

T.C.

OKAN ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI  
YÜKSEK LİSANS TEZİ

KANSER TANISI İLE İZLENEN ÇOCUKLARIN  
EBEVEYNLERİNİN STRES DÜZEYLERİ VE SOSYAL  
DESTEK ALGILARININ BELİRLENMESİ

Sevim GÜNEŞ ÇALICIOĞLU

Tez Danışmanı

Yrd. Doç. Dr. Gülzade UYSAL

İSTANBUL, 2018



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

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**  
**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**KANSER TANISI İLE İZLENEN ÇOCUKLARIN**  
**EBEVEYNLERİNİN STRES DÜZEYLERİ VE SOSYAL**  
**DESTEK ALGILARININ BELİRLENMESİ**

**Sevim GÜNEŞ ÇALICIOĞLU**  
**122038004**

**Tez Danışmanı**  
**Yrd. Doç. Dr. Gülzade UYSAL**

**İSTANBUL, 2018**

T.C  
OKAN ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

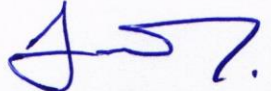
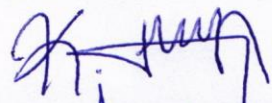

**Y Ü K S E K L İ S A N S**  
**TEZ ONAYI**

**ÖĞRENCİNİN**

Adı ve Soyadı : Sevim Güneş Çalıcıoğlu Öğrenci No : 122038004  
Anabilim/Bilim Dalı : Hemşirelik Tez Savunma Tarihi : 15.01.2018  
Danışman : Yrd. Doç. Dr. Gülzade Uysal Tez Savunma Saati :11.00

Tez Konusu : "Kanser Tanısı İle İzlenen Çocukların Ebevenlerinin Stres Düzeyleri ve Sosyal Destek Algılarının Belirlenmesi"

TEZ SAVUNMA SINAVI, Lisansüstü Öğretim Yönetmeliği'nin 33.Maddesi uyarınca yapılmış, sorulan sorulara alınan cevaplar sonunda adayın tezinin KABULU 'ne OYBİRLİĞİ / ~~OYÇOKLUĞUYLA~~ karar verilmiştir.

JÜRİ ÜYESİ	KANAATİ (KABUL / RED / DÜZELTME)	İMZA
Yrd. Doç. Dr. Gülzade Uysal	Kabul	
Yrd. Doç. Dr. K. Derya Beydağ	Kabul	
Yrd. Doç. Dr. Seda Çağlar (İstanbul Üni.)	Kabul	

YEDEK JÜRİ ÜYESİ	KANAATİ (KABUL / RED / DÜZELTME)	İMZA
Yrd. Doç. Dr. Özlem Yazıcı		

## ÖZET

Bu araştırma kanser tanısı ile izlenen çocukların ebeveynlerinin stres düzeyleri ve sosyal destek algılarının belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın örneklem büyüklüğü, evrendeki birey sayısı bilinen örneklem hesabına göre araştırmanın örneklemine 168 ebeveyn oluşturmuştur. Araştırma sonucunda elde edilen veriler SPSS 21.0 paket programında uygun istatistiksel analizler kullanılarak değerlendirilmiştir.

Araştırmaya katılan ebeveynlerin %89,9'u annedir. Ebeveynlerin %51,2'si 30-39 yaş aralığında, %47,6'sı lise mezunudur. Ailenin %70,8'i çekirdek aile yapısındadır. Ebeveynlerin %60,1'inin başka çocuk sahibi olmak istemedikleri saptanmıştır. Çocukların %52,4'ü kız, %37,5'i 49-120 aylıktır. Çocukların %70,8'inin yatarak tedavi olduğu, yarısından fazlasının Lösemi tanısı ile izlendiği belirlenmiştir. Ebeveynlerin %65,5'i çocuğun hastalığının günlük yaşamlarını etkilediğini ve %28,6'sı de eşi ile ilişkisini olumsuz etkilediğini belirtmiştir. Ebeveynlerin %18,5'i hastalık nedeniyle kendini suçlu hissettiğini ifade etmişlerdir. Ebeveynlerin %23,2'sinin ilaçların yan etkisi, %11,3'ünün saç dökülmesi, %31'inin beslenme, %45,8'inin normal kan değerleri, %33,3'ünün enfeksiyonlardan korunma hakkında bilgi eksikliği olduğu belirlenmiştir. Ebeveynlerin algıladıkları stres ölçeği toplam puanının  $18,92 \pm 5,48$  (8-32), "algılanan stres" alt boyutu puanının  $12,03 \pm 4,55$ , "algılanan baş etme" alt boyutu puanının da  $6,88 \pm 2,56$  olduğu saptanmıştır. Ebeveynlerin çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği toplam puanı  $47,89 \pm 15,98$  (12-76), "aile desteği" alt boyutu  $21,74 \pm 1,96$  "arkadaş desteği" alt boyutu  $14,70 \pm 7,09$ , "özel bir kişi desteği" alt boyutu ise  $11,45 \pm 6,93$  olarak belirlenmiştir.

Ebeveynlerin sosyal destek algılarını, "algıladıkları stres ve baş etme", çocuğun ve ebeveynin yaşı, tedavi şekli, aynı tanı alan başka çocuk varlığı, tekrar çocuk sahibi olma isteğinin %59 oranında etkilediği belirlenmiştir. Kanser tanısı ile izlenen çocukların ebeveynlerinin "algıladıkları stres ve algıladıkları sosyal destek" puanları orta düzeyde olduğu görülmektedir.

**Anahtar kelimeler:** Kanser, Çocuk, Ebeveyn, Stres, Sosyal destek, Hemşire

## **ABSTRACT**

### **DETERMINE THE STRESS LEVELS AND SOCIAL SUPPORT PERCEPTIONS OF PARENTS OF CHILDREN WHO WERE DIAGNOSED WITH CANCER**

This research was conducted as a descriptive study to determine the stress levels and social support perceptions of parents of children who were diagnosed with cancer. The sample size of the study was determined according to the sample size of the individuals in the sample and 168 sample of the parents were created. The results obtained from the study were evaluated using appropriate statistical analyzes in the SPSS 21.0 package program. 89.9% of the parents participating in the study were mothers. 51.2% of the parents were in the age range of 30-39 and 47.6% of parents are high school graduates. 70.8% of the families were in the nuclear family type. It was determined that 60,1% of the parents did not want to have another child. 52.4% of the children were girls and 37.5% of children were 49-120 months. It was determined that 70.8% of the children were inpatient treatment, and more than half of them were followed by leukemia diagnosis. 65.5% of the parents stated that the child's illness affected their daily lives, and 28.6% had a negative effect on the relationship with their spouse. 18.5% of the parents stated that they felt guilty because of the illness. It was found to have lack of information about the side effects of drugs in 23.2% of parents; hair loss in 11.3% of them; nutrition in 31% of them; normal blood values in 45.8% and protection from infections in 33.3%. The stress score perceived by the parents was  $18.92 \pm 5.48$  (8-32), the perceived stress subscale was  $12.03 \pm 4.55$ , and the perceived competing subscale was  $6.88 \pm 2.56$ . It was determined that parents' social support scale total score perceived multidimensionally was  $47,89 \pm 15,98$  (12-76); family support subscale was  $21,74 \pm 1,96$ ; friend support subscale was  $14,70 \pm 7,09$ ; and special person support was  $11.45 \pm 6.93$ . It was determined that parents' desires to have children again were predicted by 59% in terms of the parents' perception of social support, the stress and coping they perceive, the age of the child as well as the parent, the type of treatment, the presence of other children with the same diagnosis. It was determined that perceived stress and perceived social support scores of the parents who have children following with cancer diagnosis were moderate.

**Key words:** Cancer, Child, Parents, Stress, Social support, Nurse

## ÖNSÖZ

Bu çalışma, kanser tanısı ile izlenen çocukların ebeveynlerinin stres düzeyleri ve sosyal destek algılarını belirlemek amacıyla planlanmıştır.

Lisansüstü eğitim sürecim ve tez çalışmalarım boyunca desteğini esirgemeyen çok değerli danışmanım Yrd. Doç. Dr. Gülzade UYSAL'a,

Tez çalışmam sırasında benden desteğini hiç esirgemeyen, eşim Kerem Çalıcıoğlu'na ve oğlum Kerem Çalıcıoğlu'na sonsuz teşekkürler.

**Sevim GÜNEŞ ÇALICIOĞLU**

## BEYAN

Bu çalışmanın, kendi tez çalışmam olduğunu, tezde kullanılan bilgileri etik kurallar içinde elde ettiğimi, daha önce üretilmiş olan ve yararlandığım bütün bilgi, fikir ve yorumları akademik kurallar içinde kullandığımı ve kaynak gösterdiğimi beyan ederim.

*Sevim GÜNEŞ ÇALICIOĞLU*





# İÇİNDEKİLER

## SAYFA NO

ÖZET.....	iv
ABSTRACT .....	v
ÖNSÖZ.....	vi
BEYAN.....	vii
İÇİNDEKİLER .....	viii
TABLolar LİSTESİ.....	xi
ŞEKİLLER .....	xiii
SİMGELER/ KISALTMALAR LİSTESİ .....	xiv
1.GİRİŞ .....	1
2. GENEL BİLGİLER .....	3
2.1. Çocukluk Dönemi Kanserleri.....	3
2.2. Etiyolojisi .....	3
2.3. Epidemiyoloji.....	3
2.4. Tanı yöntemleri .....	4
2.5. Tedavi.....	5
2.6. Stres ve Sosyal Destek ile İlgili Kuramsal Bilgiler .....	8
2.6.1. Stres Kavramı .....	8
2.6.2. Sosyal Destek Kavramı .....	9

<b>2.7. Kanser Tanısı ile İzlenen Çocuk ve Ailesine Yönelik Hemşirelik Yaklaşımına İlişkin Kuramsal Bilgiler.....</b>	<b>11</b>
2.7.1. Kanserın Çocuk Üzerine Etkisi.....	11
2.7.2. Kanserın Aile Üzerine Etkisi .....	11
2.7.3. Kanser Tanısı ile İzlenen Çocuk ve Ailesine Yönelik Hemşirelik Yaklaşımı.....	12
<b>3. GEREÇ VE YÖNTEM.....</b>	<b>16</b>
3.1. Araştırmanın Tipi .....	16
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman .....	16
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	16
3.4. Veri Toplama Araçları .....	17
3.4.1. Soru Formu.....	17
3.4.2. Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ).....	17
3.4.3. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği .....	18
3.5. Veri Toplama Aracının Ön Uygulaması .....	18
3.6. Araştırmanın Etik Yönü.....	19
3.7. Verilerin Toplanması.....	19
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları .....	19
3.9. Verilerin Değerlendirilmesi.....	19
<b>4. BULGULAR.....</b>	<b>20</b>
<b>5. TARTIŞMA .....</b>	<b>42</b>
<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>51</b>

<b>7. KAYNAKLAR.....</b>	<b>56</b>
<b>8. EKLER.....</b>	<b>70</b>
<b>9. ÖZGEÇMİŞ.....</b>	<b>81</b>



## TABLolar LİSTESİ

### SAYFA NO

Tablo 1. Ebeveynlerin Tanıtıcı Özellikleri .....	20
Tablo 2. Çocukların Tanıtıcı Özellikleri.....	21
Tablo 3. Ebeveynlerin Sosyal ve Duygusal İlişkilerinin Etkilenme Durumuna Göre Tanıtıcı Özellikleri .....	22
Tablo 4. Ebeveynlerin Hastalık ve Yan Etkilere İlişkin Bilgi Eksikliği Durumuna Göre Tanıtıcı Özellikleri .....	23
Tablo 5. Ebeveynlerin Algıladıkları Stres Ölçeği ve Alt Boyut Puan Ortalamalar	23
Tablo 6. Ebeveynlerin Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Alt Boyut Puan Ortalamaları.....	24
Tablo 7. Ebeveynlerin Algıladıkları Stres Ölçeği ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Ebeveynlerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı .....	25
Tablo 8. Ebeveynlerin Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Ebeveynlerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı .....	27
Tablo 9. Ebeveynlerin Algıladıkları Stres Ölçeği ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Çocuğun Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı .....	29
Tablo 10. Ebeveynlerin Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Çocukların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı .....	31
Tablo 11. Ebeveynlerin Algıladıkları Stres Ölçeği ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Ebeveynlerin Sosyal ve Duygusal İlişkilerinin Etkilenme Durumuna Göre Dağılımı .....	33
Tablo 12. Ebeveynlerin Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Sosyal ve Duygusal İlişkilerinin Etkilenme Durumuna Göre Dağılımı.....	35

<b>Tablo 13. Ebeveynlerin Algıladıkları Stres Ölçeği ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Ebeveynlerin Hastalığa İlişkin Bilgi Eksikliği Olma Durumuna Göre Dağılımı .....</b>	<b>37</b>
<b>Tablo 14. Ebeveynlerin Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Ebeveynlerin Hastalığa İlişkin Bilgi Eksikliği Olma Durumuna Göre Dağılımı .....</b>	<b>39</b>
<b>Tablo 15. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Toplam Puanını Yordamak için Yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi.....</b>	<b>40</b>



## ŞEKİLLER

### SAYFA NO

Şekil 1. Çocuklarda En Sık Görülen Bazı Kanser Türlerinin Dağılım Oranları ..... 4

Şekil 2. Sıklıkla Kullanılan Kemoteropötik Ajanlar.....6



## SİMGELER/ KISALTMALAR LİSTESİ

<b>ASÖ</b>	:	Algılanan Stres Ölçeği
<b>ÇBASDÖ</b>	:	Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği
<b>DSÖ</b>	:	Dünya Sağlık Örgütü
<b>THSK- KDB</b>	:	Türkiye Halk Sağlığı Kurumu- Kanser Daire Başkanlığı
<b>WHO</b>	:	World Health Organization
$\bar{x}$	:	Ortalama
%	:	Yüzde
<b>n</b>	:	Örneklem Sayısı
<b>Ss</b>	:	Standart Sapma
<b>vd.</b>	:	Ve Diğer
<b>vb.</b>	:	Ve Benzeri
<b>SSS</b>	:	Santral Sinir Sistemi

# 1. GİRİŞ

Kanser gelişmiş ve az gelişmiş ülkelerde sıklıkla görülen en önemli sağlık sorunları arasında yer almaktadır. 2012 yılında dünyada toplam 14,1 milyon kanser tanılanmış ve 8,2 milyon kanser nedeniyle ölüm kaydedilmiştir (1). Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı (IARC) tahminlerine göre dünyada yeni kanser tanısı alan hasta sayısı ve kanser tanısına bağlı hayatına kaybeden hasta sayısı bir önceki tahminlere göre artış göstermektedir (2, 3). Kanser insidansının aynı hızla artış göstermesi durumunda, 2030 yılında toplam 22 milyon yeni kanser vakası olacağı bildirilmiştir (1). Bununla birlikte teknolojinin hızlı gelişimine paralel olarak tanı yöntemlerinin gelişmesi ile hastalığın erken dönemde saptanması; toplumsal farkındalığın artması ile birlikte de toplumun hastalık konusunda bilinçlenmesi ve tanıya yönelik tarama programlarına katılmaları vd. nedenlerle insidansın artış gösterebileceği düşünülmektedir (4, 5).

Kanser, tüm yaş gruplarında görülmekle birlikte çocukluk çağı kanserleri insidansının hızla arttığı dikkati çekmektedir. Ülkemizde de her yıl ortalama 2500-3000 kadar çocukluk çağı kanseri tanılanmaktadır (3, 6). Çocukluk çağı kanserleri tüm kanserlerin yaklaşık %0,5-1'ini oluştururken, bu sıklık yaş dönemlerine göre farklılıklar göstermektedir. Örneğin adölesan dönemi kanserleri, çocukluk çağı kanserlerinin %1-2'sini oluşturmaktadır (7). Çocukluk çağı kanserlerinin tedavisinde başarının arttığı ve beş yıllık sağ kalım oranının %80 olduğu bildirilmektedir (8).

Kanser tanısı ile izlenen çocuğun yaşamında hastalığın seyri ve tedavi sürecine bağlı olarak fiziksel ve psikososyal açıdan birçok farklılıklar ortaya çıkmaktadır (9, 10). En sık karşılaşılan fiziksel sorunlar; bulantı, kusma, iştahsızlık, diyare, konstipasyon, yorgunluk, ağrı gibi belirtilerdir. Bu belirtilerin çocuğun günlük yaşam aktivitelerini sürdürmesini olumsuz etkilediği belirtilmektedir (11-13).

Kanser ve tedavisi çocukta fiziksel sorunlarla birlikte önemli ölçüde psikososyal sorunlara da yol açmaktadır. Yapılan çalışmalarda kanser tanısı ile izlenen çocukların stres düzeyinin yüksek olduğu belirtilmektedir (14-18). Bununla birlikte çocuğun ebeveynleri de en az çocuk kadar bu süreçten etkilenmekte olup; tanı, tedavi, yan etkiler ve sonuca ilişkin bilinmezlikler nedeniyle kaygı, stres ve korku yaşamaktadır (19-23).



Ebeveynler yaşadıkları travma ile baş etmeye çalışmakta, diğer yandan ise hasta çocuğa destek olma ve bakımını sürdürme sorumluluğunu almaktadırlar. Bu dönemde ebeveyn ve çocuğun yaşadığı durumu paylaşmaya ve sosyal desteğe ihtiyacı vardır. Sosyal desteğin varlığı hastalık, kayıp vb. durumlarla baş etmede ve sorunların çözümünde önemlidir (24).

Yapılan birçok çalışmada stres verici yaşam olayları ile sosyal destek arasındaki ilişki incelenmiş ve sosyal desteğin fiziksel ve psikososyal stres belirtilerine karşı bireyi koruduğu ve stresle baş etmede önemli olduğu bildirilmiştir (25-27). Ebeveynlerin psikolojik açıdan iyi olmaları hasta çocuklarının bakımında daha etkili olabilmelerini sağlayacaktır (3, 27).

Bu çalışma, kanser tanısı ile izlenen çocukların ebeveynlerinin stres düzeyleri ve sosyal destek algılarının belirlenmesi amacıyla planlanmıştır.

## **2. GENEL BİLGİLER**

### **2.1. Çocukluk Dönemi Kanseri**

Kanser normal işlevlerini kaybetmiş, çevre dokularla olan ilişkisini koparmış, anormal ve kontrolsüz büyüyen ve çoğalan hücreler olarak tanımlanmaktadır (28, 29). Kanser her yaşta görülmekte olup farklı yaş gruplarında görülme sıklıkları değişmektedir (30).

Uluslararası çocukluk çağı kanser sınıflamasına göre 12 major kanser tanu grubu oluşturulmuştur. Bunlar; lösemiler, lenfomalar ve retiküloendotelial tümörler, merkezi sinir sistemi tümörleri, sempatik sinir sistemi tümörleri, retinoblastoma, böbrek tümörleri, karaciğer tümörleri, kemik tümörleri, yumuşak doku sarkomaları, germ hücreli, trofoblastik ve gonadal tümörler, malign melanomlar ve diğer malign tümörler olarak sıralanmaktadır (31).

### **2.2. Etiyolojisi**

Çocukluk çağı kanserleri genellikle 18 yaş altında görülen kanserler olarak tanımlanmakta olup nedeni henüz tam olarak belirlenememiştir. Bununla birlikte genetik mutasyona neden olan dış nedenler (çevresel faktörler), değişen immün sistem ve genetik anomaliler, kromozomal değişikliklerin çocuklarda kanser görülme riskini arttıran faktörler olduğu bilinmektedir (6, 23, 29, 32).

### **2.3. Epidemiyoloji**

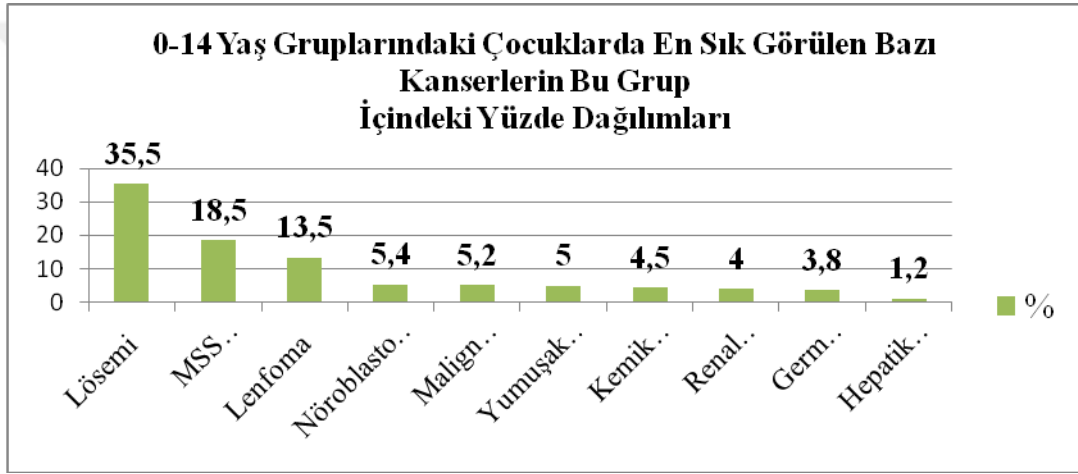
Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre dünyadaki mortalitenin çoğunluğunun (%82) bulaşıcı olmayan kronik hastalıklar olduğu bildirilmektedir. Bu hastalıklar görülme sıklığına göre kalp hastalıkları (%46,2), kanserler (%26), kronik solunum hastalıkları (%8) ve diyabetes mellitus (% 4) olarak sıralanabilir (23). Çocukluk dönemi kanserleri tüm kanserlerin %0,5-%4,6'sını oluşturmaktadır. Dünyada çocukluk çağı kanserlerinin görülme sıklığı 50-200 milyon arasında değişmektedir. Çocukluk döneminde dünyada en sık lösemi, lenfoma ve merkezi sinir sistemi tümörleri görülmektedir (33).

Türkiye'de 2002-2006 yılları arasında pediatrik kanser kayıtlarına göre; lösemi (%23,1), lenfoma ve retikoendotelial sistem tümörleri (%19,7), santral sinir sistemi ve

intrakranial, intraspinal tümörler (%14,7), sempatik sinir sistemi tümörleri (%7,7), yumuşak doku sarkomları (6,5), böbrek tümörleri (%6), kemik tümörleri (%6), germ hücreli, gonadal tümörler (%4,8), retinoblastom (%3,9), karaciğer tümörleri (%1,5) ve diğer malign tümörler (%1,8) görülmektedir (6).

Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (2017) Türkiye Kanser İstatistikleri verilerine göre de yine lösemi, MSS tümörleri ve lenfomalar en sık görülen kanser türleri olarak karşımıza çıkmaktadır. 0-14 yaş gruplarındaki çocuklarda en sık görülen bazı kanser türleri Şekil 1' de incelenmiştir (34).

**Şekil 1. Çocuklarda En Sık Görülen Bazı Kanser Türlerinin Dağılım Oranları**



*Kaynak: (34)*

#### **2.4. Tanı yöntemleri**

Çocukluk dönemi kanser hastalıklarında fizik muayene bulguları, kan sayımı, periferik yayma ve kemik iliği aspirasyonunun başlıca tanı yöntemleri olarak sıralanabilir (29, 35, 36). Anamnezde kemik iliği yetersizliğinin belirtilerine ve lösemik hücrelerin organ infiltrasyonuna ilişkin belirtilere ulaşılabilir. Fizik muayenede peteşi, ekimoz, anemiye bağlı ten renginde solukluk, ateş ve diğer enfeksiyon bulguları saptanabilir (35). Periferik kan yayması lösemi tanısında hücre tipini belirlemede önemli bir tanı yöntemidir. Kemik iliği aspirasyonu da lösemi şüphesi olanlarda uygulanması gereken bir yöntemdir. Kemik iliğinde %5'ten fazla blast tespit edilmesi patolojiktir. Akut lenfoblastik lösemi'de ise kemik iliğinde blast sayısı %25 üzerinde olduğu görülmektedir (29).

## **2.5. Tedavi**

Kanser tedavisine kanserin tipi, primer hücrenin bölgesi ve metastaz durumuna göre karar verilmektedir. Tedavide tam yanıt sağlama (iyileştirici), kontrol altına alma (destekleyici) ve palyatif bakımdan söz edilmektedir. İyileştirici tedaviler kanseri yok etmeyi hedefleyen tedavilerdir. Destekleyici tedaviler, genel anlamda cerrahi işlemle tümörün temizlenmesi ardından çevresinde kalabilecek olan istenmeyen hücreleri ortadan kaldırmak için uygulanmaktadır (23, 37). Palyatif tedavi ise, gelişebilecek belirtileri ve çocuğun acı çekmesini engellemek, yaşam kalitesini yükseltmek ve hayatta kalma süresini artırmayı amaçlayan bir tedavi yöntemi olarak bilinmektedir (23).

### ***Cerrahi Tedavi***

Cerrahi tedavi, kanserli dokunun vücuttan çıkartılmasıdır. Küratif olarak yapılan cerrahi girişim hastalığı tedavi edecek kapsam ve nitelikte olup genellikle uzak organlara metastazları durumu olmadığıda kullanılır. Küratif cerrahide tümör lenf düğümleri, yapışık komşu organ ve dokularla beraber tamamen alınmaktadır. Palyatif cerrahi ise, küratif cerrahi şansının olmadığı durumlarda belirtilerin kontrolünü sağlamak ve yaşam kalitesini arttırmak için başvurulan bir yöntemdir (29, 36, 38). Cerrahi tedavi bir çok kanser türünde ilk başvurulan tedavi yöntemidir. Biopsi alınması da tanının doğrulanması, hastalığın evrelendirilmesi için kullanılan cerrahi bir yöntemdir (36).

### ***Kemoterapi***

Kemoterapi tedavisinde vücuttaki kanserli hücreleri tedavi etmek, büyüme ve yayılmalarını engellemek, hastalığın yan etkisini en aza indirmek ve hastanın yaşam kalitesini arttırmak amaçlanmaktadır (39). Kemoterapi tümörün yaygın olduğu ve komşu doku ve organlara metastaz yaptığı durumlarda uygulanmaktadır (28). Kemoterapi için en sık kullanılan bazı kemoteropötik ajanlar Şekil 2.'de verilmiştir.

## Şekil 2. Sıklıkla Kullanılan Kemoteropötik Ajanlar

Antibiyotikler	Antrasiklinler	Alkali Ajanlar	Antimetabolitler	Taxanes	Vinca Alkaloidleri
Actinomycin Amsacrine Bleomycin Mithromycin Mitomycin	Daunorubicin Doxorubicin Epirubicin Idarubicin	Busulfan Carboplatin Cisplatin Cyclophosphamide Ifosfamide Mechlorethamine Procarbazine Melphalan Thiotepa	Cytosine Arabinoside Cytarabine 5-Fluorourasil Hydroxyurea Methotrexate 6-Mercaptopurine 6-Thioguanine	Docetaxel Paclitaxel	Vinblastine Vincristine Vinorelbine Etoposide

*Kaynak: (40, 41, 42)*

Kemoterapi ilaçlarının hazırlanması, uygulanması ve değerlendirmesi önemli olup bu alanda uzmanlaşmış olmak gerekmektedir. Yanlış uygulanan kemoterapik ajanlar nedeniyle ciddi yan etkiler görülebilir. Ekstravazasyon, hipersensivite reaksiyonu gibi ciddi komplikasyonlar ortaya çıkabilir. Hemşire yan etkilerin oluşmaması ve oluştuysa hızla tanınıp tedavi edilmesi için çocuğu yakında izlemelidir. Yan etkiler hakkında aileye de gerekli bilgi verilmesi önemlidir (29).

### ***Radyoterapi***

Radyoterapi tedavisinde hücrenin DNA yapısını bozmak ve serbest radikaller oluşturmak için iyonize radyasyon kullanılmaktadır (36, 37, 43). Bu yöntem malign hastalıkların yarısından çoğunda küratif ve palyatif amaçla kullanılmaktadır. Bununla beraber lenfomalar, solid tümörler, beyin tümörleri ve metastazları gibi bazı pediatrik malign hastalıkların genellikle temel tedavi yöntemi olarak kullanılmaktadır (29, 44). Radyoterapi çocukluk çağı kanserlerinde genellikle kemoterapi ve cerrahi ile birlikte kullanılmakta olup terminal dönemdeki çocuklarda ağrı kontrolü ve yaşam kalitesini yükseltmek amacıyla da kullanılabilir (29, 45). Radyasyon oksijen düzeyi düşük olan hücrelerde ve hücre bölünmesi esnasında etkili olmamaktadır. Bu nedenle tedavi en az 1-6 hafta aralığında sürmektedir (29). Diğer tedavi yöntemlerinde olduğu gibi radyoterapide de yan etkiler görülmektedir. Teknolojinin gelişmesiyle birlikte radyasyon demet yoğunluğu değiştirilerek kanserli dokuya maksimum doz, radyasyona duyarlı normal dokulara daha az doz verilebilecek şekilde ayarlanabilmektedir (36, 37).

### ***Kök Hücre Transplantasyonu***

Kök hücre transplantasyonu çocukluk çağında birçok malign hastalık tedavisinde kullanılan bir tedavi yöntemidir. Tedaviye cevap vermeyen aplastik anemi, lösemi gibi hastalıkların tedavisinde uygulanmaktadır. Bu tip hastalıkların tedavisinde genellikle tek kök hücre kaynağı olarak kemik iliği kullanıldığından kök hücre transplantasyonu akıllara kemik iliği transplantasyonunu getirmektedir. Son yıllarda kök hücre transplantasyonlarında kök hücre; kemik iliği, kordon kanı ve periferik kandan da elde edilmektedir (29, 46).

Ayrıca kök hücre dondurularak daha sonra yeni vücut hücrelerinde büyütülerek normal hücrelerin oluşması için de kullanılabilir (29). Ancak bu yöntemde yaşam kalitesini etkileyebilen yan etkilerin varlığı göz ardı edilmemelidir (36, 46). Kök hücre transplantasyonu öncesi, sırasında ve sonrasında çocuk ve ailenin bilgilendirilmesi ve sürecin açıklanması önemlidir.

### ***Biyoterapi***

Biyoterapi biyolojik kaynaklardan elde edilen biyolojik yanıtı etkileyen ajanlar kullanılarak yapılan bir tedavi yöntemidir. İmmünoterapi sıklıkla kullanılan bir biyoterapi yöntemidir. İmmünoterapide immün yanıtı uyatarak güçlendirmek amaçlanmaktadır (29, 36).

## 2.6. Stres ve Sosyal Destek ile İlgili Kuramsal Bilgiler

### 2.6.1. Stres Kavramı

Stres kavramı, bireylerin sınırlarının zorlandığını hissettiklerinde oluşan duygusal bir tepki olarak ifade edilmektedir. Stres, zorlanma ve uyum gösterme süreçleri içerisinde ortaya çıkan karmaşık duygusal, davranışsal tepkiler ile bunların fizyolojik bağlantıları olarak da tanımlanmaktadır (47-49).

Akman'ın aktardığına göre, Selye (1920) stresi bireyin çevreye uyum süreci içerisinde yaşadığı fizyolojik bir tepki ve vücudun olaylara karşı verdiği özgül olmayan cevap olarak tanımlamıştır. Haggards (1949)' a göre stres birey tehdit edildiğinde, uyum mekanizmaları ciddi olarak yorgun olduğunda ve vücudun kuvveti tükenmiş olduğunda hissedilen duygudur (50).

Stres kavramına yönelik tanımlamalar genel olarak dört temel kuram çerçevesinde gerçekleşmektedir. Bu kuramlar; biyolojik, öğrenme, bilişsel ve sistem kuramlarıdır. Cannon ve Selye tarafından geliştirilen biyolojik kurama göre; stres bireyin dışında gerçekleşen zorlayıcı bir olay karşısında organizmanın gösterdiği tepki olarak tanımlanmaktadır. Öğrenme kuramına göre; stres yalnızca bir uyaran olarak tanımlanmaktadır. Bilişsel yaklaşıma göre stres verici bir uyaran nedeniyle bireyin değerlendirmeleri etkilenmektedir. Sistem kuramına göre ise; her sistemin dengesi olduğunu ve denge bozulduğunda stres yaşandığı şeklinde açıklanmaktadır (49, 50).

Strese karşı bireylerin gösterdiği fizyolojik tepkiler birbirine benzemektedir. Bu tepkiler bedende istemsiz olarak oluşmakta olup bireyin fark edebildikleri nabız ve terleme, midede kasılma, kas gerginliği, nefes daralması, çenenin kasılması, dişlerin gıcırdaması, konsantrasyon güçlüğü, tedirginlik ve duygusal yoğunluk olarak sıralanabilir (49, 51)

Travmatik olaylar stresin en belirgin nedenleri arasındadır. Yakınların ani kaybı ya da hastalığı gibi olayların bireyin karşısına beklenmedik bir anda çıkması bireyin uyum sürecini zorlaması açısından travmatiktir. Olayların stres verici olarak algılanmalarını, yine o olayların bazı özellikleri belirler. Bu özellikler olayların denetlenebilirliği, tahmin edilebilirliği ve bireyin sınırlarını zorlayıcı olmalarıdır. Olayları denetleme olasılığının düşük olduğu durumlarda, bireylerin olayı daha stres

verici olarak algılayacakları bildirilmektedir. Aynı şekilde olayı değiştirmeye yönelik çabalarının sonuç vermeyeceği gerçeği ya da bireyin bunu algılaması, hissettiği stres düzeyini arttırabilir (49, 50).

Ebeveyn olma ve farklı sorumlulukları yüklenme başlı başına bir stres kaynağıyken; çocuğunda kanser tanınması ve bilinmez bir sürecin içinde olmak ebeveynin stres düzeyini daha da yükseltmektedir. Bu stresli süreçte ebeveynin mevcut durumu tanınması, değerlendirmesi ve baş edebilmesi için sosyal destek önemlidir.

### **2.6.2. Sosyal Destek Kavramı**

Sosyal destek, bireyin strese dayanıklılığını arttırmak, zihinsel/fiziksel iyilik halini korumak ve soruna karşı psikopatoloji gelişmesini önlemek amacıyla çevresindeki yakınları tarafından verilen, sevgi ve kabul görme duygularının tatmin edilmesini sağlayan maddi ya da manevi yardımlar olarak tanımlanmaktadır (49, 52-55). Siklos ve Kerns' in (2006) aktardığına göre; Kaplan ve arkadaşları (1977) sosyal desteği, kişinin diğer insanlarla olan etkileşiminde temel sosyal ihtiyaçlarının karşılanma derecesi olarak tanımlamaktadır (56).

Park ve arkadaşları (2010) aktardığına göre; sosyal destek Cohen ve Wills (1985) tarafından “formal/informal” ve “yapısal/fonksiyonel” şeklinde iki kategoride incelenmiştir. Formal sosyal destek, öğretmen, ya da kurumlardan alınan profesyonel yardımlar olarak tanımlanmaktadır. İnfomal sosyal destek ise, aile, akraba, arkadaş, komşu, dini organizasyonlar ve sosyal kulüplerden alınan yardımlardır. Yapısal sosyal destekte; desteğin büyüklüğü, oranı ve karşılıklı bağlılık varken, fonksiyonel sosyal destekte ise desteğin duygusal, araçsal ve bilgilendirmeye dayalı olması vurgulanmaktadır (57).

Birey gereksinimi olan sosyal desteği sosyal aktivitelerden, toplumsal kuruluşlardan toplum ve sağlık profesyonellerinden alabileceği gibi, aile üyeleri ve arkadaşlarından da alabilir (49, 58).

Sosyal desteğin birey ve ailesine birçok yararı bulunmaktadır. Kronik hastalıklar gibi olayların bir destek kaynağı ile paylaşılması ve bireylerin konu hakkında tepkilerinin değerlendirilmesi bireye bakış açısı geliştirmesinde destek olacaktır. Hastalığın sürecini planlama, tedavi ile ilgili karar verme, maddi gereksinimler, manevi



duygusal çöküşler gibi durumlarda sosyal destek kaynaklarının varlığı büyük önem taşımakta olup bireyin durumla başa çıkma gücünü arttırmaktadır (49).

Hastalık ve hastaneye yatma çocuk ve aile için zorlu bir süreçtir. Bu süreçte sosyal destek varlığı, kronik hastalık varlığı gibi stres yaratan durum ortadan kaldırılamıyor olsa bile, bireylerin stres düzeylerini azaltmakta ve baş etme yöntemleri geliştirmede çok önemlidir (47, 49, 55, 59).

Uzun süreli tedavi ve bakım gerektiren kanser gibi kronik hastalıklarda sağlık profesyoneli önemli bir destek kaynağıdır. Primer bakım verici olarak çocuk ve ailesi ile uzun zaman geçiriyor olan hemşirelerin sosyal destek olmada rolü büyüktür (55). Hemşire ebeveynlerin sosyo kültürel özellikleri ve baş etme biçimlerini değerlendirerek uygun şekilde destek sistemlerini planlamalıdır (58). Benzer tanısı olan ailelerle destek grupları oluşturmak, ailenin ihtiyacı olan bilgileri uygun ve yeterli şekilde aileye açıklamak gibi birçok şekilde sosyal destek sağlanabilir.

## **2.7. Kanser Tanısı ile İzlenen Çocuk ve Ailesine Yönelik Hemşirelik Yaklaşımına İlişkin Kuramsal Bilgiler**

### **2.7.1. Kanserın Çocuk Üzerine Etkisi**

Kanser tanı ve tedavi süreci uzun ve zordur. Çocuk bu dönemde hem fiziksel hem de psikolojik olarak etkilenmektedir. Hastalık ve tedaviye ilişkin bulgular çocuğu fiziksel olarak yormaktadır. Bununla birlikte sıklıkla hastanede yatma nedeniyle okula devam edememe, kemoterapi gibi zorlu tedaviler ve yan etkileri nedeniyle sosyal çevreden uzaklaşma gibi nedenlerle psikolojik ve sosyal sorunlar da yaşamaktadır (29, 60).

Çocuğun gelişim dönemine göre hastalığın farklı etkileri olabilmektedir. Büyüme döneminin getirdiği özellikler, gelişim aşaması, bireysel özellikleri, uyum kapasitesi, psikolojik gelişim düzeyi, bilişsel gelişimi, baş etme biçimlerine göre çocuğun hastalığa tepkisi değişmektedir. Ayrıca hastalığın türü, şiddet, süresi, yerleşim yeri, seyri, başlangıç yaşı, tanı aşaması, tedavi süreci ve tedavi ilaçları, işlevsellik kayıpları, fiziksel görünümde yol açtığı değişiklikler de yine çocuğun tepkilerini etkilemektedir. Hastane ve personelin yaklaşımı, okula devam gibi etkenler de çocuk için önemli parametrelerdir (60-62).

Hastalığın seyrinin uzaması, metastaz, tedavide relaps, terminal döneme geçiş gibi olumsuz durumlarla birlikte çocuğun psikolojik olarak etkilenimi artmaktadır. Bu dönemde çocuğun aile üyeleri ve arkadaş çevresinin desteğinin yanı sıra profesyonel desteğe de gereksinimi artacaktır (62, 63).

### **2.7.2. Kanserın Aile Üzerine Etkisi**

Çocukluk dönemi kanserleri, diğer kronik hastalıklarda olduğu gibi hastalık tanısı, tedavisi ve belirsizliği sebebiyle yalnızca hasta çocukta değil, ebeveynlerde de önemli psikolojik sorunlara yol açabilmektedir. Çocuğa kanser tanısı konulan ebeveynler acı verici bir yaşam olayı deneyimlemektedir (29, 64).

Konu ile ilgili yapılan çalışmalarda çocuğun tanı ve tedavi sürecinin ebeveynlerde stres, depresyon, güçsüzlük, çaresizlik ve kaygıya neden olduğunu bildirmektedir (65-74).

Kanserli çocuğa, ilk tanı konulduktan sonra ebeveynde anksiyete, uyku bozukluğu ve depresyon gibi sorunlar izlenebilmektedir. Bununla birlikte ebeveynlerde sağlıktan sapma durumları, sosyal izolasyon, iş yaşamında değişimler gibi birçok soruna yol açabilmektedir (75, 76). Tanı sonrası tedavi için hastanede yatma nedeniyle çocuk ve ebeveynlerin sosyal yaşamlarındaki değişimler çocukla birlikte ebeveynleri de olumsuz etkilemektedir (77).

Tanı konulduktan sonra hastalığa ve hastalıkla beraber gelen değişimlere uyum sağlanması önemli bir durumdur. Ebeveynlerin baş etme yöntemleri, onların hastalığa karşı uyumlarını belirlemektedir. Yapılan birçok çalışma kanser tanısı konulduktan sonra ebeveynlerin duruma uyum sağlama ve baş etme mekanizmaları geliştirebilmelerinin önemini vurgulamaktadır (23, 78, 79).

Ebeveynlerin kaygı düzeylerine ilişkin olarak yapılan çalışmalarda; ebeveynlerin akut dönemde korku, üzüntü, inkar, hayal kırıklığı yaşadığı kronik dönemde ise yardım ve desteğe açık olma, kızgınlık, öfke, suçluluk duygusu, aile içi ilişkilerde değişim ve komplikasyonlar ile baş etme gibi tepkiler gösterdiği bildirilmektedir (23, 77, 80, 81).

Ebeveynler çocuklarının kronik bir hastalığı olması ve hatta bu hastalığın ölümcül olabileceği gerçeği ile yüzleştiklerinde birilerini ya da kendini suçlama gereksinimi duyabilirler (82). Bir başka tepki ise çocuğa zarar vermeme, onun adına üzülme, konu ile ilgili ne söyleyeceğini bilememe gibi nedenlerle aile bireylerinin çocuktan uzak kalma gereksinimi gözlenebilir (83).

Ebeveynlerin çocuğun tanı ve tedavi süreci ile olumlu baş etme mekanizması geliştirebilmesi mevcut duruma uyum sağlamada önemlidir (23, 37). Uygun baş etme stratejileri kanserin yaşattığı fiziksel, duygusal, sosyal ve ekonomik sorunların üstesinden gelmede kolaylık sağlayabilir. Olumlu baş etme tarzının kanser hastalığının tanı ve tedavi sürecinde ortaya çıkabilecek uzun dönemli patolojik etkilerden koruyabileceği vurgulanmaktadır (23, 84).

### **2.7.3. Kanser Tanısı ile İzlenen Çocuk ve Ailesine Yönelik Hemşirelik Yaklaşımı**

Kronik hastalıklar nedeniyle ortaya çıkan ölümlerin ¼'ünün kanser nedeniyle olduğu (23) ve kanserlerin %0,5- 4,6'sını çocukluk kanserlerinin oluşturduğu (33)

bildirilmiştir. Kanser tekrarlama, uzun süreli tedavi gerektirme ve yan etkileri göz önünde bulundurulduğunda önemli ve yaşamı tehdit edici kronik bir hastalık olarak karşımıza çıkmaktadır (74, 85).

Çocuk ve ebeveynlerin hastalığa ilişkin yorum, algı ve değerlendirmeleri, gösterdiği duygusal ve davranışsal tepkiler hemşirelik bakımında önemle takip edilmesi gereken faktörlerdir. Hastalığın belirti ve bulgularından çok, hayatında meydana gelen değişikliklere yüklediği anlamlar, algı ve yorumlar çocuk ve ebeveynlerin tepkilerini belirlemektedir. Kanser fiziksel güç, rol, beklentilerde oluşabilecek bir kayıp olarak algılandığında depresif bir reaksiyon ile karşılaşılabilir. Yaşamı tehdit, bağımsızlığın kaybı olarak algılandığında kaygı bozuklukları ortaya çıkmaktadır. Hasta içerisinde bulunduğu durumu haksızlığa uğrama, başkalarından dolayı bu duruma düşme olarak algırsa öfke ve kızgınlık hissedebilir (86, 87).

Kanser yalnızca tıbbi tedavi ile çözümlenemeyen, ayrıca çocuk ve ailenin psikolojik açıdan da etkilendiği kronik bir hastalıktır. Kanser tedavisinde başarı için psikolojik tedavi, hastalığın fiziksel tedavisinin tamamlayıcısı olmalıdır (87, 88). Çocuk ve aileye yaklaşımda çocuğun hastalığının tipi, seyri, tedavinin aşaması, yan etkiler (bulantı, ağrı, kilo kaybı, organ kaybı vd.) gibi özelliklerin göz önünde bulundurulması önemlidir (89).

Kanser tanısı ile izlenen çocuk ve ailesi zorlu tedavi süreçleri ve buna bağlı gelişen birçok fiziksel ve psikososyal sorundan etkilenmektedir (89). Yapılan çalışmalarda kanser tanı ve tedavi sürecinin yalnızca çocuğu değil ebeveynleri ve diğer aile üyelerini de etkilediği bildirilmektedir (20, 22, 23). Kanser hastası çocuk ebeveynlerinin stres düzeyini inceleyen çalışmalarda bu ebeveynlerin sağlıklı çocukların ebeveynlerine göre stres düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir (72, 74, 90).

Kanser tanısı ile izlenen çocuk ve ailelerine yönelik hemşirelik bakımı kapsamında psikososyal boyut için beş ana başlık belirlenmiştir. Bunlar;

1. Hastaların sıkıntı durumunun tanımlanması,
2. İhtiyaçlara yönelik bakım planlanması,
3. Hastaların psikososyal sağlık servisleri ile ilişkilendirilmesi,

4. Hastalığın öz-denetimi için destek sağlanması,

5. Bakımda hasta takibinin yapılması ve bu maddelere ek olarak nabız, solunum, tansiyon, ateş ve ağrı takibini içermektedir (91, 92).

Hemşire, kanser tanısı ile izlenen çocuk ve ebeveynlerle yakın iletişimde olan sağlık ekip üyesidir. Hemşire, çoğunlukla kanser ve tedavinin yan etkileri nedeniyle çocuğun fiziksel bakımına odaklanmaktadır. Bu bağlamda hasta çocuk ve ebeveynlerin psikolojik endişe ve korkuları ertelenip göz ardı ediliyor olabilir. Hemşire, hastalık ve tedaviye bağlı fiziksel sorunların yanı sıra; psikososyal sorunları öngörebilme ve baş etmede destek olmalıdır (92, 93).

Amerikan Üniversitesi Cerrahlar Kanseri Komisyonu (The American College of Surgeons Commission on Cancer CoC) tarafından 2011 yılında kanser bakımı alan hastaların psikososyal endişelerini değerlendirebilmek için bir akreditasyon standardı geliştirmiştir. Standartların uygulaması için kurulan komiteler psikososyal stresi izlemek için yöntemler geliştirmişlerdir. Ekipte psikiyatri hemşiresi ve onkoloji hemşireleri yer almaktadır (93).

Kanser tanısı ile izlenen çocuk ve ailelerine yönelik psikolojik bakım; tedavi, danışmanlık, eğitim ya da psikoterapötik yöntemleri kullanarak baş etme davranışını geliştirmek için uygulanan girişimlerdir (89). Çocuk ve aileye destek olmada amaç, psikososyal uyumu sağlayarak yaşam kalitesini arttırmak, mücadele ve yaşama gücünü artırabilmek için uyumu güçlendirmek, hastalıkla ilgili fiziksel ve psikolojik sorunlarla baş edebilmek, hastalık yönetiminde ve yaşamlarında söz sahibi oldukları duygusunu geliştirmek ve tedaviye etkin katılımı sağlamak, kızgınlık, öfke, suçluluk gibi duyguların serbestçe ifade edilerek ve hastalığa ilişkin düşüncelerin anlatılabilmesini sağlamak, hasta çocuk ve aile üyelerinin sosyal etkileşim alanlarındaki iletişimi güçlendirmek olarak sıralanabilir (59, 89, 93, 94).

Hemşire, hasta çocuk ve aile bireyleri için hemşirelik girişimlerini planlarken duygu ve düşüncelerini ifade etmelerine fırsat tanımalı ve baş etme stratejileri geliştirmelerini desteklemelidir. Aktif dinleme, bilgi verme ve problem çözmede yardımcı olma hemşirenin destekleyici rolleridir (88). Öte yandan umut; hasta çocuk ve aile bireylerinin baş etme güçlerinin geliştirilmesinde önemli bir faktördür. Kübler Ross (1975) umudun, kanser hastalarının terminal döneme katlanabilmelerini en önemli

baş etme yöntemi olduğunu ifade etmiştir (88, 94). Bu doğrultuda hemşire, hasta çocuk ve aile üyelerinin umudu sürdürmesine yönelik hemşirelik uygulamaları planlamalıdır. Bireyin hayata ilişkin gerçekçi amaçlarının olması umut etmede ve hayata uyum sağlamada önemli bir etkidir. Hasta çocuk ve ebeveynlere umudun öneminin vurgulanması ve umut kaynaklarını tanımasına destek olunması sağlanmalıdır (94).

Kanser tanı tedavi sürecinin zorlu olması, hasta çocuk ve ailelerinde kontrol duygusunu bozduğu için davranışçı yaklaşımlar ile tedaviye aktif katılım sağlanarak kontrol duygusu artırılabilir. Yapılan bir çalışmada gevşeme eğitimi, doğru ağrı kesici kullanımı ve bilişsel baş etme gibi yöntemlerle olumlu sonuçlara ulaşılabileceği bildirilmiştir. Davranışsal yaklaşımların ağrı ve endişelerin azaltılmasında da faydalı olduğu saptanmıştır. Anksiyetesi fazla olan hastalar davranışçı yaklaşımlardan daha fazla yararlanmaktadır (87, 92).

Kanser hastaları ve yakınları ile yapılan çalışmalar incelendiğinde; hasta bireyler ve hasta yakınlarına psikososyal destek verilmesinin hastalığın seyrini, yaşam kalitesini olumlu etkilediği ve stres, anksiyete gibi yaşanan sıkıntıları azalttığı bildirilmiştir (95-100). Hemşirenin; hasta çocuk ve ailesi için konu ile ilgili çalışma sonuçlarını, literatür bilgisini ve kendi deneyimlerini de katarak bütüncül bir yaklaşımla bakım uygulamalarını planlaması önemlidir.

### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

#### 3.1. Araştırmanın Tipi

Bu çalışma; kanser tanısı ile izlenen çocukların ebeveynlerinin stres düzeyleri ve sosyal destek algılarının belirlenmesi amacı ile tanımlayıcı olarak planlanmıştır.

#### 3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Kurumu İstanbul İli Kanuni Sultan Süleyman Eğitim Araştırma Hastanesi Çocuk Hematoloji Onkoloji servisinde 01 Kasım 2014- 30 Haziran 2015 tarihleri arasında yapılmıştır. Hematoloji Onkoloji servisinde 34 yatak kapasitesi ile hastalara hizmet verilmektedir. Serviste 14 hemşire ve 17 hekim (13 onkoloji ve hematoloji uzmanı, 4 asistan çocuk doktoru), 6 personel görev yapmaktadır. Klinikte 08:00-16:00 vardiyasında 8 hemşire bulunmaktadır. 16:00-08:00 ve hafta sonlarında 08-16:00 ve 16:00-08:00 vardiyasında genellikle 3 klinik hemşiresi görev yapmaktadır.

Servis içinde hastaların ortak kullanımını için mutfak, mutfak içinde bulaşık makinası, çamaşır makinası, ocak, fırın bulunmaktadır. Ayrıca çocukların kullanımını için ayrılmış bir oyun odası bulunmakta ve oyun odası içinde etkinlik alanları oluşturulmuştur. Hasta odaları en fazla 2 kişiliktir ve odalarda ortak kullanımda olan mini buzdolabı ve televizyon vardır. Her odada tuvalet ve banyo mevcuttur.

#### 3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Kurumu İstanbul İstanbul İli Kanuni Sultan Süleyman Eğitim Araştırma Hastanesi Çocuk Hematoloji Onkoloji servisinde 1 Kasım 2014- 30 Haziran 2015 tarihleri arasında kanser tanısı ile tedavi edilen 253 çocuğun ebeveyni oluşturmuştur.

Araştırma örnekleminin belirlenmesinde evrendeki birey sayısı bilindiğinde kullanılan formülden yararlanılmıştır (101). Bu formüle göre örneklem büyüklüğü 153 olarak hesaplanmıştır.

$$n = N \cdot t^2 \cdot p \cdot q / d^2 \cdot (N-1) + t^2 \cdot p \cdot q$$

$$n = 253 \cdot (1,96)^2 \cdot (0,5) \cdot (0,5) / (0,05)^2 \cdot (300-1) + (1,96)^2 \cdot (0,5) \cdot (0,5) = 153$$

*n*: Örneklem alınacak birey sayısı

*t*: Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde *t* tablosunda bulunan teorik değer ( $\alpha = 0.05$  için teorik *t* değeri 1.96 olarak alınmıştır)

*p*: İncelenen olayın görülüş sıklığı (olasılığı) (0,50 olarak alınmıştır)

*q*: İncelenen olayın görülmeysi sıklığı (1-*p*) (1-0,50= 0,50 olarak alınmıştır)

*d*: Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen  $\pm$  sapma (0,10 olarak alınmıştır)

Araştırmanın örneklemini iletişimi engelleyecek sağlık sorunu olmayan, çocukları kanser tanısı almış ve çalışmaya katılmayı kabul eden istekli **168 ebeveyn** oluşturmuştur.

### **3.4. Veri Toplama Araçları**

Araştırmada veriler, araştırmacı tarafından hazırlanan “Soru Formu”, “Algılanan Stres Ölçeği” ve “Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği” kullanılarak toplanmıştır.

#### **3.4.1. Soru Formu**

Soru formu iki bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde; çocuğa ve aileye ilişkin sosyodemografik özellikleri sorgulayan 12 soru yer almaktadır. İkinci bölümde ise; hastalığı ve ebeveynlerin hastalık karşısındaki tutumlarını sorgulayan 14 soru bulunmaktadır (Ek-1).

#### **3.4.2. Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ)**

Cohen ve ark. (1983) tarafından geliştirilen ölçeğin Türkçe’ye uyarlanması Bilge ve ark. (2009) tarafından yapılmıştır. Algılanan Stres Ölçeği (Ek 3), bireylerin kendi kendine yanıtlayabilecekleri, uygulanışı kolay, 5’li likert tipi (0=hiç, 1=nadir, 2=bazen, 3=sık, 4=çok sık) bir ölçektir. Ölçeğin üç maddesi ters (4, 5, 6) ifadelidir. Ölçekten toplam 0-32 arasında puan alınmaktadır (102). Toplam 8 maddeden oluşan ölçeğin alt grupları ve bu gruplardaki maddeler şunlardır:



- Algılanan stres (1, 2, 3, 7, 8)
- Algılanan baş etme (4, 5, 6)

Ölçeğin değerlendirilmesinde; en düşük puan 0, en yüksek puan 32 olarak belirlenmiştir. Ölçek hem toplam puan, hem de alt ölçek puanları üzerinden değerlendirilmektedir. Toplam puanın yüksek olması algılanan stres düzeyinin yüksek olması anlamındadır. Alt ölçeklerden alınan puanların yüksekliği ise olumsuz bir durumdur.

### **3.4.3. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği**

Zimet ve ark. (1988) tarafından geliştirilmiş olup ülkemizde geçerlilik güvenilirliği Eker ve arkadaşları tarafından 2001 yılında yapılmıştır. Ölçek “Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 Kesinlikle evet” şeklinde 7 dereceli olarak düzenlenmiş likert tipi bir ölçektir. Ölçeğin destek kaynaklarını yansıtan, aile, arkadaş, özel kişi desteği olmak üzere üç alt grubu bulunmakta, her grup 4 madde olmak üzere toplam 12 maddeden oluşmuştur. Alt ölçeklerden alınabilecek en düşük puan 4, en yüksek puan 28’dir. Toplamda alınabilecek en düşük puan 12, en yüksek puan ise 84’tür. Ölçeğin kesme noktası olmayıp, ölçekten alınan puanın yüksek olması algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu ifade eder (52).

- Aile desteğini (3, 4, 8, 11.)
- Arkadaş desteğini (6, 7, 9, 12)
- Özel bir kişi desteğini (1, 2, 5, 10) ölçmektedir.

### **3.5. Veri Toplama Aracının Ön Uygulaması**

Soru formunun içeriği, soruların işlerliği ve anlaşılabilirliği açısından çocuk sağlığı ve hastalıkları hematoloji anabilim dalından 2 öğretim üyesinin görüşüne başvurularak hazırlanmıştır. Gelen görüş ve öneriler doğrultusunda soru formunda düzenlemeler yapılmıştır. Soru formunun işlerliğini değerlendirmek için İstanbul İli Kanuni Sultan Süleyman Eğitim Araştırma Hastanesi Çocuk Hematoloji Onkoloji Polikliniğine başvuran kanser tanısı ile izlenen 10 çocuğun ebeveynine ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama yapılan çocuklar araştırma örneklemine dahil edilmiştir. Ön uygulama sonucunda soru formlarına son şekli verilmiştir.

### **3.6. Araştırmanın Etik Yönu**

Veri toplama öncesinde Okan Üniversitesi'ne Etik Kurul onayı (Ek-5) ve İstanbul İli Halkalı Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden izin (Ek-6) alınmıştır. Araştırmaya katılan ebeveynlere araştırmanın amacı ile ilgili bilgi verildikten sonra sözlü ve yazılı onamları alınmıştır (Ek-4).

### **3.7. Verilerin Toplanması**

Veri toplama araçları, araştırmacı tarafından kanser tanısı ile tedavi gören çocukların ebeveynleriyle yüz yüze görüşme yöntemi ile doldurulmuş olup, uygulama süresi yaklaşık 20-30 dakika kadar sürmüştür. Araştırma gönüllülük esasına dayalı yürütölmüştür.

### **3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Araştırma yalnızca bir hastanede yapıldığı için sonuçlar evrene genellenemez. Araştırmadan elde edilen bulgular ebeveynlerin öz bildirimlerine dayalıdır.

### **3.9. Verilerin Değerlendirilmesi**

Çalışma sonucunda elde edilen veriler SPSS 21.0 paket programına aktarılıp uygun istatistiksel yöntemlerle değerlendirilmiştir.

Verilere ilişkin sayı, yüzde ve frekans dağılımları verilmiştir. Verilerin normal dağılım gösterip göstermediği Kolmogorov-Smirnov testi ile incelenmiş olup verilerin normal dağılım gösterdiği belirlenmiştir. İki grup karşılaştırmalarında independent t-testi, ikiden fazla grup karşılaştırmalarında ise ANOVA varyans testi kullanılmıştır. Değişkenler arasındaki ilişki lineer regresyon ile incelenmiştir. Anlamlılık seviyesi olarak 0,05 kullanılmış olup,  $p < 0,05$  olması durumunda anlamlı farklılığın olduğu,  $p > 0,05$  olması durumunda anlamlı farklılığın olmadığı belirtilmiştir.

## 4. BULGULAR

Bu bölümde araştırma kapsamına alınan ebeveynlerin ve çocukların tanıtıcı özellikleri, ebeveynlerin algıladıkları stres düzeyleri ve sosyal destek düzeylerini, çocuğun ve ebeveynlerin tanıtıcı özelliklerinin ebeveynlerin algıladıkları stres düzeyine ve sosyal destek algıları üzerine etkilerine ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

**Tablo 1. Ebeveynlerin Tanıtıcı Özellikleri (n=168)**

Özellikler	n	%
<b>Görüşülen ebeveyn</b>		
Anne	151	89,9
Baba	17	10,1
<b>Ebeveynin yaşı</b>		
29 yaş ve altı	57	33,9
30-39 yaş	86	51,2
40 yaş ve üzeri	25	14,9
<b>Öğrenim durumu</b>		
Okul bitirmemiş	7	4,2
İlköğretim mezunu	6	3,6
Lise mezunu	80	47,6
Üniversite mezunu	65	38,7
<b>Çalışma durumu</b>		
Çalışıyor	35	20,8
Çalışmıyor	133	79,2
<b>Aile tipi</b>		
Çekirdek aile	119	70,8
Geniş aile	49	29,2
<b>Sosyal güvence</b>		
Var	165	98,2
Yok	3	1,8
<b>Akraba evliliği</b>		
Var	63	37,5
Yok	105	62,5
<b>Kronik hastalık olma</b>		
Var	10	6,0
Yok	158	94,0
<b>Başka çocuk sahibi olma düşüncesi</b>		
Var	67	39,9
Yok	101	60,1
<b>Toplam</b>	168	100,0

Araştırmaya katılan ebeveynlere ilişkin tanıtıcı özellikler Tablo 1’de yer almaktadır. Görüşme yapılan ebeveynlerden %89,9’u annedir. Ebeveynlerin %51,2’si 30-39 yaş aralığında, %47,6’sı lise mezunudur. Ebeveynlerin %79,2’si çalışmadıklarını belirtmişlerdir. Ailenin %70,8’i çekirdek aile yapısındadır. Ailelerin tamamına yakınının (%98,2) sosyal güvencesi olduğu belirlenmiştir. Ebeveynlerin %62,5’inin akraba evliliği yaptığı, %94’ünün kronik hastalığı olmadığı, %60,1’inin başka çocuk sahibi olmak istemedikleri görülmektedir.

**Tablo 2. Çocukların Tanıtıcı Özellikleri (n=168)**

Özellikler	n	%
<b>Cinsiyet</b>		
Erkek	80	47,6
Kız	88	52,4
<b>Yaş</b>		
24 ay ve altı	25	14,9
25-48 ay	48	28,6
49-120 ay	63	37,5
121 ay ve üzeri	32	19,0
<b>Tedavi şekli</b>		
Yatarak	119	70,8
Ayaktan	49	29,2
<b>Tanı</b>		
Lösemi	95	56,5
Lenfoma	33	19,6
SSS Tümörü	13	7,8
Kemik tümörü	17	10,1
Böbrek tümörü	10	5,9
<b>Ek tanı</b>		
Var	15	8,9
Yok	153	91,1
<b>Tanı yaşı</b>		
30 ay ve altı	39	23,2
31-54 ay	46	27,4
55-108 ay	51	30,4
109 ay ve üzeri	32	19,0
<b>Kardeş durumu</b>		
Var	133	69,2
Yok	35	20,8
<b>Kardeş sayısı (n=133)</b>		
Bir kardeş	73	54,9
İki kardeş	39	29,3
Üç kardeş	14	10,5
Dört kardeş ve üzeri	7	5,3
<b>Toplam</b>	<b>168</b>	<b>100,0</b>

Araştırmaya katılan ebeveynlerin çocuklarına ilişkin tanıtıcı özellikler Tablo 2’de incelenmiştir. Çocukların %52,4’ü kız, %37,5’i 49-120 aylıktır. Çocukların %70,8’inin yatarak tedavi olduğu, yarısından fazlasının (%56,5) lösemi tanısı ile izlendiği, %91,1’inin ek bir tanısı olmadığı belirlenmiştir. Kanseri tanısı ile izlenen çocukların %23,2’sinin tanı yaşının 30 ay ve altında olduğu, %69,2’sinin kardeşinin olduğu, kardeşi olanların (n=133) %54,9’unun bir kardeşi olduğu görülmektedir (Tablo 2).

**Tablo 3. Ebeveynlerin Sosyal ve Duygusal İlişkilerinin Etkilenme Durumuna Göre Tanıtıcı Özellikleri (n=168)**

<b>Özellikler</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Günlük yaşamı etkileme</b>		
Etkiliyor	110	65,5
Etkilemiyor	58	34,5
<b>Eşi ile ilişkisinde bozulma</b>		
Var	48	28,6
Yok	120	71,4
<b>Hastalık nedeniyle suçlu hissetme</b>		
Evet	31	18,5
Hayır	137	81,5
<b>Duygularını paylaştığı kişi</b>		
Eş	154	91,7
Akraba	5	3,0
Arkadaş	7	4,2
Hemşire	2	1,1

Ebeveynlerin sosyal ve duygusal ilişkilerinin etkilenme durumuna göre tanıtıcı özellikleri Tablo 3’de verilmiştir. Ebeveynlerin %65,5’inin çocuğun hastalığının günlük yaşamlarını etkilediğini ifade ettiği, %28,6’sının eşi ile ilişkisini olumsuz etkilediğini belirtmişlerdir. Ebeveynlerin %18,5’i hastalık nedeniyle kendini suçlu hissettiğini ifade etmiş, ebeveynlerin duygularını paylaştığı kişi incelendiğinde çoğunluğunun (%91,7) eşleri ile duygularını paylaştığı belirlenmiştir (Tablo 3).

**Tablo 4. Ebeveynlerin Hastalık ve Yan Etkilere İlişkin Bilgi Eksikliği Durumuna Göre Tanıtıcı Özellikleri (n=168)**

Özellikler	n	%
<b>İlaçların yan etkisine ilişkin bilgi eksikliği</b>		
Var	39	23,2
Yok	129	76,8
<b>Saç dökülmesine ilişkin bilgi eksikliği</b>		
Var	19	11,3
Yok	149	88,7
<b>Beslenmesine ilişkin bilgi eksikliği</b>		
Var	52	31,0
Yok	116	69,0
<b>Kan değerleri hakkında bilgi eksikliği</b>		
Var	77	45,8
Yok	91	54,2
<b>Enfeksiyondan korunmada bilgi eksikliği</b>		
Var	56	33,3
Yok	112	66,7

Ebeveynlerin hastalık ve yan etkilere ilişkin bilgi eksikliği durumuna göre tanıtıcı özellikleri Tablo 4’te verilmiştir. Ebeveynlerin %23,2’sinin ilaçların yan etkisi hakkında, %11,3’ünün saçlarda dökülme hakkında, %31’inin beslenme hakkında, %45,8’inin normal kan değerleri hakkında, %33,3’ünün enfeksiyonlardan korunma hakkında bilgi eksikliği olduğu belirlenmiştir (Tablo 4).

**Tablo 5. Ebeveynlerin Algıladıkları Stres Ölçeği ve Alt Boyut Puan Ortalamaları (n=168)**

ASÖ	$\bar{x}$	Ss	Min.	Maks.
<i>ASÖ- Toplam</i>	18,92	5,48	8,00	32,00
<i>ASÖ-Algılanan Stres Faktörü</i>	12,03	4,55	2,00	20,00
<i>ASÖ-Algılanan Baş Etme Faktörü</i>	6,88	2,56	2,00	12,00

Ebeveynlerin Algıladıkları Stres Ölçeği ve alt boyut puan ortalamaları Tablo 5’te verilmiştir. Ölçeğin toplam puanı  $18,92 \pm 5,48$  (8-32), “algılanan stres” alt boyutu  $12,03 \pm 4,55$ , “algılanan baş etme” alt boyutu  $6,88 \pm 2,56$  olarak belirlenmiştir.

**Tablo 6. Ebeveynlerin Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Alt Boyut Puan Ortalamaları (n=168)**

<b>ÇBASDÖ</b>	$\bar{x}$	Ss	Min.	Maks.
<i>ÇBASDÖ Toplam Puan</i>	47,89	15,98	12,00	76,00
<i>ÇBASDÖ-Aile Desteği Alt Boyutu</i>	21,74	1,96	4,00	28,00
<i>ÇBASDÖ-Arkadaş Desteği Alt Boyutu</i>	14,70	7,09	4,00	28,00
<i>ÇBASDÖ-Özel Bir Kişi Desteği Alt Boyutu</i>	11,45	6,93	4,00	27,00

Ebeveynlerin Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve alt boyut puan ortalamaları Tablo 6’da verilmiştir. Ölçeğin toplam puanı  $47,89 \pm 15,98$  (12-76), “aile desteği” alt boyutu  $21,74 \pm 1,96$ , “arkadaş desteği” alt boyutu  $14,70 \pm 7,09$ , “özel bir kişi desteği” alt boyutu ise  $11,45 \pm 6,93$  olarak belirlenmiştir.

**Tablo 7. Ebeveynlerin Algıladıkları Stres Ölçeği ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Ebeveynlerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı (n=168)**

Değişkenler	ASÖ		Algılanan Stres		Algılanan Baş Etme	
	$\bar{x}$	Ss	$\bar{x}$	Ss	$\bar{x}$	Ss
Görüşülen ebeveyn						
Anne	18,79	5,58	11,81	4,58	6,98	2,60
Baba	20,00	4,45	14,00	3,72	6,00	1,96
Test/ p	t=-0,85	p=0,39	t=-1,89	p=0,06	t=1,50	p=0,136
<b>Ebeveyn yaşı</b>						
29 yaş ve altı	19,00	5,18	11,85	4,52	7,14	2,45
30-39	18,84	5,89	12,11	4,49	6,73	2,71
40 yaş ve üzeri	18,96	4,81	12,16	4,92	6,80	2,27
Test /p	F=0,01	p=0,98	F=0,06	p=0,93	F=0,44	p=0,64
<b>Öğrenim durumu</b>						
Okul bitirmemiş	24,16	3,65	15,16	3,37	9,00	2,44
İlköğretim mezunu	18,67	5,70	11,62	4,80	7,05	2,66
Lise mezunu	18,35	5,06	12,00	4,08	6,35	2,31
Üniversite mezunu	20,00	6,83	13,80	4,96	6,20	2,61
Test /p	F=1,94	p=0,10	F=1,26	p=0,28	F=3,34	p=0,01*
<b>Çalışma durumu</b>						
Çalışıyor	17,91	5,88	11,91	4,68	6,00	2,61
Çalışmıyor	19,18	5,36	12,06	4,52	7,11	2,50
Test /p	t=-1,21	p=0,22	t=-0,17	p=0,86	t=-2,31	p=0,02*
<b>Aile tipi</b>						
Çekirdek	18,31	5,66	11,79	4,37	6,51	2,66
Geniş	20,15	4,86	12,29	5,01	7,86	2,09
Parçalanmış	22,40	3,20	15,40	3,20	7,00	1,58
Test /p	F=2,93	p=0,05	F=1,61	p=0,20	F=4,66	p=0,01*
<b>Akraba evliliği</b>						
Var	19,09	6,26	12,06	4,77	7,03	2,82
Yok	18,80	4,98	12,01	4,42	6,79	2,40
Test /p	t=0,32	p=0,74	t=0,06	p=0,95	t=0,58	p=0,55
<b>Kronik hastalığı olma</b>						
Var	18,40	5,50	11,40	5,35	7,00	2,00
Yok	18,94	5,49	12,07	4,50	6,87	2,60
Test /p	t=-0,30	p=0,76	t=-0,45	p=0,65	t=0,15	p=0,88
<b>Başka çocuk isteme</b>						
Evet	18,85	5,27	11,83	4,58	7,01	2,43
Hayır	18,96	5,64	12,16	4,53	6,79	2,65
Test /p	t=-0,12	p=0,89	t=-0,46	p=0,64	t=0,55	p=0,58

t= Independent t test; F= Varyans analizi ANOVA; p<0,05\*

Ebeveynlerin Algıladıkları Stres Ölçeği ve alt boyut puan ortalamalarının ebeveynlerin tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı Tablo 7’de incelenmiştir. Ebeveynlerin ASÖ toplam puanları ile alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0,05).

Ebeveynlerin yaş grupları ile ASÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır (p>0,05).

Ebeveynlerin Algıladıkları Stres Ölçeği ve alt boyut puan ortalamalarının öğrenim durumlarına göre dağılımı incelenmiş, ASÖ toplam puanı ve “algılanan stres”



alt boyut puan ortalamaları ile öğrenim durumu grupları arasında istatistiksel olarak fark yoktur ( $p>0,05$ ). “Algılanan baş etme” alt boyutu puan ortalamaları incelendiğinde; öğrenim durumu arttıkça stres düzeyinin düştüğü görülmektedir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı ( $p<0,05$ ) bulunmuştur (Tablo 7).

Ebeveynlerin Algıladıkları Stres Ölçeği ve alt boyut puan ortalamalarının ebeveyn çalışma durumuna göre dağılımında ASÖ ve “algılanan stres” alt boyut puan ortalamaları ile öğrenim durumu grupları arasında istatistiksel olarak fark yoktur ( $p>0,05$ ). “Algılanan baş etme” alt boyutu puan ortalamaları incelendiğinde; çalışmayan ebeveynlerin çalışan ebeveynlere göre ASÖ puan ortalamasının daha yüksek olduğu belirlenmiş olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0,05$ ).

Ebeveynlerin Algıladıkları Stres Ölçeği ve alt boyut puan ortalamalarının aile tipine göre dağılımında ASÖ ve “algılanan stres” alt boyut puan ortalamaları ile öğrenim durumu grupları arasında istatistiksel olarak fark yoktur ( $p>0,05$ ). “Algılanan baş etme” alt boyutu puan ortalamaları incelendiğinde; çekirdek aile yapısında olan ailelerin puan ortalamalarının daha düşük olduğu belirlenmiş olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0,05$ ).

Ebeveynlerin Algıladıkları Stres Ölçeği ve alt boyut puan ortalamalarının ebeveynlerin arasında akraba evliliği olma, kronik bir hastalığı olma, başka çocuk sahibi olma isteğine göre dağılımı Tablo 7’de incelenmiş olup gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ( $p>0,05$ ).

**Tablo 8. Ebeveynlerin Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Ebeveynlerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı (n=168)**

Değişkenler	ÇBASDÖ		Aile Desteği		Arkadaş Desteği		Özel Bir Kişi	
	$\bar{x}$	Ss	$\bar{x}$	Ss	$\bar{x}$	Ss	$\bar{x}$	Ss
Anne	48,76	16,07	21,89	5,47	15,03	7,20	11,84	7,00
Baba	40,05	13,01	20,41	8,34	11,70	5,25	7,94	5,18
Test/ p	t=2,1	p=0,03*	t=0,71	p=0,48	t=2,37	p=0,03*	t=2,82	p=0,01*
<b>Ebeveyn yaşı</b>								
29 yaş ve altı	49,03	16,54	22,21	5,69	14,77	6,97	12,05	6,69
30-39	47,89	16,20	21,51	5,87	15,15	7,17	11,23	7,09
40 yaş ve üzeri	45,24	14,04	21,48	6,00	12,96	7,08	10,80	7,07
Test /p	F=0,48	p=0,61	F=0,27	p=0,75	F=0,92	p=0,39	F=0,36	p=0,69
<b>Öğrenim durumu</b>								
Okul Bitirmemiş	40,16	4,11	20,83	4,11	11,33	5,46	8,00	3,84
İlköğretim Mezunu	48,42	15,57	22,61	5,16	14,25	6,86	11,56	6,82
Lise Mezunu	48,13	17,45	20,69	6,43	15,27	7,28	12,16	7,32
Üniversite Mezunu	50,70	15,10	23,30	6,70	18,50	7,77	8,90	6,26
Test /p	F=0,68	p=0,60	F=1,34	p=0,25	F=1,54	p=0,19	F=0,96	p=0,42
<b>Çalışma durumu</b>								
Çalışıyor	49,60	14,88	12,14	5,59	15,85	6,82	11,60	7,19
Çalışmıyor	47,43	16,27	21,63	5,88	14,39	7,15	11,40	6,88
Test /p	t=0,71	p=0,47	t=0,45	p=0,64	t=1,08	p=0,27	t=0,14	p=0,88
<b>Aile tipi</b>								
Çekirdek	46,91	17,29	21,68	6,20	14,47	7,47	10,75	6,91
Geniş	51,02	12,45	21,75	4,57	15,52	6,04	13,75	6,79
Parçalanmış	43,40	3,57	23,00	6,78	12,80	6,83	7,60	3,04
Test /p	F=1,26	p=0,28	F=0,12	p=0,88	F=0,53	p=0,58	F=3,92	p=0,02*
<b>Akraba evliliği</b>								
Var	45,47	16,27	20,61	6,20	13,88	6,76	10,96	7,38
Yok	49,33	15,69	22,41	5,47	15,18	7,27	11,73	6,66
Test /p	t=-1,52	p=0,13	t=-1,96	p=0,05	t=-1,14	p=0,25	t=-0,69	p=0,49
<b>Kronik hastalığı olma</b>								
Var	51,30	12,76	23,10	4,30	14,10	6,41	14,10	8,43
Yok	47,67	16,17	21,65	5,89	14,73	7,15	11,27	6,82
Test /p	t=0,69	p=0,48	t=0,76	p=0,44	t=-0,27	p=0,78	t=1,25	p=0,21
<b>Başka çocuk isteme</b>								
Evet	51,16	16,87	22,28	5,63	16,08	7,33	12,79	6,85
Hayır	45,71	15,04	21,38	5,92	13,77	6,81	10,55	6,87
Test /p	t=2,13	p=0,03*	t=0,98	p=0,32	t=2,09	p=0,03*	t=2,06	p=0,04*

t= Independent t test; F= Varyans analizi ANOVA; p<0,05\*

Ebeveynlerin Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve alt boyut puan ortalamalarının görüşülen ebeveynlerin tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı Tablo 8'de verilmiştir. Annelerin ÇBASDÖ toplam puan ortalaması 48,76±16,07, babaların ise 40,05±13,01 olduğu saptanmıştır. ÇBASDÖ toplam puan, “arkadaş desteği” ve “özel bir kişi desteği” alt boyut puan ortalamalarında gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0,05).

Ebeveynlerin ÇBASDÖ ve alt boyut puan ortalamalarının görüşülen ebeveyn yaş grupları, öğrenim durumları, çalışma durumlarına göre dağılımı ile gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır ( $p>0,05$ ) (Tablo 8).

Ebeveynlerin ÇBASDÖ ve alt boyut puan ortalamalarının aile tipine göre dağılımı incelendiğinde; “özel bir kişi” alt boyutu ile anlamlı fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ). Diğer puan ortalamaları ile aile tipi grupları arasında istatistiksel olarak fark bulunamamıştır ( $p>0,05$ ). Geniş aile yapısında olanların özel bir kişi alt boyut puanının diğer gruplara göre daha yüksek ( $p>0,05$ ) olduğu görülmektedir (Tablo 8).

Ebeveynlerin ÇBASDÖ ve alt boyut puan ortalamalarının ebeveynlerde akraba evliliği olma, ebeveynin kronik bir hastalığı olma durumuna göre dağılımı incelenmiş ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız ( $p>0,05$ ) bulunmuştur (Tablo 8).

Ebeveynlerin ÇBASDÖ ve alt boyut puan ortalamalarının ebeveynlerin başka çocuk sahibi olma isteğine göre dağılımı incelenmiş ve ÇBASDÖ toplam puanı ( $p=0,03$ ), “arkadaş desteği” ( $p=0,038$ ) ve “özel bir kişi desteği” alt boyut puan ortalamalarının ( $p=0,04$ ) başka çocuk sahibi olmak isteyen ebeveynlerde daha yüksek bulunmuştur. “Aile desteği” alt boyutunun ise gruplar arasındaki farkı istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ( $p>0,05$ ) (Tablo 8).

**Tablo 9. Ebeveynlerin Algıladıkları Stres Ölçeği ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Çocuğun Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı (n=168)**

Değişkenler	ASÖ		Algılanan Stres		Algılanan Baş Etme	
	$\bar{x}$	Ss	$\bar{x}$	Ss	$\bar{x}$	Ss
<b>Cinsiyet</b>						
Kız	24,86	4,81	11,52	4,55	6,66	2,70
Erkek	25,42	5,06	12,50	4,51	7,07	2,42
Test/ p	t=-0,73	p=0,47	t=-1,39	p=0,16	t=-1,05	p=0,29
<b>Yaş</b>						
24 ay ve altı	21,08	4,23	13,76	2,43	7,32	2,47
25-48 ay	17,06	5,36	10,85	3,69	6,20	2,59
49-120 ay	18,60	5,69	11,41	5,00	7,19	2,77
121 ay ve üzeri	20,62	5,21	13,68	5,28	6,93	1,99
Test /p	F=4,49	p=4,49	F=4,32	p=4,32	F=1,67	p=1,67
<b>Tedavi şekli</b>						
Yatarak	18,73	5,85	11,89	4,86	6,84	2,81
Ayaktan	19,34	4,46	12,38	3,69	6,95	1,83
Test /p	F=0,72	p=0,47	F=0,71	p=0,47	F=-0,30	p=0,76
<b>Tanı</b>						
Lösemi	19,21	5,66	12,06	4,57	7,14	2,62
Lenfoma	18,84	4,96	12,09	4,72	6,75	2,09
SSS tümörü	21,14	3,53	14,00	3,05	7,14	1,77
Kemik tümörü	17,35	6,06	10,88	4,89	6,47	3,29
Böbrek tümörü	16,70	6,21	11,10	4,67	5,60	2,95
Test /p	F=0,95	p=0,45	F=0,74	p=0,58	F=0,87	p=0,50
<b>Ek tanı</b>						
Var	20,53	4,34	13,66	4,71	6,86	1,72
Yok	18,71	5,55	11,82	4,49	6,88	2,64
Test /p	t=1,23	p=0,21	t=1,50	p=0,13	t=-0,03	p=0,97
<b>Tanı yaşı</b>						
30 ay ve altı	19,66	5,17	13,05	3,28	6,61	2,50
31-54 ay	17,82	5,52	11,19	4,04	6,63	2,69
55-108 ay	18,29	5,68	11,01	4,99	7,27	2,80
109 ay ve üzeri	20,56	5,16	13,62	5,24	6,93	1,99
Test /p	F=2,07	p=0,10	F=3,47	p=0,01*	F=0,68	p=0,56
<b>Kardeş sayısı</b>						
Kardeş yok	19,31	4,66	12,45	4,21	6,85	1,94
Bir kardeş	18,36	5,41	12,02	4,25	6,34	2,50
İki kardeş	18,25	6,54	11,10	5,20	7,15	3,14
Üç kardeş	21,14	5,06	12,78	5,63	8,35	2,34
Dört kardeş ve üzeri	21,85	2,41	13,71	2,42	8,14	1,06
Test /p	F=1,46	p=0,21	F=0,81	p=0,51	F=2,59	p=0,03*

t= Independent t test; F= Varyans analizi ANOVA; p<0,05

Ebeveynlerin Algıladıkları Stres Ölçeği ve alt boyut puan ortalamalarının çocuğun tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı Tablo 9’ da incelenmiştir. Ebeveynlerin ASÖ ve alt boyut puan ortalamalarının hasta çocuğun cinsiyeti, yaşı, tedavi şekli, tanısı, ek tanı varlığı arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur (p>0,05).

Ebeveynlerin ASÖ ve alt boyut puan ortalamalarının çocuğun tanı yaşına göre dağılımı incelenmiş, çocukların tanı yaşları ile “algılanan stres” alt boyut puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,017). ASÖ toplam puan ve

“algılanan baş etme” alt boyut puan ortalamaları ile tanı yaş grupları arasındaki fark ise istatistiksel olarak anlamsız ( $p>0,05$ ) bulunmuştur (Tablo 9).

Ebeveynlerin ASÖ toplam puanı ve algılanan stres alt boyut puanı ortalamaları ile çocuğun kardeşi olma durumu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır ( $p>0,05$ ) (Tablo 9).

“Algılanan baş etme” alt boyut puanı incelendiğinde ise; kardeşi olmayanların “algılanan baş etme” puan ortalamasına göre kardeş sayısı arttıkça “algılanan baş etme” puanının arttığı görülmekte olup gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p=0,03$ ) (Tablo 9).



**Tablo 10. Ebeveynlerin Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Çocukların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı (n=168)**

Değişkenler	ÇBASDÖ		Aile Desteği		Arkadaş Desteği		Özel Bir Kişi	
	$\bar{x}$	Ss	$\bar{x}$	Ss	$\bar{x}$	Ss	$\bar{x}$	Ss
<b>Cinsiyet</b>								
Kız	46,50	17,09	7,07	2,42	14,32	6,81	10,26	6,81
Erkek	6,66	14,85	6,66	2,70	15,10	7,17	12,75	6,86
Test/ p	t=1,18	p=0,23	t=-1,05	p=0,29	t=0,70	p=0,48	t=2,35	<b>p=0,02*</b>
<b>Yaş</b>								
24 ay ve altı	34,00	15,96	16,88	7,60	9,44	5,63	7,68	5,12
25-48 ay	51,83	16,93	23,75	4,94	16,31	8,24	11,77	6,57
49-120 ay	49,77	14,42	22,14	4,53	14,92	6,23	12,71	7,18
121 ay ve üzeri	49,09	11,77	21,75	5,75	15,93	6,13	11,40	7,39
Test/ p	F=8,67	<b>p=0,00*</b>	F=8,97	<b>p=0,00*</b>	F=6,30	<b>p=0,00*</b>	F=3,33	<b>p=0,02*</b>
<b>Tedavi şekli</b>								
Yatarak	48,41	16,22	21,85	5,88	15,32	7,54	11,22	6,83
Ayaktan	46,61	15,46	21,46	5,67	13,16	5,63	11,97	7,20
Test/ p	t=0,66	p=0,50	t=-0,39	p=0,69	t=1,81	p=0,72	t=-0,63	p=0,52
<b>Tanı</b>								
Lösemi	47,53	15,62	21,54	5,53	15,08	7,21	10,90	6,74
Lenfoma	52,27	14,39	23,30	4,89	15,66	6,75	13,30	7,10
SSS tümörü	40,14	16,68	18,28	6,34	10,14	5,63	11,71	6,99
Kemik tümörü	44,11	19,33	20,11	7,62	12,64	7,27	11,35	7,81
Böbrek tümörü	46,80	18,69	22,90	7,17	14,20	8,18	9,70	6,54
Test/ p	F=1,07	p=0,37	F=1,41	p=0,22	F=1,05	p=0,38	F=0,75	p=0,58
<b>Ek tanı</b>								
Var	46,13	11,36	6,86	1,72	13,53	5,26	10,33	6,13
Yok	48,21	16,32	6,88	2,64	14,87	7,23	11,59	7,01
Test/ p	t=-0,64	p=0,52	t=-0,03	p=0,97	t=-0,90	p=0,37	t=-0,67	p=0,50
<b>Tanı yaşı</b>								
30 ay ve altı	41,10	18,57	19,53	7,81	12,25	7,50	9,30	5,89
31-54 ay	48,63	16,52	22,71	5,08	14,95	7,91	10,95	6,50
55-108 ay	51,39	14,39	22,54	4,14	15,49	6,24	13,35	7,42
109 ay ve üzeri	49,50	11,85	21,75	5,75	16,03	6,14	11,71	7,32
Test/ p	F=3,44	<b>p=0,01*</b>	F=2,71	<b>p=0,04*</b>	F=2,19	p=0,09	F=2,69	<b>p=0,04*</b>
<b>Kardeş sayısı</b>								
Kardeş yok	51,22	16,09	21,91	5,50	16,08	6,89	13,22	7,43
Bir kardeş	46,83	15,96	22,15	6,16	14,42	7,21	10,26	6,12
İki kardeş	48,84	17,73	21,02	5,90	15,15	7,51	12,66	7,84
Üç kardeş	47,71	12,03	21,14	4,89	14,50	6,04	12,07	7,01
Dört kardeş ve üzeri	37,14	7,49	21,85	5,66	8,42	3,25	6,85	2,60
Test/ p	F=1,29	p=0,27	F=0,27	p=0,89	F=1,80	p=0,13	F=2,27	p=0,06

t= Independent t test; F= Varyans analizi ANOVA; p<0,05

Ebeveynlerin Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve alt boyut puan ortalamalarının çocukların tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı Tablo 10'da incelenmiştir.

Ebeveynlerin ÇBASDÖ ve alt boyut puan ortalamalarının çocuğun cinsiyetine göre dağılımı incelenmiş "özel bir kişi" alt boyutu ile istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Diğer puan ortalamaları ile cinsiyet grupları arasında istatistiksel olarak fark bulunamamıştır ( $p>0,05$ ). Erkek çocuğu olanların algıladıkları "özel bir kişi" alt boyut puanı kız çocuğu olan ebeveynlerin puanına göre daha yüksek ( $p=0,02$ ) bulunmuştur (Tablo 10).

Ebeveynlerin ÇBASDÖ ve alt boyut puan ortalamalarının çocuğun yaşına göre dağılımı incelenmiş ölçek ve alt boyut puan ortalamaları ile gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı ( $p<0,05$ ) bulunmuştur (Tablo 10).

Ebeveynlerin ÇBASDÖ ve alt boyut puan ortalamalarının çocuğun tedavi şekli, tanısı, ek tanısı olma durumuna göre dağılımı ile gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız ( $p>0,05$ ) bulunmuştur (Tablo 10).

Ebeveynlerin ÇBASDÖ ve alt boyut puan ortalamalarının çocuğun tanı yaşına göre dağılımı incelenmiş çocukların tanı yaşları ile ölçek toplam puanı," aile desteği" ve "özel bir kişi desteği" alt boyut puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0,05$ ). "Arkadaş desteği" alt boyut puanı ortalamaları ile tanı yaş grupları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız ( $p>0,05$ ) bulunmuştur (Tablo 10).

Ebeveynlerin çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği ve alt boyut puan ortalamalarının çocuğun kardeş sayısına göre dağılımı incelenmiş,ölçek puan ortalamaları kardeş sayısına göre değişmemekte olup fark istatistiksel olarak anlamsız ( $p>0,05$ ) bulunmuştur (Tablo 10).

**Tablo 11. Ebeveynlerin Algıladıkları Stres Ölçeği ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Ebeveynlerin Sosyal ve Duygusal İlişkilerinin Etkilenme Durumuna Göre Dağılımı (n=168)**

Değişkenler	ASÖ		Algılanan Stres		Algılanan Baş Etme	
	$\bar{x}$	Ss	$\bar{x}$	Ss	$\bar{x}$	Ss
<b>Günlük yaşamı etkileme</b>						
Etkiliyor	19,33	5,61	12,65	4,38	6,68	2,44
Etkilemiyor	18,12	5,16	10,86	4,65	7,25	2,75
Test/ p	t=1,37	p=0,17	t=2,46	<b>p=0,01*</b>	t=-1,39	p=0,16
<b>Eşi ile ilişkisinde bozulma</b>						
Var	20,77	4,85	13,29	4,73	7,47	2,23
Yok	18,17	5,56	11,53	4,38	6,64	2,65
Test /p	t=2,83	<b>p=0,005*</b>	t=2,29	<b>p=0,02*</b>	t=1,92	<b>p=0,05*</b>
<b>Hastalık nedeni ile suçlu hissetme</b>						
Evet	18,93	6,88	11,80	5,12	7,12	3,20
Hayır	18,91	5,14	12,08	4,42	6,82	2,40
Test /p	t=0,01	p=0,98	t=-0,28	p=0,77	t=0,49	p=0,62
<b>Duyularını paylaştığı kişi</b>						
Eş	18,55	5,49	11,66	4,50	6,88	2,65
Akraba	22,20	2,58	15,80	2,38	6,40	1,14
Arkadaş	24,00	3,31	16,71	2,75	7,28	1,38
Hemşire	20,50	6,36	14,50	4,94	6,00	1,41
Test /p	F=2,98	<b>p=0,03*</b>	F=4,39	<b>p=0,005*</b>	F=0,19	p=0,90

t= Independent t test; F= Varyans analizi ANOVA; p<0,05\*

Ebeveynlerin algıladıkları stres ölçeği ve alt boyut puan ortalamalarının günlük yaşamını etkileme durumuna göre dağılımı Tablo 11’de incelenmiş ASÖ toplam puanı ve “algılanan baş etme” alt boyut puanı ortalamaları ile çocuğun hastalığının ebeveynlerin günlük yaşamını etkileme durumuna göre gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur (p>0,05).

“Algılanan stres” alt boyut puanı incelendiğinde ise; çocuğun hastalığının ebeveynlerin günlük yaşamı etkilenenlerin “algılanan stres” puan ortalaması (12,65±4,38) etkilenmeyenlerin “algılanan stres” puan (10,86±4,65) ortalamasından yüksek (p=0,015) olup gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (Tablo 11).

Ebeveynlerin algıladıkları stres ölçeği ve alt boyut puan ortalamalarının çocuğun kardeş sayısına göre dağılımı Tablo 11’de incelenmiştir. ASÖ toplam puanı ve “algılanan stres” alt boyut puanı ortalamaları ile ebeveynlerin eş ilişkilerinde bozulma durumuna göre gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Eşler



arasında ilişkide bozulma olduğunu ifade edenlerin ASÖ toplam puanı ve algıladıkları stres alt boyut puanı ilişkilerinde bozulma olmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur. ( $p<0,05$ ). “Algılanan baş etme” alt boyut puanı incelendiğinde ise gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ( $p>0,05$ ).

Ebeveynlerin ASÖ ve alt boyut puan ortalamalarının hastalık nedeniyle suçlu hissetme durumuna göre dağılımı ile gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır ( $p>0,05$ ) (Tablo 11).

Ebeveynlerin ASÖ ve alt boyut puan ortalamalarının ebeveynlerin duygularını paylaştığı kişiye göre dağılımı incelenmiş, ASÖ toplam puanı ve “algılanan stres” alt boyutu puan ortalamaları ebeveynlerin duygularını paylaştığı kişilere göre farklılıklar göstermekte olup sonuç istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0,05$ ). Eş ile duygularını paylaşan ebeveynlerin ASÖ toplam puanları ve “algılanan stres” alt boyut puanlarının daha düşük olduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ). “Algılanan baş etme” alt boyutu puan ortalaması ile gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız ( $p>0,05$ ) bulunmuştur (Tablo 11).

**Tablo 12. Ebeveynlerin Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Sosyal ve Duygusal İlişkilerinin Etkilenme Durumuna Göre Dağılımı (n=168)**

Değişkenler	ÇBASDÖ		Aile Desteği		Arkadaş Desteği		Özel Bir Kişi	
	$\bar{x}$	Ss	$\bar{x}$	Ss	$\bar{x}$	Ss	$\bar{x}$	Ss
<b>Günlük yaşamı etkileme</b>								
Etkiliyor	46,73	15,62	21,86	5,64	14,27	7,18	10,60	6,58
Etkilemiyor	50,06	16,55	21,51	6,15	15,50	6,91	13,05	7,33
Test/ p	t=-1,28	p=0,20	t=0,36	p=0,71	t=-1,06	p=0,28	t=-2,20	<b>p=0,02*</b>
<b>Eşi ile ilişkisinde bozulma</b>								
Var	45,81	13,65	21,29	5,70	13,33	5,81	11,18	6,00
Yok	48,71	16,80	21,92	5,86	15,24	7,49	11,55	7,28
Test /p	t=-1,16	p=0,24	t=-0,63	p=0,52	t=-1,76	p=0,08	t=-0,33	p=0,74
<b>Hastalık nedeni ile suçlu hissetme</b>								
Evet	43,48	16,99	20,87	6,31	12,58	6,46	10,03	7,47
Hayır	48,88	15,63	21,94	5,69	15,17	7,16	11,76	6,79
Test /p	t=-1,70	p=0,08	t=-0,92	p=0,35	t=-1,85	p=0,06	t=-1,26	p=0,20
<b>Duyularını paylaştığı kişi</b>								
Eş	48,09	16,27	21,62	5,72	14,74	7,20	14,69	7,09
Akraba	46,20	3,63	25,20	2,58	13,60	3,64	11,72	7,06
Arkadaş	41,85	15,52	20,57	8,96	12,85	7,12	7,40	2,88
Hemşire	57,00	14,14	26,50	2,12	20,00	4,24	8,42	4,89
Test /p	F=0,50	p=0,63	F=1,15	p=0,32	F=0,56	p=0,63	F=1,10	p=0,34

*t= Independent t test; F= Varyans analizi ANOVA; p<0,05\**

Ebeveynlerin ÇBASDÖ puan ortalamalarının günlük yaşamını etkileme durumuna göre dağılımı Tablo 12’ de verilmiştir. ÇBASDÖ toplam puanı, “aile desteği” ve “arkadaş desteği” alt boyut toplam puan ortalamaları ile çocuğun hastalığının ebeveynlerin günlük yaşamını etkileme durumuna göre gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ( $p>0,05$ ).

Ebeveynlerin “özel bir kişi desteği” olma alt boyut puan ortalaması incelendiğinde ise; çocuğun hastalığının ebeveynlerin günlük yaşamını etkilenenlerin puan ortalamasına ( $10,60\pm 6,58$ ) göre etkilenmeyenlerin puan ortalamasının ( $13,05\pm 7,33$ ) arttığı belirlenmiştir. Günlük yaşamı etkilenmeyenlerin özel bir kişi desteği düzeylerinin daha yüksek ( $p=0,02$ ) olduğu görülmektedir (Tablo 12).

Ebeveynlerin ÇBASDÖ ve alt boyut puan ortalamalarının eşi ile ilişkisinde bozulma, hastalık nedeniyle suçlu hissetme, duygularını paylaştığı kişi durumlarına göre dağılımı incelenmiş, gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ( $p>0,05$ ) (Tablo 12).



**Tablo 13. Ebeveynlerin Algıladıkları Stres Ölçeği ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Ebeveynlerin Hastalığa İlişkin Bilgi Eksikliği Olma Durumuna Göre Dağılımı (n=168)**

Bilgi eksikliği	ASÖ		Algılanan Stres		Algınana Baş Etme	
	$\bar{x}$	Ss	$\bar{x}$	Ss	$\bar{x}$	Ss
İlaçların yan etkisi						
Var	15,82	5,85	10,76	4,08	5,05	2,60
Yok	19,85	5,02	12,41	4,62	7,43	2,28
Test/ p	t=-4,22	<b>p=0,00*</b>	t=-2,00	<b>p=0,04*</b>	t=-5,51	<b>p=0,00*</b>
<b>Saç dökülmesi</b>						
Var	17,47	6,61	11,26	5,50	6,21	3,35
Yok	19,10	5,31	12,13	4,42	6,96	2,44
Test /p	t=-1,22	p=0,22	t=-0,78	p=0,43	t=-0,94	p=0,35
<b>Beslenme</b>						
Var	17,75	5,44	11,40	4,07	6,34	2,71
Yok	19,43	5,43	12,31	4,73	7,12	2,46
Test /p	t=-1,86	p=0,06	t=-1,20	p=0,22	t=-1,82	p=0,07
<b>Kan değerleri</b>						
Var	18,10	6,06	11,64	4,54	6,45	2,84
Yok	19,60	4,86	12,36	4,54	7,24	2,25
Test /p	t=-1,74	p=0,08	t=-1,03	p=0,31	t=-1,96	<b>p=0,05*</b>
<b>Enfeksiyondan korunma</b>						
Var	17,28	5,50	10,58	4,89	6,69	2,82
Yok	19,73	5,30	12,75	4,20	6,97	2,43
Test/p	t=-2,78	<b>p=0,006*</b>	t=-2,98	<b>p=0,003*</b>	t=-0,65	p=0,51

*t= Independent t test; F= Varyans analizi ANOVA; p<0,05*

Ebeveynlerin algıladıkları stres ölçeği ve alt boyut puan ortalamalarının ebeveynlerin ilaç yan etkilerini bilme durumlarına göre bilgi eksikliği dağılımı Tablo 13'te incelenmiştir. ASÖ toplam puanı ve “algılanan baş etme” alt boyutu puan ortalamaları ilaç yan etkilerini bilme grupları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olup yan etkilerine ilişkin bilgi eksikliği olan ebeveynlerin stres puanlarının daha düşük olduğu belirlenmiştir (p=0,000). “Algılanan stres” alt boyutu puan ortalaması ile gruplar arasındaki fark ise istatistiksel olarak anlamsızdır (p>0,05).

Ebeveynlerin algıladıkları stres ölçeği ve alt boyut puan ortalamalarının ebeveynlerin saç dökülmesi, beslenme, kan değerlerine ilişkin bilgi eksikliğine göre gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız (p>0,05) bulunmuştur (Tablo 13).

Ebeveynlerin çocuğun enfeksiyondan korunmasına ilişkin bilgi eksikliği durumuna göre dağılımı incelenmiş, enfeksiyondan korunma hakkında bilgi eksikliği olan ebeveynlerin ASÖ toplam puan ortalaması (17,28±5,50) bilgi eksikliği olmayanların ASÖ toplam puan ortalamasına (19,73±5,30) göre daha düşük olup sonuç istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,006) (Tablo 13).

Enfeksiyondan korunma hakkında bilgisi olan ebeveynlerin algılanan stres alt boyut puan ortalaması (10,58±4,89) bilgi eksikliği olmayanların ‘’algılanan stres’’ alt boyut puan ortalamasına (12,75±4,20) göre daha düşük olup sonuç istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,006). ‘‘Algılanan baş etme’’ alt boyutu puanları enfeksiyondan korunmaya ilişkin bilgisi açısından gruplar arasında istatistiksel olarak fark yoktur (p=0,511) (Tablo 13).

**Tablo 14. Ebeveynlerin Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Ebeveynlerin Hastalığa İlişkin Bilgi Eksikliği Olma Durumuna Göre Dağılımı (n=168)**

Bilgi Eksikliği	ÇBASDÖ		Aile Desteği		Arkadaş Desteği		Özel Bir Kişi	
	$\bar{x}$	Ss	$\bar{x}$	Ss	$\bar{x}$	Ss	$\bar{x}$	Ss
<b>İlaçların yan etkisi</b>								
Var	44,05	18,11	21,02	6,76	13,12	8,49	9,89	6,64
Yok	49,04	15,16	21,96	5,50	15,17	6,57	11,91	6,97
Test/ p	t=-1,72	p=0,08	t=-0,88	p=0,38	t=-1,38	p=0,17	t=-1,60	p=0,11
<b>Saç dökülmesi</b>								
Var	45,89	13,03	19,63	6,66	15,26	6,26	11,00	5,44
Yok	48,14	16,33	22,01	5,65	14,62	7,20	11,50	7,11
Test/p	t=-0,68	p=0,49	t=-1,69	p=0,09	t=0,36	p=0,71	t=-0,36	p=0,71
<b>Beslenme</b>								
Var	48,32	13,05	22,07	4,92	14,34	6,21	11,90	6,32
Yok	47,68	17,17	21,59	6,17	14,85	7,47	11,24	7,20
Test/p	t=0,26	p=0,79	t=0,54	p=0,59	t=-0,45	p=0,64	t=0,57	p=0,56
<b>Kan değerleri</b>								
Var	47,93	18,19	21,20	6,68	14,76	7,03	11,96	7,46
Yok	47,84	13,93	22,19	4,94	14,63	7,17	11,01	6,45
Test/p	t=0,03	p=0,97	t=-1,07	p=0,28	t=0,11	p=0,90	t=0,87	p=0,38
<b>Enfeksiyondan korunma</b>								
Var	50,80	15,56	22,51	5,85	16,32	7,04	11,96	7,06
Yok	46,42	16,05	21,35	5,77	13,88	7,00	11,18	6,88
Test/p	t=1,68	p=0,09	t=1,22	p=0,22	t=2,12	p=0,035*	t=0,68	p=0,49

t= Independent t test; F= Varyans analizi ANOVA; p<0,05\*

Ebeveynlerin Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve alt boyut puan ortalamalarının ebeveynlerin hastalığa ilişkin bilgi eksikliği olma durumuna göre dağılımı Tablo 14’te verilmiştir.

Ebeveynlerin ÇBASDÖ ve alt boyut puan ortalamalarının ebeveynlerin ilaç yan etkileri, saç dökülmesi, beslenme, kan değerlerine ilişkin bilgi eksikliğine göre dağılımı incelenmiş gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur (p>0,05).

Ebeveynlerin ÇBASDÖ toplam puanı, “aile desteği” ve “özel bir kişi” alt boyut puanı ortalamaları ile gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur (p>0,05). Çocuğunun enfeksiyondan korunmada bilgi eksikliği olanların “arkadaş desteği” puan ortalaması (16,32±7,04) olmayanların puan ortalamasına göre (13,88±7,01) daha yüksek olup sonuç istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,035).

**Tablo 15. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Toplam Puanını Yordamak için Yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi**

Bağımsız Değişkenler	B(b)	B' nin Standart Hatası	Beta	t	p
Algılanan stres puanı	-2,095	0,214	-0,579	-9,768	0,000
Algılanan baş etme puanı	-1,848	0,415	-0,258	-4,449	0,000
Çocuk yaşı	0,139	0,021	0,467	6,721	0,000
Ebeveyn yaşı	-0,739	0,173	-0,315	-4,277	0,000
Tedavi şekli	-4,732	2,054	-0,137	-2,305	0,023
Aynı tanı alan başka çocuk varlığı	25,673	10,869	0,137	2,362	0,020
Tekrar çocuk sahibi olma isteği	-5,088	2,216	-0,156	-2,296	0,023
<b>Sabit (a) (Constant)</b>	64,232	22,787		2,819	0,006

Çoklu R (multiple R)	R <sup>2</sup>	F	sd	p
0,77	0,59	25,490	6/126	0,000

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek toplam puanını yordamak için yapılan çoklu doğrusal regresyon analizi Tablo 15’te incelenmiştir. Sonucu kurulan model istatistiksel olarak anlamlıdır (F= 25,490; p<0,05). Çok boyutlu algılanan sosyal destek puanının yordayıcısı olarak modele alınan 7 değişken algılanan sosyal destek puanının %59’luk kısmını açıklamaktadır. Kalan %41’lik kısım modele alınmayan değişkenlerle açıklanmaktadır. Ancak mevcut modele istatistiksel olarak anlamlı bulunan değişkenler alınmıştır (p<0,05).

“Algılanan stres” puanı kurulan modelde istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0,05). “Algılanan stres” puanındaki bir birimlik artış çok boyutlu “algılanan sosyal destek” puanını -2,095 puan düşürmektedir. Aynı şekilde modelde anlamlı bulunan “algılanan baş etme” puanındaki bir birimlik artış, çok boyutlu “algılanan sosyal destek” puanını -1,848 birim azaltmaktadır (Tablo 15).

Çocuğun yaş değişkeni çok boyutlu algılanan sosyal destek puanını açıklamada anlamlı olup bir birimlik artışta çok boyutlu algılanan sosyal destek puanını 0,139 birim arttırmaktadır. Ebeveyn yaşı için bakıldığında ise; ebeveynin yaşında bir birimlik değişim çok boyutlu algılanan sosyal destek puanını -0,739 birim etkilemektedir (Tablo 15).

Çocuğun tedavi şekli değişkeni kurulan regresyon modelinde istatistiksel olarak anlamlı bulunan diğer değişkendir. Bu değişkende olacak bir birimlik artış ise çok boyutlu algılanan sosyal destek puanını -4,732 birim etkilemektedir (Tablo 15).

Çok boyutlu algılanan sosyal destek puanını açıklamada en büyük paya sahip değişken ise aynı tanı alan başka çocuk varlığı değişkenidir. Aynı tanıyı alan başka çocuk varlığı değişkeninde olacak bir birimlik değişim çok boyutlu algılanan sosyal destek puanını 25,673 birim etkilemektedir. Bulunan bu etki modele alınan diğer 6 değişkenin etkisinden fazladır. Modele alınan son değişken olan tekrar çocuk sahibi olma isteği değişkeninde de bir birimlik artış çok boyutlu algılanan sosyal destek puanını -5,088 birim azaltacaktır. Çok boyutlu algılanan sosyal destek puanı bu değişkenlerce etkilenmese de sabit değişken aracılığı ile 64,232 puan olarak belirlenmiştir (Tablo 15).



## 5. TARTIŞMA

Kanser giderek artan ve çocukluk döneminde de sık görülen evrensel bir sağlık sorunudur. Kanser, hasta ve yakınları tarafından çoğu zaman ölümcül, fonksiyon kayıpları yaratan bir hastalık olarak algılanmaktadır. Tedavi ve bakım sürecinin uzun olması nedeniyle yaşam kalitesini önemli ölçüde etkilemekte olup çocuk ve aile üyelerini sosyal ve psikolojik olarak etkilemektedir (103).

Çocuğun tanı aldığı aşamadan tedavi ve bakım süresi boyunca aile üyeleri yaşadıkları bilinmezlik ve kaygı nedeniyle stres yaşamaktadır. Bununla birlikte yakınlarının desteği bu zorlu süreci aşmaları ya da en az zararla atlatabilmeleri ve çözüm önerileri geliştirebilmeleri için önemlidir (104). Sosyal destek, ebeveynlerin çocuklarının kronik hastalığına başarılı bir şekilde adaptasyon sağlamaları ve hastalıkla baş edebilmeleri için önemlidir. Ebeveynlerin çocukları hastanede yatarken ortaya çıkabilecek yeni durumlarla ilgili olarak ve aile dinamiklerindeki değişiklikler açısından yardıma gereksinimi vardır. Yoğun bakımda çocuğu olan ebeveynler temel olarak, doğru ve güvenilir şekilde bilgilendirmeye, çocuklarının durumlarını kendilerine açıklayacak birine ve personel dışında birinden duygusal, ruhsal ve fiziksel destek görmeye gereksinim duymaktadırlar. Ayrıca, çocuklarının olası en iyi bakımı aldığına güven duymaları ve çocuklarına aktif bir şekilde ebeveynlik yapma fırsatları yaratılması aileyi destekleme açısından önemli konulardır (62, 104).

Kanser tanısı almış çocuğa sahip ebeveynlerin, hastalığın tanı ve tedavisi sürecinde yaşadıkları olumsuzluklar, stres, ekstra yük ve sorumluluklar ile baş edebilmelerinde akrabalar, arkadaşlar gibi sosyal çevrelerinin desteği önemli rol oynamaktadır. Sosyal destek, çocuk ve ailesinin sadece başa çıkmalarını kolaylaştırmak ile kalmayıp, yalnızlık ve ölüm endişelerini azaltmakta, ruhsal sıkıntı yaşamalarını önlemekte ve tedaviye uyumlarını arttırmaktadır (76, 84).

Kanser hastası olan çocuk ve ebeveynlerinin hastalığın ve tedavinin getireceği stres ve mevcut durumda sosyal destek algılarının belirlenmesi önemlidir. Çocuk ve ailenin mevcut durumunun belirlenmesi ile bakım ve tedaviye yönelik uygun planlamanın yapılmasını kolaylaştıracaktır. Bu araştırma, kanser tanısı ile izlenen çocukların ebeveynlerinin stres düzeyleri ve sosyal destek algılarının belirlenmesi amacıyla yapılmış olup bu bölümde bulgular literatür desteği ile tartışılacaktır.

Araştırmaya katılan ebeveynlerin %89,9'u annedir. Ebeveynlerin %51,2'si 30-39 yaş aralığında, %47,6'sı lise mezunudur. Ebeveynlerin %79,2'si çalışmadıklarını belirtmişlerdir. Ailenin %70,8'i çekirdek aile yapısındadır. Ailelerin tamamına yakınının (%98,2) sosyal güvencesi vardır. Ebeveynlerin %62,5'inin akraba evliliği yaptığı, %94'ünün kronik hastalığı olmadığı, %60,1'inin başka çocuk sahibi olmak istemedikleri saptanmıştır (Tablo 1).

Çocukların %52,4'ü kız, %37,5'i 49-120 aylıktır. Çocukların %70,8'inin yatarak tedavi olduğu, yarısından fazlasının (%56,5) lösemi tanısı ile izlendiği, %91,1'inin ek bir tanısı olmadığı belirlenmiştir. Çocukların %23,2'sinin tanı yaşının 30 ay ve altında olduğu, %69,2'sinin kardeşinin olduğu, kardeşi olanların (n=133) %54,9'unun bir kardeşi olduğu görülmektedir (Tablo 2).

Ebeveynlerin %65,5'i çocuğun hastalığının günlük yaşamlarını etkilediğini, %28,6'sı eşi ile ilişkisini olumsuz etkilediğini belirtmiştir. Ebeveynlerin %18,5'i hastalık nedeniyle kendini suçlu hissettiğini ifade etmişlerdir (Tablo 3).

Ebeveynlerin hastalık ve hastalığa bağlı yan etkilere ilişkin bilgi eksikliği durumuna göre tanıtıcı özellikleri Tablo 4'te verilmiştir. Ebeveynlerin %23,2'sinin ilaçların yan etkisine ilişkin, %11,3'ünün saç dökülmesine ilişkin, %31'inin çocuğun beslenmesine ilişkin, %45,8'inin normal kan değerlerine ilişkin, %33,3'ünün enfeksiyonlardan korunmaya ilişkin bilgi eksikliği olduğu belirlenmiştir (Tablo 4).

Ebeveynlerin Algıladıkları Stres Ölçeği toplam puan ortalaması  $18,92 \pm 5,48$ , algılanan stres alt boyut puan ortalaması  $12,03 \pm 4,55$ , algılanan baş etme alt boyutu puan ortalaması  $6,88 \pm 2,56$  olarak belirlenmiştir (Tablo 5). Literatür incelendiğinde; Hodgkinson ve Lester'ın (2002) kistik fibrozisli çocukların anneleri ile yaptıkları çalışmada annelerin tümünün kronik hastalığı olan bir çocuğun ebeveyni olma ve kistik fibrozisin genetik etkileriyle ilgili karar verme sorumluluğu nedeniyle stresli oldukları belirlenmiştir (105). Down sendromu olan çocukların ebeveynleri ve sağlıklı çocukların ebeveynleri ile yapılan bir başka çalışmada da sağlıklı çocukların ebeveynlerine göre down sendromlu çocukların ebeveynlerinin daha fazla stres yaşadıkları görülmektedir (106). Genetik hastalığı olan çocukların ebeveynleri ile yapılan benzer bir çalışmada, ebeveynlerin tümünün stres yaşadığı ve bunların yarısından fazlasının (%55,1) algıladıkları stres düzeyinin ortalamasının üzerinde olduğunu bildirmiştir (107).

Kronik hastalığı olan çocukların ebeveynleri ile yapılan benzer çalışmalarda da ebeveynlerin stres düzeylerinin sağlıklı çocukların ebeveynlerinden daha yüksek olduğu bulunmuştur (108-112).

Kanserli çocukların ebeveynlerinin travma sonrası stresinin incelendiği bir başka çalışmanın sonucunda da ebeveynlerin stres puanının orta düzeyde olduğu belirlenmiştir (74). Kronik hastalığı olan çocukların ebeveynlerinin karşılaştıkları fiziksel, ekonomik ve psikolojik sorunlar nedeniyle stres yaşadıkları bilinmektedir. Araştırma sonucunda da kanser tanısı ile izlenen çocukların ebeveynlerinin de benzer şekilde stres düzeylerinin ortalamasının üzerinde olduğu görülmektedir.

Ebeveynlerin Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği toplam puanı  $47,89 \pm 15,98$ , "aile desteği" alt boyutu  $6,88 \pm 2,56$ , "arkadaş desteği" alt boyutu  $14,70 \pm 7,09$ , "özel bir kişi desteği" alt boyutu ise  $11,45 \pm 6,93$  olarak belirlenmiştir (Tablo 6).

Araştırmanın sonucuna paralel olarak Karaaslan (2013)'in yaptığı çalışmada bakım vericilerin ÇBASDÖ'den aldıkları puan ortalaması  $55,62 \pm 23,17$  olup, bakım vericilerin yarısının algıladığı sosyal desteğin ortalamasının altında olduğu belirlenmiştir (113). Çiçek (2012) 'in çalışmasında aileden alınan destek puan ortalaması  $57,01 \pm 11,62$  olarak bulunmuştur (114). Bu durum bakım vericilerin bakım süresince ailesinden ve sosyal çevresinden uzak kalması ile bakımda yardımcı olacak kimsenin olmamasının, bakım vericilerin sosyal desteği az algılamasına neden olabileceği ile açıklanabilir.

Araştırmanın sonucunun aksine benzer bir çalışmada bakım vericiler algıladığı sosyal destek düzeyinin yüksek olduğu belirlenmiştir (115). Konjenital kalp hastalığı olan çocukların ebeveynleri ile yapılan çalışmanın sonucunda ebeveynlerin algıladıkları sosyal destek puan ortalamasının  $69,55 \pm 15,47$  olduğu bildirilmiştir (116). Uz Baş ve Kabasakal (2013)'in yaptığı çalışmada ebeveynlerin algıladığı sosyal destek puanı  $69,72 \pm 16,09$  olarak belirlenmiştir (117). Bu çalışmalarda katılan ebeveynlerin sosyal destek puanlarının daha yüksek olduğu dikkati çekmektedir.

Bizim araştırmamızda ise, kanser tanısının konuşulmasından sakınılması destek kaynaklarını uzaklaştırıyor olabilir. Bu nedenle sosyal destek puanının daha düşük olduğu söylenebilir. Meksika'da lösemili çocukların ebeveynleri ile yapılan bir başka araştırmada da aile üyelerinin çoğunluğunun, çocuklarının var olan hastalığı ile baş edebilmek için aile bağlarının önemli olduğunu belirtmiştir (118). Bu bağlamda sosyal destek mevcut stres yaratan durum/hastalıkla baş etme açısından önemlidir.

Annelerin ASÖ toplam puan ortalamasının  $18,79 \pm 5,58$ , babaların ASÖ toplam puan ortalamasının da  $20,00 \pm 4,45$  olduğu belirlenmiş olup gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır ( $p > 0,05$ ) (Tablo 7). Yapılan benzer bir çalışma incelendiğinde araştırmanın sonucuna paralel olarak ebeveynler arasında stres düzeyi açısından fark olmadığı görülmektedir (74, 107). Araştırma sonucunda anlamlı olmamakla birlikte baba stres puan ortalamasının daha yüksek olduğu dikkati çekmektedir. Bu durum babaların ekonomik yükü daha fazla karşılama çabasıyla stres düzeylerinin yüksek olduğu düşünülebilir. Bununla birlikte örneklemdaki baba sayısının düşük olması da sonucu etkilemiş olabilir. Öte yandan kronik hastalığı olan çocukların ebeveynlerin stres düzeylerinin incelendiği birçok çalışmada ise bu araştırma sonucunun aksine annelerin stres düzeyinin babalardan daha yüksek olduğu bildirilmiştir (72, 76, 105, 107, 119).

Kızıler (2007)'in kanserli çocuğu olan ailelerle yaptığı çalışmanın sonucunda; istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte annelerin sosyal destek ölçek puanının babalardan daha yüksek olduğu bildirmişlerdir (84). Öte yandan araştırma sonucunun aksine yapılan benzer çalışmaların sonuçları incelendiğinde ebeveynin algıladığı sosyal desteğin anne ya da baba olma ile değişiklik göstermediği belirlenmiştir (76, 116, 119).

Ebeveynlerin ASÖ puanları ile yaş grupları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır (Tablo 7). Yapılan benzer bir çalışmada ebeveynlerin yaş grupları ile algıladıkları stres düzeyi arasında fark olmadığı belirlenmiştir (107).

Ebeveynlerin öğrenim durumu yükseldikçe ASÖ algılanan baş etme alt boyutu puan ortalamalarının düştüğü belirlenmiştir ( $p < 0,05$ ) (Tablo 7). Genetik hastalığı olan çocukların ebeveynleri ile yapılan bir çalışmada ebeveynin öğrenim düzeyinin algıladığı stresi etkilemediği bildirilmiştir (107). Engelli çocuğa sahip ebeveynlerle yapılan çalışmanın sonucunda ise; ebeveynlerin öğrenim düzeylerinin kaygı puanlarını etkilemediği, ancak sosyal destek algılarını etkilediği bildirilmiştir (119).

Ebeveynlerin ASÖ algılanan baş etme alt boyutu puan ortalamaları çalışmayan ebeveynlerin daha yüksek olduğu belirlendi ( $p < 0,05$ ) (Tablo 7). Yapılan benzer çalışmalarda araştırma sonucuna paralel olarak; çalışmayan ebeveynlerin çalışan ebeveynlere göre stres düzeylerinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir (74, 107). Çalışmayan ebeveynlerin algıladıkları stres düzeyinin yüksek olması, çocuğa sürekli refakat ediyor olması ve yaşadığı sıkıntıları daha fazla içselleştiriyor olması ile açıklanabilir.

Ebeveynlerin ASÖ algılanan baş etme alt boyutu puan ortalamaları çekirdek aile yapısında olan ailelerin daha düşük olduğu belirlendi ( $p<0,05$ ). Geniş ailede yaşayanların ÇBASDÖ özel bir kişi alt boyut puanının diğer gruplara göre daha yüksek olduğu belirlendi ( $p<0,05$ ) (Tablo 7). Bu durum geniş aile ile yaşayan ebeveynlerin çocuğun tedavisi sırasında hastanede kaldıkları süreçte, ev ve diğer sorumluluklarla ilgileniliyor olması ve psikososyal olarak da destek almaları ile açıklanabilir.

Ebeveynlerin Algıladıkları Stres Ölçeği ve alt boyut puan ortalamalarının ebeveynler arasındaki akraba evliliği olma durumu arasında fark yoktur ( $p>0,05$ ). Ebeveynlerin akraba evliliği olanların olmayanlara göre ÇBASDÖ aile desteği puan ortalamasının daha düşük olduğu belirlendi ( $p<0,05$ ) (Tablo 7). Akraba evliliği olanların aile sosyal destek alt boyut puanının daha düşük olması, çocuğun hastalığına akraba evliliğinin neden olduğunun düşünülmesi suçlama/suçlanma duygularının ortaya çıkmasına sebep olmuş olabilir.

Ebeveynlerin ASÖ alt boyut puan ortalamalarının ebeveynlerin kronik bir hastalığı olma, başka çocuk isteme durumlarına göre gruplar arasındaki fark anlamsızdır ( $p>0,05$ ) (Tablo 7).

Annelerin ÇBASDÖ toplam puan ortalaması  $48,76\pm 16,07$ , babaların ise  $40,05\pm 13,01$  olduğu saptanmıştır. ÇBASDÖ toplam puan, arkadaş desteği ve özel bir kişi desteği alt boyut puan ortalamalarında gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0,05$ ) (Tablo 8). Annelerin algıladıkları sosyal destek, babalara göre daha yüksektir, bu durum kadınların erkeklere göre sosyal ilişkilerinin daha güçlü olması ile açıklanabilir. Erkeklerin sıkıntılarını kadınlara göre sözel olarak daha nadir paylaştıkları gerçeği de bu sonucu açıklayabilir. Yapılan benzer bir çalışmada; lösemi tanısı ile izlenen çocukların ebeveynlerinin yaşam kalitesi ile sosyal destek ilişkileri arasındaki ilişkiyi inceleyen bir araştırmada babaların sosyal destek puanlarının annelere göre daha yüksek olduğu bildirilmiştir (59).

Ebeveynlerin ÇBASDÖ puanları ile yaş grupları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır (Tablo 8). Konjenital kalp hastalığı olan çocukların ebeveynleri ile yapılan bir çalışmanın sonucunda da ebeveyn yaşının algılanan sosyal destek düzeyini etkilemediği belirlenmiştir (116).

Ebeveynlerin ÇBASDÖ puan ortalamaları öğrenim durumu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır ( $p>0,05$ ) (Tablo 8). Konjenital kalp hastalığı olan ebeveynlerle yapılan bir çalışmada da araştırma sonuçlarına paralel olarak ebeveynin öğrenim düzeyi algıladığı sosyal desteği etkilememiştir (116). Öte yandan bazı

çalışmaların sonuçlarında da ebeveynlerin öğrenim düzeyinin algıladıkları sosyal destek üzerinde etkili olduğu bildirilmiştir (54, 120-122).

Ebeveynlerin ÇBASDÖ ve alt boyut puan ortalamalarının çalışma durumlarına göre gruplar arasında istatistiksel olarak fark yoktur ( $p>0,05$ ) (Tablo 8). Ebeveynlerin çalışıp çalışmamalarının algıladıkları sosyal desteği etkilememesini her iki grubunda farklı ortamlarda sosyal desteğinin olması ile açıklanabilir.

Ebeveynlerin ÇBASDÖ ve alt boyut puan ortalamalarının ebeveynlerin kronik bir hastalığı olma durumu ile grupları arasındaki fark anlamsızdır ( $p>0,05$ ) (Tablo 8). Bu durum ebeveynlerin kendilerine ilişkin hastalık durumunun stres ve sosyal destek algılarını etkilemediğini göstermektedir.

Ebeveynlerin ÇBASDÖ toplam puanı, arkadaş desteği ve özel bir kişi alt boyut puan ortalamalarının başka çocuk sahibi olmak isteyen ebeveynlerde daha yüksek bulunmuştur ( $p<0,05$ ) (Tablo 8). Bu sonuç ebeveynlerin başka çocuk isteyip istememelerinin stres düzeylerini etkilemediğini göstermektedir. Bununla birlikte çocuk isteyenlerin sosyal destek algısının yüksek olduğu görülmektedir. Bu sonuç bu ebeveynlerin olumlu baş etme yöntemlerini kullandıklarını bu nedenle de dışa ve desteğe açık oldukları ile açıklanmıştır.

Ebeveynlerin ASÖ ve alt boyut puan ortalamaları ile hasta çocuğun cinsiyeti arasındaki fark anlamsızdır (Tablo 9). Bu durum ebeveynlerin ailelerinden algıladıkları sosyal desteğin çocuğun cinsiyetine göre değişmediğini göstermektedir.

Ebeveynlerin ASÖ ve alt boyut puan ortalamalarının çocuğun yaşına göre gruplar arasındaki fark anlamsızdır (Tablo 9). Moğulkoç (2014)' un yaptığı benzer bir çalışma sonucu incelendiğinde; araştırma sonucunun aksine çocuk yaşı arttıkça ebeveynin travma sonrası stres düzeyinin arttığı belirlenmiştir (74).

Ebeveynlerin ASÖ ve alt boyut puan ortalamalarının çocuğun tedavi şekli ve tanı ve ek tanılarına göre dağılımı incelendiğinde gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır ( $p>0,05$ ) (Tablo 9). Çocukların tedavi şekli, tanı grupları ve ek tanıları olması ile ebeveynin algıladığı stres düzeyinin etkilenmemesi, mevcut tanının çeşidi ne olursa olsun kanser tanısı olması ve mevcut stresi en fazla bu tanının etkilemiş olabileceği ile açıklanabilir.

Çocukların tanı yaşları ile ebeveynlerin algılanan stres puanları arasındaki fark anlamlıdır ( $p<0,05$ ) (Tablo 9). Tanı yaşı 30 ay ve altında olan ve 109 ay ve üzerinde olan çocukların ebeveynlerinin algıladıkları stres alt boyut puanının diğer tanı yaş

gruplarına göre daha yüksek olduğu dikkati çekmektedir. Bu durum tanı yaşı küçük olan çocukların yeni tanı almış olmasının bilinmezlikler nedeniyle; büyük çocukların ise hastalığının tekrar etmiş olması nedeniyle stresin yüksek olmasını açıklayabilir.

Kardeşi olmayan çocukların ebeveynlerinin ASÖ algılanan baş etme puan ortalamasına göre kardeş sayısı arttıkça puanın arttığı görülmektedir ( $p<0,05$ ) (Tablo 9). Ebeveynlerin çocuk sayısı arttıkça daha fazla sorumluluk nedeniyle stres puanının arttığı düşünülebilir.

Erkek çocuğu olanların ÇBASDÖ “özel bir kişi” alt boyut puanı kız çocuğu olan ebeveynlerin puanına göre daha yüksektir (Tablo 10). Araştırma bulgularının aksine yapılan benzer çalışmalarda çocuğun cinsiyetinin ebeveynin algıladığı sosyal desteği etkilemediği bildirilmiştir (116, 120, 121).

ÇBASDÖ ve alt boyut puanları ile yaş grupları arasındaki fark ise istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0,05$ ) (Tablo 10). Öden (2016)'in konjenital kalp hastalığı olan çocukların ebeveynleri ile yaptığı çalışmada araştırmanın sonuçlarına paralel olarak çocuğun yaşının ebeveynin algılanan sosyal destek puanını etkilediği bildirilmiştir (116).

Çocuğun tedavi şekli, tanı grubu ve ek tanısı olma durumu ile ebeveynlerin ÇBASDÖ ve alt boyut puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ( $p>0,05$ ) (Tablo 10).

Çocukların tanı yaşları ile ÇBASDÖ toplam puanı, “aile desteği” ve “özel bir kişi desteği” alt boyut puanları arasındaki fark anlamlıdır ( $p<0,05$ ) (Tablo 10). Tanı yaşı 30 aylıktan küçük olan çocukların ebeveynlerinin sosyal destek puanları diğer yaş gruplarına göre daha düşüktür. Bu durum yeni tanının yaşattığı şok ile ailenin sosyal izolasyon yaşamaması ile açıklanabilir.

Ebeveynlerin ÇBASDÖ ve alt boyut puanları çocuğun kardeş sayısına göre değişmediği belirlendi ( $p>0,05$ ) (Tablo 10). Ebeveynlerin çocuk sayısı arttıkça daha fazla sorumluluk nedeniyle stres puanının arttığı düşünülebilir.

Ebeveynlerin ASÖ algılanan stres alt boyut puanı ile günlük yaşamı etkilenenlerin puan ortalamasının etkilenmeyenlere göre daha yüksek olduğu belirlendi ( $p<0,05$ ). Eşler arasında ilişkide bozulma olduğunu ifade edenlerin ASÖ toplam puanı ve algıladıkları stres alt boyut puanı ilişkilerinde bozulma olmayanlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur ( $p<0,05$ ) (Tablo 11).

Ebeveynlerin ASÖ alt boyut puan ortalamalarının hastalık nedeniyle kendilerini suçlu hissetme durumu gruplar arasındaki fark anlamsızdır ( $p>0,05$ ) (Tablo 11).

Eş ile duygularını paylaşan ebeveynlerin ASÖ toplam puanları ve algılanan stres alt boyut puanlarının daha düşük olduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ). Algılanan baş etme alt boyutu puan ortalaması ile gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ( $p>0,05$ ) (Tablo 11). Eşleri ile duygularını paylaşan ebeveynlerin algıladıkları stresin daha düşük olması birbirlerine destek sağlıyor ve yaşadıkları stresi paylaşıyor olmaları ile açıklanabilir

Günlük yaşamı etkilenen ebeveynlerin ÇBASDÖ özel bir kişi desteği alma alt boyut puanı ortalamasına göre etkilenmeyenlerin puan ortalamasının daha yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ) (Tablo 12). Ebeveynlerden günlük yaşam aktiviteleri etkilenen ebeveynlerin hem stres düzeyinin daha yüksek olması, hem de algıladıkları sosyal desteğin düşük olmasının, günlük rutinlerini sürdürememenin getirdiği stres ve sosyal ilişkilerinin azalması ile açıklanabilir.

Ebeveynlerin ÇBASDÖ ve alt boyut puan ortalamalarının eşi ile ilişkisinde bozulma, hastalık nedeniyle kendini suçlu hissetme, duygularını paylaştığı kişi durumlarına göre gruplar arasında fark olmadığı belirlenmiştir ( $p>0,05$ ) (Tablo 12).

İlaç yan etkilerini bilmeyen ebeveynlerin ASÖ ve “algılanan baş etme” alt boyutu puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlendi ( $p<0,05$ ) (Tablo 13). Bu durum ilaç yan etkilerini bilmeyen ebeveynlerin farklı bir yan etki ile karşılaştıkları her seferde bilinmez bir duruma karşı stres yaşamaları ile açıklanabilir. Kanser tedavisinde en önemli girişim tedavinin komplikasyonları ve yan etkilerini bilmek, aile ve çocuğu bu konuda bilgilendirerek ortak bir bakım planı geliştirmektir. Ebeveynleri bu konuda bilgilendirmek hem yan etkileri önlemede yardımcı olacaktır, hem de ebeveynin beklenen yan etkileri bilmesi, herhangi biriyle karşılaştığında stres düzeyini düşürecektir.

Ebeveynlerin ASÖ ve alt boyut puan ortalamalarının ebeveynlerin çocuğun saçının dökülmesi, beslenmesi, kan değerleri, ilaç yan etkileri ilişkin bilgi eksikliği durumuna göre değişmediği ( $p>0,05$ ) belirlendi (Tablo 13). Enfeksiyondan korunma hakkında bilgisi olmayan ebeveynlerin algıladıkları stresin ise daha yüksek olduğu görüldü ( $p<0,05$ ) (Tablo 13).

Ebeveynlerin ÇBASDÖ ve alt boyut puan ortalamalarının ebeveynlerin çocuğun saç dökülmesi, beslenmesi, kan değerleri ve ilaç yan etkilerine ilişkin bilgi eksikliği durumlarına göre değişmediği ( $p>0,05$ ) belirlendi (Tablo 14).

Ebeveynlerin saç dökülmesi, çocuğun beslenmesi, kan değerlerine ilişkin bilgi durumu ile algılanan stres ve sosyal destek arasında ilişki olmadığı görülmüş olup, bu



sonuç gruplar arasındaki sayıların homojen olmamasından kaynaklanıyor olabilir. Kanseri tanısı ile izlenen çocuk ve ebeveynin bakım konusunda en önemli konulardan biri olan enfeksiyondan korunma hakkında bilgili olması önemlidir. Ebeveynlerin bu konuda bilgi eksikliğinin olması stres düzeylerini artırmış olabilir. Ayrıca konu hakkında bilgisi olmayan ebeveynler kulaktan dolma bilgilerle çocuğu korumak için tamamen dış çevreden izole etmiş olabilirler, bu da sosyal destek puanlarının düşük olmasını açıklayabilir.

Sosyal destek herhangi bir fiziksel rahatsızlığı önleyememekle birlikte algılanan stres ve kaygının azalmasında önemli role sahiptir (51). Araştırmanın sonuçlarına paralel olarak sosyal desteğin olumsuz durumların azalmasında etkili olduğu çalışmalar bulunmaktadır. Coşkun ve Akkaş (2009)'ın engelli çocuğu olan annelerle yaptıkları çalışmada, kaygı düzeyleri ile sosyal destek algıları arasında orta düzeyde negatif ilişki olduğu bildirilmiştir (54).

Engelli çocuğa sahip ebeveynlerin algıladıkları çok boyutlu algılanan sosyal desteğin bakım verme yükünü yordayıp yordamadığının araştırıldığı çalışmanın sonucunda da sosyal desteği yüksek olanların bakım verme yükü puanlarının daha düşük olduğu bildirilmiştir (119). Astımlı çocukların ebeveynleri ile yapılan bir başka çalışmada da astım yönetimini en iyi yordayan değişkenlerden birinin algılanan sosyal destek olduğu bildirilmiştir (123).

Yapılan benzer çalışmalarda, ebeveynlerin algıladıkları sosyal destek düzeyi arttıkça depresyon düzeylerinin azaldığı görülmüştür (76, 124). Depresif duyguları stresin etkilediği varsayıldığında bu çalışmanın sonucunun da araştırma bulgularını desteklediği söylenebilir.

Bu araştırmanın bulguları ve yapılan benzer çalışmalar doğrultusunda ebeveynlerin algıladıkları sosyal destek düzeyi arttıkça stres düzeylerinde azalma olduğu görülmektedir.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

### 6.1. Sonuçlar

- Araştırmaya katılan ebeveynlerin %89,9'u annedir. Ebeveynlerin %51,2'si 30-39 yaş aralığında, %47,6'sı lise mezunudur. Ebeveynlerin %79,2'si çalışmadıklarını belirtmişlerdir. Ailenin %70,8'i çekirdek aile yapısındadır. Ailelerin tamamına yakınının (%98,2) sosyal güvencesi olduğu belirlendi. Ebeveynlerin %62,5'inin akraba evliliği yaptığı, %94'ünün kronik hastalığı olmadığı, %60,1'inin başka çocuk sahibi olmak istemedikleri saptandı (Tablo 1).
- Çocukların %52,4'ü kız, %37,5'i 49-120 aylıktır. Çocukların %70,8'inin yatarak tedavi olduğu, yarısından fazlasının (%56,5) lösemi tanısı ile izlendiği, %91,1'inin ek bir tanısı olmadığı belirlendi. Çocukların %23,2'sinin tanı yaşının 30 ay ve altında olduğu, %69,2'sinin kardeşinin olmadığı, kardeşi olanların (n=133) %54,9'unun bir kardeşi olduğu görülmektedir (Tablo 2). Ebeveynlerin %65,5'i çocuğun hastalığının günlük yaşamlarını etkilediğini ifade ettiği, %28,6'sı eşi ile ilişkisini olumsuz etkilediğini belirtti. Ebeveynlerin %18,5'i hastalık nedeniyle kendini suçlu hissettiğini ifade etmişlerdir. Ebeveynlerin tamamına yakınının (%91,7) eşleri ile duygularını paylaştığı belirlendi (Tablo 3).
- Ebeveynlerin %23,2'sinin ilaçların yan etkisi hakkında, %11,3'ünün saçlarda dökülme hakkında, %31'inin beslenme hakkında, %45,8'inin normal kan değerleri hakkında, %33,3'ünün enfeksiyonlardan korunma hakkında bilgi eksikliği olduğu belirlendi (Tablo 4).
- Ebeveynlerin algıladıkları stres ölçeği toplam puanı  $18,92 \pm 5,48$ , algılanan stres alt boyutu  $12,03 \pm 4,55$ , algılanan baş etme alt boyutu  $6,88 \pm 2,56$  olarak belirlendi (Tablo 5).
- Ebeveynlerin çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği toplam puanı  $47,89 \pm 15,98$  (12-76), aile desteği alt boyutu  $6,88 \pm 2,56$ , arkadaş desteği alt boyutu  $14,70 \pm 7,09$ , özel bir kişi desteği alt boyutu ise  $11,45 \pm 6,93$  olarak belirlendi (Tablo 6).
- Annelerin ASÖ toplam puan ortalaması  $18,79 \pm 5,58$ , babaların ASÖ toplam puan ortalamaları  $20,00 \pm 4,45$  olduğu belirlenmiş olup gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır ( $p > 0,05$ ) (Tablo 7).

- Annelerin ÇBASDÖ toplam puan ortalaması  $48,76 \pm 16,07$ , babaların ise  $40,05 \pm 13,01$  olduğu saptanmıştır. ÇBASDÖ toplam puan, arkadaş desteği ve özel bir kişi desteği alt boyut puan ortalamalarında gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p < 0,05$ ) (Tablo 8).
- Ebeveynlerin ASÖ ve ÇBASDÖ puanları ile yaş grupları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır ( $p > 0,05$ ) (Tablo 7-8).
- Ebeveynlerin öğrenim durumu yükseldikçe ASÖ ‘‘algılanan baş etme’’ alt boyutu puan ortalamalarının düştüğü belirlendi ( $p < 0,05$ ) (Tablo 7). Ebeveynlerin ÇBASDÖ puan ortalamalarının öğrenim durumu gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır ( $p > 0,05$ ) (Tablo 8).
- Ebeveynlerin ASÖ algılanan baş etme alt boyutu puan ortalamaları çalışmayan ebeveynlerin daha yüksek olduğu belirlendi ( $p < 0,05$ ) (Tablo 7). Ebeveynlerin Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve alt boyut puan ortalamalarının çalışma durumlarına göre gruplar arasındaki istatistiksel olarak fark yoktur ( $p > 0,05$ ) (Tablo 8).
- Ebeveynlerin ASÖ algılanan baş etme alt boyutu puan ortalamaları çekirdek aile yapısında olan ailelerde daha düşük olduğu belirlendi. Geniş ailede yaşayanların ÇBASDÖ özel bir kişi alt boyut puanının diğer gruplara göre daha yüksek olduğu belirlendi ( $p < 0,05$ ) (Tablo 7-8).
- Ebeveynlerin ASÖ ve alt boyut puan ortalamalarının ebeveynler arasındaki akraba evliliğine göre gruplar arasında fark yoktur ( $p > 0,05$ ) (Tablo 7). Ebeveynlerin akraba evliliği olanların olmayanlara göre ÇBASDÖ ‘‘aile desteği’’ puan ortalamasının daha düşük olduğu belirlendi ( $p < 0,05$ ) (Tablo 8).
- Ebeveynlerin ASÖ ve ÇBASDÖ ve alt boyut puan ortalamalarının ebeveynlerin kronik bir hastalığı olma durumu grupları arasındaki fark anlamsızdır ( $p > 0,05$ ) (Tablo 7-8).
- Ebeveynlerin ASÖ ve alt boyut puan ortalamalarının ebeveynlerin başka çocuk sahibi olma isteği grupları arasındaki fark anlamsızdır ( $p > 0,05$ ) (Tablo 7). Ebeveynlerin ÇBASDÖ toplam puanı, arkadaş desteği ve özel bir kişi alt boyut puan ortalamalarının başka çocuk sahibi olmak isteyen ebeveynlerde daha yüksek bulunmuştur ( $p < 0,05$ ) (Tablo 8).

- Ebeveynlerin ASÖ ve alt boyut puan ortalamalarının hasta çocuğun cinsiyetine göre gruplar arasındaki fark anlamsızdır ( $p>0,05$ ). Başka çocuk sahibi olmak isteyenlerin ÇBASDÖ özel bir kişi alt boyut puanı başka çocuk istemeyen ebeveynlerin puanına göre daha yüksektir ( $p<0,05$ ) (Tablo9-10).
- Ebeveynlerin ASÖ ve alt boyut puan ortalamalarının çocuğun yaşına göre gruplar arasındaki fark anlamsız ( $p>0,05$ ). ÇBASDÖ ve alt boyut puanları ile yaş grupları arasındaki fark ise istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0,05$ ) (Tablo 9-10).
- Çocuğun tedavi şekli, tanısı ve ek tanısı olma durumu ile ebeveynlerin ASÖ ve ÇBASDÖ ve alt boyut puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır ( $p>0,05$ ) (Tablo 9-10).
- Çocukların tanı yaşları ile ebeveynlerin ASÖ ve alt boyut puanları arasındaki fark anlamlıdır ( $p<0,05$ ). Çocukların tanı yaşları ile ÇBASDÖ toplam puanı, aile desteği ve özel bir kişi desteği alt boyut puanları arasındaki fark anlamlıdır ( $p<0,05$ ) (Tablo9-10).
- Kardeşi olmayan çocukların ebeveynlerinin ASÖ algılanan baş etme puan ortalamasına göre kardeş sayısı arttıkça puanın arttığı görülmektedir ( $p<0,05$ ) (Tablo 9). Ebeveynlerin ÇBASDÖ ve alt boyut puanları çocuğun kardeş sayısına göre değişmediği belirlenmiştir ( $p>0,05$ ) (Tablo 10).
- Ebeveynlerin ASÖ algılanan stres alt boyut puanı ile günlük yaşamı etkilenenlerin puan ortalamasının etkilenmeyenlere göre daha yüksek olduğu belirlendi ( $p<0,05$ ). (Tablo 11). Eş ile duygularını paylaşıyor olan ebeveynlerin ASÖ ve algılanan stres alt boyut puanlarının daha düşük olduğu belirlendi ( $p<0,05$ ) (Tablo 11). Ebeveynlerin çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği ve alt boyut puan ortalamalarının ebeveynlerin duyguları paylaştığı kişiye göre gruplar arasındaki fark yoktur ( $p>0,05$ ) (Tablo 12).
- Günlük yaşamı etkilenen ebeveynlerin ÇBASDÖ özel bir kişi desteği alma alt boyut puanı ortalamasına göre etkilenmeyenlerin puan ortalamasının daha yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ) (Tablo 12).
- Eşler arasında ilişkide bozulma olduğunu ifade edenlerin ASÖ toplam puanı ve algıladıkları stres alt boyut puanı ilişkilerinde bozulma olmayanlara göre daha yüksek olduğu bulundu ( $p<0,05$ ) (Tablo 11). Ebeveynlerin ÇBASDÖ ve alt boyut puan ortalamalarının eşi ile ilişkisinde bozulma durumuna göre gruplar arasında fark olmadığı belirlenmiştir ( $p>0,05$ ) (Tablo 12).

- Ebeveynlerin ASÖ, ÇBASDÖ ve alt boyut puan ortalamalarının hastalık nedeniyle suçlu hissetme durumuna göre gruplar arasındaki fark anlamsızdır ( $p>0,05$ ) (Tablo 11-12).
- İlaç yan etkilerini bilmeyen ebeveynlerin ASÖ ve algılanan baş etme alt boyutu puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ). Ebeveynlerin ÇBASDÖ ve alt boyut puan ortalamalarının ilaç yan etkilerini bilme durumlarına göre değişmediği belirlenmiştir ( $p>0,05$ ) (Tablo 13-14).
- Ebeveynlerin ASÖ, ÇBASDÖ ve alt boyut puan ortalamalarının ebeveynlerin saç dökülmesi, beslenme ve kan değerlerine ilişkin bilgi durumuna göre değişmediği belirlendi ( $p>0,05$ ) (Tablo 13-14).
- Enfeksiyondan korunma hakkında bilgisi olan ebeveynlerin ASÖ, algılanan stres ve algılanan baş etme puan ortalamasına göre daha yüksek olduğu görüldü ( $p<0,05$ ) (Tablo 13). Çocuğunu enfeksiyondan korumada bilgisi olan ebeveynlerin ÇBASDÖ arkadaş desteği puan ortalamaları bilgisi olmayanlara göre daha yüksektir ( $p<0,05$ ) (Tablo 14).
- Çok boyutlu algılanan sosyal destek puanının yordayıcısı olarak modele alınan yedi değişken algılanan sosyal destek puanının %59'luk kısmını açıklamaktadır ( $p<0,05$ ) (Tablo 15).

## 6.2. Öneriler

Araştırmanın sonuçları doğrultusunda;

- Kanser tanısı ile izlenen çocuk ve ailesi için profesyonel sosyal destek gruplarının oluşturulması,
- Kanser tanısı alan çocuk ve aileye bakım veren hemşire ve diğer sağlık ekibi üyeleri için psikososyal bakım ve desteğin önemini vurgulayan hizmet içi eğitimlerin planlanması,
- Kanser tanısı ile izlenen çocukların ebeveynlerinin yaşadıkları diğer sorunların ele alındığı farklı çalışmalar planlanması,
- Kanser tanısı ile izlenen çocukların, sağlıklı kardeşlerinin yaşadıkları sorunları ele alan çalışmaların planlanması,
- Ebeveynlerin yaşadıkları güçlüklerin derinlemesine incelenebilmesi için benzer çalışmaların seçilmiş ebeveynlerle nitel tipte planlanması önerilebilir.

## 7. KAYNAKLAR

1. Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, Parkin DM, Forman D, Bray F. "Cancer incidence and mortality worldwide: IARC Cancer Base, Globocan 2012 v1.0 Lyon, France", *International Agency for Research on Cancer 2013*. <http://globocan.iarc.fr>, Erişim tarihi: 16 Ocak 2017.
2. Çetingöl N. "Çocukluk çağı kanserleri epidemiyoloji-etiyoloji ve yaşam", Editör: Çetingöl N, Conk Z. *I. Ege Pediatri Onkoloji Hemşireliği Kurs Kitabı*, İzmir, 2005: 1- 15.
3. Akdeniz A. *Kanserli çocuğun okul yaşantısını etkileyen faktörlerin belirlenmesi* (Tez), Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Onkoloji Hemşireliği Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi; 2013.
4. Gültekin M, Özgöl N, Olcayto E, Tuncer M. "Kanser ve kanser risk faktörleri hakkında Türk halkının bilgi düzeyinin ölçülmesi ve araştırılması", *Türkiye Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi*, 2011, 8(1): 57-61.
5. Köroğlu G. *Hemşirelerin kemoterapiye bağlı gelişen oral mukozite ilişkin bilgilerin saptanması* (Tez). Gazi Üniversitesi, Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2007.
6. Kutluk T. "Çocukluk Çağı Kanserlerinin Epidemiyolojisi", *Cerrahpařa Tıp Fakóltesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Sempozyum Dizisi*, 2006, 4: 11-16.
7. Li J, Thompson T, Miller JW, Pollack LA, Stewart SL. "Cancer incidence among children and adolescents in the United States, 2001\_2003'", *Pediatrics*, 2008, 121(6): 1470-477.
8. Moore JB, Kaffenber C, Goldberg P, Oh KM, Hudspeth R. "School reentry for children with cancer: Perceptions of nurses, school personnel, and parents", *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 2009, 26(2): 86-99.
9. Bessel A. "Children surviving cancer: Psychosocial adjustment, quality of life, and school experiences", *Exceptional Children*, 2001, 67(3): 345.

10. Vance YH, Eiser C. "The school experience of the child with cancer", *Child: Care, Health & Development*, 2002, 28(1):5–19.
11. Berde C, Billett A, Collins J. "Symptom management in supportive care". Editör: Pizzo P, Poplack D, *Principles and practice of pediatric oncology*, 4. Baskı, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 2002:1301–1332.
12. Woodgate RL, Degner LF, Yanofsky R. "A different perspective to approaching cancer symptoms in children", *Journal of Pain and Symptom Management*, 2003, 26(3): 800- 17.
13. Collins J, Devine T, Dick G, Johnson EA, Kilham HA, Pinkerton CR, Stevens MM, Thaler HT, Portenoy RK. "The measurement of symptoms in young children with cancer: The validation of the Memorial Symptom Assessment Scale in children aged 7–12", *Journal of Pain Symptom Management*, 2002, 23(1): 10-16.
14. Schwartz L, Drotar D. "Posttraumatic stress and related impairment in survivors of childhood cancer in early adulthood compared to healthy pers". *Journal of Pediatric Psychology*, 2006, 31(4): 356–366.
15. Barakat LP, Hetzke JD, Foley B, Carey ME, Gyato K, Phillips PC. "Evaluation of a social-skill straining group intervention with children treated for brain tumors: a pilot study", *Journal of Pediatric Psychology*, 2003, 8(5): 299-307.
16. Hobbie WL, Stuber M, Meeske K, Wissler K, Rourke MT, Ruccione K, Hinkle A, Kazak AE. "Symptoms of posttraumatic stress in young adult survivors of childhood cancer", *Journal of Clinical Oncology*, 2000, 18: 4060–4066.
17. Erickson SJ, Steiner H. "Trauma and personality correlates in long-term pediatric cancer survivors", *Child Psychiatry and Human Development*, 2001, 31: 195–213.



18. Kazak A, Barakat L, Alderfer M, Rourke MT, Meeske K, Gallagher PR, Cnaan A, Stuber ML. "Posttraumatic stress in survivors of childhood cancer and mothers: Development and validation of the impact of Traumatic Stressors Interview Schedule" (ITSIS). *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 2001, 8: 307–323.
19. Kazak AE, Alderfer M, Rourke MT, Simms S, Streisand R., Grossman JR. "Posttraumatic stress disorder (PTSD) and posttraumatic stress symptoms (PTSS) in families of adolescent childhood cancer survivors", *Journal of Pediatric Psychology*, 2004, 29: 211–219.
20. Patterson JM, Holm KE, Gurney JG. "The impact of childhood cancer on the family: A qualitative analysis of strains, resources and coping behaviors", *Psycho-Oncology*, 2004, 13: 390-407.
21. Ulutin HC. "Kanserli hastada psikolojik sorunlar", *FTR Bil Der*, 2006, 9: 39-41.
22. Maurice SH, Oort FJ, Last BF, Grootenhuis M. "Emotional functioning of parents of children with cancer: The first five years of continuous remission after the end of treatment", *Psycho-Oncology*, 2008, 17: 448-459.
23. Uzun P. *Çocuk hematoloji-onkoloji hastalarının ebeveynlerinin tükenmişlik düzeyleri ve baş etme biçimlerinin; çocukların psikolojik belirtileri üzerine etkisi açısından incelenmesi* (Tez). Haliç Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Tezi; 2016.
24. Ekinci H, Ekici S. "İşletmelerde örgütsel stres yönetim stratejisi olarak sosyal desteğin rolüne ilişkin görgül bir araştırma", *C.Ü. Sosyal Bilimler Dergisi*, 2003, 27(1): 109-120.
25. Cohen S, Pressman S. *The Stress–Buffering Hypothesis. Encyclopedia of Health and Behavior*, Sage Publications, Thousand Oaks, CA, 2004: 780-782.
26. Weiss JM. "Hardiness and social support as predictors of stress in mothers of typical children, children with autism, and children with mental retardation", *SAGE Publications and The National Autistic Society*, 2002, 6(1): 115–130.

27. Sencar B. *Otistik çocuğa sahip ailelerin algıladıkları sosyal destek ve stres düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi* (Tez). Dokuz Eylül Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Programı Yüksek Lisans Tezi; 2007.
28. Kütük B. *Kemoterapi uygulanan kanserli hastalarda özbakımın değerlendirilmesi* (Tez). İstanbul Bilim Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2016.
29. Kılıçarslan Törüner E, Büyükgönce L. *Çocuk Sağlığı Temel Hemşirelik Yaklaşımları*, Nobel Tıp Yayınevi, Ankara, 2017: 836-894.
30. Aksu A. *Kanser tanısı konmuş çocuk yakınlarının bakım yüklerinin belirlenmesi* (Tez). Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2014.
31. ICCC, [https://seer.cancer.gov/archive/csr/1975\\_2013/results\\_merged/sect\\_29\\_childhood\\_cancer\\_iccc.pdf](https://seer.cancer.gov/archive/csr/1975_2013/results_merged/sect_29_childhood_cancer_iccc.pdf), Erişim tarihi: 16 Ekim 2017.
32. Ağaoğlu YF. ‘‘Çocukluk çağında uygulanan radyoterapinin büyüme gelişme ve gonadal fonksiyonlar üzerine etkileri’’, *Türk Onkoloji Dergisi*, 2004, 19(4): 159-166.
33. World Health Organization, (WHO) 2015. [http://www.who.int/cancer/media/news/Childhood\\_cancer\\_day/en/](http://www.who.int/cancer/media/news/Childhood_cancer_day/en/) Erişim tarihi: 10 Kasım 2017.
34. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Türkiye Kanser İstatistikleri, Ankara 2014. [http://kanser.gov.tr/Dosya/2017Haberler/2014-RAPOR.\\_uzun.pdf](http://kanser.gov.tr/Dosya/2017Haberler/2014-RAPOR._uzun.pdf) Erişim tarihi: 06 Eylül 2017.
35. Erdemir F, Taş Arslan F. ‘‘Onkolojik sorunu olan çocuk ve hemşirelik bakımı’’, Conk Z, Başbakkal Z, Yılmaz Bal H, Bolışık B. *Pediatric Hemşireliği*, Akademisyen Kitabevi, Ankara, 2013: 765-810.

36. Kemer DY. *Pediatric onkoloji hastalarında semptomlara yönelik kullanılan tamamlayıcı sağlık yaklaşımları* (Tez). Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2015.
37. Özkan A. *Pediatric Onkoloji*, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2009: 1337- 1345
38. Dünya Kanseri Raporu, *Çocuklarda görülen kanserler*. 2008: 482-488  
[http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789283204237\\_tur\\_p1-104.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789283204237_tur_p1-104.pdf). Erişim tarihi: 08 Eylül 2017.
39. Can G. *Onkoloji Hemşireliği*, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, 2014.
40. Wohlschlaeger A. "Prevention and treatment of mucositis: A guide for nurses", *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 2004, 21: 281-287.
41. Scully C, Epstein J, Sonis S. "Oral mucositis: a challenging complication of radiotherapy, chemotherapy, and radiochemotherapy: part 1, pathogenesis and prophylaxis of mucositis", *Head and Neck*, 2003, 25(1): 1057-1070.
42. Dodd M. "The pathogenesis and characterization of oral mucositis associated with cancer therapy", *Oncology Nursing Forum*, 2004, 31(4): 5-11.
43. Sis Çelik A. "Radyoterapi sonucu gelişen yan etkiler ve hemşirelik yaklaşımı", *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2014, 3: 933-945.
44. Bulut Erdem E. *Kemoterapi alan yetişkin hastalarda arı sütü ile yapılan ağız bakımının mukozit derecelerine etkisi* (Tez). Atatürk Üniversitesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2012.
45. Carroll WL, Finlay JL. *Cancer in Children and Adolescents*, United Kingdom: Jones and Bartlett, Sudbury MA, 2010: 541-546.
46. İlhan İ, Kutluk T. *Pediatric Onkoloji El Kitabı*, Güneş Tıp Kitabevleri, Ankara, 2009.

47. Kaner S. “Engelli çocukları olan anne-babaların algıladıkları stres , sosyal destek ve yaşam doyumlarının incelenmesi”, *Ankara Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri*, 2004. <http://acikarsiv.ankara.edu.tr/eng/browse/498/798.pdf> Erişim tarihi: 06 Eylül 2017.
48. Baltaş Z, Baltaş A. *Stres ve başa çıkma yolları*, Remzi Kitabevi, İstanbul, 2008.
49. Köksal G. *Zihinsel engelli çocukları olan ebeveynlerin yaşamlarında algıladıkları stresi yordayan faktörlerin incelenmesi* (Tez). Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Aile Eğitimi ve Danışmanlığı Ana Bilim Dalı, Aile Eğitimi ve Danışmanlığı Yüksek Lisans Programı, Yüksek Lisans Tezi; 2011.
50. Akman İ. “Stresin nedenleri ve açıklayıcı kuramlar”, *Türk Psikoloji Bülteni*, 2004, 10(35): 40-56.
51. Şahin H. “Savaş ya da kaç tepkisi –Strese gösterilen ilk tepkiler –Stresle başa çıkma olumlu bir yaklaşım”, *Türk Psikologlar Derneği Yayınları*, Ankara, 1998.
52. Eker D, Arkar H, Yıldız H. “Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği”, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2001, 12(1):17-25
53. Özbay F, Johnson DC, Dimeulas E, Morgan CA, Charney D, Southwick S. “Social support and resilience to stress”, *Psyciatry*, 2007, 4(5): 35-40.
54. Coşkun Y, Akkaş G. “Engelli çocuğu olan annelerin sürekli kaygı düzeyleri ile sosyal destek algıları arasındaki ilişki”, *Ahi Evran Üniversitesi Kırşehir Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2009, 10(1): 213-227.
55. Uludağ A. *Konjenital kalp hastalığı olan çocukların ebeveynlerinde bakım yükü ve yaşam doyumu ile algıladıkları sosyal destek arasındaki ilişki* (Tez). Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları. Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2014.

56. Siklos S, Kerns K. “Assessing need for social support in parents of children with autism and down syndrome”, *Journal of Autism Development Disorders*, 2006, 36: 921–933.
57. Park S, Glidden L, Shin J. “Structural and functional aspects of social support for mothers of children with and without cognitive delays in Vietnam”, *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 2010, 23: 38-51
58. Ay E. *Kanserli çocuğa sahip annelerin evlilik doyumlari ve algıladıkları sosyal desteğin incelenmesi* (Tez). Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2014.
59. Kaplanoğlu E. *Lösemi tanısı almış çocuğa sahip ebeveynlerde yaşam kalitesi ile sosyal destek arasındaki ilişki* (Tez). Okan Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı Psikoloji Yüksek Lisans Programı Yüksek Lisans Tezi; 2014.
60. Elçigil A. “Kanserli çocuk okula gidebilir mi?” *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2007, 11(2):40–46.
61. Sloper P. “Needs and responses of parents following the diagnosis of childhood cancer”, *Journal of Child Care Health Development*, 2000, 22 (3):187.
62. Çavuşoğlu H. *Çocuk Sağlığı Hemşireliği*, Sistem Ofset Basımevi, Ankara, 2004: 14-19.
63. Patenaude AF, Kupst MJ. “Psychosocial functioning in pediatric cancer”, *Journal of Pediatric Psychology*, 2005, 30(1): 9-27.
64. Svardsdottir EK, Sigurdardottir AO. “Developing a family level intervention for families of children with cancer”, *Oncology Nursing Forum*, 2006, 33(5): 983-990
65. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4 th ed, Published by American Psychiatric Association, Washington, DC; 1994.

66. Barakat LP, Kazak AE, Meadows AT, Casey R, Meeske K, Stuber ML. "Families surviving childhood cancer: a comparison of posttraumatic stress symptoms with families of healthy children", *Journal of Pediatric Psychology*, 1997, 22(6): 843-859.
67. Best M, Streisand R, Catana L, Kazak AE. "Parental distress during pediatric leukemia and posttraumatic stress symptoms (PTSS) after treatment ends", *Journal of Pediatric Psychology*, 2001, 26(5): 299-307.
68. Işıkhhan V. *Terminal Dönemdeki Kanser Hastalarının Bakımı, İnsani Gelişme ve Sosyal Hizmet*, Aydınlar Matbaası, Ankara, 2001.
69. Toros F, Tot Ş, Düzovalı Ö. "Kronik hastalığı olan çocuklar, anne ve babalarındaki depresyon ve anksiyete düzeyleri", *Klinik Psikiyatri*, 2002, 5: 240-247.
70. Berrara M, D'agostino NM, Gibson J, Gilbert T, Weksberg R, Malkin D. "Predictors and mediators of psychological adjustment in mothers of children newly diagnosed with cancer", *Psycho-Oncology*, 2004, 13: 630-641.
71. Barakat LP, Alderfer MA, Kazak AE. "Posttraumatic growth in adolescent survivors of cancer and their mothers and fathers", *Journal of Pediatric Psychology*, 2006, 31(4): 413-419.
72. Bruce M. "A systematic and conceptual review of posttraumatic stress in childhood cancer survivors and their parents", *Clinical Psychological Review*, 2006, 26: 233-256.
73. Norberg AL, Poder U, Essen LV. "Early avoidance of disease and treatment-related distress predicts post traumatic stress in parents of children with cancer", *European Journal of Oncology Nursing*, 2010: 1-5.
74. Moğulkoç H, *Kanser hastası çocuk ve ergenlerin ebeveynlerinde travma sonrası stres bozukluğunun ve travma sonrası gelişimin belirleyicileri: Sosyal destek, ruminasyon ve yükleme biçimleri* (Tez). Uludağ Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, Klinik Psikoloji Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2014.

75. Özbesler C. *Çocukluk çağı lösemileri ve sosyal destek sistemlerinin aile işlevlerine etkisi* (Tez). Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sosyal Hizmet Anabilim Dalı Doktora Tezi; 2001.
76. Gökler I. *Sistem yaklaşımı ve sosyal-ekolojik yaklaşım çerçevesinde oluşturulan kavramsal model temelinde kronik hastalığı olan çocuklar ve ailelerinde psikolojik uyumun yordanması* (Tez). Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı, Yayımlanmamış Doktora Tezi; 2008.
77. Ayoğlu T. *Ameliyat öncesi ve sırası bilgi vermenin hasta ailelerinin anksiyete düzeylerine ve kan basıncı değerlerine etkisi* (Tez). İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2003.
78. McCubbin M, McCubbin H. “Resiliency in Families: A Conceptual Model of Family Adjustment and Adaptation in Response to Stress and Crisis”, Editors: Mccubbin H, Thompson A, Mccubbin M. *Family Assessment: Resiliency, Coping and Adaptation-Inventories for Research and Practice*, University of Wisconsin System, Madison, 1996: 221-231.
79. Earle EA, Clarke SA, Eiser C, Sheppard L. “‘Building a new normality’: Mothers’ experiences of caring for a child with acute lymphoblastic leukaemia”, *Child: Care, Health and Development*, 2006, 33(2): 155-160.
80. Lewis FM. “Family Issue In Cancer Care”. Editör: Miaskowski C, Buchsel P. *Oncology Nursing Assessment and Clinical Care*, 1st ed, New York, Mosby, 1999: 319-328.
81. Galjchen M. “Psychosocial Issues in Cancer Care”, Editor: Miaskowski C, Buchsel P. *Oncology Nursing Assessment and Clinical Care*, 1st ed. New York, Mosby. 1999: 305-317.
82. Urhan G. *Cerebral palsy’li çocuk varlığının aile işlevlerine etkisi ve sosyal hizmetler* (Tez). Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 1998.

83. Eylen B. *Bilgi verici danışmanlığın kanser hastalarının ailelerinin sosyal destek becerileri üzerine etkisi* (Tez). Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı Doktora Tezi; 2001.
84. Kızıler E. *Kanserli çocuğu olan ailelerin sosyal destek algısı, umutsuzluk ve başetme davranışları arasındaki ilişkinin incelenmesi* (Tez). GATA Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi; 2007.
85. Barakat LP, Kazak AE, Gallegher PR, Meeske K, Stuber M. "Posttraumatic stress symptoms and stressful life events predict the long-term adjustment of survivors of childhood cancer and their mothers", *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 2000, 7(4): 189-196.
86. Yıldırım S, Gürkan A. "Psikososyal açıdan kanser ve psikiyatri hemşiresinin rolü", *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2010, 26(1): 87-97.
87. Elbi H. "Kanser ve depresyon", *Psikiyatri Dünyası*, 2001, 5:5-10.
88. Bahar A. "Kanser hastalarına psikososyal yaklaşım", *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2007, 10(1): 105-111.
89. Özkan S. *Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi*, İstanbul Tıp Fakültesi, İstanbul, 1993: 203-207.
90. Alacacıoğlu A. *Kanser hastaları ve hasta yakınlarının depresyon, umutsuzluk ve kaygı düzeylerinin değerlendirilmesi* (Tez). Dokuz Eylül Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi; 2007.
91. Schimizu K. "Effects of integrated psychological care for distress in cancer patients", *Japanese Journal of Clinical Oncology*, 2013, 43(5): 451-457.
92. Pehlivan T. *Onkoloji hemşirelerinin hastaların psikososyal gereksinimlerini tanılama becerileri* (Tez). İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Psikiyatri Hemşireliği Programı Yüksek Lisans Tezi; 2013.
93. Sheldon LK. "Ask us: we know about psychological care", *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 2013, 16(3): 237.



94. Kelleci M. "Kanser hastalarının umudunun geliştirilmesine yönelik hemşirelik girişimleri", *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2005, 6:41-47.
95. Greer S, Moorey S, Baruch JD, Watson M, Robertson BM, Mason A, Rowden L, Law MG, Bliss JM. "Adjuvant psychological therapy for patients with cancer: a prospective randomised trial", *British Medical Journal*, 1992, 304: 675- 680.
96. Sheard T, Maguire P. "The effect of psychological interventions on anxiety and depression in cancer patients: results of two meta-analyses", *British Journal of Cancer*, 1999, 80(11): 1770-1780.
97. Özgüven DH. *İbni Sina Hastanesi Tıbbi Onkoloji Kliniği'nde yatarak tedavi gören kanser hastaları ve yakınlarında psikiyatrik morbidite* (Tez). Ankara Üniversitesi, Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi; 1996.
98. Ream E, Quennell A, Fincham L, Faithfull S, Khoo V, Barnett W, Richardson A. "Supportive care needs of men living with prostate cancer in England: a survey", *British Journal of Cancer*, 2008, 98: 1903-1909.
99. Regan TW, Lambert SD, Girgis A, Kelly B, Kayser K, Turner J. "Do couple-based interventions make a difference for couples affected by cancer? A systematic review", *BioMed Central Cancer*, 2012, 12: 270-279.
100. Cheng Q, Kong C, Chang S, Wei A. "Effects of psychological nursing intervention on personality characteristics and quality of life of patients with oesophageal cancer", *Clinics and Research in Hepatology and Gastroenterology*, 2012, 37(3): 283-288.
101. Sümbüloğlu V, Sümbüloğlu K. *Sağlık Bilimlerinde Araştırma Yöntemleri*, 5. Baskı, Hatipoğlu Yayınları, Ankara, 2004: 66-67.
102. Bilge A, Ögce F, Genç RE, Oran NT. "Algılanan stres ölçeği (ASÖ)'nin türkçe versiyonunun psikometrik uygunluğu", *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2009, 2(25): 61-72.

103. Svavarsdottir K, Sigurdardottir A. “The feasibility of offering a family level intervention to parents of children with cancer”, *Scand J Caring Science*, 2005, 19: 368- 372.
104. Freund PJ, Harriet A, Boone HA, Jane H, Barlow JH, Lim CI. “Healthcare and early intervention collaborative supports for families and young children”. *Infants & Young Children*, 2005, 18(1): 25–36.
105. Hodgkinson R, Lester H. “Stresses and coping strategies of mothers living with a child with cystic fibrosis: Implications for nursing professionals”. *J Adv Nurs* 2002; 39: 377-383.
106. Riper MV. “Families of children with Down syndrome: Responding to a change in plans with resilience”, *Journal of Pediatric Nursing*, 2007, 22(2): 116-128.
107. Uysal G. *Genetik hastalık ön tanısı/ tanısı ile izlenen çocukların ebeveynlerinin stres düzeyi ve stresle baş etme tarzlarının belirlenmesi* (Tez). Ankara Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2009.
108. Gontard A, Backes M, Laufersweiler-Plass C, Wendland C, Lehmkuhl G, Zerres K, Rudnik-Schöneborn S. “Psychopathology and Fragile X syndrome and Spinal Muscular Atrophy”, *Journal of child Psychology and Psychiatry*, 2002, 43(7): 949-957.
109. Özşenol F, Işıkkhan V, Ünay B, Aydın Hİ, Akın R, Gökçay E. “Engelli çocuğa sahip ailelerin aile işlevlerinin değerlendirilmesi”, *Gülhane Tıp Dergisi*, 2003, 45(2): 156-164.
110. Most DE, Fidler J, Laforce-Booth C, Kelly J. “Stres trajectories in mothers of young children with Down syndrome”, *Journal of Intellectual Disability Research*, 2006, 50(7): 501-514.
111. Sarı HY, Başer G, Molzan Turan J. “Experience of mothers of children with Down syndrome”, *Paediatric Nursing*, 2006, 18(4): 29-31.

112. Mc Conkey R, Truesdale-Kennedy M, Chang M, Jarrah S, Shukri R. "The impact on mothers of bringing up a child with intellectual disabilities: a cross-cultural study", *International Journal of Nursing Studies*, 2008, 45: 65-74.
113. Karaaslan A. *Kanserli hastalara bakım veren aile üyelerinin bakım yükü ve algıladıkları sosyal destek düzeyi* (Tez). Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2013.
114. Çiçek D. "Konjenital kalp hastalığı olan çocukların ailelerinin hastalığa bakışı: Pilot Çalışma", 13. Uluslararası Katılımlı Türk Kalp ve Damar Cerrahisi Kongresi, Sözlü Bildiri, 30 Ekim- 2 Kasım 2014, Antalya: 507
115. Chiu CJ, Chang HY, Chen IP, Wang HH. "Social support and are giving circumstances as predictors of caregiver burden in Taiwan", *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 2009, 48: 419-424.
116. Öden TN. *Konjenital kalp hastalığı olan çocuğa sahip ailelerin algılanan sosyal destek ile umutsuzluk ve yaşam kalitesi düzeyleri arasındaki ilişki* (Tez). Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2016.
117. Uz Baş A, Kabasakal Z. "Öğretmen adaylarında umutsuzluk ve algılanan sosyal destek", *Eğitim ve Öğretim Araştırmaları Dergisi*, 2013, 2(1): 19-26.
118. Rocha-Garcia, A, Alvarez Del Rio, Hernandez-Pena P, Martinez-Garcia MDC, Marin-Palomares T, Lazcano-Pance E. "The emotional response of families to children with leukemia at the lower socio economic level in central Mexico: A preliminary report", *Psycho-Oncology*, 2003, 12: 78-90.
119. Gönültaş N. *Zihinsel ve fiziksel engelli çocuğa sahip ebeveynlerde algılanan sosyal destek ile bakım verme yükü arasındaki ilişkinin incelenmesi* (Tez). Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimleri Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, Klinik Psikoloji Bilim Dalı Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi; 2017.
120. Tak YR, McCubbin M. "Family stress, perceived social support and coping following the diagnosis of a child's congenital heart disease", *Journal of Advanced Nursing*, 2002, 39(2): 190-198.

121. Aytekin A. *Doğumsal kalp hastalığı olan çocukların ebeveynlerinin ruhsal sıkıntı ve umutsuzluk düzeyleri ile algıladıkları sosyal destek arasındaki ilişki* (Tez). Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2005.
122. Erhan GG. *Zihinsel engelli çocuğu olan annelerin umutsuzluk, karamsarlık, sosyal destek algılarının ve gelecek planlarının incelenmesi* (Tez). Ankara Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Özel Eğitim Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2005.
123. Yıldırım B. *Pediyatrik astım hastalarına bakım veren annelerin psikososyal özellikleri ile astım yönetimi öz-yeterlilikleri arasındaki ilişkilerin incelenmesi* (Tez). Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sosyal Hizmetler Anabilim Dalı Doktora Tezi; 2017.
124. Avcı N. *Otizmlı çocukların ebeveynlerinin evlilik uyumları sosyal destek algıları ve anksiyete düzeylerinin değerlendirilmesi* (Tez). Dicle Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi; 2017.

## 8.EKLER

EK 1

### KANSER TANISI İLE İZLENEN ÇOCUKLARIN EBEVEYNLERİNİN STRES DÜZEYLERİ VE SOSYAL DESTEK ALGILARININ BELİRLENMESİ

Sayın katılımcı;  
Çalışma, yaşadığınız stresi ve algıladığınız sosyal desteği belirlemek amacı ile yapılmaktadır. Çalışmadan elde edeceğimiz sonuçlar, sizlere daha iyi bir hizmet sunmamıza katkıda bulunacaktır. Sizlerden elde ettiğimiz bilgiler bilimsel amaçlar dışında kullanılmayacak ve kesinlikle gizli tutulacaktır. Sonuçların güvenilirliği için tüm sorulara cevap vermeniz oldukça önemlidir. Çalışmamıza katıldığınız ve zaman ayırdığınız için teşekkür ederiz.

Hemşire Sevim GÜNEŞ ÇALICIOĞLU Danışman: Yrd.Doç.Dr. Gülzade UYSAL

Çocuğa İlişkin Bilgiler	
Yaşı:..... Cinsiyeti:.....	
<b>Tedavi Şekli</b> <input type="checkbox"/> Yatarak Tedavi <input type="checkbox"/> Ayaktan Tedavi	
<b>Kardeş Olma Durumu</b>	<b>Aile Tipi</b>
<input type="checkbox"/> Tek çocuk <input type="checkbox"/> İki kardeş <input type="checkbox"/> Üç kardeş <input type="checkbox"/> Dört kardeş <input type="checkbox"/> Beş ve üzeri kardeş	<input type="checkbox"/> Çekirdek Aile <input type="checkbox"/> Geniş Aile <input type="checkbox"/> Parçalanmış Aile (boşanmış)
<b>Görüşme Yapılan Kişi:</b> Anne: <input type="checkbox"/> Baba: <input type="checkbox"/>	
<b>Yaş</b> .....	<b>Çalışma Durumu</b> <input type="checkbox"/> Çalışıyor <input type="checkbox"/> Çalışmıyor
<b>Eğitim Durumu</b>	<b>Sosyal Güvence Durumu</b>
<input type="checkbox"/> Okuma – yazma bilmiyor <input type="checkbox"/> Okur yazar, ancak bir okul bitirmedi <input type="checkbox"/> İlköğretim mezunu <input type="checkbox"/> Lise mezunu <input type="checkbox"/> Üniversite mezunu <input type="checkbox"/> Diğer.....	<input type="checkbox"/> SGK <input type="checkbox"/> Özel sağlık sigortası <input type="checkbox"/> Ücretli hasta <input type="checkbox"/> Yabancı uyruklu hasta

1. Çocuğunuzun tanısı nedir?
  - Lösemi
  - Lenfoma
  - Santral sinir sistemi tümörü
  - Kemik tümörü
  - Böbrek tümörü
  - Sempatik sinir sistemi tümörü (Nöroblastom, retinablastom)
2. Çocuğunuza hastalık tanısı kaç yaşındayken konuldu?.....
3. Çocuğunuzun bu tanısı dışında başka bir sağlık sorunu var mı?
  - Evet Hayır
  - Evet ise; sağlık sorunu nedir?.....
4. Çocuğunuza bakım verirken en çok hangi konuda bilgi eksikliğiniz olduğunu düşünüyorsunuz?
  - Nasıl beslenmesi gerektiği
  - Kullanılan ilaçların yan etkileri
  - Saçlarının ne zaman döküleceği
  - Enfeksiyonlardan nasıl koruyabileceği
  - Kan değerlerinin ne olduğunu
5. Eşiniz ile akraba mısınız?
  - Evet  Hayır
  - Evet ise; yakınlık dereceniz nedir?.....
6. Siz ya da eşinizde kronik bir hastalık var mı?
  - Evet  Hayır
  - Evet ise; hastalığınız nedir?.....
7. Bu çocuğunuzla aynı tanıyı alan başka çocuğunuz var mı?
  - Evet Hayır
8. Tekrar çocuk sahibi olmayı düşünüyor musunuz?
  - Evet Hayır
  - Hayır ise; neden?.....
9. Çocuğunuzun hastalığı/durumu, sizin günlük yaşamınızı etkiliyor mu?
  - Evet Hayır
  - Evet ise; hangi konularda etkiliyor?.....

10. Çocuğunuzun hastalığı/durumu sizin eşinizle olan ilişkilerinizi etkiliyor mu?

- Evet  Hayır

Evet ise; eşinizle ilişkiniz nasıl etkilendi? Açıklayabilir misiniz?.....

11. Çocuğunuzun hastalığından dolayı hiç kendinizi suçlu hissettiniz mi?

- Evet  Hayır

Evet ise; neden? .....

12. Çocuğunuz ile ilgili duyguları en çok kiminle paylaşırsınız?

- Eş  
 Akraba  
 Arkadaş  
 Hemşire  
 Doktor  
 Diğer.....

### ALGILANAN STRES ÖLÇEĞİ (ASÖ)

Aşağıda geçen ay boyunca yaşamış olabileceğiniz duygu ve düşüncelerinizi içeren bazı durumlar verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki durumu geçen ay boyunca ne kadar yaşadığınızı aşağıdaki ölçekten yararlanarak maddelerdeki uygun bölüme X işareti koyarak belirleyiniz.

ALGILANAN STRES ÖLÇEĞİ	Hiç	Nadiren	Bazen	Sık	Çok Sık
1. Beklemediğim bir olaya karşı sıkıntı yaşadım.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
2. Önemli olayları kontrol edemedim.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
3. Kendimi stresli hissettim.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
4. Kişisel problemlerimi çözme konusunda kendime güvendim.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
5. Yaşamımda her şey yolunda gitti.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
6. Yaşamımdaki öfkemi kontrol ettim.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
7. Kontrolüm dışındaki olaylar beni öfkeliendirdi.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
8. Üstesinden gelemediğim zorluklar yaşadım.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)



### ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ

Aşağıda 12 cümle ve her bir cümle altında da cevaplarınızı işaretlemeniz için 1'den 7'ye kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede söylenenin sizin için ne kadar çok doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümle karşısındaki rakamlardan yalnız bir tanesini daire içine alarak işaretleyiniz. Bu şekilde 12 cümlelerin her birine bir işaret koyarak cevaplarınızı veriniz. Lütfen hiçbir cümleyi cevapsız bırakmayınız. Sizce doğruya en yakın olan rakamı işaretleyiniz.

**Kesinlikle Hayır-----Kesinlikle Evet**

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
1. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan var.							
2. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan var.							
3. Ailem bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.							
4. İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden alırım.							
5. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan var.							
6. Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.							
7. İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.							
8. Sorunlarımı ailemle (örneğin; annemle, babamla, eşimle, çocuklarımla, kardeşlerimle) konuşabilirim.							
9. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.							
10. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren bir insan var.							
11. Kararlarımı vermede ailem bana yardımcı olmaya isteklidir.							
12. Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.							

**BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU (Ebeveynler için)**

Sayın ebeveyn,

Çalışma İstanbul ili Kanuni Sultan Süleyman Eğitim Araştırma Hastanesi Hematoloji Onkoloji servisinde kanser tanısı ile izlenen çocukların ebeveynlerinin stres düzeylerinin ve sosyal destek algılarının belirlenmesi amacı planlanmıştır.

Araştırmada kesinlikle isim sorulmayacak, sorulacak yaş, eğitim durumu gibi bilgiler araştırma kapsamı dışında hiçbir kişi ile paylaşılmayacaktır. Bu çalışmaya katılmayı reddedebilirsiniz veya çalışmanın herhangi bir aşamasında katılım onayından vazgeçebilirsiniz.

Sevim Güneş Çalıcıoğlu  
Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü  
Hemşirelik Yüksek Lisans Öğrencisi

***Danışman***

Yrd. Doç. Dr. Gülzade Uysal  
Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi  
Öğretim Üyesi

Yukarıda verilen bilgileri okudum ve bu bilgiler doğrultusunda kendi isteğim ile bu araştırmaya katılmayı kabul ediyorum.

Ad, Soyadı:

İmza:

## Ek 5- Okan Üniversitesi Etik Kurul İzin Yazısı

Toplantı Sayısı:51

Okan Üniversitesi

Etik Kurulu

“Kurul Kararları”

Toplantı Tarihi: 20.10.2014

Toplantıya Katılanlar:

Prof. Dr. Alinur Büyükkaksoy	(Başkan)
Prof. Dr. Dilek Şirvanlı Özen	(Üye)
Prof. Dr. Mithat Kıyak	(Üye)
Prof. Dr. Serap Keskin Kızıroğlu	(Üye)
Yrd. Doç. Dr. Güliz Muğan	(Üye)
Yrd. Doç. Dr. Uğur Cevdet Panayırıcı	(Üye)
Yrd. Doç. Dr. Nevin Karaaslan Balıkcı	(Üye)

---

Okan Üniversitesi Etik Kurulu 20.10.2014 tarihinde Prof. Dr. Alinur Büyükkaksoy'un Başkanlığında toplandı ve çoğunluk mevcut olduğundan gündeme geçildi.

---

- 1- Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü – Sağlık Yönetimi Bölümü öğrencilerinden **Sevilay ESEN**'in “**Sağlık Çalışanlarının Hasta Hakları Uygulamaları Hakkında Düşüncelerinin İncelemesi (Bursa Çekirge Devlet Hastanesi Örneği)**” başlıklı çalışması için başvurusunun görüşülmesi,
- 2- Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü – Hemşirelik Bölümü öğrencilerinden **Sevim Güneş ÇALICIOĞLU**'nun “**Kanser Tanısı ile İzlenen Çocukların Ebeveynlerinin Stres Düzeyleri ve Sosyal Destek Algılarının Belirlenmesi**” başlıklı çalışması için başvurusunun görüşülmesi,
- 3- Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü – Sağlık Yönetimi Bölümü öğrencilerinden **Sibel KÖSE**'nin “**Bursa İlinin Sağlık Turizmi Konusunda İrdelenmesi**” başlıklı çalışması için başvurusunun görüşülmesi.

13 J.K.P. D.W. S.A.

Yapılan görüşmeler sonucunda;

**Karar 1.** Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü – Sağlık Yönetimi Bölümü öğrencilerinden **Sevilay ESEN**'in “Sağlık Çalışanlarının Hasta Hakları Uygulamaları Hakkında Düşüncelerinin İncelemesi (Bursa Çekirge Devlet Hastanesi Örneği)” başlıklı çalışması için başvuru talebi uygun görülüp oy birliği ile onaylanmıştır.

**Karar 2.** Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü – Hemşirelik Bölümü öğrencilerinden **Sevim Güneş ÇALICIOĞLU**'nun “Kanser Tanısı ile İzlenen Çocukların Ebeveynlerinin Stres Düzeyleri ve Sosyal Destek Algılarının Belirlenmesi” başlıklı çalışması için başvuru talebi uygun görülüp oy birliği ile onaylanmıştır.

**Karar 3.** Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü – Sağlık Yönetimi Bölümü öğrencilerinden **Sibel KÖSE**'nin “Bursa İlinin Sağlık Turizmi Konusunda İrdelenmesi” başlıklı çalışması için başvuru talebi uygun görülüp oy birliği ile onaylanmıştır.

Prof. Dr. Alimur Büyükkaksoy  
(Başkan)

Prof. Dr. Dilek Şirvanlı Özen  
(Üye)

Prof. Dr. Mithat Kaya  
(Üye)

Prof. Dr. Serap Keskin Kızıroğlu  
(Üye)

Yrd. Doç. Dr. Nevin Karaaslan Balıkcı  
(Üye)

Yrd. Doç. Dr. Güliz Muğan  
(Üye)

Yrd. Doç. Dr. Uğur Cevdet Panayırıcı  
(Üye)

## Ek 6- İstanbul Kanuni Sultan Süleyman EAH İzni



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



Sayı : 75231446/900  
Konu : Sevim GÜNEŞ  
ÇALICIOĞLU'nun Tez Çalışması  
Hk.

### İSTANBUL KANUNİ SULTAN SÜLEYMAN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik yüksek lisans öğrencisi Sevim GÜNEŞ ÇALICIOĞLU'nun "Kanser Tanısı ile İzlenen Çocukların Ebeveynlerinin Stres Düzeyleri ve Sosyal Destek Algılarının Belirlenmesi" konulu araştırmayı hastanemizde yapması hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi, anket çalışmasına katılımların gönüllülük esasına göre yapılması, kişisel verilere ve özel hayatın korunmasına özen gösterilmesi ve yapılacak çalışmanın kurumumuz bilgisi dışında ilan edilmemesi kaydıyla, Genel Sekreterliğimizce uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Doç. Dr. Fatma Nur KESİKTAŞ  
Tıbbi Hizmetler Başkanı  
GÜVENLİ ELEKTRONİK İMZALI  
ASLI İLE AYNI DİR  
19.11.2014



902  
17.12.2014

İSTANBUL ÇEKMECE KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ  
GENEL SEKRETERLİĞİ  
F. N. Kesiktaş  
Uzman

Sevim Güneş <sevim.krm@gmail.com>

14.04.2015

Alıcı:

aysegul.bilge

İyi akşamlar Ayşegül Hanım;  
Ben Sevim Güneş Çalıcıoğlu Okan Üniversitesi Hemşirelikte Yüksek Lisan yapıyorum. Tezim için veri toplamak amacıyla "Algılanan Stres Ölçeği" nizi kullanmak istiyorum. İziniz olursa olumlu yada olumsuz tarafıma dönerseniz sevinirim.

[Yanıtla](#) [Yönlendir](#)



aysegul bilge <aysegul.bilge@ege.edu.tr>

15.04.2015

Alıcı:

bana

Sevgili Sevim,

Ölçeğin yayımlanmış makalesini tezinizde kaynak olarak kullanmak ve sonuçlarınız hakkında bilgi vermek koşulu ile ASÖ yü tezinizde kullanmanız uygundur.

Başarılar

Doç. Dr. Ayşegül BİLGE

Kimden: "Sevim Güneş" <sevim.krm@gmail.com>

Kime: "aysegul bilge" <aysegul.bilge@ege.edu.tr>

Gönderilenler: 14 Nisan Salı 2015 20:52:43

Konu: Algılanan stres ölçeği

---

## Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

3 ileti

---

**Sevim Güneş** <sevim.krm@gmail.com>  
Alıcı: haluk.arkar@ege.edu.tr

18 Eylül 2014 11:11

İyi günler Haluk Bey,

Ben Okan Üniversitesi Hemşirelikte Yüksek Lisans öğrencisiyim. Geçerlilik ve güvenilirliğini yatırdığınız "Çok Boyutlu Algılanan Sosyal destek Ölçeği"ni tezim için veri toplamada kullanmak istiyorum.  
Olumlu ya da olumsuz tarafıma dönüş yaparsanız sevinirim. İyi çalışmalar.

--  
Sevim Güneş Çalicioğlu

---

**Sevim Güneş** <sevim.krm@gmail.com>  
Alıcı: haluk.arkar@ege.edu.tr

23 Eylül 2014 07:28

18 Eyl 2014 11:11 tarihinde "Sevim Güneş" <sevim.krm@gmail.com> yazdı:  
[Alınan metin gizlendi]

---

**haluk arkar** <haluk.arkar@ege.edu.tr>  
Alıcı: Sevim Güneş <sevim.krm@gmail.com>

23 Eylül 2014 10:12

---

**Kimden:** "Sevim Güneş" <sevim.krm@gmail.com>

**Kime:** "haluk arkar" <haluk.arkar@ege.edu.tr>

**Gönderilenler:** 23 Eylül Salı 2014 7:28:05

**Konu:** [SPAM] Re: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal destek Ölçeği

18 Eyl 2014 11:11 tarihinde "Sevim Güneş" <sevim.krm@gmail.com> yazdı:

İyi günler Sayın Çalicioğlu,

Çokboyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğini çalışmalanızda kullanabilirsiniz.

Başarılar dilerim.

Prof. Dr. Haluk Arkar

Ben Okan Üniversitesi Hemşirelikte Yüksek Lisans öğrencisiyim. Geçerlilik ve güvenilirliğini yatırdığınız "Çok Boyutlu Algılanan Sosyal destek Ölçeği"ni tezim için veri toplamada kullanmak istiyorum.

Olumlu ya da olumsuz tarafıma dönüş yaparsanız sevinirim. İyi çalışmalar.

--  
Sevim Güneş Çalicioğlu

## 9. ÖZGEÇMİŞ

### 1.Kişisel Bilgiler

<b>Adı:</b>	Sevim	<b>Soyadı:</b>	Güneş Çalıcıoğlu
<b>Doğum Yeri:</b>	E.Cuma/ BULGARİSTAN	<b>Doğum Tarihi:</b>	05.03.1974
<b>Uyruğu:</b>	T.C	<b>Tel:</b>	05332126533
<b>Email:</b>	sevim.krm@gmail.com		

### 2.Öğrenim Durumu:

Derece	Alan	Üniversite	Yıl
Lisans	Hemşirlik	Atatürk Üniversitesi	2011

### 3.Deneyimler

Ünvan	Yer	Yıl
Hemşire	İ.Ü C.T.F Çocuk Hematoloji Onkoloji Servisi	1996-2001
Hemşire	Bakırköy Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları E.A Hastanesi Çocuk Hematoloji Onkoloji Servisi	2001-2004
Hemşire	Bakırköy Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları E.A Hastanesi Çocuk Acil Servisi	2004-2008
Hemşire	Bakırköy Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları E.A Hastanesi Çocuk Nefroloji- Periton Diyalizi Servisi	2008-2009
Hemşire	Bakırköy Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları E.A Hastanesi Süt Çocuğu Servisi	2009-2011
Hemşire	S.B.Ü İstanbul Kanuni Sultan Süleyman E.A. Hastanesi Süt Çocuğu Servisi	2011-2013
Hemşire	S.B.Ü İstanbul Kanuni Sultan Süleyman E.A. Hastanesi Erişkin Acil Servisi	2013-2014
Hemşire	S.B.Ü İstanbul Kanuni Sultan Süleyman E.A. Hastanesi Nefroloji-Pediyatrik Periton Diyalizi Merkezi	2014-2017

#### 1. İdari Görevler

S.B.Ü İstanbul Kanuni Sultan Süleyman E.A.Hastanesi Erişkin Acil Servisi  
Sorumlu Hemşiresi

#### 2. Bilimsel Kuruluşlara Üyelikler

TNDT Hemşireleri Derneği

#### 3. Yabancı Dil

İngilizce

#### 4. Bilgisayar

Word, Excel, Powerpoint, Outlook

#### 5. Bilimsel Yayınlar