

T.C.

İSTANBUL OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

KANSER TANISI İLE İZLENEN ÇOCUKLARIN
EBEVEYNLERİNİN ALGILADIKLARI STRES DÜZEYİ
İLE KRONİK HASTALIK YÖNETİMLERİ ARASINDAKİ
İLİŞKİNİN BELİRLENMESİ

Dilek EMNİYETLİ

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Gülzade UYSAL

İSTANBUL, 2019

DILEK EMNİYETLİKANSER TANISI İLE İZLENEN ÇOCUKLARIN EBEVEYNLERİNİN ALGILADIKLARI STRES DÜZEYİ İLE KRONİK HASTALIK YÖNETİMLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN BELİRLENMESİ

İSTANBUL, 2019

T.C.
İSTANBUL OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

KANSER TANISI İLE İZLENEN ÇOCUKLARIN
EBEVEYNLERİNİN ALGILADIKLARI STRES DÜZEYİ
İLE KRONİK HASTALIK YÖNETİMLERİ ARASINDAKİ
İLİŞKİNİN BELİRLENMESİ

Dilek Emniyetli

162038026

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Gülzade UYSAL

İSTANBUL, 2019

T.C
OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

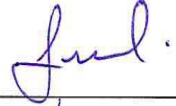
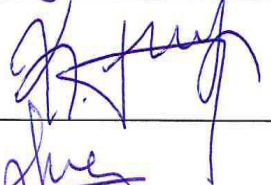
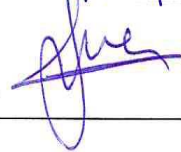
Y Ü K S E K L İ S A N S
T E Z O N A Y I

ÖĞRENCİNİN

Adı ve Soyadı : Dilek EMNİYETLİ Öğrenci No : 162038026
Anabilim/Bilim Dalı : Hemşirelik Tez Savunma Tarihi : 22/08/2019
Danışman : Doç.Dr. Gülzade UYSAL Tez Savunma Saati : 10:00

Tez Konusu : "Kanser tanısı ile izlenen çocukların ebeveynlerinin algıladıkları stres düzeyi ile kronik hastalık yönetimleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi"

TEZ SAVUNMA SINAVI, Lisansüstü Öğretim Yönetmeliği'nin 28.Maddesi uyarınca yapılmış, sorulan sorulara alınan cevaplar sonunda adayın tezinin KABUL'ne OYBİRLİĞİ / OYÇOKLUĞUYLA karar verilmiştir.

JÜRİ ÜYESİ	KANAATİ (KABUL / RED / DÜZELTME)	İMZA
Doç.Dr. Gülzade UYSAL	KABUL	
Doç.Dr. K.Derya BEYDAĞ	KABUL	
Dr. Öğr. Üyesi Ayşe KARAKOÇ	KABUL	

YEDEK JÜRİ ÜYESİ	KANAATİ (KABUL / RED / DÜZELTME)	İMZA
Dr. Öğr. Üyesi İlknur ÇALIŞKAN		

ÖZET

Bu araştırma kanser tanısı ile izlenen çocukların ebeveynlerinin algıladıkları stres ile kronik hastalığı yönetimleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırmanın evrenini Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk onkoloji hematoloji ünitesinde son bir yılda kanser tanısı ile izlenen 230 çocuğun ebeveyni oluşturmuştur. Araştırmanın örneklem büyüklüğü 144 ebeveyn olarak hesaplanmıştır. Araştırma sonucunda elde edilen veriler SPSS 21.0 paket programına aktarılıp uygun istatistiksel yöntemlerle değerlendirilmiştir.

Araştırmaya katılan ebeveynlerden çoğunluğu anne olup %54,9'u 19-35 yaş grubundadır. Ebeveynlerin yarısına yakını ilk-ortaokul mezunu olup %71,5'inin çalışmıyor olduğu belirlenmiştir. Ebeveynlerin Algılanan Stres Ölçeği "Algılanan stres" alt boyutu puan ortalaması $13,25 \pm 4,00$, "Algılanan baş etme" alt boyutu puan ortalaması $6,68 \pm 2,37$ ve "Algılanan stres ölçeği" toplam puan ortalaması ise $19,93 \pm 5,58$ olarak belirlenmiştir. Ebeveynlerin Çocuk Kronik Hastalık Yönetimi Ölçeği "Hastalık yönetimi ve çocuğun günlük yaşamı" alt boyut puan ortalaması $3,01 \pm 0,27$, "Yaşam zorlukları ve hastalık etkilerinin görülmesi" alt boyut puan ortalaması $3,90 \pm 0,46$ ve "Ebeveynler arası anlaşma" alt boyut puan ortalaması $3,72 \pm 0,75$ olarak belirlenmiştir. Ebeveynlerin algıladıkları toplam stres puanı yordayıcısı olarak kronik hastalık yönetimi ölçeği ve alt boyutlarının ASÖ puanının %59,4'lik kısmını açıkladığı tespit edilmiştir. KHYÖ alt boyut puanları incelendiğinde; ebeveynlerin ASÖ puanı ile "Hastalık yönetimi ve çocuğun günlük yaşamı" alt boyutu ile *negatif yönde güçlü* bir ilişki, "Yaşam zorlukları ve hastalık etkileri" alt boyutu ile *pozitif yönde güçlü* bir ilişki ve "Ebeveynler arası anlaşma" alt boyutu ile *negatif yönde güçlü* bir ilişki olduğu belirlenmiştir.

Sonuç olarak, kanser tanısı ile izlenen çocukların ebeveynlerinin algıladıkları stres arttıkça kronik hastalığı yönetim güçlerinin azaldığı, yaşam zorluklarını ve hastalık etkilerini daha yoğun hissettikleri, ebeveynlerin arası anlaşmanın azaldığı görülmektedir.

Anahtar kelimeler: Çocukluk kanserleri, Ebeveyn, Stres, Hastalık yönetimi.

ABSTRACT

DETERMINATION OF THE RELATIONSHIP BETWEEN THE STRESS LEVEL PERCEIVED BY THE PARENTS OF CHILDREN WITH CANCER DIAGNOSIS AND THEIR CHRONIC DISEASE MANAGEMENT

This study was conducted as a descriptive study with an aim to determine of the relationship between the stress level perceived by the parents of children with cancer diagnosis and their chronic disease management. The universe of research consisted of the parents of 230 children diagnosed with cancer in the pediatric oncology hematology unit of Şişli Hamidiye Etfal Training and Research Hospital in the last year. The sample size of the research was calculated as 144 parents. The data obtained from the research were transferred to SPSS 21.0 package program and evaluated with appropriate statistical methods.

The majority of the parents who participated in the study were mothers and 54.9% were in the 19-35 age group. Nearly half of the parents were primary and secondary school graduates and 71.5% had no jobs. The parents' mean score in "the perceived stress" sub-dimension of the Perceived Stress Scale (PSS) was 13.25 ± 4.00 , the mean score of "the perceived coping" sub-dimension was 6.68 ± 2.37 and the total mean score of "the Perceived Stress Scale" was 19.93 ± 5.58 . The parents' mean score in the "Disease Management and daily life of the child" sub-dimension of the Child Chronic Disease Management Scale (CDMS) was determined to be 3.01 ± 0.27 , the mean score in the sub-dimension of "Life difficulties and the effects of the disease being experienced" was found as 3.90 ± 0.46 , and the mean score in the sub-dimension of "Good relations between parents" was identified as 3.72 ± 0.75 . It was found that the chronic disease management scale and its sub-dimensions accounted for 59.4% of the PSS score as the predictor of total stress score perceived by the parents. When the scores in the sub-dimensions of CDMS were examined, it was found that the PSS score had a *strong and negative* correlation with the sub-dimension of "Disease management and daily life of the child", a *strong and positive* correlation with the sub-dimension of "Life difficulties and the effects of the disease being experienced", and a *strong and negative* correlation with the sub-dimension of "Good relations between parents."

As a result, it is seen that as the stress perceived by the parents of the children followed up with cancer diagnosis increased, their power to manage the chronic disease decreased, they experienced the difficulties of life and the effect of the disease more intensely, and relations between parents weakened.

Keywords: Childhood cancers, Parent, Stress, Disease management.

ÖNSÖZ

Yüksek lisans eğitimim ve tez çalışmam boyunca fikir ve görüşleriyle beni destekleyen, yönlendiren değerli danışman hocam Sayın Doç. Dr. Gülzade UYSAL'a,

Bu süreçte destekleri çok büyük olan Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Yoğun Bakım Ünitesinde çalışan meslektaşlarımın hepsine, özellikle beni sabırla dinleyen dostlarım Cansu HALLI, İlknur KAYA ve Meryem MERCAN'a,

Yüksek lisans öğrenimlerimiz boyunca yol arkadaşlığı yaptığımız Havva ÖZTÜRK, Özlem ŞEKO ve Seda KORKUT'a,

En stresli anımda beni yalnız bırakmayan 20 yıllık dostum Esra KAYADELEN'e,

Okul dönemim boyunca ve çalışmamın her aşamasında benden desteğini esirgemeyen, bana sonuna güvenen aileme,

Yüksek lisans öğrenimime desteğiyle başladığım, bu süreçte kaybettiğim ama beni her an izlediğinden emin olduğum canım ablam Semra SEZER'e

SONSUZ TEŞEKKÜRLER

Dilek EMNİYETLİ

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, daha önce üretilmiş olan ve yararlandığım bilgi, fikir ve yorumları akademik kurallar içinde kullandığımı ve kaynak gösterdiğimi beyan ederim.

Dilek EMNİYETLİ



İÇİNDEKİLER

SAYFA NO

TEZ ONAY SAYFASI.....	ii
ÖZET.....	iii
ABSTRACT.....	iv
ÖNSÖZ.....	vi
BEYAN.....	vii
İÇİNDEKİLER.....	viii
TABLolar LİSTESİ.....	x
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	xi
SEMBOLLER VE KISALTMALAR LİSTESİ.....	xii
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Çocukluk Çağı Kanseri.....	4
2.1.1.Çocukluk Çağı Kanseri İnsidansı.....	5
2.1.2.Çocukluk Çağı Kanseri Nedenleri.....	7
2.1.3.Çocukluk Çağı Kanseri Tedavisi.....	7
Cerrahi Tedavi.....	7
Kemoterapi.....	8
Radyoterapi.....	8
Kök Hücre Transplantasyonu.....	9
Biyoterapi.....	9
2.2. Stres ve Kronik Hastalık Yönetimi İle İlgili Kuramsal Bilgiler.....	9
2.2.1.Stres Kavramı.....	9
2.2.2.Kronik Hastalık Yönetimi.....	10

2.3. Kanserin Psikososyal Etkileri.....	11
2.3.1.Kanserin Çocuk Üzerindeki Etkileri.....	11
2.3.2.Kanserin Aile Üzerindeki Etkileri.....	12
2.3.3.Kanser Tanısı İle İzlenen Çocuk ve Ailesine Yönelik Hemşirelik Yaklaşımları.....	13
3.GEREÇ VE YÖNTEM.....	16
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.Veri Toplama Formu.....	17
3.4.1.Algılanan Stres Ölçeği.....	17
3.4.2.Çocuk Kronik Hastalık Yönetimi Ölçeği:Aile Formu.....	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
4.BULGULAR.....	20
5.TARTIŞMA.....	38
6.SONUÇ VE ÖNERİLER.....	51
6.1.Sonuçlar.....	51
6.2.Öneriler.....	53
KAYNAKLAR.....	54
EKLER.....	65
ÖZGEÇMİŞ.....	76

TABLolar LİSTESİ

SAYFA NO

Tablo 1. Ebeveynlerin tanıtıcı özellikleri.....	20
Tablo 2. Çocukların tanıtıcı özellikleri.....	21
Tablo 3. Ailenin hastalık öyküsü ve destek alma durumlarına ilişkin tanıtıcı özellikleri.....	22
Tablo 4. Ebeveynlerin Algılanan Stres Ölçeği ve alt boyut puan ortalamaları.....	24
Tablo 5. Ebeveynlerin Çocuk Kronik Hastalık Yönetim Ölçeği ve alt boyut puan ortalamaları.....	24
Tablo 6. Ebeveynlerin Algılanan Stres Ölçeği ve alt boyut puan ortalamalarının ebeveyn tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı.....	25
Tablo 7. Ebeveynlerin Çocuk Kronik Hastalık Yönetim Ölçeği ve alt boyut puan ortalamalarının ebeveyn tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı.....	28
Tablo 8. Ebeveynlerin Algılanan Stres Ölçeği ve alt boyut puan ortalamalarının çocuğun tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı.....	31
Tablo 9. Ebeveynlerin Çocuk Kronik Hastalık Yönetim Ölçeği ve alt boyut puan ortalamalarının çocuğun tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı.....	33
Tablo 10. Ebeveynlerin Algılanan Stres Ölçeği ve alt boyut puan ortalamalarının ailenin hastalık öyküsü ve destek alma durumlarına ilişkin tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı.....	34
Tablo 11. Ebeveynlerin Çocuk Kronik Hastalık Yönetim Ölçeği ve alt boyut puan ortalamalarının ailenin hastalık öyküsü ve destek alma durumlarına ilişkin tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı.....	35
Tablo 12. Ebeveynlerin algıladıkları stres düzeyine göre kronik hastalık yönetimi ve altboyut puanlarını yordayan doğrusal regresyon analizi.....	37

ŞEKİLLER LİSTESİ

SAYFA NO

- Şekil 1. Çocukluk çağı kanserlerinin uluslar arası sınıflandırması.....5
- Şekil 2. Türkiye’de 0-14 yaş grubu erkek çocuklarda kanser sıklığı.....6
- Şekil 3. Türkiye’de 0-14 yaş grubu kız çocuklarda kanser sıklığı.....6
- Şekil 4. Sık kullanılan kemoteropötik ajanlar.....8



SEMBOLLER ve KISALTMALAR LİSTESİ

ASÖ	: Algılanan Stres Ölçeği
ICN	:International Council of Nourses
KHYÖ	:Kronik Hastalık Yönetim Ölçeği
WHO	:World Health Organization
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
%	:Yüzde
n	:Sayı
ss	:Standart Sapma
THSGM	:Türkiye Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü

1. GİRİŞ

Kanser, tüm dünyada yaşamı tehdit eden kronik bir hastalık olarak önemli bir sağlık sorunu olmaya devam etmektedir. Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre 2015 yılında tüm dünyada 8.8 milyon kişi kanser nedeni ile hayatını kaybetmiş olup tüm küresel ölümlerin 1/6'sını oluşturmaktadır (1). Bu rakamlara dikkat çekildiğinde durumun ciddiyeti daha anlaşılır hale gelmektedir. Bununla birlikte tedavi ve bakıma ilişkin önemli gelişmelerle çocukluk çağı kanserinin gelişmiş ülkelerdeki hayatta kalma sıklığının % 80 gibi yüksek bir oranda olduğu da bilinmektedir (2).

Bugün iyileşme ve şiddetlenme dönemleriyle kronik bir hastalık olarak kabul edilen kanser; Amerika Birleşik Devletleri ve gelişmiş birçok ülkede çocuklarda ikinci, Türkiye'de ise dördüncü en yaygın ölüm nedenidir. Türkiye'de her yıl yeni tanı alan yetişkin kanser vakası 150.000 olarak beklenirken, 0-14 yaş grubunda ise bu sayı 2500-3000 arasındadır (3).

Türkiye'de 2005 yılından itibaren Türk Pediatrik Onkoloji Grubu ve Türk Pediatrik Hematoloji Derneği, çocukluk çağı kanser kayıtlarını ortak bir platformda kaydetmeye başlamışlardır. Bu verilere göre 2002-2008 yılları arasında ülkemizde çocukluk çağında sırası ile en sık lösemiler, lenfomalar ve santral sinir sistemi tümörleri görülmektedir (4).

Sağ kalımda anlamlı artış sağlanmasına rağmen çocuklara çoğu zaman cerrahi, kemoterapi ve radyoterapi gibi akut ve uzun dönem birçok yan etkileri olan çoğul tedaviler uygulanmaktadır. Ayrıca acı veren tıbbi işlemler, hastanede yatış ve gidişatın belirsizliği çocuklar ve aileleri için önemli stres faktörleridir (5). Tedavideki tüm gelişmelere rağmen kanser hala ebeveynler tarafından çocuğun ölüme mahkumiyeti olarak algılanmaktadır (6).

Kanserin adının verdiği korku, gelecek kaygısı, hastalık ve tedaviye bağlı yaşanabileceklerin yarattığı stres, hasta ve hasta yakınlarını hiçbir hastalık grubunda olamayacak kadar çok olumsuz etkilemektedir (6, 7).

Kanser, uzun süreli bir stresördür. Ailenin tüm işlevselliği, rol dağılımları ve ilişkileri kanserden etkilenir. Bu nedenle; kanser bir aile hastalığıdır denebilir (6, 8).

Kanser tanı ve tedavisi, büyüme-gelişme sürecinde bağımlı bir birey olan çocuğu olduğu kadar ailesini de etkilemekte, aile üyelerinin günlük düzenlerini, rutinlerini ve yaşam aktivitelerini bozmaktadır (9).

Hastalık tanıldıktan sonra çocuklar ve aileler kendilerine özgü biçimde tepki gösterirler ve farklı psiko sosyal dönemler yaşarlar. Literatürde anksiyete, uyku bozukluğu ve depresyon gibi psikolojik sorunlar, kanser hastalarında ve ailelerinde sıklıkla gözlenen ortak karakteristik belirtiler olarak ifade edilmektedir (10).

Hastalık süresince ebeveynlik rollerinde kayıp veya değişiklik olabilmekte ve ailenin dengesi bozulabilmektedir. Ayrıca aile üyelerinin hastalardan daha fazla olmak üzere anksiyete, depresyon, yorgunluk, rol çatışması ve sosyal izolasyon yaşadıkları ve sonuç olarak bağımsızlık sistemlerinin bozulmasına bağlı fiziksel hastalık riskleri olduğu belirtilmektedir (10, 11).

Yapılan benzer çalışmalar incelendiğinde; Erdem'in (2006) yaptığı çalışmada çocuklarına kanser tanısı konulan annelerin tanıdan sonra büyük çoğunluğunda sağlık sorunu geliştiği, yarısının sinirlilik ve üzüntü gibi duygusal sorunlar yaşadığı ve buna karşılık sağlık sorunları için sağlık personelinden yardım almadıkları saptanmıştır (12). Ayrıca, Toros ve arkadaşlarının (2002) yaptığı çalışmada kanserli çocuğa sahip olan annelerin depresyon ve stres düzeylerinin diğer kronik hastalığı olan çocukların annelerinkinden daha yüksek olduğu bulunmuştur (13).

Karakavak (2006) yapmış olduğu çalışmada ise, annelerin çocuklarının tedavi sürecinde maddi sıkıntılar nedeniyle tedavinin yarım kalacağı, hastalığın sürecine ilişkin belirsizlikler ve tekrarlanan ameliyatlara gibi konularda korku, endişe ve kaygı yaşadıkları saptanmıştır (14).

Selamet (2014) yaptığı çalışmada kanser hastası çocuğa sahip annelerin; zamanının hepsini hasta çocuklarına ayırdığını, kendisi için hiçbir şey yapamadığını, hastalıkla baş etmede zorlandığını, hastalık nedeniyle umutsuzluk yaşadığını ve tüm bu durumların da yaşam kalitesini olumsuz etkilediğini saptamıştır (15). Arıkan ve Çelebioğlu'nun (1999) 31 kanserli çocuk ebeveyni ile yaptıkları çalışmada da, çocuğun hastanede kalış süresi uzadıkça ebeveynlerin kaygı düzeyinin arttığı bildirilmiştir (16).

Kronik hastalıklı çocuğu olan ebeveynlerin stres ile başarılı şekilde başa çıkabilmeleri sağlıklı değerler ortaya çıkarmaktadır. Bu ebeveynler ‘kendilerini değiştirdiği ve daha sabırlı olduklarını’ ifade etmişlerdir (17). Diğer taraftan, stresle etkili biçimde baş edemeyen ebeveynlerde çocuğun hastalığını yeterince kontrol edemedikleri ve sonuçta bu durumdan etkilenen çocuk karşısında çocuğa karşı olumsuz aile tutumlarının olduğu görölmektedir (18).

Ebeveynlerin çocuğun sağlığıyla ilgili davranışları üzerinde oldukça etkili olduğu vurgulanmaktadır. Er (2006) yapmış olduğu çalışmada ebeveynlerin stres düzeyinin çocuklardaki bilişsel işlevsellik durumuyla ve çocuğun hastalığa uyumuyla ilişkisi olduğu bildirilmiştir (19).

Süreçte yaşanan tüm olumsuzluklar ebeveynlerde çeşitli derecelerde strese sebep olmaktadır. Stres normal aile yaşamını sürdürmemeye ve hastalık yönetimi için kendilerini eksik görmeye, zorluklar yaşamaya sebep olabilir. Ebeveyn ve çocuk hastalığın yönetimi için birlikte çalışamaz duruma gelebilir.

Bu düşüncelerden yola çıkılarak, ‘Kanser tanısı ile izlenen çocukların ebeveynlerinin algıladıkları stres düzeyi ile kronik hastalık yönetimleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi’ konulu araştırma, hasta çocuklarına bakım desteği sağlayan ebeveynlerin yaşadıkları stresin düzeylerinin belirlenmesi bu düzeyler ile hastalığı yönetme ilişkisinin bilimsel kanıtlara dayandırılarak gösterilebilmesi amacıyla planlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Çocukluk Çağı Kanseri

Kronik hastalık; normalden sapmalar ve bozukluklar gösteren, kalıcı yetersizlikler bırakabilen, kendiliğinden gerilemesi veya tamamen iyileşmesi mümkün olmayan, patolojik değişiklikler sonucu oluşmuş, hastanın rehabilitasyonu için özel eğitim gerektiren, en az 6 ay tıbbi bakım, gözetim ve denetim gerektireceği beklenen durum olarak tanımlanır (20).

Kanser; mutasyona uğramış hücrelerin, vücutta kontrolsüz çoğalıp büyümelerinin sonucu oluşan malign hastalıklar grubudur. Bu çoğalma sırasında kanser hücresinde normal hücrelerden yapısal olarak farklılıklar oluştuğu gibi işlevsel açısından da farklılıklar oluşabilir. Bazen hücre normalde yaptığı işlevleri yapmazken, bazen de normalde olmayan başka işlevleri yapmaya başlayabilir. Anormal şekilde çoğalmaya başlayan bu hücreler buldukları yerdeki doku ve organları işgal ederken bazen de uzaktaki organlara kadar yayılırlar ve bu organların görevlerini yapmalarına engel olurlar. Kanseri köken aldıkları doku ve organlara göre isim alırlar. Belirti, bulgu ve tedavileri de kanserin türüne göre değişmektedir (21-23).

Çocukluk çağı kanserlerinde erken tanı ve uygun tedavi ile %80'i bulan 5 yıllık sağ kalım oranlarına ulaşılmıştır. Bu sıklık kanserin ölümcül bir hastalıktan çok, akut atakları olan ve kronik bir hastalık olduğunu göstermiştir (24).

Çocuk mortalitesinde enfeksiyon hastalıkları, kazalar, beslenme yetersizlikleri, doğum anomalileri ve kanserler sık görülen nedenler arasında yer almaktadır. Enfeksiyon hastalıkları ve beslenme yetersizliğinin yol açtığı çocuk ölümlerinin düşük olduğu coğrafyalarda kanserlerin yol açtığı ölümler önem kazanmaktadır (25). Çocukluk çağında görülen kanser türlerinin uluslararası sınıflandırması Şekil 1'de gösterilmektedir.

Şekil 1. Çocukluk Çağı Kanserlerinin Uluslararası Sınıflandırması

1. Lösemiler
 2. Lenfomalar
 3. Beyin ve spinal kanal tümörleri
 4. Sempatik sistem tümörleri
 5. Retinoblastoma
 6. Böbrek tümörleri
 7. Karaciğer tümörleri
 8. Kemik tümörleri
 9. Yumuşak doku sarkomları
 10. Gonad ve germ hücreli tümörler
 11. Epitelyal tümörler
 12. Diğer malignneoplasmlar
-

26. kaynaktan alınmıştır.

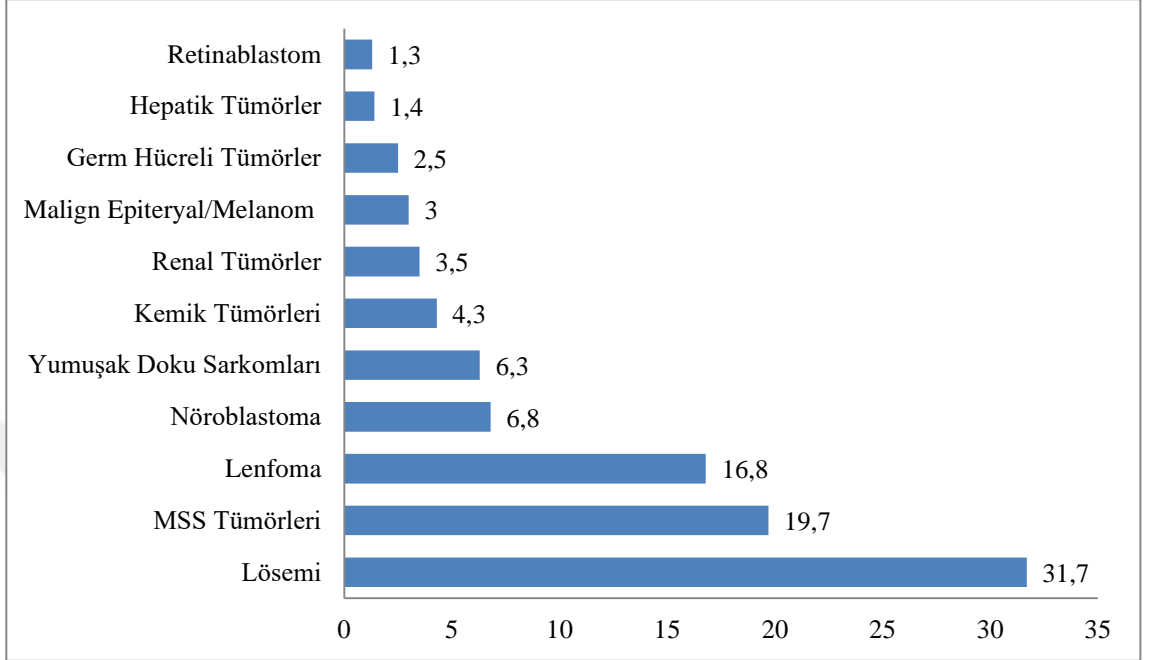
2.1.1. Çocukluk Çağı Kanserleri İnsidansı

Kanser çocuklarda ölüm nedenleri arasında ilk sırada yer almaktadır. Her yıl 0-19 yaş arası çocuklarda 300.000 yeni vakaya tanı konmaktadır. Bu çocukların 10'undan yaklaşık 8'i hayatta kalma oranının %20' ye yakın olduğu düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşamaktadır (26).

Çocukluk çağı kanserleri, tüm kanserler içerisinde %2 oranında görülmektedir. 15 yaş altı tüm çocukluk çağı ölümlerinin %10'nuna da kanserler neden olmaktadır (27). Amerika Birleşik Devletleri ve birçok gelişmiş ülkede kanser 14 yaş altı çocuklarda en yaygın ikinci ölüm nedeniyken, ülkemizde dördüncü sırada yer almaktadır. Ülkemizde her yıl 0-14 yaş grubunda 2500-3000 yeni kanser olgusunun görülmesi beklenmektedir. 2005 yılından itibaren Türk Pediatrik Onkoloji Grubu ve Türk Pediatrik Hematoloji Derneği, çocukluk çağı kanser kayıtlarını birlikte tutmaya başlamıştır. Bu verilere göre 2002-2008 yılları arasında ülkemizde çocukluk çağında en sık sırası ile lösemiler, lenfomalar ve santral sinir sistemi tümörleri görülmektedir (28).

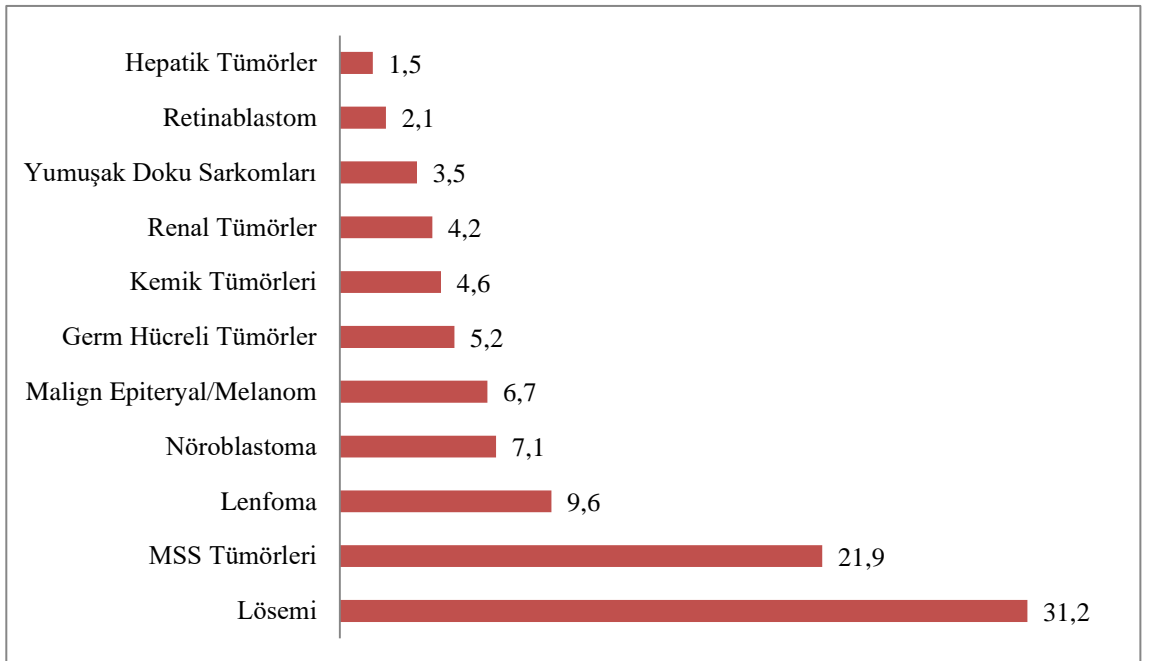
Türkiye Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kanser Daire Başkanlığı verilerine göre hazırlanan Şekil 2 ve Şekil 3’de çocukluk çağı kanser sıklıkları gösterilmektedir (29).

Şekil 2. Türkiye’de 0-14 Yaş Grubu Erkek Çocuklarında Kanser Sıklığı



Kaynak 29’dan alınmıştır.

Şekil 3. Türkiye’de 0-14 Yaş Grubunda Kız Çocuklarında Kanser Sıklığı



Kaynak 29’dan alınmıştır.

2.1.2. Çocukluk Çağı Kanserleri Nedenleri

Çocukluk çağı kanserleri genel olarak 18 yaş altında görülen kanserler ifadesiyle tanımlanmakta olup nedenleri henüz tam olarak belirlenememiştir. Bununla birlikte genetik mutasyona sebep olan çevresel faktörler, genetik anomaliler, kromozomlara ve immün sisteme ait değişikliklerin çocuklarda kanserin görülme riskini arttıran faktörler olduğu bilinmektedir. (30-33)

2.1.3. Çocukluk Çağı Kanserleri Tedavisi

Kanserli çocukların tedavisi için öncelikle doğru bir teşhis gereklidir. Çünkü her kanser cerrahi, radyasyon terapisi ve kemoterapiyi içeren spesifik bir tedavi rejimi gerektirir. Etkili tanı ve tedaviye ulaşım dünya genelinde değişkendir. (26). Kanser tedavisine kanserin tipi, primer kanser hücresinin bölgesi ve metastaz durumlarına bakılarak karar verilmektedir. Tedavide tam yanıt almayı sağlama (iyileştirici), kontrol altına alma (destekleyici) ve palyatif bakımdan söz edilmektedir. İyileştirici tedaviler kanseri tamamen yok etmeyi amaçlayan tedavilerdir. Destekleyici tedaviler, genel olarak cerrahi işlemle tümörün alınması ve ardından çevresinde kalabilecek olan istenmeyen hücreleri ortadan kaldırmak için uygulanmaktadır (31, 34). Palyatif tedavi ise, gelişebilecek komplikasyonları ve çocuğun acı çekmesini engellemek, yaşam kalitesini arttırmak ve hayatta kalma süresini uzatmayı amaçlayan bir tedavi yöntemi olarak bilinmektedir (31).

Cerrahi tedavi

Cerrahi tedavi, kanserli dokunun vücuttan çıkartılması işlemidir. Küratif olarak yapılan cerrahi girişim hastalığı tedavi edecek kapsam ve nitelikte olup genellikle uzaktaki başka organlara metastaz olmadığında kullanılır. Küratif cerrahide tümör lenf düğümleri, yapışık komşu organlar ve dokularla beraber komple alınmaktadır. Palyatif cerrahi tedavi ise, küratif cerrahi şansının olmadığı durumlarda belirtilerin kontrolünü sağlamak ve yaşam kalitesini arttırmak için başvurulan bir yöntemdir (32, 35, 36). Cerrahi tedavi birçok kanser türünde ilk başvurulan tedavi yöntemidir. Ayrıca tanının doğrulanması ve hastalığın evrelendirilebilmesi için kullanılan bir yöntem olan biyopsi alınması da cerrahi bir yöntemdir (35).

Kemoterapi

Kemoterapi tedavisinde vücuttaki kanserli hücreleri tedavi etmek, büyüme ve yayılmalarını engellemek, hastalığın yan etkisini en aza indirmek ve hastanın yaşam kalitesini arttırmak amaçlanmaktadır (37). Kemoterapi tümörün yaygın olduğu ve komşu doku ve organlara metastaz yaptığı durumlarda uygulanmaktadır (38). Kemoterapi için en sık kullanılan bazı kemoteropötik ajanlar Şekil 4.'de verilmiştir.

Şekil 4. Sık Kullanılan Kemateropötik Ajanlar

Antibiyotikler	Antrasiklinler	Alkali Ajanlar	Antimetabolitler	Taksanlar	Vinca Alkaloidleri
Actinomycin Amsacrine Bleomycin Mithromycin Mitomycin	Actinomycin Amsacrine Bleomycin Mithromycin Mitomycin	Busulfan Carboplatin Cisplatin Cyclophosphamide Ifosfamide MechlorethaminePr ocarbazine Melphalan Thiotepa	Cytosine Arabinosie Cytarabine Fluorourasl Hydroxyurea Methotrexate Mercaptopurine Thioguanine	Docetaxel Paclitaxel	Vinblastine Vincristine Vinorelbine Etoposide

Kaynak 39-41'den derlenmiştir.

Kemoterapi ilaçlarının hazırlanması, uygulanması ve değerlendirmesi önemli olup bu alanda uzmanlaşmış olmak gerekmektedir. Kemoterapik ajanların yanlış uygulanması nedeniyle ekstrevasiyon, hipersensivite reaksiyonu gibi ciddi yan etkiler görülebilmektedir. Hemşire yan etkilerin oluşmaması ve oluşan yan etkileri hızla tanıyıp tedavi edilmesi için çocuğu yakından izlemelidir. Yan etkiler hakkında aileye de gerekli bilgi verilmesi önemlidir (32)

Radyoterapi

Radyoterapi; hücrenin DNA yapısını bozmak ve serbest radikaller oluşturmak için iyonize radyasyon kullanılması yöntemidir (34, 35, 42). Bu yöntem malign hastalıkların yarısından çoğunda küratif ve palyatif amaçla kullanılmaktadır. Ayrıca lenfomalar, solid tümörler, beyin tümörleri ve metastazları gibi bazı pediatrik malign hastalıklarda sıklıkla temel tedavi yöntemi olarak kullanılmaktadır (32, 43). Radyoterapi, çocukluk çağı kanserlerinde genellikle kemoterapi ve cerrahi ile birlikte kullanılmakta olup terminal dönemdeki çocuklarda yaşam kalitesini yükseltmek ve ağrı kontrolü sağlamak amacıyla da kullanılabilir (32, 44). Radyasyon, oksijen

düzeyi düşük hücrelerde ve hücre bölünmesi esnasında etkili olmamaktadır. Bu nedenle tedavi en az 1-6 hafta süresince sürmektedir (32). 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 düşük doz verilebilecek şekilde ayarlanabilmektedir (34, 35).

Kök Hücre Transplantasyonu

Kök hücre transplantasyonu çocukluk çağına ait birçok malign hastalık tedavisinde kullanılan bir tedavi yöntemidir. Tedaviye yanıt 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 ilk olarak kemik iliği transplantasyonunu getirmektedir. Son yıllarda kök hücre transplantasyonlarında kök hücre; kemik iliği, kordon kanı ve periferik kandan da elde edilebilmektedir (32, 45).

Ayrıca kök hücreler dondurularak daha sonrasında da yeni vücut hücrelerinde büyütülerek normal hücrelerin oluşması için kullanılabilir (32). Ancak bu yöntemde yaşam kalitesini etkileyen yan etkiler göz ardı edilmemelidir (35, 45). Kök hücre transplantasyonu öncesi, sırası ve sonrasında çocuğun ve ailenin bilgilendirilmesi ve sürecin açıklanması oldukça önemlidir.

Biyoterapi

Biyoterapi; biyolojik kaynaklardan elde edilen biyolojik yanıtı etkileyen ajanlar kullanılarak yapılan bir tedavi yöntemidir. Sıklıkla kullanılan İmmünoterapi bir biyoterapi yöntemidir. İmmünoterapide amaç immün yanıtı uyararak güçlendirmektir (32, 35).

2.2. Stres ve Kronik Hastalık Yönetimi İle İlgili Kuramsal Bilgiler

2.2.1. Stres Kavramı

Kavram olarak stres, bireylerin sınırlarının zorlandığını hissettiklerinde oluşan duygusal bir tepki olarak tanımlanmaktadır. Stres; zorlanma ve uyum gösterme süreçleri içerisinde meydana çıkan karmaşık duygusal, davranışsal tepkiler ve tüm bunların fizyolojik bağlantıları olarak da ifade edilebilmektedir (46, 47).

Stres kavramına yönelik tanımlamalar genel olarak dört temel kuram çevresinde gerçekleşmektedir. Bu kuramlar; biyolojik, öğrenme, bilişsel ve sistem kuramlarıdır. Cannon ve Selye tarafından geliştirilen biyolojik kurama göre; stres bireyin dışında gerçekleşen zorlayıcı bir durum karşısında organizmanın gösterdiği tepki olarak tanımlanmaktadır. Öğrenme kuramına göre; stres sadece bir uyarıcı olarak tanımlanmaktadır. Bilişsel kurama göre stres verici bir durum nedeniyle bireyin değerlendirmeleri etkilenmektedir. Sistem yaklaşımına göre ise; her sistemin dengesi olduğunu ve denge bozulduğunda stres yaşandığı şeklinde ifade edilmektedir. (47, 48).

Strese karşı bireylerin gösterdiği fizyolojik tepkiler birbirine benzemektedir. Bu tepkiler vücutta istemsiz olarak meydana çıkmakta olup bireyin fark edebildikleri nabızda artış, terleme, midede kasılma, kas gerginliği, nefes daralması, çenenin kasılması, dişlerin gıcırdaması, odaklanma güçlüğü, tedirginlik ve duygusal yoğunluk olarak sıralanabilir (47, 49)

Stresin en belirgin sebeplerinden biri travmatik olaylardır. Yakınların kaybı veya hastalığı gibi benzer olayların bireyin karşısına beklenmediği bir anda çıkması bireyin olaya uyum sürecini zorlaması açısından travmatiktir. Olayların stres verici olarak algılanmalarını, yine o olayların bazı özellikli durumları belirler. Bu özellikli durumlar; olayın denetlenebilirliği, tahmin edilebilirliği ve bireyin sınırlarını zorlayıcı olmalarıdır. Bireyin olayları denetleme olasılığının düşük olduğu durumlarda, olayı daha stres verici olarak algılayacakları bildirilmektedir. Aynı şekilde olayı değiştirmeye yönelik girişimlerin sonuç vermeyeceği gerçeği ya da bireyin bunu algılaması, hissettiği stres düzeyini arttırabilir (47, 48).

Ebeveyn olma ve farklı sorumlulukları yüklenme kendi başına bir stres kaynağıyken; çocuğa kanser tanısı konması ve sonu bilinemez bir sürecin içinde olmak ebeveynin stres düzeyini daha da yükseltmektedir. Bu stresli süreçte ebeveynin mevcut durumu tanınması, değerlendirmesi ve baş edebilmesi için sosyal destek her açıdan önemlidir.

2.2.2. Kronik Hastalık Yönetimi

Kronik hastalık yönetimi, kronik hastalıklara sahip kişilere ve ailelerine yardımcı olmak amacı ile sağlık personelleri tarafından yürütülen eğitim ve gözetim faaliyetlerini kapsamaktadır. Sağlık personelleri hastaların ve ailelerinin yaşam

kalitelerinin artırılmasında ve yaşamlarını sürdürürken motive edilmelerinde yardımcı olur (50).

Kronik hastalıklı çocukların çoğu ailelerinin destek ve bakımıyla evde bakılmaktadırlar. Kronik hastalıklı çocuğu olan ailelerin hastalığa uyumu ve baş etme durumu çocukların sağlık bakımını yeterli düzeyde almasını doğrudan etkilenmektedir. Ailenin sosyoekonomik durumu, sağlık bilgisi yeterli olmayan ailelerin çocukları için sağlık hizmetlerinden yeterli ve sürekli yararlanma durumu, kronik hastalıkların ekonomik yükü, sağlık hizmetlerine ulaşmadaki zorluklar, hizmetlerin eksikliği ve ebeveynlerin verilen bilgileri anlama düzeyleri, ailenin inancı, toplumun kültür yapısı, aile içi destek sistemleri, toplumda var olan sosyal ve profesyonel destek sistemleri ve ailenin bu sistemlerden yararlanma düzeyi gibi farklı birçok faktör ailenin hastalığa uyum sürecini etkilemektedir (51, 52).

Kronik hastalıklı çocuğa sahip olması ile başarılı şekilde baş edebilen ebeveynler 'kendilerini değiştirdiğini ve daha da sabırlı olduklarını' ifade etmişlerdir. Başarılı şekilde baş eden ebeveynlerin zihinlerindeki olumsuz düşüncelerini tanımalarına yardım edilen ve bu duygularını ifade etmeleri için desteklenen ebeveynler olduğu görülmüştür. Aynı zamanda problemlerle başarılı çözümlere ulaşabilen ve durumlarını gerçekçi bir şekilde görebilen bireyler olarak gözlenmişlerdir (51). Diğer taraftan, hastalıkla etkili biçimde baş edemeyen ebeveynlerin çocuğun hastalığını yeterince kontrol edemedikleri ve bu durum karşısında çok fazla stres yaşadıkları aynı zaman da aile içi iletişimin de yetersiz olduğu ve hasta çocuğa karşı olumsuz yönde aile tutumlarının olduğu görülmektedir. Bu tür ailelerde baş etmeyi kolaylaştırmak için stresörlerin azaltılması, ebeveynlerin destek kaynaklarının artırılması ve yönlendirilmesi gerektiği vurgulanmaktadır (53).

2.3. Kanserin Psikososyal Etkileri

2.3.1. Kanserin Çocuk Üzerindeki Psikososyal Etkileri

Kanserin tanı ve tedavi süreci zorlu ve uzundur. Çocuk bu dönemden hem fiziksel hem psikolojik olarak etkilenmektedir. Hastalık ve tedaviye ilişkin etkiler çocuğu fiziksel olarak yormaktadır. Ayrıca sık sık hastanede yatma nedeniyle okula devam edememe, kemoterapi gibi zorlu tedaviler ve yan etkileri nedeniyle sosyal

çevresinden uzaklaşma gibi nedenlerle psikolojik ve sosyal sorunlar yaşamaktadır (32, 54).

Çocuğun gelişim dönemine göre çocuk üzerinde kanserin farklı etkileri ortaya çıkabilmektedir. Büyüme döneminin getirdiği özellikler, gelişim aşaması, çocuğun bireysel özellikleri, uyum kapasitesi, psikolojik ve bilişsel gelişim düzeyi, baş etme biçimlerine göre çocuğun hastalığa tepkisi de değişmektedir. Aynı zamanda hastalığın türü, şiddeti, süresi, yerleşim yeri, seyri, başlangıç yaşı, tanı aşaması, tedavi süreci ve ilaçları, işlevsellik kayıpları, fiziksel görünümde meydana getirdiği değişiklikler de yine çocuğun tepkilerini etkilemektedir. Ayrıca hastane personelin tutumu ve okula devam gibi etkenler de çocuk için önemli parametrelerdir (46, 51).

Hastalığın seyrinin uzaması, metastaz, tedavide relaps, terminal döneme geçiş gibi olumsuz durumlarla birlikte çocuğun psikolojik olarak etkilenme düzeyi artmaktadır. Bu dönemde çocuğun aile üyeleri ve arkadaş çevresinin desteğinin yanı sıra profesyonel desteğe de gereksinimi olacaktır (51, 55).

2.3.2. Kanser Aile Üzerindeki Psikososyal Etkileri

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. Çocuğuna kanser tanısı konulan ebeveynler yaşamlarında acı verici bir olayı deneyimlemektedir (32, 56). Konu ile ilgili yapılan çalışmalarda çocuğun tanı ve tedavi sürecinde ebeveynlerde stres, depresyon, güçsüzlük, kaygı ve çaresizlik görüldüğü bildirilmektedir (57, 58).

Kanserli çocuğa, tanı konulduktan sonra ebeveynde ilk olarak anksiyete, uyku bozukluğu ve depresyon gibi sorunlar izlenebilmektedir. Bununla birlikte ebeveynlerde sağlıktan sapma durumları, sosyal izolasyon, iş yaşamında değişimler gibi birçok problem yaşamaktadırlar (59, 60). Tanı sonrası tedavi için hastanede yatma nedeniyle çocuk ve ebeveynlerin sosyal yaşamlarındaki değişimler çocukla birlikte bakım veren ebeveyni de olumsuz etkilemektedir (61).

Tanı konulduktan sonra aile için hastalığa ve hastalıkla beraber gelen değişimlere uyum sağlanması önemli bir durumdur. Ebeveynlerin baş etme yöntemleri, onların hastalığa karşı uyumlarını ve tutumlarını belirlemektedir. Yapılan çok sayıda

çalışma çocuğuna kanser tanısı konulduktan sonra ebeveynlerin duruma uyum sağlama ve baş etme mekanizmaları geliştirebilmelerinin önemini vurgulamaktadır (31, 62, 63).

Ebeveynlerin kaygı düzeyleriyle ilişkili olarak yapılan çalışmalarda; ebeveynlerin akut dönemde korku, üzüntü, inkar, hayal kırıklığı yaşandığı kronik dönemde ise yardım ve desteğe açık olma, kızgınlık, öfke, suçluluk duygusu, aile içi ilişkilerde değişim ve komplikasyonlar ile baş etme gibi tepkilerde bulunduğu bildirilmektedir (31, 61, 64, 65)

Ebeveynler çocuklarının kronik bir hastalığı olması ve hatta bu hastalığın ölümcül olabileceği gerçeği ile yüz yüze geldiklerinde kendisini ya da birbirlerini suçlama gereksinimi duyabilirler (66). Bir başka tepki ise çocuğa zarar vermeme, onun adına üzülme, konu ile ilgili ne söyleyeceğini bilememe gibi nedenlerle ebeveynlerde çocuktan uzak kalma gereksinimi hissettiği gözlenebilir (67).

Ebeveynlerin çocuğun tanı ve tedavi süreci ile olumlu baş etme mekanizması geliştirebilmesi mevcut duruma uyum sağlamada önemlidir (31). Uygun baş etme yöntemleri kanserin yaşattığı fiziksel, duygusal, sosyal ve ekonomik sorunların üstesinden gelmede kolaylık sağlayabilir. Ayrıca olumlu baş etme yöntemlerinin kanserin tanı ve tedavi sürecinde ortaya çıkabilecek uzun süreli patolojik etkilerden koruyabileceği vurgulanmaktadır (9, 31, 34).

2.3.3. Kanser Tanısı ile İzlenen Çocuk ve Ailesine Yönelik Hemşirelik Yaklaşımı

Kronik hastalıklar nedeniyle gerçekleşen ölümlerin dörtte birinin kanser sebebiyle olduğu (31) ve kanserlerin %0,5- %4,6'sını çocukluk dönemi kanserlerinin oluşturduğu (26) bildirilmiştir. Kanser uzun süreli tedavi gerektirme, tekrarlama ve yan etkileri doğrultusunda hayatı tehdit edici düzeyde önemli bir kronik hastalık olarak karşımıza çıkmaktadır (58, 68).

Kanser Hastalığında hastalığın belirti ve bulgulardan çok, çocuğun ve ebeveynin hayatlarında ortaya çıkan değişiklikleri algılaması yorumlaması ve yüklediği anlamlar tepkilerini belirlemektedir. Bu tepkiler hemşirelik bakımında önemle takip edilmesi gereken faktörlerdir. Kanser güç, rol ve beklentilerde meydana gelen bir kayıp olarak algılandığında depresyon belirtileriyle karşılaşılabilir. Hayati tehdit, bağımsızlık

kaybı olarak algılandığında da kaygı bozuklukları ortaya çıkabilmektedir. Haksızlığa uğrama, başkalarından dolayı bu duruma düşme olarak algılandığında ise öfke ve kızgınlık hissedilebilmektedir (69, 70).

Kanser çocuk ve ailenin psikolojik açıdan da etkilendiği kronik bir hastalıktır. Bu yüzden psikolojik tedavi, hastalığın fiziksel tedavisinin tamamlayıcısı olmalıdır (53, 70). Kanser tanılı çocuk ve aileye yaklaşımda hastalığının tipi, seyri, evresi, tedavinin şekli, yan etkiler (bulantı, kusma, ağrı, organ kaybı vb.) gibi özelliklere dikkat edilmesi önemlidir (34).

Kanser tanısı ile izlenen çocuk ve ailesi tedavi süreçleri ve bu sürece bağlı gelişen birçok problemde fiziksel ve psikososyal olarak etkilenmektedir (34). Konu ile ilgili yapılan çalışmalarda kanserin tanı ve tedavi sürecinin yalnızca çocuğu değil ebeveynleri ve diğer tüm aile üyelerini de etkilediği bildirilmektedir. Kanser tanısı almış olan çocukların ebeveynlerinin stres düzeyini inceleyen çalışmalarda bu ebeveynlerin sağlıklı çocukların ebeveynlerine nazaran stres düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir (31, 71, 72). Kanser tanısı almış olan çocuk ve ailelerine yönelik hemşirelik bakımının psikososyal boyutu 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 (73, 74).

Hemşire, sağlık ekibi üyelerinden kanser tanısı ile izlenen çocuk ve ebeveynle en yakın iletişimde bulunan kişidir. Hastanın bakımı esnasında hemşire genellikle tedavi ve tedavinin yan etkileri nedeniyle fiziksel bakımına yönelmektedir. Bu sebeple hasta çocuğun ve ebeveynlerin endişe, korku ve psikolojik gereksinimleri gözden kaçıyor olabilmektedir. Hemşire, hastalık ve tedaviye bağlı fiziksel problemlerin yanında psikososyal sorunları da öngörebilmeli ve baş etmede destek olmalıdır (74,75).

Hemşireler kanser tanısı ile izlenen çocuk ve ailesine sağlık durumunu değerlendirme, tıbbi bakımı sağlama, teknik bakım becerilerini uygulama, duygusal destek ve danışmanlık rolleri ile hastanede ve evde bakımda rehberlik etmelidir (12, 76). Yapılan bir çalışmada kanserli çocukların yaşadıkları sorunları ebeveynleriyle yeterli ölçüde konuşmadıkları bildirilmiştir. Aynı çalışmada çocukların ebeveynlerinden hastalık sürecinde nasıl yaşamaları gerektiği ve yapabilecekleri aktiviteler hakkında bilgi istedikleri ortaya konmuştur. (77). Buna dayanarak hemşireler, hasta çocuk ve ebeveynleri için hemşirelik girişimlerini planlarken kişilerin duygu ve düşüncelerini ifade etmelerine fırsat vermeli ve baş etme yöntemlerini geliştirmelerini desteklemelidir. Aktif dinleme, bilgi verme ve problem çözmede yardımcı olma hemşirenin hastayı destekleyici rolleridir (53).

Hasta çocuk ve ebeveynlerinin baş etme stratejilerinin geliştirilmesinde önemli bir faktör de umuttur. Kübler Ross (1975) umudun, kanser tanısı ile izlenen hastalarının terminal döneme katlanabilmelerinde en önemli baş etme faktörü olduğunu ifade etmiştir (53,78). Bu doğrultuda hemşire, hasta çocuk ve ebeveynlerinin umudu sürdürmesi doğrultusunda hemşirelik girişimleri de planlamalıdır. Hasta çocuk ve aile üyelerinde umudun öneminin vurgulanması ve umut kaynaklarının tanınmasına destek olunması gerekmektedir (78).

Kanser tanısı ile izlenen çocuk ve ebeveynleri ile yapılan çalışmalara bakıldığında; hasta çocuk ve aile üyelerine psikososyal destek verilmesinin hastalığın seyrini ve yaşam kalitesini pozitif yönde etkilediği ayrıca stres, anksiyete gibi yaşanan sıkıntıları azalttığı görülmektedir (79, 80). Hemşirenin hasta çocuk ve ebeveynleri için konu ile ilgili literatür bilgisini ve kendi deneyimlerini kullanarak bütüncül yaklaşımla bakım ve girişimleri planlaması önemlidir.

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma; kanser tanısı ile izlenen çocukların ebeveynlerinin algıladıkları stres düzeyi ile kronik hastalık yönetimleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, Mart 2019 - Temmuz 2019 tarihleri arasında Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin Çocuk Onkoloji Hematoloji ünitesinde gerçekleştirilmiştir. Hematoloji Onkoloji servisinde 18 yatak bulunmaktadır. Serviste 11 hemşire, 6 hekim (2 onkoloji, 1 hematoloji uzmanı ve 3 asistan çocuk doktoru), 6 personel görev yapmaktadır. Klinikte 08:00-16:00 vardiyasında 4 hemşire bulunmaktadır. 16:00-08:00 ve hafta sonlarında 08-16:00 ve 16:00-08:00 vardiyasında genellikle 2 klinik hemşiresi görev yapmaktadır.

Servis içerisinde ebeveyn ve çocukların kendilerini rahat hissedebilecekleri, günlük gereksinimlerini sürdürebilecekleri (mutfak, mutfak içinde bulaşık makinesi, çamaşır makinesi, ocak, fırın, oyun odası ve oyun odası içinde etkinlik alanları) alanlar bulunmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Kurumu İstanbul İli Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk onkoloji hematoloji ünitesinde son bir yılda kanser tanısı ile izlenen **230** çocuğun ebeveyni oluşturmuştur.

Araştırmanın örnekleminin belirlenmesinde evrendeki birey sayısı bilindiğinde kullanılan formülden yararlanılmıştır (81). Bu formüle göre çalışma grubu için örneklem büyüklüğü **144** ebeveyn olarak belirlenmiştir.

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

$$= 230 \cdot (1,96)^2 \cdot (0,5) \cdot (0,5) / (0,05)^2 \cdot (230-1) + (1,96)^2 \cdot (0,5) \cdot (0,5) = 144$$

n: Örnekleme alınacak birey sayısı

t: Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosunda bulunan teorik değer

p: İncelenen olayın görülüş sıklığı (olasılığı)

q: İncelenen olayın görülmeiş sıklığı (1-p)

d: Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen±sapma

Araştırmanın örneklemini iletişimi engelleyecek sağlık sorunu olmayan, çocukları kanser tanısı almış olan ve çalışmaya katılmayı kabul eden istekli **144 ebeveyn** oluşturmuştur.

3.4. Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri araştırmacı tarafından hazırlanan Veri Toplama Formu (Ek-2), Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ) (Ek-3) ve Çocuk Kronik Hastalık Yönetimi Ölçeği: Aile Formu (ÇKHÖ-AF) (Ek-4) kullanılarak toplanmıştır.

3.4.1. Veri Toplama Formu

Araştırmacı tarafından düzenlenen veri toplama formunda ebeveynlere ait yaş, yaşadığı yer, aile tipi, sosyal güvence, öğrenim düzeyi, çalışma durumu, maddi gelir düzeyini nasıl algıladıkları, çocuk sayısı, çocuğun hastalık süresi, çocuğa bakım verme sürecinde alınan sosyal destek ve hasta çocuğa ait yaş, eğitim durumu, hastalığının sosyal çevre tarafından ne derece bilindiği, tedavisi ile ilgili bilgileri içeren 21 sorudan oluşmaktadır.

3.4.2. Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ)

Cohen, Kamarck ve Mermelste (1983) tarafından geliştirilmiş, güvenilirlik çalışmasında Cronbach Alpha değeri 0.86 bulunmuştur. Ölçeğin Türkçe geçerlik güvenilirliği Bilge ve arkadaşları (2007) tarafından yapılmıştır. Cronbach Alpha değeri 0.81 bulunmuştur.5’li likert ölçeğin (0:Hiç- 4:Çok sık) üç maddesi ters (4.,5.,6. maddeler), beş maddesi düz ifadelidir (1.,2.,3.,7.,8. maddeler). Ölçekten toplam 0-32 arasında puan alınmaktadır.

Algılanan stres (1.,2.,3.,7., 8. maddeler) ve algılanan baş etme (4.,5.,6. maddeler) olmak üzere iki alt ölçeği bulunmaktadır. Ölçek hem toplam puan hem de alt ölçek toplam puanları üzerinden değerlendirilmektedir. Toplam puanın yüksek olması algılanan stres düzeyinin yüksek olması anlamındadır. Algılanan stres alt boyut puanının artması stresin arttığını, algılanan baş etme alt boyut puanının artması baş etmenin arttığını göstermektedir (82). Bu araştırmada cronbach alfa değeri; toplam ölçek için 0,863; algılanan stres alt boyutu için 0,889, algılanan baş etme alt boyutu için 0,700 olarak bulunmuştur.

3.4.3. Çocuk Kronik Hastalık Yönetimi Ölçeği: Aile Formu (ÇKHYÖ-AF)

Knafl ve arkadaşları (2009) tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin orijinali 53 madde ve 6 altboyuttan oluşmaktadır. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Ergün ve arkadaşları (2015) tarafından yapılmıştır (83). Ölçeğin Türkçe formu (ÇKHYÖ-AF) 42 madde ve üç alt boyuttan oluşmaktadır. Birinci boyutun iç tutarlık katsayısı (Cronbach alfa) 0.93; ikinci boyutun iç tutarlık katsayısı (Cronbach alfa) 0.87 ve üçüncü boyutun iç tutarlık katsayısı (Cronbach alfa) 0,840'tır. Ölçekte her madde 1-5 arası puanlanmaktadır. Ters puanlanan maddeler; 3, 9, 10, 11, 14, 19 dur.

Hastalık yönetimi ve çocuğun günlük yaşamı (19 soru): Yüksek puanlar daha normal yaşamı ve ailelerin hastalık yönetimi için kendilerini daha yetenekli bulduklarını gösterir. Bu alt boyutta 1, 2, 3, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 17, 18, 19, 24, 28, 30, 31, 32, 33 ve 35. maddeler bulunur. Bu araştırmada Cronbach alfa değeri 0,684 bulunmuştur.

Yaşam zorlukları ve hastalık etkilerinin görülme durumu (16 madde): Yüksek puanlar durumun daha ciddi olduğunu ve daha fazla zorluk yaşandığını gösterir. Bu alt boyutta 4, 5, 6, 7, 9, 15, 16, 20, 21, 22, 23, 25, 26, 27, 29 ve 34. maddeler bulunur. Bu araştırmada Cronbach alfa değeri 0,792 bulunmuştur.

Ebeveynler arası anlaşma (7 soru): Yüksek puanlar ebeveynlerin çocuğun hastalık yönetiminde birlikte çalıştığını gösterir. Bu alt boyutta 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42. maddeler bulunur. Bu araştırmada Cronbach alfa değeri 0,889 bulunmuştur.

1.5. Veri Toplama Aracının Ön Uygulaması

Soru formunun içeriği, soruların işlerliği ve tez danışmanın görüşüne başvurularak hazırlanmıştır. Gelen görüş ve öneriler doğrultusunda soru formunda

düzenlemeler yapılmıştır. Soru formunun işlerliğini değerlendirmek için İstanbul İli Şişli Hamidiye Etfal Eğitim Araştırma Hastanesi Çocuk Hematoloji Onkoloji kliniğinde 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.

1.6. Araştırmanın Etik Yönü

Veri toplama öncesinde Okan Üniversitesi Etik Kurulundan (Ek-7) ve Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Kurumu İstanbul İli Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden gerekli izinler alınmıştır (Ek-8). Veri toplama aşamasında çalışmaya katılan çocukların ebeveynlerine araştırma konusunda bilgi verilerek yazılı onamları alınmıştır (Ek-1).

1.7. 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 yürütülmüştür.

1.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

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

1.9. 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 araştırmaya katılan ebeveyn ve çocuklarının tanıtıcı özellikleri, ailenin hastalık öyküsü ve destek alma durumları; ebeveynlerin algıladıkları stres ve kronik hastalık yönetimi düzeyleri, ebeveyn ve çocuğa ilişkin tanıtıcı özellikleri ile ebeveynin algıladığı stres ve kronik hastalık yönetimlerinin karşılaştırılmasına ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 1. Ebeveynlerin tanıtıcı özellikleri (n=144)

Özellikler	n	%
Görüşülen ebeveyn		
Anne	119	82,6
Baba	25	17,4
Ebeveyn yaşı		
19-35 yaş	79	54,9
36 yaş ve üzeri	65	45,1
Öğrenim durumu		
İlk- ortaokul mezunu	66	45,8
Lise mezunu	52	36,1
Üniversite mezunu	22	15,3
Yüksek Lisans mezunu	4	2,8
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	41	28,5
Çalışmıyor (emekli dahil)	103	71,5
Başka çocuk olma durumu		
Var	112	77,8
Yok	32	22,2
Aile tipi		
Çekirdek aile	120	83,3
Geniş aile	22	15,3
Parçalanmış aile	2	1,4
Yaşadığı yer		
İl-ilçe	119	82,6
Kasaba-Köy	25	17,4
Sosyal güvence		
Var	133	92,4
Yok	11	7,6
Gelir durumu		
Gelir giderden az	61	42,4
Gelir gidere eşit	83	57,6

Araştırmaya katılan ebeveynlerin tanıtıcı özellikleri Tablo 1’de verilmiştir. Görüşülen ebeveynlerden %82,6’sı anne, %17,6’sı babadır. Ebeveynlerin %54,9’u 19-

35 yaş grubunda, %45,1'i de 36 yaş ve üzerindedir. Ebeveynlerin yarısına yakını (%45,8) ilk- ortaokul mezunu olup %71,5'inin çalışmıyor olduğu belirlenmiştir.

Ebeveynlerin %77,8'inin tek çocuğu olduğu, çoğunluğunun (%83,3) çekirdek aile yapısında olduğu görülmektedir. Ebeveynlerin %82,6'sı il-ilçede yaşadıklarını ve tamamına yakını (%92,4) sosyal güvencesi olduğunu belirtmiştir. Ebeveynlerin %42,4'ü gelir durumlarını gelir giderden az, %57,6'sı da gelir gidere eşit olarak belirtmişlerdir (Tablo 1).

Tablo 2. Çocukların tanıtıcı özellikleri (n=144)

Özellikler	n	%
Cinsiyet		
Kız	62	43,1
Erkek	82	56,9
Yaş		
1-3 yaş	19	13,2
4-6 yaş	45	31,3
7-11 yaş	41	28,5
12-18 yaş	39	27,1
Tanı		
Lösemiler	73	50,7
MSS tümörleri	17	11,8
Lenfomalar	16	11,1
Nöroblastomlar	12	8,3
Kemik tümörleri	10	6,9
Renal tümörler	8	5,6
Yumuşak doku sarkomları	6	4,2
Retinoblastomlar	2	1,4
Tanı yaşı		
0-3 yaş	26	18,1
4-6 yaş	63	43,8
7 yaş ve üzeri	55	38,2
Hastanede yatış süresi/ gün (son yatış)		
2-9 gün	16	11,1
10-19 gün	23	16,0
20-29 gün	23	16,0
30 gün ve daha fazla	82	56,9
Okula gitme durumu		
Gidiyor	22	15,3
Gitmiyor	61	42,4
Ara verdi	61	42,4
Hastalığı nedeniyle okula ara verme süresi (n=61)		
1 yıl	43	70,5
2 yıl ve üzeri	18	29,5

Araştırmaya katılan ebeveynlerin çocuklarına ilişkin bazı tanıtıcı özellikler Tablo 2'de verilmiştir. Çocukların %56,9'u erkek, %43,1'inin kızdır. Yaş gruplarına göre bakıldığında; %13,2'sinin 1-3 yaş, %31,3'ünün 4-6 yaş, %28,5'inin 7-11 yaş,

%27,1'inin de 12-18 yaş grubunda olduğu belirlenmiştir. Çocukların %50,7'si Lösemi tanısı ile izlenmekte olup %43,8'inin 4-6 yaş grubunda tanı aldıkları saptanmıştır.

Çocukların son hastanede yatış sürelerine bakıldığında; %11,1'i 2-9 gün hastanede yattığı, %56,9'unun ise 30 gün ve daha fazla hastanede yattığı görülmektedir. Çocukların hastalığa bağlı okula devam durumları incelendiğinde; %15,3'ünün okula devam ettiği, %42,2'sinin okula gitmediği, %42,4'ünün ise okula ara verdiği belirlenmiştir. Okula ara veren çocukların (n=61) %70,5'i 1 yıldır okula gitmediği saptanmıştır (Tablo 2).

Tablo 3. Ailenin hastalık öyküsü ve destek alma durumlarına ilişkin tanıtıcı özellikleri (n=144)

Özellikler	n	%
Ebeveynde kronik hastalık olma durumu		
Var	25	17,4
Yok	119	82,6
Ailede kanser tanısı olan birey olma durumu		
Var	36	25,0
Yok	108	75,0
Ailede kanser tanısı almış olan bireyler (n=36)		
Anne-baba-kardeş	8	22,2
Diğer akrabalar	28	77,8
Sosyal destek alma durumu		
Alıyor	75	52,1
Almıyor	69	47,9
Sosyal destek alınan yer/kişi* (n=75)		
Aile yakınları	65	86,7
Kurum	21	28,0
Sosyal çevre	13	17,3
Çocuğun hastalığını bilenler*		
Aile üyeleri	142	98,6
Arkadaş/komşu/akrabalar	111	77,1
Öğretmenleri	77	53,5
Sınıf arkadaşları	69	47,9
Mahalle arkadaşları	54	39,6
Hastalık hakkında alınan bilgiyi yeterli bulma durumu		
Yeterli	110	76,4
Yetersiz	34	23,6

*Birden çok yanıt verilmiştir.

Ailenin hastalık öyküsü ve destek alma durumlarına ilişkin tanıtıcı özellikleri Tablo 3’de verilmiştir. Ebeveynlerin %17,4’ünün kronik hastalık öyküsü olduğu %82,6’sının kronik bir hastalığı olmadığı belirlenmiştir.

Ailede kanser tanısı olan bireylere bakıldığında; ebeveynlerin %25’i ailede kanser öyküsü olduğunu, kanser olanlardan (n=36) ise %22,2’sinin anne-baba-kardeş, %77,8’inin ise diğer akrabalar olduğunu belirtmişlerdir (Tablo 3).

Ebeveynlerin çocuklarının hastalığı sürecinde sosyal destek alma durumları incelendiğinde; ebeveynlerin %52,1’inin destek aldığını, destek aldığını belirtenlerin (n=75) ise %86,7’sinin aile yakınlarından, %28’inin kurumlardan, %17,3’ünün ise sosyal çevresinden destek aldığı belirlenmiştir (Tablo 3).

Çocuğun hastalığını bilen kişilere bakıldığında; ebeveynlerin tamamına yakını (%98,6) aile üyeleri, %77,1’i arkadaş/komşu/ akrabaları, %53,5’i öğretmeni, %47,9’u sınıf arkadaşları ve %39,6’sı mahalle arkadaşları tarafından bilindiğini belirtmişlerdir. Ebeveynlerin %76,4’u hastalığa ilişkin aldıkları bilgiyi yeterli bulduklarını bildirmişlerdir (Tablo 3).

Tablo 4. Ebeveynlerin Algılanan Stres Ölçeği ve alt boyut puan ortalamaları

ASÖ	Ort	Ss	Min	Maks	Cronbach alfa
ASÖ-Algılanan Stres Faktörü	13,25	4,00	5	20	0,889
ASÖ-Algılanan Baş Etme Faktörü	6,68	2,37	2	11	0,700
ASÖ- Toplam	19,93	5,58	11	31	0,863

Ebeveynlerin Algılanan Stres Ölçeği ve alt boyut puan ortalamaları Tablo 4’de verilmiştir. “Algılanan stres” alt boyutu puan ortalaması 13,25 (min-maks:5-20), “Algılanan baş etme” alt boyutu puan ortalaması 6,68 (min-maks: 2-11) ve “Algılanan stres ölçeği” toplam puan ortalaması ise 19,93 olarak belirlenmiştir. Ölçek ve alt boyutları cronbach alfa değerleri incelendiğinde; “Algılanan stres” alt boyutu için 0,889; “Algılanan baş etme” alt boyutu için 0,700 ve “Algılanan stres ölçeği” için ise 0,863 olduğu saptanmıştır (Tablo 4).

Tablo 5. Ebeveynlerin Çocuk Kronik Hastalık Yönetim Ölçeği alt boyut puan ortalamaları

KHYÖ	Ort	Ss	Min	Maks	Cronbach alfa
KHYÖ-Hastalık yönetimi ve çocuğun günlük yaşamı	3,01	0,27	2	4	0,582
KHYÖ- Yaşam zorlukları ve hastalık etkilerinin görülmesi	3,90	0,46	3	5	0,792
KHYÖ-Ebeveynler arası anlaşma	3,72	0,75	2	5	0,889

Ebeveynlerin Çocuk Kronik Hastalık Yönetimi Ölçeği alt boyut puan ortalamaları Tablo 5’de verilmiştir. “Hastalık yönetimi ve çocuğun günlük yaşamı” alt boyut puan ortalaması 3,01 (min-maks: 2-4), “Yaşam zorlukları ve hastalık etkilerinin görülmesi” alt boyut puan ortalaması 3,90 (min-maks: 3-5) ve “Ebeveynler arası anlaşma” alt boyut puan ortalaması 3,72 (min-maks: 2-5) olarak belirlenmiştir. Ölçek alt boyutları cronbach alfa değerleri incelendiğinde; “Hastalık yönetimi ve çocuğun günlük yaşamı” için 0,582; “Yaşam zorlukları ve hastalık etkilerinin görülmesi” 0,792 ve “Ebeveynler arası anlaşma” için ise 0,889 olduğu saptanmıştır (Tablo 5).

Tablo 6. Ebeveynlerin Algılanan Stres Ölçeği ve alt boyut puan ortalamalarının ebeveyn tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı (n=144)

Değişkenler	Algılanan Stres		Algılanan Baş Etme		ASÖ	
	Ort	Ss	Ort	Ss	Ort	Ss
Görüşülen Ebeveyn						
Anne	13,67	3,80	6,87	2,39	20,54	5,34
Baba	11,24	4,40	5,84	2,13	17,08	5,94
<i>t/p</i>	2,824/ 0,005*		1,982/ 0,049*		2,883/ 0,005*	
Ebeveyn yaşı						
19-35 yaş	13,34	4,19	6,43	2,48	19,77	5,90
36 yaş ve üzeri	13,14	3,79	7,00	2,21	20,14	5,21
<i>Test/p</i>	0,302/ 0,63		-1,437/ 0,153		-0,390/ 0,697	
Öğrenim Durumu						
İlk- orta okul mezunu ¹	13,98	3,64	7,09	2,10	21,08	4,91
Lise mezunu ²	12,92	4,26	6,94	2,48	19,87	6,26
Üniversite mezunu ³	12,27	4,27	4,91	2,36	17,18	5,14
<i>F/p</i>	1,840/ 0,143		5,411/ 0,001*		3,140/ 0,027*	
			1>3		1>3	
Çalışma Durumu						
Çalışıyor	12,05	4,33	6,05	2,26	18,10	6,00
Çalışmıyor	13,73	3,79	6,94	2,38	20,67	5,27
<i>t/p</i>	-2,302/ 0,023*		-2,059/ 0,041*		-2,539/ 0,012*	
Başka Çocuk Olma Durumu						
Var	13,13	4,13	6,78	2,40	19,91	5,69
Yok	13,66	3,55	6,38	2,26	20,03	5,27
<i>t/p</i>	-0,649/ 0,518		0,843/ 0,401		-0,107/ 0,915	
Aile Tipi						
Çekirdek aile	12,77	3,77	6,83	2,17	19,60	5,31
Geniş aile	16,14	4,16	6,18	3,20	22,32	6,46
<i>t/p</i>	-3,788/ 0,001*		1,192/ 0,235		-2,129/ 0,035*	
Yaşadığı yer						
İl-ilçe	12,84	4,11	6,55	2,37	19,39	5,72
Kasaba-Köy	14,85	2,81	7,35	2,49	22,20	4,23
<i>t/p</i>	-2,101/ 0,010*		-1,376/ 0,171		-2,093/ 0,038*	
Sosyal güvence						
Var	13,03	4,00	6,70	2,39	19,73	5,60
Yok	15,44	3,39	6,00	2,12	21,44	4,97
<i>t/p</i>	-1,767/ 0,079		0,854/ 0,395		-0,894/ 0,373	
Ailenin Gelir durumu						
Gelir giderden az	13,9	3,99	7,05	2,50	21,02	5,79
Gelir gidere eşit	12,92	3,94	6,49	2,27	19,41	5,35
<i>t/p</i>	1,540/ 0,126		1,383/ 0,169		1,693/ 0,093	

t: Independent t test, *F*: Oneway Anova test; $p < 0,05$ *, *, ^Farkın hangi değişkenden kaynaklandığı Tukey testi ile değerlendirilmiştir.

^Yüksek lisans mezunu ebeveynler üniversite mezunu grubuna dahil edilmiştir. *Parçalanmış aile grubu analize dahil edilmemiştir.

Ebeveynlerin Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ) ve alt boyut puan ortalamalarının ebeveyn tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı Tablo 6'da incelenmiştir.

ASÖ ve alt boyut puanları ile **görüşülen ebeveyn** arasındaki ilişki incelendiğinde; annelerin toplam ASÖ ve alt boyut puan ortalamalarının babalara göre

daha yüksek olduğu belirlenmiş olup gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$)(Tablo 6).

ASÖ ve alt boyut puanları ile *ebeveyn yaş grupları* arasındaki ilişki incelendiğinde; ebeveyn yaş grupları ile ASÖ ve alt boyut puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0,05$) (Tablo 6).

ASÖ ve alt boyut puanları ile *ebeveynlerin öğrenim durumları* arasındaki ilişki incelendiğinde; “algılanan baş etme” alt boyutu ve toplam ASÖ puan ortalamalarının ilk- ortaokul mezunu olanların üniversite mezunu olanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiş olup gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). “Algılanan stres” alt boyutu puan ortalamaları arasında ise öğrenim durumu açısından istatistiksel olarak fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$) (Tablo 6).

ASÖ ve alt boyut puanları ile *ebeveyn çalışma durumları* arasındaki ilişki incelendiğinde; çalışmayan ebeveynlerin çalışan ebeveynlere göre ASÖ ve alt boyut puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiş olup gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 6).

ASÖ ve alt boyut puanları ile *başka çocuk olma durumu* arasındaki ilişki incelendiğinde; başka çocuğu olan ve olmayan ebeveynler ile ASÖ ve alt boyut puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0,05$) (Tablo 6).

ASÖ ve alt boyut puanları ile *aile tipi* arasındaki ilişki incelendiğinde; geniş ailede yaşayanların “algılanan stres alt boyutu” ve toplam ASÖ puan ortalamalarının çekirdek ailede yaşayanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiş olup gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). “Algılanan baş etme” alt boyutu puan ortalamalarının aile tipine göre farklılık göstermediği saptanmıştır ($p>0,05$) (Tablo 6).

ASÖ ve alt boyut puanları ile *yaşadığı yer* arasındaki ilişki incelendiğinde; kasaba/ köyde yaşayanların “algılanan stres alt boyutu” ve toplam ASÖ puan ortalamalarının il/ ilçede yaşayanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiş olup gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). “Algılanan baş etme”

alt boyutu puan ortalamalarının yaşadıkları göre farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p>0,05$) (Tablo 6).

ASÖ ve alt boyut puanları ile *sosyal güvence ve gelir durumları* arasındaki ilişki incelendiğinde; ASÖ ve alt boyut puan ortalamaları arasındaki fark her iki durumda da istatistiksel olarak anlamsız olduğu belirlenmiştir ($p>0,05$) (Tablo 6).



Tablo 7. Ebeveynlerin Çocuk Kronik Hastalık Yönetimi Ölçeği alt boyut puan ortalamalarının ebeveyn tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı (n=144)

Değişkenler	Hastalık yönetimi ve çocuğun günlük yaşam		Yaşam zorlukları ve hastalık etkileri		Ebeveynler arası anlaşma	
	Ort	Ss	Ort	Ss	Ort	Ss
Görüşülen Ebeveyn						
Anne	2,99	0,28	3,99	0,38	3,69	0,80
Baba	3,07	0,23	3,50	0,55	3,89	0,48
<i>t/p</i>	-1,204/ 0,230		5,315/ 0,001*		-1,196/ 0,234	
Ebeveyn yaşı						
19-35 yaş	3,02	0,26	3,90	0,51	3,77	0,70
36 yaş ve üzeri	2,99	0,29	3,90	0,40	3,66	0,82
<i>t/p</i>	0,545/ 0,587		0,033/ 0,974		0,825/ 0,411	
Öğrenim Durumu						
İlk- orta okul mezunu ¹	2,98	0,31	4,02	0,39	3,39	0,78
Lise mezunu ²	3,02	0,24	3,83	0,50	3,89	0,60
Üniversite mezunu ³	3,08	0,20	3,82	0,38	4,25	0,56
<i>F/p</i>	0,927/ 0,430		5,178/ 0,002*		10,447/ 0,001*	
			1>3		3>2>1	
Çalışma Durumu						
Çalışıyor	3,06	0,29	3,64	0,47	3,87	0,58
Çalışmıyor	2,99	0,26	4,01	0,41	3,66	0,81
<i>t/p</i>	1,432/ 0,154		-4,703/ 0,001*		1,468/ 0,095	
Başka Çocuk Olma Durumu						
Var	3,00	0,26	3,91	0,45	3,73	0,76
Yok	3,02	0,30	3,88	0,48	0,368	0,73
<i>t/p</i>	-0,403/ 0,687		0,299/ 0,766		0,322/ 0,748	
Aile Tipi						
Çekirdek aile	2,99	0,26	3,86	0,46	3,80	0,69
Geniş aile	3,09	0,34	4,09	0,42	3,33	0,97
<i>t/p</i>	-1,479/ 0,141		-2,135/ 0,035*		2,725/ 0,040*	
Yaşadığı yer						
İl-ilçe	3,01	0,25	3,86	0,47	3,82	0,71
Kasaba-Köy	3,06	0,33	4,07	0,25	3,33	0,76
<i>t/p</i>	-0,824/ 0,411		-1,974/ 0,004*		2,815/ 0,006*	
Sosyal güvence						
Var	3,01	0,26	3,87	0,46	3,75	0,75
Yok	3,05	0,35	4,24	0,33	3,63	0,58
<i>t/p</i>	-0,415/ 0,679		-2,360/ 0,020*		0,443/ 0,659	
Ailenin Gelir durumu						
Gelir giderden az	3,01	0,31	4,04	0,38	3,52	0,74
Gelir gidere eşit	2,99	0,24	3,83	0,48	3,85	0,75
<i>t/p</i>	0,540/ 0,590		2,768/ 0,006*		-2,538/ 0,012*	

t:Independent t test, *F*:OnewayAnova test; $p<0,05^*$,[^]*F*arkın hangi değişkenden kaynaklandığı Tukey testi ile değerlendirilmiştir.

[^]Yüksek lisans mezunu ebeveynler üniversite mezunu grubuna dahil edilmiştir. *Parçalanmış aile grubu analize dahil edilmemiştir.

Ebeveynlerin Çocuk Kronik Hastalık Yönetimi Ölçeği alt boyut puan ortalamalarının ebeveyn tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı Tablo 7’de verilmiştir.

KHYÖ alt boyut puanları ile *görüülen ebeveyn* arasındaki ilişki incelendiğinde; annelerin “yaşam zorlukları ve hastalık etkileri” alt boyutu puan ortalamalarının babalara göre daha yüksek olduğu belirlenmiş olup gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). “Hastalık yönetimi ve çocuğun günlük yaşam” ve “Ebeveynler arası anlaşma” alt boyutu puan ortalamalarının anne ya da babalarda farklı olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$) (Tablo 7).

KHYÖ alt boyut puanları ile *ebeveyn yaş grupları* arasındaki ilişkiye bakıldığında; ebeveyn yaş grupları ile KHYÖ alt boyut puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır ($p>0,05$) (Tablo 7).

KHYÖ alt boyut puanları ile *ebeveynlerin öğrenim durumları* arasındaki ilişki incelendiğinde; “Yaşam zorlukları ve hastalık etkileri” alt boyut puan ortalamalarını ilköğretim mezunu olanların üniversite mezunu olanlara göre yüksektir. “Ebeveynler arası anlaşma” alt boyut puanı öğrenim durumu arttıkça artmaktadır ($p<0,05$). “Hastalık yönetimi ve çocuğun günlük yaşam” alt boyutu puan ortalamaları arasında ise öğrenim durumu açısından istatistiksel olarak fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$) (Tablo 7).

KHYÖ alt boyut puanları ile *ebeveyn çalışma durumları* arasındaki ilişki incelendiğinde; çalışmayan ebeveynlerin çalışan ebeveynlere göre “Yaşam zorlukları ve hastalık etkileri” alt boyut puan ortalamasının daha yüksek olduğu belirlenmiş olup gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 7).

KHYÖ alt boyut puanları ile *başka çocuk olma durumu* arasındaki ilişki incelendiğinde; başka çocuğu olan ve olmayan ebeveynler ile KHYÖ alt boyut puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0,05$) (Tablo 7).

KHYÖ alt boyut puanları ile *aile tipi* arasındaki ilişki incelendiğinde; geniş ailede yaşayanların “Yaşam zorlukları ve hastalık etkileri” alt boyut puan ortalamalarının çekirdek ailede yaşayanlara göre; “Ebeveynler arası anlaşma” alt boyut puan ortalamasının ise çekirdek ailede yaşayanların geniş ailede yaşayanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiş olup gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). “Hastalık yönetimi ve çocuğun günlük yaşam” alt boyutu puan ortalamasının aile tipine göre farklılık göstermediği saptanmıştır ($p>0,05$) (Tablo 7).

KHYÖ alt boyut puanları ile *yaşadığı yer* arasındaki ilişki incelendiğinde; kasaba/ köyde yaşayanların “Yaşam zorlukları ve hastalık etkileri” alt boyut puan ortalamalarının daha yüksek; “Ebeveynler arası anlaşma” alt boyut puan ortalamasının ise il-ilçede yaşayanların daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). “Hastalık yönetimi ve çocuğun günlük yaşam” alt boyutu puan ortalamasının yaşadıkları yere göre farklılık olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$) (Tablo 7).

KHYÖ alt boyut puanları ile *sosyal güvence durumları* arasındaki ilişki incelendiğinde; sosyal güvencesi olmayanların olanlara göre ebeveynlere göre “Yaşam zorlukları ve hastalık etkileri” alt boyut puan ortalamasının daha yüksek olduğu belirlenmiş olup fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Diğer iki alt boyut ile sosyal güvence varlığı arasında fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$) (Tablo 7).

KHYÖ alt boyut puanları ile *gelir durumları* arasındaki ilişki incelendiğinde; geliri giderden az olanların “Yaşam zorlukları ve hastalık etkileri” alt boyut puan ortalamalarının daha yüksek; “Ebeveynler arası anlaşma” alt boyut puan ortalamasının ise geliri gidere eşit olanların daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). “Hastalık yönetimi ve çocuğun günlük yaşam” alt boyutu puan ortalamasının gelir durumuna göre farklılık olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$) (Tablo 7).

Tablo 8. Ebeveynlerin Algılanan Stres Ölçeği ve alt boyut puan ortalamalarının çocuğun tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı (n=144)

Değişkenler	Algılanan Stres		Algılanan Baş Etme		ASÖ	
	Ort	Ss	Ort	Ss	Ort	Ss
Cinsiyet						
Kız	13,18	3,61	6,71	2,26	19,89	5,18
Erkek	13,30	4,30	6,67	2,47	19,98	5,90
<i>t/p</i>	-0,188/ 0,851		0,097/ 0,923		-0,094/ 0,925	
Çocuğun Yaşı						
1-3 yaş	15,11	4,47	7,05	3,02	22,16	7,26
4-6 yaş	12,96	4,82	7,00	2,22	19,96	6,09
7-11 yaş	13,46	3,49	5,78	2,15	19,24	4,36
12-18 yaş	12,46	3,52	7,10	2,24	19,56	5,14
<i>F/p</i>	2,021/ 0,114		2,911/ 0,037*		1,275/ 0,285	
Tanı Yaşı						
0-3 yaş	14,88	4,47	7,19	3,13	22,08	7,39
4-6 yaş	12,98	4,37	6,35	2,14	19,33	5,45
7 yaş ve üzeri	12,78	3,12	6,84	2,19	19,62	4,53
<i>F/p</i>	2,739/ 0,068		1,340/ 0,265		2,408/ 0,094	
Hastanede yatış süresi/ gün (son yatış)						
2-9 gün ¹	12,31	2,93	5,88	1,78	18,19	3,41
10-19 gün ²	15,43	4,11	7,91	2,52	23,35	5,55
20-29 gün ³	13,13	3,90	6,61	2,40	19,74	5,57
30 gün ve daha fazla ⁴	12,85	4,06	6,52	2,34	19,38	5,65
<i>F/p</i>	2,958/ 0,035* 2>4		2,914/ 0,037* 2>1		3,881/ 0,011* 2>1; 2>4	
Çocuğun okula gitme durumu						
Gidiyor	13,68	3,72	6,23	2,30	19,91	5,26
Gitmiyor	13,67	4,28	7,00	2,37	20,67	6,02
Ara verdi	12,67	3,81	6,54	2,39	19,21	5,23
<i>t/p</i>	1,101/ 0,335		1,058/ 0,350		1,040/ 0,356	
Hastalığı nedeniyle okula ara verme						
1 yıl ve daha az	12,30	3,14	6,79	2,16	19,09	4,42
2 yıl ve üzeri	12,29	5,04	5,36	3,00	17,64	6,76
<i>t/p</i>	0,015/ 0,991		1,949/ 0,116		0,928/ 0,463	

t:Independent t test, *F*:OnewayAnova test; $p<0,05^*$

[^]Farkın hangi değişkenden kaynaklandığı Tukey testi ile değerlendirilmiştir.

Ebeveynlerin Algılanan Stres Ölçeği ve alt boyut puan ortalamalarının çocuğun tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı Tablo 8’de verilmiştir.

ASÖ ve alt boyut puanları ile **çocuğun cinsiyeti** arasındaki ilişki incelendiğinde; çocuğun kız ya da erkek olması ile ASÖ ve alt boyut puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu belirlenmiştir ($p>0,05$) (Tablo 8).

ASÖ ve alt boyut puanları ile **çocuğun yaş grubu** arasındaki ilişki incelendiğinde; “Algılanan baş etme” alt boyut puan ortalaması 7-11 yaş grubunda diğer yaş gruplarına göre en düşük olup fark anlamlıdır ($p<005$). Çocuğun yaş grupları ile

“Algılanan stres” ve ASÖ toplam puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır ($p>0,05$) (Tablo 8).

ASÖ ve alt boyut puanları ile *çocuğun tanı yaşı* arasındaki ilişki incelendiğinde; tanı yaş grupları ile ASÖ ve alt boyut puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu belirlenmiştir ($p>0,05$) (Tablo 8).

ASÖ ve alt boyut puanları ile *çocuğun hastanede kalış süresi* arasındaki ilişki incelendiğinde; 10-19 gün hastanede yatmış olan çocukların “Algılanan stres” puan ortalaması 30 gün ve daha fazla kalanlara göre daha yüksekken, yine 10-19 gün hastanede kalanların “Algılanan baş etme” puan ortalaması 2-9 gün kalanlara göre daha yüksektir. ASÖ toplam puan ortalaması için bakıldığında ise 10-19 gün hastanede kalan çocukların 2-9 gün ve 30 gün ve daha fazla kalanlara göre stres puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$) (Tablo 8).

ASÖ ve alt boyut puanları ile *çocuğun okula gitme ve okula ara verme süresi* arasındaki ilişki incelendiğinde; her iki değişken için de ASÖ ve alt boyut puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır ($p>0,05$) (Tablo 8).

Tablo 9. Ebeveynlerin Çocuk Kronik Hastalık Yönetim Ölçeği alt boyut puan ortalamalarının çocuğun tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı (n=144)

Değişkenler	Hastalık yönetimi ve çocuğun günlük yaşam		Yaşam zorlukları ve hastalık etkileri		Ebeveynler arası anlaşma	
	Ort	Ss	Ort	Ss	Ort	Ss
Cinsiyet						
Kız	2,99	0,26	3,95	0,48	3,64	0,73
Erkek	3,02	0,28	3,86	0,44	3,78	0,77
<i>t/p</i>	-0,502/ 0,617		1,142/ 0,255		-1,080/ 0,282	
Çocuğun Yaşı						
1-3 yaş	3,06	0,39	3,98	0,42	3,75	0,77
4-6 yaş	3,03	0,23	3,86	0,58	3,61	0,72
7-11 yaş	3,02	0,22	3,96	0,42	3,74	0,72
12-18 yaş	2,94	0,29	3,85	0,35	3,81	0,84
<i>F/p</i>	1,073/ 0,363		0,619/ 0,604		0,533/ 0,661	
Tanı Yaşı						
0-3 yaş	3,07	0,39	4,02	0,45	3,77	0,72
4-6 yaş	3,04	0,23	3,83	0,49	3,74	0,76
7 yaş ve üzeri	2,94	0,23	3,93	0,40	3,68	0,77
<i>F/p</i>	3,097/ 0,058		1,852/ 0,161		0,174/ 0,841	
Hastanede yatış süresi/ gün (son yatış)						
2-9 gün ¹	3,16	0,30	3,85	0,51	3,63	0,61
10-19 gün ²	2,92	0,29	4,19	0,40	3,55	0,78
20-29 gün ³	3,01	0,33	3,88	0,44	3,63	0,52
30 gün ve daha fazla ⁴	3,00	0,23	3,84	0,44	3,81	0,82
<i>F/p</i>	2,547/ 0,058		3,853/ 0,011* 2>4		1,002/ 0,394	
Çocuğun okula gitme durumu						
Gidiyor ¹	3,22	0,31	3,87	0,50	3,82	0,40
Gitmiyor ²	3,01	0,29	3,87	0,52	3,61	0,74
Ara verdi ³	2,93	0,20	3,95	0,37	3,79	0,86
<i>F/p</i>	9,717/ 0,001* 1>2>3		0,467/ 0,628		1,130/ 0,326	
Hastalığı nedeniyle okula ara verme						
1 yıl ve daha az	2,97	0,19	3,88	0,36	3,77	0,70
2 yıl ve üzeri	2,89	0,21	3,99	0,30	3,99	0,95
<i>t/p</i>	1,208/ 0,232		-1,039/ 0,304		-0,928/ 0,358	

t:Independent t test, *F*:OnewayAnova test; *p*<0,05*

^Farkın hangi değişkenden kaynaklandığı Tukey testi ile değerlendirilmiştir.

Ebeveynlerin Kronik Hastalık Yönetim Ölçeği alt boyut puan ortalamalarının çocuğun tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı Tablo 9’da verilmiştir.

KHYÖ alt boyut puanları ile *çocuğun cinsiyeti, yaşı, tanı yaşı ve hastalığı nedeniyle okula ara verme süresi* ile KHYÖ alt boyut puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu belirlenmiştir (*p*>0,05) (Tablo 9).

KHYÖ alt boyut puanları ile *çocuğun hastanede kalış süresi* arasındaki ilişki incelendiğinde; 10-19 gün hastanede yatmış olan çocukların “Yaşam zorlukları ve

hastalık etkileri” alt boyut puan ortalaması 30 gün ve daha fazla kalanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiş olup fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Diğer iki alt boyut ortalamaları ile hastanede kalış süresi grupları arasındaki fark ise istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0,05$) (Tablo 9).

KHYÖ alt boyut puanları ile *çocuğun okula gitme durumu* arasındaki ilişki incelendiğinde; okula gitme durumu ile “Hastalık yönetimi ve çocuğun günlük yaşamı” alt boyut puan ortalaması arasındaki fark anlamlı olup; okula giden çocukların ebeveynlerinin puanı gitmeyen ve ara vermiş çocukların ebeveynlere göre daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Ölçeğin diğer iki alt boyut puan ortalamaları ile okula gitme değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0,05$) (Tablo 9).

Tablo 10. Ebeveynlerin Algılanan Stres Ölçeği ve alt boyut puan ortalamalarının ailenin hastalık öyküsü ve destek alma durumlarına ilişkin tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı (n=144)

Özellikler	Algılanan Stres		Algılanan Baş Etme		ASÖ	
	Ort	Ss	Ort	Ss	Ort	Ss
Ebeveynde kronik hastalık olma durumu						
Yok	14,52	3,44	7,20	1,47	21,72	3,86
Var	12,98	4,08	6,58	2,51	19,56	5,83
<i>t/p</i>	-1,755/ 0,081		-1,188/ 0,237		-1,767/ 0,026*	
Ailede kanser tanısı alan birey olma durumu						
Var	13,67	4,26	6,81	2,02	20,47	5,61
Yok	13,11	3,93	6,65	2,48	19,76	5,59
<i>t/p</i>	0,719/ 0,473		0,343/ 0,732		0,661/ 0,509	
Sosyal destek alma durumu						
Alıyor	13,53	4,09	6,93	2,42	20,47	5,61
Almıyor	12,94	3,92	6,42	2,30	19,36	5,54
<i>t/p</i>	0,883/ 0,379		1,298/ 0,196		1,186/ 0,238	
Aldığı bilgiyi yeterli bulma durumu						
Yeterli	12,79	3,90	6,45	2,29	19,24	5,29
Yetersiz	14,97	3,81	7,56	2,42	22,50	5,61
<i>t/p</i>	-2,822/ 0,006*		-2,430/ 0,016*		-3,089/ 0,004*	

t:Independent t test, $p<0,05$ *

Ebeveynlerin Algılanan Stres Ölçeği ve alt boyut puan ortalamalarının ailenin hastalık öyküsü ve destek alma durumlarına ilişkin tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı Tablo 10’da verilmiştir. ASÖ ve alt boyut puanları ile *ebeveynde kronik hastalık olma durumu* arasındaki ilişki incelendiğinde; kronik hastalığı olmayan ebeveynlerin ASÖ toplam puan ortalamasının kronik hastalığı olanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiş olup fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Öte yandan ASÖ alt boyut

puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu belirlenmiştir ($p>0,05$) (Tablo 10).

ASÖ ve alt boyut puanları ile *aileden kanser tanısı alan birey olması* arasındaki ilişki incelendiğinde; ailede kanser olan ve olmayan ebeveynlerin ASÖ ve alt boyut puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır ($p>0,05$) (Tablo 10).

ASÖ ve alt boyut puanları ile *ebeveynin sosyal destek alma durumu* arasındaki ilişki incelendiğinde; sosyal destek alan ve almayan ebeveynlerin ASÖ ve alt boyut puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır ($p>0,05$) (Tablo 10).

ASÖ ve alt boyut puanları ile *ebeveynin aldığı bilgiyi yeterli bulma durumu* arasındaki ilişkiye bakıldığında; aldığı bilgiyi yetersiz bulan ebeveynlerin ASÖ toplam ve alt boyut puan ortalamalarının bilgiyi yeterli bulanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$) (Tablo 10).

Tablo 11. Ebeveynlerin Çocuk Kronik Hastalık Yönetim Ölçeği alt boyut puan ortalamalarının ailenin hastalık öyküsü ve destek alma durumlarına ilişkin tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı (n=144)

Özellikler	Hastalık yönetimi ve çocuğun günlük yaşam		Yaşam zorlukları ve hastalık etkileri		Ebeveynler arası anlaşma	
	Ort	Ss	Ort	Ss	Ort	Ss
Ebeveynde kronik hastalık olma durumu						
Var	3,00	0,32	4,00	0,45	3,31	0,85
Yok	3,01	0,26	3,88	0,46	3,81	0,71
<i>t/p</i>	0,186/ 0,853		-1,200/ 0,232		3,037/ 0,003*	
Ailede kanser tanısı olan birey						
Var	2,98	0,27	3,98	0,39	3,69	0,77
Yok	3,02	0,28	3,88	0,47	3,73	0,75
<i>t/p</i>	-0,813/ 0,418		1,159/ 0,102		-0,244/ 0,808	
Sosyal destek alma durumu						
Alıyor	2,96	0,20	3,96	0,44	3,64	0,66
Almıyor	3,06	0,32	3,8	0,47	3,81	0,84
<i>t/p</i>	-2,161/ 0,037*		1,553/ 0,123		-1,345/ 0,181	
Aldığı bilgiyi yeterli bulma durumu						
Yeterli	3,03	0,26	3,87	0,48	3,82	0,72
Yetersiz	2,94	0,30	4,02	0,35	3,37	0,73
<i>t/p</i>	1,676/ 0,096		-1,736/ 0,085		3,090/ 0,002*	

t:Independent t test, $p<0,05$ *

Ebeveynlerin Kronik Hastalık Yönetim Ölçeği alt boyut puan ortalamalarının ailenin hastalık öyküsü ve destek alma durumlarına ilişkin tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı Tablo 11’de verilmiştir.

KHYÖ alt boyut puanları ile *ebeveynde kronik hastalık olma durumu* arasındaki ilişki incelendiğinde; kronik hastalığı olmayan ebeveynlerin “Ebeveynler arası anlaşma alt boyutu” puan ortalamasının kronik hastalığı olanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Öte yandan diğer alt boyut puan ortalamaları arasındaki fark ise istatistiksel olarak anlamsızdır ($p>0,05$) (Tablo 11).

KHYÖ alt boyut puanları ile *aileden kanser tanısı alan birey olması* arasındaki ilişki incelendiğinde; ailede kanser olan ve olmayan ebeveynlerin KHYÖ alt boyut puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır ($p>0,05$) (Tablo 11).

KHYÖ alt boyut puanları ile *ebeveynin sosyal destek alma durumu* arasındaki ilişki incelendiğinde; sosyal destek almadığını bildirenlerin “Hastalık yönetimi ve çocuğun günlük yaşam” alt boyut puan ortalaması alanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Öte yandan sosyal destek alan ve almayan ebeveynlerin diğer alt boyut puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır ($p>0,05$) (Tablo 11).

KHYÖ alt boyut puanları ile *ebeveynin aldığı bilgiyi yeterli bulma durumu* arasındaki ilişkiye bakıldığında; aldığı bilgiyi yeterli bulmayan ebeveynlerin “Ebeveynler arası anlaşma” alt boyut puan ortalaması yeterli bulmayanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Bununla birlikte ebeveynlerin bilgiyi yeterli bulup bulmama durumları ile diğer alt boyut puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0,05$) (Tablo 11).

Tablo 12. Ebeveynlerin algıladıkları stres düzeyine göre kronik hastalık yönetimi alt boyut puanlarını yordayan doğrusal regresyon analizi

Sabit: Algılanan stres ölçeği (ASÖ)	B(b)	B' nin Standart Hatası	Beta (β)	t	p
KHYÖ-AB1	-7,914	1,575	-0,390	-5,024	0,001*
KHYÖ-AB2	6,649	0,854	0,547	7,788	0,001*
KHYÖ-AB3	-1,692	0,602	-0,229	-2,808	0,006*
KHYÖ-Toplam	2,694	2,295	0,098	1,174	0,242
Çoklu regresyon		R	R²	F	p
<i>KHYÖ-AB1; KHYÖ-AB2; KHYÖ-AB3</i>		0,594	0,352	25,213	0,001*

*KHYÖ-AB1: Hastalık yönetimi ve çocuğun günlük yaşamı; KHYÖ-AB2: Yaşam zorlukları ve hastalık etkileri; KHYÖ-AB3: Ebeveynler arası anlaşma *p<0,001*

Ebeveynlerin algıladıkları stres düzeyine göre kronik hastalık yönetimi alt boyut puanlarını yordayan doğrusal regresyon analizi Tablo 12’de verilmiştir. Ebeveynlerin algıladıkları toplam stres puanı yordayıcısı olarak modele alınan kronik hastalık yönetimi alt boyutlarının (*KHYÖ-AB1; KHYÖ-AB2; KHYÖ-AB3*) algılanan stres puanının %59,4’lik kısmını açıkladığı belirlenmiştir.

KHYÖ alt boyut puanları incelendiğinde; ebeveynlerin algıladıkları stres puanı ile “Hastalık yönetimi ve çocuğun günlük yaşamı” alt boyutu (%39) ile negatif yönde güçlü bir ilişki, “Yaşam zorlukları ve hastalık etkileri” alt boyutu (54,7) ile pozitif yönde güçlü bir ilişki ve “Ebeveynler arası anlaşma” (22,9) alt boyutlarının negatif yönde güçlü bir ilişki; olduğu belirlenmiştir ($p<0,001$) (Tablo 12).

Buna sonuçlar doğrultusunda; alt ASÖ puanındaki bir birimlik artışın “*Hastalık yönetimi ve çocuğun günlük yaşamı*” alt puanında (β^1) 0,39 birimlik bir azalma oluşturacağı, “*Yaşam zorlukları ve hastalık etkileri*” alt puanında (β^2) 0,55 birimlik bir artış oluşturacağı, “Ebeveynler arası anlaşma” alt puanında (β^3) 0,23 birimlik bir azalma oluşturacağı görülmektedir (Tablo 12).

5. TARTIŞMA

Kanser giderek artmakta olan ve çocukluk döneminde de sık görülen evrensel bir sağlık problemidir. Kanser, hasta ve yakınları tarafından çoğu zaman fonksiyon kayıpları yaratabilen ve ölümcül bir hastalık olarak algılanmaktadır. Tedavi sürecinin uzun olması çocuk ve aile üyelerinin yaşam kalitesini önemli derecede etkilemektedir (84). Ayrıca bu sürece ilişkin bilinmezlikler ebeveynlerin çocuklarının hayatı için endişe duymasına ve anksiyete yaşamasına neden olabilmektedir (85). Hastalığın tanısı ile birlikte hastalığa uyum gereksinimi ortaya çıktığından, ebeveynlerin stres düzeyleri yükselmekte bu da hastalığının yönetimini güçleştirmektedir (86).

Bu bölümde kanser tanısı ile izlenen çocukların ebeveynlerinin algıladıkları stresin kronik hastalığın yönetimine etkisini belirlemek amacıyla yapılan araştırmanın bulguları benzer literatür bilgileriyle yorumlanmaktadır.

Araştırmaya katılan ebeveynlerin %82,6'sı anne olup %54,9'u 19-35 yaş grubundadır. Ebeveynlerin yarısına yakını ilk-ortaokul mezunu olup %71,5'i çalışmamaktadır. Ebeveynlerin %77,8'inin tek çocuğu olduğu, çoğunluğunun (%83,3) çekirdek aile yapısında olduğu görülmektedir. Ebeveynlerin %82,6'sı il-ilçede yaşadıklarını ve tamamına yakını sosyal güvencesi olduğunu belirtmiştir. Ebeveynlerin %57,6'sı da gelir gidere eşit olarak belirtmişlerdir (Tablo 1).

Ebeveynlerin çocuklarının %56,9'u erkek olup %31,3'ünün 4-6 yaş grubunda olduğu belirlenmiştir. Çocukların %50,7'si Lösemi tanısı ile izlenmekte olup %43,8'inin tanı yaşının 4-6 olduğu saptanmıştır. Çocukların hastanede son yatış sürelerine bakıldığında %56,9'unun 30 gün ve daha fazla hastanede yattığı görülmektedir. Çocukların %42,4'ünün okula ara verdiği ve bu çocukların (n=61) %70,5'inin 1 yıldır okula gitmediği saptanmıştır. Ebeveynlerin %82,6'sının kronik bir hastalığı olmadığı ebeveynlerin %25'inde ailede kanser öyküsü olduğunu belirtmişlerdir. Ebeveynlerin çocuklarının hastalığı sürecinde %52,1'inin destek aldığını, destek aldığını, ebeveynlerin tamamına yakını (%98,6) aile üyeleri tarafından çocuğun hastalığının bilindiğini belirtmişlerdir. Ebeveynlerin %76,4'u hastalığa ilişkin aldıkları bilgiyi yeterli bulduklarını bildirmişlerdir (Tablo 2-3).

“Algılanan stres” alt boyutu puan ortalaması $13,25 \pm 4,00$, “Algılanan baş etme” alt boyutu puan ortalaması $6,68 \pm 2,37$ ve “Algılanan stres ölçeği” toplam puan

ortalaması ise $19,93 \pm 5,58$ olarak belirlenmiştir (Tablo 4). Kronik hastalığı olan çocukların ebeveynlerinin karşılaştıkları fiziksel, ekonomik ve psikolojik problemler sebebiyle stres yaşadıkları bilinmektedir. Bu araştırmanın sonucunda da kanser tanısı ile izlenen çocukların ebeveynlerinin benzer şekilde stres düzeylerinin ortalamanın üstünde olması beklenen bir sonuçtur.

Literatürdeki farklı kronik hastalıklı çocukların ebeveynleri ile yapılan çalışmalara bakıldığında; annelerin hepsinin kronik hastalığa sahip olan bir çocuğun ebeveyni olma ve hastalığın etkileriyle ilgili karar verme sorumluluğu sebebiyle algıladıkları stres düzeyinin ortalamanın üzerinde olduğu bildirilmiştir (58, 87, 89). Down sendromlu çocukların ebeveynleri ve sağlıklı çocukların ebeveynleri arasında yapılan bir diğer çalışmada down sendromlu çocukların ebeveynlerinin sağlıklı çocukların ebeveynlerine göre daha fazla stres yaşadıkları görülmektedir (88). Yapılan bazı çalışmalarda kronik hastalığı olan çocukların ebeveynlerin stres düzeylerinin sağlıklı çocukların ebeveynlerinden daha yüksek olduğu bulunmuştur (90, 91).

Ebeveynlerin Çocuk Kronik Hastalık Yönetimi Ölçeği “Hastalık yönetimi ve çocuğun günlük yaşamı” alt boyut puan ortalaması $3,01 \pm 0,27$, “Yaşam zorlukları ve hastalık etkilerinin görülmesi” alt boyut puan ortalaması $3,90 \pm 0,46$ ve “Ebeveynler arası anlaşma” alt boyut puan ortalaması $3,72 \pm 0,75$ olarak belirlenmiştir (Tablo 5). Aynı şekilde Özsoy (2017)’un yaptığı çalışmada annelerin KHYÖ alt boyut puan ortalamalarının ortalamanın üzerinde olduğu görülmektedir (50). Bu araştırmanın sonucunda da ebeveynlerin çocuklarının hastalığı yönetimi konusunda zorlandıkları ve bu durumun üstesinden gelebilmek için birbirilerine destek olup beraber kararlar aldıklarını böylece kendilerini hastalık yönetimi konusunda yeterli hissetmeye çalıştıkları görülmektedir.

Bu çalışmada ASÖ ve alt boyut puanları ile *görüşülen ebeveyn* arasındaki ilişki incelendiğinde; annelerin toplam ve alt boyut ASÖ puan ortalamalarının babalara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 6). Bu sonuç primer bakım verici rolünün çoğunlukla annede olmasına bağlanabilir. Yapılan bazı çalışmalar incelendiğinde bu araştırmanın sonucuna paralel olarak annelerin stres düzeyinin babalardan daha yüksek olduğu bildirilmiştir (87, 89, 92). Öte yandan kronik hastalığı olan çocukların ebeveynlerinin stres düzeylerinin incelendiği bazı çalışmalarda ebeveynler arasında stres düzeyi ve algılanan baş etmeleri arasında fark olmadığı bildirilmiştir (58, 92).

Araştırmada ASÖ ve alt boyut puanları ile *ebeveyn yaş grupları* arasındaki ilişki incelendiğinde; ebeveyn yaş grupları ile ASÖ ve alt boyut puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur (Tablo 6). Bu sonuç yaşı ne olursa olsun ebeveynlerin hasta çocuk ile ilgili endişelerinin benzer olduğu gerçeğini göstermiştir. Yapılan benzer çalışmalarda da bu araştırma sonuçlarına paralel olarak ebeveyn yaşının algıladıkları stresi etkilemediği bildirilmiştir (89, 92). Öte yandan başka bir çalışmada ise 30 yaşın altındaki ebeveynlerde depresyon düzeyinin daha yüksek bulunmuştur (86).

Bu araştırmada ASÖ ve alt boyut puanları ile *ebeveynlerin öğrenim durumları* arasındaki ilişki incelendiğinde; “algılanan baş etme” alt boyutu ve toplam ASÖ puan ortalamalarının ilk- ortaokul mezunu olanların üniversite mezunu olanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 6). Bu sonuç her eğitim düzeyindeki ebeveynlerin stresi hissetmeleri konusunda fark yaşamadığı fakat eğitim düzeyi yüksek olan ebeveynlerin stresle baş etme yöntemlerinin daha etkili olduğuyla açıklanabilir. Kumaş’ın yaptığı (2019) çalışma da bu araştırma sonucuna paralel olarak ebeveyn öğrenim seviyesi arttıkça stresinde arttığını bildirmektedir (93). Kanseri tanımlı çocukların ebeveynleriyle yapılan bir diğer çalışmada bu araştırmanın aksine ebeveyn eğitim düzeyi yükseldikçe algılanan baş etme alt boyutu ve ASÖ puan ortalamasının düştüğü bildirilmiştir (92). Genetik hastalığı olan çocukların ebeveynleriyle yapılan başka bir çalışmada ise ebeveynin öğrenim düzeyinin algıladığı stresi etkilemediği bildirilmiştir (89).

Bu araştırmada ASÖ ve alt boyut puanları ile *ebeveyn çalışma durumları* arasındaki ilişki incelendiğinde; çalışmayan ebeveynlerin çalışan ebeveynlere göre ASÖ ve alt boyut puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. (Tablo 6). Yapılan benzer çalışmalarda bu araştırmaya paralel olarak; stres düzeyinin çalışmayan ebeveynlerin çalışan ebeveynlere göre daha yüksek olduğu bildirilmiştir (58, 89). Bu doğrultuda çalışmayan ebeveynlerin stres düzeyinin yüksek olması çocuğa devamlı refakat etmesinden dolayı yaşanan sıkıntıları daha fazla içselleştirmesiyle açıklanabilir.

Araştırmada ASÖ ve alt boyut puanları ile *başka çocuk olma durumu* arasındaki ilişki incelendiğinde; başka çocuğu olan ve olmayan ebeveynler ile ASÖ ve alt boyut puan ortalamaları arasında fark bulunmamıştır (Tablo 6). Bu araştırmada bulduğumuz sonuç çok çocuklu ailelerin genelde geniş aileye sahip olup aile

büyüklerinin desteğini daha yakından hissetmesiyle açıklanabilir. Yapılan bazı çalışmalarda, bu araştırmanın aksine çocuk sayısı arttıkça algılanan stresin arttırdığı, yaşam kalitesinin düştüğü ve depresyon düzeyinin arttığı bildirilmiştir (92, 94, 95).

Bu çalışmada ASÖ ve alt boyut puanları ile *aile tipi* arasındaki ilişki incelendiğinde; geniş ailede yaşayanların “algılanan stres alt boyutu” ve toplam ASÖ puan ortalamalarının çekirdek ailede yaşayanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. “Algılanan baş etme” alt boyutu puan ortalamalarının aile tipine göre farklılık göstermediği saptanmıştır (Tablo 6). Yapılan bir çalışmada toplam ASÖ ve algılanan stres alt boyutu puan ortalamaları ile aile tipi arasında istatistiksel olarak fark olmadığı fakat algılanan baş etme alt boyutu puan ortalamasının çekirdek aile yapısında olanlarda daha düşük olduğu bildirilmiştir (92). Ayrıca başka bir çalışmada da geniş ailelerde depresyon düzeyinin çekirdek ailede yaşayanlara göre daha yüksek olduğu bildirilmiştir (94). Geniş ailelerde stres puanının yüksek olması evde bakım ihtiyacı olan aile büyüklerinin varlığından kaynaklanıyor olabileceği ile açıklanabilir.

Araştırmada ASÖ ve alt boyut puanları ile *yaşadığı yer* arasındaki ilişki incelendiğinde; kasaba/ köyde yaşayanların “algılanan stres alt boyutu” ve toplam ASÖ puan ortalamalarının il/ ilçede yaşayanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Kasaba ve köyde yaşayanların stres puanının yüksek olması, tedavi gereği evlerinden uzaktaki büyük hastanelere gidiyor olmanın da ayrı bir stresör olması ile açıklanabilir. “Algılanan baş etme” alt boyutu puan ortalamalarının yaşadıkları göre farklılık göstermediği belirlenmiştir (Tablo 6). Çin’de yapılan bir çalışmada kronik hastalıklı çocuğu olan ailelerden kırsal alanlarda yaşayanlara daha fazla aile desteği sağlanması gerektiği bildirilmiştir (96). Bu çalışmaya benzer olarak yapılan bir çalışmada da kasabada yaşayan ailelerin stres düzeyi il ilçe merkezinde yaşayanlara göre yüksek bulunmuştur (89).

Bu çalışmada ASÖ ve alt boyut puanları ile *sosyal güvence ve gelir durumları* arasındaki ilişki incelendiğinde; ASÖ ve alt boyut puan ortalamaları arasındaki farkın her iki durumda da istatistiksel olarak anlamsız olduğu belirlenmiştir (Tablo 6). Araştırmanın bulgusuna göre bu durum ebeveynlerin gelir durumu ve sosyal güvencesi ne olursa olsun çocuğun hastalığın stresini aynı düzeyde yaşadığı ile açıklanabilir. Yurt dışında yapılan bir çalışmada kronik hastalıklı çocuğu olan ailelerden düşük geliri olanlara, daha fazla aile desteği sağlanması gerektiği bildirilmiştir (96). Kaygı üzerinde

gelir düzeyinin etkisini inceleyen bir çalışmada kemoterapi alan çocukların annelerinin gelir düzeyi arttıkça kaygı düzeyinde belirli bir azalma olduğu bildirilmiştir (97).

Araştırmada KHYÖ alt boyut puanları ile **görüşülen ebeveyn** arasındaki ilişki incelendiğinde; annelerin “yaşam zorlukları ve hastalık etkileri” alt boyutu puan ortalamalarının babalara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir “Hastalık yönetimi ve çocuğun günlük yaşam” ve “Ebeveynler arası anlaşma” alt boyutu puan ortalamalarının anne ya da babalarda farklı olmadığı saptanmıştır (Tablo 7). Bu sonuç, hastane ve evdeki çocuğun bakım ve tedavi yükünün daha çok anneler tarafından üstlenilmesinden kaynaklı olduğu düşünülebilir. Aynı şekilde Özsoy’un (2017) yapmış olduğu çalışmada da annelerin KHY alt boyut puanları babalara göre daha yüksek bulunmuştur (50). Bir diğer çalışmada kronik hastalık durumunda sorunlarla başa çıkmada annelerin babalardan daha çok boyun eğici ve çaresiz bir tutum sergiledikleri görülmüştür (98). Ayrıca kadın bakım vericilerin bakım yükünün, erkeklerden daha yüksek olduğu bildirilmiştir. (99).

Araştırmadaki KHYÖ alt boyut puanları ile **ebeveyn yaş grupları** arasındaki ilişkiye bakıldığında; ebeveyn yaş grupları ile KHYÖ alt boyut puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır (Tablo 7). Bu çalışmada yaş grupları arasında fark olmaması; yaşı büyük olan ebeveynlerin tecrübeleri ve yaşı küçük olan ebeveynlerin ise daha dinamik olmaları ile hastalık yönetimi konusunda arada oluşabilecek farkı kapatmış olabileceği ile açıklanabilir. Yapılan diğer çalışmalarda araştırma bulgusunun aksine, bakım veren aile üyesinin yaşı arttıkça bakım yükü puan ortalamalarının arttığı görülmüştür (100-102).

Yapılan bu çalışmada KHYÖ alt boyut puanları ile **ebeveynlerin öğrenim durumları** arasındaki ilişki incelendiğinde; “Yaşam zorlukları ve hastalık etkileri” alt boyut puan ortalamalarını ilk- ortaokul mezunu olanların üniversite mezunu olanlara göre yüksektir. “Ebeveynler arası anlaşma” alt boyut puanı arttıkça artmaktadır “Hastalık yönetimi ve çocuğun günlük yaşam” alt boyutu puan ortalamaları arasında ise öğrenim durumu açısından fark olmadığı belirlenmiştir (Tablo 7). Bu durum ebeveynin öğrenim durumu arttıkça, ebeveynlere çocuğun mevcut hastalığı ve bakımı konusunda sağlık personelleri tarafından aktarılan bilgilerin daha kolay anlaşılmasından kaynaklı olabilir. Ayrıca öğrenim durumu arttıkça yine bilgiye farklı kaynaklardan ulaşım da kolaylaşmaktadır. Aynı şekilde Özsoy (2017)’un yaptığı çalışmada da eğitim

durumunun kronik hastalık yönetimi konusunda önemli bir değişken olduğu ve hastalık yönetimi ve çocuğun günlük yaşamı alt boyut puanlarının yüksek olduğu bildirilmiştir (50).

Araştırmada KHYÖ alt boyut puanları ile *ebeveyn çalışma durumları* arasındaki ilişki incelendiğinde; çalışmayan ebeveynlerin çalışan ebeveynlere göre “Yaşam zorlukları ve hastalık etkileri” alt boyut puan ortalamasının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 7). Araştırmadaki bu bulguya bakarak çalışan ebeveynlerin, evde ve hastane dışında da vakit geçirmelerinden kaynaklı normal yaşamlarından uzaklaşmamalarının ve çevrelerinden algıladıkları sosyal desteğin daha yüksek oluşunun, mevcut hastalık ve etkileri ile baş etmelerinde olumlu yönde etki ettiği söylenebilir. Konjenital kalp hastası çocuğa sahip çalışan ebeveynlerle yapılan bir çalışmada aileden ve arkadaştan alınan sosyal desteğin önemli düzeyde yüksek olduğu belirtilmiştir (103).

Yapılan araştırmada KHYÖ alt boyut puanları ile *başka çocuk olma durumu* arasındaki ilişki incelendiğinde; başka çocuğu olan ve olmayan ebeveynler ile KHYÖ alt boyut puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur (Tablo 7). Bu farklılık çevreden alınan sosyal desteğin gücünden kaynaklanmış olabilir. Erdem ve arkadaşlarının (2013) yapmış oldukları çalışmada ise bu araştırmanın aksine hasta çocuk dışında ailede bakmakla yükümlü olunan başka çocuk ya da yaşlının olduğu ebeveynlerin bakım yükünün arttığı belirtilmiştir (104).

KHYÖ alt boyut puanları ile *aile tipi* arasındaki ilişki incelendiğinde; geniş ailede yaşayanların “Yaşam zorlukları ve hastalık etkileri” alt boyut puan ortalamalarının çekirdek ailede yaşayanlara göre; “Ebeveynler arası anlaşma” alt boyut puan ortalamasının ise çekirdek ailede yaşayanların geniş ailede yaşayanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. “Hastalık yönetimi ve çocuğun günlük yaşam” alt boyutu puan ortalamasının aile tipine göre farklılık göstermediği saptanmıştır (Tablo 7). Bu sonuç geniş ailede birey sayısının fazla olmasıyla geçim sıkıntısıyla birlikte yaşam zorluğunun ve hastalık etkilerinin daha fazla hissedilir olması ve yine geniş ailedeki kişi sayısının fazlalığından olayı ebeveyn ilişkilerine fazla karışılması eşler arası anlaşmayı etkilemektedir. Alahan ve arkadaşlarının (2015) yaptığı çalışmada dağılmış aile yapısı ve geniş aile yapısına sahip olan ailelerin bakım yükü puanlarını daha yüksek olduğu

bildirilmiştir (100). Covinsky ve arkadaşlarının (1994) çalışmasında ailedeki kişi sayısının artmasının finansal durumu da negatif yönde etkilediği bildirilmiştir (105).

Araştırmada KHYÖ alt boyut puanları ile *yaşadığı yer* arasındaki ilişki incelendiğinde; kasaba/ köyde yaşayanların “Yaşam zorlukları ve hastalık etkileri” alt boyut puan ortalamalarının daha yüksek; “Ebeveynler arası anlaşma” alt boyut puan ortalamasının ise il-ilçede yaşayanların daha yüksek olduğu belirlenmiştir. “Hastalık yönetimi ve çocuğun günlük yaşam” alt boyutu puan ortalamasının yaşadıkları yere göre farklılık olmadığı bulunmuştur (Tablo 7). Bu bulgu kasaba ve köyde yaşayanların hastalığın tedavisi için şehir merkezlerine gitmelerinin ve evden ayrılmalarının yaşamlarını olumsuz etkilediği ve hastalık etkileri daha yoğun hissettiklerini göstermektedir.

KHYÖ alt boyut puanları ile *sosyal güvence durumları* arasındaki ilişki incelendiğinde; sosyal güvencesi olmayanların olanlara göre ebeveynlere göre “Yaşam zorlukları ve hastalık etkileri” alt boyut puan ortalamasının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Diğer iki alt boyut ile sosyal güvence varlığı arasında fark olmadığı belirlenmiştir (Tablo 7). Sosyal güvencesi olmayanların genelde işsiz ve düşük gelire sahip olması araştırmanın bulgusunu açıklamaktadır. Konjenital kalp hastası çocuğu olan ebeveynlerle yapılan bir çalışmada da sosyal güvencesi olmayanların yaşam doyumlarının önemli ölçüde düşük olduğu belirlenmiştir (103).

Araştırmadaki KHYÖ alt boyut puanları ile *gelir durumları* arasındaki ilişki incelendiğinde; geliri giderden az olanların “Yaşam zorlukları ve hastalık etkileri” alt boyut puan ortalamalarının daha yüksek; “Ebeveynler arası anlaşma” alt boyut puan ortalamasının ise geliri gidere eşit olanların daha yüksek olduğu belirlenmiştir. “Hastalık yönetimi ve çocuğun günlük yaşam” alt boyutu puan ortalamasının gelir durumuna göre farklılık olmadığı bulunmuştur (Tablo 7). Özsoy (2017)’un kronik hastalıklı çocuğu olan annelerle yaptığı çalışmada, araştırma sonuçlarına paralel olarak çocuğun hastalığını ve günlük yaşamını, gelir düzeyi düşük anneler, orta ve iyi düzeyde gelire sahip olan annelere göre daha kötü yönetmekte ve daha çok zorluk yaşadığı görülmektedir (50). Bu da maddi zorlukların ailenin üzerindeki yükü daha da arttırdığını göstermektedir.

ASÖ ve alt boyut puanları ile *çocuğun cinsiyeti* arasındaki ilişki incelendiğinde; çocuğun kız ya da erkek olması ile ASÖ ve alt boyut puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu belirlenmiştir (Tablo 8). Bu sonuç geleneksel tutumun aksine kız ya da erkek çocuğun hastalık durumunun ailede aynı oranda stres yarattığını göstermektedir. Kronik hastalıklı çocuklarla yapılan birçok çalışmada da bu araştırmaya paralel olarak çocuğun cinsiyeti ve algılanan stres arasındaki farkın anlamsız olduğu bildirilmiştir (92, 95, 106-108).

Araştırmada ASÖ ve alt boyut puanları ile *çocuğun yaş grubu* arasındaki ilişki incelendiğinde; “Algılanan baş etme” alt boyut puan ortalaması 7-11 yaş grubunda diğer yaş gruplarına göre en düşük olup fark anlamlıdır. Çocuğun yaş grupları ile “Algılanan stres” ve ASÖ toplam puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır (Tablo 8). Bu sonuç 7-11 yaş grubunun okul döneminde olması sebebiyle çocuğu okula devam eden ebeveynlerin çocuklarının sağlık durumu hakkında “olumlu” olarak düşünmesi hastalıkla daha iyi baş etmelerini sağlamış olmasıyla açıklanabilir. Literatür incelendiğinde; Çalıcıoğlu’nun (2018) yapmış olduğu çalışmada yaş grupları ve algılanan stres arasında anlamı bir fark bulunmazken (92), Moğulkoç (2014) un yapmış olduğu çalışma incelendiğinde çocuğun yaşı arttıkça ebeveynin algıladığı stres düzeyinin de arttığı bildirilmiştir (58).

ASÖ ve alt boyut puanları ile *çocuğun tanı yaşı* arasındaki ilişki incelendiğinde; tanı yaş grupları ile ASÖ ve alt boyut puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu belirlenmiştir (Tablo 8). Bu sonuç kronik hastalık tanısı alan çocuğun hangi yaşta olursa olsun ebeveynlerde stres düzeyleri arasında fark yaratmamasıyla açıklanabilir. Çalıcıoğlu (2018) yapmış olduğu çalışmada tanı yaşı 30 ay altı ve 109 ay üstü olan çocukların ebeveynlerinde algılanan stresin diğer yaş gruplarından daha yüksek olduğunu bildirmiştir (92). Epilepsi tanılı ve kanser tanılı çocukların ebeveynleriyle yapılan farklı iki çalışmada da çocuğun tanı yaşı ile yaşam doyumu ve yaşam kalitesi arasında anlamlı bir fark saptanmadığı bildirilmiştir (106, 107).

ASÖ ve alt boyut puanları ile *çocuğun hastanede kalış süresi* arasındaki ilişki incelendiğinde; 10-19 gün hastanede yatmış olan çocukların “Algılanan stres” puan ortalaması 30 gün ve daha fazla kalanlara göre daha yüksekken, yine 10-19 gün hastanede kalanların “Algılanan baş etme” puan ortalaması 2-9 gün kalanlara göre daha

yüksektir. ASÖ toplam puan ortalaması için bakıldığında ise 10-19 gün hastanede kalan çocukların 2-9 gün ve 30 gün ve daha fazla kalanlara göre stres puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 8). Bu sonuç 10-19 gün hastanede yatmanın ebeveynde kısa ve uzun süreli yatışlardan daha fazla stres yaratmış olması çocuğun durumunun kısa süreli yatışlar kadar iyi olmaması ve uzun süreli yatışlar kadar hastane ortamına henüz alışılmamış olmasından kaynaklanmasıyla açıklanabilir. Hastanede yatan çocukların annelerinde durumluluk ve sürekli anksiyete düzeyine ilişkin faktörlerin incelendiği bir çalışmada hastalık süresinin uzadıkça annelerin sürekli anksiyete düzeyinin yükseldiğini bildirilmiştir (109).

ASÖ ve alt boyut puanları ile *çocuğun okula gitme ve okula ara verme süresi* arasındaki ilişki incelendiğinde; her iki değişken için de ASÖ ve alt boyut puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır (Tablo 8). Araştırmadaki bulgu; okula devam eden çocuklarının ebeveynlerinin enfeksiyon kapma sebebiyle edemeyenlerin ise akranlarından geride kalması gerekçesiyle ASÖ puanları arasında fark görülmemiş olabileceği ile açıklanabilir. Yapılan benzer bir çalışmada okula devam edemeyen çocukların ebeveynlerinin algıladıkları stres düzeyinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir (89). Yapılan başka bir çalışmada ise “okula gidebilir” mesajının çocuk ve ailesi için “çocuğun bir geleceği var” anlamına gelebileceği gibi okula gitmek çocuk için fiziksel, bilişsel ve psikososyal sebeplerden dolayı bir korku haline gelebileceği ifade edilmiştir (110).

KHYÖ alt boyut puanları ile *çocuğun cinsiyeti, yaşı, tanı yaşı ve hastalığı nedeniyle okula ara verme süresi* ile KHYÖ alt boyut puan ortalamaları arasındaki fark olmadığı belirlenmiştir (Tablo 9). Bu faktörler ile KHYÖ ilişkili çalışma literatürde bulunmamış olup araştırmanın bulguları çocuğa ait faktörler fark etmeksizin ebeveynlerin kronik hastalığı yönetmedeki becerilerinin benzer olmasıyla açıklanabilir.

KHYÖ alt boyut puanları ile *çocuğun hastanede kalış süresi* arasındaki ilişki incelendiğinde; 10-19 gün hastanede yatmış olan çocukların “Yaşam zorlukları ve hastalık etkileri” alt boyut puan ortalaması 30 gün ve daha fazla kalanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Diğer iki alt boyut ortalamaları ile hastanede kalış süresi grupları arasındaki fark ise istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur (Tablo 8). Bu sonuç ebeveynin çocuğun durumunun hastanede bir haftadan az kalanlar gibi geçici düzeyde bir durum olmadığını algılama ve 30 günden fazla kalanlar gibi henüz hastane

ortamına adapte olmama durumundan kaynaklanıyor olabileceği ile açıklanabilir. Literatür incelendiğinde; Erdim ve arkadaşlarının (2006) çalışmasında çocuğun hastaneye yatış deneyiminin artmasının eşler arasındaki ilişkinin yönünün olumsuz olarak etkilediği bildirilmiştir (86).

KHYÖ alt boyut puanları ile *çocuğun okula gitme durumu* arasındaki ilişki incelendiğinde; okula gitme durumu ile “Hastalık yönetimi ve çocuğun günlük yaşamı” alt boyut puan ortalaması arasındaki fark anlamlı olup; okula giden çocukların ebeveynlerinin puanı gitmeyen ve ara vermiş çocukların ebeveynlere göre daha yüksek bulunmuştur. Ölçeğin diğer iki alt boyut puan ortalamaları ile okula gitme değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (Tablo 9). Bu durum çocuğu okula giden ebeveynlerin çocuklarının daha normal bir yaşam sürdürdüğünü düşünmesinden kaynaklanıyor olabileceği ile açıklanabilir. Yapılan bir çalışmada ise ebeveynler çocuklarını enfeksiyona yakalanma, dış görünüşündeki değişiklikler sebebiyle arkadaşlarının alay etmesi, acil bakım gerektiren bir durumun ortaya çıkma olasılığı, “çocuğumun zaten az vakti kaldı bu vakti neden okulda harcasın” gibi düşüncelerle okula göndermediği bildirilmiştir (111).

ASÖ ve alt boyut puanları ile *ebeveynde kronik hastalık olma durumu* arasındaki ilişki incelendiğinde; kronik hastalığı olmayan ebeveynlerin ASÖ toplam puan ortalamasının kronik hastalığı olanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Öte yandan ASÖ alt boyut puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu belirlenmiştir (Tablo 10). Bu araştırmada kronik hastalığı olmayan ebeveynlerin ASÖ toplam puan ortalamasının yüksek olması kronik hastalığı olan ebeveynlerin hastalık yönetimi konusunda kendi hastalıklarından kaynaklı tecrübeli olmalarıyla açıklanabilir. Yapılan benzer bir çalışmada ise ebeveynde kronik bir hastalık olması durumunun ASÖ ve alt boyut puan ortalamalarını etkilemediği bildirilmiştir (92).

ASÖ ve alt boyut puanları ile *aileden kanser tanısı alan birey olması* arasındaki ilişki incelendiğinde; ailede kanser olan ve olmayan ebeveynlerin ASÖ ve alt boyut puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır (Tablo 10). Başkale'nin (2019) yapmış olduğu çalışmada da ailede kronik hastalık olan başka bir birey olmasıyla yaşam doyumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmadığı bildirilmiştir (106). Araştırmanın bulgusu ailede bulunan diğer kanser

hastasının bakım vermek zorunda olmadığı uzak akrabalar olduğu verisiyle desteklenebilir.

ASÖ ve alt boyut puanları ile *ebeveynin sosyal destek alma durumu* arasındaki ilişki incelendiğinde; sosyal destek alan ve almayan ebeveynlerin ASÖ ve alt boyut puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır (Tablo 10). Yapılan benzer bir çalışmada ASÖ puan ortalaması ile sosyal destek alınan gruplar arasında anlamlı fark olmadığını bildirmektedir (92). Bu durum alınan sosyal desteğin sadece aileden alınması ve niteliğinin tam olarak bilinmemesinden kaynaklı olabileceği ile açıklanabilir. Bakım yükü ve sosyal destek arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmada ise bakım yükü fazla olan algıladığı sosyal desteğin az olduğu bildirilmiştir (112). Yine benzer bir çalışmada ebeveynlerin çevresinden aldığı sosyal destek ne kadar fazlaysa stresle o ölçüde mücadele edebilecekleri bildirilmiştir (113).

ASÖ ve alt boyut puanları ile *ebeveynin aldığı bilgiyi yeterli bulma durumu* arasındaki ilişkiye bakıldığında; aldığı bilgiyi yetersiz bulan ebeveynlerin ASÖ toplam ve alt boyut puan ortalamalarının bilgiyi yeterli bulanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. (Tablo10). Yapılan benzer bir çalışmada çocuğunun kronik hastalığına nasıl uyum sağlayacakları konusunda çok az bilgi ve tavsiye aldıklarını belirten ebeveynlerin, bu konu hakkında yeterli bilgi aldıklarını belirtenlerden beş kat daha fazla güvensizlik ve çaresizlik duygusu yaşadıkları bildirilmiştir (114). Bu bulgu doğrultusunda yeterli bilgi aldığını ifade eden ebeveynlerin, hastalık yönetimi konusunda özgüvenlerinin arttığı söylenebilir.

KHYÖ alt boyut puanları ile *ebeveynde kronik hastalık olma durumu* arasındaki ilişki incelendiğinde; kronik hastalığı olmayan ebeveynlerin “Ebeveynler arası anlaşma alt boyutu” puan ortalamasının kronik hastalığı olanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir Öte yandan diğer alt boyut puan ortalamaları arasındaki fark ise istatistiksel olarak anlamsızdır (Tablo 11). Kendisi de kronik hastalığa sahip ebeveynlerin başa çıkması gereken sıkıntılar daha fazla olduğundan sağlıklı ebeveynle aralarındaki işbirliğinin ve anlayışın azaldığı söylenebilir.

KHYÖ alt boyut puanları ile *aileden kanser tanısı alan birey olması* arasındaki ilişki incelendiğinde; ailede kanser olan ve olmayan ebeveynlerin KHYÖ alt boyut puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır (Tablo 11). Araştırmadaki

bulgulara ailesinde başka bir kanser hastası olan ebeveynlerin çoğunda hasta birey bakım vermek zorunda olmadığı yakınlıkta olduğundan, ailede kanser olan ve olmayan grupların hastalık yönetimleri arasında farkın anlamsız olması açıklanabilir.

KHYÖ alt boyut puanları ile *ebeveynin sosyal destek alma durumu* arasındaki ilişki incelendiğinde; sosyal destek almadığını bildirenlerin “Hastalık yönetimi ve çocuğun günlük yaşam” alt boyut puan ortalaması alanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Öte yandan sosyal destek alan ve almayan ebeveynlerin diğer alt boyut puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır (Tablo 11). Literatürdeki benzer bir çalışmalara bakıldığında hastalıkla baş etmede aldıkları sosyal destek oranının ortalamasının üstünde olan ebeveynlerin diğer hasta çocukları görme, onların ebeveynleriyle konuşma gibi sosyal desteklerin hastalığa uyum sürecini kolaylaştırıldığı belirtilmiştir (86, 115). Bu araştırmadaki bulgu alınan sosyal desteğin çoğunu toplum yapısıyla ilgili olarak aile ve akrabalarından aldığı ve bunun olumsuzlukları yeterli kadar azaltıcı bir faktör olmamasından kaynaklanmasıyla açıklanabilir.

KHYÖ alt boyut puanları ile *ebeveynin aldığı bilgiyi yeterli bulma durumu* arasındaki ilişkiye bakıldığında; aldığı bilgiyi yeterli bulan ebeveynlerin “Ebeveynler arası anlaşma” alt boyut puan ortalaması yeterli bulmayanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bununla birlikte ebeveynlerin bilgiyi yeterli bulup bulmama durumları ile diğer alt boyut puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur (Tablo 11). Davis ve Fallowfield (1991) yaptıkları çalışmada hastalığa uyum sürecinin ebeveynler için karmaşık bir süreç olduğunu ve bu süreçte hastalıkla ilgili bilgi edinmenin kendilerini iyi hissetmelerine, çocuklarına karşı olan davranışlarının değişmesine ve çocuğun hastalığa uyumunda etkili olduğunu ifade etmişlerdir (115). Bu araştırmanın bulgusundan da yola çıkarak yeterli bilgiyi aldıklarını ifade eden ebeveynlerin aralarındaki işbirliğinin arttırdığı söylenebilir.

Ebeveynlerin algıladıkları toplam stres puanı yordayıcısı olarak modele alınan kronik hastalık yönetimi alt boyutlarının (*KHYÖ-AB1; KHYÖ-AB2; KHYÖ-AB3*) algılanan stres puanının %59,4’lik kısmını açıkladığı belirlenmiştir. (Tablo12).

KHYÖ alt boyut puanları incelendiğinde; ebeveynlerin algıladıkları stres puanı ile “Hastalık yönetimi ve çocuğun günlük yaşamı” alt boyutu (%39) ile negatif yönde

güçlü bir ilişki, “Yaşam zorlukları ve hastalık etkileri” alt boyutu (54,7) ile pozitif yönde güçlü bir ilişki ve “Ebeveynler arası anlaşma” (22,9) alt boyutlarının negatif yönde güçlü bir ilişki; olduğu belirlenmiştir ($p<0,001$) (Tablo 12).

Buna sonuçlar doğrultusunda;“*Hastalık yönetimi ve çocuğun günlük yaşamı*” alt puanındaki bir birimlik artışın ASÖ puanında (β^1) 0,39 birimlik bir azalma oluşturacağı, “*Yaşam zorlukları ve hastalık etkileri*” alt puanındaki bir birimlik artışın ASÖ puanında (β^2) 0,55 birimlik bir artış oluşturacağı, “Ebeveynler arası anlaşma”alt puanındaki bir birimlik artışın ASÖ puanında (β^3) 0,23 birimlik bir azalma oluşturacağı görülmektedir (Tablo 12).

Araştırmanın bulguları incelendiğinde kanser tanısı ile izlenen çocukların ebeveynlerinin algıladıkları stres arttıkça kronik hastalığı yönetim güçlerinin azaldığını, yaşam zorluklarını ve hastalık etkilerini daha yoğun hissettiklerini, ebeveynlerin aralarındaki anlaşma düzeylerinin azaldığını söylenebilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Çocuk Onkoloji ve Hematoloji Servisinde yatan çocukların ebeveynlerin algıladıkları stres düzeyi ve kronik hastalık yönetimleri arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılan araştırmanın sonuçları incelendiğinde;

- Araştırmaya katılan ebeveynlerden çoğunluğunun anne, yarısından fazlasının 19-35 yaş grubunda, yarısına yakınının ilk-ortaokul mezunu, %71,5'inin çalışmıyor olduğu belirlendi. Ebeveynlerin %77,8'inin tek çocuğu olduğu, çoğunluğunun çekirdek aile yapısında olduğu, %82,6'sının il-ilçede yaşadıkları, tamamına yakınının sosyal güvencesi olduğu ve yarısından fazlasının da gelirlerinin giderlerine eşit olduğu saptandı.
- Çocukların yarısından fazlası erkek olup %31,3'ünün 4-6 yaş arasındadır. Çocukların yarısının Lösemi tanısı ile izlendiği, %43,8'inin 4-6 yaş grubunda tanı aldıkları, son hastane yatışlarında yarısından fazlasının 30 gün ve daha fazla hastanede yattığı ve %42,4'ünün okula ara verdiği belirlendi.
- Ebeveynlerin %82,6'sının kronik bir hastalığı olmadığı, %25'i ailesinden birinin kanser öyküsü olduğu saptandı.
- Ebeveynlerin çocuklarının hastalığı sürecinde yarısından fazlasının sosyal destek aldığı ve tamamına yakınının çocuğunun tanısını sadece aile üyeleri ile paylaştığı belirlendi.
- Ebeveynlerin %76,4'ünün hastalığa ilişkin aldıkları bilgiyi yeterli buldukları saptandı.
- Ebeveynlerin algılanan stres ölçeği ve alt boyut puanlarının ortalamasının üzerinde olduğu belirlendi.
- Ebeveynlerin Çocuk KHYÖ alt boyut puanlarının ortalamasının üzerinde olduğu saptandı.
- Ebeveyn yaş grupları, başka çocuk olma durumu, sosyal güvence ve gelir durumları ile ASÖ ve alt boyut puan ortalamaları arasında ilişki olmadığı, öte yandan annelerin, çalışmayan ebeveynlerin, ilk-orta okul mezunu olanların ve kasaba/köyde yaşayanların ASÖ puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlendi.

- Ebeveyn yaş grupları ve başka çocuk olma durumu ile KHYÖ alt boyut puan ortalamaları arasında ilişki olmadığı saptandı.
- Annelerin, ilk-orta okul mezunu olan, çalışmayan ebeveynlerin, geniş ailede yaşayanların, kasaba ve köyde oturanların, sosyal güvencesi olmayanların ve geliri giderinden az olanların KHYÖ alt boyutu “yaşam zorlukları ve hastalık etkileri” puanlarının daha yüksek olduğu belirlendi.
- Üniversite mezunu, geniş aileye sahip olanların, kasaba/ köyde yaşayanların ve geliri gidere eşit olanların KHYÖ alt boyutu “ebeveynler arası anlaşma” puanının daha yüksek olduğu saptandı.
- Çocuğun cinsiyeti, tanı yaşı, okula gitme durumu ve okula ara verme süresi ile ASÖ ve alt boyut puanları arasında fark olmadığı; 7-11 yaş grubu çocuğu olanların, hastanede 30 günün üzerinde yatan ebeveynlerin “algılanan baş etme” puanının daha yüksek olduğu belirlendi.
- Çocuğun cinsiyeti, yaşı, tanı yaşı ve hastalığı nedeniyle okula ara verme süresi ile kronik hastalık yönetimini etkilemediği belirlenmiştir. Çocuğun hastanede kalış süresi 10-19 gün olanların “yaşam zorlukları ve hastalık etkileri” alt boyut puanlarının daha yüksek olduğu; çocuğu okula devam eden ebeveynlerin ise “hastalık yönetimi” ve çocuğun günlük yaşamı” alt boyut puanlarının daha yüksek olduğu saptandı.
- Aileden kanserli birey olması, ebeveynin sosyal destek alma durumunun stres puanını etkilemediği belirlendi.
- Kronik hastalığı olan ebeveynlerin ve aldığı bilgiyi yetersiz bulanların stres puanlarının daha yüksek olduğu belirlendi.
- Ailede kanserli birey olma durumu ile KHYÖ alt boyut puanları arasında fark yokken; ebeveynde kronik hastalık olmayanların ve aldığı bilgiyi yeterli bulanların “ebeveynler arası anlaşma” alt boyut puanının daha yüksek olduğu saptandı.
- Ebeveynlerden sosyal destek almayanların “hastalık yönetimi ve çocuğun günlük yaşamı” alt boyut puanının daha yüksek olduğu belirlendi.
- Ebeveynlerin algıladıkları toplam stres puanının kronik hastalık yönetimine etkisinin %59,4 olduğu belirlendi.
- Kanserli çocukların ebeveynlerinin algıladıkları stres arttıkça kronik hastalığı yönetmelerinin düştüğü saptandı.

6.2. Öneriler

Araştırmanın sonuçları doğrultusunda;

- Kanser tanısı ile izlenen çocuğun ebeveynlerinin hastalık yönetimini güçlendirmek için öncelikle algıladıkları stresin azaltılması bu doğrultuda da profesyonel sosyal destek gruplarının oluşturulması ve ebeveynlerin bu gruplara katılımının desteklenmesi,
- Kanser tanısı ile izlenen çocuk ve ebeveynlere bakım veren hemşireler ve diğer sağlık ekibi üyeleri için psikososyal bakım ve desteğin önemini vurgulayan hizmet içi eğitimlerin planlanması,
- Kanser tanısı ile izlenen çocukların ebeveynlerinin yaşadıkları sıkıntıların derinlemesine incelenmesini sağlayan nitel araştırmalar planlanması,
- Daha geniş örneklem gruplarıyla benzer çalışmaların planlanması önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. WHO World Cancer Day 2018, <http://www.who.int/cancer/world-cancer-day/2018/en/> Erişim:05.06.2019.
2. World Child CancerAnnualReview 2017, https://www.worldchildcancer.org/sites/default/files/annual_review_year_ended_31_december_2017.pdf Erişim:05.06.2019.
3. Kutluk T. “Çocukluk çağı kanserlerinin epidemiyolojisi”, *Klinik Gelişim*, 2007, 20(2): 5-12.
4. Kutluk MT, Yeşilipek A. “Turkish National Pediatric Cancer Registry 2002-2008 Turkish Pediatric Oncology Group and Turkish Pediatric Hematology Society”, *Journal of Clinical Oncology*, 2013, 31.
5. Robinson KE, Gerhardt CA, Vannatta K, Noll RB. “Parent and family factors associated with child adjustment to pediatric cancer”, *Journal of Pediatric Psychology*, 2007, 32:400-410.
6. Kayaalp L. “Yaşamı tehdit eden hastalığın ruhsal yaşam üzerindeki etkileri: lösemili çocuk ve ailesi”, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 1995, 6(2):113-117.
7. Murray JS. “A qualitative exploration of psychosocial support for siblings of children with cancer”, *Journal of Pediatric Nursing*, 2002, 17(5):327-337.
8. Boman KK, Vikstein J, Kogner P, Samuelsson U. “Serious illness in childhood: The different threats of cancer and diabetes from a parent perspective”, *The Journal of Pediatrics*, 2004, 145:373-379.
9. Kızıler E. *Kanserli Çocuğu Olan Ailelerin Sosyal Destek Algısı, Umutsuzluk ve Baş Etme Davranışları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi* (Tez). Yüksek Lisans Tezi, GATA Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü; Ankara, 2007.
10. Grootenhuis MA, Last BF. “Adjustment and coping by parents of children with cancer: a review of the literature”, *Supportive Care in Cancer*, 1997, 5(6):466-484.
11. Fallowfield L. “Helping the relatives of patients with cancer”, *European Journal of Cancer*, 1995, 31A(11):1731-2.

12. Erdem E. *Kanserli çocuğu olan ailelere evde verilen hemşirelik hizmetlerinin değeriendirilmesi* (Tez). Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Programı Doktora Tezi; Ankara, 2006.
13. Toros F, Tot S, Düzovalı Ö. “Kronik hastalığı olan çocuklar, anne ve babalarındaki depresyon ve anksiyete düzeyleri”, *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 2002, 5, 240-247.
14. Karakavak G, Çırak Y. “Kronik Hastalıklı Çocuğu Olan Annelerin Yaşadığı Duygular”, *Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2006, 7(12):95-112.
15. Selamet G, Hıdıroğlu S. *Kemoterapi gören kanserli çocukların annelerinin algıladıkları sosyal desteğin ve yaşam kalitesinin incelenmesi* (Tez). Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı ABD Yüksek Lisans Tezi; İstanbul, 2014.
16. Arıkan D, Çelebioğlu A. “Kanserli çocuğu olan ebeveynlerin durumluk ve sürekli anksiyete düzeyinin incelenmesi”, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 1999, 2(1):95-103.
17. Çavuşoğlu H. Çocuk sağlığı hemşireliği. 9.baskı. Ankara: Sistem Ofset Basımevi; 2008.
18. İnal F.N, Pekcanlar A. “Kronik Hastalıklar, Hastaneye Yatış ve Çocuk”, *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2008, 22(2): 99-105.
19. Er M. “Çocuk, Hastalık, Anne-Babalar ve Kardeşler”. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 2006, 49: 155-168.
20. Törüner EK, Büyükgönenç L. Kronik ve yaşamı tehdit edici hastalığı olan çocuk. Çocuk Sağlığı Temel Hemşirelik Yaklaşımları. Göktuğ Yayıncılık Ankara, 2015, 186-205.
21. Fazlıoğlu K, Hocaoğlu Ç, Sönmez FM. “Çocukluk çağı epilepsisinin aileye etkisi”, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2010 2(2); 190-205.
22. Rowland JH, Bellizzi KM. (2008). “Canser Survivors and Survivorship Research: A Reflection on Today’s Successes and Tomorrow’s Challenges”, *Hematology/Oncology Clinics of North America*, 2008, 22(2);181-200.

23. Berkarda B. “Kanserin Biyolojisi”, Berkarda B, Hatemi H. Medikal Onkoloji, Tavaslı Matbaacılık, 2002:9-13.
24. Kutluk T, Kars A. “Kanser Konusunda Genel Bilgiler”. Türk Kanser Araştırma ve Savaş Kurumu Yayınları, Ankara,1996: 25-38.
25. Kaplanoğlu E. *Lösemi tanısı almış çocuğa sahip ebeveynlerde yaşam kalitesi ile sosyal destek arasındaki ilişki* (Tez). Okan Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; İstanbul, 2014.
26. <https://seer.cancer.gov/iccc/iccc-who2008.html> Erişim Tarihi:05.04.2019
27. Greenlee RT, Murray T, Bolden S, Wingo PA.“Cancer Statistics 2000”, *Cancer Journal for Clinicians*, 2000, 50: 7-33.
28. Kutluk T, Yesilipek A.“Behalf of Turkish Pediatric Oncology Group(TPOG) and Turkish Pediatric Hematology Society (TPHD)”, “Pediatric Tumor Registry for 2002-2005 in Turkey”, *Journal Pediatric Hematology/ Oncology*, 2007, 29: 12-13.
29. https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/istatistik/Turkiye_Kanser_Istatistikleri_2015.pdf Erişim Tarihi:10.04.2019.
30. Kutluk T. “Çocukluk Çağı Kanserlerinin Epidemiyolojisi”, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Sempozyum Dizisi, 2006, 4: 11-16.
31. 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; İstanbul, 2016.
32. Kılıçarslan Törüner E, Büyükgönenç L. Çocuk Sağlığı Temel Hemşirelik Yaklaşımları, Nobel Tıp Yayınevi, Ankara, 2017: 836-894.
33. Ağaoğlu YF. “Çocukluk çağında uygulanan radyoterapinin büyüme gelişme ve gonodal fonksiyonlar üzerine etkileri”, *Türk Onkoloji Dergisi*, 2004, 19(4): 159-166.
34. Özkan A. *Pediyatrik Onkoloji*, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2009: 1337- 1345.
35. Kemer DY. *Pediyatrik onkoloji hastalarında semptomlara yönelik kullanılan tamamlayıcı sağlık yaklaşımları* (Tez). Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri

Enstitüsü Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; Antalya, 2015.

36. Dünya Kanser Raporu, Çocuklarda görülen kanserler. 2008: 482-488
http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789283204237_tur_p1-104.pdf.
Erişim tarihi: 08.04.2019
37. Can G. Onkoloji Hemşireliği, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, 2014.
38. Kütük B. *Kemoterapi uygulanan kanserli hastalarda özbakımın değerlendirilmesi* (Tez). İstanbul Bilim Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; İstanbul, 2016.
39. Wohlschlaeger A. "Prevention and treatment of mucositis: A guide for nurses", *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 2004, 21: 281-287.
40. 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.
41. Dodd M. "The pathogenesis and characterization of oral mucositis associated with cancer therapy", *Oncology Nursing Forum*, 2004, 31(4): 5-11.
42. Sis Çelik A. "Radyoterapi sonucu gelişen yan etkiler ve hemşirelik yaklaşımı", *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2014, 3: 933-945.
43. 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; Ankara, 2012.
44. Carroll WL, Finlay JL. "Cancer in Children and Adolescents", United Kingdom: Jones and Bartlett, Sudbury MA, 2010: 541-546.
45. İlhan İ, Kutluk T. *Pediyatrik Onkoloji El Kitabı*, Güneş Tıp Kitabevleri, Ankara, 2009.
46. 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: 06.03.2019.

47. 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; İzmir, 2011.
48. Akman İ. “Stresin nedenleri ve açıklayıcı kuramlar”, *Türk Psikoloji Bülteni*, 2004, 10(35): 40-56.
49. Şahin H. “Savaş ya da kaç tepkisi –Strese gösterilen ilk tepkiler –Stresle başa çıkma olumlu bir yaklaşım”, Türk Psikologlar Derneği Yayınları, Ankara, 1998.
50. Özsoy H. *Kronik Hastalıklı Çocuğu Olan Annelerde Sağlık Okuryazarlığı ve Hastalık Yönetimi İlişkisi* (Tez). Marmara Üniversitesi, Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; İstanbul, 2017.
51. Çavuşoğlu H. *Çocuk Sağlığı Hemşireliği*, 11. baskı. Sistem Ofset Basımevi, Ankara, 2013: 113-128.
52. Törüner E, Büyükgönenç L. *Çocuk Sağlığı: Temel Hemşirelik Yaklaşımları*, İrem matbaası, Ankara, 2013: 185-96.
53. Bahar A. “Kanser hastalarına psikososyal yaklaşım”, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2007, 10(1): 105-111.
54. Elçigil A. “Kanserli çocuk okula gidebilir mi?” *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2007, 11(2):40–46.
55. Patenaude AF, Kupst MJ. “Psychosocial functioning in pediatric cancer”, *Journal of Pediatric Psychology*, 2005, 30(1): 9-27
56. Svardsdootir EK, Sigurdardottir AO. “Developing a family level intervention for families of children with cancer”, *Oncology Nursing Forum*, 2006, 33(5): 983-990
57. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4 th ed, Published by American Psychiatric Association, Washington, DC; 1994.
58. 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; Bursa, 2014.
59. Özbesler C. *Çocukluk çağı lösemileri ve sosyal destek sistemlerinin aile işlevlerine etkisi* (Tez). Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sosyal Hizmet Anabilim Dalı Doktora Tezi; Ankara, 2001.
60. 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; Ankara, 2008.
61. 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; İstanbul, 2003.
62. 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: 221-23.
63. 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.
64. 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.
65. 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.

66. 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; Ankara, 1998.
67. Eylen B. *Bilgi verici danışmanlığın kanser hastalarının ailelerinin sosyal destek becerileri üzerine etkisi* (Tez). Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı Doktora Tezi; Ankara, 2001.
68. 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.
69. Yıldırım S, Gürkan A. "Psikososyal açıdan kanser ve psikiyatri hemşiresinin rolü", *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2010, 26(1): 87-97.
70. Elbi H. "Kanser ve depresyon", *Psikiyatri Dünyası*, 2001, 5:5-10.
71. 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.
72. 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.
73. Schimizu K. "Effects of integrated psychological care for distress in cancer patients", *Japanese Journal of Clinical Oncology*, 2013, 43(5): 451-457.
74. 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; İstanbul, 2013.
75. Sheldon LK. "Ask us: we know about psychological care", *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 2013, 16(3): 237.
76. Kelly KP, Porock, D. "A Survey of Pediatric Oncology Nurses' Perceptions of Parent Educational Needs", *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 2005, 22: 58-66.

77. Bugge KE, Helseth S, Darbyshire P. "Children's Experiences of Participation in a Family Support Program When Their Parent Has Incurable Cancer", *Cancer Nursing*, 2008, 31: 427-434.
78. Kelleci M. "Kanser hastalarının umudunun geliştirilmesine yönelik hemşirelik girişimleri", *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2005, 6:41-47.
79. 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.
80. 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.
81. Sümbüloğlu V, Sümbüloğlu K. Sağlık Bilimlerinde Araştırma Yöntemleri, 5. Baskı, Hatipoğlu Yayınları, Ankara, 2004: 66-67.
82. Bilge A, Ögce F, Genç R.E, Oran NT. "Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ)'nin Türkçe Versiyonunun Psikometrik Uygunluğu", *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2009, 2(25), 61-72.
83. Ergun A, Sisman F.N, Erol S, Gur K, Kolac N, Kadioglu H. "Validity and Reliability of the Turkish Version of the Family Management Measure", *12th International Family Nursing conference abstract book*. Odense, Denmark, August 18-21, 2015, p:186
<https://app.box.com/s/mnvnmx01b2sots8ki1bfiwumihamdujj>
84. Svavarsdottir K, Sigurdardottir A. "The feasibility of offering a family level intervention to parents of children with cancer", *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 2005, 19: 368- 372.
85. Akşit S, Cimete G. "Çocuğun Yoğun Bakım Ünitesine Kabulünde, Annelere Uygulanan Hemşirelik Bakımının Annelerin Anksiyete Düzeyine Etkisi", *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2001, 5(2):25-36.

86. Erdim L, Bozkurt G, İnal S. “Annelerin Çocuklarının Hastaneye Yatışından Etkilenme Durumlarının Araştırılması”, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2006, 9(3): 36-43.
87. Hodgkinson R, Lester H. “Stresses and coping strategies of mothers living with a child with cystic fibrosis: Implications for nursing professionals”. *Journal of Advanced Nursing* 2002; 39: 377-383.
88. 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.
89. 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; Ankara, 2009.
90. 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.
91. 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.
92. Çalıcıoğlu GS. *Kanser Tanısı İle İzlenen Çocukların Ebeveynlerinin Stres Düzeyleri ve Sosyal Destek Algularının Belirlenmesi* (Tez). Okan Üniversitesi, Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; İstanbul, 2018.
93. Kumaş ÖA, Sümer H.M. “Özel Gereksinimli Küçük Çocuğu Olan Annelerin Öz Yetkinlikleri, Yılmazlık Düzeyleri ve Stres Düzeyleri Arasındaki İlişkilerin Belirlenmesi”, *Kastamonu Eğitim Dergisi*, 2019, 27(1), 163-173.
94. Gürbüz D, Erdem E. “Kronik böbrek yetmezliği olan çocukların ebeveynlerinin depresyon düzeyleri ve stresle başa çıkma tarzları”. *Ulusal ve I. Uluslararası Akdeniz Pediatri Hemşireliği Kongresi Bildiri Kitabı*, (2009).
95. Gülses S, Keskin YZ, Büyükavcı M. “Kanserli çocukların ve anne-babalarının yaşam kalitesi diğer hastalardan farklı mı”. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 2014. 57(1), 16-23.

96. Zhang Y, Wei M, Shen N, Zhang Y. “Identifying Factors Related to Family Management During the Coping Process of Families with Childhood Chronic Conditions: A Multi-Site Study”, *Journal of Pediatric Nursing*, 2015, 30(1): 160-173
97. Yıldırım G, Göktaş SB, Köse S, Yıldız T. “Kemoterapi Tedavisi Gören Çocukların Annelerindeki Kaygı Düzeyleri”, *International Journal Basic Clinical Medical*, 2014, 2(2): 69-76
98. Kızılel E. *Kanserli çocuğu olan ailelerin sosyal destek algısı, umutsuzluk ve başetme davranışları arasındaki ilişkinin incelenmesi (Tez)*. GATA, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; Ankara, 2007.
99. Karaaslan A, *Kanserli Hastalara Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Yükü ve Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyi (Tez)*. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; Erzurum, 2013.
100. Alahan NA, Aylaz R, Yetiş G. “Kronik Hastalığı Olan Çocuğa Sahip Ebeveynlerin Bakım Verme Yükü”, *İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2015, 4(2): 1-5.
101. Tülüce D. *Kalp Yetersizliği Olan Hastalara Bakım Verenlerin Bakım Verme Yükünün İncelenmesi (Tez)*. Gaziantep Üniversitesi, Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; Gaziantep, 2012.
102. Özdemir K, Şahin A, Küçük D. “Kanserli çocuğu olan annelerin bakım verme yüklerinin belirlenmesi” *Yeni Tıp Dergisi*, 2009; 26: 153-158.
103. Uludağ A. *Konjenital Kalp Hastalığı Olan Çocukların Ebeveynlerinde Bakım Yükü ve Yaşam Doyumu İle Algıladıkları Sosyal Destek Arasındaki İlişki (Tez)*. Atatürk Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; Erzurum, 2014.
104. Erdem E, Korkmaz, Tosun Ö, Avcı Ö, Uslu N, Bayat M. “Kronik Hastalığı Olan Çocukların Annelerinin Bakım Yükü”, *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2013, 22(2): 150-157.
105. Covinsky KE, Goldman L, Cook E F, Oye R, Desbiens N, Reding D, et al. “The Impact of Serious Illness on Patients’ Families”, *The Journal of The American Medical Association*, 1994, 272(23): 1839-1845.
106. Başkale H, Çetinkaya B, Ceylan SS, Öztaş Ü. “Epilepsili çocukların annelerinin yaşam doyumu ve başa çıkma tutumları”, 2019, *Güncel Pediatri*, 17(2), 265-278.

- 107.Çattık M, Aksoy V. “An Examination of the Relations among Social Support, Self-Efficacy, and Life Satisfaction in Parents of Children with Developmental Disabilities”. *Eğitim ve Bilim* 2018;43:65-77.
- 108.Taş, F, Yılmaz, HB. “Pediatrik onkoloji hastalarında yaşam kalitesi kavramı” *Türk Onkoloji Dergisi*, (2008), 23(2), 104-107.
- 109.Günay O, Sevinç N, Arslantaş EE. “Hastanede yatan çocukların annelerinde durumluk ve sürekli anksiyete düzeyi ve ilişkili faktörler”, *Turkish Journal of Public Health*, (2017), 15(3), 176.
- 110.Suzuki LK, Kato PM.“Psychosocial support for patients in pediatric oncology: the influences of parents, schools, peers, and technology”, *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, (2003), 20 (4): 159-174.
- 111.Prevatt F, Heffer RW, Lowe PA. “A review of school reintegration programs for children with cancer”, *Journal of School Psychology*, 2000, 38 (5), 447-467.
- 112.Lu L. “Social Support, Reciprocity, And Well-Being”, *The Journal of Social Psychology*, 1997, 137(5): 618-628
- 113.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.
- 114.Taanila A.” Well-presented First Information Supports Parents’Ability to Copewith a Chronically Ill or Disabled Child”, *Acta Paediatrica*, 2002, 91(12): 1289 -1291.
- 115.Davis H, Fallowfield L. Counseling and Communication in Health Care,John Wiley,Chichester, 1991: 223-238.



EKLER

EK-1. BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM OLUR FORMU

Sizi Doç.Dr. Gülzade Uysal danışmanlığında hemşire Dilek Emniyetli tarafından yürütülen “Kanser tanısı ile izlenen çocukların ebeveynlerinin stres düzeyleri ile kronik hastalık yönetimleri arasındaki ilişki” isimli araştırmaya davet ediyoruz. Araştırmada sizden tahminen 30-40dk kadar süre ayırmanız istenmektedir. Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, bütün soruları eksiksiz, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları vermenizdir. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahipsiniz. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz **gizli tutulacaktır**; ancak verileriniz yayın amacı ile kullanılabilir. Eğer araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında şimdi veya sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya şimdi sorabilir veya dilekemniyetli@gmail.com e-posta adresinden ulaşabilirsiniz. Araştırma tamamlandığında size özel sonuçların sizinle paylaşılmasını istiyorsanız lütfen araştırmacıya iletiniz.

Araştırmacının

Katılımcının

Adı-Soyadı:Dilek Emniyetli

Adı-Soyadı:

İmzası:

İmzası:

e-posta:dilekemniyetli@gmail.com- **posta:**

EK-2. Veri Toplama Formu

Anket no:....

Değerli ebeveyn,

Araştırma, kanser tanısı ile izlenen çocukların ebeveynlerinin stres düzeyleri ve hastalık yönetimleri arasındaki ilişkiyi saptamak amacıyla planlanmıştır. Araştırma süresince dolduracağınız ankette kimliğinizi ortaya çıkartacak sorular bulunmamaktadır. Forma isim yazılmasına gerek yoktur. Bu form aracılığı ile elde edilecek bilgiler bilimsel amaçlar için kullanılacaktır.

Anketi yanıtladığınız için teşekkür ederiz.

Hemşire Dilek Emniyetli..Danışman Doç.Dr. Gülzade Uysal

HASTA ÇOCUĞUN TANITICI ÖZELLİKLERİ

1. Çocuğunuzun yaşı:

2. Çocuğunuzun cinsiyeti

() Kız () Erkek

3.Çocuğunuzun hastalığının tanısı:

4. Çocuğunuzun hastalık tanısı aldığı yaşı:

5. Çocuğunuzun hastalığı hakkında sağlık çalışanlarının (doktor-hemşire) verdiği bilgiler yeterli miydi?

() Evet () Hayır

6. Çocuğunuz en son yatışında hastanede ne kadar yattı?.....

7. Çocuğunuz okula gidiyor mu?

() Evet

() Hayır

() Ara verdi

8. Çocuğunuzun hastalığı sebebiyle okulda sene kaybı oldu mu?

Evet (Kaç yıl belirtiniz.....)

Hayır

9. Çocuğunuzun hastalığını kimler biliyor? (Birden çok seçenek işaretleyebilirsiniz)

Aile üyeleri

Arkadaş/ komşu/akrabalar

Sınıf arkadaşları

Mahalle arkadaşları

Öğretmenleri

Diğer

AİLENİN TANITICI ÖZELLİKLERİ

10. Görüşülen ebeveyn

Anne Baba

11.Yaşınız:

12. Öğrenim durumunuz

İlk- orta okul mezunu

Lise mezunu

Üniversite

Yüksek lisans mezunu

Diğer

13. Çalışma durumuz

Çalışıyor

Çalışmıyor (emekli dahil)

14. Başka çocuğunuz var mı?

Var Varsa kaç tane? (bu çocukla birlikte)

Yok

15. Aile yapısı

Çekirdek aile

Geniş aile

Parçalanmış aile (.....

16.Yaşadığınız yer ?

İl-ilçe Kasaba Köy

17. Sosyal güvenceniz var mı?

Var Yok

18. Ailenin gelir durumu

Gelir giderden az

Gelir gidere eşit

Gelir giderden fazla

19.Sizin kronik bir hastalığınız var mı?

Hayır Evet ise

20. Ailede kanser tanısı olan başka bir birey var mı?

Evet ise kimdir: Hayır

21. Hasta çocuğunuzun bakımı ile ilgili çevrenizden destek alıyor musunuz?

Evet ise kimdir: Hayır

EK-3. 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 öfkелendirdi.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
8. Üstesinden gelemediğim zorluklar yaşadım.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)

EK-4. Çocuk Kronik Hastalık Yönetimi Ölçeği: Aile Formu

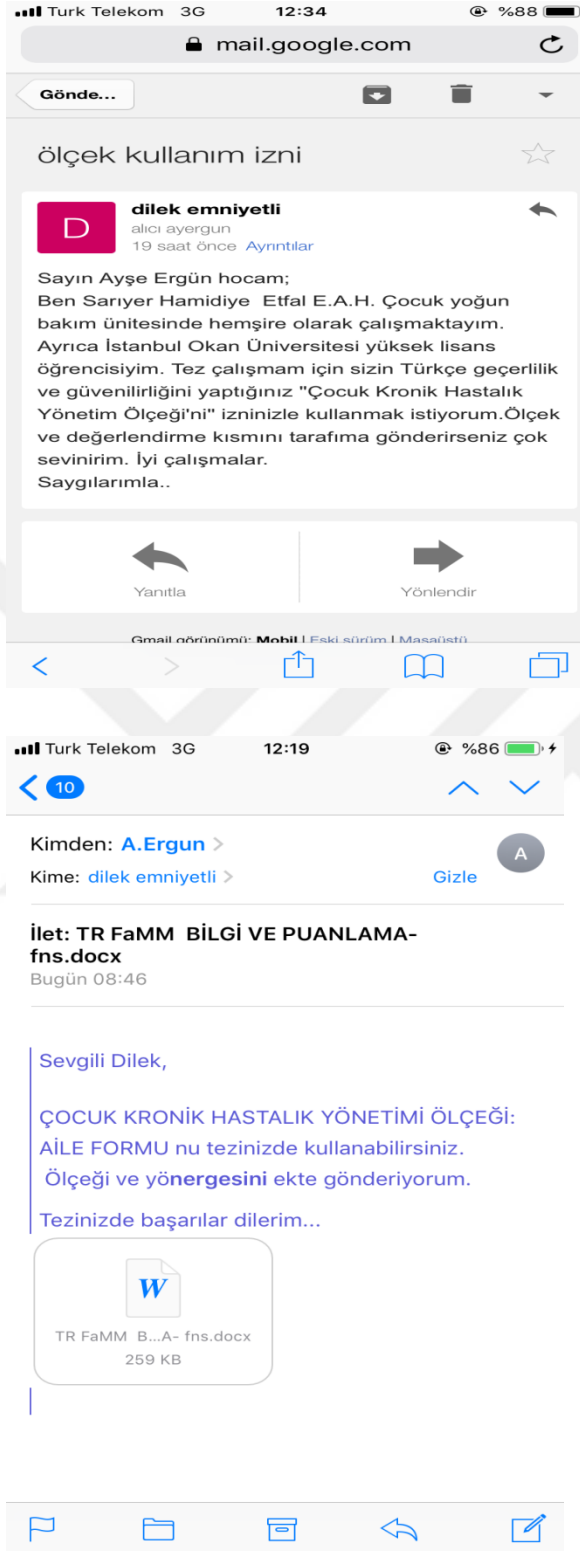
Lütfen her soruyu 1 ‘Hiç Katılmıyorum’, ile 5 ‘Tamamen Katılıyorum’ arasında işaretleyiniz.

Çocuğunuzun birden fazla kronik hastalığı varsa tüm teşhislerini düşünerek cevaplayınız.

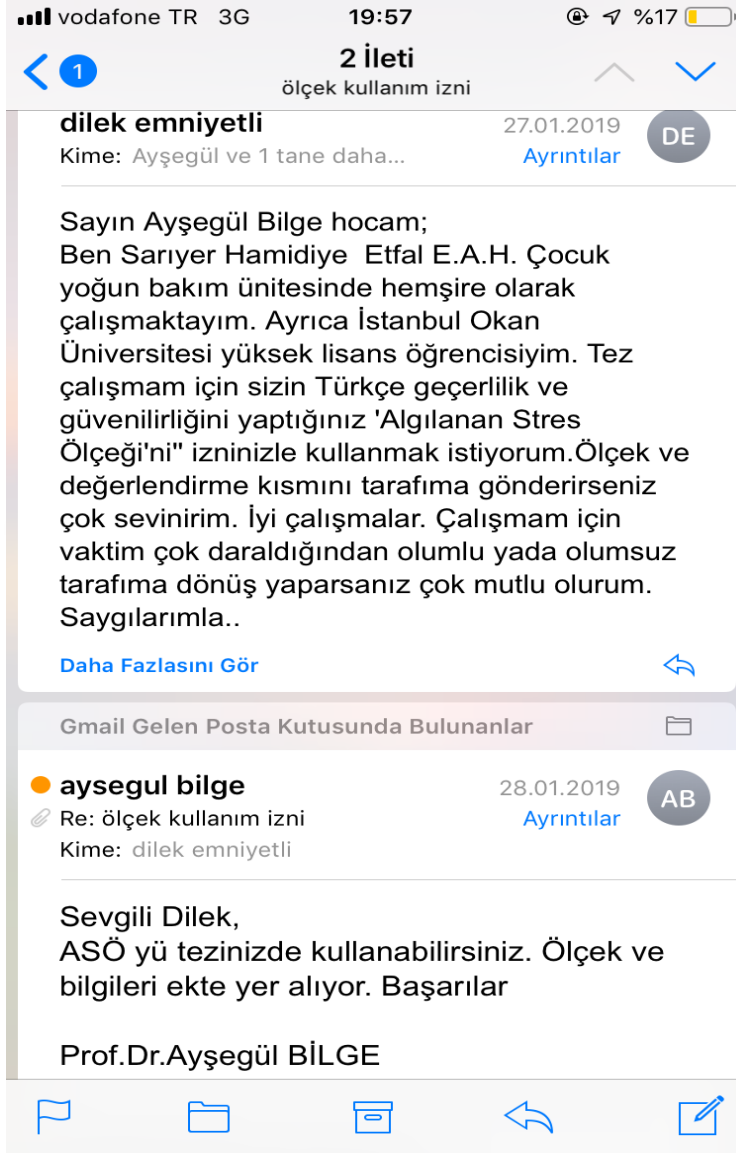
	Lütfen aşağıdaki ifadeleri HASTALIĞI OLAN ÇOCUĞUNUZU DÜŞÜNEREK yanıtlayınız.	Hiç Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
	Çocuğumuzun.....	1	2	3	4	5
1	Günlük yaşamı yaşlıtlarına benzerdir.	1	2	3	4	5
2	Gelecekte hastalığının bakımını kendisinin yapacağını düşünüyoruz.	1	2	3	4	5
3	Hastalığının bakımı genellikle zordur.	1	2	3	4	5
4	Hastalığı inişler ve çıkışlarla doludur.	1	2	3	4	5
5	Hastalığı ailemizde en önemli şeydir.	1	2	3	4	5
6	Bakımı bizim için çok zordur.	1	2	3	4	5
7	Hastalığı nedeniyle geleceği ile ilgili endişeliyiz.	1	2	3	4	5
8	Hastalığıyla yaşamasına nasıl yardım edeceğimizi biliyoruz.	1	2	3	4	5
9	Hastalığının bakımı için yeterli paramız var.	1	2	3	4	5
10	Çocuğumuz hastalığı nedeniyle yaşlıtlarından farklıdır.	1	2	3	4	5
11	Hastalığının ailemiz için ne zaman birinci öncelikli olması gerektiğini bilmek zordur.	1	2	3	4	5
12	Çocuğumuz için mutlu bir gelecek umuyoruz.	1	2	3	4	5
13	Hastalığı ile ilgili beklenmedik bir şey olduğunda nasıl halledeceğimizi genellikle biliriz.	1	2	3	4	5
14	Arkadaşlık ilişkileri hastalığı nedeniyle farklıdır.	1	2	3	4	5
15	Bizimki gibi hasta bir çocuğa sahip olmak aile yaşantısını zorlaştırır.	1	2	3	4	5
16	Hastalığı diğer aile içi faaliyetleri genellikle engellemez.	1	2	3	4	5
17	Hastalığının bakımı yaptığımızda iyi bir iş çıkardığımızı hissediyoruz.	1	2	3	4	5
18	Çocuğumuzla aynı hastalığa sahip insanlar da normal yaşam süresine (ömre) sahiptir.	1	2	3	4	5
19	Hastalığının bakımı için yapılması gerekenler konusunda genellikle emin olamıyoruz.	1	2	3	4	5
20	Hastalığının bakımı ileride daha zor olacak.	1	2	3	4	5
21	Sürekli çocuğumuzun hastalığını düşünüyoruz.	1	2	3	4	5

		Hiç Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
22	Hastalığı sanki aile yaşantımızı kontrol ediyor.	1	2	3	4	5
23	Hastalığı hakkında bir başkasından yardım almak zor.	1	2	3	4	5
24	Hastalığının bakımını düzene oturtamadık.	1	2	3	4	5
25	Hastalığının bakımı için birçok düzenleme gerekti.	1	2	3	4	5
26	Bazen hastalığı ile aile yaşantımızı nasıl dengeleyeceğimiz konusunda kararsız kalırız.	1	2	3	4	5
27	Gelecekte durumunun ne olacağını bilmek zor.	1	2	3	4	5
28	Çocuğumuz hasta olmasına rağmen normal bir aile yaşantımız var.	1	2	3	4	5
29	Hasta olmasaydı okulda daha başarılı olabilirdi.	1	2	3	4	5
30	Hastalığını kontrol altında tutmaya yardımcı olacak hedeflerimiz var.	1	2	3	4	5
31	Hastalığı için uygun bakım vermek her zamanki aile düzenimiz içinde zordur.	1	2	3	4	5
32	Hastalığı ile ilgilenmek aile yaşantımızı çok zorlaştırır.	1	2	3	4	5
33	Çocuğumun çocuk gibi yaşamaya ihtiyacı olduğunun farkındayız.	1	2	3	4	5
34	Bizim çocuğumuz gibi bir çocuğa sahip olmak normal bir hayat sürdürmeyi zorlaştırır.	1	2	3	4	5
35	Çocuğumun hastalığının yönetimini eşimle paylaşmaktan mutsuzum.	1	2	3	4	5
Bölüm 2: Eşiniz ve siz ile ilgili olan bu bölümdeki soruları lütfen eşiniz ya da diğerleri olsaydı nasıl cevaplandırır diye düşünmeden, siz nasıl düşünüyorsanız öyle cevaplayınız.						
36	Hastalığının bakımını yapabileceğimiz konusunda kendimize güveniyoruz.	1	2	3	4	5
37	Çocuğumuzun hastalığı ile baş edebilmek için birbirimize kenetlendik.	1	2	3	4	5
38	Çocuğumun hastalığı için eşimle birlikte uğraştığım için memnunum.	1	2	3	4	5
39	Eşim ve ben, çocuğum hastalığının nasıl yönetileceği konusunda tartışırız. (Hastalığı nedeniyle münakaşa ederiz).	1	2	3	4	5
40	Çocuğumuzun bakımına yönelik karar vermeden önce eşim ve ben birbirimize danışırız.	1	2	3	4	5
41	Eşim ve ben çocuğumuzu nasıl yetiştireceğimize yönelik benzer fikirlere sahibiz.	1	2	3	4	5
42	Eşim ve ben çocuğumun hastalığının bakımına yönelik birbirimizi destekleriz.	1	2	3	4	5

EK-5. Çocuk Kronik Hastalık Yönetimi Ölçeği: Aile Formu Ölçek Kullanım İzni



EK-6. Algılanan Stres Ölçeği Kullanım Ölçeği Kullanım İzni



OKAN ÜNİVERSİTESİ
Etik Kurul Kararı

Toplantı Tarihi: 10.10.2018

Toplantı Sayısı: 98

Toplantıya Katılanlar:

Prof. Dr. Mithat Kıyak	(Başkan)
Prof. Dr. Mazhar Semih Baskan	(Üye)
Prof. Dr. Dilek Öztürk	(Üye) (Katılmadı)
Prof. Dr. Dilek Şirvanlı Özen	(Üye)
Prof. Dr. Ali Tayfun Atay	(Üye)
Doç.Dr. Kerime Derya Beydağ	(Üye)
Dr. Öğr. Üyesi. Nermin Bölükbaşı	(Üye)
Dr. Öğr. Üyesi Erdinç Ünal	(Üye)
Dr. Öğr. Üyesi Nihat Özaydın	(Üye)

Okan Üniversitesi Etik Kurulu 10.10.2018 tarihinde Prof. Dr. Mithat Kıyak Başkanlığında toplandı.

Yapılan görüşmeler sonucunda;

Karar 11. Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü-Hemşirelik bölümünden **Dilek EMNİYETLİ'nin** "Kanser Tanısı ile İzlenen Çocukların Ebeveynlerinin Algıladıkları Stres Düzeyi ile Kronik Hastalık Yöntemleri Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi" başlıklı çalışması için başvuru talebi uygun görülüp oy birliği ile onaylanmıştır.



Prof. Dr. Mithat Kıyak
(Başkan)



Prof. Dr. Mazhar Semih Baskan
(Üye)

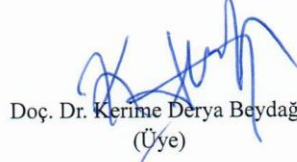
Prof. Dr. Dilek Öztürk
(Üye) (Katılmadı)



Prof. Dr. Ali Tayfun Atay
(Üye)



Prof. Dr. Dilek Şirvanlı Özen
(Üye)



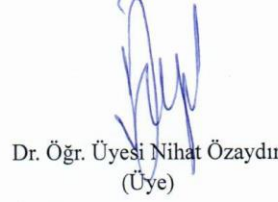
Doç. Dr. Kerime Derya Beydağ
(Üye)



Dr. Öğr. Üyesi Erdinç Ünal
(Üye)



Dr. Öğr. Üyesi Nermin Bölükbaşı
(Üye)



Dr. Öğr. Üyesi Nihat Özaydın
(Üye)



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - İSTANBUL
SAĞLIĞIN ÖZELİŞİTİLMESİ BİREME
21/03/2019 09:48 - 16867222 - 604.01.01 - F.1307



Sayı : 16867222-604.01.01
Konu : Dilek EMNİYETLİ'nin Tez Çalışması

OKAN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne)
(Avni Dilligil Sok. No: 18 34394 Mccidiyeköy/İstanbul)

İlgi : a) 06/12/2018 tarihli ve 71211201-770 sayılı yazınız.
b) 15/03/2019 tarihli ve 79341859-799-6933 sayılı yazısı.

İlgi a) sayılı yazınız ile Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik yüksek lisans programı öğrencisi Dilek EMNİYETLİ'nin "Kanser Tanısı ile İzlenen Çocukların Ebeveynlerinin Algıladıkları Stres Düzeyi ile Kronik Hastalık Yönetimleri Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi" konulu tez çalışmasını, Şişli Hamidiye Etfal EAH'ında yapma talebi Müdürlüğümüze iletilmiştir.

Söz konusu araştırma hastancının ilgi b) sayılı yazısına istinaden Müdürlüğümüzce onaylanmış olup, konunun çalışmada adı geçen öğrencinize tebliği hususunda;

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

SELMİN GÖRECEK
Sağlık Bakanlığı Müdürlüğü
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Müdür Yardımcısı

YEREL ELEKTRONİK İMZALI
ASLI İLE AYNI DİR
21.03.2019

e-İmzalıdır.
Op. Dr. Kemal TEKEŞİN
Müdür a.
Başkan

Seyitnizam mahallesi Mevlana Caddesi No: 85 34015 Zeytinburnu/İstanbul

Telefon: Faks No: 0 212 638 33 99

e-Posta:selmin.nazligul@saglik.gov.tr İnt.Adresi:
selmin.nazligul@beyoglubirluk.gov.tr

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden b9e14f2a-2312-4ec0-be54-4647e2e2e0dc kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için: Selmin NAZİLGÜL

TIBBİ SEKRETER

Telefon No: 0 212 638 33 99

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı:	Dilek	Soyadı:	EMNİYETLİ
Doğum Yeri	Eminönü	Doğum Tarihi	25.08.1988
Uyruğu:	T.C.	Tel:	
E-mail:	dilekemniyetli@gmail.com		

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurum	Mezuniyet Yılı
Yüksek Lisans	Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı	2019
Lisans	Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	2011

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (Yıl-Yıl)
Hemşire	İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Kamu Hastaneleri Birimi	2019 - Halen
Hemşire	Şişli Hamidiye Etfal E.A.H. Çocuk Yoğun Bakım Ünitesi	2011-2019

Yabancı	Okuduğunu	Konuşma *	Yazma *	KPDS / ÜDS /	(Diğer) Puanı
İngilizce	Orta	Orta	Orta		