

T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
ENGELLİ ÇALIŞMALARI ANABİLİM DALI
DOKTORA TEZİ



**PSİKOEĞİTİM PROGRAMININ ADÖLESAN
ONKOLOJİ HASTALARININ
ANNELERİNİN KAYGI DÜZEYLERİNE,
PROBLEM ÇÖZME VE ÇOCUKLARIN
YAŞADIKLARI SEMPTOMLARLA BAŞA
ÇIKMA BECERİLERİNE ETKİSİNİN
İNCELENMESİ**

EMEL UZ

TEZ DANIŞMANI
PROF.DR. ZÜLFİYE GÜL ERCAN

EDİRNE, 2025

Tezin Adı: Psikoeğitim Programının Adölesan Onkoloji Hastalarının Annelerinin Kaygı Düzeylerine, Problem Çözme ve Çocukların Yaşadıkları Semptomlarla Başa Çıkma Becerilerine Etkisinin İncelenmesi

Hazırlayan: Emel UZ

ÖZET

Bu araştırmada psikoeğitim programının adölesan onkoloji hastalarının annelerinin kaygı düzeylerine, problem çözme becerilerine ve çocukların yaşadıkları semptomlarla başa çıkma becerilerine etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır. Deneme modellerinden tek grup ön test-son test modelinde planlanan araştırmada veriler Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi, Çocuk Onkoloji-Hematoloji Kliniğine, onkolojik bir tanı nedeniyle müracaat eden, adölesan yaşta çocuğu olan annelerden toplanmıştır. Veri toplama aracı olarak; Kişisel Bilgi Formu, Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği, Problem çözme Envanteri-Kısa Formu, Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği ve Baş Etme Tutumları Değerlendirme Ölçeği (COPE-R) kullanılmıştır. Araştırmadan elde edilen verilerin analizinde tanımlayıcı analizler, ki-kare, t testi, ANOVA, Pearson Korelasyon testleri kullanılmıştır. Araştırma sonucunda adölesan onkoloji hastalarının annelerine uygulanan psikoeğitim programının annelerin kaygı düzeylerine etkisi olmamakla birlikte, problem çözme becerileri ile çocuklarının yaşadıkları semptomlarla başa çıkma becerileri üzerinde anlamlı düzeyde etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Psikoeğitim, Onkoloji, Adölesan, Kaygı, Problem Çözme, Semptom, Başa çıkma

Name of Thesis: Psychoeducation Program Investigation of the Effect of Adolescent Oncology Patients on the Anxiety Levels of Mothers, Problem Solving and Their Skills to Deal with the Symptoms Experienced by Their Children.

Prepared by: Emel UZ

ABSTRACT

This study aimed to examine the effect of the psychoeducation program on the anxiety levels of mothers of adolescent oncology patients, their problem-solving skills, and their children's ability to cope with the symptoms they experience. In the research planned in a single group pretest-posttest model, one of the trial models, data were collected from mothers with adolescent children who applied to Trakya University Health Research and Application Center, Pediatric Oncology-Hematology Clinic due to an oncological diagnosis. As a data collection tool; Personal Information Form, State-Trait Anxiety Scale, Problem-Solving Inventory-Short Form, Memorial Symptom Evaluation Scale and Coping Attitudes Evaluation Scale (COPE-R) were used. Descriptive analyses, chi-square, t test, ANOVA, Pearson Correlation tests were used to analyze the data obtained from the research. As a result of the research, it was concluded that although the psychoeducation program applied to mothers of adolescent oncology patients had no effect on the mothers' anxiety levels, it had a significant effect on their problem-solving skills and their children's ability to cope with the symptoms they experienced.

Keywords: Psychoeducation, Oncology, Adolescent, Anxiety, Problem Solving, Symptom, Coping

ÖNSÖZ

Doktora eğitimim ve uygulama süreçlerim esnasında; araştırmamın yapılmasında desteklerini, tecrübelerini ve motivasyonunu hiçbir zaman benden esirgemeyen ve yönlendiren, annelerin ve çocuklarının yaşadığı değişimlerde tüm duygu durumlarına benimle birlikte tanıklık eden, akademik olarak sistematik yaklaşım ve geri bildirimleri ile yol gösterici olan değerli danışmam hocam Prof. Dr. Zülfiye Gül ERCAN'a çok teşekkür ederim.

Bu yolculukta benimle birlikte olan başta ailem, yol arkadaşım eşim ve çocuklarıma sabır ve desteklerinden dolayı, annem, ailem ve çalışma arkadaşlarıma; Tez jürimde yer alan ve yön verici, yapıcı, kıymetli katkılarından dolayı hocam Doç.Dr. Gökhan ILGAZ'a, eğitimimin başından sonuna kadar desteğini esirgemeyen, çalışmamda yeni bir bakış açısı ve yön kazandıran, samimiyetini ve güvenini her zaman hissettiğim, beni cesaretlendiren, iyi ki bu alanda var olmamı sağlayan değerli hocam Prof. Dr. Yeşim FAZLIOĞLU'na, çocuk yoğunbakımda beni destekleri ile motive eden yol arkadaşlarım ve hematolojide çalışan ekip arkadaşlarıma, hastalık koridorlarında çocuklarına sınıksız sarılan ve gözlerindeki parlak ışıklarla çocuklarına bakan annelere, savaşçı çocuklarıma ve bende izi kalan tüm çocuklarıma....

İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	I
ABSTRACT	II
ÖNSÖZ.....	III
İÇİNDEKİLER.....	IV
TABLolar LİSTESİ.....	VI
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	VII
GRAFİKLER LİSTESİ.....	VIII
KISALTMALAR LİSTESİ.....	IX
 BÖLÜM 1.....	 1
GİRİŞ.....	1
1.1. PROBLEM	2
1.2. AMAÇ	4
1.3. ÖNEM	5
1.4. SAYILTILAR.....	7
1.5. SINIRLILIKLAR	7
1.6. TANIMLAR	7
 BÖLÜM 2.....	 9
KURAMSAL ALTYAPI ve İLGİLİ ÇALIŞMALAR	9
2.1. Çocukluk Çağı Kanseri, Tanımı, Çocuklar Üzerindeki Etkileri.....	9
2.1.2. Adölesan Döneminin Özellikleri	11
2.2.2. Kanseri Hastalığının Adölesanlar Üzerindeki Etkileri.....	14
2.3. Kanseri Hastalığının Aileler Üzerindeki Etkileri	17
2.3.1 Kaygı.....	25
2.3.2. Problem Çözme.....	28
2.3.3 Semptom Takibi.....	31
2.3.4 Başetme Yöntemleri.....	32
2.4. Kanseri Hastalığı ile Mücadele Eden Ailelere Yönelik Destek Programları ...	36
2.4.1. Psikoeğitim	37

2.4.2. Bilişsel Davranışçı Yaklaşımlar.....	40
2.4.3. Konu ile İlgili Yapılmış Çalışmalar.....	43

BÖLÜM 3..... 49

YÖNTEM..... 49

3.1. Araştırmanın Modeli.....	49
3.2. Çalışma Grubu.....	49
3.3. Veri Toplama Araçları.....	52
3.3.1. Kişisel Bilgi Formu.....	52
3.3.2. Durumluluk-Sürekli Kaygı Ölçeği.....	52
3.3.3. Problem çözme Envanteri-kısa formu.....	53
3.3.4. Baş Etme Tutumları Değerlendirme Ölçeği (COPE-R).....	54
3.3.5. Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği.....	55
3.3.6. Psikoeğitim Programının Geliştirilmesi.....	56
3.4. Verilerin Toplanması.....	73
3.5. Araştırma Süreci.....	75
3.6. Verilerin Analizi.....	76

BÖLÜM IV 79

BULGULAR ve TARTIŞMA..... 79

SONUÇ ve ÖNERİLER..... 104

KAYNAKÇA 106

EKLER..... 138

EK 1: Ölçek Kullanma İzni.....	138
EK 2: Kurum İzin Belgesi.....	142
EK 3: Etik Kurul İzni.....	143
EK 4: Araştırmada Kullanılan Ölçme Araçları.....	147

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 3.1. Annelerin demografik özelliklerine ilişkin bilgiler	50
Tablo 3.2. Kapsam Geçerlilik İndeks Tablosu	58
Tablo 3.3. Çalışma verilerinin çarpıklık ve basıklık değerleri	75
Tablo 4.1. Annelerin Durumluk-sürekli kaygı ölçeğinden aldıkları ön test-son test; öntest-kalıcılık; sontest -kalıcılık testleri ortalama puanların t- Testi sonuçları	79
Tablo 4.2. Annelerin Sosyal problem çözme ölçeğinden aldıkları ön test-son test; öntest-kalıcılık; sontest -kalıcılık testleri ortalama puanların t- Testi sonuçları	87
Tablo 4.3. Araştırmaya katılan annelerin (COPE-R) Başa Çıkma Ölçeğinden aldıkları ön test-son test; öntest-kalıcılık; sontest -kalıcılık testleri puan ortalamaları t- Testi sonuçları	92
Tablo 4.4. Annelerin Memorial semptom ölçeğinden aldıkları ön test-son test; öntest-kalıcılık; sontest -kalıcılık testleri ortalama puanların t- Testi sonuçları...	99

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1: Duygu ifadesi kartları	60
Şekil 2: Gönül kuşu	64



GRAFİKLER LİSTESİ

Grafik 1. Durumluluk Sürekli Kaygı Ölçeği Öntest-Sontest -Kalıcılık Düzeyleri	80
Grafik 2. Sosyal problem çözme ölçeği Öntest-Sontest- Kalıcılık Düzeyleri.....	87
Grafik 3. Baş Etme Tutumları Değerlendirme Ölçeği COPE-R Öntest-Sontest- Kalıcılık Düzeyleri	92
Grafik 4. Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği Öntets-Sontest-Kalıcılık Düzeyleri	99



KISALTMALAR LİSTESİ

- Ark.** : Arkadaşları
DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü
TÜİK : Türkiye İstatistik Kurumu
vb. : Ve benzer



BÖLÜM 1

GİRİŞ

Tanı ve tedavi seçeneklerinde gelişen iyileşmeler ile beraber, çocukluk çağı kanserlerindeki iyileşme oranları ve beş yıllık sağ kalım oranları tüm dünyada artmıştır (Arpacı ve Altay,2021). Kanser tanısı alan çocukların ve ergenlerin 5 yıllık sağ kalım oranı Türkiye’de %70.8’dir (Bhakta ve ark, 2019; Kutluk ve Yeşilipek, 2021). Tıbbi gelişmelere rağmen kanser, gelişmiş ülkelerde çocukların ikinci ölüm nedeni iken, Türkiye’de çocukların üçüncü ölüm nedeni olarak bildirilmiştir. Türkiye’de 2009’dan 2018 yılına kadar son 10 yılda 15.713 kanser vakası bildirilmiştir (Kutluk ve Yeşilipek, 2021).

Sağ kalım oranındaki iyileşmeler; büyük ölçüde yoğunlaştırmış terapilerle birlikte kullanılan cerrahi, kemoterapi, radyasyon ve hematopoetik kök hücre nakilleri ile sağlanmaktadır. Bu tedaviler çocukluk çağı kanserlerinde ölüm oranını azaltırken, erken dönem ve geç dönem olarak birçok hastalık belirtilerinin görülmesine de neden olmaktadır (Klassen, Anthony, Khan, Sung, Klaassen, 2011; van Dijk-Lokkart ve ark., 2016). Tüm bu semptomlar da çocukları fiziksel, psikolojik ve entelektüel düzeyde etkileyerek yaşam kalitesini bozmaktadır (Fazelniya, Najafi, Moafi ve Talakoub, 2017; Yağcı Küpeli, Akyüz, Küpeli ve Büyükpamukçu, 2012).

Çocuğun, kanser tanısı alması ve tedavisinin başlamasıyla beraber yaşam kalitesinin azaldığı görülmektedir (Coça, Bergmann, Carrara de Angelis, Ferman ve Ribeiro, 2019; Fazelniya ve ark.2017; Müller, Krauth, Gerb ve Rosenbaum, 2016). Bunun nedenleri arasında kansere verilen tepkileri ve yaklaşımın etkili olduğu bilinmektedir.

Çocuğun, ailesinin ve yakın ilişkide olduğu tüm çevresinin hastalığa karşı tepkileri hastalığın seyrini etkileyecek potansiyele sahip faktörleri içerdiğini göstermektedir (Avcı, 2019).

Çocukluktan yetişkinliğe geçişin olduğu adölesan döneminde fiziksel, sosyal ve psikolojik birçok değişim yaşanmaktadır (Aytekin ve Köse, Bellizzi ve ark., 2012; Bibby, White, Thompson ve Anazodo, 2016; Ferrari ve ark., 2014; Phillips ve Jones, 2014). Kanser gibi ciddi bir hastalığın başlangıcı adölesanlarda beden imajında bozulma, yaşıtları tarafından kabul edilmeme (Yatsıbaş, Kurt ve Savaşer, 2011; Yeh, 2002), arkadaş ilişkilerinin bozulması, bağımsızlığın kaybolması, cinsellik algılarının değişmesi, yaşadıkları değişimlerin kalıcı olacağı, iyileşip iyileşemeyecekleri belirsizlikleri ve tekrar kanser olacaklarını düşünmeleri (Gibson, Aldiss, Horstman, Kumpunen ve Richardson, 2010), geleceğe dair planların değişmesi olarak algılanmaktadır (Belpame ve ark., 2015; Çalışkan, 2020; Masterton ve Tariman, 2016). Adölesanlarda bu durum stres, depresyon ve uyumsuzluk yaratmaktadır (Fauske, Bondevik, Bruland ve Ozakinci, 2015). Adölesanların hastalığa karşı tutumları ve bu yeni süreçteki uyumları değişiklik gösterebilir (Gemalmaz ve Avşar, 2015). Bu nedenle ebeveynlerin özellikle onlarla en fazla zaman geçiren annelerinin adölesanların tepkilerini tanımlamaları, onları dinlemeleri, onlara zaman tanımları ve onların ihtiyaçlarını karşılamak için kaygılarının makul seviyede tutmaları, başa çıkma becerilerini geliştirmeleri ve öz yeterliliğe sahip olmaları önemlidir (Belpame ve ark., 2015; Çalışkan, 2020; Kürtüncü ve Demirbağ, 2013). Bu hedefleri doğru şekilde gerçekleştirebilmeleri için de ebeveynlerin çocuklarının karşılaştıkları semptomları nasıl yönetmeleri gerektiğini bilmeleri önemlidir.

1.1. PROBLEM

Kanser hastalığının uzun ve bilinmez seyri, tedavi güçlüklerine rağmen hastalığa karşı elde edilen sağ kalım oranındaki artışla kronik hastalıklar içerisinde kabul edilmektedir. Kronik hastalıklarda uygulanan tedavi girişimlerinin uzun ve karmaşık yaklaşımları kapsamıyla birlikte psikososyal açıdanda yıpratıcı niteliktedir. Bu süreci sadece hastanın kendisinin değil hastanın ailesi ve yakın çevresinde etki ve yansımaları olduğundan tüm aileyi etkileyen bir aile hastalığına dönüştürmektedir (Mc Cubbin ve ark., 2002; Nelson ve ark., 2006).

Kanser hastalıklarının yaşamı tehdit etmesi, tedavi süresinin uzun ve bilinmez olması, aile üyelerinin günlük ihtiyaçlarını ve alışkanlıklarını değiştirmekte, yaşam kalitelerini bozmakta, kişiler için uyum ve başetme mekanizması geliştirmek zorunda oldukları yeni durumlarla karşılaştırmaktadır (Uğurlu, 2020).

Çocukluk çağı kanserlerinde hastalık, teşhis ve tedavi süreciyle ilgili belirsizliklerden, hastane yaşamındaki olası zorluklardan kaynaklanan endişeler nedeniyle hastanelere korkuyla girilmektedir. Hiç beklenmeyen bir anda alınan tanı sonrası, hemen tedavi uygulamalarının başlaması, ailenin ve çocuğun alışık olmadıkları koşullarda tüm aile ve yakın çevresinden uzaklaşmaları nedeniyle kendilerini yalnız ve çaresiz hissetmektedirler. Hastalığın ve tedavinin yan etkilerine bağlı olarak günlük yaşam için gerekli olan olanaklarından, alışkanlıklarından ve arkadaşlarıyla ilişkilerinden de yoksun kalmaktadırlar (Taşkıran Tepe, 2019).Yapılan çalışmaların çoğunda beden imajında bozulma, kontrol kaybı, benlik saygısında azalma, gelecek kaygısı, tekrar nüks korkusu gibi çocuğun yaşam kalitesini doğrudan olumsuz olarak etkileyen psikososyal sorunların farklı düzeylerde yaşandığı görülmektedir (Çalışkan, 2020; Elçigil ve Tuna, 2011; Kazak ve ark., 2004; Uğur ve Bal Yılmaz, 2023; Weiner ve ark. 2024).

Hastalık başlamasıyla birlikte ailelerinde tıpkı çocukları gibi, hastalığın tanı almasından itibaren; çaresizlik, suçluluk duyguları, bakım vermeye ilişkin kaygılar duymakta, çocuklarını kaybetme korkusu, yorgunluk, rol çatışması ve sosyal izolasyon gibi sorunlar yaşayabilmektedirler (Uğurlu, 2020). Özellikle çocuklarını kaybetme riski aileler için büyük bir endişe oluşturmaktadır. Genellikle tüm ihtiyaçlarını karşılayan olarak annelerde bu süreci birlikte geçirmeleri, çocuklarının kendilerine tedavi sürecindeki bağımlılıklarından dolayı, çocuklarının yeniden okula devamlılığı, sosyal yaşamları ve geleceğe dair kaygıları olmaktadır. Bununla birlikte işe gidememe ve sosyal yaşamın kesilmesi zorunluluğu gibi nedenlerle annelerde kendine üzülmeye, umutsuzluk, depresyon, duygu durum ve yas tepkileride görülebilmektedir (Atagün ve ark., 2011; Dinç, 2012; Oğuzhan ve Erdem, 2012; Uğurlu, 2020).

Çocukluk çağı kanserlerinin ebeveynler üzerindeki psikososyal etkilerine bakıldığında çok çeşitli duygusal ve davranışsal tepkilerin tanı ile birlikte olduğu görülmektedir (Ay, 2019; Creswel ve ark., 2014; Kohlsdorf ve Costa Junior, 2012). Özellikle annenin eşi ve diğer çocuklarıyla olmanın yanında çocuğunun kanser olduğunu bilmesi tüm ailenin hayatların da rol karmaşasına, belirsizliklere ve yeniden şekillenmesine neden olmaktadır (Young ve ark., 2002). Yeni rollerin gerektirdiği davranışların yerine getirilebilmesi durumundada diğer rollerin eksik ve tamamlanamamasına neden olmaktadır. Bundan dolayı çocuğun kanser tanısı alması ile birlikte anne ve babalarının hayatlarında da etkileri görülmektedir (Kaatsız ve Öz,2020).

Kanser hastalığı, hayatı alt üst eden, her alanına etki eden beraberinde psikososyal olarakta sosyal ve duygusal sorunları getirmektedir. Bu psikososyal sorunların başı, kaygı yaşayan annenin; öncelikle çocuğunu kaybetme korkusundan kaynaklanmaktadır. Bunun yanı sıra uzun hastane yatışları, ortam yabancılığı, klinikte yaşanan günlük olaylar ve rutin, kaygı artışını devam ettirmektedir (Çavuşoğlu, 2013). Ekonomik yetersizlikler, düşük eğitim düzeyi, diğer sağlıklı çocuklar, hastalığın seyriyle ilgili yetersiz bilgi ve ebeveynlerdeki sorun çözme ve başa çıkmadaki yetersizlikleri kaygı düzeyini negatif yönde etkilemektedir (Çöp ve ark., 2016; Oğuzhan ve Erden, 2012). Bu süreçte aileleri ve çocukları yeterince bilgilendirilmiş olan kanser hastalarında hem yaşamları üzerinde daha az kontrol kaybı yaşadıkları (Çalışkan, 2020), hem de çevreden ve aileden aldıkları sosyal desteğin daha çok olduğu ifade edilmektedir (Taşkiran, 2010).

1.2. AMAÇ

Bu tez çalışmasında adölesan onkoloji hastalarının annelerine yönelik hazırlanan Psikoeğitim programı ile annelerin kaygı düzeylerini azaltmak, problem çözme becerisini artırmak ve çocuklarının yaşadıkları semptomlarla başa çıkma becerilerini desteklemek amaçlanmıştır.

Araştırmanın Alt Amaçları

Bu amaç doğrultusunda aşağıda ifade edilen sorulara cevap aranmaktadır.

- 1- Uygulanan psikoeğitim programı annelerin kaygı düzeylerinde anlamlı bir farklılık yaratmakta mıdır?
- 2- Psikoeğitim programı annelerin problem çözme becerilerinde anlamlı bir farklılık yaratmakta mıdır?
- 3- Psikoeğitim programı çocukların yaşadıkları semptomlarla baş etmelerinde annelerin becerilerinde anlamlı bir farklılık yaratmakta mıdır?
- 4- Araştırmaya katılan annelere verilen psikoeğitim programı anlamlı bir şekilde kalıcılık sağlamakta mıdır?

1.3. ÖNEM

Çocukluk çağında tanı koyulan kanserlerin aileler üzerindeki psikolojik etkilerini değerlendiren çalışmalarda tanı kaynaklı davranış ve psikolojik tepkilerin olduğu görülmektedir (Ay, 2019; Creshwel ve ark, 2014; Kohlsdorf ve Costa Junior, 2012). Ailelerin strese dayalı psikolojik tepkilerinin özellikle tanıdan hemen sonra yükselme göstermesi ve annelerde görülen belirtilerin babalara oranla daha yüksek bulunduğu bildirilmiştir (Ay, 2019; Kohlsdorf ve Costa Junior, 2012). Kanser hastası çocuğa sahip olan anne ve babalarda depresyon gibi psikolojik sorunların, sağlıklı çocuğa sahip anne ve babalara oranla beş kat daha fazla bulunmuştur (Ay, 2019; Creshwel ve ark., 2014). Aile bütünlüğü ve işlevselliğinin bozulması, rol değişimleri, korkuları, umutsuzluk ayrıca yalnızlık duygularının yaşanması, kendilerini suçlamaları, kızgınlık ve keder ile başa çıkamaması gibi durumlar bulunmaktadır. Bununla birlikte başta depresyon olmak üzere travma sonrası stres bozukluğu, anksiyete bozuklukları ve bazı psikiyatrik bozukluklar ortaya çıkabilmektedir. Bu nedenle ailelerde kopmalar, parçalanma ve boşanma oranlarının yükselmesine sebep olmaktadır. Psikososyal açıdan ailelerin desteklenmesi bu nedenle çok büyük önem taşımaktadır (Mc Grath ve ark., 2005; Meral, 2019).

Psikoeğitim, hastalıklarda; kişilerin, hastalıklara karşı gösterdiği duygusal yanıtları, hastalığa uyumu ve tedaviye iş birliğini sağlamaya yönelik, baş etme becerilerini geliştirme olarak yapılandırılmış eğitsel müdahaleler olarak uygulanmaktadır (Boyd ve Nihard, 1998; Donker ve ark. 2009; Lukens ve Mcfarlane, 2004; Rummel ve ark., 2006; Şengün ve ark., 2011). Psikoeğitimde amaç, hasta ve yakınlarının problemleri ve acizlikleriyle baş etmelerini geliştirmeye yönelik odaklanması bu süreçte hastalığa karşı; hastayı, aileyi ve yakın çevresini güçlendirmek istenmektedir (Griffiths ve Smith 2010; Rummel ve ark. 2006; Şengün ve ark., 2011). Bu hedefler doğrultusunda; bilgi ve davranış değişikliği sağlanabilmesi, problemlerle başedebilme, hastalığını anlamasına izin vermek ve destek olmak, öz bakım gereksinimlerini devam edebilmesini sağlamak, hayat kalitesini artırmak, tedavi ve girişimler nedeniyle gelişebilecek komplikasyonlardada etkin olabilmek ve önlemek için işbirliği içinde davranmak gereklidir (Bercaw 2000; Blair ve Rainones, 1997; Cunningham ve ark., 1999; Swaminath 2009; Şengün ve ark., 2011). Etkili bilişsel ve davranışsal tekniklerin öğretilerek, hasta ve ailesinin umudunu, yaşam kalitesini arttırmakla aile yükünü ve stresini azaltmak, tedaviye iş birliği ve uyumuda arttırmak hedefler arasındadır (Swaminath, 2009; Şengün ve ark., 2011; Yurtsever ve ark., 2001). Psikoeğitim müdahalelerinin kullanım alanları (kanser, diyabet, psikolojik gibi) birçok alanda kullanılmaktadır. Kolay uygulanan programlar ile, problem çözme becerilerinin gelişimi, hastalık ile ilgili karar verme şeklinde, katılımın kolay olması bu programların tercih edilemesinin nedenlerinden sayılabilir (Fawzy ve ark., 1997; Lukens ve Mcfarlane, 2004; Üstün, 2016; Yurtsever ve ark. 2001). Zorlu ve uzun hastane süreçlerinin maliyetli olması nedeniyle kısa süreli eğitimle desteklemiş hastane tedavilerinin hastalıkla ve tedavi yöntemlerinde de başarılı olduğu, baş etme becerilerini geliştirdiği ve kullanılabilir bir yöntem olduğunu göstermektedir (Aydın, 2023; Sarıcaoğlu ve Avcı, 2021; Şengün ve ark., 2011; Zengin ve ark., 2022). Psikoeğitimin eğitsel ve psikoterapötik müdahaleleri dahilinde olan teorik ve pratik yaklaşımlarla, hastalık ile başetmede kullanılmaktadır (Üstün, 2016). Tıbbi tedavilerde hedeflenen yaklaşım; hastalık üzerine odaklanmaktır. Psikoeğitimdeki temel bakış açısında bütüncül bir yaklaşım ile sağlık içerisinde iş birliği sağlayarak hasta ve yakınlarını desteklemek olan yetkinlik temelli bir müdahale olarak bakılmaktadır (Lukens ve Mcfarlane, 2004; Üstün, 2016).

1.4. SAYILTILAR

Katılımcıların ölçek değerlendirmelerine vermiş oldukları cevapların içten ve gerçeği yansıtmakta olduğu varsayılmaktadır.

1.5. SINIRLILIKLAR

Araştırma Edirne ilinde yer alan Trakya Üniversitesi Hastanesi Çocuk Onkoloji Kliniğinde tedavi gören adölesan çocukların anneleriyle yapılacaktır. Araştırma popülasyonunun bir hastane ile sınırlı olması, çalışma sonuçlarının genellemesinde bir sınırlılık oluşturacaktır. Araştırmaya dahil olma kriteri taşısa da çocuğa bakım veren ebeveynin baba, hala ve abi gibi değişen durumlar nedeniyle tüm hastalara ulaşım gerçekleştirilememiştir. Ayrıca Trakya bölgesinin merkez hastanesi olması dolayısıyla yabancı uyruklu hasta ve yakını ile karşılaşmış fakat net iletişim kurulamaması nedeniyle kapsam dışında bırakılmak zorunda kalınmıştır.

1.6. TANIMLAR

Lösemi: Kemik iliğinin anormal şekilde çoğalan hücrelerle dolması ile bu hücrelerin kana ve tüm dokulara yayılması sonucu, belirti veren ve kan kanseri olarak adlandırılan lösemi, malign (kötü huylu) bir hastalıktır (Türk Hematoloji Derneği).

Lenfoma ve Miyelom: Bağışıklık sistemi hücrelerinde başlayan kanserdir.

Merkezi Sinir Sistemi Kanseri: Beyin ve omurilik dokularında başlayan kanserdir.

Sarkoma: Kanserin kemik, kıkırdak, yağ, kas, kan damarları veya diğer bağ ve destek dokularında başlamasıdır. İç organlardaki kas ve bağ dokularında da oluşabilir.

Karsonima: İç organları kapsayan ve çevreleyen dokularda veya deride başlayan kanserlerdir.

Wilms tümörleri: Karın içinde görülen böbrek tümörlerini taklit eden embriyolojik bir tümördür (Türk Kanser Derneği).



BÖLÜM 2

KURAMSAL ALTYAPI ve İLGİLİ ÇALIŞMALAR

2.1. Çocukluk Çağı Kanseri, Tanımı, Çocuklar Üzerindeki Etkileri

Tüm dünyada ölümün önemli nedenlerinden olan kanser, hücrelerin anormal şekilde farklılaşması ve kontrolsüz olarak çoğalmasıyla karakterize önemli bir hastalık grubudur (Akkoç ve Toplu, 2016; Terzi ve Güran, 2012). Hastalık, ölümü ve yaşamı karşı karşıya getiren ve üzerindeki etkin kontrolünde sınırlılığını sembolize ettiği için kanser korkutucu bir hastalık olarak algılanmaktadır. Gyllensköld (1974) kanseri; “doğrudan doğruya ölümle ilişkili olduğu, sinsice hareket ettiği, nedenleri pek açıklanamadığı, zamanla kontrolü güçleştiği, büyük ızdıraplara neden olduğu, bireyi sosyal yönden damgaladığı ve izole ettiği için diğer kronik hastalıklardan daha tehdit edici” bir hastalık olarak tanımlamıştır (Biçer-Kanat ve Yılmaz-Özpolat, 2016). Yetişkinlikte görülen kanser türlerine göre çocukluk çağı kanserlerine sebep olan kötü huylu tümörler, hastalığın başlangıcı, belirtileri, seyri, iyileşme süresi, tümör yapısı ve yerleşim yeri gibi yönleri ile belirgin olarak farklılık gösterirler. Tüm kanser tipleri içerisinde çocukluk çağı kanserlerinin görülme oranı %2 ve % 85’i de gelişmekte olan ülkelerde görülmektedir (Arıcıoğlu, 2024; Büyükpamukçu, 2017; Mingir, 2022).

2021 WHO raporuna göre çocukluk çağı kanser türleri arasında; lösemiler, beyin kanserleri, lenfoma, nöroblastoma ve Wilms tümörleri gibi katı tümörler yer almaktadır. Her yıl, 0-19 yaş aralığındaki yaklaşık 400.000 çocuk ve ergenin kansere yakalandığı tahmin edilmektedir. Geliri yüksek ülkelerde kapsamlı hizmetlerin olduğu, çocukların %80 'inden fazlası iyileşmekte, düşük ve orta gelirli ülkelerde %30 'dan azı iyileşmektedir. Düşük ve orta gelirli ülkelerdeki sağlık oranlarının düşük olmasının nedenleri olarak da; tanı gecikme, doğru tanı alamama, erişilemeyen tedavi, tedavinin terk edilmesi, toksisiteden (yan etkiler) ölüm ve önlenemez nüksetme sayılmaktadır. Dünyada en yüksek oranı lösemi %34,1 ile, beyin ve sinir sistemini

etkileyen kanserler %18,1 oranla takip etmektedir (Jin ve Lyu, 2020). Dünyada olduğu gibi ülkemizde de lösemilere en fazla rastlanılmaktadır. Çocukluk çağında görülen kanserlerin %30'unu lösemi oluşturmaktadır. Türk Kanser Derneği verilerine göre; ülkemizde ikinci sırada lenf bezi kanserleri (Hodgkin ve lenfoma) yer alırken bunları sırasıyla sinir sistemi tümörleri, nöroblastoma, Wilms tümörü ve yumuşak doku kanserleri (rabdomiyosarkoma) izlemektedir. Göz, karaciğer, kemik ve cilt kanserleri ise çocuklarda daha az görülmektedir. Gelişen ilaç ve teknolojilere sahip olmak çocukluk çağı kanserlerinde sağkalımı iyileştirebilir hale getirebilmektedir.

Kanserde erken tanının önem kazanması, yeni tanı yöntemlerinin bulunması, kemik iliği transplantasyonundaki gelişmeler, yeni kemoterapi kürleri sağ kalım oranlarını ve beklenen yaşam süresinin arttırdığı kanserin ölümcül hastalıklardan kronik hastalık olarak kabul edilmesini sağlamıştır (Bag, 2013; Greenlee ve ark., 2000; Wallace ve ark., 2001). Bu nedenle gelişmekte olan ülkeler içinde; gelişen teknolojinin takibi, tam kapsamlı onkoloji hizmetleri, bilgi ve kaynakların paylaşımı, deneyim ve tecrübenin yaşam sürelerinin uzatılması konusunda önemi vurgulanmaktadır. Bu amaçlara ulaşmada onkolojide farklı disiplinlerin birarada çalışması ve iş birliği yapılması alana büyük katkılar sağlayacaktır (Tuna ve ark., 2012).

Kanserli çocukların yaşam süresinin uzaması ve iyileşme oranlarının artmasına karşın tedavi bittikten sonra da kanserin ve tedavinin getirdiği sorunlar bitmemekte, çocuk ve ailesinin yaşam kalitesini etkilemektedir (Ream ve ark, 2006; Yakar ve Pınar, 2013). Çocukların yaşam kalitesini hastalık ve tedavinin getirdiği sorunlar etkilemekte, bunlarla başa çıkma becerisi de yaşla birlikte değişmektedir. Bu sorunlar her yaş döneminde farklılıklar göstermekle beraber adolesan dönemde önemini korumaktadır (Aksungur, 2009; Göçgeldi ve ark., 2008; Kaatsch, 2010; Yakar ve Pınar, 2013).

2.1.2. Adölesan Döneminin Özellikleri

Adölesan dönem, çocukluk ile yetişkinlik arasında olan ve aynı zamanda hayata hazırlık olarak da tanımlanmaktadır (Ay, 2019; Karaman, 2022; Tuna, 2010). Anlamını kendisinden önce ve sonra meydana gelen olaylardan alan ergenlik (Bruk, 2014), sosyal ve biyolojik açıdan en çok değişimin yaşandığı bireyin ve ailesinde bu değişimi farkettiği gelişim dönemlerinden biridir. Çocukluktan yetişkinliğe geçiş, insan hayatındaki en önemli ve zorlu dönemlerden biridir. Bu süreçte yetişkinliğin temeli atılmakta, fiziksel ve zihinsel gelişim ve değişim gözlenmektedir. Bu gelişim dönemine ergenlik dönemi veya adölesan dönem olarak adlandırılmaktadır (Bakıcı, 2021). Adölesan bireyin bağımsızlığını ve sosyal üretkenliğini kazandığı hızlı bir biyolojik, fiziksel gelişimle beraber cinsel ve psikososyal olgunlaşmaya başladığı dönem olarak da tanımlanmaktadır (Santrock, 2014). Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) tanımında adölesan 10-19 yaşları arasını kapsar. DSÖ 2019 verilerine göre de dünyada nüfusunun % 42 'si 25 yaşın altında olup, bu gençlerin yaklaşık 1,2 milyarı 10-19 yaşları arasındaki adölesanlardan oluşmaktadır. Türkiye 'deki genç nüfus Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) (2022) verilerinde; 2022 yılı sonu itibarıyla Türkiye'nin toplam nüfusu 85 milyon 279 bin 553 kişi iken, 15-24 yaş aralığındaki genç nüfus 12 milyon 949 bin 817 kişi oldu. Toplam nüfusun %15,2'sini oluşturan genç nüfusun %51,2'sini erkek nüfus, %48,8'ini ise kadın nüfus oluşturmaktadır. Genç nüfusun toplam nüfus içindeki oranının 2030 yılında %14,0, 2040 yılında %13,4, 2060 yılında %11,8 ve 2080 yılında %11,1'e düşeceği öngörülmektedir (TÜİK, 2022).

Ergenliğe büyüme ve olgunluk dönemi de denmekle beraber bu dönemde bireyin vücuduna olan ilgi artmaktadır. Gelişen beden algısı ergene mutluluk verebildiği gibi mutsuzluk da verebilmektedir. Çeşitli spor dallarına, bilime, farklı eğitim dışı faaliyetlere yönelişin arttığı bu döneme politika ve dünya olaylarına karşı düşünce geliştirme de eşlik eder. Bununla birlikte, inatçılık, bencillik, aile ve arkadaşlıklarla kötü ilişki ve duygusal gelişmemişlik bu dönemin olumsuzlukları arasında sayılabilmektedir. Bu dönemde beyinde ve nöroendokrin sistemde de birçok değişiklik meydana gelir. Hormon değişiklikleri, vücut büyümesi ve üreme sistemi

farklılaşması bu değişikliklerden birkaçıdır (Akçan Parlaz ve ark., 1999; Karaman, 2022).

Ergenlik belirtilerinin başlamasıyla birlikte çocukluktan yetişkinliğe kademeli geçiş sürecinde fiziksel değişikliklerle birlikte, aynı zamanda önemli psikolojik ve sosyal değişikliklerde yaşanmaktadır. Belirginleşme çabası içerisinde olan ergen bireyler kendi kararlarını alma, verme ve seçim yapma konusunda daha az çatışma yaşamakta, sorunları çözmek için daha gerçekçi ve hedefe yönelik çözümler sağlamaktadır. Bununla beraber bu dönemde iş ve kariyer seçimleri, geleceğe yönelik karar verme süreçleri kaygılarını ve çatışmalarını daha da artırmıştır (Altay ve ark., 2018; Karaman, 2022; Vassigh, 2012). Ergenlik döneminde yaşanan değişimlerin ve sorunların anlaşılabilmesi, zamanında uygun müdahalelerin yapılmaması, ergenlerin tüm yaşamlarını olumsuz yönde etkileyebilecek pek çok riskli davranışa yönelmesine neden olabilmektedir (Şanver ve Özvarış, 2023).

Ergenlik, erken ergenlik (11-14 yaş), orta ergenlik (14-17 yaş) ve geç ergenlik (17-21 yaş) olmak üzere üç döneme ayrılmaktadır (Uzun ve Boyalı, 2020; Civelek, 2022).

Erken adölesan dönemi: 10-14 yaş aralığı içerisinde kalan bu dönemde daha çok fiziksel ve davranışsal değişikliklerin özellikle kız çocuklarında daha belirgin olduğu görülmektedir (Karaman, 2022). Bu dönemin en önemli özelliği puberteyle birlikte ortaya çıkan biyolojik değişikliklere karşı uyum ve baş etme çabalarıdır (Civelek, 2022). Kızlarda menarj, erkeklerde sperm üretimi sekonder seks karakterlerinin gelişimiyle başlamaktadır (Doğaner ve Aydoğan, 2018; Eker, 2019). Bu dönemde bedensel değişimleri nedeniyle ilgi odaklarında cinsel kimlik ve cinsel eğilimler başlar. Adölesanların cinsel kimlik edinmeye başlayıp, gelişimi kabullendiği bu dönemde, soyut düşünebilme yetisi kazanmaya başlamasına rağmen, yaşadıkları sosyal ve biyolojik hızlı gelişim sonucunda karmaşa yaşarlar (Eker, 2019). Bu sebeple de kendilerine yaşadıkları değişim ve sosyal çevresiyle uyumlu rol model arayışına girerler. Yaşıtları ve arkadaş grupları aileden daha önde tutulur ve kendini bağımsız hisseder. Bu durumun altında gruba ait olma, kabul edilme, sevmeye ve sevilme gibi duygular yatmaktadır (Çakar, 2014). Hızlı ve ani değişimlere uyum gösteremeyen

erken dönem adölesanlar; depresyon ve kaygı gibi psikolojik sorunlarla karşı karşıya kalabilirler (Akbaş ve Taşdemir Yiğitoğlu, 2021). Bu dönemde duygusal değişimlerden en çok etkilenen kız çocuklarında beden imajı değişimi, düşük benlik saygısı, yüksek depresyon ve yeme bozuklukları gibi olumsuzluklar yaşayabilmekte iken erkekler içinse ruh sağlığını genelde olumlu yönde etkilemektedir (Christie ve Viner, 2005; Karaman, 2022; Yörükoğlu, 2008).

Orta adölesan dönemi: 15-17 yaş aralığı içinde olan bu dönemde bilişsel gelişimin tamamlanıp, fikirlerin rahatlıkla ifade edildiği, genellemelerin hakim olduğu ve soyut düşünebilme yetisinin başladığı dönemdir (Karaman, 2022). Ergenlik belirtileri ve bireylerin pubertal değişikliklerin tamamlandığı görülmektedir. 15 yaşındaki kız ve 17 yaşındaki erkek adölesanlarda, erişkin boy uzunluğunun %99'u tamamlanmıştır. Artık değişimlere uyum sağlayıp daha farklı kimlik arayışı çabalarına girilmektedir. Yaratıcılık ve entellektüelliği artan orta adölesanın, iletişimleri artarken iş ve idealist yaklaşımlarından uzaklaşmaya başlarlar. Orta adölesan dönemde dikkat çeken konu cinsel kimlik gelişimidir. Cinsiyetlerine uygun davranılıp buna uygun sosyal roller edinimleri bu dönemi tamamladıklarının göstermektedir. Bu dönemde dikkat edilmesi gereken şeylerden biriside güçlerinin her şeye yettiğine inanabilir ve riskli davranışlarda bulunabilirler. Aile ile ayrışma süreci, bağımsızlık-bağımlılık mücadelesi ve otorite ile çatışma bu dönemde başlayabilir (Mukaddes, 2000; Yiğit, 2009; Civelek, 2022).

Geç adölesan dönemi: 18-21 yaş arası geç ergenlik dönemi olup bu dönemde, büyüme ve gelişmenin tamamlanması ile endişeler yatışmış ve ergenliğin başından beri yaşanan duygular, beceriler, özdeşimler harmanlanarak bir kimlik duygusu oluşmuştur (Civelek, 2022). Arkadaş gruplarının önemi değişip; grup arkadaşlıkları daha öznel arkadaşlıklara yerini bırakıp, kendi kimlik ve değerleriyle topluma uyum sağlarlar. Bu dönemin en önemli özelliği, kimlik kazanımıdır. Sosyal ilişkilerin güçlendiği, sanatsal arayışların yoğunlaştığı bu dönemde kişiler, kendilerini bir gruba ait hissetmektedirler (Derman, 2008; Karaman, 2022).

Adölesan dönemlerinde çocukluktan erişkinliğe geçiş, bireyin değişen bedenine, duygularına ve sorumluluklarına uyum sağlayabilme sürecidir. Bu hızlı gelişim ve değişim sürecinde yaşanan stres ve zorluklar sağlıklı grup olarak algılanan adölesanların fiziksel ve ruh sağlığını, yaşam kalitesini, mücadele gücünü, yaşam doyumunu olumsuz etkileyebilmektedir (Genç ve Bilgili, 2021).

2.2.2. Kanser Hastalığının Adölesanlar Üzerindeki Etkileri

Kanser hastalığı ile karşılaşan adölesan çok yönlü (tıbbi, sosyal, psikolojik ve çevresel) etkilere maruz kalmaktadır (Bıyık, 2009). Kanser hastalığı, adölesan hastalarda çocuk veya yetişkin kanser hastalarına kıyasla daha düşük sağ kalım oranlarına ve daha kötü sağlık sonuçlarına sahiptir (Karaman, 2022; Smith ve ark., 2013; Toft ve ark., 2013). Kanser teşhisi almak ve tedaviye ilişkin sıkıntıları çekmek adölesan için stresli ve hayatı tehdit eden bir deneyimdir. Kanser ve buna bağlı tedaviler sonucunda karşılaşılan sorunlar nedeniyle hem çocuğun hem de ailenin fiziksel ve psikososyal sağlığını önemli ölçüde etkilemektedir. Bütün bu süreç boyunca ağır tedavi işlemleri ve girişimlerinde fiziksel zorlanmalardan daha fazla psikososyal sorunları ön plana çıkmaktadır. Çocuklara en çok rahatsızlık veren fiziksel zorlanmalardan bazıları: tıbbi prosedürler, iğneler, kemik iliği testleri, kemoterapi (Uğur ve Bal, 2023), uzun hastane yatışları (Uyer ve ark.,2006), hastalığın tekrar etmesi, diğer çocukların ölmesi (ölümlerine tanık olma ya da haberini alma), ölüm korkusu, saç kaybı, arkadaşlar ile vakit geçirememek, okuldan uzak kalmak ve enfeksiyondur (Tuna, 2010). Karşılaşılan bu koşullar ve edinilen hastalık tecrübesi sonucunda düşük özgüven, yorgunluk (Enskar ve Essen, 2008), enfeksiyon, sosyal izolasyon (Yen ve Wang, 2004), mutsuzluk, umutsuzluk ve kaygı gibi pek çok sorun yaşamaktadırlar (Karaman, 2022; Marcus, 2012; Mc Caffrey, 2006; Steele ve ark., 2015). Yapılan çalışmalarda diğer kronik hastalıklara göre kanserin beden imajını, akademik yaşamı ve aile ilişkilerini tedavi süreçleriyle en çok etkilendiğini göstermişlerdir (Alahan ve ark., 2015; Atalay, 2019; Çavusoğlu, 2000; Tuna, 2010; Tuncay, 2009). Dolayısıyla kanserin tanı ve tedavisi ergenlerde umutsuzluk, depresyon ve anksiyete gibi çok yaygın psikososyal sorunlara neden olmaktadır.

Kanserli ergenler, hastalık seyrinin ve sürecinin belirsizliği, uzun süreli tedavi süreci ve yaşamı tehdit eden kronik bir hastalığın varlığı nedeniyle diğer hasta gruplarından farklılık göstermektedir (Er, 2006; Erdoğan ve Karaman, 2008; Karaman, 2022).

Kanser tanısı alındıktan sonra tedavi ile birlikte çocuklar uzun ve zor bir döneme girmekte, ilaç ve tedavi girişimleri fiziksel olarak onları zorlamaktadır (Arceci, 2016; Korkmaz, 2020; Rodgers ve ark., 2016; Sargın Yıldırım ve ark., 2017). Tedavinin ilk başlangıcında ağrı, yorgunluk, bulantı, kusma, mukozit gibi semptomlar ortaya çıkabilmekte iken tedavi bittikten sonraki 5 yıllık dönemde ya da daha uzun bir sürede metabolik hastalıklar, ikincil kanserler, infertilite, kardiyomiyopati, katarakt, periferik nöropati, işitme kaybı gibi sorunlar da gelişebilmektedir (Damascena ve ark. 2020; Miller ve ark., 2011). Bu dönemde gelişen psikososyal sorunlar; duygu durum bozuklukları, anksiyete, depresyon gibi sorunlar görülebilmekte (Gianinazzi ve ark., 2013; Muffly ve ark., 2016); ayrıca bu çocuklar okula döndüklerinde uyum, okul rutinleri, devamsızlık, arkadaş ilişkileri ve akademik başarı ile ilgili sıkıntılarla karşılaşabilmektedirler (Andersen ve ark., 2017; Park ve ark., 2018; Törüner ve ark, 2021).

Tedavisi düzenli ve aşamalı şekilde devam eden çocukların; okula devam, okul dışında akran etkinliklerine katılım ve sosyal etkileşiminde etkilendiği bilinmektedir. Kanser tedavisi gören ergenlerde yaptıkları bir araştırmada, kemoterapinin yan etkileri olan yorgunluk, bulantı ve kusmanın ergenleri fiziksel olarak engelli hissettirdiğini ve sosyal ilişkilerini bozduğunu bildirmiştir. Bu onların akran sınıflarını atlamalarına neden olabilmektedir (Karaman, 2022; Noll Novakovic ve ark., 1996; Noll ve ark., 1999). Benzer şekilde Edwards ve ark. (2003)'nın kanserli 13-19 yaş grubundaki adölesanlarda yorgunluğun etkilerine baktıkları çalışmalarında kemoterapiye bağlı oluşan yorgunluğun sosyal aktivite düzeylerini olumsuz etkilediği ve akran ilişkilerinde azalmaya neden olduğu gözlemlenmiştir (Karaman, 2022). Bu dönemde uyku dengesi, düzeni ve kalitesi de oldukça etkilenmektedir. Avcı (2019) kanser tanısı ile izlenen adölesanlara, klasik müzikle birlikte olumlama kaydı dinletmenin uyku kalitesine etkisine baktığı çalışmasında; klasik müziğin dinletilmeye başlandığı günden itibaren 21. güne kadar geçen sürede uyku kalitesinin artarak devam ettiğini belirlemiştir (Avcı, 2019).

Adölsan dönemde hala gelişmekte olan çocuk kanser tedavisi nedeniyle gelişimindeki değişimler kesintiye uğrar. Yapılan uygulamaların ve yüklenen ilaç uygulamalarının etkisiyle de birleşerek gelişiminde akranlarından farklılık gösterebilmektedirler (Karaman, 2022; Zebrack ve ark., 2009; Zebrack ve ark., 2006). Birçok yan etki ile başa çıkmaya çalışan adölesan, beden imajındaki değişimlerde zorlanmaktadır. Freeman ve arkadaşlarının kanserli çocuklara yönelik yaptıkları çalışmada, çocukların %40 'ının en önemli konu olarak görünüşlerini değiştirmeyi düşündükleri belirlenmiştir (Freeman ve ark., 2003). Fiziksel görünüm ve özgüven ergenlik döneminde ne kadar etkili olduğunu ile çocukların hangi nedenle hastanede olursa olsun beden imajının önceliğini göstermektedir. Tedaviye bağlı olarak gelişen saç dökülmesi, kilo değişimleri, cilt renginde koyulaşma, yatmaya bağlı gelişen kas kaybı ve amputasyon gibi değişimlerin olumsuz beden algısı, düşük özgüven ve düşük benlik saygısı yaratmaktadır (Williamson ve ark., 2010; Wallace ve ark., 2007). Tüm bu etkenler birleştiğinde psikososyal travmanın gelişimine ya da duygu durum bozuklukları gibi psikiyatrik durumlar oluşabilmektedir (Beşer ve Öz, 2003; Biçer Kanat ve Yılmaz Özpolat, 2016; Christie ve Viner, 2005; Enskar ve Von Essen, 2007; Erdoğan ve Karaman, 2008; Karaman, 2022).

Kanser tedavisi ile hayatta kalanların uzun vadeli sağlıklı beslenme alışkanlıklarını ve fiziksel aktiviteyi sürdürme becerilerini etkileyebilecek bir dizi sorunda ortaya çıkarabilmektedir. Çocukluk çağı kanserlerinde azalmış kemik sağlığı ve erken osteoporoz riski oluşmaktadır. Yorgunluk ve stres, yiyecek özlemi ve tat tercihlerinde değişiklik olabileceğide tespit edilmiştir. Bunların hepsi sağlıklı yiyecek seçimlerini ve fiziksel aktiviteyi zorlaştırabilmektedir (Avcı, 2019). Ergenlik döneminde kazanmaya çalıştıkları bağımsızlık ve özerklik duygusu kanser teşhisi ile tam tersi bir bağımlılık yaratmaktadır (Mattsson ve ark., 2007). Ailelerin de hassas durum nedeniyle (enfeksiyon, tedavi gecikmesi gibi) ergenleri aşırı koruması, ergenlerin bağımlı hale gelmesi ve hissetmelerine sebep olmaktadır. Hokkanen ve ark. (2004) çalışmasında benzer bulgularda ailelerinin aşırı önemsemeleri nedeniyle bağımsızlık kazanmayı zor bulduklarını belirlemiştir. Tanı ve tedavi sürecinde adölesanı bağımlılığa zorlamak, aileler ve ergenler arasında çatışma yaşanmasına neden olmaktadır. Sahler ve ark. (2006) çalışmasında da ergenlerin aileye

bağımlılıklarının artması dolayısıyla aile üyeleriyle çatışma yaşamalarına neden olduğunu belirlemişlerdir (Woodgate ve Degner, 2002; Sahler ve ark., 2006). Buna göre öncelikle kendi yaşamları hakkında kendi kararlarını vermelerinde destek alıp seçenekler sunulması, tedavi planlarına dahil edilmesi, ergen özerkliği ve bağımsızlığının gelişimini desteklemek için önemlidir (Ander ve ark., 2016; Wicks ve Mitchell, 2010). Altay ve ark. (2020) kanser tanısı alan adölesanların benlik saygısı ve algıladıkları ebeveynlik tutumları arasındaki ilişkiye baktıkları çalışmalarında; adölesanların çoğunun benlik saygısı puanlarının yüksek olduğu saptanmıştır (%85.5). Adölesanların algıladıkları ebeveyn tutumları incelendiğinde ebeveynlerin %58.2'sinin demokratik tutum gösterdiği ve %41.8'inin müsamahakâr tutum gösterdiği belirlenmiştir. Adölesanlar için algılanan ebeveyn tutumlarının hastalık ve tedavi sürecine uyumlarını etkileyebileceğini söylemişlerdir.

Hastalıkta maneviyatın yaşam amacı için esas olduğunu, benlik saygısını artırdığını, olgunlaşmayı sağlayıp gelişen durumlara yönelik esnekliği desteklediğini görmüşlerdir. Martins ve ark. (2018) kanser tanılı çocuk/adölesanlarla yaptıkları çalışmada umudun, anksiyeteyi azalttığını ve yaşam kalitesini artırdığını saptamıştır. Griggs ve Walker (2016) kronik hastalığı olan ergenlerde umudun rolüne baktıkları derleme çalışmasında 20 yıl içerisindeki 54 çalışmadan aldığı sonuçlarda; kronik hastalıkta umudun sağlığı teşvik ettiği, başa çıkmayı ve duygusal uyumu kolaylaştırdığı ve yaşam kalitesini arttırdığını bildirmişlerdir.

2.3. Kanser Hastalığının Aileler Üzerindeki Etkileri

Kanser çoğunlukla çocuk, anne-baba, kardeşler, akrabalar, yakın çevre gibi genişleyerek giden bir aile hastalığı olarak tanımlanır. Çocuğun şikayetleri, belirti ve bulgularla gelinen hastane sürecinde başlayan belirsizlikler, tanı alındıktan sonra tedavi sürecine geçişle aileler için yeni bilinmezlikleri getirdiğinden en stresli süreç olarak görülmektedir (Kohlsdorf, 2012; Kearney ve ark., 2015). Bu dönemde ailelerde hastalığın psikososyal etkilerine bakılan çalışmalarda, tanıya çok çeşitli duygusal ve davranışsal tepkilerin olduğu görülmektedir. Tanının alınması ile birlikte ailelerde belirgin olarak anksiyete, çaresizlik, depresyon, distres seviyelerinin tespitten sonraki

dönemde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Görülen bu bulguların kanser varlığının olmasıyla ilgili olduğunu ve birbirini arttırdığı, aile içinde annelerin babalara göre daha fazla hissettiği bildirilmiştir (Ay Kaatsız, 2020).

Literatürde kanserli bireyin ailesinin bilgi ihtiyacı sıklıkla üzerinde durulan bir konudur. Hasta yakınlarının %70-80'inin daha fazla bilgiye ihtiyacı olduğu, %50'sinin tedavi ekibi ile iletişim kurmakta güçlük yaşadıkları saptanmıştır (Stenberg ve ark. 2010). Adams ve ark. (2009) kanser hastalarının eşlerinin ve aile üyelerinin bilgi gereksinimine odaklanan sistematik bir derlemede hasta yakınlarının bilgi ihtiyacını 11 grup ve 56 alt grupta sınıflandırmıştır. En sık belirtilen ilk iki ihtiyaç tedavi (%91) ve tanıyla/süreçle ilgili bilgi ihtiyacı (%81), en az belirtilen iki ihtiyaç ise hasta bakımı (%28) ve takip/rehabilitasyon ile ilgili bilgi ihtiyacı (%16) olarak bulunmuştur. En sık karşılanmayan bilgi ihtiyaçları ise; tanı/süreçle ilgili, aile üzerine etkileri hakkında (gelecek beklentisi ne olacak ve aktiviteler nasıl etkilenecek) bilgiyi, cinselliği, pratik konuları, baş etmeyi ve tedaviye ilişkin bilgileri (tedavinin yan etkileri) içerdiği belirlenmiştir.

Kanser tüm dengeleri de altüst ederken beraberinde kaygı, korku çaresizlik gibi duyguların hissedilmesine neden olmaktadır. Evdeki tüm bireyleri dramatik bir şekilde etkiler ve yaşamlarının rutini değişir. Değişen yaşam biçimi içinde hem hastaya yardımcı olunması hem de kendi gereksinimlerini karşılama ihtiyaçları aile içinde bozulan ilişkilere ve kopmalara neden olabilmektedir. Aile bireyleri içerisinde, anksiyete, uyku bozukluğu ve depresyon gibi durumlar da ortaya çıkmaktadır. Buna ek olarak ailenin kanser hastalığıyla başa çıkma stresi ana babalarda sağlık sorunlarına, sosyal izolasyona, evlilik yaşamında eşler arasında cinsel sorunlara, iş performansının düşmesine, iş sorunlarına ve hatta alkol alışkanlığı gibi sorunların da ortaya çıkmasına neden olmaktadır.

Yaşamı tehdit edici bir hastalık varlığı, belirsiz ve zor olan bu süreçte yeterli bilginin olmaması ailenin tamamında duygusal değişimlere; korku, inkar, endişe, şok gibi psikolojik reaksiyonlar göstermelerine sebep olmaktadır (Mu ve ark., 2014). Durumun tanımlanması, tedavisi, çocuğa açıklanması, çocukta ya da ailede görülebilecek psikolojik reaksiyonlar, hastalık seyri, hastalığın tekrarı ailenin stres

durumu ve psikolojik reaksiyonlarına bağlıdır (Bostancı ve ark., 2007; Flanagan, 2001; Sezgin ve ark., 2009). Kanseri tanısını öğrenen aile yaşadığı duygusal ve bilişsel zayıflığının nedeni olarak sorun çözme ve başa çıkma yöntemlerinin yeterli olmadığını fark eder. Kanseri tanısı alındıktan sonra aileler kendilerine, “neden ben?”, “neden benim çocuğum?”, “bunu hak etmek için ne yaptım?” şeklinde sorular yöneltmeye başlamaktadırlar (Waters ve ark., 2003). Çocukları kanseri tanısını aldığı ilk anda anne ve babalar karşı konulmaz ve aynı zamanda kuvvetli bir hissizlik, duruma inanmama, aciliyet, şok ve şaşkınlık hissetmekte ve çocukları ile birlikte olma isteği duymaktadırlar (Eiser ve ark., 2005). Suçlayacakları birini ya da birilerini aramaktadırlar. Bazen kendilerini, bazen doktoru, bazen toplumu veya Tanrıyı suçlarlar. Aileler bir yas sürecine girmektedirler ve bu yas sürecinde yaşadıkları inkar, kızgınlık, reddetme, yas sürecinin normal tepkileri olarak kabul edilmektedir (Günay ve Özkan 2019). Kanseri tedavisinin oldukça stresli ve yorucu olması ailelerde depresyon, anksiyete, yorgunluk ve düşük yaşam kalitesi gibi sonuçlar oluşturabilmektedir (Seiler ve Jenewein 2019). Çocukluk çağında kansere yakalanan bireylerin ana babalarının yaşadığı psikososyal sorunlar hasta ve hastalığın seyri üzerinde etki göstermektedir. Kanseri tanısı almış hastalara benzer tepkiler aile bireylerindedir. Göstermiş oldukları tepkiler Kubler Ross’un aşama yaklaşımıyla bağdaştırılabilir (Kubler-Ross,1997). Elisabeth Kübler-Ross kanseri tanısının öğrenilmesiyle hasta yakınlarının da hastalar gibi, inkar-şok-inanamama, öfke, pazarlık, kabullenme gibi evreleri yaşadıklarını ve hastaya destek olmaları için onlara da yardım edilmesi ve yönlendirilmeleri gerektiğini vurgulamaktadır (Kübler Ross, 2010). Bu yaklaşıma göre;

İnkâr: Hastalık durumunda ilk tepki şok durumudur ve sonra bu şoktan yavaş yavaş çıkılır. İlk uyuşukluk hissi yok olmaya başladığında ve yeniden toparlanıldığında insanın yanıtı “hayır bu bana değil, doğru olamaz” olur. Bilinç dışımızda hepimiz ölümsüz olduğumuz için, ölümle yüzleşmek zorunda kaldığımızı kabul etmek neredeyse olanaksızdır. Hasta gerçeğin kendisine nasıl söylendiğine, kaçınılmaz olanı kabullenmek için ne kadar zamanı olduğuna ve yaşamı boyunca stresli durumlarla başa çıkmak için nasıl hazırlandığına bağlı olarak, yavaş yavaş yadsımadan vazgeçecek ve daha az köktenci savunma mekanizmalarını kullanacaktır.

Zaman zaman tekrar eden bir evre olmakla beraber sağlık personelinin hastalığı hastaya veya aileye, hazır olmadıkları bir anda söylemesi sonucu yadsıma durumu ortaya çıkabilir. İnkâr, beklenmeyen şok edici habere karşı tampon görevi görmekte, bireyin kendini toplaması ve zamanla daha az radikal savunma mekanizmalarını harekete geçirmesi için de bireye zaman kazandırmaktadır. İnkâr bir savunma mekanizmasıdır. Sıklıkla az süreli olmakla birlikte zamanla yerini kabullenmeye bırakır.

Öfke: Tanı sonrası tedavi planması, düzenlenmesi ve uygulanması konusunda, nerede, nasıl ayrıca kimin uygulayacağı konusunda ailenin zor kararlar vermesi gerekmektedir. Kubler Ross'a göre bu noktada öfke gelişmektedir. Bu aşamada "Neden ben?" sorusu sorulur. Başkaları sağ ve sağlıklı kalacakken kendisinin öleceği gerçeği karşısında hasta içlerimtedir. Bu kızgınlığında Tanrıyı hedef almaktadır. Çünkü ölüm kararında onun zorlayıcı ve keyfine göre davrandığını düşünür. Öfkeli hasta, sağlıklı olan herhangi bir kişiye, örneğin hastane personeli, aile üyeleri ya da arkadaşlarına öfkesini yöneltebilmektedir. Öfke, aile ve arkadaşları için baş edilmesi güç durumlardan birisidir. Aslında bu insanlar sağlıklı olmaları yüzünden hastanın öfkesiyle yüz yüze gelmektedirler. Bu evre ile baş etmek hem tedavi ekibi hem hasta yakınları için güçtür, çünkü öfke herşeye dönüşebilmektedir. Hasta unutulmadığından emin olmak için taleplerde bulunarak, şikayet ederek, kendine dikkat edilmesini isteyip ve belki bağırarak ağlamaktadır. Bu dönemde sorun, hastanın öfkesinin kişisel algılanması ve buna tepki verilmesidir. Bu yanıt ise hastanın düşmanca davranışını beslemekten başka bir işe yaramamaktadır. Bireye, kendisine saygı duyulduğunun ve anlaşıldığının hissettirilmesi, ilgi gösterilip biraz zaman ayrılması öfkeli taleplerini azaltabilmektedir.

Pazarlık: Öfke sonrası yaşanan bu evrede "Evet, ama" gibi cümleler kullanılmaya başlanmıştır. Olumlu davranışlar sergilendiğinde sağlıklı olacağı düşünülmektedir. Başka bir şekliyle ölüm gerçeğini kabullenmiş hasta, daha uzun süre yaşamak için bir pazarlık etkeni olduğunu düşünmektedir. Bir hafta, bir ay ya da bir yıl daha yaşamak için, iyi bir insan olmaya ya da iyi davranışlarda bulunmaya söz vermektedir. Pazarlık evresi fazla bilinmemekle birlikte aslında kısa süreler için hastaya diğer evreler kadar yardımcı olmaktadır. Birinci evrede üzücü gerçeklerle

yüzleşemeyen ve ikinci evrede diğer insanlara ve Tanrı'ya karşı kızgın birey, gerçekleri ertelemek için bir anlaşma yapabileceğini düşünmektedir. Erteleme çabası için iyi davranışların sergilenmesi gerçekte hastanın biraz daha fazla zaman kazanmaka istemesinden kaynaklanmaktadır. Daha fazla geçireceği zaman sürecinde hiç bir talebinin olmayacağına dair söz vermektedir. Ancak hiçbir hasta sözünü tutma konusunda başarılı olamaz.

Depresyon: Hastalığın gidişatı ile ilgi yapılan tedavilerin durumu değiştirmeye yetmediği anlaşıldığında depresyon gelişir. Bu aşama hastalığın seyri üzerinde kontrolün yitirilmesi bağlamında da anlaşılabilir. Hasta durumunu daha fazla inkâr edemediğinde ve daha fazla belirti yaşayıp güçsüzleştikçe hissizliği, belirginleşerek öfke yerine büyük bir boşluk başlar. Bu boşluk; kayıp, düşkünlük, ekonomik çökkünlük gibi boyutlar içerir. Kubler Ross bu çöküntü aşamasını "kedere hazırlanma" olarak tanımlar. Bu aşamada hastalar kendi ölümlerinin yasını tutarlar. Bu kederli süreç iki aşamada gerçekleşir. Kişi önce geçmişte kaybettiklerine, yapamadıklarına, hatalarına söylenmeye başlar. Ancak sonra, kendisini gelecek olan ölümüne hazırlar. Kabullenme sürecinde bireyi; izin verdiği biçimde yaşamasına, yaşadığı keder ve pişmanlıkları dışa vurmasına ve yaşadığı durum için "üzülmemelisin" gibi telkin edici cümleler yerine olanları sindirmesi için zaman tanınmalıdır. Bu durumda kelimelere daha az ihtiyaç duyulur, bu daha çok sessizce paylaşılan bir duygudur. Kubler- Ross (1969) depresyonun yitirilen etkinlikler için tutulan yasın önemli bir parçası olduğunu da vurgulamaktadır. Kısaca kayıpların ardından tutulan yas kişide olumlu etkilere sebep olacaktır. "Her kayıp, eğer doğru dürüst yaşanırsa psikolojik büyüme ve yenilenme için bir araç olabilmektedir" (Kınalı, 2020; akt: Okyayuz, 1995).

Kabullenme: Daha çok yelkenleri suya indirmek deyimi ile özdeşleşen mücadele gücünün azaldığı bu evre, duygusuzca yaşanan bir evredir. Bu evrede fiziksel ve ruhsal olarak bitkindirler. Bu dönem başarısızlık hakimiyeti baskın bir evredir. Tedavinin etkisi, hastalığın seyri nedeni ile mücadele bitmiş gibi hissederler. Aslında hasta savaşmayı bırakana kadar savaş bitmeyecektir. Ancak bu durumda da hiçbir zaman kabullenme evresine ulaşamayacaktır. Bu aşama, hastadan çok ailenin daha fazla yardım, anlayış, desteğe gerek duyduğu zamandır. Aile ve personel bu hastaların güçlü olduğunu düşünebilir, sonuna dek savaşı destekleyebilirler ve kişinin

kendi sonunu kabul etmesinin korkakça bir pes etme olduğunu, aileye karşı bir ihanet ve daha da kötüsü bir dışlama olduğunu örtük bir şekilde hissettirebilirler. Kabullenme evresinde ailenin ve personelin hastanın yaşamını uzatma arzusu genellikle hastanın dinlenme ve huzur içinde ölme arzusu ile çelişir. Bu iki evrenin ayırt edilememesi durumunda hastalara yarardan çok zarar verebilir, kabullenmede yapılan çalışmalar boşa gider ve ölüm hasta için acılı bir deneyim haline gelebilir (Kanat Biçer ve ark., 2016).

Kanser tıbbi bir hastalık olmasının yanısıra kişilerin ruhsal, sosyal ve ekonomik durumunu da etkileyen ve tüm aileyi içine alan zorlu bir süreçtir (Yıldız ve ark., 2016). Uluslararası literatürde, çocukları kanser olan ebeveynlerin tedavi sürecinde; sürekli olarak çocuğunu kaybetme korkusu, depresyon, kaygı, şok gibi olumsuz duygular yaşadığı belirtilmektedir (Nair ve ark., 2017; Katz ve ark., 2018; Mc Carthy ve ark., 2021; Ay, 2019). Onkoloji servislerindeki çalışmalar göstermektedir ki, anksiyete ilk dönemde en yüksek dönem olduğu sonrasında giderek azaldığı gözlemlenmiştir. Bozkurt ve ark. (2019) yaptığı çalışmada, kanser tedavisi gören hasta ve ailesinin ilk tanı almasından itibaren tedavi süreci boyunca psikososyal desteğe gereksinimlerinin olduğu saptanmıştır. Hastalığı yeni tespit edilen ailelerin kaygı düzeyi daha önce tedavi gören, tedavisi tamamlanmış ailelere göre ya da hastalığı tekrarlamış hasta ailelerine göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Yapılan başka bir çalışmada tanıdan beş yıl sonra anksiyete düzeylerinin düştüğü neredeyse normal düzeye geldiği görülmüştür. Fakat çocuğu hasta olan ailelerin kaygı düzeyi sağlıklı ailelere göre daha yüksektir (İşeri 2017). Çalışmalarda, kanser tanısının alındığı andan itibaren kaygının %62 gibi yüksek bir oranda olduğu ve tedavinin yapıldığı kliniklerde hemşirelerden alınan desteğin ailelerin kaygılarını azalttığı belirtilmiştir (Beydağ ve ark. 2023). Türkiye’de yapılan çalışmalarda da benzer bulgular elde edilmiştir. Örneğin; Toros ve arkadaşlarının (2002) yaptığı bir araştırmada, kanser tanılı çocuğa sahip, kronik hasta olan ve çocuğunda bilinen bir sağlık sorunu olmayan üç grup ebeveyn depresyon ve kaygı belirtileri açısından karşılaştırılmıştır. Kanser tanılı çocuğa sahip ebeveynlerin, diğer iki gruptaki ebeveynlere göre depresyon belirti düzeyi daha yüksek bulunmuştur. Kaygı belirtileri açısından ise üç grup baba arasında bir fark bulunmamakla birlikte, kanser tanılı

çocuğa sahip annelerin kaygı düzeyleri diğerk iki gruptaki annelere göre yine daha yüksek bulunmuştur. Bununla birlikte, çocukların ve annelerinin depresyon ve kaygı düzeylerinde pozitif bir ilişki olduğu raporlanmıştır. Çalışmada, anne ve baba arasındaki cinsiyet farklılığından dolayı depresyon ve kaygı düzeyine bakıldığında annelerinki daha yüksek çıkmıştır. Zengin ve ark. (2013)'nın bulguları da ailelerin öfke, ilgisizlik, uyku sorunu, sorumluluklarını yerine getirmede güçlük, hassaslaşma, karar vermede güçlük, yalnızlık, karamsarlık ve hastalığın seyri konusunda ümitsizlik sorunları yaşadıklarını göstermiştir. Türkiye' de yapılan bir diğerk çalışmada da (Eker, 2019), tanı aşamasında ebeveynlerin öfke, kendini suçlama, inkâr veya kabul etmeme duygularını sıklıkla yaşadığı; tedavi sürecinde de depresyon ve inkar yaşamaya devam ettikleri bildirilmiştir. Ayrıca, ebeveynlerin tedavi boyunca depresyon ve kaygı yaşadığı ve bu olumsuz duyguların etkisini azaltmak için sürekli ve tekrarlayan destek sistemlerinin kurulması önerilmiştir (Ay Kaatsız ve Öz, 2020; Erkul, 2020). Son dönemlerde yaşanan Covid-19 salgınında da belirsizlikten ve enfekte olma riskinin yüksek olmasından dolayı ailelerin kaygı seviyelerinde artış olduğu raporlanmıştır (Darlington ve ark., 2021). Ayrıca, Gurtovenko ve ark. (2021) bakım veren yetişkinlerin stres düzeyleri yükseldikçe tedaviye psikolojik uyumunun azaldığını belirtmiştir. Bununla birlikte, ebeveynler yeni duruma ve role tutsak olduklarında, hastanede uygun olmayan koşullarda konakladıklarında ve hastane ortamında yaşanabilecek kaygı ve gerginliğin ana-babadan çocuğa geçmesi durumunda ebeveynin tedavi sürecine katılımının etkileri olumsuz da olabileceğini belirlemişlerdir (Palmer, 1993). Bunun yanında, Cihan ve ark. (2018) adölesan dönemdeki pediatrik onkoloji hastalarının ve ebeveynlerinin, hastalık tanısı, tedavi süreci ve alacağı kemoterapi hakkında bilgilendirilmelerinin, çocuk ve ebeveynlerin kaygı düzeylerine etkisinin araştırıldığı çalışmalarında; hastalık belirtilerinin başlamasından bilgilendirme görüşmesine kadar olan zaman diliminde durumsal kaygı düzeylerine bakıldığında ebeveynlerin çocuklara göre daha kaygılı oldukları görülmüştür. Bilgilendirme sonrasında ebeveynlerin kaygı düzeylerinin azaldığı çocukların kaygı düzeylerinin aynı olduğu görülmüştür.

Çocuklarının tedavi sürecinde ebeveynlerin yaşadıkları sorunların yanı sıra karşılanması gereken bazı ihtiyaçları da ortaya çıkmaktadır. Fisher (2001) yaptığı bir

değerlendirme çalışması sonucunda ebeveynlerin ihtiyaçlarının üç alanda kümелendiği sonucuna varmıştır. Bunlar, normallik ve kesinlik ihtiyacı (the need for normality and certainty), bilgi ihtiyacı (the need for information) ve işbirliği ihtiyacı (the need for partnership)'dır. Ebeveyn bu süreçte duygusal ve fiziksel olarak da olumsuz biçimde etkilendiğinden ebeveynin ruhsal ve fiziksel bitkinliğe karşı korunması da bir ihtiyaç olarak belirtilmektedir (Palmer, 1993; Cuğ, 2021).

Ebeveynleri bu dönemde destekleyen en yakın çevresinde olan sağlıklı çocukları ve yakın akrabaları (babaanne, anneanne, amca gibi.) yer almaktadır. Değişen ev düzeni beraberinde ekonomik yük ve iş kaybı gibi durumlar yaratırken ailenin birlik ve bütünlüğünü sağlamak anne ve baba üzerindede yük oluşturmaktadır. Hastalık başlamasıyla birlikte tedavinin ulaşılabilir merkezlerde sağlanabilmesi için taşınma ve sürekli ayrı kalmak, diğer çocukların ev, okul ve iş düzenlerinde etkilenmesi nedeniyle zorlanmalar ve parçalanmalar oluşabilmektedir (Ay, 2019).

Aile dinamiklerindeki değişim, belirsizlik ve zorlanmalarla başetmek yine ailenin birbirini desteklemek zorunda olduğu bir üçgene benzemektedir. Bu üçgeni annenin hasta çocukla birarada kalma zorunluluğu, bir yanda iş ve ev koşullarının değişmemesi için çaba harcayan baba ile birlikte maddi manevi birbirini destekleyen aile üyeleri oluşturmaktadır (Sarıçam ve ark., 2020; Suyolcu ve ark., 2021). Tedavi seçeneklerine göre hastanede kalış ve bu sürecin ne kadar olacağı ile ilgili olarak belirsizlik yıpratıcı nedenler içerisinde yer almaktadır. Aktif tedavi döneminde hastane süreçlerinin 14-24 ay arasında sürebildiği ve 4 yıla uzayabildiği bildirilmiştir (van Ryn ve ark. 2011, Given ve ark. 2012). Yılmaz- Karabulutlu ve ark. (2013) kanser hastalarına bakım verenlerin uyku kalitesi ve psikolojik sorunlarının inceledikleri çalışmalarında, bakım vericilerin %46.7'sinin günlük bakım verme süresinin 19-24 saat olduğu bulunmuştur. Hasta yakını/bakım vericinin değişen yaşam biçimi içinde hem hastaya yardımcı olması, hem de kendi gereksinimlerini karşılamasının ne kadar zor olduğunu ortaya koymaktadır. Endişelerin artarak devam etme nedeni olarakta tedavide gelinen her aşama sonrasında hastalık tekrarı ya da gelişen bir yan etki nedeniyle eskiye dönememek stresidir (Wauters ve ark. 2022). Türk ebeveynlerini Orem'in Özbakım Teorisi çerçevesinde deneyimlerini inceleyen Yıldırım Sarı ve arkadaşları (2013) çalışmalarında da yaklaşık sonuçlar elde etmiştir. Çalışmada, tedavi

için ailelerin tedaviyi almak için bölgesel olarak yer değiştirmesi gerektiği durumlarda ailelerin işlevsel, ruhsal ve hatta ekonomik kayıplara uğradığı, hasta çocuğa bakım vermek ön planda tutulurken ailede kendi bakım ihtiyaçlarını arka planda tutmaktadırlar (Karlıoğlu ve Yıldırım Sarı, (2019).

Aileler kanser haberini aldıklarında bir yas sürecine girmektedir ve bu yas sürecinde yaşadıkları inkar, kızgınlık, reddetme yas sürecinin normal tepkileri olarak kabul edilmektedir (Günay ve Özkan, 2019). Kanser tedavisinin oldukça stresli ve yorucu olması ailelerde depresyon, anksiyete, yorgunluk ve düşük yaşam kalitesi gibi sonuçlar oluşturabilmektedir (Seiler ve Jenewein, 2019).

2.3.1 Kaygı

Türkçe'si endişe olan ve günlük hayatımızda her an varolan bir kavramdır kaygı aslında. Psikolojik bir kavram olarak ilk tanımlayan Freud'a göre "kaygı, egonun bir işlevidir ve çevreden gelen fiziksel ya da toplumsal tehlikelere karşı bireyi uyarmakta ve gerekli uyumu sağlayıp yaşamın sürdürülebilmesi için gerekli katkılarda bulunmaktadır" (Manav, 2011). Kaygı; hayati tehlike oluşturan veya kişinin bütünlüğüne tehdit edici etkenlerde ortaya çıkar. Aslında kaygı, tehlike için defansif bir durum oluşumudur. Hissedilen düşkünlük, güçsüzlük şeklindeki bir histir. Tüm insanlar hayatlarında değişik derecelerde sürelerde ve koşullarda yaşarken bazıları için normal sınırlarda, bazıları için duruma bağlı ve kısa süreli, kimileri içinde fazlası ile yaşanmaktadır. Kaygı için çok farklı sebepler sıralanabilir. Bunlardan bazıları; başarısızlık ya da başarı, başkalarınca red edilme, maddi kayıp, ahlaki çökkünlük, ölüm, aile kayıpları, duygusal kayıplar, ekonomik problemler ve sağlık durumu olarak sıralanabilmektedir (Öz, 2004).

Psikiyatrik açıdan bakıldığında kaygının korku duygusundan ortaya çıktığı ve bedensel bulgularında görüldüğü anlamsız tedirginlik hali olarak tanımlanmaktadır (Ançel, 2007). Korkulan ya da önlem alınması gereken durumlarla karşılaşıldığında bireyi uyararak ikaz etmesi ve önlem alması şeklinde olumlu rol alırken; kaygının fazla miktarda yaşanması kişinin karakterini, yaşamını olumsuz şekilde etkilemektedir.

Düşünceleri rahatsız etmesi ve akla uygun olmayışı kaygıyı olumsuzluk olarak nitelendirilmesine sebep olmaktadır (Geçtan, 2005). Kaygının fizyolojik, duygusal, davranışsal ve bilişsel belirtileri bulunmaktadır.

Fizyolojik belirtiler; kaygılı durumlarda görülen fizyolojik belirtilere bakıldığında;

- yüzde kızarma
- bayılma hissi veya bayılma,
- arterial kan basıncında değişiklikler,
- boğazda düğümlenme
- aritmi,
- kaslarda gerginlik,
- derin ya da kesik soluma,
- ağızda kuruma ya da sulanma,
- uyku ve yeme problemleri,
- ellerde terleme,
- cinsel problemler,
- ve kaşınma problemleri şeklinde görülebilir (İnci ve Öz, 2012;

kalp hızında artış,

derin soluma,

baş dönmesi,

nefes darlığı,

çabuk yorulma,

karın ağrısı,

bulantı-kusma,

ishal,

ateş veya soğuk basması

uyku ve yeme problemleri

ellerde terleme,

Greenberger ve ark.2018).

Duygusal belirtiler; gerginlik, tedirginlik, korku, endişe, sinirlilik ve çaresizlik duygusu şeklinde görülebilir (Greenberger ve ark., 2018). Kaygıyı yoğun yaşayan kişilerin dış görünümünde; mutsuz yüz ifadesi, her şeye yetişmek zorunda kalan ve yetişemeyen, başarılı olamayacak, her an kötü şeylerle karşı karşıya kalacak izlenim bırakır (Özçelik, 2019).

Davranışsal belirtiler; fizyolojik belirtilerle birlikte davranışlara aşırılık olarak yansıma yapan davranışlardır. Koordinasyonu sağlayamama, huzursuz, konuşma akışında bozulma, hareket edememe, kaçma ya da kaçınma şeklinde davranışların gözükmesi kaygının azalmasını engellemek yerine arttırmaktadır.

Bilişsel belirtiler; Yoğun hissedilen düşünce yanlışları, dikkat eksikliği, konsantrasyonda dağınıklık ve zorlanma, hatırlamakta güçlük çekme, tarafsız olamama, kontrol kaybı, başa çıkamama ve ölüm korkusu, süreklilik arz eden kötü

düşünceler, gibi zorlukları içermektedirler. Yaşadığı alan ve çevrede kendini farklı hissetme, çevreye yabancılaşma, düşüncelerin bulanık ve gerçeği yansıtmadığı, başka biriymiş gibi kendini aşırı gözleme gibi duyuşal belirtileri içermektedir (Greenberger ve ark.,2018).

Kanser hastalığının diğerk hastalıklara oranla yeri daha farklı olmakla birlikte çağrışım yaptığı, ifade ettiğı duyuşal zorlanmalar ile kişileri toplum içinden ayırıcı özelliğes sahiptir. Kanserın kişilerde bıraktığı ilk izlenimlerin yanında korku, belirsizlik, umutsuzluk, suçluluk, çaresizlik duyuşları ile ölümü hissettirmesi hastalıkla baş edilmesi ve tedavi sürecindeki uyumu etkilemektedir. Bu nedenledirki ailenin hastalığı nasıl anladığı ve kabul ettiğı, çocuğun hastalığı nasıl anladığı ve yansıttığı tedavi sürecindeki uyumda belirgin rol oynar. Yapılan çalışmalarda (Allen ve ark., 2002; Kızıler, 2007) kanserin oluşturduğu duyuşal reaksiyonlarda, verilen tepkilerin gerçekleşmesinde bilişsel süreçlerin etkili olduğu ve bu kişinin içinde bulunduğu psikolojik durum, hastalığı anlama, kabul etme ve hastalıkla mücadele becerisindeki etkinliğini belirlemektedir. Çocuk hastalar için yetişkinlerden farklı olan durum bilişsel gelişimin hala devam ediyor olmasıdır. Çcuğun yaşı, hastalık durumu, evden ayrılması, kardeşlerinden uzaklaşması, aile içi diyaloglardan kopması gibi faktörler nedeni ile hastalığa uyumunu bilişsel süreçte etki etmektedir. Bu durumu çocuğı ile beraber yaşayan anne ve babasında bu sürece verdiği bilişsel tepkiler çok önemlidir. Yapılan araştırmalarda çocuğun içinde geliştirdiğı kaygının büyük bir kısmı ailesinin kaygısı olduğu ve bunu engelleyebilmek için de öncelikle ailenin kaygılarını azaltmaya çalışılması gerektiğini bildirmişlerdir (Elçigil, 2007; Er, 2006; Hymovich, 1995). Ailelerin, tedavi başlamasıyla birlikte çocuğun verdiği tepkiler nedeni ile negatif duyuşları daha çok yaşamaktadır (Mc Carthy ve ark. 2021). Dolayısıyla kaygıdan uzaklaşabilmek ve tedaviye uyum sağlanabilmesi için kronik hastalıklarda kullanılan psikolojik savunma mekanizmaları uygulanabilir. En çok kullanılan psikolojik savunma mekanizmaları hastalığı yok saymakla birlikte gerileme ve karşı tepki oluşturma sayılabilir (Öz, 2004).

2.3.2. Problem Çözme

Normal yaşamda birçok problem ile karşılaşılır. Bu problemler içerisinde okuldan işe sağlıktan hastalığa kişiler arası sorunlardan ekonomik problemlere kadar geniş alanda yer alabilir (Fletcher ve ark. 2012; Miaskowski, 2006). İnsanlar genellikle problem kelimesiyle karşılaştıklarında kötü bir his oluşmaktadır. Bunun nedeni de problem denildiğinde başa çıkılması gereken bir sorun var olduğunu göstermektedir. Türk Dil Kurumu (TDK) problemi sorun olarak tanımlamaktadır. Sorunlarla karşı karşıya kalındığında insanların problem çözme metodları kişiden kişiye değişmektedir. Bazı kişiler problem çözümünde problemi yok saymak, kaçmak ve ötelemek gibi yöntemler kullanırken bazı kişiler olası bir durum olarak gördüklerinde problemlerle daha kolay başa çıkmaktadır. Buradaki temel fark problem çözme becerisini iyi edinmiş kişilerin başa çıkma becerisinde yüksek olması nedeniyle çözüme yönelik davranış sergilemelerinden kaynaklanmaktadır. Diğer kişilerin ise bu becerilerinin olmadığını göstermektedir (Çekici, 2009). Bu nedenledir ki problem çözme becerisi kişinin yaşamında karşılaştığı durumlarda akıl yürütme ile uygun seçenekleri belirleyerek sonuçlara varmasını ve hayatındaki problemleri başarıyla yönetmesi olarak tanımlanabilmektedir (Mc Gillivray ve ark., 2012).

Nezu, Wilkins ve Nezu (2004)' ya göre sosyal problem çözme sürecini genel bir başa çıkma süreci olarak görmektedir. D' Zurilla, Nezu ve Maydeu-Olivares (1998) sosyal problem çözme kavramını, "Günlük yaşamda karşılaşılan sorunlarla başa çıkma yollarını bulmak için oluşturulan bilişsel-davranışsal bir süreç" olarak tanımlamaktadırlar. Kanser tanısıyla birlikte birey ya da hastalarda negatif duygu ve düşüncelerin olmaması imkansızdır. Çünkü kanser tanısı, içerisinde ruhsal sıkıntılı durumları, fiziksel acı ve ileride gerçekleşebilecek olan negatif düşünceler en kötü senaryolardır (Raison, 2003; Uyer, Uslu, Yıldırım-Kuzeyli, 2006). Tanı ile birlikte sürecin devamlılığında tedavi ve işlemler için kararlar alınması zor tedavilerle başa çıkılması gerekmektedir. Sorunun çözümünde problem çözme basamaklarında en uygun olanı seçmeyi içeren çözümünü düşünme şeklidir (Solso ve ark, 2007; Soylu, 2018). Problem çözmenin kuralları olmamakla birlikte bir sistematigi bulunmaktadır (Altun,

2015). Uzun yıllardır birçok araştırmacı, problem çözmenin sistematığını açıklayabilmek adına problem çözmenin aşamalarını belirlemeye çalışmıştır.

İlk olarak Dewey (1910) problem çözme aşamalarını “problemi tanımlama, çözüm için alternatifleri belirleme ve en iyi alternatifi seçme” şeklinde belirlemiştir.

Sonraki yıllarda birçok araştırmacının belirlemiş olduğu sıralamalar, esas olarak Dewey’in aşamalarını içermekle birlikte, bu aşamaların daha derinlemesine ve detaylı şekilde ele alınmış halidir. Polya (1957), Problem çözmenin aşamalarını dört maddede sıralayarak en çok kabul gören sıralamalardan birini yapmıştır. Bu aşamalar, “problemi anlama, çözüm için bir plan oluşturma, planı uygulama ve geriye dönüp bakma” adımlarından meydana gelmektedir (Schoenfeld 1985a, 1985b; Beşik, 2023).

Problem çözme süreci, bireylerin sahip oldukları bilgiler ve bu bilgileri zihinlerine nasıl yerleştirdikleriyle direkt ilişkilidir. Bireylerin problem çözme süreci içerisinde bilgilerine dayanarak yaptığı muhakemeler, çözüm yolunu meydana getirir. Ancak bazı bireyler muhakeme sürecinde sıkıntı yaşayabilir veya bu süreç sonucunda yanlış kararlar verebilirler. Bu durum bireyin zihnindeki bazı bilgileri sürece dahil edememesinden kaynaklanan üstbilişsel bir durum olabileceği gibi gerekli bilginin zihninde var olmamasından da kaynaklanabilmektedir (Schoenfeld, 1985b; Schoenfeld, 2016). Bu durumlarda bireyin sahip olmadığı bilgiyi fark ederek doğru kaynaklardan bilgiyi temin etmesi, problem çözme sürecinin başarılı şekilde devam etmesini sağlayabilir. Ancak bireyin var olan bilgilerini gerekli durumlara uyarlayarak kullanamaması anlamlı öğrenmenin gerçekleşmemesinden kaynaklı olabilmektedir. Kilpatrick ve Swafford (2002), anlamlı öğrenilen bilginin, gerekli yöntemler içerisinde yeniden yapılandırılarak bilinmeyen problemleri çözmek ve yeni bilgi üretmek için temel sağladığını belirtmiştir. Buradan hareketle problem çözme sürecini başarılı şekilde sürdürmenin; bireylerin güçlü içerik bilgisine, zihninde yer alan bilgilerini yapılandırarak çıkarım yapma ve oluşturduğu temsilleri kullanma yeteneğine bağlı olduğunu söylemek mümkündür (Beşik, 2023; Lester, 2013).

Problem çözme sürecinin başarılı şekilde sürdürmek için problem çözme becerisi müdahalesinin iyi yapılandırılması gerekmektedir. Bu müdahale programı içerisinde stratejik yaklaşımlarla bireyin problemlerini çözerken kendi becerileri ve

imkanlarını kullanmalarını sağlamak için yapılan bir uygulamadır (Akechi ve ark., 2008). Hastalık tedavi süreçlerinin olumlu şekilde etkilenmesi için psikososyal problemleri anlama tanıma ve etkin şekilde yönetme becerisini geliştirmek problem çözme sürecini geliştirmekle mümkün olmaktadır. Araştırmalar problem çözmede etkisiz yolları kullanan kişilerin etkili yolları kullananlara kıyasla umutsuzluk, kaygı ve stres gibi negatif duyguları daha fazla etkisi altında kaldıkları görülmektedir. Stres nedenli gelişen kaygının, umutsuz, depresyon gibi negatif duygularla baş etmede etkin problem çözme stratejilerini kullanan kişilerin bu konuda daha başarılı olacakları düşünülmektedir (Allen, Shah, Nezu, Nezu, Ciambrone, Hogan ve Mor, 2002). Literatürdeki çalışmalarda problem çözme ile ilgili oldukça yüksek miktarda betimsel nitelikte araştırma ile azda olsa problem çözme beceri eğitiminin uygulandığı deneysel nitelikteki çalışmaların, ailelerle (Canel, 2007), kanser hastalarıyla (Göner, 1999), şizofren hastalarıyla (Akpınar ve Kelleci, 2008), anaokulu öğrencileriyle ebeveynlerle (Armağan-Yıldız, 2003), ortaöğretim öğrencileriyle (Söylemez, 2002), ve üniversite öğrencileriyle (Çapri ve Gökçakan, 2008; Çam, 1997) olduğu anlaşılmaktadır. Araştırmalara bakıldığında daha çok çocuklar üzerinde olduğu yetişkinler üzerinde ise az sayıda olduğu görülmektedir (Armağan-Yıldız, 2007; Çetinkaya, 2022; Pamuk, 2012).

Blank ve ark. (2009) tarafından yapılan bir araştırmada kanser hastalığında başarılı uyumun yaşanılan hayatı anlamlı ve huzurlu bulmaya katkı sağladığını göstermektedir. Kanser tanısı almış kişiler psikososyal ve spiritüel zorluklarda mücadele eder. Bu nedenle yaşam kalitelerinde düşüş olmaktadır. Yaşam kalitesini arttırmak için stresi azaltmak gerekmektedir (Meyers, Carducci, Loscalzo, Linder, Greasby ve Beckett, 2011; Bucher ve ark., 2001). Meme kanserinden kurtulan bireylerde yapılan bir çalışmada problem çözme müdahalesinin gündelik problemlere odaklanarak kanser hastalığının tekrar etme korkusunun azaltılmasında etkili olduğu görülmektedir (Akechi ve ark., 2008).

Alanyazında problem çözme becerisi ile ilgili farklı gruplarla çalışmalar yapmışlardır. Murphy ve ark. (2009) Amyotrofik Lateral Skleroz (ALS) hastalarına bakım veren 75 kişi ile yaptıkları çalışmada sosyal problem çözme becerisi ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkide problem çözme becerisinin yaşam kalitesini doğrudan

etkilediğini belirlemişlerdir. Bakım verenlerle yapılan farklı bir çalışmada duygu odaklı sosyal problem çözme becerisinin kişinin uyumuna pozitif yönde etki ettiği belirtilmiştir (Grant ve ark., 2006). Farklı bir çalışmada, psikoterapi almak için kliniğe başvuran hastalarda, problem çözme ölçeğinden alınan düşük puanın depresyon tanılı hastalarda olduğu bütün hastalarda tedavi sonuçlarının kötü olması ise hastaların tedaviyi bırakma oranının yüksek olmasında da problem çözmeyi etkilediği belirtilmiştir (Moorey ve ark., 2001). Problem çözmede cinsiyete göre farklılık olup olmadığına bakıldığında problemin türüne göre cinsiyet farklılıklarının olabileceğini belirtmişlerdir. Örneğin D’Zurilla ve arkadaşları (1998) erkeklerin kadınlara göre pozitif problem yöneliminde daha yüksek, negatif problem yöneliminde ise daha düşük puan aldıklarını belirtmiştir.

2.3.3 Semptom Takibi

Kanser tanısı almış çocuklarda tedavi uygulamalarının ve hastalık ile gelişen sosyal, fiziksel ve bilişsel değişimleri nedeniyle günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede ebeveynlerinin desteğine daha fazla ihtiyaç duymaktadır (National Cancer Society, 2015; Salvador ve ark., 2015). Tedavi uygulamalarında ebeveynlerin özellikle annelerin çocuğun değişimlerini izlemek, kontrol etmek ve rahatını sağlamak, duygusal açıdan yanında olduğunu çocuğuna hissettirmek, gereksinimleri planlamak, yönetmek ve çocuğun güvenliğini sağlamak için çevre düzenlemesi yaparak uygun araç gereçleri hazırlamak gibi birçok sorumluluğu bulunmaktadır. Uzun tedavi süreci boyunca ebeveynlerin hastalık ile bilgilenmenin dışında, çocuklarında gördükleri değişimleri; hastalığın başlamasıyla belirginleşen semptomların tedavi seçenekleri ve çeşitliliği nedeniyle değişime uğraması aileler semptom takibinde dikkatli olmasını gerektirmektedir. Bu durum adolesan yaş grubu çocuklarında daha da zorlayıcı olabilmektedir.

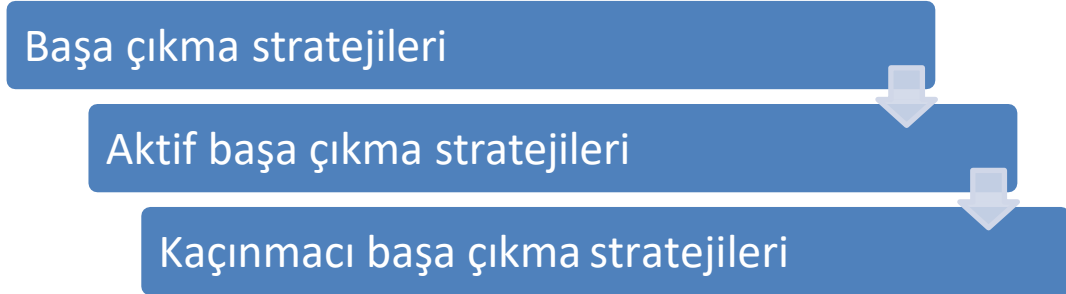
Gelişen teknolojik uygulamalarla birlikte kemoterapi tedavisi, cerrahi ve radyoterapinin uygulanması ile çocukluk çağı kanserlerinde ölüm oranlarına etki ettiği ve azalttığı görülmektedir. Bu uygulamalar arasında kemik iliği transplantasyonu ve biyolojik ajanlar da yer almaktadır (Mingir, 2022; Törüner ve Büyükgöncü, 2012;

Yıldırım ve ark., 2014). Kanserde verilen tedavilerde kullanılan kemoterapi ilaçları, kanserli hücrelerle birlikte sağlıklı hücrelerindede hasar oluşturmaktadır (Törüner ve Büyükgönenç, 2012; Mingir, 2022; Mobaraki ve Avşar, 2019). Kemoterapinin en sık görülen ve bilinen yan etkileri yorgunluk, ishal, mide bulantısı, kusmalar, iştahta azalma, kemik iliği baskılanması (anemi, lökopeni, trombositopeni), saç dökülmesi, ağız yaraları, deri problemleri, dehidratasyon, uykusuzluk, nörolojik problemler, ağrı, halsizlik ve yorgunluk olarak sayılabilmektedir. Bunların dışında kemoterapi ilaçlarının damar dışına çıkması nedeniyle ile oluşan ülserasyon ve deri hasarları akut yan etkilerden olabilmektedir (Barakat, 2005; Taş ve Yılmaz, 2008; Küpeli ve Yalaki, 2018; Mingir, 2022). Çocukların tedavi almaları esnasında, yaş ve hastalığa bağlı olarak damaryolu gibi zorlayıcı işlemlerin oluşuda sorun yaratmaktadır. Kemoterapi tedavisinin yıllar sonrada ortaya çıkan geç yan etkileri olmaktadır. Bunlar içerisinde; kemik bozuklukları, büyüme geriliği, hafıza problemleri ve öğrenme güçlüğü şeklinde görülebilir. Yine uzun dönemde toksik etkiler olarak geçen kardiyotoksik, nefrotoksik gibi etkilerinden dolayı, kardiyak, pulmoner, renal, gastrointestinal sistem problemleri, fertilite sorunları gibi endokrin problemler ve beraberinde psikososyal problemler ortaya çıkmaktadır (Atalay, 2019; Conk ve ark., 2013; Mingir, 2022). Sürekli ve tekrarlı hastane yatışları nedeniyle çocuklar okul ve yaşitlarından ayrılmak durumunda olmaları, tedavi nedeniyle fiziksel görünümde etkilenmeler çocukların sosyal ve psikolojik uyumlarını olumsuz yönde etki etmektedirler (Baykara, 2011). Okuldan uzun süreli ayrılma çocukta depresyon, ilgisizlik ve benlik algısında olumsuzluğa sebep olabilmektedir (Er, 2006). Benlik algısında bozulmanın nedenleri arasında ise akademik, sosyal ve psikolojik problemler, düşük benlik saygısı ve depresyon belirtileri ile ilgili olduğu bilinmektedir (Sezgin, 2009).

2.3.4 Başetme Yöntemleri

Freud, başa çıkma yöntemlerinin bilinçaltı düzlemde devreye sokulduğunu söylerken, Adler, Anna Freud ve diğer neo-Freud'cular, insanların kaygıyla başa çıkma taktikleri arasında bilinçli ve kasıtlı olan yöntemlerin de bulunduğunu söyleyerek Freud'un kuramını genişletip devam etmişlerdir. Psikologların tanımlarına

görede algılanan bir tehdit durumunda yaşanan kaygıyı yenme çabalarına başa çıkma stratejileri adını verir.



Başa çıkma stratejileri sorunla aktif şekilde uğraştıkları ya da sorunu göz ardı etmeye çalıştıkları stratejiler olarak ikiye ayrılabilir. Aktif başa çıkma stratejileri, kişinin durumu düzeltmek için bir eylemde bulunduğu yöntem olmakla beraber kaçınmacı başa çıkma stratejileri ise, bilincin kaygı yaratan durumun uzağında olduğu yoldur. Stratejiler problem odaklı başa çıkma ve duygu odaklı başa çıkma olarak iki kısımda incelenebilir. Problem odaklı stratejiler, hiçbir şey yokmuş gibi davranmak yerine, bireyin bir plan dâhilinde problemi çözmeye çalışarak kendini daha iyi hissettiği stratejilerdir. Duygu odaklı olanlar ise probleme eşlik eden duygusal sıkıntıları azaltmak üzere tasarlanmıştır (Gün, 2012; Kızıler, 2007).

Problem odaklı stratejilerin mi yoksa duygu odaklı stratejilerin mi daha fazla kullanıldığına karar vermek zordur, duruma bağlı olarak her iki strateji de faydalı olabilir. Burada önemli olan “yapılması gereken bir şey var mı, yoksa durumu kabullenmek mi gerekir?” sorusuna verilecek yanıttır. Araştırmacılar hangi durumda nasıl bir strateji kullanılacağını bilme becerisine başa çıkma esnekliği adını verir. Stresli bir durum karşısında bir yaklaşım işe yaramıyorsa diğeri yarayabilir. Stratejiler bu yaklaşım ekseninde çeşitlendirilmiştir. Problem odaklı (etkin ve pasif) ve Duygusal odaklı baş etme yöntemleri kullanılır (Çavuşoğlu, 2015; Murugan, 2017; Myers ve Dewall, 2016).

Problem odaklı baş etme: Adölesan karşılaştığı tehdit edici durumu değerlendirir; stres ve hastalığın neden olduğu problemleri hafifletmek için etkin ve/veya pasif yöntemler kullanır. Etkin baş etme yöntemleri; bilgi arama ve problem çözmedir. Etkin baş etme yöntemlerini kullanan bireyler, rahatsız edici belirtilere

rağmen günlük aktivilerini sürdürmeye çalışır, duygusal sağlıkları ve fiziksel yeterlilikleri daha iyidir. Pasif baş etmede birey, herhangi bir baş etme yöntemi kullanmaz, bu nedenle için duygusal stresi daha fazla yaşar, günlük aktivitelerini yapmaktan kaçınır ve içinde bulunduğu durumlarla ilgili olumsuz düşüncelere sahiptir (Kudubeş ve Bektaş, 2015; Hernandez ve ark., 2019).

Duygusal odaklı baş etme: Hastalıkla ilgili duygularını yönetmek için birey, olumlu - olumsuz düşünce geliştirir, düşüncesini-ilgisini başka konulara yöneltir. Duygusal odaklı baş etme yöntemlerinin kullanılması bireyin sıkıntısına-endişesine farkındalığını arttırır, duygusal süreçlere dikkatin çekilmesini sağlar, pişmanlık ve suçluluk gibi kendini yansıtan duyguların açığa çıkmasının sağlar (Kudubeş ve Bektaş, 2015; Penn, Kuperberg ve Zebrack, 2017; Wu, Slesnick ve Zhang, 2018).

Duygusal odaklı baş etme yöntemleri arasında;

-Sosyal destek almak; yakınları ve çevresinden (aile, arkadaş, öğretmen, doktor, hemşire) maddi / manevi destek alınması

-Dine yönelmek; daha çok bir ilahi güce sığınma, dua etme ve inançlardan güç alınması,

-Kendini kontrol etme; kızgınlık, öfke gibi problemler gelişince bireyin kendini kontrol altında tutması (susma, yalnız kalma gibi).

-Duyguları açığa vurmak; olumlu ya da olumsuz duyguların ifade edilmesi,

-Kabul etmek; değiştirilemeyen durumların bireyler tarafından kabul edilmesi, bilişsel yeniden yapılanmak; problemi kabul edip kendince bilişsel yeni çözüm yollarının aranması, olumsuz duygulardan uzaklaşma,

-Ödül aramak; bireyin davranış ödülüne ulaşmak için ortaya koyduğu bilişsel ve /veya davranışsal süreçlerdir (Han, Liu ve Xiao, 2017; Kavas, 2013; Nass ve Patlak, 2015; Penn, Kuperberg ve Zebrack, 2017).

Çocukluk çağı kanserlerinde ebeveynlerin kullandıkları baş etme yöntemleri ile bunların psikososyal etkilerini değerlendiren niteliksel ve niceliksel birçok çalışma

bulunmaktadır; Kanserle bağlantılı yaşam kalitesi (Beser ve Öz, 2003; Gültekin ve ark., 2008; Pınar ve ark., 2008), başetme (Gilbar ve Zusman, 2007) ve sosyal destek (Işıkhana, 2007) ve alternatif tedavi yöntemleri (Erci, 2007; Işıkhana ve ark., 2005) gibi konuları inceleyen çalışmalar kanserle ilgili bilimsel birikime anlamlı ölçüde katkı sağlamaktadır (Tuncay, 2009).

Kanser tedavisinin başlarında korku, kaygı ve belirsizlik duyguları ön plana çıkmaktadır. Bu duygularla başa çıkma tedavi süreci içerisinde ebeveynlerinde baş etme becerilerinin tedavi sürecini olumlu yönde etkilediği ve yaşam kalitelerini yükselttiği bulunmuştur (Koudys ve Orlick 2002). McCaffrey (2006) baş etme stratejileri ile ilgili yaptığı çalışmada, hasta olan çocuklar TV veya film seyretme, müzik dinleme, resim yapma, el işleri yapma gibi faaliyetlerde kendilerini iyi hissettiklerini belirtmişlerdir. Ebeveynler ise egzersiz yapma, müzik dinleme, rahatlama aktiviteleri yapma, kitap ve dergi okuma, TV veya film seyretme, arkadaşlarla dışarı çıkma ve duygularını yazmanın kendilerini iyi hissettirdiğini ifade etmişlerdir. Ayrıca, hastane personeli ile kurulan iyi iletişimin belirsizlikten kaynaklanan korkularıyla baş edebilmelerinde önemli olduğu ortaya çıkmıştır (Çuğ, 2021).

Annelerin bu süreçte karşılaştıkları stresörler ile bunlarla baş etmede kullandıkları yöntemlerin incelendiği bir çalışmada, annelerin en sık tarifledikleri stresörlerin psikolojik stresörler olduğu ve bunlarla baş etmede daha çok duygu odaklı baş etme yöntemlerini kullandıkları ortaya konmuştur. Baş etmede en sık başvuru strateji ise kadercilik anlamındaki “fatalism”dir. Sağlıklı çocuğu olan ve kanser hastası çocuğuna bakım veren ebeveynlerin baş etme yöntemlerinin karşılaştırıldığı başka bir çalışmada kanser hastası çocuğu olan ebeveynlerin, sorunla yüzleşerek baş etme, sorumluluğu kabul etme, olumlu yeniden değerlendirme yöntemlerini daha az kullandığı, uzaklaşma, kaçınma, kendini kontrol etme ve sosyal yardım arama yöntemlerini daha çok tercih ettikleri görülmüştür. Anneler, sorundan uzaklaşma yöntemini stresle baş etmede babalara oranla daha çok kullandıklarını belirtmişlerdir (Ay Kaatsız, 2020). Öte yandan, anne ve babaların baş etme yöntemlerinin ve bunların birbirlerini yordama durumlarının incelendiği başka bir çalışmada farklı sonuçlar elde etmiştir. Çalışkan (2020) kanser tanısı alan adölesanlarda hastalık algısını incelemek

amacıyla yaptığı çalışmasında kanser tanısı alan adölesanın, kanser farkındalığının artırılmasının tanı aşamasından itibaren olumlu hastalık algısı geliştirmeleri ve etkin baş etme yöntemleri kullanmaları için desteklenmesi gerekli olduğunu söylemektedir.

2.4. Kanser Hastalığı ile Mücadele Eden Ailelere Yönelik Destek Programları

Kanser tanısı konmuş bireyler için genel olarak psikolojik uygulamaları; bilişsel davranışçı terapi (BDT), grup bilişsel davranışçı terapi (Grup BDT), psikoeğitim, destekleyici tedavi, sorun çözme ve sosyal beceri eğitimi olarak açıklanmaktadır (Ay, 2018; Greenberger ve ark., 2018; Soylu, 2014; Yatsıbaş ve Dirik, 2018).

Kanser hastalığının ilerleyici seyri göz önüne alındığında kanser tanısı sonrasında hastaların yaklaşık yarısının öleceği gerçeği, etkili psikososyal desteğin sağlanması gerekliliğini daha açık ve önemli hale getirmiştir (Ciaramella, 2012; Soylu, 2014). Müdahalelerin başta bilişsel davranışçı terapi (BDT) ve grup bilişsel davranışçı terapinin (Grup BDT) yanı sıra psikoeğitim, problem çözme ve sosyal beceri eğitimi, farkındalık temelli yaklaşımlar, destekleyici tedavi gibi farklı türlerini içermektedir (Jacobsen, Jim, 2008; Uitterhoeve ve ark., 2003). Bu tedavi türlerinin birçok çalışmada etkinliği araştırılmış ve duygusal sıkıntıları azaltmada etkili olduğu belirtilmiştir (Carlson, 2004; Soylu, 2014; Zimmermann, 2007). Özellikle kanser hastaları için en uygun tedavi, aynı anda birden fazla tedavi yöntemlerini içeren (ilaç tedavisi ve psikoterapi gibi) depresyon, anksiyete ve yorgunluk gibi bulguları azaltmak için bir girişim şeklinde olması gerektiği belirtilmektedir. Çok sayıda psikoterapi yönteminin içerisinde BDT'nin kanser hastalarında yaşam kalitesinin yükseltilmesi, sıkıntının azalmasında, psikolojik ve fiziksel belirtileri hafifletmekte en etkili tedavi yöntemlerinden birisi olduğu yapılan birçok çalışmada belirtilmiştir. Kısa vadeli ve uygulanabilmesinin kolay oluşu, hastaların öz yeterliliğini artırması ve kanser hastalarında gözüken farklı psikolojik sıkıntıları üzerinde etkinliği nedeniyle BDT

kanser hastalarında çok sık kullanılmaktadır (Karakaya ve Öztop, 2013; Semple, 2006; Soylu, 2014).

2.4.1. Psikoeğitim

Psikoeğitim, hastalıklarda; kişilerin, hastalıklara karşı gösterdiği duygusal yanıtları, hastalığa uyumu ve tedaviye iş birliğini sağlamaya yönelik, baş etme becerilerini geliştirme olarak yapılandırılmış eğitsel müdahaleler olarak uygulanmaktadır (Boyd ve Nihard, 1998; Donker ve ark. 2009; Lukens ve Mcfarlane, 2004; Rummel ve ark. 2006; Şengün ve ark., 2011). Psikoeğitimde amaç, hasta ve yakınlarının problemleri ve acizlikleriyle baş etmelerini geliştirmeye yönelik odaklanması bu süreçte hastalığa karşı; hastayı, aileyi ve yakın çevresini güçlendirmek istenmektedir (Griffiths ve Smith 2010; Rummel ve ark. 2006; Şengün ve ark., 2011). Bu hedefler doğrultusunda; bilgi ve davranış değişikliği sağlanabilmesi, problemlerle başedebilme, hastalığını anlamasına izin vermek ve destek olmak, öz bakım gereksinimlerini devam edebilmesini sağlamak, hayat kalitesini artırmak, tedavi ve girişimler nedeniyle gelişebilecek komplikasyonlardada etkin olabilmek ve önlemek için işbirliği içinde davranmak gereklidir (Bercaw 2000; Blair ve Rainones, 1997; Cunningham ve ark., 1999; Swaminath, 2009; Şengün ve ark., 2011). Etkili bilişsel ve davranışsal tekniklerin öğretilerek, hasta ve ailesinin umudunu, yaşam kalitesini arttırmakla aile yükünü ve stresini azaltmak, tedaviye iş birliği ve uyumuda arttırmaktadır (Swaminath 2009; Şengün ve ark., 2011; Yurtsever ve ark. 2001). Psikoeğitim müdahalelerinin kullanım alanları (kanser, diyabet, psikolojik gibi) birçok alanda kullanılmaktadır. Kolay uygulanan programlar ile problem çözme becerilerinin gelişimi, hastalık ile ilgili karar verme şeklinde, katılımın kolay olması bu programların tercih edilmesinin nedenlerinden sayılabilir (Fawzy ve ark., 1997; Lukens ve Mcfarlane, 2004; Üstün, 2016; Yurtsever ve ark. 2001). Zorlu ve uzun hastane süreçlerinin maliyetli olması nedeniyle kısa süreli eğitimle desteklemiş hastane tedavilerinin hastalıkla ve tedavi yöntemlerinde de başarılı olduğu, baş etme becerilerini geliştirdiği ve kullanılabilir bir yöntem olduğunu göstermektedir (Aydın, 2023; Sarıcaoğlu ve Avcı, 2021; Şengün ve ark., 2011; Zengin

ve ark., 2022). Psikoeğitimin eğitsel ve psikoterapötik müdahaleleri dahilinde olan teorik ve pratik yaklaşımlarla, hastalık ile başetmede kullanılmaktadır (Üstün, 2016). Tıbbi tedavilerde hedeflenen yaklaşım; hastalık üzerine odaklanmaktır.

Psikoeğitimin üç temel ögesi vardır. Bunlar; terapötik etkileşim, açıklık getirme ve baş etme becerisinin geliştirilmesidir (Swaminath, 2009).

Terapötik etkileşim; tıbbi bilginin saygı ve bireyin kendi düşünceleri doğrultusunda paylaşılmasını sağlamadır.

Açıklık getirme; etkileşimsel bir tarz içinde bireyin hastalığa yüklediği anlamlara ve bilgilerine basitçe açıklık getirilmesidir.

Baş etme becerisinin geliştirilmesi; krizin en üst düzeyde yönetilmesi ve kaynaklar üzerine odaklanarak baş etme becerilerinin geliştirilmeye çalışılmasıdır. Bu, bireyin hastalığına karşı uzmanlaşmasına ve yaşam planlarının yeniden düzenlenmesine yardım edebilir (Boyd ve Nihard, 1998; Donker ve ark., 2009; Rummel ve ark., 2006; Lukens ve Mcfarlane, 2004; Swaminath, 2009).

Klinik ve toplumsal araştırmalar sonucunda etkinliği kanıtlanmış; kanıta dayalı uygulamalar arasında yer alan psikoeğitim, günümüzde psikososyal müdahale boyutlarından biri olarak hasta/sağlıklı birey ve aileye yönelik olarak pek çok alanda uygulanmaktadır (Lukens ve Mc Farlane, 2004, Mc Farlane ve ark., 2003). Psikiyatri dışında tıbbi hastalıklara yönelik (kanser, diyabet gibi) yürütülen psikoeğitim müdahaleleri kronik, yaşamı tehdit eden hastalıklarda daha yaygın olarak kullanılmakla birlikte bu müdahalelerin amacı, hasta ve bakım verenlerin hastalığın fiziksel ve psikolojik etkileriyle baş etmelerine yardım etmektir. Bu grupta ağırlıklı olarak kanser hastalarıyla psikoeğitim müdahalelerinin yürütüldüğü belirtilmektedir (Lukens ve Mcfarlane 2004).

Kanser hastaları ve ailelerine yönelik planlanan psikoeğitimsel müdahaleler; sağlık eğitimi, stres yönetimi, baş etmeyi geliştirme, psikolojik destek sağlama ve grup psikososyal desteğini içermektedir (Cunningham ve ark., 1999; Devine ve Westlake, 1995; Edelman ve ark.,2000; Fawzy ve ark., 1997; Fawzy, Bercaw, Bultz ve ark., 2000; Payne ve ark., 1997).

Kanserli hastalarda psikoeğitimsel müdahalelerin depresif semptomları azaltmada etkililiğinin incelendiği gözden geçirme çalışmalarının sonuçları psikoeğitimsel müdahalelerin depresif semptomları ve anksiyeteyi azaltmada etkili olduğunu göstermiştir (Barsevick, 2002; Devine ve Westlake, 1995).

Devine ve Westlake'ın (1995) yaptığı 116 çalışmalı meta analizde bu programların sadece bilgi düzeyini arttırmadığı aynı zamanda kanser semptomlarını, ağrıyı, anksiyeteyi, depresyonu ve bulantı kusmayı azalttığı belirlenmiştir. Bu alanda yürütülmüş randomize kontrollü çalışma sonuçlarında da psikoeğitim müdahalelerinin yaşam kalitesinde artış sağladığı belirtilmekte ve müdahale sonrasında anksiyete ve distreste azalmaya dikkat çekilmektedir (Cunningham, 2000; Edmonds ve ark.,1999; Meyer ve Mark, 1995).

Uzun süreli hastane tedavisinin maliyetinin yüksek olması nedeniyle kısa süreli hastane tedavilerinin ve eğitimle desteklemiş tedavi yöntemlerinin gerekliliği, psikoeğitimin, nüks ve relapsların önlenmesinde, tedaviye uyumda, hastalık süreci ile baş etme becerilerini geliştirmede etkinlik göstermesi ayrıca psikoeğitim müdahalelerinin kolay uygulanabilmesi, hastalıkla ilgili problem çözme becerilerini geliştirmesi, karar verme ve aktif katılımı kolaylaştırması bu müdahalelerin kullanılmasını artıran nedenler arasında sayılmaktadır (Lukens ve Mcfarlane, 2004).

Literatürde farklı hastalık gruplarında, birçok çalışmada tek başına psikoeğitim müdahalesi ya da diğer tedavi yaklaşımlarıyla kombinasyonların uygulandığı çalışmalar bulunmakta ve psikoeğitimsel müdahalelerin etkinliğine dikkat çekilmektedir (Alataş ve ark. 2007; Chan, 2005; Donker, 2009; Lukens ve Mcfarlane, 2004).

Fawzy (2007), çalışmasında psikoeğitimin dört temel bileşeninden birisinin sağlık eğitimi olduğunu belirtmekte ve sağlık eğitiminin amacının: bilgi azlığı ve belirsizliğe bağlı olarak yaşanan çaresizlik ve yetersizlik duygusunu azaltarak bireyde kontrol ve yetkinlik duygusunu geliştirmek olduğunu vurgulamaktadır. Böylelikle aileler kendileri için bilinmezlik taşıyan problem karşısında öncelikle bilgi ile güçlendirilmekte, olası durumlara hazırlık yapabilmektedirler. Ayrıca psikoeğitim sürecinde ailelere sahip oldukları potansiyellerini nasıl ortaya çıkarabilecekleri,

kullanabilecekleri ve problemlerin çözümünü kendilerinin bulmaları konusunda farkındalıkları arttırılmaktadır.

Psikoeğitimin psikiyatrist, klinik psikolog, hemşire ve sosyal çalışmacı gibi farklı profesyoneller uygulanabileceği belirtilmekte ve alana özgü uygun eğitimin alınmış olması gerekliliğine vurgu yapılmaktadır (Gümüş 2006, Alataş ve ark., 2005). Ancak farklı uzmanlar tarafından uygulanan psikoeğitimin farklılıklarını ortaya koyan, avantaj ve dezavantajlarını anlamaya yönelik çalışmaların olmadığı belirtilmektedir (Ong ve Karon 2008). Ayrıca psikoeğitimi yürütecek bireylerin sahip olmaları gereken yeterlilikler konusunda netlik bulunmamaktadır. Ancak psikoeğitimin terapötik yaklaşımlarla, iletişim becerisi yüksek konusunda tam eğitim almış ve eğitim sürecinde gelişebilecek psikososyal tepkileri yönetebilecek kişilerce yürütülmesi gerektiği düşünülmektedir.

Pehlivan (2014) Bilişsel Davranışçı Yaklaşım Temelli Psikoeğitim Programının kadın danışma merkezine başvuran annelerin problem çözme ve iletişim becerilerine, evlilik doyumu ve iyi oluş düzeylerini artırdığını bulmuştur.

İlgaz (2020) süregelen hastalığı olan aile üyesine bakım verenlere yönelik yapılan psikoeğitimin, bakım verenlerin hastalıkla baş etme becerilerine odaklanmaları, hastalıkla birlikte yaşama yollarını öğrenmeleri bakımından yüklerinin azaldığını bulmuştur.

2.4.2. Bilişsel Davranışçı Yaklaşımlar

Aaron T. Beck, 1960'lerde depresyon rahatsızlığı üzerine çalışırken Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) yaklaşımını geliştirmiştir. BDT, psikolojik sorunlarda bilişsel süreçlerin önemini ve önceliğini ele almaktadır. BDT, kısa süreli, şu ana odaklanan, yapılandırılmış bir psikoterapi çeşididir. Genel olarak, bireyin yaşadığı problemler ele alınarak işlevsel olmayan düşünce ve davranışları değiştirilmeye çalışılmaktadır (Beck, 1976/2008; Beck, 2011/2016; Corey, 2009/2015; Murdock, 2008/2016; Türkçapar, 2008). Bunu yaparken bireyin kendi kendine öğrenmesine ve değişimini izlemesine imkan verilmektedir. Bu yaklaşım, sorunun nasıl oluştuğu ve o

ana kadar nasıl sürdüğü konusunda anlaşılabilir bir kavramsal harita sunmaktadır. Bu yaklaşımın odak noktası, düşünce, inanç, tutum ve fikirlerdir. BDT’de bireye kendisini nasıl hissettiği ve neler düşündüğü konularında günlük olarak düşünce kaydı tutması, pratik yapması ve yeni fikirleri uygulayabilmesi için aktif bir rol verilmektedir. Bu yaklaşımda amaç, bireyin kendisine, diğer insanlara ve dış dünyaya ilişkin genel fikirlerini değiştirmesi için içgörü kazanması, kendini değerlendirmesi ve kendi yaşamının eğitimsi olmasıdır. BDT’nin temel varsayımı, insanların duygu ve davranışlarının olayları yorumlama biçimlerine göre değiştiği şeklindedir (Beck, 1976/2008; Beck, 2011/2016; Corey, 2009/2015; Murdock, 2008/2016; Türkçapar, 2008; Türkçapar ve Sargın, 2012).

Psikolojik müdahaleler incelendiğinde bilişsel davranışçı terapi (BDT) (Antoni ve ark. 2001, Quesnel ve ark. 2003, Savard ve ark. 2005) ile birlikte özellikle son on yıldır ağırlıklı olarak farkındalık temelli müdahalelerin kanser hastaları üzerindeki etkilerinin çalışıldığı görülmektedir (Piet ve ark. 2012).

BDT, davranışçı ve bilişsel terapilerin temel prensiplerinin bir araya getirilmesiyle oluşan geniş bir alan olarak tanımlanmaktadır (Murdock, 2008/2016; Türkçapar ve Sargın, 2012). BDT, psikolojik sorunlarının tedavisinde bireyin otomatik düşünceleri, şemaları ve inançları üzerine odaklanır. BDT, birbiriyle ilişkili olan otomatik düşünceler, ara inançlar ve temel inançlar olmak üzere üç bilişsel katmandan söz etmektedir.

Otomatik düşünceler, bir durum karşısında kendiliğinden ortaya çıkan bireyin kendisi, başkaları veya dünyayla ilgili iç konuşmalarını içermektedir. Aniden ve kendiliğinden ortaya çıkarlar. Kişiler genellikle otomatik düşünceleri doğru olarak kabul ederler. Otomatik düşünceler, genellikle kısa süreli, imge şeklinde, seri ve örtük biçimindedir. Örneğin, kalabalık bir ortama girdiğinde bireyin “*Eyvah, yandım*” demesi bir otomatik düşüncedir (Türkçapar ve Sargın, 2012).

Ara inançlar, otomatik düşüncelerin altında yer alan, bireyin sayıltılarını, inançlarını, tutumlarını, kurallarını, beklentilerini, yönergelerini ve kurallarını içeren katmandır. Buradaki kurallar, bireye özgü yorumlama biçimini oluşturmaktadır. Bir durumun doğru veya yanlış olduğunu ara inançlar ile test etmeye çalışılır. Ara inançlar,

geçmiş yaşantı ve deneyimlere göre şekillenir. Örneğin, bireyin “*Eğer kalabalık ortama girersem, beceriksizliğim ortaya çıkabilir*” demesi bir ara inançtır.

Temel inançlar, deneyimler sonucunda bireyin kendisi ve çevresiyle ilgili bilgileri nasıl düzenlediğini belirleyen bilişsel yapılardır. Üç temel inançtan söz edilmektedir. Bunlar, yetersizlik, çaresizlik ve sevilmemedir. Çaresizlik temel inancı, güç, başarı, performans yetersizliğini, beceriksizliği temsil etmektedir. Sevilmemeye temel inancı, duygusal eksiklikleri, önemsenmemeyi, istenilmemeyi; değersizlik temel inancı ise, manevi açıdan eksikliği, suçluluğu içermektedir (Beck, 1976/2008; Beck, 2011/2016; Corey, 2009/2015; Murdock, 2008/2016; Türkçapar, 2008; Türkçapar ve Sargın, 2012; Soylu ve Pala, 2018). Yukarıda verilen örnekte bireyin temel inancının çaresizlik olduğu görülebilmektedir.

BDT’de kullanılan birçok teknik bulunmaktadır. Bu tekniklerin başında Sokratik sorgulama gelmektedir. Sokratik sorgulamada danışana sahip olduğu düşünce ilgili olarak çeşitli sorular sorularak inancını destekleyen ve çürüten kanıtları incelemeye yönlendirilir. Sokratik sorgulamanın sistematik sorgulama, tümevarımsal akıl yürütme ve evrensel tanımlama diye üç ögesi vardır. *Sistematik sorgulamada* direk bilgileri almak yerine danışanın analiz ve sentez becerilerinin geliştirilmesine yardımcı olunur. *Tümevarımsal akıl yürütmede* araştırma ve soruşturma çalışmaları yapılır. *Evrensel tanımlamada* ise, bireyin problemlerini algılayışı ve anlayışı değiştirilmesi hedeflenir. BDT’de sıklıkla başvuru alan diğer teknikler, otomatik düşüncelerin tanınması, işlevsel olmayan düşünce kaydı, bilişsel yeniden yapılandırma, bilişsel çarpıtmaları bulma ve ev ödevidir. Alternatif düşünceleri veya bilişsel yeniden yapılandırmayı ortaya koymak için yeniden atfetme, kanıt inceleme, kendini izleme ve bilişsel çarpıtmaları bulma gibi teknikler kullanılmaktadır (Beck, 1976/2008; Beck, 2011/2016; Corey, 2009/2015; Köroğlu ve Türkçapar, 2011; Leahy, 2003/2010; Murdock, 2008/2016; Türkçapar, 2008; Türkçapar ve Sargın, 2012).

BDT, psikolojik sorunların eksik ve yanlış bilgiye dayalı çıkarımları içeren düşünce hatalarından veya çarpıtılmış düşüncelerinden kaynaklandığını varsaymaktadır. Bir diğer varsayım, insanların neler hissettiğini belirleyen şey, durumun kendisinden öte duruma yönelik olarak bireyin zihninde oluşan

yorumlamalardır. Bilişsel çarpıtmalar olarak da bilinen bu hatalı düşünme biçimleri farklı şekillerde sınıflandırılmaktadır. Bilişsel çarpıtmalar, otomatik düşünceler ve alternatif düşünceleri içeren bilişsel çarpıtmaların yapılandırmasına ilişkin örneklerdir (Türkçapar ve Sargın, 2012).

BDT’de bulunan bilişsel ölçü derinlerde bulunan olumsuz duyguları saptamak, olumsuz otomatik düşünceleri gözlemlemek ve daha düzenli seçenekler aramak olarak ifade edilmektedir. Bilişsel yöntemler içinde sorun çözme, zihinsel oyalama, yeniden çerçeveleme, karar verme yolları kabul edilebilir. Davranışsal yöntemlerse, günlük yazma, aktiviteleri düzenleme, davranışsal oyalama ve huzurlu olmaya benzer yöntemler olarak açıklanmaktadır.

2.4.3. Konu ile İlgili Yapılmış Çalışmalar

Askins ve ark. (2009)’ larının yeni kanser tanısı almış 197 çocuğun annesi ile yapılan randomize bir klinik çalışmada; 8 haftalık uygulanan problem çözme beceri eğitiminin annelerde teknolojiye olan güveni ölçümledikleri çalışmalarında, sosyal problem çözme envanteri, beck depresyon ölçeği ve ruh hali durumlarını ölçeği kullanmışlardır. Bir saatlik bireysel yapılan görüşmelerde sorun çözme, çocukluk çağı kanserinin tedavisi sırasında sıklıkla karşılaşılan bir dizi zorlu duruma uygulanabilen genel bir başa çıkma becerisi olarak sunuldu. Ölçek uygulamalarını tedavi öncesi, sonrası ve müdahalenin tamamlanmasından 3ay sonra tekrar uygulanmış. Müdahalede teknolojiye olan güven ve bakış açısında değerlendirildiğinde; teknolojik aksaklıklar yaşanmasına rağmen psikososyal ölçümlerde olumlu değişim göstermiştir. Gruplar arası fark olmamasına rağmen genç annelerin teknolojiyi daha kolaylıkla kullandıkları görülmüştür.

Öztaş (2020) Annelere Verilen Problem Çözme Eğitiminin Anneler ile Çocukların Problem Çözme Becerileri ve Çocukların Aile İçi İlişkileri Algılarına Etkisine baktığı çalışmada yarı- deneysel araştırma deseni kullanarak 16 kontrol gruplu ön test-son test uygulamıştır. Araştırmanın ön test ve son test değerlendirmelerinde annelere “Kişilerarası Problem Çözme Envanteri”, çocuklara

“İlköğretim Düzeyindeki Çocuklar İçin Problem Çözme Envanteri” ve “Çocuklar İçin Aile İlişkileri Ölçeği” uygulanmıştır. Araştırmada, annelere yaratıcı drama yöntemi ile verilen problem çözme eğitiminin annelerin problem çözme becerilerini arttırdığı çocukların problem çözme becerileri üzerinde etkili olmadığı belirlenmiştir. Annelere yaratıcı drama yöntemi ile verilen problem çözme eğitiminin çocukların aile içi ilişkileri, engelleyici olarak algılamasında etkili olduğu saptanmıştır. Othman ve ark (2010) çalışmalarında benzer biçimde annelere problem çözme becerilerinin yanı sıra rahatlama teknikleri ve etkili baş etme becerilerinin geliştirilmesi öğretilmiş, program sonunda annelerin bilgisinde artma olduğu ve anksiyete düzeyinde azalma görüldüğü saptanmıştır.

Otlu ve ark. (2016) psikolojik danışman adaylarının “Duyguları Fark Etme ve ifade Etme Psiko-Eğitim Programı kullanarak öz-duyarlık düzeyine etkisini incelemişlerdir. Psiko-Eğitim Programını; 90-110 dakika arasında olmak üzere haftada bir kez on hafta olmak üzere uygulama yapmışlardır. Program içerisinde yer alan uygulamalarda gestalt, pozitif psikoterapi, bilişsel-davranışçı yaklaşım, psikodrama ve yaratıcı drama etkinlikleri yer almaktadır. Çalışmalarında “öz-duyarlık toplam” ve “öz-sevecenlik” puan ortalamalarında yükseklik olması: kusur, sınırlılık ve yaşam zorluklarının kaçınılmaz olduğunu fark etmeyi ve yaşam olayları beklentilerin dışında geliştiğinde, acıyla kendine kızarak yüzleşmek yerine, kendini sakinleştirmeyi ve desteklemeyi içermektedir. Bu yolla, problemler ve hoş gitmeyen olaylar yargılanmadan kabul edilmektedir. Böylece birey, sorunların çözülmesine yardımcı olacak davranışlar içerisine girebilmektedir.

Meyers ve ark. (2011) Kanserli Hastaların Yaşam Kalitesi ve Bakıcıları Üzerindeki Etkileri için bir Problem Çözücü Müdahalenin (COPE) etkinliğini inceledikleri çalışmalarında Standart bir bilişsel-davranışçı problem çözme eğitim müdahalesini kullanarak etkisini değerlendirmişlerdir. Çalışmaları sonucunda anlamlı bir fark olmamasını çalışmanın uzun dönemde yapılması gerekliliği ve erken müdahalelerde bulunulması gerektiğine bağlamışlardır.

Ilgaz (2020) tez çalışmasında süregelen hastalığı olan aile bireylerine bakım verenlere yönelik yapılan psikoeğitim programlarının bakım yükü, depresyon, iyi oluş,

sürekli ve durumluk kaygı, duygu dışı vurumu ve aile işlevselliği değişkenlerindeki etkisini; 17 çalışmayı meta analiz yöntemiyle incelemiş, süregelen hastalığı olan aile üyesine bakım verenlere yönelik yapılan psikoeğitimler bakım verenlerin bakım yüklerinin azalmasına katkıda bulunduğunu, bu sonucunda psikoeğitimlerin içeriğinden kaynaklandığı düşünülmüştür. Bakım verenlere yönelik uygulanan bu psikoeğitimler hastalıkla baş etme becerilerine odaklanmaları, hastalıkla birlikte yaşama yollarını göstermeleri bakımından bakım verenlerin bakım yükleri üzerinde etkili olduğunu desteklemektedir.

Ay Kaatsız ve Öz (2020) Kanser tanısı alan çocuk hastaların annelerine verilen psikoeğitim programının annelerin ebeveynlik rolüne ilişkin kendilik algısına, stresle baş etmesine ve ruhsal belirtilerine etkisini belirlemek amacıyla yaptığı çalışmasında iki aşamalı nitel ve nicel yöntemleri kullanmışlardır. İlk aşamada, 18 sağlıklı ergen kardeş ile derinlemesine görüşmeler yapılmış bu görüşmelerden çıkan temalar ve literatür bilgisi ile annelere yönelik psikoeğitsel bir müdahale programı geliştirmişlerdir. İkinci aşamada programının uygulandığı, ön test-son test izleme desenli ve kontrol gruplu müdahale çalışmasıdır. Müdahale programı deney ve kontrol gruplarında 15'er anne ile yapılmış, programın etkinliğide Ebeveyn Rolüne İlişkin Kendilik Algısı Ölçeği, Stresle Başa Çıkma Ölçeği ve Kısa Semptom Envanteri (KSE) ile değerlendirilmiştir. Sağlıklı ve Pediatrik Kanser Hastası Çocukları Olan Annelere Yönelik Psikoeğitim Program haftanın her günü bir oturum 60-90 dakika arasında değişerek 6 oturum bir haftada tamamlanmıştır. Bir haftanın sonunda, ölçekler müdahale grubundaki annelere tekrar uygulanıp, izlem takibi içinde her iki gruptaki annelerle 3 ay sonra tekrar ölçekler uygulanmıştır. Programın annelerin stresle baş etme düzeylerinde anlamlı bir değişme olmaz iken ruhsal belirtilerinde istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde azalma olduğu belirlenmiştir. Bu etkinin zamanla azaldığı görüldüğünden, bu tip müdahalelerin belirli periyotlarla yinelenmesini önermiştir.

Korkmaz (2020) yaptığı tez çalışmasında; Kanserli Çocukların Otomatik Düşünceleri ile Duygusal ve Davranışsal Sorunları Arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Araştırmayı 8-12 yaş aralığındaki çocuklarda 50 kontrol 50 deney grubu olmak üzere 100 çocuk üzerinde çocukların otomatik düşünceleri ölçeği, güçler ve güçlükler anketini uygulamıştır. Kanserli çocuklarda özellikle ölecekleri ya da sağlıklı bir

yaşam süremeyecekleri otomatik düşünceleri olduğunu tespit etmiştir. Çocuklarda oluşan bu otomatik düşünceler okul yaşantılarıyla akranlarıyla problemlere, akademik gerilemeye ve bazı davranışsal sorunlara da yol açabileceği ve kanserli çocukların ailelerindede kanserli bireyler kadar otomatik düşünceler ve davranışsal bozulmalar meydana gelebileceğini dile getirmiştir.

Lövgren ve ark (2019) pediatrik onkolojide bir psikososyal müdahale olan aile konuşması müdahalesini (FTI) değerlendirmişlerdir. Müdahaledeki temel unsurlar, aileleri hastalık ve ilgili konular hakkında konuşmalarında desteklemek, ebeveynleri çocuklarının ihtiyaçlarını ve onları nasıl destekleyeceklerini anlamaları konusunda ve aileleri güçlü yanlarını ve bunları en iyi nasıl kullanacaklarını belirlemede desteklemektir. Çalışma sonuçları, aile iletişimi, hastalık hakkında bilgi, dayanıklılık, yaşam kalitesi ve keder konusunda yönlendirici olabileceğini dile getirmektedir.

Pehlivan (2014) Bilişsel Davranışçı Yaklaşım Temelli Psiko-eğitim Programının Anneler Üzerindeki Etkililiğinin İncelediği çalışmasında, kadın danışma merkezine başvuran annelerin problem çözme ve iletişim becerilerine, evlilik doyum ve iyi oluş düzeylerine etkisini irdelemiştir. 16 oturumdan oluşan BDY'ye dayalı psiko-eğitim programının tabi tutulmuştur. Analizler sonucunda, BDY'ye dayalı psiko-eğitim programının annelerin problem çözme ve iletişim becerilerini, evlilik doyum ve iyi oluş düzeylerini artırdığı ortaya çıkmıştır.

Kral (2019) Farkındalık (Mindfulness) temelli psikoeğitim programının ergenlerde kaygı yönetimi becerileri üzerindeki etkisi incelediği çalışmasında yaş aralığı 13 ile 19 arasında değişen 19 deney 19 kontrol gruplu öntest-sontest modelinin kullanıldığı deneysel çalışmasında veri toplama aracı olarak Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçekleri ile Bilinçli Farkındalık Ölçeği kullanmıştır. Psikoeğitim Programı 8 oturum olarak uygulanmıştır. Elde edilen bulgular, 8 haftalık Fark'ındalık temelli kaygı yönetimi eğitim programının ergen bireylerin kaygı yönetimi becerileri üzerine kısmen etkili olduğunu bulmuştur.

Varol ve Hacıoğlu (2018) Kanser hastası olan çocukların bakım verenlerine evde yapılan eğitimin, ebeveynlerin bakım yükü, depresyon ve yaşam doyumunu incelemiştir. Lösemi veya lenfoma tedavisi alan 6-12 yaş çocuklara bakımveren 30

kişi ile iki hafta ara ile altı hafta boyunca kanser ve tedavisine yönelik hazırlanmış olan üç modülden oluşan eğitimi ev ziyaretleri yaparak (toplamda 6 kez) uygulamışlardır. Her ziyarette 40-50 dakikalık görüşme ve eğitimler vermişlerdir. Ön-test son test tek gruplu yarı deneysel tasarımda yapılan bu çalışmada bakım verenlere ‘Sorun Çözmenin Yolu Bilmektir’ adlı kitapçık verilmiştir. Değerlendirme içinde; Bakım Verme Yükü Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği ve Yaşam Doyumu Ölçeği kullanılmıştır. Ebeveynlerin eğitim sonrası istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde bakım yükünün azaldığı, depresyon düzeyinin düştüğü ve yaşam doyumunda artış olduğu saptanmıştır.

Erkul ve Güler (2020) yeni kanser tanısı alan 9- 18 yaş grubundaki çocuklar ve ebeveynleri ile yürüttükleri Randomize olmayan deney ve kontrol gruplu çalışmalarında; 25 kişi kontrol grubu, 25 kişi girişim grubu çocuk ve ebeveynler için VİDESOF Eğitim Programı hazırlanmışlardır. Eğitim programı kapsamında ebeveyn için klinik eğitim rehberi hazırlanmıştır. Çocuk için 2.5 yıl önce lösemi tanısı almış ve şu an idame tedavisi gören 15 yaşındaki bir çocuk tarafından canlandırılan eğitim videosu hazırlanmıştır. Araştırmada verilen eğitim üç ay boyunca devam etmiş ve dört izlem yapılmıştır. Ebeveynler için; Hastalığa İlişkin Bilgi Düzeyi Değerlendirme Formu, Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri ve Ebeveyn Aile Merkezli Bakım Ölçeği uygulamışlardır. Girişim grubundaki ebeveynlerin kaygı düzeyleri kontrol grubundaki ebeveynlerden düşük olduğu belirlenmiştir. Girişim grubundaki ebeveynlerin aile merkezli bakım memnuniyetlerin daha yüksek olduğu ve ebeveynlerin hastalığa ilişkin bilgi düzeylerinin arttığı belirlenmiştir.

Özkan ve Taş Arslan (2020), 46 çocuğun ebeveyni ile yürüttükleri randomize kontrollü deneysel çalışmalarında 23 kişi girişim grubunda yer alan ebeveynlere Mishel’in Hastalıklarda Belirsizlik Teorisi temelli geliştirilen protokole uygun olarak, 6 modül (10 oturum) ve toplam 200 dakikadan oluşan eğitim ve danışmanlık vermişlerdir. Değerlendirme içinde Mishel’in Hastalıklarda Belirsizlik Ölçeği, Beck Umutsuzluk Ölçeği ve Baş Etme ve Uyum Süreci Ölçeği kullanmışlardır. Girişim grubunda yer alan ebeveynlerin belirsizlik ve umutsuzluk puanları kontrol grubunda yer alan ebeveynlerden daha düşük olduğu, baş etme uyumlarında kontrol grubundaki ebeveynlerden daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Alparslan ve ark. (2011), 3-15 yaş aralığında kanser hastası çocuğa bakım veren 37 hasta yakını ile ön-test sontest tek gruplu kesitsel tasarımda yaptıkları çalışmalarında; yakını araştırmacılar tarafından hazırlanan “Lösemili Çocuklar ve Aileleri İçin Boyama ve Okuma Kitabı” ebeveynlere verilmiş ve bir hafta sonra kitabı okuyarak gelmeleri istenmiştir. Değerlendirme içinde; Tanımlayıcı Özellikleri Belirleme Formu ve Spielberger Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri kullanmışlardır. Lösemili Çocuklar ve Aileleri İçin Boyama Kitabı Müdahale sonrası, kitabı bir hafta okuyarak gelen ebeveynlerin durumluluk kaygı düzeylerinin istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde azaldığı, sürekli kaygı düzeylerinde ise anlamlı bir değişim olmadığı saptanmıştır.

BÖLÜM 3

YÖNTEM

Bu araştırma, psikoeğitim programının adölesan onkoloji hastalarının annelerinin kaygı düzeylerine, problem çözme becerilerine ve çocuklarının yaşadıkları semptomlara etkisini incelemek amacıyla yapılmıştır.

Bu amaç doğrultusunda hazırlanan bu bölümde araştırmanın modeli, araştırmanın çalışma grubu, veri toplama araçları, verilerin toplanması ve analizinde kullanılan istatistiksel teknikler yer almaktadır.

3.1. Araştırmanın Modeli

Araştırmada uygulanan psikoeğitim programı, deneme modellerinden olan tek grup ön test-son test modeli ile kurgulanmıştır. Tek gruplu ön test-son test modelinde bağımsız değişken uygulanacak bir gruba uygulama öncesi ve sonrası ölçme yapılır. Araştırma psikoeğitim programı uygulamasından sonra yapılan son test ölçümünden 6 hafta sonra uygulamanın kalıcılığını ölçmek için aynı testler tekrarlanmıştır.

Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri; Uygulanacak olan psikoeğitim programıdır.

Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri; Çalışmaya dahil edilen annelerin; kaygı düzeyleri, problem çözme becerileri ve çocuklarının hastalıklarına bağlı olarak gösterdikleri semptomlarla başa çıkma düzeyleridir.

3.2. Çalışma Grubu

Çalışma grubu, Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Çocuk Onkoloji-Hematoloji Kliniğine müracaat eden, adölesan yaşta çocuğu olan 17

anneden oluşmaktadır. Çalışma grubunun oluşturulmasında araştırmanın amacına uygun olarak, amaçlı örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Amaçlı örnekleme yöntemi derinlemesine araştırma için çalışmanın bilgi deneyim ve tecrübeleri açısından zengin durumların seçilmesidir (Büyüköztürk, vd.,2008).

Çalışma grubuna dahil edilmesindeki ölçütler aşağıdaki gibidir;

-onkolojik tanı almış çocuğun 10-18 yaş aralığında olması,

-onkolojik tanı almış çocuğun terminal dönemde olmaması,

-annelerin iletişime engel olabilecek işitsel, görsel ve zihinsel bir probleminin olmaması,

-Türkçe okuma- yazma bilmesi ve konuşabilmesi

-çalışmaya katılmaya gönüllü olması

Çalışma grubundan çıkarılma ölçütleri aşağıdaki gibidir;

-çocuğun tedavisi için başka bir sağlık kuruluşuna gitmesi,

-çocuğun sağlık durumunun kötüleşmesi,

-annenin araştırmanın herhangi bir aşamasında çalışmadan ayrılmak istemesi

Araştırma kapsamında Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi, Çocuk Onkoloji-Hematoloji Kliniğine, onkolojik bir tanı nedeniyle müracaat eden 45 anneye ulaşılmış, çalışma kriterlerini karşılamayan 20 aile çalışmadan çıkarılmış, 25 anne ile çalışmaya başlanmış ancak süreç içerisinde 8 anne çalışmadan ayrılmak zorunda kalmıştır. Sonuç olarak çalışma 17 anne ile gerçekleştirilmiştir.

Araştırmaya dahil edilen annelerin demografik özelliklerine ilişkin bilgiler Tablo 3.1. de sunulmuştur.

Tablo 3.1. Araştırmaya dahil annelerin demografik özellikleri

Demografik Değişkenler		sayı	Ortalama ±Standart sapma	Ortanca (min-maks)
Anne Yaşı		17	43,35 ±7,75	42 (33-60)
Gelir Durumu			19.529,41 ±15.509,54	15k (6k-70k)
Çocuk Sayisi			1,94 ±0,9	2 (1-4)
Cocukların yaşı			13,88 ±3,1	15 (10-17)
Hastalık Suresi			2,82 ±1,29	3 (1-4)
		Sayı	%	
Medeni durum	Evli	14	82,4	
	Boşanmış	3	17,6	
Eğitim durumu	İlkokul	6	35,3	
	Ortaokul	2	11,8	
	Lise	7	41,2	
	Uni	2	11,8	
Çalışma durumu	Çalışmıyor	9	52,9	
	Çalışıyor	8	47,1	
Yaşadığı yer	Merkez	16	94,1	
	Köy	1	5,9	
Anne terapi	Aldı	5	29,4	
	Almadı	12	70,6	

Tablo 3.1. incelendiğinde; araştırmaya dahil edilen annelerin 33-60 yaş aralığında olduğu yaş ortalamalarının ise 43,35 ±7,75 olduğu, ailelerin gelir düzeylerinin 6.000-70.000 arasında olduğu, gelir düzeyi ortalamasının 19.529±15.509 olduğu, ailelerin çocuk sayılarının 1-4 aralığında değiştiği, ailelerin ortalama 2 sahibi olduğu, çocukların yaşlarının 10-17 arasında değiştiği, yaş ortalamalarının 13,88±3,1 olduğu, çocuklarının hastalık sürelerinin 1-4 yıl arasında değiştiği, ortalama hastalık süresinin 2,82 ±1,28 yıl görülmektedir. Medeni durumlarına bakıldığında %82,4 evli, %17,6 boşanmış olduğu, eğitim durumlarında; %35,3 ilköğretim mezunu, %11,8 ortaokul

mezunu, %41,2 lise mezunu, %11,8'i üniversite mezunu olduğu görülmektedir. Annelerin %52,9 çalışmadığı, %47,1 çalıştığı, ailelerin %94,1'inin il ya da ilçe merkezinde, %5,9'unun köyde yaşadıkları görülmektedir. Annelerin hastalık ile ilgili herhangi bir destek alma durumları (psikolojik destek, eğitim) değerlendirildiğinde %70,6'sının almadığı, %29,4'ünün aldığı belirlenmiştir.

3.3. Veri Toplama Araçları

Çalışmada annelere ilişkin bilgiler “Kişisel Bilgi Formu” ile, adölesan onkoloji hastalığı olan çocukların annelerinin kaygı durumları “Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği”yle, problem çözme becerileri “Problem çözme Envanteri-Kısa Formu”yla, çocuklarının onkolojik hastalıklarına ilişkin semptomlarının takibi “Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği”yle, annelerin yaşadıkları sorunlarla başa çıkma becerileri “Baş Etme Tutumları Değerlendirme Ölçeği (COPE-R)”yle değerlendirilmiştir.

3.3.1. Kişisel Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda geliştirilen bilgi formu; ebeveyn ve çocuğa ait sosyo-demografik özellikleri içeren; anne yaşı, medeni durumu, anne eğitim düzeyi, mesleği, anne-baba çalışma durumları, çocuk sayısı, çocuğun yaşı, cinsiyeti, çocuğun tanı alma zamanı, daha önce bu konuda destek alıp almadıklarına dair olmak üzere toplam 11 sorudan oluşmaktadır.

3.3.2. Durumluluk-Sürekli Kaygı Ölçeği

Durumluluk –Sürekli kaygı ölçeği 14 yaş ve üzerinde olan bireylerin anksiyete düzeyini belirlemek için Spielberger ve arkadaşları tarafından (1970) geliştirilmiştir. N. Öner ve A. Le Compte tarafından Türk toplumuna uyarlanması 1995 yılında uyarlanmıştır. 4'lü Likert türünde hazırlanan ölçek; ilk 20 maddesi bireyin “şu anda”

nasıl hissettiğini değerlendirmesini içeren sorulardan(Durumluluk kaygısı) ikinci 20 madde(Sürekli kaygı durumu) bireyin içinde bulunduğu durum ve koşullardan bağımsız olarak, kendini nasıl hissettiğini belirlemeyi amaçlayan sorulardan oluşmaktadır(Öner ve Le Compte 1998).

Durumluk Kaygı Ölçeği'nde; duygu ya da davranışların şiddet derecesine göre (1) “hayır”, (2) “biraz”, (3) “çok” ve (4) “tamamiyle” ifadelerinden birini seçmesi istenir. “Tamamiyle” ifadesinin seçilmesinde en yüksek 4 puan, “hayır” ifadesinin seçilmesinde en düşük 1puan verilir. Durumluk Kaygı Ölçeği'nden alınabilecek en düşük toplam puan 20, en yüksek toplam puan 80’ dir. Yüksek puan yüksek kaygı düzeyini, düşük puan ise düşük kaygı düzeyini göstermektedir (Öner ve Le Compte 1998).

Sürekli Kaygı Ölçeği'inde, bireyden kendini “genellikle” nasıl hissettiğini değerlendirmesi ve maddelerde; duyuş, düşünce ve davranışları sıklık derecesine göre (1) “hayır”, (2) “biraz”, (3) “çok” ve (4) “her zaman” ifadelerinden birini seçmesi istenir. “Her zaman” ifadesinin seçilmesinde en yüksek 4 puan, “hayır” ifadesinin seçilmesinde en düşük 1puan verilir. Ölçeklerden elde edilen 0-19 arası toplam puan anksiyete olmadığını, 20-39 arası toplam puan hafif anksiyete düzeyini, 40-59 arası toplam puan orta anksiyete düzeyini, 60-79 arası toplam puan ise ağır anksiyete düzeyini gösterirken, toplam puanı 60 ve üzerinde olması bireyin profesyonel yardıma gereksinimi olduğuna işaret eder (Öner ve Le Compte 1998).

Bu çalışmada cronbach alfa güvenirlik kat sayısı durumluluk kaygı ön test için ($\alpha=0,91$) olduğu sürekli kaygı ön test için $\alpha=0,64$ olduğu belirlenmiştir. Bu durumda ölçme aracının durumluluk kaygı alt ölçeği için yüksek düzeyde bir güvenirliğinin olduğu, sürekli kaygı için ise kabul edilebilir düzeyde bir güvenirliğinin olduğu söylenebilir.

3.3.3. Problem çözme Envanteri-kısa formu

Araştırmada sosyal problem çözme becerileri ile ilgili verileri toplamak amacıyla D’ Zurilla ve ark. (2002) tarafından geliştirilen 25 maddelik Sosyal Problem

Çözme Envanteri-Kısa Formu (Social Problem Solving Inventor-Short Form)' u kullanılmıştır. D' Zurilla ve arkadaşları (D' Zurilla ve ark., 1995; Maydeu-Olivares ve D' Zurilla, 1996; SPSI) geliştirdikleri Sosyal Problem Çözme Envanterini 2002 yılında yenilenmiş ve oluşturdukları bu yeni ölçeğe Revize Edilmiş Sosyal Problem Çözme Envanteri (D' Zurilla ve ark., 2002; SPSI-R) adını vermişlerdir. Sosyal Problem Çözme Envanteri- Kısa Formu (SPÇE-KF), “problem yönelimi (problem orientation)” ve “problem çözme tarzları (problem solving styles)” olmak üzere iki boyuttan oluşmaktadır. Problem yönelimi boyutunda, probleme olumlu yönelim (positive problem orientation) ve probleme olumsuz yönelim (negative problem orientation) olmak üzere iki alt ölçek yer almaktadır. Problem çözme tarzı boyutu ise, rasyonel problem çözme (rationale problem solving), dikkatsiz/dürtüsel tarz (impulsivity/carelessness styles), kaçınan tarz (avoidance styles) olmak üzere üç alt ölçekten oluşmaktadır. Ölçme aracı toplamda 5 alt ölçekten oluşmaktadır. Ölçekte toplam 25 madde yer almaktadır. Maddeler 0 (hiç uygun değil) ile 4 (tamamen uygun) arasında olmak üzere beşli olarak derecelendirilmektedir. Her bir alt ölçeğe ait toplam puan elde edilebildiği gibi ölçekten genel toplam puan da elde edilebilmektedir. Ölçekten alınan en düşük puan 0, en yüksek puan ise 100' dür. Yüksek puan sosyal problem çözme becerisinin “iyi düzeyde olduğunu” gösterirken düşük puanlar ise sosyal problem çözme becerisinin düşük düzeyde olduğunu gösterir.

Ölçeğe ait güvenirlik çalışmaları kapsamında alt ölçeklerin iç tutarlılık Cronbach Alfa katsayıları RPCPOY için=.81, POSY için=.76, KT için= .74 ve DDT için= .61' dir. Geçerlik: .000 tır (Çekici, 2009). Bu çalışmada cronbach alfa güvenirlik kat sayısı Problem Çözme Envanteri ön test için ($\alpha=0,74$) olduğu belirlenmiştir. Bu durumda ölçme aracının kabul edilebilir düzeyde bir güvenirliğinin olduğu söylenebilir.

3.3.4. Baş Etme Tutumları Değerlendirme Ölçeği (COPE-R)

Bireylerin karşılaştıkları zorlayıcı durumlarla(kanser gibi) ilgili başa çıkma becerilerini değerlendirmek amacıyla, Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE) kullanılmıştır. Ölçek, Carver, Scheier ve Weintraub tarafından 1989 yılında

15 alt boyut 60 madde olarak geliştirilmiş, Zuckerman ve Gagne tarafından 2003 (169-204) yılında Kendine Yardım, Yaklaşım, Uyum Sağlama, Sakınma-Kaçınma ve Kendine Ceza isimli 5 faktör ve 40 madde olarak değiştirilmiştir. Revizyon edilen ölçek izin alınarak Ersanlı ve Dicle tarafından 2015 yılında 5 faktör, 32 madde olarak Türkçe'ye uyarlanmıştır. 5 faktör, 32 madde olarak “Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği”nin Türkiye’de kişilerin başa çıkma tutumlarını ortaya koyabilmek için kullanabileceğini göstermektedir. Ölçek 4’lü likert tipi bir ölçektir. Maddeler puanlanırken “Asla Böyle Yapmam” için 1, “Çok Az Böyle Yaparım” için 2, “Böyle Yaparım” için 3, “Çoğunlukla Böyle Yaparım” için 4 puan verilir. Ölçekte olumsuz madde yoktur. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 128, en düşük puan 32’dir. Ölçekten alınan yüksek puan başa çıkma tutum düzeyinin yüksek olması, düşük puan ise başa çıkma tutum düzeyinin düşük olması olarak değerlendirilmektedir.

Ölçeğin iç tutarlılık Cronbach’s Alpha Katsayısı. 979 olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmada cronbach alfa güvenilirlik katsayısı Baş Etme Tutumları Değerlendirme Ölçeği ön test için ($\alpha=0,82$) olduğu belirlenmiştir. Bu durumda ölçme aracının kabul edilebilir düzeyde bir güvenilirliğinin olduğu söylenebilir.

3.3.5. Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği

Memorial Symptom Değerlendirme Ölçeği (MSDÖ), Collins ve arkadaşları (2000) tarafından 32 maddeli erişkin formundan çocuklara uyumlandırılmıştır. 10-18 yaşları arasında kanserli çocukların son bir haftada deneyimledikleri kansere ve tedavisine ilişkin semptomları değerlendirmek için kullanılan 30 maddeli ve çok boyutlu bir ölçektir. Ölçekte yer alan 22 semptomun son bir haftadaki sıklığı, şiddeti ve çocukta yarattığı rahatsızlığı içeren üç boyutu, sekiz semptomun ise şiddeti ve çocukta yarattığı sıkıntıyı içeren iki boyutu yer almaktadır. Ölçeğin Türkçe geçerlik güvenilirlik çalışması Atay ve arkadaşları (2007) tarafından yapılmıştır. Değerlendirmede; bir semptom varsa, bu semptomun puanı şiddet, sıklık ve rahatsızlık ortalama puanlarının bir bileşimi olarak belirlenir ya da eğer uygunsa sadece şiddet ve güçlüğün ortalama puanlarının bileşimi olarak belirlenebilir. Toplam MSDÖ puanı

tüm 30 semptomun ortalama semptom puanları olarak hesaplanır (Collins ve ark. 2000).

Ölçeğin test-tekrar test güvenirliği $r = 0.96$, iç tutarlık Cronbach α değeri 0.93 ; madde-toplam puan güvenirliği $r = 0.07 - 0.58$ arasında bulunmuştur (Atay ve ark., 2007). Bu çalışmada cronbach alfa güvenirlik katsayısı Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği ön test için ($\alpha = 0.71$) olduğu belirlenmiştir. Bu durumda ölçme aracının kabul edilebilir düzeyde bir güvenirliğinin olduğu söylenebilir.

3.3.6. Psikoeğitim Programının Geliştirilmesi

Psikoeğitim programı literatür doğrultusunda Aile eğitimi odaklı ve bilişsel davranış kuramı doğrultusunda planlanmıştır. Kanseri tanısı alan çocuğa sahip annelerin bu dönemde yaşadıkları problemleri belirlemek, çocuğun bakımı ile ilgili gereksinimleri saptamak, hastalık ve tedavi sürecine ilişkin bilgi sahibi olmalarını sağlamak, tedavi ile ilişkili semptomları yönetme becerilerini desteklemek, kanser ve tedavi sürecine ilişkin problem çözme becerilerini ve etkili baş etme mekanizmalarını öğrenmelerini sağlamak hedefleriyle psikoeğitim programı hazırlanmıştır. Program; amaç, içerik, kullanılan teknikler ve materyaller, etkinlikler bağlamında uzman görüşüne sunulmuştur.

Uzman Görüşlerinin Alınması:

Araştırmanın uygulamasına başlamadan önce oluşturulan program ve eğitim içeriğine yönelik 3 eğitimci ve 3 alan uzmanı olmak üzere 6 uzman görüşü alınmıştır. Uzmanlara form aracılığıyla; program amaç ve öğrenim hedefleri, öğretim yöntemleri, araç-gereçleri, Oturum süresi, oturum süreci, eğitim içeriğinin hedef kitleye uygunluğunu, içeriğin başarılı şekilde uygulanabilir olup olmadığını, açıklama ve öneriler kısmı açılarak; uygun değil, biraz uygun, oldukça uygun, son derece uygun şeklinde değerlendirmeleri istenmiştir. Uzmanlar her oturum için geri bildirimlerini geri bildirim kutularına yazarak belirtmişlerdir. Eğitim içeriğine Psikolojik Danışma ve Rehberlik, Çocuk Gelişimi, Aile Danışmanlığı alanında çalışan bir öğretim

üyesinden ve çocuk onkoloji servisinde sorumluluğunu yapan çocuk hemşiresinden geri bildirimler alınmıştır.

Geri bildirimlerinde; Katılımcılarında birbirleriyle tanışmasına yönelik bir etkinlik yapılması, eğitim düzeyi düşük olan katılımcıların duygularını tanımakta zorluk yaşayabileceği, duygularını tanıma ve isimlendirme konusunda bir etkinlik ile başlanabileceği uygun olabileceği, etkinliklerin biraz daha artırılması, annenin sosyal faaliyetlere katılımının desteklenmesi ile durumu daha etkin biçimde yönetebilme becerisine sahip olduğunu fark etmesini sağlamak gerektiği gibi eklemeler yapılabileceğini bildirmişlerdir. Buna göre; serviste tüm anneleri bir araya getirerek etkinlik enfeksiyon riski ve ifade zorluğu nedeniyle bireysel planlara eğitim ve etkinlikler düzenlenmiş ve son hali verilmiştir.

Uzman görüşleri doğrultusunda kapsam geçerlilik indeksinin belirlenmesi

Uzman görüşüne sunulan maddelerin kapsam bakımından yeterli olup olmadıkları Davis(1992) tekniği ile değerlendirildi. Bu teknikte uzman görüşleri 4'lü derecelenir. Uzman görüşleri A-madde özelliği temsil ediyor, B-Maddenin biraz düzeltilmeye ihtiyacı var, C- Maddenin oldukça düzeltilmeye ihtiyacı var, D-Madde özelliği temsil etmez şeklinde derecelenip uzman görüşlerinin A ve B maddelerinin toplamı, toplam uzman sayısına bölünerek KGİ'leri hesaplanır. Eğer KGİ indeksi 0,80'den büyük ise kapsam geçerliliği için geçerlidir. Düşük KGİ'li maddeler elimine edilir (Davis1992). Bu teknikte en az üç en fazla 20 uzman önerilmektedir. Bu çalışmada her oturum için; Uygun değil, biraz uygun, oldukça uygun, son derece uygun olarak değerlendirilmesi için uzman görüşüne gönderildi.

Değerlendirilen maddelerin kabulünde ya da reddedilmesinde uzmanlar tarafından verilen puanlar, kapsam geçerlilik indeksinin (KGİ) hesaplanmasında istatistiksel bir yöntem olarak kullanıldı. Bu yöntemde uzmanların her bir maddeye ilişkin görüşleri toplanarak kapsam geçerlilik oranları elde edildi.

Tablo 3.2 Uzman Görüşleri Kapsam Geçerlilik İndeks Tablosu

	1.Uzman	2.Uzman	3.Uzman	4.Uzman	5.Uzman	6.Uzman
1.Oturum	2	2	2	2	2	2
2.Oturum	2	1	2	2	2	2
3.Oturum	2	1	2	2	2	2
4.Oturum	2	1	2	1	2	2
5.Oturum	2	2	2	1	2	2
6.Oturum	2	2	2	1	2	2
7.Oturum	2	2	2	2	1	2
8.Oturum	2	2	2	2	2	2
Toplam\uzman sayısı KGİ Değer	2,6	2,1	2,6	2,1	2,5	2,6
ORTALAMA KGİ Değer = 2,4						
KGİ≥0.80 uyumludur						

Pilot çalışma

Araştırmanın uygulamasına başlamadan önce örneklem kriterlerine uyan 2 anne ile Mart 2023’de ön uygulama yapılmıştır. Uygulama planlamasında; ön testler tanışma oturumunda verilmesi planlanmıştı fakat anne ile ilgili ön bilgi sahibi olabilmek için önce testleri verip sonrasında testlerle ilgili sorabilecekleri hemde iletişim gelişimi açısından görüşme şeklinde planlaması değiştirildi. Uygulama süresinin 30-45 dakika arasında planlanmasına rağmen içinde bulunan hassas durumdan dolayı uzaması nedeniyle etkinlikler ona göre yerleştirildi ve süre oturum başında hatırlatıldı.

8 oturum olarak planlanmış ve hazırlanmıştır. Ön uygulama sonrasında 3. Oturumun çok yoğun (teorik yükü) olduğu görülünce ikiye bölünmüştür. Program annelere yönelik olmasına rağmen, çocuklarının programı ve uygulayıcıyı merak etmeleri geri bildirimi alınmış, diğer uygulamalarda çocuk ve anne ile birlikte tanışmayı yapıp sonra izin istenmiştir.

Toplam sekiz oturumdan oluşan programın ayrıntıları verilmiştir.

Prog Programın tanıtılması ve tanışma		
1.Oturum	an	
2.Oturum:	gul	
3.Oturum	so	
4.Oturum	v lm	
5.Oturum	5.	
6.Oturum	gö	
7.Oturum:	e)	dk
8.Oturum		d

Oturumlarda soru-cevap ve sözel anlatım yöntemleri ile görsel-işitsel (odiovizüel) materyaller kullanılmış, gerekli durumlarda verilen ödevlere yönelik performans geri bildirimleri yapılmıştır. Genel olarak bilişsel-davranışçı teori çerçevesinde temellendirilen müdahale programında, verilen bilgilerin ve öğretilen becerilerin yanı sıra annelerin kendi yaşam deneyimleri üzerinde de durulmuş, öğrenilenler ile bu deneyimler tartışılarak farkındalığın artırılması sağlanmıştır. Ayrıca bazı oturumlarda görsel materyal olarak slayt gösterilerinden faydalanılmıştır. Programın oturum başlıkları, amaçları ve öğrenim çıktıları şu şekildedir:

TANIŞMA ve PROGRAMIN TANITIMI

- **Amaçlar:** Programı katılımcıya tanıtmak, programın amaç ve hedeflerini katılımcının beklentileri doğrultusunda gözden geçirmek, kuralların katılımcı tarafından benimsenmesini sağlamak, katılımcı ile tanışmak ve kaynaşmak.
- **Öğrenim Hedefleri:**
 - Katılımcı anne programın neden oluşturulduğu konusunda fikir sahibi olacak.
 - Katılımcı programa ilişkin beklentilerini ortaya koyabilecek.
 - Katılımcı kendini tanıtacak ve eğiticiyi tanıyacak.
 - Katılımcı programa katılmak istediğini ifade edecek.
 - Katılımcı kuralları benimseyecek.
- **Öğretim Yöntemleri:**
 - Anlatım
 - Soru/yanıt
 - Tartışma
- **Psikoeğitim Programı Tanıtımı**
- **Süre:** 30-45 dakika
- **Oturum süreci:** Oturuma başlamadan önce ön test uygulaması için katılımcı anneye Aydınlatılmış Onam Formu, Kişisel Bilgiler Formu, Durumluluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği, Baş Etme Tutumları Değerlendirme Ölçeği, problem çözme Envanteri kısa, Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği verilir ve doldurması beklenir. Her bir formun/ölçeğin neden doldurulması gerektiği açıklanır.
 - Katılımcılara onam formunu imzalama gereksinimi anlatılırken, çalışmanın gönüllülük esasında olduğu ve istemediği durumda ayrılmaları konusunda her zaman fikirlerini değiştirebileceği konusunda bilgilendirilir.

- Veri toplama araçları uygulandıktan sonra ilk oturum başlatılır. Eğitici öncelikle kendini tanıtır ve annenin kendini tanıtmamasını ister. Annenin kısa bir şekilde (mesleği, oturduğu yer, çocuğunun kaç yıldır hasta olduğu, vb. vermek istediği bilgilerle) kendisinden bahsetmesini sağlar.
- Tanışma tamamlandıktan sonra eğitici programı tanıtarak ulaşılması beklenen hedefleri katılımcıya anlatır. Annenin program hakkında ayrıntılı bilgiye sahip olması ve kendi beklentilerini tartışabilmesi için programın bilgilerini içeren formu verir.

1. Oturum: (1 ve 2.görüşme): Kanser tanılı bir aile olmak

Etkinlik 1:

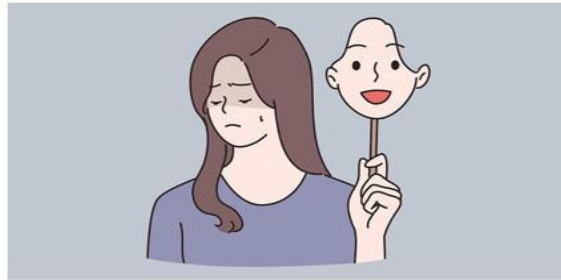
NEDÜŞÜNDÜNÜZ?



NE YAPTINIZ?



NE HİSSETTİNİZ?



Şekil 1: Duygu ifadesi kartları

Amaçlar: Annenin kanser tanısı ile ilk karşılaşma sürecinde yaşadığı duyguları paylaşarak bunların kriz süreci olduğunun farkına varmasını sağlamak, duyguların ve tepkilerin hayatlarını nasıl etkilediğini fark etmesi ve durumun kontrolünü ele alma konusundaki isteğini/motivasyonunu artırmaktır.

- **Öğrenim Hedefleri:**

- Annenin, çocuğunun kanser tanısı aldığını öğrendikten sonra yaşadığı duygu, düşünce ve tepkileri paylaşacak.
- Annenin, hissettikleri olumlu/olumsuz tüm duyguların evrensel olduğunun farkına varacak.
- Ailelerin bu süreçte yaşadıkları duyguların evrenselliği vurgulanarak ailelerin kabullenme sürecine kadar geçtiği evreler anlatılacak.
- Yaşanan duygu durum değişikliklerinin evrelerinin; şok, inkar, kızgınlık, pazarlık, depresyon ve kabul etme süreçlerinden bahsederek bu duyguların/tepkilerin anlamlarını ve etkilerini kavrayacak.
- Sürecin evreleri açıklanırken ailede bu süreçlere ilişkin deneyimlerini paylaşması istenir ve bulunduğunu düşündüğü evre sorulacak.
- Deneyimlerin paylaşılması sürecinde, hissedilen duyguların davranışlarına/ hayatlarına nasıl yön verdikleri konusunda katılımcının dikkati çekilir ve bunun birlikte tartışılması istenecek
- Ailelerin bu süreçte yaşadıkları duyguların evrenselliği vurgulanarak ailelerin kabullenme sürecine kadar geçtiği evreler anlatılır.

Etkinlik 2: Kanser tanısı aldıktan sonra yaşanan ortak evrelerden herhangi bir döneminde; şok, inkar, öfke, kabul etme veya kendi durumunda tüm bu duygulardan uzaklaşmak için hayal gücünde yansıtarak ‘‘kızgınlığı yoğurup atma’’ etkinliği uygulanacak. Bunun için oyun hamuru yada kinetik kum kullanılacaktır (MEB Özel Eğitim ve Rehberlik hizmetleri, Psikolojik Güçlendirirci uyarlanmış etkinlikler).

2. Oturum (3 ve 4.görüşme): Annenin duygularını fark edebilmesi:

- **Amaçlar:** Hastalığın en fazla hissettirdiği duyguları, hastalığın nasıl algılandığı, hastalığın algılanmasını etkileyen faktörler, duygu ve düşüncelerle ilgili gerçekçi, gerçekçi olmayan algıları, bu algılamaların anneye olumlu-olumsuz etkilerini ortaya çıkarmak.

- ▶ **Öğrenim Hedefleri:** Annenin hastalık konusunda taşıdığı düşünceler, temel inançları ve davranışlarını paylaşacak

- Annenin son günlerde yaşadığı hastalığa bağlı endişe durumlarını dile getirmesi sağlanacak
- Olumlu ve olumsuz tutumları üzerinde durularak olumlu davranış gelişimi için bilgi verilerek olumlu davranışları pekiştirilecek

▶ Öğretim Yöntemleri:

- Tartışma
- Anlatım
- Soru/yanıt
- Alıştırma

- **Araç-Gereçler:** Bilgisayar, kalem ve kağıt

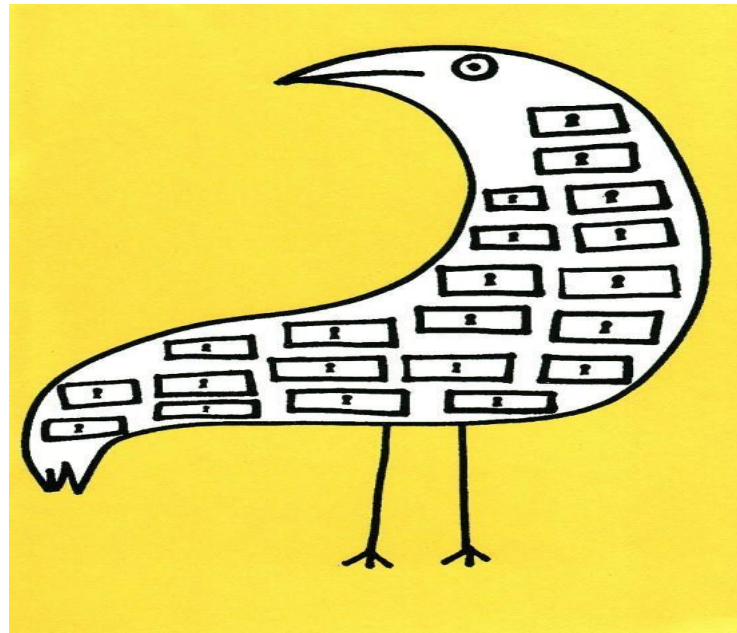
• Oturum Süreci:

Etkinlik 3: Duyguların isimlendirilmesi ve ifadesi için “**duygu sözlüğü**” etkinliği anlatımı yapılır. Bir A4 kağıdı verilerek 2 ye katlanır. Bir tarafına olumsuz hissettiği duyguyu, diğer tarafa olumlu olan bir duygusunu yazması istenir (MEB Özel Eğitim ve Rehberlik hizmetleri, Psikolojik Güçlendirici uyarlanmış etkinlikler).

- Oturumun amaç ve içeriği açıklanır.
- Annenin içinde bulunduğu duygu durumlarındaki inançları, varsayımları dile getirmesi sağlanır.

- Hastalık hakkındaki düşünce ve inançlar (moral bozucu durumlar, olumluları görememe, büyütme, olumsuz abartma, başarısızlık beklentisi, kendini suçlama) bireysel davranış değiştirme yöntemleri ile belirlenerek alıştırtma etkinliği ile ortaya çıkarması sağlanacak;
- Düşüncelerimizi kontrol etmek için kullanılacak yöntemlerden bahsederek olumlu davranış ve beceri gelişimini sağlamak, dikkati başka yöne çevirmek, gördüklerinizi tarif etmek, düşünce bilmeceleri, kendini meşgul etmek, kendi kendine baş etme konuşmaları, olumlu iç konuşma, düşünce durdurma, sesi kısma, düşünceleri atma yöntemlerinden bahsedilecek.

Etkinlik 4: Gönül kuşu etkinliği; İçimizde çok çeşitli duygular barındırabileceğimizi ve bu duyguların hepsinin kabul edilebilir duygular olduğunu fark etmelerini sağlamak. Kendi içlerinde var olduğunu fark ettikleri önemli duyguları belirtmelerine fırsat vermek için; **“GÖNÜL KUŞU”** hayalinizdeki gönül kuşunuzun içindeki çekmeceleri teker teker açın. Bu çekmecelerin içine bakın. Bulduklarınızın ya resmini yapın ya da yazın’’(MEB Özel Eğitim ve Rehberlik hizmetleri, Psikolojik Güçlendirici uyarlanmış etkinlikler).



Şekil 2: Gönül kuşu

3. Oturum (5 ve 6.görüşme): : Kanser tanısı aldıktan sonra yaşanan güçlükler ve beklentiler

- ▶ **Amaçlar:** Kanser tanısı aldıktan sonra karşı karşıya kalınabilecek güçlüklerle hazırlıklı olabilmek için geçireceği süreç ve tedavisi ile ilgili bilgilendirmek

Kanser tedavisinde kullanılan ilaçların etkileri, yan etkileri ve bu yan etkilerle baş çıkma (bulantı kusma, kabızlık, saçdökülmesi, enfeksiyon riski, cilt problemleri, nefrotoksisite, mukozit ve diğer olabilecek tüm yan etkiler) hakkında bilgilendirmek

- ▶ **Öğrenim Hedefleri:-**Tedavi sürecinde zorlukların yaşanabileceği, bu süreçte yaşanacak kaygıyı azaltmak
- Tedavi komplikasyonlarıyla ilgili problemleri belirlemeyi sağlayabilecek
- Anne, durumu daha olumlu biçimde yönetebilme becerisine sahip olduğunu fark edecek

▶ **Öğretim Yöntemleri:**

- Tartışma
- Anlatım
- Soru/yanıt
- Alıştırma

- ▶ **Araç-Gereçler:** Bilgisayar, kalem ve kağıt

- ▶ **Oturum süresi:** Süre: 30-45 dakika

- ▶ **Oturum Süreci: Etkinlik 5: Merdivendeki bir üst basamak etkinliği**

Geçirilecek bu zor süreçte; yaşanabilecek güçlükler, karşılaşılabilecek yan etkiler ile ilgili beklentisini aşamalandırmak için uygulanacak (MEB Özel Eğitim ve Rehberlik hizmetleri, Psikolojik Güçlendirici uyarlanmış etkinlikler).

Yapmak istediğin pek çok şey olmalı. Bunların bazılarını yapmak oldukça kolay, bazıları ise oldukça zordur. Yapmak istediğin şeylerin bir listesini yap. Daha sonra bunları kes ve zorluk derecesine göre aşağıdaki merdivene yerleştir. En alt merdivene yapması en kolay olan şeyi koy. Daha sonra önce en alttakilerden başlayarak yapmak istediklerini gerçekleştir. Başarılı olduğunda bir üst basamağa tırman.



- Oturumun amaç ve içeriği açıklanır.
- Annenin kanser tedavisi ve oluşabilecek yan etkileri il ilgili bilgisi sorgulanır.
- Verdiği bilgilerin nerden edindiği ve hastalık sürecinde kendini nerede gördüğü sorulur.
- Kanser tedavisinde kullanılan ilaçların etkileri, yan etkileri ve bu yan etkilerle başa çıkma (bulantı- kusma, kabızlık, saç dökülmesi, enfeksiyon riski, cilt problemleri, nefrotoksisite, mukozit ve diğer olabilecek tüm yan etkiler) hakkında bilgilendirmeyi hazırlanan powerpoint sunumu ile verilir.

4. Oturum (7 ve 8.görüşme): Annenin kaygılarını azaltması ve rahatlama teknikleri konusunda bilgi sahibi olmasını sağlama

- **Amaçlar:** Annenin kaygıları, kaygıları etkileyen nedenler, bu durumları yönetmede sağladıkları yararlar konusunda annenin farkındalığını artırmak, çocuklarına ve kendisine süreci kabullenme ve etkili baş etmede yardımcı olacak bu teknikleri kullanma konusunda annenin istekli olmasını sağlamaktır.

► **Öğrenim hedefleri:** Stresin fizyolojik psikolojik etkileri ve davranışsal belirtilerini görmesini sağlamak

- Nefes tekniği uygulamalarını kullanabiliyor duruma getirmek
- Uyku hijyeni hakkında bilgi sahibi olmasını sağlayarak kaygısının azalması ve rahatlama için motive etmek
- Kaygıları ve yapabilecekleri arasında bağlantı kurarak kendisi için doğru tekniği belirlemesi sağlanacak
- Fiziksel egzersiz uygulamalarının kaygısını azaltma ve rahatlama tekniği konusunda yardımcı olacağını göstermek
- Annenin sosyal faaliyetlere katılımının desteklenmesi ile durumu daha etkin biçimde yönetebilme becerisine sahip olduğunu fark edecek.

► **Öğretim Yöntemleri:** Tartışma- Anlatım- Soru/yanıt- Alıştırma

► **Araç-Gereçler:** Bilgisayar, kalem ve kağıt

► **Oturum süresi:** Süre: 30-45 dakika

► **Oturum süreci: Etkinlik 6: Rahat bir müzik esnasında nefes ekzersizi uygulaması (Katılımcı anneden istenir)**

- Oturumun amaç ve içeriği açıklanır.
- Annenin yapılan ön testindeki kaygıları hakkında bilgi alınacak
- Kaygılarını arttıran faktörleri fark edecek ve bunların olumsuz etkilerini kavrayacak
- Kaygı durumlarında yapması gereken davranış uygulamaları hakkında bilgi verildikten sonra bunlarla ilgili uyguladığı yöntemler üzerinde konuşulacak.
- Fiziksel egzersiz uygulamalarının kaygısını azaltma ve rahatlama tekniği konusunda yardımcı olacağını göstermek için düzenli nefes alma egzersizi yapması istenecek.
- Başta uygulanan müzik ve nefes ekzersizleri tekrar uygulanacak.

Ödev uygulama: Anneye bir haftalık bir görev için açıklama yapılacaktır; **Endişe kutusu** etkinliği için bir hafta içerisinde geçirdiği endişelerini, içinden geçirdiği olumlu ve olumsuzlukları, düşüncelerini kısa notlar şeklinde kağıda yazarak bir

kutunun içinde tutmasını ve sonraki görüşmeye getirmesi istenecek (MEB Özel Eğitim ve Rehberlik hizmetleri, Psikolojik Güçlendirici uyarlanmış etkinlikler).

5. Oturum (9ve 10. Görüşme) : Durumu yönetme becerilerinin geliştirilmesi I- Sosyal/kurumsal kaynakların kullanımı konusunda bilgi sahibi olmasını sağlama.

- ▶ **Amaçlar:** Ailenin mevcut imkanlarıyla çocuklarının ve kendisinin fiziksel/ruhsal sağlıklarını korumak, yükseltmek için faydalanabileceği sosyal ve kurumsal kaynakları fark etmesini sağlamaktır
- ▶ **Öğrenim Hedefleri:** Anne, durumu daha olumlu biçimde yönetebilme becerisine sahip olduğunu fark edecek
 - Anne durumu daha etkin yönetmede kullanabileceği sosyal kaynakların farkına varacak
 - Anne durumu daha etkin yönetmede kullanabileceği kurumsal kaynakların farkına varacak
- ▶ **Öğretim Yöntemleri:** Tartışma- Anlatım- Soru/yanıt
- ▶ **Araç-Gereçler:** Bilgisayar, kalem ve kağıt
- ▶ **Oturum süresi:** Süre: 30-45 dakika

Oturum Süreci: Etkinlik 7: Nasıl hissedeceğini sen belirleyebilirsin! ‘’ uygulaması

Belki de kendinde değiştirmek istediğin birşeyler vardır. Bu özelliklerinin bazıları değiştirilebilir, bazıları ise değiştirilemez. Ama bir özellik değiştirilemez olsa bile, bu konuda çok üzülmeniz veya kendinizi berbat hissetmeniz gerekmez. Hatırlayın, olumsuz duygulara olumsuz düşünceler neden olur. Bir özelliğiniz hakkında kötü hissetmeye durdurabilmeniz en iyi yolu o özelliğinizle ilgili düşüncelerinizi değiştirmektir. Bu nedenle bir özelliğinizle ilgili mutsuzluk, utanma, ya da çaresizlik gibi duygular hissedeeğinize şu iki şeyden birini yapmayı seçin: *1. Özelliğinizi değiştirin. 2. Bu özelliğinizle ilgili duygularınızı değiştirin.*

- ▶ Oturumun amaç ve içeriği açıklanır.

- Sosyal ve kurumsal kaynakların tanımı yapılarak kavramlara ilişkin kısa bir bilgilendirme sunumu yapılır; katılımcıya hastalık sürecinin başlangıcından itibaren yararlandığı kaynakları tanımlaması istenir.
 - Annenin saydığı kaynaklar kağıda yazılır.
 - Annenin kendisi, sağlıklı ve hasta çocukları için faydalanabilecekleri kurum ve kuruluşlar hakkında bilgi verilir.
 - Verilen bilgilerin katılımcıda nasıl bir etki oluşturduğu sorgulanır (Beklenen, katılımcının yalnız olmadığını fark etmesi ve kurumlardan yararlanmaya istekli olmasıdır) (MEB Özel Eğitim ve Rehberlik hizmetleri, Psikolojik Güçlendirici uyarlanmış etkinlikler).
 - Hastaneye yatış sürecinde gerekli sosyal ve kurumsal destek sistemlerine ulaşabildiğinde ve kullanabildiği konusunda bilgi alınarak yatış prosedüründe destek sistemleri için kullanılabilir hale getirilecek.

6. Oturum (11ve 12. görüşme): Problem çözme yöntemi ve etkili iletişim teknikleri

- **Amaçlar:** Problem çözme yöntemi ile etkili iletişim teknikleri kullanılarak içinde bulunulan durumla baş etme becerilerini sağlayabilmektir
- **Öğrenim hedefleri:** Annelerin problem çözme becerilerini geliştirmek
 - Plan yapma, planı uygulama ve plan işe yaramadığında alternatiflerinin gözden geçirilmesini sağlamak
 - İstekler ve gerçekçilikle ilişkilerini saptamak
 - Savunma mekanizmaları ve olumlularını geliştirmek
 - Pozitif odaklı yaklaşım geliştirmek
 - Zamanı etkili kullanma
- **Öğretim Yöntemleri:-** Tartışma- Anlatım- Soru/yanıt- Alıştırma-

- ▶ **Araç-Gereçler:** Bilgisayar- kalem ve kağıt
- ▶ **Oturum süresi:** Süre: 30-45 dakika
- ▶ **Oturum süreci:** Oturumun amaç ve içeriği açıklanır
 - Annenin problemin tanımı ve çözümleri hakkında düşünceleri sorgulanır
 - problem çözerken kullandığı teknikler sorularak not edilir.
 - Problem davranışları belirlerken plan yapma, uygulama ve plan işe yaradığına yönelik “**değerlendirme cetveli**” **alıştırması** uygulanacak. Bu uygulamada kendini puanlama yaparsa ne kadar başarılı gördüğü sorularak not alınır.

Annelerin problem çözme becerilerini geliştirmeye yönelik teknikler anlatılır.

- Anneden iletişimin tanımını yaparak iletişim için nelerin gerekli olduğunu tartışması istenir. Anneden gelen iletişim için gerekli öğeler kağıda yazılır.
- İletişim sürecinin temel öğelerine ilişkin bilgilendirme sunumu yapılır ve kendi iletişim biçimlerini değerlendirmesi istenir.
- İletişim biçimlerinde sıklıkla kullanılan iletişim engellerinin neler olduğu ve çocuk üzerindeki etkileri anlatılarak anneden varsa kendi hayatlarından örnekler vermesi istenir.
- Bu engellerin kaldırılması için gerekli olan etkili iletişim kavramına ilişkin bilgilendirme sunumu yapılarak etkili iletişim için gerekli öğeler (aktif dinleme, empatik tepki verme, kabullenme, ben dilini kullanma teknikleri, hayır diyebilme) anlatılır.

Etkinlik 8: Başarılı olma alıştırması; *Yeni veya zor bir durum /görevden geçmek zorunda kaldığımızda sıklıkla başarılı olamayacağımızı düşünürüz. Gelecekte olabilecek başarısızlıklarla önceden tahmin yürütmede bizden iyisi yoktur.*

Başarısızlık düşüncesi bizi ürkütür ve bu görev için uğraşmaktan kaçınırız. Bazen hayal gücü ile oynamak iyi olur.Örneğin bu sınav veya durum sonu iyi bitecek şekilde hayal edebilirsin' (MEB Özel Eğitim ve Rehberlik hizmetleri, Psikolojik Güçlendirici uyarlanmış etkinlikler)

- 1.adım;bu süreci başarı ile bitirdiğini hayal et
-etrafta kimler var? Günün hangi saati?-ne giyiyorsun? –hangi sesler var?renkler?
- 2.adım,Kendine neler söylüyorsun?- ne yapıyorsun? –diğer kişiler ne yapıyor? –onlar ne söylüyorlar?

7. Oturum (13 ve 14.görüşme): Hastalık tedavi sürecinde görülebilecek fiziksel semptom ve yönetimi hakkında bilgilendirme

- **Amaçlar:** Tedavi sürecinde tedaviyle birlikte gelişebilecek olası komplikasyonlar hakkında ve semptom yönetimi konusunda bilgilendirme yapmaktır
- **Öğrenim hedefleri:** Anneye kemoterapi ve radyoterapinin yan etkileri hakkında (Ağrı, mukozit, bulantı-kusma, konstipasyon-diyare,nötropeni, tromositopeni, anemi, enfeksiyon, saç dökülmesi, koku/tat değişiklikleri, iştahsızlık ve yorgunluk) bilgilendirme yapılacaktır.
- Bu semptomları farketmesiyle yapabilecekleri arasındaki farkındalığı arttırılacak
- Semptomlara yönelik etkin uygulama teknikleri kullanılarak yönetimleri sağlanacak.
- Kemoterapi ve sonrası beslenme (yasaklar ve yapılması gerekenler) ve egzersiz eğitimi verilecek
- **Öğretim Yöntemleri:-** Tartışma- Anlatım- Soru/yanıt- Alıştırma

- ▶ **Araç-Gereçler:** Bilgisayar- kalem ve kağıt
- ▶ **Oturum süresi:** Süre: 30-45 dakika
- ▶ **Oturum süreci: Etkinlik 9: “Alışkanlıklarını çöpe at” alıştırması**
- Oturumun amaç ve içeriği açıklanır
- Annenin hastaneden çıktıktan sonra ev yaşantısına geçiş süreci hakkındaki düşünceleri sorgulanır
- Tedavi esnasında gelişebilecek komplikasyon eğitiminde gördüğü herhangi bir semptom ve belirti esnasında nasıl bir yol izleyeceği ve taburculuk ile ilgili endişeleri hakkında konuşulacak.
- Servisin taburculuk eğitimi ile ilgili pekiştirmesi sağlanarak sonraki süreçte izlenecek aşamalar kaydedilecek (MEB Özel Eğitim ve Rehberlik hizmetleri, Psikolojik Güçlendirici uyarlanmış etkinlikler).
- **Etkinlik 10:” gelecekten mektup çalışması”:** Ne mutlu ki Allah uzun ömür vermiş. Tam 85 yıl ömrün olmuş. Nerede ne ağrı, sızı var, gözün, kulağın, aklın nasıl? Kimler çoktan ölmüş gitmiş, yerine kimler gelmiş. 1 günün nasıl geçiyor? Günün bir saaatinde TV de tartışma izlerken programda şimdiki yaşında hanımlar, beyler görüyorsun. Şimdiki sıkıntıların geliyor aklına.85 yaşındaki aklınla bu yaşındaki haline yardımcı olacak bir mektup (MEB Özel Eğitim ve Rehberlik hizmetleri, Psikolojik Güçlendirici uyarlanmış etkinlikler).

8. Oturum (15. Görüşme): Programın değerlendirilmesi ve kapanış

- ▶ **Amaçlar:** Yapılan psikoeğitim programının etkinliğini değerlendirmek
- ▶ **Öğrenim Hedefleri:** Belirlenen psikoeğitim sürecinde uygulanan 6 basamaklı eğitim etkinliğinin değerlendirilmesi

Belirlenen konularla ilgili geri bildirim alınması

Son test uygulaması

- ▶ **Öğretim Yöntemleri:** Tartışma- Anlatım- Soru/yanıt
- ▶ **Araç-Gereçler:** Bilgisayar, kalem ve kağıt
- ▶ **Oturum süresi:** Süre: 30-45 dakika
- ▶ **Oturum süreci:** Oturumun amaç ve içeriği açıklanır.
- Son test uygulaması aşamasında ölçekler tekrar uygulanır.
- Psikoeğitim uygulamasının görüşmelerinin bittiğini ama 3 ay sonra çocuğunun rutin kontrolleri esnasında tekrar görüşerek yaptığımız test ölçeklerinin yeniden yapılacağı ile ilgili açıklama ve nedenleri konuşulacak.
- Bu süreçte yaşanan değişimler de geri bildirim olarak not alınacak.

3.4. Verilerin Toplanması

Tez çalışmasının verilerinin toplanabilmesi ve psikoeğitim programının uygulanabilmesi için Trakya Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurul’undan (Ek 3) ve Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı’ndan (Ek 2) gerekli izinler alınmıştır.

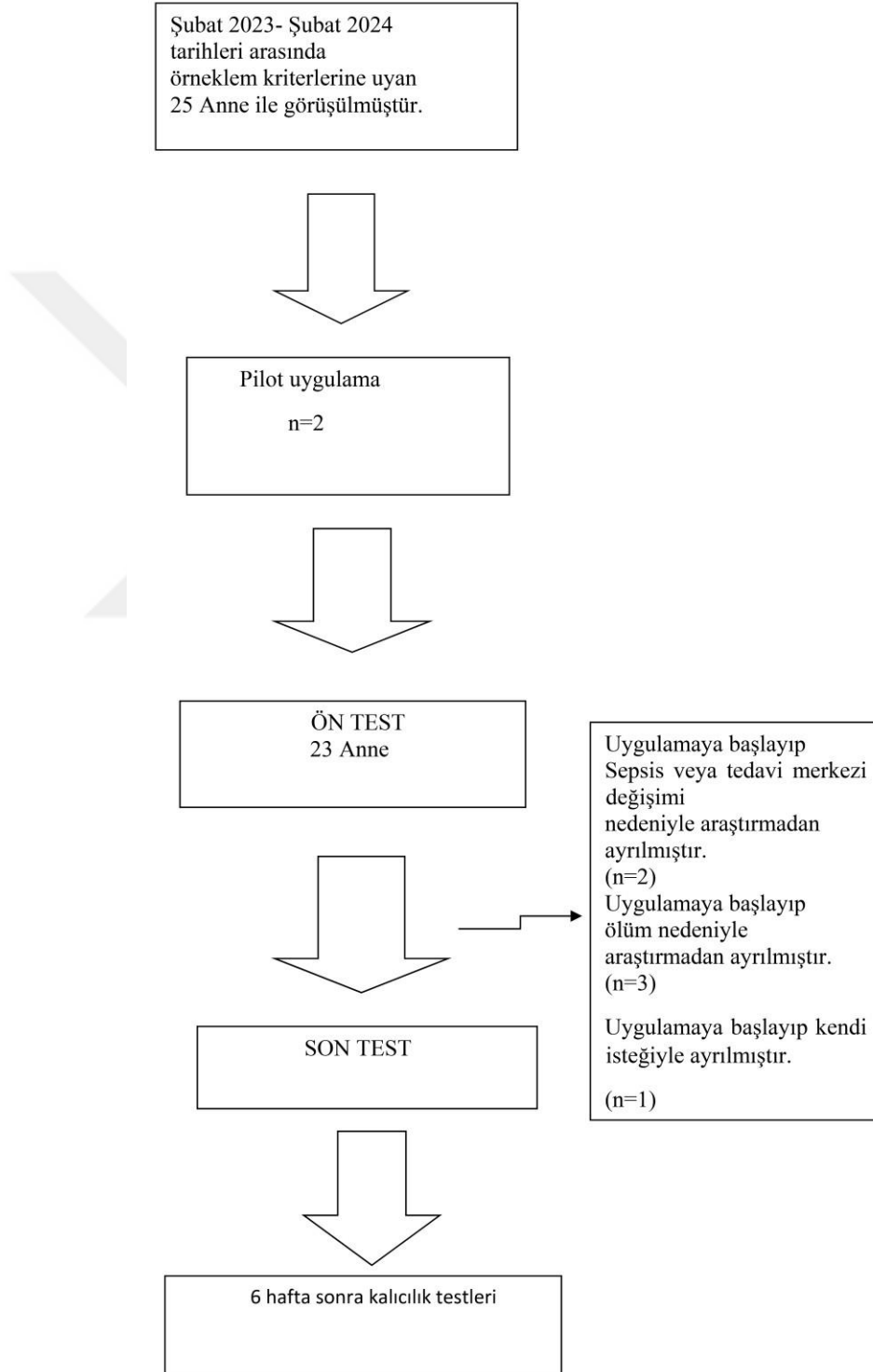
Çalışmanın sağlıklı bir şekilde yürütülebilmesi, araştırmaya dahil edilen annelerle çalışma sürecini etkileyebilecek dış uyaranların etkisinin azaltılabilmesi, tedavi sürecinin aksamadan sürdürülebilmesi ve kliniğin işleyişinin aksamaması için, Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi, Çocuk Hematoloji ve Onkoloji kliniğinde çalışan doktor ve hemşirelere çalışma hakkında bilgi verilmiştir. Benzer şekilde çalışmaya dahil edilen annelere verilerin toplanmasından ve psikoeğitim programının uygulanmasından önce “Aydınlatılmış Onam” ilkesi, “Gizlilik ve Gizliliğin Korunması” ilkesi, “Özerkliğe Saygı” ilkesi bağlamında çalışma ve aşamaları hakkında bilgi verilmiş, elde edilen verilerin gizli kalacağı ve

araştırmaya katılımda gönüllüğün esas olduğu belirtilerek “Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (Ek 4)” okutularak sözel ve yazılı onamları alınmıştır.

Çalışmanın verileri ve psikoeğitim uygulaması 13.2.2023- 1.02.2024 tarihleri arasında Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi, Çocuk Onkoloji-Hematoloji Kliniğinde, gerçekleştirilmiştir. Psikoeğitim uygulaması öncesinde ve sonrasında ön test-sontest verileri araştırmacı tarafından her bir katılımcı anneden bireysel olarak elde edilmiştir. Son test uygulamasından yaklaşık altı hafta sonra kalıcılık testi verileri benzer şekilde elde edilmiştir. Psikoeğitim programı da katılımcı annelere sekiz hafta boyunca haftada iki kez yaklaşık 30-45 dakikalık süreler ile bireysel görüşmeler şeklinde uygulanmıştır. Görüşmeler, annelerin uygun oldukları zamanlarda ısı, ışık, havalandırma açısından elverişli ve dışsal uyaranlardan mümkün olduğunca uzak olacak şekilde gerçekleştirilmeye çalışılmıştır.

3.5. Araştırma Süreci

Araştırma Süreci Akış şeması



3.6. Verilerin Analizi

“Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği, Problem çözme Envanteri-Kısa Formu, Memorial Symptom Değerlendirme Ölçeği ve “Baş Etme Tutumları Değerlendirme Ölçeği(COPE-R) kullanılarak yapılan araştırmada elde edilen veriler istatistik paket programında analiz edilmiştir. Araştırmaya dahil edilen annelerin ve çocuklarının genel bilgileri yüzdelik ve frekans dağılımlarına göre değerlendirilmiştir. Araştırma değişkenlerine göre karşılaştırmalar yapılmadan önce parametrik testler için varsayımların karşılanıp karşılanamadığına bakılmıştır. Normallik varsayımı için Shapiro Wilk- Kolmogorov Smirnov testlerine bakılmış dağılım normalitesi p 0.05 büyük olduğu için normallik varsayımının karşılandığı tespit edilmiştir. Bu nedenle parametrik analizlere karar verilmiştir.

Tablo 3.3 Araştırmaya dahil edilen annelerin kaygı, problem çözme, başa çıkma ve memorial symptom ölçeklerinden aldıkları puanlara ilişkin minimum, maksimum, ortalama, standart sapma, çarpıklık/skewness ve basıklık/ kurtosis sonuçları.

Tablo 3.3. Çalışma verilerinin çarpıklık ve basıklık değerleri

ÖLÇEKLER	Sayı	Min	Max	Ortalama±Std sapma	Çarpıklık		Basıklık	
					Kat sayı	Standart hata	Kat sayı	Standart hata
Kaygı Ön Test Toplam	17	60	115	84,35±14,80	,702	,550	0,363	1,063
Kaygı Son Test Toplam		51	126	86,47±18,07	,232	,550	,328	1,063
Kaygı Kontrol Toplam		71	134	92,35±15,87	1,020	,550	1,500	1,063
Problem Çözme Ön Test Toplam	17	30	66	51,29 ± 10,43	-0,409	,550	-0,624	1,063
Problem Çözme Son Test Toplam		43	79	63,00± 8,63	0,373	,550	0,620	1,063
Problem Çözme Kontrol Toplam		47	86	65,58 ± 11,38	-0,470	,550	0,068	1,063
Coper-R Öntest Toplam	17	65	96	78,94 ±9,60	0,363	,550	-0,801	1,063
Coper-R Sontest Toplam		79	102	89,94 ±6,55	0,011	,550	-,612	1,063
Coper-R Kontrol Toplam		80	105	90,35 ±6,52	0,630	,550	-0,021	1,063
Memorial Öntest Toplam	17	0,23	3,26	1,64±,91	,588	,550	-,584	1,063
Memorial Sontest Toplam		0,00	3,56	1,33±,93	,815	,550	,308	1,063
Memorial Kontrol Toplam		0,00	3,66	0,76±1,93	1,695	,550	2,353	1,063

Ayrıca Tablo 3.3 de görüldüğü üzere araştırmaya dahil edilen annelerin kaygı, problem çözme, başa çıkma ve memorial semptom ölçeklerinden aldıkları puanlarının çarpıklık değerleri normal dağılım olarak görülen -1.96 ile + 1.96 aralığında, basıklık değerinin ise -3.00 ile +3.00 olduğu tespit edilmiştir (Curran, West ve Finch, 1996; Hair, Black, Babin ve Anderson, 2010; Tabachnick ve Fidell, 1996). Bu iki dağılım normalite analizleri göz önünde bulundurulduğunda değişkenlerin normal dağılım gösterdiği tespit edilmiş ve verilerin analizinde parametrik tekniklerin kullanılmasının uygun olduğu bulunmuştur. Tüm bu gerekçeler göz önünde bulundurulduğunda çalışmaya dahil edilen deney grubundaki annelerin ölçme araçlarına vermiş oldukları yanıtlara ilişkin ön test, son test ve kalıcılık puanlarının aritmetik ortalamaları ve standart sapma bağımlı örneklem t test ile hesaplanmıştır. Bu durumda analiz sonucunda anlamlı farklılık bulunanlarda etki büyüklüğü de raporlanmıştır. Etki büyüklüğü ikili değişkenlerde “d” değeri. 0-.1 aralığında etki yok, .2-.4 küçük etki, .5-.7 ara etki ve .8-1.0 büyük etki olarak yorumlanmıştır (Cohen, 1988; Dunlap, 1994; Furukawa ve Leucht, 2011; Lakens, 2013; Rosenthal, 1994; Özdemir, 2024). Tüm istatistiksel testlerin anlamlılık seviyeleri $p < .05$ düzeyine göre değerlendirilmiştir.

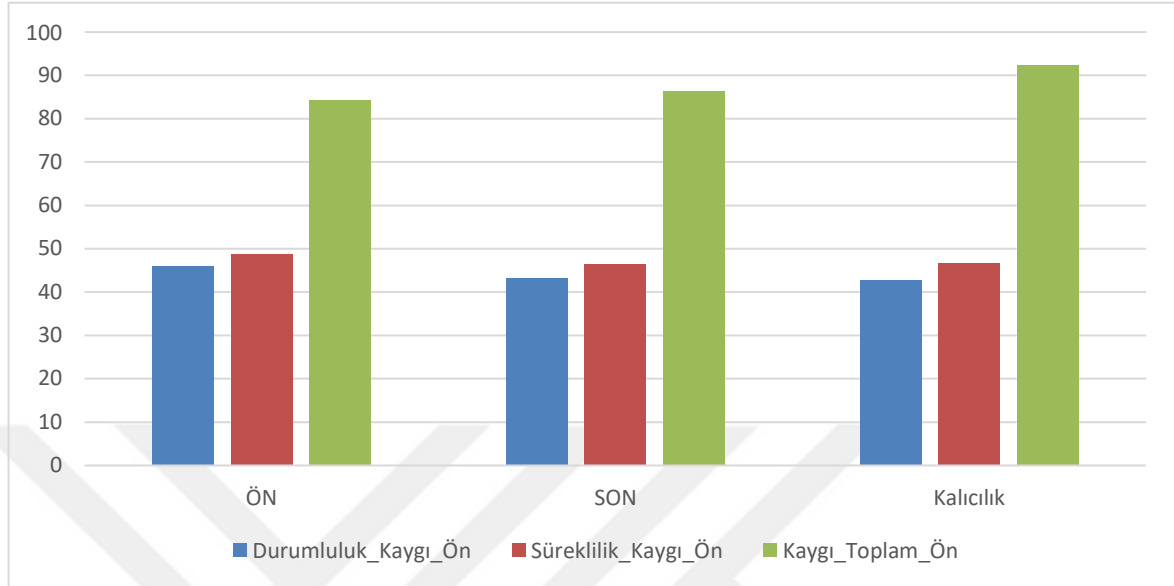
BÖLÜM IV

BULGULAR ve TARTIŞMA

Bu bölümde, psikoeğitim programının adölesan onkoloji hastalarının annelerinin kaygı düzeylerine, problem çözme ve çocukların yaşadıkları semptomlarla başa çıkma becerilerine etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır. Araştırma verilerinden elde edilen bulgular tablolar biçiminde sunulmuş, ilgili alan yazı ile desteklenerek tartışılmıştır.

Tablo 4.1. Annelerin Durumluk-sürekli kaygı ölçeğinden aldıkları ön test-son test; öntest-kalıcılık; sontest -kalıcılık testleri ortalama puanların t- Testi sonuçları

Durumluluk-Süreklilik Kaygı Testi	Öntest-Sontest -Kalıcılık Testleri	n	X	ss	t	sd	P
Ön/Son	Durumluluk_Kaygı_Ön	17	46,05	10,027	,887	16	,388
	Durumluluk_Kaygı_Son	17	43,29	11,904			
Ön/Kalıcılık	Durumluluk_Kaygı_Ön	17	46,05	10,027	,966	16	,349
	Durumluluk_Kaygı_Kalıcılık	17	42,76	11,803			
Son/Kalıcılık	Durumluluk_Kaygı_Son	17	43,29	11,904	,172	16	,866
	Durumluluk_Kaygı_Kalıcılık	17	42,76	11,803			
Ön/Son	Süreklilik_Kaygı_Ön	17	48,82	5,992	1,289	16	,216
	Süreklilik_Kaygı_Son	17	46,52	8,299			
Ön/Kalıcılık	Süreklilik_Kaygı_Ön	17	48,82	5,992	,984	16	,340
	Süreklilik_Kaygı_Kalıcılık	17	46,76	5,129			
Son/Kalıcılık	Süreklilik_Kaygı_Son	17	46,52	8,299	-,136	16	,894
	Süreklilik_Kaygı_Kalıcılık	17	46,76	5,129			
Ön/Son	Kaygı_Toplam_Ön	17	84,35	14,802	-,445	16	,662
	Kaygı_Toplam_Son	17	86,47	18,076			
Ön/Kalıcılık	Kaygı_Toplam_Ön	17	84,35	14,802	-1,382	16	,186
	Kaygı_Toplam_Kalıcılık	17	92,35	15,874			
Son/Kalıcılık	Kaygı_Toplam_Son	17	86,47	18,076	-1,312	16	,208
	Kaygı_Toplam_Kalıcılık	17	92,35	15,874			

Grafik 1. Durumluluk Sürekli Kaygı Ölçeği Öntest-Sontest -Kalıcılık Düzeyleri

Tablo 4.1 ve Grafik 1’den de görülebileceği gibi araştırmaya dâhil edilen annelerin Durumluluk- Süreklilik Kaygı Ölçeğinin toplamından alınan puan ortalamaları incelendiğinde Ön test $X=84,35$ Son test $X=86,47$ Kalıcılık Testi $X=92,35$ olduğu görülmektedir. Ölçekten elde edilen puan ortalamalarının ön-son ve kalıcılık testlerine göre karşılaştırılabilmesi için yapılan t testine göre istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($t_{(ön-son)}=,445$, $p>0.05$; $t_{(ön-kalıcılık)}=1,382$ $p>0.05$; $t_{(son-kalıcılık)}=1,312$ $p>0.05$). Elde edilen bu sonuca göre uygulanan psikoeğitim programının annelerin kaygı düzeylerinin azalmasında fark olmadığı tespit edilmiştir.

Araştırmaya dahil edilen annelerin Durumluluk-Süreklilik Kaygı ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları yorumlanabilmesi için Öner ve Le Compte (1998)’un yapmış olduğu çalışma baz alındığında; 0-19 arası toplam puan anksiyete olmadığını, 20-39 arası toplam puan hafif anksiyete düzeyini, 40-59 arası toplam puan orta anksiyete düzeyini, 60-79 arası toplam puan ise ağır anksiyete düzeyini gösterirken, toplam puanı 60 ve üzerinde olması bireyin profesyonel yardıma gereksinimi olduğu anlamına gelmektedir. Bu çalışmadan elde edilen verilerin puan aralıklarının ise yukarıda bahsi geçen çalışmadaki puan aralıklarının oldukça üstünde olduğu

bulunmuştur. Bu da annelerin kaygı konusunda uzun süreli profesyonel yardıma ihtiyacı olduğunu göstermektedir.

Annelerin kaygılarının yüksek olmasında ebeveynlerin konuyla ilgili yeterli bilgilerinin olmaması ya da yanlış bilgiye sahip olmaları, tedavi sürecinde hastalığın seyrine ilişkin bilinmezlikler olması, ani gelişen durumlar ya da hastalığın seyrindeki kötüye gidişin etkili olduğu, tedavi sürecinin uzamasıyla gelişen ekonomik sorunlar, aile yaşamını etkileyen sorunlar (diğer çocuklar ve aile rutinleri) olduğu düşünülmektedir. Hastanenin fiziki koşullarının yetersizliği, yetersiz beslenme, düzensiz uyku, günlük yeni rutinlerin oluşması da kaygı yaratacak unsurlar arasında sayılabilmektedir.

Hastalığın uzun dönemde seyri; yaşanan sürecin getirdiği birtakım sınırlamalar (sosyal izolasyon zorunlulukları, çeşitli cihaz kullanma zorunluluğu (mama pompaları, kateterler vb.), çocuğuna bakmak için işten ayrılmak zorunda kalmak, ekonomik zorluklar aile içi iletişimde zorluk ve kopmalar, hastane ve eve geçiş sürecinde annelerin kaygılarında arttırabildiği söylenebilir. Hastalığı ev ve hastane arasında yürütülen süreçte; çocuğun uzun süreli yatışları rol değişimleri nedeniyle aile dinamiklerindeki etkilediğinden hem onkoloji hastası çocuğun hem de sağlıklı çocuklarının gelecekleri de annelerde kaygıyı arttıran faktörler olarak karşımıza çıkmaktadır. Alacalıoğlu (2007) kanserin aile fertleri üzerinde; stres yaratan etkisi sevdikleri kişinin yaşadığı ruhsal ve bedensel problemleri ve sıkıntıları en yakından gözlemleyen hasta yakınları, rol değişiklikleri, tedavinin sebep olduğu maddi zorluklar ve hastanın bakımını üstlenme gibi problemlerle baş etmek zorunda kalmaları sonucu stresli, yorgun, mutsuz ve kaygılı olduklarını belirtmişlerdir (Mogulkoç, 2014). Nitekim Köse ve arkadaşları (2019) kanser tanısı almış çocukların ebeveynlerinin sahip olduğu kaygıyı; ekonomik sorunlara, uzun süreli tedaviye, hastalığın kabulüne ilişkin sancılı bir sürecin yaşanmasına, hastalığın getirdiği bakım yüklerinin artmasına atfetmektedirler. Benzer şekilde Zengin ve ark. (2012) ailelerin kaygı düzeylerinin tedavi sürecinin zahmetli olmasına, çocuğun ve ailenin sosyal yaşamdan izole olmak zorunda kalmalarına atfetmektedirler. Bahrami ve ark. (2017) kanserli ergenler ve ebeveynlerin kaygı düzeylerinin yükselmesinde, bilgi paylaşımı sürecindeki kopukluğa, yetersiz bilgi paylaşımına, ailenin ve ergenin kalitesiz bilgi kaynaklarından

eriştikleri bilgiye göre oluşturdıkları düşünce tutum ve davranışların neden olduğunu belirtmektedirler. Literatürde kanser hastalığında tedavi, bakım ve prognozuna ilişkin sürekli ve düzenli bilgi alan, çocuğunun her an yanından ayrılmayarak yalnız hissetmesinide engelleyen ve gerekli olduğunda öz bakım ihtiyaçlarınıda gidermekte sorun yaşamayan ailenin kaygısının azaldığını bildiren birçok çalışmada mevcuttur (Tassanee, 2004; Holm, 2003; İşler, 2006; Türkoğlu, 2012; Karen, 2011; Arango, 2011).

Kanserin tanılanması, seyri ve tedavisindeki bilinmezlikler ve yaşanan değişimler öncelikle hastanın ve bakım veren aile bireyini psikososyal açıdan etkilemektedir. Örneğin hastanın fiziksel durumunun farklılaşması ya da kötüleşmesi, sağlığının bozulması, özellikle gelişim dönemlerinde olan adölesan için beden imajının değişimi, benlik saygısının azalması ve özgüven ihtiyaçları gibi özel sorunlar doğurabilmektedir. Öte yandan tıbbi gerçeğin hastadan saklanması hastanın farklı ve olumsuz düşünceler geliştirmesine yol açabilmektedir. Bu tedavi sürecinde tedavi protokollerine uyulmamasına, reddine ya da daha farklı durumlara yol açabilmektedir. Bu durum sadece hasta ile ilgili sınırlı kalmayıp bakım veren kişilerce de deneyimlenebilmektedir. Örneğin; hastane ortamındaki kanserli diğer çocukların varlığı sadece çocuğu değil ailesini de olumsuz bir şekilde etkilemektedir. Hastanede kalış süresinin uzaması, tedavi protokollerinde oluşan herhangi bir değişiklik, izolasyon zorunluluğu, ebeveynlerin yaşadığı endişe ve üzüntü, çocuğun hastalıkla ilgili algısını etkileyerek daha farklı şeyler kurgulamasına yol açabilmektedir. Mevcut koşullardan dolayı üzüntü ve endişe yaşayan ebeveynler çocuklarının içerisinde bulunduğu müdahale edilemeyen bu durum ebeveynlerin, kaygı ve üzüntülerini daha da arttırmakta, hatta inkardan kabule varan duygu durumları yaşamalarına yol açabilmektedir (Hooker, 1997; Kınık, 2000; Mack, 2004; Baysal, 1996). Konuyla ilgili çalışmalarda kanser tanısı alan çocuklarının hasta olduğunu öğrendiklerinde; hastalığa inanmayıp, derin bir umutsuzluk ve çaresizlik hissettikleri hatta yıkıldıkları belirtilmiştir (Çuğ, 2021; Günay ve Özkan, 2019). Günay ve Şimşek (2023) ise çocuklarında kanser olduğunu öğrenen ebeveynlerin endişe, stres, çaresizlik gibi psikolojik sorunların yanı sıra kilo kaybı, yorgunluk, uykusuzluk gibi fiziksel

sorunların, toplumsal yaşamdan kopma ya da izolasyon zorunluluğu gibi sosyal sorunlar ve ekonomik sorunlarla karşı karşıya kaldıklarına dikkat çekmiştir.

Bakım veren ebeveynlerin bakım dışında; hastalık belirti ve bulguları iyi gözlemleyip takibinde yardımcı olma, genel hijyen ve temizlik şartlarını sağlama, tedavi ve takip için gerekli tıbbi randevuların koordinasyonu, ilaçların tedariki, ekonomik koşulları sağlayabilme, sağlık ekibi ile etkili iletişim varsa sağlıklı çocuğun bakım yükünede ortak olmak gibi birçok yorucu işle uğraşırlar (Galindo ve Vazquez 2015). Alahan ve ark (2015) 220 ebeveynle yaptıkları çalışmalarında bakım verenlerin %48.6' sının aile içindeki rol ve sorumluluklarının etkilendiği, %29.1'nin sağlık giderlerini karşılamada güçlük yaşadığını tespit etmişlerdir.

Ekonomik sorunlar, çocukluk çağı kanseri ile mücadele eden ailelerin gıda, barınma gibi konularda sorun yaşadığını göstermektedir. Özellikle kanserin ileri evreleri ve hastalığın daha ölümcül hale gelmesi ebeveynlerde daha fazla anksiyete ve depresyon görülmesine ve dolayısıyla çalışma yaşamlarını sürdürme ve ekonomik zorluklarla baş etme konusunda daha fazla sıkıntı yaşamalarına neden olmaktadır (Bona, 2014; Bona ve ark., 2016). Konuyla ilgili olarak Larsen (1988, akt; Karakartal, 2017) hastaya bakım verenlerin %56.9'nun ekonomik durumunun çok etkilendiğini bir başka çalışma ise ekonomik açıdan sorunlar yaşadıklarını ortaya koymaktadır (Fultner ve Raudonis, 2000; akt. Karakartal, 2017). Kutlu ve arkadaşları (2011), tarafından yapılan bir başka çalışmada ise hasta yakınlarının %60.0'ında iş gücünde ve %58.2'sinde günlük performansta azalma olduğu saptanmıştır. Karakartal (2017), ekonomik koşulların aile fertleri arasında çatışmaya sebebiyet verdiğine ve kanser tedavi sürecindeki hasta yakınlarının ekonomik sorunlar yaşadığını ortaya koymaktadır.

Yapılan çalışmalar daha çok kanserli bireyin bakımını üstlenen kişilerin sosyal destek algısının stres, bakım yükü, hastalık vb. değişkenlerle ilintili olup olmadığı üzerinedir (Yeh ve ark., 2009; Bradley ve ark., 2009; Cooper ve ark., 2013; akt. Karaaslan, 2013).

Arıkan ve Çelebioğlu (2010) kanserli çocuğu olan ebeveynlerin durumluluk ve sürekli anksiyete düzeyini inceledikleri çalışmalarında; ebeveynlerin hem durumluluk

hem de süreklilik anksiyete ortalama puanlarının yüksek olduğu bizim çalışmamızla benzer olduğu görülmüştür. Çalışmalarında; çocuğun hastanede yatış süresinin ebeveynlerin durumluluk anksiyete düzeylerinde etkili olduğu, yaşadıkları yerin de sürekli anksiyete puanlarını etkilediğini söylemişlerdir. Vernon ve ark. (2017) çocuğu kanser olan 21 çift ebeveynin psikolojik deneyimlerini inceledikleri çalışmalarında ebeveyn kaygısının tanı sonrası artan süre ile daha yüksek olduğunu bulmuşlardır.

Bu çalışmanın aksine Cihan ve ark. (2018) ergen kanser hastaları ve ebeveynleri üzerinde yürüttüğü çalışmasında tanı, tedavi ve kemoterapi süreci hakkında yapılan bilgilendirilmelerin kaygı düzeyine etkisini araştırmıştır. Çalışmada ebeveynlerin sürekli kaygı düzeylerinin hafif-orta düzeyde olduğu, hastalık belirtilerinin başlamasından bilgilendirme görüşmesine kadar olan zaman diliminde ebeveynlerin durumsal(anlık) kaygı düzeylerinin çocuklarına göre daha yüksek olduğu, bilgilendirme sonrasında durumsal(anlık) kaygı düzeylerini azaldığı bulunmuştur. Araştırmacılar bilgilendirmenin durumsal kaygı düzeylerinde değişikliğe etkisi olduğunu ancak sürekli kaygı düzeyleri üzerinde etkisi olmadığını ifade etmişlerdir.

Aksine literatürde, Boman ve ark. malignite tanısı almış ve kanser tedavisinin farklı periodlarında olan 264 ebeveynin stres düzeylerini incelediği kesitsel çalışmalarında tanı üzerinden geçen zaman uzadıkça anne ve babalardaki stres düzeyinin azaldığı ortaya konmuştur. Literatürde benzer şartlara sahip ebeveynler ile yapılmış anksiyete, depresyon ve posttravmatik semptomların aylar içerisinde anlamlı şekilde azaldığını gösteren çalışmalar da mevcuttur (Norberg ve Boman 2008; Masa'deh ve Jarrah, 2017).

İşeri (2017) kanserli çocukların annelerini değerlendirdiği çalışmasında; tanıyı 6 aydan daha uzun bir süre önce öğrenen annelerin 6 aydan daha kısa bir süre önce öğrenen annelere göre bakım verme yükünü daha yoğun yaşadığı, depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğu ve yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu görülmüştür.

Aygüneş ve ark. (2023) pediatrik hematoloji-onkoloji hastalarının ebeveynlerinin kaygı yükünü inceledikleri çalışmalarında ebeveynin yüksek eğitim

seviyesi ve azalmış gelir durumunun yüksek kaygı düzeyi ile ili ilişkili olduğunu bulmuştur. Çalışmamızda; eğitim durumlarında; %35,3 ilkokul mezunu, %11,8 ortaokul mezunu, %41,2 lise mezunu, %11,8'i üniversite mezunu olduğu görülmektedir. Kaygı düzeylerinin en yüksek olduğu ilkokul mezunları annelerde eğitim sonrası sayısal olarak azalmanında yine ilk okulmezunu annelerinde olduğu görülmektedir. Kaygı düzeyleri; eğitim seviyesi arttıkça yükselmeye devam etmektedir. Bu sonuç annenin eğitim düzeyi arttıkça çocuğunun hastalığının ciddiyetiyle ilgili farkındalığının daha fazla olduğunu düşündürebilir.

Buna rağmen Köse ve ark. (2019) kanser tanısı almış çocuğu olan 100 ebeveyn ile yaptığı çalışmada eğitim seviyesi ile anksiyete düzeyi arasında anlamlı ilişki kurulamamıştır. Aksu'nun (2008) kronik hastalığı olan çocukların annelerinin sosyodemografik özellikleri depresyon, anksiyete, problem çözme yeteneği ve yaşam kaliteleri açısından değerlendirdiği çalışmasında ise annenin eğitim düzeyi ile anksiyete ve depresyonu arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır.

Uzun süreli ve tekrarlayan hastane yatışları, agresif ve kombine tedaviler ve tedaviye bağlı yan etkiler, öte yandan hastaneden taburcu olduktan sonra karşılaşılabilecek sorunlar da kaygıyı arttırabilmektedir. Çalışmamızda tanı süresine göre kaygıyı değerlendirdiğimizde; 0-6 ay arasında %23,5; 6 ay-1 yıl %17, 6; 1-2 yıl %11,8; 2 yıl ve üzerini %47,1 oluşturduğu görülmektedir. Yapılan psikoeğitim öncesi kaygısı en yüksek grubun tanı süresi 2 yıl üzerinde olan annelerin olduğu görülmüştür. Kaygı ile ilgili literatürde; Köse ve arkadaşları (2019) çalışmalarında kanser tanısı yeni konulmuş çocukların ebeveynlerinin daha fazla anksiyete yaşadığı saptamışlardır. Bunun nedeni olarak ta ekonomik yük, uzun süreli tedavi, hastalığa alışma gibi etkenlerden dolayı bakım yükleri artmakta, bakım yükünün artmasına bağlı yaşadıkları anksiyete düzeyleri de yükselmektedir. Özdemir ve ark. (2009) yaptıkları çalışmada, kanserli çocuklara bakım veren annelerin bakım yükünün ekonomik durumla ilişkili olduğunu ve bakım verme sürecinde annelerin sağlık algılarının olumsuz yönde etkilendiğini ortaya koymuşlardır. Kanserli çocukların annelerinin psikososyal uyumunun incelendiği başka bir çalışmada da tanıdan bu yana geçen sürenin annelerin psikososyal uyum düzeyine katkıda bulunduğunu, tanıdan bu yana geçen süre uzadıkça annelerin psikososyal uyumunun daha iyi olduğu ve anksiyetelerinin azaldığı

görülmüştür. Verilen psikoeğitim süreci sonrası yapılan değerlendirmede istatistiksel olarak anlamlı olmasada kaygının zamanla artışında en az bu grupta olduğu tespit edilmiştir.

Tekin Ersan (2015) otizm spektrum bozukluğu olan çocuğa sahip annelerin sosyal problem çözmede beş boyutlu yaklaşıma dayalı, 8 oturumluk bir psiko-eğitsel program hazırladığı çalışmasında aile stresi, stres belirtileri, durumluk ve sürekli kaygı, depresyon gibi bazı psikolojik değişkenler üzerindeki etkisine baktığı çalışmasında programı tamamlayan annelerin problem çözme becerisi, aile stresi, stres belirtileri, durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri üzerinde etkili olduğu depresyon düzeylerinde ise anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

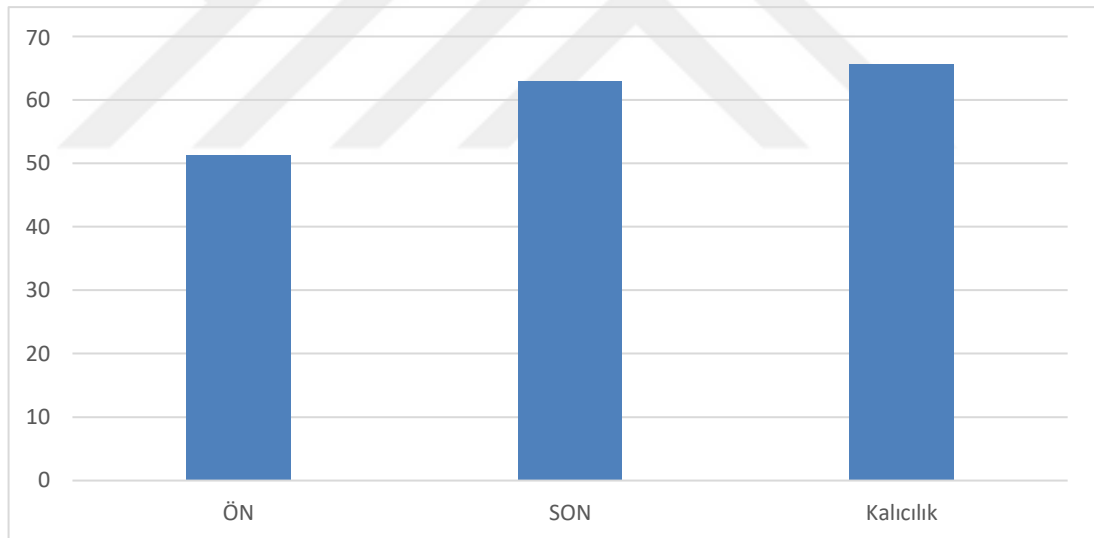
Hastalığın uzun dönemde seyri; tedavi sürecinin uzun ve maliyetli olması yaşanan sürecin getirdiği birtakım sınırlamalar (sosyal izolasyon zorunlulukları; hem ebeveyn hem çocuk için) çocuğun uzun süreli yatışlarında okuldan, eğitimden, sosyal yaşam ve arkadaşlarından uzaklaşması çocukların iletişim ve arkadaşlık kurmalarında zorlandıklarını göstermektedir. Taşkiran Tepe (2019) çocukların kanser tedavisi sürecinde okula devam edememesinin arkadaşlarıyla iletişim kurmalarında zorlandıkları ve çocuklarında yalnızlığa neden olduğunu saptamışlardır. Cimete ve ark. (2013) tedavi sürecinde okula gidemeyen çocuk arkadaş ve öğretmenleri ile vakit geçirememekte, enerjisini harcayacak aktiviteleri yapamamakta ve akran desteği alamamaktadır. Çocuğun okuldan uzak kalması; arkadaşlarına ve öğretmenlerine karşı beğenme duygusunu kaybetme korkusuna, başarısız olacağı endişesine, öğrenme ve iş yapma isteğinin azalmasına, çalışkanlık duygusu ve yeteneklerine karşı olumsuz bir tutum geliştirmesine neden olabilmekte olduğunu belirtmişlerdir.

Tablo 4.2. Annelerin Sosyal problem çözme ölçeğinden aldıkları ön test-son test; öntest-kalıcılık; sontest -kalıcılık testleri ortalama puanların t- Testi sonuçları

Sosyal Problem Çözme Ölçeği		N	x	ss	t	sd	P	d
Öntest/Sontest	Problem_Çözme_Becerisi_Ön_Toplam	17	51,29	10,438	-4,705	16	,000**	1,23
	Problem_Çözme_Becerisi_Son_Toplam	17	63,00	8,631				
Öntest/Kalıcılık testi	Problem_Çözme_Becerisi_Ön_Toplam	17	51,29	10,438	-4,064	16	,001**	1,31
	Problem_Çözme_Becerisi_Kalıcılık_Toplam	17	65,58	11,385				
Sontest/Kalıcılık testi	Problem_Çözme_Becerisi_Son_Toplam	17	63,00	8,631	-,806	16	,432	0,25
	Problem_Çözme_Becerisi_Kalıcılık_Toplam	17	65,58	11,385				

p<.05*, p<.001**

Grafik 2. Sosyal problem çözme ölçeği Öntest-Sontest- Kalıcılık Düzeyleri



Tablo 4.2 ve Grafik 2 incelendiğinde araştırmaya katılan annelerin **Sosyal Problem Çözme Ölçeği**nden aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde $X_{(ön)}= 51,29$ $X_{(son)}=63,00$ ve $X_{(kalıcılık)}=65,58$ olarak bulunmuştur.

Ölçekten elde edilen puan ortalamalarının ön-son ve kalıcılık testlerine göre karşılaştırılabilmesi için yapılan t testine göre; ön test ile son test ve kalıcılık testi arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olduğu ($t_{(ön-son)}=4,705p<0.001$; $t_{(ön-kalıcılık)}=4,064 p<0.05$), Son test ile kalıcılık testi arasında istatistiksel açıdan anlamlı

bir farkın olmadığı bulunmuştur ($t_{(son-kalıcılık)}=-,806p>0.05$, $p>0.001$). Araştırmadan elde edilen bu bulguya göre uygulanan psikoeğitim programının annelerin Sosyal Problem Çözme becerileri üzerinde etkili olduğu, bu etkinin programın uygulaması bittikten sonra da devam ettiği söylenebilir.

Psiko-eğitim programına katılan annelerin problem çözme becerilerindeki artışın nedenlerini anlamak için uygulanan psikoeğitim programına ve uygulama süreçlerine bakmak gerekmektedir. Hazırlanan programda öncelikle kanser tanılı çocuğa sahip annelerin bilişsel ve duygusal durumu anlaşılmaya çalışılmıştır. Psikoeğitim programının annelere bireysel olarak uygulanması, araştırmacının anneleri daha yakından tanıma çabası, güçlü ve zayıf yönlerin tespitine, ayrıca desteklemesi gereken alanları belirlemesine katkı sağlamıştır. Elde edilen bu veriler doğrultusunda araştırmacı, hastalık sürecinde annelere karşılaşılabilecekleri durumlar (hastalık seyrinde gelişebilecekleri komplikasyonlar, müdahale yöntemleri, ilk müracaat edebilecekleri kişiler kurumlar, eve geçiş, eve uyum ve evdeki yaşam hakkında bilgiler) hakkında bilgi vermiştir. Ayrıca annelere ortaya çıkabilecek komplikasyonlara nasıl müdahale edilebilecekleri konusunda yöntemler öğretmiş ve bu konuda çeşitli ödevler vererek annelerin konu hakkındaki bilgi ve hakimiyetleri arttırmaya çalışmıştır. Araştırmacı ve anneler arasındaki alıştırmalar etkinlikleri ile annelere verilen dönütlerle kullanılan yöntemlerin etkililiği de arttırılmaya çalışılmıştır. Sonuç olarak, bilişsel davranışsal yaklaşımı temel alan psikoeğitim programının içeriğinin, hedef grubun karşılaştıkları durumlara göre kendilerini bilişsel açıdan yeniden yapılandırma, kendini yönlendirme, yardım alabilme, kendini daha iyi ifade edebileceği şekilde iletişim becerilerini destekleyen bir eğitimi kapsamından dolayı annelerin problem çözme becerilerini arttırdığı düşünülmektedir.

Taşçı, (2005)'ya göre problem çözme bu genel anlamıyla bireylerin sorunlarına yönelik hedeflere ulaşmalarıdır. Problem çözme yaklaşımlarının öğrenilmesi ve kullanılması bireylerin çözüm için eylemde bulunmasına katkı sağlamaktadır. Problemler ancak onlara sistemli olarak yaklaşırsa çözülebilmektedirler. Bunun olabilmesi için ise birtakım basamakların izlenmesi gerekmektedir Bu basamaklar; Problemin tanımlanması ve formüle edilmesi, Alternatif çözümlerin

üretilmesi, Karar verilmesi, Çözümün uygulanması ve doğrulama şeklinde sıralanabilir (Çolpan-Kuru, 2021).

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan tam bir iyilik hali, sağlık olarak tanımlanmaktadır (World Health Organization-[WHO, 2014, s. 1). Ancak kişinin kendisi ve sevdiklerinin bedensel ya da zihinsel olarak hastalanmaları ciddi kaygıya sebep olmaktadır. Bu kaygının süreklilik arzemesi ise kişinin sosyal rollerini üstlenememesine ve yaşamdaki görevlerini yerine getirememesine yol açmaktadır. Araştırma konusu olan onkoloji hastası adölesan çocuğa sahip olan annelerinde sahip oldukları kaygı onların yukarıda bahsi geçen rollerini ve sorumluluklarını yerine getirmelerini etkilemektedir. Birçok çalışma bilişsel davranışçı yaklaşımların, zihinsel süreçleri ve davranışları anlayarak olumlu değişimleri hedeflediğini vurgulamaktadır. Yaklaşım; bireylerin düşünce kalıplarını tanımlayarak, sorgulayarak ve olumlu yönde değiştirerek duygusal ve davranışsal sorunlarla başa çıkmalarına yardımcı olmaktadır. Farklı bir ifadeyle bilişsel davranışçı yaklaşım kişilerin yaşamlarında var olan problemlerin çözümüne odaklanmaktadır. Yaklaşımda öncelikle; bireylerin olumsuz, çarpık veya zararlı düşünce kalıplarını tanımlamalarına yardımcı olunmaktadır. Tanımlanan düşünce kalıplarını sorgulanarak, gerçekçi olmayan, aşırı genelleme yapılmış veya siyah-beyaz düşünce kalıplarını fark ettirilir. Olumsuz düşünce kalıpları daha sağlıklı ve gerçekçi düşüncelerle değiştirilmeye odaklanılır. Bu şekilde duygusal durumları ve davranışları olumlu yönde etkilenir. Son olarak bireylerin, düşünce değişikliklerini uygulamaya geçirerek olumlu davranışsal değişiklikler elde etmesi sağlanmaktadır. Bu açıdan bilişsel davranışçı yaklaşım, problem çözme aşamalarıyla bazı noktalarda benzerlik göstermektedir.

Bilişsel Davranışsal yaklaşımların depresyon, anksiyete bozuklukları, obsesif-kompulsif bozukluk, panik bozukluk gibi birçok psikolojik bozukluklar üzerinde olumlu etkilere sahip olduğu, bireylerin düşünce kalıplarını değiştirme, olumsuz duygusal tepkilerle başa çıkma ve olumlu davranış değişiklikleri oluşturduğu çeşitli araştırmalar ile ortaya konulmuştur. Bilişsel davranışçı yaklaşımlar öncelikle bireylerin düşünme becerilerini olumlu yönde etkilemeyi /değiştirmeyi hedeflemektedir. Özellikle kanser hastalarında genellikle hastalık hakkında ve

gelecekle ilgili plan yapmada olumsuz düşünceler daha fazla ortaya çıkmaktadır. Bu hem kanser hastalığı olan çocukların hem de onlara bakım veren kişilerin uzun süreli izleminde duygusal ve bilişsel alanlarda etkilenmelerine yol açmaktadır. Kanser hastası çocukların psikolojik dayanaklıklarının azalmasıyla birlikte duygusal problemler oluşturmakta, depresyon, kaygı gibi ruhsal çöküntüler meydana getirmektedir. Tüm bu faktörlerin birleşimi ise kişinin problem çözme becerilerini olumsuz bir şekilde etkilemektedir. Nitekim Korkmaz (2020)'ın çalışması, kanserli çocukların otomatik düşüncelerinin, duygusal ve davranışsal sorunlara yol açtığı, özellikle başarısızlık, düşmanlık, fiziksel ve sosyal tehdidi arttırdığını ortaya koymuştur. Benzer sonuçlar Üzar-Özçetin ve Hiçdurmaz (2019) yaptıkları çalışmalarında, kanserden sağ kurtulan 89 kanser hastasında 10 seanslık güçlendirme programı ile kanserli bireylerin olumsuz otomatik düşüncelerinin olumlu olan alternatifleri ile değiştirilmesine yönelik uyguladıkları programın psikolojik sağlamlıklarının arttırdığını, hatta travma sonrası büyüme yaşadıklarını göstermiştir. Yine Rosenberg ve arkadaşları (2018) çalışmalarında, uyguladıkları stresle baş etme stratejilerinin öğretildiği programda; stres yönetimi, hedef belirleme, bilişsel yeniden çerçeveleme ve anlam çıkarmayı içeren toplamda 94 kanserli bireylerin ebeveynlerinde yapılan çalışmalarda fayda bulma, sosyal destek, sağlıkla ilgili yaşam kalitesi, stres ve sıkıntı ile ilişkili psikolojik sağlamlıklarını artırdığını çalışmalarında da görülmektedir.

Bilişsel davranışçı yaklaşımın etkililiğini sınavan çalışmalar incelendiğinde; Şar ve ark. (2007) 7- 11 yaş aralığında, beck depresyon ölçeği puanları yüksek olan 24 çocukla bilişsel-davranışçı yaklaşıma dayalı olarak yaptıkları haftada bir gün, 1.5 saat ve 8 oturumluk çalışmalarında; uygulanan programın çocukların depresyonu ile baş etmede etkili olduğunu göstermişlerdir. Rosenbaum ve ark. (2002) depresif özellikler gösteren çocukların ailelerine yönelik uyguladığı bilişsel davranışçı terapide; ebeveynlerin depresif belirtilerinin azaldığı, bu azalmaya bağlı olarak çocukların depresif düzeylerinde de anlamlı düşmeler olduğunu, Axelson ve Birmaher (2001)'in anksiyete ve depresyon arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmasında, anksiyete ve depresyon arasında anlamlı bir korelasyon olduğu ve depresyon ve anksiyete bozukluğunun önlenmesinde bilişsel davranışçı terapilerin etkili olduğunu, Helen ve

ark.(2004:5) benzer çalışmalarında çocuklarını depresyon tedavisi amacıyla kliniğe getiren 9 ebeveyne 12 haftalık bir terapi programı uygulamışlar, terapi sonucunda ebeveynlerin depresyonlarında azalma olduğu, bu azalmaya bağlı olarak çocukların depresyonlarında da azalma olduğunu tespit etmişlerdir. Benzer şekilde Oshima ve ark. (2023) otistik ergenlerin otistik özellikleri hakkındaki öz farkındalıklarını geliştirmek amacıyla otistik ergenler ve ailelerine yönelik geliştirdikleri bilişsel davranışçı terapiye dayalı psikoeğitim uygulamaları sonucunda; hazırlanan programın tedavilere karşı önyargıyı önlemede, otistik özelliklerle ilgili bilgi ve farkındalığı artırmada, güçlü ve zayıf yönlerine ilişkin farkındalığın artırılmasında, uyumsuz davranışlarla başa çıkma stratejilerinin öğretilmesinde ve uygun düzenlemelerin planlanmasında etkili olduğu, ebeveynlerin ergen çocuklarının otistik özelliklerini anlamalarına yardımcı olduğu, ayrıca otistik ergenlerde genel ruh sağlığını iyileştirmede ve tedavi damgasını azaltmada etkili olduğunu bulmuşlardır.

Psikoeğitimin farklı örneklem grubu üzerindeki etkilerini sınanan çalışmalarda; Pehlivan (2014) Bilişsel Davranışçı Yaklaşım Temelli Psikoeğitim Programının kadın danışma merkezine başvuran annelerin problem çözme ve iletişim becerilerine, evlilik doyum ve iyi oluş düzeylerini artırdığını bulmuştur. Aktaş (2017) 254 kişiyle yaptığı çalışmada; Obsesif Kompulsif Bozukluğu olan bireylere yönelik tutumları azaltmak amacıyla hazırladığı psikoeğitim programının damgalayıcı tutumları azaltmada etkili olduğu belirlemiştir. Ilgaz (2020) süregen hastalığı olan aile üyesine bakım verenlere yönelik yapılan psikoeğitimin, bakım verenlerin hastalıkla baş etme becerilerine odaklanmaları, hastalıkla birlikte yaşama yollarını öğrenmeleri bakımından yüklerinin azaldığını bulmuştur.

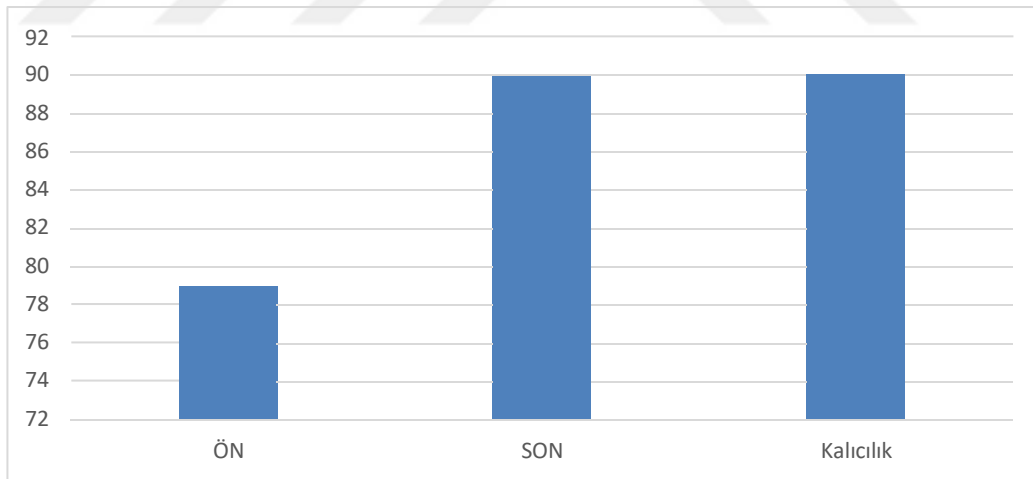
Özetle bu çalışmada uygulanan psikoeğitim programının; hastaların karşılaştıkları problemlere yaklaşımları, problemi tanımlamaları, problemi başa çıkılması gereken bir durum olarak görmeleri ve alternatif çözümler oluşturmaları hususunda etkili olduğu ve alan yazınındaki çalışmaların sonuçlarıyla paralellik gösterdiği söylenebilir.

Tablo 4.3. Araştırmaya katılan annelerin (COPE-R) Başa Çıkma Ölçeğinden aldıkları ön test-son test; öntest-kalıcılık; sontest -kalıcılık testleri puan ortalamaları t- Testi sonuçları

COPE-R ÖLÇEĞİ		N	x	ss	t	sd	p	d
Öntest/Sontest	CoperR_Ön_Toplam	17	78,94	9,607	-6,633	16	,000**	1,34
	CoperR_Son_Toplam	17	89,94	6,552				
Öntest/Kalıcılık Testi	CoperR_Ön_Toplam	17	78,94	9,607	-7,486	16	,000**	1,39
	CoperR_Kalıcılık_Toplam	17	90,35	6,518				
Sontest/Kalıcılık Testi	CoperR_Son_Toplam	17	89,94	6,552	-,255	16	,802	0,06
	CoperR_Kalıcılık_Toplam	17	90,35	6,518				

*p<0.05; **p<0.001

Grafik 3. Baş Etme Tutumları Değerlendirme Ölçeği COPE-R Öntest-Sontest-Kalıcılık Düzeyleri



Tablo 4.3 ve Grafik 3 incelendiğinde araştırmaya katılan annelerin (COPE-R) Başa Çıkma Ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde $X_{(ön)} = 78,94$, $X_{(son)} = 89,94$ ve $X_{(kalıcılık)} = 90,35$ olarak bulunmuştur. Ölçekten elde edilen puan ortalamalarının ön-son ve kalıcılık testlerine göre karşılaştırılabilmesi için yapılan t testine göre; ön test ile son test ve kalıcılık testi arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olduğu ($t_{(ön-son)} = 6,633$ $p < 0.05$; $p < 0.001$; $t_{(ön-kalıcılık)} = 7,486$ $p < 0.05$, $p < 0.001$), son test ile kalıcılık testi arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark

olmadığı bulunmuştur ($t_{(son-kalıcılık)}=-,255$ $p>0.05$, $p>0.001$). Araştırmadan elde edilen bu bulguya göre uygulanan psikoeğitim programının annelerin durumla başa çıkma becerileri üzerinde etkili olduğu, bu etkinin programın uygulaması bittikten sonra da devam ettiği söylenebilir.

Bilindiği üzere etki büyüklüğü, “grupların ortalamaları arasındaki farkın hangi ölçüde olduğunu, aynı zamanda bağımsız değişkenin bağımlı değişken üzerindeki etkisinin büyüklüğünü gösteren standart bir değerdir.” Yapılan bu çalışmada uygulanan psikoeğitim programının etkisinin olumlu ve manidar derecede anlamlı olduğu görülmüştür ($d>0,8$).

Genel olarak başa çıkma; bireyin zorlayıcı bir durumla karşı karşıya kaldığında o durumun üstesinden gelmek ve çözümler üretmek için bir mücadele içerisine girmesi ve mevcut potansiyelini aktif ve etkin bir şekilde kullanabilmesi olarak tanımlanmaktadır. Alan yazınında bireylerin karşılaştıkları durumlarla başa çıkabilmeleri için kullandıkları stratejiler; problem odaklı, kaçınma, duygu odaklı başa çıkma şeklinde; doğrudan eylem ve hafifletici davranışlar şeklinde; işlevsel ya da işlevsel olmayan başa çıkma şeklinde sınıflandırdığı görülmektedir (Gündoğan ve Seçer, 2022).

Problem odaklı başa çıkma stratejisi; karşılaşılan sorunun çözümü için bireyin olumlu düşüncelerine odaklanması ve davranışsal olarak ortaya bir şeyler koymak için bir mücadele içerisine girmesini amaçlamaktadır. Duygu odaklı başa çıkma stratejisi bireyin duygularına odaklandığı, duygularının farkına vardığı ve hangi duygularının problemin çözümünde daha etkili olacağı üzerine odaklanmaktadır. Başa çıkma stratejilerinde doğrudan eylemler bireyin çevresindeki oluşan ve bireyi zorlayıcı olan durumlara karşı bireyin kendini güçlendirmesi ve hazırlık yapmasını içermektedir. Hafifletici davranışlar problemle daha güçlü ve kolay başa çıkmak için kendini rahatlamak adına yaptığı şeyleri içermektedir. İşlevsel başa çıkma stratejisi bireyin karşılaştığı problemi çözerken problem durumunu analiz etme, olası çözüm yolları sıralama, etkili çözüm yolunu seçip uygulamasını içermektedir (Gündoğan ve Seçer 2022).

Bireyler karşılaştıkları sıkıntılı durumlar (kaza, kayıp, hastalık, başarısızlık) karşısında yaşamlarının yeniden anlamlandırma, kontrol kazanma ve teselli bulma arayışına da girebilmektedir. Bu arayışta başa çıkmanın iki şekli ön plana çıkmaktadır.

Bunlardan ilki bireyin yaşadığı durumu anlamlandırmaya çalışması ya da anlamlandırabileceği bir şeye dönüştürmesidir ki aslında bu kişinin yaşadığı durumu mantıksal çerçeveye oturtmasıdır. Özellikle bireyin karşılaştığı durumla mantık çerçevesinde başa çıkma konusunda başarıya ulaşması sonradan karşılaşılabileceği durumların üstesinden gelmesine katkı sağlamaktadır. Bu konuda Tedeschi ve Calhoun (2004), hayatı tehdit eden travmatik olayların ya da kayıpların sonucunda, bazı kişilerde -daha anlamlı ilişkiler kurma, güçlü tarafların arttığını hissetme, daha zengin varoluşsal yaşam ve yeni yaşantılara açık olma gibi- olumlu değişimler olduğunu belirlemiş ve bu durumu travma sonrası büyüme olarak adlandırmaktadırlar. Barakat ve arkadaşları (2005) da çalışmasında kanser tedavisini başarıyla tamamlayan ergenlerin ve ebeveynlerinin hayatlarında gelecek için planlar yapabildiklerini ve hayatları hakkındaki düşüncelerinde birden fazla olumlu değişiklik yaşadıklarını belirtmişlerdir. Bunun dışında, aileler başarılı kanser tedavisinden sonra daha sabırlı olduklarını ve önem verdikleri şeylerin değiştiğini de bildirmişlerdir. Luszczyńska ve ark. (2012) ve Moreno ve Stanton (2013) kanser tedavi sürecinin zorluğuna rağmen bu süreci tamamlayan kişilerin tedavi sürecinden güçlenerek çıktığı gözlemlenmiş ve kişilerin olumlu şekilde baş ettiklerini belirtmişlerdir. Benzer şekilde kanser tedavi sürecinin zorluğuna karşın kişilerin tedavi sürecinden güçlenerek çıktığı ve sorunlarla olumlu şekilde baş etmeyi tercih ettikleri bulunmuştur (Luszczyńska ve ark. 2012, Moreno ve Stanton 2013). Benzer sonuçlar, yapılan bu tez çalışmasında da gözlenmiş ve çalışma grubundaki annelerin geçirilen zor süreçlerin sonunda kendilerini daha güçlü gördükleri, çocuklarına zaman zaman hissettirmek istemedikleri duygularla kendilerinin başa çıktıkları ve dönüp baktıklarında sahip oldukları gücü ancak farkedebildiklerini ifade etmişlerdir.

İkincisi ise insanın yaşadıklarını dini inanç, davranış ve muhakeme yoluyla çözmeye çalışmasıdır (Murat, 2017). Özellikle bilinmezlikler içeren ve bireyin isteği dışında gelişen problemler ve durumlar karşısında inanç bireyin kendine özgü yönelimini sağlayarak olayların değerlendirilmesinde ve anlamlandırılmasında farklı

bir yol sunarak başa çıkmasına katkı sağlamaktadır. Özellikle gerçeklerin değiştirilemeyeceği durumlarda algının değiştirilmesine katkı sağlayarak kişinin kabulünü duygusal istikrarını ve durumla baş etme sürecini desteklemektedir. Yapılan çalışmalarda; inanç, zihin ve beden sağlığı arasında olumlu ilişkilerin olduğu, dini inançlar ve maneviyatın, olumsuz yaşam koşullarının sebep olduğu stresle başa çıkmada, depresyon ve kaygıyı azaltmada, olumlu benlik algısı geliştirmede ve beden sağlığı üzerinde iyileştirici etkilere sahip olduğu tespit edilmiştir (Lupfer ve ark. 1992; Gartner 1996; Pargament, 1997; Bo nellive Koenig 2013). Benzer şekilde ülkemizde yapılan çalışmalarda da dini inanç, ibadetler ve diğer dini davranışlarla zihin sağlığı arasında olumlu ilişkiyi tespit eden ve yurtdışı çalışmaları destekleyen sonuçlar elde edilmiştir (Cengil 2003; Koç 2005; Ekşi 2001; Göcen 2006; Peker 2017). Dini inancın, olumsuz düşünce ve davranışlardan koruma, stresli durumlar karşısında olumlu bir bakış açısı ve anlam sunma, zor şartlarla başa çıkma, özgüven sağlama, iyimserliği artırma, kendine değer verme noktalarında bilişi değiştirebileceği görülmüştür (Tarakeshwar ve ark. 2005; Hawkins ve ark. 1999). Verulova (2019) da çocukluk çağı kanserlerinde ailelerin baş etme konusunda özellikle dini faktörlerin, Tanrıya duyulan inancın önemli bir etken olduğu, ailelerin bu şekilde pes etmediklerine ve dayanma gücü bulduklarına vurgu yapmıştır. Yine yapılan başka bir çalışmada kanser hastalarının hayatlarındaki anlam arttıkça kanserle başa çıkmada özyeterlilik düzeyleri artmakta olduğunu görmüşlerdir (Sarıkaya ve Kurt, 2023).

Bilişsel Davranışçı Terapilerin dini manevi uygulamaların entegre edilmesinde en iyi uyum sağlayan psikoterapi yöntemi olarak kabul görmüştür (Tan 2011; Paukert ve ark. 2009; Hodge 2011; Pearce ve Koenig 2013). Din ve başa çıkmayı birbirine bağlayan esas nokta, her ikisinin de insanın, zihninde taşıdığı anlamı korumasına, gereğinde yenilemesine ya da tamamen değiştirmesine vesile olmasıdır. Çünkü dini başa çıkma, dini kaynakların anlam sürecine katılmasıdır. Dini başa çıkma esnasında anlam bulma, dini şemaların bilişsel süreçleri hızlandırmasıyla meydana gelir (Ekşi, 2001). Kronik rahatsızlıklardada durum; bir araştırmaya göre çocukları engelli olan anne babaların yaklaşık %70'i, başlarına gelenin, Yaratıcı'nın kendilerini imtihan etmesinden kaynaklandığını düşünmektedir. Ailelerin %15'i, durumun yaptıkları bir hatadan dolayı yaşandığını, %15'i de olaydan ötürü herhangi bir neden aramadıklarını

belirtmiştir. Zor durumu dini inançlara bağlı kalarak açıklama, insanların başlarına geleni kabullenip yeni hayatlarına uyum sağlamalarını kolaylaştırmaktadır (Kara, 2008). Arıcı'nın(2005) 'Ergenlerde Dini Başa Çıkma Yöntemi Olarak Dua' isimli alan araştırmasında, duada yoğunlaşma ile pozitif başa çıkma arasında ve dua etme sıklık düzeyi ile pozitif başa çıkma arasında anlamlı ilişkilerin olduğunu ispat eden diğer bir çalışmadır. Arıcı, çalışmasında, dini inanç düzeyi arttıkça, olumlu başa çıkma yöntemlerini tercih etme oranının arttığını bulmuştur.

Kanser hastalığı ağır yan etkileri olan agresif tedaviler ile karakterize olan, kronik bir hastalıkla yaşamak, tüm aile bireylerinde anksiyete, korku, suçluluk, öfke, acı gibi bir dizi dışa vurumun yaygın olarak görülmesine neden olmaktadır. Aile bir yandan aile rutinlerini devam ettirmeye çalışırken diğer yandan hastalığın beraberinde getirdiği bu psikososyal zorlanmalarla baş ederek kendine yeni bir normal yaratmaya ve duruma uyum sağlamaya çalışmaktadır. Ebeveynleri bu süreçte zorlayan en önemli etmenlerden biri hastane şartları dışındaki hayatlarının dengesini koruyabilmek, zorunluluklarla birlikte tedavinin getirdiği rutin kontrol şartlarını sağlamak, iş ve/veya eğitim yaşantısının sekteye uğraması gibi ekonomik, duygusal, sosyal anlamda da zorlamaktadır. Bu noktada Meleski (2020), güçlü bir sosyal destek sisteminin (diğer aile üyeleri, arkadaşlar, komşular ya da sivil toplum kuruluşları vb.) ebeveynlere stresli durumlarla baş edebilmelerinde oldukça yardımcı olduğuna dikkat çekmektedir. Benzer şekilde Hjemdal ve arkadaşları (2006) da ebeveynlere sağlanacak sosyal desteğin, yaşanan zorlu süreçlerle baş etmelerinde oldukça önemli olduğuna vurgu yapmaktadırlar. Ayrıca, sosyal desteğin zorlu yaşam olayları ile psikolojik belirtiler arasında tampon görevi gösterdiğini de ifade etmektedirler. Özellikle sosyal desteği olan kanser hastalarının kanser süreçleriyle başa çıkmaları daha kolay olmaktadır (Kutlu ve ark., 2011; Walshe ve ark., 2017). Benzer bir çalışmada Selamet (2014) kemoterapi gören kanserli çocukların annelerinin algıladıkları sosyal desteğin ve yaşam kalitesinin incelenmesi amacıyla yaptıkları çalışmasında annelerinin medeni durumu, sosyal güvence varlığı, yaşam kalitesini etkilememişken, eşiyle arasında akrabalık bulunmayan, bakmakla yükümlü olduğu başka hasta, yaşlı ve küçük çocuğu bulunmayan annelerin sosyal destek ölçeği puanlarının yüksek olduğunu bulmuştur. Tek çocuğa sahip annelerin yaşam kalitesi ve sosyal destek algı puanları anlamlı olarak

yüksek bulunurken, çocuk sayısı arttıkça puanların düştüğünü ve geniş aileye sahip annelerinde sosyal destek algı puanları anlamlı olarak yüksek bulundu.

Öte yandan annelerin en sık kullandığı başa çıkma davranışları aile bütünlüğünü koruma ve duruma iyimser yaklaşma ile ilgili olan davranış türleri olduğu görülmektedir. Kanseri tanısına sahip çocuklarının sağlık durumunun iyi olacağına ve çocuğun iyileşeceğine inanmak, annelerin içinde bulunulan durumla başa çıkmasını kolaylaştırmaktadır. Bu bulgu, kanserli çocuğu olan 200 Koreli annede yapılan ve annelerin, ölçülen diğer baş etme davranışlarına kıyasla (sosyal destek ve tıbbi durumu anlama) aile bütünlüğünü koruma ile ilgili başa çıkma davranışlarını daha sık tercih ettiğini gösteren araştırmayla desteklenmektedir (Han ve ark., 2009).

Ailelerin erişebileceği profesyonel destekler de karşılaştıkları problemlerle başa çıkmalarında etkili olmaktadır. Gerek tıbbi konularda sağlık çalışanları tarafından verilen hizmetler (müdahale, bilgilendirme, tedavi) gerekse psikososyal açıdan uzmanlar tarafından sunulan hizmetler (ekonomik, sosyal yasal konularda danışma ve ilgili kuruluşlar ile bilgilendirme ve koordinasyon sağlama).

Önal ve ark., (2022) kanserli çocukların annelerinin başa çıkma davranışlarını değerlendirmek için 23 anne ile yaptıkları çalışmalarında; annelerin en faydalı buldukları başa çıkma davranışları, aile bütünlüğünü koruma boyutunda “Kendime şükretmem gereken çok şey olduğunu söylemek”; sosyal destek boyutunda “Aynı durumdaki diğer ebeveynlerle konuşmak ve deneyimlerini öğrenmek; tıbbi durumu anlamada ise “Beni ilgilendiren tıbbi sorun hakkında daha fazla bilgi edinmek” olarak belirlenmiştir. Aile ilişkilerini güçlendirici ve annelerin tıbbi konular ile ilgili bilgilerini mümkün olduğu kadar geliştirici yaklaşımlar için multidisipliner çalışmalar yapılması gerektiği, özellikle anneleri kapsayan aile merkezli, aile bütünlüğünü sağlayan, ailelere çocuğun gelişimi ve hastalığın seyri ile ilgili bilgi aktarabilen ve sosyal destek arayışını da karşılayan psikososyal müdahaleler sunulması gerekmektedir. Bu müdahaleler, çocuğun gelişimi ile ilgili bilgi sahibi olan çocuk gelişimi uzmanları, tıbbi bilgi sunumunda en güvenli kaynak olan doktorlar, psikososyal müdahaleler ve aktivite katılımını desteklemede anahtar rolü üstlenen

ergoterapistler ve sosyal hizmet uzmanları, psikolog gibi çeşitli profesyonelleri içeren bir ekip tarafından bütüncül bakış açısıyla sunulmalıdır.

Anne ve babaların bu süreçte iş ve sosyal yaşantıları tedaviler, taşınma nedenleriyle kesintilere uğramaktadır ve endişeleri çocukları iyileşse bile hastalığın tekrarlayabileceğiyle ilgili olarak devam etmektedir. Yaşamlarındaki bu belirsizlik onları oldukça zorlamakta ve stresleri rahatsız edici boyutlara ulaşabilmektedir Türk ebeveynlerin deneyimlerini Orem'in Özbakım Teorisi çerçevesinde inceledikleri niteliksel çalışmalarında Yıldırım Sarı ve arkadaşları da benzer bulgular elde etmiştir. Çalışma, tedavi için ailelerin taşınmak zorunda olduklarını ve ebeveynlerin bu süreçte çocuğun iyileşmesine odaklanarak bakım verici rolünü geliştirirken öz bakım gereksinimlerine ilişkin zorlanmalar yaşadıklarını ortaya koymuştur. Ailenin fonksiyonlarını sürdürmeye çalışırken yaşadıkları bu zorlanmalar ebeveynlerin diğer rollerine ve ilişkilerine de yansımaktadır.

Çocuğu kanser olan ebeveynin bakım yükününün etkilendiği, ancak yeterli desteğin sağlanması ve etkili başa çıkma stratejilerinin uygulanması, bakım veren ebeveynin yoğunluğunu hafifletmeye yardımcı olacağını gösteren birçok çalışma vardır (Çivukula ve ark.2018).

Yapılan bu çalışmada, hastaların rahatlama yöntemleri olarak aile ve arkadaşları ile birlikte olmak, maneviyat (Kuran okuma, dua okuma vb.), gezme-eğlenme- sosyalleşme ve yalnız kalmak olarak belirlenmiştir. Eğitim sonrası hastalar kendilerini tanıyarak, yeteneklerini fark ederek ve daha çok sosyalleşerek rahatlama yöntemleri kullandığı belirlendi. Hastaların kanserle ilgili sü reçerle başa çıkma yöntemlerinin başında manevi girişimler (dua vs.), aile, arkadaş desteği ve yalnız kalma şeklinde olması da Türk insanının sosyokültürel boyutuyla ilişkilidir. Kanser ile baş etme sürecinde, maneviyatın problem çözme ve hastalıkla baş etme becerisi üzerindeki olumlu etkileri göz önünde bulundurulduğunda manevi bakım hizmeti vermeleri oldukça önemlidir. Ebeveynlerin hastalığa yükledikleri anlam ve yaşamdaki amaçlarını belirlemek manevi bakım uygulamalarının temelini oluşturmaktadır. Ebeveynlerin manevi özelliklerini öğrenmek, manevi olarak öne çıkan kitap gibi objeler mevcutsa saygı duymak, dini uygulamalarını yerine getirmelerine yardımcı

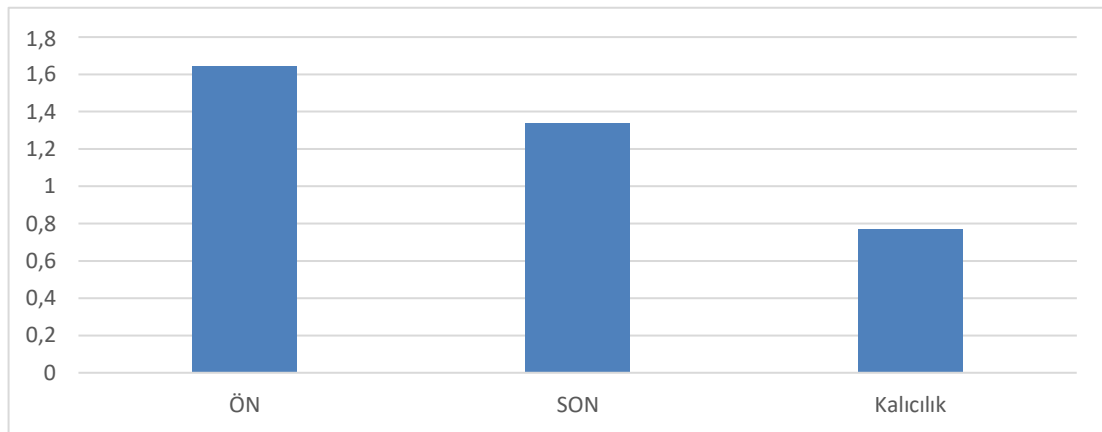
olmak, ebeveynlere gerçekçi umutlar aşlamak ve şefkat göstermek, ebeveynler ile terapötik iletişim kurmak gibi uygulamalar da manevi bakım uygulamalarından bazılarıdır (Irmak, 2018; Meral, 2019).

Özetle aileyi bir arada tutmaya çalışmak önce ebeveynler ve en yakın sosyal çevrelerinin de desteği alınarak problem ya da durum odaklı başa çıkma stratejilerinin kullanıldığı çözüm üretmeleri açısından tez çalışması kapsamında çalışma grubunu oluşturan annelere psikoeğitim programında yukarıda bahsi geçen başa çıkma stratejilerine ilişkin etkinlikler planlanmış ve uygulanmıştır.

Tablo 4.4. Annelerin Memorial semptom ölçeğinden aldıkları ön test-son test; öntest-kalıcılık; sontest -kalıcılık testleri ortalama puanların t- Testi sonuçları

Memorial Semptom Ölçeği		n	x	ss	t	sd	p	d
Öntest/Sontest	MEMORIAL_Ön_Toplam	17	1,64	,919	1,224	16	,239	0,36
	MEORIAL_Son_Toplam	17	1,33	,932				
Öntest/Kalıcılık Testi	MEMORIAL_Ön_Toplam	17	1,64	,919	2,592	16	,020*	0,86
	MEMORIAL_Kalıcılık_Toplam	17	,76	1,108				
Sontest/Kalıcılık Testi	MEORIAL_Son_Toplam	17	1,33	,932	4,036	16	,001**	0,55
	MEMORIAL_Kalıcılık_Toplam	17	,76	1,108				

Grafik 4. Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği Öntets-Sontest-Kalıcılık Düzeyleri



Tablo 4.4 ve Grafik 4 incelendiğinde araştırmaya katılan annelerin Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde $X_{(ön)}=1,64$ $X_{(son)}=1,33$ ve $X_{(kalıcılık)}=0,76$ olarak bulunmuştur.

Ölçekten elde edilen puan ortalamalarının ön-test ve son-test puanlarında ($t=1,224$; $p>0.01$) istatistiksel düzeyde anlamlı bir farklılık olmadığı bulunmuştur. Yapılan psikoeğitim programının etkinliği $0,2<d<0,8$ arasında olduğundan istatistik olarak anlamsız fakat etkinliğinin orta düzeyde olduğunu göstermektedir. Ön-test ve kalıcılık-test puanlarına bakıldığında da ($t=-2,592$; $p<0.05$) istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olduğu bulunmuştur. Program etkinliği açısından $d=0,86$ olması yüksek etkisinin olduğunu göstermektedir. Son-test ve kalıcılık - test puanlarına bakıldığında ($t=4,036$; $p<0.05$) anlamlı bir farkın olduğu, program etkinliğinin $d=0,55$ olması orta etkisinin sürdüğünü göstermektedir.

Onkolojide görülen semptom ve etiyolojileri çok çeşitlidir. Bazıları hastalığa, bazıları ise kanser tedavisine bağlı olarak ortaya çıkabilmektedir. Örneğin, bulantı ve kusma, bağırsak obstrüksiyonu veya kemoterapiye, yorgunluk ise hastalık veya tedaviye bağlı gelişebilmektedir (Beck, Dudley ve Barsevick, 2005). Kanserli hastalarda görülen semptomların, etyolojisi ile aralarında etkileyen faktörlerin anlaşılması ve bakımında daha etkili semptom kontrolüne ve yaşam kalitesinin geliştirilmesine katkıda bulunmaktadır (Miaskowski ve ark., 2006). Semptom şiddetinin azaltılması, etkin şekilde kontrol altında tutulması, mevcut semptomların bir bütün olarak ele alınması semptomlar arasındaki ilişkinin daha iyi anlaşılması ile gerçekleşmektedir (Lenz ve ark., 1997; Myers, 2009). Bir çocuk kanser tedavisi gördüğünde, ebeveynlerin ortaya çıkabilecek olası yan etkileri anlamaları önemlidir. Farklı tedaviler belirli yan etkilere neden olabilir ve çocuğa en iyi bakımı sağlamak için bunların farkında olmak çok önemlidir. Bu çalışmada hastalık sürelerinin 1 ile 4 yıl arasında değiştiği görülmekte olup hastalığın ilk tedavi aşaması ve tanı sürecinde semptom yönetimi konusunda zorlandıkları ve yaşayarak öğrendikleri görülmüştür. Öntest ortalamalarının da yüksek olması; hastalık belirti ve bulgularının öğrenilmesi ve kontrolü açısından gereksinimleri belirlemede faydalı olmuştur. Sontest ölçümlerindeki düşüşün psikoeğitim sonrası olması da çalışmanın etkinliği açısından verilen eğitimin olumlu etkisi olduğunu göstermektedir.

Günümüzde kanserin bilinen 100 den fazla çeşidi olmasına ve belirli standart yaklaşım ve tedavi gereksinimi vardır. Standart tedaviler olmasına rağmen kanser aynı zamanda kişisel bir hastalık olduğundan verilen tedavi seçeneklerine de verilen

cevaplar farklı olmaktadır. Standart olarak kabul edilen kemoterapi, cerrahi yöntemler, radyoterapi, immünoterapi, gen terapileri giderek artmış ve bu yöntemlerde görülen yan etkilerde çeşitlenmiştir. Çocukluk çağı kanserleri arasında en sık görülen lösemiler (en sık %30-40), beyin tümörleri (%20), lenfoma (%12), nöroblastom, retinoblastom ve yumuşak doku, kemikler tümörleri yer almaktadır. Yapılan bu tedavi seçeneklerinde en rahatsız edici semptomlar arasında bulantı- kusma, halsizlik ve yorgunluk yer almaktadır (Gürcan, Turan.,2019). Yıldırım ve arkadaşları (2014) 3–12 yaş arasında kemoterapi gören çocukların annelerinin kaygı durumlarını belirlemek için yaptıkları çalışmalarında, çocukların kemoterapiye bağlı görülen yan etkilerden; bulantı ve kusma, ishal ve kabızlığın annenin kaygı düzeyini orta derecede etkilediği tespit etmişlerdir. Uğur ve Bal (2023) yaptığı çalışmada kemoterapi alan çocukların yorgunluk semptomunun hemoglobin ve hemotokrit gibi değişkenlerden etkilendiğini ve deneyimledikleri yorgunluk semptomunun arttıkça yaşam kalitesinin azaldığını göstermiştir.

Kanser ve kanser tedavisine bağlı ağrı, bulantı, kusma, yorgunluk ve uyku sorunları gibi bedensel yakınmalar da ergende sağlıklı psikososyal gelişim için risk oluşturmaktadır (Erickson ve ark., 2013). Bu belirtilerin okula devamı, okul dışında akran etkinliklerine katılımı ve sosyal etkileşimi etkilediği bilinmektedir (Edwards ve ark., 2003; Eiser, 2005).

Okul devamsızlıkları ile ilgili olarak Akdeniz (2013) çalışmada çocukların %87,5'unun okula devamsızlık yaptığı nedenlerine bakıldığında da %38,3'ünün fiziksel semptomlar (nötropeni, bulantı, kusma, ağrı vb.), %86,7'sinin ise tedaviye bağlı nedenlerden (cerrahi tedavi, kemik iliği transplantasyonu vb.) okula devamsızlık yaptığını saptamışlardır.

Novovskovic ve Knoll'un (1999) kanser tedavisi gören ergenlerde yaptıkları bir araştırma, kemoterapinin yan etkileri olan yorgunluk, bulantı ve kusmanın ergenleri fiziksel olarak engelli hissettirdiğini ve sosyal ilişkilerini bozduğunu bildirmiştir. Bu onların akran sınıflarını atlamalarına neden olabilmektedir (Noll Novakovic ve ark., 1996; Noll ve ark., 1999). Benzer şekilde Edwards ve ark.'nın 13-19 yaş grubundaki kanserli adölesanlarda yorgunluğun etkilerini inceledikleri bir

çalışmada kemoterapiye bağlı yorgunluğun sosyal aktivite düzeylerini olumsuz etkilediği ve akran ilişkilerinde azalmaya neden olduğu gözlemlenmiştir (Edwards ve ark., 2003).

Yıldırım ve arkadaşları (2014) 3–12 yaş arasında kemoterapi gören çocukların annelerinin kaygı durumlarını belirlemek için yaptıkları çalışmalarında, çocukların kemoterapiye bağlı görülen yan etkilerden bulantı ve kusma, ishal ve kabızlığın annenin kaygı düzeyini orta derecede etkilediği tespit etmişlerdir.

Kanser teşhisi konan ergenler, bu dönemde kazanmaya çalıştıkları bağımsızlık ve özerklik kaybıyla karşı karşıya kalmaktadır (Mattsson ve ark., 2007). Tanı ve tedavi sürecinde adölesan bireyi bağımlılığa zorlamak, ebeveynler ve ergenler arasında çatışma yaşanmasına neden olmaktadır. Sahler ve ark., (2006) yeni kanser tanısı almış ergenlerin aileye bağımlılığın artması nedeniyle aile üyeleriyle çatışma yaşadıkları belirtmektedir. Winzing ve ark., (2023) ergenlik çağında kanserden kurtulan çocuklarla yaptıkları çalışmalarında; bakım yükü ve destek ihtiyaçlarında ergenlerin ebeveynlerine olan bağımlılıklarını açıkca ortaya koyduklarını, ayrılma ve özerklik kazanma sürecinin kanser nedeniyle kesintiye uğrayabileceğini ifade etmişlerdir. Bulantı ve kusma kemoterapi alan hastalarda sık görülen ve tedavi reddine neden olabilen yan etkilerdendir. Buna göre kanserli ergenlerin tedavi planlarına dahil edilmesi, seçenekler sunulması ve kendi yaşamları hakkında kendi kararlarını vermelerinde destek almaları ergen özerkliği ve bağımsızlığının gelişimini desteklemek için önemlidir (Wicks ve Mitchell, 2010).

Bilişsel davranışçı yaklaşım, davranışçı ve bilişsel yaklaşımları birleştirerek düşünce, duygu ve davranışın etkileşimini değerlendirir. Türkçapar ve Sargın'a (2012a) göre bilişsel davranışçı yaklaşım, davranış ve duygulanım süreçlerini inceleyen modellerin bir sentezini oluşturmaktadır. Bu yaklaşıma göre duygusal tepkinin kaynağı durumdan ziyade duruma ilişkin düşüncelerdir. Bu müdahale ile daha kabul edilebilir düşünce, duygu ve davranış değişikliğinin gerçekleşmesi beklenir.

Uzun süreli ve tekrarlayan hastane yatışları, agresif ve kombine tedaviler ve tedaviye bağlı yan etkiler, ergenleri fiziksel ve psikososyal olarak ailelerine bağımlı hale getirmektedir (Woodgate ve Degner, 2002). Kanser teşhisi ve tedavisinin yanı sıra

ailelerin ergenleri aşırı koruması, ergenlerin bağımlı hale gelmesine neden olmaktadır. Hokkanen ve ark., (2004) bu konuda kanserli adölesanların kanser teşhisi konulduktan sonra ailelerinin aşırı önemseme tutumları nedeniyle bağımsızlık kazanmayı zor bulduklarını belirlemiştir. Yine Winzig ve ark., (2023) yaşları 14-18 arasında değişen 18 ergenle yaptıkları çalışmalarında kanserden kurtulan çocukların destek ihtiyaçlarını değerlendirdiklerinde; ergenlerin ebeveynlerine olan bağımlılıkları açıkça ortaya koyduklarını, ayrılma ve özerklik kazanma sürecinin kesintiye uğrayabileceğini belirtmişlerdir.

Tanı ve tedavi sürecinde adölesan bireyi bağımlılığa zorlamak, ebeveynler ve ergenler arasında çatışma yaşanmasına neden olmaktadır. Sahler ve ark. (2006) yeni kanser tanısı almış ergenlerin aileye bağımlılığın artması nedeniyle aile üyeleriyle çatışma yaşadıkları belirtmektedir. Buna göre kanserli ergenlerin tedavi planlarına dahil edilmesi, seçenekler sunulması ve kendi yaşamları hakkında kendi kararlarını vermelerinde destek almaları ergen özerkliği ve bağımsızlığının gelişimini desteklemek için önemlidir (Wicks ve Mitchell, 2010).

SONUÇ ve ÖNERİLER

1. Bu sonuçlara göre uygulanan psikoeğitim programının annelerin kaygı düzeylerinin azalmasında etkili olmadığı,
2. Uygulanan psikoeğitim programının annelerin Sosyal Problem Çözme becerileri üzerinde etkili olduğu, bu etkinin programın uygulaması bittikten sonra da devam ettiği,
3. Uygulanan psikoeğitim programının annelerin durumla başa çıkma becerileri üzerinde etkili olduğu, bu etkinin programın uygulaması bittikten sonra da devam ettiği söylenebilir.
4. Uygulanan psikoeğitim programının annelerin çocuklarının yaşadığı semptomlar şüzerinde etkili olduğu, bu etkinin programın uygulaması bittikten sonra da devam ettiği söylenebilir.

ÖNERİLER

Araştırmacılara yönelik;

- Gelecekteki deneyim, duygusal ve psikososyal yük açısından tekrar değerlendirilmesi
- Disiplinler arasının katıldığı koordineli çalışmalara (psikolog, din adamları, diyetisyen, aile terapistide, ergoterapistler, sosyal çalışmacı, aile terapisti) ihtiyaç olduğu;
- Boylamsal nitelikte çalışmalara ihtiyaç görüldüğü,
- Çalışmanın genişletilerek hem aile hemde çocuğun dahil edildiği birlikte bütüncül bir program yapılabilir.
- Yapılan psikoeğitimin seçenekleri; eğitsel, spirütüel destek, hareket içerikli, sosyal destek içerikli, yas terapisi olan, başetme becerilerini arttırmada farklı program alternatifleri değerlendirilebilir.

Ebeveynlere yönelik;

- Kanserli çocukların sağlıklı kardeşleri için; aile hasta çocuğa odaklanırken aile iletişiminde rol değişimleri, iletişim kopmaları ve aile bütünlüğünde bozulma olabilmesi nedeniyle sağlıklı kardeşlere de psikolojik destek sağlanmalı ve aile bu konuda uyarılmalıdır.
- Özellikle ölüm kavramının uygun bir şekilde işlenmesi, ortaya çıkan inkâr mekanizmasının yönlendirilmesi ve yas sürecinin daha aşılabılır bir hale getirilmesi açısından profesyonel yaklaşımlara ihtiyaç duyulmaktadır.

Kuruma yönelik;

- Çocuğu hastanede yatan babaların da çocuğun yanında kalabilmesi ya da sık ziyaret etme olanağının sağlanması için gerekli fiziki düzenlemeler (oturma alanları) yapılabilir.
- Hemşire, hekim, sağlık profesyonelleri, çocuk ve ebeveynler arasındaki iletişimi geliştirmek amacı ile hastane yönetimi tarafından hemşire ve hekimlere interaktif terapötik yöntemlerle iletişim tekniklerine yönelik hizmet içi eğitimlerin verilmesi konusunda kurum içi düzenlemeler yapılabilir.
- Onkolojik sorunu olan bireyler için hastane ortamı, bakım şartları için; bakım verenlerin de dinlenme, fiziksel ve sosyal ihtiyaçlarının da kapsayan fiziki düzenlemelerin sağlanması önerilmektedir.
- Sağlık personelleri sadece tedavi işleyiş sürecinde değil hasta yakınlarını bakım vermeye yönelik bilgi ve teknik açıdan da desteklemeli, hastalık sürecine ilişkin yeterli düzeyde bilgilendirilmelidir, çalışan sayısı açısından desteklenmesi önerilmektedir.

KAYNAKÇA

- Adams, E., Boulton, M., Watson E. (2009). The Information Needs Of Partners And Family Members Of Cancer Patients: A Systematic Literature Review. Patient Education And Counseling, 77 (2):179-86.
- Akbaş, E., Taşdemir Yiğitoğlu,G.(2021). Adölesan Dönemde Psikososyal Sorunlar. OPUS © Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi-International Journal of Society Researches ISSN:2528-9527 E-ISSN: 2528-9535 <http://opusjournal.net>.
- Akçan, Parlaz E., Tekgül, N., Karademirci, E., Öngel, K. (2012). Ergenlik Dönemi: Fiziksel Büyüme, Psikolojik ve Gelişim Süreci, The Journal of Turkish Family Physician, 3:2.
- Akdeniz, A.(2013). Kanserli Çocuğun Okul Yaşantısını Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Onkoloji Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi, DEU.HSI.MSc-2010970119.
- Akechi, T., Hirai, K., Motooka, H., Shiozaki, M., Chen,J., Momino, K., Okuyama, T., Furukawa, TA. (2008). Problem-solving therapy for psychological distress in Japanese cancer patients: preliminary clinical experience from psychiatric consultations. Jpn J Clin Oncol. 38(12):867-70. doi: 10.1093/jjco/hyn115. Epub 2008 Nov 12. PMID: 19008215.
- Akechi, T., Yamaguchi, T., Uchida, M., Imai, F., Momino, K., Katsuki, F., Sakurai, N., Miyaji, T., Mashiko, T., Horikoshi, M., Furukawa, TA., Yoshimura, A., Ohno, S., Uehiro, N., Higaki, K., Hasegawa, Y., Akahane, K., Uchitomi, Y., Iwata, H.(2023). Smartphone Psychotherapy Reduces Fear of Cancer Recurrence Among Breast Cancer Survivors: A Fully Decentralized Randomized Controlled Clinical Trial (J-SUPPORT 1703 Study). J Clin Oncol. 41(5):1069-1078. doi: 10.1200/JCO.22.00699. Epub 2022 Nov 2. PMID: 36322882; PMCID: PMC9928623.
- Akkoç, A.N. veToplu, N. (2016). Kanser Kök Hücreleri. Animal Health Prod and Hyg .5(1): 416 – 422.
- Akpınar, G., Kelleci, M. (2008). Şizofrenik Hastalara Uygulanan Sorun Çözme Becerilerini Geliştirme Programının Yaşam Kalitesine Etkisi. Klinik Psikiyatri Dergisi. 11(4):180-90
- Aksu, M.T.(2008). Kronik hastalığı olan çocukların annelerinin sosyodemografik özellikleri depresyon, anksiyete, problem çözme yeteneği ve yaşam kaliteleri

açısından değerlendirilmesi. İstanbul Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Uzmanlık Tezi.

Aksungur, A. (2009). Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim Ve Araştırma Hastanesi'nde Çalışan Ebe Ve Hemşirelerin İş Doyumu Ve Yaşam Kalitesi Düzeylerinin Belirlenmesi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Aktaş, A.(2017). Obsesif kompulsif bozukluğa yönelik sosyal damgalama üzerinde psioeğitim ve temastan oluşan müdahale yönteminin etkisinin incelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans.

Alacalıoğlu, Ahmet.(2007), Kanser Hastaları ve Hasta Yakınlarının Depresyon, Umutsuzluk ve Kaygı Düzeylerinin Değerlendirilmesi, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi iç Hastalıkları Anabilim Dalı, (Tıpta Uzmanlık Tezi), izmir.

Alahan, N. A., Aylaz, R., ve Yetiş, G. (2015). Kronik Hastalığı Olan Çocuğa Sahip Ebeveynlerin Bakım Verme Yükü. Annals of Health Sciences Research, 4(2), 1-5.

Allen, S.M., Shah, A.C., Nezu, A.M., Nezu, C.M., Ciambrone, D., Hogan, J. ve Mor, V.(2002). A problem-solving approach to stress reduction among younger women with breast carcinoma: a randomized controlled trial. Cancer. 94(12):3089-100. doi: 10.1002/cncr.10586. PMID: 12115339.

Altay, M., Cabar H.D. ve Altay, B.(2018). Adolesan Döneminde Beslenme ve Okul Sağlığı. Sinop Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, Cilt: II, Sayı: 1.

Altay, N., Arpacı, T., ve Kılıçarslan Toruner, E. (2020). Kanser tanısıyla izlenen adölesanların algıladıkları ebeveynlik tutumları ve benlik saygıları arasındaki ilişki. J Psy Nurs, 11(4), 298-305. <https://doi.org/10.14744/phd.2020.90377>.

Altundal Duru, H. Ve Yılmaz M. (2023). Depresyon tanısı alan hastalara uygulanan bilişsel davranışçı terapide psikiyatri hemşiresinin rolü: Literatür incelemesiThe role of the psychiatric nurse in cognitive behavioral therapy applied to patients diagnosed with depression. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 16(1):131-146 DOI: 10.26559/mersinsbd.1156801LicenseCC BY-NC 4.0.

American Cancer Society (2020). Cancer facts & figures. Available from: <https://www.cancer.org/research/cancer-facts-statistics/all-cancer-facts-figures/cancer-facts-figures-2020.html>

- Ançel, G.(2007). Cerrahi ve Dahili Problemi Olan Hastaya Psikososyal Yaklaşım İçinde: Akbayrak N, İlhan Erkan S, Ançel G (Editörler). Hemşirelik Bakım Planları, Ankara, Birlik Matbaası. 3-18.
- Ander, M., Grönqvist, H., Cernvall, M., Engvall, G., Hedström, M., Ljungman, G., Lyhagen, J., Mattsson, E. Ve von Essen, L.(2016). Development of health-related quality of life and symptoms of anxiety and depression among persons diagnosed with cancer during adolescence: a 10-year follow-up study. *Pschooncology*;25:582-589
- Andersen, K.K., Duun-Henriksen A,K., Frederiksen, M.H., Winther, J.F.(2017). Ninth grade school performance in Danish childhood cancer survivors. *British Journal of Cancer*, 116(3):398-404.
- Arceci, R.J.(2016). Pediatric oncology: Psychosocial care in context. In: Annah NA, Anna CM, Lori W, editors. Pediatric psychosocial oncology: textbook for multidisciplinary care. Switzerland:Springer. p. 1-6.
- Arıcı, A.(2005). Ergenlerde Dini Başaçıkma Yöntemi Olarak Dua. Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans.
- Arıkan, D, ve Çelebioğlu, A. (2010). Kanserli çocuğu olan ebeveynlerin durumluluk ve sürekli anksiyete düzeyini incelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilim Dergisi*.2(1)
- Arıcıoğlu-Sülün ve Bektaş, M. (2023). Kanserli Çocuklar İçin Uyku Değerlendirme Ölçeği Adölesan ve Ebeveyn Formunun Geliştirilmesi Psikometrik Değerlendirilmesi. *Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health, Pediatri, Psikiyatri*.ISSN:2687-3532 <http://www.cogepderg.com/>
- Armağan-Yıldız, S. (2003). Ebeveynin Problem Çözme Becerisini Geliştirmeye Yönelik Deneysel Bir Çalışma. İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul.
- Arpacı, T. ve Altay, N. (2021). Çocukluk Çağı Kanserlerinden Sağ Kalanların İzlemi ve Pediatri Hemşiresinin Rolü. *DEUHFED*, 14(2),153-164. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi <https://dergipark.org.tr/tr/pub/deuhfed>
- Atagün, M.İ, Balaban, Ö,D., Atagün, Z., Elagöz, M. ve Özpolat, A.Y.(2011). Kronik Hastalıklarda Bakım Veren Yükü, Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar; 3(3):513 552.

- Atalay,H.(2019). Akut lösemi tedavisi gören port kateterli çocuklarda bakım verici annelerin deneyimleri. Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Atay, S., Conk, Z., Bahar, Z., Kantar, M., ve Bolışık, B. (2007). Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği'nin (MSDÖ 10-18) Türkçe Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Ege Pediatri Bülteni, 14(2), 93-99
- Avcı, E.(2019). Kanser Tanısı İle İzlenen Adölesanlara Klasik Müzik Eşliğinde Olumlama Kaydı Dinletmenin Uyku Kalitesi Üzerine Etkisi. İstanbul Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi.
- Axelson, David, ve Boris, Birmaher. (2001). "Relation Between Anxiety and Depressive Disorders in Childhood and Adolescence." Depression and Anxiety. Vol: 14, pp: 67-78.
- Axelson, David, ve Boris, Birmaher. (2001). "Relation Between Anxiety and Depressive Disorders in Childhood and Adolescence." Depression and Anxiety. Vol: 14, pp: 67-78.
- Ay Kaatsız M. A. ve Öz, F.(2020). Kanser tanısı alan çocuk hastaların annelerine verilen psikoeğitimin etkinliği. J Psychiatric Nurs.
- Ay, E. (2018). Kanserli Çocuğu Olan Ebeveynlere Verilen Bilişsel Davranışçı Yaklaşım Temelli Psikoeğitimin Umutsuzluk ve Stresle Baş Etme Üzerine Etkisinin İncelenmesi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi, Erzurum.
- Ay, M.A.(2019). Kanser Tanılı ve Sağlıklı Ergen Çocuğu Olan Annelere Uygulanan Psikoeğitimin Ebeveyn Rolüne İlişkin Kendilik Algısı, Stresle Başa Çıkma ve Ruhsal Belirtiler Üzerine Etkisi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Programı Doktora Tezi, Ankara.
- Aydın, B.(2023). Bilişsel Davranışçı Yaklaşım Dayalı Çevrim İçi Psikolojik Danışmanın Sağlık Kaygısını Nasıl Etkilediğine İlişkin Danışan Görüşleri. Sosyal Bilimler Ekev Akademi Dergisi, Sayı 96 eISSN:2148-0710-pISSN:13016229
- Aygüneş, U., Karagün, B., Nacar Baş, H. ve Şaşmaz, H. İ (2023). Pediatrik Hematoloji-Onkoloji Hastalarının Ebeveynlerin Kaygı Yükünün İncelenmesi. Kocatepe Tıp Dergisi, 24(1), 77-82. <https://doi.org/10.18229/kocatepetip.995992>

- Aytekin Özdemir A. ve Köse S.(2019). Adölesan sağlığına giriş. Çelebioğlu A, editör. Adölesan Sağlığı ve Hemşirelik Yaklaşımları. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; p.1-8.
- Bag B.(2013). Kanser Hastalarında Uzun Dönemde Görülen Psikososyal Sorunlar. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry 2013;5(1):109-126 doi:10.5455/cap.20130508
- Bakıcı, B. (2021). İstanbul ili özel okul adölesan dönemi öğrencilerinin beslenme alışkanlıkları ile demografik yapı ilişkisi (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Okan Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul;11(2):129-140.
- Barakat, L.P., Alderfer, M.A. ve Kazak, A.E. (2005). Posttraumatic growth in adolescent survivors of cancer and their mothers and fathers. J Pediatr Psychol, 31:413-419.
- Barakat, L.P., Kazak, A.E., Meadows, A.T., Casey, R., Meeske, K. ve Stuber, M.L.(1997). "Families surviving childhood cancer: a comparison of posttraumatic stress symptoms with families of healthy children", Journal of Pediatric Psychology, 22(6): 843-859.
- Baş Etme Becerilerinin Psikiyatrik Belirtiler ile İlişkisi: Bir Ön Çalışma, Türkiye Çocuk Hast Derg/Turkish J Pediatr Dis, 3:170-176 DOI: 10.12956/tjpd.2016.217
- Baykara, O.(2016). Kanser Tedavisinde Güncel Yaklaşımlar. Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi , 5(3): 154- 165.
- Baysal ,Z.B.(1996). Kronik hastalıklar ve hastaneye yatış: çocuk, aile ve tedavi ekibi. Katkı Pediatri Dergisi ,5:912-8.
- Beck,S.L., Dudley, W.N. ve Barsevick, A.(2005). Pain, sleep disturbance, and fatigue in patients with cancer: using a mediation model to test a symptom cluster. Oncol Nurs Forum. May 10;32(3):542. doi: 10.1188/04.ONF.E48-E55. PMID: 15897927.
- Bellizzi, K., Smith, A., Schmidt, S., Keegan, T. H., Tompkins, B. J., Simon, M. Ve Shnorhavorian, M. (2012). Positive and Negative Psychosocial Impact of Being Diagnosed With Cancer as an Adolescent or Young Adult. Cancer, 118(20), 5155-5162. doi:10.1002/cncr.27512
- Belpame, N., Kars, M., Deslypere, E., Rober, P., Hecke, A., ve Verhaeghe, S. (2019). Living as a Cancer Survivor: A Qualitative Study on the Experiences of Belgian

Adolescents and Young Adults (AYAs) after Childhood Cancer. *Journal of Pediatric Nursing*(49), 29-35. doi:<https://doi.org/10.1016/j.pedn.2019.07.01>

Bercaw , G.N. (2000). Advocacy training: A look toward the future for pediatric cancer patients and their families. *Dissertation Abstracts International: B. Sciences & Engineering*, 60: (9-B).

Beser, N. ve Öz, F. (2003) Kemoterapi alan lenfomalı hastaların anksiyete depresyon düzeyleri ve yaşam kalitesi. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 7(1), 47-58.

Beşik, S.(2023). Eğilim ve Üstbilişsel Deneyimlerin Problem Çözme Becerisine Etkisi . Mimar Sinan Güzel Sanatlar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi.

Beydağ, K.D., Çiftçi, S. ve Çiftçi Baykal, D.(2023). Karaman K. The Opinions of Mothers of Children Hospitalized and Diagnosed with Cancer and The Nurses Who Care For Them About The Educational Processes Of The Child. *Ağrı Med J*. 1(2): 30-34

Bhakta, N., Liu,Q., Ness, K.K., Baassiri, M., Eissa,H. ve Yeo, F., (2017). The cumulative burden of surviving childhood cancer: an initial report from the St Jude Lifetime Cohort Study (SJLIFE). *390(10112): 2569-2582*.

Bıyık, A. (2009). Kanser epidemiyolojisi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 5(3): 58-70.

Bibby, H., White, V., Thompson, K. ve Anazodo, A. (2017). What Are the Unmet Needs and Care Experiences of Adolescents and Young Adults with Cancer? A Systematic Review. *Journal of adolescent and young adult oncology*, 6(1), 6–30. <https://doi.org/10.1089/jayao.2016.0012>

Biçer Kanat, B. Ve Yılmaz Özpolat, A. (2016). Kanser Hastalarında Travma Sonrası Büyüme Kavramı. *Turkish Journal Of Clinics And Laboratory*, 7(4), 106-110.

Blair, T.D., Ramones, V.A. (1997). Education as psychiatric intervention: the cognitive-behavioral context. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 35 (12):29-36.

Blank, T.O., Kwan, L., Ganz, P.A., Stanton, A.L., Park, C.L. ve Yanez, B. (2009). Facets of spirituality as predictors of adjustment to cancer: relative contributions of having faith and finding meaning. *J Consult Clin Psychol* ,77:730-741.

Bona, K. (2014). Economic Impact of Advanced Pediatric Cancer on Families. *47(3)*, 10.

- Bona, K., London, W. B., Guo, D., Frank, D. A. ve Wolfe, J. (2016). Trajectory of Material Hardship and Income Poverty in Families of Children Undergoing Chemotherapy: A Prospective Cohort Study: Poverty in Pediatric Oncology. *Pediatric Blood & Cancer*, 63(1),105-11.
- Bostancı, N., Duruhan, Ö., Eyüboğlu, Ö., Sezgin, Ö. ve Güvenir, Ö. (2007). Kanserli çocuğun bakım verenlerinde yaşam kalitesi, depresyon ve anksiyete düzeyleri. *İ.Ü.F.N.Hem Dergisi*, 15(60):165 72.
- Boyd, M. ve Nihard, M. (1998). *Psychiatric Nursing*, Lippincott Company p: 313-314.
- Bozkurt, C., Uğurlu, Z., Tanyıldız, H.,G., Yeşil, Ş., Kiraz, H., Toprak, Ş., Yüksek, N., Şahin, G. ve Ertem, U. (2019). Çocukluk çağı kanser hastaları ile ailelerinin tedavi ve izlem sürecinde yaşadığı ekonomik ve psikososyal sorunlar. *Türk Pediatri Arşivi*, 54(1), 35-9.
- Bruk, N. (2014). Adölesan dönemi. Çocukluk çağındaki hipospadias onarımının adölesan dönemde beden algısı ve psikososyal uyum üzerine etkisi (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü İstanbul.
- Bucher, J.A. ve diğ. (2001). Problem-solving cancer care education for patients and caregivers. *Cancer Pract*, 9,66–70.
- Büyüköztürk, Ş., (2001). *Deneyisel Desenler Öntest – Sontest Kontrol Grubu Desen ve Veri Analizi*, Ankara: Pegem A Yayıncılık.
- Büyükpamukçu, M. (2017). Çocukluk Çağı Kanserlerinin Epidemiyolojisi. İçinde:Yurdakök M (editör). *Yurdakök Pediatri*, 1. Basım. Ankara, Güneş Tıp Kitabevleri, 4169-4175.
- Canel, A. N. (2007). Ailede problem çözme, evlilik doyumu ve örnek bir grup çalışmasının sınanması (doktora tezi). Marmara Üniversitesi, İstanbul.
- Canpolat, M., ve Atıcı, M. (2019). Sosyal Beceri Eğitiminin Psikolojik Danışman Adaylarının Sosyal Beceri ve Psikolojik İyi olma Düzeylerine Etkisi. *Anadolu University Journal of Education Faculty*, 3(2), 96-115. <https://doi.org/10.34056/aujef.488778>
- Chivukula, U., Kota, S. ve Nandinee, D.(2018). Burden Experience of Caregivers of Acute Lymphoblastic Leukemia: Impact of Coping and Spirituality. *Indian J Palliat Care*;24(2):189-195. doi: 10.4103/IJPC.IJPC_209_17. PMID: 29736124; PMCID: PMC591588

- Christie, D. ve Viner, R. (2005). ABC of Adolescence: Adolescent development. The BMJ 330(7486):301-4. DOI: 10.1136/bmj.330.7486.301 . Source PubMed
- Christie, D. ve Viner, R.(2005). Adolescent Development. BMJ. 330(7486):301-4. doi: 10.1136/bmj.330.7486.301. PMID: 15695279; PMCID: PMC548185.
- Cihan, M.K., Sarı, H.D., Karaman, N., Baş, N. Ve İlhan, İ.E.(2019). Is It Good To Know Or Not To Know? Is There Any Effect of Information About Cancer Diagnosis and Treatment on Anxiety Levels of Adolescents with Cancer and Their Parents. Acta Oncologica Turcica. 10.5505/aot.2019.59672
- Cimete, G., Kuşuoğlu, S. ve Dede Çınar, N.(2013). Pediatri hemşireliği. İçinde: Conk Z, Başbakkal Z, Bal Yılmaz H, Bolışık B, editör. Çocuk, hastalık ve hastane ortamı. 1. Basımı. Ankara: Akademisyen Tıp Kitapevi syf.136.
- Civelek E. (2022). Adolesan Dönemi ve Özkıyım Girişimi. Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi DOI: 10.12956/tchd.542211
- Coça, K. L., Bergmann, A., de Angelis, E. C., Ferman, S., ve Ribeiro, M. G. (2020). Incidence and risk factors of communication, swallowing, and orofacial myofunctional disorders in children and adolescents with cancer and benign neoplasms. Journal of pediatric rehabilitation medicine, 13(1), 25–35. <https://doi.org/10.3233/PRM-180576>
- Conk, Z., Başbakkal, Z. ve Yılmaz, H.B.,(2013). Bolışık B. Pediatri Hemşireliği. Akademisyen Kitabevi, Ankara , s.1046.
- Coşkun Şimşek, D. ve Günay, U.(2023). Çocuğun Kansere Olmasının Aile Üzerindeki Etkisi: Anne-Baba Bakış Açısıyla. TOGÜ Sağlık Bilimleri Dergisi. 3(2):139-54.
- Creswell, P.D., Wisk, L.E., Litzelman, K. Ve Allchin, A.,(2014). Witt WP. Parental depressive symptoms and childhood cancer: the importance of financial difficulties. Support Care Cancer.;22(2):503 11. doi: 10.1007/s00520-013-2003-4.
- Cuğ, F.D.(2021). Çocukları kanser olan ana-babaların tedavi sürecindeki psikolojik ihtiyaçları. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 13(Ek 1):324-36.
- Cunningham, A.J., Edmonds, C.V. ve Williams, D. (1999). Delivering a very brief psychoeducational program to cancer patients and family members in a large group format. Psychooncology, 8 (2): 177 182.

- Çalışkan, A.(2020). Kanser Tanısı Alan Adölesanlarda Hastalık Algısının İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi ,Hemşirelik Anabilim Dalı Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği. Maltepe Üniversitesi, İstanbul.
- Çapri, B. Ve Gökçakan, Z. (2008). Akılcı duygusal davranış terapisi (ADDT)'ne dayalı grupla psikolojik danışmanın üniversite öğrencilerinin problem çözme becerisi algısına etkisi. Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 17 (1), 135-154.
- Çavuşoğlu, H. (2013). Çocuk sağlığı hemşireliği 1. Cilt (10. bs.). Ankara: Sistem Ofset Basımevi.
- Çavuşoğlu, H. (2015). Çocuk Sağlığı Hemşireliği (12 b., Cilt 1). Ankara: Sistem Ofset Basımevi.
- Çetinkaya, N.E, (2022). Ebeveynlerin Sosyal Problem Çözme Becerilerini Belirlemeye Yönelik Bir Ölçek Geliştirme VE Uygulama Çalışması. Yüksek Lisans Tezi, Temel Eğitim Anabilim Dalı Sınıf Eğitimi Programı. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi.
- Çolpan-Kuru, B.(2021). Problem çözme yaklaşımının çeşitli kuramlar açısından değerlendirilmesi.Alanyazın-CRES Journal2(1), 50 Alanyazın-CRES Journal2(1), 50-58. <http://dx.doi.org/10.22596/cresjournal.0201.50.58>
- Çöp, E., Dinç, G.S. ve Kültür Çengel, E.(2016). Kronik Hastalığı Olan Çocukların Annelerinde
- Damascena, L.C.L., de Lucena, N.N.N., Ribeiro I.LA, Pereira,T.L., Lima-Filho LMA ve Valença AMG.(2020). Severe oral mucositis in pediatric cancer patients: survival analysis and predictive factors. Int. J. Environ. Res. Public Health. 17(4): 1235.
- Darlington, A.S.E., Morgan, J.E., Wagland, R., Sodergren, S.C. ve Culliford, D. (2021). COVID-19 and children with cancer: Parents' experiences, anxieties and support needs. Pediatr Blood Cancer, 68:1-10.
- Derman, D. (2008). Ergenlerde Psikososyal Gelişim. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, ; s.19-21, İstanbul
- Dewey, J. (1910). How we think. U.S.A: B. C. Heath & Co.
- Dinç, G.Ş.(2012). Kronik ve ölümcül hastalığı olan çocuk ve aileye yaklaşım, Güncel

- Dinçer, Ç. (1995). Anaokuluna Devam Eden 5 Yaş Grubu Çocuklarına Kişiler Arası ProblemÇözme Becerilerinin Kazandırılmasında Eğitimin Etkisinin İncelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Sağlığı ve Eğitimi Programı Doktora Tezi.
- Doğaner, Y.Ç. ve Aydoğan, Ü.(2018). Adolesan Dönemi ve Fizyolojik Değişimler. Aydoğan Ü, editör. AdolesanSağlığı ve Sorunları - I. Ankara: Türkiye Klinikleri; p.1-7.
- Donker, T., Griffiths, K.M. ve Cuijpers, P.(2009). Psychoeducation for depression, anxiety and psychological distress: a meta-analysis. BMC Medicine, 7 (79): 1-9.
- Dünya Sağlık Örgütü. (2020). Bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi ve kontrolü için ulusal kapasitenin değerlendirilmesi: 2019 küresel anket raporu. Dünya Sağlık Örgütü. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331452>
- Dünya Sağlık Örgütü. (2021). CureAll çerçevesi: Çocukluk çağı kanseri için WHO küresel girişimi: erişimi artırma, kaliteyi ilerletme, hayat kurtarma. Dünya Sağlık Örgütü. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/347370>
- Dünya Sağlık Örgütü. (2021). CureAll çerçevesi: Çocukluk çağı kanseri için WHO küresel girişimi: erişimi artırma, kaliteyi ilerletme, hayat kurtarma. Dünya Sağlık Örgütü. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/347370>
- Dünya Sağlık Örgütü. (2023). <https://apps.who.int/iris/handle/10665/347370>T.C Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Türkiye Onkoloji hizmetleri Yeniden Yapılanma Programı 2010-2023. Ankara, T.C. Sağlık Bakanlığı.
- D'Zurilla, T.J., Maydeu-Olivares, A. ve Kant, G.L. (1998). Age and gender differences in social problem-solving ability. Pers Individ Dif, 25:241-252.
- Edwards, J.L., Gibson, F., Richardson, A., Sepion, B. ve Ream, E. (2003). Fatigue in adolescents with and following a cancer diagnosis: developing an evidence base for practice. Eur J Cancer. 39(18):2671-80. doi: 10.1016/j.ejca.2003.09.007. PMID: 14642930.
- Eiser, C.(2005). Children with cancer: the quality of life. Quality of Life Research. 14:1649–1650.
- Eker, T. (2019).Çocukluk çağı hematoloji ve onkoloji hastalarının ailelerinin stres, kaygı ve umutsuzluk durumlarının değerlendirilmesi (Yüksek lisans tezi). Ankara, Yıldırım Beyazıt Üniversitesi.

- Ekşi, H.(2001) . “Başa Çıkma, Dini Başa Çıkma ve Ruh Sağlığı Arasındaki İlişki Üzerine Bir Araştırma”, Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Basılmamış Doktora Tezi), Bursa.
- Elçigil, A. ve Tuna, S. (2011). Kanser tedavisi biten çocukların yaşadıkları sorunlar ve bakımlarında hemşirenin rolü. *Türk Onkoloji Dergisi*, 26(3): 134-141.
- Elçigil, A.(2007). Kanserli çocuk okula gidebilir mi? *Cumhuriyet Üniversitesi Hemsirelik Yüksekokulu Dergisi* . 11:40-46.
- Enskär, K. ve Essen, L. (2008). Physical Problems and Psychosocial Functioning Children with Cancer. *Journal of Peadiatric Nursing*, 20, 37-41.
- Er, M.(2006). Çocuk, hastalık, anne-babalar ve kardeşler. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* , 49(2):155-68.
- Erci, B. (2007). Attitudes towards holistic complementary and alternative medicine: A sample of healthy people in Turkey. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 761-768.
- Erdem, E.(2006). Kanserli Çocuğu Olan Annelere Evde Verilen Hemşirelik Hizmetlerinin Değerlendirilmesi. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Doktora tezi* .
- Erdoğan, A., ve Karaman, M.G. (2008). Kronik ve ölümcül hastalığı olan çocuk ve ergenlerde ruhsal sorunların tanınması ve yönetilmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 9(4), 244-252.
- Erickson, J. M., MacPherson, C. F., Ameringer, S., Baggott, C., Linder, L., ve Stegenga, K. (2013). Symptoms and symptom clusters in adolescents receiving cancer treatment: A review of the literature. *International Journal of Nursing Studies*, 50(6), 847–869.
- Erkul,M.(2020). Kanser tanılı çocuk ve ebeveynlerine yönelik geliştirilen eğitim programının hasta uyumu, bilgi ve kaygı düzeylerine etkisi. *Akdeniz Üniversitesi. Antalya*
- Fauske, L., Bondevik, H., Bruland, Ø.S. ve Ozakinci, G.(2015). Negative and Positive Consequences of Cancer Treatment Experienced by Long-term Osteosarcoma Survivors: A Qualitative Study. *Anticancer Res.* 35(11):6081-90. PMID: 26504033.
- Fawzy, N.W. (2007). Psychoeducational interventions rationale, structure, and nursing-sensitive patient outcomes. *Eonsnewsletter Spring*, 2007: 16-17.

- Fazelniya, Z., Najafi, M., Moafi, A. ve Talakou, S.,(2017). The Impact of an Interactive Computer Game on the Quality of Life of Children Undergoing Chemotherapy. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research* 22(6):431-5.
- Fisher, H.R. (2001). The needs of parents with chronically sick children: A literature review. *J Adv Nurs*, 36: 600-607.
- Flanagan, J. (2001). Clinically effective cancer care: working with families. *Eur J Oncol Nurs*. 2001 Sep;5(3):174-9. doi: 10.1054/ejon. 0132. PMID: 12849030.
- Fletcher, B. S., Miaskowski, C., Given, B., ve Schumacher, K. (2012). The cancer family caregiving experience: an updated and expanded conceptual model. *European journal of oncology nursing : the official journal of European Oncology Nursing Society*, 16(4), 387–398. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2011.09.001>
- Freeman, P.B.(2003). Caring for all children. *Optometry*;74(5):277-8. PMID: 12795312.
- Fultner D. K., Roudonis, M. R. (2000). Home care and hospice. *Gerontologic Nursing* 771-96.
- Galindo-Vazquez, O., Benjet, C., Cruz-Nieto, M.H., ve diğerleri.(2015). Psychometric properties of the Zarit Burden Interview in Mexican caregivers of cancer patients. *Psychooncology*. 24(5):612-5. doi: 10.1002/pon.3686. 5.
- Gemalmaz, A.ve Avşar, G. (2015). Cancer Diagnosis And After Experiences: A Qualitative Study. *J Educ Res Nurs*, 12(2), 93-98. <https://doi.org/10.5222/HEAD.2015.093>.
- Genç,F. Z. Ve Bilgili, N.(2021). Adölesanlarda umut, sağlık ve hemşirelik . *Mersin Univ Sağlık Bilim Derg* .14(2):334-341 doi: 10.26559/mersinsbd.825871.
- Gianinazzi, M.E., Rueegg, C.S., Wengenroth, L., Bergstraesser, E., Rischewski, J., Ammann, R.A., ve diğerleri.(2013). Adolescent survivors of childhood cancer: are they vulnerable for psychological distress?. *Psycho-Oncology*. 22(9): 2051-8.
- Gibson, F., Aldiss, S., Horstman, M., Kumpunen, S. ve Richardson, A. (2010). Children and young people's experiences of cancer care: A qualitative research study using participatory methods. *International Journal of Nursing Studies* 47,1397– 1407.

- Gilbar, O. ve Zusman, A. (2007). The correlation between coping strategies, doctor-patient/spouse relationships and psychological distress among women cancer patients and their spouses. *Psycho-Oncology*, 16 (11), 1010-1018.
- Given, B.A., Given, C.W. ve Sherwood, P.(2012). The Challenge Of Quality Cancer Care For Family Caregivers Seminars In Oncology Nursing, 28(4):205-12.
- Göçgeldi, E., Babayiğit, M.A., Hassoy, H., Açıklı, C.H., Taşçı, İ. ve Ceylan, S.(2008). Hipertansiyon tanısı almış hastaların algıladıkları yaşam kalitesi düzeyinin ve etki eden faktörlerin değerlendirilmesi. *Gülhane Tıp Dergisi*, 50:172-179.
- Grant, B.F., Hasin, D.S., Stinson, F.S., Dawson, D.A., Goldstein, R.B., Smith S ve diğerleri. (2006). The epidemiology of DSM-IV panic disorder and agoraphobia in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry*, 67:363-374.
- Greenberger, D. ve Padesky, C.A.(2018). *Mind Over Mood: Change How You Feel by Changing the Way You Think*. Çeviri: Stroup E (Ed). Evinizdeki Terapist, 25. Baskı. İstanbul, Altın Kitaplar, 289-299, 348-369.
- Greenlee, R.T., Murray, T., Bolden, S. ve Wingo, P.A.(2000). Cancer statistics, 2000. *CA Cancer Journal Clinical*. 2000; 50 (1): 7-33.
- Griffiths, F. ve Smith, D. (2010). Psychoeducation intervention for people with bipolar disorder. *Mental Health Practise*, 13 (9): 22-23.
- Griggs, S. ve Walker, R.K.(2016). The role of hope for adolescents with a chronic illness: an integrative review. *Journal of Pediatric Nursing*. 31(4):404-421. doi:10.1016/j.pedn.2016.02.011
- Gurtovenko, K., Fladeboe, K.M., Galtieri, L.R, King, K., Friedman, D., Compas, B. ve diğerleri. (2021). Stress and psychological adjustment in caregivers of children with cancer. *Health Psychol*, 40: 295–304.
- Gültekin, Z., Pınar, G., Pınar, F., Kızıltan, G., Doğan, N., Algıer, L.ve Diğ. . (2008) Akciğer kanserli hastaların yaşam kaliteleri ve sağlık bakım hizmet beklentileri. *Uluslararası -Hematoloji Onkoloji Dergisi*, 18 (2), 99-106.
- Gün, E. (2012). *Stresle Başa Çıkma Bilişsel Süreçler ve Dindarlık Üzerine Bir İnceleme*. Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Bursa.
- Günay, U. Ve Özkan,M.(2019). Emotions and coping methods of Turkish parents of children with cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*. 37(3):398-412.

- Gündoğan, S ve Seçer, İ.(2022).Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry 2022; 14(3):331-339 DOI: 10.18863/pgy.1025335
- Gürcan, M. ve Atay Turan, S.(2021). Examining the expectations of healing care environment of hospitalized children with cancer based on Watson's theory of human caring. J Adv Nurs. 77(8):3472-3482. doi: 10.1111/jan.14934. Epub 2021 Jun 18. PMID: 34142737.
- Haggerty, J.L., Reid, R.J., Freeman, G.K., Starfield, B.H., Adair, C.E. ve McKendry, R. (2003). Continuity of care: a multidisciplinary review. BMJ. 327(7425):1219-21. doi: 10.1136/bmj.327.7425.1219. PMID: 14630762; PMCID: PMC274066.
- Han, H. R., Cho, E. J., Kim, D., ve Kim, J. (2009). The report of coping strategies and psychosocial adjustment in Korean mothers of children with cancer. Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer, 18(9), 956-964.
- Heidrich, S.M.ve Denney, N.W. (1994). Does social problem solving differ from other types of problem solving during the adult years? Exp Aging Res, 20:105-126
- Helen, Verdelli. (2004). "Treatment of Depressed Mothers of Depressed Children." Depression and Anxiety. Vol:19, pp:51-58.
- Hjemdal, O., Friborg, O., Stiles, T. C., Martinussen, M., ve Rosenvinge, J. H. (2006). Resilience predicting psychiatric symptoms: A perspective study of protective study of protective factors and their role in adjustment to stressful life events. Clinical Psychology and Psychotherapy, 13(3), 194-201. doi:10.1002/cpp.488
- Hokkanen, H., Eriksson, E., Ahonen, O. ve Salanterä, S. (2004) Adolescents with Cancer Experience of Life and How It Could Be Made Easier. Cancer Nursing, 27, 325-335. <http://dx.doi.org/10.1097/00002820-200407000-00010>
- Holm, K., Patterson, M. J. ve Gurney, J.G. (2003). Parental involvement and family-centered care in the diagnostic and treatment phases of childhood cancer: Results from a qualitative study. Journal of Pediatric Oncology Nursing , 20: 301-313.
- Hooker, L.(1997). Information needs of teenagers with cancer: developing a tool to explore the perceptions of patients and professionals. Journal of Cancer Nursing ,1:160.
- Hymovich, D.P.(1995). The meaning of cancer to children. Seminars in Oncology Nursing 1995;11: 51-58.

- İlgaz, A.(2020). Süreçten hastalığı olan aile üyesine bakım veren bireylere yönelik psikoeğitsel destek programlarının meta analizi. Dokuz Eylül Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, , Yüksek Lisans.
- Irmak, H. (2018). Psikiyatri hemşirelerinin manevi bakım uygulamaları, algıları ve yeterlilikleri arasındaki ilişki. Yüksek Lisans Tezi, Manisa Celal Bayar Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı, Manisa .
- Irmak, H.(2018). Psikiyatri hemşirelerinin manevi bakım uygulamaları, algıları ve yeterlilikleri arasındaki ilişki. Yüksek Lisans Tezi, Manisa Celal Bayar Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı, Manisa.
- Işıkhani, V. (2007). Kanseri Ve Sosyal Destek. Toplum ve Sosyal Hizmet, 18 (1), 15-29.
- Işıkhani, V., Kömürçü, Ş., Özet, A. ve diğ. (2005). The status of alternative treatment in cancer patients in Turkey. Cancer Nursing, 28, 355-362.
- İnci F, Öz F.(2012). Palyatif bakım ve ölüm kaygısı. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 4:178-187.
- İşeri, B.N., (2017). Kanseri çocukların annelerinin değerlendirilmesi, Okan Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- İşler, A. ve Conk, Z.(2006). Pediatride aile merkezli bakım. Ege Pediatride Bülteni .13:187-193.
- Jin, Y. ve Lyu, Q.(2020). Basic Research in Childhood Cancer: Progress and Future Directions in China, Cancer Letters, Cilt 495:156-164.
- Kaatsch, P.(2010) Epidemiology of childhood cancer, Cancer Treatment Reviews, 2010, 36(4):277-285.
- Kaliani- Lima C., Bergmann, A., Angelis, E.C., Ferman, S. ve Ribeiro,M.G.(2019). Health-related quality of life of Brazilian children and adolescents with benign and malignant solid tumours: A prospective cohort study during the first year after hospital admission . European Journal of Cancer Care - Wiley Online Library. First published: <https://doi.org/10.1111/ecc.13102>
- Kantarcıoğlu, A.Ç., Demirkaya, M. ve Sevinir, B.B. (2019). Kanseri Tanısı Alan Ergenlerde Hastalık Algısı ve Duygu Durumunun İncelenmesi. Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health, 26(2), 81-88. doi:10.4274/tjcamh.galenos.2019.2018.07.016.

- Kara, E.(2008). “Zihinsel Engelli Çocukları Olan Ailelerin Çocuklarının Durumunu Dini Açıdan Değerlendirmeleri”, Ondokuz Mayıs Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi, s. 319-326.
- Karakartal, D. (2017). Tedavi Sürecindeki Kanseri Hastaya Bakım Veren Hasta Yakınlarının Yaşadıkları Sorunların İncelenmesi. Uluslararası Beşeri Bilimler Ve Eğitim Dergisi, 3(2), 96-109.
- Karakaya, E. ve Öztop, D.B.(2013). Kaygı Bozukluğu Olan Çocuk ve Ergenlerde Bilişsel Davranışçı Terapi. ISSN: 2146-9490 JCBPR, 2: 10-24
- Karakuş, Önder ve Başbüyük, Oğuzhan, 2009, “Deneysel ve Deneysel Olmayan Araştırma Yöntemleri”, Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri, Kaan Böke (Editör), İstanbul: Alfa Basım Yayın Dağıtım.
- Karaman, M. (2022). Adölesan Hematoloji- Onkoloji Hastalarında Uyku ve Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi. Bursa Uludağ Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Anabilimdalı Yüksek Lisans Tezi.
- Karasar, Niyazi, 2003, Bilimsel Araştırma Yöntemi, 12. Baskı, Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.
- Kardaş- Özdemir, F., Akgün –Şahin, Z., Küçük, D.(2009). Kanseri çocuğu olan annelerin bakım verme yüklerinin belirlenmesi. Yeni Tıp Dergisi. 26(1):153-8. Available from: <https://docplayer.biz.tr/4797344>.
- Karen, A.(2011).Evidence for family-centered care for children with special health care needs: A systematic review. Academic Pediatrics ,11:136-143.
- Karlıoğlu, A. veYıldırım Sarı, H. (2019). Zihinsel engelli çocuğa sahip babalarda ebeveyn öz yeterliliği, algılanan sosyal destek ve aile yükü ilişkisi. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, 16(2), 112-118.
- Katz, L.F., Fladeboe, K., Lavi, I., King, K., Kawamura, J., Friedman, D., ve diğerleri (2018). Trajectories of marital, parent-child, and sibling conflict during pediatric cancer treatment. Health Psychol, 37: 736–745.
- Kazak A.E., Alderfer M, Rourke M.T., Simms S., Streisand R. ve Grossman J.R. (2004) Posttraumatic stress disorder (PTSD) and posttraumatic stress symptoms (PTSS) in families of adolescent childhood cancer survivors. Journal of Pediatric Psychology, 29(3): 211-219.
- Kearney, J.A., Salley, C.G. ve Muriel, A.C.(2015). Standards of psychosocial care for parents of children with cancer. Pediatr Blood Cancer. 62:S632–S683.

- Kınalı, E.(2020). Onkoloji hastalarında beş faktörlü temel kişilik özelliklerinin travma sonrası büyümeye ve psikolojik sağlamlığa etkisi. Okan Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi.
- Kınık, E.(2000). Adolesan hastaya yaklaşım. *Katkı Pediatri Dergisi*, 21:713-9.
- Kızıler, E. (2007). Kanserli Çocuğu Olan Ailelerin Sosyal Destek Algısı, Umutsuzluk ve Baş Etme Davranışları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. GATA Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi.
- Kilpatrick, J., ve Swafford, J. (2002). National Research Council & Mathematics Learning Study Committee (Eds.), *Helping children learn mathematics*. Washington: National Academies Press. doi: 10.17226/10434.
- Klassen, A.F., Anthony, S.J., Khan, A., Sung, L. ve Klaassen, R.(2011). Identifying determinants of quality of life of children with cancer and childhood cancer survivors: a systematic review. *Support Care Cancer*. 19(9):1275-87. doi: 10.1007/s00520-011-1193-x. Epub 2011 May 25. PMID: 21611865. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21611865/>
- Kohlsdorf , M. ve Costa Junior, Á.L.(2012). Psychosocial impact of pediatriccancer on parents: a literature review. *Paidéia*, 22:119–29.
- Korkmaz, S. B. (2020). Kanserli Çocukların Otomatik Düşünceleri ile Duygusal ve Davranışsal Sorunları Arasındaki İlişkinin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Gelişim Üniversitesi Psikoloji Anabilim Dalı Klinik Psikoloji Bilim Dalı ,İstanbul.
- Köse, S., Türköz Arar, A., ve Yıldırım, G. (2019). The Relationship Between Care Burden and Anxiety Levels of Parents Who Have Child Who were Diagnosed With Cancer. *Journal of Education and Research in Nursing*, 16(4), 282 287. <https://doi.org/10.5222/HEAD.2019.282>
- Kral, T. (2019). Fark’andalık (Mindfulness) Temelli Psikoeğitim Programının Ergenlerde Sınav Kaygısı Yönetimine Etkisi. Yüksek Lisans, Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Yüksek Lisans Programı.
- Kubler-Ross, E. (1969) *On Death and Dying*. Macmillan, New York.
- Kurt, A. S., Savaşer, S., Kurt, A.ve Savaşer, S. (2012). Kanserli Adolesanların Algılanan Stres Düzeyine Re-Mission Video Oyununun Etkisi. *Florence Nightingale Journal of Nursing*, 19(3), 153-160.

- Kutlu, R., Çivi, S., Börüban, M.C. ve Demir, A.(2011). Kanserli hastalarda ve yaşam kalitesini etkileyen faktörler. Selçuk Üniversitesi Tıp Dergisi , 27:149–53.
- Kutluk, M,T. ve Yeşilipek, A.(2021). Pediatric cancer registry in Tur–key 2009-2020 (TPOG ve TPHD). Journal of Clinical Oncology (39);15:22519-22519.
- Kübler-Ross E.(2010). Ölüm ve Ölmek Üzerine [Çeviren Büyükkal B]. İstanbul: April Yayınevi.
- Kübler-Ross, E. (1997). Ölüm ve Ölmek Üzerine. İstanbul: Boyner Holding Yayınları.
- Küpeli, B.Y. ve Yalaki, A.İ.(2018). Çocukluk çağı kanserlerinde tedaviye bağlı demir yükü. Archives Medical Review J , 27 (2): 223-240.
- Kürtüncü, M., ve Demirbağ, B. C. (2013). Kanserli Çocukların Rehabilitasyonunda Egzersizin Yeri. Ejovoc (Electronic Journal of Vocational Colleges), 3(1), 82-88.
- Larsen, L. S. (1992). Effectiveness of a counseling intervention to assist family caregivers of chronically ill relatives. J Psychosoc Nurs Ment Health Serv, 36,26-32
- Lee, A. ve Hankin, B.L. (2009). Insecure attachment, dysfunctional attitudes, and low self-esteem predicting prospective symptoms of depression and anxiety during adolescence. J Clin Child Adolesc Psychol. 38(2):219-31. doi: 10.1080/15374410802698396. PMID: 19283600; PMCID: PMC2741157.
- Lenz, E.R., Pugh, L.C., Milligan, R. ve diğerleri.(1997). The Middle-Range of Theory of Unpleasant Symptoms: An Update. Adv. Nurs. Sci. 19: 14-27.
- Lester Jr, F. K. (2013). Thoughts about research on mathematical problem-solving instruction. The Mathematics Enthusiast, 10(1), 245-278. doi: 10.54870/1551-3440.1267.
- Liman, T. (2011). Kronik Hastalığı Olan Ergenlerin Hastalığı Algılamaları ile Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişki. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Programı Yüksek Lisans Tezi. DEU.HSI.MSc-2008970111
- Lukens, E.P. ve Mcfarlane, W.R. (2004). Psychoeducation as evidence-based practice: considerations for practice, research, and policy. Brief Treatment and Crisis Intervention, 4 (3); 205-225.

- Luszczynska, A., Durawa, A.B., Dudzinsk, M., Kwiatkowska, M., Knysz, B. ve Knoll, N. (2012). The effects of mortality reminders on posttraumatic growth and finding benefits among patients with life-threatening illness and their caregivers. *Psychol Health*, 27:1227-1243.
- Mack, J.W. ve Grier, H.E.(2004). The day one talk. *J Clin Oncol*, 22:563-6.
- Manav, F. (2011). Kaygı Kavramı, *Toplum Bilimleri Dergisi*, 5(9):201-211.
- Marcus, J. (2012). Psychosocial Issues in Pediatric Oncology. *The Ochsner Journal*, 12, 211-215.
- Martins, A.R., Crespo, C., Salvador, A., Santos, S., Carona, C. ve Canavarro, M.C.(2018). Does hope matter? Associations among selfreported hope, anxiety, and healthrelated quality of life in children and adolescents with cancer. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*. 25(1):93-103. doi:10.1007/s10880-018-9547.
- Masa'deh, R. ve Jarrah, S.(2017). Post Traumatic Stress Disorder in Parents of Children With Cancer in Jordan. *Arch Psychiatr Nurs*. 31(1):8-12. doi: 10.1016/j.apnu.2016.07.012. Epub 2016 Aug 1. PMID: 28104064.
- Masterton, K. J. ve Tariman, J. D.(2016). Effective Transitional Therapy for Adolescent and Young Adult Patients With Cancer: An Integrative Literature Review.Published in *Clinical Journal of Oncology.Medicine, Psychology*. DOI:10.1188/16.CJON.391-396 Corpus ID: 36661070. https://www.semanticscholar.org/paper/Effective-Transitional-Therapy-for-Adolescent-and-Masterton-Tariman/ad249d20cf5e37990554ca313229c9ebe1f158ae?utm_source=direct_link.
- McCaffrey, C. N. (2006). Major Stressors and Their Effects on the Well-Being of Children with Cancer. *Journal of Pediatric Nursing*, 21, 59-66.
- McCarthy, M.C., Marks, I.R., Mulraney, M., Downie, P., Matson, A. ve De Luca, C.R. (2021). Parental adjustment following their child's completion of acute lymphoblastic leukemia treatment. *Pediatr Blood Cancer*, 68:1-10.
- McCubbin, M., Balling, K., Possin, P., Friedrich, S., ve Bryne, B. (2002). Family resiliency in childhood cancer. *Family Relations: An Interdisciplinary Journal of Applied Family Studies*, 51(2), 103–111. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3729.2002.00103.x>.

- McGillivray ,S., Friedman, M.C. ve Castel, A.D. (2012). Impact of Aging on Thinking. In *The Oxford Handbook of Thinking and Reasoning*. (Eds KJ Holyoak, RG Morrison):560-582. Oxford, Oxford University Press.m
- Meral, B.(2019). Çocuk Hematoloji Onkoloji Hastalarının Ebeveynlerinin Umut, Sosyal Destek ve Maneviyatlarının Travma Sonrası Gelişimlerine Etkilerinin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Karadeniz Teknik Üniversitesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşirelik Anabilim Dalı, Trabzon.
- Meyers, F.J., Carducci, M., Loscalzo, M.J., Linder, J., Greasby, T. ve Beckett, L.A.(2011). Effects of a problem-solving intervention (COPE) on quality of life for patients with advanced cancer on clinical trials and their caregivers: simultaneous care educational intervention (SCEI): linking palliation and clinical trials. *J Palliat Med*, 14(4):465-73. doi: 10.1089/jpm.2010.0416. Epub 2011 Mar 17. PMID: 21413846; PMCID: PMC3070139.
- Miaskowski, C.(2006). Symptom clusters: establishing the link between clinical practice and symptom management research. *Support Care Cancer*. 14(8):792-4. doi: 10.1007/s00520-006-0038-5. Epub 2006 Mar 25. PMID: 16565822.
- Miaskowski, C., Cooper, B. A., Paul, S. M., Dodd, M., Lee, K., Aouizerat, B. E. ve Bank, A. (2006). Subgroups of patients with cancer with different symptom experiences and quality-of-life outcomes: a cluster analysis. Paper presented at the Oncology nursing forum
- Miaskowski, C. Aouizerat, B. E., Dodd, M. ve Cooper, B. (2007). Conceptual issues in symptom clusters research and their implications for quality-of-life assessment in patients with cancer. *Journal of the National Cancer Institute Monographs*, 2007(37), 39-46.
- Miller, E., Jacob, E. ve Hockenberry, M.J.(2011). Nausea, pain, fatigue, and multiple symptoms in hospitalized children with cancer. *Oncology Nursing Forum*. 2011; 38(5): E382-93.
- Mingir,V.T.(2022). Kanserli Çocukların Ebeveynlerinin Spirütüel İyi Oluş Düzeylerinin ve Yaşam Kalitelerinin İncelenmesi. Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi.
- McGrath, P.(2001). Findings on the impact of treatment for childhood acute lymphoblastic leukaemia on family relationships. *Child Fam Soc Work*. 6:229-237.

- Mobaraki, S. ve Avşar, A.(2019). Çocukluk çağı kanser tedavisinin oral ve dental dokular üzerine erken ve geç dönem etkileri. *J Dental Sci*, 5 (3): 76-82.
- Moğulkoç, H.(2014). Kanser hastası çocukların ebeveynlerinin travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) ve travma sonrası gelişim (TSG) Belirleyicileri: Sosyal Destek, Ruminasyon ve Yükleme Biçimleri. Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji : Yüksek Lisans Tezi .
- Moorey, S. ve Greer, S.(2011). Oxford Guide to CBT for People with Cancer. DOI: 10.1093/med:psych/9780199605804.001.0001ISBN: 9780199605804
- Moreno, P.I. ve Stanton, A.L. (2013). Personal growth during the experience of advanced cancer: a systematic review. *Cancer J*, 19:421-430.
- Mu, P.F., Lee, M.Y., Sheng, C.C., Tung, P.C., Huang, L.Y. ve Chen, Y.W.(2014). The experiences of family members in the year following the diagnosis of a child or adolescent with cancer: A qualitative systematic review. *JBİ Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*. 13(5):293-329.
- Muffly, L.S., Hlubocky, F.J., Khan, N., Wroblewski, K., Breitenbach, K. ve Gomez, J.(2016). Psychological morbidities in adolescent and young adult blood cancer patients during curative-intent therapy and early survivorship. *Cancer*. 122(6): 954-61.
- Mukaddes, N.M.(2000). Ergenlik çağı ruhsal gelişim özellikleri. İçinde: Özgür P (editör). *Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Ders Kitabı*, 1.Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevi,22-41.
- Murat, A. Ve Ayten, Ali. (2017). Tanrı'ya Sığınmak Dinî Başa Çıkma Üzerine Psiko-Sosyal Bir Araştırma. İstanbul: İz Yayıncılık, 2012. Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi;ISSN: 2147-0049 e-ISSN: 2147-2823 RTEUIFD, 6 (12): (335-341) Yayın Değerlendirmesi
- Murugan R (2017) *Comprehensive Paediatric Nursing*. Laxmi Publications, New Delhi.
- Murugan, P.V. (2017). Mental Health and Adjusment of Higher Secondry School Students. *Manager's Journal on Educational Psychology* 11(2):29. DOI: 10.26634/jpsy.11.2.13785i-manager's Journal on Educational Psychology
- Müller,C., Krauth, K.A., Gerb, J. ve Rosenbaum, D.(2016). Physical activity and health-related quality of life in pediatric cancer patients following a 4-week inpatient rehabilitation program. *Support Care Cancer*. 2016 Sep;24(9):3793-802. doi: 10.1007/s00520-016-3198-y. Epub 7. PMID: 27056572.

- Myers, D. ve Dewall, C. (2016). Duygular, stres ve sağlık (11 b.). (A. Durak Batıgün, Çev.) Ankara: Palme Yayıncılık.
- Nair, M., Paul, L.T., Latha, P.T. ve Parukkutty, K. (2017). Parents' knowledge and attitude regarding their child's cancer and effectiveness of initial disease counseling in pediatric oncology patients. *Indian J Palliat Care*, 23:393–398.
- Nathalie Belpame, M., Kars, S. Ve Verhaeghe, E. (2020). Coping Strategies of Adolescent and Young Adult Survivors of Childhood Cancer Published in *Cancer Nursing, Medicine, Psychology*. DOI:10.1097/NCC.0000000000000865 Corpus ID: 220941415 https://www.semanticscholar.org/paper/Coping-Strategies-of-Adolescent-and-Young-Adult-of-Belpame-Kars/2a8acede3c0651f34edb095fdbf7821ea79de4de?utm_source=direct_link.
- Neil, L., Olsson, N.C. ve Pellicano, E. (2016). The relationship between intolerance of uncertainty, sensory sensitivities, and anxiety in autistic and typically developing children. *Journal of autism and developmental disorders*, 46, 1962-73.
- Nelson, D. A., Hart, C. H., Yang, C., Olsen, J. A. ve Jin, S. (2006). Aversive parenting in China: Associations with child physical and relational aggression. *Child Development*, 77, 554-572.
- Nezu, A. M., D' Zurilla, T.J., Zwick, M.L. ve Nezu, C. M. (2004), Problem solving therapy for adults. In E. C. Chang, T.J., D' Zurilla, L.J., Sanna (Eds.), *Social problem solving: Theory, Research and Training* (pp.171-191), Washington, DC: American Psychological Association.
- Nezu, A.M., Wilkins, V.M. ve Nezu, C.M. (2004), *Social Problem Solving, Stress and Negative Affect*, Chapter 3, 49-65 . Edward C. Chang, Thomas J. D'Zurilla, Lawrence J. Sanna (Editors), *Social Problem Solving: Theory, Research and Training*, American Psychological Association, Washington, DC., USA.
- Noll, R.B., Gartstein, M.A., Vannatta, K., Correll, J., Bukowski, W.M. ve Davies, W.H.(1999) Social, emotional, and behavioral functioning of children with cancer. *Pediatrics*. 103(1):71-8. doi: 10.1542/peds.103.1.71. PMID: 9917442.
- Norberg, E.B., Boman, K. ve Löfgren, B.(2008). Activities of daily living for old persons in primary health care with chronic heart failure. *Scand J Caring Sci*. 22(2):203-10. doi: 10.1111/j.1471-6712.2007.00514.x. PMID: 18489690.

- Novakovic, B., Fears, T.R., Wexler, L.H., McClure, L.L., Wilson, D.L., McCalla, J.L. ve Tucker, M.A.(1996). Experiences of cancer in children and adolescents. *Cancer Nurs*; 19(1):54-9. doi: 10.1097/00002820-199602000-00007. PMID: 8904387.
- Oğuzhan, M. ve Erden, G. (2012). Kronik ve ölümcül hastalığı olan çocuklarda ve ailelerinde ortaya çıkan sorunlar ve psikososyal müdahalenin önemi. *Yeni Sempozyum Dergisi*, 3:167-79.
- Önal, G. (2022). Kanserli Çocukların Annelerinin Başa Çıkma Davranışlarının İncelenmesi. *Journal of Social Research and Behavioral Sciences*.
- Önal, G., Döğner, S.S. ve Zengin, G.(2022). Kanserli Çocukların Annelerinin Başa Çıkma Davranışlarının İncelenmesi. *Sosyal Araştırmalar ve Davranış Bilimleri Dergisi* ISSN:2149-178X Volume: 8 Issue: 16 Year: 2022.
- Öner, N. ve Le Compte, A. (1983). Durumluk – sürekli kaygı envanteri el kitabı. İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayınları
- Öz, F.(2004). Sağlık Alanında Temel Kavramlar. _maj Basımevi, Ankara 2004: 157-161.
- Özçelik D.(2019). Stresle Başa Çıkma Yöntemleri. <http://deryaozcelik.com/streslebasa-cikma-yontemleri/>. 2 Nisan 2019.
- Özdemir, E.(2024). Okul Öncesi Dönem Çocukların Özel Gereksinimli Çocuğa Karşı Prososyal Davranışı İle Akran Kabulü Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Temel Eğitim Anabilim Dalı Yüksek Lisans*.
- Palmer S.J. (1993) Care of sick children by parents: A meaningful role. *J Adv Nurs*, 18:185-191.
- Pamuk, M.(2012). Problem Çözme Becerisini Geliştirmeye Yönelik Bir Grup Rehberlik Programı. *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi Fırat University Journal of Social Science Cilt: 22, Sayı: 1, Sayfa: 128-136, Elazığ*.
- Park, M., Park, H.J., Lee, J.M., Ju, H.Y., Park, B.K. ve Yu, E.S.(2018). School performance of childhood cancer survivors in Korea: A multi-institutional study on behalf of the Korean Society of Pediatric Hematology and Oncology. *Psycho-Oncology*. 27(9): 2257-64.

- Pehlivan, H. (2014). Bilişsel Davranışçı Yaklaşım Temelli Psiko-eğitim Programının Anneler Üzerindeki Etkililiğinin İncelenmesi. *Ege Eğitim Dergisi*, 15(1), 338-357. <https://doi.org/10.12984/eed.52204>
- Pınar, G., Algier, L., Çolak, M. ve Ayhan, A. (2008). Jinekolojik kanserli hastalarda yaşam kalitesi. *Uluslararası Hematoloji Onkoloji Dergisi*, 18 (3), 141-149.
- Polya, G. (1957). *How to solve it a new aspect of mathematical method*. New Jersey: Princeton University Press.
- Raison, C.L.(2003). Miller AH. Depression in cancer: new developments regarding diagnosis and treatment. *Biol Psychiatry*, 54:283–294.
- Ream, E., Gibson, F., Edwards, J., Seption, B., Mulhall, A., Richardson, A. (2006). Experince of Fatigue in Adolescents Living With Cancer. *Cancer Nursing* , 29(4):317-26.
- Rodgers, C., Withycombe, J. ve Hockenberry, M.(2016). Physical impact of pediatric cancer and its treatment. In: Annah NA, Anna CM, Lori W, editors. *Pediatric psychosocial oncology: textbook for multidisciplinary care*. Switzerland:Springer, p. 25-50.
- Rosenbaum;, Asarnow. (2002). “A Combined Cognitive-Behavioral Family Education Intervention for Depression in Children: A Treatment Development Study.” *Cognitive Therapy and Research*, Vol. 26, No: 2, April, pp:
- Rosenberg, A.R., Bradford, M.C., Barton, K.S., Etsekson, N., McCauley, E., Curtis, J.R., Wolfe, J., Baker, K.S. ve Yi-Frazier, J.P.(2019). Hope and benefit finding: Results from the PRISM randomized controlled trial. *Pediatr Blood Cancer*; 66(1):e27485. doi: 10.1002/pbc.27485. Epub 2018 Sep 30. PMID: 30270489; PMCID: PMC6249081.
- Rummel-Kluge, C., Pitschel-Walz, G. ve Bauml, J. (2006). Psychoeducation in schizophrenia- Results of a survey of all psychiatric institutions in Germany, Austria, and Switzerland. *Schizophrenia Bulletin*, 32(4):765-777.
- Salvador, A., Crespo, C., Martins, A. R., Santos, S., ve Canavarro, M. C. (2015). Parents ' Perceptions About Their Child ' s Illness in Pediatric Cancer: Links with Caregiving Burden and Quality of Life. *Journal of Child and Family Studies*, 24, 1129–1140. <https://doi.org/10.1007/s10826-014-9921-8>
- Santrock JW. (2014) .Ergenlik (14. Basım) (çeviri ed:Siyez ÇM). İstanbul: Nobel Akademik Yayıncılık.

- Sargın Yıldırım, N., Demirkaya, M., Sevinir, B.B., Güler, S., Vural, A.P., Demiröz, C. Ve Çırpan Kantarcıoğlu, A.(2017). A prospective follow-up of quality of life, depression and anxiety in children with lymphoma and solid tumors. *Türk J Med Sci*;47:1078-1088.
- Sarıcaoğlu, A.Ö. ve Avcı, R.(2021). Kişilerarası Duygu Düzenleme Yaklaşımına Dayalı Geliştirilen Grup Pskikoeğitim Programının Üniversite Öğrencilerinin Kişilerarası Duygu Düzenleme Becerilerine Etkisi. *MSKU Eğitim Fakültesi Dergisi MSKU Journal of Education* ISSN 2148-6999 Cilt-Volume 8, Sayı-Number 1.
- Sarıçam, H., Deveci, M. ve Ahmetoğlu, E.,(2020). The examination of hope, intolerance of uncertainty and resilience levels in parents having disabled children. *Global Journal of Psychology Research: New Trends and Issues*, 10, 1, 118-31.
- Sarman, A. ve Sarman, E. (2020). Gözden kaçırılan bir konu: Çocuğun hastanede tedavisinin aile üzerindeki olumsuz etkileri ve önleyici hemşirelik yaklaşımları. *SBÜ Hemşirelik Dergisi*, 2(2), 113-120
- Savaşır-Işık N. Ve Hisli, Şahin. (1997). Bilişsel Davranışçı Terapilerde Değerlendirme: Sık Kullanılan Ölçekler. Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları, No: 9.
- Savaşır, Işık. (2003). Bilişsel Davranışçı Terapiler. Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.
- Schoenfeld, A. H. (1985a). *Mathematical problem solving*. Florida: Academic Press.
- Schoenfeld, A. H. (1985b). Metacognitive and epistemological issues in mathematical understanding. Silver, A. (Ed.), *Teaching and learning mathematical problem solving: Multiple research perspectives* (pp. 361-379). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Schoenfeld, A. H. (2016). *Learning to think mathematically: Problem solving, metacognition, and sense making in mathematics* (Reprint). *Journal of education*, 196(2), 1-38. Retrieved from <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/002205741619600202> (Original work published 1992).
- Seiler A ve Jenewein J.(2019). Resilience in Cancer Patients. *Front Psychiatry*. 10:208. doi: 10.3389/fpsy.2019.00208. PMID: 31024362; PMCID: PMC6460045.

- Selamet G.(2014). Kemoterapi Gören Kanserli Çocukların Annelerinin Algıladıkları Sosyal Desteğin ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi. İstanbul Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi.
- Sezgin, S., Ekinci, M. ve Okanlı, A. (2009). Kanserli çocukların yaşadıkları psikososyal problemler ve hemşirelik yaklaşımları. *Journal of Experimental and Clinical Medicine* 24(3):107-12.
- Smith, A. W., Bellizzi, K. M., Keegan, T. H., Zebrack, B., Chen V. W, Neale, A. V. ve Lynch C. F. (2013). Healthrelated quality of life of adolescent and young adult patients with cancer in the united states: the adolescent and young adult health outcomes and patient experience study. *Journal Of Clinical Oncology* 31: 2136-2145. doi: 10.1200/JCO.2012.47.3173.
- Solso, R.L., Maclin, M.K. ve Maclin, O.H. (2007). Bilişsel Psikoloji , 4. Baskı (Çeviri Ed. A Ayçiçeği-Dinn). İstanbul, Kitabevi Yayıncılık.
- Soylu, C. ve Pala, B.(2018). Problem Çözme Performansında Yaşa Bağlı Farklılıklar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*, 10(3):290-301 doi: 10.18863/pgy.364106.
- Soylu, C.(2014). Kanser Hastalarında Bilişsel Davranışçı Terapi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*, 6(3):257-270 doi: 10.5455/cap.20131231033203.
- Söylemez, Orhan.(2002). Cengiz Aytmatov Hayatı ve Eserleri Üzerine İncelemeler, Karam Yay., Ankara.
- Steele, A. C., Mullins, A. J. ve Muriel, A. C. (2015). Psychosocial Interventions and Therapeutic Support as a Standard of Care in Pediatric Oncology. *Pediatric Blood Cancer*, 62, 585-618.
- Stenberg, U., Ruland, C.M. ve Miaskowski, C.(2010). Review Of The Literature On The Effects Of Caring For A Patient With Cancer. *Psychooncology*, 19(10):1013-25.cilt volume 32 sayı issue 4.
- Sungur, Mehmet Z. (2003). “Bilişsel Davranışçı Terapilerin İlke ve özellikleri ve entegre Yaklaşımının Yararları.” *3P Dergisi*, Cilt:11, Haziran, ss:13–17.
- Suyolcu, M., Manav, G. ve Karayağız Muslu, G (2021). Hasta Çocukların Ebeveynlerinin Endişe Kaynaklarının ve Etkileyen Etmenlerin Belirlemesi. *Karya J Health Sci*;2(1):16-20.

- Swaminath, G.(2009). Psychoeducation. Indian J Psychiatry. 2009 Jul-Sep;51(3):171-2. doi: 10.4103/0019-5545.55082. PMID: 19881043; PMCID: PMC2772226.
- Şanver, T. M. ve Özvarış, Ş.B.(2023). Adölesan Dönemde Riskli Sağlık Davranışları: Ebeveyn, Okul, Akranların Rolü. Sultan S, Leclair T, Rondeau É, Burns W, Abate C. A systematic review on factors and consequences of parental distress as related to childhood cancer. Eur J Cancer Care. 2016;25:616-637.
- Şar, A., Barut, Y ve Koç, M. (2013). Bilişsel Davranışçı Yaklaşım Dayalı Grupla Psikolojik Danışmanın Son Çocukluk Çağı (7-11 Yaş) Depresyonuyla Başetmeye Etkisi. Sakarya Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi(14), 18-32
- Şar, A.H. ve Barut Y.,Koç M (2007); Bilişsel davranışçı yaklaşıma dayalı grupla psikolojik danışmanın son çocukluk (7–11 yaş) çağı depresyonlarıyla başetmeye etkisi. SAÜ Eğitim Fakültesi Dergisi 14.
- Şengün, F., Üstün, B. Ve Öner Altıok,H. (2011). Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 27 (3) : 66-74, 2011
- Tassanee, A., Khampalikit, S., Phuphaibul, R. ve Tilokskulchai, F.(2004). Development of a family- centered care model for children with cancer in a pediatric cancer unit. Thai J Nurs Res, 8:52-63.
- Taş, F. ve Yılmaz, H.B.(2008). Pediatrik onkoloji hastalarında yaşam kalitesi kavramı. Turkish J of Oncolog, 23 (2): 104-107.
- Taşçı, S. (2005). Hemşirelikte problem çözme süreci. Sağlık Bilimleri Dergisi, 14, (Ek sayı: Hemşirelik özel sayısı), 73-78.
- Taşkıran Tepe, H.(2019). Çocukluk çağı kanseri deneyimleyen ergenlerin bakış açısından hastalık ve tedavi süreci bir nitel araştırma. Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi. (13):21-42.
- Tedeschi, R.G. ve Calhoun, L.G. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and emprical evidence. Psychol Inq, 15:1-18.
- Tekin Ersan D.(2015). Problem çözme eğitiminin otizm spektrum bozukluğu olan çocuğa sahip annelerin problem çözme beceri düzeyleri ile aile stresi, stres belirtileri, durumluk ve sürekli kaygı, depresyon gibi bazı psikolojik değişkenler üzerindeki etkisi. Özel Eğitim Anabilim Dalı Anadolu Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Eskişehir Doktora Tezi.
- Terzi,Y.K., Güran,Ş.(2012). Kök hücre biyolojisinin anlaşılması ve hematolojik malignitelerde kök hücrenin rolü. Cumhuriyet Tıp Derg 2012; 34: 235-241.

- Cumhuriyet Tıp Dergisi Cumhuriyet Tıp Derg 2012; 34: 235-241 Cumhuriyet Medical Journal Cumhuriyet Med;34:235-241 http://dx.doi.org/10.7197/1305https://www.researchgate.net/publication/272726093_Kok_hucre_biyolojisi_ve_hematolojik_malignitelerde_kok_hucrenin_rolu [accessed Jan 04 2025].
- Thompson, M.G. ve Heller, K. (1993). Distinction between quality and quantity of problem-solving responses among depressed older women. *Psychol Aging*, 8:347-359.
- Toft, N., Birgens, H., Abrahamsson, J., Bernell, P., Griskevicius, L., Hallbook, H. ve Schmiegelow, K. (2013). Risk group assignment differs for children and adults 1-45 yr with acute lymphoblastic leukemia treated by the nopho all- (2008) protocol. *European Journal Of Haematology* 90: 404- 412. Doi:10.1111/ejh.12097.
- Toptaş Kılıç, S.ve Öz, F.(2019). Kanser Hastalarına Bakım Veren Aile Üyelerinin Sorunları, Yaşam Kalitesi ve Müdahaleler. *HUHEMFAD*, 6(3):195-203.
- Topuz Y (2018). Ankara Üniversitesi Açık Ders, Ankara Üniversitesi: <https://acikders.ankara.edu.tr/mod/resource/view.php?id=14840>.
- Toros. F, Tot, Ş. ve Düzovalı, Ö. (2002) Kronik hastalığı olan çocuklar, anne ve babalarındaki depresyon ve anksiyete düzeyleri. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 5:240-247.
- Törüner, E. Ve Büyükgönenç L. (2012)Çocukluk Çağı Kanserleri İçinde: Çocuk Sağlığı Temel Hemşirelik Yaklaşımları, Gökçe Ofset, Ankara, s. 836–869.
- Tuna S.(2010). Tedavisi biten kanserli adölesanların (13-18) yaşam kalitesini etkileyen etmenlerin belirlenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi.
- Tuna, M.K., Aydoğan, Ü., Sarı, O., Kılıç, S., Cöngöloğlu, A., Atay, A.A., Kürekçi, A.E., Köseoğlu, V. ve Sağlam, K.(2012). GATF Pediatrik Hematoloji ve Onkoloji Kliniklerinde Herhangi Bir Malignite veya Kronik Hastalık Nedeniyle Takip Edilen Çocukların Ebeveynlerindeki Depresyon, Anksiyete, Umutsuzluk Durumlarının Belirlenmesi, *TAF Prev Med Bull*, 11(5):577-582.
- Tuncay, T. (2009). Genç kanser hastalarının hastalık anlatılarının güçlendirme yaklaşımı temelinde analizi. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 20(2), 69-87.
- Türkçapar, M.H. ve Sargın, A.E. (2012a). Bilişsel davranışçı psikoterapiler:Tarihçe ve gelişim. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*, 1(1), 7-14.

- Türkoğlu, S. ve Kerimoğlu, E.(2012). Bronşial astması olan çocuklarda psikiyatrik bozukluk ve belirtiler. *Nöropsikiyatri Arşivi* , 49: 218-223.
- Uğur, S. ve Bal Yılmaz, H. (2023). Kemoterapi Tedavisi Alan Çocuklarda Yorgunluğun Yaşam Kalitesine Etkisi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 39(2), 159-165. <https://doi.org/10.53490/egehemsire.1108403>
- Uğurlu,Z.(2020). Pediatrik Onkoloji Hastalarının Annelerinin Bakım Yüğü, Algıladıkları Sosyal Destek, Ebeveyn Yetkinliği ve Sosyal Hizmet Gereksinimlerinin İncelenmesi: Bir Karma Yöntem Araştırması. Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, Doktora Tezi.
- Uyer, M., Uslu, R, ve Yıldırım-Kuzeyli, Y.(2006). Kanseri ve Palyatif Bakım. İzmir, Meta Basım Matbaacılık Hizmetleri.
- Uzun, A. ve Boyalı, E. (2020). Ergenlik Dönemleri ve Spor. Ankara: Gece Kitaplığı.
- Üstün, B.(2016). Psikoeğitim. *Türkiye Klinikleri J Psikiyatri Nurs-Special Topics*. 2016;2(3):100-6
- Üzar-Özçetin, Y.S. ve Hiçdurmaz, D.(2019). Effects of an empowerment program on resilience and posttraumatic growth levels of cancer survivors: A randomized controlled feasibility trial. *Cancer Nurs*, 42:E1-E13.
- Van Dijk-Lokkart, E.M., Braam, K.I., van Dulmen-den Broeder, E., Kaspers, G.J., Takken, T., Grootenhuys, M.A., Streng, I.C., Bierings, M., Merks, J.H., van den Heuvel-Eibrink, M.M. ve Veening, M.A., Huisman, J.(2016). Effects of a combined physical and psychosocial intervention program for childhood cancer patients on quality of life and psychosocial functioning: results of the QLIM randomized clinical trial. *Psychooncology*. 25(7):815-22. doi: 10.1002/pon.4016. Epub 2015 Oct 28. PMID: 26509236.
- Van Ryn, M., Sanders, S. ve Kahn, K.(2011). Objective Burden, Resources, And Other Stressors Among Informal Caregivers: A Hidden Quality Issue? *Psychooncology* , 20(3):44-52.
- Vassigh, G. (2012). Üniversite öğrencilerinin fiziksel aktivite durumları ile sağlıklı beslenme indekslerinin değerlendirilmesi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Verdeli, H., Ferro, T., Wickramaratne, P., Greenwald,S., Carlos Blanco,M.P.H. ve Weissman M.M.(2004).Treatment of depressed mothers of depressed children: Pilot study of feasibility. *Depression and Anxiety*. Vol:19, pp:51–58. <https://doi.org/10.1002/da.10139>

- Verulava, T., Asatiani, T., Dangadze, B. ve Jorbenadze, R. (2019). The role of social workers in pediatric oncology. *Archives of the Balkan Medical Union*, 54(2), 315-319.
- Vindrola-Padros, C. ve Brage, E.(2017). What is not, but might be: The disnarrated in parents' stories of their child's cancer treatment. *Soc Sci Med*. 193:16-22.
- Wallace, B., Hamish, W., Blacklay, A. ve Eiser, C.(2001). Regular review: developing strategies for long term follow up of survivors of childhood cancer. *BMJ*. 323: 271-274.
- Walshe, C., Roberts, D., Appleton, L., Calman, L., Large, P., Lloyd-Williams,P. Ve Grande, G.(2017). Coping Well with Advanced Cancer: A Serial Qualitative Interview Study with Patients and Family Carers. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0169071>
- Walshe, C., Roberts, D., Appleton, L. ve Calman, L.(2017). Coping well with advanced cancer: A Serial Qualitative Interview Study with Patients and Family Carers. *PLoS One* 2017;12:e0169071.
- Waters, E., B., Wake, M., A., Hesketh, K., D., Ashley, D., M. ve Smibert, E. (2003). Health-related quality of life of children with acute lymphoblastic leukaemia: comparisons and correlations between parent and clinician reports. *Int J Cancer*, 103(4):514-8.
- Wauters,A., Vervoort, T., Dhondt, K., Soenens, B., Vansteenkiste, M., Morbée, S., Waterschoot, J., Haerynck, F., Vandekerckhove, K. ve Verhelst, H.,(2022). Mental health outcomes among parents of children with a chronic disease during the COVID-19 pandemic: The role of parental burn-out. *Journal of pediatric psychology*, 47, 4, 420-31.
- Weiner, A.K., Palmer, A., Moll, M.F., Lindberg, G., Reidy, K., Diskin, S.J., Mackall, C.L., Maris, J.M. ve Sullivan, P.J. (2024) Advancing childhood cancer research through young investigator and advocate collaboration. *Pediatr Blood Cancer*;71(9):e31127. doi: 10.1002/pbc.31127. Epub 2024 Jun 12. PMID: 38867370.
- Wicks, L. ve Mitchell, A.(2010). The adolescent cancer experience: loss of control and benefit finding. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 19(6):778-85. doi: 10.1111/j.1365-2354.2009.01139.x. PMID: 20088922.
- Woodgate, R. ve Degner, L.F.(2003) Expectations and Beliefs About Children's Cancer Symptoms: Perspectives of Children With Cancer and Their Families.

Oncology Nursing Forum 30(3):479-91 DOI: 10.1188/03.ONF.479-491 Source PubMed.

World Health Organization.(2019). Maternal, newborn, child and adolescent health. Erişim yeri:https://www.who.int/maternal_child_adolescent/adolescence/universal-health-coverage, https://www.who.int/maternal_child_adolescent/adolescence/en/.

Yağcı-Küpeli, B., Akyüz, C., Yalçın, B., Varan, A., Kutluk, T. ve Büyükpamukçu, M.(2017). 15-19 yaş arası adölesanlarda kanser konusunda tek kurum deneyimi. Türk J Pediatr. 59(1):1-5. doi: 10.24953/turkjped.2017.01.001. PMID: 29168356.

Yağcı-Küpeli, B., Akyüz, C., Küpeli, S. ve Büyükpamukçu, M.(2012). Health-related quality of life in pediatric cancer survivors: a multifactorial assessment including parental factors. J Pediatr Hematol Oncol. 34:194-9.

Yakar, H.K.ve Pınar, R. (2013). Kanserli hastalara bakım veren aile üyelerinin yaşam kalitesi ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Derg 15(2):1-16.

Yastıbaşı, C. ve Dirik, G.(2018). Kanser ve Farkındalık Temelli Müdahale Programları: Sistemik Derleme. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry ,10(3):385-403 doi: 10.18863/pgy.357261.

Yeh, C.H. (2002). A Problem-based Selection of Multi-attribute Decision-making Methods December 2002 .International Transactions in Operational Research 9(2):169 – 181 DOI: 10.1111/1475-3995.00348.

Yen, C. H. ve Wang, Y. F. (2004). Competence of and Emotional/Behavioral Problems in Pediatric Oncology Patients in Taiwan. Cancer Nursing, 27, 413-422.

Yıldırım Sarı, H., Yılmaz ,M., Ozsoy, S., Kantar, M. ve Çetingul, N.(2013). Experiences of parents with the physical care needs at home of children with cancer. Cancer Nurs. 36(5):385-393.

Yıldırım, G., Gökteş Baltacı, S., Köse, S. ve Yıldız, T. (2014). Kemoterapi tedavisi gören çocukların annelerindeki kaygı düzeyleri. Uluslararası Temel ve Klinik Tıp Dergisi, 2(2), 69-76.

Yıldız, E., Dedeli, Ö. ve Pakyüz-Çınar, S. (2016). Kanser hastalarına bakım veren aile üyelerinin bakım yükü ve yaşam kalitesinin incelenmesi. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, 13: 216-225.

- Yıldız, S. A. ve Ekşisu, M. (2011). Problem Çözme Becerisi Geliştirme Programının 9. SINIF Öğrencilerinin Problem Çözme Becerisi Üzerindeki Etkisi. *Erzincan Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 13(1), 189-206.
- Yılmaz Karabulutlu, E., Akyıl, R. ve Karaman, S.(2013). Kanser Hastalarına Bakım Verenlerin Uyku Kalitesi Ve Psikolojik Sorunlarının İncelenmesi. *Türk Onkoloji Dergisi*, 28(1):1-9.
- Yiğit R. (2009). Çocukluk Dönemlerinde Büyüme ve Gelişme. Ankara, Sistem Ofset, 2009:177-197.
- Young, J. E., Klosko, J. S. ve Weishaar, M. E. (2003). Schema therapy: A practitioner's guide. Guilford Press.<https://psycnet.apa.org/record/2003-00629-000>
- Yörükoğlu, A. (2008). Çocuk Ruh Sağlığı. Özgür Yayınları, İstanbul.
- Zebrack B.(2009). Information and service needs for young adult cancer survivors. *Support Care Cancer*. 17(4):349-57. doi: 10.1007/s00520-008-0469-2. Epub 2008 Jun 10. PMID: 18543006.
- Zebrack, B.J., Mills, J. ve Weitzman, T.S.(2007). Health and supportive care needs of young adult cancer patients and survivors. *J Cancer Surviv*. 1(2):137-45. doi: 10.1007/s11764-007-0015-0. PMID: 18648954.
- Zengin O, Saltık S, Duysak Y, Soytürk G, Orbay, E. ve Tekin O (2013) Kanserli çocuğa sahip ailelerin aşama yaklaşımına göre gösterdikleri tepkiler . *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 2:1-4 .
- Zhang, X.K., Procter, N.G., Xu, Q., Chen, X.Y. ve Lou, F.L. (2017). Factors influencing suicidal ideation among Chinese patients with stomach cancer: qualitative study. *Int Nurs Rev*, 64,413 420.
- Zürcher, S.J.(2020). Jung R, Monnerat S, Schindera C, Eser P, Meier C et al., High impact physical activity and bone health of lower extremities in childhood cancer survivors: A cross-sectional study of SURfit. *Int J Cancer*. 1;147(7):1845-1854. 23.

EKLER

EK 1: Ölçek Kullanma İzni

ÖLÇEK İZİNİ

 Kimden: **"Abdullah Nuri Dicle"** 6 Ocak 2023 3:12

 Kime: **"EMEL UZ"**

 Başa Çıkma Tutumlama Geçerlik.pdf (E35,1 KB) [İndir](#) | [Evrak çantası](#) | [Kaldır](#)

 COPE-R Maddeler.docx (19,7 KB) [İndir](#) | [Evrak çantası](#) | [Kaldır](#)

 Başa Çıkma Tutumları (COPE – R).docx (81,9 KB) [İndir](#) | [Evrak çantası](#) | [Kaldır](#)

 [Tüm ekleri indir](#)

 [Tüm ekleri kaldır](#)

Emel Hocam merhaba,

Türkçe'ye uyarlama, geçerlik ve güvenirlik çalışmasını yapmış olduğumuz Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeğini çalışmanızda kullanabilirsiniz. Ölçeği, geçerlik – güvenirlik çalışmalarını ve yayımlanmış makale halini ekte gönderiyorum. Ölçekle ilgili sormak istediğiniz bir şey olursa her zaman seve seve yardımcı olabilirim. Şimdiden iyi çalışmalar dilerim...

Dr. Abdullah Nuri Dicle
Ondokuz Mayıs Üniversitesi
İnsan ve Toplum Bilimleri Fakültesi
Psikoloji Bölümü A Blok Kat:3
Atakum - SAMSUN

Tel: (Cep)
(Ofis)



ÖLÇEK İZNI

3 mesaj



Kimden: 'Sevcan Atay'

15 Ocak 2023 16:24

Kime: 'EMEL UZ'

Kaynak göstererek tabiki kullanabilirsiniz kolay gelsin

15 Oca 2023 Paz. saat 16:22 tarihinde EMEL UZ · şunu yazdı:

Sayın Hocam,

Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Engelli Çalışmaları Programında Doç.Dr.Zülfıye Gül Ercan danışmanlığında yapacağımız doktora tezimde Türkçe'ye uyarlanmış şeklinin geçerlilik ve güvenilirliğini yaptığınız Memorial symptom değerlendirme ölçeğini kullanmak için izninizi istiyorum. Saygılarımla

Emel UZ

Doç. Dr. Sevcan Atay Turan

Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Ana bilim Dalı

Tel:02423106121



EMEL UZ

15 Ocak 2023 16:21

Sayın Hocam, Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Engelli Çalışmaları Programında Doç.Dr.Zülfıye Gül Ercan danışmanlığında yapacağ



EMEL UZ

15 Ocak 2023 16:21

Sayın Hocam, Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Engelli Çalışmaları Programında Doç.Dr.Zülfıye Gül Ercan danışmanlığında yapacağ

ölçek izni 3 mesaj

 **Kimden:** "Ferah Çekici" 15 Ocak 2023 21:03
Kime: "EMEL UZ"

Merhaba Sayın Uz
 Tabii ki kullanabilirsiniz. Çalışmanızda başarılar ve kolaylıklar diliyorum
 Doc.Dr. Ferah Çekici

15 Oca 2023 Pzt 16:21 tarihinde EMEL UZ şunu yazdı

Sayın Hocam,
 Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Engelli Çalışmaları Programında Doç.Dr.Zülfüye Gül Ercan danışmanlığında yapacağımız doktora tezimde Türkçe'ye uyarlanmış şeklinin geçerlilik ve güvenilirliğini yaptığınız Sosyal Problem Çözme Envanteri -Kısa Formu (SPÇE_KF) ölçeğini kullanmak için izninizi istiyorum. Saygılarımla

 **EMEL UZ** 15 Ocak 2023 16:22
 Sayın Hocam, Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Engelli Çalışmaları Programında Doç.Dr.Zülfüye Gül Ercan danışmanlığında yapacağ

 **EMEL UZ** 15 Ocak 2023 16:22
 Sayın Hocam, Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Engelli Çalışmaları Programında Doç.Dr.Zülfüye Gül Ercan danışmanlığında yapacağ

EK 2:Kurum İzin Belgesi

Evrak Tarih Sayısı: 13.02.2023-406605



T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu Başkanlığı

Sayı : E-29563864-050.03.04-406605
Konu : Kararlar

13.02.2023

Sayın Doç. Dr. Zülfiye Gül ERCAN

Danışmanlığımı yaptığınız, Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İnterdisipliner Engelli Çalışmaları Anabilim Dalı Engelli Çalışmaları Doktora Programı öğrencisi Emel UZ tarafından, Trakya Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu'nun 08.02.2023 tarihli toplantısında alınan 01/09 numaralı karar ile uygun görülmüştür.
Gereğini bilgilerinize rica ederim.

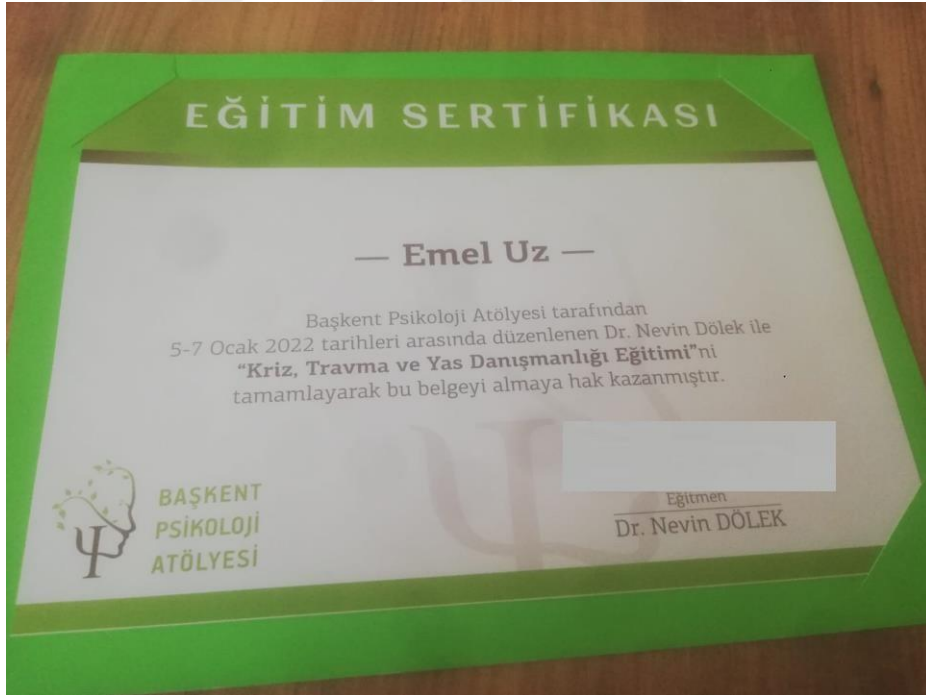
Prof. Dr. Ayhan GENÇLER
Başkan

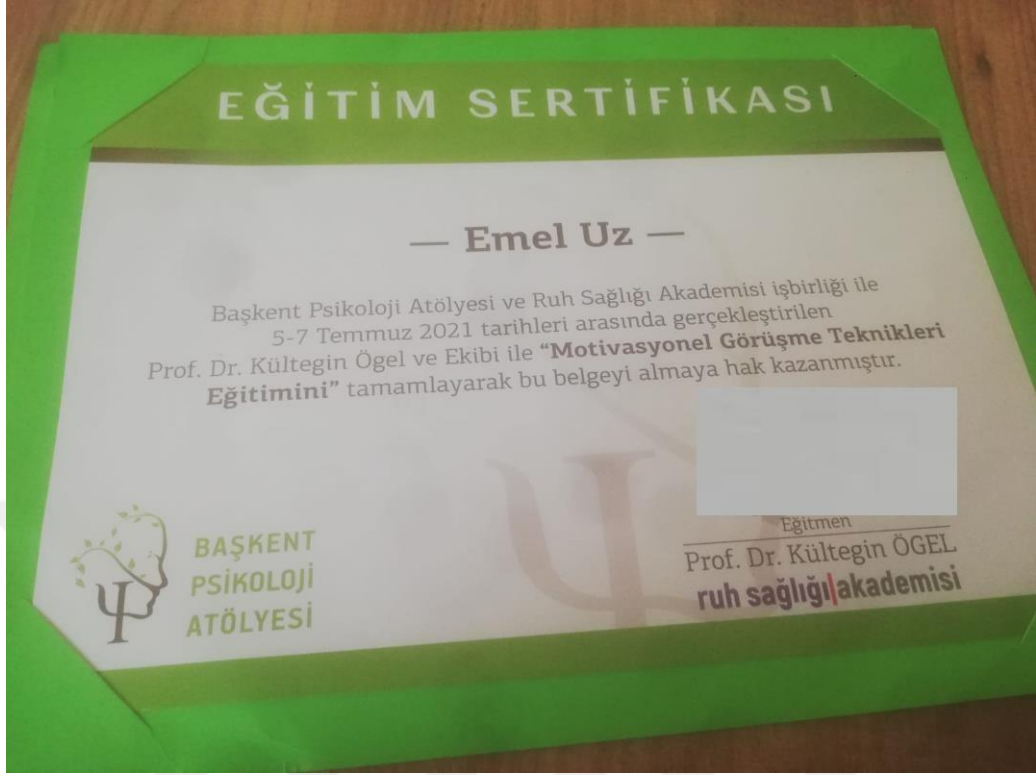
Ek:Etik Kurul Kararı

2023 02 13 10:20:20

EK 3:Etik Kurul İzni







EK 4: Araştırmada Kullanılan Ölçme Araçları

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Sayın Katılımcı,

Bu araştırma Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Engelli Çalışmaları programında Emel UZ tarafından yapılacak doktora tez çalışmasıdır. Çalışmada Adölesan onkoloji hastalarının annelerinin kaygı düzeylerine, problem çözme becerilerine ve çocukların yaşadıkları semptomlara psikoeğitim programının etkisini incelemek amaçlanmıştır. Planlanan araştırmada kanser tanısı alan adölesan çocukların hastalığı ve seyri ile yaşanan uyum ve adaptasyonunda annelerinin kaygı düzeylerini azaltacak durumla baş etme becerilerine katkı sağlayacak psikoeğitim planlamaları yol göstericiliği açısından önemlidir. Bu amaç doğrultusunda size ve çocuğunuz kabul ettiği taktirde yaşadığı semptomları belirleyebilmek adına onunda onayı alınarak semptom değerlendirme anketi doldurulacaktır.

Araştırmaya katılım tamamen gönüllülük esasına dayalıdır. İstemediğiniz taktirde formları doldurmak ve katılmak zorunda değilsiniz. Vereceğiniz cevaplar, kesinlikle araştırmanın amacı dışında kullanılmayacak ve gizli tutulacaktır. Çalışma hakkında daha fazla bilgi almak isterseniz tüm sorularınız yanıtlanacaktır. Bu araştırma için Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimler Etik Kurulu'ndan gerekli izinler alınmıştır.

Katkılarınız için şimdiden teşekkür ederiz.

Yukarıdaki bilgileri okudum, verdiğim bilgilerin bilimsel amaçlı yayınlarda kullanılmasını ve yer almasını onaylıyorum. (Lütfen alttaki iki seçenektan birini işaretleyiniz.)

Evet, onaylıyorum Hayır, onaylamıyorum_____

Katılımcı adı-soyadı:_____

imza:

Çocuğun adı soyadı:_____

imza:

Katılımcının tel no:

Tarih: Uygulamayı yapan : EMEL UZ

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

1. Yaşınız:.....

2. Medeni durumunuz:

- ☐ Anne-baba evli
- ☐ Anne-baba boşanmış
- ☐ Anne evli
- ☐ Baba evli
- ☐ Diğer.....

3. Eğitim durumunuz:

- ☐ Okuma-yazma yok
- ☐ İlkokul
- ☐ Orta okul
- ☐ Lise
- ☐ Üniversite

4. Mesleğiniz:.....

5. Yaşadığınız yer:.....

6. Aylık geliriniz (ortalama):.....

7. Çocuk sayınız:.....

8. Hasta olan çocuğunuzun yaşı:

9. Hasta olan çocuğunuzun tanısı:.....

10. Hastalığının süresi:

- ☐ 0-6 ay
- ☐ 6 ay-1 yıl
- ☐ 1-2 yıl
- ☐ 2 yıl +

11. Daha önce bu konuda destek aldınız mı (hastalık hakkında bilgilendirilmek, psikolojik destek, vb gibi)? Açıklayınız.

DURUMLUK VE SÜREKLİ KAYGI ÖLÇEĞİ

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım

ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ

tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış

cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin anında nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

HİÇ (1) BİRAZ (2) ÇOK (3) TAMAMIYLA(4)

1. Şu anda sakinim (1) (2) (3) (4)

2. Kendimi emniyette hissediyorum (1) (2) (3) (4)

3 Su anda sinirlerim gergin (1) (2) (3) (4)

4 Pişmanlık duygusu içindeyim (1) (2) (3) (4)

5. Şu anda huzur içindeyim (1) (2) (3) (4)

6 Şu anda hiç keyfim yok (1) (2) (3) (4)

7 Başıma geleceklerden endişe ediyorum (1) (2) (3) (4)

8. Kendimi dinlenmiş hissediyorum (1) (2) (3) (4)

9 Şu anda kaygılıyım (1) (2) (3) (4)

10. Kendimi rahat hissediyorum (1) (2) (3) (4)

11. Kendime güvenim var (1) (2) (3) (4)

- 12 Şu anda asabım bozuk (1) (2) (3) (4)
 13 Çok sinirliyim (1) (2) (3) (4)
 14 Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum
 (1) (2) (3) (4)
 15. Kendimi rahatlamış hissediyorum (1) (2) (3) (4)
 16. Şu anda halimden memnunum (1) (2) (3) (4)
 17 Şu anda endişeliyim (1) (2) (3) (4)
 18 Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum
 (1) (2) (3) (4)
 19. Şu anda sevinçliyim (1) (2) (3) (4)
 20. Şu anda keyfim yerinde. (1) (2) (3) (4)
DURUMLUK VE SÜREKLİ KAYGI ÖLÇEĞİ - Devamı Hemen hemen hiçbir zaman
 Bazen Çok zaman Hemen her zaman
 21. Genellikle keyfim yerindedir (1) (2) (3) (4)
 22 Genellikle çabuk yorulurum (1) (2) (3) (4)
 23 Genellikle kolay ağlarım (1) (2) (3) (4)
 24 Başkaları kadar mutlu olmak isterim (1) (2) (3) (4)
 25 Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırım (1) (2) (3) (4)
 26. Kendimi dinlenmiş hissediyorum (1) (2) (3) (4)
 27. Genellikle sakın, kendine hakim ve soğukkanlıyım (1) (2) (3) (4)
 28 Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissedirim (1) (2) (3) (4)
 29 Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim (1) (2) (3) (4)
 30. Genellikle mutluyum (1) (2) (3) (4)
 31 Herşeyi ciddiye alır ve endişelenirim (1) (2) (3) (4)
 32 Genellikle kendime güvenim yoktur (1) (2) (3) (4)
 33. Genellikle kendimi emniyette hissedirim (1) (2) (3) (4)
 34 Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım (1) (2) (3) (4)
 35 Genellikle kendimi hüznü hissedirim (1) (2) (3) (4)
 36. Genellikle hayatımdan memnunum (1) (2) (3) (4)
 37 Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder (1) (2) (3) (4)
 38 Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam (1) (2) (3) (4)
 39. Aklı başında ve kararlı bir insanım (1) (2) (3) (4)
 40 Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin ediyor (1) (2) (3) (4)

COPE-R

Sevgili Katılımcı

Aşağıdaki ölçek ile insanların kendisi için stres oluşturan olay ya da etkenlere karşı direnmesi ve bu durumlara karşı dayanma amacıyla gösterdiği bilişsel, duygusal ve davranışsal tepkilerini araştırmayı amaçlamaktayız. Sizden ölçekteki maddeleri dikkatli bir şekilde okuyarak maddelerden görüşlerinize en uygun seçeneği (“**Asla Böyle Yapmam**” için 1’i, “**Çok Az Böyle Yaparım**” için 2’yi, “**Böyle Yaparım**” için 3’ü, “**Çoğunlukla Böyle Yaparım**” için 4’ü) işaretlemeniz ve tüm maddeleri eksiksiz doldurmanız istenmektedir. İşaretlediğiniz seçeneğin doğruluğu ya da yanlışlığı söz konusu değildir. Toplanan veriler araştırmacılar tarafından araştırmanın amacı dışında kullanılmayacaktır. Aşağıda verilen maddeleri içtenlikle yanıtlayacağınızı umar, yardımlarınız için teşekkür ederim. Saygılarımla.

		Asla Böyle Yapmam	Çok Az Böyle Yaparım	Böyle Yaparım	Çoğunlukla Böyle Yaparım
1	Duygularımı ifade etmek için zaman ayırıyorum.	1	2	3	4
2	Duygularımı - hislerimi açığa vurmaya çalışırım.	1	2	3	4
3	Duygularımı başkalarıyla tartışırım.	1	2	3	4
4	Arkadaşlarımdan veya akrabalarımdan duygusal destek almaya çalışırım.	1	2	3	4
5	Ne hissettiğimi birileriyle paylaşıyorum.	1	2	3	4
6	Bir durumla ilgili daha fazla bilgi almak için birileriyle konuşurum.	1	2	3	4

7	Bütün gücümle yaptığım işe yoğunlaşıyorum.	1	2	3	4
8	Problemi çözümlmek için farklı yolları denerim.	1	2	3	4
9	Problemin üstesinden gelebilmek için hemen harekete geçerim.	1	2	3	4
10	Bir şeyler yapacağım zaman adım adım ilerlerim.	1	2	3	4
11	Yapacağım işle ilgili bir strateji belirlemeye çalışırım.	1	2	3	4
12	Adımlarımı düşünerek atarım.	1	2	3	4
13	Yaptığım işe başka şeylerin engel olmasını önlemek için yoğun çaba harcarım.	1	2	3	4
14	Her durumda iyimser olmaya çalışırım.	1	2	3	4
15	Her ne üzerinde çalışırsam çalışayım olumlu duygularla yola çıkarım.	1	2	3	4
16	Bir şeyler kötü gözükse bile yaptığım işe olumlu bakmaya devam ederim.	1	2	3	4
17	Yeni fikirlere çabuk uyum sağlarım.	1	2	3	4

		Asla Böyle Yapmam	Çok Az Böyle Yaparım	Böyle Yaparım	Çoğunlukla Böyle Yaparım
18	Ortaya çıkan durumun gerçekliğini kabullenirim.	1	2	3	4
19	Bir şeyi daha olumlu göstermek için onu başka bir açıdan görmeye çalışırım.	1	2	3	4
20	Önemsediğim başka bir şeyler bulmaya çalışırım.	1	2	3	4
21	Kendime “bu durumun gerçek olmadığını” söylerim.	1	2	3	4
22	Ortaya çıkan durum gerçekten olmamış gibi davranırım.	1	2	3	4
23	Ortaya çıkan durumla baş edemeyeceğimi kabul eder ve denemeyi bırakırım.	1	2	3	4
24	İstediğim şeyi almak için girişimde bulunmam.	1	2	3	4
25	Başıma gelen bir işle ilgili başkalarını veya başka bir şeyi suçlarım.	1	2	3	4
26	Her şeyi unutmaya çalışırım.	1	2	3	4
27	Kendimi suçlarım.	1	2	3	4

28	Problemin kaynağı olarak kendimi görürüm.	1	2	3	4
29	Kendimi eleştirir veya azarlarım.	1	2	3	4
30	Bana sorun yaşatan şey zihnimi sürekli meşgul eder.	1	2	3	4
31	Bir problemi takıntı yapıp tekrar tekrar onu yaşarım.	1	2	3	4
32	Problemimi sürekli kara kara düşünürüm.	1	2	3	4

SOSYAL PROBLEM ÇÖZME ENVANTERİ- KISA FORMU (SPÇE-KF)

Aşağıda günlük yaşamda problemlerle karşılaştığınızda ortaya çıkabilecek bazı düşünce, duygu ve davranış tarzlarınızla ilgili maddeler yer almaktadır. Burada genellikle karşılaştığınız sıradan

güçlüklerden ya da her gün üstesinden başarıyla geldiğiniz baskılardan bahsedilmemektedir. Bu

envanterde sözü edilen problem, yaşamınızda önemli bir yeri olan, size sıkıntı veren fakat

üstesinden nasıl geleceğinizi ya da sizi rahatsız etmesini durduracağınızı bilmediğiniz bir şeydir. Bu

problem düşünceleriniz, duygularınız, davranışlarınız, sağlığınız ya da fiziksel görünüşünüz gibi

kendinizle ilgili; aileniz, arkadaşlarınız, öğretmenleriniz, patronunuzla gibi diğer insanlarla

ilişkilerinizle ilgili veya eviniz, arabanız, mal varlığınız, paranız gibi sahip olduğunuz şeylerle ve

çevrenizle ilgili olabilir. Cümleleri okurken kendinizi bugünlerde bir problemle karşılaştığınızda her

zaman düşündüğünüz, hissettiğiniz ve davrandığınız şekilde değerlendiriniz. Lütfen her cümleyi

dikkatli bir şekilde okuyunuz ve cevap formunda bu cümlelerin size uygunluk derecesi “bana hiç

uygun değil, bana çok az uygun, bana kısmen uygun, bana çok uygun, bana tamamen uygun”

şeklindeki ifadelerden birine çarpı işareti (X) koyarak belirtiniz.

Hiç uygun değil (1) Çok az uygun (2) Kısmen uygun (3) Çok uygun (4) Tamamen uygun(5)

1. Çözülmesi gereken önemli bir problemim olduğunda kendimi tehdit altında hisseder ve korku duyarım.

2. Karar verirken, tüm seçenekleri yeterince dikkatli bir şekilde değerlendirmem.

3. Önemli bir karar vermem gerektiğinde kendimi huzursuz hisseder ve kendimden emin olamam.

4. Bir problemi çözmeye ilişkin başlangıçtaki çabalarım başarısızlıkla sonuçlandığında, ısrar eder ve çabucak vazgeçmezsem sonunda iyi bir çözüm bulabileceğime inanırım.

5. Ne zaman bir problemim olsa, o problemin çözülebileceğine inanırım.

6. Bir problemi kendi başıma çözmeye çalışmadan önce, ilk olarak o problemin kendiliğinden çözülüp çözülmeceğini görmek amacıyla bir şey yapmadan öylece durup beklerim.

7. Bir problemi çözmeye ilişkin başlangıçtaki çabalarım başarısızlıkla sonuçlandığında, hayal kırıklığına uğrarım.

8. Zor bir problemle karşılaştığımda ne kadar çok çabalasam da, o problemi kendi başıma çözebileceğimden şüphe duyarım.

9. Hayatımda bir problem oluştuğunda, problemin çözümü için uğraşmayı olabildiğince uzun bir süre ertelerim.
10. Hayatımdaki problemlerle uğraşmaktan kaçınmak için her yolu denerim.
11. Zor problemler beni çok mutsuz eder.
12. Vermem gereken bir karar olduğunda, her seçeneğin olumlu ve olumsuz sonuçlarını tahmin etmeye çalışırım.
13. Hayatımda problemler ortaya çıktığında, mümkün olan en kısa sürede problemleri ele almak yani onlarla uğraşmak hoşuma gider.
14. Bir problemi çözmeye çalışırken, aklıma gelen ilk iyi fikre göre hareket ederim.
15. Zor bir problemle karşılaştığımda, yeterince gayret edersem o problemi kendi başıma çözebileceğime inanırım.
16. Çözülmesi gereken bir problemim olduğunda, ilk yaptığım şeylerden biri problemle ilgili mümkün olduğu kadar çok bilgi edinmeye çalışmaktır.
17. Problemleri çözmeyi, herhangi bir şey yapamayacak hale gelinceye kadar ertelerim.
18. Problemlerimden kaçınmaya onları çözmeye çalışmaktan daha fazla zaman harcarım.
19. Bir problemi çözmeye çalışmadan önce, neyi başarmak istediğimi tam olarak bilmek için kendime belirli bir hedef oluştururum.
20. Vermem gereken bir karar olduğunda, her seçeneğin avantaj ve dezavantajlarını gözden geçirmeye vakit ayırmam.
21. Bir çözümü uygulamaya koyduktan sonra, durumun ne kadar iyi yönde değiştiğini mümkün olduğunca dikkatli bir biçimde değerlendirmeye çalışırım.
22. Karşılaştığım bir problemi, olumlu bir şekilde yararlanacağım “bir fırsat” ya da “üstesinden gelinecek bir durum” olarak görmeye çalışırım.
23. Bir problemi çözmeye çalışırken, yeni fikirler üretmez hale gelinceye dek mümkün olduğu kadar çok seçenek düşünürüm.
24. Karar verirken, her seçeneğin sonuçları üzerinde pek fazla düşünmede sezgilerimle hareket ederim.
25. Karar verirken çok ani ve düşünmeden hareket ederim.