup>27</sup>. Birlikteliğe daha fazla gereksinim duyulduğundan, aileler birbirinden uzaklaşmak yerine birbirleriyle iletişime cesaretlendirilmelidir. Hemşire hasta ve ailesi arasında açık bir iletişimin kurulmasında rol modeli olabilirler<sup>27</sup>.

Kanserin birey için anlamı onun baş etme biçimini etkiler. Başkalarını anlamak, benzer soruları, korkuları dinlemek ve ifade etmek kişinin yalnız olmadığı duygusunu yaşamasını sağlar<sup>27</sup>. Kanserli ebeveynlerin çocuklarının psikolojik durumlarının saptanmasına yönelik yapılacak olan çalışmalar, ailelere ve sağlık çalışanlarına bir çok yönden yol gösterici olacaktır. Yaşanan sorunların saptanması ve giderilmesi amacıyla planlanacak olan girişimlerin uygulanmasında hemşirenin sorumluluğu önemlidir. Çocuklar hakkında edinilen bilgiler hemşirelere, hastalıkla ilgili olarak çocuklarına nasıl destek olacakları konusunda ebeveynlere rehberlik etme ve aile üyeleri ile işbirliği yapma fırsatı verir.

## **2.6.Araştırmada Kullanılan Kavramlar**

Bu çalışmada psikolojik belirtileri gösteren başlıca kavramlar; anksiyete, depresyon olumsuz benlik, somatizasyon ve hostilitedir.

### **2.6.2. Anksiyete**

Tehlike ve talihsizlik korkusunun ya da beklentisinin yarattığı bunaltı veya tedirginlik; akıl dışı korku gibi belirtileri tanımlar<sup>62</sup>. Anksiyete subjektif bir beklenti hissi, dehşet, endişe veya bir felaketin yaklaştığı duygusu ile belirlidir<sup>63</sup>. Anksiyete bireyin fizyolojisini etkilediği gibi, algılarını ve duyuşsal input sürecini de etkiler. Anksiyete düzeyi arttıkça algılama bozulur ve duyuşsal input azalır. Böylece duyuşsal

uyaran süreci dağılır ve bozulur<sup>59</sup>. Anksiyete, psikolojik olarak huzursuzluk, yoğunlaşamama ve aşırı duyarlılık gibi etkilere yol açar. Anksiyetesi yüksek olan bireyin öğrenme, kavrama, düşünme, yargılama, karar verme ve problem çözme yeteneği olumsuz olarak etkilenir. Anksiyeteli insan, özellikle boyun ve omuz bölgelerinde daha çok duyulan kas geriliminden, sık idrar yapmadan, uyku güçlüğünden ve kötü rüyalardan yakınır; sürekli terler, avuç içleri ıslak ve soğuktur; görünür bir neden olmaksızın kan basıncı ve nabız hızla atabilir, kalp çarpıntıları olabilir. Kişi işleri yolunda gitse de kaygılıdır. Yaş, cinsiyet, sosyo-ekonomik durum, kültürel etkenler anksiyeteyi etkilemektedir<sup>64</sup>.

Siegel<sup>65</sup> ebeveyni ölümcül hastalığa sahip olan 7-17 yaş grubu çocukların yaşlılarına oranla daha yüksek düzeyde anksiyete ve depresyon yaşadıklarını ileri sürmektedir.

### **2.6.3. Depresyon**

Ümitsizlik, karamsarlık, yetersizlik, kendine güvensizlik, çaresizlik, değersizlik duygusu, önemsiz nedenlerden ötürü suçluluk duyma veya kendini suçlama, sosyal yaşamdan çekilme, iştahsızlık veya aşırı yeme, uykusuzluk veya aşırı uyku, psikomotor heyecan veya yavaşlık, yoğunlaşma yetersizliği, unutkanlık, kararsızlık, neşesizlik, halsizlik, baş ağrısı gibi fiziksel şikayetler, genelde hoşlanılan etkinliklere ve yaşama karşı ilgisizlik, zevk alamama, aşırı ölüm ve intihar düşünceleri vb. ile tanımlanan belirlenebilir bir olaya bağlı olarak ortaya çıkan ruhsal bir çökkünlüktür<sup>62</sup>.

Kanser tanısı, tedavi yöntemleri ve bunların anlamı, hasta ve ailesinde şiddetli kaygı ve çaresizlik duyguları yaratmakta, hastanın kanser hakkındaki bilgisi ve kansere verdiği anlama dayalı olarak yoğun bir huzursuzluk ve keder yaşanmasına neden olmaktadır. Yaşam tarzı değişikliği, rol değişikliği, ekonomik güçlükler, hastaya

yönelik bakımın artması, geleceğe yönelik belirsizlik ve korku ile karşı karşıya kalan hasta ve aile üyeleri sıklıkla depresyon yaşamaktadır. Aile içerisinde ebeveyn kanserinden en fazla çocuklar etkilenmekte ve çocuklarda da sıklıkla depresyon en fazla görülen psikolojik bozukluk olmaktadır<sup>12-14</sup>.

Özellikle küçük çocuklarda anneden veya diğer sosyal grup bireylerinden erken dönemlerde yaşanan ayrılık ve kayıp olaylarının kişinin daha sonraki yaşamında davranışsal, bilişsel ve sosyal etkileri olabileceği, gelişme döneminde yaşanan bu tür deneyimlerin kişiyi depresyon konusunda duyarlı duruma getirebileceği ileri sürülmektedir<sup>12-14</sup>.

#### **2.6.4. Olumsuz Benlik**

Benlik-kavramı; kişinin kendi kimliği, değeri, yetenekleri, sınırları, değer yargıları, amaçları, vb. gibi kendisi hakkında algılayabildiği görüşlerinin, duygularının ve tutumlarının tamamı; bireyin kendi benliğine ilişkin tanımı; kendine ilişkin zihinsel tablosudur<sup>66</sup>. Sağlıklı bir kişilik gelişinde, benlik kavramının önemli bir yeri vardır. Düşük benlik saygısına sahip bireyler kendilerini değersiz ve yetersiz görürler, olaylarla başa çıkma güçlerinin olmadığını düşünürler, çevreden çabuk etkilenirler, inanç ve tutumlarını kolaylıkla değiştirirler. Günlük yaşamda da karşılaştıkları streslerle başa çıkmada güçlük çekerler ve duygularını kontrol etmekten uzaktırlar. Ayrıca yetersiz benlik saygısının aşırı katı bir bakış açısına, otorite bağımlılığına, içe kapanık ve pasif davranışlara, psikosomatik hastalıklara depresyona, saldırgan davranışlara ve suç işlemeye eğilimli bir kişilik yapısına yol açabileceği belirtilmektedir<sup>67</sup>.

Adölesan döneminde kendini fiziksel bakımdan düzgün bulan, olumlu beden imgesine sahip bireylerin yüksek bir oranla olumlu benlik kavramlarına sahip olması beklenmektedir. Bu nedenle özellikle ergenlik döneminde bireylerin kendini değerli

görmeye, güven duymaya, sevmeye ve takdir edilmeye gereksinimleri vardır. Bu gereksinimler, hem birey hem de çevresi tarafından bireysel farklılıklar dikkate alınarak giderilmelidir<sup>59</sup>.

Gençlerin benlik saygısı düzeyleri ile anne baba tutumlarını algılamalarının incelenmesi üzerine yapılan araştırmalarda gencin benlik saygısı ile anne baba tutumları arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür<sup>59</sup>. Çocukları etkileyen olayların başında hastalık gelmekte ve ailede kanser hastası bir ebeveynin olması durumunda çocuklar ailede yeterince desteklenemedikleri için benlik saygıları olumsuz şekilde etkilenmektedir.

#### **2.6.5. Somatizasyon**

Fiziksel belirtilerle kendini gösteren ve bu belirtileri açıklayacak somut organik bir bozukluğun saptanamadığı psikolojik bozukluk grubudur<sup>62,68</sup>. En çok kabul gören şekliyle somatizasyon; patolojik (objektif) bir bulgu olmaksızın bedensel rahatsızlığın yaşanarak dile getirilmesi ve bunun fiziksel bir hastalığa bağlı olabileceği düşüncesiyle tıbbi yardım arama eğilimidir<sup>68</sup>.

Önceleri Histeri veya Briquet sendromu adı altında anılan somatizasyon bozukluğu; temel fiziksel muayene ve laboratuvar tetkikleriyle tam olarak algılanamayan pek çok somatik semptomlarla karakterizedir<sup>56</sup>. Somatik yakınmalar tek bir organla sınırlı olmayıp bedenin her noktasıyla ilgili ve birden çok yakınmalar bulunur. Bunlar bedenin değişik bölgelerinde, zaman içinde değişiklikler gösteren ağrılar (baş ağrısı, sırt ağrısı, göğüs ağrısı, kol ve bacak ağrısı gibi), mide barsak sistemiyle ilgili yakınmalar (hazımsızlık, gaz, bulantı-kusma, ishal gibi), psödonörolojik belirtiler (nefes almada, yutmada güçlük, denge durumu bozukluğu gibi) ve cinsel işlevle ilgili çeşitli

yakınmalar şeklinde görülmektedir. Kişide sosyal, mesleki ve bedensel işlevsellikte önemli bozulmalar ortaya çıkar<sup>63,64</sup>.

Kanser hastalarının bakımını üstlenen kişilerin arkadaşlarına ve aile üyelerine zaman ayıramadıkları, yorgunluk, uyku bozukluğu, gibi sağlık problemleri yaşamaktan şikayetçi oldukları saptanmış ve bu çocukların anksiyete, depresyon ve somatik problemler yaşadıkları ileri sürülmektedir<sup>12,55</sup>.

#### **2.6.6. Hostilite (Öfke ve Düşmanlık):**

Hostilite, öfke duygularını içermesine rağmen, diğer kişilere doğrudan zarar vermek amacıyla yapılan saldırgan davranışları da harekete geçiren bir anlama sahiptir. Öfke ve hostilite, daha çok duygu ve tutumlarla ilişkiliyken, saldırganlık, başka kişilere ya da objelere yönelik, tahrip edici zarar verici davranışları kapsamaktadır<sup>64</sup>. Öfke kimi zaman kısa süreli, orta şiddette ve hatta kişiye faydalı; kimi zaman ise, çok şiddetli, yoğun, sürekli ve tahrip edici olabilmektedir. Bu duygunun açık bir şekilde, doğrudan ifade edilmesinin yıkıcı bir özelliği olduğu düşünüldüğünden, öfke pek çok kültürde olumsuz bir şekilde değerlendirilmektedir. Öfkenin ifade biçimleri de çeşitlilik göstermektedir. Kızma, huzursuz olma, karşı koyma, düşmanlık, saldırganlık, sinirlilik, küskünlük gibi belirtiler görülür<sup>64</sup>.

Terminal dönem kanserli hastalara bakım veren kişilerin, tedavi ve bakım sorumluluğunun ağır yükü nedeniyle psikolojik rahatsızlıklar yaşadıkları, öfke ve düşmanca davranışlar sergiledikleri görülmektedir<sup>69</sup>.

#### **2.6.7. Sosyal Destek**

Sosyal destek, bireyin ilişkilerinin niteliği ya da niceliğinden çok, gereksinim duyduğu anda yardım alabileceği kişilerin var olduğu algısıdır. Diğer bir ifade ile bireyin sevildiğine, gözetildiğine, değer verildiğine, bir iletişim ve karşılıklı

yükümlülükler ağının bir parçası olduğuna ilişkin, diğer kişilerden edindiği bilgi olarak tanımlanmaktadır<sup>63,70</sup>.

İnsan yaşamında kişinin yakın çevresinin ve kendisinin oluşturduğu bir sosyal ağdan söz edilebilir. Sosyal destek birey tarafından algılanan bu sosyal ağın yeterince destekleyici olup olmadığı anlamına gelmektedir. Sosyal ağın yeterince destekleyici olup olmadığı anlamına gelmektedir. Sosyal ağın yeterince destekleyici olması ise kişinin karşılaştığı hastalık gibi durumlar karşısında stresle baş etmede, çevresini yanında hissederek gerekli baş etme yöntemlerini keşfedilmesini ifade eder<sup>71</sup>.

Bireylerin ruh sağlığı ile yakından ilişkili olduğu vurgulanan sosyal desteğin, çok hızlı değişimlerin ve duygulanımların yaşandığı adölesan döneminde bir kat daha fazla önem taşıdığı düşünülmektedir. Adölesanların ileride mutlu ya da mutsuz, güvenli ya da güvensiz, üretken ya da kısır bir kişilik yapısı geliştirmesinin de, bu faktörlerden etkileneceği akla gelmektedir<sup>67</sup>.

Aile üyelerinden herhangi birine koyulan kanser tanısıyla birlikte ortaya çıkan sorunlar nedeniyle aile yoğun duygular yaşar, rol değişikliklerine uğrar ve bir kriz durumu ile karşı karşıya kalır. Bu nedenle aile üyelerinin de sosyal desteğe ihtiyacı vardır. Bireyin savunma mekanizmalarının kabulü için aile üyeleri, sağlık profesyonelleri tarafından sağlanan duygusal destekle savunma teknikleri hastanın strese olan adaptasyonunu arttırabilir. Kanser hemşiresinin vereceği etkin hemşirelik hizmeti ile ailelerin birlikteliği desteklenir, iletişimi ve sosyal ilişkileri güçlendirilir, kendini soyutlama eğilimde olan hasta ve ailenin yeterliliği sağlanabilir<sup>70</sup>.

Yapılan çalışmalarda aile ve çevreden algılanan sosyal desteğin hastaların yaşam kalitesini ve iyilik halini artırdığı saptanmıştır. Ayrıca aile üyelerince algılanan sosyal

desteğin aile üyelerinin bakım verme ile ilgili algılarını ve ruh sağlığını olumlu yönde etkilediği belirlenmiştir<sup>47,70</sup>.



### **3. MATERYAL METOD**

#### **3.1. Araştırmanın Şekli**

Araştırma, kanserli ebeveynlerin çocuklarında görülen psikolojik belirtiler, yaşanan güçlükler ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmış ve yapılmıştır.

#### **3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman**

Araştırma, Atatürk Üniversitesi Süleyman Demirel Tıp Merkezi Yakutiye Araştırma Hastanesi Radyasyon Onkoloji ve Medikal Onkoloji Kliniklerinde 6 Aralık 2006- 22 Mayıs 2007 tarihleri arasında yapılmıştır.

#### **3.3. Araştırmaya Alınan Çocukların Özellikleri**

Araştırma kapsamına;

- \* Ebeveynine en az 6 ay–5 yıl arasında kanser teşhisi konan,
- \* 13-18 yaş grubu,
- \* Okuma yazma bilen,
- \* Herhangi bir sağlık problemi olmayan,
- \* Anne/babalarına hastanede refakat eden çocuklar alınmıştır.

#### **3.4. Evren ve Örneklem**

Belirlenen tarihler arasında verilerin toplandığı klinikte tedavi gören ve araştırmaya katılma özelliklerine sahip 92 kanserli ebeveynin 90 çocuğu olasılıksız örnekleme yöntemi ile rastlantısal olarak araştırma kapsamına alınmış ve araştırmanın örneklemini oluşturmuştur. İki çocuk ebeveynleri izin vermediği için araştırma kapsamına alınamamıştır. Her ailenin 13-18 yaş grubuna giren bir çocuğu örnekleme alınmış eğer hasta ebeveynin yanında örnekleme uyan birden çok çocuk varsa yaşı daha küçük olan

çocuk seçilmiştir. Çalışma hastanede tedavi gören kanserli ebeveynlerin yanlarında refakatçi olarak bulunan çocuklarıyla yürütülmüştür.

### 3.5. Araştırmanın Değişkenleri

*Bağımsız Değişkenler:* Kanserli ebeveynin, sağlam ebeveynin ve çocukların tanıtıcı özellikleri, sosyal destek puanları ve çocukların yaşadıkları güçlükler bağımsız değişkenleri oluşturmaktadır.

*Bağımlı Değişkenler:* Kanserli ebeveyni olan çocukların psikolojik belirtileri bağımlı değişkenleri oluşturmaktadır.

### 3.6. Veri Toplama Araçları

Veri toplamak amacıyla üç form kullanılmıştır.

**a) Soru Formu:** Verilerin toplanmasında kullanılan soru formu (Ek 1) kanserli ebeveynler, çocukları ve aileleri ile ilgili bilgiler ile çocukların psikolojik belirti durumlarını etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla araştırmacı tarafından konuyla ilgili literatür incelemesi sonucu hazırlanmıştır<sup>7,12-14</sup> (Ek 1). Bu formda; ebeveyni kanser olan çocukların yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi, aile tipi, sosyal güvencenin olma durumu, yaşadıkları yerleşim yeri, gelir düzeyi; hasta ve sağlam ebeveynlerin yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi ve meslekleri, çocukların hasta ebeveynlerinin tanımlarını bilme durumları, hastalıkla ilgili bilgi durumları, ilk tepkilerinin neler olduğu, ebeveynlerinin tedavi süreleri, aile içindeki rollerinin değişme durumları, üstlendikleri roller, aile üyelerinin ve kendilerinin de aynı hastalığa yakalanmalarından korkma durumları, ebeveynlerinin hastalıklarını ciddi bulma durumları ve ebeveynleri hastalandıktan sonra karşı karşıya kaldıkları durumları ve yaşadıkları güçlükleri içeren 24 (kapalı-açık uçlu) soru bulunmaktadır.

**b) Kısa Semptom Envanteri (KSE) (Brief Symptom Inventory):** Ergen ve yetişkinlerde psikopatolojik değerlendirme yapmak amacıyla kullanılmaktadır (Ek 2). Derogatis tarafından 1992 yılında geliştirilmiş olan ölçek kendini değerlendirme türü bir envanterdir. KSE, Ruhsal Belirti Tarama Listesi (Symptom Distress Check List- SCL 90-R) ile yapılan çalışmalar sonucunda ortaya çıkan, SCL-90-R'nin kısa formudur<sup>72-74</sup>.

KSE, SCL-90-R'nin 9 faktörüne dağılmış olan 90 madde arasından, her faktörde en yüksek yükü almış toplam 53 madde seçilmesiyle, 5-10 dakikada uygulanabilen, benzer yapıda kısa bir ölçektir. Aynen SCL-90-R'de olduğu gibi 9 alt ölçek, ek maddeler ve 3 global indeksten oluşur. Ölçek bireylerin kendisini değerlendirmesine dayanan ifadelerden oluşmaktadır. Bu ifadeler “hiç yok”, “biraz var”, “orta derecede var”, “epey var”, “çok fazla var” şeklinde 5’li Likert derece yöntemiyle değerlendirilmekte ve sırasıyla 0 ile 4 arasında puan verilerek ölçek puanlarına ulaşılmıştır. Puan ranjı 0-212’dir. Ölçekten alınan puanların yüksekliği, bireyin semptomlarının sıklığını göstermektedir. KSE’nin Türkçe formunun ergen yaş grubu için güvenilirliğine ait bulgular, Cronbach alfa iç tutarlılık katsayılarının hesaplanmasıyla elde edilmiştir. Bulunan en düşük katsayının .70 (somatizasyon), en yüksek katsayının ise .88 (depresyon) olduğu görülmektedir<sup>73-75</sup>.

KSE’nin Türkiye uyarlaması üç ayrı çalışma ile Şahin ve Durak<sup>73</sup> tarafından gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmalar da ölçeğin “anksiyete”, “depresyon”, “olumsuz benlik”, “somatizasyon”, “hostilite” adı verilen beş faktörden oluştuğu bildirilmekte ve geçerlilik güvenilirlik bilgilerine ayrıntılı bir biçimde yer verilmektedir. Bu çalışmada anksiyete alt ölçeği Cronbach alfa katsayısı 0.87 , depresyon alt ölçeği Cronbach alfa katsayısı 0.75, olumsuz benlik alt ölçeği Cronbach alfa katsayısı 0.74, somatizasyon alt

ölçeği Cronbach alfa katsayısı 0.68 ve hostilete alt ölçeği Cronbach alfa katsayısı 0.63 olarak tespit edilmiştir<sup>73-75</sup>.

**c) Aileden ve Arkadaştan Algılanan Sosyal Destek Ölçeği: (ASD/AL-ASD/AR):** Çocukların ailelerinden ve arkadaşlarından algıladıkları sosyal destek düzeyinin belirlenmesi amacıyla “Aileden ve Arkadaştan Algılanan Sosyal Destek Ölçeği” (Ek 3-4) kullanılmıştır<sup>72</sup>. Pracidona ve Heler tarafından 1983 yılında geliştirilen 1993 yılında da Eskin<sup>72</sup> tarafından geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılan ölçek, bireyin ailesi ve arkadaşları ile ilişkilerinde yaşadığı duygu ve deneyimleri yansıtan ifadelerden oluşmaktadır. Eskin<sup>72</sup> tarafından alfa tutarlılık katsayısı aileden algılanan sosyal destek için .76, arkadaşlardan algılanan sosyal destek için .76 olarak saptanmıştır. Bireyden her ifade için “evet”, “hayır” ve “bilmiyorum” seçeneklerinden kendine uygun olanı seçmesi istenir. Algılanan sosyal desteği gösteren tepki her madde için “+1” olarak puanlanmaktadır. Yirmi sorudan oluşan ölçekten 0-20 arasında puan alınabilir. “Bilmiyorum” seçeneğine puan verilmemektedir<sup>72,76</sup>.

Sosyal destek ölçeğinde bazı sorular için ters puanlama yöntemi kullanılmaktadır. Aileden algılanan sosyal destek ölçeğinin 3, 4, 6, 16, 19 ve 20. sorularında, arkadaştan algılanan sosyal destek ölçeğinin 2, 5, 7, 15, 18 ve 20. sorularında ters puanlama yöntemi kullanılmaktadır. Bu sorularda hayır ifadesi “+1” olarak puanlanmaktadır.

Bu çalışmada aileden algılanan sosyal destek ölçeği Cronbach alfa katsayısı 0.78, arkadaştan algılanan sosyal destek ölçeği Cronbach alfa katsayısı 0.83 olarak tespit edilmiştir.

### **3.7. Verilerin Toplanması**

Ebeveynlerin ve çocukların tanıtıcı özellikleri, çocukların ebeveynlerinin hastalığı ile ilgili bilgileri ve ebeveynlerinin hastalığından etkilenme durumlarını içeren 24

sorudan oluşan soru formu, 53 sorudan oluşan “Kısa Semptom Envanteri”, 20 sorudan oluşan “Aileden Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ASD/AL)” ve 20 sorudan oluşan “Arkadaştan Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ASD/AR)” ebeveynlere ve çocuklara araştırma hakkında ön bilgi verilip ebeveynlerin yazılı onayları alındıktan sonra, çalışmaya katılmayı kabul eden çocuklarla ebeveynlerinin bulunmadığı ve onların uygun gördükleri ortamlarda yüz yüze görüşülerek uygulanmıştır. Çalışmaya başlamadan önce soruların anlaşılır olup olmadığını saptamak amacıyla bir ön çalışma yapılmıştır. Araştırma kapsamına alınan deneklerin özelliklerine sahip olan 10 çocuktan veriler toplanmış herhangi bir düzeltme gereği görülmediği için soru formu olduğu şekliyle uygulanmıştır. Çocuklarla görüşme, hafta içi her gün 08.00-16.00 saatleri arasında klinik hemşiresinin çağrısı üzerine gidilerek “Radyasyon Onkoloji ve Medikal Onkoloji” kliniklerinde tedavi görmekte olan ebeveynlerinin herhangi bir tıbbi işlemleri olmadığı, ebeveyn ve çocuğun uygun olduğu zamanlarda yapılmıştır. Her uygulama ortalama 25–30 dakika sürmüştür.

### **3.8. Verilerin Değerlendirilmesi**

Araştırma sonucu elde edilen verilerin değerlendirilmesi bilgisayar ortamında, SPSS 13.0 (Statistical Package for Social Science) paket programında yapılmıştır.

- Verilerin değerlendirilmesinde çocuklar, ebeveynler ve ailelerin tanıtıcı özellikleri, aile içinde değişen rolleri, ebeveynleriyle aynı hastalığa yakalanmaktan korkma durumları, ebeveynlerinin hastalığının ciddiyetini algılama durumları, ebeveynleri hastalandıktan sonra karşılaştıkları durumlar ve yaşadıkları güçlükleri incelemek amacıyla yüzdelerle dağılımlar, ortalamalar,

- Ölçek puanlarının belirlenmesi amacıyla ortalamalar,

- Ölçek puanlarının bazı değişkenlerden etkilenme durumunu incelemek amacıyla parametrik koşulların sağlandığı durumlarda bağımsız gruplarda t testi, parametrik koşulların sağlanmadığı durumlarda Mann Whitney U testi ve Kruskal Wallis varyans analizi,

- Kısa Semptom Envanteri ile Sosyal Destek ölçek puanları arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır.

- Ölçek maddelerinin iç tutarlılığını belirlemek amacı ile Cronbach alfa katsayı hesaplaması uygulanmıştır<sup>79</sup>.

### **3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği**

Çalışmaya olasılıksız örnekleme yöntemi ile sadece hastanede yatan ebeveynlerin çocuklarının alınması ve örneklemin küçük olması araştırmanın sınırlılıklarını oluşturmaktadır. Bu nedenle araştırma sonuçları, bu gruba genellenebilir.

### **3.10. Araştırmanın Etik Yönü**

Araştırmanın yapılabilmesi için ilgili kurumlardan yasal izinler alınmış, 06.12.2006 tarih ve “2006 4.1/8 nolu etik kurul kararı ile çalışmaya başlanmıştır (Ek 5). Katılımcılardan bilgi edinilen tüm araştırmalarda cevapların gönüllü olarak verilmesi gerektiğinden araştırmaya alınacak bireylerin gönüllü ve istekli olmalarına özen gösterilmiş, çalışmaya katılıp katılmamakta özgür oldukları açıklanmıştır<sup>77</sup>. Ayrıca veri toplamadan önce ebeveynlere ve çocuklara çalışmanın amacı açıklanmış, soruları yanıtlanmış ve ebeveynler ve çocukları bilgilendirildikten (Bilgilendirilmiş onay ilkesi) sonra onayları sözel ve yazılı olarak alınmıştır<sup>78</sup> (Ek 6). Çocuklara verdikleri bilgilerin gizli tutulacağı, başka hiçbir yerde kullanılmayacağı ve istedikleri anda çalışmadan ayrılma hakkına sahip oldukları açıklanmıştır.

#### 4. BULGULAR

Araştırmada; çocukların, ebeveynlerinin ve ailelerinin tanıtıcı özelliklerine ait bulgular; çocukların psikolojik durumlarını etkileyen tanıtıcı özelliklerine ait bulgular; çocukların psikolojik belirtileri, etkileyen faktörleri ve yaşadıkları güçlükleri içeren bulgular yer almaktadır.

**Tablo 2: Çocukların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımları**

| <b>Tanıtıcı Özellikler</b> | <b>Sayı</b> | <b>%</b>       |
|----------------------------|-------------|----------------|
| <b>Yaş</b>                 |             |                |
| 13-18                      | 90          | X : 15.64±1.81 |
| <b>Cinsiyet</b>            |             |                |
| Kız                        | 47          | 52.2           |
| Erkek                      | 43          | 47.8           |
| <b>Eğitim Düzeyi</b>       |             |                |
| Okuryazar                  | 4           | 4.4            |
| İlköğretim                 | 68          | 75.6           |
| Lise                       | 18          | 20.0           |
| <b>Toplam</b>              | <b>90</b>   | <b>100.0</b>   |

Çalışma kapsamına alınan çocukların tanımlayıcı özelliklerine göre dağılımı Tablo 2’de sunulmuştur. Elde edilen verilere göre; araştırma kapsamındaki çocukların ortalama 15.64±1.81 yaşında (n=90, yaş aralığı:13-18), %52.2’sinin (n=47) kız, %75.6’sının (n=68) ilköğretim mezunu olduğu belirlenmiştir.

Tablo 3’de hasta ve sağlam ebeveynlerin tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı verilmiştir. Hasta ebeveynlerin ortalama 48.62±8.01 yaşında olduğu, %66.7’sinin anne olduğu (n=60), %64.2’sinin (n=58) ev hanımı, %51.1’inin (n=46) okur yazar/ilkokul mezunu olan grupta yer aldıkları saptanmıştır.

Sağlam ebeveynlerin ise ortalama  $49.48 \pm 9.43$  yaşında olduğu, %65.6'sının (n=59) baba olduğu, %44.5'inin (n=40) serbest meslekle uğraştığı ve %58.9'unun (n=53) okur yazar/ilkokul mezunu olan grupta yoğunlaştığı belirlenmiştir (Tablo 3).

**Tablo 3: Ebeveynlerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımları**

| Tanıtıcı Özellikler  | Hasta Ebeveyn |              | Sağlam Ebeveyn |               |
|----------------------|---------------|--------------|----------------|---------------|
|                      | Sayı          | %            | Sayı           | %             |
| <b>Ebeveyn</b>       |               |              |                |               |
| Anne                 | 60            | 66.7         | 31             | 34.4          |
| Baba                 | 30            | 33.3         | 59             | 65.6          |
| <b>Mesleği</b>       |               |              |                |               |
| Ev Hanımı            | 58            | 64.2         | 27             | 30.0          |
| Kamu Çalışanı        | 13            | 14.4         | 19             | 21.1          |
| Emekli               | 10            | 11.1         | 4              | 4.4           |
| Serbest Meslek       | 9             | 10.3         | 40             | 44.5          |
| <b>Eğitim Düzeyi</b> |               |              |                |               |
| Okuryazar değil      | 34            | 37.8         | 26             | 28.9          |
| Okuryazar/İlkokul    | 46            | 51.1         | 53             | 58.9          |
| Ortaokul/Lise        | 10            | 11.1         | 11             | 12.2          |
| <b>Yaşı</b>          |               |              |                |               |
| Hasta/Sağlam Ebeveyn | *90           | X:48.62±8.01 | **90           | X: 49.48±9.43 |
| <b>Toplam</b>        | <b>90</b>     | <b>100.0</b> | <b>90</b>      | <b>100.0</b>  |

\*Hasta ebeveyn (yaş aralığı: 27-67 )

\*\*Sağlam ebeveyn (yaş aralığı: 32-84)

Çalışma kapsamına alınan ailelerin tanımlayıcı özelliklerine göre dağılımları incelendiğinde %71.1'inin (n=64) çekirdek aile olduğu, %50.0'ının (n=45) il merkezinde yaşadığı, %91.1'inin (n=82) sosyal güvencelerinin olduğu ve %57.8'inin (n=52) kendi ifadelerine göre gelir düzeylerini orta olarak derecelendirdikleri bulunmuştur (Tablo 4).

Kanserli ebeveynlerin tanılarına göre dağılımları incelendiğinde mide kanserinin (%24.4, n=22) ilk sırada yer aldığı bunu sırasıyla lösemi (%17.8, n=16), akciğer kanseri (%13.3, n=12), meme kanseri (%11.1, n=10), uterus kanseri (%11.1, n=10), kolon kanseri (%10.0, n=9), prostat kanseri (%6.7, n=6), hodgkin's lenfomanın (%5.6, n=5) izlediği görülmüştür (Tablo 5).



**Tablo 4: Ailelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımları**

| Tanıtıcı Özellikler          | Sayı      | %            |
|------------------------------|-----------|--------------|
| <b>Yaşanılan Yer</b>         |           |              |
| İl                           | 45        | 50.0         |
| İlçe                         | 14        | 15.6         |
| Köy                          | 31        | 34.4         |
| <b>Aile tipi</b>             |           |              |
| Çekirdek                     | 64        | 71.1         |
| Geniş                        | 21        | 23.3         |
| Parçalanmış                  | 5         | 5.6          |
| <b>Sosyal Güvencesi</b>      |           |              |
| Var                          | 82        | 91.1         |
| Yok                          | 8         | 8.9          |
| <b>*Ailenin Gelir Düzeyi</b> |           |              |
| İyi                          | 25        | 27.8         |
| Orta                         | 52        | 57.8         |
| Kötü                         | 13        | 14.4         |
| <b>Toplam</b>                | <b>90</b> | <b>100.0</b> |

\*Gelir düzeyi çocukların kendi ifadelerine göre belirlenmiştir.

**Tablo 5: Ebeveynlerin Tanıları ve Teşhis Sürelerine Göre Dağılımları**

|                   | Sayı      | %            |
|-------------------|-----------|--------------|
| <b>Tanımlar</b>   |           |              |
| Mide CA           | 22        | 24.4         |
| Lösemi            | 16        | 17.8         |
| Akciğer CA        | 12        | 13.3         |
| Meme CA           | 10        | 11.1         |
| Uterus CA         | 10        | 11.1         |
| Kolon CA          | 9         | 10.0         |
| Prostat CA        | 6         | 6.7          |
| Hodgkin's Lenfoma | 5         | 5.6          |
| <b>Süre</b>       |           |              |
| 6 ay-1 yıl        | 42        | 46.7         |
| 1- 3 yıl          | 35        | 38.9         |
| 3- 5 yıl          | 13        | 14.4         |
| <b>Toplam</b>     | <b>90</b> | <b>100.0</b> |

Hastaların teşhis konulan zamana göre dağılımları incelendiğinde; %46.7'sinin (n=42) teşhislerinin araştırmanın yapıldığı tarihten önceki 6 ay-1 yıllık zaman

diliminde, %38.9'unun (n=35) 1-3 yıl önce, %14.4'ünün (n=13) 3-5 yıl önce konduğu belirlenmiştir (Tablo 5).

**Tablo 6: Çocukların Ebeveynlerinin Teşhisini Bilme, Verdikleri Tepkiler, Hastalığın Ciddiyetini Algılama ve Hastalığa Yakalanmaktan Korkma Durumlarına Göre Dağılımları**

|  | Sayı      | %          |
|--|-----------|------------|
| <b>Teşhisi Bilme Durumu</b>                              |           |            |
| Biliyor  | 56        | 62.2       |
| Bilmiyor   | 43        | 37.8       |
| <b>İlk Tepkileri</b>                                     |           |            |
| Çok üzüldüm  | 51        | 56.7       |
| Ağladım  | 22        | 24.4       |
| Tepki vermedim   | 10        | 11.1       |
| Diğer (bayıldım, korktum, şaşırdım, Bunalıma girdim vb.) | 7         | 7.8        |
| <b>Ciddiyet Durumu</b>                                   |           |            |
| Çok ciddi  | 59        | 65.6       |
| Ciddi  | 21        | 23.3       |
| Biraz ciddi  | 10        | 11.1       |
| <b>Hastalığa Yakalanmaktan Korkma Durumları</b>          |           |            |
| Korkuyorum   | 67        | 74.4       |
| Korkmuyorum  | 23        | 25.6       |
| <b>Toplam</b>  | <b>90</b> | <b>100</b> |

Tablo 6'da çocukların hasta ebeveynlerinin teşhislerini bilme durumları, ilk tepkilerini, hastalığın ciddiyetini algılama ve kendilerinde de aynı tür hastalığın görülmesinden korkma durumlarına göre dağılımları verilmiştir. Buna göre çocukların %62.2'sinin (n=56) ebeveyninin teşhisini bildiği, %56.7'sinin ebeveynlerinin teşhislerini ilk öğrendiğinde çok üzüldüklerini ifade ettikleri, %65.6'sının (n=59) ebeveynlerinin hastalığını "çok ciddi" bir hastalık olarak değerlendirdiği görülmüştür.

Çocukların kendilerinin hasta ebeveynleriyle aynı hastalığa yakalanmasından korkma durumlarının dağılımları incelendiğinde %74.4'ünün (n=67) kendilerinin de

ebeveynleriyle aynı hastalığa yakalanmaktan korktuklarını ifade ettikleri belirlenmiştir (Tablo 6).

**Tablo 7: Çocukların Aile İçindeki Rollerinin Değişimi ve Üstlenilen Rol Durumuna Göre Dağılımları**

| <b>Role İlişkin Değişkenler</b> | <b>Sayı</b> | <b>%</b> |
|---------------------------------|-------------|----------|
| <b>Rol Değişimi</b>             |             |          |
| Var                             | 58          | 64.4     |
| Yok                             | 32          | 35.6     |
| <b>Üstlenilen Rol</b>           |             |          |
| Anne rolü                       | 34          | 58.6     |
| Baba rolü                       | 13          | 22.4     |
| Bakım verici rolü               | 11          | 19.0     |

\*Üstlenilen role ilişkin yüzdeler rol değişimi olan çocuklara (n=58) göre alınmıştır.

Tablo 7’de çocukların aile içindeki rollerinin değişme durumuna ve çocukların üstlendikleri rollere göre dağılımları verilmiştir. Çocukların %64.4’ünün (n=58) aile içindeki rollerinde değişme olduğu ve %37.8’inin (n=34) anne rolü üstlendikleri tespit edilmiştir.

Çocukların kendi ifadelerine göre ebeveynlerinin hastalanmasından sonra üstlendikleri sorumlulukların dağılımları incelendiğinde; hasta ebeveynlerine bakmak zorunda kalan çocukların oranı %94.4 (n=85), kardeşlerinin sorumluluğunu üstlenmek zorunda kalanların oranı %74.4 (n=67), ev işlerini üstlenmek zorunda kalanların oranı %38.9 (n=35) ve evin geçimini üstlenmek zorunda kalanların oranı %23.3 (n=21) olarak belirlenmiştir (Tablo 8).

Çocukların ebeveynlerinin hastalığından sonra yaşadıkları güçlükler incelendiğinde kendilerine yeterince zaman ayıramadıklarını ifade eden çocukların oranı %88.9 (n=80), arkadaşlarıyla vakit geçiremediklerini ifade edenlerin oranı %86.7 (n=78) ve derslerine

yeterince çalışmadıklarını söyleyenlerin oranı %55.6 (n=50) olarak bulunmuştur (Tablo 8).

**Tablo 8: Çocukların Ebeveynin Hastalanmasından Sonra Üstlendikleri Sorumluluklar ve Yaşadıkları Güçlükler Göre Dağılımları**

|  | Evet |      | Evet |      | Evet |       |
|--|------|------|------|------|------|-------|
|  | Sayı | %    | Sayı | %    | Sayı | %     |
| <b>Üstlendikleri Sorumluluklar</b>                   |      |      |      |      |      |       |
| Hasta ebeveynime bakmak zorunda kaldım               | 85   | 94.4 | 5    | 5.6  | 90   | 100.0 |
| Kardeşlerimin sorumluluğunu üstlenmek zorunda kaldım | 67   | 74.4 | 23   | 25.6 | 90   | 100.0 |
| Ev işlerini üstlenmek zorunda kaldım                 | 35   | 38.9 | 55   | 61.1 | 90   | 100.0 |
| Evin geçimini üstlenmek zorunda kaldım               | 21   | 23.3 | 69   | 76.7 | 90   | 100.0 |
| <b>Yaşadıkları Güçlükler</b>                         |      |      |      |      |      |       |
| Kendime zaman ayıramıyorum                           | 80   | 88.9 | 10   | 11.1 | 90   | 100.0 |
| Arkadaşlarımla vakit geçiremiyorum                   | 78   | 86.7 | 12   | 13.3 | 90   | 100.0 |
| Derslerime yeterince çalışamıyorum                   | 50   | 55.6 | 40   | 44.4 | 90   | 100.0 |

- Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.
- Yüzdeler toplam n üzerinden alınmıştır.

**Tablo 9: Çocukların Psikolojik Belirti Puan Ortalamaları**

|                | KSE'nin<br>Alt ve Üst<br>Değerleri | Çalışmanın<br>Alt ve Üst<br>Değerleri | X±SD        |
|----------------|------------------------------------|---------------------------------------|-------------|
| <b>KSE*</b>    | 0-212                              | 12-141                                | 60.11±29.72 |
| Anksiyete      | 0-52                               | 0-37                                  | 13.83±9.06  |
| Depresyon      | 0-48                               | 3-41                                  | 20.22±8.40  |
| Olumsuz Benlik | 0-48                               | 0-34                                  | 11.53±8.01  |
| Somatizasyon   | 0-36                               | 0-23                                  | 7.22±5.54   |
| Hostilite      | 0-28                               | 0-19                                  | 7.30±4.33   |

Tablo 9'da çocukların psikolojik belirti puan ortalamaları verilmiştir. Çocukların ölçeğin alt boyutlarından aldığı puan ortalamaları incelendiğinde; anksiyete puan

ortalamları  $13.83 \pm 9.06$ , depresyon puan ortalamaları  $20.22 \pm 8.40$ , olumsuz benlik puan ortalamaları  $11.53 \pm 8.01$ , somatizasyon puan ortalamaları  $7.22 \pm 5.54$ , hostilite puan ortalamaları  $7.30 \pm 4.33$  olarak bulunmuş olup, KSE toplam puan ortalaması  $60.11 \pm 29.72$  olarak tespit edilmiştir.

Çocukların tanıtıcı özelliklerine göre psikolojik belirti puan ortalamalarının dağılımları incelendiğinde; çocukların yaş aralığı ile psikolojik belirtileri arasında gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $p > 0.05$ -Tablo 10).

Erkek çocukların anksiyete ( $16.47 \pm 9.99$ ), depresyon ( $21.91 \pm 9.50$ ), olumsuz benlik ( $13.77 \pm 8.92$ ), somatizasyon ( $8.65 \pm 5.89$ ), hostilite ( $8.51 \pm 4.22$ ) ve toplam psikolojik belirti puan ( $69.30 \pm 33.23$ ) ortalamalarının kız çocuklarının puan ortalamalarından daha yüksek olduğu saptanmıştır. Cinsiyete göre depresyon puanı açısından gruplar arasındaki farkın önemsiz ( $p > 0.05$ ), anksiyete, olumsuz benlik, somatizasyon, hostilite ve toplam psikolojik belirti puanları açısından önemli olduğu saptanmıştır ( $p > 0.05$  – Tablo 10).

Çocukların eğitim düzeylerine göre yapılan sınıflandırmada ilköğretim mezunu çocukların toplam psikolojik belirti puan ortalamaları ( $60.68 \pm 30.82$ ) okuryazar olan ve lise mezunu olan çocuklardan daha yüksek olmasına rağmen gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır ( $p > 0.05$ , Tablo 10).

Tablo 11’de çocukların hasta ve sağlam ebeveynlerinin tanıtıcı özelliklerine göre tüm ölçekten aldıkları puan ortalamalarının dağılımları verilmiştir. Babası hasta olan çocukların anksiyete ( $15.93 \pm 10.35$ ), olumsuz benlik ( $14.27 \pm 8.00$ ), somatizasyon ( $9.10 \pm 6.12$ ), hostilite ( $8.80 \pm 4.35$ ) ve toplam psikolojik belirti puan ortalamaları ( $68.27 \pm 30.57$ ) annesi hasta olan çocuklara oranla daha yüksek bulunmuştur.



Hasta ebeveynin cinsiyetine göre çocukların anksiyete, depresyon ve toplam psikolojik belirti puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu ( $p>0.05$ ), olumsuz benlik, somatizasyon ve hostilite puanları arasındaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ , Tablo 11).

Hasta olan ebeveynlerin yaş ortalamaları (yaş aralığı:34-80) ile çocukların psikolojik belirtileri arasında istatistiksel açıdan bir ilişki saptanmamıştır ( $p>0.05$ ).

Annesi sağlam olan çocukların anksiyete  $16.13\pm 10.23$ , depresyon  $20.48\pm 8.73$ , olumsuz benlik  $14.77\pm 8.36$ , somatizasyon  $9.06\pm 6.02$ , hostilite  $8.81\pm 4.28$  ve toplam psikolojik belirti puan ortalamaları  $69.26\pm 30.56$  olarak tespit edilmiş olup sağlıklı babaların çocuklarına oranla daha yüksek bulunmuştur. Sağlıklı ebeveynin anne ya da baba olma durumuna göre çocukların anksiyete, depresyon puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemsiz ( $p>0.05$ ), olumsuz benlik, somatizasyon, hostilite ve toplam psikolojik belirti puan ortalamaları arasındaki farkın önemli olduğu saptanmıştır ( $p< 0.05$ , Tablo 11).

Sağlıklı ebeveynlerin yaş ortalaması (yaş aralığı:34-80) ile çocukların psikolojik belirtileri karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan bir ilişki saptanmamıştır (Tablo 11).

Aile tipi çekirdek olan çocukların somatizasyon ( $11.59\pm 8.22$ ), hostilite ( $7.70\pm 4.27$ ) ve toplam psikolojik belirti puan ortalamaları ( $61.34\pm 30.99$ ); parçalanmış aile tipine sahip çocukların anksiyete ( $14.80\pm 8.64$ ) ve depresyon ( $22.80\pm 5.17$ ) puan ortalamaları; geniş aile tipine sahip çocukların olumsuz benlik ( $11.67\pm 8.40$ ) puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Ancak gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ( $p>0.05$ , Tablo 12).

**Tablo 11: Ebeveynlerin Tanıtıcı Özellikleri İle Çocuklarının Psikolojik Belirti Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması**

| Tanıtıcı Özellikler         | Anksiyete X±SD                      | Depresyon X±SD                      | Olumsuz Benlik X±SD                 | Somatizasyon X±SD                   | Hostilite X±SD                      | KSE X±SD                            |
|-----------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <b>Hasta Ebeveyn</b>        |                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |
| Anne                        | 12.78±8.24                          | 20.25±8.32                          | 10.17±7.71                          | 6.28±5.03                           | 6.55±4.16                           | 56.03±28.68                         |
| Baba                        | 15.93±10.35                         | 20.17±8.70                          | 14.27±8.00                          | 9.10±6.12                           | 8..80±4.35                          | 68.27±30.57                         |
| <b>Test ve p</b>            | <i>t=1.567</i><br><i>p&gt;0.05</i>  | <i>t=0.044</i><br><i>p&gt;0.05</i>  | <i>t=2.348</i><br><i>p&lt;0.05</i>  | <i>t=2.328</i><br><i>p&lt;0.05</i>  | <i>t=2.383</i><br><i>p&lt;0.05</i>  | <i>t=1.866</i><br><i>p&gt;0.05</i>  |
| <b>Hasta Yaş Test ve p</b>  | <i>r=-0.054</i><br><i>p&gt;0.05</i> | <i>r=-0.063</i><br><i>p&gt;0.05</i> | <i>r=-0.028</i><br><i>p&gt;0.05</i> | <i>r=-0.008</i><br><i>p&gt;0.05</i> | <i>r=-0.045</i><br><i>p&gt;0.05</i> | <i>r=-0.050</i><br><i>p&gt;0.05</i> |
| <b>Sağlam Ebeveyn</b>       |                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |
| Anne                        | 16.13±10.23                         | 20.48±8.73                          | 14.77±8.36                          | 9.06±6.02                           | 8.81±4.28                           | 69.26±30.56                         |
| Baba                        | 12.63±8.22                          | 20.08±8.29                          | 9.83±7.32                           | 6.25±5.07                           | 6.51±4.18                           | 55.31±28.36                         |
| <b>Test ve p</b>            | <i>t=1.762</i><br><i>p&gt;0.05</i>  | <i>t=0.213</i><br><i>p&gt;0.05</i>  | <i>t=2.897</i><br><i>p&lt;0.05</i>  | <i>t=2.342</i><br><i>p&lt;0.05</i>  | <i>t=2.458</i><br><i>p&lt;0.05</i>  | <i>t=2.159</i><br><i>p&lt;0.05</i>  |
| <b>Sağlam Yaş Test ve p</b> | <i>r=-0.036</i><br><i>p&gt;0.05</i> | <i>r=0.093</i><br><i>p&gt;0.05</i>  | <i>r=-0.073</i><br><i>p&gt;0.05</i> | <i>r=-0.071</i><br><i>p&gt;0.05</i> | <i>r=-0.099</i><br><i>p&gt;0.05</i> | <i>r=-0.032</i><br><i>p&gt;0.05</i> |



Ailelerin sosyal güvencelerine göre yapılan sınıflandırmada sosyal güvencesi olan ailelerin çocuklarının anksiyete ( $13.96\pm 9.20$ ), olumsuz benlik ( $11.65\pm 7.99$ ), somatizasyon ( $7.17\pm 5.50$ ), hostilite ( $7.55\pm 4.40$ ) ve toplam psikolojik belirti puan ortalamaları ( $60.29\pm 29.98$ ) sosyal güvencesi olmayanlara oranla daha yüksek bulunmuş; depresyon puan ortalaması sosyal güvencesi olmayanlarda daha yüksek çıkmakla birlikte gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu saptanmıştır ( $p>0.05$ , Tablo 12).

Ailelerin gelir düzeyi açısından yapılan sınıflandırmaya kötü düzeyde geliri olan ailelerin çocuklarının anksiyete ( $15.06\pm 10.00$ ), olumsuz benlik ( $12.81\pm 7.99$ ), somatizasyon ( $7.85\pm 5.67$ ), hostilite ( $8.48\pm 4.43$ ) ve toplam psikolojik belirti puan ortalamaları ( $64.46\pm 32.30$ ) daha yüksek çıkmıştır. İyi düzeyde geliri olan ailelerin çocuklarının depresyon puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Tüm ölçek puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemsizdir ( $p>0.05$ , Tablo 12).

Tablo 13’de çocukların ebeveynlerinin tanılarına göre psikolojik belirti puan ortalamalarının dağılımları verilmiştir.

Ebeveyni Hodgkin’s olan çocukların anksiyete puan ortalamaları  $23.20\pm 15.42$ , olumsuz benlik puan ortalamaları  $20.40\pm 10.50$ , somatizasyon puan ortalamaları  $14.20\pm 7.60$ , hostilite puan ortalamaları  $11.60\pm 3.78$  ve toplam psikolojik belirti ortalamaları  $91.60\pm 41.90$ ; mide kanseri olanların depresyon puan ortalamaları  $22.59\pm 9.66$  olarak bulunmuş olup diğer kanser türlerinden daha yüksek saptanmıştır. Ebeveynlerin tanılarına göre gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamsızdır ( $p>0.05$ ).

**Tablo 12: Aile Özellikleri İle Çocukların Psikolojik Belirti Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması**

| Aile Özellikleri            | Anksiyete<br>X±SD                                   | Depresyon<br>X±SD                                   | Olumsuz Benlik<br>X±SD                              | Somatizasyon<br>X±SD                                | Hostilite<br>X±SD                                  | KSE<br>X±SD   |
|-----------------------------|---|---|---|---|--|---|
| <b>Aile tipi</b>            |   |   |   |   |  |   |
| Çekirdek                    | 14.03±9.18  | 20.25±8.45  | 11.59±8.22  | 7.77±6.12   | 7.70±4.27  | 61.34±30.99   |
| Geniş                       | 13.00±9.18  | 19.52±9.03  | 11.67±8.40  | 5.62±3.63   | 6.33±4.56  | 56.14±28.53   |
| Parçalanmış                 | 14.80±8.64  | 22.80±5.17  | 10.20±2.78  | 7.00±3.16   | 6.20±4.21  | 61.00±18.64   |
| <b>Test ve p</b>            | <i>KW: 0.372</i><br><i>df:2</i><br><i>p&gt;0.05</i> | <i>KW: 0.566</i><br><i>df:2</i><br><i>p&gt;0.05</i> | <i>KW:0.050</i><br><i>df:2</i><br><i>p&gt;0.05</i>  | <i>KW:1.265</i><br><i>df:2</i><br><i>p&gt;0.05</i>  | <i>KW:1.884</i><br><i>df:2</i><br><i>p&gt;0.05</i> | <i>KW: 0.507</i><br><i>df:2</i><br><i>p&gt;0.05</i> |
| <b>Sosyal Güvencesi</b>     |   |   |   |   |  |   |
| Var                         | 13.96±9.20  | 19.96±8.57  | 11.65±7.99  | 7.17±5.50   | 7.55±4.40  | 60.29±29.98   |
| Yok                         | 12.50±7.95  | 22.88±6.18  | 10.38±8.54  | 6.34±2.24   | 4.75±2.61  | 58.25±28.75   |
| <b>Test ve p</b>            | <i>MWU:278.500</i><br><i>p&gt;0.05</i>              | <i>MWU:275.000</i><br><i>p&gt;0.05</i>              | <i>MWU:288.500</i><br><i>p&gt;0.05</i>              | <i>MWU:309.500</i><br><i>p&gt;0.05</i>              | <i>MWU:192.000</i><br><i>p&gt;0.05</i>             | <i>MWU:301.500</i><br><i>p&gt;0.05</i>              |
| <b>Ailenin Gelir Düzeyi</b> |   |   |   |   |  |   |
| İyi                         | 11.84±6.64  | 20.52±5.73  | 10.40±7.65  | 6.48±5.28   | 5.92±3.32  | 55.16±22.84   |
| Orta                        | 12.77±8.95  | 19.46±8.13  | 8.62±8.25   | 6.15±5.61   | 5.23±4.38  | 52.23±29.57   |
| Kötü                        | 15.06±10.00   | 20.27±9.59  | 12.81±7.99  | 7.85±5.67   | 8.48±4.43  | 64.46±32.30   |
| <b>Test ve p</b>            | <i>KW: 2.131</i><br><i>df:2</i><br><i>p&gt;0.05</i> | <i>KW: 0.169</i><br><i>df:2</i><br><i>p&gt;0.05</i> | <i>KW: 4.737</i><br><i>df:2</i><br><i>p&gt;0.05</i> | <i>KW: 1.953</i><br><i>df:2</i><br><i>p&gt;0.05</i> | <i>KW:8.817</i><br><i>df:2</i><br><i>p&gt;0.05</i> | <i>KW: 2.724</i><br><i>df:2</i><br><i>p&lt;0.05</i> |

Hastalığın teşhis sürelerine göre çocukların psikolojik belirti puan ortalamaları incelendiğinde 6 ay-1 yıldır kanser teşhisi konan ebeveynlerin çocuklarının anksiyete  $25.15 \pm 8.98$ , depresyon  $27.15 \pm 3.89$ , olumsuz benlik  $21.69 \pm 5.85$ , somatizasyon  $14.46 \pm 4.93$ , hostilite  $12.00 \pm 3.51$  ve toplam psikolojik belirti puan ortalamaları  $100.46 \pm 14.55$  olarak bulunmuştur. Teşhis sürelerine göre çocukların psikolojik belirti puanları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ( $p < 0.001$ , Tablo 13).

Ebeveynlerinin hastalığını bilen çocukların anksiyete ( $14.77 \pm 9.24$ ), olumsuz benlik ( $12.73 \pm 8.15$ ), somatizasyon ( $7.73 \pm 5.60$ ), hostilite ( $8.21 \pm 4.34$ ) ve toplam psikolojik belirti puan ortalamaları ( $63.64 \pm 29.33$ ) bilmeyen çocuklara oranla daha yüksek bulunmuştur. Depresyon puan ortalaması ( $20.26 \pm 7.94$ ) ebeveynlerin hastalığını bilmeyen çocuklarda daha yüksektir. Tüm ölçek puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ( $p > 0.05$ , Tablo 14).

Ebeveynlerinin hastalığının ciddiyetini algılama durumlarına göre çocukların psikolojik belirti puan ortalamalarının dağılımları incelendiğinde ebeveynlerinin hastalığını çok ciddi olarak değerlendiren çocukların hostilite puan ortalamaları  $7.85 \pm 4.35$ ; ciddi olarak değerlendiren çocukların anksiyete puan ortalamaları  $14.71 \pm 9.61$ , depresyon puan ortalamaları  $20.95 \pm 9.63$ , olumsuz benlik puan ortalamaları  $12.62 \pm 8.93$ , somatizasyon puan ortalamaları  $9.38 \pm 7.03$  ve toplam psikolojik belirti puan ortalamaları  $64.86 \pm 35.96$  olarak saptanmıştır. Hastalığın ciddiyet algılamasına göre anksiyete ve depresyon puanları arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamsız olduğu ( $p > 0.05$ ); olumsuz benlik, somatizasyon, hostilite ve toplam psikolojik belirti puanları arasındaki farkın anlamlı olduğu bulunmuştur ( $p < 0.05$ , Tablo 14).

**Tablo 13: Ebeveynlerin Teşhis Durumu ve Hastalık Süreleri İle Çocukların Psikolojik Belirti Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması**

|                              | <b>Anksiyete<br/>X±SD</b>                 | <b>Depresyon<br/>X±SD</b>                 | <b>Olumsuz Benlik<br/>X±SD</b>            | <b>Somatizasyon<br/>X±SD</b>              | <b>Hostilite<br/>X±SD</b>                 | <b>KSE<br/>X±SD</b>                       |
|------------------------------|---|---|---|---|---|---|
| <b>Hastaların teşhisleri</b> |   |   |   |   |   |   |
| Mide CA                      | 14.82±10.12                               | 22.59±9.66                                | 12.91±9.85                                | 7.77±5.94                                 | 7.09±4.36                                 | 65.18±36.27                               |
| Lösemi                       | 13.31±6.12                                | 17.69±7.38                                | 9.19±4.07                                 | 4.81±3.10                                 | 6.81±3.80                                 | 51.81±16.24                               |
| Akciğer CA                   | 12.17±6.37                                | 21.67±5.02                                | 12.67±7.79                                | 9.25±6.15                                 | 7.67±3.45                                 | 63.42±22.82                               |
| Meme CA                      | 10.80±9.94                                | 19.20±7.53                                | 9.20±7.18                                 | 5.60±2.91                                 | 4.40±3.13                                 | 49.20±27.27                               |
| Uterus CA                    | 14.00±9.12                                | 21.40±8.50                                | 10.50±8.82                                | 6.20±5.37                                 | 7.00±4.16                                 | 59.10±33.02                               |
| Colon CA                     | 14.44±5.64                                | 21.44±7.47                                | 9.89±5.58                                 | 6.22±5.14                                 | 8.11±4.34                                 | 60.11±20.10                               |
| Prostat CA                   | 11.00±11.56                               | 11.67±7.89                                | 11.17±7.36                                | 7.67±6.56                                 | 9.17±7.22                                 | 50.67±34.82                               |
| Hodgkin's<br>Lenfoma         | 23.20±15.42                               | 22.20±11.82                               | 20.40±10.50                               | 14.20±7.60                                | 11.60±3.78                                | 91.60±41.90                               |
| <b>Test ve p</b>             | <i>KW:6.134<br/>df:7<br/>p&gt;0.05</i>    | <i>KW:9.489<br/>df:7<br/>p&gt;0.05</i>    | <i>KW:6.208<br/>df:7<br/>p&gt;0.05</i>    | <i>KW: 9.382<br/>df:7<br/>p&gt;0.05</i>   | <i>KW10.798:<br/>df:7<br/>p&gt;0.05</i>   | <i>KW: 8.037<br/>df:7<br/>p&gt;0.05</i>   |
| <b>Hastalık Süresi</b>       |   |   |   |   |   |   |
| 6 ay-1 yıl                   | 25.15±8.98                                | 27.15±3.89                                | 21.69±5.85                                | 14.46±4.93                                | 12.00±3.51                                | 100.46±14.55                              |
| 1-3 yıl                      | 8.86±7.51                                 | 15.79±8.34                                | 7.31±6.59                                 | 4.79±4.63                                 | 5.29±3.77                                 | 42.02±26.06                               |
| 3-5 yıl                      | 15.60±5.97                                | 22.97±6.71                                | 12.83±6.33                                | 7.46±4.31                                 | 7.97±3.71                                 | 66.83±18.59                               |
| <b>Test ve p</b>             | <i>KW: 34.469<br/>df:2<br/>p&lt;0.001</i> | <i>KW: 31.063<br/>df:2<br/>p&lt;0.001</i> | <i>KW: 37.111<br/>df:2<br/>p&lt;0.001</i> | <i>KW: 31.447<br/>df:2<br/>p&lt;0.001</i> | <i>KW: 26.459<br/>df:2<br/>p&lt;0.001</i> | <i>KW: 50.442<br/>df:2<br/>p&lt;0.001</i> |

**Tablo 14: Çocukların Ebeveynlerinin Hastalığını Bilme, Aynı Hastalığa Yakalanmaktan Korkma ve Hastalığın Ciddiyetini Algılama Durumları ile Psikolojik Belirti Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması**

|   | <b>Anksiyete<br/>X±SD</b>                           | <b>Depresyon<br/>X±SD</b>                           | <b>Olumsuz<br/>Benlik<br/>X±SD</b>                  | <b>Somatizasyon<br/>X±SD</b>                        | <b>Hostilite<br/>X±SD</b>                           | <b>KSE<br/>X±SD</b>                                 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| <b>Hastalığı Bilme Durumu</b>           |   |   |   |   |   |   |
| Biliyor                                 | 14.77±9.24  | 20.20±8.74  | 12.73±8.15  | 7.73±5.60   | 8.21±4.34   | 63.64±29.33   |
| Bilmiyor                                | 12.29±8.69  | 20.26±7.94  | 9.56±7.46   | 6.38±5.42   | 5.79±3.94   | 54.29±29.88   |
| <b>Test ve p</b>                        | <i>t=1.260</i><br><i>p&gt;0.05</i>                  | <i>t=0.037</i><br><i>p&gt;0.05</i>                  | <i>t=1.848</i><br><i>p&gt;0.05</i>                  | <i>t=1.121</i><br><i>p&gt;0.05</i>                  | <i>t=2.655</i><br><i>p&lt;0.05</i>                  | <i>t=1.456</i><br><i>p&gt;0.05</i>                  |
| <b>Hastalığa Yakalanmasından Korkma</b> |   |   |   |   |   |   |
| Korkuyorum                              | 14.99±9.61  | 21.49±8.69  | 12.31±8.68  | 7.58±5.42   | 7.79±4.40   | 64.16±31.10   |
| Korkmuyorum                             | 10.48±6.30  | 16.52±6.28  | 9.26±5.10   | 6.17±5.90   | 5.87±3.88   | 48.30±21.84   |
| <b>Test ve p</b>                        | <i>MWU:575.500</i><br><i>p&gt;0.05</i>              | <i>MWU:468.000</i><br><i>P&lt;0.05</i>              | <i>MWU:652.500</i><br><i>p&gt;0.05</i>              | <i>MWU:619.500</i><br><i>p&gt;0.05</i>              | <i>MWU:532.000</i><br><i>P&lt;0.05</i>              | <i>MWU:507.500</i><br><i>P&lt;0.05</i>              |
| <b>Ciddiyet Durumunu Algılama</b>       |   |   |   |   |   |   |
| Çok Ciddi                               | 14.02±9.02  | 20.63±8.08  | 12.20±7.84  | 7.12±4.93   | 7.85±4.35   | 61.81±27.44   |
| Ciddi                                   | 14.71±9.61  | 20.95±9.63  | 12.62±8.93  | 9.38±7.03   | 7.19±4.18   | 64.86±35.96   |
| Biraz Ciddi                             | 10.90±8.41  | 16.30±7.18  | 5.30±3.43   | 3.30±3.06   | 4.30±3.59   | 40.10±22.21   |
| <b>Test ve p</b>                        | <i>KW: 1.147</i><br><i>df:2</i><br><i>p&gt;0.05</i> | <i>KW: 3.187</i><br><i>df:2</i><br><i>p&gt;0.05</i> | <i>KW: 8.197</i><br><i>df:2</i><br><i>p&lt;0.05</i> | <i>KW: 8.039</i><br><i>df:2</i><br><i>p&lt;0.05</i> | <i>KW: 6.301</i><br><i>df:2</i><br><i>p&lt;0.05</i> | <i>KW: 6.181</i><br><i>df:2</i><br><i>p&lt;0.05</i> |

Çocukların ebeveynleriyle aynı hastalığa yakalanmaktan korkma durumlarına göre psikolojik belirti puan ortalamalarının dağılımları verilmiştir. Kendileri de ebeveynleriyle aynı hastalığa yakalanmaktan korkan çocukların anksiyete  $14.99 \pm 9.61$ , depresyon  $21.49 \pm 8.69$ , olumsuz benlik  $12.31 \pm 8.68$ , somatizasyon  $7.58 \pm 5.42$ , hostilite  $7.79 \pm 4.40$  ve toplam psikolojik belirti puan ortalamaları  $64.16 \pm 31.10$  olarak saptanmıştır.

Çocukların kendilerinin de ebeveynleriyle aynı hastalığa yakalanmaktan korkma durumlarına göre anksiyete, olumsuz benlik ve somatizasyon puanları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamasına karşın; depresyon, hostilite ve toplam psikolojik belirti puanları açısından anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ( $p < 0.05$ , Tablo 14).

Aile içindeki rollerinin ebeveynin hastalığından sonra değiştiğini ifade eden çocukların anksiyete  $14.91 \pm 10.35$ , depresyon  $19.19 \pm 9.25$ , olumsuz benlik  $13.63 \pm 8.62$ , somatizasyon  $8.38 \pm 5.86$ , hostilite  $8.03 \pm 4.38$  ve toplam psikolojik belirti puan ortalamaları  $64.13 \pm 31.40$  olarak bulunmuştur. Tüm ölçek puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ( $p > 0.05$ , Tablo 15).

Ebeveynine bakım verici rolü üstlendiğini ifade eden çocukların anksiyete ( $17.27 \pm 11.16$ ), depresyon ( $25.09 \pm 11.12$ ), olumsuz benlik ( $14.55 \pm 9.32$ ), hostilite ( $9.09 \pm 4.42$ ) ve toplam psikolojik belirti puan ortalamaları ( $73.73 \pm 38.50$ ) anne ve baba rolü üstlenen çocuklara oranla daha yüksek bulunmasına rağmen gruplar arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ( $p > 0.05$ , Tablo 15).

Çocukların kendi ifadelerine göre ebeveynlerinin hastalanmasından sonra karşılaştıkları durumlar incelendiğinde hasta ebeveynlerine bakmak zorunda kalan çocukların anksiyete, depresyon, hostilite ve toplam ruhsal sıkıntı puanları diğer

çocukların puanlarına oranla daha yüksek bulunmuştur. Gruplar arasında tüm ölçek puanları açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p>0.05$ , Tablo 16).

Ebeveynlerinin hastalanmasından sonra ev işlerini üstlenmek zorunda olduklarını ifade eden çocukların tüm ölçek puan ortalamaları ev işlerini üstlenmek zorunda olmayanlara oranla yüksek çıkmıştır. Anksiyete, depresyon ve olumsuz benlik açısından gruplar arasındaki fark anlamsız ( $p>0.05$ ), somatizasyon, hostilite ve psikolojik belirti puanları açısından anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Evin geçimini üstlenmek zorunda kalan çocukların tüm ölçek puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Gruplar arasındaki fark olumsuz benlik dışında istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (anksiyete  $p<0.05$ , depresyon  $p<0.05$ , somatizasyon  $p<0.05$ , hostilite  $p<0.05$ , psikolojik belirti  $p<0.05$ , Tablo 16) .

Kardeşlerinin sorumluluğunu üstlenmek zorunda kaldıklarını ifade eden çocukların somatizasyon dışında tüm ölçek puan ortalamaları yüksek bulunmuş, ancak gruplar arasındaki farkın istatistiksel açısından anlamsız olduğu belirlenmiştir ( $p>0.05$ ).

Tablo 17’de ebeveynleri hastalandıktan sonra çocukların karşılaştıkları güçlüklerle ilişkin bulgular verilmiştir. Kendi ifadelerine göre derslerine yeterince çalışmadıklarını ifade eden çocukların somatizasyon dışında tüm ölçek puan ortalamalarının yüksek olduğu görülmekle birlikte gruplar arası farkın istatistiksel olarak önemsiz olduğu saptanmıştır ( $p>0.05$ ).

**Tablo 15: Aile İçindeki Rollerin Değişme Durumu İle Çocukların Psikolojik Belirti Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması**

| <b>Role İlişkin Değişkenler</b> | <b>Anksiyete<br/>X±SD</b>                           | <b>Depresyon<br/>X±SD</b>                          | <b>Olumsuz Benlik<br/>X±SD</b>                      | <b>Somatizasyon<br/>X±SD</b>                        | <b>Hostilite<br/>X±SD</b>                          | <b>KSE<br/>X±SD</b>                                 |
|---------------------------------|---|--|---|---|--|---|
| <b>Rollerin Değişimi</b>        |   |  |   |   |  |   |
| Evet                            | 14.91±10.35   | 19.19±9.25   | 13.63±8.62  | 8.38±5.86   | 8.03±4.38  | 64.13±31.40   |
| Hayır                           | 13.24±8.31  | 20.79±7.92   | 10.38±7.48  | 6.59±5.31   | 6.90±4.29  | 57.90±28.79   |
| <b>Test ve p</b>                | <i>t=0.833</i><br><i>p&gt;0.05</i>                  | <i>t=0.867</i><br><i>p&gt;0.05</i>                 | <i>t=1.867</i><br><i>p&gt;0.05</i>                  | <i>t=1.475</i><br><i>p&gt;0.05</i>                  | <i>t=1.192</i><br><i>p&gt;0.05</i>                 | <i>t=0.951</i><br><i>p&gt;0.05</i>                  |
| <b>Üstlenilen Rol</b>           |   |  |   |   |  |   |
| Anne                            |   |  |   |   |  |   |
| Baba                            | 11.15±6.05  | 19.24±6.40   | 8.03±5.70   | 5.24±3.73   | 5.74±3.79  | 49.38±20.43   |
| Bakım verici                    | 15.31±9.55  | 21.23±7.63   | 13.00±8.04  | 9.15±6.57   | 8.08±4.68  | 66.77±32.15   |
|                                 | 17.27±11.16   | 25.09±11.12  | 14.55±9.32  | 7.73±6.84   | 9.09±4.42  | 73.73±38.50   |
| <b>Test ve p</b>                | <i>KW: 3.421</i><br><i>df:2</i><br><i>p&gt;0.05</i> | <i>KW:3.998</i><br><i>df:2</i><br><i>p&gt;0.05</i> | <i>KW: 6.411</i><br><i>df:2</i><br><i>p&gt;0.05</i> | <i>KW: 4.188</i><br><i>df:2</i><br><i>p&gt;0.05</i> | <i>KW:5.017</i><br><i>df:2</i><br><i>p&gt;0.05</i> | <i>KW: 5.418</i><br><i>df:2</i><br><i>p&gt;0.05</i> |



**Tablo 16: Ebeveynin Hastalanmasından Sonra Çocukların Üstlendikleri Sorumluluklar ile Psikolojik Belirti Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması**

|   | <b>Anksiyete<br/>X±SD</b>               | <b>Depresyon<br/>X±SD</b>               | <b>Olumsuz<br/>Benlik<br/>X±SD</b>      | <b>Somatizasyon<br/>X±SD</b>            | <b>Hostilite<br/>X±SD</b>              | <b>KSE<br/>X±SD</b>                    |
|---|---|---|---|---|--|--|
| <b>Hasta anne/babama bakmak zorunda kaldım</b>              |   |   |   |   |  |  |
| Evet  | 14.00±9.01                              | 20.45±8.45                              | 11.49±7.87                              | 7.01±5.11                               | 7.34±4.30                              | 60.29±29.14                            |
| Hayır   | 11.00±10.65                             | 16.40±7.06                              | 12.20±11.19                             | 10.80±10.85                             | 6.60±5.32                              | 57.00±42.62                            |
| <b>Test ve p</b>  | <i>MWU:177.000</i><br><i>p&gt;0.05</i>  | <i>MWU:152.500</i><br><i>p&gt;0.05</i>  | <i>MWU:210.500</i><br><i>p&gt;0.05</i>  | <i>MWU:193.500</i><br><i>p&gt;0.05</i>  | <i>MWU:205.500</i><br><i>p&gt;0.05</i> | <i>MWU:193.000</i><br><i>p&gt;0.05</i> |
| <b>Ev işlerini üstlenmek zorunda kaldım</b>                 |   |   |   |   |  |  |
| Evet  | 12.65±8.31                              | 19.55±8.37                              | 10.27±7.11                              | 6.25±4.89                               | 6.45±4.03                              | 55.18±27.44                            |
| Hayır   | 15.69±9.98                              | 21.29±8.46                              | 13.51±9.00                              | 8.74±6.21                               | 8.63±4.51                              | 67.86±31.87                            |
| <b>Test ve p</b>  | <i>t=-1.497</i><br><i>p&gt;0.05</i>     | <i>t=-0.955</i><br><i>p&gt;0.05</i>     | <i>t=-1.900</i><br><i>p&gt;0.05</i>     | <i>t=-2.116</i><br><i>p&lt;0.05</i>     | <i>t=-2.321</i><br><i>p&lt;0.05</i>    | <i>t=-1.940</i><br><i>p&lt;0.05</i>    |
| <b>Evin geçimini üstlenmek zorunda kaldım</b>               |   |   |   |   |  |  |
| Evet  | 17.05±8.43                              | 23.67±8.08                              | 14.00±8.42                              | 8.48±4.20                               | 8.81±2.89                              | 72.00±26.56                            |
| Hayır   | 12.86±9.08                              | 19.17±8.27                              | 10.78±7.78                              | 6.84±5.87                               | 6.84±4.60                              | 56.49±29.86                            |
| <b>Test ve p</b>  | <i>MWU: 504.000</i><br><i>P&lt;0.05</i> | <i>MWU:465.000</i><br><i>P&lt;0.05</i>  | <i>MWU:553.500</i><br><i>P&gt;0.05</i>  | <i>MWU:472.500</i><br><i>P&lt;0.05</i>  | <i>MWU:470.500</i><br><i>P&lt;0.05</i> | <i>MWU:458.000</i><br><i>P&lt;0.05</i> |
| <b>Kardeşlerimin sorumluluğunu üstlenmek zorunda kaldım</b> |   |   |   |   |  |  |
| Evet  | 13.96±8.63                              | 21.01±8.25                              | 11.73±7.68                              | 7.09±5.36                               | 7.66±4.43                              | 61.45±29.35                            |
| Hayır   | 13.48±10.42                             | 17.91±8.58                              | 10.96±9.04                              | 7.61±6.16                               | 6.26±3.95                              | 56.22±31.11                            |
| <b>Test ve p</b>  | <i>MWU:742.000</i><br><i>p&gt;0.05</i>  | <i>MWU: 624.000</i><br><i>p&gt;0.05</i> | <i>MWU: 700.000</i><br><i>p&gt;0.05</i> | <i>MWU: 765.500</i><br><i>p&gt;0.05</i> | <i>MWU:623.500</i><br><i>p&gt;0.05</i> | <i>MWU:685.000</i><br><i>p&gt;0.05</i> |

Kendilerine yeterince zaman ayıramadıklarını ifade eden çocukların anksiyete puan ortalamasının  $13.89 \pm 9.32$ , depresyon puan ortalamasının  $20.91 \pm 8.26$ , olumsuz benlik puan ortalamasının  $11.75 \pm 8.17$ , somatizasyon puan ortalamasının  $7.30 \pm 6.60$ , hostilite puan ortalamasının  $7.39 \pm 4.54$  ve toplam ruhsal sıkıntı puan ortalamasının  $61.15 \pm 30.40$  olduğu bulunmuş anksiyete, olumsuz benlik, somatizasyon, hostilite ve toplam ruhsal sıkıntı açısından gruplar arasındaki fark önemsiz ( $p > 0.05$ ), depresyon açısından önemli olduğu saptanmıştır ( $p < 0.05$ ).

Arkadaşları ile vakit geçiremediklerini ifade eden çocukların tüm ölçek puan ortalamaları daha yüksek çıkmıştır. Anksiyete, somatizasyon, hostilite açısından gruplar arasındaki fark anlamsız ( $p > 0.05$ ), depresyon, olumsuz benlik ve toplam ruhsal sıkıntı açısından anlamlı bulunmuştur ( $p < 0.05$ , Tablo 17).

Tablo 18’de çocukların aileden ve arkadaştan algılanan sosyal destek puanları ile ruhsal sıkıntı puanları arasındaki ilişki verilmiştir. Çocukların aileden ve arkadaştan algılanan sosyal destek puanları ile anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon, hostilite ve toplam ruhsal sıkıntı puanları arasındaki ilişki anlamsızdır ( $p > 0.05$ ). Çocukların aileden algıladıkları sosyal destek puan ortalaması  $14.28 \pm 4.03$ , arkadaştan algıladıkları sosyal destek puan ortalamaları  $14.82 \pm 4.76$  olarak belirlenmiştir.

**Tablo 17: Ebeveynlerin Hastalanmasından Sonra Karşılaşılan Güçlükler İle Çocukların Psikolojik Belirti Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması**

|   | <b>Anksiyete<br/>X±SD</b>              | <b>Depresyon<br/>X±SD</b>              | <b>Olumsuz Benlik<br/>X±SD</b>         | <b>Somatizasyon<br/>X±SD</b>           | <b>Hostilite<br/>X±SD</b>              | <b>KSE<br/>X±SD</b>                    |
|---|--|--|--|--|--|--|
| <b>Derslerime yeterince çalışmıyorum</b>    |  |  |  |  |  |  |
| Evet  | 14.96±8.90                             | 20.84±7.88                             | 12.16±8.43                             | 6.88±5.47                              | 7.84±4.43                              | 62.68±29.93                            |
| Hayır                                       | 12.43±9.18                             | 19.45±9.05                             | 10.75±7.47                             | 7.65±5.68                              | 6.63±4.17                              | 56.90±29.52                            |
| <b>Test ve p</b>                            | <i>t=1.324</i><br><i>p&gt;0.05</i>     | <i>t=0.778</i><br><i>p&gt;0.05</i>     | <i>t=0.829</i><br><i>p&gt;0.05</i>     | <i>t=0.653</i><br><i>p&gt;0.05</i>     | <i>t=1.328</i><br><i>p&gt;0.05</i>     | <i>t=0.916</i><br><i>p&gt;0.05</i>     |
| <b>Kendime yeterince zaman ayıramıyorum</b> |  |  |  |  |  |  |
| Evet  | 13.89±9.32                             | 20.91±8.26                             | 11.75±8.17                             | 7.21±5.45                              | 7.39±4.54                              | 61.15±30.40                            |
| Hayır                                       | 13.40±7.01                             | 14.70±7.82                             | 9.80±6.70                              | 7.30±6.60                              | 6.60±2.07                              | 51.80±23.22                            |
| <b>Test ve p</b>                            | <i>MWU:365.500</i><br><i>p&gt;0.05</i> | <i>MWU:237.500</i><br><i>P&lt;0.05</i> | <i>MWU:350.500</i><br><i>p&gt;0.05</i> | <i>MWU:368.500</i><br><i>p&gt;0.05</i> | <i>MWU:369.500</i><br><i>p&gt;0.05</i> | <i>MWU:321.500</i><br><i>p&gt;0.05</i> |
| <b>Arkadaşlarımla vakit geçiremiyorum</b>   |  |  |  |  |  |  |
| Evet  | 14.06±9.44                             | 20.96±8.38                             | 12.10±8.04                             | 7.55±5.43                              | 7.49±4.52                              | 62.17±30.29                            |
| Hayır                                       | 12.33±6.17                             | 15.42±7.06                             | 7.83±7.02                              | 5.08±6.07                              | 6.08±2.61                              | 46.75±22.33                            |
| <b>Test ve p</b>                            | <i>MWU:451.500</i><br><i>p&gt;0.05</i> | <i>MWU:285.000</i><br><i>P&lt;0.05</i> | <i>MWU:298.500</i><br><i>P&lt;0.05</i> | <i>MWU:312.000</i><br><i>p&gt;0.05</i> | <i>MWU:395.000</i><br><i>p&gt;0.05</i> | <i>MWU:297.000</i><br><i>P&lt;0.05</i> |

**Tablo 18: Çocukların Aileden ve Arkadaştan Algıladıkları Sosyal Destek Puanları ile Psikolojik Belirti Puanları Arasındaki İlişki**

| Ölçekler | Anksiyete |          | Depresyon |          | Olumsuz Benlik |          | Somatizasyon |          | Hostilite |          | KSE    |          |
|----------|-----------|----------|-----------|----------|----------------|----------|--------------|----------|-----------|----------|--------|----------|
|          | r         | p        | r         | p        | r              | p        | r            | p        | r         | p        | r      | p        |
| ASD/ AL* | 0.065     | $p>0.05$ | 0.139     | $p>0.05$ | -0.007         | $p>0.05$ | -0.032       | $p>0.05$ | 0.158     | $p>0.05$ | 0.074  | $p>0.05$ |
| ASD/AR*  | -0.063    | $p>0.05$ | 0.019     | $p>0.05$ | -0.120         | $p>0.05$ | -0.131       | $p>0.05$ | 0.029     | $p>0.05$ | -0.066 | $p>0.05$ |

\*ASD/ AL: Aileden algılanan sosyal destek ölçeği

\*\*ASD/ AR: Arkadaştan algılanan sosyal destek ölçeği

## 5. TARTIŞMA

Aile üyelerinden birinin kanser tanısı alması hastayı olduğu kadar onun yakın çevresi, aile ve arkadaşları için başa çıkılması zor bir durumdur. Hastalığın başlangıç aşamasından itibaren her devrede hastanın yakınları da onunla birlikte o devre ile ilgili korku, kaygı ve kızgınlık gibi duygular yaşarlar<sup>13,51</sup>. Ebeveyn kanseri ile karşılaşma, çocuklar için çok travmatize edicidir ve çocuklar bu dönemde anksiyete, depresyon, somatik şikayetler, üzüntü, sinir ve agresif davranışlar gibi bir çok psikolojik sorun yaşamaktadırlar<sup>12-14</sup>.

Bu çalışmada, kanserli ebeveyni olan 90 çocuğun, 90 hasta ve sağlam ebeveynin tanıtıcı özellikleri ile çocuklarda görülen psikolojik belirtiler (anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon ve hostilite) karşılaşılan güçlükler ve etkileyen faktörler değerlendirilmiş olup, elde edilen bulgular literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

Araştırma kapsamına alınan kanserli ebeveyni olan çocukların ortalama 15.64±1.81 yaşında (n=90, yaş aralığı:13-18), %52.2'sinin kız, %75.6'sının ilköğretim mezunu olduğu belirlenmiştir (Tablo 2).

Hasta ebeveynlerin ortalama 48.62±8.01 yaşında olduğu, %66.7'sinin anne, %64.2'sinin ev hanımı, %51.1'inin okur yazar/ilkokul mezunu olan grupta yer aldıkları, sağlam ebeveynlerin ise ortalama 49.48±9.43 yaşında, %65.6'sının baba, %44.5'inin serbest meslekle uğraştığı ve %58.9'unun okur yazar/ilkokul mezunu olan grupta yoğunlaştığı belirlenmiştir (Tablo 3).

Çalışma kapsamına alınan ailelerin %71.1'inin çekirdek aile olduğu, %50.0'inin il merkezinde yaşadığı, %91.1'inin sosyal güvencelerinin olduğu ve %57.8'inin kendi ifadelerine göre gelir düzeylerini orta olarak derecelendirdikleri bulunmuştur (Tablo 4).

Kanserli ebeveynlerin tanılarına göre dağılımları incelendiğinde mide kanserinin (%24.4) ilk sırada yer aldığı bunu sırasıyla lösemi (%17.8), akciğer kanseri (%13.3), meme kanseri (%11.1), uterus kanseri (%11.1), kolon kanseri (%10.0), prostat kanseri (%6.7), hodgkin's lenfomanın (%5.6) izlediği görülmüştür (Tablo 5).

Hastaların teşhis konulan zamana göre dağılımları incelendiğinde %46.7'sinin teşhislerinin araştırmanın yapıldığı tarihten önceki 6 ay-1 yıllık zaman diliminde, %38.9'unun 1-3 yıl arası, %14.4'ünün 3-5 yıl önce konduğu belirlenmiştir (Tablo 5).

Çalışma kapsamındaki çocukların %62.2'sinin ebeveyninin teşhisini bildiği, %6.7'sinin ebeveynlerinin teşhislerini ilk öğrendiğinde çok üzüldüklerini ifade ettikleri, %65.6'sının ebeveynlerinin hastalığını "çok ciddi" bir hastalık olarak değerlendirdiği görülmüştür.

Kötü prognoza sahip terminal dönem hastalığından acı çeken ebeveyni olan çocukların ebeveynlerinin kanser hastalığını düşünmekten kaçındıkları ve ebeveynlerinin hastalığını çok ciddi bir hastalık ve stres verici bir olay olarak değerlendirdikleri görülmüştür<sup>13,22,25</sup>.

Huizinga ve arkadaşlarının<sup>12</sup> çalışmasında çocukların büyük bir çoğunluğu ebeveynlerinin hastalıklarını ciddi veya çok ciddi olduğunu algılamaktadır. Ayrıca hastalığı tekrarlayan ebeveynine sahip olan çocukların diğer çocuklara oranla hastalığı daha ciddi olarak algıladıkları belirtilmiştir. Bu çalışmada da çocukların çoğunun ebeveyninin hastalığını çok ciddi olarak algılamaları literatürle uyumludur.

Çocukların kendilerinin hasta ebeveynleriyle aynı hastalığa yakalanmaktan korkma durumlarının dağılımları incelendiğinde %74.4'ünün kendilerinin de ebeveynleriyle aynı hastalığa yakalanmaktan korktuklarını ifade ettikleri belirlenmiştir (Tablo 6).

Huizinga ve arkadaşlarının<sup>12</sup> çalışmasında kız çocuklarının annelerinde olduğu gibi kendilerinde de aynı tür kanser hastalığına yakalanmaktan korktuklarını saptamışlardır.

Haris ve Zakowski'nin<sup>18</sup> çalışmasında kanserli ebeveyne sahip adölesan çocukların sağlıklı ebeveyne sahip adölesan çocuklara oranla kendilerinde kanser gelişme riskini daha yüksek algıladıkları belirlenmiştir.

Çocukların %64.4'ünün aile içindeki rollerinde değişme olduğu ve %37.8'inin anne rolü üstlendikleri tespit edilmiştir (Tablo 7).

Kalitatif çalışmalar ebeveynlerin mümkün olduğunca ailenin günlük yaşantısını sürdürme çabasında olmalarına rağmen hastalığın ailede rol değişimlerine neden olduğunu ortaya çıkarmıştır<sup>19,80</sup>.

Çocukların kendi ifadelerine göre ebeveynlerinin hastalanmasından sonra üstlendikleri sorumlulukların dağılımları incelendiğinde; hasta ebeveynlerine bakmak zorunda kalan çocukların oranı %94.4, kardeşlerinin sorumluluğunu üstlenmek zorunda kalanların oranı %74.4, ev işlerini üstlenmek zorunda kalanların oranı %38.9 ve evin geçimini üstlenmek zorunda kalanların oranı %23.3 olarak belirlenmiştir (Tablo 8).

Kanserli hastaya evde bakım vermenin, hastalık olayının tümü ile aile üyelerinin günlük yaşamına girmesine ve günlük rutinlerinin bozulmasına neden olduğu bilinmektedir<sup>5,81</sup>. Literatürde de ebeveynin tedavisi boyunca adölesanların daha fazla ev işlerini yapmak zorunda kaldıkları, hasta ebeveynlerine baktıkları ve kardeşlerinin sorumluluğunu üstlendikleri belirtilmektedir<sup>13,14</sup>.

Çocukların ebeveynlerinin hastalığından sonra yaşadıkları güçlükler incelendiğinde kendilerine yeterince zaman ayıramadıklarını ifade eden çocukların oranı %88.9, arkadaşlarıyla vakit geçiremediklerini ifade edenlerin oranı %86.7 ve derslerine yeterince çalışmadıklarını söyleyenlerin oranı %55.6 olarak bulunmuştur (Tablo 8).

Bu konuda yapılan bir çalışmada kanserli hastanın bakımını üstlenen kişilerin arkadaşlarına, diğer aile üyelerine ve kendilerine yeterince zaman ayıramadıkları saptanmıştır<sup>55</sup>. Ayrıca bu konuda yapılmış kalitatif çalışmalar ebeveyni kanserli olan çocukların okul ödevlerini yapmakta güçlük çektiklerini ve okul performanslarında azalmaların olduğunu ortaya çıkarmıştır. Bazı adölesanların konsantre olmada güçlük çektikleri bazı adölesanların ise kardeşlerini almak için okuldan erken ayrıldıkları veya geç geldikleri, derslere katılmadıkları ve okul performansında azalmaların olduğu ortaya çıkmıştır<sup>14,21,22</sup>.

Şahin ve arkadaşlarının<sup>74</sup> kısa semptom envanterinin ergenler için geçerlik, güvenilirlik ve faktör yapısını inceledikleri çalışmada ölçeğin alt boyutlarından alınan puan ortalamaları anksiyete için  $14.25 \pm 10.27$ , depresyon için  $14.58 \pm 10.27$ , olumsuz benlik için  $5.40 \pm 4.99$ , somatizasyon için  $3.37 \pm 3.73$  ve hostilite için  $4.94 \pm 3.91$  olarak bulunmuştur. Bu çalışmada ise anksiyete puan ortalaması  $13.83 \pm 9.06$ , depresyon puan ortalaması  $20.22 \pm 8.40$ , olumsuz benlik puan ortalaması  $11.53 \pm 8.01$ , somatizasyon puan ortalaması  $7.22 \pm 5.54$  ve hostilite puan ortalaması  $7.30 \pm 4.33$  olarak belirlenmiştir. Buna göre bu çalışmada çocukların genel olarak daha yüksek düzeyde psikolojik belirti gösterdikleri görülmektedir.

Bu çalışmada çocukların psikolojik belirti düzeylerinin Şahin ve arkadaşlarının<sup>74</sup> çalışmalarında elde edilen ortalamaların üzerinde olması ebeveynlerinin hastalığından önemli derecede etkilenmiş olduklarını düşündürmektedir.

Bu konuda yapılan çalışmalar da ebeveyn kanserinin sadece hastayı değil aynı zamanda aileyi de olumsuz şekilde etkilediğini ortaya koymaktadır<sup>8,12,13,82</sup>. Ailede bakım sorumluluğunu üstlenen kişiler hastaya ve diğer aile üyelerine destek olmaya çalışırken kendileri de çok fazla güçlük yaşayabilirler<sup>5</sup>.



Ebeveyndeki kanser ve uygulanan tedavinin çocuklar ve hasta ebeveynin bakımını üstlenen kişiler üzerinde değişik psikolojik etkilere neden olduğu ve onların yaşam kalitelerini olumsuz etkilediği belirlenmiştir<sup>51</sup>. Compas ve arkadaşlarının<sup>13</sup> çalışmalarında; ebeveyn kanserinin çocukların psikolojik durumunu sarsıcı etkiye sahip olduğu vurgulanmıştır. Diğer bir çalışmada ise çocukların stres, anksiyete, korku, suçluluk ve endişe oluşturarak onların fiziksel ve psikolojik sağlığını etkilediği ve tükenmişliğe neden olduğu vurgulanmıştır<sup>83</sup>. Kanserli ebeveyni olan çocuklar ile yapılan diğer çalışmalarda da çocukların yüksek düzeyde ruhsal ve davranışsal problemler yaşadıkları saptanmıştır. Çocukların ailenin tıbbi krizi sırasında, ebeveynlerin hastalığından dolayı normal ebeveyn rollerini yerine getirememesi, ev ve çocuk sorumluluklarına yeterince katılamamaları sonucunda ihmal edildikleri de belirlenmiştir<sup>13,23,54,84</sup>.

Bu konuda yapılan bazı çalışmalar tedavi sırasında komplikasyonlar yaşayan ebeveynlerin adolesan çocuklarının, bu belirtileri göstermeyen ailelere göre çok daha fazla psikolojik problemler yaşadıkları ebeveyn ve çocukların kanser teşhisinin konulmasından, tedavi edilmesine ve iyileşme süresine kadar her aşamada yoğun stres yaşadıkları belirtilmiştir<sup>14,57</sup>. Diğer bir çalışmada ise ebeveyndeki kanser hastalığının, teşhisin konulmasından, tedaviye tanık olmaya ve bu hastalık nedeniyle ebeveynini kaybetme tehdidinin oluşmasına kadar sürecin her aşamasında çocukları strese sokan travmatize edici bir olay olduğu vurgulanmıştır<sup>12</sup>. Bu çalışmanın sonuçları verilen araştırmaların sonuçlarıyla aynı doğrultudadır.

Çalışmada çocukların yaşları ile psikolojik belirti düzeyleri arasında bir ilişki bulunmamıştır ( $p>0.05$ , Tablo 10). Huizinga ve arkadaşlarının<sup>22</sup> çalışmasında adolesanların yaşının duygusal durumları üzerinde etkili olmadığı, Welch ve

arkadaşlarının yaptığı çalışmada da<sup>23</sup> çocukların yaşının anksiyete ve depresyon belirtilerini önemli ölçüde değiştirmedeği belirlenmiştir .

Çalışmanın bulgularına göre erkek çocukların anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon, hostilite ve toplam psikolojik belirti puan ortalamaları kız çocuklarına oranla daha yüksek bulunmuş ve çocukların cinsiyetine göre toplam psikolojik belirti puanları arasındaki fark önemli bulunmuştur ( $p<0.05$ , Tablo 10).

Bu konuda yapılmış çeşitli çalışmaların bazılarında kız çocuklarının, bazılarında da bu çalışmanın bulgularına benzer olarak erkek çocuklarının daha yoğun psikolojik sorun yaşadıkları belirlenmiştir<sup>16,22</sup>. Ülkemizde ergenlerin gösterdiği psikolojik belirtilerin cinsiyet açısından farklılaşmasına ilişkin araştırmalar<sup>12,74</sup>, değişik sonuçlar vermektedir. Bunun nedeni, ergenlik dönemindeki kızlarla erkeklerin farklı sorunlar yaşamaları, farklı cinsiyet rolleri beklentilerine maruz kalmaları olabilir<sup>74</sup>.

Ayrıca bu konuda şimdiye kadar yapılan çalışmaların Amerika ve İngiltere kökenli olduğu göz önünde bulundurulacak olursa Türkiye’de ebeveyn kanserine verilen tepkilerin diğer toplumlardan daha farklı olabileceği ve kız çocuklarının ebeveyn kanseriyle başa çıkma yöntemlerini daha etkin kullanabilecekleri düşünülmektedir. Bunun yanı sıra kız çocuklarının ebeveynlerine ek bir sıkıntı vermek istememelerinden dolayı duygularını saklama veya daha iyimser davranma olasılığı da göz ardı edilmemelidir.

Eğitim düzeyinin çocukların psikolojik durumları üzerine etkili olmadığı bulunmuştur ( $p>0.05$ , Tablo 10). Bu durum hangi eğitim düzeyinde olursa olsun çocukların ebeveyn hastalığından benzer düzeyde etkilendiklerini düşündürmektedir.

Babası hasta olan çocukların depresyon dışında diğer alt boyutlardan daha yüksek puan aldığı belirlenmiştir (Tablo 11).

Visser ve arkadaşlarının<sup>54</sup> çalışmasında da benzer olarak babası hasta olan çocukların annesi hasta olan çocuklara oranla daha fazla psikolojik problem yaşadıkları ve daha fazla etkilendikleri ortaya çıkmıştır. Bu çalışmanın bulgularına göre babanın hasta olması çocukların geleceğe yönelik endişelerinin artmasına ve psikolojilerinin daha fazla etkilenmesine neden olmuş olabilir.

Hasta ebeveynlerin yaş ortalaması ile çocukların psikolojik belirti puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak bir ilişki bulunmamıştır ( $p>0.05$ , Tablo 11). Bu bulgulara göre hasta ebeveynin yaşının çocuğun psikolojik durumu üzerinde etkili olmadığı söylenebilir.

Aile tipi ve sosyal güvence varlığının çocukların psikolojik belirti düzeyleri üzerinde etkili olmadığı saptanmıştır ( $p>0.05$ , Tablo 12). Bu durum ebeveynin hastalığının özelliklerinin aile özelliklerinin önünde olduğunu düşündürmektedir.

Çalışma bulgularına göre ailesinin gelir düzeyini düşük olarak derecelendiren çocukların toplam psikolojik belirti puan ortalamaları daha yüksek bulunmuş olup gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0.05$ , Tablo 12).

Literatürde düşük sosyo-ekonomik durumun çocuklarda bir takım psikolojik problem yaşanma riskini artırdığı vurgulanmaktadır<sup>85</sup>. Türkiye’de yapılan çeşitli araştırmalar sosyoekonomik düzeyin (SED) psikolojik sorunlar açısından önemli bir farklılaşma boyutu olduğunu göstermektedir. Çalışkan ve arkadaşları<sup>86</sup> yaptıkları bir çalışmada, alt SED’den gelen ergenlerin, üst SED’den gelen ergenlere kıyasla duygu durum bozuklukları, anksiyete bozuklukları, şizofreni ve psikotik bozukluklar gibi sorunları daha çok gösterdiklerini belirtmektedirler<sup>74</sup>. Ebeveyninde kanser olan çocukların bu sorunları daha yoğun olarak yaşamaları kaçınılmaz bir sonuçtur.

Ebeveynlerin kanser türlerine göre çocukların psikolojik belirti puan ortalamalarının dağılımları incelendiğinde ebeveyni hodgkin's lenfoma olan çocukların anksiyete, somatizasyon, hostilite ve toplam psikolojik belirti ortalamaları; mide kanseri olanların depresyon, olumsuz benlik puan ortalamaları diğer kanser türlerinden daha yüksek saptanmasına karşın gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ , Tablo 13).

Literatürde de tedavi şekli, teşhis zamanı, kanser tipi ve evresi ile çocuklarda görülen psikolojik belirtiler arasında bir ilişki bulunamadığını gösteren çalışmalar yer almaktadır<sup>12,13,23</sup>. Bu çalışmanın sonuçları literatür ile aynı doğrultudadır.

Hastalığın teşhis sürelerine göre çocukların psikolojik belirti puan ortalamaları incelendiğinde 6 ay-1 yıldır kanser teşhisi konan ebeveynlerin çocuklarının tüm ölçek puan ortalamaları diğerlerinden daha yüksek bulunmuş ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ( $p<0.001$ , Tablo 13).

Bir araştırmada ebeveynine kanser teşhisi konan çocukların 1 yıl süresince duygusal ve davranışsal problemler yaşadıkları ve daha sonraki dönemlerde de duygusal problemlerin devam ettiği saptanmıştır<sup>22</sup>.

Visser ve arkadaşlarının<sup>14</sup> yaptığı çalışmada ise ebeveynlerine kanser teşhisi konulmasından sonraki ilk 4 ay boyunca çocukların post travmatik stres sendromu (PTSS), 6-12 aylar arasında ise hem PTSS hem de duygusal sorunlar yaşadıkları belirlenmiştir. Huizinga ve arkadaşlarının<sup>24</sup> çalışmasında da çocukların ebeveynlerine teşhis konulmasından sonraki ilk aydan itibaren yoğun anksiyete yaşadıkları ve çoğunlukla ölümden ve ölmekten korktukları saptanmıştır. Ayrıca çocukların ebeveynlerine kanser teşhisi konulmasından sonraki 4-12 aylar arasında bir kriz dönemi geçirdikleri ve hastalıkla ilgili duygusal problemler yaşadıkları belirlenmiştir<sup>23,24</sup>.

Çalışma sonuçlarından da anlaşılacağı gibi hastalığın teşhisinden sonraki erken dönem hem hasta hem de ailesi açısından kabullenilmesi ve alışılması zor bir dönemdir.

Gruplar arasında istatistiksel açıdan önemli bir fark olmamasına karşın ebeveynlerinin hastalığını bilen çocukların psikolojik belirti düzeyleri diğerlerine oranla daha yüksek bulunmuştur ( Tablo 14).

Ebeveyn teşhisini öğrenme adölesanlarda çeşitli ruhsal problemlere neden olur. Bu konuda yapılan çalışmalar ebeveynin hastalığını bilen çocukların davranışsal ve somatik problemler, anksiyete, depresyon, düşük benlik saygısı ve okul problemleri yaşadıklarını belirtmektedir<sup>12,23,24,84</sup>. Davis ve Siegel'in çalışmasında<sup>87</sup> da ebeveynlerinin hastalığını bilen çocukların bilişsel problemler, agresif veya suça meyilli davranışlar, depresyon, somatik şikayetler gibi duygusal ve davranışsal deneyimler yaşadıkları belirlenmiştir.

Çocukların kendilerinin de ebeveynleriyle aynı hastalığa yakalanmaktan korkma durumlarına göre anksiyete, olumsuz benlik ve somatizasyon puanları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamasına karşın; depresyon, hostilite ve toplam psikolojik belirti puanları açısından anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ( $p < 0.05$ , Tablo 14).

Literatürde kendilerinde kanser gelişmesinden endişe eden adölesanlarda daha fazla içe kapanma ve somatik problemler saptanmıştır<sup>7,85</sup>. Spira ve Kenomere'nin yaptığı çalışmada<sup>88</sup> adölesan kızlarda kendilerinde hastalık gelişmesi korkusunun bir sonucu olarak suça meyilli davranışlar ve ilaç kullanma gibi yüksek riskli davranışların arttığı belirlenmiştir.

Ebeveynlerinin hastalığını çok ciddi olarak derecelendiren çocukların psikolojik belirti puan ortalamaları yüksek ve sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ , Tablo 14).

Ebeveynlerinin kanser hastalığını çok ciddi olarak değerlendiren adölesanlar ve genç yetişkinlerin daha fazla psikolojik problemler yaşadıkları belirlenmiştir<sup>12,13</sup>. Ebeveynlerin hastalığını çok ciddi olarak algılayan çocukların diğer çocuklara oranla daha fazla sorun belirtmeleri ebeveynlerini kaybetme korkusunu daha yoğun yaşamalarından kaynaklanmış olabilir.

Aile içindeki rollerin değişme durumuna göre çocukların psikolojik belirti puan ortalamaları incelendiğinde gruplar arasında fark olmamasına rağmen aile içinde rol değişimi olan ve bakım verici rolünü üstlenen çocukların psikolojik belirti düzeyleri daha yüksek bulunmuştur ( $p>0.05$ , Tablo 15).

Literatürde hastalığın ailede rol değişikliği yaratabileceği ve dengelerin bozulmasına sebep olabileceği bildirilmektedir<sup>5,81</sup>. Ayrıca bazı çalışmalarda da ebeveyn rolünü üstlenmenin adölesanların anksiyete ve depresyon gibi psikolojik problemler yaşamalarına neden olduğu belirlenmiştir<sup>19,23</sup>. Bulgular literatürle uyumludur.

Ebeveynlerinin hastalanmasından sonra çocukların karşılaştıkları durumlara göre psikolojik belirti puan ortalamaları incelendiğinde hasta anne/babasına bakmak zorunda olan, evin geçimini üstlenmek zorunda olan, kardeşlerinin sorumluluğunu üstlenmek zorunda olan çocukların psikolojik belirti düzeyleri daha yüksek bulunmuştur. Literatürde ebeveynin tedavisi boyunca adölesanların daha fazla ev işlerini yapmak zorunda kaldıkları, hasta ebeveynlerine baktıkları ve kardeşlerinin sorumluluğunu üstlendikleri belirtilmiştir<sup>8</sup>. Artan bu sorumlulukların özellikle kız çocuklarında bir çok probleme neden olduğu saptanmıştır<sup>1</sup>.

Ebeveynin hastalanmasıyla birlikte çocuklar bir yandan ebeveynlerinin hastalığı ile baş etmeye çalışırken diğer bir yandan da aile içinde daha fazla sorumluluk üstlenmekte ve bunun sonucu olarak aile içindeki dengelerin ve rollerin değişmesi ile çocukların psikolojik durumları olumsuz etkilenmektedir. Çalışma bulguları literatürle uyumludur.

Anne/babanın hastalanmasından sonra derslerine yeterince çalışamayan, kendine yeterince zaman ayıramayan ve arkadaşlarıyla vakit geçiremeyen çocukların psikolojik belirti puan ortalamaları yüksek bulunmuştur. Arkadaşlarıyla vakit geçiremediğini ifade eden grubun sonuçları istatistiksel olarak da anlamlıdır ( $p<0.05$ , Tablo 17).

Kanser hastasının bakımını üstlenen kişilerin arkadaşlarına, diğer aile üyelerine ve kendilerine yeterince zaman ayıramadıkları, sağlık problemleri yaşadıkları ve yorgunluktan şikayet ettikleri saptanmıştır<sup>34</sup>.

Bilindiği gibi adölesan yaş grubunda arkadaşlarla olan ilişkiler çok önemlidir. Çocuklar arkadaş grupları içinde vakit geçirirken yaşadıkları olumsuzluklardan da uzaklaşırlar. Sorunlarını arkadaşlarıyla paylaşarak çözüm bulmaya çalışırlar<sup>25</sup>. Çalışma kapsamına alınan çocukların 13-18 yaş grubu olduğu dikkate alındığında arkadaşlarıyla vakit geçiremediklerini ifade edenlerin psikolojik belirti düzeylerinin yüksek çıkmış olması literatürle uyumlu bir sonuçtur<sup>89</sup>.

Çocukların aileden ve arkadaşlarından algıladıkları sosyal destek ile psikolojik belirti düzeyleri arasında bir ilişki saptanmamıştır (Tablo 18).

Literatürde aile üyelerince algılanan sosyal desteğin aile üyelerinin bakım verme ile ilgili algılarını ve ruh sağlığını olumlu yönde etkilediği belirlenmiştir<sup>47,70</sup>. Bulgularımızdaki farklılığın çalışma kapsamına alınan grubun kültürel ve yaşa bağlı özelliklerinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

## 6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Kanserli ebeveynlerin çocuklarında görülen psikolojik belirtileri saptamak, yaşanan güçlükleri belirlemek ve etkili olan faktörleri ortaya çıkarmak amacıyla yapılan çalışmada şu sonuçlar elde edilmiştir:

- Çalışma kapsamına alınan çocukların genel olarak yüksek düzeyde psikolojik belirti gösterdikleri ve Kısa Semptom Envanteri'nde yer alan psikolojik belirtilerden depresyon alt boyutunun en yüksek puanı aldığı belirlenmiştir.
- Çocuğun cinsiyetinin erkek ve hasta ebeveynin baba olmasının, ailenin gelir düzeyinin kötü olmasının psikolojik belirti düzeylerini artırdığı; çocuğun eğitim düzeyinin, yaşının, ebeveynin yaşının, aile tipinin, sosyal güvencenin, kanser türünün ve teşhisi bilme durumunun psikolojik belirti düzeylerine etki etmediği bulunmuştur.
- Ebeveynin teşhis süresinin 6 ay-1 yıl arasında olmasının, ebeveyniyle aynı hastalığa yakalanmaktan korkma durumunun, hastalığın ciddiyetinin çocuğun psikolojik belirti düzeylerini artırdığı, aile içinde rol değişimi olma durumu ile üstlenilen rollerin çocuğun psikolojik belirti düzeylerine etki etmediği saptanmıştır.
- Ev işlerini üstlenmek zorunda olmanın, arkadaşlarıyla vakit geçirebilmenin çocuğun psikolojik belirti düzeylerini azalttığı; hasta anne/babasına bakmanın, derslerine yeterince çalışmamanın, kardeşlerinin sorumluluğunu üstlenmenin, kendine yeterince zaman ayıramamanın çocuğun psikolojik belirti düzeylerine etki etmediği belirlenmiştir.
- Elde edilen bulgulara göre çocukların psikolojik belirti durumları ile aileden ve arkadaştan algılanan sosyal destek arasında bir ilişki olmadığı saptanmıştır.



Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Hastalarla birlikte, çocuklarının da bakım kapsamına alınması, yaşadıkları psikolojik durumla baş etmelerini sağlamak amacıyla profesyonel destek ve eğitimin verilmesi,
- Ebeveynine 6 ay-1 yıl gibi bir dönemde kanser teşhisi konan çocukların psikolojik belirti düzeylerinin daha yüksek olduğu dikkate alınacak olursa bu çocuklara erken dönemde destek ve yardımın sağlanması,
- Kanserli ebeveyni olan çocuklar için destek gruplarının oluşturulması, benzer sorunları yaşayan çocukların bir araya getirilmeleri, çocukların ebeveynlerinin hastalığı, yaşadıkları sorunlar ve baş etme yöntemlerini tartışabilecekleri destek gruplarının oluşturulması, var olanların daha etkin kullanımının sağlanması,
- Kanser hastası olan ailelerin maddi olarak desteklenmesi ve evde bakım hizmetlerinin artırılması ile çocukların yüklenmek zorunda kaldıkları sorumlulukların azaltılması,
- Çalışmanın sonuçlarının araştırmanın yapıldığı kliniklerdeki çalışanlara bildirilmesi,
- Çocuklarını psikolojik yönden desteklemeleri için ebeveynlerin bilinçlendirilmesi,
- Ülkemizde daha çok hastaya yönelik olarak yapılan psikolojik durum saptama-çalışmalarının, hastaların değişik yaş gruplarındaki çocuklarıyla da yapılması önerilebilir.

**KAYNAKLAR**

1. Bilge A, Ünal G. Kanserli hastanın yakınlarının öfke ve kaygı düzeylerinin belirlenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2005; 21 (2) : 37-46.
2. Kutluk T, Kars A. Kanser konusunda genel bilgiler. Ankara. T.C. Sağlık Bakanlığı Kanser Daire Başkanlığı, 1998.
3. Şenler FÇ. Kanserli hastalarda psikososyal sorunlar. Aktüel Tıp Dergisi. 1998; 3(10): 572-574.
4. “Kanser yükü 2006 raporu” (Çevrimiçi), <http://www.atonet.org.tr/yeni/index.php?p=804&l=1> , 20.08.07.
5. Kızılcı S. Kemoterapi alan kanserli hastalar ve yakınlarının yaşam kalitesi ve yaşam kalitesini etkileyen faktörler. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora tezi Ankara,1997.
6. Gülümser A. Kronik hastalıklara uyum. Kronik Hastalıklarda Bakım. İzmir: Intertıp Tıbbi Yayıncılık ve Bilgisayar, 2002: 37-44.
7. Visser A, Huizinga Gea A, Graaf van der WTA et. al. Psychocial consequences for children of a parent with cancer: a pilot study. European Journal of Cancer. 2005; 41: 288-295.
8. Visser A, Huizinga GA, Hoekstra HJ et. al. Parental cancer, characteristics of parents as predictors for child functioning. Cancer. 2006; 106(5): 1178-1187.
9. Özkan M. “Kronik hastalıklar ve aile, Kronik hastalıkların aileler üzerindeki psikiyatrik ve psikososyal etkileri”, (Çevrimiçi) <http://www.psikiyatriktip.com/index.asp?id=35>, 22.05.2007.

10. Ateşçi FÇ, Oğuzhanoglu NK, Baltalarlı B ve ark. Kanser hastalarında psikiyatrik bozukluklar ve ilişkili etmenler. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2003; 14(2): 145-152.
11. Özkan S . Psikiyatrik ve Psikososyal Açıdan Kanser. *Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Kongre Kitabı*. İstanbul: 1998-1999: 140-153.
12. Huizinga GA, Visser A, Graaf van der WTA et. al. Stress response symptoms in adolescent and young adult children of parents diagnosed with cancer. *European Journal of Cancer*. 2005; 41: 288-295.
13. Compas BE, Worsham NL, Epping-Jordan JE et al. When mom or dad has cancer: Markers of psychological distress in cancer patients, spouses, and children. *Health Psychology*. 1994;13(6): 507-515.
14. Visser A, Huizinga GA, Graaf van der WTA et. al. The impact of parental cancer on children and the family: a review of the literature. *Cancer Treatment Reviews*. 2004; 30(8): 683-694.
15. Nelson E, Sloper P, Charlton A, While D. Children who have a parent with cancer: a pilot study. *Journal of Cancer Education*. 1994; 30-6.
16. Nelson E, While D. Children's adjustment during the first year of a parent's cancer diagnosis. *Journal of Psychosocial Oncology*. 2002; 20: 15-36.
17. Spira M, Kenemore E. Adolescent daughters of mothers with breast cancer: impact and implications. *Clinical Social Work Journal*. 2000; 28: 183-95.
18. Haris CA, Zakowski SG. Comrapisons of distress in adolescents of cancer patients and controls. *Psycho-oncology*. 2003; 12:173-182.
19. Hilton BA, Elfert H. Children's experiences wiht mothers'early breast cancer. *Cancer Practice*. 1996; 4: 96-104.

20. Kızılcı S. Kemoterapi alan kanserli hastalar ve yakınlarının yaşam kalitesini etkileyen faktörler. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 1999; 3(2): 18-26.
21. Christ GH, Siegel K, Freund B et al. Impact of parental terminal cancer on latency-age children. American Journal of Orthopsychiatry. 1993; 63: 417-25.
22. Huizinga GA. The impact of parental cancer on children. Thesis University of Groningen. The Netherlands 2006.
23. Welch AS, Wadsworth ME, Compas BE. Adjustment of children and adolescents to parental cancer: Parents' and childrens' perspectives. Cancer. 1996; 77(7):1409-1418.
24. Huizinga GA, van der Graaf WTA, Visser A et. al. Psychosocial consequences for children of a parent with cancer. Cancer Nursing. 2003; 26(3): 195-202.
25. Lindqvist B, Schmitt F, Santalahti P et. al. Factors associated with the mental health of adolescent when a parent has cancer. Scandinavian Journal of Psychology. 2007; 48(4): 345-351.
26. Anuk D. Kanser, kanserli hasta, hasta ailesi ve tedavi ekibi etkileşimi. Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Kongre Kitabı. İstanbul: 1998-1999: 166-173.
27. Bahar A. Kanser hastalarına psikososyal yaklaşım. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2007; 10(1): 105-111.
28. Karamanoğlu AE. Kemoterapi alan kanser hastalarında yaşam kalitesi ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin incelenmesi. Marmara Üniversitesi Sağlık

- Bilimleri Enstitüsü Sağlık Kurumları Yöneticiliği Anabilim Dalı, Yüksek lisans tezi. İstanbul, 1999.
29. Akdemir N, Birol L. İç hastalıkları ve hemşirelik bakımı. Ankara: Sistem Ofset, Eylül-2005: 246-308.
30. Yılmaz SK. Ev ziyaretinin kemoterapi alan hastaların yaşam kaliteleri ve öz bakım güçlerine etkisi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora tezi, Ankara, 2003.
31. “Türkiyenin ürperten kanser haritası” (Çevrimiçi)  
<http://www.bilgiportal.com/v1/idx/53/1218/Salk/makale/Trkiyenin-rperten-Kanser-Haritas.html> 14.08.2006.
32. Hamzaoğlu O, Özcan U. Türkiye sağlık istatistikleri 2006. Ankara: Türk Tabipler Birliği Yayınları, 2005: 59-60.
33. Karakuş L, Karakoç Y. Onkolojik hastalıklar ve hemşirelik bakımı el kitabı. Ankara: Mavi Ambalaj, 2005: 15-21.
34. Croghan IT, Omoto MK. (1991). The prevention of cancer and decrease of cancer risk. (Kanserin önlenmesi ve kanser riskinin azaltılması, Çev: Abaan S), Cancer Source Book for Nurses, Baird, SB. (Ed.). Hemşireler için kanser el kitabı. (Çev. Ed. Platin N.) A.Ç.E.M. ve 4 Akşam Sanat Okulu Matbaası, Ankara, 1996; 31-40.
35. Uyl-de Groot CA, Rutten FFH, Bonsel GJ. Measurement and evaluation of quality of life in economic appraisal of cancer treatment. European Journal of Cancer. 1994; 30A(1): 111- 117.
36. Karadakovan A. İlerlemiş kanser olgularında beslenme sorunu çözümü. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 1990; 6(1): 81-88.

37. Spegiel D. Psychosocial support for patients with cancer. Cancer Supplement. 1994; 74(4):1435-1457.
38. Kelleci M. Kanser hastalarının umudunun geliştirilmesine yönelik hemşirelik girişimleri. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2005; 6: 41-47.
39. Öz F. Hastalık yaşantısında belirsizlik. Türk Psikiyatri Dergisi. 2001; 12(1): 61-68.
40. Özet A, Işıkhan H, Erdoğan E. Kanser hastalarına psikososyal destek. Hemotoloji-Onkoloji Güncel Derleme Dergisi. 1998; 1(2): 101-106
41. Gümüş AB. Meme kanserinde psikososyal sorunlar ve destekleyici girişimler. Meme Sağlığı Dergisi. 2006; 2(3): 108-114.
42. “Kanserli hastalarda psikososyal sorunlar ve tedavi yaklaşımları”, (Çevrimiçi) <http://lokman.cu.edu.tr/psychiatry/egitim/abdprog/smn-2002-kanser.ppt/> 10.06.2005.
43. Smeenk F, Witte LP, Haastregt JCM et al. Transmural care of terminal cancer patients: effect on the quality of life of direct caregivers. Nursing Research. 1998; 47(3): 129-136.
44. Özkan MB. Psiko-onkoloji. 4. Ulusal Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Kongre Kitabı. İstanbul: 1996; 21-26.
45. Atlı H, Özkan S. Sosyal çalışma açısından kanserin aile içinde yarattığı sorunların belirlenmesi ve sosyal desteğin gerçekleşmesinde etkili unsurlar. Konsültasyon liyezon psikiyatrisi kongre kitabı. İstanbul: 1998-1999: 159-165.
46. Tabar E. Hasta yakını olmak. İstanbul: Pan Yayıncılık, 2006: 10.

47. Fadiloğlu Ç. Kanserli hastaya bakım veren aile üyelerinin hastalıkla başa çıkma davranışlarının incelenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 1996; 12(1): 21-34.
48. Dodd MJ, Dibble SL, Thomas ML. Outpatient chemotherapy: Patients' and family members' concerns and coping strategies. Public Health Nursing. 1992; 9(1): 37-44.
49. Fallowfield L. Helping the relatives of patients with cancer. European Journal of Cancer. 1995; 31A(11): 1731-1732.
50. Williams AM. Caregivers of persons with stroke: their physical and emotional wellbeing. Quality of Life. 1993; 2: 213-220.
51. Rose LA. Qualitative analysis of the information needs of informal carers of terminally ill cancer patients. Journal of Clinical Nursing. 1999; 8: 81-88.
52. Northouse LL. Family issues in cancer care. Advanced Psychosomatic Medicine. 1988; 18: 82-101.
53. Watson M, James-Roberts I St, Ashley S et al. Factors associated with emotional and behavioural problems among school age children of breast cancer patients. British Journal of Cancer. 2006; 94: 43-50.
54. Visser A, Huizinga GA, Hoekstra HJ et. al. Emotional and behavioural functioning of children of a parent diagnosed with cancer: a cross-informant perspective. Psycho-oncology. 2005; 14: 746-758.
55. Grbich C, Parker D, Maddocks I. The emotions and coping strategies of caregivers of family members with a terminal cancer. Journal of Palliative Care. 2001; 17(1): 30-36.

56. "What to say to children about cancer in the family"(Çevrimiçi)  
<http://cms.clevelandclinic.org/cancer/documents/kidscancer.pdf>, The Cleveland Clinic Foundation 2006, 16.08.07.
57. Howes MJ, Hoke L, Winterbottom M, Delafield D. Psychosocial effects of breast cancer on the patient's children. *Journal of Psychosocial Oncology*. 1994; 12: 1-21.
58. Northouse LL, Cracchiolo-Caraway A, Apel CP. Psychologic consequences of breast cancer on partner and family. *Seminars in Oncology Nursing*. 1991; 7: 216-233.
59. Öz F. Sağlık alanında temel kavramlar. Ankara: İmaj İç ve Dış Ticaret, 2004: 303.
60. Brish TG, Red WH. Symptom control in psychosocial oncology. *Cancer Supplement*. 1994; 74(4): 1438-1444.
61. Akçay A. Kanserli hastalarda destek tedaviler-1. XIII: TPOG Ulusal Pediatrik Kanser Kongresi, Hemşire Programı. 2004: 184-185.
62. Sapmaz F. Üniversite öğrencilerinin uyumlu ve uyumsuz mükemmelliyetçilik özelliklerinin psikolojik belirti düzeyleri açısından incelenmesi. Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek lisans tezi Sakarya, 2006.
63. Aytekin A. Doğumsal kalp hastalığı olan çocukların ebeveynlerinin ruhsal sıkıntı ve umutsuzluk düzeyleri ile algıladıkları sosyal destek arasındaki ilişki. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek lisans tezi Erzurum, 2006.
64. Gözüağca D. Hemşirelik öğrencilerinin ruhsal sorunlara sahip olma durumları ve problem alanlarının saptanması. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri



Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek lisans tezi Erzurum, 2004.

65. Siegel K, Mesagno FP, Karus D et.al. Psychosocial adjustment of children with a terminally ill parent. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1992; 31: 327-33.
66. Yıldız M. Benlik kavramı ve benliğin gelişiminde dinin rolü. *İlahiyat Fakültesi Dergisi*. 2006; 23: 87-127.
67. Sorias O. Sosyal desteklerin ruhsal sağlığı koruyucu etkisinin depresyonlu ve sağlıklı kontrollerde araştırılması. *Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 1988; 27: 1033-1038.
68. Tunçer Ö. İ.Ü. Cerrahpaşa tıp fakültesi sürekli tıp eğitimi etkinlikleri, depresyon, somatizasyon ve psikiyatrik aciller sempozyumu. İstanbul: Aralık 1999: 47-52.
69. Hudson P, Aranda S, Kristjanson L. Meeting the supportive needs of family caregivers in palliative care: challenges for health professionals. *Journal of Palliative Medicine*. 2004; 7(1): 19-25.
70. Çetinkaya Y. Kanser hastalarına bakım verenlerde stres, stres yaratan durumlar ve etkilerinin incelenmesi. *Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans tezi İzmir, 2006.*
71. Yıldırım A. Eğitimi hemşirelik olan ve olmayan üniversite öğrencilerinin stresle başa çıkma düzeylerinin karşılaştırılması. *Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek lisans tezi Erzurum, 2003.*

72. Eskin M. Reliability of the Turkish version of the perceived social support from friends and family scales, scale for interpersonal behavior, and suicide probability scale. *Journal of Clinical Psychology*. 1993; 49 (4): 515-522.
73. Şahin NH, Durak A. Kısa semptom envanteri (brief symptom inventory-BSI): Türk gençleri için uyarlanması. *Türk Psikoloji Dergisi*. 1994; 9(31): 44-56.
74. Şahin NH, Durak Batıgün A, Uğurtaş S. Kısa semptom envanteri (KSE): Ergenler için kullanımının geçerlik, güvenilirlik ve faktör yapısı. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2002; 13(2): 125-135.
75. Savaşır I, Şahin NH. Bilişsel-davranışçı terapilerde değerlendirme: Sık kullanılan ölçekler. Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları, 1997: 115-122.
76. Güçray SS. Bazı kişisel değişkenler, algılanan sosyal destek ve atılganlığın karar verme stilleri ile ilişkisi. *Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*. 1998; 2(9): 7-16.
77. Karataş N. Hemşirelik araştırmalarında etik. *Hemşirelikte Araştırma Dergisi*. 2000; 1: 5-8.
78. Babadağ K. Hemşirelik araştırmalarında etik. *Hemşirelik Bülteni*. 1995; 9(38): 1-11.
79. Aksakoğlu G. Sağlıkta araştırma teknikleri ve araştırma yöntemleri. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Yayın Komisyonu, 2001: 212-288.
80. Helseth S, Ulfsæt N. Having a parent with cancer. Coping and quality of life of children during serious illness in the family. *Cancer Nursing*. 2003; 26(5): 355-362.

81. Chambers M, Ryan AA, Connor SL. Exploring the emotional support needs and coping strategies of family carers. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2001; 8: 99-106.
82. Helseth S, Ulfsæt N. Parenting experiences during cancer. *Journal of Advanced Nursing*. 2005; 52(1): 38-46.
83. Faulkner RA, Davey M. Children and Adolescents of Cancer Patients: The impact of cancer on the family. *The American Journal of Family Therapy*. 2002; 30: 63-72.
84. Birenbaum LK, Yancey DZ, Phillips DS et. al. School-age children's and adolescent's adjustment when a parents has cancer. *Oncology Nursing Forum*. 1999; 26(10): 1639-1645.
85. Kahn R, Brandh D, Whitaker R. Combined effect of mothers' and fathers' mental health symptoms on children's behavioral and emotional well-being. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*. 2004; 158: 721-729.
86. Çalışkan D, Çöl M, Canat S ve ark. AÜTP Psikiyatri Kliniği Ergen Bölümü'ne bir yılda yapılan başvuruların değerlendirilmesi. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 1994; 5(1): 56-61.
87. Davis L, Siegel LJ. Posttraumatic stres disorder in children and adolescent: A review and analysis. *Clinical Child and Family Psychology Review*. 2000; 3(3): 135-154.
88. Spira M, Kenomere E. Adolescent daughters of mothers with breast cancer: impact and implications. *Clinical Social Work Journal*. 2000; 28: 183-95.
89. Steinberg L, Morris AS. Adolescent devolepment. *Annual Review of Psychology*. 2001; 52: 83-110.

**EK-1****Soru Formu**

**1. Yaşınız kaç? .....**

**2. Cinsiyetiniz?**

1) Kız

2) Erkek

**3. Eğitim düzeyiniz nedir?**

1) Okuryazar

2) İlköğretim(İlkokul-Ortaokul)

3) Lise

**4. Ailenizin sosyal güvencesi var mı?**

1) Var

2) Yok

**5. Şu anda yaşadığınız yer?**

1) İl

2) İlçe

3) Köy

**6. Ailenizin gelir düzeyi nedir?**

1) İyi

2) Orta

3) Kötü

**7. Ailenizin yapısı nedir?**

1) Çekirdek

2) Geniş

3) Parçalanmış

**8. Hasta olan ebeveyniniz hangisi?**

1) Anne

2) Baba

**9. Ebeveyninizin tanısını biliyor musunuz?**

1) Evet

2) Hayır

**10. Hasta ebeveyninizin tanısı nedir?**

1) Rahim CA

2) Bağırsak CA

3) Hodgkin's Lenfoma

4) Mide CA

5) Prostat CA

6) Akciğer CA

7) Kan CA

8) Meme CA

**11. Ebeveyninizin teşhisi ne zaman kondu?**

1) 6 ay- 1yıl önce

2) 1-3 yıl önce

3) 3-5 yıl önce

**12. Öğrendiğinizde ne tepki verdiniz?**

1) Tepki vermedim

2) Çok üzüldüm

3) Ağladım

4) Diğer

**13. Hasta ebeveyninizin yaşı kaç? .....**

**14. Hasta ebeveyninizin mesleği nedir?**

- 1) Ev hanımı
- 2) Kamu çalışanı
- 3) Serbest
- 4) Emekli

**15. Hasta ebeveyninizin eğitim düzeyi nedir?**

- 1) Okuryazar değil
- 2) Okuryazar/ İlkokul
- 3) Ortaokul/ Lise

**16. Sağlam ebeveyninizin yaşı kaç?.....**

**17. Sağlam ebeveyninizin eğitim düzeyi nedir?**

- 1) Okuryazar değil
- 2) Okuryazar / İlkokul
- 3) Ortaokul/Lise

**18. Sağlam ebeveyninizin mesleği nedir?**

- 1) Ev hanımı
- 2) Kamu çalışanı
- 3) Serbest
- 4) Emekli

**19. Ebeveyniniz hastalandıktan sonra aile içindeki rolleriniz değişti mi?**

- 1) Değişti
- 2) Değişmedi

**20. (Değişti ise) Hangi rolü üstlendiniz?**

- 1) Anne
- 2) Baba
- 3) Bakım verici

**21. Aynı hastalığa yakalanmaktan korkuyor musunuz?**

- 1) Korkuyorum
- 2) Korkmuyorum

**22. Ebeveyninizin hastalığının ciddiyet durumu size göre nedir?**

- 1) Çok ciddi
- 2) Ciddi
- 3) Biraz ciddi

**23. Ebeveyninizin hastalığından sonra hangi sorumlulukları üstlendiniz?**

- 1) Hastama bakmak zorunda kaldım
- 2) Ev işlerini üstlenmek zorunda kaldım
- 3) Kardeşlerimin sorumluluğunu üstlenmek zorunda kaldım

**24. Ebeveyninizin hastalığından sonra yaşadığınız güçlükler nelerdir?**

- 1) Derslerime yeterince çalışamıyorum
- 2) Kendime yeterince zaman ayıramıyorum
- 3) Arkadaşlarımla vakit geçiremiyorum

## EK-2

**KSE ( Kısa Semptom Envanteri)**

Aşağıda insanların bazen yaşadıkları belirtilen ve yakınmaların bir listesi verilmiştir. Listedeki her maddeyi lütfen dikkatle okuyun. Daha sonra o belirtinin SİZDE BUGÜN DAHİL, SON BİR HAFTADA NE KADAR VAROLDUĞUNU yandaki bölmede uygun olan yerde işaretleyin. Her belirti için sadece bir yeri işaretlemeye ve hiçbir maddeyi atlamamaya özen gösterin. Yanıtlarınızı kurşun kalemle işaretleyin. Eğer fikir değiştirirseniz ilk yanıtınızı silin.

Tanıtlarınızı aşağıdaki ölçeğe göre değerlendirin:

Bu belirtiler son bir haftadır sizde ne kadar var?

0. Hiç yok
1. Biraz var
2. Orta derecede var
3. Epey var
4. Çok fazla var

Bu belirtiler son bir haftadır sizde ne kadar var?

|   |   | Hiç | Çok Az | Orta Derecede | Oldukça Fazla | İleri Derecede |
|---|---|-----|--------|---------------|---------------|----------------|
| 1 | İçinizdeki sinirlilik ve titreme hali                                 |     |        |               |               |                |
| 2 | Baygınlık, baş dönmesi  |     |        |               |               |                |
| 3 | Bir başka kişinin sizin düşüncelerinizi kontrol edeceği fikri         |     |        |               |               |                |
| 4 | Başınıza gelen sıkıntılardan dolayı başkalarının suçlu olduğu duygusu |     |        |               |               |                |
| 5 | Olayları hatırlamada güçlük   |     |        |               |               |                |
| 6 | Çok kolayca kızıp öfkelenme   |     |        |               |               |                |



|    |  |  |  |  |  |  |
|----|--|--|--|--|--|--|
| 7  | Göğüs (kalp) bölgesinde ağrılar  |  |  |  |  |  |
| 8  | Meydanlık (açık) yerlerden korkma duygusu                                    |  |  |  |  |  |
| 9  | Yaşamınıza son verme düşünceleri   |  |  |  |  |  |
| 10 | İnsanların çoğuna güvenilemeyeceği hissi                                     |  |  |  |  |  |
| 11 | İştahta bozukluklar  |  |  |  |  |  |
| 12 | Hiçbir nedeni olmayan ani korkular   |  |  |  |  |  |
| 13 | Kontrol edemediğiniz duygu patlamaları                                       |  |  |  |  |  |
| 14 | Başka insanlarla beraberken bile yalnızlık hissetmek                         |  |  |  |  |  |
| 15 | İşleri bitirmek konusunda kendini engellenmiş hissetmek                      |  |  |  |  |  |
| 16 | Yalnızlık hissetmek  |  |  |  |  |  |
| 17 | Hüzünlü, kederli hissetmek   |  |  |  |  |  |
| 18 | Hiçbir şeye ilgi duymamak  |  |  |  |  |  |
| 19 | Ağlamaklı hissetmek  |  |  |  |  |  |
| 20 | Kolayca incinebilme, kırılmak  |  |  |  |  |  |
| 21 | İnsanların sizi sevmediğine, kötü davrandığına inanmak                       |  |  |  |  |  |
| 22 | Kendini kendilerinden daha aşağı görmek                                      |  |  |  |  |  |
| 23 | Mide bozukluğu, bulantı  |  |  |  |  |  |
| 24 | Diğerlerinin sizi gözlediği ya da hakkınızda konuştuğu duygusu               |  |  |  |  |  |
| 25 | Uykuya dalmada güçlük  |  |  |  |  |  |
| 26 | Yaptığınız şeyleri tekrar tekrar doğru mu diye kontrol etmek                 |  |  |  |  |  |
| 27 | Karar vermede güçlükler  |  |  |  |  |  |
| 28 | Otobüs, tren, metro gibi umumi vasıtalarla seyahatlerden korkmak             |  |  |  |  |  |
| 29 | Nefes darlığı, nefessiz kalmak   |  |  |  |  |  |
| 30 | Sıcak soğuk basmaları  |  |  |  |  |  |
| 31 | Sizi korktuğu için bazı eşya, yer ya da etkinliklerden uzak kalmaya çalışmak |  |  |  |  |  |
| 32 | Kafanızın 'bomboş' kalması   |  |  |  |  |  |
| 33 | Bedeninizin bazı bölgelerinde uyuşmalar, karıncalanmalar                     |  |  |  |  |  |
| 34 | Günahlarınız için cezalandırılmanız gerektiği                                |  |  |  |  |  |
| 35 | Gelecekle ilgili umutsuzluk duyguları  |  |  |  |  |  |
| 36 | Konsantrasyonda ( dikkati bir şey üzerinde toplama) güçlük/zorlanma          |  |  |  |  |  |
| 37 | Bedenin bazı bölgelerinde zayıflık güçsüzlük hissi                           |  |  |  |  |  |
| 38 | Kendini gergin ve tedirgin hissetmek   |  |  |  |  |  |

|    |  |  |  |  |  |  |
|----|--|--|--|--|--|--|
| 39 | Ölme ve ölüm üzerine düşünceler                                  |  |  |  |  |  |
| 40 | Birini dövme, ona zarar verme,<br>yaralama isteği                |  |  |  |  |  |
| 41 | Bir şeyleri kırma, dökme isteği                                  |  |  |  |  |  |
| 42 | Diğerlerinin yanındayken yanlış bir<br>şeyler yapmamaya çalışmak |  |  |  |  |  |
| 43 | Kalabalıklarda rahatsızlık duymak                                |  |  |  |  |  |
| 44 | Bir başka insana hiç yakınlık duymamak                           |  |  |  |  |  |
| 45 | Dehşet ve panik nöbetleri  |  |  |  |  |  |
| 46 | Sık sık tartışmaya girmek  |  |  |  |  |  |
| 47 | Yalnız bırakıldığında/kalındığında<br>sinirlilik hissetmek       |  |  |  |  |  |
| 48 | Başarılarınız için diğerlerinden<br>yeterince takdir görmemek    |  |  |  |  |  |
| 49 | Yerinde duramayacak kadar<br>tedirgin hissetmek                  |  |  |  |  |  |
| 50 | Kendini değersiz görmek/ değersizlik<br>duyguları                |  |  |  |  |  |
| 51 | Eğer izin verirseniz insanların<br>sizi sömüreceği duygusu       |  |  |  |  |  |
| 52 | Suçluluk duyguları   |  |  |  |  |  |
| 53 | Aklınızda bir bozukluk olduğu fikri                              |  |  |  |  |  |

## EK-3

**Aileden Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ASD/AL)**

YÖNERGE: Aşağıda çoğu insanın **ailesiyle ilişkilerinde** yaşadıkları duygu ve deneyimleri yansıtan ifadeler verilmiştir. Her ifade için **EVET, HAYIR ve BİLMİYORUM** olmak üzere üç yanıt vardır. Lütfen her ifadeyi okuyarak duygularınızı yansıtan cevabı her bir ifadenin önündeki karelerden uygun olanı işaretleyerek belirtiniz.

|           |  | Evet | Hayır | Bilmiyorum |
|-----------|--|------|-------|------------|
| <b>1</b>  | Ailem bana gereğince manevi destek olur.   |      |       |            |
| <b>2</b>  | Neyi nasıl yapacağım konusunda ailemden faydalı öğütler alırım.  |      |       |            |
| <b>3</b>  | Pek çok insan ailesine benim aileme olduğumdan daha yakındır.  |      |       |            |
| <b>4</b>  | Ailemde kendime yakın hissettiğim kişilere bir derdimi açtığımda bunun onları rahatsız ettiği fikrine kapılıyorum. |      |       |            |
| <b>5</b>  | Ailem fikirlerimi duymaktan hoşlanır.  |      |       |            |
| <b>6</b>  | Ailemdeki kişilerle ilgi alanlarımız büyük ölçüde çalışır.   |      |       |            |
| <b>7</b>  | Ailemizdeki bazı kişilerin sorunları olduğunda veya danışmak amacıyla bana başvururlar.                            |      |       |            |
| <b>8</b>  | Ailemin duygusal desteğine güvenirim.  |      |       |            |
| <b>9</b>  | Ailemde, bir derdim olduğu zaman sonradan komik kaçacağını düşünmeden gidebileceğim bir kişi var.                  |      |       |            |
| <b>10</b> | Ailemle çeşitli konulardaki düşüncemizi birbirimize açık açık söyleriz.  |      |       |            |
| <b>11</b> | Ailem benim kişisel gereksinimlerime karşı duyarlıdır.   |      |       |            |
| <b>12</b> | Ailemdeki kişiler duygusal desteğe ihtiyaçları olduğunda bana başvururlar.   |      |       |            |
| <b>13</b> | Ailem sorunlarımı çözmede bana yardımcı olurlar.   |      |       |            |

|           |   |  |  |  |
|-----------|---|--|--|--|
| <b>14</b> | Bazı aile fertleri ile aramda karşılıklı derin bir ilişki vardır.   |  |  |  |
| <b>15</b> | Ailemdeki kişiler neyi nasıl yapacakları konusunda benden faydalı fikirler edinirler.                     |  |  |  |
| <b>16</b> | Ailemizdeki kişilere sırlarımı açmak beni rahatsız eder.  |  |  |  |
| <b>17</b> | Aile fertleri tarafından aranan biriyimdir.   |  |  |  |
| <b>18</b> | Ailem problemlerini çözmede onlara yardımcı olduğumu düşündüklerini sanıyorum.                            |  |  |  |
| <b>19</b> | Ailemdeki hiç kimseyle diğer insanların ailesindeki kişilerle olan ilişkisi kadar, yakın bir ilişkim yok. |  |  |  |
| <b>20</b> | Ailemin çok daha varlıklı olmasını isterdim.  |  |  |  |

## EK-4

**Arkadaştan Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ASD/AL)**

YÖNERGE: Aşağıda çoğu insanın **arkadaşlarıyla ilişkilerinde** yaşadıkları duygu ve deneyimleri yansıtan ifadeler verilmiştir. Her ifade için **EVET, HAYIR ve BİLMİYORUM** olmak üzere üç yanıt vardır. Lütfen her ifadeyi okuyarak duygularınızı yansıtan cevabı her bir ifadenin önündeki karelerden uygun olanı işaretleyerek belirtiniz.

**Evet Hayır Bilmiyorum**

|    |   | Evet | Hayır | Bilmiyorum |
|----|---|------|-------|------------|
| 1  | Arkadaşım bana gereğince manevi destek olurlar.   |      |       |            |
| 2  | Pek çok insan arkadaşına benim arkadaşıma olduğumdan daha yakındır.                                 |      |       |            |
| 3  | Arkadaşlarım fikirlerimi duymaktan hoşlanır.  |      |       |            |
| 4  | Bazı arkadaşlarım sorunlarını doğrudan veya danışmak amacıyla bana başvururlar.                     |      |       |            |
| 5  | Arkadaşlarımın duygusal desteğine güvenirim .   |      |       |            |
| 6  | Arkadaşlarımdan birinin veya birkaçının bana kızgın olduğunu sezsem bunu kimseye söylemem.          |      |       |            |
| 7  | Kendimi arkadaş çevrem dışında hissediyorum.  |      |       |            |
| 8  | Bir derdim olduğunda, sonradan komik kaçacağımı düşünmeden gidip konuşabileceğim bir arkadaşım var. |      |       |            |
| 9  | Arkadaşlarımla çeşitli konulardaki düşüncemizi birbirimize açık açık söyleriz.                      |      |       |            |
| 10 | Arkadaşlarım benim kişisel gereksinimlerime karşı değildir.   |      |       |            |
| 11 | Arkadaşlarım duygusal desteğe ihtiyaçları olduğunda bana başvururlar.                               |      |       |            |
| 12 | Arkadaşlarım sorunlarımı çözmede bana yardımcı olurlar.   |      |       |            |
| 13 | Arkadaşlarımın bazısıyla aramda karşılıklı derin bir ilişki vardır.                                 |      |       |            |
| 14 | Arkadaşlarım neyi nasıl yapacakları konusunda benden faydalı fikirler alırlar.                      |      |       |            |

|           |  |  |  |  |
|-----------|--|--|--|--|
| <b>15</b> | Arkadaşlarıma sırlarımı açmak beni rahatsız eder.  |  |  |  |
| <b>16</b> | Arkadaşlarım tarafından aranan biriyimdir.   |  |  |  |
| <b>17</b> | Arkadaşlarımla problemlerini çözmede onlara yardımcı olduğumu düşündüklerini sanıyorum.        |  |  |  |
| <b>18</b> | Arkadaşlarımla aramda diğer insanların arkadaşlarıyla arasındaki kadar, yakın bir ilişkim yok. |  |  |  |
| <b>19</b> | Geçenlerde bir şeyi nasıl yapacağım konusunda arkadaşlarımla birisinden iyi bir fikir alırım.  |  |  |  |
| <b>20</b> | Arkadaşlarımla çok daha farklı olmasını isterdim.  |  |  |  |

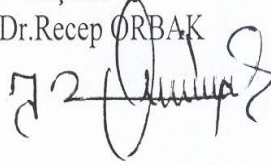
## EK-5

“2006. 4.1/ 8 “SAĞLIK BİLİMLERİ ETİK KURUL KARARI 06.12 . 2006

1- 8- Enstitümüz Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Sibel KÜÇÜKOĞLU'nun “ Kanserli Ebeveynlerin çocuklarda Görülen Psikolojik Belirtiler, Yaşanan Güçlükler ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi ” adlı tez konusu görüşüldü.

İlgilinin tez konusunun etik değerlere uygun olduğuna mevcudun oy birliği ile

Başkan  
Prof.Dr.Recep ORBAK



Başkan Yardımcısı  
ProfDr. Türkan PASİNLİOĞLU

Üye (Katılmadı)  
Prof.Dr.Asuman GÜRÜKSİN

Üye  
Prof.Dr.Semih DİYARBAKIRLI

Üye (Katılmadı)  
Prof.Dr.Armağan ÇOLAK

Üye  
Prof.Dr.Nuran YANIKOĞLU

Üye  
Doç.Dr.Adnan TEZEL

Üye  
Prof.Dr.Sebahat GÖZÜM

Üye (Raportör)  
Yrd.Doç.Dr. Recep GÜRİSOY

**EK-6**

FORM-3

ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ  
ETİK KURUL BİLİMSEL ARAŞTIRMA VE TEZ BAŞVURU FORMU

Tarih:.....

**BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU**

Bu çalışma kanser tedavisi gören ebeveynlerin 13-18 yaş grubu çocuklarının psikolojik belirtilerini, yaşadıkları güçlükleri ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yüksek lisans tez çalışması olarak planlanmıştır. Araştırmamızda çocuklarınızın cevaplandırması için bir adet anket formu sunulmuştur. Çocuğunuzun her ifadeyi okuduktan sonra kendisine uyan maddeleri işaretlemesi veya doldurması gerekmektedir. Bu çalışma tamamen bilimsel amaçlı yapılmıştır. Elde edilen veriler başka hiçbir alanda kullanılmayacaktır. Uygulamanın herhangi bir aşamasında çalışmadan ayrılabilirsiniz. Yardımlarınız için şimdiden teşekkür ederim.

Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı,  
İmzası,  
Adresi (varsa telefon no, faks no)

Velayet veya vesayet altında bulunanlar için veli veya velisinin Adı, İmzası, Adresi  
(varsa telefon no, faks no)

Açıklamaları yapan araştırmacının  
Adı : Sibel KÜÇÜKOĞLU

İmzası:

**Rıza alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin Adı,  
İmzası, Görevi:**

**Sibel KÜÇÜKOĞLU, Araştırmacı**