

**T.C.
İSTANBUL OKAN ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

**KEMİK İLİĞİ TRANSPLANTASYONU YAPILAN
ÇOCUKLARIN ANNELERİNİN ALGILADIKLARI EŞ
DESTEĞİ VE STRES DÜZEYLERİ ARASINDAKİ
İLİŞKİNİN BELİRLENMESİ**



Sevtap EKİNCİ



YÜKSEK LİSANS TEZİ HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Doç. Dr. Gülzade UYSAL

İSTANBUL, Kasım 2021

**T.C.
İSTANBUL OKAN ÜNİVERSİTESİ LİSANSÜSTÜ
EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

**KEMİK İLİĞİ TRANSPLANTASYONU YAPILAN
ÇOCUKLARIN ANNELERİNİN ALGILADIKLARI EŞ
DESTEĞİ VE STRES DÜZEYLERİ ARASINDAKİ
İLİŞKİNİN BELİRLENMESİ**

Sevtap EKİNCİ 194003099

**YÜKSEK LİSANS TEZİ HEMŞİRELİK ANABİLİM
DALI**

**DANIŞMAN
Doç. Dr. Gülzade UYSAL**

İSTANBUL, Kasım 2021

ÖZET

KEMİK İLİĞİ TRANSPLANTASYONU YAPILAN ÇOCUKLARIN ANNELERİNİN ALGILADIKLARI EŞ DESTEĞİ VE STRES DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN BELİRLENMESİ

Araştırma, kemik iliği transplantasyonu sonrası izlenen çocukların ebeveynlerinin stres düzeyleri ve eş destek algılarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini Mart-Eylül 2020 tarihleri arasında çalışmanın yürütüldüğü hastaneye başvuran 150 ebeveyn oluşturmuştur. Araştırma verileri; veri toplama formu, Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ) ve Eş Destek Ölçeği (EDÖ) ile elde edilmiştir. Veriler SPSS 22.0 programında uygun istatistiksel yöntemler kullanılarak değerlendirilmiştir.

Çocukların %59,3'ü erkek olup, %34'ü 7-11 yaş aralığındadır. %42,7'sinin lösemi tanısı ile izlendiği, %93,3'üne kemoterapi uygulandığı belirlendi. Çocukların %27,3'üne daha önce Kemik İliği Transplantasyonu (KİT) uygulanmış ve %30,7'sinin KİT sonrası komplikasyon yaşadığı belirlendi. Annelerin %52'si 36 yaş ve üzerinde, %40'ı lise mezunu olup %76,7'sinin çalışmadığı belirlendi. Annelerin %76'sının tek çocuğu olduğu, %79,3'ünün çekirdek aile yapısında ve %34'ünün 6-10 yıldır evli olduğu saptandı. Annelerin %37,3'ünün akraba evliliği olduğu, %65,3'ünün il merkezinde yaşadığı, %80,7'sinin gelirinin giderine eşit olduğu saptandı. Annelerin %22'sinin kronik bir hastalığının olduğu, %20,7'sinin diğer aile üyelerinde kronik hastalık olduğu belirlendi. Annelerin Eş Desteği Ölçeği puan ortalamaları $49,053 \pm 8,198$ olarak bulundu. Annelerin algıladıkları eş desteği düzeyinin %22,2'lik kısmının; anne öğrenim ve çalışma durum, başka çocuk olma, çocuk sayısı, yaşanılan yer, sosyoekonomik durum, aile yapısı, akraba evliliği, sosyal güvence varlığı, kronik hastalık olma, diğer aile üyesinde kronik hastalık olma değişkenleri ile açıklanabileceği görülmektedir. Annelerin ASÖ “Algılanan Stres” alt boyutu puan ortalaması $11,967 \pm 3,042$, “Algılanan Baş Etme” alt boyutu puan ortalaması $7,493 \pm 1,621$ ve “Algılanan Stres Ölçeği” toplam puan ortalaması ise $19,460 \pm 3,181$ olarak belirlendi. Annelerin stres düzeyinin %26,8'lik kısmının; KİT sonrası komplikasyon yaşama ve KİT yapılma sayısının fazla olması ile açıklanabileceği görülmektedir.

Annelerin algıladıkları eş desteği arttıkça algıladıkları stresin halen arttığı ve eş desteğinin stresle baş etmeyi olumlu etkilediğı belirlemiştir.

Anahtar kelimeler: Çocukluk çağı kanseri, Kemik İliğı Transplantasyonu, Anne, Sosyal destek, Stres



ABSTRACT

DETERMINATION OF THE RELATIONSHIP BETWEEN THE PERCEPTIONS OF SPOUSAL SUPPORT AND THE STRESS LEVELS OF THE MOTHERS OF CHILDREN WITH BONE MARROW TRANSPLANTATION

The research was conducted as a descriptive study to determine the stress levels and spousal support perceptions of the parents of the children followed up after bone marrow transplantation. The sample of the study consisted of 150 parents who applied to the hospital where the study was conducted between March and September 2020. Research data, Data collection form was obtained with Perceived Stress Scale and Spousal Support Scale. The data were evaluated using the appropriate statistical methods in the SPSS 22.0 program.

59.3% of the children are boys, and 34% are between the ages of 7-11. It was determined that 42.7% of them were followed up with a diagnosis of leukemia, and 93.3% of them were treated with chemotherapy. It was determined that 27.3% of the children had previously applied BIT and 30.7% had complications after BIT. It was determined that 52% of the mothers were 36 years old and over, 40% of them were high school graduates and 76.7% of them were not working. It was determined that 76% of the mothers had only one child, 79.3% of them were in nuclear family structure and 34% of them had been married for 6-10 years. It was determined that 37.3% of the mothers were consanguineous, 65.3% lived in the city center, and 80.7% of them had income equal to their expenses. It was determined that 22% of the mothers had a chronic disease, and 20.7% of them had a chronic disease in other family members. The mean score of the Mothers' Spousal Support Scale was found to be $49,053 \pm 8,198$. 22.2% of the perceived spousal support level of mothers; It is seen that it can be explained by the variables of mother's education and working status, having another child, number of children, place of residence, socioeconomic status, family structure, consanguineous marriage, presence of social security, having a chronic disease, and having a chronic disease in another family member. The mothers' PSS "Perceived Stress" sub-dimension mean score was $11,967 \pm 3,042$, the "Perceived Coping" sub-dimension mean score was $7.493 \pm 1,621$ and the "Perceived Stress Scale" total score average was $19,460 \pm 3.181$. 26.8% of mothers' stress level; It seems that it can be explained by experiencing complications after BIT and the high number of BITs performed.

It was determined that as the perceived spousal support of the mothers increased, the perceived stress still increased and that spousal support had a positive effect on coping with stress.

Key words: Childhood cancer, Bone Marrow Transplantation, Mother, Spousal support, Stress

ÖNSÖZ

Bu araştırma,kemik iliği transplantasyonu yapılan çocukların annelerinin algıladıkları eş desteği ve stres düzeylerini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Lisansüstü Eğitim sürecim ve tez çalışmalarım boyunca desteğini esirgemeyen,insani ve ahlaki değerleri örnek edindiğim, tecrübelerinden yararlanırken göstermiş olduğu hoşgörü ve sabırdan dolayı çok değerli danışmanım **Doç. Dr. Gülzade UYSAL**'a,

Okul hayatım ve tez çalışmam boyunca manevi desteğini esirgemeyen, beraber yaşamaktan büyük keyif aldığım sevgili eşim **Kemal Ekinci**'ye,

Bugünlere gelmemde büyük pay sahibi olan çalışmam boyunca maddi manevi destekleriyle beni hiçbir zaman yalnız bırakmayan **aileme** sonsuz teşekkür ederim.

BEYAN

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

Sevtap ÇELEBİ



İÇİNDEKİLER

SAYFA NO

ÖZET	iv
ABSTRACT	v
ÖNSÖZ	vi
İÇİNDEKİLER	viii
TABLolar LİSTESİ	x
SİMGELER/ KISALTMALAR DİZİNİ	xi
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Kemik İliği Transplantasyonuna İlişkin Kuramsal Bilgiler	3
2.1.1. Kemik İliği	3
2.1.2. Kök hücre	3
2.1.3. Kök hücre türleri	4
2.1.4. Kemik İliği Transplantasyonu (KİT)	5
2.1.5. Çocuklarda Kemik İliği Transplantasyonu	6
2.2. Eş Desteğine İlişkin Kuramsal Bilgiler	7
2.2.1. Algılanan Eş Desteği	8
2.2.2. Çocuklarda Sağlık Sorunları ve Eş Desteği	9
2.3. Stres ile İlgili Kuramsal Bilgiler	9
2.4. KİT Sonrası İzlenen Çocuk ve Ailelerine Yönelik Hemşirelik Yaklaşımına İlişkin Genel Bilgiler	10
2.4.1. Çocuk üzerine etkileri	10
2.4.2. KİT sürecinin ebeveynler üzerine etkisi	11
2.4.3. KİT Uygulanan Çocuk ve Ailelerine Yönelik Hemşirelik Yaklaşımı	12

3. GEREÇ VE YÖNTEM	14
3.1. Araştırmanın Tipi	14
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	14
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	14
3.4. Veri Toplama Araçları	15
3.4.1. Veri Toplama Formu	15
3.4.2. Eş Desteği Ölçeği (EDÖ)	15
3.4.3. Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ)	15
3.5. Veri Toplama Aracının Ön Uygulaması	16
3.6. Verilerin Toplanması	16
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi	16
3.8. Araştırmanın Etik Yönü	16
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları	17
4.BULGULAR	18
5.TARTIŞMA	36
SONUÇ VE ÖNERİLER	47
6.1. Sonuçlar	47
6.2. Öneriler	49
KAYNAKLAR	50
EKLER	63
Ek 1- VERİ TOPLAMA FORMU	63
EK-2. EŞ DESTEĞİ ÖLÇEĞİ (EDÖ)	64
EK-3. ALGILANAN STRES ÖLÇEĞİ (ASÖ)	65
EK-4 EBEVEYN BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU	66
Ek 5- İSTANBUL ACIBADEM ALTUNİZADE HASTANESİ ETİK İZİNİ	67

TABLOLAR LİSTESİ

SAYFA NO

Tablo 1. Çocukların Sosyodemografik ve Tedaviye İlişkin Özellikler Dağılımı	18
Tablo 2. Anne ve Aileye İlişkin Bazı Tanıtıcı Bilgilerin Dağılımı	20
Tablo 3. Annelerin Eş Desteği Ölçeği ve ASÖ Puan Ortalamaları	22
Tablo 4. Annelerin EDÖ Puan Ortalamalarının Çocukların Sosyodemografik ve Tedaviye İlişkin Bazı Özellikleri ile Karşılaştırılması	23
Tablo 5. EDÖ Puan Ortalamalarının Anneye ve Aileye İlişkin Bazı Tanıtıcı Özellikler ile Karşılaştırılması	24
Tablo 6. Annelerin ASÖ ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Çocukların Sosyodemografik ve Tedaviye İlişkin Bazı Özellikleri ile Karşılaştırılması	27
Tablo 7. Algılanan Stres Ölçeği ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Anneye ve Aileye İlişkin Bazı Tanıtıcı Özellikler ile Karşılaştırılması	29
Tablo 8. Annelerin Eş Desteği Puan Ortalamalarının Algıladıkları Stres ve Alt Boyut Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki	33
Tablo 9. Annelerin Eş Desteğinin Düzeyleri Yordayan Algıladıkları Stres ve Baş Etme Alt Boyut Puanların İlişkin Regresyon Analizi	34
Tablo 10. Annelerin Eş Desteği Düzeylerini Yordayan Değişkenlere İlişkin Çoklu Regresyon Analizi	35
Tablo 11. Annelerin Algıladıkları Stres Düzeylerini Yordayan Değişkenlere İlişkin Çoklu Regresyon Analizi	35

SİMGELER/ KISALTMALAR DİZİNİ

ALL	: Akut Lenfoblastik Lösemi
AML	: Akut Myeloblastik Lösemi
ASÖ	: Algılanan Stres Ölçeği
ALD	: Adrenolökodistrofi
ÇBASDÖ	: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği
EDÖ	: Eş Desteği Ölçeği
GVHD	: Graft-versus-Host Hastalığı
HLH	: Hemofagositik Lenfositosis
KİT	: Kemik İliği Transplantasyonu
LAD	: Lökosit Adezyon Defekti
MDS	: Miyelodisplastik Sendrom
MFS	: Miller-Fisher sendromu
MPS6	: Maroteaux-Lamy Sendromu
MLD	: Metakromatik lökodistrofi
N	: Örneklem Sayısı
SCID	: Severe Combined Immunodeficiency /Ağır Kombine İmmün Yetmezlik
Ss	: Standart Sapma
VOD	: Veno Okluzif Disease
$\bar{x}$	: Ortalama
%	: Yüzde

1. GİRİŞ

Kemik İliği Transplantasyonu (KİT) kemik iliğinden alınan kök hücrelerin nakledilmesidir. Kemik iliği yetmezliklerinde, bazı kan hastalıklarında ve birçok kanser çeşidinde uygulanmaktadır.Çocuklarda KİT uygulamaları onkoloji ve onkoloji dışı vakalarda hayat kurtarıcı olabilmektedir (1,2).KİT çocukluk çağında birçok malign hastalık tedavisinde kullanılan bir tedavi yöntemidir. Günümüzde nakil için, kordon kanı ve periferik kandan da kök hücre temini söz konusudur fakat genellikle kök hücre kaynağı olarak kemik iliği kullanıldığından kök hücre transplantasyonu denince akıllara kemik iliği transplantasyonu gelmektedir (3,4).

Çocuklarda kemik iliği transplantasyonu söz konusu olduğunda, ebeveynler bir taraftan yaşadıkları travma ile baş etmeye çalışırken, diğer taraftan çocuğa destek olma ve bakımını sürdürme sorumluluğu ile meşgul olmaktadır. Bu süreçte anne/babanın ve çocuğun yaşamış oldukları güçlükleri paylaşmak için sosyal desteğe ihtiyaçları vardır. Sosyal desteğin sadece hasta için değil aileleri içinde gerekli olduğunu vurgulayan çalışmalara bakıldığında; kayıp yaşayan ailelerde (5) ve kanserli çocukların ebeveynlerinde (6-8) sosyal desteğin, psikolojik sağlığı etkileyen önemli bir faktör olduğunun vurgulandığı dikkat çekmektedir.

Sosyal anlamda desteğin stres belirtilerine karşı bireyleri koruma ve baş etmede önemli olduğu birçok çalışmada vurgulanmıştır (10-12). Dolayısıyla ebeveynlerin psikolojik açıdan ayakta olmasının hasta çocuğun bakımında olumlu etkisi yadsınamaz(11-13).Kişi sosyal anlamda ihtiyacı olan desteği ailesinden ve eşinden de sağlayabilir (14-17). Eşlerin yaşamında birbirlerinden aldıkları destek, diğer sosyal destek kaynaklarından daha etkilidir (18,19).

Yeterli eş desteği, eşlerin stres düzeylerini kontrol edebilmelerinde kolaylaştırıcı olabilir. Eş desteğine ilişkin çalışmalar incelendiğinde tek ebeveynin hasta çocuğunun bakımını üstlendiği durumlarda daha fazla stres yaşandığı görülmüştür. Buna karşın, eşin duygusal desteğinin, stres düzeyini azalttığını bildiren birçok çalışma vardır (12,15,18,21).

Wang ve arkadaşlarının (2017) yaptıkları çalışmada ebeveynler için, çocuklarına uygulanan lomber ponksiyon ve kemik iliği aspirasyonu uygulamasının en stres verici girişimler olduğu belirtilmiştir (22).Transplantasyona neden olan hastalıkla birlikte

hayatında yeni bir dönem başlayan çocuk ve aile birçok ciddi tedavi yöntemi ile karşı karşıya kalmaktadır. Kemik iliği transplantasyonu gibi tedaviler çocukla birlikte diğer aile fertlerinin de yaşam kalitesini etkiler. Bu durum ise dolaylı olarak tedavinin sürecinde etki edebilir (23,24).

Çocukla ve ebeveynle fazlaca zaman geçiren, böylelikle de onları gözlemleyip, analiz etme ve tanıma fırsatı bulan hemşire de bu ekibin üyelerindendir (25-28). Bu anlamda tedavinin getirdiği sorunları öngörmek ve çözümllemek de primer bakım verici olarak çocuk hemşiresinin sorumlulukları arasındadır (29).

Bu araştırma kemik iliği transplantasyonu olan çocukların ebeveynlerinin algıladıkları eş desteği ile stres düzeyi arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla gerçekleştirilmiştir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kemik İliği Transplantasyonuna İlişkin Kuramsal Bilgiler

2.1.1. Kemik İliği

Ömür boyunca periyodik olarak kan hücrelerinin üretildiği kemik iliği, kemiklerin içerisinde bulunan spongiotik yapıda bir yağ dokudur. Kemik iliği bazı kaynaklarda kırmızı ve sarı ilik olmak üzere ikiye ayrılmıştır. Eritrositler, lökositler ve trombositler kırmızı kemik hücreleri olarak da ifade edilen miyeloid ilikte üretilmektedir. Bazı lökosit türlerinin üretildiği sarı ilikler daha fazla yağ hücresi içerdiğinden renkleri sarıya yakındır (30).

Donörlerin kemik iliğinden kök hücre elde edebilmek için krista iliaka superior posterior veya anteriorundan özel aspirasyon yöntemleri kemik iliği alınmaktadır. Buradan elde edilen kemik iliğinin travenöz olarak hastaya transfer edilir. Donörden alınması gereken kemik iliği miktarı, vücuttaki kemik iliği toplamının yalnızca 1/5'ini oluşturduğundan, transferin donör için hematolojik açıdan sorun oluşturmadığı bildirilmiştir (31,32).

2.1.2. Kök hücre

Kök hücreler yenilenebilme ve farklı hücrelere dönüşebilme yetisine sahip hücrelerdir. (30,33). Gerekli durumlarda olgunlaşıp, gelişip, dönüşmelerine rağmen canlı organizmadayken sayıları sabit kalır. Totipotent hücre vücutta tüm hücrelere dönüşme yeteneği olan ilk hücreye denir. İlk aşamada, fertilizasyonun ilk haftasında içi boşluklu blastosistini oluştururlar. Devam eden süreçte bu hücre yapısı farklı hücre türlerine dönüşmeye başlar. Gelişimi takip eden aşamalarda bunlar sadece bulundukları dokunun hücre tipini üreten erişkin tip hücrelere dönüşürler. Kemik iliği kök hücreleri buna en güzel örnektir (34-36). Bu özelleşmiş hücreler, farklılaşma kabiliyeti olan, hasarlı dokuları onarabilen, kendini yenileme kapasitesine sahip ve kan hücrelerinin bütün farklı tiplerini üretebilen hücrelerdir (36-38).

Kök hücre kaynakları, bazı çalışmalarda insan kemik iliği, periferik kan ve kordon kanı olarak aktarılmıştır. Uygulamada hangi kaynaktan elde edilirse edilsin her yöntemin kendi içinde çeşitli avantajları ve dezavantajları vardır. Bu nedenle yapılan çalışmalar bir kaynağa diğerinden daha iyi demeyi uygun görmemiştir (32,36,39,40).

Periferik kanın aferez yöntemi: Bu yöntemle daha yüksek sayıda kök hücre elde edilebilir.. Uygun ajanlar kullanılarak, kemik iliğinde ki olgun nötrofillerden, proteolitik enzimlerin salınımı sağlanır, bu enzimler olgunlaşmamış hematopoetik kök hücrelerin, kemik iliğine tutulmasına engel olur, böylece hematopoetik kök hücreler kana çıkar. Bu hücreleri toplamak için amacıyla donöre damar yolu açılarak aferez yöntemi ile beyaz kan hücresi içeren mononükleer hücre ayıklanarak, kalan kırmızı kan hücresi tekrar donöre verilir (38,39).

Kordon Kanı: Kordon kanında hematopoetik kök hücre fazla bulunur. Fakat kordon kanı miktar olarak çok fazla olmadığı için yetişkin hastalar için yeterli olmayabilir. Kemik iliği ve periferik kana kıyaslandığında daha az elde edilebilmesi nedeniyle vücut ağırlığı 40-45 kg'a kadar olan erişkin ve çocuklarda kullanılması mümkündür(36,41,42).

İnsan Kemik İliği: Hematopoetik kök hücrelerin kaynağı olan kemik iliğindeki yüz bin hücreden yaklaşık bir tanesi kanı oluşturan kök hücredir. Kalan kısım ise, stromal hücreler, kan progenitör hücreler, olgunlaşmakta olan ya da olgun kırmızı ve beyaz kan hücrelerinden oluşur(38).

2.1.3. Kök hücre türleri

Kök hücreler birçok çalışmada embriyonik ve embriyonik olmayan kök hücreler başlığı altında incelenmiştir (30,43,44).

Embriyonik kök hücreler; hematopoetik öncül hücrelere dönüşebilmektedir. Devamlı çoğalabilme ve değişebilme özelliğine sahip olmaları nedeniyle embriyonik kök hücreleri vücudun herhangi bir bölgesindeki hücrelerin yenilenmesini sağlayabilirler. Bu hücrelerin tıpkı kanser hücreleri gibi bölünme yeteneğine sahip olmalarına karşın karyotip yapıları normaldir. Erişkin kök hücreleri, mezenkimal kök hücreleri ve hematopoetik kök hücreleri embriyonik olmayan kök hücreleridir(30,44,45).

Embriyonik olmayan kök hücreler; yapılan çalışmalar Erişkin kök hücre olarak adlandırılan hücre grubuna, erişkinde akciğer, böbrek, beyin, deri, gastrointestinal sistem, göz, kemik iliği, kalp, karaciğer, meme, over, pankreas, prostat ve testis gibi organlarda rastlandığını bildirmiştir (30,45). Hematopoetik kök hücreleri kemik iliğinde yer almaktadır. Kan hücrelerini oluşturan hematopoetik kök hücreler, kemik iliğinde bulunur arteriyel ve venöz damar sistemlerine farklılaşabilirler. Mezenkimal kök hücreleri ise kas, kıkırdak, kemik ve yağ dokularına dönüşebilen özelliktedir (30,46).

Mezenkimal kök hücreleri; yıkıcı sinir hastalıklarının tedavisi, kemik dokusunun onarılması, osteoporozun engellenmesi, kıkırdak dokusunun onarımı, kalp kası hücrelerinin yenilenmesi, doğuştan kalıtsal hastalıkların tedavisi ve kemik iliği transplantasyonu gibi çeşitli klinik uygulamalarda kullanılma potansiyeline sahiptir (47).

2.1.4. Kemik İliği Transplantasyonu (KİT)

Kemik İliği Transplantasyonu uygulaması 1937 yılında ise parazit enfeksiyonlarının tedavisi için kas içine uygulanarak denenmiş ve başarılı sonuçlara ulaşıldığı aktarılmıştır. Ardından 1939 yılında IV yolla uygulanmıştır. 1950'li yıllarda yapılan hayvan deneyleri Kemik İliği Transplantasyonunun kan yapımındaki yerini doğrulamış ve transfer edilebileceğini ispat etmiştir. 1961 yılında aplastik anemide ilk başarılı sonuçlar aktarılmış ve KİT 1960'lı yıllarda anemi ve lösemide iyi sonuçlar vermiştir(1).

Kemik iliğinin işlevini tam olarak yapamadığı durumlarda, bazı kan hastalıklarında ve kanserlerde kemik iliği transplantasyonu uygulanabilmektedir. Çocuklarda kemik iliği transplantasyonu çocukluk çağı kanserlerinin yanında geniş bir hastalık grubunu da ilgilendirmektedir. Bazı kaynaklarda uygulanış şekline göre Allojenik ve Otolog KİT uygulamaları olarak iki başlık altında sınıflandırılmıştır (1,48).Kemik iliği transplantasyonu bazı kaynaklarda da donör kaynağına göre; allojenik, otolog ve sinjeneik nakiller olarak üç farklı şekilde ele alınmıştır (30,49).

Allojenik KİT uygulaması onkolojik açıdan; Lösemiler, Lenfomalar, Ailevi Hemofagositik Lenfositosis (FEL) ve Solid Tümörler için uygulanır. Onkolojik olmayan durumlarda da İmmün yetmezlik sendromları, lizozomal hastalıklar gibi konjenital hastalıklar ve aplastik anemiler, myelofibrosis gibi edinsel hastalıklarda uygulanmaktadır. Lösemiler, lenfomalar, solid tümörlerin onkolojik tedavisinde Otolog KİT de uygulanabilmektedir. Allojenik KİT uygulamasında doku grubu uyumlu, sağlıklı donörden (anestezi altında, Crista iliaca'dan) elde edilen hemopoetik hücreler, uygun hazırlık rejimleri sonucu damar yolu ile hastaya nakledilmek suretiyle yapılır. Kan grubu uyumsuzluğu sorun teşkil etmez. Otolog KİT uygulamasında hastanın kendi kemik iliğinden veya periferinden alınan hemopoetik hücreleri uygun hazırlama rejiminin ardından damar yoluyla hastaya nakledilir. Kordon kanı nakli uygulamasında ise doğum sırasında plasentadan alınan hemopoetik hücreler kullanılmaktadır (1,4). Maalesef söz konusu yöntemlerin hayat kalitesini etkileyebilen zorlu yan etkileri olduğu birçok çalışmada vurgulanmıştır (3,12,50).

Son yıllarda kemik iliği transplantasyonuna ilişkin önemli ilerlemeler kaydedilmiştir. Nakilde başarılı sonuçlar elde edilebilmesi donör ve alıcının doku uyumu ile de yakından ilişkilidir. Bu nedenle KİT uygulamasına en uygun vericinin tespit edilmesi için doku grubu tayini zaruridir. Bu noktada doku grubu uygun olan kardeşler uygun vericidirler (33).

Hematopoetik kök hücre transplantasyonu çocukluk çağında birçok malign hastalık tedavisinde kullanılan bir tedavi yöntemidir. Genellikle kök hücre kaynağı olarak kemik iliği kullanıldığından kök hücre transplantasyonu denince akıllara kemik iliği transplantasyonu gelmektedir. Fakat günümüzde nakil için, kordon kanı ve periferik kandan da kök hücre temini söz konusudur (3,4,12).

2.1.5. Çocuklarda Kemik İliği Transplantasyonu

Kemik iliğinden kök hücre nakli çocuklarda geniş bir hastalık grubunun tedavisinde uygulanmaktadır. Fakat endikasyonlar bazı farklılıklar gösterebilmektedir. Örneğin akut lösemnin kemoterapi yöntemi ile tedavi olasılığı çocuklarda daha fazla olduğundan bu noktada nakil oranı azalmaktadır. Öte yandan kanser dışı hastalıklar ise önemli oranda nakil yapılmaktadır. Akraba evliliklerine bağlı kalıtsal hastalıkların önemli bir bölümü için en uygun tedavi yöntemi kök hücre naklidir. Hurler sendromu, talasemi, fanconi anemisi, osteopetrosis ve adrenolökodistrofi gibi nedenlerle ülkemizde nakil gerçekleştirilmektedir. Mangurian ve arkadaşlarının (2018) kemik iliği nakli üzerine yaptıkları çalışmaya göre ABD’de senelik yaklaşık olarak 2.600 çocuğa kemik iliği nakli yapıldığı bildirilmektedir (51). Türk Hematoloji Derneği (2019) tarafından düzenlenen ulusal bir kongrede de ülkemizde 700 kadar çocuğa nakil uygulaması yapıldığı bildirilmiş, ülkemizin nüfusa göre en çok nakil yapan ülkeler arasında olduğu da vurgulanmıştır (52).

Pacman ve arkadaşları (2010) nakil sürecinde çocukların kaygı bozuklukları ve iletişim sorunları yaşadıkları, hospitalizasyonun uzun sürmesi nedeniyle çökkünlük, içe kapanma, örselenme ve davranış sorunları ile karşılaştıklarını belirtmiştir. Dolaylı olarak ebeveynlerinde de endişe artabilecektir (53).

2.2. Eş Desteğine İlişkin Kuramsal Bilgiler

Eş desteği, eşlerin birbirlerinden sağlamış olduğu sosyal destek olarak tanımlanmakta olup, aile içi huzuru belirleyen temel bir kavramdır (54,55). Eş desteği algısı yüksek bireylerde daha düşük stres, depresyon vb. olumsuz duygular bildirilmektedir. Bu bağlamda eş desteği olumsuz duyguların kontrol edilebilirliğini arttırmakta olup daha az algılanmasını sağlamaktadır (18,21).

Kişi sosyal anlamda ihtiyacı olan desteği sosyal aktivitelerden ve profesyonellerden alabileceği gibi arkadaşlarından, ailesinden ve eşinden de sağlayabilir (14,15). Aile, arkadaş ve yakın çevrenin desteği psikolojik sorunların çözümünde önemli yer tutar. Bakıma ihtiyacı olan bir aile üyesinin bakımının sorumluluğu başlı başına bir stres kaynağıdır. Diğer bir deyişle, bakım verenlerin de hastalar kadar sosyal desteğe ihtiyacı olabilmektedir. Sosyal destek, belki stres kaynağını ortadan kaldırmaz ama bireylerin kaygı düzeylerini azaltarak başa çıkmaya yardımcı olduğunu ve çaresizlik duygusundan kurtarabildiğini gösteren çok sayıda çalışma bulunmaktadır (12,15,20,56).

Eşlerin yaşamında birbirlerinden aldıkları destek, diğer sosyal destek kaynaklarından daha etkili olabilir. Çünkü zor ve stresli durumlarda sosyal ağdaki kişilerden aynı stresi deneyimleme olasılığı en yüksek olan eşlerdir. Bu noktada evliliklerde, sosyal destek boyutlarından eş desteğinin önemine işaret eden çalışmalar da vardır (18,19). Eşlerden birinin stres yaşadığı durumlarda diğerinin ona destek olabilmek için gerekli enerjiye sahip olması önemli bir husustur. Ancak iki eş birden önemli bir stresle karşı karşıya kaldığı zaman destekleyici etkileşimlerin azalabileceğini göz önünde bulundurmak gerekir.

Yaşanan kayıplar, ekonomik gerilemeler ve hastalıklar karşısında eşlerin birbirine destek olması beklenir. Eşler bu tür zorlukları birlikte karşıladıklarında problemler karşısında daha dirençli bir duruş sergilerler. Daha da önemlisi sadece ebeveyn olmanın bile diğer stres kaynaklarından bağımsız olarak, eşler arasındaki ilişkiyi etkilediği vurgulanmaktadır. Kronik hastalığı olan çocuğa sahip olmak çoğu zaman eşleri birbirine yakınlaştırmaktadır (19). Ancak evli çiftlerin çocuk sahibi olmasının bile eşlerin zaman ve enerjilerinin büyük ölçüde tüketebileceğini, hatta eşlerin beraber geçireceği zamanı ve etkileşimi azaltabileceği de bilinmektedir. Ebeveynlik sürecinin her iki eşi etkileyen önemli bir stres kaynağı olmasının yanında bazı durumlar karşısında daha az eş desteği

algılandığını aktaran çalışmalar da mevcuttur(57,58). Dolayısıyla ebeveynliğe geçiş esnasında eş desteğinin yansımaları farklı olabilmektedir.

2.2.1. Algılanan Eş Desteği

Sosyal destek ebeveynlerin, çocuğun hastalığının getirdiği fiziksel ve psikososyal durumlara uyum sağlamasını ve bununla baş etmelerini kolaylaştırır (59,60). Sosyal desteğin alt başlıklarına bakıldığında bireyin yaşamında eş tarafından sağlanan desteğin diğer destek kaynaklarından daha etkili olabileceği savunulmaktadır. Ayrıca sosyal anlamda aile dışındaki kişilere göre, eşlerin aynı stresi deneyimleme olasılığının yüksek olması beklenen bir sonuç olup bu nedenle bireyler evliliklerinde, başka sosyal destek boyutlarından çok evlilik doyumunu destekleyen eş desteğini merkeze almaktadırlar (18,19,59).

Kişinin çevresinde alabileceği en yakın sosyal destek ise eş desteğidir. Ebeveynler kronik bir sağlık sorunu olan çocuğun bakımı için birbirlerinden yardım beklemektedirler (61). Özellikle bakım konusunda babaya göre daha çok sorumluluk yüklenen anneler için babanın yardımı yani eş desteği önemlidir (59).

Alınan Eş Desteği ve Algılanan Eş Desteği gibi iki farklı tanımlama vardır. “Alınan eş desteği” evlilik ilişkilerinde eşten alınan destek davranışlarının sayısı ya da kalitesi olarak tanımlanabilir. “Algılanan eş desteği” ise sağlanan desteğin yeterliğinin eşler tarafından algılanması durumudur. Hatta bazen eşlerin destekleyici davranışları, desteği alan eş tarafından yetersiz algılanabilmektedir (18).

Zamanında sunulan eş desteğinin ilişkilerin kalitesini çeşitli açılardan olumlu etkileyebileceği bildirilmiştir. Yoğun duygusal yakınlıkların çiftler arasındaki bağı güçlendirici bir etkisinin olduğu da kaliteyi artırıcı sebeplerden bir tanesidir. Bu güven ve bağlanma hissinin, problemlerle karşı karşıya kalındığında çiftlerin rahatlamasını sağlayabilir. Eşler zorlu zamanları beraber karşılayabildikleri ve yalnız hissetmedikleri sürece problemlere karşı daha dirençli olabilirler. Eş desteği hem evlilik ilişkisinde katkı sağladığı hem de yeterli algılandığında; eşlerin stresi kontrol etmesine ve daha az hissetmesine neden olduğu bazı çalışmalarda vurgulanmaktadır (18,19,21).

2.2.2. Çocuklarda Sağlık Sorunları ve Eş Desteği

Çocuklarının yaşadığı sağlık durumlarının eşlerde yarattığı olumsuz psikolojik etkileri inceleyen çalışmalar vardır. Çocuğun sağlık durumu ile ebeveynlerin stresi arasında ilişkiyi inceleyen Weiss ve arkadaşları (2012) otizmlili çocukların davranış problemlerinin ebeveynde yarattığı stresin kabul puanına etkisini irdelemiştir (62). Öte yandan Lloyd ve Hastings (2008) özel gereksinimli çocukların durumunun annelerde stres, kaygı ve depresyona etkisini incelemiştir (63). Jones ve arkadaşları (2014) davranış problemlerinin otizmlili çocukların ebeveynlerinde stres ve psikolojik kabulü arasındaki ilişkileri incelemiştir (64). İşsizlik, mali sıkıntılar gibi sosyal problemlerin yanında çocuk yetiştirme ve sağlıksız aile yapısı gibi sorunların arttığı ülkemizde eş desteğine ilişkin çalışmaların eksik olduğu görülmektedir.

Eş desteğine ilişkin çalışmalar incelendiğinde tek ebeveynin hasta çocuğunun bakımını üstlendiği durumlarda daha fazla stres yaşandığı görülmüştür. Buna karşın, eşin duygusal desteğinin, büyük yaşam streslerinin olumsuz etkilerini hafifletmekte olduğu bildirilmiştir. Eş desteğinin ailelerin ruh sağlığını sürdürmelerinde önemli rol oynadığını bildiren birden çok çalışma vardır (12,15,19,20,65).

2.3. Stres ile İlgili Kuramsal Bilgiler

İlk olarak 1920' li yıllarda sağlık alanında kullanan endokrinolog Hans Selye stresin vücuttaki aşınma oranını ifade ettiğini vurguladığı ve çevreye uyum sürecinde yaşanan fizyolojik tepkiler olarak tanımladığı aktarılmıştır. Tehdit karşısında savunma mekanizmaları yorgun düştüğünde ve kuvveti tükendiğinde stres hissedilmektedir. Bu tanımlamanın ardından stres, psikolojide sıkça adından söz ettirmiştir (66).

Stres kavramına yönelik tanımlamalara bakıldığında dört temel kuram çerçevesinde ele alınabilir;

- İlk kuram, Cannon ve Selye' nin biyolojik kuramıdır ki, kontrol dışında gerçekleşen zorlayıcı bir olay karşısında organizmanın gösterdiği tepki olarak ifade edilir.

- İkinci öğrenme kuramcılarının stresi sadece bir uyaran olarak görmektedir. Bilişsel yaklaşımda ise, strese neden olan uyaran ile bireyin değerlendirmelerinin etkileşimi olarak ele alınır.
- Sonuncusu ise her sistemin dengesi olduğunu ve denge bozulduğunda stres yaşandığını ileri süren kuram olan sistem yaklaşımıdır (15,66).

İnsanların yaşamış oldukları sarsıcı olayların, en belirgin stres kaynakları olduğu bilinmektedir. Yakınlarını aniden kaybetmek ya da beklenmedik bir zamanda hastalandıklarına şahit olmak gibi alışılması güç travmatik olaylar bu stres kaynaklarından bazıları olabilir. Atkinson ve arkadaşlarına göre (1996), olayları denetleme olasılığının düşük olduğu durumların daha stres verici olarak algılanabileceği aktarılmıştır. Aynı şekilde olayı değiştirmede bir etkisinin olmayacağını hissetmek de stresi artırmaktadır (12, 15,33).

Ateş (2017), Lieberman'ın (1982) açıklamış olduğu, sosyal desteğin strese olumlu etkisini şu şekilde aktarmıştır (67). Sosyal destek;

- Stres verici yaşam olaylarını engeller.
- Olumsuzların algılanış şeklini evirerek stres etkisini düşürür.
- Başa çıkma mekanizmalarını kuvvetlendirir.
- Stres verici etkiyi azaltarak sağlığı olumlu etkiler.
- Stresin benlik saygısı ve kendine güven üzerindeki olumsuz etkisini yok eder.

2.4. KİT Sonrası İzlenen Çocuk ve Ailelerine Yönelik Hemşirelik Yaklaşımına İlişkin Genel Bilgiler

2.4.1. Çocuk üzerine etkileri

Çocuk hastalığını ve hasta olma durumunu kavramakta güçlük çekebilmektedir. Bununla birlikte, özellikle yaşı artması ile birlikte çocuğun hastalıkların sonuçlarını kavrayabileceği de bilinmektedir. Hastane ortamı ve ailesinden ayrı kalma çocuk için yaptığı kötü bir davranışa karşılık ceza olarak algılanabilir. Aileden ayrı kalma ve hastane

ortamına ek olarak yalnız bırakılma korkusu, hastalığa bağlı beden yapısının bozulması da çocukta ciddi derecede kaygıya yol açabilmektedir (4,68-70).

Hastanede yatan çocuklarokula gidememelerine bağlı yaşadıkları zorluklar ve tedavinin komplikasyonlar sebebiyle yaşatlarından kabul görmeme korkusu da dahil birçok farklı duygu yaşamaktadır. Çocuklar bu huzursuzluk ve çaresizlik gibi hislerden kurtulmak için var olan durumu inkâr etme gibi baş etme yöntemlerine de başvurabilir (4,69).

2.4.2. KİT sürecinine beveyner üzerine etkisi

Bazı hastalıklar yalnızca hastayı değil, aile üyelerinin de psikolojik sağlığını etkileyen sağlık sorunlarıdır. Çocuklarının hastalık sürecini daha yakından gözlemleyen ebeveynler; rol değişiklikleri, tedavi kaynaklı ekonomik sorunlar ve hastanın bakımı gibi durumlarla baş etmek zorundadır. Tüm bunlar başlı başına bir stres kaynağı sayılabilir. Zorlu tedavi süreçleri, hasta çocuk ve ebeveyni çeşitli sebeplerle (zorlu tedavi süreçleri ve ölüm riskine bağlı psikiyatrik rahatsızlıklar vb.) yıpratmaktadır. Bu acı deneyimin ebeveynler üzerindeki olumsuz etkilerini vurgulayan birçok çalışma vardır (12,23,69,71). Kanser hastası çocuk ve ebeveynlerinin stres ve travma sonrası stres bozukluğu yaşadıkları bilinmektedir (7,8,72).

Ebeveynler çocuklarının tedavi yönetiminde aktif rol almak isteseler bile ağırlı süreci yönetme konusunda zayıflardır. Wang ve arkadaşları (2017) çalışmasında ebeveynlerin karşılaştıkları en stres verici hususlardan birinin çocuklarına uygulanan lomber ponksiyon ve kemik iliği aspirasyonları olduğunu bildirmiştir. Ayrıca eğitim seviyelerine bakılmaksızın tüm ebeveynlerin, çocuklarının ağırlı sürecini; kaygı, özlem, çaresizlik ve güçsüzlük gibi tanımlarla ifade ettiğini aktarmıştır (22).

Çocuklarında genetik ya da kronik hastalığı olan bireylerin karşılaştıkları fiziksel, ekonomik ve psikolojik sorunlar nedeniyle stres yaşayabilirler (73).Çocukluk dönemi kanserleri ve KİT tedavisi gibi önemli süreçleri aile içinde de önemli stres kaynakları olabilir. Buna konuyla ilgili ebeveynlerin psikolojik sıkıntılarının değerlendirildiği çalışmalarher geçen gün artış göstermektedir (6-8,74-76).

Çocuğun yaşadığı ağır tedaviler, tedavi aşamasında yaşanabilecek zorluklar ve her şeyden de önemlisi ölüm riski ve korkusu, ailenin çocuğuyla ilgili endişelerinden birkaçı olarak sayılabilir. Ebeveynde anksiyete, uyku bozukluğu ve depresyon gibi problemlerin yanında sosyal açıdan izolasyon, eşler arasında cinsel problemler, iş hayatında yaşanan sorunlar ve alkol problemlerine de yol açabildiği bildirilmiştir (23,77).

KİT tedavisi sürecinde çocuklarının ölümcül bir hastalıkla mücadele ediyor olması nedeniyle birilerini suçlama eğilimine girebilirler. Bunun etkisinde kalarak bazen kendilerini, bazen de başkalarını suçlu görebilirler. Çocuklarına KİT uygulanması sırasında ebeveynlerinin yaşadığı psikososyal sorunlar hastalık yönetim sürecine de etki edebilir. Bu durum da dolaylı olarak tedavinin sürecine etki edebilir (23,78).

2.4.3. KİT uygulanan çocuk ve ailelerine yönelik hemşirelik yaklaşımı

Transplantasyona neden olan hastalıkla birlikte hayatında yeni bir dönem başlayan çocuk ve aile birçok ciddi tedavi yöntemi ile karşı karşıya kalmaktadır. Kemik iliği transplantasyonu gibi tedaviler çocukla birlikte diğer aile fertlerinin de yaşam kalitesini etkilemektedir (24).

KİT sürecinde fiziksel, duygusal, ekonomik ve sosyal sıkıntıların atlatılmasında uygun baş etme yöntemlerinin stratejilerinin ebeveynleri tedavi sürecinde meydana gelebilecek psikopatolojik etkilerden uzun dönemde de olsa koruyabileceğini aktaran çalışmalar vardır (23,79).

KİT uygulaması ve sonrasındaki süreçte çocuk ve ebeveynin ciddi anlamda yardıma ihtiyacı olmaktadır. Kanserle ihtiyaç duyulan bu yardımı da ancak multidisiplinel bir ekip karşılayabilir. Çocuk ve ebeveyni ile fazla zaman geçiren, böylelikle onları gözlemleyip, analiz etme ve tanıma fırsatı bulan hemşire de bu ekibin önemli üyelerindendir (25-28). Bu anlamda tedavinin getirdiği sorunları öngörmek ve çözümlmek de hemşirenin sorumlulukları arasında olmalıdır (29). Çocuğun ve ebeveynin merak ettiği konuların başında hastalık, tedavi yöntemleri, hastalık ve tedavi sürecinde uyulması gereken kurallar gelmektedir (25-28). Hemşire çocuk ve ebeveynin bu soru işaretlerini gidererek stresini azaltarak hastalığa adaptasyonlarını artırabilir (80).

Hemşire tedavinin yan etkilerine yönelik önlemler olarak, çocukların sağlıklarını geliştirmeye yönelik girişimler planlamak, bunları uygulamaya koymakla da görevlidir. Hemşireler hastayla yeterince vakit geçirdikleri için hastanın psikolojik ve davranışsal değişikliklerini fark edebilir, böylece ileri değerlendirme veya tedavi için gerekli yönlendirmeyi sağlayabilirler.

KİT gibi tedavi süreçleri hastanın fiziksel fonksiyonlarını etkilediği için genellikle fiziksel bakıma odaklanılmaktadır. Bu noktada bazen çocuğun ve ebeveynlerin kaygısı göz ardı edilebilmektedir. Fakat bazı çalışmalarda kapsamlı bakımında, sağlık görevlilerinin hastaya bütüncül bakmalarının gerekliliği vurgulanmaktadır. Kanseri tanısı ile izlenenlerde olduğu gibi KİT sonrasında yönelik bakım sürecinde de; hastaların problemlerinin tanımlanması, ihtiyaca yönelik bakım planlama yapılması, psikososyal sağlık servisleri ile ilişkilendirilmesi, öz-denetimleri için destek sağlanması, hasta takibinin yapılması ve ek olarak nabız, solunum, tansiyon, ateş ve ağrı takibinin de sağlanması gerekebilir (81,82).

KİT uygulaması yapılan birimlerde çalışan hemşirelerin hasta ve hasta ailelerine destek olabilmek için kendilerini güncellemesi tedaviye özel yaklaşımları takip etmesi gerekmektedir. Ailenin deneyimleri, destek kaynakları gözden geçirilmeli, olumsuzluklar ortaya çıkarılarak problem çözme yöntemleri konusunda yol gösterilmelidir. KİT sonrası takip edilen çocuk ve ebeveynlerine yönelik hemşirelik uygulamalarındaki amaç, ailelerin hastalıkla baş etmelerinde ve hayatlarında tekrar anlam bulmalarında onlara yardımcı olmak olmalıdır (69,83).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma kemik iliği transplantasyonu yapılan çocukların annelerinin algıladıkları eş desteği ve stres düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma İstanbul Acıbadem Altunizade Hastanesi, Kemik İliği Transplantasyon Ünitesinde Mart- Eylül 2020 tarihleri arasında yapılmıştır.

Kemik İliği Transplantasyon Ünitesi 13 yatak kapasitelidir. Serviste 24 hemşire, 5 doktor, 6 bakım personeli çalışmaktadır. Hasta odaları tek kişiliktir. Her odada buzdolabı, televizyon ve banyo bulunmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, İstanbul Acıbadem Altunizade Hastanesi, Kemik İliği Transplantasyon Ünitesinde son bir yılda KİTgerçekleştirilen çocuğu olan 253 anne oluşturmuştur.

Araştırma örnekleminin belirlenmesinde evrendeki birey sayısı bilindiğinde kullanılan formülden yararlanılmıştır (84). Bu formüle göre örneklem büyüklüğü 108 olarak hesaplanmıştır.

$$n = N \cdot t^2 \cdot p \cdot q / d^2 \cdot (N-1) + t^2 p q \quad n = 253 \cdot (1,96)^2 \cdot (0,5) \cdot (0,5) / (0,05)^2 \cdot (300-1) + (1,96)^2 \cdot (0,5) \cdot (0,5) = 108$$

n: Örneklem alınacak birey sayısı

t: Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosunda bulunan teorik değer ($\alpha = 0.05$ için teorik t değeri 1.96 olarak alınmıştır) p: İncelenen olayın görülüş sıklığı (olasılığı) (0,50 olarak alınmıştır) q: İncelenen olayın görülmeyiş sıklığı (1-p) (1-0,50= 0,50 olarak alınmıştır) d: Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen $\pm$ sapma (0,05 olarak alınmıştır) Araştırmanın örneklemini iletişimi engelleyecek sağlık

sorunu olmayan, çocukları kemik iliği transplantasyonu olmuş ve çalışmaya katılmayı kabul eden istekli **150 ebeveyn** oluşturmuştur.

3.4. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veriler araştırmacı tarafından hazırlanan “Veri Toplama Formu”, “Eş Destek Ölçeği (EDÖ)” ve “Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ)” kullanarak toplanmıştır

3.4.1. Veri Toplama Formu

Veri Toplama Formu çocuğa ve aileye ilişkin sosyodemografik özellikleri içerir ve literatürden yararlanılarak hazırlanmış 20 sorudan oluşmuştur (Ek-1). Soru formunun içeriği, soruların işlevliliği ve anlaşılabilirliği açısından iki öğretim üyesinin görüş ve önerileri doğrultusunda veri toplama formunda düzenlemeler yapılmıştır.

3.4.2. Eş Desteği Ölçeği (EDÖ)

Algılanan eş destek düzeyini belirlemek üzere Yıldırım (2004) tarafından geliştirilmiştir (Ek-2). Eş Destek Ölçeği’nde 27 soru vardır ve cevaplama 1-3 arasında değişen likert tipi ölçektir. Ölçekten en yüksek 81, en düşük puan ise 27 puan alınmaktadır. Yüksek puanlar eş desteği düzeyinin yüksek olarak algılandığını göstermektedir. Eş Destek Ölçeği’nin Cronbach Alfa katsayısı 0.95 olarak belirlenmiştir (55). Bu araştırmada ölçeğin Cronbach alfa değeri 0,868 olarak bulunmuştur.

3.4.3. Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ)

Cohen, Kamarck ve Mermelste (1983) tarafından geliştirilen ölçeğin Türkçe’ye uyarlanması Bilge ve ark. (2009) tarafından yapılmıştır (Ek-3). Algılanan Stres Ölçeği bireylerin kendi kendine yanıtlayabilecekleri, uygulanışı kolay, 5’lü likert tipi (0=hiç, 1=nadir, 2=bazen, 3=sık, 4=çok sık) bir ölçektir. Toplam 8 maddeden oluşan ölçeğin iki alt boyutu vardır. Bunlar “Algılanan stres” (1, 2, 3, 7, 8. maddeler) ve “Algılanan baş etme” (4, 5, 6. maddeler) dir. Ölçeğin üç maddesi ters (4., 5., 6. maddeler), beş maddesi düz ifadelidir (1., 2., 3., 7., 8. maddeler). Ölçekten toplam 0-32 arasında puan alınmaktadır. Ölçek hem toplam puan hem de alt ölçek puanları üzerinden değerlendirilmektedir. Toplam puanın yüksek olması algılanan stres düzeyinin yüksek olması anlamındadır. “Algılanan stres” alt boyut puanı arttıkça stres puanının arttığı, “Algılanan baş etme” alt boyut puan ortalaması arttıkça ise baş etme algısının düştüğü anlamına gelmektedir (85).

Bu araştırmada ölçeğin Cronbach alfa değeri 0,701, Algılanan stres alt boyutu için 0,767 ve Algılanan baş etme boyutu için 0,526 olarak bulunmuştur.

3.5. Veri Toplama Aracının n Uygulaması

Soru formunun işlerliğini değerlendirmek amacıyla İstanbul ili İstanbul Acıbadem Altunizade Hastanesi, Kemik İliği Transplantasyon Ünitesine başvuran on anne ile n uygulama yapılmıştır. n uygulama sonucunda veri toplama formunda bir soruya ek bir seçenek eklenmiş ve soru formuna son şekli verilmiştir. n uygulama yapılan anneler araştırma dışında bırakılmıştır.

3.6. Verilerin Toplanması

Veri toplama araçları araştırmacı tarafından KİT sonrası izlenen çocukların anneleriyle yüz yüze görüşme yöntemi ile doldurulmuş olup uygulama süresi yaklaşık on dakika kadar srmştur. Araştırma tamamen gönüllülük esaslarına dayalı yrtlmştur.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışma sonucunda elde edilen veriler SPSS 21.0 paket programına aktarılıp uygun istatistiksel yöntemlerle değerlendirilmiştir. Verilere ilişkin frekans ve yüzdesel dağılımlar verilmiştir. Kategorik düzeyde ölçülmüş değişkenler arasındaki ilişki Ki-Kare testi ile değerlendirilmiştir. Verilerin normal dağılım gösterip göstermediği KolmogorovSmirnov testi ile incelenmiş olup iki grup karşılaştırmalarında independent t-testi, ikiden fazla grup karşılaştırmalarında ise One Way Anova testi kullanılmıştır. Değişkenler arasındaki ilişkiler 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.

3.8. Araştırmanın Etik Yönü

Veri toplama öncesinde Acıbadem Üniversitesi Etik Kurulu'ndan Etik KurulOnayı ve İstanbul ili İstanbul Acıbadem Altunizade Hastanesi'nden araştırma izni (Ek-5) alınmıştır. Araştırmaya katılan annelere araştırmanın amacı ve içeriği hakkında bilgi verildikten sonra yazılı onamları (Ek-4) alınmıştır.

Araştırma süresince Helsinki Deklerasyonuna sadık kalınmıştır. Araştırmanın amacı ve elde edilen sonuçların hangi amaçlarla kullanılacağı ebeveynlere açıklandıktan sonra onayları sözlü ve yazılı onamları alınmıştır.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

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



4. BULGULAR

Bu bölümde, araştırma kapsamına alınan çocukların ve annelerinin tanıtıcı özellikleri, tedaviye ilişkin özellikleri ve bu değişkenlerin Eş Desteği Ölçeği ile Algılanan Stres Ölçeğine etkisine ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

Tablo 1. Çocukların Sosyodemografik ve Tedaviye İlişkin Bazı Özellikleri Dağılımı (n:150)

	n	%
Yaş		
1-3 yaş	30	20,0
4-6 yaş	35	23,3
7-11 yaş	51	34,0
12-17 yaş	34	22,7
Cinsiyet		
Kız	61	40,7
Erkek	89	59,3
Tanı		
Lösemi	64	42,7
Anemi	25	16,7
Ağır Kombine İmmun Yetmezlik (SCID)	21	14,0
Nöroblastom	13	8,7
Diğer*	27	18,0
Tanıdan beri geçen süre		
1 yıldan az	82	54,7
2 yıldan fazla	32	21,3
	36	24,0
Uygulanan tedavi yöntemleri		
Kemoterapi	140	93,3
Radyoterapi	8	5,3
İmmunoterapi	2	1,3
Daha önce KİT yapılma durumu		
Yapıldı	41	27,3
Yapılmadı	109	72,7
KİT yapılma sayısı (n:41)		
1 kez	36	87,8
2 kez	5	12,2
KİT uygulaması sonrası geçen süre/gün		
İlk gün	29	19,3
1-30 gün arası	52	34,7
31 gün ve üzeri	69	46,0
KİT sonrası komplikasyon yaşama durumu		
Evet	46	30,7
Hayır	104	69,3
Yaşanan komplikasyonlar (n:46)		

Graft-Versus-Host Hastalığı (GVHD)	15	32,6
Veno Okluziv Hastalık (VOH) Diğer**	22	47,8
	9	19,6

*(Diğer: ALD, Eving Sarkoma, HLH, LAD, Lenfoma, MDS, Medullablastom, MFS, MLD, MPS6, Woldman) ALL ve AML, Lösemi; Talesemi ve Aplastik anemi ise anemi grubuna dahil edilmiştir.

**Cilt Soyulması, Diyare, Hematüri, Melena, Özofajit, Yürüyememe

Araştırmaya katılan çocukların sosyodemografik ve tedaviye ilişkin bazı özellikler Tablo 1’de incelenmiştir. Çocukların %40,7’si kız, %59,3’ü erkektir.

Çocukların %20’si 1-3 yaş aralığında, %23,3’ü 4-6 yaş aralığında, %34’ü 7-11 yaş aralığında, %22,7’si 12-17 yaş aralığındadır. Araştırmaya katılan çocukların %42,7’sinin lösemi, %16,7’sinin anemi, %14’ünün SCID, %8,7’sinin Nöroblastom tanısı ile izlendiği saptanmıştır. Araştırmaya katılan çocukların %93,3’üne kemoterapi, %5,3’üne radyoterapi ve %1,3’üne immumoterapi uygulanmıştır. Çocukların %27,3’üne daha önce KİT uygulanmış olduğu, %72’7sine ise daha önce KİT uygulanmadığı belirlenmiştir.

Daha önce KİT yapılmış olan (n:41) çocuklardan %87,8’ine 1 kez, %12,2’sine ise 2 kez KİT uygulanmıştır. Çocuklardan %19,3’ünün KİT uygulamasının ilk günü iken %34’ünün KİT uygulamasından 1-30 gün arası süre geçmiş olduğu ve %46 gibi bir çoğunluğun ise uygulamanın üzerinden bir aydan çok zaman geçmiş olduğu görülmüştür. Çocukların %30,7’lik bir bölümü KİT sonrası komplikasyon yaşamış, %69,3’ü komplikasyon yaşamamıştır. Komplikasyon yaşayanlardan (n:46) %32,6’sı GVHD, %47,8’i VOD yaşamış, %19,6’sı ise diğer (cilt soyulması, diyare, hematüri, melena, özofajit, yürüyememe gibi) komplikasyonlarla karşı karşıya kalmıştır (Tablo 1).

Tablo 2. Anne ve Aileye İlişkin Bazı Tanıtıcı Bilgilerin Dağılımı (n:150)

	n	%
Anne yaşı		
22-35 yaş	72	48,0
36 yaş ve üzeri	78	52,0
Anne öğrenim durumu		
İlk/ortaokul mezunu	54	36,0
Lise mezunu	60	40,0
Üniversite mezunu^	36	24,0
Anne çalışma durumu		
Çalışıyor	15	10,0
Çalışmıyor	115	76,7
Ara verdi	20	13,3
Başka çocuk olma durumu		
Var	114 36	76,0
Yok		24,0
Ailedeki çocuk sayısı		
Tek çocuk	36	24,0
2 çocuk	51	34,0
3 çocuk ve üzeri	63	42,0
Aile yapısı		
Çekirdek aile^^	119 31	79,3
Geniş aile		20,7
Evlilik yılı		
1-5 yıl	18	12,0
6-10 yıl	51	34,0
11-15 yıl	32	21,3
16 yıl ve üzeri	49	32,7
Akraba evliliği olma durumu		
Evet	56	37,3
Hayır	94	62,7
Yaşanılan yer		
İl	98	65,3
Kasaba	25	16,7
Köy	27	18,0
Sosyo ekonomik durumu		
Gelir giderden az	15	10
Gelir gidere eşit	121	80,7
Gelir giderden fazla	14	9,3
Sosyal güvence varlığı		
Var	137 13	91,3 8,7
Yok		
Annede kronik hastalık olma durumu		
Var	33	22,0
Yok	117	78,0
Kronik hastalık tipi (n:33)*		

Hipertansiyon	14	40,0
DiyabetesMellitus	12	34,3
Kanser	3	8,6
Astım	2	5,7
KOAH	2	5,7
Kalp hastalığı	2	5,7
Diğer aile üyelerinde kronik hastalık olma durumu		
Var	31	20,7
Yok	119	79,3

*Birden fazla yanıt verilmiştir. t= Independent t test; F= Varyans analizi ANOVA; $p < 0,05$ *

^lisansüstü mezuniyeti olan iki anne üniversite mezunu grubuna dahil edilmiştir. ^Parçalanmış aile (n:2) çekirdek aileye dahil edilerek analiz edilmiştir.

Araştırmaya katılan anne ve aileye ilişkin bazı tanıtıcı özellikler Tablo 2’de incelenmiştir. Annelerin %48’i 22-35 yaş aralığında, %52’si ise 36 yaş ve üzeridir. Araştırmaya katılan annelerin %36’sının ilk/ortaokul mezunu, %40’ının lise mezunu, %24’ünün ise Üniversite mezunu olduğu bulunmuştur. Araştırmaya katılan annelerin %10’unun bir işte çalıştığı, %76,7’sinin çalışmadığı ve %13,3’ünün çalışmaya ara vermiş olduğu görülmüştür. Katılımcıların %76’sının araştırmaya konu çocuk dışında başka çocuğunun da olduğu, %24’ünün ise başka çocuğunun olmadığı bulunmuştur. %24’ünün KİT tedavisi görmekte olan çocuğu dışında bir çocuğunun daha olduğu, %34’ünün 2 çocuğu, %42’sinin ise KİT tedavisi görmekte olan çocuğu dışında 3 ve daha fazla çocuğunun olduğu bildirilmiştir. Katılımcıların %79,3’ünün çekirdek aile, %20,7’sinin ise geniş aile yapısında olduğu görülmüştür.

Annelerin %12’sinin evlilik yılının 1-5 yıl arası, %34’ünün 6-10 yıl arası, %21,3’ünün 11-15 yıl ve %32,7’sinin ise 16 yıl ve üzerinde olduğu görülmüştür. Katılımcıların %37,3’ünün akraba evliliği, %62,7’sinin ise akraba evliliği olmadığı bulunmuştur. %65,3’ünün yaşadığı yer il, %16,7’sinin kasaba, %18’nin ise köy olduğu bulunmuştur. Ailelerin %10’unun geliri giderden az, %80,7’sinin geliri gidere eşit, %9,3’ünün ise gelirinin giderinden fazla olduğu bulunmuştur. %91,3’ünün sosyal güvencesi varken %8,7’sinin sosyal güvencesinin olmadığı sonucuna varılmıştır. Annelerin %22’sinin kronik bir hastalığının olduğu, %78’inin kronik bir hastalığının olmadığı görülmüştür. Kronik hastalığı olanlardan (n:33) %40’ının Hipertansiyon, %34,3’ünün Diabetis Mellitus, %8,6’sının Kanser, %5,7’sinin Astım, %5,7 KOAH, %5,7’sinin Kalp hastalığı olduğu görülmüştür. %20,7’sinin diğer aile üyelerinde kronik hastalık olduğu, %79,3’ünde diğer aile üyelerinde kronik bir hastalık ise olmadığı bulunmuştur (Tablo 2).

Tablo 3. Annelerin Eş Desteği Ölçeği ve Algıladıkları Stres Ölçeği Puan Ortalamaları

Ölçekler ve Alt Boyutları	Ort	Ss	Min.	Maks.
Eş desteği Ölçeği	49,053	8,198	30	70
Algılanan Stres Ölçeği	19,460	3,181	11	29
<i>Algılanan Stres</i>	11,967	3,042	6	19
<i>Algılanan Baş Etme</i>	7,493	1,621	3	12

Eş Desteği Ölçeği ve Algılanan Stres Ölçeği ile alt boyut puan ortalamaları Tablo 3’de verilmiştir. Eş Desteği Ölçeği puan ortalaması $49,053 \pm 8,198$ (min-maks:30-70).

Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ) “Algılanan Stres” alt boyutu puan ortalaması $11,967 \pm 3,042$ (min-maks:6-19), “Algılanan Baş Etme” alt boyutu puan ortalaması $7,493 \pm 1,621$ (min-maks: 3-12) ve “Algılanan Stres Ölçeği” toplam puan ortalaması ise $19,460 \pm 3,181$ (min-maks: 11-29) olarak belirlenmiştir(Tablo 3).

Tablo 4. Annelerin Eş Desteği Ölçeği Puan Ortalamalarının Çocukların Sosyodemografik ve Tedaviye İlişkin Bazı Özellikleri ile Karşılaştırılması (n:150)

Değişkenler	EDÖ Ortalama $\pm$ ss
Yaş	
1-3 yaş	48,200 $\pm$ 8,104
4-6 yaş	50,114 $\pm$ 8,788
7-11 yaş	47,745 $\pm$ 7,738
12-17 yaş	50,677 $\pm$ 8,260
F/p	1,185/ 0,317
Cinsiyet	
Kız	49,180 $\pm$ 7,667
Erkek	48,966 $\pm$ 8,584
t/p	0,157/0,876
Tanı	
Lösemi	48,200 $\pm$ 7,802
Anemi	49,520 $\pm$ 7,805
SCID	50,048 $\pm$ 7,997
Nöroblastom	46,615 $\pm$ 8,732
Diğer*	51,333 $\pm$ 8,748
F/p	0,856/0,492
Tanıdan beri geçen süre	

1	yıldan az 1-2 yıl	49,342±8,270
2	yıldan fazla	48,813±7,664
		48,611±8,679
F/p		0,115/0,891
Daha önce KİT yapılma durumu		
Yapıldı		49,342±7,598
Yapılmadı		48,945±8,444
t/p		0,263/0,793
KİT yapılma sayısı (n:41)		
1 kez		48,944±7,687
2 kez		52,200±6,979
t/p		-0,896/0,376
KİT uygulaması sonrası geçen süre/gün		
İlk gün		47,931±6,959
1-30 gün arası		49,538±8,033
31 gün ve üzeri		49,159±8,842
F/p		0,365/0,695
KİT sonrası komplikasyon yaşama durumu		
Evet		48,500±9,718
Hayır		49,298±7,468
t/p		-0,548/0,584

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

Annelerin Eş Desteği Ölçeği (EDÖ) puan ortalamalarının çocukların sosyo demografik ve tedaviye ilişkin bazı özelliklerine göre dağılımı Tablo 4’de incelenmiştir. Çocukların yaş, cinsiyet, tanı, tanı koyulmasının üzerinden geçen süre, daha önce KİT yapılma durumu, KİT yapılma sayısı, KİT uygulamasının üzerinden geçen süre ve KİT sonrası komplikasyon yaşama durumu ile EDÖ toplam puan ortalamalarının arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0,05$) (Tablo 4).

Tablo 5. Eş Desteği Ölçeği Puan Ortalamalarının Anneye ve Aileye İlişkin Bazı Tanıtıcı Özellikler ile Karşılaştırılması (n:150)

Değişkenler	EDÖ Ortalama ±ss	Fark
Anne yaşı		
22-35 yaş	48,903±8,072	
36 yaş ve üzeri	49,192±8,362	
t/p	-0,215/0,830	
Anne öğrenim durumu		
İlk/ortaokul mezunu ¹	51,444±9,139	
Lise mezunu ²	49,100±6,762	
Üniversite mezunu ³	45,389±7,740	
F/p	6,315/0,002*	1>3
Anne çalışma durumu		

Çalışıyor ¹	46,933±8,293	
Çalışmıyor ²	50,078±8,220	
Ara verdi ³	44,750±6,439	
F/p	4,342/0,015*	2>3
Başka çocuk olma durumu		
Var Yok	49,807±8,440	
	46,667±6,957	
t/p	2,024/0,045*	
Ailedeki çocuk sayısı		
Tek çocuk	46,778±7,263	
2 çocuk	47,000±7,194	
3 çocuk ve üzeri	52,016±8,637	
F/p	7,743/0,001*	3>2,1
Aile yapısı		
Çekirdek aile	47,975±7,631	
Geniş aile	53,552±9,058	
t/p	-3,405/0,001*	
Evlilik yılı		
1-5 yıl	48,833±8,068	
6-10 yıl	47,804±7,920	
11-15 yıl	49,875±9,665	
16 yıl ve üzeri	49,898±7,553	
F/p	0,675/0,569	
Akraba evliliği olma durumu		
Evet	51,929±7,729	
Hayır	47,340±8,025	
t/p	3,433/0,001*	
Yaşanılan yer		
İl ¹	47,408±7,982	
Kasaba ²	49,400±6,151	
Köy ³	54,704±8,310	
F/p	9,352/0,001*	3>2,1
Sosyo ekonomik durumu		
Gelir giderden az ¹	56,533±9,133	
Gelir gidere eşit ²	48,479±7,511	
Gelir giderden fazla ³	46,000±9,055	
F/p	8,242/0,001*	1>2,3
Sosyal güvence varlığı		
Var Yok	48,314±7,719	
	56,846±9,335	
t/p	-3,739/0,001*	
Annede kronik hastalık olma durumu		
Var Yok	53,242±8,653	
	47,872±7,699	
t/p	3,443/0,001*	
Diğer aile üyelerinde kronik hastalık olma durumu		

Var Yok	51,710±8,564 48,361±7,992	
t/p	2,047/0,042*	

F: OneWayAnova Test, t: IndependentT test, $p < 0,05$

Annelerin Eş Desteği Ölçeği (EDÖ) puan ortalamalarının anne ve aileye ilişkin bazı tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı Tablo 5’de incelenmiştir. *Anne yaşı ve evlilik yılı* ile EDÖ toplam puan ortalamalarının arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0,05$) (Tablo 5).

EDÖ toplam puanları ile *anne öğrenim durumları* arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($p < 0,05$). Anlamlılığın nedenine bakıldığında; İlk/Ortaokul mezunu annelerin EDÖ toplam puan ortalamalarının üniversite ve üzeri mezuniyette olanlara göre yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 5). EDÖ toplam puanları ile araştırmaya katılan *annelerin çalışma durumları* arasındaki ilişki incelendiğinde aralarında anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$). Anlamlılığın nedenine bakıldığında; çalışmayan annelerin EDÖ toplam puan ortalamalarının çalışmaya ara veren annelere göre daha yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 5).

EDÖ toplam puanları ile *başka çocuğu olma durumları* arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($p < 0,05$). Başka çocuğu olanların EDÖ toplam puan ortalamalarının başka çocuğu olmayanlara göre yüksek olduğu bulunmuştur. EDÖ toplam puanları ile araştırmaya katılanların *ailelerindeki çocuk sayısı* arasındaki ilişki incelendiğinde aralarında anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$). Anlamlılığın nedenine bakıldığında; 3 ve daha fazla çocuğu olanların EDÖ toplam puan ortalamalarının tek çocuğu ve 2 çocuğu olanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 5).

Araştırmaya katılanların *aile yapıları* ile EDÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur ($p < 0,05$). Anlamlılığın; geniş aile yapısında olanların EDÖ toplam puan ortalamalarının çekirdek aile yapısında olanlara göre daha yüksek olmasından kaynaklandığı saptanmıştır (Tablo 5).

EDÖ toplam puanları ile araştırmaya katılanların *akraba evliliği olma durumu* arasındaki ilişki incelendiğinde aralarında anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır

($p<0,05$). Anlamlılığın nedenine bakıldığında; akraba evliliği olanların EDÖ toplam puan ortalamalarının akraba evliliği olmayanlara göre daha yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 5).

Araştırmaya katılanların *yaşadıkları yer* ile EDÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Anlamlılığın; köyde yaşayanların EDÖ toplam puan ortalamalarının il ve kasaba merkezinde yaşayanlara oranla daha yüksek olmasından kaynaklandığı saptanmıştır (Tablo 5).

Ayrıca *sosyo ekonomik durum* ile EDÖ toplam puanları arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu sonucuna varılmıştır ($p<0,05$). Anlamlılığın nedeninin; geliri giderden az olanların EDÖ toplam puan ortalamalarının geliri gidere eşit ve geliri giderden fazla olanlara oranla daha yüksek olmasından kaynaklandığı görülmüştür (Tablo 5).

EDÖ toplam puanları ile araştırmaya katılanların *sosyal güvence durumu* arasındaki ilişki incelendiğinde aralarında anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Anlamlılığın nedenine bakıldığında; sosyal güvencesi olmayanların EDÖ toplam puan ortalamalarının sosyal güvencesi olanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 5).

Araştırmaya katılan *annelerin kronik hastalıkları olma durumu* ile EDÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Anlamlılığın nedenine bakıldığında; kronik hastalığı olan annelerin EDÖ toplam puan ortalamalarının olmayanlara oranla daha yüksek olmasından kaynaklandığı saptanmıştır (Tablo 5).

EDÖ toplam puanları ile *diğer aile üyelerinde kronik hastalık olma durumu* arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($p<0,05$). Anlamlılığın nedenine bakıldığında; diğer aile üyelerinde kronik hastalık olanların EDÖ toplam puan ortalamalarının olmayanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 5).

Tablo 6. Annelerin Algıladıkları Stres Ölçeği ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının

Çocukların Sosyodemografik ve Tedaviye İlişkin Bazı Özellikleri ile Karşılaştırılması (n:150)

	Algılanan stres alt boyutu	Algılanan baş etme alt boyutu	Algılanan stres toplam
Değişkenler	Ortalama $\pm$ ss	Ortalama $\pm$ ss	Ortalama $\pm$ ss
Yaş			
1-3 yaş	11,567 $\pm$ 3,461	7,767 $\pm$ 1,357	19,333 $\pm$ 3,209
4-6 yaş	12,114 $\pm$ 2,998	7,657 $\pm$ 1,830	19,771 $\pm$ 2,777
7-11 yaş	11,725 $\pm$ 2,899	7,451 $\pm$ 1,724	19,176 $\pm$ 3,593
12-17 yaş	12,529 $\pm$ 2,946	7,147 $\pm$ 1,438	19,677 $\pm$ 2,972
F/p	0,691/0,559	0,931/0,427	0,311/0,817
Cinsiyet			
Kız Erkek	11,721 $\pm$ 3,126 12,135 $\pm$ 2,989	7,541 $\pm$ 1,577 7,461 $\pm$ 1,658	19,262 $\pm$ 2,738 19,596 $\pm$ 3,460
t/p	-0,817/0,415	0,297/0,767	-0,629/0,530
Tanı			
Lösemi	11,578 $\pm$ 2,991	7,656 $\pm$ 1,616	19,234 $\pm$ 3,445
Anemi	11,040 $\pm$ 2,458	7,200 $\pm$ 1,848	18,240 $\pm$ 2,962
SCID	12,619 $\pm$ 3,612	7,333 $\pm$ 1,317	19,952 $\pm$ 2,958
Nöroblastom	12,230 $\pm$ 3,244	7,846 $\pm$ 1,951	20,077 $\pm$ 3,303
Diğer*	13,111 $\pm$ 2,819	7,333 $\pm$ 1,494	20,444 $\pm$ 3,105
F/p	2,125/0,081	0,631/0,641	1,943/0,106
Tanıdan beri geçen süre			
1 yıldaz az 1-2 yıl	12,073 $\pm$ 3,078	7,561 $\pm$ 1,603	19,634 $\pm$ 3,109
2 yıldan fazla	11,969 $\pm$ 3,116 11,722 $\pm$ 2,963	7,688 $\pm$ 1,615 7,166 $\pm$ 1,665	19,656 $\pm$ 3,488 18,888 $\pm$ 3,078
F/p	0,165/0,848	1,032/0,359	0,762/0,469
Daha önce KİT yapılma durumu			
Yapıldı	11,634 $\pm$ 2,799	7,122 $\pm$ 1,735	18,756 $\pm$ 3,300
Yapılmadı	12,092 $\pm$ 3,132	7,633 $\pm$ 1,561	19,725 $\pm$ 3,109
t/p	-0,820/0,413	-1,733/0,085	-1,672/0,097
KİT yapılma sayısı (n:41)			
1 kez	11,944 $\pm$ 2,848	7,194 $\pm$ 1,770	19,139 $\pm$ 3,288
2 kez	9,400 $\pm$ 0,548	6,600 $\pm$ 1,517	16,000 $\pm$ 1,871
t/p	4,764/0,001*	0,714/0,480	2,074/0,045*
KİT uygulaması sonrası geçen süre/gün			
İlk gün	11,276 $\pm$ 2,852	7,586 $\pm$ 1,323	18,862 $\pm$ 2,587
1-30 gün arası	12,558 $\pm$ 3,256	7,385 $\pm$ 1,705	19,942 $\pm$ 3,363
31 gün ve üzeri	11,812 $\pm$ 2,912	7,536 $\pm$ 1,685	19,348 $\pm$ 3,253
F/p	1,839/0,163	0,187/0,830	1,156/0,318
KİT sonrası komplikasyon yaşama durumu			
Evet	12,630 $\pm$ 3,408	7,935 $\pm$ 1,731	20,565 $\pm$ 3,880
Hayır	11,673 $\pm$ 2,833	7,298 $\pm$ 1,538	18,971 $\pm$ 2,696
t/p	1,667/0,100	2,248/0,026*	2,530/0,014*

F: OneWay Anova Test, t: Independent t test, $p < 0,05$

Annelerin Algıladıkları Stres Ölçeği (ASÖ) ve alt boyut puan ortalamalarının çocukların sosyodemografik ve tedaviye ilişkin bazı özelliklerine göre dağılımı Tablo 6’da sunulmuştur.

Çocukların *yaş, cinsiyet, tanı, tanıdan beri geçen süre, daha önce KİT yapılma durumu ve KİT uygulamasından beri geçen süre* ile annelerin ASÖ ölçeği alt boyutları ve ölçeğin toplam puan ortalamalarının arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 6).

ASÖ ve alt boyut puanları ile *KİT yapılma sayısı* arasındaki ilişki incelendiğinde; “Algılanan Baş Etme” alt boyut puanları ile arasında anlamlı bir farklılık görülmemiştir ($p>0,05$). “Algılanan Stres” alt boyut puanları ile “ASÖ ölçeği” toplam puan ortalaması ve *KİT yapılma sayısı* arasındaki fark ise istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Anlamlılığın nedenine bakıldığında; daha önce bir kez KİT yapılanların “Algılanan Stres” alt boyut puanları ile “ASÖ ölçeği” toplam puan ortalamalarının, iki kez KİT yapılanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 6).

ASÖ ve alt boyut puanları ile *KİT sonrası komplikasyon yaşama durumları* arasındaki ilişki incelendiğinde; “Algılanan Stres” alt boyut puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$). “Algılanan Baş Etme” alt boyut puanları ile “ASÖ ölçeği” toplam puan ortalaması ve *KİT sonrası komplikasyon yaşama durumları* arasındaki fark ise istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Anlamlılığın nedenine bakıldığında; KİT sonrası komplikasyon yaşayanların “Algılanan Baş Etme” alt boyut puanları ile “ASÖ ölçeği” toplam puan ortalamalarının, KİT sonrası komplikasyon yaşamayanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 6).

Tablo 7. Algılanan Stres Ölçeği ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Anneye ve Aileye İlişkin Bazı Tanıtıcı Özellikler ile Karşılaştırılması (n:150)

Değişkenler	Algılanan stres alt boyutu	Algılanan baş etme alt boyutu	Algılanan stres toplam
	Ortalama $\pm$ ss	Ortalama $\pm$ ss	Ortalama $\pm$ ss
Anne yaşı			
22-35 yaş	12,333 $\pm$ 2,969	7,403 $\pm$ 1,725	19,736 $\pm$ 3,131
36 yaş ve üzeri	11,628 $\pm$ 3,088	7,576 $\pm$ 1,525	19,205 $\pm$ 3,225
t/p	1,423/0,157	-0,656/0,513	1,022/0,309
Anne öğrenim durumu			

İlk/ortaokul mezunu ¹	12,778±2,696	7,333±1,726	20,111±3,130
Lise mezunu ²	12,200±2,956	7,167±1,440	19,367±3,014
Üniversite mezunu ³	10,361±3,145	8,278±1,523	18,639±3,399
F/p	7,755/0,001* 1>2,3	6,086/0,003* 3>1>2	2,401/0,094
Anne çalışma durumu			
Çalışıyor	9,600±3,135	8,133±1,506	17,733±3,693
Çalışmıyor	12,365±2,823	7,348±1,612	19,713±3,066
Ara verdi	11,450±3,441	7,850±1,663	19,300±3,181
F/p	6,223/0,003* 2>1	2,149/0,120	2,658/0,073
Başka çocuk olma durumu			
Var Yok	12,271±3,026 11,000±2,928	7,368±1,674 7,888±1,389	19,640±3,281 18,888±2,806
t/p	0,496/0,028*	0,262/0,093	0,465/0,218
Ailedeki çocuk sayısı			
Tek çocuk	11,194±3,214	7,861±1,417	19,056±3,023
2 çocuk	11,882±3,198	7,608±1,588	19,490±3,466
3 çocuk ve üzeri	12,476±2,747	7,190±1,721	19,667±3,053
F/p	2,094/0,127	2,188/0,116	0,423/0,656
Aile yapısı			
Çekirdek aile	11,793±3,016	7,727±1,576	19,521±3,155
Geniş aile	12,690±3,095	6,517±1,455	19,207±3,331
t/p	-1,430/0,155	3,767/0,001*	0,476/0,635
Evlilik yılı			
1-5 yıl	11,778±3,317	7,556±1,504	19,333±2,521
6-10 yıl	11,686±3,017	7,569±1,676	19,255±3,335
11-15 yıl	12,219±3,066	7,625±1,845	19,843±3,274
16 yıl ve üzeri	12,163±3,016	7,306±1,475	19,469±3,241
F/p	0,305/0,822	0,329/0,804	0,232/0,874
Akraba evliliği olma durumu			
Evet	12,804±2,659	7,071±1,524	19,875±2,880
Hayır	11,468±3,158	7,745±1,633	19,213±3,337
t/p	2,653/0,009*	-2,504/0,013*	1,236/0,219
Yaşanılan yer			
İl ¹	11,449±3,130	7,959±1,552	19,408±3,470
Kasaba ²	12,840±2,392	7,000±1,291	19,840±1,972
Köy ³	13,037±2,875	6,259±1,375	19,296±3,049
F/p	4,303/0,015* 3>1	15,580/0,001* 1>2,3	0,225/0,799
Sosyo ekonomik durumu			
Gelir giderden az ¹ Gelir gidere eşit ²	13,933±2,764 12,025±2,954	7,067±1,981 7,430±1,596	21,000±3,855 19,455±3,101
Gelir giderden fazla ³	9,357±2,341	8,500±1,019	17,857±2,381
F/p	9,225/0,001* 1>2>3	3,420/0,035* 3>2>1	3,663/0,028 1>3
Sosyal güvencesi olma durumu			

Var Yok	11,912±2,977 12,539±3,755	7,511±1,582 7,308±2,057	19,423±3,079 19,846±4,240
t/p	-0,708/0,480	0,431/0,667	-0,457/0,648
Annede kronik hastalık olma durumu			
Var Yok	13,212±3,361 11,615±2,864	6,939±1,731 7,650±1,561	20,152±3,718 19,265±3,001
t/p	2,720/0,007*	-2,253/0,026*	1,419/0,158
Diğer aile üyelerinde kronik hastalık olma durumu			
Var Yok	12,677±3,156 11,781±2,998	7,226±1,359 7,563±1,681	19,903±3,004 19,344±3,227
t/p	1,466/0,154	-1,032/0,304	0,870/0,385

F: OneWayAnova Test, t: Independet t test, $p < 0,05$

Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ) ve alt boyut puan ortalamalarının anneye ve aileye ilişkin bazı tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı Tablo 7’de sunulmuştur.

Anne yaşı, ailedeki çocuk sayısı, evlilik yılı, sosyal güvence olma durumu ve diğer aile üyelerinde kronik bir hastalık olma durumu ile annelerin ASÖ ölçeği alt boyutları ve ölçeğin toplam puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0,05$) (Tablo 7).

ASÖ ve alt boyut puanları ile *anne öğrenim durumu* arasındaki ilişki incelendiğinde; ASÖ ölçeği toplam puanları ile arasında anlamlı bir farklılık görülmemiştir ($p > 0,05$). “Algılanan Stres” ve “Algılanan Baş Etme” alt boyut puanları ile *anne öğrenim durumu* arasındaki fark ise istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$). Anlamlılığın nedenine bakıldığında; İlk/ortaokul mezunu olanların “Algılanan Stres” ve “Algılanan Baş Etme” alt boyut puan ortalamalarının, lise mezunu ve üniversite mezunu olanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 7).

ASÖ ve alt boyut puanları ile *anne çalışma durumu* arasındaki ilişki incelendiğinde; “Algılanan Baş Etme” alt boyutu ve ASÖ ölçeği toplam puanları ile aralarında anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür ($p > 0,05$). “Algılanan Stres” alt boyut puanları ile *anne çalışma durumu* arasındaki fark ise istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$). Anlamlılığın nedenine bakıldığında; Çalışmayanların “Algılanan Stres” alt boyut puan ortalamalarının, çalışanlara oranla daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 7).

ASÖ ve alt boyut puanları ile *başka çocuk olma durumu* arasındaki ilişki incelendiğinde; “Algılanan Baş Etme” alt boyutu ve ASÖ ölçeği toplam puanları ile aralarında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p>0,05$). “Algılanan Stres” alt boyut puanları ile *başka çocuk olma durumu* arasındaki fark ise istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Anlamlılığın nedenine bakıldığında; başka çocuğu olanların “Algılanan Stres” alt boyut puan ortalamalarının, başka çocuğu olmayanlara oranla daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 7).

ASÖ ve alt boyut puanları ile *aile yapısı* arasındaki ilişki incelendiğinde; “Algılanan Stres” alt boyutu ve ASÖ ölçeği toplam puanları ile aralarında anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür ($p>0,05$). “Algılanan Baş Etme” alt boyut puanları ile *aile yapısı* arasındaki fark ise istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Anlamlılığın nedenine bakıldığında; Çekirdek aile yapısında olanların “Algılanan Baş Etme” alt boyut puan ortalamalarının, geniş aile yapısında olanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 7).

ASÖ ve alt boyut puanları ile *akraba evliliği olma durumu* arasındaki ilişki incelendiğinde; ASÖ ölçeği toplam puanları ile akraba evliliği olma durumu arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p>0,05$). “Algılanan Stres” ve “Algılanan Baş Etme” alt boyut puanları ile *akraba evliliği olma durumu* arasındaki fark ise istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Anlamlılığın nedenine bakıldığında; akraba evliliği olanların “Algılanan stres” alt boyut puan ortalamalarının, akraba evliliği olmayanlara göre daha yüksek olduğu, akraba evliliği olmayanların “Algılanan Baş Etme” alt boyut puan ortalamalarının ise, akraba evliliği olanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 7).

ASÖ ve alt boyut puanları ile *yaşanan yer* arasındaki ilişki incelendiğinde; ASÖ ölçeği toplam puanları ile yaşanan yer arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$). “Algılanan Stres” alt boyutu ve “Algılanan Baş Etme” alt boyut puanları ile *yaşanan yer* arasındaki fark ise istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Anlamlılığın nedenine bakıldığında; Köyde yaşayanların “Algılanan Stres” alt boyut puan ortalamalarının, il merkezinde yaşayanlara göre daha yüksek olduğu, İl merkezinde

yaşayanların “Algılanan Baş Etme” alt boyut puan ortalamalarının, köy ve kasabada yaşayanlara göre daha yüksek olduğu, saptanmıştır (Tablo 7).

“Algılanan Stres”, “Algılanan Baş Etme” alt boyutu ve ASÖ ölçeği toplam puanları ile *sosyoekonomik durumu* arasındaki fark ise istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Anlamlılığın nedenine bakıldığında; geliri giderden az olanların “Algılanan Stres” alt boyut puan ortalamalarının, geliri giderden az olanların geliri gidere eşit olanlardan;geliri gidere eşit olanların da geliri giderden fazla olanlardan yüksek olduğu belirlenmiştir. Geliri giderden fazla olanların “Algılanan Baş Etme” alt boyut puan ortalamalarının, geliri gidere eşit olanlardan;geliri gidere eşit olanların da geliri giderden az olanlardan yüksek olduğu saptanmıştır. Geliri giderden az olanların “ASÖ toplam puan” ortalamalarının, geliri giderden fazla olanlardan yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 7).

ASÖ ve alt boyut puanları ile *annede kronik hastalık olma durumu* arasındaki ilişki incelendiğinde;“Algılanan Baş Etme” alt boyutu ve ASÖ ölçeği toplam puanları ile *annede* kronik hastalık olma durumu arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$). “Algılanan Stres” alt boyut puanları ile *annede kronik hastalık olma durumu* arasındaki fark ise istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Anlamlılığa bakıldığında; Kronik hastalığı olanların “Algılanan Stres” alt boyut puan ortalamalarının, olmayanlardan yüksek olduğu. Kronik hastalığı olmayanların “Algılanan Baş Etme” alt boyut puan ortalamalarının ise kronik hastalığı olan annelerden yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 7).

Tablo 8. Annelerin Eş Desteği Puan Ortalamalarının Algıladıkları Stres ve Alt

Boyut Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki

Değişkenler	$\bar{x}$	ss	1	2	3	4
Eş Desteği ¹	49,05	8,19	1			
Algılanan stres ²	11,96	3,04	0,256**	1		
Algılanan baş etme ³	7,49	1,62	-0,433**	-0,179*	1	
Algılanan stres toplam ⁴	19,46	3,18	0,024	0,865**	-0,338**	1

Pearson Correlation test ** $p<0,001$

Annelerin eş desteği puan ortalamalarının algıladıkları stres ve alt boyut puan ortalamaları arasındaki ilişki Tablo 8’de incelenmiştir.

Annelerin algıladıkları eş desteğinin “Algılanan stres” alt boyutu ile pozitif ($r:0,256$)yönde zayıf düzeyde bir ilişki olduğu eş desteği ile birlikte algılanan stresin de arttığı dikkati çekmektedir. Öte yandan “Algılanan baş etme” puanı ile negatif ($r:-0,433$) yönde orta düzeyde ilişkisinin olduğu saptanmıştır. Eş desteği puanı yüksek olan annelerin “Algılanan baş etme” alt boyut puanının düşük olduğu (algılanan baş etme puanı düştükçe etkili baş etmenin arttığı) belirlenmiştir.(Tablo 8).

Tablo 9. Annelerin eş desteğinin düzeyleri yordayan algıladıkları stres ve baş etme alt boyut puanların ilişkin regresyon analizi

Sonuç Değişkeni	Yordayıcı Değişken	β	t	p	Beta (R)	F	Model (p)	R ²
Algılanan stres alt boyutu	Sabit: Eş desteği	7,307	4.983	0.001		10,380	0,002	0,066
		0.095	3,222	0.002	0.256			
Algılanan baş etme alt boyutu		11,696	16,057	0,001		34,213	0,001	0,188
		-0,086	-5,849	0,001	-0,433			

Annelerin eş desteği düzeyinin algılanan stres ve baş etme alt boyut puanları üzerindeki etkisini belirlemek amacıyla yapılan regresyon analizi sonucu Tablo 9’da verilmiştir.

Eş desteğinin annelerin *algıladıkları stres* üzerine istatistiksel açıdan anlamlı bir etkisi olduğu belirlenmiştir ($p<0,01$). Modelde Düzeltilmiş R² değeri incelendiğinde algılanan stres alt boyut puanının %6,6’sının eş desteği algısı ile açıklandığı görülmektedir. Eş desteği arttıkça stresin artmaya devam ettiği görülmektedir (Tablo 9).

Eş desteğinin annelerin *algıladıkları baş etme* üzerine istatistiksel açıdan anlamlı bir etkisi olduğu görülmektedir ($p<0,01$). Modelde Düzeltilmiş R² değerine bakıldığında algılanan baş etme alt boyut puanının %18,8’inin eş desteği algısı ile açıklandığı görülmektedir. Baş etme puanının yüksek olması olumsuz baş etme olarak değerlendirilmektedir. Eş desteği puanı arttıkça baş etme puanının düştüğü (olumlu baş

etme) görülmekte olup, annelerin eş desteği ile baş etmelerinin güçlendiği belirlenmiştir (Tablo 9).

Tablo 10. Annelerin Eş Desteği Düzeylerini Yordayan Değişkenlere İlişkin Çoklu Regresyon Analizi

Sabit: Eş Desteği Ölçeği	<i>R</i>	<i>R</i> ²	<i>F</i>	<i>P</i>
Annenin öğrenim durumu	0,471	0,222	3,573	0,001*
Anne çalışma durumu				
Başka çocuk olma durumu				
Çocuk sayısı				
Yaşanılan yer				
Sosyoekonomik durum				
Aile yapısı				
Akraba evliliği				
Sosyal güvence varlığı				
Kronik bir hastalığı olma				
Diğer aile üyelerinde kronik bir hastalık olma				

Annelerin algıladıkları eş desteğini yordayan değişkenlere ilişkin çoklu regresyon analizi Tablo 10’da incelenmiştir. Annelerin algıladıkları eş desteği düzeyinin %22,2’lik kısmının; anne öğrenim ve çalışma durum, başka çocuk olma, çocuk sayısı, yaşanılan yer, sosyo ekonomik durum, aile yapısı, akraba evliliği, sosyal güvence varlığı, kronik hastalık olma, diğer aile üyesinde kronik hastalık olma değişkenleri ile açıklanabileceği görülmektedir.

Tablo 11. Annelerin Algıladıkları Stres Düzeylerini Yordayan Değişkenlere İlişkin Çoklu Regresyon Analizi

Sabit: Algılanan Stres Ölçeği	<i>R</i>	<i>R</i> ²	<i>F</i>	<i>P</i>
KİT sonrası komplikasyon yaşama durumu	0,518	0,268	6,951	0,003*
Kit yapılma sayısı				

Annelerin algıladıkları stres düzeylerini yordayan değişkenlere ilişkin çoklu regresyon analizi Tablo 11’de verilmiştir. Annelerin stres düzeyinin %26,8’lik kısmının;

KİT sonrası komplikasyon yaşama ve KİT yapılma sayısının fazla olması ile açıklanabileceği görülmektedir.

5. TARTIŞMA

Kemik iliğinin işlevini tam olarak yapamadığı durumlarda, bazı kan hastalıklarında ve kanserlerde kemik iliği transplantasyonu uygulanabilmektedir. Çocuklarda kemik iliği transplantasyonu geniş bir hastalık grubunda uygulanmakla birlikte çocukluk çağı kanserlerinin tedavisinde sıklıkla uygulanmaktadır (1, 48). Bu tür zorlu tedaviler hem çocuğun hem de aile üyelerinin yaşam kalitesini önemli ölçüde etkilemektedir (86). Çocuğun tanı, tedavi ve bakım sürecinde aile üyelerinin maruz kaldıkları bilinmezlik ve kaygı büyük bir stres kaynağıdır. Bu süreci sağlıklı bir şekilde yönetmede, çocuk ve aile için sosyal desteğin önemli büyüktür (12, 23, 69, 71, 78, 87, 88).

Sosyal destek, ailenin kronik hastalıkla baş etmesinde yadsınamaz bir ihtiyaçtır. Sosyal destek, belki stres kaynağını ortadan kaldırmaz ama kaygı düzeylerini azaltmak suretiyle başa çıkmaya yardımcı olduğunu, çaresizlik duygusundan kurtarabildiğini işaret eden birçok çalışma vardır (12, 15, 20, 56, 59, 87). Kanser ve benzeri hastalıkların tedavisi kapsamında KİT uygulanan bir çocuğa sahip ebeveyn için eş desteği sosyal destek anlamında sosyal aktivitelerden, arkadaşlarından sağlayacağı destek kadar değerlidir (14, 15).

KİT uygulaması sonrası çocuk ve ebeveynler açısından tedavinin getireceği stres ve mevcut durumda eş destek algısının belirlenmesi önemlidir. Bu noktada çocuk ve ailenin mevcut durumunun belirlenmesi ile KİT uygulamasına yönelik uygun planlamaların yapılması kolaylaşacaktır. Bu araştırma, KİT sonrası izlenen çocukların ebeveynlerinin stres düzeyleri ve sosyal destek algılarının belirlenmesi amacıyla yapılmış olup bu bölümde bulgular literatür desteği ile tartışılacaktır.

Literatürde, KİT yapılan çocukların annelerinin stres ve eş desteği düzeyleri ile ilgili çalışmalara rastlanmamıştır. Bu nedenle araştırma bulguları, çocuğunda ya dakendinde farklı sağlık sorunu olan kadınlarda eş desteğinin incelendiği benzer çalışma bulguları ile tartışılmıştır.

Araştırmada annelerin Eş Desteği Ölçeği (EDÖ) puan ortalaması $49,053 \pm 8,198$ olup orta düzeyde olduğu dikkati çekmektedir (Tablo3). Annenin algıladığı eş desteğinin ortalama sınırlarda olması, KİT yapılan çocukların ebeveynlerinin her ikisinin de çocuğun sağlık sorunu nedeniyle yıpranmış olması ile açıklanabilir. Benzer araştırmalar incelendiğinde; Kronik hastalığı olan çocukların ebeveynleri ile yapılan bir çalışmada özellikle annelerin eşlerinden çok arkadaşlarından sosyal destek aldıkları sosyal destek arayışında oldukları bildirilmiştir (16). Kanserli çocukların ebeveynlerinin algıladıkları sosyal desteğin incelendiği çalışma sonucunda da ebeveynlerin sosyal destek algılarının ortalamanın altında olduğu görülmektedir (12). Engelli çocukların ebeveynleri ile yapılan bir çalışmada annelerin eş desteği algısı $66,30$ olarak belirlenmiştir (59). Kronik hastalıklar ve tedavi süreci sağlığın kaybı olarak düşünüldüğünde, ebeveynlerin kayba karşı da bir yas yaşadıkları düşünülebilir.

ASÖ “Algılanan Stres” alt boyutu puan ortalaması $11,967 \pm 3,042$, “Algılanan Baş Etme” alt boyutu puan ortalaması $7,493 \pm 1,621$ ve ASÖ toplam puan ortalaması ise $19,460 \pm 3,181$ olarak belirlenmiştir (Tablo 3). Annelerin stres ve baş etme düzeylerinin orta düzeyde olduğu görülmektedir. Literatür incelendiğinde Emniyetli (2019)’nın kanserli çocukların ebeveynleri ile yaptığı çalışmanın sonucunda “Algılanan stres” alt boyutu puan ortalaması $13,25$, “Algılanan baş etme” alt boyutu puan ortalaması $6,68$ ve “Algılanan stres ölçeği” toplam puan ortalaması ise $19,93$ olarak bildirilmiştir (89). Çalıcıoğlu’nun (2018) çalışmasında da benzer şekilde yaklaşık sonuçlara ulaşılmış olduğu görülmekte olup, Algılanan Stres” alt boyutu puan ortalaması $12,03$, “Algılanan Baş Etme” alt boyutu puan ortalaması $6,88$ ve ASÖ toplam puan ortalaması ise $18,92$ olarak bulunmuştur (12). Kanserli çocukların ebeveynlerinin travma sonrası stresinin incelendiği bir başka çalışmanın sonucunda da ebeveynlerin stres puanının orta düzeyde olduğu belirlenmiştir (8). Genetik hastalığı olan çocukların ebeveynleri ile yapılan başka bir çalışmada ise, ebeveynlerin tümünün stres yaşadığı ve bunların yarısından fazlasının algıladıkları stres düzeyinin ortalamanın üzerinde olduğunu bildirmiştir (90). Down sendromu olan çocukların ebeveynlerinin sağlık çocuk sahibi ebeveynlere oranla daha fazla stres yaşadıkları saptanmıştır (91). Hodgkinson ve Lester (2002) kistik fibrozisli çocukların anneleri ile yaptıkları çalışmada annelerin tümünün kronik hastalığı olan bir çocuğun ebeveyni olmanın getirdiği birçok nedenle stresli oldukları belirlenmiştir (92). Kronik hastalığı olan çocukların ebeveynleri ile yapılan benzer diğer çalışmalarda da

ebeveynlerin stres düzeylerinin sağlıklı çocukların ebeveynlerinden daha yüksek olduğu bulunmuştur (72, 93-95).

Bu araştırmada çocukların yaş, cinsiyet, tanı, tanı koyulmasının üzerinden geçen süre, daha önce KİT yapılma durumu, KİT yapılma sayısı, KİT uygulamasının üzerinden geçen süre ve KİT sonrası komplikasyon yaşama durumu ile EDÖ toplam puan ortalamalarının arasında farklılık olmadığı belirlenmiştir (Tablo 4).Yapılan benzer çalışmalarda çocuğun yaşının algılanan sosyal desteği etkilediği bildirilmiştir (12, 96). Literatür incelendiğinde; yapılan benzer çalışmalarda araştırma bulguları ile paralel olarak çocuğun cinsiyetinin ebeveynin algıladığı sosyal desteği etkilemediği bildirilmiştir (16, 59, 96-98). Öte yandan Çalıcıoğlu (2018)'nın yaptığı çalışmada erkek çocuğu olanların özel bir kişiden sosyal destek alma puanının kız çocuğu olan ebeveynlere göre daha yüksek olduğu belirtilmiştir (12).

Bu araştırmada anne yaşı, evlilik yılı ile EDÖ toplam puan ortalamaları arasındaki fark anlamsızdır (Tablo 5). Bu sonuç annenin algıladığı eş desteği düzeyinin yaşı ve kaç yıldır evli olduğu ile ilişkisi olmadığını göstermektedir. Benzer bir çalışmada da ebeveyn yaşının eş desteği algısını etkilemediği belirtilmiştir (59).

Bu araştırmada ilk ve ortaokul mezunu annelerin EDÖ toplam puan ortalamalarının üniversite mezunu olanlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 5). Bu sonuç öğrenim durumu arttıkça eşlerin beklentilerinin artmış olmasını düşündürebilir. Aynı zamanda öğrenim düzeyi ile paralel olarak iş yaşamında daha fazla bulunan annelerin sorumluluklarının artması nedeniyle destek gereksinimlerinin artması da bir diğer neden olabilir. Araştırmanın aksine kalp hastası çocukların ebeveynleri ile yapılan çalışmada ise öğrenim durumu arttıkça aileden alınan sosyal desteğin arttığı bildirilmiştir (99). Yapılan bazı çalışmalarda da ebeveynlerin eş desteği algılarının öğrenim durumu ile ilişkisi olmadığı bulunmuştur (12, 59, 100).

Araştırmada çalışmayan annelerin EDÖ toplam puan ortalamalarının çalışmaya ara veren annelere göre daha yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 5).Çalışmaya ara verenlerin ekonomik durumu, sosyalleşme imkanı ve kişiler arası ilişkilerindeki değişimler başka bir desteğe daha yoğun ihtiyaç duymasına neden olabilir. Araştırma sonucunda çalışmayanların çalışmaya ara verenlere göre eş desteğini daha yüksek

algılamalarının, hiç çalışmayan kadınların çalışma hayatında olmadıkları için diğer sosyal destek kaynaklarına nispeten eş desteğini öteden beri daha yoğun hissetmelerinden kaynaklandığı düşünülebilir. Doğumsal kalp defektli çocuğu olan ebeveynlerle yapılan bir çalışmada çalışan ebeveynlerin aileden alınan sosyal desteğin yüksek olduğu belirtilmiştir (99). Öte yandan ebeveynlerin çok boyutlu sosyal destek algısına ilişkin yapılan benzer çalışmalarda da, çalışma durumu ile sosyal destek puanı arasında ilişki olmadığı belirtilmiştir (12, 89).

Bu araştırmada başka çocuğu olanların ve 3 ve daha fazla çocuğu olanların EDÖ toplam puan ortalamalarının daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 5). Bu araştırmadan elden edilen bulguya göre çocuk sayısının eş desteğini artırdığı görülmektedir. Bu sonucun KİT uygulamalarında kardeş unsurunun öneminden ya da hasta olmayan diğer çocukların eşlerin dayanışmasında güç verici bir unsur olmasından kaynaklandığı düşünülebilir. Literatürde, eş desteğine yönelik sonuçlara rastlanmamış, ancak sosyal destekle ilgili benzer çalışmalarda ebeveynlerin sosyal destek algısının çocuk sayısına göre değişmediği sonucu bulunmuştur (12, 99).

Araştırmaya katılan annelerin aile yapılarına göre EDÖ puanlarına bakıldığında; geniş aile yapısında olanların EDÖ toplam puan ortalamalarının çekirdek aile yapısında olanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 5). Bu sonuç geniş geleneksel ailelerde sosyal desteğin daha yoğun olmasının eş desteğinin algılanmasında da olumlu etki yapabileceği şeklinde yorumlanabilir. Benzer çalışmalar incelendiğinde Çalıcıoğlu(2018)'nin kanserli çocukların ebeveynleri ile yaptığı çalışmada geniş ailede yaşayanların özel bir kişiden sosyal destek algısının daha yüksek olduğu belirlenmişken aile sosyal destek algısında ise ilişki bulunmamıştır (12). Öte yandan Doğumsal kalp defektli çocuğu olan ebeveynlerle yapılan bir çalışmada aile tipi ile aileden alınan sosyal destek arasından ilişki olmadığı belirtilmiştir (99).

Bu araştırmada akraba evliliği yapmış olan annelerin EDÖ toplam puan ortalamalarının akraba evliliği olmayanlara göre daha yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 5). Bu sonuç kemik iliği transplantasyonu sürecinde aile içi vericilerin önemi açısından akraba olmanın avantajının eşlerin desteğine etkisi olarak yorumlanabilir. Benzer bir

çalışmada bu araştırmanın aksine kadınların eşi ile akraba olma durumu ile algıladıkları sosyal destek düzeyleri arasında ilişki olmadığı bildirilmiştir (12).

Araştırmada annelerin köyde yaşayanların EDÖ toplam puan ortalamalarının il ve kasaba merkezinde yaşayanlara oranla daha yüksek olduğu belirlenmiştir(Tablo 5).Bu durum Köy yaşamı gibi geleneksel bir hayatın içerisinde çocuklarının tedavisi sırasında eşlerin daha duyarlı olması ile açıklanabilir. İl merkezlerine göre köylerde ek stres kaynaklarının daha az olmasına bağlı aile bağlarının daha güçlü olabileceği de bu sonucu destekleyebilir. Öte yandan Dalmaz (2019)'ın kronik hastalığı olan çocukların ebeveynleri ile yaptığı çalışmada ise il merkezinde yaşayan aileden daha fazla destek aldığı sonucu belirtilmiştir (16). Benzer şekilde kalp hastası çocuğu olan ebeveynlerle yapılan çalışmada da il merkezinde yaşayanların aileden aldıkları sosyal desteği daha yüksek olduğu bildirilmiştir (99).Bu araştırmanın sonuçları ile benzer çalışma sonuçlarının değişken olması örneklem gruplarının hastalık ve sosyokültürel değişkenler açısından farklı olmasından kaynaklanmış olabilir.

Bu araştırmada gelirini giderden az olarak ifade eden annelerin eş desteği düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir(Tablo 5).Yapılan bir çalışmada maddi sıkıntısı olmayan ebeveynlerin aileden ve arkadaştan alınan sosyal desteği yüksek olduğu belirtilmiştir (99). Bu sonuç geliri giderinden az olan ailelerin daha kaderci bir yaklaşımda olmaları ve birbirlerine daha sıkı bağlarla tutunmaları ile açıklanabilir. Engelli çocukların ebeveynlerinin eş desteğini inceleyen bir çalışmada da gelir durumunun eş desteği düzeyini etkilemediği bildirilmiştir (59).

Araştırmaya katılan annelerden sosyal güvencesi olmayanların EDÖ toplam puan ortalamalarının sosyal güvencesi olanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 5).Doğumsal kalp defektli çocuğu olan ebeveynlerle yapılan bir çalışmada sosyal güvencesi olan ebeveynlerde aileden alınan sosyal desteğin yüksek olduğu belirtilmiştir (99). Literatür incelendiğinde; Gönültaş'ın (2017) çalışmasında engelli çocuğa sahip ebeveynlerin algıladıkları çok boyutlu sosyal desteğin sosyal güvence ile değişkenlik göstermediği belirtilmiştir (101).

Araştırma sonucuna göre kronik hastalığı olan annelerin EDÖ toplam puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir(Tablo 5).Yapılan benzer bir çalışmada

bu araştırma sonucunun aksine kronik hastalığı olmayan ebeveynlerin eşler arası anlaşma düzeyinin daha yüksek olduğu belirtilmiştir (89). Çalıcıoğlu(2018)'nın yapmış olduğu çalışmada ise çocukların ebeveynlerin algıladıkları sosyal destek ile ebeveynin kronik bir hastalığı olma durumu arasında ilişki olmadığı bildirilmiştir (12).

Bu çalışmada çocukların yaş, cinsiyet, tanı, tanıdan beri geçen süre ve daha önce KİT yapılma durumu ile annelerin ASÖ ölçeği alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasındaki fark anlamsızdır (Tablo 6).Çalıcıoğlu(2018)'nın benzer bir çalışmasında da, araştırmayı destekler şekilde ebeveynlerin ASÖ ve her iki alt boyutunun da hasta çocuğun cinsiyeti, yaşı, tanısı ve tedavi şekli ile arasında fark bulunmamıştır. Aynı çalışmada KİT tedavisinin algılanan stresle ilişkisine bakılmamış olsa da yatarak ve ayakta tedavi değişkenlerinin algılanan strese etkisi incelenmiş olup,tedavinin yatarak olmasının da strese etkisi bulunmadığı için sonuç bu noktada da bu araştırma sonucu ile örtüşmektedir (12). Özel gereksinimli çocukların aileleri ile yapılan bir çalışmada da çocuğun cinsiyeti ve yaşının ebeveynin algıladığı stresi etkilemediği bildirilmiştir (59, 65). Bazı çalışmalarda ise cinsiyetin stres düzeyini etkilediği kız çocuğu olan ebeveynlerin stres puanlarının daha yüksek olduğu belirtilmiştir (102, 103). Farklı sonuçlar çocuk cinsiyetine bakış açısının kültürden kültüre değişkenlik gösteriyor olmasından kaynaklanabilir.

Bu çalışmada ASÖ ve alt boyut puanları ile KİT yapılma sayısı arasındaki ilişki incelendiğinde; “Algılanan Baş Etme” alt boyut puanları ile arasında farklılık olmadığı belirlenmiştir. Öte yandan daha önce bir kez KİT yapılanların “Algılanan Stres” alt boyut puanları ile “ASÖ ölçeği” toplam puan ortalamalarının, iki kez KİT yapılanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 6). Bu sonuç birinci transplantasyon sürecinde yaşanacaklarla ilgili bilinmezlikler nedeniyle stresin yoğun olması şeklinde açıklanabilir. Aynı şekilde ikinci uygulamada sürece yabancı olmadıkları için daha az stres algılanması beklendik bir sonuç olabilir. Kanseri hastası çocukların anneleri ile yapılan bir çalışmada ilk kez tedavi gören çocukların annelerinin relapsla birlikte tekrar tedavi alan çocukların annelerine göre daha yoğun depresyon yaşadığı belirtilmiştir (104).

Araştırma sonuçlarına bakıldığında, incelendiğinde KİT sonrası komplikasyon yaşayanların “Algılanan Baş Etme” alt boyut puanları ile “ASÖ ölçeği” toplam puan

ortalamalarının, KİT sonrası komplikasyon yaşamayanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 6).Çocuğunda KİT sonrası komplikasyon yaşanması ebeveyn stresinin olağan şekilde artışı ile açıklanabilir. Lisa ve arkadaşları (2010) çeşitli stres kaynaklarının ebeveynlerde etkisini incelediği çalışmalarında hastalık gruplarındaki çoğu çocuk ve ebeveynin alt klinik düzeylerde travmatik stres semptomları bildirmesine rağmen, stres belirtilerinin özellikle KİT adaylarının aileleri için dikkat çekici olabileceğini bulmuşlardır(105). Vrijmoet-Wiersma ve arkadaşlarının (2009)'nın yaptığı çalışmada ise KİT yapıldıktan 3 ay sonra, pek çok çocuğun tedavinin etkilerinin sürmesinden muzdarip olduğu, oysa 6 ay sonra çocukların çoğunun tam anlamıyla yeterli olmasa bile eski hayatlarına dönebildiği 12-18 ay sonra ise çocukların sağlıklı akranlarıyla karşılaştırılabilir yaşam kalitesine eriştikleri bildirilmiştir (106).

Anne yaşı, ailedeki çocuk sayısı, evlilik yılı, sosyal güvence ve diğer aile üyelerinde kronik bir hastalık durumu ile annelerin ASÖ ölçeği alt boyutları ve ölçeğin toplam puan ortalamaları arasında farklılık olmadığı belirlendi (Tablo 7).Araştırma sonucuyla paralel olarak birçok çalışmada da ebeveynlerde algılanan stres düzeyi ile anne yaşı arasında ilişki belirtilmemiştir (12,19, 59, 89, 90). Araştırma sonucu ve benzer çalışmalar incelendiğinde ebeveynin yaşı ne olursa olsun çocuğun hastalığına ilişkin endişelerinin benzer olduğu görülmektedir. Araştırma bulgusunun aksine Barrera ve arkadaşları (2008) KİT nakli sürecinde çocukların anneleri ile yaptığı çalışmada anne yaşı arttıkça depresyonun ve stresin düzeyinin düştüğü(107), yine otizmlili çocukların anneleri ile yapılan bir çalışmanın sonucunda anne yaşı arttıkça stres düzeylerinin düştüğü bildirilmiştir (108). Bir başka çalışmada ise otuz yaş altı annelerde depresyon düzeyinin daha yüksek bulunmuştur (109).

Bu araştırmada ASÖ toplam puanı ile anne öğrenim durumu arasındaki farklılık olmadığı belirlendi. İlk/ortaokul mezunu olan annelerin “Algılanan Stres” ve “Algılanan Baş Etme” alt boyut puan ortalamalarının, lise mezunu ve üniversite mezunu olanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 7).Bu sonuç eğitim düzeyi düşük olan annelerin bilgi arama davranışlarının sınırlı olmasının stres düzeylerini arttırdığı, baş etmelerini de düşürdüğü şeklinde yorumlanabilir. Literatür incelendiğinde yapılan bazı çalışma sonuçlarında da öğrenim düzeyi arttıkça stresin azaldığı belirtilmiştir (108, 110). Çalıcıoğlu' nun (2018) kanserli çocukların ebeveynleri ile yaptığı çalışmanın sonucunda

ise ASÖ toplam puanı ve “algılanan stres” alt boyut puan ortalamaları ile öğrenim durumu arasında fark olmadığı belirlenmiştir (12). Öte yandan araştırma bulgusuna paralel olarak “Algılanan baş etme” alt boyutu puan ortalamaları incelendiğinde; ilkokul mezunu olanların lise mezunu olanlara göre baş etme puanlarının daha düşük (daha etkili baş etme algısı) olduğu bildirilmiştir. Öte yandan Emniyetli’nin (2019) yapmış olduğu çalışmada “algılanan baş etme” alt boyutu ve toplam ASÖ puan ortalamalarının eğitim düzeyi arttıkça baş etmenin düştüğü, stresin arttığı belirtilmiştir (89). Genetik hastalığı olan ve özel gereksinimli çocukların ebeveynleriyle yapılan çalışmalarda ise ebeveynin öğrenim düzeyinin algıladığı stresi etkilemediği bildirilmiştir (59, 90).

Araştırmada annelerin “Algılanan Baş Etme” puanlarını çalışma durumu etkilemezken ,çalışmayan annelerin “Algılanan Stres” alt boyut puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 7).Bu sonuç çalışmayan annelerin yalnızca çocuğa odaklanmış olmaları, refakatin çoğunluğunu üstleniyor olmalarına bağlı stres düzeylerinin artmış olabileceği düşündürülebilir. Literatür incelendiğinde; Kanser hastası çocukların ebeveynleri ile yapılan çalışmada ASÖ ve alt boyut puanlarının çalışmayan ebeveynlerde daha yüksek olduğu belirlenmiştir (89). Benzer şekilde, genetik hastalığı olan çocukların ebeveynleri ile yapılan bir çalışmada da, stres düzeyinin çalışmayan ebeveynlerde daha yüksek bulunmuştur (90). Öte yandan Çalıcıoğlu’nun (2018) çalışmasında,araştırmanın tam tersi olarak algılanan stresle ebeveynin çalışma arasında ilişki bulunmazken, çalışmayan ebeveynlerin çalışan ebeveynlere göre baş etmesinindaha düşükolduğu bildirilmiştir (12).Yapılan benzer çalışmalarda bu araştırmaya paralel olarak; stres düzeyinin çalışmayan ebeveynlerde daha yüksek olduğu bildirilmiştir (8, 77).

Bu araştırmada başka çocuğu olan annelerin “Algılanan Stres” alt boyut puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 7).Bu sonuç diğer çocuk/çocukların da sorumluluk ve bakım yükleri nedeniyle KİT sonrası hasta olan çocuğa zaman ayıramama endişesinden kaynaklanıyor olabilir. Yapılan bazı çalışmalarda, araştırma sonucuna paralel olarak çocuk sayısı arttıkça algılanan stresin arttırdığı, yaşam kalitesinin düştüğü ve depresyon düzeyinin arttığı bildirilmiştir (12, 111, 112). Benzer şekilde zihinsel engelli çocukların ebeveynleriyle yapılan çalışma sonuçları incelendiğinde çocuk sayısı arttıkça olumsuz duyguların, kaygıların arttığı görülmektedir (113, 114). Ancak Uysal (2009)’ın genetik hastalığı olan çocukların ebeveynleri ile

yaptığı çalışmada ise çocuk sayısı ile algıladıkları stres arasında bir ilişki olmadığını bildirilmiştir (90).Yine kanser hastası çocukların ebeveynleri ile yapılan benzer bir çalışmada da başka çocuk varlığının stres düzeyini etkilemediği belirtilmiştir (89).

Bu araştırmada çekirdek aile yapısında olanların “Algılanan Baş Etme” alt boyut puan ortalamalarının, geniş aile yapısında olanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 7).Bu sonuç her ne kadar stresin algılaması aile yapısıyla ilgili bulunmasa da geniş aile yapısında sosyal desteğin daha yaygın olabileceği şeklinde yorumlanabilir. Kanser hastası çocukların ebeveynleriyle yapılan benzer bir çalışmada “Algılanan baş etme” alt boyutu puan ortalamaları bu araştırmaya benzer şekilde çekirdek aile yapısında olanlarda anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (12). Öte yandan başka bir çalışmada da geniş ailede yaşayanların “algılanan stres alt boyutu” ve toplam ASÖ puan ortalamalarının çekirdek ailede yaşayanlara göre daha yüksek olduğu ve “Algılanan baş etme” alt boyutu puan ortalamalarının aile tipine göre farklılık göstermediği bildirilmiştir (89). Yine böbrek yetmezliği olan çocukların aileleri ile yapılan bir çalışmada da geniş ailelerde depresyon düzeyinin çekirdek ailede yaşayanlara göre daha yüksek olduğu bildirilmiştir (111).

Araştırmada akraba evliliği yaptığını bildiren annelerin “Algılanan stres” alt boyut puan ortalamalarının daha yüksek “Algılanan Baş Etme” alt boyut puan ortalamalarının da daha düşük (etkili baş etme) olduğu saptanmıştır (Tablo 7). Akraba evliliği olan ailelerin çocuğun hastalığına ilişkin akrabalık durumunu sorgulamalarından kaynaklı stres düzeyleri yüksek olabilir. Aynı zamanda yine akraba olmalarının KİT sürecinde olumlu olacağı düşüncesiyle baş etmelerinin daha güçlü olduğu da düşünülebilir. Literatür incelendiğinde akrabalık ile karşılaştırma yapan benzer çalışmalar sınırlıdır. Genetik hastalığı olan çocuk ebeveynlerinin algıladıkları stres düzeyi ile akraba evliliği arasında ilişki olmadığı belirtilmiştir (90).

Bu araştırmada köyde yaşayanların “Algılanan Stres” alt boyut puan ortalamalarının daha yüksek, “Algılanan Baş Etme” alt boyut puan ortalamalarının daha düşük olduğu saptanmıştır (Tablo 7).Bu sonuç köyde yaşayanların tedavi olanaklarına ulaşımının zor olmasıyla ve bunun strese neden olabileceği şeklinde açıklanabilir. Bununla birlikte baş etme puanının düşüklüğü etkili baş etmeyi göstermekte olup küçük

yerleşim bölgelerinde çevrenin desteği ve çoklu stres kaynaklarının azlığı ile baş etmenin daha etkili olduğu düşünülebilir. Literatür incelendiğinde benzer şekilde kanser hastası çocukların ebeveynleri ile yapılan bir çalışmada kasaba ya da köyde yaşayan ailelerin stres düzeylerinin daha yüksek olduğu belirtilmiştir (89). Zhang ve arkadaşlarının (2015) Çin’de yaptığı bir çalışmada kronik hastalıklı çocuğu olan ailelerden kırsal alanlarda yaşayanlara daha fazla aile desteği sağlanması gerektiği bildirilmiştir (87). Yapılan bir çalışmada ise bu araştırma sonucunun aksine ebeveynlerin yaşadıkları yer ile algıladıkları stres arasında anlamlı bir ilişki olmadığını bildirmiştir(90).

Bu çalışmada annelerin sosyoekonomik düzeyleri düştükçe streslerinin arttığı saptanmıştır (Tablo 7).Yapılan benzer çalışmalarda da ebeveynlerin gelir düzeyi yükseldikçe stres düzeyi azalmakta olduğu bildirilmektedir (108, 110, 115). Bu sonuç mevcut durumun düşük gelir düzeyinde olmanın tedaviye ve bakıma ilişkin yetersizlik yaşatacağı düşüncesinin ebeveynde stres düzeyini artırması ile açıklanabilir. Literatür incelendiğinde benzer şekilde kemoterapi alan çocukların annelerinin gelir düzeyi arttıkça kaygı düzeyinin düştüğü bildirilmiştir (116). Zhang ve arkadaşlarının (2015) kronik hastalığı olan çocukların aileleri ile yapılan çalışma sonucunda da gelir düzeyi düşük olanların baş etmek için daha fazla desteğe gereksinimi olduğu gerektiği bildirilmiştir (87). Yapılan bazı benzer çalışmalar ise ebeveynlerin gelir durumları ile algıladıkları stres arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (59, 90).

Araştırma sonucunda kronik hastalığı olan annelerin stres düzeylerinin yüksek ve baş etme düzeylerinin düşük olduğu saptanmıştır (Tablo 7). Bu sonuç var olan kronik hastalığın annenin kendi öz bakım gereksinimlerini de artırması nedeniyle çocuğuna yetememe kaygısı ile stres yaşıyor ve baş etmede zorlanıyor olması ile açıklanabilir. Literatür incelendiğinde kanser hastası olan çocukların ebeveynlerinin kronik hastalığı olma durumu ile stres düzeyleri arasında ilişki olmadığı belirtilmiştir (12). Öte yandan araştırma bulgusunun aksine kanser hastası çocukların ebeveynleriyle yapılan başka bir çalışma sonucunda da kronik hastalığı olmayan ebeveynlerin daha stresli olduğu sonucu bulunmuştur (89). Sonuçların farklılıklar göstermesi örneklem grubundaki farklılıklardan kaynaklanmış olabilir.

Bu çalışmada annelerin algıladıkları eş desteği arttıkça algıladıkları stresin arttığı dikkati çekerken, baş etmenin daha etkili olduğu görülmektedir (Tablo 8-9). Bu sonuç

araştırma örneklemindeki eş desteği dışında başka stres faktörlerinin anneleri etkilediğini düşündürebilir. Literatürde konuyla benzer çalışmalar sınırlı olmakla birlikte Zhao ve arkadaşlarının (2021) Çin’de engelli çocukların aileleri ile yaptıkları çalışmada sosyal desteğin ebeveynin dayanıklılığını artırdığı sonucunu bildirmiştir (17). Hui-Lu ve ark (2018)’nin otizmli çocukların ebeveynleri ile yaptıkları çalışmanın sonucunda da sosyal desteğin ebeveyn stresini azalttığı belirtilmiştir (117). Kronik hastalığı olan çocukların ebeveynlerinin sosyal destek algılarının yaşanan stres düzeyini etkilediği görülmektedir (16). Yine kanserli çocukların anneleri ile yapılan çalışmanın sonucunda da sosyal desteğin depresyon düzeyini etkilediği bulunmuştur (104). Öte yandan kanser hastası çocukların ebeveynlerini ile yapılan benzer çalışmaların sonuçlarında da ise sosyal desteğin stres, kaygı gibi olumsuz duyguları etkilemediği belirtilmiştir (8, 118).

Bu çalışmada annelerin algıladıkları eş desteği düzeyinin %22,2’lik kısmının; anne öğrenim ve çalışma durum, başka çocuk olma, çocuk sayısı, yaşanan yer, sosyo ekonomik durum, aile yapısı, akraba evliliği, sosyal güvence varlığı, kronik hastalık olma, diğer aile üyesinde kronik hastalık olma değişkenleri ile açıklanmıştır (Tablo 10). Bu sonuç sosyo demografik özelliklerin algılanan eş desteğinin önemli bir kısmını etkilediğini göstermektedir.

Araştırmada annelerin stres düzeyinin %26,8’lik kısmının; KİT sonrası komplikasyon yaşama ve KİT yapılma sayısının fazla olması ile açıklanmıştır (Tablo 11). KİT’in yapılma sıklığı ve yaşanan komplikasyonlar annenin stresinin ¼’ünden fazlasını tanımladığı gerçeği dikkati çekmektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1.Sonuçlar

- Çocukların %59,3'ü erkek olup, %34'ü 7-11 yaş aralığındadır. %42,7'sinin lösemi tanısı ile izlendiği, %93,3'üne kemoterapi uygulandığı belirlendi.Çocukların %27,3'üne daha önce KİT uygulanmış ve %30,7'siKİT sonrası komplikasyon yaşadığı belirlendi.
- Annelerin %52'si 36 yaş ve üzerinde, %40'ılıse mezunu olup%76,7'sinin çalışmadığı belirlendi.Annelerin %76'sının tek çocuğu olduğu, %79,3'ünün çekirdek aile yapısında ve %34'ünün 6-10 yıldır evli olduğu saptandı.Annelerin %37,3'ünün akraba evliliği olduğu, %65,3'ünün il merkezinde yaşadığı, %80,7'sinin gelirinin giderine eşit olduğu saptandı.Annelerin %22'sinin kronik bir hastalığının olduğu, %20,7'sinin diğer aile üyelerinde kronik hastalık olduğu belirlendi.
- Annelerin Eş Desteği Ölçeği puan ortalamaları $49,053\pm 8,198$ olup orta düzeyde bulundu.
- Çocukların yaş, cinsiyet, tanı, tanı koyulmasının üzerinden geçen süre, daha önce KİT yapılma durumu, KİT yapılma sayısı, KİT uygulamasının üzerinden geçen süre ve KİT sonrası komplikasyon yaşama durumu ile EDÖ toplam puan ortalamalarının arasında farklılık olmadığı belirlendi.
- Anne yaşı, evlilik yılı ile EDÖ toplam puan ortalamalarının arasında farklılık olmadığı belirlendi. Öte yandan ilk ve ortaokul mezunu, çalışmıyor, birden fazla çocuklu,çekirdek aile yapısında , akraba evliliği yapmış, köyde yaşıyor, geliri giderinden az,kendi ve aile üyesinde kronik hastalığı olanların, sosyal güvencesi olmayanların eş desteği algılarının daha yüksek olduğu belirlendi.
- Annelerin ASÖ “Algılanan Stres” alt boyutu puan ortalaması $11,967\pm 3,042$, “Algılanan Baş Etme” alt boyutu puan ortalaması $7,493\pm 1,621$ ve “Algılanan Stres Ölçeği” toplam puan ortalaması ise $19,460\pm 3,181$ olarak belirlendi. Annelerin stres ve baş etme düzeyleri orta düzeyde bulundu.

- Çocukların yaş, cinsiyet, tanı, tanıdan beri geçen süre, daha önce KİT yapılma durumu ve KİT uygulamasından beri geçen süre ile annelerin ASÖ ölçeği alt boyutları ve toplam puan ortalamaları arasında farklılık olmadığı saptandı.
- Daha önce bir kez KİT yapılan çocukların annelerinin “Algılanan Stres” alt boyut ve “ASÖ ölçeği” toplam puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlendi. Öte yandan KİT sonrası komplikasyon yaşayan çocukların annelerinin “Algılanan Baş Etme” alt boyut ve “ASÖ ölçeği” toplam puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptandı.
- Anne yaşı, ailedeki çocuk sayısı, evlilik yılı, sosyal güvence olma durumu ve diğer aile üyelerinde kronik bir hastalık olma durumu ile annelerin ASÖ ölçeği alt boyutları ve ölçeğin toplam puan ortalamaları arasında farklılık olmadığı belirlendi.
- İlk ve ortaokul mezunu olan annelerin “Algılanan Stres” ve “Algılanan Baş Etme” alt boyut puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlendi.
- Çalışmayan, başka çocuğu olan annelerin, akraba evliliği olanların, köyde yaşayanların, gelir düzeyi düşük, kronik hastalığı olanların “Algılanan Stres” alt boyut puan ortalamalarının çalışanlara oranla daha yüksek olduğu saptanmıştır.
- Çekirdek aile yapısında olanların, akraba evliliği olmayanların, il merkezinde yaşayanların, gelir düzeyi yüksek, kronik hastalığı olmayanların “Algılanan Baş Etme” alt boyut puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir.
- Annelerin algıladıkları eş desteği arttıkça algıladıkları stresin halen arttığı dikkati çekerken, baş etmenin daha etkili olduğu belirlendi.
- Annelerin algıladıkları eş desteği düzeyinin %22,2’lik kısmının; anne öğrenim ve çalışma durumu, başka çocuk olma, çocuk sayısı, yaşanılan yer, sosyo ekonomik durum, aile yapısı, akraba evliliği, sosyal güvence varlığı, kronik hastalık olma, diğer aile üyesinde kronik hastalık olma değişkenleri ile açıklanabileceği görülmektedir.

- Annelerin stres düzeyinin %26,8’lik kısmının; KİT sonrası komplikasyon yaşama ve KİT yapılma sayısının fazla olması ile açıklanabileceği görülmektedir.

6.2.Öneriler

Araştırmanın sonuçları doğrultusunda;

- KİT sonrası çocuk ve ailesine bakım veren hemşirelere yönelik psikososyal bakım ve desteğin önemini içeren hizmet içi eğitimlerin planlanması,
- KİT sonrası çocukların ebeveynlerinin yaşadıkları başka sorunların da incelendiği farklı çalışmalar yapılması,
- KİT sürecinde ve sonrasında ebeveynlerin yaşadıkları güçlüklerin daha iyi anlaşılabilmesi için benzer çalışmaların seçilmiş ebeveynlerle nitel tipte planlanması önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. Yalman N. *Pediatric kemik iliği olgularında Difteri Tetanoz, H.Influenzae ve Pnömonokok aşılara immun yanıt* (Tez), İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Hematoloji Yandal Uzmanlık Tezi; İstanbul, 2001.
2. Sabuncuoğlu S. *Kemik iliği Transplantasyonu Yapılan Hastalarda Oksidatif Stres ve Antioksidan Sistem Parametrelerinin Değerlendirilmesi* (Tez) Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Farmasötik Toksikoloji, Doktora Tezi; Ankara, 2010.
3. İlhan İ, .Kutluk T. *Pediatric onkoloji el kitabı*. Güneş Tıp Kitabevleri. Ankara, 2009
4. Törüner EK, Büyükgönenç L. "Çocuk Sağlığı Temel Hemşirelik Yaklaşımları". Ankara: Göktuğ Yayıncılık, 2012.
5. Riley LP, Lamontagne LL, Hepworth JT, Murphy BA. "Parental Grief Responses and Personal Growth Following the Death of a Child", *Death Studies*, 2007, 31: 277-299.
6. Berrara M, D'agostino NM, Gibson J, Gilbert T, Weksberg R, Malkin D. "Predictors and mediators of psychological adjustment in mothers of children newly diagnosed with cancer", *Psycho-Oncology*, 2004, 13: 630-641.
7. Bruce M. "A Systematic and Conceptual Review of Posttraumatic Stress In Childhood Cancer Survivors and Their Parents", *Clinical Psychological Review*, 2006, 26: 233-256.
8. 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.

9. Weiss JM. “Hardiness and social support as predictors of stress in mothers of typical children, children with autism, and children with mental retardation”, *SAGE Publications and The National Autistic Society*, 2002, 6(1): 115–130.
10. Cohen S, Pressman S. “The Stress–Buffering Hypothesis. Encyclopedia of Health and Behavior”, Sage Publications, Thousand Oaks, CA, 2004: 780-782.
11. Sencar B. *Otistik çocuğa sahip ailelerin algıladıkları sosyal destek ve stres düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi* (Tez). Dokuz Eylül Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Programı Yüksek Lisans Tezi; İzmir, 2007.
12. Çalıcıoğlu SG. *Kanser tanısı ile izlenen çocukların ebeveynlerinin stres düzeyleri ve sosyal destek algılarının belirlenmesi* (Tez) Okan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi; İstanbul, 2018.
13. Akdeniz A. *Kanserli çocuğun okul yaşantısını etkileyen faktörlerin belirlenmesi* (Tez), Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Onkoloji Hemşireliği Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi; İzmir, 2013.
14. Siklos S, Kerns K. “Assessing need for social support in parents of children with autism and Down Syndrome”, *Journal of Autism Development Disorders*, 2006, 36: 921-933.

15. Köksal G. *Zihinsel engelli çocukları olan ebeveynlerin yaşamlarında algıladıkları stres 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.
16. Dalmaz A. *Süregen hastalığı olan çocukların ailelerinin algıladığı sosyal destek düzeyleri ve başatma biçimlerinin, çocukların travma sonrası stres ve depresyon ve öğrenilmiş çaresizlik belirtileri geliştirmelerine etkisi açısından incelenmesi*. (Tez). Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü; Ankara, 2019.
17. Zhao W, Fu M, Ai J. “The Mediating Role of Social Support in the Relationship Between Parenting Stress and Resilience Among Chinese Parents of Children with Disability”. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 2021, 51:3412-3422.
18. Dehle C, Larsen D, Landers JE. “Social support in marriage”. *American Journal of Family Therapy*, 2001, 29(4): 307-324.
19. Çalışkan MN. *Tek çocuklu ailelerde ebeveynlik stresinin psikolojik esneklik ve eş desteği ile ilişkisi* (Tez), Ankara Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Psikolojik Danışmanlık ve Rehberlik Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi; Ankara, 2020.
20. Kaner S. “Engelli çocukları olan anne-babaların algıladıkları stres , sosyal destek ve yaşam doyumlarının incelenmesi”, *Ankara Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri*, 2004. <https://dspace.ankara.edu.tr/xmlui/handle/20.500.12575/68087> Erişim tarihi: 16 Şubat 2021.
21. Navaie-Waliser M, Martin SL, Tessaro, I, Campbell MK, Cross AW. “Social support and psychological functioning among high-risk mothers:

The impact of the baby love maternal outreach worker program”. *Public Health Nursing*, 2000, 17(4): 280-291.

22. Wang Y, Qiang L, “Perceptions of parents and paediatricians on pain induced by bone marrow aspiration and lumbar puncture among children with Acute Leukaemia”, *BMJ Open*, 2017, 7:e015727.
23. Uzun P. *Çocuk hematoloji-onkoloji hastalarının ebeveynlerinin tükenmişlik düzeyleri ve baş etme biçimlerinin; çocukların psikolojik belirtileri üzerine etkisi açısından incelenmesi* (Tez). Haliç Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Tezi; İstanbul, 2016.
24. Yayan H, Zengin M. “Çocuk kliniklerinde teröpatik oyun”, *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2018, 7(1): 226-233.
25. Montgomery K, Swain K. “Communication during palliative care and end of life: perceptions of experienced pediatric oncology nurses”, *Cancer Nurse*, 2017, 40 (2): 47-57.
26. Petersen C, Callahan M. “An online educational program improves pediatric oncology nurses knowledge, attitudes, and spiritual care competence”, *Journal Pediatric Oncology Nurse*, 2017, 34(2): 130-139.
27. Arcuri L. “Oncology nurse honors pediatric caregivers and patients” , *Hospital Health*, 2016, 90(7): 28-32.
28. Davis J, Burrows J. “ Predictors of patient satisfaction in pediatric oncology”, *Journal Pediatric Oncology Nurse*, 2017, 34 (6): 435-438.
29. Çetinkaya B, Turan T, Ceylan S. “ Pediatri hemşirelerinin rol ve fonksiyonlarını uygulama durumlarının belirlenmesi”, *Pamukkale Tıp Dergisi*, 2017, 23(2): 152156.

30. Eroğlu G. *Kemik İliği Transplantasyonu Sonrası Hastalarda Psikolojik Dayanıklılık, Stresle Baş Etme ve Post Travmatik Büyüme* (Tez) Üniversitesi,
Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı Psikiyatri Hemşireliği Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; Gaziantep, 2019.
31. Copelan EA. "Hematopoietic stem-cell transplantation", *N Engl J Med* 2006; 354:1813-26.
32. Yazısız H. *Pediyatrik kemik iliği/kök hücre transplant (KİT/KHT) alıcılarında periferik kanda gerçek zamanlı PZR metoduyla adenovirus DNA'sının araştırılması* (Tez) Akdeniz Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi; Antalya, 2008.
33. Atkinson K, Champlin R, Ritz K, Fibbe WE, Ljungman P, Brenner MK. "Clinical bone marrow and blood stem cell transplantation". *Cambridge: Cambridge University Press*, 2004.
34. Herzog EL, Chai L, Krause DS. "Plasticity of marrow-derived stem cells", *Blood*, 2003, 102: 3483-93.
35. Martin Rendon E, Watt SM. "Stem cell plasticity", *Britihs Journal of Haematology*, 2003, 122: 877-91.
36. Tiryaki N. *Kemik iliği donörlerinin kök hücre toplama sürecine ilişkin psikososyal sorunlarının kalitatif yöntemle incelenmesi* (Tez), Okan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi; İstanbul, 2018.
37. Serdar Bedii O, "Laboratuvarda kök hücre ve kliniğe uygulanması", *Türkiye Klinikleri Hematoloji Onkoloji Dergisi*, 2008, 1(2): 48-49.

38. Koçyiğit İ, Kaynar L, Çetin M. “Hematopoetik kök hücre biyolojisi”, *Türkiye Klinikleri Hematoloji Onkoloji Dergisi*, 2008, 1(2): 16-18.
39. Cotter-Fox M, Snyder E, Szczepiorkowski MZ. Nakil için Hücrelerin Toplanması, Areman ME, Loper K. “Hücre Tedavi: İlkeler, Metodlar Ve Düzenlemeler. 1.Baskı. Ortadoğu Reklam Tanıtım Yayıncılık, Ankara, 2010: 233-235.
40. Müller-Sieburg CE, Cho RH, Thoman M, Adkins B, “Sieburg HB.”Deterministic regulation of hematopoietic stem cell self-renewal and differentiation”, *Blood*, 2002, 100: 1302-9.
41. Kansoy S. “Kök hücre kaynağı olarak kordon kanı”, *Türkiye Klinikleri Hematoloji Onkoloji Dergisi*, 2008,1(2): 24.
42. Hazar V. “Çocukluk Çağı Kanserlerinde Kemik İliği Transplantasyonu”, *Güncel Pediatri*, 2008, 6(1): 69-77.
43. Kaufman DS, Lewis RL, Hanson ET, Auerbach R, Thomson JA. “Hematopoietic colony forming cells derived from human embryonic stem cells”. *Proc. Natl Acad. Sci. USA*. 2001, 98:10716-10721.
44. Sell S. Stem cell origin of cancer and differentiation therapy. 2004, 51(1): 1-28.
45. Ural A, “Kök Hücreler”, *Türk Ortopedi ve Travmatoloji Birliği Derneği Dergisi*, 2006, 5:140-145.
46. Brustle O, Spiro AC, Karram K, Choudhary K, Okabe S, McKay RDG. “In vitro generated neural precursors participate in mammalian brain development”. *Proc. Natl Acad. Sci. USA*. 1997,94: 14809-14814.
47. Karaöz E, Ovalı E. *Kök hücreler*. Celepler Matbaası, Trabzon, 2004.
48. Dominguez-Cabello E, Martin-Rodriguez A, Perez-San-Gregorio MA,

Fernandez-Jimenez E, Bernardos-Rodriguez A, Perz-Bernal J. “Relatives’ mental health during liver transplantation process”, *Transplantation Proceedings*, 2012, (44): 2096-2097.

49. Yeşilipek MA. “Hematopoietic stem cell transplantation in children”. *Turkish Archives of Pediatrics*, 2014, 49: 91-98.
50. Kemer DY. *Pediatric onkoloji hastalarında semptomlara yönelik kullanılan tamamlayıcı sağlık yaklaşımları* (Tez), Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; Antalya, 2015.
51. Mangurian C, Packman W, Riano NS, Kearney J. “The need to support care givers during pediatric bone marrow transplantation (BMT): A case report”, *Palliative & Supportive care*, 2018, 16(3); 367-370.
52. THD, 10. Ulusal Kemik İliği Transplantasyonu ve Hücresel Tedaviler Kongresi Basın Bülteni 2019. Erişim: 21 Şubat 2021. <http://www.thd.org.tr/4/basindathd/839/10-ulusalkemik-iligi-transplantasyonu-ve-hucresele-tedaviler-kongresibasibul>.
53. Packman W, Weber S, Wallace J, Bugescu, N. “Psychological effects of hematopoietic SCT on pediatric patients, siblings and parents: a review”. *Bone Marrow Transplantation*, 2010, 45(7): 1134.
54. Yılmaz A. “Eşler Arasındaki Uyum: Kuramsal Yaklaşımlar ve Görgül Çalışmalar”. *Aile ve Toplum*, 2001; 4(4), 1-10. Erişim: 16 Şubat 2021 <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/198222>
55. Yıldırım İ. “Eş destek ölçeğinin geliştirilmesi”, *Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 2004, 3(22): 19-25.

56. Eker D, Arkar H, Yaldız H. “Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenirliği”, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2001, 12(1):17-25.
57. Don BP, Mickelson KD. “Paternal postpartum depression: The role of maternal postpartum depression, spousal support, and relationship satisfaction”, *Couple and Family Psychology: Research and Practice*, 2012, 1(4): 323-334.
58. Kluwer ES. “From partnership to parenthood: a review of marital change across the transition to parenthood”. *Journal of Family Theory & Review*, 2010, 2(2): 105-125.
59. Güzeloğlu B. *Özel Gereksinimli Çocuğa Sahip Ebeveynlerin Eş Destek ve Aile Yaşam Kalitesinin Umutsuzluk ve Stres Düzeyleri İle İlişkisinin İncelenmesi* (Tez) Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Eğitimde Psikolojik Hizmetler
Anabilim Dalı, Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; Ankara, 2019.
60. Woolfson L. “Family well-being and disabled children: A psychosocial model of disability-related child behaviour problem” *British Journal of Health Psychology*, 2004, 9(1):1-13.
61. Lundy HF. Parental stress, socioeconomic status, satisfaction with services, and family quality of life among parents of children receiving special education services. Georgia State University, Atlanta, 2011, US. Erişim tarihi: 10.11.2021. https://scholarworks.gsu.edu/cps_diss/64
62. Weiss JA, Cappadocia MC, MacMullin JA, Viecili M, Lunskey Y. “The impact of child problem behaviors of children with ASD on parent mental health: The mediating role of acceptance and empowerment”. *Autism*, 2012, 16(3):261- 274.

63. Lloyd T, Hastings RP. “Psychological variables as correlates of adjustment in mothers of children with intellectual disabilities: Cross-sectional and longitudinal relationships”. *Journal of Intellectual Disability Research*, 2008, 52(1): 37-48.
64. Jones L, Hastings RP, Totsika V, Keane L, Rhule N. “Child behavior problems and parental well-being in families of children with autism: The mediating role of mindfulness and acceptance”. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, 2014, 119(2): 171-185.
65. İlhan T. “Özel Gereksinimli 3–6 Yaş Çocukların Ebeveynlerinin Stres Düzeyleri ile Roller Arasındaki İlişki”. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Özel Eğitim Dergisi*, 2017, 18(3): 383-400.
66. Akman İ. “Stresin nedenleri ve açıklayıcı kuramlar”, *Türk Psikoloji Bülteni*, 2004, 10(35): 40-56.
67. Ateş AÇ. *Kanama Şikâyetiyle Acile Başvuran Abortus İmminens (Düşük Tehdidi) Tanısı Almış Çiftlerin Sosyal Destek Sistemleri İle Kaygı Düzeyleri Arasındaki İlişki* (Tez). Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Acil Tıp Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; Samsun, 2017.
68. Çavuşoğlu H. *Çocuk Sağlığı Hemşireliği*, Sistem Ofset Basımevi, Ankara, 2004: 14-19.
69. Patterson JM, Holm KE, Gurney JG. “The impact of childhood cancer on the family: A qualitative analysis of strains, resources and coping behaviors”, *PsychoOncology*, 2004, 13: 390-407.
70. Elçigil A. “Kanserli çocuk okula gidebilir mi?” *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2007, 11(2):40-46.
71. Maurice SH, Oort FJ, Last BF, Grootenhuys 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.

72. Alacacıoğlu A. *Kanser hastaları ve hasta yakınlarının depresyon, umutsuzluk ve kaygı düzeylerinin değerlendirilmesi* (Tez). Dokuz Eylül Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi; İzmir, 2007.
73. 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.
74. Toros F, Tot Ş, Düzovalı Ö. “Kronik hastalığı olan çocuklar, anne ve babalarındaki depresyon ve anksiyete düzeyleri”, *Klinik Psikiyatri*, 2002, 5: 240-247.
75. Barakat LP, Alderfer MA, Kazak AE. "Posttraumatic growth in adolescent survivors of cancer and their mothers and fathers", *Journal of Pediatric Psychology*, 2006, 31(4): 413-419.
76. Best M, Streisand R, Catana L, Kazak AE. "Parental distress during pediatric leukemia and posttraumatic stress symptoms (PTSS) after treatment ends", *Journal of Pediatric Psychology*, 2001, 26(5): 299-307.
77. Özbesler C. *Çocukluk Çağı Lösemileri ve Sosyal Destek Sistemlerinin Aile İşlevlerine Etkisi* (Tez), Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Doktora Tezi; Ankara, 2001.
78. Özkan S, Armay Z. “Psiko-Onkoloji: Yaş dönemleri ve Kanser”: Novartis Oncology. İstanbul, 2007.
79. Kızıler E. *Kanserli Çocuğu Olan Ailelerin Sosyal Destek Algısı, Umutsuzluk ve*

Başetme Davranışları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (Tez), Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi; Ankara, 2007.

80. Kalaycı E. *Çocuk Onkoloji-Hematoloji Polikliniğinde Tedavi Gören 8-12 Yaş Çocuklarda Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi (Tez)* Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; Nevşehir, 2019.
81. 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.
82. Schimizu K. “Effects of integrated psychological care for distress in cancer patients”, *Japanese Journal of Clinical Oncology*, 2013, 43(5): 451-457.
83. Kelleci M. “Kanser hastalarının umudunun geliştirilmesine yönelik hemşirelik girişimleri”, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2005, 6:41-47.
84. Sümbüloğlu V, Sümbüloğlu K. *Sağlık Bilimlerinde Araştırma Yöntemleri*, 5. Baskı, Hatipoğlu Yayınları, Ankara, 2004: 66-67.
85. Bilge A, Ögce F, Genç RE, Oran NT. "Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ)'nin Türkçe Versiyonunun Psikometrik Uygunluğu", *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2009, 2(25): 61-72.
86. Svavarsdottir K, Sigurdardottir A. “The feasibility of offering a family level intervention to parents of children with cancer”, *Scand J Caring Science*, 2005, 19: 368- 372.
87. 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): 160173.
88. Freund PJ, Harriet A, Boone HA, Jane H, Barlow JH, Lim CI. “Healthcare and early intervention collaborative supports for families and young children”. *Infants & Young Children*, 2005, 18(1): 25-36.
89. Emniyetli D. *Kanser tanısı ile izlenen çocukların ebeveynlerinin algıladıkları stres düzeyi ile kronik hastalık yönetimleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi* (Tez) İstanbul Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; İstanbul, 2008.
90. Uysal G. *Genetik hastalık ön tanısı/ tanısı ile izlenen çocukların ebeveynlerinin stres düzeyi ve stresle baş etme tarzlarının belirlenmesi* (Tez). Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; Ankara, 2009.
91. 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.
92. 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.
93. Karaaslan A. *Kanserli hastalara bakım veren aile üyelerinin bakım yükü ve algıladıkları sosyal destek düzeyi* (Tez). Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; Ankara, 2013.
94. Most DE, Fidler J, Laforce-Booth C, Kelly J. “Stress trajectories in mothers of young children with Down syndrome”, *Journal of Intellectual Disability Research*, 2006, 50(7): 501-514.

95. Sarı HY, Başer G, Molzan Turan J. “Experience of mothers of children with Down syndrome”, *Paediatric Nursing*, 2006, 18(4): 29-31.
96. Öden TN. *Konjenital kalp hastalığı olan çocuğa sahip ailelerin algılanan sosyal destek ile umutsuzluk ve yaşam kalitesi düzeyleri arasındaki ilişki* (Tez). Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; Aydın, 2016.
97. Aytekin A. *Doğumsal Kalp Hastalığı Olan Çocukların Ebeveynlerinin Ruhsal Sıkıntı ve Umutsuzluk Düzeyleri ile Algıladıkları Sosyal Destek Arasındaki İlişki* (Tez). Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; Erzurum, 2005.
98. 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.
99. Uludağ A. *Konjenital kalp hastalığı olan çocukların ebeveynlerinde bakım yükü ve yaşam doyumu ile algıladıkları sosyal destek arasındaki ilişki* (Tez). Atatürk Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; Erzurum, 2014.
100. Karabulut H. “Ergenlik döneminde çocuğu olan babaların baba katılımı ve eş destek düzeyleri arasındaki ilişkilerin incelenmesi”. *Psikoloji Çalışmaları/Studies in Pstchology*, 2017,37(2):1-17.
101. Gönültaş N. *Zihinsel ve fiziksel engelli çocuğa sahip ebeveynlerde algılanan sosyal destek ile bakım verme yükü arasındaki ilişkinin incelenmesi* (Tez). Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimleri Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, Klinik Psikoloji Bilim Dalı Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi; İstanbul, 2017.

102. Sabih F, Sajid WB. There is significant stress among parents having children with autism. *Rawal Medical Journal*, 2008, 33(2):214-216.
103. Kamarruddin K, Mamat N. “Stress among the parents of children with learning disabilities: A demograhical analysis”. *International Journal of Humaties Social Sciences and Education*, 2015, 2(9):194-200.
104. İşeri BN. *Kanserli çocukların annelerinin değerlendirilmesi* (Tez) Okan Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı; İstanbul, 2017.
105. Lisa MI, Kimberly S, Wendy NG, David MJ, “A pilot study comparing traumatic stress symptoms by child and parent report across pediatric chronic illness groups” *J Dev Behav Pediatr*. 2010, 31(9): 713-719.
106. Vrijmoet-Wiersma CMJ, Egeler RM, Koopman HM, Lindahl A, Norbergand MA. “Grootenhuis Parental stress before, during, and after pediatric stem cell transplantation: a review article”, *Support Care Cancer*. 2009, 17(12): 1435-1443.
107. Barrera M, Atenafu E, Andrews GS, Saunders F. “Factors related to changes in cognitive, academic and visual motor integration in children who undergo hematopoietic stem cell transplant”. *J Pediatr Psychol* 2008, 33: 536-546.
108. Al-Oran HM, Al-Sagarat AY. “Parenting stress of children with autistic disorder. *Open Access Library Journal*, 2016, 3(7):1-10.
109. Erdim L, Bozkurt G, İnal S. “Annelerin çocuklarının hastaneye yatışından etkilenme durumlarının araştırılması”, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2006, 9(3): 36-43.
110. Kumaş ÖA, Sümer HM. “Özel gereksinimli küçük çocuğu olan annelerin öz yetkinlikleri, yılmazlık düzeyleri ve stres düzeyleri arasındaki

- ilişkilerin belirlenmesi”, *Kastamonu Eğitim Dergisi*, 2019, 27(1), 163-173.
111. 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).
112. 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.
113. Fırat S. *Otistik ve zihinsel özürlü çocukların annelerinde, kaygı, depresyon, aleksitimi ve genel psikolojik değerlendirme* (Tez), Çukurova Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans Tezi; Adana, 2000.
114. Sarihan C. *Engelli Çocuğa Sahip Olan ve Olmayan Annelerin Aile İşlevleri ile Yalnızlık Düzeylerinin İncelenmesi*. Ankara Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi; Ankara, 2007.
115. Shin J, Nhan NV, Crittenden KS, Hong HTD, Flory M, Ladinsky J. “Parenting stress of mother and fathers of young children with cognitive delay in Vietnam”. *Journal of Intellectual Disability Research*, 2006, 50(10):748-760.
116. Yıldırım G, Gökteş SB, Köse S, Yıldız T. “Kemoterapi Tedavisi Gören Çocukların Annelerindeki Kaygı Düzeyleri”, *International Journal Basic Clinical Medical*, 2014, 2(2): 69-76.
117. Hui-Lu M, “Social support as mediator and moderator of the relationship between parenting stress and life satisfaction among the chinese parents of children with ASD”. *J Autism Deve Disord*, 2018, 48(4): 1181-1188.
118. Eker T. *Çocukluk çağı hematoloji ve onkoloji hastalarının ailelerinin*

stres, kaygı ve umutsuzluk durumlarının değerlendirilmesi (Tez). Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü; Anrkara, 2019.



Ek 1- VERİ TOPLAMA FORMU**I. Çocuk ve Hastalığa ilişkin bilgiler**

1. Yaşı
2. Cinsiyeti () Kız () Erkek
3. Tanı:.....
4. Tanıdan beri geçen süre:.....
5. Aldığı tedaviler (*birden çok seçenek işaretleyebilirsiniz*)
() Kemoterapi () Radyoterapi () İmmunoterapi () Diğer.....
6. Daha önce KİT yapıldı mı?
() Evet/kez () Hayır
7. Kemik iliği transplanstasyonu sonrası kaçınıcı gün?
8. KİT sonrası komplikasyon yaşadı mı?
() Evet () Hayır

II. Anne ve aileye ilişkin bilgiler

9. Anne yaşı
10. Anne öğrenim durumu () İlk/ orta okul mezunu () Lise mezunu () Üniversite mezunu () Lisansüstü mezunu
11. Anne çalışma durumu () Çalışıyor () Çalışmıyor () Ara verdi
.....
12. Başka çocuk var mı? () Var () Yok
13. Aile yapısı () Çekirdek aile () Geniş aile () Parçalanmış aile
14. Kaç yıldır evlisiniz?/yıl
15. Akraba Evliliği var mı? Akrabayız () Akraba değiliz ()
16. Yaşanılan yer () İl () Kasaba () Köy
17. Sosyo ekonomik durum () Gelir giderden az () Gelir gidere eşit () Gelir giderden fazla
18. Sosyal güvence varlığı () Var () Yok
19. Kronik bir hastalığınız var mı? () Evet..... () Hayır

20. Diğer aile üyelerinde (eş, çocuk) kronik bir hastalık var mı?

()Evet..... ()Hayır



EK-

2. EŞ DESTEĞİ ÖLÇEĞİ (EDÖ)

Aşağıdaki maddeler eşinizden algıladığınız destek ile ilgilidir. Her maddeyi, eşinizle olan ilişkinizi düşünerek madde karşısındaki “bana uygun, kısmen uygun, bana uygun değil” seçeneklerinden birini işaretleyerek cevaplandırınız.

		Ban a uygu n	Kısm en uygu n	Uygu n değil
1	Bana hoş espriler yapar.			
2	Yaptıklarımı destekler.			
3	Benimle olmak için zaman yaratmaya çalışır.			
4	Kazancını ve tüm eşyalarını benimle paylaşır.			
5	Başardıklarımı takdir eder.			
6	Bana sarılır, üzerime titrer			
7	Evimizle ilgili her türlü sorunla ilgilenir			
8	Benimle sohbet eder, dertleşir			
9	Bana yanımda olduğunu hissettirir			
10	Bana suçlayıcı, yargılayıcı davranır			
11	Beni hoş, eğleneceğim yerlere götürür			
12	Bana şefkat gösterir			
13	Hastalık, taşınma gibi durumlarda bana yardım eder			
14	Hatalarımı bana nazikçe gösterir			
15	Benimle alışverişe, sinemaya veya gezmeye gelir			
16	Beni sever, okşar			
17	Evimizle ilgili işlerde bana yardım eder			
18	Benim üstün, güçlü yönlerimi vurgular			
19	Görüş ve isteklerime önem verir			
20	Beni gerçekten anlamaz			
21	Bana gerçekten değer verir			
22	Bana değer verdiğini başkalarına hissettirir			
23	Beni üstün ve zayıf yönlerimle kabul eder			
24	Pek çok şeyini benden gizler, benimle paylaşmaz			
25	Sorunlarla başa çıkmamda bana yardım eder			

EK-

26	Verdiğim kararları destekler			
27	Sağlığımla yakından ilgilenir			

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

EK-

4. EBEVEYN BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Sevgili anne,

Sizi Doç.Dr. Gülzade Uysal danışmanlığında hemşire Sevtap Ekinci tarafından yürütülen “Kemik iliği transplantasyonu yapılan çocukların annelerinin algıladıkları eş desteği ile stres düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi” başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Araştırmada sizden tahminen 15-20 dk 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 içtenlikle 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 sevtapcelebii@gmail.com e-posta adresinden ulaşabilirsiniz. Araştırma tamamlandığında size özel sonuçların sizinle paylaşılmasını istiyorsanız lütfen araştırmacıya iletiniz.

Araştırmacının	Katılımcının
Adı-Soyadı: Sevtap ÇELEBİ	Adı-Soyadı:
İmzası:	İmzası:
e-posta:	e-posta:

Ek 5- İSTANBUL ACIBADEM ALTUNİZEDE HASTANESİ ETİK KURUL İZNİ

**ACIBADEM**
ÜNİVERSİTESİ

SAYI: ATADEK-2020/03
KONU: Etik Kurul Kararı

Sayın Sevtap EKİNCİ, Doç.Dr. Gülzade Uysal,

Sorumluluğunu yürüttüğünüz. **“Kemik iliği transplantasyonu yapılan çocukların annelerinin algıladıkları eş desteği ve stres düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi”** başlıklı proje 27.02.2020 tarih 2020/03 Sayılı Atadek Toplantısında görüşülmüş olup 2020-03/33 karar numarası ile tıbbi etik yönden uygun bulunmuştur.

Prof.Dr. İsmail Hakkı ULUS
ATADEK Başkanı

Karşıyaka Kampüsü Kayışdağ Caddesi 32 Kat:2020/03/33 Kararı
www.acibadem.edu.tr

ACIBADEM MEHMET ALİ AYDINLAR ÜNİVERSİTESİ
TIBBİ ARAŞTIRMALAR DEĞERLENDİRME KURULU (ATADEK)

Etik onay istenen tıbbi araştırmanın başlığı:

Kemik iliği transplantasyonu yapılan çocukların annelerinin algıladıkları eş desteği ve stres düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi

Etik onay istenen tıbbi araştırmanın yürütücüsü (sorumlusu):

Sevta EKİNCİ, Doç.Dr. Gülzade Uysal

Karar:

Kabul (Etik olarak uygun) (X) Revizyon ()* Etik olarak uygun değil ()**

Toplantı Tarihi:27.02.2020

Karar Numarası: 2020-03/33

Kurul Üyesi-Unvan Ad-Soyad	İmza	Karara	Karara
		Katılıyorum	Katılmıyorum***
Prof. Dr. İsmail Hakkı Ulus (Başkan)		(X)	()
Prof. Dr. Güldal Süyen (Başkan Yrd)		(X)	()
Prof.Dr. Murat Baş		()	()
Prof.Dr. Ükke Karabacak		()	()
Prof.Dr. İlyas Göz		(X)	()
Prof.Dr. A.Elif Eroğlu Büyükoğner		()	()
Prof.Dr. Berrin Karadağ		()	()
Doç.Dr. Günseli Bozdoğan		(X)	()
Doç.Dr. Fatih Artvinli		(X)	()
Doç.Dr. Emel Baloglu		(X)	()