

**T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

SAĞLIKLI VE KANSERLİ ERGENLERDE UMUT

Doktora Tezi

Arş. Gör. Figen Işık ESENAY

**DANIŞMAN
Prof. Dr.Zeynep CONK**

İZMİR

2007

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

SAĞLIKLI VE KANSERLİ ERGENLERDE UMUT

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği
Anabilim Dalı Programı

Doktora Tezi

Arş. Gör. Figen Işık ESENAY

DANIŞMAN
Prof. Dr.Zeynep CONK

İZMİR
2007

ÖNSÖZ

Bu araştırmanın planlanmasından yazım aşamasına kadar fikir ve görüşleriyle beni destekleyen değerli danışmanım Prof. Dr. Zeynep CONK'a,

Araştırma süresince destekleriyle ve önerileriyle beni yönlendiren, E.Ü.T.F. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Pediatrik Onkoloji Bilim Dalı öğretim üyelerinden sayın Doç. Dr. Mehmet KANTAR'a,

Tezım süresince destekleri için değerli hocalarım Doç. Dr. Zümrüt BAŞBAKKAL ve Yard. Doç. Dr. Bahire BOLIŞIK'a,

İstatistik aşamasında fikir ve görüşleriyle beni yönlendiren, değerli bilgilerini ve zamanını paylaşan istatistik danışmanım sayın Dr. Mediha KORKMAZ'a,

Araştırma süresince yardımları ve dostlukları ile bana destek olan ve kolaylıklar sağlayan Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Tülay Aktaş Onkoloji Hastanesi Pediatrik Onkoloji Kliniği sorumlu Hemşiresi Nuray NALCI'ya ve S.B. Dr. Behçet Uz Pediatrik Onkoloji Kliniği Sorumlu Hemşiresi Nimet GEMALMAZ'a,

Araştırmanın yürütülmesi boyunca sağladıkları kolaylıklar için Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Pediatrik Onkoloji Bilim Dalı, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Pediatrik Onkoloji Bilim Dalı, S.B. Dr. Behçet Uz Pediatrik Onkoloji Kliniği, S.B. Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Onkoloji Kliniği öğretim üyelerine, doktorlarına ve hemşirelerine,

Araştırmaya katılmayı kabul eden, zamanlarını ayıran ve soruları içtenlikle yanıtlayan tüm ergenlere,

Doktora eğitimim ve tez çalışmam süresince beni destekleyen ve yardımcı olan sevgili arkadaşlarım Yard. Doç. Dr. Hatice BAL YILMAZ, Arş.Gör. Banu AKYÜREK, Arş. Gör. Ayşegül İŞLER, Arş. Gör. Bedriye AK, Arş. Gör. Seher SARIKAYA, Arş. Gör. Dilek ŞEN, Arş.Gör. Nurdan AKÇAY ve Arş. Gör. Fatma TAŞ'a

Doktora eğitimim boyunca gösterdikleri sabır, ilgi ve destekle her türlü sıkıntımı paylaşan AİLEM'e

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım

Figen Işık ESENAY

Ocak 2007 - İZMİR

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

BÖLÜM I

GİRİŞ ve GENEL BİLGİLER

1.1.	ARAŞTIRMANIN KONUSU.....	1
1.2.	ARAŞTIRMANIN AMACI.....	2
1.3.	HİPOTEZLER.....	3
1.4.	SAYITLILAR.....	3
1.5.	ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ.....	3
1.6.	SINIRLILIKLAR VE KARŞILAŞILAN GÜÇLÜKLER.....	4
1.7.	TANIMLAR.....	4
1.8.	GENEL BİLGİLER	
1.8.1.	ERGENLİK DÖNEMİ.....	5
1.8.2.	ERGENLİK DÖNEMİNDE KANSER.....	8
1.8.3.	KANSER HASTALARININ ÖZELLİKLERİ.....	10
1.8.4.	UMUT.....	12
1.8.5.	UMUT VE SAĞLIK.....	18
1.8.5.1.	Yaşam Kalitesi.....	18
1.8.5.2.	Umudun Sağlık Üzerine Etkisi.....	20
1.8.5.3.	Umutsuzluk.....	22
1.8.6.	GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK.....	23
1.8.6.1.	Geçerlik.....	23
1.8.6.2.	Güvenirlik.....	25

BÖLÜM II

GEREÇ VE YÖNTEM

2.1.	ARAŞTIRMANIN TİPİ	27
2.2.	ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI.....	27
2.3.	ARAŞTIRMANIN EVRENİ.....	28
2.4.	ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ.....	28
2.5.	ARAŞTIRMADA KULLANILAN VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	28
2.6.	VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ VE SÜRESİ.....	31

2.6.1. EUÖ'nin Geçerlik Güvenirliğine İlişkin Çalışmalar.....	33
2.6.1.1. Geçerlik Çalışmaları.....	33
2.6.1.2. Güvenirlik Çalışmaları.....	35
2.7. BAĞIMLI VE BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLER.....	35
2.8. VERİLERİN ANALİZİ.....	36
2.9. SÜRE VE OLANAKLAR.....	36
2.10. ARAŞTIRMANIN ETİĞİ	37

BÖLÜM III

BULGULAR

3.1.ERGENLER İÇİN UMUTLULUK ÖLÇEĞİ'NİN GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI SONUÇLARI.....	38
3.1.1. Geçerlik Çalışmaları.....	38
3.1.2. Güvenirlik Çalışmaları.....	39
3.2.SAĞLIKLI VE KANSERLİ ERGENLERİN TANIMLAYICI ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR.....	48
3.3.ERGENLERİN EUÖ VE YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEK PUANLARINA İLİŞKİN BULGULAR.....	52
3.4.ERGENLER İÇİN UMUTLULUK ÖLÇEĞİ PUAN ORTALAMALARINA ETKİ EDEN FAKTÖRLERE İLİŞKİN BULGULAR.....	57
3.5.ERGENLER İÇİN UMUTLULUK ÖLÇEĞİ PUAN ORTALAMALARININ YAŞAM KALİTESİ PUAN ORTALAMALARI ÜZERİNE ETKİSİNE İLİŞKİN BULGULAR.....	65

BÖLÜM IV

TARTIŞMA

4.1.ERGENLERİN UMUTLULUK ÖLÇEĞİ (EUÖ)'NİN GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI SONUÇLARINA İLİŞKİN BULGULARIN İNCELENMESİ.....	70
4.2.ERGENLERİN TANITICI ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULARIN İNCELENMESİ.....	72

4.3.ERGENLERİN EUÖ VE YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEK PUANLARINA İLİŞKİN BULGULARIN İNCELENMESİ.....	74
4.4.ERGENLER İÇİN UMUTLULUK ÖLÇEĞİ PUAN ORTALAMALARINA ETKİ EDEN FAKTÖRLERE İLİŞKİN BULGULARIN İNCELENMESİ.....	75
4.5.ERGENLER İÇİN UMUTLULUK ÖLÇEĞİ PUAN ORTALAMALARININ YAŞAM KALİTESİ PUAN ORTALAMALARI ÜZERİNE ETKİSİNE İLİŞKİN BULGULARIN İNCELENMESİ.....	82
BÖLÜM V	
SONUÇ ve ÖNERİLER	
5.1. SONUÇLAR.....	88
5.2. ÖNERİLER.....	89
ÖZET	91
ABSTRACT	93
YARARLANILAN KAYNAKLAR	95
EKLER	
EK I: Tanıtıcı Veri Formu (Sağlıklı)	
EK II: Tanıtıcı Veri Formu (Kanserli)	
EK III: Beck Umutsuzluk Ölçeği	
EK IV: SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği	
EK V: Ergenler İçin Umutiluluk Ölçeği	
EK VI: Hasta Bilgilendirme ve Onam Formu	
EK VII: Ölçeğin Kullanımı için Pamela Hinds'ten İzin Formu	
EK VIII:T C. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Etik Kurul İzin Yazısı	
EK IX: T. C. İzmir Valiliği İl Milli Eğitim Müdürlüğü Uygulama İzin Yazısı	
EK X: T.C. İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Uygulama İzin Yazısı	
EK XI: T.C. İzmir Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Uygulama İzin Yazısı	
EK XII: T.C. Ege Üniversitesi Rektörlüğü Uygulama İzin Yazısı	
EK XIII:T.C. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Uygulama İzin Yazısı	
ÖZGEÇMİŞ	

TABLolar DİZİNİ

	Sayfa No
Tablo 1. Avrupa’da Ergen (Ergenlik) Çağ Kanserlerinde Sağ Kalım Oranları.....	9
Tablo 2. İçerik Geçerliği Değerlendiricilerin Ergen Umutluluk Ölçeği’ne (EUÖ) Verdikleri Puanların Aritmetik Ortalama, Standart Sapma, Medyan, En Düşük Ve En Yüksek Puan Dağılımları.....	38
Tablo 3. Ergenler için Umutluluk Ölçeği Kendall Uyuşum Katsayısı Korelasyon Testi Sonuçları.....	39
Tablo 4. Ergenler için Umutluluk Ölçeği Sağlıklı ve Kanserli Ergenlerde İki Yarı Test Güvenirlik Sonuçları.....	39
Tablo 5. Ergenler için Umutluluk Ölçeği’nin Sağlıklı Ve Kanserli Ergenlerde Puan Ortalaması Ve Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayıları.....	40
Tablo 6. Ergenler için Umutluluk Ölçeği Ölçeği İle Beck Umutsuzluk Ölçeğinin Sağlıklı Ergenlerde Korelasyon Sonuçları.....	40
Tablo 7. Ergenler için Umutluluk Ölçeği İle Beck Umutsuzluk Ölçeğinin Kanserli Ergenlerde Korelasyonu.....	40
Tablo 8. Ergenler için Umutluluk Ölçeği’nin Sağlıklı Ergenlerde Madde Toplam Puan Korelasyon Sonuçları.....	41
Tablo 9. Ergenler için Umutluluk Ölçeği’nin Kanserli Ergenlerde Madde Toplam Puan Korelasyon Sonuçları	42
Tablo 10. Ergenler için Umutluluk Ölçeği’nin Sağlıklı Ergen Grubunda Faktör Analizi Sonuçları.....	44
Tablo 11. Ergenler için Umutluluk Ölçeği’nin Kanserli Ergen Grubunda Faktör Analizi Sonuçları.....	46
Tablo 12. Ergenlerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Dağılımları.....	48
Tablo 13. Kanserli Ergenlerin Hastalık Özelliklerine Göre Dağılımları.....	50
Tablo 14. Sağlıklı Ergenlerin Ergenler için Umutluluk Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımları.....	53
Tablo 15. Kanserli Ergenlerin Ergenler için Umutluluk Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımları.....	54
Tablo 16. Sağlıklı ve Kanserli Ergenlerin Ergenler için Umutluluk Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımları.....	55

Tablo 17. Sağlıklı Ve Kanserli Ergenlerin SF-36 Ölçeğinin Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	56
Tablo 18. Sağlıklı Ergenlerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Ergenler için Umutluluk Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımları.....	58
Tablo 19. Kanserli Ergenlerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Ergenler için Umutluluk Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımları.....	59
Tablo 20. Kanserli Ergenlerin Hastalıklarına İlişkin Özelliklerine Göre Ergenler için Umutluluk Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımları.....	62
Tablo 21. Kanserli Ergenlerin Tanı Sürelerine Göre Umutluluk Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	64
Tablo 22. Sağlıklı Ergenlerde Ergenler için Umutluluk Ölçeği Puan Ortalamalarının Yaşam Kalitesi Alt Ölçek Puanları ile Korelasyon Sonuçları.....	65
Tablo 23. Kanserli Ergenlerde Ergenler için Umutluluk Ölçeği Puan Ortalamalarının Yaşam Kalitesi Alt Ölçek Puanları ile Korelasyon Sonuçları.....	68

ŞEKİLLER DİZİNİ

	Sayfa No
Şekil 1. Kanser ölümlerinin tüm ölümlere yüzdesinin yaş grupları ve cinsiyete göre dağılımı (1996, 1997, 1998 yılları ortalaması).....	9
Şekil 2. Ergenler için Umutluluk Ölçeği Faktörlerin Özdeğerlerine Dayalı Çizgi Grafiği.....	47

BÖLÜM I

GİRİŞ

1.1. ARAŞTIRMANIN KONUSU

Son yıllarda tıbbi ve teknolojik gelişmeler, yeni tanı yöntemleri, yeni kemoterapi kürleri ve özellikle kemik iliği transplantasyonundaki gelişmeler pediatrik onkoloji hastalarının kür oranlarını artmasını sağlamıştır. Böylece çocukluk çağı kanserlerinde yaşam süreleri belirgin şekilde artmıştır (Landis 1999, Greenlee et al 2000, Haydaroglu 2004).

Akut, kronik, yaşamı tehdit eden ya da sakat bırakan tüm hastalıklar bireyin yaşam kalitesini bozar ve güçlü başetme becerileri gerektirir (Lazarus 1999). Özellikle kanser, hastalığın adının verdiği korku, geleceğe ilişkin kaygılar, hastalığın kendisi ve agresif tedavisi, yaşanabileceklerin yarattığı stres, hasta ve hasta yakınlarını hiçbir hastalık grubunda olamayacak kadar çok olumsuz etkilemekte ve güçlü bir uyum kapasitesi gerektirmektedir (Kutluk 2004). Bu ihtiyaç, gelişmemiş yetenekleri ile hastalık ve tedavisini deneyimleyen ergenler için büyük bir mücadeledir.

Ergen hastalar, fiziksel görünüşlerine ve kişisel gelişimlerine verdikleri önem, bağımsızlık ve kontrol duyguları nedeniyle kronik ve yaşamı tehdit eden hastalıklar karşısında oldukça hassastırlar. Kanser gibi ciddi bir deneyim tarafından yüklenen duygusal stresler, tedaviye uyumsuzluk ya da tedaviyi reddetme gibi sonuçlar doğurabilir, ergenin kanserle başetmesini zorlaştırır (Whyte 1997, Hinds et al 2000). Bireyin kendisi için stres verici bir duruma karşı direnmesi, tedavi ve prognozu etkileyen bir durumdur. Etkili başetme ile stresin yıkıcı etkilerinin azaldığı, bireyin kendi sistemlerini değerlendirmesinin sağlandığı ve sağlıklı olma duygusuna ulaşmada iç ve dış kaynaklarını harekete geçirmesine neden olduğu bildirilmektedir (Lazarus 1999).

Araştırmacılar kronik hasta ergenlerin kanserle baş etme ve uyumunda etkili değişkenlerin tanımlanmasının ve değerlendirilmesinin önemini kabul etmiştir. Goertzel ve Goertzel (1991) umutluluğun pediatrik kanser hastalarının başetme yollarını anlamada en önemli değişken olabileceğini belirtmiştir. Umut, insan yaşamının kritik aşamalarında en uygun ve önemli bir baş etme stratejisi olarak görülmektedir (Hinds 1988a).

Hayati tehlikesi olan bir hastalık söz konusu olduğunda umutlu olmanın koruyucu bir rolü vardır; çok kuvvetli üzüntünün yaşanmasını önler, bireyin hastalığı, tedaviyi, sınırlılıkları ya da ölümü kabul etmesine yardım eder ve ihtiyaçlarının bir kısmının ya da hepsinin karşılanamadığı durumlarda tolerans gösterilmesini kolaylaştırır (Snyder et al 1997). Umutluluk, ergenin sağlığını yeniden kazanmasına, sürdürmesine ve arttırmasına yardım eder (Dufault 1985). Pediatrik onkoloji birimlerinde umutlu olmak, gencin kendini iyi hissetme duygusunu ve tedaviye karşılık vermesini etkiler, bu da gencin biyolojik durumuna ve tedavinin sonucuna etki edebilir (Hinds Martin 1988, Hinds 1988a, Hinds 1988, Hinds 1991).

Hemşirelerin toplum aile ve bireye yönelik çok yönlü sorumluluk ve rolü, insanın sağlık ve hastalığındaki süreçleri anlamaya temellenmiştir. Sağlık ve hastalık sürecinde bireyi etkileyen her kavram, hemşireliği temel olarak ilgilendirir (Velioğlu 1999). Profesyonel olarak hemşirelik mesleği üyelerinin amacı, verdikleri bakımın kalitesini yükseltmek ve yaşam kalitesini güvence altına almaktır. Yaşam kalitesi, hemşirelik bakım hizmetlerini değerlendirmeyi sağlar. Bu nedenle tüm sağlık bakım profesyonellerinin yaşam kalitesi ile ilgili kavramları ve felsefeleri sorgulayarak uygulamalarına aktarmaları önemlidir.

Türk hemşirelik literatüründe incelenmemiş bir kavram olan umutluluğun, kanserli ergenlerin yaşam kaliteleri üzerindeki olumlu etkisi gösterilebilirse, bulgular hastalarda tedavi yanıtı ya da hastalık sürecindeki farklılıkları açıklamada başka bir bilgi kaynağı olacaktır. Ayrıca, umutluluk ölçülebilirse hemşireler hastada umutluluk düzeylerini ve bu düzeyi etkileyen faktörleri belirleyebilir. Bu bilgi, umudun arttırılmasına yönelik hemşirelik girişimlerinin planlanması ve uygulanması aşamalarında yol gösterici olabilir. Literatürde, umut düzeylerinin ve öneminin kültürler arasında değiştiği bildirilmektedir (Baumann 2004). Türk kültüründeki umut düzeylerinin hemşirelik bilimi açısından önemini anlamaya yardım edecek çalışmalara gereksinim vardır.

1.2. ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu araştırmanın temel amacı, “Hopefulness Scale for Adolescents” (Ergenlerde Umutluluk Ölçeği - EUÖ)’nin Türkçe formunu oluşturmak ve geçerlik güvenirliğini saptamak, sağlıklı ve kanserli ergenlerde umut düzeylerini belirlemek ve umudun yaşam kalitesi üzerine etkisini incelemektir. İleride ergenlerle yapılan çalışmalarda ölçeğin kullanılması ve elde edilen bilgilerin uygulamaya yansımaları uzak amaçlardır.

1.3. HİPOTEZLER

H₁. Ergenlerde Umutluluk Ölçeği yüksek derecede geçerlidir

H₂. Ergenlerde Umutluluk Ölçeği yüksek derecede güvenilirdir.

H₃. Kanserli ergenler, sağlıklı ergenlere göre daha düşük umutluluk düzeyi gösterirler

H₄. Kişisel umutluluk puanları hem sağlıklı hem de kanserli ergenlerde yaşam kalitesi puanları düzeyleri ile pozitif ilişkilidir

1.4. SAYILTILAR

Evren, örneklem, veri toplama teknikleri, kullanılan araç ve gereçler araştırmanın amacını gerçekleştirebilecek kapasitededir.

1.5. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ

Profesyonel bir disiplinin temel amacı, mesleki uygulamalarına yön veren bilimsel bilgi içeriğini geliştirmektir. Profesyonel bir meslek olarak hemşireliğin de, uygulamalarını destekleyen ve yön veren kavramları araştırması kaçınılmazdır. Bilimsel bir meslek üyesi olarak hemşirelerin, bu doğrultuda çalıştıkları ortamın bazı yönlerini tanımlamaları, açıklamaları, önceden tahmin etmeleri ve denetlemeleri beklenir (Velioğlu 1999).

Sağlığı ve hastalığı etkileyen kavramlar hakkında bilgi sahibi olmak, bireylere verilen hizmette önemlidir. Bir takım değişkenlerin sağlık üzerine olumlu ya da olumsuz etkileri, hemşirelik bakımını yönlendirir.

Literatürde, umudun olumlu rolü ve hemşirelikteki önemi geniş şekilde tanımlanmış, sağlık ve hastalık arasında umudun önemli bir kavram olduğunu bildirilmiş (Ross 1994, Kyla & Vehvitainen 1997), kanser hastası olan ergenlerde umutlu olmanın öneminin ve gerekli özelliklerinin belirlenmesinin önemi vurgulanmıştır (Hinds 1988b, Snyder et al 1997). Umut, insan yaşamının kritik aşamalarında önemli bir baş etme stratejisidir, umudun tanımlanması ve anlaşılması ergen hastaların bakımını sürdüren hemşireler için önemli bilgiler sağlar (Hinds 1988b, Krause 1993).

Yurtdışında yapılan çalışmalarda bir takım hemşirelik girişimleri ile ergenlerdeki umutluluk düzeyinin arttırılabildiği bildirilmektedir (Hinds et al 1987, Rustoen & Hanestad 1998, Rustoen et all 1998, Herth 2000, Hinds 2004). Ancak bu çalışmaları genelleyebilmek için kültüre özgü umut düzeylerinin ve öneminin tanımlanması gereklidir. Hemşirelerin hastalarına kaliteli bakım sağlamaları için bakımlarını etkileyen kavramları test etmeli ve etkili olan kavramlara yönelik girişimler planlamalıdır. Bu çalışmanın, hayatı tehdit eden bir hastalık deneyimleyen ergenler için, umutluluğu arttıracak hemşirelik girişimlerinin geliştirilmesinde kullanılabilecek verilerin elde edileceği düşünülmektedir.

Hemşireler olarak insanları gereksinimleri, umut ve korkuları, değer ve inançları, tutum ve yetenekleri ile tanımak, onların davranış ve çıktılarını tüm olasılıkları ile önceden tahmin etmek, denetlemek ve yönlendirmek, bakımı buna göre düzenlemek; başarılı, güçlü ve kaliteli bir bakıma ulaşmada yardımcıdır. Bireylerin tutum, davranış ve inançları, üzerinde çokça çalışılmış alanlardır. Ancak insanların umutları ve bunun sağlığa olan etkisi Türkiye’de çalışılmamıştır. Bu çalışma, umutluluk ile ilgili sağlık ve hemşirelik alanlarında Türkiye’de ilk çalışma olacaktır.

1.6. SINIRLILIKLAR VE KARŞILAŞILAN GÜÇLÜKLER

Sağlıklı örneklem grubunda kronik hastalığı olanlar alınmamıştır. Araştırmaya remisyon döneminde 12 aydan daha uzun süreli izlemde olanlar alınmamıştır. Pediatrik onkoloji servislerine alınan hastalar için üst yaş sınırı 18 olduğundan ergen grubunun yaş sınırı 12-18 olarak belirlenmiştir. EUÖ geçerlik- güvenirlilik çalışması için örneklem sayısı İzmir ilinde belirlenen yaş grubunda ulaşılabilen kanserli ergen sayısı ile sınırlı kalmıştır.

1.7. TANIMLAR

Ummak: Bir şeyin olmasını istemek, beklemek.

Umut: Ummaktan doğan güven duygusu, beklenti, ümit.

Umutluluk: Umutlu olmak.

Yaşam kalitesi: Bireyin kendi yaşamının değerlendirilişine dayanan öznel algı, duygu ve biliş süreçlerinin bir bütünü.

1.8. GENEL BİLGİLER

1.8.1. ERGENLİK DÖNEMİ

Türkiye genç nüfusa sahip bir ülkedir. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1998 verilerine göre 10-19 yaş grubu nüfusun oranı % 21.6 olarak bildirilmiştir. İzmir İl Sağlık Müdürlüğü İstatistik Şube Müdürlüğü 1998 yıl ortası nüfus verilerine göre İzmir il nüfusu 3,210,284 ergen nüfusu ise; 10-14 yaş 276,092; 15-19 yaş 302,782; 20-24 yaş 312,782 kişidir. Ülkenin sağlık statusünün geliştirilmesi istendiğinde, ergenler üstünde durulması gereken ciddi bir gruptur (<http://www.ism.gov.tr/subeler/istatistiksb/istatistiksb.htm>)

Ergen kelimelesinin batı dillerinde ve bizde de kullanılan karşılığı olan “Adolesan” kelimesi, “büyümek ve yetişkinliğe ermek” anlamına gelen Latince “Adolescere” teriminin karşılığıdır. Bu sözcük, yapısı gereği bir durumu değil, bir süreci belirtmektedir (Parman 1997).

Ergenlik, insan gelişiminde özel bir dikkat ve özen gerektiren önemli ve eşsiz bir dönemdir. Bu yıllar, çocuklara özgü bağımlılıktan bağımsız ve sorumlu yetişkinliğe geçiş aşamasıdır. Ergen, bu dönemde gerek ailesi gerekse topluluğu içinde daha fazla sorumluluk üstlenmeye başlar, yetişkin olarak üstleneceği görevlere hazırlanır, yaşamı boyunca olumlu ya da olumsuz etkileri görülecek birtakım önemli adımlar atar (<http://www.unicef.org.tr>).

Ergenliğin yaş sınırları çok açık değildir. Bu dönem için yaş sınırlarının toplumsal ve kültürel özelliklere bağlı olarak toplumdan topluma ve toplumlar içinde kesimden kesime değişiklik gösterdiği görülmektedir. Yörükoğlu (1996) bu dönemin sınırlarını 12-21, UNESCO 12-24, Yavuzer (1998) kızlarda 12-20, erkeklerde 13-20 yaş, Birleşmiş Milletler Örgütü ise 15-25 yaşları arasında olan, halen öğrenim gören, hayatını kazanmak için çalışmayan ve ayrı bir konutu bulunmayan kişi olarak belirlemiştir (Yörükoğlu 1996, Yavuzer 1998).

Merser (1979) ergenlik dönemini, erken ergen 12-14 yaş; orta ergen 15-16 yaş; geç ergen 17-21 yaş olarak alt bölümlere ayırmıştır. Her dönem zihinsel, hormonal, emosyonel ve sosyal gelişmelere paralel özel gelişimsel görevlerle karakterizedir ve psikososyal süreçlerle ilgilidir (Ritchie 2001).

Psikolojik anlamda ergenlik; ilk ergenliğin fiziksel belirtileriyle başlayan zihinsel bir süreç, bir tutum ve yaşam tarzıdır ve bireyin anne - baba denetiminden bağımsızlığını kazanmasıyla sona erer. Toplumsal açıdan ise ergen, ailesi ile birlikte oturan ya da ekonomik olarak onlara bağlı kalmaya devam eden, genel ya da mesleki eğitimine ve öğretimine devam eden kişidir (Parman 1997).

Barret (1996) erken ergenlik döneminin merkez görevinin ait olmak, orta ergenlik döneminin eşsiz olmak, geç ergenlik döneminin ise değerli olmak olduğunu tanımlamıştır (Ritchie 2001).

İlk ergenlik dönemi (puberte), fiziksel değişiklikler endokrin sistem değişiklikleri ile başlar. Bu dönemde fiziksel ve fizyolojik değişimler ön plandadır. Çocukluktan yetişkinliğe geçiş dönemindeki ergen bu değişikliklere ayak uydurmak durumundadır. Bedensel değişimler gencin ilgi odağıdır

Orta ergenlik dönemi yaklaşık 15-17 yaşlarına rastlamaktadır. Bu dönemde anne-babadan duygusal olarak kopma ve bağımsızlığa adım atma başlar. Sağlıklı bağımsız bir yetişkin olabilmesi için bağımlılığın azalması gereken bu evrede ergenin yaşıt grubunun desteği temel alınmaktadır. Ergen için yaşıt grubunun değerleri, grup kararları, giyimi, davranış biçimleri önemli olmaktadır

Geç ergenlik döneminde, fiziksel gelişim düzene girmiş, biyolojik olgunluğa erilmiştir. Bu dönemde meslek seçimi ve özerk bir birey olma çabaları söz konusudur. Ergen, kendi kimliğini oluşturma çabasındadır. Bu dönemin gelişimsel rolü, kimliğin kazanılmasıdır. Geç ergenlik dönemi, kişinin yaşamda yolunu çizdiği, kendi sınırlarını diğer insanlarla karşılaştırarak deneme-yanılma yolu ile genişletme olanağı bulduğu bir dönemdir. Ergen kendini ve toplumdaki rolünü tanımaya çalışır (Yörükoğlu 1996, Parman 1997).

Gelişimsel görevler, kişinin içinde bulunduğu yaşam döneminde başarması gereken görevleri, kazanması gereken bazı özellikleri ve geliştirmesi gereken davranışları ifade eder. Whyte ve Smith (1997) bu kavramı geliştiren Havighurst'un, Ergenlik Dönemi Gelişimsel Ödevlerini şöyle tanımladığını belirtmiştir;

- Bedenini kabul etme ve etkili bir şekilde kullanmak,
- Ebeveynlerinden ve otorite figürü olan diğer erişkinlerden bağımsızlaşmak,

- Her iki cinsten başkalarıyla yeni ve anlamlı ilişkiler kurmak,
- Kişisel bir değerler sistemi geliştirmek,
- Kadınsı yada erkeksi (sosyal) bir rol edinmek,
- Duygusal bağımsızlık-özerklik geliştirmek,
- Evlilik ve aile yaşamına hazırlık,
- Mesleki kariyer edinmekve toplumsal sorumluluk geliştirmek.

Ergenlikte, beden imajı konusunda hassasiyet mevcuttur. Ergen, bedeni ve gelişimi ile çok ilgilenir. Herhangi bir görünen ya da görünmeyen deformite ya da kusur, ergen tarafından kabul edilemeyebilir, utanç ve iğrenmeyle sonuçlanabilir (Whyte & Smith 1997).

Ergenler, zihinsel gelişim açısından "soyut işlemler" dönemindedir. Bu dönemde zihinsel kapasitesi gelişmeye başlayan ergenin düşünceyi sorgulama ve yönlendirme yeteneği artış gösterir. Sorunu çözmek için gerekli tüm olası ilişkileri görebilir, ancak deneyimlerinin sınırlı olması ve problem çözme becerilerinin eksikliği nedeniyle çözüme götürücü planlama ve örgütlemeyi tam olarak yapamayabilir. İkinci seçeneği, ancak birinci seçenek işlemediği ya da başarısız olduğu dönemlerde düşünür. Gelişimin daha sonraki evrelerinde ise düşünülen ve örgütlenen seçenek sayısı artar (Yörükoğlu 1996, Yavuzer 1998).

Psikolojik olarak ergenlik dönemi; içsel karışıklıklar, hızlı ruhsal değişimler ve isyanlarla karakterize bir stres ve fırtına dönemi olarak tanımlanır (Yörükoğlu 1996, Yavuzer 1998). Bu nedenle ergenlik aşamalarına özel bir dikkat gerekir, çünkü ergenler bu dönemde hastalıklarını farklı olarak deneyimleyebilmekte ve bu deneyimlere farklı anlamlar yükleyebilmektedir (Weeks 1991).

Bu karmaşık dönemde, ergenin gelişimini bozma kapasitesine sahip en önemli hastalıklardan biri kuşkusuz kanserdir. Kanser bir ergende oluştuğunda, tehdit edici bir tanı ve yoğun uzamış tedavileri de yanında getirir. Kanser, ergenin fiziksel görünüşü konusundaki hassasiyetini etkileme ve kişisel gelişimini bozma etkisine sahiptir. Tedaviler, ergenin bağımlılığını ve regresif davranışlarını arttırabilen uzamış hastanede yatış ya da sık hastane ziyaretleri gerektirir. Tedavilerin, kilo kaybı, bulantı – kusma, saç dökülmesi ve yorgunluk gibi yan etkileri vardır. Bu etkiler, ergen hastaların sadece sağlığına değil gelişen kimlikleri ve beden imajlarına yönelik de ciddi hasar potansiyeline sahiptir.

1.8.2. ERGENLİK DÖNEMİNDE KANSER

Kanser, çeşitli mortalite ve morbidite oranlarına sahip yüzlerce hastalığı kapsayan bir terimdir (Shell & Kirsch 2001).

Kanser, çocukluk çağında ölüm nedenleri arasında gelişmiş ülkelerde %10 ile kazalardan sonra ikinci sıklığı oluşturmaktadır. Kanser olma riski yaklaşık 1/500'dür. Ülkemizde çocukluk çağında her yıl 2000-2500 yeni kanser olgusu beklenmektedir (SB 1999, Greenlee et al 2000, Büyükpamukçu ve ark. 2004).

En sık görülen kanser tipleri 15-24 yaş için şunlardır (<http://www.hacettepe.org.tr>):

- Lösemiler
- Lenfomalar
- Kemik ve Yumuşak doku tümörleri
- Sinir sistemi tümörleri.

Son yıllarda erken tanının öneminin anlatılması ve yeni tanı yöntemleri, yeni kemoterapi kürleri ve özellikle kemik iliği transplantasyonundaki gelişmeler sağ kalım oranlarını etkilemiştir. Greenlee ve ark. (2000), Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) son 20 yılda tüm çocukluk çağı kanserlerinde 5 yıllık sağ kalımın %56'dan %75'e yükseldiğini bildirmiştir. Avrupa'daki 15-24 yaşlarındaki kanser tanısı almış ergenlerin 1990-1994 yılları süresince beş yıllık sağ kalımları ise, tüm kanserler için erkeklerde %75 kızlarda %78 olarak bildirilmiştir. Son 20 yılı aşkın süredir tüm çocukluk çağı kanserlerinde 5 yıllık sağ kalımları önemli derecede artmıştır (Tablo 1) (Gatta 2003b).

Tablo 1. Avrupa’da Ergen (Ergenlik) Çağ Kanserlerinde Sağ Kalım Oranları

Kanser Türü	Avrupa (1)	Doğu Avrupa (2)
Akut lenfoblastik lösemi (ALL)	%47	%68
Hodgkin lenfoma	%89	%89
Non-Hodgkin lenfoma	%68	%61
Akut miyeloblastik lösemi (AML)	%39	%29
Gonadal germ hücreli tümörler	%90	*
Deri melanomu	%89	*
Santral sinir sistemi (SSS) tümörleri	%66	%57
Kemik tümörleri	%57	*
Osteosarkom	%58	*
Ewing sarkomu	%42	*
Yumuşak doku sarkomu	%57	*
Tiroid karsinomu	%99	*

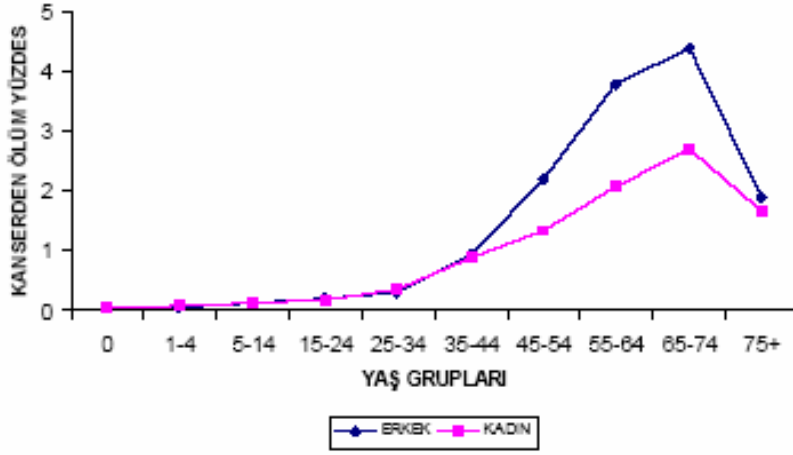
* Veri yok

(1) Gatta G, Capocaccia R, De Angelis R, Stiller C, Coebergh JW. (2003) “Cancer survival in European adolescents and young adults” EUROCARE Working Group. Eur J Cancer; 39(18):2600-10.

(2)Gatta G, Corazziari I, Magnani C, Peris-Bonet R, Roazzi P, Stiller C (2003) “Childhood cancer survival in Europe” EUROCARE Working Group. Ann Oncol.;14 (Suppl 5): 119-27.

Kanser, hastalıktan ölümlere sebep olmasına rağmen, kanser hastalarının yaşam süreleri artmıştır. Bu artışa paralel olarak çocukluk çağında kanserden ölümlerin tüm ölümlere yüzdesi diğer yaş gruplarına göre oldukça düşüktür (Şekil 1).

Şekil 1. Kanser ölümlerinin tüm ölümlere yüzdesinin yaş grupları ve cinsiyete göre dağılımı (1996, 1997, 1998 yılları ortalaması) (Fırat & Çelik 1998)



Kanser hastalarının sağ kalımları artıp, yaşama devam etmeleri sağlanmakla birlikte, kronik hastalıkların yoğun fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik sorunlarını da beraberinde getirmiştir. Yaşamın akışını bozan, bireyin varlığına ciddi tehdit içeren kanser, kuşkusuz herkesi sarsar, bireyin bir takım ruhsal özelliklerini etkiler (Kutluk 2004).

1.8.3. KANSER HASTALARININ ÖZELLİKLERİ

Kanser, belirsiz bir gelecekle boğuşma çabası olarak, tanısıyla, hastalık süreciyle ve tedavisiyle her yaştaki bireylerde anksiyete, korku, çaresizlik, depresyon, belirsizlik ve umutsuzluk gibi duygulara yol açar. Kanserli ergen, hem erişkin kanser hastaları hem de çocuk kanser hastaları ile birçok benzer sorunu paylaşır (Whyte & Smith 1997).

Kübler-Ross, kansere uyumu 5 aşamada incelemiştir;

- Yadsıma
- Öfke
- Pazarlık
- Depresyon
- Kabullenme (Terakye 1995).

Kanser tanısı alan birey çeşitli evrelerden geçer. Birey, her evrede Kübler-Ross'un

belirttiği bu aşamalara uyumlu olarak yol alır (Sertöz 2004).

- 1- Tanı öncesi evre: Hastalık şüphesi hastada korku, endişe, hayal kırıklığı, bağımlı olma, işe yaramama, izolasyon ve ölüm düşüncelerini arttırır.
- 2- Tanı evresi: Tanının kesinleşmesi ile hasta şok yaşar ve inanamaz. İnkâr, bu evrede en sık kullanılan baş etme mekanizmasıdır. Yadsıma, şokun azalmasına yardım eder, gerçeği yavaş yavaş sindirmeye yardımcı olan bir tampon gibi görev görür. İnkâr, birey için dayanılmaz ve üstesinden gelinmez olarak algılanan bir durum karşısında, etkili baş etme becerileri gelişene dek zaman kazandırır. Bu evre, birkaç dakika ile birkaç gün arasında sürer. Bu dönem içinde birey entellektüel olarak yaşananları fark etse de genellikle duygusal olarak reddetmektedir.
- 3- İlk tedavi evresi: Tedaviye başlama, genellikle umut ve anksiyete karışımı bir duygu yaratır. Tedavi ile hastalığın üstesinden gelineceği inancı vardır. Hasta ve ailesi tedaviyi ve her türlü zorluğu göze alır.
- 4- Tedavi sonrası evre: Tedavi evresi ile birlikte cerrahi, ağrı, ölüm ve kontrol kaybı korkuları belirir. Kilo değişiklikleri ya da saç dökülmesi gibi fiziksel belirtiler ortaya çıkar. Bu dönemde hastaların verdikleri tepkiler anksiyete, depresyon ve korkudur. Depresyonun şiddetli olması işlevselliği ve uyumu bozar.
- 5- Rekürrens dönemi: İlk tanı konmasından daha büyük bir krize neden olabilir. Gencin iyileşme umudunu azaltır. Bu dönemde anksiyete, depresyon, umutsuzluk, ölüme ilişkin korkularda artma görülebilir.
- 6- İlerleyici dönem: Hasta ve ailesi kurtulmanın yollarını arar, yeni tedavi ve bilgiler edinmek için uğraş içine girerler. Bu dönemde depresyon ve anksiyete en önemli tepkilerdir.
- 7- Terminal dönem: Bu dönemde hastalar terk edilmekten ve ağrı çekmekten korkarlar. Bitirilmemiş işler, gerçekleşmemiş hayaller ve geleceğin kaybı ile ilgili yas içine girerler. Depresyon en önemli tepkidir (Özkan 1999, Akçay 2004, Sertöz 2004).

Tüm aşamalar incelendiğinde kanser hastalarında en sık karşılaşılan ruhsal sorunlar anksiyete, depresyon, gelecek hakkında belirsizlik, sosyal yaşamın kısıtlanması, bağımsızlığını kaybetme düşüncesi, rol değişiklikleri, üzüntü ve umutsuzluk olarak sayılabilir (Kutluk 2004).

Ergen ve kanser kavramlarını inceleyen Whyte ve Smith (1997) üzerlerinde durulması

gereken konuların ebeveyn ve kardeşler, psikososyal konular, okul ve sosyal yaşam, bilgilendirme ve destek, cinsellik ve umutluluk olduğunu bildirmişlerdir.

Kanser hastaları, umudun kanser deneyimlerinin üstesinden gelmede esas olduğuna inanırlar. Özellikle ergen kanser hastaları tedavi süresince umudun azalması ya da kaybında savunmasız ve incinebilir olarak tanımlanırlar. Ergen kanser hastaları, umutluluğun varlığı ve yokluğuna duyarlıdır (Hinds & Gattuso 1991).

Umutluluk, başkalarıyla etkileşim sürecinde ortaya çıkan bir iç niteliktir. Umutlu olmak kişiyi gayretlendirir, güç verebilir. Bu nedenle, umutlu ergenler kendi adlarına harekete geçmekte ya da başkalarının bakım çabalarını almakta daha istekli olurlar (Hinds 2004).

Umudun, kişinin sağlığını sürdürmesine, tekrar kazanmasına ve arttırmasına, hastalığı ve tedaviyi kabul etmesine yardım ederek kişinin sağlık düzeyini direkt ya da indirekt etkilediği bildirilmektedir. Umutluluğun bu etkisi, peditrik onkoloji hemşireliğinde klinik ilgi ve araştırma nedeni olmuştur (Hinds 1988b, Hinds & Martin 1988, Hinds 2000).

1.8.4. UMUT

Umut faktörü literatürde, hastalık ve kayıp süresince iyileşmede, **adaptatif** başetmede ve yaşam kalitesine ulaşmada dinamik, çok boyutlu, karmaşık ve potansiyel bir güç olarak tanımlanır (Hinds & Martin 1988, Stephenson 1991, Farran et al 1995).

Umut, insanoğlunun doğasında bulunan en değerli kaynaktır ve insanın yoksunluk, yetersizlik, sıkıntı, yalnızlık ve acı çekme gibi zor ve stresli durumlarla başa çıkmasını sağlar. Hastada enerji oluşturur, belli amaçların başarılması için istek ve güdünün kanalize edilmesini ve geleceğe doğru yönelmeyi sağlar, keder ve üzüntüyü engeller (Duyan & Er 1996). Kübler-Ross (1971) hastaların hastalığa katlanabilmelerini sağlayan gücün “umut” olduğunu belirtmiştir (Terakye 1995).

Umut, herkes tarafından bilinen ve kullanılan bir kavram olmasına rağmen, açıklanması oldukça zordur. Umut, Türk Dil Kurumu sözlüğünde “Ummaktan doğan güven duygusu, ümit” olarak tanımlanmaktadır (TDK 2006). Rideout ve Montemuro (1986) kronik kalp hastaları ile yaptıkları çalışmalarında umudu “amaçlara ulaşmada sıfırdan daha fazla bir

beklentinin varlığı ve bir çıkış yolu olduğuna inancı” olarak tanımlamıştır.

Umut kavramı; birinin kendi ya da yakınlarının yarınının varlığına inancı (Hinds 1988a) ve zorluklarla baş etme ya da korunma yeteneğine inancı (Farran & Popovich 1990) olarak da tanımlanmıştır. Umutta olasılıkların anlamının algılanması önemlidir. Bu algı, kişinin fırsatların farkında olması ve inanması ile ilgilidir. Fırsatlar; ergen için yeni çözümler, farklı tercih ve seçimler, uygun gelecek ümidi anlamına gelebilir. Bu bağlamda umut, hayata ve gelişmeye mental bağlılık (Carson et al 1988, Stephenson 1991, Brandt 1998) ve psikolojik iyilik hali olarak tanımlanabilir (Miller & Powers 1988).

Ergen umutluluğunun teorik yapısını inceleyen Hinds, ergenlerle yaptığı kalitatif çalışmalar sonucunda ergen umutluluğunun yetişkin umutluluğundan farklı olduğunu belirtmiş, ergen umutluluğunu “bir gencin kişisel ve olumlu bir gelecekte huzurlu bir yaşam sürdürme inancına sahip olma derecesi” olarak tanımlamıştır (Hinds 1988a, Hinds 1984). Hinds ve Gattuso (1991), umutluluk kavramının dört boyutundan bahsetmiştir;

1. Zorunlu çaba; Ergenin yapay olarak daha olumlu bir yanıt almayı deneme derecesi,
2. Kişisel olanaklar; Ergenin kendisi için ikinci bir şansa inanma derecesi,
3. Daha iyi bir gelecek beklentisi; Ergenin kişisel olmayan olumlu bir gelecek oryantasyonu derecesi (savaş bitecek, ekonomi düzelecek),
4. Kişisel bir gelecek beklentisi; Ergenin özel ve olumlu bir gelecek olasılığı tanımlama derecesi.

Hinds ve Martin (1988) umudu; öleceği olasılığının daima mevcut olduğunu bildiği halde olumlu bir geleceğin varlığına gerçekçi temelli inanç olarak tanımlar. Uzman onkoloji hemşireleri umutlu hastaları, tedaviden umutlarını kesmeyen, kendileri ile savaşımayan ve prognozlarını kabul eden kişiler olarak tanımlamışlardır (Owen 1989). Terminal hastanın bakış açısından umutlu olmak, tanıya rağmen anlamlı bir gelecek için, kalan yaşam için yenilenmiş bir coşkuya sahip olma, yaşamak için daha önce belli olmayan bir sebep bulma ve profesyonel yada alternatif bakım sistemlerinden sağ kalımına katkıda bulunacağına inandığı bir tedavi bulma beklentisi olarak tanımlanır (Herth 1989).

Kylma ve Vehvitainen-Julkunen (1997) hemşirelik literatüründe tanımlanan umut kavramının meta analizini yaptıkları çalışmalarında umudun sekiz anahtar boyutunun altını

çizmişlerdir. Bunlar:

- Eşsiz bir kişisel deneyim,
- Bir insan kapasitesi,
- Manevi hazıroлуşluk,
- Bir gereksinim,
- Bir durum,
- İnsan varlığını geliştiren bir kaynak,
- Kişisel bir özellik,
- Umutsuzluk ve kederin yokluğu'dur.

Bu sekiz anahtar boyut umudun karmaşıklığını yansıtmaktadır. Umut, farklı insanlar için farklı şeyler ifade etmesine rağmen amaçları oldukça benzerdir. Miller ve Powers (1988), umudun 10 önemli unsurunu tanımlamışlardır. Bunlar;

1. Karşılıklı ilişki; Sevdiği, umrunda olan kişiler ile arasındaki ilişki, karşılıksız sevgi ve ait olma duygusu
2. Olasılık hissi; Boş kederlenmeden kaçınma tutumu
3. Mükemmeliyetçilikten kaçınma; Yaşam olayları üzerinde sert baskıyı sınırlama
4. Olumlu sonuç beklentisi
5. Amaçları gerçekleştirme
6. Psikososyal iyilik hali ve baş etme; Umudu sürdürmede enerjiyi harekete geçirme yeteneği
7. Yaşamdaki amaç ve anlamlılık
8. Geçmiş, bugün ve gelecek hakkında optimizmi devam ettirme ve güçlendirme
9. Farkındalığı sağlayarak umudunu ve optimizmini sağlamlaştıran çevresel işaretlerin farkında olma
10. Mental ve fiziksel aktivasyon; Apati ya da kedere direnen enerji.

Umut, genellikle gelecekte olması arzulanan deneyimlere odaklanan duygusal bir süreç olarak algılanır. Ancak Kansas Üniversitesinde klinik psikoloji alanında çalışan Prof. Rick Snyder, umudu amaç güdümlü bilişsel bir süreç olarak kavramsallaştırmıştır. Snyder'e göre umutlu düşünce, elde etmek, yapmak, olmak, deneyimlemek ve yaratmak istediği

herhangi bir amaçla başlar. Amaçlar büyük ya da oldukça küçük olabilir. Kişi bir amaç edindiğinde, bu amaç için umut beslemeye başlar (Snyder 2002).

Umut, başarılı faaliyet ve çok yönlü düşüncenin karşılıklı etkileşimine temellenmiş olumlu bir motivasyonel durumdur. Kavramı açıklayan üç alt kavram: amaçlar, çok yönlü düşünce ve faaliyettir (Snyder 2002).

Amaçlar: İnsan hareketleri bir amaca yöneliktir. Amaç, umut teorisinin temel bilişsel ögesidir. Amaçlar, zihinsel hareketlere bir hedef sağlar, görsel özelliklere sahip olabildikleri gibi sözlü tanımlara da sahip olabilirler. Buna ek olarak amaçlar zamansal çerçevelere göre farklılık gösterebilirler; Kısa zamanlı (ör; Öğle yemeği yemek istiyorum) ya da uzun zamanlı (ör; 30 kilo vermek istiyorum) olabilirler.

Snyder'in umut teorisinde genelde iki tip istek duyulan amaç bulunmaktadır. Birinci tip amaç olumlu bir sonuç elde etmeyi, ikinci tip amaç olumsuz sonucun ortaya çıkmasını engellemeyi içerir (Snyder 2002).

Çok Yönlü Düşünce: Snyder (1995), çok yönlülüğü, arzulanan bir amaca ulaşmak için rotalar üretebilme kapasitesi olarak tanımlamıştır. Diğer bir deyişle umutlu birey, amaçlarına ulaşmada yollar bulan ve inşa eden kişidir.

İnsanlar belirli amaçlara faydalı yollar geliştirme düşüncesi ile yaklaşırlar. Belirli bir amacın peşinden koşan yüksek umutlu bir insan için bu çok yönlü düşünce, aklın kabul edebileceği bir yolun üretilmesine yol açar; bu yolda bir güven duygusu bulunmaktadır. Düşük umut seviyesine sahip insanlarla karşılaştırıldıklarında, yüksek umut seviyesine sahip insanların amaçları için yollar hakkında daha kararlı ve kesin oldukları görünmektedir (Ör; Bunu gerçekleştirmek için bir yol bulacağım!). Diğer yandan umut seviyesi düşük olan bir insan için, çok yönlü düşünce çok daha zordur ve ortaya çıkan yol iyi şekilde belirlenmemiştir (Snyder 2002).

Umut düzeyi yüksek olan bir insan, birincil yolun dışında alternatif yollar üretmede de başarılıdır. Diğer yandan, umut düzeyi düşük olan bir insan alternatif yollar yaratmada istekli olmayabilir. Umut düzeyi yüksek olan insanlar kendilerini alternatif yollar bulma konusunda yetenekli esnek olarak tanımlarken, umut düzeyi düşük olan insanlar daha az esnek olduklarını ve bu ek yolları bulamadıklarını belirtmektedirler. Ayrıca umut düzeyi yüksek

olan insanlar özellikle engellendikleri durumlar sırasında alternatif yollar yaratmakta çok etkilidirler (Snyder et al 1991).

Çok yönlü düşünce bir faaliyet olmadan yalnızca amaç edinme ile yönlendirilmez (Snyder 2002).

Faaliyet: Snyder ve arkadaşları (1991) faaliyeti, birinin algıladığı bilişsel irade gücü ya da birinin bir amaç yönünde seçtiği yollar boyunca hareket etme enerjisi, yani “amaç güdümlü enerji” olarak tanımlamışlardır. Faaliyet, bireyin amacına ulaşmasında çok yönlü düşünceler doğrultusunda yürümesi için enerji ve motivasyondur (Snyder et al 1991).

İstenilen yollara ulaşmak için kapasitenin kullanımı olarak faaliyet, umut teorisindeki motive edici bileşendir. Bu, zihinsel enerjinin başlamasını ve amaca ulaşma süresince gerçekleşen bütün evrelerde bir yol kullanılmasına devam edilmesini içermektedir. Umut düzeyi yüksek olan insanların “Bunu yapabilirim” gibi ifadeleri olduğu bildirilmiştir. Bütün amaca yönelik düşüncelerde faaliyet önemlidir, insanlar engellere maruz kaldığında faaliyet insanlara en iyi alternatif yolu seçmeye bir imkan sağlamaktadır (Snyder 2002).

Umudu bilişsel bir süreç olarak kavramsallaştıran Snyder’e ek olarak Farran ve Popovich (1990) umudun dört süreç özelliğini tanımlamışlardır. Bunlar

1. Deneyimsel süreç: Kayıp ve ızdırabın acısının farkında olma, umut arama, umut ve umutsuzluk arasındaki ilişkiyi farketme süreci,
2. İlişkisel süreç: Diğerleri ile ilişkiyi geliştirme süreci,
3. Spiritüel süreç: Kendinden daha büyük bir güçle ilişki ile, bu güce inanç ile yaşamında anlam ve amaç arama süreci,
4. Mantıksal düşünce süreci: Amaç geliştirme ve bilişsel yeniden yapılandırma stratejileri gibi bilişsel süreçler (Farran et al 1995).

Gelling (1999) umutla ilgili hemşirelik literatürünü gözden geçirdiği makalesinde umut düzeyini etkileyen faktörleri; geleceğe bakma, zaman çerçevesi, bilişsel sınırlama, sosyal destek, inançlar, hastalıklar, karar verme, mizah olarak belirtmiştir. Bu faktörler hemşirelik uygulamalarında önemlidir, dikkate alındığında bireyin umut düzeyine olumlu katkıda bulunurlar.

Hinds ve Martin (1988) kanserli ergenlerde umutluluğun dört aşamada meydana geldiğini bildirmişlerdir.

Bilişsel rahatsızlık: Ergenin hastalığıyla ilgili olumsuz ya da rahatsız edici bir düşüncenin farkına vardığında bilişsel rahatsızlık aşaması başlar. Ergen bu bilişsel rahatsızlıktan kurtulmak ister ve bunun için iki yol kullanır. Bunlardan biri olumsuz düşünceyi durdurma, ikincisi ise olumsuz düşünceyi yansıtmadır. Bilişsel rahatsızlık yaşamak ergeni daha umutlu bir düzeye doğru harekete geçirir.

Dikkatini başka yöne çekme: Ergenin bilişsel rahatsızlık yaşaması ile başka bilişsel ve davranışsal aktiviteler de harekete geçirilir, rahatsız edici düşüncelerin daha kabul edilebilir düşüncelerle yer değiştirmesi sağlanır. Dikkati başka yöne çekme, bilişsel ve davranışsal aktiviteler ile olumlu ya da nötral düşünce ve durumlara odaklanmayı içerir. Tüm bilişsel ve fiziksel aktiviteler, rahatsız edici düşünceleri bilinç farkındalığından uzaklaştırmayı sağlar. Hinds ve Martin (1988) tarafından tanımlanan bu aktiviteler;

- Ergenin bir fiziksel aktivite yada uğraşla uğraşarak kendini meşgul etmesi,
- Ergenin kendi sağlık durumunun ciddiyetinin farkında olması ancak olabilecek daha kötü durumlarla karşılaştırması, (“Herşey daha kötü olabilirdi”),
- Ergenin tedavi sürecinin başarılı olarak sürmesinden memnuniyetini göstermesi (“Benden bu kadar”),
- Ergenin kendini gelecekte sağlıklı yükselmiş yada iyileşmiş olarak planlaması ve sağlıklı yaşlıları gibi olabileceği, görünebileceğini ve hissedebileceğini hayal etmesi (Normalliği düşünmek),
- Ergenin olumsuz ve rahatsız edici düşünceyi, daha nötral yada olumlu düşünceyle yer değiştirmesi (Bilişsel dağımlık),
- Ergenin kendinden üstün bir varlığın (Tanrı) mevcudiyetini hatırlaması, bu nedenle zor durumunun sonuçları hakkında üzülmeyi bırakıp hayatı hakkında doğru kararlar vermesi (“Tanrı beni korur”),
- Ergenin hasta olmadan önceki görünüşü ve aktivitelerini düşünmesi ve bu anıların değişmeyeceğini ve kimliğinin bir parçası olarak kalacağını bilmesi (Geriye bakmak),
- Ergenin benzer durumdaki yaşlılarından ve hastalıktan kurtululardan bilgi

araması (Sağ kalım bilgisi),

- Ergenin iyileşeceğiyle ilgili umut eden diğer kişilerden huzur bulması (“Diğerleri benim için umutlu”).

Bilişsel Rahatlık: Ergenin teselli ve yüksek moral hissetmesi ve kendisi yada diğerleri için olası bir geleceği düşünebilmesini içeren aşamadır. Bu aşamada ergen umutludur, iç denge hisseder, gerginliği azalır ve gereksinimlerini karşılamak için motivasyon duyar.

Kişisel yeterlilik: Ergenin ciddi sağlık tehdidiyle yüzleşmede kendini esnek, yetenekli ve adaptatif olarak algılamasıdır. Kişisel yeterlilik aşamasında ergen tedaviye uyar, semptomlara adapte olur ve problemlere dikkat eder.

Bu şekilde ergen umutla durumunu kabul eder ve geleceği için doğru seçimler yapar (Hinds & Martin 1988). Umut yokluğunda ergenler geleceklerini olumsuz etkileyebilecek kötü seçimleri hakkında daha az endişelenirler. Ayrıca, umut bir “feedback halka” olarak da görülebilir, “umut eylem üretir, eylemin çıktıları vardır ve çıktılar daha fazla umut üretir” (Cutcliffe 1997). İyileşme için enerji, gelecekte zevk almak için olumlu beklenti, fiziksel zayıflık ve erken ölümlerden korumak için de umutsuzluğun önlenmesi önemlidir (Miller & Powers 1988).

1.8.5. UMUT VE SAĞLIK

Kanser hastaları için, kanser tanısı, tedavisi, metastazlar ve rekürrensler stresli durum ve krizlerdir. Kanser hastaları hastalıklarının ilerleyici, tedavi yöntemlerinin zor ve kısıtlayıcı olması nedeniyle kendilerini bağımlı ve durumlarını umutsuz görürler. Baş etmedeki zorluklar, hastalarda karamsarlık ve umutsuzluğa yol açarak hastaların yaşam kalitesini etkilemektedir. Yaşam kalitesi ve iyilik hali, farklı çevrelerle sosyal ilişkilerin genişlemesi ve bedensel ilgi nedeniyle fiziksel ve psikosomatik şikayetlerce karakterize bir gelişim dönemi olan ergenlik boyunca sağlığın önemli bir göstergesidir (Yarcheski et al 1994).

1.8.5.1. Yaşam Kalitesi

Ortalama yaşam süresindeki artışa ek olarak sağlık bakım politikalarında kronik, sakat bırakan ve stres yaratan hastalıkların önem kazanması sonucu insanların “yaşam kalitesine”

daha çok önem verilmesi gerekliliği ortaya çıkmıştır (Özkan 1999).

Bir kişinin yaşamının tümüyle iyiye gittiğine ilişkin hissettiği, subjektif duygu olarak da ele alınabilen yaşam kalitesinin evrensel olarak kabul görmüş tek bir tanımlaması bulunmamaktadır. Yaşam kalitesi, yaşamdan duyulan hoşnutluk ve mutluluk olarak tanımlanabileceği gibi bireyin kendi yaşamını değerlendirişine dayanan öznel algı, duygu ve biliş süreçlerinin bir bütünü olarak da tanımlanabilir. Bireysel iyilik durumunun bir anlatımıdır ve yaşamın çeşitli yönlerine ilişkin öznel doyum ifadelerini kapsar (Özyılkan 2004). Yaşam kalitesinin kapsamında, insanların fiziksel fonksiyonları, psikolojik durumları, aile içinde ve dışındaki sosyal ilişkileri, çevreyle etkileşimleri ve inançları vardır.

Son yıllara kadar hastaların bakım ve tedavi etkinliklerinin değerlendirilmesinde sadece kantite boyutu değerlendirilmekte, geleneksel olarak klinik ölçüm ve laboratuvar parametreleri kullanılmaktaydı. Sağlık hizmetlerinin geleneksel modellerinde amaç, hastalığın tedavisi ve acı çekmenin sonlandırılması iken günümüzde bu amaç sağlığın sürdürülmesi ve arttırılmasına yardımcı olarak yaşam kalitesinin yaratılmasına dönüşmüştür (Özyılkan 2004). Artık “sağlıklılığın” değerlendirilmesinde kantite boyutun yeterli olmadığı, sağlık ile ilgili girişimlerin değerlendirilmesinde, sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin ölçülmesinin zorunlu olduğu görüşü gündeme gelmiştir (Tatar & Tatar 1997).

Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi, hastalıklar ve hastalıkların tedavisiyle etkilenebilen durumlarla ilgilidir. Örneğin, hastalığa bağlı ağrı ve bunun işlevlere getirdiği kısıtlamalar, günlük etkinliklerde başkalarının yardımını gerektirir ve hastanın yaşam kalitesini azaltır. Tedavisi, yan etkileri ve emosyonel problemleri ile kanser, yaşam kalitesini en çok etkileyen hastalıklardan biri olarak bilinir (Özyılkan 2004).

Kanserde sağ kalım oranlarının artmasıyla yaşam kalitesi kavramının önemi de artmıştır. Hastanın, hasta yakınlarının ve sağlık profesyonellerinin kanser hastalığının tedavisinde esas amaçları; kür sağlamak veya yaşam süresini uzatmak, fonksiyonel devamlılığı sağlamak, konforu sağlamak yani yaşam kalitesini sağlamaktır. Onkolojide yaşam kalitesi, kanserin ya da tedavi modalitelerinin etkisiyle hastanın hissettiği fiziksel, psikolojik ve sosyal iyilik veya kötülük halidir (Özyılkan 2004).

Ergenlikte kimliğin gelişimi, akranlarla ilişkilerin oluşması ve ebeveynden

bağımsızlığın başarılması gibi önemli gelişimsel ihtiyaçlar vardır. Bunların kanser deneyimi tarafından sınırlanması yaşam kalitesini etkiler. Ergen kanser hastalarında yaşam kalitesini geliştirme çabalarının artırılması önemlidir. İtalya’da 2001’de “The Fight Against Cancer in the Emerging World” toplantısında alınan kararların başında “Kanserde destek tedavi yöntem ve uygulamalarının geliştirilmesi ve kanser hastalarının yaşam kalitesi geliştirme çabalarının artırılması” gelmiştir (Özyılkan 2004).

1.8.5.2.Umudun Sağlık Üzerine Etkisi

Umut, sağlıkla olumlu yönde ilişkilidir. Deneysel bulgular umudun iyileşmeyi desteklediği (Gottschalk 1985), psikososyal ve fiziksel iyilik hali ile ilişkili olduğu (Farran et al 1995, Irving et al 1998) ve yaşam kalitesini arttırdığını desteklemektedir (Staats 1991).

Davis (2005) çalışmasında, Korner (1970)’in “bireyler, iyilik halleri için umut ettikleri olayların olması gerektiğini hissederler” diyerek iyilik hali için umutluluğun gerekliliğini belirttiğinden bahsetmiştir. Dufault ve Martocchio (1985), umut eden kişilerin umudun iyilik hallerinde önemli olduğuna inandıklarını önermişlerdir. Benzer olarak Hinds (1988b)’de ergenlerin umutluluğunun psikososyal fonksiyonluluğa olumlu katkısının olduğunu bildirmiş ve umut ile subjektif iyilik hali arasında olumlu yönde bir ilişki bulmuştur.

Umutsuzluk duygusu ve depresyonun yaşam kalitesini kötüleştirdiği bilinen bir gerçektir. Diyaliz hastalarında uzun süren umutsuzluğun yaşam kalitesini tehdit ettiği, umut duygusunun ise sağlık ve iyi oluşu beraberinde getirdiği bildirilmiştir (Erdem ve ark 1994).

Yarcheski, Scoloveno ve Mahon’un (1994) çalışmalarında ergenlerde umutluluk ve iyilik hali arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bildirilmiştir. Aynı çalışmada, umutluluğun sosyal destek ve iyilik hali arasındaki ilişkide etkili bir arabulucu olduğu bulunmuştur.

Literatürde, umut kavramı fiziksel ve mental sağlık, akademik performans ve sportif başarılar gibi çeşitli alanlarda çalışılmıştır (Curry et al 1997, Irving et al 1998, Snyder 2002). Lise ve üniversite öğrencileriyle yapılan çalışmalarda umut, yüksek akademik performansla güvenilir şekilde ilişkili bulunmuştur. Yüksek umut düzeyi olan sporcular düşük umut düzeyine sahip olanlar ile karşılaştırıldığında, daha başarılı oldukları saptanmıştır. Yüksek umutluluk sporculara spor amaçlarında en iyi yolu bulmalarında ve bu yolları kullanmaya

motivasyonda yardım ettiği bildirilmiştir (Snyder 2002).

Snyder ve arkadaşlarının (1991) çalışmalarında, 28 gün boyunca izlenen ergenlerden umut düzeyi yüksek olanlar umut düzeyi düşük olanlara göre her gün daha az olumsuz düşünce bildirmişlerdir. Umut düzeyi yüksek ergenlerin daha güvenli, ilhamlı, enerjik oldukları daha fazla yaşam doyumu ve daha düşük depresyon düzeyine sahip oldukları (Chang 1998) bulunmuştur. Umut düzeyi yüksek kişiler umut düzeyi düşük olanlara oranla stresörlerle baş etme girişimlerinde faydaları bulmaya daha eğilimlidirler (Snyder 2002).

Irving ve arkadaşları (1998) yüksek umut düzeyi olan üniversite öğrencilerinin kanser hakkında daha çok bilgi sahibi olduklarını, kanserin riskleri, kanserden korunma, tanılama ve etkilenme konularında umutla ilgili baş etme yanıtları verdiklerini bildirmiş, umudun kanserle baş etmek için “koruyucu güç” anlamına geldiğini tartışmışlardır.

Umut, kanserli hastalar için en yaşamsal unsur olarak tanımlanır (Herth 2000). Kanserle başetmedeki zorluklar, hastalarda karamsarlık ve umutsuzluğa yol açarak hastaların yaşam doyumunu etkilemektedir. Kanser hastalarında umut ve yaşam kalitesi arasında olumlu bir ilişki bildirmiştir (Herth 1989, Post -White et al 1996). Çalışmalar, umudun özellikle ızdırap ve belirsizlik süreciyle başetmeyi etkilediğini, yaşam kalitesini arttırmaya katkıda bulunduğunu ve hastalığın gidişatını etkilediğini destekler (Gottschalk 1985, Hinds & Martin 1988, Stephenson 1991, Farran 1995).

Hastaların umutluluğunun sürdürülmesi kanser bakımında önemli bir anahtardır. Umut, kanser hastaları için terapötik bir değer olarak tanımlanmaktadır (Nekolaichuk 1999). Umut, sağlığı sürdürme, yeniden kazandırma ve arttırmada kişilere yardım ederek sağlık ve hastalığı direkt etkilediğine inanılır (Dufault & Martocchio 1985, Hinds 1988b). Umudun varlığı ve sürdürülmesi, psikososyal uyumu arttırabilir, psikolojik ve fizyolojik savunmayı güçlendirebilir (McGee 1984, Owen 1989).

Kanser hastalarında umut ile hem sağ kalım hem de hastalığın rekürrensi arasında ilişki gösterilmiştir. Yüksek umut düzeyi olan kanser hastaları daha uzun yaşama ya da daha uzun hastalısız periyodlar yaşama eğilimindedir (Ringdal 1995). İlk rekürrensteki kanser hastalarında hemşirelik girişimleriyle umut düzeyleri arttırıldığında yaşam kalitelerinin hem girişimden hemen sonra, hem de 3. 6. 9. aylarda yükseldiği görülmüştür (Herth 2000).

Çalışmalar umudun etkili başetmeyi etkilediğini, yaşam kalitesini arttırdığını ve hastalığın gidişatını etkileyebileceğini gösterir (Gottschalk 1985, Stephenson 1991, Farran et al 1995). Umudun kaybı hastaların kanser tanısı ve tedavisine uyumunu engelleyebilmektedir (Owen 1989).

1.8.5.3.Umutsuzluk

Umutsuzluk kavramı umudu kaybetme ve çaresizlik duygularından köken alır (Stephenson 1991). Umutsuzluk, bireylerin mevcut durumlarıyla başedemediklerini hissettiklerinde ortaya çıkar. Kanser hastaları hastalıklarının ilerleyici, tedavi yöntemlerinin zor ve kısıtlayıcı olması nedeniyle kendilerini bağımlı ve durumlarını umutsuz görürler (Sertöz 2004).

Johnson ve Roberts (1996) umutsuzluğun özelliklerini şöyle sıralamışlardır;

- Aktivitede azalma
- Pasiflik
- Sözel ifadede azalma
- Üzgün ifade
- Motivasyonda ve heveste azalma
- Öğrenme engeli
- Dış olaylara ilginin azalması
- Sessizlik
- Sosyal geri çekilme
- Yetersizlik duygusu
- Azalmış yada donuk hareket
- Uyarılara yanıtta azalma
- Bakıma katılımda azalma
- Kilo kaybı
- Hareketsizlik
- İrritabilite, gerginlik
- Ağlama
- Güçsüzlük
- Uyku bozuklukları.

Umut etkili başatme, yaşam kalitesinde artma ve bağışıklık sisteminde güçlenme yaratan bir faktör iken, umutsuzluk umudun tersine depresyon ve fiziksel sağlıkta olumsuz değişimle ilgilidir (Hinds & Gattuso 1991)

Umutsuzluk duygusu, geleceğe yönelik olumsuz beklentiler içerir, depresyon ve intihar düşüncesi ile yakından ilişkilidir. Umudun olmaması kişinin yaşamını pasifleştirir, birey ölüme istek duymaya başlar. Bu durum, tedaviye uyumsuzluktan özkıyım düşüncesine Kadar kişiyi olumsuz etkiler (Öz 2004, Sertöz 2004).

Umut ile umutsuzluğun negatif ilişkili olduğu çalışmalarca gösterilmiştir (Hinds & Gattuso 1991, Hinds 1999). Umudun kaybı ile hayattan beklenti ve amaçların azalması, yaşam kalitesini azaltır (Ringdal 1995, Rustoen 1995).

Umutsuzluk; Kuzey Amerika Hemşirelik Tanıları Derneği (NANDA)'nın belirlediği bir hemşirelik tanısıdır. Hemşire, umutsuzluk yaşayan bireye bakım verirken hastanın özelliklerini, kişisel niteliklerini, içsel kaynaklarını (otonomi, bağımsızlık, mantık, bilişsel düşünme, esneklik, spiritüel yön), dışsal kaynaklarını (önemsenen kişiler, sağlık ekibi, destek grupları, Tanrı ya da inanılan güçler) ve ümit kaynaklarını (ilişkiler, inanç, başarılabacak şeyler) tanımlamalı ve girişimlerini bunlara göre planlamalıdır.

1.8.6. GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK

Bireysel özelliklerin değerlendirilmesi, çağdaş yaşamın önemli yanlarından biridir. Bireylerin duygu, düşünce ve davranış örüntülerinin ölçülmesinde psikolojik ölçme araçları önemli bir rol oynamaktadır. Bu araçların geliştirilmesinde temel amaç, ölçümleri mümkün olduğunca nesnel hale getirmektir (Hovardaoğlu 2000).

Bir ölçeğin belli bir örnekleme uygulanması için o örnekleme yönelik geçerlik ve güvenilirlik çalışmalarının yapılmış olması ve yüksek derecede geçerli ve güvenilir bulunmuş olması gereklidir.

1.8.6.1. Geçerlik

En genel anlamıyla geçerlik, bir ölçme aracının ölçmeyi hedeflediği özelliği ölçme derecesidir. Geçerliği ölçülmek istenen özellik hakkında anlamlı bilgi sağlama yolu olarak da

tanımlamak mümkündür. Geçerlik teknikleri;

- a. Dil Geçerliği
- b. İçerik Geçerliği (Uzman Görüşü – Kerndall Uyuşum Katsayısı)
- c. Faktör Analizi

a) Dil Geçerliği

Yurtdışında geliştirilen bir ölçeğin farklı bir dilde kullanılabilmesi için dil geçerliğinin sağlanması gerekir. Yabancı dildeki ölçek, dil uzmanlarınca önce ikinci dile çevrilir (translation), sonra o çeviriyi yapmayan diğer uzmanlarca tekrar ana diline çevrilerek (re-translation) uygunluğu saptanır.

b) İçerik (Kapsam) geçerliği

Testi oluşturan maddelerin ölçülmek istenen özelliği ölçmede nitelik ve nicelik olarak yeterli olup olmadığının göstergesidir. İçerik geçerliğinde “test maddeleri ölçülmek istenen davranışı yansıtıyor mu?” sorusunun yanıtı aranır. Burada her bir maddenin içerik ve nitelik olarak istenen davranışı ölçmede yeterli ya da uygun bir soru olup olmadığına bakılır (Büyüköztürk 2005).

İçerik geçerliğini test etmede en sık kullanılan yöntemlerden biri uzman görüşüne başvurmaktır. Uzman değerlendirme formunda, sorunun uygunluğuna ilişkin cevaplar üçlü, dördü beşli veya 100’lük derecelendirme ölçeği kullanılarak değerlendirilebilir (Hovardaoğlu 2000, Büyüköztürk 2005).

Bu değerlendirme ölçeklerinden biri Content Validity Index’tir (CVI). CVI’te;

- 1= Madde Uygun Değil
- 2=Maddenin uygun şekilde değiştirilmesi gerek,
- 3= Uygun, ancak ufak değişiklik gerekiyor,
- 4= Çok uygun

ifadeleri kullanılarak, her madde 1-4 puan üzerinden değerlendirilmektedir (Aksayan 2002).

c) Yapı Geçerliği

Testin, ölçölmek istenen davranış bağlamında bir kavramı (faktör) doğru bir şekilde ölçebilme derecesini gösterir. Yapı geçerliği için faktör analizi, içtutarlık analizi ve hipotez testi tekniklerinden yararlanılabilir. Ölçekteki her madde aynı yapıyı ölçmeli, yani aynı faktör etrafında toplanmalıdır. Faktör analizi, aynı yapıyı ya da niteliği ölçen değişkenleri bir araya toplayarak ölçmeyi en az sayıda faktör ile açıklamayı amaçlayan bir istatistiksel tekniktir. Başlangıçta genel olarak özdeğeri (eigenvalue) 1 ya da 1'den büyük olan faktörler önemli faktörler olarak alınır.

Faktör analizinde, maddelerin yer aldıkları faktörle ilişkisini açıklayan faktör yük değeri (factor loading) ve maddelerin birlikte bir faktörde açıkladıkları ortak varyans açıklanır. Tek faktörlü ölçeklerde açıklanan varyansın %30 ve daha fazla olması yeterlidir.

1.8.6.2. Güvenirlik

Güvenirlik, bir ölçme aracının, ölçmeyi hedeflediği özelliği ne kadar doğru ölçtüğünü ifade eder. Bireylerin test maddelerine verdikleri cevaplar arasındaki tutarlık, yordanabilirlik ve hatadan arınıklık kavramlarıyla ilişkilidir. Başlıca güvenilirlik türleri şunlardır:

- a. Test Tekrar Test Güvenirliği
- b. Hali Hazır Güvenirlik
- c. İki Yarım (Split – Half) Test Güvenirliği
- d. Cronbach Alpha
- e. Madde Analizi

a) Test-tekrar test güvenirliği

Bir testin aynı gruba iki farklı zamanda uygulanması arasındaki puan korelasyonu ile açıklanır. Ancak bu yöntem zaman içinde değişebilen özellikler için kullanıldığında yanıltıcı sonuçlar verebileceğinden, bu özellikte bir testte kullanılmaması daha doğrudur.

b) Hali Hazır Güvenirlik

Benzer özelliği ölçmeye yönelik hazırlanan iki eşdeğer formun bir gruba aynı

zamanda uygulanmasıyla elde edilen puanlar arasındaki korelasyon ile açıklanır.

c) İki Yarım (Split – Half) Test Güvenirliği

Testin maddelerinin iki eş yarıya ayrılarak testin iki yarısı arasındaki korelasyonu ile açıklanır. Speraman - Brown güvenirlilik katsayısı kullanılarak belirlenen iki yarım test güvenirliliği, elde edilen test puanları arasındaki tutarlığı gösterir.

d) Cronbach Alpha (α) güvenirliliği

Cronbach Alpha, elde edilen test puanları arasındaki iç tutarlığı incelemek amacıyla kullanılır. Psikolojik bir test için α katsayısının .70 ve daha yüksek olması, test puanlarının güvenirliliği için genel olarak yeterli görölmektedir.

e) Madde Analizi

Test maddelerinden alınan puanlar ile testin toplam puanı arasındaki ilişkiyi açıklar. Madde toplam korelasyonunun pozitif ve yüksek olması, maddelerin benzer davranışları örneklediğini gösterir ve testin iç tutarlılığının yüksek olduğunu gösterir. Madde toplam puan korelasyon değeri (r), bir ölçeğe ait maddenin etkinlik düzeyini gösterir. “ r ” değeri yükseldikçe ifadenin etkinlik düzeyi artar. Genel olarak madde toplam korelasyonu 0.30 ve daha yüksek olan maddelerin bireyleri iyi ayırt ettiğini gösterir. Bir maddenin madde toplam puan korelasyon değerinin 0.20'nin üzerinde olması yeterlidir (Crocer & Algina 1986).

BÖLÜM II

GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ

Araştırma, ergenlerde umut düzeyini belirlemede kullanılan “Ergenlerde Umutluluk Ölçeği”nin kanserli ve sağlıklı ergenlerde geçerlilik güvenirliğini test etmek ve umudun yaşam kalitesi üzerine etkisini saptamak amacı ile metodolojik, kesitsel, analitik ve tanımlayıcı olarak uygulanmıştır.

2.2. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI

Araştırma, M.E.B. Bornova Koleji ile Ege Üniversitesi Tülay Aktaş Onkoloji Hastanesi Pediatrik Onkoloji Servisi, Dokuz Eylül Üniversitesi Muzaffer Müfit Kayhan Onkoloji Hastanesi Pediatrik Onkoloji Servisi, S.B. Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Onkoloji Servisi ve S.B. Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Pediatrik Onkoloji Servisi’nde yapılmıştır. Araştırma, gerekli izinler alındıktan sonra Eylül 2005- Eylül 2006 tarihleri arasında ve mesai saatleri içerisinde yürütülmüştür.

Ege Üniversitesi Pediatrik Onkoloji Servisi, 2004 yılından itibaren Tülay Aktaş Onkoloji Hastanesi 2. katında 19 oda ve 25 yatakla klinik hizmeti vermektedir. Serviste toplam 8 hemşire çalışmaktadır.

Dokuz Eylül Üniversitesi Pediatrik Onkoloji Servisi, 2000 yılından itibaren D.E.Ü. Muzaffer Müfit Kayhan Onkoloji Hastanesi 2. katında 10 oda ve 10 yatakla klinik hizmeti vermektedir. Serviste toplam 8 hemşire çalışmaktadır.

S.B. Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Onkoloji Servisi 27 yataklı olup, 14 hemşire ile hizmet vermektedir.

S.B. Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Onkoloji Servisi 18 yatakla, 6 hemşire ile hizmet vermektedir.

2.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ

Araştırmanın evrenini Eylül 2005 – Eylül 2006 tarihleri arasında İzmir İline bağlı hastanelerin pediatrik onkoloji servislerinde takip edilen 12-18 yaş grubu kanser hastası ergenler ile 2005-2006 eğitim ve öğretim yılında M.E.B. Bornova Koleji'nde okuyan 12-18 yaş grubu sağlıklı ergenler oluşturmuştur.

2.4. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın örneklemine Eylül 2005 – Eylül 2006 tarihleri arasında Ege Üniversitesi Tülay Aktaş Onkoloji Hastanesi Pediatrik Onkoloji Servisi, Dokuz Eylül Üniversitesi Muzaffer Müfit Kayhan Onkoloji Hastanesi Pediatrik Onkoloji Servisi, S.B. Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Onkoloji Servisi ve S.B. Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Pediatrik Onkoloji Servislerinde takip edilen ve araştırmaya katılmayı kabul eden 12-18 yaş grubu 91 kanser hastası ergen ile 2005-2006 eğitim ve öğretim yılında Bornova Koleji'nde okuyan ve rastgele örnekleme yöntemiyle seçilen 12-18 yaş grubu 76 sağlıklı ergen oluşturmuştur.

Araştırmaya dahil edilme kriterleri şunlar olarak belirlenmiştir;

- 1- 12-18 yaşları arasında olmak,
- 2- Okur-yazar olmak,
- 3- Görme ve işitme sorunu olmamak,
- 4-Bilişsel yeti yitimi olmamak,
- 5- Araştırmaya katılmayı kabul etmek.

2.5. ARAŞTIRMADA KULLANILAN VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

1. Sosyodemografik Veri Formu:

Konuya ilişkin literatür bilgilerine dayanarak araştırmacı tarafından hazırlanmıştır. Sağlıklı ergenler için hazırlanan Sosyodemografik Veri Formu, ergenin tanımlayıcı özelliklerine (yaş, cinsiyet, eğitim durumu vb) ilişkin soruları (16 soru) içermektedir (EK I).

Kanserli ergenlerde uygulanmak üzere hazırlanan Sosyodemografik Veri Formu ise tanımlayıcı özelliklere (15 Soru) ek olarak hastalığa ilişkin değişkenlere (kanser tipi, tanı süresi, hastalık durumu, tedavi yöntemi, tanısını bilip bilmeme durumu vb) ilişkin sorulardan (5 soru) oluşmaktadır (EK II). Kanserli ergenlerin hastalık durumlarını belirleyen soruların değerlendirmesi ve sınıflandırılması araştırmacı tarafından şu şekilde yapılmıştır;

Ergenlerin **kanser tipleri**, **tedavi yöntemleri** ve **tanı süreleri** ile ilgili bilgi dosyalarından alınarak forma kaydedilmiştir. Tanı süreleri gün olarak kaydedilmiş, daha sonra araştırmacı tarafından gruplanmıştır.

Klinikte yatan ergenlerin **hastalık durumları**, tanı konulması için kliniğe ilk yatış anından yatışının 30. gününe kadar “yeni tanı dönemi”, 30. gününden tedavisi sonlanana kadar “tedavi dönemi”, rölaps nedeniyle tedavi alıyor ise “rölaps” olarak belirlenmiştir. Remisyonda olan ve hastanelerin polikliniklerinde kontrol için geldiklerinde araştırmaya alınan ergenlerin **hastalık durumları** ise “remisyon” olarak kaydedilmiştir.

Ergenlerin **tanılarını bilip bilmeme durumları**, öncelikle hastanın hekim ve hemşirelerine sorulmuş, ekip tarafından bilgilendirilme yapıldıysa “biliyor” kabul edilmiştir. Ergene sağlık ekibi tarafından bilgilendirilme yapılmadıysa ergenin ailesi ve kendisine sorularak ergenin tanısını bilme durumu saptanmıştır. Tanısının adını söyleyen ve ciddiyetinin farkında olan ergenler tanısını “biliyor” kabul edilmiştir. Sağlık ekibi ya da ailesi tarafından bilgilendirilmeyen, tanısını ve ciddiyetini bilmeyen ergenler tanısını “bilmiyor” kabul edilmiştir.

2. Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ):

Beck ve arkadaşları (1974) tarafından geliştirilmiştir. Bireyin geleceğe yönelik olumsuz beklentilerini değerlendirmek için kullanılır. Türkçe’ye uyarlanması, geçerlik ve güvenilirlik çalışması Seber (1991) ve Durak (1994) tarafından yapılmıştır. Ölçek “Evet” ve “Hayır” olarak ifade edilen toplam 20 maddeden oluşmaktadır (EK III). Bu maddelerin 11 tanesinde “Evet” seçeneği (2, 4, 7, 9, 11, 14, 16, 17, 18, 20), dokuz tanesinde “Hayır” seçeneği (1, 3, 5, 6, 8, 10, 13, 15, 19) bir puan almaktadır. Puan aralığı 0 - 20’dir. 20 puan üzerinden değerlendirilen ölçekte bireylerin aldıkları puanlar yükseldikçe umutsuzluk düzeyi de yükselmektedir. Beck Umutsuzluk Ölçeği’nin Türkiye’de geçerlik ve güvenilirliği

gösterilmiştir (Hisli 1988, 1989)

3. SF- 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği (Short Form-36; SF-36):

Türk toplumunda geçerliği ve güvenilirliği sağlanmış ergen yaş grubuna uygun, ergenler için özel parametreler içeren bir ölçek olmadığından, ergenlere uygun ve en yaygın kullanılan ölçek özelliğine sahip olan SF-36 yaşam kalitesi ölçeği seçilmiştir. SF-36, Sağlıkla ilgili yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla Rand Corporation tarafından geliştirilmiş ve kullanıma sunulmuştur (Ware & Sherbourne 1992). Fonksiyonluluk ve iyilik hali profillerini inceleyen Medical Outcomes Study'nin kısa formu olan SF-36 jenerik ölçüt özelliğine sahip bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Sekiz boyutun ölçümünü sağlayan 36 maddeden oluşmaktadır. Bu boyutlar;

- Fiziksel fonksiyon,
- Sosyal fonksiyon,
- Fiziksel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları,
- Emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları,
- Mental sağlık,
- Enerji (Vitalite),
- Ağrı ve
- Sağlıkın genel algılanmasıdır.

Değerlendirme bazı maddeler dışında Likert tipi yapılmakta ve son dört hafta göz önünde bulundurulmaktadır. Alt ölçekler sağlığı 0-100 arasında değerlendirir ve puanlar 0'a yaklaştıkça kötü sağlık durumunu, 100'e yaklaştıkça iyi sağlık durumunu gösterir.

Kısa Form-36 (SF-36) Türkçe'ye çevrilmiş, bir çok popülasyonda geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Bedensel hastalığı olanlarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde kullanılabileceği bildirilmiştir (Aydemir 1999). Cronbach alfa katsayıları her bir alt ölçek için 0.73-0.76 arasında bulunmuştur (Koçyiğit ve ark 1999).

Pınar (2005), SF-36'nın Türk kanser hastalarında geçerlilik güvenilirlik çalışmasını yaptığı çalışmada, Cronbach's Alfa Katsayılarını tüm alt ölçeklerde 0.70 gibi iyi bir iç tutarlılık, test-retest method ile tüm alt ölçeklerin değişmezlik katsayıları 0.81 ve 0.94

arasında olduğunu ve Türk kanser hastalarında kullanıma uygun olduğunu bildirmiştir (EK IV).

4. Ergenler İçin Umudluluk Ölçeği (EUÖ):

Umudluluk, Hinds (1991) tarafından geliştirilen “Hopefulness Scale For Adolescents” (Ergenler için Umudluluk Ölçeği – EUÖ) ile ölçülmüştür. EUÖ, ergenin ölçüm zamanında hissettiği olumlu gelecek oryantasyon derecesinin ölçümü için oluşturulmuş 24 maddelik görsel analog bir ölçektir (Ek V).

Ölçek, maddeleri kalitatif bir araştırmaya katılan ergenlerin mevcut aktarımlarından düzenlenmiştir. Formun içerik geçerliliği iki bağımsız jüri tarafından değerlendirilmiştir. İki jürinin bulguları EUÖ'nün kavramsal umudluluk alanını doğru ve hatasız olarak açıkladığını göstermiştir (Hinds 1988).

Her maddeden sonra yanıtlayanlardan bir ucunda “Hiç bu şekilde düşünmem” diğer ucunda “hep bu şekilde düşünürüm” ifadeleri bulunan 100 mm'lik yatay çizgi üzerinde, iki uçtaki ifadelerle yakın hissettiği yere bir işaret koyması istenir. İşaret koyduğu yer, ergenin ne sıklıkta maddede belirtilmiş düşünce gibi düşündüğünü gösterir. Ters kodlananlar dışındaki her madde çizginin sol ucundan (“hiç bu şekilde düşünmem”) ergenin işaretlediği yere kadar ölçülür, o nokta milimetre (mm) olarak puan alır. (Örneğin, 56 mm=56 puan). Ters kodlanan maddeler (3,5,7 ve 16) de benzer şekilde ölçülür fakat, aldığı puan 100'den çıkartılır (ör 100-56 mm=44 puan), ya da çizginin sağ ucundan ölçülür. Her madde 0-100 arasında puan alır. Tüm madde puanları toplanarak toplam ölçek puanı hesaplanır. Ölçek toplam puanı 0 ile 2400 arasında dağılmakta, yüksek skor yüksek umudluluk düzeyini göstermektedir.

EUÖ, sağlıklı, madde bağımlısı, emosyonel ve mental rahatsızlık tedavisi alan yada kanser tedavisi alan ergenlerde uygulanmıştır. EUÖ, güçlü iç tutarlılığı 0.76 ve 0.94 cronbach alfa olarak bildirilmiştir (Hinds 1991). Yarcheski, Scoloveno ve Mahon (1994) çalışmalarında EUÖ için Cronbach Alfa Katsayısını 0.90 ölçmüşlerdir. EUÖ'nin cevaplanması, 4 – 9 dakikada tamamlanmaktadır.

2.6. VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ VE SÜRESİ

Çalışmanın, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü yönetim kurulu ve Ege

Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Bilimsel Etik Kurulu tarafından onaylanmasından sonra, sağlıklı ergenlerle uygulamaya başlanmıştır.

Sağlıklı ergen örnekleminin seçileceği okulun müdürü ile iletişime geçilerek uygulama yapılacak sınıf ve saatler belirlenmiştir. Uygulama yapılacak sınıflar yaş grubuna uygun dağılımı sağlayacak şekilde (İlköğretim 7-8, lise 1-2-3) rastgele örnekleme yöntemi ile seçilmiştir. Okul müdürlüğü tarafından ayrılan saatlerde sınıflara gidilmiş, ergenlere araştırma hakkında bilgi verilerek, araştırmaya katılmaları için onayları alınmıştır. Araştırmaya katılmayı isteyen ergenlere veri toplama araçlarının uygulanma kuralları anlatılmış ve Sosyodemografik Veri Formu, Beck Umutsuzluk Ölçeği, Ergenler için Umutluluk Ölçeği ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği dağıtılarak bir ders saati içerisinde kendi kendilerine doldurmaları sağlanmıştır. Ergenlerin ölçeklerle ilgili olası sorularının yanıtlanabilmesi için uygulama süresince araştırmacı sınıfta bulunmuştur. Formları doldurmayı bitiren ergenlerden ölçekler toplanmıştır. Okul grubu verileri toplam bir ayda toplanmıştır.

İkinci örneklem grubunu, İzmir il merkezinde bulunan ve pediatrik onkoloji servisleri bulunan hastanelerin Pediatrik Onkoloji Servislerinde takip edilen ergenler oluşturmuştur. Uygulama tarihleri arasında belirlenen hastanelerin klinik ve polikliniklerine düzenli ziyaretler ile örneklem grubuna uygun ergenler saptanmıştır. İlk ziyarette ergen ve refakatçileri ile tanışılmış, ikinci ziyarette ergen ve refakatçisine araştırma hakkında bilgi verilerek, araştırmaya katılmaları konusunda izinleri alınmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden ergenlere veri toplama araçları sırasıyla tanıtılmış ve uygulaması için kendilerine verilmiştir. Ergenlerin ölçeklerle ilgili olası sorularının yanıtlanabilmesi için uygulama süresince araştırmacı klinikte bulunmuştur. On iki ay süresince bu grubun verileri toplanmıştır.

Veri toplama aşamasında sağlıklı ergenlerin seçildiği okulda 18 yaşında ergenin az olması nedeniyle, aynı okuldan mezun olmuş, araştırmacının çalıştığı üniversiteye devam eden 5 ergene ulaşılmış ve araştırmaya katılmayı kabul eden ergenlere anket uygulaması yapılmıştır.

Tanımlayıcı veri formunun doldurulma süresi ortalama üç dakika, “Ergenler için Umutluluk Ölçeği”nin doldurulması ortalama yedi dakika, “Beck Umutsuzluk Ölçeği”nin doldurulması ortalama üç dakika, “Yaşam Kalitesi Ölçeği”nin doldurulması ise ortalama yedi dakikadır. Toplam veri toplama süresi ortalama 20 dakika sürmektedir.

Anketlerin uygulaması tamamlandıktan sonra, elde edilen verilerle “Ergenler için Umutluluk Ölçeği” geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır. Sağlıklı ve kanserli ergen grupları için ayrı ayrı geçerlik ve güvenirliği kanıtlanıp işlerliğine karar verildikten sonra diğer istatistik uygulamalarına geçilmiştir.

2.6.1. EUÖ'nin Geçerlik Güvenirliğine İlişkin Çalışmalar

Araştırmada, EUÖ geçerlik ve güvenirlik çalışmasına yönelik olarak aşağıdaki yöntemler izlenmiştir.

Geçerlik çalışmasına yönelik olarak;

- d. Dil Geçerliği
- e. İçerik Geçerliği (Uzman Görüşü – Kendall Uyuşum Katsayısı)
- f. Faktör Analizi

Güvenirlik çalışmasına yönelik olarak;

- f. Hali Hazır Güvenirlik
- g. İki Yarım (Split – Half) Test Güvenirliği
- h. Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayısı
- i. Madde Analizi

2.6.1.1. Geçerlik Çalışmaları

Araştırmanın geçerliğinin belirlenmesine yönelik olarak aşağıda belirtilen çalışmalar yapılmıştır.

a) Dil Geçerliği

Araştırmanın ilk aşamasında “Hopefulness Scale for Adolescents” (Ergenler için Umutluluk Ölçeği)'nin dil geçerliliğine ilişkin çalışma yapılmıştır. Ölçeğin çeviri çalışması (Translating-Retranslating) için, EUÖ'nün İngilizce metni, içlerinde psikoloji alanında uzman ve doktorasını yurt dışında yapmış bir kişinin de bulunduğu on kişilik akademik bir gruba verilerek, kendilerinden Türkçe'ye çevirmeleri istenmiştir. Daha sonra, yapılan on değişik çeviri, yeniden ilk çeviriyi yapmayan beş kişilik başka bir gruba verilerek formu İngilizce'ye

çevirmeleri istenmiştir. Elde edilen formlar uzmanların da önerileri ışığında, herbir maddeyi en iyi ifade ettiği düşünülen çeviriler seçilerek ölçeğin bir Türkçe versiyonu oluşturulmuştur.

b) İçerik Geçerliği

Ölçeğin içerik geçerliliğine ilişkin uygulamanın ilk aşamasında ölçeğin Türkçe formu Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Pediatrik Onkoloji A.D., Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi A.D., Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği A.D., Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Psikiyatri Hemşireliği A.D., Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği A.D., Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü ve Ege Üniversitesi Eğitim Fakültesi Psikolojik Danışma ve Rehberlik bölümlerinde görev yapan sekiz öğretim üyesine, ölçekteki her bir maddenin ölçme derecesini CVI (1= Uygun değil, 2= Maddenin uygun şekilde değiştirilmesi gerek, 3= Uygun, ancak ufak değişiklik gerekiyor, 4= Çok uygun) kullanılarak, 1-4 puan üzerinden değerlendirmeleri için verilmiştir.

Değerlendiriciler tarafından verilen puanların ortalama, standart sapma, medyan, en düşük ve en yüksek puan değerleri hesaplanmıştır (Tablo 2). Değerlendiricilerin önerileri doğrultusunda ölçek maddelerinde gerekli düzeltmeler yapılmıştır. Değerlendiricilerin verdikleri puanların uyumunu ölçmek için Kendall Uyuşum Katsayısı (W) hesaplanmış ve değerlendiriciler arası uyum önemli derecede yüksek bulunmuştur ($p=0.000$) (Tablo 3).

Dil ve içerik geçerliği kanıtlanan ölçek, bir İngilizce uzmanı tarafından tekrar İngilizce'ye çevrilerek e-posta aracılığı ile ölçeği geliştiren kişiye, St. Jude Children's Hospital Hemşirelik Araştırmaları Direktörü Pamela S. Hinds'e gönderilerek orijinal formuna uygunluğu hakkında onayı alınmıştır. Pamela Hind'in onayından sonra ölçeğin Türkçe Formu oluşmuştur (EK V).

c) Faktör Analizi

EUÖ'nin yapı geçerliğini görebilmek, maddelerin faktör yük değerlerini kullanarak kavramların işlevsel tanımlarını elde etmek amacıyla faktör analizi yapılmıştır. EUÖ'nin 24 madde üzerinden kanserli ve sağlıklı ergen gruplarında Temel Bileşenler Analizi (Principal Component Analysis) uygulanmıştır (Tablo 10, Tablo 11). Faktörleştirme sonuçları,

maddelerin tümünün aynı faktör içerisinde gruplandığını göstermiştir.

2.6.1.2. Güvenirlik Çalışmaları

Araştırmanın güvenilirliğine yönelik olarak aşağıda belirtilen çalışmalar yapılmıştır.

a) İki Yarım (Split – Half) Test Güvenirliği

Araştırmada ölçeğin iki yarım test güvenirlilik katsayısını elde etmek için, ölçeğin ilk ve son yarısı arasındaki korelasyon Guttman Split – Half Güvenirlilik Katsayısı ile, ölçeğin tek ve çift maddeleri arasındaki korelasyon Spearman – Brown Güvenirlilik Katsayısı ile sağlıklı ve kanserli ergenlerde ayrı ayrı hesaplanmıştır (Tablo 4). Her iki katsayı da oldukça yüksek bir güvenirliliği göstermiştir.

b) Cronbach Alfa Güvenirlilik Katsayısı

“Ergenler için Umutluluk Ölçeği”nin Cronbach Alfa Güvenirlilik Katsayısı hesaplanmış ve Tablo 4’te gösterilmiştir. EUÖ için hem sağlıklı hem de kanserli ergenlerde oldukça yüksek Cronbach Alfa değeri (0.92) elde edilmiştir.

c) Hali – hazır Güvenirlilik Tekniği

“Ergenler için Umutluluk Ölçeği”nin Hali – hazır Güvenirliliği Testi için “Beck Umutsuzluk Ölçeği” kullanılmış ve yapılan analizde, hem sağlıklı hem de kanserli gençlerde negatif yönde yüksek korelasyon saptanmıştır (Tablo 6, Tablo 7).

d) Madde Analizi

Araştırmada kullanılan “Ergenlerde Umut Ölçeği Umut Ölçeği”nin madde analizi için Madde Toplam Puan Korelasyonu tekniği uygulanmıştır. Ergenler için umut ölçeğinin sağlıklı (Tablo 8) ve kanserli ergenlere (Tablo 9) uygulanması sonucunda ifadelerin madde toplam korelasyon değerleri yüksek bulunmuş, ölçekten madde çıkarılmasına gerek görülmemiştir.

2.7.ARAŞTIRMANIN BAĞIMLI VE BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLERİ

Bağımlı değişkenler: Araştırmaya katılan ergenlerin “Ergenler için Umutluluk Ölçeği” puan ortalamaları ve “Yaşam Kalitesi Ölçeği” puan ortalamaları araştırmanın bağımlı

değişkenleridir.

Bağımsız değişkenler: Ergenlerin yaşları, cinsiyetleri, kanserli ya da sağlıklı olma durumları, tanı süreleri, hastalık evreleri, ve tanıları bilip bilmeme durumları araştırmanın bağımsız değişkenleridir.

2.8.VERİLERİN ANALİZİ

Araştırma sonucunda elde edilen verilerin analizi SPSS (The Statistical Package for Social Sciences) 13.0 istatistik programı kullanılarak yapılmıştır.

- Sosyodemografik Veri Formundaki özelliklerin değerlendirilmesi için sayı ve yüzdelerlik,
- “Ergenler için Umut Ölçeği”nin geçerlik çalışmasına yönelik olarak; Dil Geçerliliği, İçerik Geçerliliği (Uzman Görüşü – Kendall Uyuşum Katsayısı), Faktör Analizi,
- “Ergenler için Umut Ölçeği”nin güvenilirlik çalışmasına yönelik olarak; Hali – hazır geçerlik Tekniği (Beck Umutsuzluk Ölçeği ile korelasyon), İki Yarım (Split – Half) Test Güvenirliği, Cronbach Alfa ve Madde Analizi,
- Ergenlerin umutluluk ve yaşam kalitesi puanları sayı, yüzdelerlik, ortalama,
- Ergenlerin sosyodemografik ve hastalığa ilişkin özellikleri ile umutluluk ölçeği puanları arasındaki ilişki Student t Testi ve varyansların homojenliği kontrol edilerek Tek yönlü varyans analizleri (ANOVA), ileri analizlerde çoklu karşılaştırma testlerinden Tukey HSD testi,
- Ergenlerin umutluluk puanlarının yaşam kalitesi puanları ile ilişkileri korelasyon analizi ile incelenmiştir.
- İstatistiksel olarak $p < 0.05$ olan değerler anlamlı kabul edilmiştir. Bulgularda istatistiksel anlamlılığı olan değerlerde anlamlılığın düzeyini belirtmek için p değerleri doğrudan yazılmıştır.

2.9.SÜRE VE OLANAKLAR

Araştırma, Haziran 2005 tarihine kadar planlanmış ve Temmuz 2005 tarihinde tez önerisi olarak sunulmuştur. Tez önerisinin kabulü ve araştırma için gerekli izinlerin

alınmasından sonra, Eylül 2005 – Eylül 2006 tarihleri arasında araştırma verileri toplanmıştır. Eylül – Aralık 2006 tarihleri arasında verilerin analizleri yapılmış ve araştırma Ocak 2007 tarihine kadar doktora tezi olarak sunuma hazırlanmıştır.

2.10. ARAŞTIRMANIN ETİĞİ

Araştırmaya başlamadan önce, ergenler için Umutluluk Ölçeği'nin kullanılabilmesi için, ölçeği geliştiren yazar ile e-posta aracılığıyla görüşülmüş ve uygulama için gerekli izni alınmıştır (EK VII). Araştırma, etik uygunluğu için Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Bilimsel Etik Kurulu'na sunulmuş ve yazılı izinleri alınmıştır (EK VIII). Araştırmanın belirlenen okulda ve hastanelerde uygulanabilmesi için gerekli izinler alınmıştır (EK IX, EK X, EK XI, EK XII, EK XIII). Ayrıca araştırma kapsamına alınacak ergenlere uygulama öncesi araştırmanın konusu, amacı, araştırmadan sağlanacak yararlılıklar, görüşme için harcayacağı zaman gibi konularda bilgi verilmiş ve yazılı izni alınmıştır. Yazılı onam için örnek form EK VI'dadır.

BÖLÜM III

BULGULAR

3.1. ERGENLER İÇİN UMUTLULUK ÖLÇEĞİ'NİN GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI SONUÇLARI

3.1.1. Geçerlik Çalışmaları

Tablo 2. İçerik Geçerliği Değerlendiricilerin Ergen Umumluluk Ölçeği'ne (EUÖ) Verdikleri Puanların Aritmetik Ortalama, Standart Sapma, Medyan, En Düşük Ve En Yüksek Puan Dağılımları

MADDELER	Minimum (min)	Maksimum (maks)	Aritmetik ortalama (X)	Standart sapma (SS)	Medyan
MADDE 1	2	4	3.50	.92	4
MADDE 2	3	4	3.75	.46	4
MADDE 3	3	4	3.75	.46	4
MADDE 4	3	4	3.75	.46	4
MADDE 5	2	4	3.25	.88	3.5
MADDE 6	3	4	3.75	.46	4
MADDE 7	2	4	3.50	.92	4
MADDE 8	4	4	4.00	.00	4
MADDE 9	4	4	4.00	.00	4
MADDE 10	4	4	4.00	.00	4
MADDE 11	2	4	3.00	.88	3.0
MADDE 12	3	4	3.75	.46	4
MADDE 13	4	4	4.00	.00	4
MADDE 14	4	4	4.00	.00	4
MADDE 15	2	4	3.00	.75	3
MADDE 16	4	4	4.00	.00	4
MADDE 17	3	4	3.75	.46	4
MADDE 18	4	4	4.00	.00	4
MADDE 19	3	4	3.75	.46	4
MADDE 20	3	4	3.50	.53	3.5
MADDE 21	4	4	4.00	.00	4
MADDE 22	3	4	3.75	.46	4
MADDE 23	4	4	4.00	.00	4
MADDE 24	4	4	4.00	.00	4

Tablo 2’de değerlendiricilerin EUÖ iç geçerliliği için verdikleri puanların ortalama, standart sapma, medyan, en düşük ve en yüksek puan dağılımları görülmektedir. Dağılım istatistiklerine göre, puan ortalaması 3’den küçük madde bulunmamıştır. Ölçekteki 24 maddenin içerik geçerliliği için sekiz değerlendiricinin verdiği puanlar arası uyum, Kendall Uyum Katsayısı (Kendall Coefficient of Cohordance) Korelasyon Testi ile incelenmiştir.

Tablo 3. Ergenler için Umutluluk Ölçeği Kendall Uyum Katsayısı Korelasyon Testi Sonuçları

N	W	X ²	p
8	0.352	64.846	0.000

Kendall Uyum Katsayısı (Kendall Coefficient of Cohordance) Korelasyon Testi analizde değerlendiricilerin maddelerin içeriği konusunda görüş birliğine vardıkları görülmüştür (p<0.001) (Tablo 3).

3.1.2. Güvenirlik Çalışmaları

Tablo 4. Ergenler için Umutluluk Ölçeği Sağlıklı ve Kanserli Ergenlerde İki Yarı Test Güvenirlik Sonuçları

ANALİZ	Sağlıklı	Kanserli
İki yarı arası korelasyon	0.84	0.74
Eşit iki yarı Spearman Brown güvenirlik katsayısı	0.91	0.85
Gutmann Split – Half güvenirlik katsayısı	0.90	0.85
12 maddelik 1. yarı Cronbach Alfa değeri	0.77	0.83
12 maddelik 2. yarı Cronbach Alfa değeri	0.90	0.90

Sağlıklı ve kanserli ergen gruplarında EUÖ Ölçeği iki yarı test güvenirlik analizleri sonucunda; sağlıklı grup için r=0.841 korelasyon değeri ve kanserli grup için de r=0.746 korelasyon değeri bulunmuştur (Tablo 4).

Tablo 5. Ergenler için Umudluluk Ölçeği'nin Sağlıklı Ve Kanserli Ergenlerde Puan Ortalaması Ve Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayısı

GRUP	N	Madde Sayısı	X	SS	Cronbach alfa
EUÖ – Kanserli	91	24	1853.06	387.89	0.92
EUÖ - Sağlıklı	76	24	1916.46	393.34	0.92

Tabloda sağlıklı ve kanserli ergenler için EUÖ'nin puan ortalaması, en düşük, en yüksek değeri ve güvenirlik katsayısı verilmiştir. Uygulamada hem sağlıklı hem de kanserli ergenlerde Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı 0.92 bulunmuştur (Tablo 5).

Tablo 6. Ergenler için Umudluluk Ölçeği Ölçeği İle Beck Umutsuzluk Ölçeğinin Sağlıklı Ergenlerde Korelasyonu

	Ergenler için Umudluluk Ölçeği	Beck Umutsuzluk Ölçeği
Ergenler için Umudluluk Ölçeği	1.00	-.809**
Beck Umutsuzluk Ölçeği	-.809**	1.00

** Korelasyon 0.00 düzeyinde anlamlı

Tablo 7. Ergenler için Umudluluk Ölçeği İle Beck Umutsuzluk Ölçeğinin Kanserli Ergenlerde Korelasyonu

	Ergenler için Umudluluk Ölçeği	Beck Umutsuzluk Ölçeği
Ergenler için Umudluluk Ölçeği	1.00	-.468**
Beck Umutsuzluk Ölçeği	-.468**	1.00

** Korelasyon 0.00 düzeyinde anlamlı

Tablo 6 ve 7'de EUÖ ölçeğinin hali-hazır güvenirlik sonuçları görülmektedir. Hem sağlıklı hem de kanserli ergenlerde, Beck Umutsuzluk Ölçeği ile yapılan korelasyonda, puanlamadan kaynaklanan beklendik bir negatiflik içerisinde, yüksek korelasyon görülmüştür.

Tablo 8. Ergenler için Umutluluk Ölçeği'nin Sağlıklı Ergenlerde Madde Toplam Puan Korelasyon Sonuçları

MADDELER	Madde çıkarıldığında ölçek ortalaması	Madde çıkarıldığında ölçek varyansı	Madde toplam puan korelasyonu	Madde çıkarıldığında ölçek alfa değeri
MADDE 1	1837.75	142613.44	.57	.91
MADDE 2	1827.36	150662.92	.24	.91
MADDE 3	1837.03	138438.94	.65	.91
MADDE 4	1876.51	151953.34	.03	.92
MADDE 5	1831.77	142133.18	.63	.91
MADDE 6	1830.55	149134.14	.27	.91
MADDE 7	1831.63	143856.60	.51	.91
MADDE 8	1834.48	139576.97	.82	.91
MADDE 9	1859.71	140211.96	.42	.91
MADDE 10	1826.77	153467.13	.03	.92
MADDE 11	1834.47	137812.65	.77	.91
MADDE 12	1836.68	139076.85	.66	.91
MADDE 13	1831.61	138361.46	.84	.91
MADDE 14	1830.38	145812.66	.61	.91
MADDE 15	1831.03	147618.06	.35	.91
MADDE 16	1829.07	145688.63	.44	.91
MADDE 17	1830.97	145425.62	.55	.91
MADDE 18	1845.84	140934.93	.52	.91
MADDE 19	1835.14	139380.95	.69	.91
MADDE 20	1845.64	133734.33	.74	.91
MADDE 21	1831.68	138402.59	.82	.91
MADDE 22	1828.64	143450.47	.80	.91
MADDE 23	1836.60	136194.05	.73	.91
MADDE 24	1837.17	138388.11	.70	.91

Tablo 9. Ergenler için Umutluluk Ölçeği'nin Kanserli Ergenlerde Madde Toplam Puan Korelasyon Sonuçları

MADDELER	Madde çıkarıldığında ölçek ortalaması	Madde çıkarıldığında ölçek varyansı	Madde toplam puan korelasyonu	Madde çıkarıldığında ölçek alfa değeri
MADDE 1	1829.57	157303.73	.56	.91
MADDE 2	1822.59	156279.79	.60	.91
MADDE 3	1822.27	161504.09	.29	.92
MADDE 4	1844.05	161222.29	.20	.92
MADDE 5	1824.49	156941.18	.47	.91
MADDE 6	1827.13	154307.98	.58	.91
MADDE 7	1818.23	156144.56	.68	.91
MADDE 8	1820.45	154242.28	.78	.91
MADDE 9	1842.35	157625.23	.35	.92
MADDE 10	1820.47	155152.08	.62	.91
MADDE 11	1817.66	156704.91	.70	.91
MADDE 12	1816.74	158799.19	.51	.91
MADDE 13	1817.59	155096.45	.81	.91
MADDE 14	1820.83	157062.48	.65	.91
MADDE 15	1820.37	155820.03	.73	.91
MADDE 16	1820.88	153105.31	.59	.91
MADDE 17	1817.76	155878.49	.66	.91
MADDE 18	1818.86	156835.60	.67	.91
MADDE 19	1818.64	156847.68	.54	.91
MADDE 20	1829.64	158298.64	.42	.91
MADDE 21	1821.77	155221.14	.70	.91
MADDE 22	1819.32	157897.11	.54	.91
MADDE 23	1820.06	156886.96	.55	.91
MADDE 24	1822.37	158471.13	.51	.91

Tablo 8 ve 9'da Ergenler için Umutluluk Ölçeği'nin sağlıklı ve kanserli ergenlere uygulanması sonucunda ifadelerin madde toplam korelasyon değerleri gösterilmiştir. Bu çalışmada, sağlıklı ergenlerde Ergenler için Umutluluk Ölçeğine yönelik uygulamada sadece 4. ve 10. maddelerin madde toplam puan korelasyonu 0.20'nin altında bulunmuştur (Tablo 8). Ancak maddeler çıkarıldığındaki ölçek alfa değerleri, madde 4 için $\alpha = 0.92$ ve madde 10 için $\alpha = 0.92$, toplam ölçek alfa değeri $\alpha = 0.92$ ile aynı olduğundan maddeler çıkarılmamıştır.

Ergenler için Umutluluk Ölçeği'nin kanserli ergenlere yönelik uygulamasında tüm maddelerin madde toplam puan korelasyonlarının 0.20'nin üzerinde bulunmuştur ve tek tek tüm maddelerin ölçeğin bütünü ile tutarlılığı belirlenmiştir (Tablo 9).

Tablo 10. Ergenler için Umutluluk Ölçeği'nin Sağlıklı Ergen Grubunda Faktör Analizi Sonuçları

MADDELER	FAKTÖR 1	FAKTÖR 2
MADDE 1	.612	.352
MADDE 2	.273	.639
MADDE 3	.691	-.352
MADDE 4	.032	.111
MADDE 5	.688	-.341
MADDE 6	.310	.333
MADDE 7	.577	-.442
MADDE 8	.855	.227
MADDE 9	.440	.234
MADDE 10	.098	.109
MADDE 11	.810	.069
MADDE 12	.719	-.434
MADDE 13	.885	.051
MADDE 14	.633	.298
MADDE 15	.377	-.104
MADDE 16	.516	-.586
MADDE 17	.595	.272
MADDE 18	.562	.198
MADDE 19	.769	.059
MADDE 20	.795	.095
MADDE 21	.872	.033
MADDE 22	.861	-.215
MADDE 23	.768	-.167
MADDE 24	.764	.240
ÖZDEĞER	10.097	2.105
TOPLAM VARYANSI	42.072	8.771
AÇIKLAMA %		

Tablo 10'da görüldüğü gibi, sağlıklı ergen grubunda özdeğeri 1'den büyük iki faktör bulunmuştur. Faktör 1'in özdeğeri 10.097 ve toplam varyansı açıklama yüzdesi 42.072'dir. Faktör 2'nin özdeğeri 2.105 ve toplam varyansı açıklama yüzdesi 8.771'dir.

Tablo 11. Ergenler için Umutluluk Ölçeği'nin Kanserli Ergen Grubunda Faktör Analizi Sonuçları

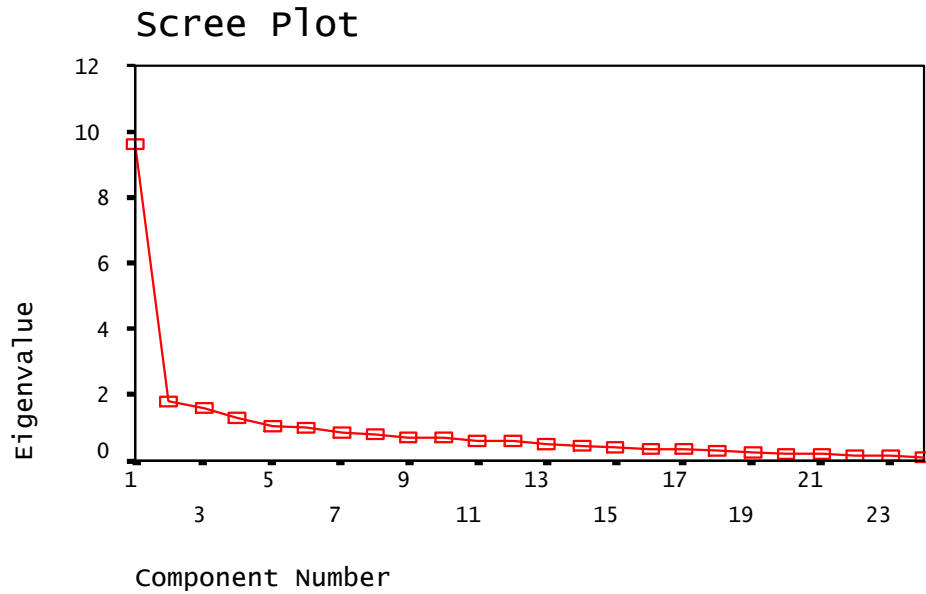
MADDELER	FAKTÖR 1	FAKTÖR 2
MADDE 1	.590	.280
MADDE 2	.551	-.107
MADDE 3	.290	.107
MADDE 4	.187	.736
MADDE 5	.475	-.394
MADDE 6	.591	.030
MADDE 7	.538	-.011
MADDE 8	.776	.098
MADDE 9	.332	.664
MADDE 10	.539	.111
MADDE 11	.585	-.132
MADDE 12	.578	.467
MADDE 13	.707	-.155
MADDE 14	.657	-.087
MADDE 15	.676	-.259
MADDE 16	.619	-.150
MADDE 17	.705	.091
MADDE 18	.673	.126
MADDE 19	.620	-.136
MADDE 20	.513	.055
MADDE 21	.698	-.161
MADDE 22	.609	.049
MADDE 23	.628	.013
MADDE 24	.539	-.419
ÖZDEĞER	8.229	1.870
TOPLAM VARYANSI	34.289	7.790
AÇIKLAMA %		

Tablo 11’den da izlendiği üzere, kanserli ergen grubunda özdeğeri 1’den büyük iki faktör bulunmuştur. Faktör 1’in özdeğeri 8.229 ve toplam varyansı açıklama yüzdesi 34.289, Faktör 2’nin özdeğeri 1.870 ve toplam varyansı açıklama yüzdesi 7.790’dır.

Bu sonuçlara göre, EUÖ’nin her iki ergen grubunda da iki temel faktör yapısı gösterdiği ancak her iki grupta da faktör yükleri incelendiğinde, özellikle faktör 1’i temsil eden maddelerin tümünün aynı faktör içerisinde gruplandığı görülmektedir. Bu nedenle ölçeğin tek faktör altında temsil edildiği söylenebilir.

Faktörlerin öz değerlerine dayalı olarak çizilen Çizgi Grafiği (Scree Plot) Şekil 2’de görülmektedir.

Şekil 2. Ergenler için Umutluluk Ölçeği Faktörlerin Özdeğerlerine Dayalı Çizgi Grafiği



Faktörlerin öz değerlerine dayalı olarak çizilen çizgi grafiğinde dikey eksen özdeğer miktarını, yatay eksen ise faktörleri göstermektedir. Grafikte yüksek ivmeli, hızlı düşüşler faktör sayısını verir. Yatay çizgiler faktörlerin getirdikleri ek varyansların katkılarının birbirine yakın olduğunu gösterir (Büyüköztürk 2002). Çizgi grafiğinde (Şekil 2), grafik eğrisinin hızlı bir düşüş gösterdiği nokta birinci faktörün olduğu yerdir. Bu çizgi grafiği ile de ölçeğin tek faktörlü olduğu gösterilmiştir.

3.2. SAĞLIKLI VE KANSERLİ ERGENLERİN TANIMLAYICI ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

Bu bölümde, ergenlerin tanımlayıcı özellikleri ile ilgili bulgular ve açıklamaları yer almaktadır.

Tablo 12. Ergenlerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Dağılımları

Tanımlayıcı özellikler	Sağlıklı			Kanserli		
	N	%	X	N	%	X
Yaş Grubu						
12-14 Erken Ergenlik	38	50	14.47±1.83	46	50.5	14.65±1.88
15-16 Orta Ergenlik	28	36.8	(min:12	25	27.5	(min:12
17-18 Geç Ergenlik	10	13.2	maks:18)	20	22.0	maks:18)
Cinsiyet						
Kız	44	57.9		38	41.8	
Erkek	32	42.1		53	58.2	
Öğrenim durumu						
Okur-yazar değil	0	0.00		1	1.1	
İlköğretim	23	30.3		52	57.1	
Lise ve dengi okul	48	63.1		33	36.3	
Üniversite	5	6.6		5	5.5	
Sosyal güvence						
Emekli Sandığı (ES)	24	31.6		25	27.5	
Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK)	9	11.8		23	25.3	
Bağ-Kur (BK)	20	26.3		14	15.3	
Yeşil Kart (YK)	0	0.00		26	28.6	
Özel	23	30.3		3	3.3	
Anne yaşı						
29-38 yaş	27	35.5	39.42±4.43	38	41.7	41.21±6.21
39-48 yaş	45	59.2	(min:29	35	38.4	(min:31
49-58 yaş	4	5.3	maks:54)	18	19.9	maks:52)

Baba yaşı						
29-38 yaş	2	2.6	44.75±4.16	16	17.6	44.61±6.49
39-48 yaş	60	79.0	(min:34	56	61.5	(min:37
49-58 yaş	14	18.4	maks:63)	15	16.5	maks:55)
59+ yaş	0	0.00		4	4.4	
Anne öğrenimi						
Okur-yazar değil	0	0.00		17	18.7	
İlköğretim	24	31.5		53	58.2	
Lise ve dengi okul	24	31.7		14	15.4	
Üniversite	28	36.8		7	7.7	
Baba öğrenimi						
Okur-yazar değil	0	0.00		6	6.6	
İlköğretim	15	19.8		49	53.8	
Lise ve dengi okul	15	19.7		16	17.6	
Üniversite	46	60.5		20	22.0	
Çocuk Sayısı						
Tek çocuk	28	36.8	1.88±0.81	6	6.6	3.28±2.12
2 çocuk	31	40.8	(min:1	39	42.8	(min:1
3 çocuk	15	19.7	maks:4)	21	23.1	maks:10)
4 çocuk	2	2.7		8	8.8	
5+ çocuk	0	0.0		17	18.7	

Araştırma kapsamına alınan sağlıklı ve kanserli ergenlerin tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı Tablo 12’de görülmektedir. Ergenlerin cinsiyetlerine göre dağılımları incelendiğinde; sağlıklı ergenlerin %57.9’unu (n=44) kızlar, %42.1’ini (n=32) erkekler, kanserli ergenlerin %41.8’ini kızlar (n=38), %58.2’sini (n=53) erkekler oluşturmaktadır.

Araştırmaya katılan ergenlerin yaş ortalamaları sağlıklılarda 14,47±1,83 yıl, kanserlilerde 14,65±1,88 yıl olarak bulunmuştur (Tablo 12).

Ergenlerin anne ve babalarının yaş ortalamaları hesaplandığında, annelerin yaş ortalaması sağlıklılarda 39.42±4.43 yıl, kanserlilerde 41.21±6.21 yıl ve babaların yaş ortalaması ise sağlıklılarda 44.75±4.16 yıl, kanserlilerde ise 44.61±6.49 yıldır.

Tablo 13. Kanserli Ergenlerin Hastalık Özelliklerine Göre Dağılımları

Hastalığa ait Özellikler	Sayı	%
<u>Hastane</u>		
Ege Üniversitesi Tülay Aktaş Onkoloji Hastanesi Pediatrik Onkoloji Servisi	34	37.4
Dokuz Eylül Üniversitesi Muzaffer Müfit Kayhan Onkoloji Hastanesi Pediatrik Onkoloji Servisi	24	26.4
S.B. Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Onkoloji Servisi	15	16.5
S.B. Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Onkoloji Servisi	18	19.7
<u>Tanı</u>		
Lösemiler (n=38)		
Akut Lenfoblastik Lösemi (ALL)	30	33.0
Akut Miyeloblastik Lösemi (AML)	7	7.7
Kronik Miyeloblastik Lösemi (KML)	1	1.1
Lenfomalar (n=19)		
Hodgkin lenfoma	12	13.2
Non-Hodgkin lenfoma	7	7.7
Kemik ve yumuşak doku sarkomları (n=28)		
Osteosarkom	16	17.6
Rabdomyosarkom	8	8.8
Ewing sarkomu	3	3.3
Synovial sarkom	1	1.1
Diğer tümörler (n=6)		
Kistik teratom	1	1.1
Disgermiom	1	1.1
Nazofarenks karsinomu	1	1.1
Meme karsinomu	1	1.1
Hepatosellüler karsinom (HCC)	1	1.1
Medülloblastom	1	1.1

<u>Hastalık Durumu</u>		
Yeni Tanı Dönemi	20	22.0
Tedavi	49	53.8
Remisyon	16	17.6
Rölaps	6	6.6
<u>İzlem Süresi</u>		
0-1 ay	27	29.6
2-3 ay	11	12.1
4-6 ay	12	13.2
7-12 ay	22	24.2
13-24 ay	4	4.4
25-36 ay	3	3.3
37-48 ay	5	5.5
49+ ay	7	7.7
<u>Tedavi yöntemi</u>		
Kemoterapi (KT)	59	64.8
Radyoterapi (RT)	6	6.6
Kemik İliği Transplantasyonu (KİT)	2	2.2
Tedavisiz	24	26.4
<u>Tanısını bilme durumu</u>		
Biliyor	52	57.1
Bilmiyor	39	42.9

Kanserli ergenlerin hastalıkla ilgili özellikleri incelendiğinde; ergenlerin %37.4'ünün Ege Üniversitesi Tülay Aktaş Onkoloji Hastanesi Pediatrik Onkoloji Servisi, %26.4'ünün Dokuz Eylül Üniversitesi Muzaffer Müfit Kayhan Onkoloji Hastanesi Pediatrik Onkoloji Servisi, %16.5'inin S.B. Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Onkoloji Servisi, %19.7'sinin ve S.B. Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Pediatrik Onkoloji Servisi'nde tedavi ve bakım aldığı görülmektedir (Tablo 13).

Araştırmaya katılan kanserli ergenlerin %41.8'inin lösemi, %20.8'u lenfoma, %30.8'i kemik ve yumuşak doku sarkomu, %6,6'sı diğer kanser tanılarına sahip oldukları belirlendi.

Ergenlerin araştırma anında %29.6'sı uygulama zamanına göre 1 ay içinde, %12.1'i 2-3 ay

içinde, %13.2'si 4-6 ay içinde, %24.2'si 7-12 ay içinde, %4.4'ü 13-24 ay içinde, %16,5'i ise 2 yıldan daha uzun süre içinde tanı almışlardı.

Uygulama anında ergenlerin %22.0'ı tanı, %53.8'i tedavi, %17.6'sı remisyon, %6.6'sı rölaps dönemindeydi, %64.8'i Kemoterapi (KT), %6.6'sı Radyoterapi (RT) tedavisi almaktaydı, %26.4'ü ise herhangi bir kanser tedavisi almıyordu. Araştırmaya katılan ergenlerin %57.1'i araştırma sırasında tanılarını biliyorken %42.9'u tanısını bilmiyordu (Tablo 13).

3.3. ERGENLERİN EUÖ VE YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEK PUANLARINA İLİŞKİN BULGULAR

Bu bölümde, ergenlerin EUÖ ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği'nden aldıkları puanlarla ilgili bulgular ve açıklamaları yer almaktadır.

Tablo 14. Sağlıklı Ergenlerin Ergenler için Umutluluk Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımları

MADDELER	MİN	MAKS	X	SS
MADDE 1	0.00	100.00	78.71	26.33
MADDE 2	6.00	100.00	89.09	19.05
MADDE 3	7.00	100.00	79.42	31.42
MADDE 4	0.00	100.00	39.94	40.59
MADDE 5	10.00	100.00	84.68	24.98
MADDE 6	0.00	100.00	85.90	23.35
MADDE 7	7.00	100.00	84.82	26.02
MADDE 8	30.00	100.00	81.97	23.55
MADDE 9	0.00	100.00	56.75	40.58
MADDE 10	0.00	100.00	89.68	23.05
MADDE 11	0.00	100.00	81.98	27.95
MADDE 12	0.00	100.00	79.77	29.77
MADDE 13	2.00	100.00	84.84	25.11
MADDE 14	43.00	100.00	86.07	18.23
MADDE 15	0.00	100.00	85.42	23.91
MADDE 16	10.00	100.00	87.38	24.75
MADDE 17	20.00	100.00	85.48	20.83
MADDE 18	0.00	100.00	70.61	32.12
MADDE 19	2.00	100.00	81.31	28.20
MADDE 20	0.00	100.00	70.81	36.27
MADDE 21	1.00	100.00	84.77	25.44
MADDE 22	39.00	100.00	87.81	17.84
MADDE 23	0.00	100.00	79.85	32.42
MADDE 24	0.00	100.00	79.28	29.35
TOPLAM	1043.00	2400.00	1916.46	393.34

Tablo 14’te sağlıklı ergenlerin Ergenler için Umutluluk Ölçeği’nin her maddesinden aldıkları puanların minimum (min), maksimum (maks), ortalama (X) ve standart sapma (SS) değerleri verilmiştir. Sağlıklı ergenler minimum sıfır, maksimum 100 puan değeri alan

maddeler için ortalama 39.94-89.68 arası puan değerleri almışlardır. Sağlıklı ergenler için EUÖ'nin toplam puan ortalaması 1916.46 ± 393.34 olarak belirlenmiştir.

Tablo 15. Kanserli Ergenlerin Ergenler için Umutluluk Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımları

MADDELER	MİN	MAKS	X	SS
MADDE 1	0.00	100.00	69.61	29.78
MADDE 2	5.00	100.00	80.93	25.18
MADDE 3	0.00	100.00	75.52	35.70
MADDE 4	0.00	100.00	51.18	42.58
MADDE 5	0.00	100.00	80.15	28.80
MADDE 6	0.00	100.00	73.78	32.76
MADDE 7	0.00	100.00	79.72	29.42
MADDE 8	0.00	100.00	80.05	26.80
MADDE 9	0.00	100.00	62.18	36.64
MADDE 10	0.00	100.00	74.35	34.07
MADDE 11	10.00	100.00	84.12	22.81
MADDE 12	0.00	100.00	83.84	25.43
MADDE 13	0.00	100.00	83.32	23.23
MADDE 14	0.00	100.00	78.47	26.24
MADDE 15	0.00	100.00	79.70	23.49
MADDE 16	0.00	100.00	81.45	31.89
MADDE 17	0.00	100.00	81.48	25.76
MADDE 18	0.00	100.00	79.34	25.87
MADDE 19	0.00	200.00	81.90	28.10
MADDE 20	0.00	100.00	71.52	32.11
MADDE 21	0.00	100.00	80.89	23.68
MADDE 22	0.00	100.00	80.65	28.06
MADDE 23	0.00	100.00	80.85	29.91
MADDE 24	0.00	100.00	77.96	27.04
TOPLAM	704.00	2400.00	1853.06	387.89

Tablo 15'te ise kanserli ergenlerin EUÖ'nin her maddesinden aldıkları puanların minimum (min), maksimum (maks), ortalama (X) ve standart sapma (SS) değerleri verilmiştir. Kanserli ergenler minimum sıfır, maksimum 100 puan değeri alan maddeler için ortalama 51.18 - 84.12 arası puan değerleri almışlardır. Kanserli ergenler için EUÖ'nin toplam puan ortalaması 1853.06 ± 387.89 olarak belirlenmiştir.

Tablo 16. Sağlıklı ve Kanserli Ergenlerin Ergenler için Umutluluk Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımları

GRUP	EUÖ PUAN ORTALAMASI			t	p
	N	X	SS		
Sağlıklı	76	1916.46	393.34	1.045	.298
Kanserli	91	1853.06	387.89		

Tablo 16'da ergenlerin grup (sağlıklı – kanserli) değişkeni ile Ergenler için Umutluluk Ölçeğinden aldıkları toplam puan ortalamaları arasında t – testi sonuçları verilmiştir. Ergenlerin gruplarına göre puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Tablo 17. Sağlıklı Ve Kanserli Ergenlerin SF-36 Ölçeğinin Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

GRUP	Fiziksel Fonksiyon		Rol Güçlüğü (Fiziksel)		Ağrı		Genel Sağlık		Vitalite (Enerji)		Sosyal Fonksiyon		Rol Güçlüğü (Emosyonel)		Mental Sağlık	
	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS
Sağlıklı	90.00	18.52	79.27	27.19	48.28	14.15	67.47	14.83	39.60	9.89	75.49	23.13	60.08	40.00	61.31	19.85
Kanserli	62.84	32.47	35.79	40.25	36.09	27.33	55.14	9.73	47.84	13.42	47.58	16.39	31.43	35.14	48.86	11.53

Sağlıklı ve kanserli ergenlerin SF-36 ölçeğinin alt ölçeklerinden aldıkları toplam puan ortalamaları Tablo 17’de sunulmuştur.

Sağlıklı ergenlerin SF-36 Yaşam Kalitesi ölçeğinin alt ölçeklerinden aldıkları puanlar için; fiziksel fonksiyon alt ölçeği ortalaması 90.000±18.52 puan, fiziksel rol güçlüğü alt ölçeği ortalaması 79.276±27.19 puan, ağrı alt ölçeği ortalaması 48.289±14.15 puan, genel sağlık alt ölçeği ortalaması 67.473±14.83 puan, enerji alt ölçeği ortalaması 39.605±9.89 puan, sosyal fonksiyon alt ölçeği ortalaması 75.493±23.13 puan, emosyonel rol güçlüğü alt ölçeği ortalaması 60.087±40.00 puan, mental sağlık alt ölçeği ortalaması 61.315±19.85 puan olarak saptanmıştır.

Kanserli ergenlerin SF-36 Yaşam Kalitesi ölçeğinin alt ölçeklerinden aldıkları puanlar için; fiziksel fonksiyon alt ölçeği puan ortalaması 62.840±32.47 puan, fiziksel rol güçlüğü alt ölçeği puan ortalaması 35.795±40.25 puan, ağrı alt ölçeği puan ortalaması 36.090±27.33 puan, genel sağlık alt ölçeği puan ortalaması 55.147±9.73 puan, enerji alt ölçeği puan ortalaması 47.840±13.42 puan, sosyal fonksiyon alt ölçeği puan ortalaması 47.585±16.39 puan, emosyonel rol güçlüğü alt ölçeği puan ortalaması 31.439±35.14 puan, mental sağlık alt ölçeği puan ortalaması 48.863±11.53 puan olarak saptanmıştır.

3.4. ERGENLER İÇİN UMUTLULUK ÖLÇEĞİ PUAN ORTALAMALARINA ETKİ EDEN FAKTÖRLERE İLİŞKİN BULGULAR

Bu bölümde, sağlıklı ve kanserli ergenlerin EUÖ'den aldıkları puanlara etki eden faktörlere ilişkin bulgular ve açıklamaları yer almaktadır.

Tablo 18. Sağlıklı Ergenlerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Ergenler için Umutluluk Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımları

Tanıtıcı Özellik	EUÖ PUAN ORTALAMASI			t	F	p
	N	X	SS			
Yaş Grubu						
12-14 (Erken ergenlik)	38	1907.81	413.59			
15-16 (Orta ergenlik)	28	1915.32	420.14		.050	.951
17-18 (Geç ergenlik)	10	1952.50	233.92			
Cinsiyet						
Kız	44	2031.09	265.97	3.152		.002
Erkek	32	1758.84	481.55			
Öğrenim durumu						
İlköğretim	23	1864.34	386.52			
Lise	43	1939.07	397.77		.576	.450
Üniversite	10	1885.25	396.21			
Anne yaşı						
29-38 yaş	27	1938.81	364.81	1.202		.168
39-58 yaş	49	1939.34	381.53			
Baba yaşı						
39-48 yaş	62	1962.03	326.89	2.178		.033
49-58 yaş	14	1714.64	580.87			
Anne öğrenimi						
İlköğretim	25	2007.40	307.66			
Lise	23	1797.73	440.01		1.776	.177
Üniversite	28	1932.78	409.79			

Baba öğrenimi						
İlköğretim	15	1770.73	455.52			
Lise	15	2087.86	258.89		2.567	.084
Üniversite	46	1908.08	394.34			
Çocuk sayısı						
Tek çocuk	28	1875.36	380.26		0.749	.476
2 çocuk	31	1983.00	383.71			
3-4 çocuk	17	1862.82	436.52			

Sağlıklı ergenlerin Ergenler için Umudluluk Ölçeğinden aldıkları toplam puan ortalamaları ve yaş değişkeni arasında yapılan ANOVA sonuçlarına göre, EUÖ toplam puan ortalamaları ile yaş grupları arasında anlamlı bir farklılaşma bulunmamıştır ($F_{(2,75)}=0.050$, $p>0.05$).

Sağlıklı ergenlerin Ergenler için Umudluluk Ölçeğinden aldıkları toplam puan ortalamaları ve cinsiyet değişkeni arasında bağlantısız örneklem t-testi yapılmıştır. Sonuçlara göre, sağlıklı kız ergenlerin ortalamaları ile erkeklerin ortalamaları arasında anlamlı bir fark elde edilmiştir ($t_{(74)}=3.152$, $p<0.05$). Sağlıklı kızların EUÖ puan ortalamaları (2031.09 ± 265.97) sağlıklı erkeklerin EUÖ puan ortalamalarına (1758.84 ± 481.55) göre daha yüksek bulunmuştur (Tablo 18).

Sağlıklı ergenlerin Ergenler için Umudluluk Ölçeğinden aldıkları toplam puan ortalamaları ve öğrenim durumu değişkeni arasında yapılan ANOVA sonuçlarına göre, EUÖ toplam puan ortalamaları ile yaş grupları arasında anlamlı bir farklılaşma bulunmamıştır ($F_{(1,75)}=0.576$, $p>0.05$) (Tablo 18).

Sağlıklı ergenler örneğinde anne ve baba yaşı değişkeni ile Ergenler için Umudluluk Ölçeğinden aldıkları toplam puan ortalamaları arasında t – testi yapılmıştır. Sonuçlara göre, ergenlerin umudluluk puan ortalamaları ile anne yaş grupları ($t_{(75)}=1.202$, $p>0,05$) değişkenleri arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Sağlıklı ergenlerin EUÖ puan ortalamaları ile baba yaş grupları ($t_{(74)}=2.178$, $p<0,05$) arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Baba yaşı 39-48 olan ergenlerin EUÖ puan ortalamalarının, baba yaşı 49'dan büyük olanlardan daha yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 18).

Sağlıklı ergenlerin EUÖ toplam puan ortalamaları ile anne öğrenim grupları ($F_{(2,75)}=1.776$, $p>0.05$) ve baba öğrenim grupları ($F_{(2,75)}=2.567$, $p>0.05$). arasında anlamlı bir farklılaşma bulunmamıştır

Sağlıklı ergenlerin Ergenler için Umudluluk Ölçeğinden aldıkları toplam puan ortalamaları ve çocuk sayısı değişkeni arasında yapılan ANOVA sonuçlarına göre, EUÖ toplam puan ortalamaları ile çocuk sayıları arasında anlamlı bir farklılaşma bulunmamıştır.

Tablo 19. Kanserli Ergenlerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Ergenler için Umudluluk Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımları

Tanıtıcı Özellik	EUÖ PUAN ORTALAMASI			t	F	p
	N	X	SS			
Yaş Grubu						
12-14 (Erken Ergenlik)	46	1865.97	391.64		.154	.858
15-16 (Orta Ergenlik)	25	1863.56	425.91			
17-18 (Geç Ergenlik)	20	1810.25	343.24			
Cinsiyet						
Kız	38	1858.50	403.82	.113		.911
Erkek	53	1849.16	379.93			
Öğrenim durumu*						
İlköğretim	52	1819.61	395.01		.458	.634
Lise	33	1893.45	399.07			
Üniversite	5	1920.83	263.87			
Sosyal güvence						
ES	26	1987.53	289.44		1.836	.129
SSK	23	1827.78	402.68			
BK	14	1893.00	330.64			
YK	25	1705.64	463.68			
Özel	3	1923.66	341.41			
Anne yaşı						
29-38 yaş	38	1977.56	327.66		3.810	.026
39-48 yaş	35	1773.22	390.80			
49-58 yaş	18	1729.25	449.97			

Baba yaşı						
29-38 yaş	16	1986.53	326.39		1.302	.277
39-48 yaş	56	1844.15	390.00			
49+ yaş	19	1774.42	417.88			
Anne öğrenimi						
Okur-yazar değil	17	1626.05	419.03		4.012	.021
İlköğretim	53	1888.15	383.15			
Lise ve Üniversite	21	1948.28	313.60			
Baba öğrenimi						
Okur-yazar değil	6	1776.66	489.64		4.571	.005
İlköğretim	47	1728.17	402.35			
Lise	16	2047.62	359.42			
Üniversite	22	1999.22	230.38			
Çocuk sayısı						
1-2 çocuk	45	1990.33	312.89		3.556	.064
3-4 çocuk	27	1918.50	484.02			
5+ çocuk	17	1883.13	417.23			

* Okur – yazar olmayan bir ergen istatistik dışı bırakılmıştır.

Kanserli ergenlerin Ergenler için Umutluluk Ölçeğinden aldıkları toplam puan ortalamaları ve yaş grubu değişkeni arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılan ANOVA sonuçlarına göre, EUÖ toplam puan ortalamaları ile yaş grupları arasında anlamlı bir farklılaşma bulunmamıştır ($F_{(2;90)}=0.154, p>0.05$) (Tablo 19).

Kanserli ergenlerin Ergenler için Umutluluk Ölçeğinden aldıkları toplam puan ortalamaları ve cinsiyet değişkeni arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılan bağlantısız örneklem t-testi sonucuna göre, kanserli kız ergenlerin ortalamaları ile erkeklerin ortalamaları arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır ($t_{(89)}= .113 p>0.05$) (Tablo 19).

Kanserli ergenlerin Ergenler için Umutluluk Ölçeğinden aldıkları toplam puan ortalamaları ve öğrenim durumu değişkeni arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılan ANOVA sonuçlarına göre, EUÖ toplam puan ortalamaları ile öğrenim durumları arasında anlamlı bir farklılaşma bulunmamıştır ($F_{(2;90)}=0.458, p>0.05$) (Tablo 19).

Kanserli ergenlerin Ergenler için Umudluluk Ölçeğinden aldıkları toplam puan ortalamaları ve sosyal güvence değişkeni arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılan ANOVA sonucuna göre, ergenlerin sosyal güvenceleri arasında EUÖ puan ortalamaları açısından anlamlı farklılık bulunmamıştır ($F_{(4;90)}= 1.836$ $p>0.05$) (Tablo 19).

Kanserli ergenlerin Ergenler için Umudluluk Ölçeğinden aldıkları toplam puan ortalamaları ve anne yaş grubu değişkeni arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılan ANOVA sonuçlarına göre, ergenlerin EUÖ toplam puan ortalamaları ile anne yaş grupları arasında anlamlı bir farklılaşma saptanmıştır ($F_{(2;90)}=3.810$, $p<0.05$) (Tablo 19). Gruplar Tukey HSD testi ile karşılaştırıldığında, anne yaşı 29-38 arasında olan ergenlerin, anne yaşı 39'dan daha büyük olan ergenlere göre daha yüksek EUÖ puan ortalamasına sahip oldukları bulunmuştur.

Kanserli ergenlerin Ergenler için Umudluluk Ölçeğinden aldıkları toplam puan ortalamaları ve baba yaşı değişkeni arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılan ANOVA testi sonucuna göre, kanserli ergenlerin EUÖ puan ortalamaları ile baba yaş grubu arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır ($F_{(2;90)}= 1.302$ $p>0.05$) (Tablo 19).

Kanserli ergenlerin Ergenler için Umudluluk Ölçeğinden aldıkları toplam puan ortalamaları ve anne ve baba öğrenim grubu değişkeni arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılan ANOVA sonuçlarına göre, ergenlerin EUÖ toplam puan ortalamaları ile anne eğitimi ($F_{(2;90)}=4.012$, $p<0.05$). ve baba eğitimi ($F_{(3;90)}=4.571$, $p<0.05$) değişkenleri arasında anlamlı bir farklılaşma bulunmuştur. (Tablo 19). Yapılan Tukey HSD testi sonucunda farkın lise ve üniversite eğitimi gruplarından kaynaklandığı görülmüştür. Anne eğitimi arttıkça çocuklarının umudluluk puanları artmaktadır, baba eğitimi lise ve üniversite olan çocukların umudluluk puanları babası ilköğretim mezunu olan ve okur-yazar olmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksektir.

Kanserli EUÖ toplam puan ortalamaları ile çocuk sayısı arasında anlamlı bir farklılaşma bulunmamıştır ($F=3.556$, $p>0.05$) (Tablo 19).

Tablo 20. Kanserli Ergenlerin Hastalıklarına İlişkin Özelliklerine Göre Ergenler için Umutluluk Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımları

Hastalığa İlişkin Özellik	EUÖ PUAN ORTALAMASI			t	F	p
	N	X	SS			
<u>Hastane</u>						
E.Ü. Tülay Aktaş Onkoloji Hastanesi Pediatrik Onkoloji servisi	34	1839.11	425.65		1.030	.383
D.E.Ü. Muzaffer Müfit Kayhan Onkoloji Hastanesi Pediatrik Onkoloji servisi	24	1956.58	296.61			
S.B. Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Onkoloji Servisi	15	1845.46	432.20			
S.B. Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Onkoloji Servisi	18	1747.72	380.37			
<u>Tanı</u>						
Lösemiler	38	1742.89	407.28		1.993	.121
Lenfomalar	19	1974.94	316.75			
Kemik ve yumuşak doku sarkomları	28	1920.53	390.53			
Diğer tümörler	6	1850.00	349.09			
<u>Hastalık durumu</u>						
Yeni tanı dönemi	20	1945.35	462.68		.560	.643
Tedavi dönemi	50	1824.10	376.59			
Remisyon	15	1860.66	298.93			
Rölaps	6	1767.83	451.02			
<u>Tedavi yöntemi</u>						
KT / RT	67	1826.98	414.76	1.073		.286
Tedavisiz	24	1925.87	295.99			
<u>Tanısını bilme durumu</u>						
Biliyor	52	1768.28	406.01	2.416		.018
Bilmiyor	38	1963.86	339.12			

Kanserli ergenlerin Ergenler için Umutluluk Ölçeğinden aldıkları toplam puan ortalamaları ile bakım ve tedavi aldıkları hastane değişkeni arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılan ANOVA analizi sonuçlarına göre, hastanelerine göre EUÖ toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılaşma bulunmamıştır ($F_{(3;90)}= 1.030, p>0.05$). (Tablo 20).

Kanserli ergenlerin Ergenler için Umutluluk Ölçeğinden aldıkları toplam puan ortalamaları ve tanı grupları arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılan ANOVA analizi sonuçlarına göre, EUÖ toplam puan ortalamaları ile tanıları arasında anlamlı bir farklılaşma bulunmamıştır ($F_{(3;90)}= 1.993, p>0.05$). (Tablo 20).

Kanserli ergenlerin Ergenler için Umutluluk Ölçeğinden aldıkları toplam puan ortalamaları ve tanı evreleri arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılan ANOVA sonuçlarına göre, EUÖ toplam puan ortalamaları ile tanı evreleri arasında anlamlı bir farklılaşma bulunmamıştır ($F_{(3;90)}=.560, p>0.05$). (Tablo 20).

Kanserli ergenlerin Ergenler için Umutluluk Ölçeğinden aldıkları toplam puan ortalamaları ve tedavi alıp almamaları arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılan bağılantısız örneklem t-testi sonucuna göre, kanser tedavisi alan ergenlerin ortalamaları ile almayanların ortalamaları arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır ($t_{(89)}= 1.073, p>0.05$). (Tablo 20).

Kanserli ergenlerin Ergenler için Umutluluk Ölçeğinden aldıkları toplam puan ortalamaları ve tanısını bilme durumları arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılan bağılantısız örneklem t-testi sonucuna göre, tanısını bilen ergenlerin ortalamaları ile bilmeyenlerin ortalamaları arasında anlamlı farklılık saptanmıştır ($t_{(88)}= 2.416, p>0.05$). (Tablo 20).

Tablo 21. Kanserli Ergenlerin Tanı Sürelerine Göre Umutluluk Puan Ortalamalarının Dağılımı

TANI SÜRESİ	N	X	SS	F	p
1-3 ay	38	1874,6316	481,6292	.555	.696
4-6 ay	12	1908,1667	397,2890		
7-9 ay	6	1639,6667	148,4246		
10-12 ay	16	1867,8750	236,0070		
13+ ay	19	1830,0526	327,9823		
1 ay	27	1955,2593	458,0470	1.053	.392
2-3 ay	11	1676,7273	502,1390		
4-6 ay	12	1908,1667	397,2890		
7-12 ay	22	1805,6364	236,3304		
13-24 ay	4	1712,5000	328,2047		
25+ ay	15	1861,4000	331,9997		
1 yıl	72	1859.1389	404.0783	.289	.773
2+ yıl	19	1830.0526	327.9823		

Kanserli ergenlerin EUÖ toplam puan ortalamaları ile tanı süreleri (1-3 ay, 4-6 ay, 7-9 ay, 10-12 ay, 13+ ay) arasında ANOVA testi sonucunda anlamlı bir farklılaşma bulunmamıştır ($F_{(2;90)}=.555$, $p>0.05$) (Tablo 21).

Kanserli ergenlerin EUÖ toplam puan ortalamaları ile tanı süreleri (1ay, 2-3ay, 4-6 ay, 7-12 ay, 13-24 ay, 25+ ay) arasında yapılan ANOVA testi sonucunda anlamlı bir farklılaşma bulunmamıştır ($F_{(2;90)}=1.053$, $p>0.05$) (Tablo 21).

Kanserli ergenlerin EUÖ toplam puan ortalamaları ile tanı süreleri (1 yıl, 2+ yıl) arasında Student - t testi sonuçlarına göre anlamlı bir farklılaşma bulunmamıştır ($t_{(89)}=.289$, $p>0.05$) (Tablo 21).

3.5. ERGENLER İÇİN UMUTLULUK ÖLÇEĞİ PUAN ORTALAMALARININ YAŞAM KALİTESİ PUAN ORTALAMALARI ÜZERİNE ETKİSİNE İLİŞKİN BULGULAR

Bu bölümde, ergenlerin Ergenler için Umutiluluk Ölçeği puanlarının SF-36 yaşam kalitesi ölçeği puanları üzerine etkisine ilişkin bulgular ve açıklamaları yer almaktadır.

Tablo 22. Sağlıklı Ergenlerde Ergenler için Umutiluluk Ölçeği Puan Ortalamalarının Yaşam Kalitesi Alt Ölçek Puanları ile Korelasyon Sonuçları

Ergenler için Umutiluluk Ölçeği	EUÖ	Fiziksel fonksiyon	Rol güçlüğü (fiziksel)	Ağrı	Genel Sağlık	Vitalite (enerji)	Sosyal fonksiyon	Rol Güçlüğü (emosyonel)	Mental Sağlık
Pearson correlation (r)	1.00	.476**	.052	.168	.086	.281*	.117	.470**	.195
p	.000	.000	.658	.147	.463	.014	.314	.000	.092

** Korelasyon ,001 düzeyinde anlamlı

* Korelasyon ,005 düzeyinde anlamlı

Sağlıklı ergenlerin Ergenler için Umutluluk Ölçeğinden aldıkları toplam puan ortalamaları ve SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin alt ölçeklerinden aldıkları toplam puan ortalamaları arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla Pearson Korelasyon testi uygulanmıştır (Tablo 22). Korelasyon testi sonuçlarına göre umut toplam puan ortalamaları ile yaşam kalitesinin “Fiziksel Fonksiyon” alt ölçeğinden alınan puan ortalamaları arasında anlamlı ve pozitif bir korelasyon saptanmıştır (Pearson $P= 0.476$, $p<0.01$). Umut toplam puan ortalamaları ile yaşam kalitesinin “Enerji” alt ölçeğinden alınan puan ortalamaları arasında anlamlı ve pozitif bir korelasyon saptanmıştır (Pearson $P= 0.281$, $p<0.05$). Umut toplam puan ortalamaları ile yaşam kalitesinin “Emosyonel rol güçlüğü” alt ölçeğinden alınan puan ortalamaları arasında anlamlı ve pozitif bir korelasyon saptanmıştır (Pearson $P= 0.470$, $p<0.01$).

Umut toplam puan ortalamaları ile yaşam kalitesinin “Fiziksel rol güçlüğü” alt ölçeğinden alınan puan ortalamaları arasında (Pearson $P= 0.052$, $p>0.05$), yaşam kalitesinin “Ağrı” alt ölçeğinden alınan puan ortalamaları arasında (Pearson $P= 0.168$, $p>0.05$), yaşam kalitesinin “Genel sağlık” alt ölçeğinden alınan puan ortalamaları arasında (Pearson $P= 0.086$, $p>0.05$), yaşam kalitesinin “Sosyal Fonksiyon” alt ölçeğinden alınan puan ortalamaları arasında (Pearson $P= 0.117$, $p>0.05$), yaşam kalitesinin “Mental sağlık” alt ölçeğinden alınan puan ortalamaları arasında (Pearson $P= 0.195$, $p>0.05$) istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Tablo 22).

Tablo 23. Kanserli Ergenlerde Ergenler için Umutluluk Ölçeği Puan Ortalamalarının Yaşam Kalitesi Alt Ölçek Puanları ile Korelasyon Sonuçları

Ergenler için Umutluluk Ölçeği	EUÖ	Fiziksel fonksiyon	Rol güçlüğü (fiziksel)	Ağrı	Genel Sağlık	Vitalite (enerji)	Sosyal fonksiyon	Rol Güçlüğü (emosyonel)	Mental Sağlık
Pearson correlation (r)	1.00	.222**	.235**	.163*	.159*	.203**	.238**	.276**	.309**
p	0.00	.004	.006	.039	.042	.009	.002	.001	.000

** Korelasyon ,001 düzeyinde anlamlı

* Korelasyon ,005 düzeyinde anlamlı

Kanserli ergenlerin EUÖ'den aldıkları toplam puan ortalamaları ve sf-36 yaşam kalitesi ölçeğinin alt ölçeklerinden aldıkları toplam puan ortalamaları arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla pearson korelasyon testi uygulanmıştır (Tablo 23). Korelasyon testi sonuçlarına göre umut toplam puan ortalamaları ile yaşam kalitesinin “Fiziksel Fonksiyon” alt ölçeğinden alınan puan ortalamaları arasında anlamlı ve pozitif bir korelasyon saptanmıştır (Pearson P= 0.222, $p<0.01$).

Umut toplam puan ortalamaları ile yaşam kalitesinin “Fiziksel rol güçlüğü” alt ölçeğinden alınan puan ortalamaları arasında anlamlı ve pozitif bir korelasyon saptanmıştır (Pearson P= 0.235, $p<0.01$).

Umut toplam puan ortalamaları ile yaşam kalitesinin “Ağrı” alt ölçeğinden alınan puan ortalamaları arasında anlamlı ve pozitif bir korelasyon saptanmıştır (Pearson P= 0.163, $p<0.05$).

Umut toplam puan ortalamaları ile yaşam kalitesinin “Genel sağlık” alt ölçeğinden alınan puan ortalamaları arasında anlamlı ve pozitif bir korelasyon saptanmıştır (Pearson P= 0.159, $p<0.05$).

Umut toplam puan ortalamaları ile yaşam kalitesinin “Enerji” alt ölçeğinden alınan puan ortalamaları arasında anlamlı ve pozitif bir korelasyon saptanmıştır (Pearson P= 0.203, $p<0.01$).

Umut toplam puan ortalamaları ile yaşam kalitesinin “Emosyonel rol güçlüğü” alt ölçeğinden alınan puan ortalamaları arasında anlamlı ve pozitif bir korelasyon saptanmıştır (Pearson P= 0.276, $p<0.01$).

Umut toplam puan ortalamaları ile yaşam kalitesinin “Sosyal fonksiyon” alt ölçeğinden alınan puan ortalamaları arasında anlamlı ve pozitif bir korelasyon saptanmıştır (Pearson P= 0.238, $p<0.01$).

Umut toplam puan ortalamaları ile yaşam kalitesinin “Mental sağlık” alt ölçeğinden alınan puan ortalamaları arasında anlamlı ve pozitif bir korelasyon saptanmıştır (Pearson P= 0.309, $p<0.01$) (Tablo 23).

BÖLÜM IV

TARTIŞMA

4.1. ERGENLERİN UMUTLULUK ÖLÇEĞİ (EUÖ)'NİN GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI SONUÇLARINA İLİŞKİN BULGULARIN İNCELENMESİ

Çalışmada, ilk olarak Hinds (1991) tarafından geliştirilen EUÖ'nin Türkçe formunun dil eşdeğerliğinin, geçerliğinin ve güvenilirliğinin 12-18 yaş grubu sağlıklı ve kanserli ergenlerde incelenmesi amaçlanmıştır. EUÖ'nin geçerliğinin belirlenmesine yönelik olarak yapılan çalışmalar sonucunda ölçeğin geçerli olduğu gösterilmiştir.

EUÖ'nin İngilizce ve Türkçe formu arasındaki tutarlılığını ve içerik geçerliğini incelemek için uzman görüşleri alınmıştır. Uzmanların görüşleri arasındaki Kendall Uyuşum Katsayısı analizinin anlamlı olması, değerlendiricilerin maddelerin içeriği konusunda görüş birliğine vardıklarını ifade etmiş, ölçeğin içerik olarak geçerli olduğunu göstermiştir (Tablo 2, Tablo 3). Oluşturulan Türkçe versiyonundan tekrar İngilizce'ye çevrilen ölçek, geliştiricisine e-mail yolu ile gönderilmiş ve görüşmeler sonucunda oluşturulan formun dil geçerli olduğu onaylanmıştır.

Ölçeğin iç tutarlılık güvenirligi için, sağlıklı ve kanserli ergen gruplarında, hem iki yarım test güvenirlilik katsayıları (0.85-0.91), hem de Cronbach Alfa Güvenirlilik Katsayıları (0.92) hesaplanmıştır (Tablo 4, Tablo 5). Güvenirlilik katsayısı 1'e yaklaştıkça tutarlılık yükselir, 0'a yaklaştıkça düşer (Crocer & Algina 1986). Bu literatür bilgisi doğrultusunda ölçeğin iç tutarlılık güvenirlilik katsayıları iyi düzeyde bulunmuştur. Bu bulgunun, Hinds ve Gattuso (1991) tarafından bildirilen 0.76 ile 0.94 Cronbach Alfa Katsayısı arasında değişen iç tutarlılık değerleriyle uyumlu olduğu görülmüştür.

EUÖ'nin hali-hazır güvenirlilik analizleri sonucunda hem sağlıklı hem de kanserli ergenlerde, Beck Umutsuzluk Ölçeği ile yapılan korelasyonda, puanlamadan kaynaklanan beklendik bir negatiflik içerisinde, yüksek bir korelasyon görülmüştür (Tablo 6). Hinds ve Gattuso (1991) da benzer şekilde EUÖ'nin Beck Umutsuzluk Ölçeği ile negatif korelasyonu olduğunu bildirmiştir.

Araştırmada kullanılan EUÖ'nin madde analizi için Madde Toplam Puan Korelasyonu tekniği uygulanmış ve tek tek tüm maddelerin ölçeğin bütünü ile tutarlılığı belirlenmiştir (Tablo 8, Tablo 9). Madde toplam puan korelasyon değeri (r), bir ölçeğe ait maddenin etkinlik düzeyini gösterir. r değeri yükseldikçe ifadenin etkinlik düzeyi artar (Crocer & Algina 1986). Bu çalışmada, sağlıklı ergenlerde EUÖ'ne yönelik uygulamada sadece 4. ve 10. maddelerin madde toplam puan korelasyonu 0.20'nin altında bulunmuştur. Ancak maddeler çıkarıldığındaki ölçek alfa değerleri (0.92), toplam ölçek alfa değeri olan 0.92'yle aynı olduğundan maddenin çıkarılmasına gerek görülmemiştir. EUÖ'nin kanserli ergenlere yönelik uygulamasında tüm maddelerin madde toplam puan korelasyonları 0.20'nin üzerinde bulunmuştur. Crocer ve Algina (1986), madde toplam puan korelasyon değerinin 0.20'nin üzerinde olmasının yeterli olduğunu bildirmişlerdir. Bu doğrultuda EUÖ'nin madde-toplam korelasyonlarının, diğer bir deyişle iç tutarlık değerlerinin de yeterli düzeyde olduğu söylenebilir.

EUÖ'nin yapı geçerliğini saptamak için 24 madde üzerinden kanserli ve sağlıklı ergen gruplarında yapılan faktör analizi sonucunda, her iki ergen grubunda da iki temel faktör yapısı gösterdiği ancak her iki grupta da faktör yükleri incelendiğinde, maddelerin çoğunun ilk faktörde yığıldığı görülmüştür (Tablo 10, Tablo 11). Bulgulara göre, maddelerin tümünün aynı faktör içerisinde gruplanması ve bu faktörün toplam varyansın büyük bir kısmını açıklaması (%34.28), ölçeğin tek faktörlü olduğunu göstermiştir. Bu sonuç, Hinds ve Gattuso (1991) tarafından bildirilen özgün ölçek ile tutarlık göstermiştir.

EUÖ'nin güvenilirlik katsayıları, hem sağlıklı ergenlerde, hem de kanserli ergenlerde umutluluğu güvenilir olarak ölçen bir ölçek olduğunu düşündürmektedir. EUÖ'nin geçerliğini ve güvenilirliğini belirlemeyi amaç edinen bu araştırma ile geçerli ve güvenilir bir ölçeğin Türk literatürüne kazandırıldığı, dolayısıyla araştırmanın bu amacına ulaştığı sonucuna varılabilir. Buna karşın, 76 kişilik sağlıklı ve 91 kişilik kanserli ergenden oluşan çalışma grubu üzerinde yürütülmüş olması çalışmanın sınırlılıklarıdır. Yurdağül (2005) makalesinde bildirdiği gibi, Guadagnoli ve Wayne (1988)'in "korelasyon parametresinin iyi bir kestirici olması için 100-200 kişilik bir örneklem grubunun ideal olacağı" görüşü dikkate alındığında, bu çalışmada ulaşılan katılımcı sayısının yeterli olmayacağı düşünülebilir. Bu açıdan EUÖ'nin genellenebilirlik özelliğinin düşük olduğu söylenebilir.

4.2. ERGENLERİN TANITICI ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULARIN İNCELENMESİ

Araştırma kapsamına alınan ergenlerin cinsiyetlerine göre dağılımları incelendiğinde; sağlıklı ergenlerin %57.9'unu (n=44) kızlar %42.1'ini (n=32) erkekler oluşturmuştur (Tablo 12). Sağlıklı ergenlerin cinsiyet oranları yaklaşık olarak birbirine yakındır.

Sağlıklı ergenlerin %50'si 12-14 yaş, %36.8'i 15-16 yaş, %13.2'si 17-18 yaş ergenler oluşturmuştur (Tablo 12). 17-18 yaş grubunun oranının diğer yaş gruplarına oranla nispeten az olması, uygulamaya alınan okulda bu yaş grubunda okuyan ergen sayısının azlığından kaynaklanmıştır.

Kanserli ergenlerin %41.8'ini kızlar (n=38), %58.2'sini (n=53) erkekler oluşturmuştur (Tablo 12). Sağlık Bakanlığı (S.B.) Kanser İstatistikleri (1999) verileri 10-19 yaş grubu kanser vakalarının %46'sının kız %54'ünün erkek olduğu bildirilmiştir. Ege Üniversitesi Kanser İstatistikleri'ne göre çocukluk çağı kanserlerinin cinsiyete göre dağılımı %42.5 kızlar %57.5 erkekler olarak bildirilmiştir (Haydaroğlu & Özşaran 2005). Araştırmaya alınan kanserli ergen örnekleminin cinsiyet dağılımı S.B. Türkiye Kanser İstatistikleri ve İzmir ili kanser istatistiklerini yansıtan EÜ kanser istatistikleri ile uyumlu bulunmuştur.

Kanserli ergenlerin %50.5'ini 12-14 yaş, %27.5'ini 15-16 yaş, %22'sini 17-18 yaş ergenler oluşturmuştur (Tablo 13). Sağlık Bakanlığı (S.B.) Kanser İstatistiklerine (1999) göre 10-19 yaş grubu kanser hastalarının %43'ü 10-14 yaş %57'si ise 15-19 yaş grubunda olduğu bildirilmiştir. Kanserli ergenlerin yaş dağılımları S.B. verileriyle paralellik göstermiştir.

Araştırmaya katılan kanserli ergenlerin %41.8'inin lösemi, %20.8'u lenfoma, %30.8'i kemik ve yumuşak doku sarkomu, %6,6'sı diğer bir kanser tanısına sahip oldukları belirlendi (Tablo 13). Ege Üniversitesi Kanser İstatistikleri'ne göre ise çocukluk çağında (0-18 yaş) en sık görülen kanserler, lokalizasyonuna göre %26 lösemiler, %16.4 kemik-yumuşak doku sarkomları, %13.2 lenfomalar, %6.1 karsinom, %35.9 diğer kanser türleri olarak bildirilmiştir (Haydaroğlu & Özşaran 2005). Türk literatüründe ergen yaş grubuna özgü kanser insidansı istatistiklerine rastlanamamıştır.

Ergenlerin araştırma anında %29.6'sı uygulama zamanına göre 1 ay içinde, %12.1'i 2-3 ay içinde, %13.2'si 4-6 ay içinde, %24.2'si 7-12 ay içinde, %4.4'ü 13-24 ay içinde, %16,5'i ise 2 yıldan daha uzun süre içinde tanı almışlardı (Tablo 13). Uygulama anında ergenlerin

%22.0'ı tanı, %53.8'i tedavi, %17.6'sı remisyon, %6.6'sı rölaps dönemindeydi, %64.8'i Kemoterapi (KT), %6.6'sı Radyoterapi (RT) tedavisi almaktaydı, %26.4'ü ise herhangi bir kanser tedavisi almıyordu. Uygulama yapılan sürede daha çok klinik ziyaretlerin yapılması nedeniyle yeni tanı ve tedavi hastalarına daha çok ulaşılmıştır. EÜ. Kanser İstatistikleri'ne göre de çocukluk çağı kanser tedavisinde yoğunlukla KT kullanılmaktadır (Haydaroglu & Özsaran 2005).

Bu araştırmaya katılan kanserli ergenlerin %42.9'unun tanısını bilmediği saptandı (Tablo 13). Literatürde ergen kanser hastalarının tanılarını bilme durumlarıyla ilgili veri bulunmamaktadır. Erişkin kanser hastalarında ise tanısını bilmeyenlerin oranı %26.6 ila %37 olarak bildirilmiştir (Ersoy 2005). Bu çalışmanın erişkinlerde yürütüldüğü göz önüne alınırsa, ergenlerin tanılarıyla ilgili bilgilendirilmeme oranlarının yüksek olduğu görülmektedir. Batı ülkelerinde, tanı hakkında bilgilendirme yönündeki uygulamaların arttığı bilinmektedir. Amerika'da doktorların %97'sinin, ölümcül tanının hastaya söylenmesi gerektiğini düşündükleri, %78'inin de ölümcül tanıyı hastalarına söyledikleri bildirilmiştir (Ersoy 2005). Tayvanlı kanser hastalarının %79'u tanılarını bilmektedir (Chia-Chin et al 2003). Türkiye'de ergen kanser hastalarının tanıları hakkında bilgilendirmelerine ilişkin bir standart-veri olmamasına rağmen ebeveynler ve sağlık çalışanlarının çocuğu korumak için tanıyı söylemekten kaçındıkları bilinmektedir. Ersoy (2005) çalışmasında kanser hastalarına tanısını söyleme ile ilgili olarak hasta yakınlarının tutumlarını incelemiş ve hasta yakınlarının kendileri aynı durumda olsalar tanıyı bilmek istediklerini söylemelerine rağmen, hastalarına söylememe taraftarı olduklarını bildirmiştir.

4.3. ERGENLERİN EUÖ VE YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEK PUANLARINA İLİŞKİN BULGULARIN İNCELENMESİ

Sağlıklı ergenler için EUÖ'nin toplam puan ortalaması 1916.46 ± 393.34 olarak belirlenmiştir (Tablo 14). Literatürde sağlıklı ergenlerde 1782 - 1873 ortalama umut puanları bildirilmiş ve çalışmanın sonuçları bu literatürle paralellik göstermiştir (Yarcheski et al 1994, Mahat & Scoloveno 2001, Cantrell Lupinacci 2004).

Kanserli ergenler için EUÖ'nin toplam puan ortalaması 1853.06 ± 387.89 olarak belirlenmiştir (Tablo 15). Bu sonuç, literatürde 1847- 1860 (Hinds 2000, Hinds et al 1999) ile paralel olmakla beraber Ritchie (2001)'nin ($X=1954.9 \pm 244.5$) ve Cantrell & Lupinacci (2004)'nin (kanserli kızlarda $X=1928.0 \pm 263.5$, kanserli erkeklerde $X=1978.5 \pm 229.6$) çalışmalarının sonuçlarından daha düşük, Hinds (1990) in çalışmasından ise ($X=1.886$) daha yüksek bulunmuştur. Literatür verilerinin tümü farklı ülkelerdendir ve Türkiye'de karşılaştırılacak veri yoktur. Kanserli ergenlerde umutluluk puanlarını etkileyen bireysel ve kültürel faktörlerin etkisi göz önüne alındığında, çalışma verilerimiz sonraki çalışmalara kaynak sağlayacaktır.

Sağlıklı ve kanserli ergenlerin Ergenler için Umudluluk Ölçeğinden aldıkları toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$) (Tablo 16). Kişinin bir tehdit ile karşılaştığında umudunun artması beklenmektedir (Cantrell & Lupinacci 2004). Bizim sonucumuzun literatürle uyumsuzluğu, kanser hakkındaki genel toplum görüşünün oldukça olumsuz olması ile açıklanabilir. Ülkemizde “kansere eşit ölüm” olarak düşünülmektedir. Ergenler kanser tanısını ölümcül olarak düşünmüş ve umudu azalmış olabilir. Ayrıca bu bulgu, kanser deneyiminin etkisinin ergen için ne kadar güçlü olduğunu ve hangi gelişim aşamasında olursa olsun ergenin kanser deneyimindeki incinebilirliğini göstermiştir. Ayrıca çalışmamızda ergenlerin ne kadar süredir tanılarını bildikleri ile ilgili veri yoktur. Literatürde hastalığı hakkında uzun süredir ileri bilgi sahibi olan kanser hastalarında daha yüksek umut düzeyi gösterilmiştir (Felder 2004). Belki zamanında ve yeterli bilgilendirilme ile ergenlerin umut düzeylerinin yükseldiği görülebilir. Ayrıca sağlıklı ve kanserli ergen örneklem gruplarının sosyodemografik veriler açısından farklılıklar vardı. Bu farklılığın sonucu etkilemiş olabileceği düşünülmüştür.

Sağlıklı ergenlerin SF-36 Yaşam Kalitesi ölçeğinin alt ölçeklerinden aldıkları puanlar (fiziksel fonksiyon alt ölçeği ortalaması 90.000 ± 18.52 puan, fiziksel rol performansı alt ölçeği

ortalaması 79.276±27.19 puan, ağrı alt ölçeği ortalaması 48.289±14.15 puan, genel sağlık alt ölçeği ortalaması 67.473±14.83 puan, enerji alt ölçeği ortalaması 39.605±9.89 puan, sosyal fonksiyon alt ölçeği ortalaması 75.493±23.13 puan, emosyonel rol performansı alt ölçeği ortalaması 60.087±40.00 puan, mental sağlık alt ölçeği ortalaması 61.315±19.85 puan) (Tablo 17), Çınar ve arkadaşlarının (2002) sağlıklı ergenlerde yürüttükleri çalışma sonuçlarıyla (fiziksel fonksiyon alt ölçeği ortalaması 95.9±8.2 puan, fiziksel rol performansı alt ölçeği ortalaması 82.9±29.9 puan, ağrı alt ölçeği ortalaması 62.1±28.3 puan, genel sağlık alt ölçeği ortalaması 65.2±20.3 puan, enerji alt ölçeği ortalaması 62.1±21.0 puan, sosyal fonksiyon alt ölçeği ortalaması 74.6±24.8 puan, emosyonel rol performansı alt ölçeği ortalaması 68.8±34.7 puan, mental sağlık alt ölçeği ortalaması 55.6±22.2 puan) paralel bulunmuştur.

Kanserli ergenlerin yaşam kalitesi puanları (fiziksel fonksiyon alt ölçeği puan ortalaması 62.840±32.47 puan, fiziksel rol performansı alt ölçeği puan ortalaması 35.795±40.25 puan, ağrı alt ölçeği puan ortalaması 36.090±27.33 puan, genel sağlık alt ölçeği puan ortalaması 55.147±9.73 puan, enerji alt ölçeği puan ortalaması 47.840±13.42 puan, sosyal fonksiyon alt ölçeği puan ortalaması 47.585±16.39 puan, emosyonel rol performansı alt ölçeği puan ortalaması 31.439±35.14 puan, mental sağlık alt ölçeği puan ortalaması 48.863±11.53 puan) (Tablo 17), Hedström ve arkadaşları (2005)'in çalışmasında bildirdiği enerji (47.8+21.99) puanlarıyla uyum gösterirken mental sağlık (65.9-18.7) puanları çalışmamızda daha düşük bildirilmiştir. Literatürde SF-36 ölçeğiyle ilgili benzer yaş grubu sonuçlarına rastlanılmadığından diğer alt ölçeklerle karşılaştırma yapılamamıştır. Sağlıklı ergenlerin yaşam kalitesi puanlarıyla karşılaştırıldığında ise kanserli ergenlerin yaşam kalitesi puanları her alt ölçekte daha düşük bulunmuştur. Bulgular, kanserin yaşam kalitesini düşürücü etkisini desteklemiştir.

4.4. ERGENLER İÇİN UMUTLULUK ÖLÇEĞİ PUAN ORTALAMALARINA ETKİ EDEN FAKTÖRLERE İLİŞKİN BULGULARIN İNCELENMESİ

Sağlıklı ergenlerde umutluluk düzeylerine etki eden sosyodemografik faktörlerin incelenmesi için EUÖ puan ortalamaları ile tanıtıcı özellikleri karşılaştırılmıştır (Tablo 18).

Sağlıklı ergenlerin EUÖ toplam puan ortalamaları ile yaş grupları arasında anlamlı bir farklılaşma bulunmamıştır ($F_{(2;75)}=0.050$, $p>0.05$). Cantrell ve Lupinacci (2004) çalışmalarında sağlıklı ergenlerin erken, orta ve geç ergenlik döneminde olmalarına göre

istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığını bildirmiştir. Ergenliğin dönemleri farklı gelişim özelliklerine sahip olsa da umutluluk her aşamada sürmektedir.

Sağlıklı ergenlerin Ergenler için Umudluluk Ölçeğinden aldıkları toplam puan ortalamaları ve cinsiyet değişkeni arasında bağlantısız örneklem t-testi yapılmıştır. Sonuçlara göre, sağlıklı kız ergenlerin ortalamaları ile erkeklerin ortalamaları arasında anlamlı bir fark elde edilmiştir ($t_{(74)}=3.152$, $p<0.05$). Sağlıklı kızların EUÖ puan ortalamaları (2031.09 ± 265.97) sağlıklı erkeklerin EUÖ puan ortalamalarına (1758.84 ± 481.55) göre daha yüksek bulunmuştur. Sağlıklı ergenlerin cinsiyetlerine göre istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığını bildiren bir çalışma olmasına karşın (Cantrell & Lupinacci 2004), bulgumuz sağlıklı ergenlerdeki diğer çalışma bulgularıyla tutarlıdır (Patterson & McCubbin 1987, Frydenberg & Lewis 1991, Hendrics et al 2000). Umut, sosyal destek ve ilişkiler sayesinde gelişir. Ergen kızlar diğerleriyle ilişkilere ve desteğe daha çok önem verirler. Literatüre göre, kız ergenlerin aile üyelerinden gelen desteği aramak ve kullanmakta erkeklerden daha iyi oldukları için bu farkın oluştuğu düşünülmüştür (Hinds et al 1999).

Sağlıklı ergenlerde EUÖ toplam puan ortalamaları ile öğrenim düzeyleri arasında anlamlı bir farklılaşma bulunmamıştır ($F_{(1,75)}=0.576$, $p>0.05$). Literatürde öğrenim durumu ve umut düzeylerinin karşılaştırıldığı bir çalışmaya rastlanamamıştır. Bulgular, öğrenim durumunun, yaş ile paralel olarak umutluluk düzeylerini etkilemediğini göstermiştir.

Sağlıklı ergenlerin umutluluk puan ortalamaları ile anne yaş grupları ($t_{(75)}=1.202$, $p>0,05$) değişkenleri arasında anlamlı farklılık bulunmazken baba yaş grupları ($t_{(74)}=2.178$, $p<0,05$) arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Baba yaşı 39- 48 olan ergenlerin EUÖ puan ortalamaları, baba yaşı 49'dan büyük olanlardan daha yüksek bulunmuştur. Ebeveynlerin umudun gelişmesinde önemli rol oynarlar. Ebeveynleriyle yakın ve sıcak ilişkilerinin olduğunu belirten ergenlerin umut düzeyleri yüksek bulunmuştur (Snyder 2002, Gillham 2004). Anneler, yaşları her ne olursa olsun, her zaman çocuklarının yanındadırlar. Genç babaların çocuklarını daha iyi anladıkları ve destekledikleri için genç babaların çocuklarının daha umutlu oldukları düşünülebilir.

Sağlıklı ergenlerin EUÖ toplam puan ortalamaları ile anne öğrenim grupları ($F_{(2,75)}=1.776$, $p>0.05$) ve baba öğrenim grupları ($F_{(2,75)}=2.567$, $p>0.05$) arasında anlamlı bir farklılaşma bulunmamıştır. Anne babaların öğrenim düzeylerinin, sağlıklı çocukların umutluluk düzeylerini etkilemediği görülmüştür.

Kanserli ergenlerde umutluluk düzeylerine etki eden sosyo demografik faktörlerin incelenmesi için EUÖ puan ortalamaları ile tanıtıcı özellikleri karşılaştırılmıştır (Tablo 19).

Kanserli ergenlerin EUÖ toplam puan ortalamaları ile yaş grupları arasında anlamlı bir farklılaşma bulunmamıştır ($F_{(2,90)}=0.154$, $p>0.05$). (Tablo 17). Cantrell ve Lupinacci (2004) çalışmalarında kanserli ergenlerin umut puanlarının erken, orta ve geç ergenlik dönemine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılaşmadığını bildirmiştir. Hinds ve ark. (1999) yaş ve umut düzeyleri arasında negatif ilişki saptamış, genç ergenlerin geç ergenlere göre daha umutlu olduklarını bildirmiştir. Çalışmamızın sonuçlarıyla uyumlu olarak, Chia - Chin (2003) kanserli erişkinlerde, Ritchie (2001) ve Hendricks-Ferguson (2006) kanserli ergenlerde yaş grubunun umutluluk düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık yaratmadığını göstermiştir. Çalışmamızda da her ne kadar her ergenlik döneminde farklı gelişim aşamasında olsa da kanser deneyiminde yaş grubunun ergenlerin umutluluk düzeylerine etkisinin kaybolduğu görülmüştür.

Kanserli ergenlerin Ergenler için Umutluluk Ölçeğinden aldıkları toplam puan ortalamaları ve cinsiyet değişkeni arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılan bağlantısız örneklem t-testi sonucuna göre, kanserli kız ergenlerin ortalamaları ile erkeklerin ortalamaları arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır ($t_{(89)}= .113$ $p>0.05$). (Tablo 17). Kronik hastalıklarda kız ergene verilen desteğin erkek ergenden daha farklı olduğu (Holden et al 1997) ayrıca kanser deneyimine erkeklerin kızlardan daha zor adapte olduğu gösterilmiştir (Sanger et al 1991). Kızlarda kanserle baş etme ve umudun daha yüksek olacağını destekleyen literatüre rağmen araştırmalar birbiriyle çelişen sonuçlar göstermiştir. Literatürde kanserli kızların erkeklerden (Hendricks-Ferguson 2006), kanserli erkeklerin kızlardan (Ritchie 2001) daha yüksek umutluluk puanlarını olduğu bildirmiştir.

Neville (1996) kanserli adolesanlarda yaşanan psikolojik strese cinsiyet farkı olmadığını bildirmiştir. Genellikle kanserli erkekler sportif aktivitelere katılıp katılmamakla (Hinds 2004) kızlar ise fiziksel görünüşleri ve diğerleri ile ilişkileri ile ilgilenirler (Hinds et al 1999). Kaynakları farklı olsa da hem kız hem de erkek ergenler kanser deneyimi nedeniyle stres yaşamakta ve baş etmede umutluluklarını kullanmaktadır. Bazı çalışmalarda kanserli erişkinlerin (Rustoen & Wiklund 2000, Chia-Chin 2003a) ve adolesanların (Hinds 2000, Ritchie 2001, Cantrell & Lupinacci 2004) umutluluklarında cinsiyet farkı olmadığını bildirilmiştir. Çalışma bulgularımız, bu literatür bulgularını desteklemiş, yaşamı tehdit edici hastalık durumunda cinsiyet etkisinin kaybolduğunu göstermiştir.

Kanserli ergenlerin EUÖ toplam puan ortalamaları ile öğrenimleri arasında anlamlı bir farklılaşma bulunmamıştır ($F_{(2;90)}=0.458$, $p>0.05$) (Tablo 17). Literatürde, bu değişken ile ilgili çalışma bulgusuna rastlanmamıştır. Ancak öğrenim durumunun yaş değişkeniyle paralel olarak, ergenin umutluluğu üzerine etki etmediği görülmüştür.

Kanserli ergenlerin sosyal güvenceleri ile EUÖ puan ortalamaları açısından anlamlı farklılık bulunmamıştır ($F_{(4;90)}= 1.836$ $p>0.05$). (Tablo 17). Sosyal güvencesi bulunmayan bir ergenin güvensizlik ve maddi sıkıntı nedenleriyle daha umutsuz olması tahmin edilebilir. Çalışmamıza alınan kanserli ergenlerin tümünün bir sosyal güvencesi vardı. Bir sosyal güvence varlığında, sosyal güvencenin türünün umutluluk düzeylerini etkilemediği görülmüştür.

Kanserli ergenlerin EUÖ toplam puan ortalamaları ile anne yaş grupları arasında anlamlı bir farklılaşma saptanmıştır ($F_{(2;90)}=3.810$, $p<0.05$). (Tablo 17). Anne yaşı 29-38 arasında olan ergenlerin EUÖ puan ortalamaları anne yaşı 39'dan daha büyük olan ergenlere göre daha yüksek bulunmuştur. Ebeveynle etkileşim temel güven duygusunun gelişmesinde gereklidir. Gillham (1004) çalışmasında Erikson'un temel güven duygusunu umudun temeli olduğunu vurguladığını bildirmiştir. Ebeveynlerinin yakın ve sıcak olduğunu belirten ergenlerin umut düzeyleri yüksek bulunmuştur (Snyder 2000, Gillham 2004). Bu bulgunun nedeni, daha genç annelerin ergen çocuklarına daha yakın oldukları, çocuklarını daha iyi anladıkları ve destekledikleri için daha umutlu olmalarını sağlamaları olarak tahmin edilmiştir.

Kanserli ergenlerin EUÖ puan ortalamaları ile baba yaş grupları arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır ($F_{(2;90)}= 1.302$ $p>0.05$) (Tablo 17). Umudun varlığında aile desteğinin önemi yadsınmaz. Babalar genellikle çalıştıkları için çocuklarıyla daha az vakit geçirirler. Babaların, hangi yaşta olurlarsa olsun ergen çocukları ile iletişimlerinin daha sınırlı olması, baba yaşının ergen çocuklarının umutluluklarına etkisinin istatistiksel olarak anlamsız olmasıyla sonuçlandırıldığı tahmin edilmiştir.

Kanserli ergenlerin EUÖ toplam puan ortalamaları ile anne öğrenimi ($F_{(2;90)}=4.012$, $p<0.05$) ve baba öğrenimi ($F_{(3;90)}=4.571$, $p<0.05$) değişkenleri arasında anlamlı bir farklılaşma bulunmuştur (Tablo 17). Yapılan ileri analizlerde farkın, ilköğretimden daha az okuyanlar ile lise ve üniversite okuyanlar arasında olduğu, anne ve babanın öğrenim düzeyi arttıkça çocuklarının umutluluk düzeylerinin arttığı görülmüştür. Bu konuyla ilgili literatür verisi

olmamakla birlikte, daha eğitimli ve bilinçli ebeveynlerin çocuklarıyla daha yakın, anlamlı ve iyi ilişkiler kurduğu, bu sayede ergenlerin umutluluklarının arttığı düşünülmüştür.

Hem sağlıklı hem de kanserli ergenlerin EUÖ toplam puan ortalamaları ile çocuk sayısı arasında anlamlı bir farklılaşma bulunmamıştır. Çocuk sayısı Türk toplumunda önemli bir değişkendir ve çocukların ebeveynler ile etkileşimlerini etkileyerek umut düzeylerini etkileyebilir. Ancak örneklemimizde fark saptanmaması, çocuk sayılarının bir, iki ve üç çocukta yoğunlaşması, daha fazla çocuk sayısında örneklem azlığından kaynaklanmış olabilir.

Kanserli ergenlerin EUÖ toplam puan ortalamaları ile hastalıklarına özgü özellikleri ile karşılaştırılmıştır (Tablo 20).

Kanserli ergenlerin EUÖ toplam puan ortalamaları ile kanser tipleri arasında anlamlı bir farklılaşma bulunmamıştır ($F_{(3,90)}= 1.993, p>0.05$) (Tablo 20). Hastalar için hastalık türünün umut düzeylerine büyük bir etkisi vardır (Herth 1993). Kanser, hastaların umut düzeyini en çok etkileyen tanı olmasına rağmen, yapılan çalışmalarda kanser türleri arasında hastaların umut düzeylerinin farklılaşmadığı gösterilmiştir (Chia-Chin 2003a, Felder 2004). Rideout ve Montemuro (1986) umudun başarılmasında hastalık süresinin mevcut tanıdan daha önemli olduğunu bildirmişlerdir. Çalışmamızda da kanser tipine göre umut düzeylerinde anlamlı farklılık bulunmamıştır.

Kanserli ergenlerin EUÖ toplam puan ortalamaları ile tanı evreleri arasında anlamlı bir farklılaşma bulunmamıştır ($F_{(3,90)}=.560, p>0.05$). (Tablo 20). Birçok çalışma hastalık evresi ile umut arasında önemli bir ilişki bulamamıştır (Stoner & Keampfer 1985, Herth 1992, Ballard et al 1997, Chen 2003). Örneğin Ballard ve arkadaşları (1997), kanser hastalarının yeni tanı zamanları ile rekürrensleri arasında umut düzeylerinde fark saptamamıştır. Herth (1992) 172 erişkin kanser hastası ile yürüttüğü çalışmada, akut, kronik ve terminal fazlarına göre kategorize edilen hastaların umut düzeylerinde anlamlı fark bulunmadığını bildirmiştir. Kanser hastalarıyla yapılan benzer bir çalışmada hastalığın remisyona, tedavi ya da terminal fazda olan hastaların umut düzeyleri arasında fark bulunamamıştır (Stoner & Keampfer 1985). Tanı evresi ile umut düzeyi arasında anlamlı ilişki bildiren Huang (1999)'ın örneklemini yaşlı kanser hastalarıdır (Chen 2003). Bu çalışmaların hepsinin örneklemleri erişkin hastalardır. Çalışmamız da göstermiştir ki hangi evrede olursa olsun ergen kanser hastası umutluluk düzeyini korumaktadır. Çalışma sonuçlarımız, umut düzeyinin hastalığın terminal döneminde bile olsa devam ettiği ile ilgili çalışma sonuçlarını desteklemiştir (Herth

1989, Ballard et al 1997, Rustoen & Wiklund 2000, Felder 2004). Ancak yine de prospektif bir çalışma olmaması nedeniyle genellenmemesi doğrudur.

Kanser tedavisi alan ergenlerin ortalamaları ile almayanların ortalamaları arasında da anlamlı farklılık bulunmamıştır ($t_{(89)}= 1.073$, $p>0.05$) (Tablo 20). Bu bulgu, uygulanan tedavinin umut puanlarına etkisi olmadığı ile ilgili literatür verisiyle uyumludur (Rustoen & Wiklund 2000).

Ergenlerin kanser tanısını bilme durumlarına göre puan ortalamalarına bakıldığında tanısını bilmeyenlerin umut puan ortalamaları ($X=1963$), bilenlerinkinden ($X=1768$) daha yüksek bulunmuş ve fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($t_{(88)}= 2.416$, $p<0.05$). (Tablo 20). Umudun kavramsal yapısına bakıldığında da olumsuz bir durumun umudu teşvik etmesi başlatması ve tanısını bilen ergenlerde umutluluğun yüksek olması beklendik sonuç idi. Literatürde tanısını bilenlerin bilmeyenlere göre daha yüksek umut düzeyi olduğunu bildirmiştir (Chia-Chin 2003a). Örneklemimizde tanısını bilen ergenlerdeki umut puan düşüklüğü, kanser tanısıyla yüz yüze gelen ergenin başatma problemleri ve duygusal stresler yaşadığı ile açıklanabilir. Prognozunu kötü gören hastaların umutlarının azaldığı bilinmektedir (Helft et al 2003). Helft ve arkadaşları (2003) hastaların kötü prognozlarının farkında olma durumları ile umutluluk düzeyleri arasında önemli derecede negatif ilişkili bildirmiştir ($p=0.03$, $r=-0.306$). Ülkemizde “kansere eşittir ölüm” olarak düşünülmektedir. Ergenler kanser tanısını ölümcül olarak düşünmüş olabilir. Ancak bu durumun iyi bir bilgilendirme ile olumlu ve umutlu bir düzeye getirilmesi mümkündür. Bir çalışmada, ergenlere tanının söylenmesi ile ilgili görüşleri sorulduğunda ergenler görünümde değişim ve ölüm korkusu yaşadıklarını ancak iyi bir bilgilendirme ile umut hissettiklerini bildirmişlerdir (Last & Van Veldhuizen 1996). Ayrıca hastalığı hakkında uzun süredir ileri bilgi sahibi olan kanser hastalarında daha yüksek umut düzeyi gösterilen çalışmalar vardır (Felder 2004). Hagerty (2005), metastatik kanser hastalarının büyük çoğunluğunun güvenli, kollebratif ve destekleyici yaklaşımlı bir uzmandan öğrenilen tanının kaçınmacı yaklaşımdan daha çok umut verdiğini ifade ettiklerini bildirmiştir. Çalışmamızda ergenlerin ne kadar süredir tanılarını bildikleri ile ilgili veri yoktur ancak iyi ve zamanında bilgilendirme ile umutluluk düzeylerinin artacağı açıktır.

Kanserli ergenlerin EUÖ toplam puan ortalamaları ile tanı sürelerinden 1-3 ay, 4-6 ay, 7-9 ay, 10-12 ay, 13+ aylık periyotlar ($F_{(2,90)}=.555$, $p>0.05$), 1ay, 2-3ay, 4-6 ay, 7-12 ay, 13-24 ay, 25+ aylık periyotlar ($F_{(2,90)}=1.053$, $p>0.05$) ya da 1 yıl ve 2+ yıllık periyotlar

($t_{(89)}=.289$, $p>0.05$) arasında anlamlı bir farklılaşma bulunmamıştır. Ancak sayısal değerlere bakıldığında 1-3 aylık periyotta umut ortalamaları 1874,63 iken, bu süre bir ay ve 2-3 ay olarak bölündüğünde ilk bir ayda umut puan ortalamaları 1955,25, 2-3 ayda ise 1676,72 olarak saptanmıştır. İlk bir aydan sonraki bu puansal düşüş, ilk aşamada yaşanan inkar ile açıklanabilir. İnkâr, bu evrede en sık kullanılan baş etme mekanizmasıdır (Sertöz 2004). İlk bir aylık dönemde bulantı - kusma dışındaki kemoterapi yan etkileri ortaya çıkmamıştır. İlk ayın sonlarında mukozit ve stomatitlerin ortaya çıkmasıyla ergen, kanserin ve tedavisinin acı veren ve yaşamını etkileyen semptomlarıyla yüz yüze kalmaktadır. Özellikle bir aydan sonra görülmeye başlanan alopesi ile ergenin çok önem verdiği dış görünüşü değişmektedir. Bu değişimlerin umut puan ortalamalarına yansıdığı, tanıdan sonraki bir ay sonunda ergenlerin umut puan ortalamalarının sayısal olarak düştüğü görülmüştür. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı görülmemesi örneklem sayısının sınırlılığı olarak düşünülebilir. Daha büyük örneklerde bu farkın incelenmesi gereklidir.

Tanıdan sonraki 4.-6. ayındaki kanserli ergenlerin umutluluk puanlarında ($X=1908,16$) sayısal olarak yükselme dikkati çekmektedir. Umut duygusundaki bu yükseliş, ilk kürlerin tamamlanmasından sonra tedavi ile hastalığın üstesinden gelineceği inancı ile açıklanabilir.

Tanı sonrası 13. – 24. ayında olan kanserli ergenlerin puanlarında ($X=1712,50$) düşme gözlenmektedir. Bu farkın, gruptaki ergenlerin uzamış tedavi, uzun süreli hastanede yatış ve eve gidememe ve tedavi komplikasyonları sebebiyle yılgınlık ve depresyon hissetmelerinden kaynaklandığı düşünülse de, gruptaki örneklem sayısının azlığı verinin güvenilirliğini azaltmaktadır. Daha sonraki aylarda umut puan ortalamalarında sayısal olarak belirgin bir fark gözlenmemektedir.

Literatürde umut düzeyine hastalık süresinin etkisi olduğu bildiren çalışmalar mevcuttur (Rideout & Montemuro 1986, Herth 1993, Hinds et al 1999). Ancak bu sonuçlar çelişki göstermektedir. Erişkin kanser hastalarında umudun tanı anından sonra 5. hafta 1. yılda anlamlı şekilde arttığını bildirilirken (Heszen-Niejodek et al 1999), 12 aydan daha uzun süredir tanısı olan erişkin hastaların 12 aydan daha kısa süredir hasta olanlardan istatistiksel olarak anlamlı şekilde düşük ortalama umut puanları olduğu gösterilmiştir (Herth 1993). Ergen kanser hastalarında umut düzeylerinin zamanla (1 ay, 2 ay, 3 ay ve 6 aylık izlemlerinde) azaldığı bildirilmiştir (Hinds et al 1999).

Bu çalışma sonuçlarına karşın tanıdan sonra geçen zamanın umut skorlarına etkisi olmadığını bildiren çalışmalar da mevcuttur (Owen 1989, Rustoen & Wiklund 2000, Cantrell & Lupinacci 2004). Cantrell ve Lupinacci (2004), kanserli ergenlerle yürüttüğü çalışmasında tanı süresi ile umutluluk arasında ilişki olmadığını bildirmiştir. Ergenler, kanserin terminal bir hastalık olduğunun farkında olmalarına rağmen küretif tedavi için umutlarını sürdürdükleri bilinmektedir (Yates 1993). Bizim çalışmamızda da ergen kanser hastalarında, tanıdan sonra geçen süre içinde umut düzeylerinin değişmediği görülmüştür. Ancak bu bulgu, çalışmanın lineer olarak yürütülmemesi nedeniyle aynı ergen kanser hastalarının zaman içinde umut düzeylerindeki değişim için genellenmesi uygun değildir.

4.5. ERGENLER İÇİN UMUTLULUK ÖLÇEĞİ PUAN ORTALAMALARININ YAŞAM KALİTESİ PUAN ORTALAMALARI ÜZERİNE ETKİSİNE İLİŞKİN BULGULARIN İNCELENMESİ

Yaşam kalitesi ve iyilik hali, farklı çevrelerle sosyal ilişkilerin genişlemesi ve bedensel ilgi nedeniyle fiziksel ve psikosomatik şikayetlerce karakterize bir gelişim dönemi olan ergenlik boyunca sağlığın önemli bir göstergesidir (Yarcheski et al 1994). Umud, önemli bir baş etme stratejisi ve koruyucu bir faktör olarak yaşam kalitesinin artırılmasında önemli bir faktör olarak bildirilmiştir (Snyder 2002).

Çalışmamızda, sağlıklı ergenlerde umudun yaşam kalitesinin alt ölçekleri ile ilişkisi incelenmiş ve olumlu yönde ilişkiler saptanmıştır (Tablo 22). Umud toplam puan ortalamaları ile yaşam kalitesinin fiziksel boyutunu yansıtan “Fiziksel Fonksiyon” (Pearson $P= 0.476$, $p<0.01$) alt ölçeğinden alınan puan ortalamaları arasında olumlu ilişki saptanmıştır. Literatürde sağlıklı ergenlerde umutluluk ile hem öz bakım aktiviteleri hem de sağlığın değeri, sağlık bilgisi ve sağlığa dikkat etme gibi öz bakım aktivitelerini arttıran faktörler arasında önemli bir pozitif ilişki bildirilmiştir (Canty -Mitchel 2001). Ergenlikte umud “olumlu kişisel bir geleceğin varlığına inanç”tır. (Hinds 1984). Umud kişilerin durumları tehdit olarak değil itici güç olarak görmelerini sağlar. Umutsuz ergen geleceğini olumsuz etkileyebilecek kötü seçimler hakkında daha az endişelenir. Olumlu bir geleceğe inanan umutlu ergen ise, sağlığına değer vererek ve dikkat ederek fiziksel sağlığını artırır. Irving ve arkadaşları (1998) yüksek umud düzeyi olan üniversite öğrencilerinin sağlık, hastalıklardan korunma ve tanılama konularında hakkında daha çok bilgi sahibi olduklarını bildirmiştir. Ergenlerde umutluluğun sağlık davranışlarını, fiziksel sağlığı ve yaşam kalitesini arttırdığı literatürle desteklenmiştir

(Hinds 1988b, Curry et al 1997, Irving et al 1998, Mahat & Scoloveno 2001, Snyder 2002). Çalışmamızın sonuçları literatürle uyumludur.

Sağlıklı ergenlerde umut puan ortalamaları ile yaşam kalitesinin “Fiziksel rol güçlüğü” (Pearson $P= 0.052$, $p>0.05$) alt ölçeğinden alınan puan ortalamaları arasında olumlu ilişki saptanmamıştır. Sağlıklı ergenlerin fiziksel rol performanslarını etkileyecek fiziksel problemleri olmadığı düşünüldüğünde, sonuç anlamlıdır.

Sağlıklı ergenlerde umutluluk ile yaşam kalitesinin “Sosyal Fonksiyon” alt ölçeğinden alınan puan ortalamaları (Pearson $P= 0.117$, $p>0.05$) ve “Mental sağlık” alt ölçeğinden alınan puan ortalamaları arasında (Pearson $P= 0.195$, $p>0.05$) ilişki saptanmamıştır. Literatürde umutluluğun sağlıklı ergenlerde sosyal fonksiyonlulukla ilişkisi hakkında bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak umutluluğun sağlıklı bireylerde mental sağlıkla ilişkisi gösterilmiştir (Curry et al 1997, Irving et al 1998, Snyder 2002, NIMHE 2005). SF-36 yaşam kalitesi ölçeğindeki mental sağlık ve sosyal fonksiyon alt ölçekleri, sağlıkla ilgili ölçüm yaptığı için sağlıklı ergende yeterli olmadığı düşünülmüştür.

Umut toplam puan ortalamaları ile yaşam kalitesinin “Enerji” alt ölçeğinden alınan puan ortalamaları arasında anlamlı ve pozitif bir korelasyon saptanmıştır (Pearson $P= 0.281$, $p<0.05$). Literatürde umut ve enerji arasında pozitif ilişki gösterilmiş, umudun ergenin motivasyon ve enerjisini arttırdığı (Canty-Mitchel 2001), umut düzeyi yüksek kişilerin daha güvenli, ilhamlı ve enerjik oldukları (Snyder 1991) bildirilmiştir. Umudun anlamı içindeki amaçları başarma, yaşama anlam bulma, olumluluk duygusu, geleceğin iyi olacağına yönelik beklenti; fiziksel ve mental enerji gerektirir. Ergen amaçlarını başarma ve umutsuzluk-apatıyla savaşmak için iç güçlerini enerjiye çevirir ve kullanır. Umutlu ergende amaç belirleme, amaçları başarma beklentisi, amaçlara yönelik yüksek motivasyon ve aktivite enerjisi gösterilmiştir (Miller & Powers 1988). Sonuçlarımız da umutlu ergenlerin umutsuzlara oranla daha yüksek enerji düzeyine sahip olduklarını desteklemiştir.

Umut toplam puan ortalamaları ile yaşam kalitesinin “Emosyonel rol güçlüğü” alt ölçeğinden alınan puan ortalamaları arasında anlamlı ve pozitif bir korelasyon saptanmıştır (Pearson $P= 0.470$, $p<0.01$). Umudun düzeyi yüksek kişiler umut düzeyi düşük olanlara oranla stresörlerle daha doğru baş ederler (Snyder 2002). Umudun amaca ulaşmada en iyi yolu bulmada ve bu yolları kullanmada motivasyon yarattığı bilinmektedir. Snyder ve arkadaşlarının (1991) bir çalışmasında 28 gün boyunca izlenen ergenlerden umut düzeyi

yüksek olanlar, her gün daha az olumsuz düşünce bildirmişlerdir. Umutsuz ergenler, amaçlarını başarmada güçlük yaşarlar, amaçları başaramama olumsuz duygular yaratır, iyilik halini azaltır. Umudu yüksek kişiler, amaçlarına ulaşmada daha aktif olduklarından ve stresle daha iyi baş ettiklerinden olumlu duyguları artar (Canty-Mitchel 2001, Snyder 2002). Yüksek umutlu ergenler, düşük umutlularla karşılaştırıldığında, negatif duygulara eğilimli değildir (Snyder 2002). Sonuçlarımız da umutlu ergenlerin daha az emosyonel rol performansı yaşadıkları sonucunu desteklemektedir.

Sağlıklı ergenlerde umut düzeyleri ile yaşam kalitesinin “Ağrı” alt ölçeğinden alınan puan ortalamaları arasında (Pearson $P= 0.168$, $p>0.05$) istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Bu bulgu, süregelen bir ağrı yakınması bulunmayan sağlıklı ergenler için beklendiği bir sonuçtur.

Sağlıklı ergenlerin umutlulukları ile “Genel sağlık” arasında da olumlu bir ilişki saptanmamıştır (Pearson $P= 0.086$, $p>0.05$). Ergenlikte sağlıklı davranışlar yaşam boyu yaşam kalitesi sağlar. Umut hissi sağlığı geliştiren davranışları hem direkt hem de indirekt olarak etkileyerek genel iyilik halinin önemli bir belirleyicisidir. Literatürde sağlıklı ergenler ve erişkinlerde genel iyilik halinin umutlulukları ile ileri düzeyde ilişkili olduğunu bildirmiştir (Dufault & Martocchio 1985, Yarcheski et al 1994, Magaletta & Oliver 1999, Yarcheski et al 2001). Çalışmamızın sonuçları literatürle uyumlu bulunmaması, kullanılan yaşam kalitesi ölçeğindeki genel sağlık sorularının sağlıklı ergenler için yetersiz olmasıyla açıklanabilir. SF-36 ölçeğinde “genel sağlık”, ergenin sağlığını “mükemmel”, “çok iyi”, “iyi”, “orta” ve “kötü” olarak nitelemesi ve sağlığını bir yıl öncesiyle karşılaştırması ile ölçülmektedir. Sağlıklı ergenlerde farklı bir genel sağlık ölçeği ile çalışılması ile anlamlı sonuçlar elde edilebileceği düşünülmüştür.

Kanser hastaları için, kanser tanısı, tedavisi, metastazlar ve rekürrensler stresli durum ve krizlerdir. Kanser hastaları hastalıklarının ilerleyici, tedavi yöntemlerinin zor ve kısıtlayıcı olması nedeniyle kendilerini bağımlı ve durumlarını umutsuz görürler. Hastalarda karamsarlık ve umutsuzluk baş etmede zorluklara yol açarak hastaların yaşam kalitesini etkilemektedir. Yaşam kalitesi literatürde sağlık bakım girişimlerinin önemli bir göstergesi olarak tanımlanır ve kanserde hemşirelik bakımının sonuçlarını değerlendirmede önemli bir değişken olarak giderek artan bir şekilde kullanılmaktadır (Farran & Popovich 1990, Rustoen 1995, Post-White et. al.1996, Rustoen et al 1998). Yaşam kalitesini yükselten faktörlerin belirlenmesi ve etkisi önemlidir. Psikolojik değişkenler ile sağlık arası ilişki gösterilmiştir. Umut bu

değişkenlerden biridir. (Brown et al 2004). Kanserli ergenlere, yeni tanı konulan akranlarına önerileri sorulduğunda “Olumlu tutum, optimizm ve umut” gibi kanserle savaşmada gerekli özelliklere dikkat çekmişlerdir (Novakovic et al 1996). Çalışmamızda kanserli ergenler için umutlu olma durumlarının yaşam kalitesi düzeyleri ile ilişkisi incelenmiş ve umutluluk düzeylerinin yaşam kalitesinin her alt ölçeği ile istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişkili olduğu saptanmıştır (Tablo 23).

Kanserli ergenlerin umut toplam puan ortalamaları ile yaşam kalitesinin “Fiziksel Fonksiyon” (Pearson $P= 0.222$, $p<0.01$) ve “Fiziksel rol güçlüğü” (Pearson $P= 0.235$, $p<0.01$) alt ölçeklerinden alınan puan ortalamaları arasında anlamlı ve pozitif bir korelasyon saptanmıştır. Psikososyal stresörlerin fiziksel olarak yıkıcı etkisi olduğu kadar kanserin gelişmesini ve ilerlemesini kolaylaştırdığı kanıtlanmıştır (Gottschalk 1985). Umudun, kanserli ergenlerde önemli bir baş etme mekanizmasıdır, stresin zararlı fiziksel etkilerini azaltarak fiziksel rahatlama sağlar. Irving ve arkadaşları (1998) umudun kanserle baş etmek için “koruyucu güç” anlamına geldiğini tartışmışlardır. Yüksek umut düzeyi olan kanser hastalarının daha uzun yaşama ve daha uzun hastalısız süre geçirmeye eğilimli oldukları görülmüştür (Ringdal 1995). Kistik fibrozlu ergenlerle yapılan bir çalışmada, 14 yaş üstü ergenlerde umutluluk yaşam kalitesinin fiziksel boyutu ile önemli derecede ilişkili bulunmuştur (Szyndler et al 2005). Umudun iyilik hali için esastır. (Gillham 2004). Çalışmamızın sonuçları da bu bulguları destekler şekilde umutluluk ile fiziksel sağlık arasında ilişki göstermiştir.

Ağrı kontrolü kanserde önemli bir konudur. Kanser ağrısı fiziksel, psikolojik ve spiritüel boyutlardan hastanın yaşam kalitesini etkiler. Yetersiz ağrı kontrolü yaşam kalitesini azaltır (Duggleby 2000). Çalışmamızda kanserli ergenlerin umut toplam puan ortalamaları ile yaşam kalitesinin “Ağrı” alt ölçeğinden alınan puan ortalamaları arasında anlamlı ve pozitif bir korelasyon saptanmıştır (Pearson $P= 0.163$, $p<0.05$). Ağrı emosyonel, duyuşal, kognitif ve spiritüel boyutları içeren kompleks bir sonuçtur. Umudun olmak, kişinin mevcut ağrı, ızdırıp ve acı çekmenin ötesine bakmasını sağlayan bir iç güçtür. Emosyonel, spiritüel ve kognitif olarak bireyin ızdıraptan kendini uzaklaştırmasını sağlayarak ağrı hissini hafifletebilir (Cutliffe 1997). Umudun ve kanser ağrısı ile çalışan Chia-Chin (2003b) umudun düzeylerinin ağrı yoğunluğu ile ilişkisi olmadığını ancak ağrının günlük yaşamı engellemesiyle ilişkili olduğunu saptamışlardır. Literatürde, umudun arttırmanın ağrıyı azalttığı bildirilmiştir (Duggleby 2000). Çalışmamızın sonuçları da kanserli ergenlerde umudun ve ağrı arasındaki

ilişkiyi göstermiştir. Literatürde ağrısı olan ve olmayan hastaların umut düzeyleri arasında fark olmadığını bildiren bir çalışma da mevcuttur (Chen 2003). Bu sonuç, çalışmanın farklı kültürlerde ve farklı ölçüm araçları kullanılarak yapılmasıyla ilgili olabilir.

Kanserli çocuk ve ergeni en çok etkileyen semptom yorgunluk nedeniyle aktivitenin kısıtlanmasıdır (Hicks et al 2003). Umut toplam puan ortalamaları ile yaşam kalitesinin “Enerji” alt ölçeğinden alınan puan ortalamaları arasında anlamlı ve pozitif bir korelasyon saptanmıştır (Pearson $P= 0.203$, $p<0.01$). Çalışma bulgumuzla uyumlu olarak Herth (2000) erişkin ilk rekürrens hastalarında umudun uyku düzeni ve fiziksel enerji ile ilişkisini göstermiştir. Umut çok boyutlu dinamik bir yaşam gücüdür. Bireyin iç kaynaklarını harekete geçirir, yaratıcı güçlere dönüştürür, enerji ve gücünü kullanmasına yardımcı olur. Bu yüzden umut ederken güçlü hissedilir. Kanser gibi bireyin enerji düzeyini düşüren, yorgunluk yaratan bir hastalıkta umut bireyin enerjisini ve yaşam kalitesini artırır (Owen 1989, Gelling 1999, Kelly et al 2002).

Umut toplam puan ortalamaları ile yaşam kalitesinin “Emosyonel rol güçlüğü” alt ölçeğinden alınan puan ortalamaları arasında anlamlı ve pozitif bir korelasyon saptanmıştır (Pearson $P= 0.276$, $p<0.01$). Umut, olumlu bir duygusal düzeydir. Umudluluk emosyonel stabilite sağlar (Gottschalk 1985). Literatürde umut duygusal fonksiyonlulukla ilişkili bulunmuştur (Herth 2000, Jo & Son 2004, Szyndler et al 2005). Çalışmamızın sonuçları literatürle uyumludur.

Umut toplam puan ortalamaları ile yaşam kalitesinin “Sosyal fonksiyon” alt ölçeğinden alınan puan ortalamaları arasında anlamlı ve pozitif bir korelasyon saptanmıştır (Pearson $P= 0.238$, $p<0.01$). Ergenlik sosyal ilişkilerinin çok önemli olduğu bir gelişim evresidir (Yarcheski et al 2001). Destekleyici sosyal ilişkilerin yaşam kalitesinde önemli rolü vardır. Umudlu bireyler sosyal olarak normal fonksiyonlarını sürdürür, umutsuz bireylerin ise sosyal ilişkileri zayıftır. Umudlu ergen sosyal ilişkilerini geliştirmekte, sosyal fonksiyonluğun artması yaşam kalitesinin sosyal boyutunu arttırmaktadır. Umudluluk olumlu, destekleyici, güvenli ve şevkatli bir ilişkiyi destekleyerek yaşam kalitesinin başarılmasını sağlayacak ait olma hissini ve temel ihtiyaçların karşılanmasını destekler (Geurtsen 2005). Umudun yaşam kalitesinin alt ölçeği olarak sosyal ilişkilerle pozitif korelasyonu gösterilmiştir (Jo & Son 2004, Szyndler et al 2005). Yarcheski, Scoloveno ve Mahon (1994) çalışmalarında umudluluğun hem direkt hem de sosyal destek aracılığıyla yaşam kalitesini arttırdığını

bildirmişlerdir. Çalışmamızın sonuçları da umutlu ergenlerin sosyal fonksiyonlarının arttığı yönünde literatürü desteklemiştir.

Umut toplam puan ortalamaları ile yaşam kalitesinin “Mental sağlık” alt ölçeğinden alınan puan ortalamaları arasında anlamlı ve pozitif bir korelasyon saptanmıştır (Pearson $P=0.309$, $p<0.01$). Depresyon ve stres kanserde sonucu olumsuz etkileyen faktörlerdir. Umut ile umutsuzluk puanları arasında negatif korelasyon bildirilmiştir (Hinds et al 1999). Umudun olmadığı yerde umutsuzluk, depresyon gibi olumsuz durumlar oluşur, mental sağlık bozulur. Umut, iyilik hali hissini arttırır, depresyonu ve psikolojik distressi dağıtır (Molassiotis et al 1997). Umutlu kişilerin daha fazla yaşam doyumu ve daha düşük depresyon düzeyine sahip oldukları bildirilmiştir (Chang 1998). Olumlu düşünce ve umutluluk mental sağlıkla ilişkilidir (EC 1998). Umutlu kişilerin fiziksel ve mental iyilik hallerinin arttığı geniş şekilde gösterilmiştir (Gottschalk 1985, Farran & Hinds 1988b, Popovich 1990, Farran et al 1995, Hinds & Quargnenti 1999, Kato & Snyder 2005). Çalışma sonuçlarımız literatürle uyumlu bulunmuştur.

Olumlu düşünce ve umutluluk genel sağlıkla ilişkilidir. Mutlu ve umutlu olmak, yaşam kalitesi hissini arttırmaktadır (EC 1998, Geurtsen 2005). Çalışmamızda ergenlerin umutlulukları “genel sağlık” düzeyleri ile pozitif ilişkili bulunmuştur (Pearson $P=0.159$, $p<0.05$). Bireyde yaşam umudu, amaç, anlam, güç, inanç, güven var olduğunda, en üst düzeyde sağlık durumuna, yaşam kalitesi ve iyilik durumuna ulaşabileceği bildirilir (Ross 1995).

Bible (2005)’ın çalışmasında bildirdiği gibi, Sheier ve Carver (2001) çalışmalarında umudunu sürdüren ve yaşamak için anlam bulan kişilerin, amaç koydukları ve amaca ulaşma yolunda davrandıkları, kanser tanı ve tedavisine daha iyi yanıt verdiklerini göstermişlerdir. Umut, immün fonksiyonla birbirini direkt etkiler, yada kanser hastalarında sağ kalımı arttıran bilinen diğer davranışları etkileyerek indirekt çalışır. Etkili baş etme stratejilerinin arttırılmasıyla ve semptomla ilgili stresin değiştirilmesiyle yaşam kalitesi artmakla kalmaz kantitesi de (sağkalım) artar. Umutlu kemik iliği transplantasyonu hastalarının %51,9’unun izlem sonuna kadar sağ kaldıklarını, umutsuzların ise %75’inin öldüklerini bildirmiştir (Molassiotis et al 1997). Bir çok yurt dışı çalışma umut ve genel yaşam kalitesi arası pozitif ilişkiyi göstermiştir (Rustoen 1995, Post-White et al 1996, Cahammas 1999, Hicks et al 2003, Felder 2004, Bluvol & Ford 2004, Davis 2005, Sigstad et al 2005). Literatür sonuçlarıyla uyumlu şekilde genel sağlık düzeyi ile umutluluk düzeyi arasındaki ilişkiyi desteklemiştir.

BÖLÜM V

SONUÇ ve ÖNERİLER

5.1. SONUÇLAR

Sağlıklı ve kanserli ergenlerde umutluluk düzeylerinin saptanması, umutluluk düzeylerine etki eden faktörlerin incelenmesi ve umutluluğun ergenlerin yaşam kaliteleriyle ilişkisinin belirlenmesi amacıyla yürütülmüş olan bu çalışmanın sonuçlarına göre;

- Ergenler için Umut Ölçeği'nin (EUÖ) geçerlik ve güvenilirlik analizleri sonucunda, ölçeğin hem sağlıklı hem de kanserli ergenlerde umutluluğu geçerli ve güvenilir olarak ölçen bir ölçek olduğu görülmüştür. Bu sonuçlar doğrultusunda “*Ergenlerde Umutluluk Ölçeği yüksek derecede geçerlidir*” ve “*Ergenlerde Umutluluk Ölçeği yüksek derecede güvenilirlidir*” hipotezleri kabul edilmiştir.
- Kanserli ergenlerin EUÖ toplam puan ortalamaları ile sağlıklı ergenlerin EUÖ toplam puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). ancak, kanserli ergenlerin EUÖ toplam puan ortalaması (1853.06 ± 387.89) sağlıklı ergenlerin EUÖ toplam puan ortalamasından (1916.46 ± 393.34) sayısal değer olarak düşük olarak saptanmış ve araştırmanın “*Kanserli ergenler, sağlıklı ergenlere göre daha düşük düzeyde umutluluk düzeyi gösterirler*” hipotezi desteklenmiştir.
- Sağlıklı ergenlerde ergenlerin yaş dönemleri, öğrenim durumları, ailedeki çocuk sayısı, anne-baba öğrenimleri ve anne yaşlarının umutluluk düzeylerini etkilemediği görülmüştür ($p>0.05$).
- Sağlıklı ergenlerin cinsiyetlerinin umutluluklarında farklılık yarattığı, sağlıklı kızların erkeklerden daha umutlu oldukları görülmüştür ($p<0.05$).
- Sağlıklı ergenlerin baba yaşlarının umutluluk puanlarında farklılaşma yarattığı, genç babalarının çocuklarının daha umutlu oldukları saptanmıştır ($p<0.05$).
- Kanserli ergenlerin yaş dönemleri, cinsiyetleri, öğrenim durumları, sosyal güvenceleri, ailenin çocuk sayısı ve baba yaşları ile umutluluk düzeyleri arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$).

- Kanserli ergenlerin anne yaşları ile umutluluk puanları arasında ilişki saptanmış, genç annelerin çocuklarında umutluluk puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür ($p<0.05$).
- Kanserli ergenlerde anne-baba öğrenim durumlarının çocukların umutlulukları ile ilişkili olduğu, öğrenim durumu yüksek olan anne – babaların çocuklarında umutluluk puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).
- Kanserli ergenlerin hastalık özelliklerinin umutluluk düzeyleriyle ilişkisi incelendiğinde, kanser tiplerinin, tanı sürelerinin, tanı evrelerinin ve tedavi alıp almama durumlarının umutluluk düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yaratmadığı görülmüştür ($p>0.05$).
- Kanserli ergenlerde tanılarını bilip bilmeme durumları ile umutlulukları arasında ilişki olduğu saptanmış, tanısını bilen ergenlerin umutluluk puanları tanısını bilmeyen ergenlerden daha düşük olduğu görülmüştür ($p<0.05$).
- Sağlıklı ergenlerde umutluluğun yaşam kalitesi üzerine etkisi incelendiğinde Sosyal fonksiyon, mental sağlık ve ağrı alt ölçekleri dışındaki tüm alt ölçeklerde istatistiksel olarak anlamlı ilişki görülmüştür.
- Kanserli ergenlerde umutluluğun yaşam kalitesinin tüm alt ölçekleri ile olumlu olarak ilişkilendiği görülmüştür. Bu sonuçlar dikkate alınarak “ *Kişisel umutluluk puanları hem sağlıklı hem de kanserli ergenlerde yaşam kalitesi puanları düzeyleri ile pozitif ilişkilidir*” hipotezi kabul edilmiştir.

5.2. ÖNERİLER

Araştırma sonucunda elde edilen sonuçlar doğrultusunda uygulama ve araştırmaya yönelik önerilerde bulunulmuştur.

Araştırmaya Yönelik Öneriler

- EUÖ'nin güvenilirlik katsayıları, araştırma örnekleme için yeterli olmasına karşın daha fazla kişiden oluşan örneklem üzerinde, Türkiye'yi temsil eden bir örneklem grubu ile çalışılması, farklı örneklem grupları ile yürütülecek başka araştırmalarla desteklenmesi,
- Sağlıklı ergenlerde SF-36 yaşam kalitesi ölçeğindeki mental sağlık ve sosyal fonksiyon alt ölçekleri yetersiz bulunduğundan, sağlıklı ergenler için mental sağlık ve sosyal fonksiyonla ilgili başka ölçeklerle ilgili çalışmalar yapılması,
- Ergenler için geliştirilmiş yaşam kalitesi ölçekleri ile ilgili araştırmalar yapılması,
- Kanserli ergenlerin tanılarını bilme süreleri ile umutluluk düzeylerinin ilgili çalışmaların yapılması,
- Sağlıklı ve kanserli ergenlerin umutluluklarının arasındaki farkı daha iyi değerlendirebilmek için sosyodemografik verileri daha eşleştirilmiş sağlıklı ve kanserli gruplarda karşılaştırmanın tekrarlanması,
- Umudun aynı hastalarda süre ve evreler içindeki değişimlerinin incelenmesi için prospektif lineer çalışmaların yapılması,
- Bu araştırma verileri dikkate alınarak umudu artırılmasına yönelik hemşirelik girişimlerinin geliştirilmesine yönelik çalışmaların yapılması önerilir.

Uygulamaya Yönelik Öneriler

- Çocuk onkoloji hemşirelerinin bakım verdikleri ergenlerin umutluluklarının belirlenmesinde EUÖ kullanılması,
- Tanısını bilen ergenlerdeki umut düşüklüğü bilinerek, ergene tanı söyleneceğinde zamanında ve iyi bir bilgilendirme ile yeterli sosyal ve psikolojik destek sağlanması
- Umudun yaşam kalitesine olumlu etkisi göz önüne alınarak umudu artırıcı hemşirelik girişimlerinin uygulanması önerilebilir.

ÖZET

KANSERLİ VE SAĞLIKLI ERGENLERDE UMUT

Bu araştırma, ergenlerde umut düzeyini belirlemede kullanılan “Ergenlerde Umudluluk Ölçeği”nin kanserli ve sağlıklı ergenlerde geçerlilik güvenirliğini test etmek ve umudun yaşam kalitesi üzerine etkisini saptamak amacı ile metodolojik, kesitsel, analitik ve tanımlayıcı olarak uygulanmıştır.

Araştırma, M.E.B. Bornova Koleji ile Ege Üniversitesi Tülay Aktaş Onkoloji Hastanesi Pediatrik Onkoloji Servisi, Dokuz Eylül Üniversitesi Muzaffer Müfit Kayhan Onkoloji Hastanesi Pediatrik Onkoloji Servisi, S.B. Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Onkoloji Servisi ve S.B. Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Pediatrik Onkoloji Servisinde yürütülmüştür. Araştırmanın evrenini Eylül 2005 – Eylül 2006 tarihleri arasında İzmir iline bağlı hastanelerin pediatrik onkoloji servislerinde takip edilen 12-18 yaş grubu kanser hastası ergenler ile 2005-2006 eğitim ve öğretim yılında M.E.B. Bornova Koleji’nde okuyan 12-18 yaş grubu sağlıklı ergenler oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini Eylül 2005 – Eylül 2006 tarihleri arasında belirlenen hastanelerin pediatrik onkoloji servislerinde takip edilen ve araştırmaya katılmayı kabul eden 91 kanser hastası ergen ile 2005-2006 Eğitim ve Öğretim Yılında Bornova Koleji’nde okuyan ve rastgele örnekleme yöntemiyle seçilen 76 sağlıklı ergen oluşturmuştur. Araştırmada veri toplama aracı olarak literatür bilgileri doğrultusunda araştırmacı tarafından oluşturulan Sosyodemografik Veri Formu, Beck Umutsuzluk Ölçeği, Hopefulness Scale for Adolescents (Ergenler için Umudluluk Ölçeği) ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanılmıştır. Verilerin analizinde sayı ve yüzdeler, Student-t testi, tek yönlü varyans analizi (ANOVA), Tukey HSD testi ve korelasyon analizi testleri uygulanmıştır.

Araştırmanın ilk aşamasında Hopefulness Scale for Adolescent ölçeğinin dil ve içerik geçerliği çalışmaları yapılmıştır. Ölçeğin hem sağlıklı hem de kanserli ergenlerde Cronbach alfa katsayısı 0.92 olarak bulunmuştur. Geçerlik ve güvenirliğe yönelik yapılan istatistikler doğrultusunda Ergenler İçin Umudluluk Ölçeği Türkçe Formu geçerli ve güvenilir bulunmuştur.

Araştırma sonuçlarına göre, kanserli ergenlerin EUÖ toplam puan ortalamaları ile sağlıklı ergenlerin EUÖ toplam puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Kanserli ergenlerin anne yaşlarının, anne-baba eğitimlerinin ve tanıları bilip bilmeme durumlarının Ergenler için Umutluluk Ölçeği puan ortalamalarını etkilediği saptanmıştır ($p<0.05$). Kanserli ergenlerin hastalık özelliklerinin umutluluk düzeyleriyle ilişkisi incelendiğinde, kanser tiplerinin, tanı sürelerinin, tanı evrelerinin ve tedavi alıp almama durumlarının umutluluk düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yaratmadığı görülmüştür ($p>0.05$).

Sağlıklı ergenlerde umutluluk ile yaşam kalitesinin fiziksel sağlık, emosyonel rol güçlüğü ve enerji alt ölçekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki görülmüştür. Kanserli ergenlerde umutluluğun yaşam kalitesinin tüm alt ölçekleri ile olumlu olarak ilişkilendiği görülmüştür.

Bulgular, Ergenler için Umutluluk Ölçeği Türkçe formunun geçerli ve güvenilir olduğunu, umudun özellikle kanserli ergenlerde yaşam kalitesi üzerine önemli etkisinin olduğunu ve umudun hemşirelik için önemli bir kavram olduğunu göstermektedir.

Anahtar kelimeler: ergen, kanser, umut, yaşam kalitesi, hemşirelik

ABSTRACT

HOPE ADOLESCENTS WITH CANCER IN AND HEALTHY ADOLESCENTS

This research was conducted as a methodological, cross-sectional, analytic and descriptive study for the purpose of testing the validity and reliability of the "Hopefulness Scale for Adolescents" and to determine the effect of hope on quality of life in healthy adolescents and adolescents with cancer.

The research was conducted at the Turkish Education Ministry's Bornova College, Ege University Tülay Aktaş Oncology Hospital Pediatric Oncology Clinic, Dokuz Eylül University Muzaffer Müfit Kayhan Oncology Hospital Pediatric Oncology Clinic, S.B. Dr. Behçet Uz Children's Health and Surgery Education and Research Hospital Oncology Clinic, and S.B. Tepecik Education and Research Hospital Pediatric Oncology Clinic. The research population was adolescents with cancer, aged 12-18, being followed by pediatric oncology services in Izmir between September 2005-September 2006 and healthy adolescents, aged 12-18, educated at Bornova College during the 2005-2006 school year. The sample included 91 adolescents with cancer who agreed to participate and who were followed in pediatric oncology clinics in Izmir between September 2005-September 2006 and a convenience sampling method used to choose 76 healthy adolescents, educated at Bornova College during the 2005-2006 school year. Data collection tools were "sociodemographic data form" which was developed by researcher based on information in the literature, "Beck Hopelessness Scale", "Hopefulness Scale for Adolescent (HSA)" and "SF-36 Quality of Life Inventory". Data were analysed with number and percentage distribution, Student's t test, One way analysis of variance (ANOVA), Tukey HSD test, and correlation analysis tests.

In the first step of research, validity and reliability analyses were performed for the Hopefulness Scale for Adolescents. In the research, Cronbach's alpha coefficient was found to be 0.92 in both healthy adolescents and adolescents with cancer. In the statistical analysis for validity and reliability, the validity and reliability of the Turkish Version of the Hopefulness Scale for Adolescents were determined.

Based on the research results, HSA scores between healthy adolescents were not different from adolescents with cancer at a statistically significant level ($p>0.05$).

It was determined that mothers' age, mothers' and fathers' educational level and knowledge of diagnosis affected HSA scores of adolescents with cancer ($p < 0.05$). It was determined that HSA scores were not different for type of cancer, length of diagnosis, stage of diagnosis and whether or not they were receiving treatment ($p > 0.05$).

Hopefulness correlated with quality of life subscales of physical functioning, emotional role limitations and vitality in healthy adolescents at a statistically significant level ($p < 0.05$). Hopefulness correlated with all subscales of quality of life in adolescents with cancer at a statistically significant level ($p < 0.05$).

The findings show that the Hopefulness Scale for Adolescents, Turkish form is valid and reliable, that hopefulness has an influence on quality of life, particularly in adolescents with cancer, and that hope is an important concept for nursing.

Key words: adolescence, cancer, hope, quality of life, nursing

YARARLANILAN KAYNAKLAR

1. <http://www.hacettepe.edu.tr> Erişim tarihi: 03.10.2005
2. <http://www.unicef.org> Erişim tarihi: 13.10.1005
3. <http://www.ism.gov.tr/subeler/istatistiksb/istatistiksb.htm> Erişim tarihi:12.02.2006
4. Akçay, C. (2004). Kanserde Destek Tedaviler. XIII. TPOG Ulusal Pediatrik Kanser Kongresi, Program Kitabı.
5. Aksayan, S. (2002). Kültürlerarası Ölçek Uygulama İçin Rehber 1. Hemşirelik Araştırma Dergisi, 4(1): 9-14.
6. Aydemir, Ö. (1999). Konsültasyon - Liyezon psikiyatrisinde yaşam kalitesi ölçümü: Kısa Form-36 (SF-36). 3 P Dergisi, 7(Ek. 2): 14-22.
7. Ballard, A., Gren, T., Mccaa, A., Logsdon, M.C. (1997). A Comparison Of The Level Of Hope in Patients With Newly Diagnosed And Recurrent Cancer. Oncology Nursing Forum, 24(5): 899-904.
8. Baumann, S.L. (2004). Similarities and Differences in Experiences of Hope. Nursing Science Quarterly, 17(4): 339-344.
9. Bible, S. (2005). Assessing The Role of Communication Competence And Social Support Between Cancer Patients Transitioning to Survivor Roles and Their Oncologists.
<Http://Www.Homestead.Com/Profjims/Sarahprospectus3newhysrq5.Doc> Erişim Tarihi: 18.02.2006
10. Bluvol, A, Ford-Gilboe, M. (2004). Hope, Health Work and Quality of Life in Families of Stroke Survivors. Journal of Advanced Nursing, 48(4): 322-332.
11. Brandt, J. (1998). The Art of Palliative Care: Living With Hope; Dying With Dignity. Journal of Gerontological Nursing, 25(6): 995-1004.
12. Brown, J, Bowling, A., Flynn, T (2004) Models of Quality of Life: A Taxonomy, Overview And Systematic Review Of The Literature.
http://www.ageingresearch.group.shef.ac.uk/pdf/qol_review_no_tables.pdf Erişim tarihi: 06.09.2006
13. Büyüköztürk, Ş. (2005). Sosyal Bilimler İçin Veri Analizi El Kitabı. 5. Baskı, Pegem A Yayıncılık, Ankara.
14. Büyükpamukçu, M., Anak, S., Çetingül, N., Olgun, N., Sarılioğlu, F., Kutluk, T., Yıldız, İ. (2004). Kanserde Tanı Tedavi ve Bakım Hizmetlerinin Standardizasyonu:

Pediyatrik Onkoloji. Türk Kanser Araştırma Ve Savaş Vakfı Yayınları
<http://www.turkcancer-foundation.org.tr/> (Erişim tarihi: 21.12 2004)

15. Cantrell, M.A., Lupinacci, P. (2004). A Predictive Model For Hopefulness For Adolescents. *Journal Of Adolescent Health*, 35(6): 478-485.
16. Canty-Mitchell, J. (2001). Life Change Events, Hope, And Self-Care Agency in Inner-City Adolescents. *Journal Of Clinical And Adolescent Psychiatric Nursing*, 14(1): 18-31.
17. Carson, V., Soeken, K., Stewart, A.L., Hays, R.D., Ware, J.E. (1988). The MOS Short-Form General Health Survey: Reliability And Validity in A Patient Population *Medical Care*, 26: 724-735.
18. Chammas, G.Y. (1999). Hope, Functional Status and Quality of Life in Hospitalized Patients With Human Immunodeficiency Virus Infection and Acquired Immunodeficiency Syndrome (Doctoral Dissertation, Columbia University Teachers College, 1999). *Dissertation Abstracts International*, 60(03), 1027B. (UMI No. 9921384). [Http://Digitalcommons.Libraries.Columbia.Edu/Dissertations/AAI9921384](http://Digitalcommons.Libraries.Columbia.Edu/Dissertations/AAI9921384)
Erişim tarihi: 28.09.2006
19. Chang, E.C. (1998). Hope, Problem-Solving Ability and Coping In A College Student Population: Some Implications For Theory And Practice. *Journal of Clinical Psychology*, 57(7): 953–962.
20. Chen, M.L. (2003). Pain and Hope in Patients With Cancer: A Role For Cognition. *Cancer Nursing*, 26(1): 61-67.
21. Chia-Chin, L., Hsiu-Fen, T., Jeng-Fong, C., Yeur-Hur, L., Ching-Chiu, K., Tsung-Shan, T. (2003). Changes in Levels of Hope After Diagnostic Disclosure Among Taiwanese Patients With Cancer. *Cancer Nursing*. 26(2):155-160.
22. Chia-Chin, L., Yuen-Liang, L., Sandra, E.W. (2003). Effect Of Cancer Pain on Performance Status, Mood States and Level Of Hope Among Taiwanese Cancer Patients. *Journal Of Pain And Symptom Management*, 25(1): 29-37.
23. Crocer, L., Algina J. (1986). *Introduction to Classical And Modern Theory*” Holt, Rinehart and Winston, Newyork.
24. Curry, L.A., Snyder, C.R., Cook, D.L., Ruby, B.C., Rehm, M. (1997). The Role Of Hope in Student-Athlete Academic and Sport Achievement. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73: 1257-1267.
25. Cutliffe, J. (1997). Towards A Definition of Hope. *International Journal of Psychiatric Nursing Research*, 3(2): 319-332.

26. Çınar, N.D., Alvur, T.M., Uçar, F. Topsever, P., Görpeloğlu, S., Akgül, Ş. (2002). Çıraklık Eğitimi ve Lise Öğrencilerinin Yaşam Kalitesi Ölçek Sonuçlarının Karşılaştırılması. Çocuk Forumu, 5(2): 11-15.
27. Davis, B. (2005). Mediators of the Relationship Between Hope and Well-Being in Older Adults. Clinical Nursing Research, 14(3): 253-272.
28. Dufault, K., Martocchio, B. (1985). Hope: Its Spheres and Dimensions. Nursing Clinics of North America, 20(2): 379-391.
29. Duggleby, W. (2000). Enduring Suffering: A Grounded Theory Analysis of the Pain Experience of Elderly Hospice Patients With Cancer. Oncology Nursing Forum, 27: 825-830.
30. Duyan, V., Er, D.M. (1996). Çocuk, Hastalık ve Umut. III. Ulusal Eğitim Bilimleri Kongresi, Poster Bildiri, Bursa.
31. Erdem, N., Karabulutlu, E., Okanlı, A., Tan, M. (1994). Hemodiyaliz Hastalarında Umutsuzluk ve Yaşam Doyumu. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi <http://www.insanbilimleri.com>. Erişim tarihi: 15.02.2006
32. Ersoy, M.A. (2005). Kanser Hastalarında Depresyon Tanısının İncelenmesi. <Http://Www.Terapistim.Com/Tez/KAYNAKLAR.Html#Topic8> Erişim tarihi: 13.10.2006
33. European Commission (EC) (1998). Minimum Data Set Of European Mental Health Indicators. http://Ec.Europa.Eu/Health/Ph_Projects/1998/Monitoring/Fp_Monitoring_1_998_Annexe2_09_En.Pdf Erişim tarihi:13.10.2006
34. Farran, C., Popovich, J. (1990). Hope: A Relevant Concept For Geriatric Psychiatry. Archives of Psychiatric Nursing, 4: 127-130.
35. Farran, C., Wilken, C., Fidler, R. (1995). A Study Of Hope in Geriatric Patients. Journal of Nursing Science, 1(1-2): 16-26.
36. Felder, B. (2004). Hope And Coping İn Patients With Cancer Diagnoses. Cancer Nursing. 27(4): 320-324.
37. Fırat, D., Çelik, I. (1998). Cancer Statistics in Turkey and in the World. Turkish Association for Cancer Research and Control, Ankara.
38. Frydenberg, E, Lewis, R. (1991). Adolescent Coping: The Different Ways in Which Boys And Girls Cope. Journal Of Adolescence, 16: 253-266.
39. Gatta, G., Capocaccia, R., De Angelis, R., Stiller, C., Coebergh, J.W. (2003). Cancer Survival in European Adolescents and Young Adults. European Journal of Cancer, 39(18): 260-261.

40. Gatta, G., Corazziari, I., Magnani, C., Peris-Bonet, R., Roazzi, P., Stiller, C. (2003). Childhood Cancer Survival in Europe. EURO CARE Working Group. **Ann Oncol**;14 (Suppl 5): 119-27.
41. Gelling, L. (1999). The Role of Hope for relatives of Critically Ill Patients: A Review of the Literature. *Nursing Standard*, 14(1): 33–38.
42. Geurtsen, B. (2005). Quality of Life and Living With HIV/AIDS in Cambodia. *Journal of Transcultural Nursing*, 16 (1): 41-49.
43. Gillham, J., Reivich, K (2004) Cultivating Optimism in Childhood and Adolescence *ANNALS, AAPSS*, 591: 146-163. <http://ann.sagepub.com/cgi/reprint/591/1/146.pdf>
Erişim tarihi: 13.02.2006
44. Goertzel, L., Goertzel, T. (1991). Health Locus Of Control, Self-Concept and Anxiety in Pediatric Cancer Patients. *Psychological Reports*, 68(2): 531-540.
45. Gottschalk, L.A. (1985). Hope and Other Deterrents To Illness. *American Journal Of Psychotherapy*, 39(4): 515-524.
46. Greenlee, R.T., Murray, T., Bolden, S., Wingo, P.A. (2000). Cancer Statistics 2000. *Cancer Journal for Clinicians*, 50(1): 7-33.
47. Hagerty, R.G., Butow, P.N., Ellis, P.M., Lobb, E.A., Pendlebury, S.C., Leighl, N., MacLeod, C., Tattersall, M. (2005) Communicating With Realism and Hope: Incurable Cancer Patients' Views on the Disclosure of Prognosis. *Journal of Clinical Oncology*, 23(6): 1278-1288.
48. Haydaroğlu, A., Aran, M., Elbi, H., Özyaydemir, G. (2004). Psiko Sosyal Onkoloji. *Türk Kanser Araştırma Ve Savaş Vakfı Yayınları* <http://www.turkcancer-foundation.org.tr/> Erişim tarihi: 13.02.2006
49. Haydaroğlu, A., Özşaran, Z. (2005). Ege Üniversitesi Kanser İstatistikleri 1992-2003. *Ege Üniversitesi Yayınları, Ege Üniversitesi Basımevi, İzmir*.
50. Hedström, M., Ljungman, G., Von Essen, L. (2005). Perceptions of Distress Among Adolescents Recently Diagnosed With Cancer. *Journal Of Pediatric Hematology Oncology*. 27(1):15-22.
51. Helft, P.R., Hlubocky, F., Weng, M., Daugherty, C.K. (2003). Associations Among Awareness of Prognosis, Hopefulness and Coping in Patients With Advanced Cancer Participating in Phase I Clinical Trials. *Support Care Cancer*, 11: 644-651.
52. Hendricks-Ferguson, V. (2006). Relationships of Age And Gender to Hope and Spiritual Well-Being Among Adolescents With Cancer. *Journal Of Pediatric Oncology Nursing*, 23(4): 189-99.

53. Hendrics, C.S, Hoffman, H.P., Robertson-Laxton, L., Et Al. (2000). Hope as A Predictor Of Health Promoting Behaviour Among Rural Southern Early Adolescents. *Journal Of Multicultural Nursing & Health*, 6(3): 6-11.
54. Herth, K. (1989). The Relationship Between Level of Hope and Level of Coping Response and Other Variables in Patients With Cancer. *Oncology Nursing Forum*, 16(1): 67-72.
55. Herth, K. (1992). Abbreviated Instrument to Measure Hope: Development and Psychometric Evaluation. *Journal of Advanced Nursing*, 17(10): 1251-1259.
56. Herth, K. (1993). Hope in the Family Caregiver of Terminally Ill People. *Journal of Advanced Nursing*, 18 (4): 538-548.
57. Herth, K. (2000). Enhancing Hope in People With A First Recurrence of Cancer. *Journal of Advanced Nursing*, 32(6): 1431-1441.
58. Heszen-Niejodek, I., Gottschalk, L.A., Januszek, M. (1999). Anxiety and Hope During the Course of Three Different Medical Illnesses: A Longitudinal Study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 68: 304-312.
59. Hicks, J., Bartholomew, J., Smith, P.W., Hutto, C.J. (2003). Quality of Life Among Childhood Leukemia Patients. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 20(4): 192-200.
60. Hinds, P. (1984). Inducing A Definition of Hope Through the Use of Grounded Theory Methodology. *Journal of Advanced Nursing*, 9: 357-362.
61. Hinds, P. (1988b). The Relationship Of Nurses' Caring Behaviors With Hopefulness and Health Care Outcomes in Adolescents. *Archives of Psychiatric Nursing*, 2(1): 21-29.
62. Hinds, P. (2000). Fostering Coping by Adolescents With Newly Diagnosed Cancer. *Seminars in Oncology Nursing*, 16(4): 317-327.
63. Hinds, P. (2004). The Hopes and Wishes of Adolescents With Cancer and The Nursing Care That Helps. *Oncology Nursing Forum*, 31(5): 927-934.
64. Hinds, P., Martin, J. (1988). Hopefulness and the Self Sustain Process in Adolescents With Cancer. *Nursing Research*, 37(6): 336-340.
65. Hinds, P., Martin, J., Vogel, R. (1987). Nursing Strategies to Influence Adolescent Hopefulness During Oncologic Illness. *Journal of the Association of Pediatric Nursing*, 4: 14-32.
66. Hinds, P., Quargnenti, A., Bush, A.J., Pratt, C., Fairclough, D., Rissmiller, G., Betcher, D., Gilchrist, F. (2000). An Evaluation of the Impact of a Self-Care Coping

- Intervention on Psychological and Clinical Outcomes in Adolescents With Newly Diagnosed Cancer. *European Journal of Onchology Nursing*, 4(1): 6-17.
67. Hinds, P., Quargnenti, A., Fairclough, D., Bush, A., Betcher, D., Rissmiller, G., Pratt, C., Gilchrist, F. (1999). Hopefulness and Its Characteristics in Adolescents With Cancer. *Western Journal of Nursing Research*, 21(5): 600-620.
68. Hinds, P.S. (1988). Adolescent Hopefulness in Illness and Health. *Advanced Nursing Science*, 10(3): 79-88.
69. Hinds, P.S. (1990). Quality of Life in Children and Adolescents With Cancer. *Seminars in Oncology Nursing*, 6(4): 285-291.
70. Hinds, P.S. (2004). The Hopes and Wishes of Adolescents With Cancer and The Nursing Care That Helps. *Oncology Nursing Forum*, 31(5): 927-934.
71. Hinds, P.S., Gattuso, J.S. (1991). Measuring Hopefulness in Adolescents. *Journal Of Pediatric Oncology Nursing*, 8(2): 92-94.
72. Hinds, P.S., Scholes, S., Gattuso, J., Riggins, M., Heffner, B. (1990). Adaptation to Illness in Adolescents With Cancer. *Journal Of Pediatric Oncology Nursing*, 7, 64-65.
73. Hisli, N. (1988). Beck Depresyon Envanterinin Geçerliği Üzerine Bir Çalışma. *Psikoloji Dergisi*, 6(22): 118-126.
74. Hisli, N. (1989). Beck Depresyon Envanteri'nin Üniversite Öğrencileri için Geçerliği ve Güvenirliği. *Psikoloji Dergisi*, 7(23): 3-13.
75. Holden, E.W., Chmielewski, D., Nelson, C.C., Kager, V.A., Foltz, L. (1997). Controlling for General and Disease Specific Effects in Child and Family Adjustment to Chronic Childhood Illness. *Journal of Pediatric Psychology*, 22: 15-27.
76. Hovardaoğlu, S. (2000). Davranış Bilimleri İçin Araştırma Teknikleri. Ve-Ga Yayınları, Ankara.
77. Irving, L.M., Snyder, C.R., Crowson, J. (1998). Hope and Coping With Cancer by Collage Women. *Journal of Personality*, 66(2): 195-215.
78. Jo, K.H, Son, B.K. (2004). The Relationship of Uncertainty, Hope and Quality of Life in Patients With Breast Cancer. *Taehan Kanho Hakhoe Chi*. [abstract] 34(7): 1184-93. [Http://Www.Ncbi.Nlm.Nih.Gov/Entrez/Query.Fcgi?Cmd=Retrieve&Db=PubMed&List_Uids=15687759&Dopt=Abstract](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&Db=PubMed&list_uids=15687759&Dopt=Abstract) Erişim tarihi:13.02.2006
79. Johnson, L., Roberts, S. (1996). Hope Facilitating Strategies for the Family of the Head Injury Patient. *Journal of Neuroscience Nursing*, 28(4): 259-266.

80. Kato, S., Snyder, C.R. (2005). The Relationship Between Hope and Subjective Well-Being: Reliability and Validity of The Dispositional Hope Scale, Japanese Version. [Abstract] *Shinrigaku Kenkyu*, 76(3): 227-234. Erişim tarihi: 24.10.2006
81. Kelly, C., Ghazi, F., Caldwell, K. (2002). Psychological Distress of Cancer And Clinical Trial Participation: A Review of The Literature. *European Journal of Cancer Care*, 11: 6-15.
82. Koçyiğit, H, Aydemir, Ö, Ölmez, N, Memiş, A. (1999). SF-36'nın Türkçe için Güvenilirliği ve Geçerliliği. *Ege Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Dergisi*, http://www.sabem.saglik.gov.tr/kaynaklar/1056_11form~1.pdf
83. Krause, K. (1993) Coping With Cancer. *Western Journal of Nursing Research* 15: 31-43.
84. Kutluk, T. (2004). Çocukluk Çağı Kanserleri; Bakımın ve Yaşam Kalitesinin İyileştirilmesi. <http://www.bayar.edu.tr/~saykad/kutluk.pdf> Erişim tarihi:24.08.2006
85. Kylma, J., Vehvitainen-Julkunen, K. (1997). Hope in Nursing Research: A Meta-Analysis of the Ontological and Epistemological Foundations of Research on Hope. *Journal of Advanced Nursing*, 25: 364-371.
86. Landis, S.H., Murray, T., Bolden, S., Wingo, P.A. (1999). Cancer Statistics 1999. *CA Cancer Journal for Clinicians*.49(1):8-31.
87. Last, B.F., Van Veldhuizen, A.M.H. (1996). Information About Diagnosis and Prognosis Related To Anxiety and Depression in Children With Cancer Aged 8-16 Years. *European Journal of Cancer*, 32(2): 290-294.
88. Lazarus, R.S. (1999). Hope: An Emotion and A Vital Coping Resource Against Despair. *Social Research*, 66(2): 653-679.
89. Magaletta, P.R., Oliver, J.M. (1999). The Hope Construct, Will and Ways: Their Relations With Self Efficacy, Optimism and General Well Being. *Journal of Clinical Psychology*, 55(5): 539-551.
90. Mahat, G., Scoloveno, M.A. (2001) Factors Influencing Health Practices of Nepalese Adolescent Girls. *Journal of Pediatric Health Care*, 15: 251-255.
91. McGee, R. (1984). Hope: A Factor Influencing Crisis Resolution. *Advanced Nursing Science*, 6(7): 34-44.
92. Miller, J.F., Powers, M.J. (1988). Development of An Instrument to Measure Hope. *Nursing Research*, 37(1): 6-10.
93. Molassiotis, A., Van Den Akker, O.B.A., Milligan, D.W., Goldman, J.M. (1997). Symptom Distress, Coping Style and Biological Variables as Predictors of Survival

- After Bone Marrow Transplantation. *Journal Of Psychosomatic Research*, 42(3): 275-285.
94. National Institute For Mental Health in England (NIMHE) (2005). *Making It Possible: Improving Mental Health and Well-Being in England*.
95. Nekolaichuk, C. (1999). Structuring the Meaning of Hope in Health and Illness. *Social Science Medicine*, 48(5): 591-605.
96. Neville, K. (1996). Psychological Distress in Adolescent With Cancer. *Journal Of Pediatric Nursing*, 11: 243-251.
97. Novakovic, B., Fears, T.R., Wexler, L.H. McClure, L.L., Wilson, D.L., McCalla, J.L., Tucker, M.A. (1996) Experiences of Cancer in Children and Adolescents, *Cancer Nursing*, 19(1): 54-59.
98. Owen, D.C. (1989). Nurses Perspectives on the Meaning of Hope in Patients With Cancer: A Qualitative Study. *Oncology Nursing Forum*, 16(1): 75-79.
99. Öz, F. (2004). Sağlık Alanında Temel Kavramlar: Ümit Ümitsizlik. İmaj İç ve Dış Tic. A.Ş. Ankara, s.229-275.
100. Özkan, S. (1993). Psikiyatrik ve Psikososyal Açından Kanser. *Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi, İstanbul*, s.153-175.
101. Özkan, S. (1999). Yaşam Kalitesinin Ölçülmesi, WHOQOL-100 ve WHOQOL-BREF. *3 P Dergisi*, 7(2): 5-13.
102. Özyılkan, Ö. (2004). Kanser Hastalarında Yaşam Kalitesinin Önemi. 1. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu Kitabı, İzmir.
103. Parman, T. (1997). Ergenlik: Bir Giriş Yazısı. *3P Dergisi*, 5(Ek 4): 7-8.
104. Patterson, J.M., Mccubin, H. (1987). Adolescent Coping Style and Behaviours. *Journal Of Adolescence*, 10: 163-186.
105. Pınar, R. (2005). Reliability and Construct Validity of the SF-36 in Turkish Cancer Patients. *Quality of Life Research*, 14(1): 257 – 262.
106. Post-White, J., Ceronsky, C., Kreitzer, M.J. (1996). Hope, Spirituality, Sense of Coherence and Quality of Life in Patients With Cancer. *Oncology Nursing Forum*, 23(10): 1571-1579.
107. Rideout, E., Montemuro, M (1986). Hope, Morale and Adaptation in Patients With Chronic Hearth Failure. *Journal Of Advanced Nursing*, 11(4): 429-438.
108. Ringdal, G.I. (1995). Corraletes of Hopelessness in Cancer Patients. *Journal of Psychosocial Oncology*, 13(3): 47-66.

109. Ritchie, M. (2001). Self-esteem and Hopefulness in Adolescents With Cancer. *Journal of Pediatric Nursing*, 16(1): 35-42.
110. Ross, L.A. (1994). Spiritual Aspects of Nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 19: 439-447.
111. Ross, L.A. (1995). The Spiritual Dimension; It's Importance to Patient's Health, Wellbeing and Quality of Life And It's Implication For Nursing Practice. *International Journal of Nursing Studies*, 32(5): 457-468.
112. Rustoen, T., Wiklund, I. (2000). Hope in Newly Diagnosed Patients With Cancer. *Cancer Nursing*, 23(3): 214-219.
113. Rustoen, T. (1995). Hope and Quality of Life, Two Central Issues For Cancer Patients: A Theoretical Analysis. *Cancer Nursing*, 18(5): 355-61.
114. Rustoen, T., Hanestad, B. (1998). Nursing Intervention to Increase Hope in Cancer Patients. *Journal of Clinical Nursing*, 7(1): 19-27.
115. Rustoen, T., Wiklund, I., Hanestad, B., Mourm, T. (1998). Nursing Intervention to Increase Hope and Quality of Life in Newly Diagnosed Cancer Patients. *Cancer Nursing*, 21(4): 235-245.
116. Sağlık Bakanlığı (S.B.) Kanser İstatistikleri (1999). [Http://Www.Saglik.Gov.Tr](http://www.Saglik.Gov.Tr) Erişim tarihi:24.08.2006
117. Sanger, M. S., Copeland, D. R., Davidson, E. R. (1991). Psychosocial Adjustment Among Pediatric Cancer Patients: A Multidimensional Assessment. *Journal of Pediatric Psychology*, 16: 463-474
118. Sertöz, Ö.Ö. (2004). Onkoloji Hastalarının Ruhsal Özellikleri. 40. Ulusal Psikiyatri Kongresi Kitabı, İzmir.
119. Shell, J.A, Kirsch, S. (2001). Cancer Care Supportive Therapies. in Otto SE. (ed) *Oncology Nursing*. 4.ed Mosby Company:p: 952-967.
120. Sigstad, H.M.H., Stray-Pedersen, A., Froland, S.S. (2005). Coping Quality of Life and Hope in Adults With Primary Antibody Deficiencies. *Health and Quality of Life Outcomes*, 4(3): 31.
121. Snyder, C., Haris, C., Anderson, J., Holleran, S., Irving, L., Sigmon, S. (1991). The Will and the Ways: Development and Validation of An Individual-Differences Measure of Hope. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60(4): 570-585.
122. Snyder, C., McDermott, D., Cook, W., Rapoff, M. (1997). *Hope For the Journey: Helping Children Through Good Times and Bad*. Boulder Co. Westview Pres.

123. Snyder, C.R. (1995). Conceptualizing, Measuring and Nurturing Hope. *Journal of Counseling & Development*, 73: 355-359.
124. Snyder, C.R. (2002). Hope Theory: Rainbows in The Mind. *Psychological Inquiry*, 13(4): 249-275.
125. Stephenson, C. (1991). The Concept of Hope Revisited for Nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 16: 1456-1461.
126. Stoner, M.H, Keampfer, S.H. (1985). Recalled Life Expectancy Information, Phase of Illness And Hope in Cancer Patients. *Research in Nursing Health*, 8(3): 269-74.
127. Szyndler, J.E., Towns, S.J., VanAsperen, P.P., McKay, K.O. (2005). Psychological and Family Functioning and Quality of Life in Adolescents With Cystic Fibrosis. *Journal of Cystic Fibrosis*, 4(2):135-44.
128. Tatar, M., Tatar, F. (1997). Sağlıkın Ölçülmesi Kavramsal Bir Çerçeve. *Toplum ve Hekim*, 12(78): 54-60.
129. Terakye, G. (1995). Sorular ve Cevaplarla Yaşamın Son Günleri. 2. Basım, Aydoğdu Ofset, Ankara.
130. Türk Dil Kurumu Türkçe Sözlük <http://www.tdk.gov.tr> Erişim tarihi: 26.10.2005
131. Velioğlu, P. (1999). Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar. Alaş Ofset, İstanbul.
132. Ware, J.E, Sherbourne, C.D. (1992). The MOS 36-item Short-Form Health Survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. [abstract] *Medical Care*, 30: 473-83. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=1593914&dopt=Abstract
133. Weeks, D.P. (1991). Application of The Life-Span Developmental Perspective to Nursing Research With Adolescents. *Journal of Pediatric Nursing*, 6(1): 38-48.
134. Whyte, F., Smith, L. (1997). A Literature Review of Adolescence and Cancer. *European Journal of Cancer Care*, 6: 137-146.
135. Yarcheski, A., Mahon, N.E., Yarcheski, T.J. (2001). Social Support and Wellbeing in Early Adolescents: The Role of Mediating Variables. *Clinical Nursing Research*, 10: 163-181.
136. Yarcheski, A., Scoloveno, M., Mahon, N. (1994). Social Support and Well-Being in Adolescents: The Mediating Role of Hopefulness. *Nursing Research*, 42(5): 288-291.

137. Yates, P. (1993). Towards A Reconceptualization of Hope for Patients With a Diagnosis of Cancer. *Journal of Advanced Nursing*, 18: 701-706.
138. Yavuzer, H. (1998). *Çocuk Psikolojisi*. Remzi Kitabevi, 16. Basım, İstanbul.
139. Yörükoğlu, A. (1996). *Çocuk Ruh Sağlığı*. Özgür yayınları, 20. Basım, İstanbul.
140. Yurdagül, H. (2005). Davranış Bilimlerinde Ölçek Geliştirme Çalışmaları için Bazı Ayrıntılar.
http://yunus.hacettepe.edu.tr/~yurdugul/3/indir/FA_OrneklemGenislikleri.pdf Erişim tarihi:21.11.2006

ÖZGEÇMİŞ

Figen Işık ESENAY, 12.02.1977 tarihinde Balıkesir’de doğdu. İlk, orta öğrenimini Balıkesir’de tamamladı. 1998 yılında Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu’ndan mezun oldu. Eylül 1998 tarihinde Dokuz Eylül Üniversitesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği’nde hemşire olarak çalışmaya başladı. Aynı yıl Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalında Yüksek Lisans eğitime başladı ve 2000 yılında “Ergenlerde Sağlık Davranışlarının Sosyal Destek ve Benlik Saygısı ile İlişkisinin İncelenmesi” konulu yüksek lisans tezini vererek mezun oldu. Ağustos 2000 tarihinde Dokuz Eylül Üniversitesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği’ndeki görevinden ayrıлып Mersin Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümüne araştırma görevlisi olarak atandı. 2002 yılında Doktora eğitimini tamamlamak üzere Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalında araştırma görevlisi olarak göreve başladı. Halen görevine devam etmektedir.