



**KOÇ  
ÜNİVERSİTESİ**  
GRADUATE SCHOOL  
OF HEALTH SCIENCES

KOÇ ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ÇOCUKLUK ÇAĞINDA KANSER TEDAVİSİ  
ALMIŞ ERGENLERİN SAĞLIKLI YAŞAM  
BİÇİMİ DAVRANIŞLARI VE ETKİLEYEN  
FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ**

EDA KAYA

ÇOCUK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ  
YÜKSEK LİSANS TEZİ

İSTANBUL-2016



**KOÇ  
ÜNİVERSİTESİ**  
GRADUATE SCHOOL  
OF HEALTH SCIENCES

KOÇ ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ÇOCUKLUK ÇAĞINDA KANSER TEDAVİSİ  
ALMIŞ ERGENLERİN SAĞLIKLI YAŞAM  
BİÇİMİ DAVRANIŞLARI VE ETKİLEYEN  
FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ**

ÇOCUK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ  
YÜKSEK LİSANS TEZİ

EDA KAYA

Danışman Öğretim Üyesi: Doç. Dr. Ayfer ELÇİGİL

## İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER .....	i
TABLO DİZİNİ .....	iii
KISALTMALAR.....	v
TEŞEKKÜR .....	vi
BEYAN.....	vii
ÖZET .....	1
ABSTRACT .....	2
<b>1. GİRİŞ VE AMAÇ .....</b>	<b>3</b>
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi .....	3
1.2. Araştırmanın Soruları .....	5
<b>2. GENEL BİLGİLER .....</b>	<b>7</b>
2.1.Kanser.....	8
2.1.1.Kanser ve Tanımı.....	9
2.1.2.Kanserin Çocuklarda Görülme Oranı.....	9
2.2. Çocukluk Çağında Kanser Tedavisi Almış Ergenler.....	9
2.2.1. Çocukluk Çağında Kanser Tedavisi Almış Ergenlerin Yaşadıkları Sorunlar.....	9
2.2.1.1. Fiziksel Sorunlar.....	10
2.2.1.2.Psikososyal Sorunlar.....	12
2.2.1.3. Nöro-Bilişsel Sorunlar.....	13
2.2.1.4. Spiritüel Sorunlar.....	14
2.2.1.5. Ekonomik Sorunlar.....	14
2.3. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları.....	15
2.3.1. Sağlıklı Yaşam Biçimi.....	15
2.3.2. Beslenme.....	16
2.3.3. Stres Yönetimi.....	16
2.3.4. Fiziksel Aktivite.....	17
2.3.5. Manevi Gelişim.....	18
2.3.6. Kişilerarası İlişki.....	18
2.3.7. Sağlık Sorumluluğu.....	19
2.4. Çocukluk Çağında Kanser Tedavisi Almış Ergenlerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Sürdürülmesinde Hemşirenin Rolü.....	19

<b>3. GEREÇ VE YÖNTEM</b> .....	22
3.1. Araştırmanın tipi .....	22
3.2. Araştırmanın yeri ve zamanı.....	22
3.3. Araştırmanın evreni ve örneklemi .....	22
3.4. Araştırmanın değişkenleri .....	22
3.5. Veri toplama araçları .....	22
3.6. Verilerin değerlendirilmesi .....	24
3.7. Etik Kurul Onayı .....	24
<b>4. BULGULAR</b> .....	25
4.1. Kanser Tedavisi Almış Ergenlerin Tanıtıcı Özelliklerinin İncelenmesi.....	25
4.2. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II ve Alt Boyut Puanlarına İlişkin Bulguların İncelenmesi.....	28
4.3. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II Puan Ortalamaları İle Sosyodemografik Özellikleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....	29
<b>5. TARTIŞMA</b> .....	42
5.1. Kanser Tedavisi Almış Ergenlerin Tanıtıcı Özelliklerinin Tartışılması.....	42
5.2. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II ve Alt Boyut Puanlarına İlişkin Bulguların Tartışılması.....	43
5.3. Kanser Tedavisi Almış Ergenlerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II Puan Ortalamaları İle Sosyodemografik Özellikleri Arasındaki İlişkinin Tartışılması.....	44
<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER</b> .....	46
6.1. Sonuçlar .....	46
6.2. Öneriler .....	47
<b>7. KAYNAKLAR</b> .....	48
<b>8. EKLER</b> .....	57

## TABLolar DİZİNİ

<b>Tablo 1.</b> Çocukluk Çağında Kanser Tedavisi Almış Ergenlerin Tanımlayıcı Bazı Özellikleri.....	25
<b>Tablo 2.</b> Çocukluk Çağında Kanser Tedavisi Almış Ergenlerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Ve Alt Gruplarının Puan Ortalamaları.....	28
<b>Tablo 3.</b> Çocukluk Çağında Kanser Tedavisi Almış Ergenlerin Yaş Gruplarına Göre SYBD Ölçeği Ve Alt Gruplarının Puan Ortalamaları.....	29
<b>Tablo 4.</b> Çocukluk Çağında Kanser Tedavisi Almış Ergenlerin Cinsiyetine Göre SYBD Ölçeği Ve Alt Gruplarının Puan Ortalamaları.....	30
<b>Tablo 5.</b> Çocukluk Çağında Kanser Tedavisi Almış Ergenlerin Öğrenim Durumuna Göre SYBD Ölçeği Ve Alt Gruplarının Puan Ortalamaları.....	31
<b>Tablo 6.</b> Çocukluk Çağında Kanser Tedavisi Almış Ergenlerin Gelir Durumuna Göre SYBD Ölçeği Ve Alt Gruplarının Puan Ortalamaları.....	32
<b>Tablo 7.</b> Çocukluk Çağında Kanser Tedavisi Almış Ergenlerin Aile Tipine Göre SYBD Ölçeği Ve Alt Gruplarının Puan Ortalamaları.....	33
<b>Tablo 8.</b> Çocukluk Çağında Kanser Tedavisi Almış Ergenlerin Oturduğu Yere Göre SYBD Ölçeği Ve Alt Gruplarının Puan Ortalamaları.....	34
<b>Tablo 9.</b> Çocukluk Çağında Kanser Tedavisi Almış Ergenlerin Tanı Konulan Yaşa Göre SYBD Ölçeği Ve Alt Gruplarının Puan Ortalamaları.....	35
<b>Tablo 10.</b> Çocukluk Çağında Kanser Tedavisi Almış Ergenlerin Tanıdan Sonra Geçen Süreye Göre SYBD Ölçeği Ve Alt Gruplarının Puan Ortalamaları .....	36
<b>Tablo 11.</b> Çocukluk Çağında Kanser Tedavisi Almış Ergenlerin Annelerinin Öğrenim Durumuna Göre SYBD Ölçeği Ve Alt Gruplarının Puan Ortalamaları.....	37
<b>Tablo 12.</b> Çocukluk Çağında Kanser Tedavisi Almış Ergenlerin Babalarının Öğrenim Durumuna Göre SYBD Ölçeği Ve Alt Gruplarının Puan Ortalamaları.....	38

**Tablo 13.** Çocukluk Çağında Kanser Tedavisi Almış Ergenlerin Sigara Kullanma Durumuna Göre SYBD Ölçeği Ve Alt Gruplarının Puan Ortalamaları.....39

**Tablo 14.** Çocukluk Çağında Kanser Tedavisi Almış Ergenlerin Sağlıklarını Değerlendirmelerine Göre SYBD Ölçeği Ve Alt Gruplarının Puan Ortalamaları..... 40

**Tablo 15.** Çocukluk Çağında Kanser Tedavisi Almış Ergenlerin Başka Kronik Hastalığın Varlığına Göre SYBD Ölçeği Ve Alt Gruplarının Puan Ortalamaları.....41



## KISALTMALAR

**DSÖ:** Dünya Sağlık Örgütü

**SYBD:** Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

**SYBDÖ:** Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği

**BKİ:** Beden Kitle İndeksi



## TEŞEKKÜR

Yüksek lisans öğrenimim ve tez çalışmalarım süresince çalışmalarına rehberlik eden, bilgi ve deneyimleri ile sonuca ulaşmamda destek sağlayan, danışman hocam Doç. Dr. Ayfer Elçigil'e,

Hayatımdaki yeri apayrı olan, her zaman yanı başımda hissettiğim güzel dostum Merve Işık'a,

Veri toplama süreci ve istatistik programa verilerin girişi için yardımlarını esirgemeyen arkadaşım Özlem Çobanoğlu ve kardeşine,


Yüksek Lisans eğitimim sırasında ve tez yazım sürecinde bana her zaman destek olan büyük aşkla sevdiğim sevgili eşim Erdiñ Kaya'ya,

Çalışmalarım süresince her konuda desteklerini esirgemeyen aileme sonsuz teşekkürlerimi sunarım.



**BEYAN**

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmayla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

İmza:   
Adı Soyadı: Eda KAYA

# ÇOCUKLUK AĞINDA KANSER TEDAVİSİ ALMIŞ ERGENLERİN SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ

(Eda KAYA, Koç Üniversitesi, Hemşirelik Yüksekokulu)

## ÖZET

**Amaç:** Çocukluk çağında kanser tedavisi almış ergenlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

**Yöntem:** Araştırma evrenini, Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesinde tedavi görmüş, tedavisi tamamlanmış ve üzerinden en az 2 yıl geçmiş, 10-19 yaş arası ergenler oluşturmuştur. Örneklem kriterlerine uyan ve gönüllü olarak araştırmaya katılmayı kabul eden 116 kişi araştırmaya dahil edilmiştir. Araştırma verilerinin toplanmasında ergenlerin sosyodemografik özelliklerini içeren “Kişisel Bilgi Formu” ve “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II” kullanılmıştır. Ölçek, Walker, Sechnist ve Pender tarafından geliştirilmiş ve Bahar ve arkadaşları tarafından geçerlik-güvenirlik çalışması yapılmıştır. Ölçeğin cronbach alpha katsayısı .92’dir. Verilerin değerlendirilmesinde iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi ve tek yönlü varyans analizi kullanılmıştır.

**Bulgular:** Araştırmaya katılanların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği II puan ortalaması  $137,57 \pm 20,57$  olarak bulunmuş olup, alt grupları arasında en yüksek puan ortalaması manevi gelişim ( $27,30 \pm 3,86$ ) ve en düşük puan ortalaması fiziksel aktivite ( $18,38 \pm 4,25$ ) olarak belirlenmiştir. Erkek ergenlerin beslenme puanlarının ( $x=22,44$ ), kadın ergenlerin beslenme puanlarından ( $x=20,82$ ) yüksek olduğu belirlenmiştir. Eğitim seviyesi yükseldikçe, fiziksel aktivite ve beslenme puan ortalamalarının yükseldiği saptanmıştır

**Sonuç:** Araştırma sonucunda çocukluk çağında kanser tedavisi almış ergenlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği puan ortalamasının orta düzeyde olduğu belirlenmiştir.

**Anahtar Sözcükler:** Çocuk, kanser, sağlık davranışı, sağlıklı yaşam biçimi, sağlığı geliştirme

# FACTORS THAT AFFECT THE HEALTHY LIFESTYLE BEHAVIORS OF ADOLESCENT CHILDHOOD CANCER SURVIVORS

(Eda KAYA, Koç Üniversitesi, Hemşirelik Yüksekokulu)

## ABSTRACT

**Objective:** The aim of this study examine the healthy lifestyle behaviors of adolescent childhood cancer survivors and the factors that influence these behaviors

**Method:** Participants consisted of adolescent childhood cancer survivors who are treated at least two years ago, between 10 and 19 years and treated in Şişli Hamidiye Etfal Education-Research Hospital. 116 people, who meet the criteria and agree voluntarily to participate in the study, were included in the research. The data were collected through "Personal Information Form" which includes sociodemographic data and "Healthy Lifestyle Behaviors Scale". Scale developed by Walker, Pender and the validity-reliability study was carried out by Bahar and et all. Cronbach's alpha coefficient of the scale is .92. Data was analyzed with significance test of difference between two means and one-way variance analysis.

**Results:** The mean score of the healthy lifestyle behaviors scale of participations found to be  $137.57 \pm 20.57$  and between sub-groups the highest mean score is spiritual development ( $27.30 \pm 3.86$ ) and the lowest mean score is physical activity ( $18.38 \pm 4.25$ ). Male adolescents diet scores ( $x=22, 44$ ) higher than woman adolescents diet scores ( $x=20, 82$ ). Physical activity and nutrition average score increase with education level.

**Conclusion:** Health promotion life- style of adolescent childhood cancer survivors was generally found to be medium level in this study.

**Key Words:** Child, cancer, healthy behaviors, healthy lifestyle behaviors, health promotion

# 1.GİRİŞ VE AMAÇ

## 1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Kanser, içinde bulunduğumuz 21. yüzyılın önemli sağlık sorunlarından birisidir. Kanser değişik organlarda hücrelerin kontrolsüz çoğalmasından oluşan, klinik görünümü, tedavisi ve yaklaşımı birbirinden farklı olan bir hastalıklar grubudur (Soyuer ve Sitti, 2011, WHO). Kanser tanısında kullanılan teknolojinin gelişmesi, kanser tarama programlarının kullanımının artması ve tedavideki gelişmeler (ameliyat, radyoterapi ve kemoterapi gibi etkili ve çoklu tedavi yöntemlerinin kullanılması) kanser türlerinin çoğunda yaşam süresinin uzamasını sağlamıştır (Elçigil, Tuna, 2011; Yi ve ark, 2014; Michael ve ark, 2009). Kanser tedavisinin sona ermesi ve hastalıksız 5 yıl geçmesi, tedavinin bittiği ve tamamen iyileşmenin göstergesi olarak kabul edilir. Kanser tanısı alan çocukların 5 yıllık sağkalım oranı son 20-30 yıl içinde %80'lere kadar yükselmiştir (Rosenberg ve ark, 2015; Yallop ve ark, 2013). Kanser tanısı alan bireyler daha uzun yaşadığı için kanser artık ölümcül değil kronik bir hastalık olarak adlandırılmaktadır (Pollack ve ark, 2005, Servitzoglu ve ark, 2009).

Kanseri tedavi etmek için kullanılan yöntemler, tedaviden yıllar sonra çocuklarda çeşitli sağlık sorunlarına neden olmaktadır (Rosenberg ve ark, 2015; Diller ve ark, 2009; Patterson ve ark, 2015). Yapılan çalışmalara göre, kanser tedavisi almış çocukların %60'ının bir ya da birden daha fazla kronik medikal problemlerle ve geç yan etkilerle baş etmek zorunda kaldığı bulunmuştur (Gilliam, Schwebel, 2013; Aslett ve ark, 2007; Lie ve ark, 2015). Kanser tedavisi almış çocuklarda ikincil tümörler, kardiyovasküler hastalıklar, endokrin sistem hastalıkları, kas ve iskelet sistemi hastalıkları, nörolojik hastalıklar, osteoporoz, obezite gibi fiziksel ve depresyon, sosyal izolasyon ve iş bulamama gibi psikososyal sorunlar görülebilmektedir (Demark-Wahnefried ve ark, 2005; Ford, ve ark, 2014; Skinner, 2012) .

Kanser ve tedavisine bağlı ortaya çıkan bu sorunlar bireyin yaşam tarzında değişikliklere neden olduğu için bireyin yaşam biçimi davranışlarını doğrudan etkilemektedir (Küçükberber ve ark, 2011, Li ve ark, 2013). Sağlıklı yaşam davranışlarının kazanılması, tedavi sonrası oluşabilecek geç etkilerin önlenmesi ve azaltılmasında, yaşam kalitesinin artırılmasında ve sağlıklı yaşlanmada büyük önem taşımaktadır (Uçar ve Aksoy, 2014; Stolley ve ark, 2015).

Sağlıklı yaşam biçimi, bireylerin sağlığını etkileyebilecek tüm davranışları kontrol etmeleri, günlük aktivitelerini düzenlemelerinde sağlıklarını yükseltmeye yönelik davranışları seçerek uygulamalarıdır. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ise “bireylerin kendi iyilik seviyelerini korumalarına ve yükseltmelerine hizmet eden davranışlar” şeklinde tanımlanmaktadır. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları, yeterli ve dengeli beslenmeyi, stres yönetimini, düzenli egzersiz yapmayı, manevi gelişimi, kişilerarası ilişkileri ve bireyin sağlığını koruma ve geliştirmesine ilişkin sorumluluk almasını kapsar (Uçar, Aksoy, 2014; İlhan ve ark, 2010). Sağlığı geliştirme davranışları bireylerin yaşam biçiminin ve sağlık durumlarının bütünlüycü bir parçasıdır (Yılmazel ve ark, 2013 ).

Bireylerin yaşam biçimleri hem yaşam kalitesini hem de yaşam süresini etkilemektedir. Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre gelişmiş ülkelerdeki ölümlerin % 70-80'inin, az gelişmiş ülkelerdeki ölümlerin % 40-50' sinin nedeni yaşam biçimine bağlı olarak ortaya çıkan hastalıklardır. Bu durum ise sağlıklı bir yaşam biçimi geliştirilmesinin önemini ortaya koymaktadır (Şimşek ve ark, 2012; Çelik ve ark, 2009; Karaahmetoğlu ve ark, 2014). Dünya Sağlık Örgütü, Avrupa Bölgesine yönelik çalışmalarında “Herkes için sağlık” stratejisinde; sağlığa ilişkin yaşam biçimlerinin iyileştirilmesi, önlenebilir sağlık sorunlarının azaltılması, olumlu sağlık davranışlarının geliştirilmesi konuları üzerinde önemle durmaktadır (Yılmazel ve ark, 2013).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) 10-19 yaş grubunu ergen, olarak tanımlamaktadır. Ergenlik dönemi; çocukluktan yetişkinliğe geçişte büyüme ve gelişmenin çok hızlı olduğu, bilişsel ve psikososyal gelişme ile devam eden önemli bir süreçtir ( Menteş ve ark, 2011). Bu dönemde, birey yetişkinliğe ve rollerine hazırlanır, bir başka ifadeyle, tüm yaşamını etkileyebilecek davranış biçimini geliştirir (Geçkil, Yıldız, 2006). Sağlığı geliştirmede etkin olan sağlıklı yaşam biçimi davranışları bu dönemde kazanılır veya test edilir. Bu dönem bireyin ilerde nasıl bir yetişkin olacağını belirler. Dolayısıyla toplum sağlığı açısından öncelikli bir grup olarak ele alınması gerekir ( Menteş ve ark, 2011).

Çocukluk çağında kanser tedavisi almış bireylerin almış oldukları tedaviden dolayı beslenme, fiziksel aktivite, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi, sağlık sorumluluğu gibi sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının etkilendiği bulunmuştur. Çocukluk çağında kanser tedavisi almış bireylerin, sağlıksız yaşam biçimi davranışları ve almış oldukları tedaviler kronik hastalıkların oluşmasına sebebiyet de verebilmektedir (Badr ve ark, 2011; Clarke, Eiser, 2007). Kanser tedavisi biten çocukların sağlıklı yaşam biçimi

davranışlarını belirlemeye yönelik çalışmalarda obezite, sigara kullanma, depresyon, anksiyete, hareketsizlik, yeterli ve dengeli beslenmeme kendi sağlıkları üzerindeki sorumluluk düzeyinin yetersiz olması, uyum problemleri gibi bazı sorunlar yaşadıkları belirlenmiştir (Absolom ve ark, 2004; Badr ve ark, 2011). Badr ve arkadaşlarının (2011) kanser tedavisi almış ergen ve anneleri ile sağlık davranışlarını belirlemek için yaptığı çalışmada, çalışmaya katılan 282 örneklemin %45'i obez bulunmuştur (Badr ve ark, 2011). Demark-Wahnefried ve arkadaşlarının (2005) 11-33 yaş arasında kanser tedavisi almış bireylerle yaptığı çalışmada, katılanların %79'unun önerilen meyve ve sebzeleri tüketmedikleri ve % 52'sinin yeterli egzersiz yapmadığı saptanmıştır (Demark-Wahnefried ve ark, 2005). Emmons ve arkadaşlarının (2002) kanser tedavisi almış çocuklarda sigara kullanımını belirlemek için yaptığı çalışmaya göre, çalışmaya katılan bireylerin % 17 'si sigara kullanmaktadır (Emmons ve ark, 2002). Cho ve arkadaşlarının (2013) kanser tedavisi almış ve 18 yaşını geçmiş kişilerde, depresyon düzeyini kontrol ettiği çalışmada, tedavi almış kişilerin %24.5'inde depresyon semptomları bulunmuştur. Ayrıca katılımcıların %10.1'inin komşuları ve arkadaşları ile etkileşiminin kanser yüzünden etkilendiğini ifade etmiştir (Cho ve ark, 2013).

Çocukluk çağında kanser tedavisi alan ergenlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının, yaş, cinsiyet, eğitim, aldıkları tedavinin türü gibi faktörlerden etkilendiği bulunmuştur. Literatürde, Demark-Wahnefried ve arkadaşlarının (2005), 11-33 yaş arasında kanser tedavisi almış bireylerde yaşam biçimi davranışlarını incelediği çalışmada, katılımcıların yaş ile beslenme düzeyi arasında farklılık olduğu bulunmuştur (Demark-Wahnefried ve ark, 2005). Badr ve arkadaşlarının (2013), çocukluk çağı kanser tedavisi almış kişilerin yaşam kalitesi ve sağlıklı yaşam biçimini davranışlarını incelediği çalışmada, yaş ve cinsiyet ile beslenme, fiziksel aktivite, arasında farklılık olduğu bulunmuştur (Badr ve ark, 2013). Garmey ve arkadaşlarının (2008) çocukluk çağında ALL tedavisi almış kişilerde yapmış oldukları çalışmada, katılımcıların aldıkları tedaviye göre beden kitle indeksinde farklılık olduğu bulunmuştur (Garmey ve ark, 2008).

Ülkemizde çocukluk çağında kanser tedavisi almış ergenlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörlerin belirlenmesine yönelik bir çalışmaya rastlanmamıştır. Kanser tedavisi bittikten sonra bireylerin yaşamlarını sağlıklı bir şekilde sürdürebilmesi için sorunların erken dönemde belirlenmesi ve sağlıklı yaşam alışkanlıklarının kazandırılması gerekmektedir. Sağlığı geliştirme girişimleri ile hastalıkların azalması, yaşamın uzaması ve

yaşam kalitesinin artması sağlanır (Ertop ve ark, 2012). Sağlıklı bir toplum oluşmasında hemşireler hem rol model olmaları hem de diğer bireyleri etkileme güçleri nedeni ile önemli bir gruba oluşturmaktadır. Hemşireler sağlığı olumsuz etkileyebilecek alışkanlıkların toplumdaki yaygınlığının tespit ederek, topluma sağlıklı yaşam bilincinin kazandırmasını ve olumsuz davranışların sağlık için gerekli olumlu davranışlarla yer değiştirmesini sağlamaktadır ( Çelik ve ark, 2009). Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını oluşturan beslenme, egzersiz, manevi gelişim, fiziksel aktivite, sağlık sorumluluğu, stres yönetimi alışkanlıklarının başlatılması, sürdürülmesi ve geliştirilmesi; her alanda etkin rol alan hemşirelerin eğitim vermesi ile mümkün olabilecektir. Bu nedenle kanser tedavisi almış ergenlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

## 1.2. Araştırmanın Soruları

1. Çocukluk çağında kanser tedavisi almış adölesanların **yaş grubu** ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark var mıdır?
2. Çocukluk çağında kanser tedavisi almış adölesanların **cinsiyeti** ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark var mıdır?
3. Çocukluk çağında kanser tedavisi almış adölesanların **öğrenim durumu** ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark var mıdır?
4. Çocukluk çağında kanser tedavisi almış adölesanların **gelir durumu** ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark var mıdır?
5. Çocukluk çağında kanser tedavisi almış adölesanların **aile tipi** ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark var mıdır?
6. Çocukluk çağında kanser tedavisi almış adölesanların **yaşanılan yer** ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark var mıdır?
7. Çocukluk çağında kanser tedavisi almış adölesanların **tanı konulan yaş** ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark var mıdır?
8. Çocukluk çağında kanser tedavisi almış adölesanların **tanıdan sonra geçen süre** ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark var mıdır?
9. Çocukluk çağında kanser tedavisi almış adölesanların **annelerinin eğitim durumu** ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark var mıdır?

10. Çocukluk çağında kanser tedavisi almış adölesanların **babalarının eğitim durumu** ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark var mıdır?
11. Çocukluk çağında kanser tedavisi almış adölesanların **sigara kullanım durumu** ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark var mıdır?
12. Çocukluk çağında kanser tedavisi almış adölesanların **eğitim alma durumu** ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark var mıdır?
13. Çocukluk çağında kanser tedavisi almış adölesanların **genel sağlık durumu** ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark var mıdır?
14. Çocukluk çağında kanser tedavisi almış adölesanların **başka kronik hastalığın varlığı** ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark var mıdır?



## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1.KANSER

#### 2.1.1.Kanser ve Tanımı

Kanser, hücrelerin kontrolsüz büyümesi ve anormal şekilde yayılımı ile karakterize olan hastalıklar grubunu tanımlamakta ve bütün dünyada, çocukluk çağı sağlık problemleri içinde önemli bir yer tutmaktadır (Conk ve ark, 2013; Törüner ve Büyükgönenç, 2012). Çocukluk çağı kanserleri genellikle 15 yaş altı, 0-14 yaş arasında görülen kanserleri içerir (Vural ve Karaman, 2014).

Günümüzde tanı ve tedavi yöntemlerindeki ilerlemeler sayesinde çocuk kanserlerinde yaşam oranları %80' i geçmiştir ve çocuk kanserleri kronik bir hastalık olarak kabul edilmektedir. Ayrıca, çocukların bakımında multidisipliner yaklaşımın sağlanması kanserli çocuğun optimal büyüme ve gelişmesinin sağlanmasında başarıyı artırmıştır (Vural ve Karaman, 2014; Pollack ve ark, 2005; Servitzoglu ve ark, 2009).

Çocukluk çağı kanserleri, etiyolojik faktörler, embriyolojik köken, tipleri ya da genel olarak biyolojileri, prognozları ve tedaviye yanıtları itibariyle de yetişkinlerden ayrılırlar. Erişkinlerde “epitelyal kanserler” sık iken çocuklarda epitelyan olmayan ya da embriyonel hücre tiplerine bağlı oluşan kanserler ön plandadır. Erişkin kanserlerinin çoğu yaşam şekli ile ilişkilidir. Çocukluk çağı kanserlerinin küçük bir yüzdesinde, ailesel ya da genetik faktörler neden olarak düşünülmeyle birlikte tam olarak belirli bir neden gösterilememektedir. Çocukluk çağı kanserlerinde, erişkinlerdeki gibi yerleşmiş tarama testleri yoktur. Bu hastaların erken tanı alabilmeleri, hastalıklara ilişkin bulgu ve belirtilerin bilinmesi ile mümkündür. Çocuklarda, kanser hücreleri hızla büyürler, ancak kemoterapi ve radyoterapiye iyi yanıt verirler (Törüner ve Büyükgönenç, 2012; Soyuer ve Sitti, 2011; Dang-Tan ve Franco, 2007).

Kanser en fazla anksiyete ve korku yaratan hastalıklar arasında yer almakta, çocuk ve ailenin fizyolojik, psikolojik, sosyo-ekonomik kayıplara uğramasına neden olmaktadır. Kanser olgusu, belirsizlikler içeren, ölümü çağrıştıran, suçluluk, terk edilme, panik, düşmanlık, öfke ve kaygı uyandıran bir hastalık olarak algılanmaktadır (Hızel ve ark, 2009; Kim ve Im, 2014).

## **2.1.2.Kanserin Çocuklarda Görülme Oranı**

Dünyada her yıl 10 milyon yeni kanser vakası görülmekte ve bu rakamın her 20 yılda iki misli artması beklenmektedir. Çocuklarda kanser erişkinlere kıyasla daha nadir görülmektedir (Conk ve ark, 2013; Soyuer ve Sitti, 2011). Doğumdan ergenlik dönemine kadar olan dönemde görülebilecek tüm kanser türlerini içeren çocukluk çağı kanserleri tüm kanserlerin %4'ünü oluşturmaktadır. Ülkemizde de her yıl yaklaşık 2500-3000 çocuk kanser tanısı almaktadır (Öztürk, 2014).

Çocukluk çağı kanserlerinin %85'i gelişmekte olan ülkelerde görülmektedir. Tüm çocukluk çağı kanserlerinin %41'i 4 yaş ve altı, %27'si 5-10 yaş ve %28'i 10-14 yaşlarında görülmektedir. Amerika Birleşik Devletleri ve birçok gelişmiş ülkede kanser 14 yaş altı çocuklarda en yaygın ikinci ölüm nedeni iken, ülkemizde dördüncü sırada yer almaktadır. Son yıllarda çocukluk çağı kanserlerinden ölümler giderek azaldığı halde, kanser insidansının arttığı bildirilmektedir (Conk ve ark, 2013).

Çocuk kanserleri, uluslararası çocuk kanserleri sınıflamasına göre 12 ana grup altında incelenirler. Bu gruplar; lösemiler, lenfomalar, beyin ve spinal kanal tümörleri, sempatik sinir sistemi tümörleri, retinoblastoma, böbrek tümörleri, karaciğer tümörleri, kemik tümörleri, yumuşak doku tümörleri, gonad ve germ hücreli tümörler, epitelyal tümörler ve diğer malign neoplazmalardır. Lösemi, sinir sistemi tümörleri, lenfomalar en sık görülen tipleridir (Kutluk, 2006; Celasin, 2012).

## **2.2. ÇOCUKLUK ÇAĞINDA KANSER TEDAVİSİ ALMIŞ ERGENLER**

### **2.2.1. Çocukluk Çağında Kanser Tedavisi Almış Ergenlerin Yaşadıkları Sorunlar**

Kanser tanısı aldıktan sonra bireyin hayatında büyük değişiklikler olmaktadır. Bazı insanlar kanser tedavisi bittikten sonra kendisini daha çok kabul ettiğini ve kendi yaşamını daha değerli bulduğunu bazıları ise daha çok anksiyete yaşadıklarını bundan sonra ne olacağı ve nasıl başedecekleri konusunda endişe yaşadıklarını belirtmektedirler (ASCO).

Kanser tedavisinin bitmesi demek sağkalanlar için hastalığın ortadan kalktığı anlamına gelmemektedir. Kanserli bireyler tanı anından başlayarak yaşamın sonuna kadar çeşitli sorunlar yaşamaktadır. Kanseri tedavi etmek için kullanılan yöntemler çocukların, fiziksel, psikolojik, sosyal, spiritüel ve ekonomik iyilik halini etkilemektedir (Pollack ve ark, 2005; Rosenberg ve ark, 2015).

Kanser tedavisi bittikten sonra ergenlerde görülebilecek sorunlar fizyolojik, psikososyal, bilişsel, spiritüel ve ekonomik sorunlar olarak sınıflandırılabilir.

### **2.2.1.1.Fiziksel Sorunlar**

Endokrin fonksiyonlarda bozukluklar, büyüme ve gelişme düzensizlikleri, infertilite, gonodal fonksiyonlarda bozulma, kalp sorunları, obezite, aktivitelere katılımlarını etkileyecek fiziksel kısıtlılık ve bozukluklar, osteoporoz, renal fonksiyon bozuklukları, kilo kaybı, kalıcı saç kaybı, pigmentasyon bozuklukları, amputasyon ve ikincil tümör gelişimi tedavisi biten çocuklarda ortaya çıkan fiziksel sorunlar arasında yer almaktadır (Elçigil ve Tuna, 2011; [www.cancer.org](http://www.cancer.org)).

Kemoterapi ya da radyoterapi alan çocuklarda ikincil kanser riski, sağlık çocuklarda kanser gelişme riskine göre 2-3 kat fazladır (Absolom ve ark, 2004; Henderson ve ark, 2007; Kebudi ve Özdemir, 2011). Henderson ve arkadaşlarının çocukluk çağında kanser tedavisi almış ve üzerinden en az 5 yıl geçmiş, 21 yaşından önce tanı konmuş kişilerde yaptığı araştırmaya göre, araştırmaya katılanların ikincil tümör görülme oranı normal popülasyona göre 9 kat fazla bulunmuştur (Henderson ve ark, 2007). Ülkemizde de kanser tedavisi sonrası sağkalan çocuklardaki ikincil kanser sıklığına yönelik Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi ve İstanbul Üniversitesi Onkoloji Enstitüsü tarafından olmak üzere benzer yönde iki farklı çalışma yapılmıştır. Çağlar ve arkadaşlarının çalışmasında, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi tarafından 1971-2000 yılları arasında kanser nedeni ile tedavi uygulanan üç yıl ve üzeri sağkalan 1511 çocuğun 26'sında (%1,7) ikincil kanser geliştiği görülmüştür (Çağlar ve ark, 2006). Kebudi ve arkadaşlarının çalışmasında, İstanbul Üniversitesi Onkoloji Enstitüsü Çocuk Hematoloji-Onkoloji Enstitüsü tarafından 1989-2005 yılları arasında tedavi gören ve tedavi sonrası üç yıl yaşayan 1300 çocuk hastadan sekizinde (%0,6) ikincil kanser saptanmıştır (Kebudi ve ark, 2007). İkincil kanser sıklığı ve tipi; birincil kanserin tanısı, uygulanan tedavi ve tedavi sonrası geçen süre ile genetik etmenlerden etkilenmektedir. İkincil kanserler açısından radyoterapinin (RT) tedaviye eklenmesi riski arttırmaktadır. Radyasyonun uygulandığı yaş, radyasyon dozu ve RT sonrası geçen süre önemlidir. Kanser tedavisi görmüş çocuk hastalarda en sık saptanan ikincil kanserler, meme kanseri, kemik sarkomları, tiroid kanseri, tedaviye bağlı MDS ve AML olarak sıralanabilir (Kebudi ve Özdemir, 2011).

Çocukluk kanserlerinin tedavisinde kullanılan, antrasiklinler olarak bilinen ilaçların bir kısmı, kalp fonksiyonlarını azaltmaktadır. Tedavisi biten çocuklarda kapak hastalığı, iletim

defektleri, aritmiler ve kardiyomiyopati gibi kalp sorunları saptanmıştır (Adams ve ark, 2004). Helena J. van der Pal ve arkadaşlarının çocukluk çağında kanser tedavisi almış ve üzerinden 5 yıl geçmiş olan 601 kişi üzerinde yaptığı çalışmaya göre, uzun süreli takip sonucu (ortalama 15.4 yıl) kanser tedavisi alan çocukların % 27'sinde kalp fonksiyonu anomaliliği saptanmıştır (Van der Pal ve ark, 2010).

Endokrin sisteme ait geç yan etkiler, diğerlerinden daha sık görülmektedir. Malign tümörlerin tedavisinde kullanılan radyoterapi (RT) ve kemoterapi (KT) hipotalamo-hipofizer sistemi, tiroid, paratiroid bezlerini ve gonadları etkileyebilir; kemiklerin büyümesini engelleyebilir. Bunun sonucunda hipopituitarizm, boy kısalığı, hipotiroidi, puberte bozuklukları, infertilite, jinekomasti, tiroid tümörleri ve hiperparatiroidi gibi yaşam süresini ve yaşam niteliğini etkileyen önemli yan etkiler gözlenebilir (Brignardello ve ark, 2013; Poyrazoğlu ve ark, 2010).

Çocukluk çağı kanserlerinden kurtulanlarda kemik mineralizasyonunda azalma (osteopeni) görülmektedir. Yoğun kemoterapi, radyoterapi ve cerrahi nedeniyle D vitamini, paratiroid hormon, büyüme hormonu, seks hormonları, IGF-I ve IGF-I bağlayan protein düzeylerindeki değişiklikler kemik mineralizasyonunu etkilemektedir. Kemiğe uygulanan radyoterapi kan akımını ve osteoblast sayısını azaltarak lokal olarak kemik dansitesini azaltabilir. Bunun yanında tedavi süresince kötü beslenme ve azalan fizik aktivite de önemli etkenlerdir. Kemik mineral dansitesindeki düşüş kemik ağrılarına ve kötü yaşam kalitesine yol açmaktadır (Sarı ve ark, 2012).

Beyin tümörleri tedavisi sonrasında ince kaba motor becerilerde zorluklar, denge problemleri ve parapleji görülebilmektedir. Kas iskelet sistemine uygulanan radyoterapi sonucunda; kas veya kemik asimetrisi veya hipoplazisi, bacaklarda uzunluk farkı (iki bacak arasın- da kısalık ya da uzunluk farkı), kol ve bacaklarda güçsüzlük, kemik ve yumuşak dokularda fibroz, kaslarda atrofi gibi sorunlarla birlikte fonksiyonel yetersizlikler ortaya çıkmaktadır (Bottomley ve Kassner, 2003).

Radyoterapinin kemoterapi ile birlikte ya da tek başına uygulanması, metabolik dengesizliklere yol açmaktadır. Kanser tedavisi alan çocuklarda uzun süreli kortikosteroid tedavisi, kranial radyoterapi (KRT), fiziksel aktivitede azalma ve yetersiz enerji tüketimi obezite gelişiminde rol alan önemli faktörlerdir. Akut lenfoblastik lösemi tedavisi sonrası obezite görülme prevalansı %16 - 56'dır (Arpaci ve Törüner, 2015). Yüksek doz radyoterapi

alan çocukların obeziteye daha yatkın oldukları saptanmıştır. Yüksek doz kortikosteroid maruziyeti obezite ile yakından ilişkili bulunmuştur. Çocukluk çağında lösemi tedavisi gören çocukların, yüksek beden kitle indeksine sahip olup obeziteye eğilimli olduğu belirlenmiştir (Sklar ve ark, 2000; Arpacı ve Törüner, 2015). Badr ve arkadaşlarının (2011) yaptığı kanser tedavisi almış ergen ve anneleri ile yaptığı bir başka araştırmada ise çalışmaya katılan 282 örneklemin %45'i obez bulunmuştur (Badr ve ark, 2011).

Radyasyondan özellikle göz en fazla etkilenen organdır. Çocuklar ve adölesanlarda radyasyon görme zayıflığı, katarakt glokom, körlük, çift görme ve kuru göz riskinin arttığı saptanmıştır (Friedman ve ark, 2006). Whelan ve arkadaşlarının (2010) kanser tedavisi almış çocukların göz ile ilgili geç etkilerini incelediği araştırma verilerine göre, tanıdan beş yıl sonra sağ kalan çocuklarda, kardeşlerle karşılaştırıldığında katarakt riski, glokom, yasal körlük, çift görme ve göz kuruluğu gibi sorunlarda artış saptanmıştır (Whelan ve ark, 2010).

Sisplatin tedavisi sonrasında sensorinöral işitme kaybı gelişebilmekte, ifosfamid ve kranial radyoterapi işitme kaybını daha da kötüleştirebilmektedir. İşitme kaybı konuşma gelişimini de olumsuz etkilemektedir. Bu nedenle kanser tedavisi sırasında ve sonrasında bu çocukların daha ilerleyen dönemde karşılaşılabileceği yetersizlikleri önlemek için yıllık olarak görme, işitme, konuşma açısından öykü ve fizik muayenelerinin yapılması, gelişimsel açıdan değerlendirilmeleri önerilmektedir (Dickerman, 2007).

Kanser tedavisinin sona ermesi ile görülebilecek bu fiziksel sorunlar çocukların yaşam kalitesini olumsuz olarak etkilemektedir (Elçigil ve Tuna, 2011).

### **2.2.1.2.Psikososyal Sorunlar**

Çocuklarda görülen fiziksel sorunlar psikososyal sorunlara da neden olmaktadır. Bu problemleri özellikle çocuğun içinde bulunduğu yaş dönemi etkilemektedir. Tedavisi biten çocuklarda, hastalığın tekrarlama korkusu, geleceğin belirsizliği ve güvensizliği, özgüven ve otonomi kaybı ve geç yan etkilerin görülme olasılığı çocuk ve ailenin endişe yaşamasına neden olmaktadır. Hasta ve ailesi bu endişeyi ömür boyu yaşayabilmektedir. Fiziksel kısıtlılıklar çocukların arkadaş ilişkilerini ve günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmelerini olumsuz yönde etkileyebilir. Ayrıca iş yerinde ayrımcılık, askere gidememe, sigortasının bitmesi gibi sorunlar da tedavi bittikten sonra yaşanmaktadır. Tüm bu problemler çocuklarda depresyon, posttravmatik stres bozukluğu, davranış ve uyum sorunları, benlik saygısında

azalma gibi psikolojik sorunlara yol açmaktadır (National Cancer Institute: Cancer Survivorship Research Web site, Erişim Tarihi: 10.01.2016; Elçigil ve Tuna, 2011).

Cho ve arkadaşlarının (2013) kanser tedavisi almış ve 18 yaşını geçmiş kişilerde, depresyon düzeyini kontrol ettiği araştırma verilerine göre, tedavi almış kişilerin %24.5'inde depresyon semptomları bulunmuştur (Cho ve ark, 2013). Kazak ve arkadaşlarının (2004) kanser tedavisi almış ergen ve ailelere ile yaptığı araştırmada, kanser tedavisi almış ergenlerin ve ailelerinin post travmatik stres bozukluğu yaşadığı bulunmuştur. Alderfer ve arkadaşlarının (2009) çocukluk çağında kanser tedavisi almış 11-18 yaş arasında olan ergenler ve ailelerinde yaptığı araştırmada, ergenlerin % 8.3'ünde post travmatik stress bozukluğu yaşadığı bulunmuştur. Kim ve arkadaşlarının (2013), çocukluk çağında kanser tedavisi almış kişilerde yaptığı araştırmada, katılımcıların %20.6'sının psikolojik sıkıntı yaşadığı bulunmuştur. Kadın katılımcıların erkek katılımcılardan daha fazla anksiyete yaşadığı bulunmuştur. Michel ve arkadaşlarının (2010) yaptığı çalışmada, depresyon düzeyinin %13.4, saldırganlık düzeyinin % 16.9, psikotik eğilimlerin % 15.6 olarak bulunmuştur (Michel ve ark, 2010).

### **2.2.1.3. Nöro-Bilişsel Sorunlar**

Kanserli çocukların almış oldukları tedaviler sonucunda, geç dönemde nörolojik problemler, bilişsel alanda kayıplar görülmektedir. Öğrenim güçlüğü, hafızada zayıflama, dikkat bozukluğu, konuşamama, görme ve işitme bozuklukları, okul içi davranış problemleri, motor fonksiyonlarda bozukluklar çocuklarda görülen nöro-bilişsel problemler arasında yer almaktadır. Bu sorunlar çocuğun okul performansı ve akademik başarılarını olumsuz yönde etkilemekte, özellikle okulda uyum sorunları yaşamasına neden olmaktadır (Özbaran ve Erermiş, 2006; Elçigil ve Tuna, 2011).

Kanserin kendisi ve tedavisinde kullanılan ilaçlar özellikle sinir sistemi üzerine olan etkileriyle zihinsel yetersizliğe yol açabilmektedirler. beyine radyoterapi uygulanması, beyin tümöründe cerrahi rezeksiyon ve metotreksat (yüksek doz veya intratekal) uygulaması değişik derecelerde yetersizliğe neden olmaktadır (Sarı ve ark, 2012). Barrera ve arkadaşlarının (2005) kanser tedavisi almış çocukların eğitim ve sosyal alandaki geç etkilerini incelediği araştırma verilerine göre, 17 yaş ve altında sağ kalanların kontrol grubundan daha fazla olarak okulda sınıf tekrarı yaptığı ve öğrenme güçlüğü yaşadığı belirlenmiştir. Kontrol grubunda özel eğitim programlarına devam etme oranı %8 iken kanserden sağ kalanların özel eğitime devam etme oranı %20 olarak belirlenmiştir (Barrera ve ark, 2005). Boman ve arkadaşlarının

(2004) tedavisi biten genç yetişkinlerde hastalığın ve tedavinin uzun dönemli sosyal etkilerini inceledikleri çalışmada ise, tedavisi bitenlerin akademik (üniversite) eğitime daha az başvurdukları belirlenmiştir. Tedavisi biten adölesanların sadece %20'si üniversiteye katılırken aynı yaştaki adölesanlarda bu oran %41 bulunmuştur. Armstrong ve arkadaşlarının (2009) çocukluk çağı kanser tedavisi alanların nörolojik geç etkilerini incelediği araştırma verilerine göre, SSS tümörü tanısı alan, kraniyal radyoterapi uygulanan çocuklardan hayatta kalanlarda nörolojik yetersizliğin yüksek düzeyde olduğu saptanmıştır. Medüllablastomlu hastaların %40'ından fazlasında dikkat ve/veya zihinsel işleme hız fonksiyon eksikliği, astrositom ve glial tümör tanısı alanlarda ise yüksek dozda radyoterapi sonucunda dikkat ve/veya işleme hız fonksiyonu ve hafıza ile ilgili, organize etme ile ilgili problemler görüldüğü saptanmıştır (Armstrong ve ark, 2009).

#### **2.2.1.4. Spritüel Sorunlar**

Kanser tedavisi almış birçok kişi spritüel sorunlar yaşamaktadır. Kanser tedavisi biten bireylerin, kanser olmasının bir nedeni olduğunu düşünüp, kanser sonrası hayata bakışı, tutum ve düşüncesi değişebilmektedir. Bazıları kanser olmasını kendi inancının test edildiği duygusu hisseder. Bazıları dini inançlarını ve inanışlarını sorgular, hayatında yeni anlamlar bulmaya çalışır, inançları sayesinde kendini daha güçlü hissedebilir ve bu inancının kendisine rehberlik ettiğini düşünür. Birçoğu hayatında önemli olan şeyleri öncelik sırasında koyar. Spritüelite bireyi daha güçlendirebilir, kendisinin ve yakınlarının baş etmesinde yardımcı olabilir (Jones ve ark, 2010).

#### **2.2.1.5. Ekonomik Sorunlar**

Kanser ile birlikte ekonomik sorunlar da meydana gelmektedir. Hastane masrafları çocuğun ve ailenin ekonomik kayıplar yaşamasına sebebiyet vermektedir. Hastalığa bağlı olarak oluşan sağlık sorunları çocuğun ileriki yaşamında iş bulmada sorun yaşamasına sebebiyet vermektedir. Kirchoff ve arkadaşlarının (2010), çocukluk çağı kanser tedavisi almış yetişkinlerde yaptığı araştırmaya göre, araştırmaya katılanların büyük çoğunluğunun hastalığa bağlı olarak oluşan sağlık sorunları ve sakatlıktan dolayı çalışamadıkları bulunmuştur (Kirchoff ve ark, 2010). Carlsen ve arkadaşlarının (2008), kanser tedavisi almış kişilerin işsizlik düzeyini incelediği araştırmada, katılımcıların %19'unun işsizlik sorunu yaşadığı bulunmuştur.

## **2.3. SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI**

### **2.3.1. Sağlıklı Yaşam Biçimi**

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları, bireyin sağlıklı kalmak ve hastalıklardan korunmak için inandığı ve uyguladığı davranışların bütünüdür. Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını, yaşamın bir parçası haline getiren birey, sağlıklı olma halini sürdürdüğü gibi, sağlık durumunu daha iyi bir seviyeye getirebilir. Bu nedenle, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının geliştirilmesi ve sürdürülmesi sağlığın ve hastalıklardan korunmanın temelidir (Ertop ve ark, 2012; Bozhüyük ve ark, 2012).

Bireylerin yaşam biçimleri hem yaşam kalitesini hem de yaşam süresini etkilemektedir. Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre gelişmiş ülkelerdeki ölümlerin % 70-80'inin, az gelişmiş ülkelerdeki ölümlerin % 40-50' sinin nedeni yaşam biçimine bağlı olarak ortaya çıkan hastalıklardır. Bu durum ise sağlıklı bir yaşam biçimi geliştirilmesinin önemini ortaya koymaktadır (Şimşek ve ark, 2012; Çelik ve ark, 2009; Karaahmetoğlu ve ark, 2014). Dünya Sağlık Örgütü, Avrupa Bölgesine yönelik çalışmalarında "Herkes için sağlık" stratejisinde; sağlığa ilişkin yaşam biçimlerinin iyileştirilmesi, önlenemez sağlık sorunlarının azaltılması, olumlu sağlık davranışlarının geliştirilmesi konularında üzerinde önemle durmaktadır (Yılmazel ve ark, 2013). Kanser tedavisi almış çocuklarda sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerinde önemli durulması gereken bir konudur.

Beslenme, stres yönetimi, fiziksel aktivite, manevi gelişim, kişiler arası ilişki ve sağlık sorumluluğu sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında sayılmaktadır.

### **2.3.2. Beslenme**

Beslenme; büyüme, gelişme, yaşamın sürdürülmesi, sağlığı korumak ve geliştirmek, hastalıkların tedavisi, yaşam kalitesini yükseltmek için vücudun gereksinimi olan besin öğelerini yeterli miktarlarda ve uygun zamanlarda almak için bilinçli yapılması gereken bir eylemdir. Beslenme, kalıtım, iklim, ve çevre koşulları gibi birçok etmenin etkisi altındadır.

Besin gereksinimi yaş, cinsiyet, fiziksel aktivite, mevcut hastalıklar ve genetik yapı gibi faktörlerden etkilenir. Ergenlik döneminde gerekli enerji ve besin öğelerinin miktarı erişkine kıyasla daha fazladır. Ergenlik döneminde kazanılan alışkanlıklar hayatın diğer dönemlerini önemli ölçüde etkiler (Ayhan ve ark, 2012; Bozhüyük ve ark, 2012).



Sağlıksız beslenme alışkanlıkları, hastalıklar açısından bir risk faktörüdür ve tam tersi sağlıklı beslenme ise pek çok hastalık açısından önemli bir koruyucu faktördür. Özellikle yüksek gelirli ülkelerde yapılan çalışmalar; yüksek kalorili, hayvansal yağlardan zengin, lifli gıdalardan, meyve ve sebzeden fakir beslenmenin kalp ve damar hastalıkları ve pek çok kanser ile ilişkisini ortaya koymaktadır. Günümüzde beslenme ile ilişkili olarak şişmanlık önemli bir risk faktörüdür. Şişmanlık; diyabet, yüksek tansiyon, kalp ve damar hastalıkları ve kanser açısından önemli bir risk faktörü olarak kabul edilmektedir (Ayhan ve ark, 2012; Bozhüyük ve ark, 2012).

Sağlıklı ve iyi beslenen kişilerin, boy uzunluğu ile ağırlıkları arasında uyum bulunmaktadır. Boy uzunluğuna göre olması gereken ağırlığa ideal ağırlık denilmektedir. İdeal ağırlık değerini saptamada DSÖ tarafından önerilen Beden Kitle İndeksi (B.K.İ.) sık kullanılan bir yöntemdir.

BKİ'ye göre,

<18,5 olması zayıf

18,5 - 24,99 arasında olması normal

25,0 - 29,99 arasında olması kilolu

30,0 - 34,99 arasında olması sınıf I obez

35,0 - 39,99 arasında olması sınıf II obez

40,0 ve üzerinde olması sınıf III obez olarak değerlendirilmektedir.

Kanser tedavisi biten çocukların tedavisinin geç yan etkileri arasında en sık gözlenenlerden biri de obezitedir. Özellikle kranial RT alanlarda bu komplikasyon daha fazladır. Ayrıca kortikosteroid kullanımı da obezite riskini arttırmaktadır. Obezite ile birlikte metabolik sendromu, bozulmuş glikoz metabolizması, dislipidemi, hipertansiyon gelişebilmektedir (Akyay ve Olcay, 2013).

### **2.3.3. Stres Yönetimi**

Stres hem uyarıcı, hem davranım, hem de bu ikisi arasındaki etkileşimi içeren bir kavramdır. Aynı zamanda stres, bireysel farklar ve/veya psikolojik süreçler yoluyla gösterilen

uyumsuz bir davranış olup bireyin üzerinde psikolojik ve/veya fiziksel aşırı baskı yapan herhangi bir dış çevresel hareket, durum veya olayın organizmaya yansımaları sonucu ortaya çıkar. Stresin temelinde insan algılamasının ve deneyimlerinin değerlendirilmesinin yattığını, deneyimlerine anlam vermesi, değerlendirilmesi ve yönlendirilmesinin stresi azaltma ya da çoğaltmada temel etken olduğunu söyleyebiliriz. Bu bağlamda bireyin koruyucu sağlık davranışı kazanmasının stresle başa çıkma becerilerini geliştirmesiyle ilişkili olduğunu öngörebiliriz (Kaya ve ark, 2007; Thoits, 2010).

Stresin kendine özgü bazı belirtileri vardır. Bu belirtiler; gerginlik hali, sürekli endişe duyma, aşırı derecede alkol ve sigara kullanımı, uykusuzluk, işbirliğine girilmede yaşanan zorluklar, yetersizlik duygusu, duygusal dengesizlik, sindirim sorunları, yüksek tansiyondur. Stres kısa süreli yaşansa bile, gerginlik, kalp atışlarındaki yükselme veya aşırı alkol ve sigara kullanımı gibi kısa sürede ortaya çıkan sonuçların kalıcı olmasına neden olabilir. Stres, kronik kalp rahatsızlığı için yüksek bir risk taşıyan aşırı yeme-içme ve sigara kullanımının artmasına da neden olur (Güçlü, 2001).

Çocukluk çağı kanser tedavisi almış kişilerde yapılan araştırmalarda, tedavi almış kişilerin büyük çoğunluğunun hastalığa bağlı olarak oluşan sağlık sorunlarından dolayı stres yaşadığı bulunmuştur.

#### **2.3.4. Fiziksel Aktivite**

Fiziksel aktivite günlük yaşam içerisinde kas ve eklemlerimizi kullanarak enerji tüketimi ile gerçekleşen, soluk alıp verme hızını, derinliğini ve kalp atış hızını belirli bir oranda arttıran, az da olsa terlemeye yol açan, farklı şiddetlerde yorgunlukla sonuçlanan aktiviteler olarak tanımlanabilir. Fiziksel aktiviteler, hafif dereceli aktivite (mağaza gezer gibi yürüme ve bulaşık yıkama vb.), orta dereceli aktivite (bahçe işleri, düzenli tempoda bisiklet çevirme ve düzenli tempoda yüzme vb.) ve ağır dereceli aktivite (tempolu yürüyüş, basketbol, aerobik, koşu ve hızlı bisiklet çevirme vb.) olarak gruplandırılır (Bulut, 2013).

Düzenli olarak yapılan fiziksel aktivitenin kardiovasküler hastalıkların oluşumuna engel olabileceği, vücut metabolizmasının daha düzenli olarak çalışabileceği, obeziteyi engelleyebileceği ve ruhsal olarak kişilerin daha sağlıklı olabilecekleri yapılan çalışmalarla ortaya konmuştur. Fiziksel aktivite, vücutta enerji dengesi ve kilo kontrolü sağlanmasının en önemli belirleyicilerindedir (Can ve ark, 2014).

Literatürde, kanser tedavisi almış çocukların fiziksel aktivite düzeyinin yetersiz olduğu bulunmuştur. Fiziksel aktivitenin, çocukluk çağında kanser tedavisi almış çocukların fiziksel ve mental sağlığı üzerinde birçok olumlu yararı vardır.

### **2.3.5. Manevi Gelişim**

Tinsel kelimesi, Türk Dil Kurumu sözlüğüne göre ruhi, manevi anlamına gelmektedir. Manevi gelişim, beden ve ruhu etkileyen ve aynı zamanda beden ve ruhtan etkilenen “birleştirici güç” olarak tanımlanmıştır. Manevi gelişim, bireyin kendisinin ve varoluşunun ötesindeki güçtür. Başka bir ifade ile hem fiziksel boyutu kapsayan hem de onun ötesindeki kişisel farkındalıktır. Bireyin, yaşamın anlamını ve amacını yakaladığı yer onun tinsel alanıdır (Bozhüyük ve ark, 2012).

Sağlığın tinsel boyutu, bireyin bütünlüğünü ve sürekliliğini tehlikeye sokan fiziksel ve duygusal tehditler varlığında bireyi destekler ve rahatlatır. Sağlığın anlamını açıklamak ve sağlık değeri oluşturmak için fırsat sağlar. Sağlığın tinsel boyutu; yaşamın anlamını, ölümün kabulünü ve yüksek bir güçle bireysel bir ilişkiyi vurgular (Kostak, 2007).

### **2.3.6. Kişilerarası İlişki**

İnsanın temel gereksinimi ilişki gereksinimidir. İletişim bu ilişkiyi sağlayan araçlardan biridir, belki de en önemlisidir. Bu nedenle yaşamın dokusu ilişkiler, ilişkilerin can damarı ise iletişimidir (Kaya, 2013).

Kişilerarası ilişkilerin niteliği, bireylerin pek çok özelliğini etkilediği gibi, bireyin çeşitli kişisel özellikleri de yaşadıkları ilişkilerin niteliğini etkilemektedir. Diğer bir ifadeyle, kişilerarası ilişkiler ile kişisel özellikler arasında çift yönlü bir ilişkiden bahsedilebilir. Kişilerarası ilişkiler, hem bireyin kişiliğinin oluşumunda, hem de diğer bireylerle kurduğu iletişimin niteliğinde önemli bir role sahiptir. Kişilik gelişimiyle ilgili çalışmalarda da bireyin, kendisi ve çevresi ile uyumu vurgulanmaktadır (Nacar ve Tümkaya, 2011).

İnsan, çevresindeki insanlarla ve diğer canlılarla dolaylı ya da doğrudan ilişki içerisinde. Hiçbir birey kendini dış dünyadan tam anlamıyla soyutlayamaz. İnsan yaşamının en önemli özelliklerinden birisi, diğer bireylerle başarılı bir şekilde etkileşime geçmek ve iletişim kurmaktır. Bireylerin gündelik yaşantıları içerisinde kurdukları ilişkilerde zaman zaman zorluklarla ve problemlerle karşılaşmaları son derece doğal karşılanmaktadır.

Kişilerarası etkili ilişkiler için iletişim becerilerinin geliştirilmesine gereksinim vardır. Yaşam boyu başarıya ulaşmada, mutlu ve verimli olmada insanlar arası ilişkiler büyük rol oynamaktadır (Nacar ve Tümkiye, 2011; Kaya, 2013).

Kanser tedavisinin, bireylerin kişiler arası ilişkisini etkilediği bulunmuştur. Cho ve arkadaşlarının (2013) kanser tedavisi almış kişilerde yaptığı araştırmada, katılımcıların %10.1'inin komşuları ve arkadaşları ile etkileşiminin kanser yüzünden etkilendiğini ifade etmiştir.

### **2.3.7. Sağlık Sorumluluğu**

Sağlık sorumluluğu, bireyin kendi sağlığına yönelik koruyucu ve sağlığı geliştirici davranışları ve davranış değişikliklerini gösterebilmesidir. Bu kavram, bireyin sağlık bakım kalitesine etki eder ve sağlığına ne düzeyde katıldığını belirler. Bireyin kendi sağlık sorumluluğunu alması sağlığı geliştirmenin başarılı olabilmesinde anahtar rol oynar. Bireyin sağlığına ilişkin alabileceği sorumluluk düzeyi:

- Vücudunu ve kendini tanıması, sağlığı ile ilgili değişiklikler olduğunda bir hekime veya sağlık kuruluşuna müracaat etmesi,
- Düzenli aralıklarla tıbbi tetkikler yaptırması, tıbbi kontrollerin sıklığına ve düzenine özen göstermesi,
- Sağlıkla ilgili konularda kendini yenilemesi,
- Sağlıkla ilgili tartışmalara girmesi,
- Sağlıkla ilgili yayınları takip etmesi,
- Sağlığını izlemesi, iyiliğini hissetmesi,
- Sağlıkla ilgili değişiklikler olduğunda gerekli önlemleri alması ile belirlenir. Bu tutum ve davranışların yerine getirilmesi, bireyin sağlığına önem verdiğini gösterir (Bozhüyük ve ark, 2012).

## **2.4. Çocukluk Çağında Kanser Tedavisi Almış Ergenlerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Sürdürülmesinde Hemşirenin Rolü**

Uluslararası Hemşireler Birliği hemşireliği; birey, aile ve toplumun sağlığını koruma, sürdürme ve geliştirmeye yardım eden, hastalık halinde iyileştirme tedavi sürecine katılan bir meslek grubu olarak tanımlamıştır. Türk Hemşireler Derneği Eğitim Komisyonu ise hemşireliği; bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını ve esenliğini koruma, geliştirme ve hastalık

halinde iyileştirme amacına yönelik hemşirelik hizmetlerinin planlanması, örgütlenmesi, uygulanması ve değerlendirilmesinden ve bu hizmeti yerine getirecek kişilerin eğitiminden sorumlu; bilim ve sanattan oluşan bir sağlık disiplini olarak tanımlamıştır (Bırol, 2004).

Sağlık ekibinin etkin bir üyesi olan hemşirenin işlevleri arasında; hizmet sunduğu birey, aile ve grupların eğitilmesi de yer almaktadır. Her yaştaki bireyin sağlık eğitimine gereksinimi vardır. Dünya Sağlık Örgütü Uzmanlar Komitesi sağlık eğitimini "Bireylere, sağlıklı yaşam için alınması gerekli önlemleri benimsetmeye ve uygulamaya inandırmak, kendilerine sunulan sağlık hizmetlerini doğru olarak kullanmaya alıştırmak, sağlık durumlarını ve çevrelerini iyileştirmek amacıyla birey olarak ya da topluca karar aldırılmaktır" şeklinde tanımlamaktadır. Bu açıdan hemşire bir değişim aracı olarak rol oynamaktadır (Yetkin, 2002).

Sağlığın korunması, geliştirilmesi ve hastalıkların önlenmesinde bireylerin ve toplumun sağlığını tehdit eden faktörlerin farkında olma, bireylerin bu konu ile ilgili farkındalıklarını arttırma hemşireliğin en önemli koruyucu işlevidir. Bireyin ve ailenin bilgi eksikliği sağlık davranışlarına etki edeceğinden holistik sağlık kavramı içinde hemşire; bireyin sağlığı ile ilgili bilgi ve becerilerini değerlendirmeli, gerekli bilgileri uygun bir düzeyde hazırlamalı ve vermeli, eğitim programlarının sonuçlarını değerlendirmelidir ve bu eğitim hizmeti sürekli olmalı, formal olmalı, ekip çalışması şeklinde olmalıdır. Sağlık eğitimi, diğer deyişle bilgilendirme hemşirenin temel görevlerinden birisidir ve hasta hakları arasında yer alır. Sağlık eğitimi, eğer amacına ulaşırsa, mesleğe profesyonel bir nitelik kazandırır, bakımın etkinliğini ve kalitesini artırır ve sağlık hizmetinin maliyetini düşürür (Yetkin, 2002; Avşar ve Kaşıkçı, 2009; Çelik ve ark, 2009).

Kanser tedavisinin sona ermesi ile görülebilecek fiziksel, psikososyal ve nörobilişsel sorunlar bireylerin yaşam kalitesini olumsuz olarak etkilemektedir. Hemşireliğin işlevleri göz önünde bulundurulduğunda, hemşire çocukların yaşam kalitesini yükseltmek için düzenli ve kapsamlı bir şekilde çocuğu izlemelidir. Hemşire çocukları kemik işlev bozukluğu, dispne, yorgunluk, ağrı, infertilite, öğrenme güçlükleri, kardiyovasküler sorunlar, büyüme problemleri gibi ortaya çıkabilecek geç fiziksel etkiler yönünden değerlendirmelidir. Çocuk ve bakım verenlerle günlük yaşam aktivitelerini yapma durumu konuşulmalıdır. Hemşire sadece çocuğu değil bakım verenleri de izlemelidir. Çocuk da görülebilecek bu fiziksel sorunlar bakım verenlerde de büyük endişeye neden olabilir. Tedavisi biten çocuğun ailesinin endişeleri arasında; primer tümörün tekrarlanması, ikincil tümör riski, vital organ fonksiyonlarında

bozukluk, büyümenin etkilenmesi, bilişsel ve psikolojik gelişimde gerilik, cinsel gelişim ve infertilite sorunları olduğu belirlenmiştir. Hemşire aile ve çocuğa gerekli bilgileri vermelidir. Kanser tedavisi biten çocuk ve ailesinin gereksinimlerinin değerlendirildiği çalışmalarda “bilgi gereksinimi” olduğunu ifade etmişlerdir (Elçigil ve Tuna, 2011).

Tedavisi bittikten sonra çocuk ve ailenin normal yaşantılarına dönme konusunda sıkıntıları olabilir. Özellikle ebeveynler çocuğun tekrar hastalanmasından korktukları için çok koruyucu davranabilirler. Aileye çocuğun bağımsızlığını nasıl destekleyecekleri konusunda bilgi vermelidir. Hemşire sadece hastalık ve tedaviye ilişkin değil çocuğun sağlığını sürdürmesi ve geliştirmesi için gerekli eğitimleri de vermelidir. Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını oluşturan beslenme, egzersiz, manevi gelişim, fiziksel aktivite, sağlık sorumluluğu, stres yönetimi alışkanlıklarının başlatılması, sürdürülmesi ve geliştirilmesi uygulamalarının önemi anlatılmalı ve çocuğa kazandırılmalıdır (Bottomley ve Kassner, 2003; Elçigil ve Tuna, 2011). Sağlığı geliştirme girişimleri ile hastalıkların azalması, yaşamın uzaması ve yaşam kalitesinin artması sağlanır. Hemşireler tarafından, uygun sağlık eğitimi yoluyla farkındalık ve duyarlılığın oluşturulması, danışmanlık hizmetinin verilmesi, ergenlerin büyüme ve gelişiminin düzenli izlenmesi, okul ve çevresinde sportif ve sosyal aktivitelerin yapılabileceği fiziksel koşulların sağlanması, ergenlere rol model olabilecek kişilerin (Anne-baba, öğretmen ve okul çalışanları) SYBD konusunda bilinçlendirilmesi önemlidir (Ertop ve ark, 2012).

### 3.GEREÇ VE YÖNTEM

#### 3.1. Araştırmanın Tipi:

Araştırma tanımlayıcı bir çalışmadır.

#### 3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı:

Araştırma T.C. Sağlık Bakanlığı Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Onkoloji Polikliniği'nde ve Kasım 2015 - Ocak 2016 tarihleri arasında yapılmıştır.

#### 3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini T.C. Sağlık Bakanlığı Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde tedavi görmüş, tedavisi tamamlanmış ve üzerinden en az 2 yıl geçmiş, 10-19 yaş arası olan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 116 ergen araştırma kapsamına alınmıştır.

#### 3.4. Araştırmanın Değişkenleri:

Bağımlı değişken sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği II puanı, bağımsız değişken sosyodemografik faktörler (Yaş, cinsiyet, eğitimi durumu, çalışma durumu, gelir durumu, aile tipi, yaşanılan yer, tanı konulan yaş, tanıdan sonra geçen süre, uygulanan tedavinin türü, anne ve babanın eğitim durumu, sigara kullanma durumu, hastalık ile ilgili eğitim alma durumu, genel sağlık durumu, kanser dışında başka kronik hastalığın varlığı)

#### 3.5. Veri Toplama Araçları:

Araştırma verilerinin toplanmasında ergenlerin sosyodemografik özelliklerini içeren "Kişisel Bilgi Formu" ve "Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II" kullanılmıştır.

#### I. Kişisel Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından literatürden yararlanılarak oluşturulmuştur. Kişisel bilgi formundaki sorular; yaş, cinsiyet, eğitimi durumu, çalışma durumu, gelir durumu, aile tipi, yaşanılan yer, , tanı konulan yaş, tanıdan sonra geçen süre, uygulanan tedavinin türü, anne ve babanın eğitim durumu, sigara içme durumu, hastalık ile ilgili eğitim alma durumu, sigara kullanma durumu, hastalık ile ilgili eğitim alma durumu, genel sağlık durumu, kanser dışında başka kronik hastalığın varlığı, kilo ve boyu içermektedir.

## II. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (SYBDÖ-Health Promotion Life-Style Profile)

Sağlıklı Yaşam Biçimi Ölçeği ilk defa 1987 yılında Walker, Sechnist ve Pender tarafından geliştirilmiş olup, bireyin sağlıklı yaşam biçimi ile ilişkili olarak sağlığı geliştiren davranışları ölçen bir ölçektir. Ölçekte toplam 48 ifade yer almaktadır. Bu ölçeğin ülkemizde geçerlik ve güvenirlik çalışması Esin (1997) tarafından yapılmıştır. Daha sonra Walker ve Hill-Polerecky (1996) bu ölçeği güncelleyerek Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II olarak adlandırmışlardır. SYBD II ölçeğinin, geçerlik ve güvenirlik çalışmasını ise Bahar ve arkadaşları (2008) yapmıştır. Sağlıklı Yaşam Biçimi Ölçeği II, 52 maddeli ve 'hiçbir zaman', 'bazen', 'sık sık' ve 'düzenli olarak' seçeneklerini içeren 4'lü likert tipi bir ölçektir. Ölçek 'sağlık sorumluluğu', 'fiziksel aktivite', 'beslenme', 'manevi gelişim', 'kişilerarası ilişkiler' ve 'stres yönetimi' başlıkları altında altı alt ölçekten oluşmaktadır. Ölçekten alınan en düşük toplam puan 52, en yüksek toplam puan 208'dir. Toplam puan arttıkça, bireyin de daha fazla sağlıklı yaşam biçimi davranışına sahip olduğu kabul edilmektedir (Bahar ve ark, 2008; Esin, 1997; Walker ve ark, 1987).

Tüm alt ölçekler bağımsız olarak tek başına kullanılabilir. Ölçeğin tümünün puanı sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanını verir. Kendini gerçekleştirme alt ölçeği; bireyin yaşam amaçlarını, bireysel olarak kendini geliştirme yeteneğini ve kendini ne derecede tanıdığını ve memnun edebildiğini belirler. Sağlık sorumluluğu alt ölçeği; bireyin kendi sağlığı üzerindeki sorumluluk düzeyini, sağlığına ne düzeyde katıldığını belirler. Egzersiz alt ölçeği; sağlıklı yaşamın değişmez bir ögesi olan egzersiz uygulamalarının birey tarafından ne düzeyde yapıldığını gösterir. Beslenme alt ölçeği; bireyin öğünlerini seçme ve düzenleme, yiyecek seçimindeki değerlerini belirler. Kişilerarası destek alt ölçeği; bireyin yakın çevresi ile iletişimini ve süreklilik düzeyini belirler. Stres yönetimi alt ölçeği ise bireyin stres kaynaklarını tanıma düzeyini ve stres kontrol mekanizmalarını belirler. Ölçeğin iç tutarlılık güvenirlik katsayısı olan Cronbach Alpha değeri 0.92 olup yüksek güvenirlik derecesine sahiptir. Ölçeğin alt boyutlarının güvenirlik katsayıları ise; Sağlık Sorumluluğu .77, Fiziksel Aktivite .79, Beslenme .68, Manevi Gelişim .79, Kişilerarası İlişkiler .80, Stres Yönetimi .64 olarak saptanmıştır. Madde toplam puan korelasyonları 0.30 ile 0.59 arasında değişmekte olup, istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu saptanmıştır ( $p < 0.001$ ). Ölçeğin her bir alt boyutunda yer alan maddenin puanı ile yer aldığı alt boyutun toplam puanı arasındaki ilişki korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir. Değerlendirme sonuçlarına göre, Sağlık Sorumluluğu alt boyutunda  $r = .51-.68$  arasında, Fiziksel Aktivite alt boyutunda  $r = .46-.77$



arasında, Beslenme alt boyutunda  $r=.42-.61$  arasında, Manevi Gelişim alt boyutunda  $r=.46-.72$  arasında, Kişilerarası İlişkiler alt boyutunda  $r=.51-.71$  arasında, Stres Yönetimi alt boyutunda  $r=.40-.62$  arasında ve tüm maddeler için istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ( $p<0.001$ ) (Çelik ve ark., 2009; Bahar ve ark., 2008).

<b>SYBDÖ II Alt Ölçekleri</b>	<b>Maddeler</b>	<b>Madde Sayısı</b>	<b>Puan Aralığı</b>
<b>Sağlık Sorumluluğu</b>	3, 9, 15, 21, 27, 33, 39, 45, 51	9	9-36
<b>Fiziksel Aktivite</b>	4, 10, 16, 22, 28, 34, 40, 46	8	8-32
<b>Beslenme</b>	2, 8, 14, 20, 26, 32, 38, 44, 50	9	9-36
<b>Manevi Gelişim</b>	6, 12, 18, 24, 30, 36, 42, 48, 52	9	9-36
<b>Kişilerarası İlişkiler</b>	1, 7, 13, 19, 25, 31, 37, 43, 49	9	9-36
<b>Stres Yönetimi</b>	5, 11, 17, 23, 29, 35, 41, 47	8	8-32
<b>TOPLAM</b>		52	52-208

### 3.6.Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler SPSS 14,0 istatistiksel veri analizi paket programı ile analiz edilmiş olup; frekans, aritmetik ortalama ve yüzde değerleri kullanılarak değerlendirilmiştir. Normallik testine göre parametrik testlerin kullanılmasına karar verilmiştir. Değişkenler arasındaki ilişkileri ölçmek için İki Ortalama Arasındaki Farkın Önemlilik Testi (Independent Samples t Test) ve Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) testleri yapılmıştır. İstatistiklerin anlamlılığı için yanılma düzeyi 0.05 kabul edilmiştir.

### 3.7.Etik Kurul Onayı

Araştırmanın yapılabilmesi için Koç Üniversitesi Etik Kurulu'ndan etik kurul onayı (Ek 4) ve araştırmanın yapıldığı Şişli Hamidiye Etfal Araştırma ve Eğitim Hastanesi Başhekimliğinden yazılı izin (Ek 5) alınmıştır. Araştırmaya katılan ergenlerden veya ebeveynlerinden sözlü ve yazılı onam alınmıştır.

## 4.BULGULAR

### 4.1. Kanser Tedavisi Almış Ergenlerin Tanıtıcı Özelliklerinin İncelenmesi

Bu bölümde çalışmadan yer alan ergenlere ilişkin cinsiyet, yaş, eğitim, gelir durumu, aile tipi, oturulan yer, sağlık sigortası, tanısı, tanı konulan yaş, tanıdan sonra geçen süre, tedavinin türü, anne ve babanın eğitim durumu, sigara kullanımı, hastalık eğitimi alma durumu, sağlık durumu, kronik hastalığın varlığı gibi tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulgular yer almaktadır.

**Tablo 1. Çocukluk Çağında Kanser Tedavisi Almış Ergenlerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı**

Yaş	Sayı	%
10-13	32	27.6
14-17	31	26.7
17-19	53	45.7
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	57	49.1
Erkek	59	50.9
<b>Eğitim</b>		
Okur-yazar değil	0	0
İlköğretim	0	0
Ortaöğretim	34	29.3
Lise	68	58.6
Üniversite	14	12.1
<b>Gelir Durumu</b>		
Kötü	36	31.0
Orta	57	49.1
İyi	20	17.3
Çok iyi	3	2.6
<b>Aile Tipi</b>		
Çekirdek Aile	90	77.6
Geniş Aile	26	22.4
<b>Oturulan Yer</b>		
İl	69	59.5
İlçe	40	34.5
Köy	7	6.0
<b>Sağlık Sigortası</b>		
Evet	116	100
Hayır	0	0
<b>Tanısı</b>		
Beyin Tümörü	12	10.3
Kemik Tümörü	8	6.9
Lenfoma	26	22.4

Lösemi	48	41.4
Nöroblastom	6	5.2
Retinoblastom	3	2.6
Wilms Tümörü	6	5.2
Yumuşak Doku Tümörü	7	6.0
<b>Tanı Konulan Yaş</b>		
0-4 yaş	13	11.2
5-8 yaş	24	20.7
9-13 yaş	34	29.3
14-17 yaş	45	38.8
<b>Tanıdan Sonra Geçen Süre</b>		
2-4 Yıl	78	67.2
5-10 Yıl	32	27.6
11-15 Yıl	6	5.2
<b>Tedavinin Türü</b>		
Cerrahi	46	39.7
Kemoterapi	116	100
Radyoterapi	10	8.6
<b>Annenin Eğitim Durumu</b>		
Okur-yazar değil	23	19.8
İlköğretim	29	25.0
Ortaöğretim	36	31.0
Lise	24	20.7
Üniversite	3	2.6
Yüksek Lisans	1	0.9
<b>Babanın Eğitim Durumu</b>		
Okur-yazar değil	1	0.9
İlköğretim	16	13.8
Ortaöğretim	41	35.3
Lise	50	43.1
Üniversite	8	6.9
Yüksek Lisans	0	0
<b>Sigara Kullanımı</b>		
Evet	23	19.8
Hayır	69	59.5
İçip Bıraktım	24	20.7
<b>Hastalık Eğitimi Alma</b>		
Evet	116	100
Hayır	0	0.0
<b>Hekimden Eğitim Alma</b>		
Evet	115	99.1
Hayır	1	0.9
<b>Hemşireden Eğitim Alma</b>		
Evet	64	55.2
Hayır	52	44.8
<b>Sağlık Durumu</b>		
İyi	38	32.8
Orta	57	49.1

Kötü	21	18.1
<b>Kronik Hastalığın Varlığı</b>		
Evet	41	35.3
Hayır	75	64.7
<b>BKİ</b>		
Zayıf (18.49 kg/m <sup>2</sup> < )	3	2.6
Normal (18.50 - 24.99 kg/m <sup>2</sup> )	60	51.7
Fazla kilolu (>25.00 kg/m <sup>2</sup> )	53	45.7
<b>Toplam</b>	<b>116</b>	<b>100</b>

Çocukluk çağında kanser tedavisi almış ergenlerin tanımlayıcı özellikleri Tablo 1’de görülmektedir.

Çalışmaya katılan ergenlerin %45.7’si 17-19 yaş grubunda, %50.9’u erkek, %58.6’sının öğrenimi lise, %76.7’si öğrencidir.

Çalışmaya katılan ergenlerin %41.4’ünün tanısı lösemi, %38.8’inde tanı konulan yaş 14-17 yaş grubunda, %67.2’inde tanıdan sonra geçen süre 2-4 yıl, %59.5’i sigara içmiyor, %100 kemoterapi uygulanmış, %99.1’i hastalık eğitimi almış, %49.1’i sağlık düzeyini orta olarak değerlendiriyor, %51.7’sinin beden kitle indeksi normal aralıktadır.

Çalışmaya katılan ergenlerin 49.1’nin geliri orta, %77.6’ı çekirdek aileye sahip, %59.5’u ilde oturuyor, %31’inin annesinin eğitimi ortaöğretim, %43.1’inin babasının eğitim durumu lisedir (Tablo 1).

#### 4.2. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II ve Alt Boyut Puanlarına İlişkin Bulguların İncelenmesi

Bu bölümde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği II ve alt boyut puan ortalamaları incelenmiştir.

**Tablo 2. Çocukluk Çağında Kanser Tedavisi Almış Ergenlerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II ve Alt Gruplarının Puan Ortalamaları**

Alt Ölçekler	Alt ve Üst Değer	Ölçekten Alınan Alt ve Üst Değer	Her Bir Ölçek İçin Ortalama Puanlar $X \pm SD$
Sağlık Sorumluluğu	9-36	9-32	21.70±4.55
Fiziksel Aktivite	8-32	9-30	18.38±4.25
Beslenme	9-36	11-33	21.64±4.54
Manevi Gelişim	9-36	17-36	27.30±3.86
Kişilerarası İlişkiler	9-36	13-36	26.84±4.49
Stres Yönetimi	8-32	10-31	21.68±4.32
SYBD Ölçeği II	52-208	69-183	137.57±20.57

Ergenlerin SYBD II ölçeği ve alt gruplarından aldıkları puan ortalamaları Tablo 2’de görülmektedir. SYBD II ölçeğinden alınan puanlar sırasıyla; sağlık sorumluluğu 21.70±4.55, fiziksel aktivite 18.38±4.25, beslenme 21.64±4.54, manevi gelişim 27.30±3.86, kişilerarası ilişkiler 26.84±4.49, stres yönetimi 21.68±4.32 olarak saptanmıştır. Ergenlerin SYBD II ölçeği toplam puan ortalaması ise 137.57±20.57 ’dir (Tablo 2).

### 4.3. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II Puan Ortalamaları İle Sosyodemografik Özellikleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Bu bölümde kanser tedavisi almış ergenlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği II puan ortalamaları ile sosyodemografik özellikleri arasındaki ilişki incelenmiştir.

**Tablo 3. Çocukluk Çağında Kanser Tedavisi Almış Ergenlerin Yaş Gruplarına Göre SYBD Ölçeği II ve Alt Gruplarının Puan Ortalamaları**

Alt Ölçekler	Yaş Grupları			Anlamlılık Derecesi	
	10-13 X±SD	14-17 X±SD	17-19 X±SD	F	P
Sağlık Sorumluluğu	20.46±3.49	21.61±4.32	22.50±5.12	2.04	0.13
Fiziksel Aktivite	16.65±3.71	19.12±3.78	19.00±4.57	3.85	<b>0.02</b>
Beslenme	20.00±3.65	21.77±4.07	22.56±5.05	3.32	<b>0.03</b>
Manevi Gelişim	26.43±3.18	28.45±3.77	27.15±4.18	2.26	0.10
Kişilerarası İlişkiler	26.06±4.08	27.58±3.36	26.88±5.23	0.90	0.40
Stres Yönetimi	20.21±4.10	22.19±3.77	22.28±4.61	2.62	0.07
SYBD Ölçeği II	129.84±16.36	140.74±16.26	140.39±23.93	3.24	<b>0.04</b>

\*p olasılık değeri

Çocukluk çağında kanser tedavisi almış ergenlerin yaş gruplarına göre SYBD ölçeği ve alt gruplarının puan ortalamaları incelendiğinde, sağlık sorumluluğu, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmazken ( $p>0.05$ ), fiziksel aktivite, beslenme, genel ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0.05$ ).

Fiziksel aktivite alt ölçeği puan ortalamaları ile yaş grupları ikiye ayrılarak karşılaştırıldığında, 10-13 ile 14-17 yaş grupları; 10-13 ile 17-19 yaş grupları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunurken ( $p<0.05$ ), diğer yaş grupları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

Beslenme alt ölçeği puan ortalamaları ile yaş grupları ikiye ayrılarak karşılaştırıldığında, 10-13 ile 14-17 yaş grupları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunurken ( $p<0.05$ ), diğer yaş grupları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

SYBD genel ölçek puan ortalamaları ile yaş grupları ikiye ayrılarak karşılaştırıldığında, 10-13 yaş ile 14-17 yaş grupları; 10-13 ile 14-17 yaş grupları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunurken ( $p<0.05$ ), 14-17 ile 18-19 yaş grupları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 3).

**Tablo 4. Çocukluk Çağında Kanser Tedavisi Almış Ergenlerin Cinsiyetine Göre SYBD Ölçeği II ve Alt Gruplarının Puan Ortalamaları**

Alt Ölçekler	Cinsiyet		Anlamlılık Derecesi	
	Kadın X±SD	Erkek X±SD	t	P
Sağlık Sorumluluğu	21.14±4.82	22.25±4.25	-1.32	0.19
Fiziksel Aktivite	18.00±4.35	18.76±4.15	-0.96	0.33
Beslenme	20.82±4.04	22.44±4.88	-1.93	<b>0.05</b>
Manevi Gelişim	27.45±3.87	27.15±3.88	0.42	0.67
Kişilerarası İlişkiler	27.10±4.45	26.59±4.54	0.61	0.54
Stres Yönetimi	21.66±4.37	21.71±4.32	-0.05	0.95
SYBD Ölçeği II	136.19±20.40	138.91±20.82	-0.71	0.47

\*p olasılık değeri

Çocukluk çağında kanser tedavisi almış ergenlerin cinsiyetine göre SYBD ölçeği ve alt gruplarının puan ortalamaları incelendiğinde, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi, genel ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

Çocukluk çağında kanser tedavisi almış ergenlerin cinsiyetine göre SYBD ölçeği ve alt gruplarının puan ortalamaları incelendiğinde, cinsiyet ile beslenme alt grubu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0.05$ ).

Erkek ergenlerin beslenme puanlarının ( $x=22,44$ ), kadın ergenlerin beslenme puanlarından ( $x=20,82$ ) yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 4).

**Tablo 5. Çocukluk Çağında Kanser Tedavisi Almış Ergenlerin Öğrenim Durumuna Göre SYBD Ölçeği II ve Alt Gruplarının Puan Ortalamaları**

Alt Ölçekler	Öğrenim Durumu			Anlamlılık Derecesi	
	Ortaöğretim X±SD	Lise X±SD	Üniversite X±SD	F	p
Sağlık Sorumluluğu	20.47±3.72	22.02±4.80	23.14±4.76	2.15	0.12
Fiziksel Aktivite	16.73±3.91	18.91±3.93	19.85±5.48	4.13	<b>0.01</b>
Beslenme	20.05±3.68	22.19±4.60	22.85±5.39	3.17	<b>0.04</b>
Manevi Gelişim	26.58±3.62	27.92±3.79	26.00±4.36	2.31	0.10
Kişilerarası İlişkiler	26.47±4.35	27.25±4.16	25.78±6.22	0.78	0.46
Stres Yönetimi	20.55±4.37	22.11±4.17	22.35±4.78	1.67	0.19
SYBD Ölçeği II	130.88±17.94	140.42±20.03	140.00±26.31	2.62	0.07

\*p olasılık değeri

Çocukluk çağında kanser tedavisi almış ergenlerin öğrenim durumuna göre SYBD ölçeği ve alt gruplarının puan ortalamaları incelendiğinde, fiziksel aktivite, beslenme puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0.05$ ).

Eğitim durumu üniversite seviyesinde olanların, fiziksel aktivite ve beslenme puan ortalamaları daha yüksek olduğu bulunmuştur. Eğitim seviyesi yükseldikçe, fiziksel aktivite ve beslenme puan ortalamalarının yükseldiği saptanmıştır (Tablo 5).



**Tablo 6. Çocukluk Çağında Kanser Tedavisi Almış Ergenlerin Gelir Durumuna Göre SYBD Ölçeği II ve Alt Gruplarının Puan Ortalamaları**

Alt Ölçekler	Gelir Durumu				Anlamlılık Derecesi	
	Kötü X±SD	Orta X±SD	İyi X±SD	Çok İyi X±SD	F	P
Sağlık Sorumluluğu	21.50±4.55	22.14±4.63	21.55±4.40	17.00±2.64	1.28	0.28
Fiziksel Aktivite	18.19±4.12	18.84±4.29	17.90±4.54	15.33±3.51	0.84	0.47
Beslenme	21.19±5.06	21.82±3.92	22.35±5.35	19.00±3.60	0.64	0.59
Manevi Gelişim	26.27±3.92	28.07±3.51	27.25±4.27	25.33±5.13	1.89	0.13
Kişilerarası İlişkiler	25.83±4.60	27.19±4.41	27.45±4.69	28.33±2.08	0.95	0.41
Stres Yönetimi	20.94±5.04	22.40±3.76	21.35±4.55	19.33±2.08	1.21	0.30
SYBD Ölçeği II	133.94±23.1	140.47±17.7	137.85±23.4	124.33±11.0	1.17	0.32

\*p olasılık değeri

Çocukluk çağında kanser tedavisi almış ergenlerin gelir durumuna göre SYBD ölçeği ve alt gruplarının puan ortalamaları incelendiğinde, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi, genel ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 7).

**Tablo 7. Çocukluk Çağında Kanser Tedavisi Almış Ergenlerin Aile Tipine Göre SYBD Ölçeği II ve Alt Gruplarının Puan Ortalamaları**

Alt Ölçekler			Anlamlılık Derecesi	
	Çekirdek Aile X±SD	Geniş Aile X±SD	t	P
Sağlık Sorumluluğu	21.61±4.56	22.03±4.59	-0.42	0.67
Fiziksel Aktivite	18.28±4.25	18.73±4.29	-0.46	0.64
Beslenme	21.85±4.53	20.92±4.58	0.92	0.35
Manevi Gelişim	27.22±3.65	27.57±4.57	-0.41	0.68
Kişilerarası İlişkiler	26.83±4.44	26.88±4.74	-0.05	0.95
Stres Yönetimi	21.94±4.04	20.80±5.18	1.18	0.24
SYBD Ölçeği II	137.75±20.34	136.96±21.76	0.17	0.86

\*p olasılık değeri

Çocukluk çağında kanser tedavisi almış ergenlerin aile tipine göre SYBD ölçeği ve alt gruplarının puan ortalamaları incelendiğinde, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi, genel ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 8).

**Tablo 8. Çocukluk Çağında Kanser Tedavisi Almış Ergenlerin Oturduğu Yere Göre SYBD Ölçeği II ve Alt Gruplarının Puan Ortalamaları**

Alt Ölçekler	Oturulan Yer			Anlamlılık Derecesi	
	İl X±SD	İlçe X±SD	Köy X±SD	F	P
Sağlık Sorumluluğu	22.08±4.43	21.55±4.72	18.85±4.37	1.65	0.19
Fiziksel Aktivite	18.59±3.93	17.97±4.62	18.71±5.52	0.28	0.75
Beslenme	21.94±4.34	20.87±4.69	23.14±5.55	1.10	0.33
Manevi Gelişim	27.33±3.64	27.15±4.10	27.85±5.04	0.10	0.90
Kişilerarası İlişkiler	26.81±4.61	26.85±4.17	27.14±5.66	0.01	0.98
Stres Yönetimi	21.84±4.01	21.65±4.95	20.42±3.77	0.33	0.71
SYBD Ölçeği II	138.60±19.1	136.05±22.5	136.14±24.6	0.21	0.81

\*p olasılık değeri

Çocukluk çağında kanser tedavisi almış ergenlerin oturduğu yere göre SYBD ölçeği ve alt gruplarının puan ortalamaları incelendiğinde, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi, genel ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 9).

**Tablo 9. Çocukluk Çağında Kanser Tedavisi Almış Ergenlerin Tanı Konulan Yaşa Göre SYBD Ölçeği II ve Alt Gruplarının Puan Ortalamaları**

Alt Ölçekler	Tanı Konulan Yaş				Anlamlılık Derecesi	
	0-4 Yaş X±SD	5-8 Yaş X±SD	9-13 Yaş X±SD	14-17 Yaş X±SD	F	P
Sağlık Sorumluluğu	21.23±4.86	20.33±3.63	21.64±3.70	22.62±5.35	1.39	0.248
Fiziksel Aktivite	18.76±4.58	16.91±3.71	18.67±3.81	18.84±4.67	1.22	0.303
Beslenme	21.07±3.88	19.70±3.58	21.73±4.28	22.77±5.08	2.55	0.059
Manevi Gelişim	27.92±2.62	26.16±3.27	28.00±3.96	27.20±4.30	1.18	0.317
Kişilerarası İlişkiler	28.15±2.47	24.91±4.08	27.76±4.03	26.80±5.19	2.66	0.071
Stres Yönetimi	21.92±4.19	19.54±3.82	22.11±3.91	22.44±4.66	2.66	0.052
SYBD Ölçeği II	139.07±15.5	127.58±16.3	139.94±17.2	140.68±24.6	2.49	0.063

\*p olasılık değeri

Çocukluk çağında kanser tedavisi almış ergenlerin tanı konulan yaşa göre SYBD ölçeği ve alt gruplarının puan ortalamaları incelendiğinde, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi, genel ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 10).

**Tablo 10. Çocukluk Çağında Kanser Tedavisi Almış Ergenlerin Tanıdan Sonra Geçen Süreye Göre SYBD Ölçeği II ve Alt Gruplarının Puan Ortalamaları**

Alt Ölçekler	Tanıdan Sonra Geçen Süre			Anlamlılık Derecesi	
	2-4 Yıl X±SD	5-10 Yıl X±SD	11-15 Yıl X±SD	F	P
Sağlık Sorumluluğu	21.89±4.77	21.75±4.04	19.00±4.09	1.13	0.32
Fiziksel Aktivite	18.37±4.30	18.46±4.20	18.16±4.4	0.01	0.98
Beslenme	21.87±4.91	21.40±3.59	20.00±4.38	0.53	0.59
Manevi Gelişim	27.43±4.16	26.87±3.24	27.83±3.12	0.29	0.74
Kişilerarası İlişkiler	26.91±4.67	26.68±4.38	26.83±4.49	0.02	0.97
Stres Yönetimi	21.97±4.41	21.53±4.20	18.83±3.06	1.51	0.22
SYBD Ölçeği II	138.46±22.2	136.71±17.6	130.66±10.8	0.43	0.64

\*p olasılık değeri

Çocukluk çağında kanser tedavisi almış ergenlerin tanı tanıdan sonra geçen süreye göre SYBD ölçeği ve alt gruplarının puan ortalamaları incelendiğinde, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi, genel ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 11).

**Tablo 11. Çocukluk Çağında Kanser Tedavisi Almış Ergenlerin Annelerinin Öğrenim Durumuna Göre SYBD Ölçeği II ve Alt Gruplarının Puan Ortalamaları**

Alt Ölçekler	Annenin Öğrenim Durumu						Anlamlılık Derecesi	
	Okur-Yazar Değil X±SD	İlköğretim X±SD	Orta-öğretim X±SD	Lise X±SD	Üniversite X±SD	Yüksek Lisans X±SD	F	P
Sağlık Sorumluluğu	21.82±4.48	22.00±5.07	21.69±5.04	21.50±3.52	22.00±0.0	15.00±0	0.46	0.80
Fiziksel Aktivite	19.47±4.55	17.68±3.73	18.27±4.33	18.33±4.21	20.66±5.7	12.00±0	1.09	0.36
Beslenme	23.00±4.5	21.55±5.11	20.88±4.39	21.16±3.63	25.66±5.8	20.00±0	1.16	0.32
Manevi Gelişim	27.60±3.56	27.24±5.06	27.72±3.17	25.95±3.35	30.00±3.0	31.00±0	1.18	0.32
Kişilerarası İlişkiler	27.17±4.54	25.96±4.97	27.36±4.42	26.29±3.97	30.00±4.5	30.00±0	0.80	0.55
Stres Yönetimi	21.73±4.55	21.89±5.39	21.91±3.69	21.20±3.82	22.00±4.3	17.00±0	0.32	0.89
SYBD Ölçeği II	140.8±21.1	136.3±24.4	137.8±20.1	134.4±15.9	150.3±21.5	125.0±0	0.54	0.74

\*p olasılık değeri

Çocukluk çağında kanser tedavisi almış ergenlerin annelerinin eğitim durumuna göre SYBD ölçeği ve alt gruplarının puan ortalamaları incelendiğinde, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi, genel ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 12).

**Tablo 12. Çocukluk Çağında Kanser Tedavisi Almış Ergenlerin Babalarının Öğrenim Durumuna Göre SYBD Ölçeği II ve Alt Gruplarının Puan Ortalamaları**

Alt Ölçekler	Babanın Öğrenim Durumu					Anlamlılık Derecesi	
	Okur-Yazar Değil X±SD	İlköğretim X±SD	Orta öğretim X±SD	Lise X±SD	Üniversite X±SD	F	P
Sağlık Sorumluluğu	26.00±0.0	21.25±4.58	22.02±4.69	21.72±4.76	20.37±2.44	0.47	0.75
Fiziksel Aktivite	24.00±0.0	19.31±4.36	18.24±4.33	17.98±4.01	19.12±5.24	0.80	0.52
Beslenme	22.00±0.0	21.93±5.47	22.02±4.79	21.00±4.05	23.12±4.67	0.54	0.70
Manevi Gelişim	30.00±0.0	27.68±4.48	26.90±3.59	27.36±4.06	27.87±3.13	0.31	0.87
Kişilerarası İlişkiler	33.00±0.0	25.93±5.06	26.70±4.16	26.86±4.70	28.50±3.42	0.91	0.46
Stres Yönetimi	25.00±0.0	21.68±4.20	21.36±4.90	21.98±3.96	21.12±4.38	0.28	0.88
SYBD Ölçeği II	160.0±0.0	137.8±22.5	137.26±21.6	136.9±19.9	140.1±17.9	0.33	0.85

\*p olasılık değeri

Çocukluk çağında kanser tedavisi almış ergenlerin babalarının eğitim durumuna göre SYBD ölçeği ve alt gruplarının puan ortalamaları incelendiğinde, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi, genel ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 13).

**Tablo 13. Çocukluk Çağında Kanser Tedavisi Almış Ergenlerin Sigara Kullanma Durumuna Göre SYBD Ölçeği II ve Alt Gruplarının Puan Ortalamaları**

Alt Ölçekler	Sigara Kullanma Durumu			Anlamlılık Derecesi	
	Kullanıyor X±SD	Kullanmıyor X±SD	İçip Bırakmış X±SD	F	P
Sağlık Sorumluluğu	21.65±3.67	21.15±4.61	23.33±4.92	2.06	0.13
Fiziksel Aktivite	18.73±3.01	17.89±4.44	19.45±4.60	1.30	0.27
Beslenme	21.65±3.65	21.31±4.70	22.58±4.88	0.68	0.50
Manevi Gelişim	26.47±3.71	27.01±3.91	28.91±3.53	2.90	0.059
Kişilerarası İlişkiler	26.60±4.66	26.76±4.61	27.29±4.10	0.15	0.85
Stres Yönetimi	21.56±3.64	21.42±4.52	22.58±4.40	0.65	0.52
SYBD Ölçeği II	136.69±15.87	135.57±21.86	144.16±20.09	1.59	0.20

\*p olasılık değeri

Çocukluk çağında kanser tedavisi almış ergenlerin sigara kullanma durumuna göre SYBD ölçeği ve alt gruplarının puan ortalamaları incelendiğinde, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi, genel ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 14).



**Tablo 14. Çocukluk Çağında Kanser Tedavisi Almış Ergenlerin Genel Sağlık Durumuna Göre SYBD Ölçeği II ve Alt Gruplarının Puan Ortalamaları**

Alt Ölçekler	Ergenlerin Sağlıklarını Değerlendirmeleri			Anlamlılık Derecesi	
	İyi X±SD	Orta X±SD	Kötü X±SD	F	P
Sağlık Sorumluluğu	20.94±4.45	22.00±4.60	22.28±4.65	0.81	0.44
Fiziksel Aktivite	17.86±4.43	18.66±4.24	18.57±4.03	0.42	0.65
Beslenme	21.26±4.43	21.59±4.63	22.47±4.60	0.48	0.61
Manevi Gelişim	26.47±3.79	27.42±3.61	28.47±4.44	1.90	0.15
Kişilerarası İlişkiler	26.39±4.62	26.87±4.48	27.57±4.37	0.46	0.63
Stres Yönetimi	20.42±4.69	22.31±3.97	22.28±4.25	2.49	0.08
SYBD Ölçeği II	133.36±21.1	138.87±20.55	141.66±19.1	1.33	0.26

\*p olasılık değeri

Çocukluk çağında kanser tedavisi almış ergenlerin genel sağlık durumuna göre SYBD ölçeği ve alt gruplarının puan ortalamaları incelendiğinde, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi, genel ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 15).

**Tablo 15. Çocukluk Çağında Kanser Tedavisi Almış Ergenlerin Başka Kronik Hastalığın Varlığına Göre SYBD Ölçeği II ve Alt Gruplarının Puan Ortalamaları**

Alt Ölçekler	Başka Kronik Hastalığın Varlığı		Anlamlılık Derecesi	
	Evet X±SD	Hayır X±SD	t	P
Sağlık Sorumluluğu	21.92±4.20	21.58±4.76	0.38	0.70
Fiziksel Aktivite	18.68±4.36	18.22±4.20	0.55	0.58
Beslenme	21.02±4.30	21.98±4.66	-1.09	0.27
Manevi Gelişim	27.26±3.86	27.32±3.89	-0.69	0.94
Kişilerarası İlişkiler	26.53±4.41	27.01±4.55	-0.54	0.58
Stres Yönetimi	21.90±4.36	21.57±4.33	0.39	0.69
SYBD Ölçeği II	137.34±20.65	137.70±20.66	-0.91	0.92

\*p olasılık değeri

Çocukluk çağında kanser tedavisi almış ergenlerin kronik hastalığın varlığına göre SYBD ölçeği ve alt gruplarının puan ortalamaları incelendiğinde, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi, genel ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 16).

## 5.TARTIŞMA

Bu bölümde; katılımcıların sosyodemografik özellikleri, sağlıkla ilgili özellikleri ve davranışları, SYBD II ölçeği ve alt boyutlarının puan ortalaması ile ilgili elde edilen bulgular literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

### 5.1. Kanser Tedavisi Almış Ergenlerin Tanıtıcı Özelliklerinin Tartışılması

Çalışmaya katılan ergenlerin %45.7'si 17-19 yaş grubunda, %50.9'u erkek, %58.6'sının öğrenimi lise, %76.7'si öğrenci, 49.1'nin geliri orta, %77.6'ı çekirdek aileye sahip, %59.5'u ilde oturuyor, %41.4'ünün tanısı lösemi, %38.8'inde tanı konulan yaş 14-17 yaş grubunda, %67.2'inde tanıdan sonra geçen süre 2-4 yıl, %100 kemoterapi uygulanmış, %31'inin annesinin eğitimi ortaöğretim, %43.1'inin babasının eğitim durumu lise, %59.5'i sigara içmiyor, %99.1'i hastalık eğitimi almış, %49.1'i sağlık düzeyini orta olarak değerlendiriyor.

Ergenlerin beden kitle indeksleri (BKİ) incelendiğinde; %2.6' sının zayıf (18.49 kg/m<sup>2</sup><), 51.7'sinin normal (18.50 - 24.99 kg/m<sup>2</sup>), % 45.7 'sinin fazla kilolu (>25.00 kg/m<sup>2</sup>) olduğu belirlenmiştir.

Literatürde, Badr ve arkadaşlarının (2011) çocukluk çağında kanser tedavisi almış, 18 yaşından önce tanı konmuş kişilerde ve ebeveynlerinde sağlık davranışlarını belirleyen araştırmada, kanser tedavisi almış kişilerin % 45'i fazla kilolu (>25.00 kg/m<sup>2</sup> ) bulunmuştur. Veringa ve ark. (2012)' nin çocukluk çağında ALL tedavisi almış kişilerde yapmış oldukları araştırmaya göre, katılımcıların % 38,2'si fazla kilolu bulunmuştur. Garmey ve arkadaşlarının (2008) çocukluk çağında ALL tedavisi almış kişilerde yapmış oldukları araştırmaya göre, katılımcıların % 30,2'si fazla kilolu bulunmuştur. Çalışmamızın sonuçları, literatüre ile benzerlik göstermektedir.

Çalışmaya katılan ergenlerin %86'sının sigara içmediği, %5,2'inin sigara içtiği, %20,7'sinin ise bıraktığı belirlenmiştir.

Emmons ve arkadaşlarının (2002) kanser tedavisi almış çocuklarda sigara kullanımını belirlemek için yaptığı araştırmaya göre, çocukların % 17 'si sigara kullanmaktadır. Badr ve arkadaşlarının (2011) çocukluk çağında kanser tedavisi almış kişilerin ve ebeveynlerinin sağlık davranışlarını incelediği araştırmada, kanser tedavisi almış kişilerin % 7.4'ü sigara kullanıyor, % 5.2'si kullanıp bırakmış, Demark-Wahnefried ve arkadaşlarının (2005) 11-33

yaş arasında kanser tedavisi almış bireylerle yaptığı araştırmada, katılımcıların % 10 sigara kullanıcısı iken, %81' i hiç kullanmamıştır. Bu çalışmada belirlenen sigara içme oranı diğer çalışmalarda belirlenen orandan daha düşüktür. Sigaranın sağlığa zararları göz önünde bulundurulduğunda çalışmamızın sonuçları literatüre çalışmaları ile karşılaştırıldığında sonuçlar sevindiricidir.

## **5.2. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II ve Alt Boyut Puanlarına İlişkin Bulguların Tartışılması**

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinden alınan yüksek puan, bireyin yaşamında daha fazla olumlu sağlık davranışına sahip olduğunu göstermektedir. Çalışmada saptanan sağlıklı yaşam biçimi puan ortalamaları orta düzeyde ( $137,57 \pm 20.57$ ) saptanmıştır. Ergenlerin SYBD II ölçeği ve alt gruplarından aldıkları puan ortalamaları sırasıyla; sağlık sorumluluğu  $21.70 \pm 4.55$ , fiziksel aktivite  $18.38 \pm 4.25$ , beslenme  $21.64 \pm 4.54$ , manevi gelişim  $27.30 \pm 3.86$ , kişilerarası ilişkiler  $26.84 \pm 4.49$ , stres yönetimi  $21.68 \pm 4.32$ 'dir. Alt boyutlardan en düşük puan ortalaması egzersiz alt boyutunda, en yüksek puan ortalaması ise manevi gelişim alt boyutundadır (Tablo 2).

Alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde en düşük puan fiziksel aktivite alt boyutundan ( $18.38 \pm 4.25$ ) alınmıştır. Literatürde, Ness ve arkadaşlarının (2009) kanser tedavisi almış çocuklarda aktivite düzeyini incelediği araştırmada, katılımcıların fiziksel aktivite düzeyi genel popülasyona göre az bulunmuştur. Medullablastom ve osteosarkom tanıları alan çocukların daha hareketsiz olduğu saptanmıştır. Hocking ve arkadaşlarının (2013), kanser tedavisi almış çocuklarda aktivite ve sağlık kontrolü düzeyini incelediği araştırmada, katılımcıların (n:117), sağlık kontrol grubundan (n:148) daha az fiziksel aktivite yaptığı bulunmuştur. Badr ve arkadaşlarının (2013), çocukluk çağı kanser tedavisi almış kişilerin yaşam kalitesi ve sağlıklı yaşam biçimini davranışlarını incelediği araştırmaya göre, katılımcıların %65'nin fiziksel egzersiz düzeyinin yetersiz olduğu bulunmuştur. Demark-Wahnefried ve arkadaşlarının (2005), 11-33 yaş arasında kanser tedavisi almış bireylerle yaptığı araştırmada, katılımcıların %52'sinin fiziksel aktivite yaptığı belirlenmiştir. Rueegg ve arkadaşlarının (2012), çocukluk çağı kanser tedavisi almış bireylerin aktivite ve spor faaliyetlerini incelediği araştırma verilerine göre, kanser tedavisi almış kişilerin (%52), kontrol grubuna (%37) kıyasla daha fazla fiziksel aktivite yaptığı belirlenmiştir. Literatürde fiziksel aktivite ile ilgili olarak farklı sonuçlar bulunmuştur. Fiziksel aktivitenin, çocukluk çağında kanser tedavisi almış çocukların fiziksel ve mental sağlığı üzerinde birçok olumlu

yararı vardır. Bu çalışmadan elde edilen verilerin literatür ile benzerlik gösterdiği görülmektedir.

Çalışmamızda alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde en yüksek puan manevi gelişim alt boyutundan ( $27.30\pm 3.86$ ) alınmıştır. Manevi gelişim, beden ve ruhu etkileyen ve aynı zamanda beden ve ruhtan etkilenen “birleştirici güç” olarak tanımlanmıştır. Manevi gelişim, bireyin kendisinin ve varoluşunun ötesindeki güçtür. Sağlığın tinsel boyutu, bireyin bütünlüğünü ve sürekliliğini tehlikeye sokan fiziksel ve duygusal tehditler varlığında bireyi destekler ve rahatlatır. Sağlığın tinsel boyutu; yaşamın anlamını, ölümün kabulünü ve yüksek bir güçle bireysel bir ilişkiyi vurgular. Jones ve arkadaşlarının (2010) kanser tedavisi almış ergen ve genç yetişkinlerde yaptığı çalışmada, katılımcıların bazıları dini inançlarını ve inanışlarını sorgulamış, hayatında yeni anlamlar bulmaya çalışmıştır. Bazıları ise inançları sayesinde kendini daha güçlü hissetmiş ve bu inancının kendisine rehberlik ettiğini düşünmüş ve birçoğu hayatında önemli olan şeyleri öncelik sırasında koymuştur. Manevi destek ile bireyler daha güçlü hissetmiş. Manevi destek katılımcıların ve yakınlarının baş etmesinde yardımcı olmuştur (Jones ve ark, 2010). Çalışmamız sonuçları Jones ve arkadaşlarının yaptığı çalışma ile benzerlik göstermiş olup, manevi gelişim puan ortalaması yüksek çıkmıştır.

Çalışmada, beslenme alt boyut puan ortalaması orta düzeyde ( $21.64\pm 4.54$ ) bulunmuştur. Literatürde, Demark-Wahnefried ve arkadaşlarının (2005) 11-33 yaş arasında kanser tedavisi almış bireylerle yaptığı çalışmada, katılımcıların beslenme düzeyinin yetersiz olduğu tespit edilmiştir. Robien ve arkadaşlarının (2008), çocukluk çağı lösemi tedavisi almış yetişkinlerde beslenme düzeyini incelediği çalışmada, beslenme puanı düşük bulunmuştur. Çalışmamız sonuçları da orta düzeyde bulunmuştur.

Çalışmada, kişilerarası ilişkiler alt boyut puan ortalaması orta düzeyde ( $26.84\pm 4.49$ ) bulunmuştur. Literatürde, kanser tedavisinin bireylerin kişiler arası ilişkisini etkilediği bulunmuştur. Cho ve arkadaşlarının (2013) kanser tedavisi almış kişilerde yaptığı çalışmada, katılımcıların %10.1’inin komşuları ve arkadaşları ile etkileşiminin kanser yüzünden etkilendiğini ifade etmiştir.

Çalışmada, sağlık sorumluluğu alt boyut puan ortalaması orta düzeyde ( $21.70\pm 4.55$ ) ve stres yönetimi alt boyut puan ortalaması orta düzeyde ( $21.68\pm 4.32$ ) bulunmuştur.

### **5.3. Kanser Tedavisi Almış Ergenlerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II Puan Ortalamaları ile Sosyodemografik Özellikleri Arasındaki İlişkinin Tartışılması**

Çocukluk çağında kanser tedavisi almış ergenlerin yaş gruplarına göre SYBD II ölçeği ve alt gruplarının puan ortalamaları incelendiğinde, sağlık sorumluluğu, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmazken ( $p>0.05$ ), fiziksel aktivite, beslenme, genel ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0.05$ ).

14-17 yaş grubunun fiziksel aktivite ve SYBD II puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur. 17-19 yaş grubunun, beslenme puan ortalaması daha yüksektir. Yaş arttıkça beslenme puan ortalamasının yükseldiği belirlenmiştir (Tablo 3). Literatürde, Demark-Wahnefried ve arkadaşlarının (2005), 11-33 yaş arasında kanser tedavisi almış bireylerde yaşam biçimi davranışlarını incelediği çalışmada, katılımcıların beslenme düzeyinin yetersiz olduğu tespit edilmiştir. 18 yaşından küçük olan katılımcıların, 18 yaşından büyük olan katılımcılara göre daha düşük beslenme düzeyine sahip olduğu bulunmuştur. Ayrıca yaş ile birlikte sebze ve meyve tüketim oranı artmıştır. Çalışmamız, literatür ile benzerlik göstermektedir. Yaşla birlikte beslenme puan ortalamasının artması, bireylerin sağlık alanında daha fazla bilgi ve deneyim sahibi olmalarına, daha düzenli ve dengeli bir hayat tarzı sürdürmelerine, bireylerin sağlıklarına daha fazla önem vermeleri gibi nedenlere bağlanabilir.

Çocukluk çağında kanser tedavisi almış ergenlerin cinsiyetine göre SYBD II ölçeği ve alt gruplarının puan ortalamaları incelendiğinde, cinsiyet ile beslenme alt grubu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Erkek ergenlerin beslenme puanlarının ( $x=22,44$ ), kadın ergenlerin beslenme puanlarından ( $x=20,82$ ) yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 4). Robien ve arkadaşlarının (2008), çocukluk çağı lösemi tedavisi almış yetişkinlerde beslenme düzeyini incelediği çalışmada, beslenme puanı düşük bulunmuş olup erkek ve kadın puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Badr ve arkadaşlarının (2013), çocukluk çağı kanser tedavisi almış kişilerin yaşam kalitesi ve sağlıklı yaşam biçimini davranışlarını incelediği çalışmaya göre, erkek katılımcıların kadın katılımcılara göre daha sağlıklı beslendiği bulunmuştur.

Çocukluk çağında kanser tedavisi almış ergenlerin öğrenim durumuna göre SYBD II ölçeği ve alt gruplarının puan ortalamaları incelendiğinde, fiziksel aktivite, beslenme puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Eğitim durumu

üniversite seviyesinde olanların, fiziksel aktivite ve beslenme puan ortalamaları daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Eğitim seviyesi yükseldikçe, fiziksel aktivite ve beslenme puan ortalamalarının yükseldiği saptanmıştır (Tablo 5). Eğitim ile birlikte bilgi seviyesindeki artış, beslenme ve fiziksel aktivite düzeyini etkilemektedir.

Çocukluk çağında kanser tedavisi almış ergenlerin çalışma durumu, gelir durumu, aile tipi, oturulan yer, tanı konulan yaş ve tanıdan sonra geçen süre, anne ve babalarının öğrenim durumu, sigara kullanma durumu, genel sağlık algısı, başka kronik hastalığın varlığına göre SYBD II ölçeği ve alt gruplarının puan ortalamalarının göre incelendiğinde, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi, genel ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

### 6.1. SONUÇLAR

- Çocukluk çağında kanser tedavisi almış ergenlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılan çalışmaya 116 kişi katılmıştır.
- Çalışmaya katılan ergenlerin %45.7'si 17-19 yaş grubunda, %50.9'u erkek, %58.6'sının öğrenimi lise, %76.7'si öğrenci, 49.1'nin geliri orta, %77.6'ı çekirdek aileye sahip, %59.5'u ilde oturuyor.
- Çalışmaya katılan ergenlerin %41.4'ünün tanısı lösemi, %22.4'nün lenfoma, %10.3'ün beyin tümörüdür.
- Çalışmaya katılan ergenlerin %38.8'inde tanı konulan yaş 14-17 yaş grubunda, %67.2'inde tanıdan sonra geçen süre 2-4 yıl, %100 kemoterapi uygulanmıştır(Tablo 1)
- Çalışmaya katılan ergenlerin %31'inin annesinin eğitimi ortaöğretim, %43.1'inin babasının eğitim durumu lise, %99.1'i hastalık eğitimi almış, %49.1'i sağlık düzeyini orta olarak değerlendiriyor.
- Çalışmaya katılan ergenlerin beden kitle indeksleri (BKİ) incelendiğinde; %2.6' sının zayıf ( $18.49 \text{ kg/m}^2 <$ ), 51.7'sinin normal ( $18.50 - 24.99 \text{ kg/m}^2$ ), % 45.7 'sinin fazla kilolu ( $>25.00 \text{ kg/m}^2$ ) olduğu belirlenmiştir
- Çalışmaya katılan ergenlerin %86'sı sigara içmiyor, %5.2'i sigara içiyor, %20.7'si içip bırakmıştır.
- Ergenlerin SYBD II ölçeği puan ortalaması orta düzeyde ( $137.57 \pm 20.57$ ) bulunmuş olup, alt grupları arasında en yüksek puan ortalaması manevi gelişim ( $27.30 \pm 3.86$ ) ve en düşük puan ortalaması fiziksel aktivite ( $18.38 \pm 4.25$ ) olarak belirlenmiştir (Tablo 2)
- 14-17 yaş grubunun fiziksel aktivite ve SYBD II puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur.17-19 yaş grubunun, beslenme puan ortalaması daha yüksektir. Yaş arttıkça beslenme puan ortalamasının yükseldiği belirlenmiştir.
- Erkek ergenlerin beslenme puanlarının ( $x=22,44$ ), kadın ergenlerin beslenme puanlarından ( $x=20,82$ ) yüksek olduğu belirlenmiştir.
- Eğitim durumu üniversite seviyesinde olanların, fiziksel aktivite ve beslenme puan ortalamaları daha yüksek olduğu bulunmuştur. Eğitim seviyesi yükseldikçe, fiziksel aktivite ve beslenme puan ortalamalarının yükseldiği saptanmıştır.



## 6.2. ÖNERİLER

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda, çocukluk çağında kanser tedavisi almış ergenlerin daha sağlıklı bir yaşam biçimi benimsemeleri ve bunu sürdürebilmeleri amacı ile aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur.

- Çocukluk çağında kanser tedavisi almış ergenlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları içinde en düşük puan ortalaması fiziksel aktivite alt grubunda bulunmuştur. Çalışmaya katılanlar kontrole geldiklerinde fiziksel aktivitenin önemi konusunda eğitim verilmeli, Fiziksel aktivite programı oluşturulmalıdır.
- Katılımcıların büyük çoğunluğunun fazla kilolu olduğu bulunmuştur. Sağlık çalışanları ergenlerin beden kitle indeksini takip etmeli, obezitenin zararlarını göz önünde bulundurarak mevcut durumu azaltacak ve olumsuz davranışların sağlık için gerekli olumlu davranışlarla yer değiştirmesini sağlamaları gerekmektedir.
- Sağlık çalışanları, sigara kullananların bırakmasına yönelik uygulamalarda bulunmalıdır.
- Sağlık davranışları ve sağlık davranışı üzerinde etkili olan faktörlere yönelik olarak daha geniş örnekleme kapsayan araştırmaların yapılması önerilmektedir.
- Çocukluk çağında kanser tedavisi almış ergenlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen etmenleri incelemek için bu çalışma Türkiye’ de ilk defa yapılmıştır. Çalışmanın Türkiye genelinde yapılması önerilmektedir.

## 7. KAYNAKLAR

1. Elçigil, A., Tuna, S. ( 2011). Kanser Tedavisi Biten Çocukların Yasadıkları Sorunlar ve Bakımlarında Hemşirenin Rolü, *Türk Onkoloji Dergisi*, 26 (3), s: 134-141
2. Yi., j., Kim, M. A., Tian, T. (2014). Perceived Long-Term and Physical Health Problems After Cancer: Adolescent and Young Adult Survivors of Childhood Cancer in Korea, *European Journal of Oncology Nursing*, 18, s: 145-150
3. Rosenberg, A.R., Postier, A., Osenga, K., Kreicbergs, U., ve ark. (2015) Long-Term Psychosocial Outcomes among Bereaved Siblings of Children With Cancer, *Journal of Pain and Symptom Management*, 49 (1), s: 55-65
4. Yallop, K., McDowell, H., Koziol-Mclain, J., Reed., P. W. (2013) Self-Reported Psychosocial Wellbeing of Adolescent Childhood Cancer Survivors, *European Journal of Oncology Nursing*, 17, s: 711-719
5. Pollack, L.A., Greer, G.E., Rowland, J.H., ve ark. (2005) Cancer Survivorship: A New Challenge in Comprehensive Cancer Control *Cancer Causes and Control*; 16 (1), s: 51–59.
6. Diller, L., Chow, E.J., Gurney, J.G., Hudson, M.M., Kadin-Lottick, N.S., Kawashima, T.I., ve ark. (2009). Chronic Disease in the Childhood Cancer Survivor Study Cohort: A Review of Published Findings. *Journal of Clinical Oncology*, 27 (14), s: 2339-2355
7. Küçükberber, N., Özdili, K., Yorulmaz, H. (2011). Kalp Hastalarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesine Etki Eden Faktörlerin Değerlendirilmesi, *Anadolu Kardiyol Derg*, 11, s: 619-626
8. Gilliam, M., Schwebel, D. (2013). Physical Activity in Child and Adolescent Cancer Survivors: A Review, *Health Psychology Review*; 7 (1), s: 92-110
9. Aslett, H., Levitt, G., Richardson, A., Gibson, F. (2007) A Review of Long-Term Follow-Up for Survivors of Childhood Cancer, *European Journal of Cancer*, 43, s:1781-1790
10. Lie, H.C., Loge, J.H., Fossa, S.D., Hanne, H.M., ve ark. (2015). Providing Information About Late Effects After Childhood Cancer: Lymphoma Survivors' Preferences for What, How and When, *Patient Education and Counseling*, 98, s: 604-611
11. Demark-Wahnefried, W., Werner, C., Clipp, E., ve ark. (2005). Survivors of Childhood Cancer and Their Guardians Current Health Behaviors and Receptivity to Health Promotion Programs, *Cancer*, 103 (10), s: 2171- 2180
12. Ford, J., Barnett, M., Werk, R. (2014). Health Behaviors of Childhood Cancer

Survivors, Children, 1, s: 355-373

13. Uçar, H., Aksoy, T. (2014). Hemşirelik öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi; s: 53-67
14. Stolley, M., Sharp, L., Tangney, C., ve ark. (2015). Health Behaviors of Minority Childhood Cancer Survivors, Cancer, s: 1671-1680)
15. Çelik, G.O., Malak, A.T., Bektaş, M. (2009). Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlığı Geliştirme Davranışları ve Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi, Anatol J Clin Investig; 3(3), s: 164-169
16. İlhan, N., Batmaz, M., Akhan, L. (2010). Üniversite Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 3 (3), s: 34-44
17. Badr, H., Paxton, R.J., Ater, J.L., ve ark. (2011). Health Behaviors and Weight Status of Childhood Cancer Survivors and Their Parents: Similarities and Opportunities for Joint Interventions, American Dietetic Association, 111 (12), s: 1917- 1923
18. Cho, J., Choi, E., Kim, S.Y., Shin, D.W., ve ark. (2013). Association Between Cancer Stigma And Depression Among Cancer Survivors: A Nationwide Survey in Korea, Psycho-Oncology, 22, s: 2372-2378
19. Walker S.N., Sechrist K.R., Pender N.J. (1987). The Health-Promoting Lifestyle Profile: Development and Psychometric Characteristics, Nursing Research; 36 (2), s: 76-81.
20. Esin, N. (1999). Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğinin Türkçe 'ye Uyarlanması, Hemşirelik Bülteni; 12 (45), s:87-95.
21. Bahar, Z., Beşer, A., Gördes, N., Ersin, F., Kısal, A. (2008). Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II' nin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi,12 (1), s: 1- 13.
22. Li, H.C.W., Lopez, V., Chung, O.K.J., Ho, K.Y., Chiu, S.Y. (2013). The Impact of Cancer on The Physical, Psychological and Social Well-Being of Childhood Cancer Survivors, European Journal of Oncology Nursing, 17, s: 214-219
23. Skinner, R. (2012) Long-Term Effects of Cancer Therapy in Children Functional Effects, Late Mortality and Long-Term Follow-Up, Pediatrics and Child Health, 22 (6),

s: 248-252

24. Michel, G., Greenfield, D.M., Absolom, K., Ross, R.J. (2009). Follow-Up Care After Childhood Cancer: Survivors' Expectations and Preferences for Care, *European Journal of Cancer*, 45, s: 1616-1623
25. Kim, M. A., Yi, J. (2013). Psychological Distress in Adolescent and Young Adult Survivors of Childhood Cancer in Korea, *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 30(2), s: 99-108
26. Yi., j., Kim, M. A., Tian, T. (2014). Perceived Long-Term And Physical Health Problems After Cancer: Adolescent and Young Adult Survivors of Childhood Cancer in Korea, *European Journal of Oncology Nursing*, 18, s: 145-150
27. Emmons, K., Li, F.P., Whitton, J., Mertens, A.C., Hutchinson, R., Diller, L. Robison, L.L. (2002). Predictors of Smoking Initiation and Cessation among Childhood Cancer Survivors: A Report from the Childhood Cancer Survivor Study, *J. Clin. Oncol*, 20, s: 1608–1616.
28. Absolom, K., Eiser, C., Greco, V., Davies, H. (2004). Health Promotion For Survivors of Childhood Cancer: A Minimal Intervention, *Patient Education and Counseling*, 55, s: 379-384
29. Dünya Sağlık Örgütü. Promoting The Health of Young People in Custody p.7. [<http://www.euro.who.int/document/e81703.pdf>] adresinden 31.08.15 tarihinde erişilmiştir.
30. Yılmazel, G., Çetinkaya, F., Naçar, M. (2013). Hemşirelik Öğrencilerinde Sağlık Geliştirme Davranışları, *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 12 (3), s: 261-270
31. Şimşek, H., Öztoprak, D., İkizoğlu, E. ve ark. (2012). Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve İlişkili Etmenler, *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 26 (3), s: 151-157
32. Ertop, N.G., Yılmaz, A., Erdem, Y. (2012). Üniversite Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimleri, *KÜ Tıp Fak Derg*, 14 (2), s: 1-7
33. Karaahmetoğlu, G.U., Soğuksu, S., Softa, H.K. (2014). Hemşirelik 1. Ve 2. Sınıf Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi, *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2 (2), s: 26-42
34. Clarke, S., Eiser, C. (2007) Health Behaviours in Childhood Cancer Survivors: A Systematic Review, *European Journal of Cancer*, 43, s: 1373-1384
35. Patterson, P., Mcdonald, F.E.J, Zebrack, B., Medlow, S. (2015). Emerging Issues Among Adolescent and Young Adult Cancer Survivors, *Seminars in Oncology*

Nursing, 31(1), s: 53-59

36. Karadamar, M., Yiğit, R., Sungur, M.A. (2014). Ergenlerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi, Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Dergisi, 17(3), s: 131-139
37. Geçkil, E., Yıldız, S. (2006). Adölesanlara Yönelik Beslenme ve Stresle Başetme Eğitiminin Sağlığı Geliştirmeye Etkisi, C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 10 (2), s: 19-28
38. Menteş, E., Menteş, B., Karacabey, K. (2011). Adölesan Dönemde Beslenme ve Egzersiz, Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi, 8 (2), s: 963-977
39. Soyuer, F., Sitti, S. ( 2011). Kanserli Çocuklar ve Fiziksel Aktivite, Dicle Tıp Dergisi, 38 (4), s: 526-529
40. Servitzoglu, M. , Papadatou, D., Tsiantis, I., Vasilatou-Kosmidis, H. ( 2009) Quality of Life of Adolescent and Young Adult Survivors of Childhood Cancer, International Pediatric Nursing, 24 (5), s: 415-422
41. Cancer. World Health Organization (WHO). [<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/>] adresinden 28.10.2015 tarihinde erişilmiştir.
42. Törüner, E.K., Büyükgönenç, L. (2012). Çocuk Sağlığı Temel Hemşirelik Yaklaşımları, Amasya: Göktuğ Yayıncılık, s:836-895
43. Conk, Z. ve ark. (2013). Pediatri Hemşireliği, Ankara: Akademisyen Kitabevi, s: 769-822
44. Vural, S., Karaman, S. (2014). Çocukluk Çağı Kanserlerine Eşlik Eden Belirti ve Bulgular, Çocuk Dergisi, 14 (1), s: 16-21
45. Dang-Tan, T. ve Franco, E.L. (2007). Diagnosis Delay in Childhood Cancer/ A Review. Cancer, 110 (4), s: 703-713
46. Hızel, S., Toprak, S., Albayrak, M., Sanlı, C. ve Koçak, Ü. (2009). Kanserli Çocuklar Hakkında Anadolu'nun Kırsal Bir İlindeki Annelerin Bilgi, Tutum ve Davranışları. Gazi Tıp Dergisi, Gazi Medical Journal, 20 (1), s: 3-6
47. Kim, D.H., Im, Y.J. (2014). The Influence of Family Management Style on Psychosocial Problems of Childhood Cancer Survivors in Korea, European Journal of Oncology Nursing, s:1-6
48. Öztürk, G.Z. (2014). Çocukluk Çağı Maligniteleri, Türkiye Klinikleri Journal of Family Medicine Special Topics, 5 (2), s: 41-50
49. Kutluk, T. (2006). Çocukluk Çağı Kanserlerinin Epidemiyolojisi, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp

- Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, 49, s: 11-15
50. Celasin, N.Ş. (2012). Çocuk Sağlığını Etkileyen Kronik Hastalıklar, *sted*, 21 (4), s: 244-249
51. Arpacı, T., Törüner, E.K. (2015). Çocukluk Çağı Akut Lenfoblastik Lösemi Sağ Kalanlarında Obezite: Bir Literatür Taraması, *Çağdaş Tıp Dergisi*, 5 (1), s: 61-66
52. Bozhüyük, A., Özcan, S., Kurdak, H., Akpınar, E., Saatçı, E., Bozdemir, N. (2012). Sağlıklı Yaşam Biçimi ve Aile Hekimliği, *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 6 (1), s: 13-21.
53. Avşar, G., Kaşıkçı, M. (2009). Ülkemizde Hasta Eğitiminin Durumu, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12 (3), s: 67- 73
54. Yetkin, A. (2002). Hemşirelerin Hasta ve Ailesinin Eğitimi ile İlgili Görüş ve Uygulamaları, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 5 (1), s: 53-59
55. Birol, L. (2004). Hemşirelik Süreci: Hemşirelik Bakımında Sistemik Yaklaşım, İzmir: Etki Matbaacılık
56. Ayhan, D.E., Günaydın, E., Gönlüaçık, E., Arslan, U., Çetinkaya, F., Asımı, H., Uncu, Y. (2012). Uludağ Üniversitede Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Beslenme Alışkanlıkları ve Bunları Etkileyen Faktörler, *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 38 (2), s: 97-104
57. Kaya, M., Genç, M., Kaya, B., Pehlivan, E. (2007). Tıp Fakültesi ve Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinde Depresif Belirti Yaygınlığı, Stresle Başa Çıkma Tarzları ve Etkileyen Faktörler, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 18 (2), s: 137-146
58. Güçlü, N. (2001). Stres Yönetimi, *Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 1, s: 91-101
59. Thoits, P.A.(2010). Stress and Health: Major Findings and Policy Implications, *Journal of Health Social Behavior*, 51(S), s: 41-53
60. Can, S., Arslan, E., Ersöz, G. (2014). Güncel Bakış Açısı ile Fiziksel Aktivite, *Ankara Üniversitesi Spor Bilimleri Fakültesi*, 12 (1), s: 1-10
61. Bulut, S. (2013). Sağlıkta Sosyal Belirleyici; Fiziksel Aktivite, *Türk Hijyen ve Deneysel Biyoloji Dergisi*, 70 (4), s: 205-214
62. Kostak, M.A. (2007). Hemşirelik Bakımının Spiritüel Boyutu, *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2, s: 105-115.
63. Kaya A. (2013). Kişilerarası İlişkiler ve Etkili İletişim, Ankara: Tarcan Matbaacılık, s: 62-91
64. Nacar, F.S., Tümkaya, S. (2011). Sınıf Öğretmenlerinin İletişim ve Kişilerarası Problem Çözme Becerilerinin İncelenmesi, *İlköğretim Online*, 10 (2), s: 493-511

65. Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu (UNFPA). (2014). 2014 Dünya Nüfus Günü “Gençlere Yatırım”. (Erişim tarihi 04.12.2015) [http://www.un.org.tr/news/WPD2014/Bilgi Notu.pdf](http://www.un.org.tr/news/WPD2014/Bilgi%20Notu.pdf)
66. Cancer Survivorship Next Steps for Patients and Their Families. American Society of Clinical Oncology (ASCO).
67. Adams, M.J., Lipsitz, S.R., Colan, S.D., Tarbell, N.J., Treves, S.T., Diller, L., ve ark. (2004). Cardiovascular Status in Long-Term Survivors of Hodgkin’s Disease Treated With Chest Radiotherapy, *J Clin Oncol*, 22 (15), s: 3139-3148
68. Sklar, C.A., Mertens, A.C., Walter, A., Mitchell, D., Nesbit, M.E., O’Leary, M., ve ark. (2000). Changes in Body Mass Index And Prevalence of Overweight in Survivors of Childhood Acute Lymphoblastic Leukemia: Role of Cranial Irradiation, *Med Pediatr Oncol*, 35 (2), s: 91-95.
69. Henderson, T.O., Whitton, J., Stovall, M., Mertens, A.C., Mitby, P., Friedman, D., ve ark. (2007). Secondary Sarcomas in Childhood Cancer Survivors: A Report From the Childhood Cancer Survivor Study, *J Natl Cancer Inst*, 99 (4), s: 300-308.
70. Friedman, D.L., Freyer, D.R., Levitt, G.A. (2006). Models of Care for Survivors of Childhood Cancer, *Pediatr Blood Cancer*, 46 (2), s: 159-168.
71. Bottomley, S.J., Kassner, E. (2003). Late Effects of Childhood Cancer Therapy, *J Pediatr Nurs*, 18 (2), s: 126-33.
72. Late Effects of Treatment for Childhood Cancer. <http://www.cancer.org/> (Erişim Tarihi: 10.01.2016)
73. Wilson, C.L, Gawade, P.L., Ness, K.K. (2015) İmpairments That Influence Physical Function among Survivors of Childhod Cancer, *Children*, 2 (1), s: 1-36.
74. Van der Pal, H.J., van Dalen E.C., Hauptmann, M., Kok, W.E., Caron, H.H., van den Bos, C., ve ark. (2010) Cardiac Function in 5-Year Survivors of Childhood Cancer: A Long-term Follow-up Study, *Arch Intern Med*, 170 (14), s: 1247-1255
75. Kebudi, R., Özdemir, G.N. (2011). Çocukluk Çağı Kanseri Sağ Kalanlarında İkincil Kanseri, *Türk Pediatri Arşivi Dergisi*, 46, s: 270-274
76. Çağlar, K., Varan, A., Akyüz, C., ve ark. (2006). Second Neoplasms In Pediatric Patients Treated For Cancer: A Center’s 30 Year Experience, *J Pediatr Hematol Oncol*, 28, s: 374-378.
77. Kebudi, R., Ayan, İ., Görgün, Ö., ve ark. (2007). Second Malignant Tumors in Childhood Cancer Survivors, *Pediatr Blood Cancer*, 49, s: 553.

78. Poyrazoğlu, Ő., Baş, F., Darendeliler, E., Darendeliler, F. (2010). ocukluk ađı Kanser Tedavisinin Endokrin Ge Yan Etkileri, 25 (1), s: 37-46
79. Brignardello, E., Felicetti, F., Castiglione, A., ve ark. (2013). Endocrine Health Conditions in Adult Survivors of Childhood Cancer: The Need for Specialized Adult-Focused Follow-Up Clinics, *Eur J Endocrinol*, 168 (3), s: 465-472
80. Veringa, S.J.E., Broeder, E.D., Kaspers, G.J.L., Veening, M.A. (2012). Blood Pressure and Body Composition in Long- Term Survivors of Childhood Acute Lymphoblastic Leukemia., *Pediatr Blood Cancer*, 58, s:278-282.
81. Garmey, E.G., Liu, Q., Sklar C.A. ve ark. (2008). Longitudinal Changes in Obesity and Body Mass Index among Adult Survivors of Childhood Acute Lymphoblastic Leukemia: A Report from the Childhood Cancer Survivor Study, *J Clin Onco*, 26, s: 4639-4645.
82. Karakurt, H., Sarper, N., Kılı, S.., Gelen, S.A., Zengin, E. (2012). Screening Survivors of Childhood Acute Lymphoblastic Leukemia for Obesity, Metabolic Syndrome, and Insulin Resistance, *Pediatr Hematol Onco*, 29, s: 551-561
83. Badr, H., Paxton, R.J., Ater, J.L., Urbauer, D., Demark-Wahnefried, W. (2011). Health Behaviors and Weight Status of Childhood Cancer Survivors and Their Parents: Similarities and Opportunities For Joint Interventions, *J Am Diet Assoc.*, 111 (12), s: 1917–1923
84. Okutan, O., alıŐkan, T. (2011). Sigara ile İlişkili İntertisyel Akciđer Hastalıkları, *Solunum Dergisi*, 13 (3), s: 131-139
85. Boman, K.K., Bodegård, G. (2004). Life after Cancer in Childhood: Social Adjustment and Educational and Vocational Status of Young-Adult Survivors, *J Pediatr Hematol Oncol*, 26 (6), s: 354-62.
86. Özbaran, B., Erermiş, S.(2006). Kanser Tedavisi Gören ocuk ve Gençlerde Uzun Süreli İzlem Sürecinde Psikososyal Özelliklerin Tanımlanması ve Genel Yaklaşım İlkeleri, *Klinik Psikiyatri*, 9, s: 185-190
87. Sarı, H.Y., Yılmaz, M., Kantar, M. (2012). Çocuklarda Kanser ve Engellilik, *Türk Onkoloji Dergisi*, 27 (2), s: 98-105
88. Barrera, M., Shaw, A.K., Speechley, K.N., Maunsell, E., Pogany, L. (2005) Educational and Social Late Effects of Childhood Cancer and Related Clinical, Personal, and Familial Characteristics, *Cancer*, 104 (8), s:1751-1760
89. Armstrong, G.T., Liu, Q., Yasui, Y., Huang, S., Ness, K.K., Leisenring, W., ve ark. (2009). Long-Term Outcomes among Adult Survivors of Childhood Central Nervous



- System Malignancies in the Childhood Cancer Survivor Study, *J Natl Cancer Inst*, 101 (13), s: 946-958
90. Bottomley, S.J., Kassner, E. (2003). Late Effects of Childhood Cancer Therapy, *J Pediatr Nurs*, 18 (2), s: 126-33
91. Whelan, K.F., Stratton, K., Kawashima, T., Waterbor, J.W., Castleberry, R.P., Stovall, M., ve ark. (2010). Ocular Late Effects in Childhood and Adolescent Cancer Survivors: A Report from the Childhood Cancer Survivor Study, *Pediatr Blood Cancer*, 54 (1), s: 103-109
92. Dickerman, J.D. (2007). The Late Effects of Childhood Cancer Therapy, *Pediatrics*, 119 (3), s: 554-68
93. National Cancer Institute: Cancer Survivorship Research Web site. (<http://dccps.nci.nih.gov/ocs/>, Erişim Tarihi: 10.01.2016)
94. Kirchoff, A.C., Leisenring, W., Krull, K.R., Ness, K.K., Friedman, D.L., ve ark. (2010). Unemployment Among Adult Survivors of Childhood Cancer: A Report from The Childhood Cancer Survivors Study, *Med Care*, 48 (11), s: 1015-1025
95. Ness, K.K., Leisenring, W.M., Huang, S., Hudson, M.M., Gurney, J.G., Whelan, K., Hobbie, W.L., Armstrong, G.T., Robison, L.L., Oeffinger, K.C. (2009). Predictors of Inactive Lifestyle among Adult Survivors of Childhood Cancer: A Report from the Childhood Cancer Survivor Study, *Cancer*, 115, s: 1984–1994.
96. Hocking, M.C., Schwartz, L.A., Hobbie, W.L., Derosa, B.W., Ittenbach, R.F., Mao, J.J., Ginsberg, J.P., Kazak, A.E. (2013). Prospectively Examining Physical Activity in Young Adult Survivors of Childhood Cancer and Healthy Controls, *Pediatr. Blood Cancer*, 60, s: 309–315.
97. Rueegg, C.S., von der Weid, N.X., Rebholz, C.E., Michel, G., Zwahlen, M., Grotzer, M., Kuehni, C.E. (2012). Daily Physical Activities and Sports in Adult Survivors of Childhood Cancer and Healthy Controls: A Population-Based Questionnaire Survey, *PLoS One*, 7 (4), e34930.
98. Badr, H., Chandra, J., Paxton, R.J., Ater, J.L., Urbauer, D., Cruz, C.S., Demark-Wahnefried, W. (2013). Health-Related Quality of Life, Lifestyle Behaviors, and Intervention Preferences of Survivors of Childhood Cancer, *J. Cancer Surviv.*, 7, s: 523–534.
99. Robien, K., Ness, K.K., Klesges, L.M., Baker, K.S., Gurney, J.G. (2008). Poor Adherence to Dietary Guidelines among Adult Survivors of Childhood Acute Lymphoblastic Leukemia, *J. Pediatr. Hematol. Oncol.*, 30, s: 815–822

100. Kazak, A.E, Alderfer, M., Rourke, M.T., Simms, S., Streisand, R., Grossman, J.R. (2004). Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) and Posttraumatic Stress Symptoms (PTSS) in Families of Adolescent Childhood Cancer Survivors, *J Pediatr Psychol*, 29(3), s: 211-219
101. Jones, B.L., Volker, D.L., Vinajeras, Y., ve ark. (2010). The Meaning of Surviving Cancer for Latino Adolescents and Emerging Young Adults, *Cancer Nurs.*, 33 (1), s: 74-81
102. Carlsen, K., Dalton, S.O., Diderichsen, F., Johansen, C. (2008). Risk for Unemployment of Cancer Survivors: A Danish Cohort Study, *European Journal of Cancer*, 44, 1866-1874
103. Alderfer, M.A., Navsaria, N., Kazak, A.E. (2009). Family Functioning and Posttraumatic Stress Disorder in Adolescent Survivors of Childhood Cancer, *J Fam Psychol*, 23 (5), s: 717-725
104. Michel, G., Rebholz, C.E., von der Weid, N.X., Bergstraesser, E., Kuehni, C.E. (2010). Psychological Distress in Adult Survivors of Childhood Cancer: The Swiss Childhood Cancer Survivor Study, *J Clin Oncol*, 28 (10), s: 1740-1748

## 8. EKLER

### EK 1

#### YAZILI ONAM FORMU

Bu çalışma çocukluk çağında kanser tedavisi almış ergenlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla planlanmıştır. Bu çalışmada ankette yer alan sorular doldurmanız beklenmektedir. Çalışmanın yürütülmesi ve yayınlanması aşaması dahil, hiç bir aşamada isminiz ve kişisel bilgileriniz kullanılmayacaktır.

Bu form sizi çalışma hakkında bilgilendirmeye yöneliktir. Size özel olarak anlatılan bilgilerin yazılı halini içermektedir. Lütfen formu dikkatlice okuyunuz ve imzalayınız. Bilmediğiniz terimleri ve almadığınız noktaları lütfen araştırmacıya sorunuz

Bana yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama araştırmacı tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilceğimi ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi biliyorum. Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

**ADI SOYADI:**

**İMZA:**

## EK 2

Anket No:

Görüşme Tarihi:

### KİŞİSEL BİLGİ FORMU

1. Yaşınız
  - a. 10-13 yaş
  - b. 14-17 yaş
  - c. 17-19 yaş
2. Cinsiyetiniz:
  - a. Kız
  - b. Erkek
3. Öğrenim Durumunuz
  - a. Okur-yazar değil
  - b. İlköğretim
  - c. Ortaöğretim
  - d. Lise
  - e. Üniversite
4. Çalışma Durumunuz
  - a. Öğrenciyim
  - b. Part-time çalışıyorum
  - c. Çalışıyorum
  - d. İş bakıyorum
  - e. Çalışmıyorum
  - f. diğer ( açıklayınız ).....
5. Gelir durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?
  - a. Kötü
  - b. Orta
  - c. İyi
  - d. Çok iyi
6. Aile tipiniz nedir?
  - a. Çekirdek aile
  - b. Geniş aile

7. Nerede oturuyorsunuz?

- a. İl
- b. İlçe
- c. Köy

8. Sağlık sigortanız var mı?

- a. Evet
- b. Hayır

9. Tedavisini bitirdiğiniz hastalığınızın adını yazar mısınız?

.....

10. Tanı konulan yaşınız nedir?

- a. 0-4 yaş
- b. 5-8 yaş
- c. 9-13 yaş
- d. 14-17 yaş

11. Tanıdan sonra geçen süre nedir?

- a. 2-4 yıl
- b. 5-10 yıl
- c. 11-15 yıl
- d. 16 yıl ve üstü

12. Uygulanan tedavinin türü nedir?

- a. Cerrahi
- b. Kemoterapi
- c. Radyoterapi
- d. Diğer; yazınız:

13. Annenizin eğitim durumu nedir?

- a. Okur-yazar değil
- b. İlköğretim
- c. Orta öğretim
- d. Lise
- e. Üniversite
- f. Yüksek lisans

14. Babanızın eğitim durumu nedir?

- a. Okur-yazar değil
- b. İlköğretim
- c. Orta öğretim
- d. Lise
- e. Üniversite
- f. Yüksek lisans

15. Sigara kullanıyor musunuz?

- a. Evet
- b. Hayır
- c. İçip bıraktım

16. Hastalık ile ilgili eğitim aldınız mı?

- a. Evet
- b. Hayır

Evet ise,

17. Hastalık ile ilgili eğitiminizi kimden aldınız?

- a. Hekim
- b. Hemşire

18. Hastalık ile ilgili eğitiminizi hangi sıklıkla aldınız?

- a. Belirtiniz: :.....

19. Genel olarak sağlığınızı nasıl değerlendiriyorsunuz?

- a. İyi
- b. Orta
- c. Kötü

20. Kanser dışında başka kronik hastalığınız var mı?

- a. Evet
- b. Hayır

21. Kilonuz: .....kg

22. Boyunuz:.....cm



**EK 3****SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANISLARI ÖLÇEĞİ II**

Bu ankette şu anki yaşam tarzınız ve alışkanlıklarınız ile ilgili sorular yer almaktadır. Lütfen soruları mümkün olduğu kadar doğru ve eksiksiz yanıtlayınız. Her alışkanlığınızın sıklığını uygun seçeneği daire içine alarak belirtiniz. Hiçbir zaman 1, bazen 2, sık sık 3, düzenli olarak 4 olarak değerlendirilmektedir.

		Hiçbir Zaman	Bazen	Sık Sık	Düzenli Olarak
1	Bana yakın olan kişilerle endişelerimi ve sorunlarımı tartışırım				
2	Sıvı ve katı yağı, kolesterolü düşük bir diyeti tercih ederim				
3	Doktora ya da bir sağlık görevlisine, vücudumdaki olağandışı belirti ve bulguları anlatırım				
4	Düzenli bir egzersiz programı yaparım				
5	Yeterince uyurum				
6	Olumlu yönde değiştiğimi ve geliştiğimi hissedirim				
7	İnsanları başarıları için takdir ederim				
8	Şekerli ve tatlıyı kısıtlarım				
9	Televizyonda sağlığı geliştirici programları izler ve bu konularla ilgili kitapları okurum				
10	Haftada en az üç kez 20 dakika ve/veya daha uzun süreli egzersiz yaparım (hızlı yürüyüş, bisiklete binme, aerobik, dans gibi)				
11	Her gün rahatlamak için zaman ayırırım				
12	Yaşamımın bir amacı olduğuna inanırım				
13	İnsanlarla anlamlı ve doyumlu ilişkiler sürdürürüm				
14	Her gün 6-11 öğün ekmek, tahıl, pirinç ve makarna yerim				
15	Sağlık personeline önerilerini anlamak için soru sorarım				
16	Hafif ve orta düzeyde egzersiz yaparım (Örneğin haftada 5 kez ya da				



	daha fazla) yürürüm				
17	Yaşamımda değiştiremeyeceğim şeyleri kabullenirim				
18	Geleceğe umutla bakarım				
19	Yakın arkadaşlarıma zaman ayırırım				
20	Her gün 2-4 öğün meyve yerim				
21	Her zaman gittiğim sağlık personelinin önerileri ile ilgili sorularım olduğunda başka bir sağlık personeline danışırım				
22	Bos zamanlarımda yüzme, dans etme, bisiklete binme gibi eğlendirici fizik aktiviteler yaparım				
23	Uyumadan önce güzel şeyler düşünürüm				
24	Kendimle barışık ve kendimi yeterli hissederim				
25	Başkalarına ilgi, sevgi ve yakınlık göstermek benim için kolaydır				
26	Her gün 3-5 öğün sebze yerim				
27	Sağlık sorunlarımı sağlık personeline danışırım				
28	Haftada en az üç kere kas güçlendirme egzersizleri yaparım				
29	Stresimi kontrol etmek için uygun yöntemleri kullanırım				
30	Hayatımdaki uzun vadeli amaçlar için çalışırım				
31	Sevdiğim kişilerle kucaklaşıyorum				
32	Her gün 3-4 kez süt, yoğurt veya peynir yerim				
33	Vücudumu fiziksel değişiklikler, tehlikeli bulgular bakımından ayda en az bir kez kontrol ederim				
34	Günlük işler sırasında egzersiz yaparım (örneğin, yemeğe yürüyerek giderim, asansör yerine merdiven kullanırım, arabamı uzağa park ederim)				
35	İş ve eğlence zamanımı dengelerim				

36	Her gün yapacak değişik ve ilginç şeyler bulurum				
37	Yakın dostlar edinmek için caba harcarım				
38	Her gün et, tavuk, balık, kuru bakliyat, yumurta, çerez turu gıdalardan 3-4 porsiyon yerim				
39	Kendime nasıl daha iyi bakabileceğim konusunda sağlık personeline danışırım				
40	Egzersiz yaparken nabız ve kalp atışlarımı kontrol ederim				
41	Günde 15-20 dakika gevşeyebilmek, rahatlayabilmek için uygulamalar yaparım				
42	Yaşamımda benim için önemli olan şeylerin farkındayım				
43	Benzer sorunu olan kişilerden destek alırım				
44	Gıda paketlerinin üzerindeki besin, yağ ve sodyum içeriklerini belirleyen etiketleri okurum				
45	Bireysel sağlık bakımı ile ilgili eğitim programlarına katılırım				
46	Kalp atımım hızlanana kadar egzersiz yaparım				
47	Yorulmaktan kendimi korurum				
48	İlahi bir gücün varlığına inanırım				
49	Konuşarak ve uzlaşarak çatışmaları çözerim				
50	Kahvaltı yaparım				
51	Gereksinim duyduğumda başkalarından danışmanlık ve rehberlik alırım				
52	Yeni deneyimlere ve durumlara açığım				

## Ek 4. Koç Üniversitesi Etik Kurul Onayı

Rumelifeneri Yolu Sarıyer 34450 İstanbul T: 0212 338 10 00 F: 0212 338 12 05 [www.ku.edu.tr](http://www.ku.edu.tr)



**KOÇ  
ÜNİVERSİTESİ**

### ETİK KURUL KARARI

Toplantı Tarihi:	12.11.2015
Karar No:	2015.229.IRB3.119
Sorumlu Araştırmacı:	Eda Kaya
Araştırma Başlığı:	Çocukluk Çağında Kanser Tedavisi Almış Ergenlerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi
Başlangıç tarihi:	16.11.2015
Etik Kurul izninin süresi:	1 yıl (Uzatma hakkı mevcut olarak)

Koç Üniversitesi Etik Kurulu'na değerlendirilmek üzere başvuruda bulunduğunuz yukarıda künyesi yazılı projenizin başvuru dosyası ve ilgili belgeleri, Üniversite Akademik Kurulu'nun 05.04.2012 tarih ve 04 Nolu kararıyla "Sosyal Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu Sekreteryası" tarafından birinci düzey inceleme yapılmasına karar verilmiştir.Yapılan inceleme sonucunda etik ve bilimsel açıdan çalışmanın gerçekleştirilmesi uygun bulunmuştur.

#### **Notlar:**

- Araştırma başlangıç tarihinin gecikmesi durumunda Etik Kurul'a başvurularak tarihlerin değiştirilmesi gereklidir.
- Etik Kurul incelemesi ve onayı olmadan bu araştırmada kullanılan prosedürler, formlar ya da protokollerde herhangi bir değişiklik yapılamaz.
- Araştırmanın gerçekleştirileceği birimlerin yöneticilerinden de ayrıca izin alınması gerekli olabilir.
- Araştırmaya katılan kurum dışı merkezlerden ayrıca idari izin alınması gerekmektedir.

Saygılarımla,

Hakan S. Orer  
Başkan

## Ek 5. Şişli Hamidiye Etfal Araştırma ve Eğitim Hastanesi Başhekimliği İzni

Doküman No ve Sayısı: 24/11/2015-53886



T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU  
İstanbul İli Beyoğlu Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği



APS

Sayı : 97175836-770-  
Konu : Araştırma İzni (Eda KAYA)

**KOÇ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ**  
Rumelifeneri Yolu, 34450, Sarıyer/İstanbul

İlgi : 16/11/2015 tarihli ve 81917885-302.14-605.99-25 sayılı yazınız.

İlgi sayılı yazınıza istinaden; Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelikte Yüksek Lisans Programı öğrencisi Eda KAYA'nın, Prof. Dr. Ayfer ELÇİGİL danışmanlığında "Çocukluk Çağında Kanser Tedavisi Almış Ergenlerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi" isimli HSGN 599 Yüksek Lisans Tez Dersi kapsamındaki çalışmasını Genel Sekreterliğimize bağlı Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yapabilmesi uygun görülmüştür.  
Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Dr. Aşkın AYVAZ  
Genel Sekreter a.  
İdari Hizmetler Başkanı

Güvenli Elektronik  
İmzalı Aslı ile Aynıdır.  
25./11./2015.

YKMH  
İSTANBUL BEYOĞLU KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ  
GENEL SEKRETERLİĞİ  
Gülseren BİRBETÇİ  
İzmir

Fulya Mah. Mehmetçik Cad. No:63 Şişli/İstanbul  
Telefon:0212 252 43 00-31 15 Faks:0212 386 13 31  
e-Posta: cemilesavci@gmail.com  
Elektronik imzalı suretine:<http://ebys.beyoglubirlik.gov.tr/envision/Dogrula/ND3SU6R> erişebilirsiniz.

Ayrıntılı bilgi için irtibat: Cemile SAVCI  
Eğitim, Araştırma ve Geliştirme

## EK 6. ÖZGEÇMİŞ

### KİŞİSEL BİLGİLER

<b>Adı Soyadı</b>	EDA KAYA
<b>Doğum Tarihi</b>	02.06.1989
<b>E-Posta</b>	eeski@ku.edu.tr

### EĞİTİM BİLGİLERİ

	<b>Mezun Olduğu Kurumun Adı</b>	<b>Mezun Yılı</b>
<b>Yüksek Lisans</b>	Koç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	
<b>Lisans</b>	Koç Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu	2011
<b>Lise</b>	Alaplı Anadolu Lisesi	2007

### İŞ DENEYİMİ

<b>Görev</b>	<b>Kurum</b>	<b>Süre</b>
Hemşire	Amerikan Hastanesi	2011-2015

<b>Program</b>	<b>Kullanma Becerisi</b>
Microsoft Office Programları (Word, Excel, power point)	İyi
SPSS Programı	İyi