

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KANSER TANISINA SAHİP ÇOCUKLARIN ANNELERİNDE BİLİŞSEL
DUYGU DÜZENLEME STRATEJİLERİNİN DEPRESYON RİSKİNİ
YORDAMA ROLÜNÜN İNCELENMESİ**

Fazilet TÖR NURDAĞ
ORCID
<https://orcid.org/0000-0002-0919-4054>

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ

İZMİR
TEMmuz 2021

TEZ KODU: DEU.HSL.MSc-2017970047

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KANSER TANISINA SAHİP ÇOCUKLARIN ANNELERİNDE BİLİŞSEL
DUYGU DÜZENLEME STRATEJİLERİNİN DEPRESYON RİSKİNİ
YORDAMA ROLÜNÜN İNCELENMESİ**

Fazilet TÖR NURDAĞ
ORCID
<https://orcid.org/0000-0002-0919-4054>

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ

Tez Danışmanı: Dr. Öğretim Üyesi Figen ŞENGÜN İNAN
ORCID
<https://orcid.org/0000-0002-9703-4594>

İZMİR
TEMMUZ 2021

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE
ETİK BEYANI

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri enstitüsü tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlayıp sunduğum ‘‘Kanser Tanısına Sahip Çocukların Annelerinde Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejilerinin Depresyon Riskini Yordama Rolünün İncelenmesi’’ başlıklı tezim içinde elde ettiğim verileri, bilgileri, belgeleri akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, tezimde yararlandığım eserlere bilimsel kurallara uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi, tezimin özgün olduğunu, tezimin çalışma ve yazımında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını, aksi durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

İmza:

Öğrencinin Adı Soyadı: Fazilet TÖR NURDAĞ

Tarih:15.06.2021

TEŞEKKÜR

Lisanüstü eğitimim boyunca bilgi ve tecrübesiyle kişisel ve akademik gelişimime katkıda bulunan, tezimin her aşamasında beni cesaretlendiren, değerli hocam
Dr. Öğretim Üyesi Figen ŞENGÜN İNAN'a

Lisans ve lisansüstü eğitimim boyunca bana psikiyatri hemşireliğini sevdiren, tezimi planlarken değerli önerilerini sunan hocalarım Prof.Dr. Zekiye ÇETİNKAYA
DUMAN ve Doç. Dr. Neslihan PARTLAK GÜNÜŞEN'e

Tezimi yazarken zorlandığım cesaretimin kırıldığı her anda beni motive eden, bilgi ve desteği ile her zaman yanımda olan değerli meslektaşım ve arkadaşım Reyhan
YALINIZ'a

Hayatımın bütün dönemlerinde yanımda olan sevgisini ve desteğini her zaman hissettiğim ve hayatıma anlam katan değerli ailem Temam TÖR, İmren TÖR ve
Münibe TÖR'e

Son olarak sevgi ve desteğini yürekten hissettiğim, zorlandığım her anımda yanımda olan, canım eşim Ahmet NURDAĞ'a

Sonsuz teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY SAYFASI.....	
ETİK BEYAN.....	
TEŞEKKÜR.....	
TABLolar DİZİNİ.....	i
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	ii
KISALTMALAR.....	iii
ÖZET.....	iv
ABSTRACT.....	v
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	4
1.3. Araştırmanın Hipotezleri.....	4
2.GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. Çocukluk Çağı Kanseri.....	5
2.1.1. Çocukluk Çağı Kanserlerinin Çocuk Üzerine Etkileri.....	5
2.1.2. Çocukluk Çağı Kanserlerinin Bakım Veren Aile Üyeleri Üzerine Etkileri.....	6
2.1.3. Çocukluk Çağı Kanserlerinin Primer Bakım Veren Olarak Anneler Üzerindeki Etkileri.....	8
2.1.3.1. Annelerin deneyimlediği güçlükler.....	8
2.1.3.2. Annelerde Psikiyatrik Morbidite ve Depresyon.....	10
2.2. Duygu Düzenleme Kavramı.....	11
2.2.1. Duygu Düzenleme ve İlişkili Kavramlar.....	13
2.2.2. Bilişsel Duygu Düzenleme.....	13

2.2.3. Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejileri ve Depresyon İlişkisi.....	15
2.4. Kanser Tanısına Sahip Çocukların Annelerine Yönelik Psikososyal Bakım ve Hemşirenin Rolü.....	16
3.GEREÇ VE YÖNTEM.....	17
3.1. Araştırmanın Tipi.....	17
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	17
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	17
3.4. Çalışma Materyali.....	18
3.5. Araştırmanın Değişkenleri.....	18
3.5.1. Bağımlı Değişken.....	18
3.5.2. Bağımsız Değişken.....	18
3.6. Veri Toplama Araçları.....	18
3.6.1. Sosyodemografik Özellikler Tanıtım Formu.....	18
3.6.2. Beck Depresyon Ölçeği.....	18
3.6.3. Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği.....	19
3.7. Araştırmanın Planı ve Takvimi.....	22
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi	22
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	23
3.10. Etik Kurul Onayı.....	23
4. BULGULAR.....	24
4.1. Annelerin ve Bakım Verilen Çocukların Tanıtıcı Özellikleri.....	24
4.2. Annelerin Depresyon Risk Düzeyleri ve Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği Alt Ölçek Puan Ortalamaları.....	27
4.3. Annelerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin ve Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejilerinin Depresyon Riskini Yordama Etkisi.....	28
4.3.1. Depresyon Riskini Yordayan Faktörler.....	31

5. TARTIŞMA.....	33
5.1. Annelerin Depresyon Risk Düzeyleri ve İlişkili Faktörler.....	33
5.2. Annelerin Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejileri ve Depresyon Riskini Yordayıcı Etkisi.....	35
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	38
6.1. Sonuçlar.....	38
6.2. Öneriler.....	39
7. KAYNAKLAR.....	40
8. EKLER.....	52
EK 1. Sosyodemografik Özellikler Tanıtım Formu.....	52
EK 2. Beck Depresyon Ölçeği.....	53
EK 3. Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği.....	57
EK 4. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu.....	63
EK 5. Etik Kurul Onayı.....	65
EK 6. Ege Üniversitesi Hastanesi Uygulama İzni.....	67
EK 7. Dokuz Eylül Üniversitesi Nevvar&Salih İşgören Çocuk Hastanesi Uygulama İzni.....	68
EK 8. S.B.Ü. Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları Ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Uygulama İzni.....	69
EK 9. Özgeçmiş.....	70

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1. Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği'nin (BDDÖ) Alt Boyutlarına ait Maddeler.....	20
Tablo 2. Araştırma Planı ve Takvimi.....	22
Tablo 3. Annelerin Sosyodemografik Özellikleri.....	24
Tablo 4. Bakım Verilen Çocuğun Tanıtıcı Özellikleri.....	26
Tablo 5. Annelerin Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) Puan Ortalamaları.....	27
Tablo 6. Annelerin Depresyon Risk Düzeylerine göre Dağılımı.....	27
Tablo 7. Annelerin Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği (BDDÖ) Alt Ölçek Puan Ortalamaları.....	28
Tablo 8. Annelerin Sosyodemografik Değişkenlerine göre Beck Depresyon Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	29
Tablo 9. Model Değişkenleri Arasındaki Korelasyonlar.....	30
Tablo 10. Hiyerarşik Regresyon Analizi: Annelerde Depresyon Riskini Yordayan Faktörler.....	32

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Veri Toplama Akış Şeması.....	21
--	----



KISALTMALAR

ICCC: Uluslararası çocukluk çağı kanserleri sınıflandırması

ALL: Akut Lenfoblastik Lösemi

MDB: Majör Depresif Bozukluk

BDDÖ: Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği

BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği

VIF: Varyans Şişirme Faktörü

KT: Kemoterapi

CT: Cerrahi Tedavi

RT: Radyoterapi

**KANSER TANISINA SAHİP ÇOCUKLARIN ANNELERİNDE BİLİŞSEL
DUYGU DÜZENLEME STRATEJİLERİNİN DEPRESYON RİSKİNİ
YORDAMA ROLÜNÜN İNCELENMESİ**

Yüksek Lisans Tezi

Fazilet TÖR NURDAĞ

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Programı

ÖZET

Bu araştırmada kanser tanısına sahip çocukların annelerinde bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin depresyon riskini yordama rolünü incelemek amaçlanmıştır.

Araştırmanın örneklemini İzmir ilinde bulunan 2 üniversite hastanesi ve bir eğitim araştırma hastanesi'nin hematoloji/onkoloji polikliniği/ayaktan tedavi ünitesinde tedavi gören çocukluk çağı kanser tanısına sahip çocukların anneleri oluşturmuştur (n=127). Veriler Sosyodemografik Özellikler Formu, Beck Depresyon Ölçeği ve Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde sayı, yüzde, ortalama, t testi, tek yönlü varyans analizi, pearson korelasyon analizi ve hiyerarşik regresyon analizi yöntemleri kullanılmıştır.

Bu çalışmada, maddi durumun gelir giderden az olması ($\beta=0.300$, $p=0.002$) ve bilişsel duygu düzenleme stratejilerinden kendini suçlama ($\beta=0.279$, $p=0.001$) ve felaketleştirme ($\beta=0.244$, $p=0.003$) depresyon riskini istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde yordadığı saptanmıştır. Final model depresyondaki varyansın %44.5'ini açıklamaktadır (Düzeltilmiş $R^2=0.445$).

Sonuç olarak annelerin maddi durumunun gelir giderden az olması ve bilişsel duygu düzenleme stratejilerinden kendini suçlama ve felaketleştirme depresyon riskini yordamaktadır. Annelerin kullandığı bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin depresyon riski açısından izlenmesi ve annelerde adaptif bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin kullanımını desteklemek amacıyla müdahalelerin yapılması ve etkinliğinin değerlendirilmesi önerilir.

Anahtar Kelimeler: çocukluk çağı kanseri, anne, bilişsel duygu düzenleme, depresyon

Tezin sayfa adedi: 84

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Figen ŞENGÜN İNAN

**INVESTIGATION OF THE ROLE OF COGNITIVE EMOTION
REGULATION STRATEGIES IN PREDICTING THE RISK OF
DEPRESSION IN MOTHERS OF CHILDREN DIAGNOSED WITH
CANCER**

Master Thesis

Fazilet TÖR NURDAĞ

DOKUZ EYLÜL UNIVERSITY INSTITUTE OF HEALTH SCIENCES

Psychiatric Nursing Master Program

ABSTRACT

In this study, it was aimed to investigate the role of cognitive emotion regulation strategies in predicting the risk of depression in mothers of children diagnosed with cancer.

The sample of the study consisted of the mothers of children diagnosed with childhood cancer who were treated in the outpatient unit of oncology / hematology clinic of two university hospitals and a training and research hospital in Izmir, a province in western Turkey (n=127). Data were collected using the Sociodemographic Characteristics Questionnaire, Beck Depression Scale and Cognitive Emotion Regulation Questionnaire. Numbers, percentages, mean, t-test, one-way analysis of variance, pearson correlation analysis and hierarchical regression analysis methods were used in the analysis of the data. In this study, factors such as income less than expenses ($\beta=0.300$, $p=0.002$), and self-blame ($\beta=0.279$, $p=0.001$) and catastrophizing ($\beta=0.244$, $p=0.003$), two of the cognitive emotion regulation strategies, had a statistically significant effect on the depression score. The final model of depression explains 44.5% of the variance (Adjusted $R^2=0.445$).

In conclusion, the mothers' having income less than expenses, and self-blame and catastrophizing strategies predict the risk of depression. It is recommended that cognitive emotion regulation strategies used by mothers should be monitored in terms of depression risk, and interventions aimed at supporting the use of adaptive cognitive emotion regulation strategies in mothers should be conducted, and the effectiveness of these interventions should be evaluated.

Keywords: childhood cancer, mother, cognitive emotion regulation, depression

The number of pages in the thesis: 84

Advisor: Asst. Prof. Figen ŞENGÜN İNAN

1.GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Çocukluk çağı kanserleri, 0-14 yaşları arasında ortaya çıkan tüm kanserleri kapsamaktadır (1). Dünyada her yıl 15 yaşın altında 284.649 çocuğun kanser tanısı aldığı belirtilmektedir (2). Ülkemizde ise Kutluk ve Yeşilipek'in (2020) çalışmasından elde edilen sonuçlara göre 2009-2019 yılları arasında toplam 17.770 çocukluk çağı kanser vakası bildirilmektedir (3).

Kanserle yüzleşen çocuklar kanserin ve cerrahi, kemoterapi, radyoterapi gibi tedavilerin olumsuz etkileriyle karşı karşıya kalmaktadır (4). Karmaşık ve uzun süren tedavi süreci yalnızca çocuğu değil tüm aileyi etkilemektedir (5). Aile çalışmaları çoğunlukla ebeveynlerle yürütülmüş olup, bu süreçte ebeveynler tanının çocuğa nasıl ifade edileceği, finansal sorunlar, sağlıklı çocuklarla olan ilişkileri sürdürme ve evlilik ilişkilerinde değişiklikler gibi birçok sorunla karşılaştıklarını belirtmektedir (6-9). Aileler tedavi süreci boyunca ilaçlar ve yan etkilerini izlemekte, karışık tedavi protokollerini öğrenmekte ve tedavi ekibi ile iletişim kurmaktadırlar. Bunları sürdürürken aynı zamanda, diğer aile üyelerinin bakım, destek ve konforunu sağlamaya devam etmektedirler (4). Tüm bu güçlükler sonucunda ebeveynler, distress, psikososyal işlevsellikte bozulma ve yaşam kalitesinde azalma yaşamaktadırlar (7). Rosenberg ve arkadaşları (2013) kanser tanılı çocuğa bakım veren 84 ebeveynle yürüttükleri bir çalışmada, ebeveynlerin %50' den fazlasının yüksek düzeyde psikolojik distress yaşadığını saptamışlardır. Ayrıca çalışmada, ebeveynlerin psikolojik distress düzeyinin, prognoz algıları, çocukların semptomlardan etkilenme düzeyi ve maddi sıkıntılarla ilişkili olduğu bulunmuştur (10).

Kanserin yaşamı tehdit edici bir hastalık olması, çocuğun gelecekteki sağlığı hakkında belirsizlik içermesi ve beraberinde getirdiği bakım yükü özellikle çocuğun birincil bakım vereni konumundaki anneleri etkilemektedir (11). Çalışmalar annelerin babalara göre veya kronik bir hastalık tanısı almış çocukların ebeveynlerine göre daha yüksek stres düzeyine sahip olduğunu göstermektedir (12-14). Kanser tanısına sahip bir çocuğa bakım vermek annelerin iş yaşamını, sosyal yaşamını ve duygusal iyilik hali büyük ölçüde etkilemektedir (15).

Annelerle yürütülen kalitatif çalışmalarda; annelerin tümü, çocukları kanser tanısı aldıktan sonra, çocuğun istekleri ve ev işleri arasında yorgun düşüp kendilerine ve diğer aile üyelerine yeterli vakit ayıramadıklarını, dinlenemediklerini, çevreleriyle olan sosyal etkileşimlerinin azaldığını, kariyer ve iş yaşantılarının olumsuz yönde etkilendiğini belirtmişlerdir (11, 16). Bakım vermenin etkileri olarak anneler çaresizlik, suçluluk, izolasyon, belirsizlik, korku, öfke, distres gibi zor duyguları deneyimleyebilmektedirler (11, 16-18). Ayrıca yapılan birçok çalışma kanser tanısına sahip bir çocuğa sahip annelerde yüksek depresyon oranlarına işaret etmektedir (11, 19-20). Kanser tanısı almış çocukların annelerinde depresyon oranlarını belirlemek amacıyla yapılan kesitsel bir çalışmada annelerin %70.6'sının şiddetli düzeyde, %20.6'sının orta düzeyde, %8.6'sının ise hafif düzey depresif semptomlar gösterdiği bulunmuştur (21). Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise kanser tanısı almış çocukların annelerinin %46'sının depresyon puanlarının kesme noktasının üzerinde olduğu belirlenmiştir (22). Annelerin depresyon düzeyinin belirleyicilerinin incelendiği çalışmalarda; yaş, eğitim, maddi durum, medeni durum, işsizlik ve çocuk sayısı gibi sosyo-demografik değişkenlerin depresyonla ilişkili olduğu belirtilmektedir (12, 21-23). Kanser tanısına sahip çocukların ebeveynlerinde depresyonun yordayıcı faktörlerinin incelendiği bir diğer çalışmanın sonucuna göre iş problemi, en az bir kronik hastalığa sahip olma ve yüksek anksiyete puanının depresyonu yordadığı belirtilmekte ve bu üç değişken toplam depresyon puanındaki varyansın %40'ını açıklamaktadır (24).

Literatürde depresyonun belirleyicilerinden biri olarak bilişsel duygu düzenleme stratejilerinden söz edilmektedir (25-27). Duygu düzenleme bir amaca ulaşabilmek ve kişinin sosyal uyumunu kolaylaştırabilmek için duygusal tepkileri izleyebilme, kontrol edebilme, değerlendirebilme ve değiştirebilme yeteneği olarak tanımlanmaktadır (28). Duygu düzenleme süreci sırasında, kişiler pozitif ve negatif duygularını arttırabilmekte, azaltabilmekte veya devam ettirebilmektedir (29). Duygu düzenleme ile ilgili birçok teorik çerçeve olmakla birlikte en kabul gören, Gross'un duygu düzenleme süreç modelidir. Gross'a göre duygu düzenleme süreci içsel ve dışsal duygusal ipuçlarının değerlendirilmesi ile başlamaktadır. Yapılan değerlendirme sonucu duygusal tepki oluşmaktadır. Bu girdi ve çıktılar kontrol edilerek duygu düzenlemesi sağlanmaktadır (30).

Duygu düzenlemesi için kullanılan stratejiler öncül odaklı ve tepki odaklı stratejiler olarak ikiye ayrılmaktadır. Öncül odaklı stratejiler duygunun gidişatını psikolojik ve davranışsal tepkiler oluşmadan önce kontrol etmek için kullanılan stratejilerdir. Tepki odaklı stratejiler ise duygu meydana geldikten sonra duyguyu yönetmek için kullanılan stratejilerdir (31). Duygu düzenleme süreci biyolojik, sosyal, bilişsel ve bilinçli ya da bilinçdışı davranışsal süreçleri de içine alan çok boyutlu ve karmaşık bir süreçtir (32). Bu karmaşık süreci ele alırken sürecin her boyutunu ele almak karışık ve zordur. Bu nedenle çalışmamızda duygu düzenlemenin bilişsel boyutu ele almak hedeflenmektedir.

Bilişsel duygu düzenleme duygusal tepkilerin bilişler yoluyla yönetilmesi, düzenlenmesi, kontrol edilmesi ve stres veren bir durumla baş etmede bilinçli bilişsel stratejilerin kullanılması olarak tanımlanmaktadır (33). Bireyler karşılaştıkları herhangi bir durumla ilgili duygusal olarak tepki vermeden önce, ilk olarak bu durumla ilgili bilişsel stratejiler geliştirmekte ve daha sonra da duygusal bir şekilde tepki vermektedirler (33-34). Bilişsel duygu düzenleme stratejileri aynı zamanda yaşanan stresli olaylardan sonra bireylerin duygularını yönetmesine yardımcı olmaktadır (35, 33). Bilişsel duygu düzenleme stratejileri olarak kabul etme, plan yapmaya yeniden odaklanma, olumlu yeniden odaklanma, olumlu yeniden değerlendirme ve bakış açısına yerleştirme adaptif stratejiler olarak değerlendirilirken, kendini suçlama, diğerlerini suçlama, ruminasyon ve felaketleştirme ise maladaptif stratejiler olarak kabul edilmektedir (33). Depresyonun, üzüntü gibi olumsuz duyguları düzenleme becerisindeki eksiklikleri veya olumlu duyguları kalıcı hale getirmedeki başarısızlıkları içerdiği açıklanmaktadır (36).

Kanser tanılı çocuğa sahip annelerde bilişsel duygu düzenleme stratejileri ile psikolojik morbiditenin ilişkisini inceleyen çalışmalar sınırlıdır (37). Annelerde bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin kullanımı, kaygı ve psikolojik uyum arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla çok değişkenli regresyon analizi kullanılarak yapılan bir çalışmada, adaptif bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin kullanılması kaygı ile negatif, psikolojik iyi oluş halinin gelişmesi ile pozitif ilişkili olduğu belirlenmiştir (37). Literatür incelendiğinde duygu düzenleme stratejileri ve ruhsal sağlık arasındaki ilişkide kültürün rolünü inceleyen çalışmalar dikkat çekmekte ve

kültüre özgü tanımlamaların önemi belirtilmektedir (38-40). Uluslararası literatürde annelerde bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin depresyon üzerindeki etkisini değerlendiren bir çalışmaya ulaşılammış olmakla birlikte bu çalışmanın Türk kültüründe yapılmasının da literatüre önemli katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Özetle kanser tanısına sahip çocukların anneleri anksiyete, depresyon ve posttravmatik stres bozukluğu gibi ruh sağlığı problemleri yaşayabilmektedir ve annelerin yaşam kalitesi ve psikosoyal işlevselliği azalmaktadır (9, 12-16). Psikosoyal bakımı planlayan multidisipliner ekip içerisinde hemşireler anne ile en uzun süre vakit geçiren sağlık profesyonelidir (41). Psikiyatri hemşireleri kanser tanısına sahip çocukların annelerine hasta bakımı ile ilgili bilgi vermek, psikolojik ve sosyal destek sağlamak, destek kaynaklarını harekete geçirmek, gerektiğinde profesyonel yardım almaya yönlendirmek gibi önemli girişimleri uygulamaktadırlar (42, 43). Ayrıca uygulanan hemşirelik girişimleri özellikle çocuğun bakımında primer görev alan annelerin değişen yaşam şartlarına uyumunu arttırmaktır (44). Bu süreçte depresyon açısından risk taşıyan, duygu düzenlemede maladaptif stratejileri kullanan anneleri tanılamak ve yeterli desteği sağlamak konsültasyon liyezon psikiyatri hemşirelerinin rol ve sorumlulukları arasındadır (45). Bu noktada sağlanan destek ruhsal sağlığının korunmasında ve geliştirilmesinde son derece önemlidir (22). Bu çalışmada kanser tanısına sahip çocukların annelerinde bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin depresyon riskini yordama rolünü incelemek hedeflenmektedir. Çalışmanın sonuçlarının, depresyon açısından risk taşıyan annelerin belirlenmesine ve gelecekte annelere yönelik yapılandırılacak ruh sağlığıyla ilişkili adaptif duygu düzenleme stratejilerini geliştirmeyi hedefleyen müdahale çalışmalarına ışık tutması beklenmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı kanser tanısına sahip çocukların annelerinde bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin depresyon riskini yordama rolünü incelemektir.

1.3. Araştırmanın Hipotezleri

H₁: Annelerin kullandıkları bilişsel duygu düzenleme stratejileri depresyon riskinin yordayıcısıdır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 Çocukluk Çağı Kanseri

Kanser vücudun hemen hemen her organında veya dokusunda başlayabilen ve anormal hücrelerin kontrolsüz bir şekilde büyümesi ile oluşan hastalıklar grubudur (46). Dünyada her yıl yaklaşık 400.000 çocuk ve ergen kanser tanısı almakta ve çocukluk çağı kanserleri tüm kanser vakalarının yaklaşık %2-3'ünü oluşturmaktadır (2). Amerikan Kanser Birliği ise Amerika Birleşik Devletleri'nde 2021 yılında 0-14 yaş aralığında 10.500 çocuğa kanser tanısı konacağını tahmin etmektedir (47). Ülkemizde ise Kutluk ve Yeşilipek'in (2020) çalışmasından elde edilen sonuçlara göre 2009-2019 yılları arasında toplam 17.770 çocukluk çağı kanser vaka sayısı bildirilmektedir (3).

Çocuklarda ve ergenlerde görülen kanser türleri yetişkinlerde görülenlerden farklıdır (1). Uluslararası çocukluk çağı kanserleri sınıflandırmasına (ICCC) göre çocukluk çağı kanserlerinin temel sınıflandırması şu şekildedir (48): Lösemiler, miyeloproliferatif ve miyelodisplastik hastalıklar, lenfomalar ve retiküloendotelyal neoplazmalar, santral sinir sistemi tümörleri ve çeşitli intrakraniyal ve intraspinal neoplazmalar, nöroblastom ve diğer periferik sinir hücresi tümörleri, retinoblastom, böbrek tümörleri, karaciğer tümörleri, malign kemik tümörleri, yumuşak doku ve diğer ekstraosseöz sarkomlar, germ hücreli tümörler, trofoblastik tümörler ve gonad neoplazileri, diğer malign epitelyal neoplazmalar ve malign melanomlar, diğer ve tanımlanmamış malign neoplazmalardır. Tedavisi kanserin türü ve evresine göre değişmektedir. Standart tedavi yöntemleri kemoterapi, radyoterapi ve cerrahi tedavi olmakla birlikte son yıllarda geliştirilen kök hücre tedavisi, hormonal tedaviler, gen terapi, immünoterapi, aşılar gibi biyolojik ve hormon tedavileri de uygulanmaktadır (49).

2.1.1. Çocukluk çağı kanserlerinin çocuk üzerine etkileri

Çocukluk çağı kanserleri çocuğun fiziksel, sosyal ve psikolojik iyi oluşluğunu etkilemektedir (5). Aynı zamanda sık hastane yatışları, yoğun tedavi protokolleri ve hastalığın oluşturduğu semptom yükü çocuğun sağlıklı gelişimini de etkilemektedir (50). Kanser tedavisi gören çocukların deneyimlerini araştırmak amacıyla yapılan

sistematik bir derlemenin sonucunda çocuklar tedavi komplikasyonlarına bağı fiziksel acı, gelecek hakkında belirsizlik, nüks korkusu, damgalanma, ölüm düşüncesi ile baş etme, arkadaş çevresinden uzaklaşma ve aileleri ile olan ilişkilerinde değişiklik gibi fiziksel, sosyal ve duygusal olarak zorlandıkları belirtilmektedir (5). Çocuğun yaşı, cinsiyeti, tanısı, tedavi şekli, semptom yükü ve aileye ait özelliklerin etkilenmenin derecesini etkilediği belirlemektedir (51).

Kanser tanı ve tedavisinin etkileriyle ilişkili olarak çocukların deneyimledikleri **fiziksel semptomlar**; ağrı, bulantı-kusma, yorgunluk, saç dökülmesi, oral mukozit, anal mukozit ve idrar yapma sorunları olarak açıklanmaktadır (5, 52-54). Çocukluk çağı kanserleri çocuğun **sosyal** iyi oluşluğunu da etkilemektedir (5). Kanser tanısının konulması ile birlikte çocuğun okul gibi toplum bağlamlarına katılımı sınırlanmaktadır. Okul çocuğun ailesi dışında bilişsel ve sosyal becerilerini uygulaması için önemli bir sosyal ortamdır (55). Bu durum çocukların kendine olan güven duygusunu etkileyerek sosyal etkileşimini azaltmaktadır (5). Çocuklar okul ortamından ayrıldıklarında yalnızlık ve “farklı olma” duyguları deneyimlediklerini belirtmektedir (55). Çocuklar tanı ve tedavi döneminde belirsizlik, güçsüzlük, izolasyon, öfke ve korku gibi **duygusal** sorunlarla birlikte anksiyete bozukluğu, depresyon, ve post travmatik stres bozukluğu gibi **psikiyatrik sorunlar** deneyimledikleri belirtilmektedir (5, 50, 54). Lin ve arkadaşları (2020) kanser tanısına sahip çocukların klinisyenlerle iletişim kurma deneyimlerini açıklamak amacıyla 101 nitel çalışmanın sistematik bir incelemesini yapmıştır. Çalışmanın sonucunda çocuklar yetişkin otoritesi altında görünmez ve güçsüz hissettiklerini, gelecekleri için korku ve endişe duyduklarını, sorumluluklarının çok fazla olduğunu, hastalıkları hakkında doğru bilgilendirilmek istediklerini, sağlık çalışanlarından ve sosyal çevrelerinden duygusal destek ve cesaretlendirme beklediklerini ifade etmektedir (56).

2.1.2. Çocukluk çağı kanserlerinin bakım veren aile üyeleri üzerine etkileri

Kanser tanısına sahip bir çocuğa bakım vermek tüm aile için travmatik bir deneyimdir (57-61). Tanının öğrenildiği ilk dönemler ebeveynler için beklenmeyen, kontrol edilemeyen ve kaosa neden olan bir dönemdir (57, 62-63). Özellikle çocuğu kaybetme korkusu baskındır. Bu dönemde ölüm ve ölümle ilgili düşünceler

ebeveynlerin duygusal olarak sıkıntı yaşamalarına sebep olmaktadır (64). Ebeveynler bu dönemde kendi duygusal sıkıntıları ile mücadele ederken destekleyici bir ebeveyn de olmak zorunda hissettiklerini belirtmekte ve kendi psikolojik iyiliklerini ve ihtiyaçlarını arka plana attıkları belirtilmektedir (65-67). Bu durum ebeveynlerde mide ağrısı, baş ağrısı, açıklanamayan öfke, sinirlilik gibi fiziksel ve psikolojik sonuçlara sebep olmaktadır (64).

Kriz olarak algılanan bu dönem geçtikten sonra zorunlu hastane yatışlar, ebeveynler ve çocuklarda hızlı bir uyum sürecini başlatmaktadır (63, 68). Artık hastane yaşamın bir parçası ve güvenliği simgeleyen bir yer olarak algılanmaktadır (64). Hastane yatışları tedavi amaçlı yapıldığında çocuğun iyileşmesine katkıda bulunduğu için ebeveynleri motive ederken, ek bir semptom veya komplikasyon nedeniyle yapıldığında ebeveynlerin psikolojik olarak yıpranmasına neden olmaktadır (11, 69-72). Hastane yatışları her ne sebeple yapılırsa yapılsın ebeveynlerde uykusuzluk, yeme problemleri ve kabuslar dahil duygusal ve fiziksel semptomlara yol açmaktadır (63, 71, 73).

Ebeveynler tedavi sürecini yönetmenin yanında diğer aile üyelerine bakma, evlilik ilişkilerini ve iş hayatını sürdürme gibi sorumluluklarını gerçekleştirmek zorundadırlar (65, 70, 73-74). Sık hastane yatışları ve kontroller iş aile ve sosyal çevreden uzak kalmaya sebep olmaktadır (68). Bu fiziksel mesafe ebeveynlerin sosyal ve duygusal ilişkilerini de etkilemektedir (11, 64, 70, 75). Ebeveynler, sosyal ilişkilerinde yaşadıkları damgalama sebebiyle çocukları hakkında konuşurken zorlandıklarını, bazen de çocukları kanser tanısı aldıktan sonra arkadaşlarının kendileri ile görüşmeyi bıraktığını belirtmektedir (62, 76). Ebeveynler sosyal desteğe ihtiyaç duyduklarını, çevrelerinden aldıkları duygusal ve fiziksel desteğin onları daha güçlü hissettirdiğini belirtmektedir (11, 63, 68, 77).

Ebeveynler dışında, literatürde kanser tanısı alan çocuğun kardeşlerinin ev ve okul hayatındaki davranışsal ve sosyal değişimlerinden yaygın olarak bahsedilmektedir (78-80). D'Urso, Mastroyannopoulou ve Kirby (2017)'nin çalışmasına göre kanser tanısı konulan çocukların kardeşleri şok, korku, yalnızlık, belirsizlik, üzüntü, öfke ve kıskançlık gibi çeşitli duygular yaşamaktadır (78). Ebeveynlerin ilgisinin hasta çocukta yoğunlaşması kardeşlerin kendini önemsiz ve dışlanmış hissetmesine neden

olmaktadır (80-81). Bir metaanaliz çalışmasından elde edilen sonuçlara göre kanser ve kronik hastalık tanısı alan çocukların kardeşlerinin kronik hastalığa sahip olmayan kardeşlere göre daha fazla anksiyete, depresyon, negatif duygusal tepkiler ve kötü akran ilişkileri deneyimlediğini göstermektedir (79). Travma sonrası stres, depresyon ve anksiyetenin ebeveynler ve kardeşler arasında da yaygın olduğu belirtilmektedir (60, 63, 82). Özetle tanı ve tedavi sürecinde ebeveynlerin ve diğer aile üyelerinin günlük rutinleri büyük ölçüde değişmektedir (73, 77, 83). Çocukluk çağı kanserleri ağırlı deneyimler, uzun süreli hastane yatışları, tedaviye bağlı yan etkiler nedeniyle bakım sürecini zorlaştırmakta, rol sorunları yaşanmakta ve kanser belirsizlik içermesi nedeniyle tüm aile bireyleri için stresli deneyimlere yol açmaktadır (70). Çalışmalar çocuğun primer bakımından genellikle annelerin sorumlu olduğunu göstermektedir (74, 84). Anneler tanı ve tedavinin her aşamasında umut, zorluklar ve acıyı çocukla birlikte yakından deneyimlemektedir ve bu durum genellikle annenin yaşadığı deneyimi diğer aile üyelerine göre benzersiz kılmaktadır (85).

2.1.3. Çocukluk çağı kanserlerinin primer bakım veren olarak anneler üzerindeki etkileri

Çalışmalar ebeveynlerden genellikle, annelerin primer bakım veren olduğunu göstermekte (69, 73, 86-88) ve annelerin tanı ve tedavi sürecinde fiziksel, ruhsal, sosyal ve finansal güçlükler yaşadıkları belirtilmektedir (11).

2.1.3.1 Annelerin Deneyimlediği Güçlükler

Anneler ev ve hastanede çocuğun tedavi protokollerini takip etmek, ilaçlarını vermek ve tedavi komplikasyonlarını izlemek gibi yeni rol ve sorumluluklar edinmektedirler (61). Kanser tedavi ve takibi uzun sürmekte ve sık hastane yatışlarını gerektirmektedir ve anneler çoğu zaman hastane yatışlarına şehir dışından gelmektedirler (89-90). Anneler hasta çocuğa ilişkin sorumluluklarının yanında ev işlerini ve diğer aile üyelerinin bakımını da sürdürmektedir (91). Tıbbi bakım verme gibi yeni sorumluluklar, ulaşım problemleri, ev işleri, diğer aile üyelerinin bakımı uzun süren tedavi sürecinde yorucu ve yıpratıcı olmaktadır (11). Çalışmalar annelerin kendi **fiziksel** sağlıklarını göz ardı ettiğini ve uykusuzluk, kilo kaybı, iştahsızlık, halsizlik, yorgunluk, bacak ağrısı ve şiddetli baş ağrısı fiziksel sağlık sorunları deneyimlediğini göstermektedir (91-93).

Sosyal yaşamla ilgili güçlük olarak, annelerin sosyal çevrelerinden uzaklaştığını ve arkadaşları tarafından damgalamaya maruz kaldıkları belirtilmektedir (94). Annenin, iş hayatından uzaklaşması, arkadaş ve akrabaları ile olan ilişkilerinin sınırlanması sosyal destek eksikliğine neden olmaktadır (95). Bu durum anneler için güçlü bir stres kaynağıdır ve durumla ilişkili olarak anneler izolasyon ve yalnızlık deneyimlemektedirler (96). Annelerin deneyimlediği bir başka güçlük ise çalışma yaşamıyla ilgili olup, annelerin işlerini bırakmak veya uzun süreli izin almak zorunda kalmalarıdır (74). Bu durum maddi güçlüklerle neden olmaktadır (74, 97-98). Maddi kaynakları güçlendirmek için annenin çalışması gerekse bile araştırmalar annelerin çalışma motivasyonunu kaybettiğini göstermektedir (99). Aile içi ilişkilerde, uzun süren hastane yatışları diğer çocuklar ve eş ile iletişimi azaltmakta, fiziksel mesafeyi artmaktadır (70). Bu durum annenin romantik ilişkilerini ve diğer çocuklarla olan ilişkilerini olumsuz etkilemekte ve aile olarak geçirelen zamanı azaltmaktadır (100). Sonuçta aile içi sorunlar nedeniyle anneler suçluluk, mutsuzluk, yalnızlık, izolasyon ve adaletsizlik gibi duygular deneyimlemektedir (11).

Psikolojik güçlükler olarak; annelerin tedavinin her aşamasını çocukla birlikte deneyimlemesi aralarındaki ebeveyn çocuk bağına zamanla daha da güçlendirmekte ve çocuğun yaşadığı acılara yakından şahitlik etmek ise anneler için ruhsal zorlantılarla sonuçlanmaktadır (69). Çocuğun çektiği fiziksel acı, sağlığı hakkında belirsizlik, nüks ve ölüm korkusu annelerin kontrol kaybı, güçsüzlük, distres, belirsizlik, umutsuzluk, korku, suçluluk gibi birçok farklı duyguyu deneyimlemesine neden olmaktadır (21, 86, 101-102).

Anneler tüm bu fiziksel, sosyal, ekonomik ve psikolojik güçlüklerle farklı şekillerde baş etmektedir (94, 103). Baş etme yöntemleri bireysel farklılıklar göstermekle birlikte sıklıkla kullanılan baş etme yöntemleri aile ilişkilerini güçlendirme, hayata karşı pozitif bakış açısı edinme, sosyal destek arama, çocuğu kanser tanısı alan diğer ebeveynlerle ve sağlık profesyonelleri ile iletişimi artırma, bilgi eksikliklerini giderme, çocuğa daha iyi bakım vermek için çabalama, güçlü görünme, inanç, dikkati dağıtma, ağlama, uyuma ve sigara içme olarak açıklanmaktadır (68, 91, 101, 104).

2.1.3.2. Annelerde Psikiyatrik Morbidite ve Depresyon

Çalışmalar annelerin deneyimlediği güçlüklerin anksiyete, depresyon ve post travmatik stres bozukluğu gibi ruh sağlığı sorunlarına yol açtığını göstermektedir (105-106). Literatürde kanser tanısına sahip çocukların annelerinde yüksek depresyon oranlarına işaret edilmektedir (11, 19-20). Ancak kanser tanısına sahip çocukların annelerinde depresyon oranları ve yordayıcılarını belirlemek amacıyla yapılan sınırlı sayıda çalışmaya ulaşılabilmektedir (11, 19-20, 107). Bu amaçla yapılan çalışmalar genellikle ebeveynlerle yürütülmüştür (63, 75, 108). Ebeveynlerle yürütülen çalışmalarda ise annelerin babalara ve sağlıklı çocuğu olan diğer ebeveynlere kıyasla daha yüksek oranlarda depresyon ve anksiyete deneyimlediği belirtilmektedir (106).

Kanser tanısına sahip bir çocuğun annesi olmak depresyon ve psikiyatrik morbidite için bir risk faktörüdür (68, 72). Kanser tanısı almış çocukların annelerinde depresyon oranlarının incelendiği bir çalışmada annelerin %70.6'sının şiddetli düzeyde, %20.6'sının orta düzeyde, %8.6'sının ise hafif düzey depresif semptomlar gösterdiği saptanmıştır (21). Ülkemizde yürütülen bir çalışmada ise kanser tanısı almış çocukların annelerinin %46'sının depresyon puanlarının kesme noktasının üzerinde olduğu belirlenmiştir (22). Kanser tanısına sahip çocukların annelerinde depresyonun sıklık ve şiddetini belirlemek amacıyla yapılan bir diğer çalışmanın sonucuna göre annelerde depresyon sıklığı %78 olarak belirlenmiştir. Annelerin %69'u hafif, %25'i orta, %5'i şiddetli ve %1'i ise çok şiddetli depresyon yaşadığı açıklanmaktadır (107). Yapılan başka bir çalışma akut lenfoblastik lösemi (ALL) tanısına sahip çocukların anneleri ve sağlıklı grubun anneleri arasında depresyon, anksiyete ve stresi karşılaştırmaktadır. Çalışmanın sonucuna göre ALL tanısına sahip çocukların anneleri sağlıklı gruba kıyasla depresyon puanlarından önemli ölçüde yüksek puanlar aldığı saptanmıştır (106). Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise ALL tanısına sahip çocukların bakımverenlerinde demografik özellikler, temel ihtiyaçların tatmini, günlük aktivitelerdeki performans ve başa çıkma stratejilerinin depresyon ve anksiyete belirtileri üzerine etkileri hiyerarşik regresyon analizi kullanılarak incelenmiştir. Sonuç olarak büyük yaş, düşük gelir, ailedeki çocuk sayısının fazla olması, temel ihtiyaçların düşük oranda tatmini ve duygu odaklı başa çıkmanın daha fazla kullanılması depresyon ve anksiyete belirtilerinin yüksek seviyeleriyle

ilişkilendirilmiştir. Ek olarak eğitim seviyesinin düşük olması da yüksek depresyon puanlarıyla ilişkili bulunmuştur (109).

2.2. Duygu Düzenleme Kavramı

Literatürde depresyon riski ile ilişkilendirilen kavramlardan biri duygu düzenlemedir (38). Duyguyu inceleyen disiplinler tarihsel süreç boyunca birçok tanım ve teori geliştirmiştir (110). Duygu ile ilgili birçok tanım ve teori yapılmış olsa da duygunun herkes tarafından kabul edilen ortak bir tanımı bulunmamaktadır (110-112). 1950'den önce duyguyu inceleyen ilk teoriler duygunun fizyolojik ve davranışsal boyutuna odaklanırken 1950'lerde bilişsel psikolojinin önem kazanması ile birlikte, bilişsel duygu kuramları giderek daha popüler hale gelmiştir (110, 113-114). Duygunun çok bileşenli bir süreç ve birden fazla tepkiyi içeren bir deneyim olduğu belirtilmektedir (110). Bilişsel duygu teorisyenlerinin öncüsü Lazarus duyguyu bilişsel değerlendirme, fizyolojik yanıt ve davranışsal tepkilerin eş zamanlı deneyimi olarak tanımlamaktadır (21). Scherer (2009) ise duyguyu bireyin çevresel olaylara esnek ve dinamik bir şekilde tepki vermesini sağlayan kültürel ve psikobiyolojik adaptasyon mekanizması olarak tanımlamaktadır (115).

Duygu düzenleme kişinin bir hedefe ulaşabilmek için duygusal tepkilerini izlemek, kontrol edebilmek, değerlendirebilmek ve değiştirebilmek için kullandığı tüm içsel ve dışsal süreçler olarak tanımlanmaktadır (116). Bireylerin duygu düzenleme hedefleri genellikle negatif duyguları (kaygı, üzüntü vb) azaltma ve pozitif duyguları artırma yönündedir (117). Bununla birlikte bazen duygu düzenleme hedefleri negatif duyguları arttırmaya veya gizlemeye ve pozitif duyguları azaltmaya yönelebilmektedir (118). Duygu düzenleme süreci öznel bir deneyimdir ve bireysel farklılıklar göstermektedir. (119). Araştırmacılar duygu düzenleme kavramı ile ilgili üç nokta üzerinde durmaktadır. Bunlardan ilki duyguların düşünce ve davranışları nasıl düzenlediği ve duygunun kendisinin nasıl düzenlendiğidir (120). İkinci nokta kişinin kendi duygularını (içsel duygu düzenleme) ve diğerlerinin duygularını (dışsal duygu düzenleme) nasıl düzenlediğidir (121). Üçüncü nokta ise duygu düzenlemenin bilinçli bir süreç mi yoksa bilinç dışı bir yanıt mı olduğu sorusudur (29). Duygu düzenlemenin pek çok örneği bilinçli olarak yapılmaktadır. Bunun yanında bazı duygu düzenleme süreçleri ise bilinçli farkındalık olmadan yapılmaktadır (28).

Bireylerin duygu düzenleme stratejileri öncül odaklı duygu düzenleme stratejileri ve tepki odaklı duygu düzenleme stratejileri olarak ikiye ayrılmaktadır (30, 31). Öncül odaklı stratejiler duyguların yönünü başlangıçta değiştiren, davranışsal, deneyimsel ve psikolojik tepkiler aktive olmadan önce kullanılan stratejiler olarak tanımlanır. Tepki odaklı stratejiler ise duygusal tepki ortaya çıktıktan sonra, bir diğer ifade ile duygu meydana geldikten sonra duyguyu kontrol etmek için kullanılan stratejiler olarak tanımlanmaktadır (31).

Duyguların düzenlenme süreci ile ilgili literatürde yaygın olarak kabul edilen modellerden birisi Gross'un Süreç Modelidir. Süreç modeli beş boyuttan oluşmaktadır (30). Bu boyutlar; durum seçimi, durum değişimi, dikkatte yayılma, bilişsel değişim ve tepki düzenleme'dir. Durum seçimi, durum değişimi, dikkatte yayılma, bilişsel değişim öncül odaklı duygu düzenleme stratejilerine girerken tepki düzenleme ise sonuç odaklı duygu düzenleme stratejilerine girmektedir (119). Durum Seçimi: Kişinin duygusal amacına göre durumun ortaya çıkmasını arttıran veya azaltan eylemlerde bulunmasıdır (30). Durum değişimi: Duygusal etkiyi değiştirmek için durumu değiştirme çabaları olarak tanımlanabilir (119). Durum değişimi ile anlatılmak istenen dışsal durumları yani fiziksel çevreyi değiştirmedir (122). Dikkatte yayılma: Kişinin duygularını şekillendirmek için dikkatini yönlendirmesidir ve dikkatte yayılma süreci dikkat dağıtma ve konsantrasyon ile yapılabilmektedir (30). Dikkat dağıtma dikkati durumun diğer yönlerine odaklamak veya dikkati durumdan tamamen uzaklaştırarak yapılmaktadır. Konsantrasyon ise durumun duygusal yönlerine dikkati odaklamaktır (123). Bilişsel Değişim: Kişinin olay hakkında düşünme şeklini değiştirerek durumun duygusal önemini şekillendirmesidir (122). Tepki düzenleme: Duygu üretme sürecinin geç aşamalarında tepki verme eğilimleri başladıktan sonra ortaya çıkmaktadır. Tepki düzenleme deneyimsel, davranışsal ve fizyolojik tepkileri doğrudan etkilemeyi ifade eder. Örneğin olumsuz duygulara verilen fizyolojik tepkileri azaltmak için derin nefes alma ve gevşeme teknikleri kullanılabilir (122). Tepki düzenleme biçimlerinden birisi de ifadenin baskılanmasıdır (124). İfade baskılanması olumlu veya olumsuz duygusal tepkilerin ifade edilmesinin baskılanmasıdır (122).

Yapılan alışmalar başarılı bir duygu düzenlemenin ruhsal iyilik hali, sosyal işlevsellik, akademik ve iş performansında artış ile ilişkili olduğunu göstermektedir (125-129). Duygu düzenlemede yaşanan zorluklar ise ruhsal sağlık sorunları ile ilişkilendirilmektedir (119).

2.2.1. Duygu Düzenleme ve İlişkili Kavramlar

Duygu düzenleme, başa çıkma ve duygu durumu düzenleme gibi kavramlar birbirine benzemekte ve bu kavramlar i ie geçebilmektedir (122). Bu nedenle bu ayrımı yapabilmek duygu düzenleme kavramını daha net anlayabilmek açısından önem kazanmaktadır. Duygu durumu düzenleme, duygu düzenlemeye göre genellikle daha uzun süreli duygusal tepkileri düzenlemeye odaklanmaktadır (116). Başa ıkma herhangi bir tehdit karşısında hayatta kalmaya katkıda bulunan ve tehlikeli durumları kontrol ederek uyarılmayı azaltan öğrenilmiş davranışlar olarak tanımlanmaktadır. (130). Başa çıkmada uyumu arttırmak için davranışsal faaliyetlerin ön planda olduğu belirtilmektedir. Bilişsel duygu düzenleme stratejileri ise duyguları düzenlemede bilişsel faaliyetler üzerinde odaklanmaktadır (33). Buna ek olarak başa çıkma daha çok olumsuz duygulanımı azaltmaya odaklanmakta ve süre olarak daha uzun dönemlere vurgu yapmaktadır (rneğin yasla başa ıkma) (122). Duygu düzenleme ise hem olumlu hem de olumsuz duyguları yönetebilme yeteneği üzerine yoğunlaşan bir kavram olarak açıklanmaktadır (33,119).

2.2.2. Bilişsel Duygu Düzenleme

İnsanlar kendileri için yoğun stres yaratan veya tehdit oluşturan bir durumla karşılaştıklarında sıklıkla duygularını bilişler veya bilişsel süreçler ile şekillendirmektedirler (128). Bilişsel süreçler bilinçli (rneğin kendini suçlama, felaketleştirme) olabilmekle birlikte bazen bilinç dışı (yansıtma, inkr) olabilmektedir (33). Garnefski ve arkadaşları bilişsel duygu düzenlemenin bilinçli bilişsel stratejilerine odaklanmaktadır (32).

Bilişsel duygu düzenleme yeteneği kişinin duygularını kontrol etmesine, düzenlemesine ve olumsuz duygusal etkilerden daha az etkilenmesine yardımcı olabilmektedir. Bilişsel duygu düzenleme stratejileri bilişsel başa çıkma stratejilerine odaklanmaktadır. Garnefski ve arkadaşları bilişsel duygu düzenlemeyi dokuz strateji altında incelemiştir (33).

Bu stratejiler;

1-Kendini suçlama: Kişinin yaşadıklarından dolayı kendini suçlamasıdır (131). Yapılan birçok çalışma kendini suçlama stratejisinin sık kullanımını yüksek depresyon oranları ve düşük iyilik hali ile ilişkilendirmektedir (132-135).

2-Kabul: Yaşanılan duyguları kabul etmedir. Bu strateji aktif bir kendini onaylama süreci olarak değerlendirilebilirken bazen de olumsuz deneyimlere pasif bir teslimiyet biçimi olarak değerlendirilebilmektedir (136).

3-Ruminasyon: Olayla ilişkili tekrarlayan olumsuz düşüncelerdir (137). Ruminasyonun sık kullanımı depresif semptomlarla ilişkili bulunmaktadır (138). Çalışmalar ruminasyonun depresif dönemlerin başlangıcını öngördüğünü ve kadın popülasyonunda daha yüksek oranda kullanıldığını göstermektedir (134, 137, 139).

4- Olumlu yeniden odaklanma: Yaşanan olay yerine başka olumlu ve eğlenceli deneyimleri düşünmeyi ifade eder (140). Kanseri hastaları ile yapılan bir çalışmanın sonucuna göre olumlu yeniden odaklanma dayanıklılığı yordayan bilişsel duygu düzenleme stratejileri arasındadır (141).

5-Plan yapmaya yeniden odaklanma: Olayla başa çıkmak için atılması gereken adımları düşünmektir. (136).

6-Olumlu yeniden değerlendirme: Olaya daha olumlu bir anlam yükleme ve olayı kişisel gelişime katkı olarak değerlendirmedir (136, 142).

7-Olayın değerini azaltma: Diğer olaylarla karşılaştırıldığında olayın ciddiyetini küçümsemeye yönelik düşüncelerdir (143).

8-Felaketleştirme: Deneyimlenen olayı olduğundan daha kötü değerlendiren düşüncelerdir (144).Yapılan çalışmalar felaketleştirme stratejisinin sosyal işlevsellik problemleri, düşük yaşam kalitesi, depresyon ve anksiyete ile pozitif ve güçlü ilişki gösterdiğine dikkat çekmektedir (145-147). Farklı yaş ve örneklem gruplarında yapılan çalışmalar kadınların felaketleştirme stratejisini daha sık kullandığını göstermektedir (134, 148).

9- Diğerlerini suçlama: Yaşanılan olayların suçunu başkalarına yükleme düşünceleridir (149).

Garnefski ve ark. (2001) kendini suçlama, diğerlerini suçlama, felaketleştirme ve ruminasyonu maladaptif stratejiler olarak değerlendirirken, kabul, olumlu yeniden

odaklanma, olumlu yeniden değerlendirme, plan yapmaya yeniden odaklanma ve olayın değerini azaltmayı adaptif stratejiler olarak değerlendirmektedir (33).

2.2.3. Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejileri ve Depresyon İlişkisi

Literatür incelendiğinde, bilişsel duygu düzenleme stratejileri ve depresyon arasındaki ilişkinin farklı gruplarda sık olarak araştırıldığı görülmektedir. Duygu düzenleme ile ruhsal sağlık arasındaki ilişkiyi inceleyen bir metaanalitik derleme çalışmasından elde edilen sonuçlara göre depresyonun duygu düzenlemede yaşanan zorluklarla güçlü bir ilişkisi olduğu saptanmıştır (38). Garnefski & Kraaij bilişsel duygu düzenleme stratejileri ve depresyon arasındaki ilişkiyi beş farklı popülasyonda (erken ergenler, geç ergenler, yetişkinler, yaşlılar ve psikiyatrik hastalar) incelemek amacıyla bir araştırma yürütmüştür. Araştırmanın sonucunda tüm popülasyonlarda bilişsel duygu düzenleme stratejileri ile depresyon arasında güçlü ilişkiler olduğunu saptamışlardır (35). Araştırmalar depresyona yatkınlığı olan bireylerin adaptif bilişsel duygu düzenleme stratejilerini yetersiz kullanırken, maladaptif stratejileri sık kullandıklarını göstermektedir (145, 150-152). Bir metaanaliz çalışmasından elde edilen sonuçlara göre kendini suçlama, kabul, ruminasyon, felaketleştirme ve diğerlerini suçlamanın depresyonla anlamlı pozitif korelasyon gösterdiği bulunmuştur (153). Meme kanseri tanısı alan kadınlarda depresif belirtilerin yordayıcısı olarak bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin kullanımını incelemek amacıyla yürütülen bir çalışmanın sonucuna göre bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin depresif belirtiler üzerindeki etkisinin %29.4 olduğu belirtilmektedir (154).

Üniversite öğrencilerinde bilişsel duygu düzenleme ve depresyon arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılan bir çalışmanın sonucuna göre felaketleştirme, kendini suçlama ve ruminasyon depresif semptomlarla pozitif yönde ilişkiliyken, olumlu yeniden odaklanma, olumlu yeniden değerlendirme ve plan yapmaya yeniden odaklanma depresyon ile negatif ilişkili bulunmuştur (155). Ayaktan tedavi gören majör depresyon tanılı hastalar ile sağlıklı yetişkinlerin bilişsel duygu düzenleme stratejilerini kullanımını incelemek amacıyla yürütülen bir çalışmada; majör depresyonu olan hastaların kendini suçlama, felaketleştirme, kabul ve diğerlerini suçlama stratejilerinden önemli ölçüde yüksek puanlar aldıkları saptanmıştır (133).

Çalışmalardan elde edilen sonuçlar depresyonun belirlenmesi ve tedavisinde bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin önemli bir role sahip olduğunu

göstermektedir. Kanser tanısına sahip çocukların annelerinde bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin anksiyete ve psikolojik iyi oluşluluk üzerindeki etkisini inceleyen bir çalışmaya ulaşılmıştır (37). Ancak çocukluk çağı kanser tanısına sahip çocukların annelerinde bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin depresyonu yordama rolünü ele alan bir çalışmaya ulaşılamamıştır. Bu nedenle kanser tanısına sahip çocukların annelerinde depresyonu araştırırken bilişsel duygu düzenlemenin etkisini incelemenin literatüre önemli bir katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

2.3. Kanser Tanısına Sahip Çocukların Annelerine Yönelik Psikososyal Bakım ve Hemşirenin Rolü

Annelerde anksiyete, depresyon ve posttravmatik stres bozukluğu gibi ruh sağlığı sorunlarının yüksek oranda görüldüğü belirtilmiştir. Bu nedenle annelerin riskli grup olarak değerlendirilip psikososyal bakımının planlanması son derece önemlidir (9, 72). Hemşireler sağlık ekibi içerisinde çocuk ve anne ile en uzun vakit geçiren meslek grubudur (41). Onkoloji alanında bakım çocuğu, anneyi ve tüm aileyi içerecek şekilde bütüncül olmalıdır (42). 8 Mart 2010 tarihli ve 27515 sayılı Hemşirelik Yönetmeliği ve bu yönetmelikte 19 Nisan 2011 tarihinde yapılan değişiklik ile hastanın ve ailesinin fiziksel ve psikolojik bakımını bütünleştirmek, psikolojik uyumunu arttırmak, baş etme yöntemlerini geliştirmek ve rehabilitasyonunun sağlanması konsültasyon liyezon psikiyatri hemşirelerinin görevleri arasındadır (45). Konsültasyon liyezon hemşireleri pediatrik onkoloji hemşireleri ile işbirliği yaparak hasta ve ailesine yönelik eğitim ihtiyacını belirler, planlar, uygular ve değerlendirir. Çalışmalarda konsültasyon liyezon psikiyatri hemşirelerinin verdiği psikososyal bakımın anne, çocuk ve ailenin hastalıkla baş etmesinde önemli bir rolü olduğu olduğu belirtilmektedir (156). Yapılan araştırmalar annelerin hemşirelerden bilgi eksikliğinin giderilmesi, sağlık profesyonelleri ile iletişim ve finansal destek konusunda yönlendirme gibi alanlarda destek beklediğini göstermektedir (9, 72, 91). Kanser tanısına sahip çocukların annelerinin hemşirelerden beklentileri ve sosyal destek ihtiyaçlarını belirlemek amacıyla yapılan bir çalışmanın sonucuna göre ise annelerin %54,5'i hemşirelerden sosyal destek beklemektedir (92). Hemşirelerden beklenen sosyal destek türleri çoğunlukla duygusal destek (%89,5) ve arkadaşlıktır (%39,5). Sonuç olarak anneye verilen psikososyal destek primer bakım verenin stres yükünü azaltmakta ve tedavi başarısını büyük oranda arttırmaktadır (50). Bu nedenle

psikososyal bakımı sürdürme konusunda konsültasyon liyezon psikiyatri hemşirelerine önemli görevler düşmektedir (159).

Hemşireler annelerin psikososyal bakımını planlarken öncelikle annenin şok duygusuna yanıtını, yaşadığı güçlükleri, baş etme ve uyum sürecini değerlendirmeli, bakımı planlamalı ve uygulamalıdır (157). Annenin çocukla ve ailesiyle olan ilişkilerini göz önünde bulundurmalı, annelerin duygusal yanıtlarını ve bu duyguları düzenleme becerilerini değerlendirmelidirler (158).

Konsültasyon liyezon psikiyatri hemşireleri annelerin gereksinimlerini dikkate alarak, psikoeğitim ve ruhsal sağlığı destek programları, psiko-onkoloji danışmanlığı gibi psikososyal bakımı destekleyen girişimler uygulayarak annelere destek sağlayabilir (8,41,50, 156).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, kesitsel ilişki arayıcı tasarımdadır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Eylül 2019-Mart 2020 tarihleri arasında İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Hematoloji-Onkoloji Polikliniği/Ayaktan Tedavi Ünitesi, Dokuz Eylül Üniversitesi Nevvar&Salih İşgören Çocuk Hastanesi Hematoloji ve Onkoloji Polikliniği/Ayaktan Tedavi Ünitesi ve Ege Üniversitesi Çocuk Hastanesi Hematoloji Ve Onkoloji Polikliniği/Ayaktan Tedavi Ünitesinde yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini İzmir ili Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Hematoloji-Onkoloji Polikliniği/ Ayaktan Tedavi Ünitesi, Dokuz Eylül Üniversitesi Nevvar&Salih İşgören Çocuk Hastanesi Hematoloji ve Onkoloji Polikliniği/Ayaktan Tedavi Ünitesi ve Ege Üniversitesi Çocuk Hastanesi Hematoloji ve Onkoloji Polikliniği/Ayaktan Tedavi Ünitesine kayıtlı çocukluk çağı kanser tanısına sahip çocukların anneleri oluşturmuştur. *Çalışmaya dahil edilme kriterleri:* Çocukluk çağı kanser tanısına sahip, kemoterapi protokollerini ayaktan alan bir çocuğun primer bakımından sorumlu annesi olma, *dışlama kriterleri:* annenin iletişim kurmayı engelleyecek herhangi bir engelinin olması, bakım vermekle yükümlü olduğu başka bir kronik hastalık tanısına sahip aile üyesinin olması ve

çocuğun terminal dönemde olmasıdır. Araştırmanın örneklem büyüklüğü G. POWER-3.1.9.2 programı kullanılarak, regresyon analizi baz alınarak %80 güç, 0.05 anlamlılık düzeyi ve orta etki büyüklüğünde gerekli örneklem sayısı 150 olarak belirlenmiştir. Çalışma 129 katılımcı ile tamamlanmıştır. Araştırma tamamlandıktan sonra yapılan post hoc güç analizinin sonucuna göre çalışmanın gücü 0.93 olarak belirlenmiştir.

3.4. Çalışma Materyali

Bu araştırmada herhangi bir çalışma materyali bulunmamaktadır.

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

3.5.1. Bağımlı Değişken:

Bu araştırmanın bağımlı değişkeni depresyon riskidir.

3.5.2. Bağımsız Değişken:

Bu araştırmanın bağımsız değişkenlerini yaş, eğitim durumu, maddi gelir, annenin çalışma durumu, medeni durum, çocuk sayısı gibi sosyo demografik değişkenler ve bilişsel duygu düzenleme ölçeğinin alt boyutları oluşturmuştur.

3.6. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplama araçları olarak, literatür taranarak oluşturulan sosyo demografik özellikler formu, Beck Depresyon Ölçeği ve Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği kullanılmıştır.

3.6.1. Sosyodemografik Özellikler Tanıtım Formu

Araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan sosyo-demografik özellikler formu (EK 1) annelerin (yaş, eğitim durumu, maddi gelir durumu, bir işte çalışma durumu, medeni hali ve çocuk) ve bakım verilen çocuğun (yaş, cinsiyet, tanı, tanı zamanı) sosyo demografik özelliklerini belirlemeye yönelik soruları içermektedir.

3.6.2. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)

Beck Depresyon Ölçeğinin ilk formu, Beck (1961) tarafından geliştirilmiştir (160) ve uyarlaması Tegin (1980) tarafından yapılmıştır (161). Ölçeğin Türkiye için geçerlik ve güvenirlik çalışması Hisli (1988, 1989) tarafından yapılmıştır (162-163). Beck Depresyon Ölçeği (EK 2) depresyonda görülen somatik, bilişsel, duygusal ve motivasyonel belirtileri ölçmektedir. Ölçeğin amacı depresyon tanısı koymak değil, depresyon belirtilerinin şiddetini belirlemektir. Ölçeğin maddelerinde ele alınan

depresyon belirtileri sırasıyla depresif ruh hali, karamsarlık, başarısızlık, doyumsuzluk, suçluluk, kendinden nefret etme, kendini suçlama, cezalandırılma istekleri, ağlama nöbetleri, sinirlilik, sosyal çekilme, kararsızlık, bedensel imajın çarpıtılması, çalışamama, uyku bozukluğu, yorgunluk, iştah azalması, kilo kaybı, somatik meşguliyetler ve libido kaybıdır (163). Ölçek 0'dan 3'e kadar derecelendirilmekte ve 21 maddeden oluşmaktadır. Derecelendirmelerin toplanmasıyla 0–63 arasında değişen bir depresyon puanı elde edilmektedir. Toplam puanın artması depresif semptomların arttığını göstermektedir. Ölçeğin kesme puanı 17 olarak kabul edilmektedir (163). Ölçeğin iki yarım test güvenirlik katsayısı .74 ve madde analizinde elde edilen cronbach alfa katsayısı .80 bulunmuştur (163). Bu çalışmada Beck Depresyon Ölçeği cronbach alfa değeri .85 olarak hesaplanmıştır.

3.6.3. Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği (BDDÖ)

Garnefski, Kraaij, ve Spinhoven (2001) tarafından geliştirilen Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği, insanların olumsuz olaylar ve durumlardan sonra kullandıkları bilişsel duygu düzenleme stratejilerini ölçmek için kullanılmaktadır (33). Ölçek dokuz alt boyut ve 36 maddeden oluşmaktadır. Her bir maddenin puanlaması 1 ile 5 puan arasında değişmektedir. Likert tip bir ölçektir. Her bir alt boyutta 4 madde bulunmaktadır. Alt ölçekler: kendini suçlama, diğerlerini suçlama, kabul, plan yapmaya yeniden odaklanma, olumlu yeniden odaklanma, düşünceye odaklanma veya ruminasyon, olumlu yeniden değerlendirme, bakış açısına yerleştirme ve felaketleştirme'dir. Her alt boyuttan alınan puanlar 4 ile 20 puan arasında değişmektedir. Bir alt boyuttan alınan yüksek puanlar o alt boyuta ait stratejinin daha çok kullanıldığını göstermektedir (33). Alt boyutlara ait maddeler Tablo 1'de verilmiştir.

Tablo 1. Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği'nin (BDDÖ) Alt Boyutlarına ait Maddeler

<i>BDDÖ Alt Boyutları</i>	<i>Alt Boyutlara ait Maddeler</i>
Kendini Suçlama	1,10,19,28
Kabul	2,11,20,29
Ruminasyon	3,12,21,30
Olumlu yeniden odaklanma	4,13,22,31
Plan yapmaya yeniden odaklanma	5,14,23,32
Olumlu yeniden değerlendirme	6,15,24,33
Olayın değerini azaltma	7,16,25,34
Felaketleştirme	8,17,26,35
Diğerlerini suçlama	9,18, 27,36

Kabul etme, plan yapmaya yeniden odaklanma, olumlu yeniden odaklanma, olumlu yeniden değerlendirme ve bakış açısına yerleştirme adaptif stratejiler, kendini suçlama, diğerlerini suçlama, ruminasyon ve felaketleştirme ise maladaptif stratejiler olarak kabul edilmektedir (33). Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği Tuna ve Bozo (2012) tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır (164). Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeğinin (EK 3) alt boyutlarının cronbach alfa güvenilirliği kendini suçlama .72, kabul .74 , ruminasyon .82 , olumlu yeniden odaklanma .81 , plan yapmaya yeniden odaklanma .81, olumlu yeniden değerlendirme .79, olayın değerini azaltma .75, felaketleştirme .83 ve diğerlerini suçlama 0.82'dir. Bir aylık takip sonrasında alt boyutların test-tekrar test güvenilirliği .50 (başkalarını suçlama) .70 (kendini suçlama) arasında değişmektedir (164). Bu çalışmada Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeğinin toplam cronbach alfa değeri .82 olarak hesaplanmıştır.

Şekil 1. Veri Toplama Akış Şeması



3.7. Araştırma Planı ve Takvimi

Tablo 2. Araştırma Planı ve Takvimi

Literatür tarama- tez konusu belirleme (Ocak 2018 -Nisan 2018)
Literatür tarama (Mayıs 2018 –Aralık 2018)
Tez önerisi hazırlama (Ocak 2019-Mayıs 2019)
Tez öneri sunum (Haziran 2019)
Etik kurul onayı ve kurum izinleri (Temmuz-Eylül 2019)
Veri toplama (Eylül 2019-Nisan 2020)
Verilerin analizi (Mayıs 2020-Ocak 2021)
Tez yazımı (Temmuz 2020-Haziran 2021)
Tez bitirme sınavı (Temmuz 2021)

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler SPSS Version 23 ve G. POWER-3.1.9.2 programları kullanılarak değerlendirilmiştir. Sosyo-demografik veriler ve ölçek puanlarının değerlendirilmesinde sayı, yüzde dağılımları, ortalama ve standart sapma gibi tanımlayıcı istatistiksel yöntemler kullanılmıştır. Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeğinin alt boyutları ve sosyodemografik değişkenlerin depresyon riskini yordama etkisi hiyerarşik regresyon analizi ile incelenmiştir. Modele alınacak değişkenler t testi, tek yönlü varyans analizi, post-hoc benferroni testi, pearson korelasyon analizi yöntemleri kullanılarak ikili analizlerle belirlenmiştir.

Hiyerarşik regresyon yapılabilmesi için veri setinin çoklu doğrusal regresyonun varsayımlarını karşılaması gerekmektedir. Bu varsayımlar; veri setinde aykırı değerler olmaması, verilerin normal dağılıma sahip olması, bağımsız değişkenler arasında çoklu doğrusal bağlantı probleminin olmamasıdır. (165). Aykırı değerler veri setinden “Mahalanobis” uzaklık değeri hesaplanarak çıkarılmıştır. Verilerin normal dağılımına

çarpıklık ve basıklık değerleri göz önünde bulundurularak bakılmıştır. Verilerin normal dağılıma sahip olduğu bulunmuştur (çarpıklık ve basıklık değerleri ± 2). Bağımsız değişkenler arasında çoklu doğrusal bağlantı pearson korelasyon analizi, varyans şişirme faktörü (VIF) ve tolerans değeri ile incelenmiştir. Çoklu doğrusal bağlantı olmaması için bağımsız değişkenler arasındaki korelasyon katsayılarının. 90 ‘dan düşük olması ($r < .90$), her bir bağımsız değişkenin VIF değerinin 5’in altında ve tolerans değerinin 0.2’nin üstünde olması gerekmektedir. (166). Kategorik değişkenler modele alınırken dummy değişken atanmıştır. Çoklu doğrusal regresyon analizinin yapılabilmesi için gerekli tüm varsayımlar karşılandıktan sonra hiyerarşik regresyon analizi yapılmıştır. Anlamlılık düzeyi .05 kabul edilmiştir.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Veri toplama sürecinin covid-19 pandemisinden etkilenmesi araştırmamızın sınırlılıklarındandır.

3.10. Etik Kurul Onayı

Araştırmanın yürütüleceğini İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nden 13399118-799 sayı numaralı yazı ile, Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Başhekimliği’nden 72292585-00.99-E.72616 sayı numaralı yazı ile ve Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Başhekimliği’nden E.80746 sayı numaralı yazı ile kurum izinleri alınmıştır. Araştırmanın yürütülmesi için Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’ndan 09.09.2019 tarihli 4982-GOA dosya numaralı ve 2019/22-16 karar numaralı etik kurul izni alınmıştır. Araştırmaya katılımda gönüllülük ilkesi temel alınmış olup, katılımcılardan sözlü ve yazılı onam alınmıştır.

4. BULGULAR

Araştırmanın bulguları aşağıdaki başlıklar altında verilmiştir.

4.1. Annelerin ve Bakım Verilen Çocukların Tanıtıcı Özellikleri

4.2. Annelerin Depresyon Risk Düzeyleri ve Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamaları

4.3. Annelerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin ve Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejilerinin Depresyon Riskini Yordama Etkisi

4.3.1. Depresyon Riskini Yordayan Faktörler

4.1. Annelerin ve Bakım Verilen Çocukların Tanıtıcı Özellikleri

Tablo 3. Annelerin Sosyodemografik Özellikleri

Değişkenler	$\bar{X}$	SS	Min-Max
Yaş	36.81	6.50	23-59
Çocuk Sayısı	2.17	1.04	1-7
	<i>Sayı(n)</i>	<i>Yüzde(%)</i>	
Medeni Durum			
Evli	120	94.5	
Bekar	7	5.5	
Eğitim Durumu			
İlköğretim	39	30.7	
Ortaöğretim	40	31.5	
Yükseköğretim	48	37.8	
Çalışma Durumu			
Çalışıyor	32	25.2	
Çalışmıyor	95	74.8	
Maddi Durum			
Gelir giderden fazla	21	16.5	
Gelir gidere eşit	57	44.9	
Gelir giderden az	49	38.6	
Toplam	127	100.0	

Araştırmaya katılan annelerin sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı Tablo 3’de verilmiştir. Annelerin yaş ortalaması 36.81 ± 6.50 ’dir (Min max: 23-59). Annelerin %94.5’i (n= 120) evli, çocuk sayılarının ortalaması ise 2.17 ± 1.04 ’dür.

Annelerin %30.7’si ilköğretim (n= 39), %31.5’i ortaöğretim (n= 40), %37.8’i yükseköğretim mezunudur. Annelerin %25.2’si (n= 32) çalışırken, %74.8’i (n=95) ise herhangi bir işte çalışmamaktadır. Annelerin maddi durum düzeyleri incelendiğinde; %16.5’inin (n= 21) gelir giderden fazla, %44.9’unun (n= 57) gelir gidere eşit ve %38.6’sının (n= 49) gelir giderden az olduğu belirlenmiştir.



Tablo 4. Bakım verilen Çocuğun Tanıtıcı Özellikleri

Değişkenler	$\bar{X}$	SS	Min-Max
Çocuk Yaş	7.92	4.69	3 ay-15 yaş
Tanıdan Beri Geçen Ay	14.79	11.36	2-48
	Sayı	%	
Çocuk Cinsiyet			
Erkek	69	54.3	
Kız	58	45.7	
Tanı			
Akut Lenfoblastik Lösemi	38	29.9	
Santral Sinir Sistemi Tümörleri	26	20.5	
Yumuşak Doku Sarkomları	19	15.0	
Nöroblastom	17	13.4	
Kemik Tümörleri	10	7.9	
Lenfomalar	8	6.3	
Germ Hücreli Tümörler	4	3.1	
Böbrek Tümörleri	2	1.6	
Retinablastom	2	1.6	
Karaciğer Tümörleri	1	0.8	
Tedavi Şekli			
Kemoterapi (KT)	82	64.6	
Cerrahi Tedavi	3	2.4	
KT ve Cerrahi Tedavi (CT)	10	7.9	
KT ve Radyoterapi(RT)	12	9.4	
KT+RT+CT	20	15.7	
Toplam	127	100.0	

n=127

Annelerin bakım verdiği çocukların tanıtıcı özellikleri Tablo 4’de verilmiştir. Bakım verilen çocukların yaş ortalaması 7.92 ± 4.69 ’dır ve çocukların %54.3’ü (n=69) erkektir. -Tanıdan beri geçen süre ortalaması 14.79 ± 11.36 aydır. Çocukların tanılarına göre dağılımları incelendiğinde %29.9’unun akut lenfoblastik lösemi, %20.5’inin santral sinir sistemi tümörleri, %15’inin ise yumuşak doku sarkomu, %13.4’ünün nöroblastom, %7.9’nun kemik tümörleri, %6.3’ünün lenfomalar, %3.1’inin germ hücreli tümörler, %1.6’sının böbrek tümörleri, %1.6’sının retinablastom, %0.8’inin karaciğer tümörleri olduğu saptanmıştır. Çocukların %64.6’sının kemoterapi, %15.7’sinin kemoterapi, radyoterapi ve cerrahi tedavi kombinasyonu, %9.4’ünün kemoterapi ve radyoterapi, %7.9’unun kemoterapi ve cerrahi tedavi, %2.4’ünün yalnızca cerrahi tedavi aldıkları belirlenmiştir.

4.2. Annelerin Depresyon Risk Düzeyleri ve Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamaları

Tablo 5. Annelerin Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) Puan Ortalamaları

	<i>Min</i>	<i>Max</i>	$\bar{X}$	<i>SS</i>
Depresyon	0.00	38.00	15.73	9.07

Annelerin Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) puan ortalamaları Tablo 5’te verilmiştir. Annelerin BDÖ puan ortalaması 15.74 ± 9.07 ’dir (min max:0-38).

Tablo 6. Annelerin Depresyon Risk Düzeylerine göre Dağılımı

Depresyon Riski	<i>n</i>	%
Var	57	44.9
Yok	70	55.1
Toplam	127	100.0

n=127

Araştırmaya katılan annelerin depresyon risk düzeylerine göre dağılımları Tablo 6’da verilmiştir. Annelerin %44.9’ünde depresyon riskinin olduğu, %55.1’inde depresyon riskinin olmadığı belirlenmiştir (Tablo 6).

Tablo 7. Annelerin Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği (BDDÖ) Alt Boyut Puan Ortalamaları

BDDÖ Alt Boyutları	Min	Max	$\bar{X}$	SS
Plan Yapmaya Yeniden Odaklanma	7.00	20.00	15.11	3.03
Olumlu Yeniden Değerlendirme	6.00	20.00	14.49	3.48
Kabul	5.00	20.00	13.86	3.31
Olayın Değerini Azaltma	4.00	20.00	13.64	3.56
Ruminasyon	4.00	20.00	12.79	3.54
Olumlu Yeniden Odaklanma	4.00	20.00	12.29	3.68
Felaketleştirme	4.00	20.00	10.53	3.89
Kendini suçlama	4.00	17.00	8.11	3.46
Diğerlerini Suçlama	4.00	20.00	6.92	3.15

n=127

Annelerin BDDÖ puan ortalamaları dağılımı incelendiğinde; plan yapmaya yeniden odaklanma alt boyutu puan ortalaması 15.11 ± 3.03 , olumlu yeniden değerlendirme alt boyutu puan ortalaması 14.49 ± 3.48 , kabul alt boyutu puan ortalaması 13.86 ± 3.31 , olayın değerini azaltma alt boyutu puan ortalaması 13.64 ± 3.56 , ruminasyon alt boyutu puan ortalaması 12.79 ± 3.54 , olumlu yeniden odaklanma alt boyutu puan ortalaması 12.29 ± 3.68 , felaketleştirme alt boyutu puan ortalaması 10.53 ± 3.89 , kendini suçlama alt boyutu puan ortalaması 8.11 ± 3.46 , diğerlerini suçlama alt boyutu puan ortalaması ise 6.92 ± 3.15 'dir (Tablo 7).

4.3. Annelerin Sosyo-Demografik Değişkenleri ve Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejilerinin Depresyon Riskini Yordama Etkisi

Araştırmada regresyon analizi yapılmadan önce modele alınacak bağımsız değişkenlere karar verebilmek için yapılan ikili analizlerde annelerin yaşı ($r=-0.091$, $p=0.309$) ve çocuk sayısı ($r=0.011$, $p=0.906$) ile BDÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır. Annelerin çalışma durumu ($t=-0.504$, $p=0.615$), eğitim durumu ($F=0.290$, $p=0.884$) ve BDÖ puanı arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Ancak annelerin medeni durumun evli olması ($t=2.089$, $p=0.039$) ile maddi durumun gelir giderden az olma durumu ve BDÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($F=5.885$, $p=0.004$) (Tablo 8).

Bilişsel duygu düzenleme ölçeğinin alt boyutlarından kendini suçlama ($r=0.520$, $p<0.01$), kabul ($r=0.194$, $p<0.05$), ruminasyon ($r=0.305$, $p<0.01$) felaketleştirme ($r=0.524$, $p<0.01$) ve diğerlerini suçlama ile BDÖ puanı arasında ($r=0.387$, $p<0.01$) istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki saptanmıştır. BDÖ ile olumlu yeniden odaklanma ($r=-0.288$, $p<0.01$) ve olumlu yeniden değerlendirme arasında ($r=-0.197$, $p<0.05$) istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönde bir ilişki saptanmıştır. Bilişsel duygu düzenleme ölçeğinin plan yapmaya yeniden odaklanma ($r=0.021$, $p>0.05$) ve olayın değerini azaltma ($r=-0.145$, $p>0.05$) alt boyutları ile BDÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Tablo 9).

Depresyon riskini yordayan değişkenleri belirlemek için modele alınacak değişkenler arasındaki çoklu bağlantıyı incelemek üzere yapılan korelasyon analizi sonuçları Tablo 9’da verilmiştir.

Tablo 8. Annelerin Sosyodemografik Değişkenlerine göre Beck Depresyon Ölçeği

Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Değişkenler	$\bar{X}$	SS	t/F Değeri	P	Bonferroni
Medeni Durum					
Evli	16.13	8.99	t=2.089	0.039*	
Bekar	8.85	8.13			
Çalışma Durumu					
Çalışıyor	15.03	10.28	t=-0.504	0.615	
Çalışmıyor	15.96	8.68			
Eğitim Durumu					
İlköğretim	16.82	9.42	F=0.290	0.884	
Ortaöğretim	15.45	8.53			
Yükseköğretim	15.08	9.33			
Maddi Durum					
Gelir giderden fazla (1)	14.61	9.13	F=5.885	0.004*	3>2
Gelir gidere eşit (2)	13.29	9.09			
Gelir giderden az (3)	19.04	8.13			

$p^*<0.05$

Tablo 9. Model Değişkenleri Arasındaki Korelasyonlar

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1.Depresyon	1												
2.Medeni Hali	0.100	1											
3.Maddi durum=gelir giderden az	0.290**	0.135	1										
4.Maddi durum=gelir giderden fazla	-0.055	-0.016	-0.353**	1									
5.Kendini Suçlama	0.520**	-0.014	0.068	-0.082	1								
6.Kabul	0.194*	-0.100	-0.061	-0.072	0.170	1							
7.Ruminasyon	0.305**	-0.068	0.160	-0.118	0.326**	0.474**	1						
8.Olumlu Yeniden Odaklanma	-0.288**	-0.005	-0.007	-0.083	-0.170	0.019	-0.050	1					
9.Plan Yapmaya Yeniden Odaklanma	-0.021	-0.151	-0.018	-0.065	-0.093	0.398**	0.361**	0.297**	1				
10.Olumlu yeniden Değerlendirme	-0.197*	-0.083	0.040	-0.112	-0.150	0.306**	0.248**	0.398**	0.493**	1			
11.Olayın Değerini Azaltma	-0.145	-0.084	-0.049	-0.027	0.046	0.522**	0.282**	0.178*	0.344**	0.439**	1		
12.Felaketleştirme	0.524**	0.041	0.178*	0.031	0.403**	0.218*	0.412**	-0.250**	0.149	-0.085	0.052	1	
13.Diğerlerini Suçlama	0.387**	0.083	0.090	0.003	0.456**	-0.014	0.224*	-0.005	-0.107	-0.123	-0.022	0.331*	1

p*<0.05

p**<0.01

4.3.1. Depresyon Riskini Yordayan Faktörler

Bu bölümde kanser tanısına sahip çocukların annelerinde daha önceden yapılan ikili analiz sonuçlarında anlamlı bulunan medeni hal ve maddi durum gibi sosyodemografik değişkenler ve bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin alt boyutlarının depresyon riski üzerindeki yordayıcı etkisi hiyerarşik regresyon analizi ile incelenmiştir. Tablo 10'da hiyerarşik regresyon analizi sonuçları verilmiştir.

Hiyerarşik regresyon analizinin ilk adımında sosyodemografik değişkenlerden medeni halin evli olması ve maddi durumun gelir giderden az ve gelir giderden fazla olması dummy değişken atanarak modele atıldığında 1.modelin depresyon puanındaki varyansın %9'unu açıkladığı belirlenmiştir ($F=4.070$, $p=0.009$, $R^2=0.090$). Model 1'de atılan sosyodemografik değişkenlerden maddi durumun gelir giderden az olma durumunun depresyon riskini etkilediği belirlenmiştir ($\beta=0.300$, $p=0.002$). Annelerin medeni halinin evli olması ($\beta=0.061$, $p=0.486$) ve maddi durumun gelir giderden fazla olma durumunun ($\beta=0.052$, $p=0.572$) depresyon puanı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkiye sahip olmadığı saptanmıştır.

Model 2'de bilişsel duygu düzenleme ölçeğinin alt boyutları eklenmiş ve açıklanan varyans %39.9 artmıştır ($F=11.093$, $p=0.000$, $\Delta R^2=0.399$). Bilişsel duygu düzenleme stratejilerinden kendini suçlama ($\beta=0.279$, $p=0.001$) ve felaketleştirme ($\beta=0.244$, $p=0.003$) depresyon riski üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkiye sahip olduğu saptanmıştır. Bilişsel duygu düzenleme stratejilerinden kabul ($p=0.058$), ruminasyon ($p=0.996$), olumlu yeniden odaklanma ($p=0.080$), olumlu yeniden değerlendirme ($p=0.168$) ve diğerlerini suçlamanın ($p=0.075$) depresyon puanı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkiye sahip olmadığı belirlenmiştir. Sonuç olarak final modelin depresyon puanındaki varyansın toplam %44.5'ini açıkladığı saptanmıştır ($F=11.093$, $p=0.000$, Düzeltilmiş $R^2=0.445$).

Tablo 10. Hiyerarşik Regresyon Analizi: Annelerde Depresyon Riskini Yordayan Faktörler

	B	SH	Beta	t	P	R ²	Düzeltilmiş R ²	ΔR ²	F	P
Model 1						0.090	0.068	0.090	4.070	0.009
Sosyodemografik Değişkenler										
Sabit	11.095	3.361		3.301	0.001					
Medeni hali= evli	2.370	3.393	0.061	0.699	0.486					
Maddi Durum= gelir giderden az	5.576	1.724	0,300	3.235	0.002					
Maddi Durum= gelir giderden fazla	1.267	2.238	0.052	0.566	0.572					
Model 2						0.489	0.445	0.399	11.093	0.000
Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejileri										
Sabit	-0.529	4.951		- 0.107	0.915					
Medeni hali= evli	2.292	2.651	0.059	0.865	0.389					
Maddi Durum= gelir giderden az	4.272	1.384	0.230	3.086	0.003*					
Maddi Durum= gelir giderden fazla	0.715	1.769	0.029	0.404	0.0687					
Kendini Suçlama	0.730	0.214	0.279	3.416	0.001*					
Kabul	0.420	0.219	0.153	1.917	0.058					
Ruminasyon	0.001	0.220	0.000	0.005	0.996					
Olumlu Yeniden Odaklanma	-0.330	0.187	- 0.134	- 1.765	0.080					
OlumluYeniden Değerlendirme	-0.291	0.209	- 0.112	- 1.389	0.168					
Felaketleştirme	0.569	0.191	0.244	2.987	0.003*					
Diğerlerini Suçlama	0.406	0.226	0.141	1.799	0.075					

*p<0.05

5.TARTIŞMA

Araştırmanın bulguları iki başlık altında tartışılmıştır.

5.1. Annelerin Depresyon Risk Düzeyleri ve İlişkili Faktörler

5.2. Annelerin Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejileri ve Depresyon Riskine Yordayıcı Etkisi

5.1. Annelerin Depresyon Risk Düzeyleri ve İlişkili Faktörler

Bu çalışmada kanser tanısına sahip çocukların annelerinin %44.9'unda depresyon riski olduğu saptanmıştır. Literatür bu araştırmanın bulgularına paralel olarak kanser tanısına sahip çocukların annelerinde depresyona işaret etmektedir (11-12, 19-23). Depresyonun, annenin çocuğa primer bakımveren ebeveyn konumunda olması, artan bakım verme sorumluluğu, tedaviden kaynaklanan komplikasyonları ve çocuğun yaşadığı olumsuz duyguları yönetmede zorlanma, belirsizlik, ekip ve aile içi iletişim problemleri, sosyal destek eksikliği, aile içi rollerde yaşanan değişimler ve güçlükler, bilgi eksikliği ve mali yükler ile ilişkili olduğu belirtilmektedir (74, 91-96, 167). Aynı zamanda bu zor süreç annenin zor duyguları yaşamasına neden olmaktadır (11, 16-18). Tüm bu zorlantılar literatürde depresyonla ilişkilendirilmektedir (168, 169). Bu çalışmada annelerin çocuğa primer bakım veren konumunda olması çoğunluğunun maddi durumunun gelir gidere eşit ve az olması, bakım verme süresinin uzun olmasının annelerdeki depresyon oranını açıkladığı düşünülmektedir.

Bu çalışmada kanser tanısına sahip çocukların annelerinin yaşı ve çocuk sayısı ile depresyon riski arasında ilişki saptanmamıştır. Literatür incelendiğinde bu araştırma bulgularına benzer olarak annelerin yaş (21, 68, 169) ve çocuk sayısı (21, 68, 169) ile depresyon riski arasında ilişki olmadığı belirtilmektedir. Bu çalışmada diğer sosyodemografik değişkenlerden herhangi bir işte çalışma durumu ve annenin eğitim durumuna göre depresyon puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Literatürde benzer şekilde herhangi bir işte çalışma durumu ve eğitim durumu gibi sosyodemografik değişkenleri ile depresyon puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (23, 68, 168). Literatürde annelerin sosyodemografik değişkenleri ve depresyon düzeylerini doğrudan araştıran çalışmalar sınırlıdır (21, 68, 168-169). Bu çalışmada diğer sosyodemografik değişkenler olarak annelerin eğitim durumu ve herhangi bir çalışma durumuna göre depresyon puanları

arasında fark saptanmamıştır. Literatürde benzer şekilde annelerin herhangi bir işte çalışma durumu ile depresyon şiddeti arasında fark olmadığını gösteren çalışmalar bulunmaktadır (23, 68, 168). Ancak herhangi bir işte çalışmamanın annelerin finansal kaynaklarını tehlikeye atarak dolaylı yollardan depresyonu etkileyebileceği belirtilmektedir (99).

Literatürde eğitim durumunun depresyon riski üzerindeki etkisine yönelik çalışma sonuçları tartışmalıdır. Bazı araştırmalarda eğitim durumu ile depresyon puanları arasında anlamlı bir fark bulunmasına rağmen (109,170) bazı araştırmalarda anlamlı bir fark bulunmamıştır (23, 168-169, 171). Ancak düşük eğitim seviyesi annelerin baş etme düzeylerini etkileyerek dolaylı olarak depresyon puanlarının arttırabileceği belirtilmektedir. (171). Annelerin sosyodemografik değişkenlerinin depresyon riski üzerindeki etkini açıklayan daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

Bu çalışmada sosyodemografik değişken olarak evli annelerin depresyon puanlarının bekar annelere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Yapılan bir sistematik derlemede Avrupa ülkelerinde bekar annelerde depresyon puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur (171). Ancak Asya ve Ortadoğu’da yapılan araştırmalarda evli annelerin bekar annelere kıyasla daha yüksek depresyon oranları gösterdikleri belirtilmektedir (11, 104). Çalışma bulgusunun kültürel olarak evliliğin kadına getirdiği rol ve sorumluluklarla ilişkili olduğu düşünülmektedir. Türk kültüründe hasta bakımından ve ev içi sorumlulukları yürütülmesinden primer olarak kadının sorumluluğundadır (109, 159). Anneler hasta çocuğun bakımının yanı sıra diğer sorumluluklarını da sürdürmek zorunda kaldıklarında bunun depresyon açısından bir risk faktörü olduğu belirtilmektedir (11).

Bu araştırmada kanser tanısına sahip çocukların annelerinin depresyon puanları ile maddi durum arasında anlamlı bir fark saptanmıştır. Benzer şekilde Kholasehzadeh ve arkadaşları (2014) ALL tanısına sahip çocukların anneleri ile yürüttükleri araştırmada ailenin gelir düzeyinin annenin depresif belirtilerinin şiddeti ile negatif korelasyon gösterdiğini saptamıştır (21). Başka bir çalışmada ise aile gelirinin annelerin depresif belirtilerini yordayan önemli bir faktör olduğu belirlenmiştir (170). Annelerin çocukları kanser tanısı aldıktan sonra işini kaybetmesi, artan masraflar, ailelerin tedavi merkezine uzak bir yerde ikamet etmesi ve düşük ekonomik gelir

ailenin maddi kaynaklarını sıkıntıya sokmaktadır (74, 99, 172). Artan ekonomik yükün annenin yaşam kalitesini azalttığı ve anksiyete ve stres düzeyini artırarak depresyon puanlarındaki artışa neden olduğu belirtilmektedir (74).

5.2. Annelerin Kullandıkları Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejileri ve Depresyon Riskini Yordayıcı Etkisi

Bu çalışmada kanser tanısına sahip çocukların annelerinin adaptif ve maladaptif bilişsel duygu düzenleme stratejilerini kullandıkları belirlenmiştir. Literatür incelendiğinde annelerin bilişsel duygu düzenleme stratejilerini araştırmayı hedef alan bir çalışmaya ulaşılmıştır (37). Bu çalışmada anneler benzer şekilde adaptif ve maladaptif stratejileri kullanmakla birlikte bilişsel duygu düzenleme stratejilerinden aldıkları puanlar bu çalışmanın puan ortalamalarından düşüktür. Çocuğun primer bakımından sorumlu olan anneler tedavi sürecini çok yakından takip etmekte her gün çeşitli stresörlere maruz kalmakta ve çocuğun yaşadığı acılara yakından tanıklık etmektedir (88). Annenin çocuğun bakımını sürdürürken babadan ve yakın çevreden destek alamaması ve sürekli aynı döngü içerisinde mücadele etmek, hastanede çocuğu ile aynı tanıya sahip başka hastaların kaybına tanıklık etmek, klinikte kanser tanısına sahip çocuğu olan diğer annelerden dinlediği olumsuz deneyimler, çocuğun genel durumunun tedavi komplikasyonlarına bağlı olarak zaman zaman kötüye gitmesi, kanserin ölüm riski yüksek bir hastalık olması annelerin olumsuz düşünceler üzerinde yoğunlaşmasına sebep olabileceği ve bu olumsuz düşüncelerin ve zor duyguların depresyon riskini arttırabileceği düşünülmektedir (11, 13, 69, 91, 103). Kanser anneler için ölümü çağrıştıran hastalık olarak algılanması, çevrenin damgalamasına maruz kalmak ve tedavi süreci boyunca yetersizlik, kontrol kaybı, güç kaybı, belirsizlik gibi yoğun duygular deneyimlemek annelerin düşünce sürecini etkileyerek durumları olduğundan daha riskli değerlendirmesine sebep olabilmektedir (62, 76). Ayrıca araştırmalar annelerin genellikle felaketleşirmeyi ölüm ve ölümle ilgili düşünceler üzerinde yaptığını göstermektedir (69). Kanser tanısına sahip çocukların annelerinin kullandıkları bilişsel duygu düzenleme stratejilerini açıklayan çalışmalara gereksinim vardır.

Bu çalışmada maddi durumun gelir giderden az olması annelerde depresyon riskini etkilediği belirlenmiştir. Literatürde bu araştırmaya benzer olarak kanser

tanısına sahip çocukların annelerinde maddi durumun gelir giderden az olmasının annelerin depresif semptomlarını arttırdığı saptanmıştır (21, 170). Kanser tedavilerinin maliyetinin yüksek olması, ailelerin tedavi merkezine genellikle şehir dışından gelmesi ve uzun süren tedavi sürecinde konaklama, ulaşım gibi alanlar maddi zorluklar oluşturmaktadır (74). Bununla birlikte annelerin çocuğa bakım vermek için işini bırakması ailenin gelirini azaltmakta ve düşük ekonomik gelire sahip ailelerde ailenin ekonomik kaynakları daha da sıkıntıya girmektedir (99, 172). Artan ekonomik yük nedeniyle annenin hasta çocuğun ve ailenin ihtiyaçlarını giderememesi yaşam kalitesinin düşmesine anksiyete ve strese neden olmaktadır (74). Mali sıkıntılar nedeniyle yaşanan problemlerin annelerin çaresizlik, öfke, yetersizlik gibi duygular deneyimlemesine neden olduğu ve bu sebeple depresyon riskini arttırmada etkili olabileceği belirtilmektedir (11, 16-18).

Bu araştırmada annelerin medeni durumunun evli olmasının depresyon riskini istatistiksel olarak anlamlı şekilde yordamadığı saptanmıştır. Literatür annelerin medeni durumunun depresyon ile ilişkilendirilmesinde kültürün belirleyici bir faktör olduğu belirtilmektedir (171). Bazı kültürlerde annenin evli olması depresyon için bir risk faktörü olabilirken, bazılarında ise bekar olmak bir risk faktörüdür (11, 104). Bu çalışmada annenin medeni halinin evli olması depresyon puanında fark yaratırken depresyon puanın yordayıcısı değildir. Bu bulgu medeni durum dışında depresyonu daha güçlü yordayan değişkenlerin olduğunu düşündürmektedir. Konu ile ilgili daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

Bu çalışmada sosyodemografik değişkenlerin etkisi kontrol altına alındığında bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin depresyondaki değişimin %39.9'unu açıkladığı bulunmuştur. Bu bulgu çalışma hipotezi olan "H₁: Annelerin kullandıkları bilişsel duygu düzenleme stratejileri depresyon riskinin yordayıcısıdır." hipotezini doğrulamaktadır. Literatürde kanser tanısına sahip çocukların annelerinde bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin depresyon riski üzerindeki yordayıcı etkisini inceleyen bir çalışmaya ulaşılamamıştır. Konu ile ilgili bir çalışmada sonuç değişkeni depresyon olmamakla birlikte annelerin bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin anksiyete ve psikolojik iyi oluşluluk üzerindeki etkisi incelenmiştir (37). Bu çalışmanın sonucuna göre bilişsel duygu düzenleme stratejileri anksiyetenin %27.1'ini yordarken psikolojik iyi oluşluluğun %26.8'ini yordamaktadır. Bilişsel duygu

düzenleme stratejilerinin depresyon üzerindeki etkisini belirlemek için farklı örneklem gruplarında yapılan araştırmalar bulunmaktadır (35-36, 152, 173). Bu çalışmanın bulguları bu araştırmaların sonuçları çerçevesinde tartışılacaktır.

Bu çalışma bulgusu ile benzer olarak kendini suçlama ile depresyon arasında pozitif yönde ilişki olduğu belirtilmektedir (132, 174-175). Kendini suçlama depresyonun bir belirleyicisi olabilirken bazen de depresyonun bir sonucu olabilmektedir. Majör depresif bozukluğun (MDB) psikopatolojisinde kendini suçlama ve değersizlikle ilişkili duyguların etkisini inceleyen bir araştırmanın sonucuna göre MDB geçirmiş ve remisyonda olan hastaların %80'inde kendini suçlama, %90'ında ise yetersizlik ve umutsuzluk duyguları olduğu saptanmıştır (176). Kendini suçlama kişinin yaşadığı olaylardan dolayı kendini suçlamasıdır ve çocukları kanser tanısı aldıktan sonra annelerin sıklıkla kendilerini suçlama stratejisini kullandığı belirtilmektedir (11). Kanser tanısına sahip çocukların anneleri çocuklarının hastalıklarını kendi hatalarından dolayı verilmiş bir ceza olarak değerlendirmekte ve çocuklarına dikkat etmedikleri için hasta olduğunu düşünmektedirler bu durum kendilerini suçlamalarına neden olabilmektedir (101). Ek olarak annelerin çocuğun tedavisi ile ilgili aksaklıklarda kendini suçladıkları, hasta çocukla daha fazla zaman geçirdikleri için sağlıklı çocuğa zaman ayıramadıkları bu nedenle kendilerini suçlu hissettiklerini belirtmektedirler (70, 167). Kendini suçlamanın altında bir çok farklı duygu yatmakla birlikte sıklıkla öfke, yalnızlık, izolasyon gibi duyguların ön planda olduğu açıklanmaktadır (21, 86, 102). Bu duyguların annelerde benlik saygısının düşmesi, yetersizlik, anksiyete, psikolojik ve sosyal iyi oluşluğun bozulması ve değersizlik gibi olumsuz ruh sağlığı sonuçlarına neden olarak depresyon riskini arttırabileceği belirtilmektedir (146, 177).

Literatürde bu araştırmayla benzer olarak bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin alt boyutlarından felaketleştirmenin ruhsal iyi oluşluğa olumsuz yönde etkilediği belirtilmektedir (37). Bir metaanaliz çalışmasında felaketleştirmenin özellikle kadın katılımcılarda yüksek oranda depresyonun belirleyicisi olduğu saptanmıştır. (178). Olayları olduğundan daha kötü değerlendirmek bireyin anksiyetesini arttırarak çevreye karşı toleransın azalması, öfke, depresyon, sosyal işlevsellik problemlerine neden olmakta ve bunun sonucu olarak birey yalnızlık ve

izolasyon deneyimlediği belirtilmektedir (145-147). Yalnızlık ve izolasyonun ise sosyal destek kaynaklarını azaltarak annelerin depresyon riskini arttırabileceği belirtilmektedir (96).

Bu araştırmada bilişsel duygu düzenleme stratejilerinden kabul, ruminasyon, olumlu yeniden odaklanma, olumlu yeniden değerlendirme ve diğerlerini suçlamanın annelerin depresyon puanı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkiye sahip olmadığı saptanmıştır. Literatür olumlu yeniden odaklanma ve olumlu yeniden değerlendirme ve kabul stratejilerinin psikolojik ve sosyal iyi oluşluluk, kişisel gelişim, benlik saygısında ve yaşam kalitesinde artış, depresif semptomlarda azalma ve pozitif ruh sağlığı ile ilişkilendirirken (135, 146, 179), ruminasyon ve diğerlerini suçlama stratejilerinin ise depresyon, anksiyete, posttravmatik stres, benlik saygısında azalma, öfke ve değersizlik gibi ruh sağlığını olumsuz etkileyen duygular ve psikiyatrik hastalıklarla ilişkilendirmektedir (146, 177).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Kanser tanısına sahip çocukların annelerinde bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin depresyon riskini yordama rolünü incelemek amacıyla yapılan bu araştırmanın sonuçları şu şekildedir:

- Kanser tanısına sahip çocukların annelerinin %44.9’unda depresyon riski saptanmıştır.
- Kanser tanısına sahip çocukların annelerinin sosyodemografik değişkenlerinden medeni hal ve maddi durum ile depresyon riski arasında anlamlı bir fark saptanırken, eğitim durumu, herhangi bir işte çalışma durumu, yaş ve çocuk sayısı ile depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar bulunmamıştır.
- Anneler adaptif ve maladaptif bilişsel duygu düzenleme stratejilerini kullanmaktadır.
- Modele alınan sosyodemografik değişkenler (maddi durumun gelir giderden az olması, gelir giderden fazla olması ve medeni halin evli olması) depresyon puanındaki varyansın %9’unu açıklamaktadır.

- Kanser tanısına sahip çocukların annelerinde maddi durumun gelir giderden az olmasının depresyon riskini etkilediği belirlenmiştir.
- Kanser tanısına sahip çocukların annelerinde sosyodemografik değişkenlerin etkisi kontrol edildiğinde bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin depresyon puanı üzerindeki varyansı %39.9 oranında arttırdığı saptanmıştır.
- Depresyon riskini etkileyen bilişsel duygu düzenleme stratejileri en çok etkiliden en az etkiliye doğru; kendini suçlama ve felaketleştirmedir.
- Kanser tanısına sahip çocukların annelerinde bilişsel duygu düzenleme stratejilerinden kabul, ruminasyon, olumlu yeniden odaklanma, olumlu yeniden değerlendirme ve diğerlerini suçlamanın annelerin depresyon riski üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkiye sahip olmadığı saptanmıştır.
- Modele alınan bağımsız değişkenler (maddi durumun gelir giderden az olması, gelir giderden fazla olması ve medeni halin evli olması, kabul, ruminasyon, olumlu yeniden odaklanma, olumlu yeniden değerlendirme, felaketleştirme ve diğerlerini suçlama) depresyon riskindeki varyansın %44.5'ini açıklamaktadır

6.2. Öneriler

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda uygulamaya ve araştırmaya ilişkin önerilerde bulunulmuştur.

Uygulamaya Yönelik Öneriler

- Hemşireler tarafından kanser tanısına sahip çocukların annelerinde depresyon risk düzeyinin izlenmesi,
- Maddi durumu yetersiz, bilişsel duygu düzenleme stratejisi olarak kendini suçlama ve felaketleştirmeyi kullanan annelerin depresyon açısından riskli grup olarak değerlendirilmesi ve destekleyici müdahalelerin yapılandırılması önerilir.

Araştırmaya Yönelik

- Annelerde kendini suçlama ve felaketleştirme stratejilerini, adaptif duygu düzenleme stratejileriyle değiştirmeyi destekleyecek müdahalelerin yürütülmesi ve depresyon üzerindeki etkisinin incelenmesi önerilir
- Annelerde depresyon riskin etkileyen diğer faktörlerin belirlenmesine yönelik çalışmaların yürütülmesi önerilir.

7. KAYNAKLAR

1. American Cancer Society. Types of Cancer that Develop in Children. [İnternet]. 2019 [Erişim Tarihi: 10 Mayıs 2020]. Erişim adresi: <https://www.cancer.org/cancer/cancer-in-children/types-of-childhood-cancers.html>.
2. Steliarova-foucher E, Colombet M, Ries LAG, Moreno F, Dolya A, Bray F ve ark. Articles International incidence of childhood cancer, 2001 – 10 : a population-based registry study. *The Lancet Oncology*. 2017; 18: 719–31.
3. Kutluk T, Yeşilipek A. Pediatric cancer registry in Turkey 2009-2019. *Journal of Clinical Oncology*. 2020; 38 (15).
4. Popp JM, Conway M, Pantaleao A. Parents' Experience With Their Child's Cancer Diagnosis: Do Hopefulness, Family Functioning, and Perceptions of Care Matter?. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*. 2015; 32(4): 253–260.
5. Jibb LA, Croal L, Wang J, Yuan C, Foster J, Cheung V. ve ark. Children's experiences of cancer care: A systematic review and thematic synthesis of qualitative studies. *Oncology Nursing Forum*. 2018; 45(4): 527–544.
6. Da Silva, FM, Jacob E, Nascimento LC. Impact of childhood cancer on parents' relationships: An integrative review. *Journal of Nursing Scholarship*. 2010; 42(3): 250–261.
7. Bayat M, Erdem E, Gül Kuzucu E. Depression, anxiety, hopelessness, and social support levels of the parents of children with cancer. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*. 2008; 25(5): 247–253.
8. Watanabe A, Nunes T, Abreu G. Japanese parents' perception of disclosing the diagnosis of cancer to their children. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*. 2014;19(1) :125– 138.
9. Okanlı A, Ay E. An analysis of marital satisfaction and perceived social support in mothers with cancer-diagnosed children. *International Journal of Caring Sciences*. 2018; 11 (1): 145-156.
10. Rosenberg AR, Dussel V, Kang T, Geyer R, Gerhardt CA, Feudtner C, Wolfe J. Psychological distress in parents of children with advanced cancer. *Jama Pediatrics*. 2013; 167(6):537-543.
11. Kim MA, Yi J, Sang J, Kim SH, Heo I. Experiences of Korean mothers of children with cancer: a photovoice study. *Journal of Psychosocial Oncology*. 2017;35(2):128–147.
12. Creswell PD, Wisk LE, Litzelman K, Allchin A, Witt WP. Parental depressive symptoms and childhood cancer: the importance of financial difficulties. *Support Care Cancer* . 2014;22(2): 503–511.
13. Barrera M, D'Agostino NM, Gibson J, Gilbert T, Weksberg R, Malkin D. Predictors and mediators of psychological adjustment in mothers of children newly diagnosed with cancer. *Psychooncology*. 2004 ;13(9):630-641.
14. Sloper P. Predictors of distress in parents of children with cancer: a prospective study. *Journal of Pediatric Psychology*. 2000;25(2):79-91.
15. Young B, Woods MD, Findlay M, Heney D. Parenting in a crisis: conceptualising mothers of children with cancer. *Social Science & Medicine*. 2002; 55(10):1835-1847.

16. Babore A, Bramanti SM, Lombardi L, Stuppia L, Trumello C, Antonucci I ve ark. The role of depression and emotion regulation on parenting stress in a sample of mothers with cancer. *Journal of Supportive Care in Cancer*. 2018; 27(4): 1271–1277.
17. Zengin O, Saltık S, Duysak Y, Soytürk G, Orbay E, Tekin O. Kanserli çocuğa sahip ailelerin aşama yaklaşımına göre gösterdikleri tepkiler. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* . 2012; 2(1): 1-4.
18. Arabiat D, Collyer D, Hamdan-Mansour A, Khalil A, Darawad M. The impact of a mother's emotional strains and disclosure of cancer on her child's defensiveness and adjustment to cancer. *Cancer Nursing*. 2018; 41(4): 290-297.
19. Malpert AV, Kimberg C, Luxton J, Mullins LL, Pui C, Hudson MM ve ark. Emotional distress in parents of long-term survivors of childhood acute lymphoblastic leukemia. *Psychooncology*. 2015; 24(9): 1116–1123.
20. Muskat B, Jones H, Luchetta S, Shama W, Zupanec S, Greenblatt A. The experiences of parents of pediatric patients with acute lymphoblastic leukemia, 2 months after completion of treatment. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*. 2017; 34(5): 358–366.
21. Kholasehzadeh G, Shir Yazdi SM, Neamatzadeh H, Ahmadi N. Depression levels among mothers of children with leukemia. *Iranian Journal of Pediatric Hematology Oncology*. 2014; 4(3):109-113.
22. Bahadır A, Kurucu N. Kanserli çocukların annelerinde psiko-sosyal durumun değerlendirilmesi. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2015; 29 (3):131 – 134.
23. Rahmani A, Azadi A, Pakpour V, Faghani S, Afsari, EA. Anxiety and depression: A cross-sectional survey among parents of children with cancer. *Indian J Palliat Care*. 2018 ;24(1):82-85.
24. Al Qadire M, Al Sheikh H, Suliman M, Tawalbeh LI, Albashtawy M, Al Radwan M ve ark. Predictors of anxiety and depression among parents of children with cancer in Jordan. *Psycho-Oncology*. 2018; 27(4):1344-1346.
25. Min JA, Yu JJ, Lee CU, Chae JH. Cognitive emotion regulation strategies contributing to resilience in patients with depression and/or anxiety disorders. *Comprehensive Psychiatry*. 2013;54 (8): 1190-1197.
26. Alsancak Akbulut C. Depresyonun duygu düzenleme süreçlerinin incelenmesi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*. 2018; 21(2): 184-192.
27. Domaradzka E, Fajkowska M. Cognitive emotion regulation strategies in anxiety and depression understood as types of personality. *Frontiers in Physiology*. 2018; 9: 1-12.
28. Thompson RA. Emotion regulation: a theme in search of definition. *Journal of Monographs of the Society for Research in Child Development*. 1994; 59(2-3):25-52.
29. Gross, JJ. Emotion regulation: past, present, future. *Cognition and Emotion*. 1999; 13(5): 551-573.
30. Gross, JJ. The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*. 1998; 2(3): 271-99.

31. Werner K, Gross JJ. Emotion Regulation and Psychopathology: A conceptual framework. Kring AM, Sloan DM, Editörler. Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment. Newyork: The Guilford Press; 2010: 13- 37.
32. Garnefski N, Van Kommer TD, Kraaij V, Teerds J, Legerstee J, Onstein E. The Relationship between Cognitive Emotion Regulation Strategies and Emotional Problems: Comparison between a Clinical and a Non-Clinical Sample. *European Journal of Personality*. 2002;16(5): 403–420.
33. Garnefski N, Kraaij V, Spinhoven P. Negative life events, cognitive emotion regulation and depression. *Personality and Individual Differences*. 2001; 30(8):1311–1327.
34. Lazarus RS. Emotion and adaptation. New York: Oxford University Press; 1991.
35. Garnefski N, Kraaij V. Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: A comparative study of five specific samples. *Personality and Individual Differences*. 2006; 40(8):1659–1669.
36. LeMoult J, Gotlib IH. Depression: A cognitive perspective. *Clinical Psychology Review*. 2019; 69: 51–66.
37. Mahdavi A, Pahlevani M, Aghaei M, Aminnasab V, Haji H, Gholamrezaei S. Relationship of strategies for emotion cognitive adjustment with psychological well-being and anxiety in mothers with cancer children. *Annals of Tropical Medicine and Public Health*. 2017;10(3),702-706.
38. Hu T, Zhang D, Wang J, Mistry R, Ran G, Wang X. Relation between emotion regulation and mental health: a meta-analysis review. *Psychological Reports*. 2014;114(2):341-62.
39. Butler EA, Lee TL, Gross JJ. Emotion regulation and culture: Are the social consequences of emotion suppression culture-specific? *Emotion*. 2007; 7(1):30-48.
40. Ford BQ, Mauss IB. Culture and emotion regulation. *Current Opinion in Psychology*. 2015; 3:1–5.
41. Ay Kaatsız MA, Öz F. The effectiveness of psychoeducation given to mothers of children with cancer. *Journal of Psychiatric Nursing*. 2020;11(2): 129–140.
42. Anuk D. Kanser bir aile hastalığıdır. *Türkiye Klinikleri Psikiyatri Hemşireliği Özel Dergisi*. 2018;4(2): 36-42.
43. Marashi F, Nikmanesh Z. The effectiveness of emotion regulation training with a positive thinking approach in quality of life and its dimensions among children with cancer. *Jundishapur Journal of Chronic Disease Care*. 2018; 7(1):1-7.
44. Özdemir Ü, Taşçı S. Kronik hastalıklarda psikososyal sorunlar ve bakım. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*. 2013;1(1): 57-72.
45. Resmi Gazete. Hemşirelik yönetmeliğinde değişiklik yapılmasına dair yönetmelik [Internet]. 2011 [Erişim Tarihi 11 Şubat 2019]. Erişim adresi: <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/20110419-5.htm>.
46. National Cancer Institute. What is cancer?[Internet]. 2021 [Erişim Tarihi: 29 Mayıs 2021]. Erişim adresi: <https://www.cancer.gov/about-cancer/understanding/what-is-cancer#definition>.

47. American Cancer Society . Cancer Facts and Figures 2021. Atlanta, American Cancer Society [İnternet]. 2021 [Erişim Tarihi: 29 Mayıs 2021]. Erişim adresi: <https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/annual-cancer-facts-and-figures/2021/cancer-facts-and-figures-2021.pdf>.
48. National Cancer Institute. Main and Extended Classification for ICCC Recode Third Edition IARC 2017 [İnternet]. 2017 [Erişim Tarihi: 9 Mayıs 2019]. Erişim adresi: <https://seer.cancer.gov/iccc/iccc-iarc-2017.html>
49. Baykara O. Current Modalities in Treatment of Cancer. Balıkesir Health Sciences Journal. 2016;5(3):154–165.
50. Richter D, Koehler M, Friedrich M, Hilgendorf I, Mehnert A, Weißflog G. Psychosocial interventions for adolescents and young adult cancer patients: A systematic review and meta-analysis. Critical Reviews in Oncology/Hematology. 2015; 95(3): 370–386.
51. Ruland CM, Hamilton GA, Schjødt-Osmo B. The Complexity of Symptoms and Problems Experienced in Children with Cancer: A Review of the Literature. Journal of Pain and Symptom Management. 2009; 37(3):403–418.
52. Turan SA, Esenay FI, Güven M. Kanserli çocuklarda kemoterapi sonrası görülen semptomlar. Guncel Pediatri. 2016;14(2):74–81.
53. Akdeniz Kudubeş A. Çocuğun Kansere bağlı yaşadığı yorgunluk ve hemşirelik bakımı. Turk Onkoloji Dergisi. 2014;29(3): 120–124.
54. Brand S, Wolfe J, Samsel C. The Impact of Cancer and its Treatment on the Growth and Development of the Pediatric Patient. Current Pediatric Reviews. 2017;13(1):24–33.
55. Boles JC, Winsor DL, Mandrell B, Gattuso J, West N, Leigh L ve ark. Student/patient: the school perceptions of children with cancer. Educational Studies. 2017 ;43(5):549–566.
56. Lin B, Gutman T, Hanson CS, Ju A, Manera K, Butow P ve ark. Communication during childhood cancer: Systematic review of patient perspectives. Cancer. 2020; 126(4):701–716.
57. Woodgate RL. Life is never the same: Childhood cancer narratives. European Journal of Cancer Care. 2006;15(1): 8–18.
58. Dunn MJ, Rodriguez EM, Barnwell AS, Grossenbacher JC, Vannatt K, Gerhardt CA. Posttraumatic stress symptoms in parents of children with cancer within six months of diagnosis. Health Psychology. 2012; 31:176–185.
59. Kazak AE, Boeving CA, Alderfer MA, Hwang WT, Reilly A. Posttraumatic stress symptoms during treatment in parents of children with cancer. Journal of Clinical Oncology. 2005; 23: 7405–7410.
60. Long KA, Lehmann V, Gerhardt CA, Carpenter AL, Marsland AL, Alderfer MA. Psychosocial functioning and risk factors among siblings of children with cancer: An updated systematic review. Psycho-Oncology. 2018; 27(6):1467–1479.
61. Price J, Kassam-Adams N, Alderfer MA, Christofferson J, Kazak AE. Systematic Review: A Reevaluation and Update of the Integrative (Trajectory) Model of Pediatric Medical Traumatic Stress. Journal of Pediatric Psychology. 2016; 41(1):86–97.

62. Hosoda T. The Impact of childhood cancer on family functioning: A Review. *Graduate Student Journal of Psychology*. 2014; 15:18–30.
63. Michel G, Brinkman TM, Wakefield CE, Grootenhuis M. Psychological outcomes, health-related quality of life, and neurocognitive functioning in survivors of childhood cancer and their parents. *Pediatric Clinics of North America*. 2020; 67(6): 1103-1134.
64. Carlsson T, Kukkola L, Ljungman L, Hovén E, VonEssen L. Psychological distress in parents of children treated for cancer: An explorative study. *PLoS One*. 2019; 14(6): 1–18.
65. Williams LK, McCarthy MC. Parent perceptions of managing child behavioural side-effects of cancer treatment: A qualitative study. *Child: Care, Health and Development*. 2015; 41(4) :611–619.
66. Van Schoors M, De Paepe AL, Norga K, Cosyns V, Morren H, Vercruysse T ve ark. Family members dealing with childhood cancer: A study on the role of family functioning and cancer appraisal. *Frontiers in Psychology*. 2019; 10 :1405.
67. Williams LK, McCarthy MC, Eyles DJ, Drew S. Parenting a child with cancer: Perceptions of adolescents and parents of adolescents and younger children following completion of childhood cancer treatment. *Journal of Family Studies*. 2013;19(1):80–89.
68. Marsland AL, Walsh CP, Cleary JL, Vaisleib AD, Farrell C, Woods WC ve ark. Efficacy of a stress management intervention for mothers of children with cancer. *Journal of Pediatric Psychology*. 2020; 45(7): 812–824.
69. Kim MA, Yi J, Wilford A, Kim SH. Parenting Changes of Mothers of a Child with Cancer. *Journal of Family Issues*. 2020; 41(4): 460–482.
70. Long KA, Marsland AL. Family Adjustment to Childhood Cancer: A Systematic Review. *Clinical Child and Family Psychology Review*. 2011;14(1): 57–88.
71. Masa'Deh R, Collier J, Hall C. Parental stress when caring for a child with cancer in Jordan: a cross-sectional survey. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2012; 10:88.
72. Molinaro ML, Fletcher PC. The Balancing Act: Mothers' Experiences of Providing Care to Their Children With Cancer. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*. 2018;35(6):439-446.
73. Gibbins J, Steinhardt K, Beinart H. A Systematic Review of Qualitative Studies Exploring the Experience of Parents Whose Child Is Diagnosed and Treated for Cancer. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*. 2012; 29(5): 253-271.
74. Roser K, Erdmann F, Michel G, Winther JF, Mader L. The impact of childhood cancer on parents' socio-economic situation—A systematic review. *Psycho-Oncology*. 2019; 28(6): 1207-1226.
75. Ljungman L, Cernvall M, Grönqvist H, Ljótsson B, Ljungman G, Von Essen L. Long-term positive and negative psychological late effects for parents of childhood cancer survivors: A systematic review. *PLoS One*. 2014; 9(7).
76. Inhestern L, Peikert ML, Krauth KA, Escherich G, Rutkowski S, Kandels D ve ark. Parents' perception of their children's process of reintegration after childhood cancer treatment. *PLoS One*. 2020; 15(10):1-13.

77. Flury M, Caflisch U, Ullmann-Bremi A, Spichiger E. Experiences of Parents With Caring for Their Child After a Cancer Diagnosis. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*. 2011;28(3): 143-153.
78. D'Urso A, Mastroyannopoulou K, Kirby A. Experiences of posttraumatic growth in siblings of children with cancer. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*. 2017; 22(2): 301–317.
79. Sharpe D, Rossiter L. Siblings of children with a chronic illness: A meta-analysis. *Journal of Pediatric Psychology*. 2002; 27(8):699–710.
80. Yang HC, Mu PF, Sheng CC, Chen YW, Hung GY. A systematic review of the experiences of siblings of children with cancer. *Cancer Nursing*. 2016; 39(3):12-21.
81. Neville A, Simard M, Hancock K, Rokeach A, Saleh A, Barrera M. The emotional experience and perceived changes in siblings of children with cancer reported during a group intervention. *Oncology Nursing Forum*. 2016;43(5):188–194.
82. Erker C, Yan K, Zhang L, Bingen K, Flynn KE, Panepinto J. Impact of pediatric cancer on family relationships. *Cancer Medicine*. 2018; 7(5): 1680–1688.
83. Kent EE, Rowland JH, Northouse L, Litzelman K, Chou WYS, Shelburne N ve ark. Caring for caregivers and patients: Research and clinical priorities for informal cancer caregiving. *Cancer*. 2016; 122(13):1987-1995.
84. Van Schoors M, De Mol J, Morren H, Verhofstadt LL, Goubert L, Van Parys H. Parents' perspectives of changes within the family functioning after a pediatric cancer diagnosis: a multi family member interview analysis. *Q. Health Res*. 2018b;28:1229-1241.
85. Labrell F, Câmara-Costa H, Dufour C, Grill J, Chevignard M. Maternal stress and pediatric brain cancer: A French study. *Journal of Psychosocial Oncology*. 2019; 37(1): 96-109.
86. Fletcher PC. My child has cancer: The costs of mothers' experiences of having a child with pediatric cancer. *Comprehensive Child and Adolescent Nursing*. 2010;33(3): 164–184.
87. Wiener L, Battles H, Zadeh S, Pelletier W, Arruda-Colli MNF, Muriel AC. The perceived influence of childhood cancer on the parents' relationship. *Psycho-Oncology*. 2017;26(12):2109-2117.
88. Baran G, Arda Sürücü H, Hülya Üzel V. Resilience, life satisfaction, care burden and social support of mothers with a child with acute lymphoblastic leukaemia: a comparative study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2020; 34(2): 340-347.
89. Goldbeck, L. The impact of newly diagnosed chronic paediatric conditions on parental quality of life. *Quality of Life Research*. 2006; 15:1121–1131.
90. Thibodeaux AG, Deatrick JA. Cultural influence on family management of children with cancer. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*. 2007; 24(4):227-233.
91. Tan R, Koh S, Wong ME, Rui M, Shorey S. Caregiver Stress, Coping Strategies, and Support Needs of Mothers Caring for their Children Who Are Undergoing Active Cancer Treatments. *Clinical Nursing Research*. 2020; 29(7): 460–468.

92. Klassen AF, Gulati S, Granek L, Rosenberg-Yunger ZR, Watt L, Sung L ve ark. Understanding the health impact of caregiving: a qualitative study of immigrant parents and single parents of children with cancer. *Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*. 2012; 21(9): 1595-605.
93. McLoone JK, Wakefield CE, Cohn RJ. Childhood cancer survivors' school (re)entry: Australian parents' perceptions. *European Journal of Cancer Care*. 2013; 22(4): 484-492.
94. Khatun S, Kim HS, Park HB. Factors Affecting Maternal Coping in Korean Mothers of Children with Cancer. *Open Journal of Nursing*. 2016; 06(09):751-766.
95. Asadi Noughabi F, Iranpoor D, Yousefi H, Abrakht H, Ghani Dehkordi F. Effect of Instructing Care Program Through Group Discussion on the Quality of Life of the Parents of the Children Afflicted With Leukemia. *Global Journal of Health Science*. 2015; 8(5):197-204.
96. Altay N, Kilicarslan E, Sari Ç, Kisecek Z. Determination of Social Support Needs and Expectations of Mothers of Children With Cancer. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*. 2014;31(3):147-153.
97. Pagano E, Baldi I, Mosso ML, di Montezemolo LC, Fagioli F, Pastore G ve ark. The eco-nomic burden of caregiving on families of children and adolescents with cancer: A population-based assessment. *Pediatric Blood Cancer*. 2014; 61:1088-1093.
98. Warner EL, Kirchhoff AC, Nam GE, Fluchel M. Financial burden of pediatric cancer for patients and their families. *J Oncol Pract*. 2014;11:12-18.
99. Okada H, Maru M, Maeda R, Iwasaki F, Nagasawa M, Takahashi M. Impact of childhood cancer on maternal employment in Japan. *Cancer Nurs*. 2015;38:23-30.
100. Fernanda Machado, Pan R, Pacciulio Sposito AM, de Andrade Alvarenga W, Nascimento LC. Childhood cancer: Impact on parents' marital dynamics. *European Journal of Oncology Nursing*. 2016; 23: 34–42.
101. Shortman RI, Beringer A, Penn A, Malson H, Lowis SP, Sharples PM. The experience of mothers caring for a child with a brain tumour. *Child: Care, Health and Development*. 2013;39(5):743–749.
102. Nikfarid L, Rassouli M, Borimnejad L, Alavimajd H. Experience of chronic sorrow in mothers of children with cancer: A phenomenological study. *European Journal of Oncology Nursing*. 2017; 28: 98–106.
103. Han HR, Eun JC, Kim D, Kim J. The report of coping strategies and psychosocial adjustment in Korean mothers of children with cancer. *Psycho-Oncology*. 2009; 18(9): 956–964.
104. Al Omari O, Roach EJ, Shakman L, Al Hashmi A, Sunderraj SJ, Francis F ve ark. The Lived Experiences of Mothers Who Are Parenting Children With Leukemia. *Cancer Nursing*. 2020; 00(00):1-8.
105. Howard Sharp KM, Fisher RS, Clark OE, Dunnells ZDO, Murphy LK, Prussien K ve ark. Long-term trajectories of depression symptoms in mothers of children with cancer. *Health Psychology*. 2020; 39:89–98.

- 106.Neu M, Matthews E, King NA, Cook PF, Laudenslager ML. Anxiety, Depression, Stress, and Cortisol Levels in Mothers of Children Undergoing Maintenance Therapy for Childhood Acute Lymphoblastic Leukemia. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*. 2014; 31(2):104-113.
- 107.Ghufran M, Andrades M, Nanji K. Frequency and severity of depression among mothers of children with cancer: Results from a teaching hospital in Karachi, Pakistan. *British Journal of Medical Practitioners*. 2014; 7(1):11–15.
- 108.Sharkey CM, Schepers SA, Drake S, Pai ALH, Mullins LL, Grootenhuis MA. Psychosocial risk profiles among american and dutch families affected by pediatric cancer. *Journal of Pediatric Psychology*. 2020; 45(4):463-473.
- 109.Demirtepe-Saygili D, Bozo Ö. Predicting depressive symptoms among the mothers of children with leukaemia: A caregiver stress model perspective. *Psychology and Health*. 2011; 26(5), 585–599.
- 110.Thanyathorn Thanapattheerakul, Katherine Mao, Jacqueline Amoranto, and Jonathan H. Chan. Emotion in a Century: A Review of Emotion Recognition. In *The 10th International Conference on Advances in Information Technology (IAIT2018)*; December 10–13, 2018, Bangkok, Thailand. ACM, New York, NY, USA, 8 pages.
- 111.Oatley K, Keltner D, Jenkins JM. *Understanding emotions* ,2nd ed. Blackwell Publishing; 2006.
- 112.Solomon, RC. *The passions: Emotions and the meaning of life*. New York: Doubleday; 1976.
- 113.Agnes Moors. 2009. Theories of emotion causation: A review. *Cognition and emotion*. 2009; 23(4): 625–662.
- 114.Mulligan K, Scherer KR. Toward a working definition of emotion. *Emotion Review*. 2012; 4(4):345–357.
- 115.Scherer KR. The dynamic architecture of emotion: Evidence for the component process model. *Cognition & Emotion*. 2009; 23: 1307–1351.
- 116.Thompson RA. Emotion Regulation: a Theme in Search of Definition. *Monographs of the Society for Research in Child Development*. 1994;59(2-3): 25-52.
- 117.Quoidbach J, Berry EV, Hansenne M, Mikolajczak M. Positive emotion regulation and well-being: Comparing the impact of eight savoring and dampening strategies. *Personality and Individual Differences*. 2010; 49: 368–373.
- 118.Szczurek L, Monin B, Gros JJ. The stranger effect: The rejection of affective deviants. *Psychological Science*. 2012;23(10): 1105- 1111.
- 119.Gross JJ, Thompson RA. Emotion regulation: Conceptual foundations. Gross JJ, Ed. *Handbook of emotion regulation*. New York: Guilford Press; 2007. 3-24.
- 120.Gross, JJ, Sheppes G, Urry HL. Emotion generation and emotion regulation: A distinction we should make (carefully). *Cognition and Emotion*. 2011; 25:765-781.
- 121.Gyurak A, Gross, JJ, Etkin A. Explicit and implicit emotion regulation: A dual-process framework. *Cognition and Emotion*. 2011; 25:400–412.
- 122.Gross, JJ. Emotion regulation: Conceptual and empirical foundations. Gross JJ, Ed. *Handbook of emotion regulation*. The Guilford Press; 2014, 3-20.

123. Thiruchselvam R, Hajcak G, Gross JJ. Looking Inward: Shifting Attention Within Working Memory Representations Alters Emotional Responses. *Psychological Science*. 2012; 23(12): 1461–1466.
124. Gross JJ, Levenson RW. Emotional suppression: Physiology, self report and expressive behaviour. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1993;64: 970-986.
125. Brackett MA, Salovey P. Measuring emotional intelligence as a mental ability with the Mayer–Salovey–Caruso Emotional Intelligence Test. Geher G, Ed. *Measurement of emotional intelligence*. Hauppauge, NY: Nova Science Publishers; 2004. 179–194.
126. John OO, Gross JJ. Healthy and unhealthy emotion regulation: Personality processes, individual differences, and life span development. *Journal of Personality*. 2004; 72: 1301-1334.
127. Cicchetti D, Ackerman BP, Izard CE. Emotions and emotion regulation in developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*. 1995; 7(1):1–10.
128. Thompson RA. Emotional regulation and emotional development. *Educational Psychology Review*. 1991; 3(4): 269-307.
129. Sakakibara R, Endo T. Cognitive Appraisal as a Predictor of Cognitive Emotion Regulation Choice. *Japanese Psychological Research*. 2016; 58(2):175–185.
130. Lazarus RS, Folkman S. The concept of coping. Monat A, Lazarus RS, Eds. *Stress and coping: An anthology*. Columbia University Press; 1991. 189-206.
131. Anderson CA, Miller RS, Riger AL, Dill JC, Sedikides C. Behavioral and characterological attributional styles as predictors of depression and loneliness: Review, refinement, and test. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1994; 66(3): 549–558.
132. Yalçinkaya Alkar, Ö. Is self esteem mediating the relationship between cognitive emotion regulation strategies and depression? *Current Psychology*. 2020; 39(1): 220–228.
133. Lei H, Zhang X, Cai L, Wang Y, Bai M, Zhu X. Cognitive emotion regulation strategies in outpatients with major depressive disorder. *Psychiatry Research*. . 2014; 218(1–2): 87–92.
134. Garnefski N, Teerds J, Kraaij V, Legerstee J, Van den Kommer T. Cognitive emotion regulation strategies and Depressive symptoms: differences between males and females. *Personality and Individual Differences*. 2004; 36(2):267-276.
135. Balzarotti S, Biassoni F, Villani D, Prunas A, Velotti P. Individual Differences in Cognitive Emotion Regulation: Implications for Subjective and Psychological Well-Being. *Journal of Happiness Studies*. 2016; 17(1):125–143.
136. Carver CS, Scheier MF, Weintraub JK. Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1989; 56:267-283.
137. Nolen-Hoeksema S, Parker LE, Larson J. Ruminative coping with depressed mood following loss. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1994; 67: 92-104.

138. Lyubomirsky S, Layous K, Chancellor J, Nelson SK. Thinking about rumination: The scholarly contributions and intellectual legacy of Susan Nolen-Hoeksema. *Annual Review of Clinical Psychology*. 2015;11:1–22.
139. Çam Kahraman F, Ötençtemur A. Bilişsel duygu düzenleme stratejileri ile depresyon ve psikolojik yardım almaya ilişkin tutumlar arasındaki ilişkilerin incelenmesi. *İstanbul Kent Üniversitesi İnsan ve Toplum Bilimleri Dergisi*. 2020; 1(2):50-74.
140. Endler, NS, Parker JDA. Multidimensional assessment of coping: a critical evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1990; 58: 844–854.
141. Baghjari F, Saadati H, Esmailinasab M. The relationship between cognitive emotion-regulation strategies and resiliency in advanced patients with cancer. *International Journal of Cancer Management*. 2017; 10(10):1-6.
142. Spirito A, Stark LJ, Williams C. Development of a brief coping checklist for use with pediatric populations. *Journal of Pediatric Psychology*. 1988; 13: 555-574.
143. Allan S, Gilbert P. A social comparison scale: psychometric properties and relationship to psychopathology. *Journal of Personality and Individual Differences*. 1995; 19, 293-299.
144. Sullivan MJL, Bishop SR, Pivik J. The Pain Catastrophizing Scale: development and validation. *Psychological Assessment*. 1995; 7:524–532.
145. Dryman MT, Heimberg RG. Emotion regulation in social anxiety and depression: a systematic review of expressive suppression and cognitive reappraisal. *Clinical Psychology Review*. 2018; 65(July), 17–42.
146. Li L, Yang Y, He J, Yi J, Wang Y, Zhang J ve ark. Emotional suppression and depressive symptoms in women newly diagnosed with early breast cancer. *BMC Women's Health*. 2015;15:1–8.
147. Aldao A, Nolen-Hoeksema S, Schweizer S. Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*. 2010; 30(2): 217-237.
148. Duarte AC, Matos AP, Marques C. Cognitive Emotion Regulation Strategies and Depressive Symptoms: Gender's Moderating Effect. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. 2015;165:275-283.
149. Tennen H, Affleck G. Blaming others for threatening events. *Psychological Bulletin*. 1990; 108: 209- 232.
150. Campbell-Sills L, Ellard KK, Barlow DH. Emotion regulation in anxiety disorders. Gross JJ, Ed. *Handbook of emotion regulation* . Second edition. The Guilford Press; 2014. 393-412.
151. Liu DY, Thompson RJ. Selection and implementation of emotion regulation strategies in major depressive disorder: An integrative review. *Clinical Psychology Review* . 2017; 57(June), 183–194.
152. Martin RC, Dahlen ER. Cognitive emotion regulation in the prediction of depression, anxiety, stress, and anger. *Personality and Individual Differences*. 2005; 39:1249-1260.
153. Sakakibara R, Kitahara M. The relationship between Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ) and depression, anxiety: Meta-analysis. *Shinrigaku Kenkyu*. 2016; 87(2), 179-185.

- 154.Wang Y, Yi J, He J, Chen G, Li L, Yang Y ve ark. Cognitive emotion regulation strategies as predictors of depressive symptoms in women newly diagnosed with breast cancer. *Psycho-Oncology*. 2014; 23(1): 93-99.
- 155.Omran, MP. Relationships between cognitive emotion regulation strategies with depression and anxiety. *Open Journal of Psychiatry*. 2011;01(03):106–109.
- 156.Damreihani N, Behzadipour S, Haghpanh S, Bordbar M. The effectiveness of positive psychology intervention on the well-being, meaning, and life satisfaction of mothers of children with cancer: A brief report. *Journal of Psychosocial Oncology*. 2018; 36(3), 382–388.
- 157.Günay U, Özkan M. Emotions and coping methods of Turkish parents of children with cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*. 2019;37(3):398-412.
- 158.Nikfarid L, Rassouli M, Borimnejad L, Alavimajd H. Experience of chronic sorrow in mothers of children with cancer: A phenomenological study. *European Journal of Oncology Nursing*. 2017; 28: 98–106.
- 159.Ay MA, Akyar I. Psychosocial Status of Turkish Families of Pediatric Cancer Patients. *Journal of Transcultural Nursing*. 2020; 31(3): 227-241.
- 160.Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh, J. An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*. 1961; 4: 561-571.
- 161.Tegin, B. Depresyonda bilişsel şemalar [Doktora Tezi]. Ankara: Hacettepe Üniversitesi;1980.
- 162.Hisli N. Beck Depresyon Envanteri'nin geçerliği üzerine bir çalışma. *Psikoloji Dergisi*. 1988; 6(22):118-126.
- 163.Hisli N. Beck Depresyon Envanteri'nin üniversite öğrencileri için geçerliği, güvenirliği. *Psikoloji Dergisi*. 1989; 7(23): 3-13.
- 164.Tuna E, Bozo Ö. The Cognitive Emotion Regulation Questionnaire: Factor structure and psychometric properties of the Turkish version. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 2012;34(4):564-570.
- 165.Erdoğan S, Nahcivan N, Nihal E. Hemşirelikte Araştırma. İstanbul:Nobel Tıp Kitapevleri; 2017.
- 166.Sümbüloğlu, K. ve Akdağ, B. Regresyon yöntemleri ve korelasyon analizi. Ankara: Hatipoğlu Yayınları; 2007.
- 167.Fernanda Machado SR, Pan R, Pacciulio Sposito, AM, de Andrade Alvarenga W, Nascimento LC. Childhood cancer: Impact on parents' marital dynamics. *European Journal of Oncology Nursing*. 2016; 23: 34-42.
- 168.Boztepe H, Çınar S, Ay A, Kerimoğlu Yıldız G, Kılıç C. Predictors of caregiver burden in mothers of children with leukemia and cerebral palsy. *Journal of Psychosocial Oncology*. 2019; 37(1): 69–78.
- 169.Kostak MA, Avci G. Hopelessness and depression levels of parents of children with cancer. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2013;14(11):6833–8.
- 170.Bemis H, Yarboi J, Gerhardt CA, Vannatta K, Desjardins L, Murphy LK ve ark. Childhood cancer in context: Sociodemographic factors, stress, and psychological distress among mothers and children. *Journal of Pediatric Psychology*. 2015; 40(8):733–743.
- 171.Sultan S, Leclair T, Rondeau Burns W, Abate C. A systematic review on factors and consequences of parental distress as related to childhood cancer. *European Journal of Cancer Care*. 2016; 25(4):616–637.

- 172.Bozkurt G, İnal S, Yantiri L, Alparslan Ö. Relationship Between Coping Strategies, Religious Attitude, and Optimism of Mothers of Children With Cancer. *Journal of Transcultural Nursing*. 2019; 30(4): 365–370.
- 173.Kovács LN, Takacs ZK, Tóth Z, Simon E, Schmelowszky Á, Kökönyei G. Rumination in major depressive and bipolar disorder – a meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*. 2020; 276: 1131-1141.
- 174.Kraines MA, Krug CP, Wells TT. Decision Justification Theory in Depression: Regret and Self-Blame. *Cognitive Therapy and Research*. 2017; 41(4): 556-561
- 175.Jannati Y, Sharif Nia H, Froelicher ES, Goudarzian AH, Yaghoobzadeh A. Self-blame Attributions of Patients: a Systematic Review Study. *Central Asian Journal of Global Health*. 2020; 9(1).
- 176.Zahn R, Lythe KE, Gethin JA, Green S, Deakin JFW, Young AH ve ark. The role of self-blame and worthlessness in the psychopathology of major depressive disorder. *Journal of Affective Disorders*. 2015; 186:337–341.
- 177.Connolly SL, Alloy LB. Rumination interacts with life stress to predict depressive symptoms: An ecological momentary assessment study. *Behaviour Research and Therapy*. 2017; 97:86–95.
- 178.Nieto I, Robles E, Vazquez C. Self-reported cognitive biases in depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*. 2020; 82:101934.
- 179.Everaert J, Joormann J. Emotion Regulation Difficulties Related to Depression and Anxiety: A Network Approach to Model Relations Among Symptoms, Positive Reappraisal, and Repetitive Negative Thinking. *Clinical Psychological Science*. 2019; 7(6): 1304-1318.

8. EKLER

EK 1. Sosyodemografik Özellikler Tanıtım Formu

Sosyo-Demografik Özellikler Tanıtım Formu

Anne:

1. Yaşı:

2. Eğitim Durumu:

- ☐ İlköğretim
- ☐ Ortaöğretim
- ☐ Lisans
- ☐ Lisans üstü

3. Aylık maddi gelir

- ☐ Yeterli
- ☐ Yetersiz

4. Herhangi bir işte çalışma durumu:

- ☐ Çalışıyor
- ☐ Çalışmıyor

5. Medeni hali:

- ☐ Evli
- ☐ Bekar

6. Çocuk sayısı:.....

Çocuk

Yaş:

Cinsiyet:

Tanı:

Evre:

Tedavi Şekli:

- ☐ Cerrahi
- ☐ Kemoterapi
- ☐ Radyoterapi

Tanıdan beri geçen zaman:

EK 2. Beck Depresyon Ölçeği

Aşağıda gruplar halinde bazı cümleler yazılıdır. Her gruptaki cümleleri dikkatli okuyunuz. Bugün dahil, geçen hafta içinde kendinizi nasıl hissettiğinizi en iyi anlatan cümleyi seçiniz. Seçmiş olduğunuz cümlenin başındaki numarayı daire içine alınız. Aşağıda gruplar halinde bazı cümleler yazılıdır. Her gruptaki cümleleri dikkatli okuyunuz. Bugün dâhil, geçen hafta içinde kendinizi nasıl hissettiğinizi en iyi anlatan cümleyi seçiniz. Seçmiş olduğunuz cümlenin başındaki numarayı daire içine alınız.

0 Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.

1 Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.

2 Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım.

3 O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.

0 Gelecekte umutsuz ve karamsar değilim.

1 Gelecek için karamsarım.

2 Gelecekte hiçbir şey beklemiyorum.

3 Geleceğimden umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.

0 Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.

1 Kendimi çevremdeki birçok insandan daha başarısız hissediyorum.

2 Geçmişime baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.

3 Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.

0 Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.

1 Her şeyden eskisi gibi hoşlanmıyorum.

2 Artık hiçbir şey bana tam anlamı ile zevk vermiyor.

3 Her şeyden sıkılıyorum.

0 Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.

1 Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.

2 Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.

3 Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.

0 Bana cezalandırılmışım gibi gelmiyor.

1 Cezalandırılabilceğimi seziyorum.

2 Cezalandırılmayı bekliyorum.

3 Cezalandırıldığımı hissediyorum.

0 Kendimden hoşnutum.

1 Kendimden pek hoşnut değilim.

2 Kendime kızıyorum.

3 Kendimden nefret ediyorum.

0 Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.

1 Zayıf yanlarım ve hatalarımdan dolayı kendi kendimi eleştiririm.

2 Hatalarımdan dolayı her zaman kendimi kabahatli bulurum.

3 Her aksilik karşısında kendimi kabahatli bulurum

0 Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.

1 Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor.

2 Kendimi öldürmek isterdim.

3 Fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.

0 İçimden her zamankinden fazla ağlamak gelmiyor.

1 Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.

2 Çoğu zaman ağlıyorum.

3 Eskiden ağlayabilirdim, şimdi istesem de ağlayamıyorum.

0 Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim.

1 Eskisine göre daha kolay kızıyor veya sinirleniyorum.

2 Şimdi hep sinirliyim.

3 Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.

- 0 Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.
1 Başkaları ile eskisinden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.
2 Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybettim.
3 Hiç kimse ile görüşüp, konuşmak istemiyorum.
- 0 Eskiden olduğu kadar kolay karar verebiliyorum.
1 Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
2 Karar verirken eskisine göre çok güçlük çekiyorum.
3 Artık hiç karar veremiyorum.
- 0 Aynaya baktığımda kendimde bir değişiklik görmüyorum.
1 Daha yaşlanmışım ve çirkinleşmişim gibi geliyor.
2 Görünüşümün çok değiştiğini ve daha çirkinleştiğimi hissediyorum.
3 Kendimi çok çirkin buluyorum.
- 0 Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
1 Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor.
2 Bir şeyler yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.
3 Hiçbir şey yapamıyorum
- 0 Her zamanki gibi uyuyabiliyorum.
1 Eskiden olduğu gibi uyuyamıyorum.
2 Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve yeniden uyuyamıyorum.
3 Her zamankinden çok daha erken uyanıyorum ve yeniden uyuyamıyorum.
- 0 Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.
1 Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.
2 Yaptığım her şey beni yoruyor.
3 Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.

0 İştahım her zamanki gibi.

1 İştahım eskisi kadar iyi değil.

2 İştahım çok azaldı.

3 Artık hiç iştahım yok.

0 Son zamanlarda kilo vermedim.

1 İki kilodan fazla kilo verdim.

2 Dört kilodan fazla kilo verdim.

3 Altı kilodan fazla kilo verdim.

0 Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor

1 Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendirmiyor

2 Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zorlaşıyor

3 Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünemiyorum

0 Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme fark etmedim

1 Cinsel konularda eskiden daha az ilgiliyim

2 Cinsel konularda şimdi çok daha az ilgiliyim

3 Cinsel konulara olan ilgimi tamamen kaybettim

EK 3. Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği

Olaylarla nasıl başa çıkarsınız? Herkes zaman zaman olumsuz ya da tatsız olaylarla karşılaşır ve herkes bu olaylara kendi yöntemiyle tepki verir. Lütfen aşağıdaki soruları cevaplayarak olumsuz ya da tatsız olaylar yaşadığınızda genel olarak ne düşündüğünüzü belirtiniz.

	(neredeyse) hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sık sık	(neredeyse) her zaman
1. Suçlanacak kişinin ben olduğumu düşünürüm.	1	2	3	4	5
2. Olanları kabul etmek zorunda olduğumu düşünürüm.	1	2	3	4	5
3. Sık sık, yaşadığım olayla ilgili ne hissettiğim hakkında düşünürüm	1	2	3	4	5
4. Yaşadığım şeyden daha güzel şeyler düşünürüm.	1	2	3	4	5
5. Yapabileceğimin en iyisinin ne olduğunu düşünürüm	1	2	3	4	5

6. Bu durumdan bir şeyler öğrenebileceğimi düşünürüm	1	2	3	4	5
7. “Her şey çok daha kötü olabilirdi” diye düşünürüm	1	2	3	4	5
8. Sık sık, yaşadığım olayın diğer insanların başına gelen olaylardan çok daha kötü olduğunu düşünürüm.	1	2	3	4	5
9. Suçlanacak kişinin başkaları olduğunu düşünürüm.	1	2	3	4	5
10. Olanlardan sorumlu olan kişinin kendim olduğunu düşünürüm.	1	2	3	4	5
11. Durumu kabul etmem gerektiğini düşünürüm	1	2	3	4	5
12. Zihnim yaşadığım olayla ilgili ne düşündüğüm ve ne	1	2	3	4	5

hissettiğimle meşgul olur.					
13. Yaşadığım olayla ilgisi olmayan güzel şeyler düşünürüm	1	2	3	4	5
14. Bu durumla en iyi nasıl başa çıkabileceğimi düşünürüm.	1	2	3	4	5
15. Olanların sonucunda daha güçlü bir insan olabileceğimi düşünürüm.	1	2	3	4	5
16. Diğer insanların başından çok daha kötü şeyler geçtiğini düşünürüm.	1	2	3	4	5
17. Yaşadığım şeyin ne kadar korkunç bir şey olduğunu düşünür dururum.	1	2	3	4	5
18. Olanlardan başkalarının sorumlu olduğunu düşünürüm.	1	2	3	4	5

19. Durumla ilgili yaptığım hatalar hakkında düşünürüm.	1	2	3	4	5
20. Durumla ilgili hiçbir şeyi değiştiremeyeceğimi düşünürüm.	1	2	3	4	5
21. Yaşadığım olayla ilgili neden bu şekilde hissettiğimi anlamak isterim.	1	2	3	4	5
22. Olanları düşünmek yerine güzel bir şey düşünürüm.	1	2	3	4	5
23. Durumu nasıl değiştirebileceğimi düşünürüm.	1	2	3	4	5
24. Durumun olumlu yanları da olduğunu düşünürüm.	1	2	3	4	5
25. Diğer şeylerle karşılaştırıldığında yaşadığım şeyin o kadar da kötü olmadığını düşünürüm.	1	2	3	4	5

26. Sık sık, yaşadığım durumun bir insanın başına gelebilecek en kötü durum olduğunu düşünürüm.	1	2	3	4	5
27. Durumla ilgili başkalarının yaptığı hataları düşünürüm.	1	2	3	4	5
28. Temelde durum bizzat benden kaynaklanmış olmalı diye düşünürüm	1	2	3	4	5
29. Bu durumla yaşamayı öğrenmem gerektiğini düşünürüm.	1	2	3	4	5
30. Durumun bende uyandırdığı duygular üzerine kafa yorarım.	1	2	3	4	5
31. Yaşadığım güzel şeyler hakkında düşünürüm	1	2	3	4	5
32. Duruma dair yapabileceğim en iyi şeyi planlarım.	1	2	3	4	5

33. Durumun olumlu yönlerini bulmaya çalışırım.	1	2	3	4	5
34. Kendime hayatta bundan daha kötü şeylerin olduğunu söylerim.	1	2	3	4	5
35. Sürekli bu durumun ne kadar berbat olduğunu düşünür dururum.	1	2	3	4	5
36. Sorunun temelinde diğer insanların yattığını düşünürüm.	1	2	3	4	5

EK 4. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Sayın Katılımcı

Kanser tanısına sahip çocukların annelerinde bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin depresyon riskini yordama rolünün incelenmesi” isimli yüksekisans tez çalışmasını Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Psikiyatri Hemşireliği Anabilim dalı yüksekisans öğrencisi Fazilet TÖR NURDAĞ, Dr. Öğr. Üyesi Figen Şengün İnan danışmanlığında yürütmektedir.

Kanser tanısına sahip bir çocuğa bakım vermek tüm aileyi özellikle çocuğun birincil bakım vereni konumundaki anneleri etkilemektedir. Bu çalışmanın amacı kanser tanısına sahip çocukların annelerinde bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin kullanımının depresyon riski üzerine olan yordayıcı etkisini incelemektir. Yapılan bu araştırma, şu anda size veya ailenize bir hizmet vermeyebilir, ancak uzun vadede bu çalışmadan elde edilebilecek sonuçlar etkilenmiş annelere yönelik programların geliştirilmesi amaçlı yarar sağlayabilecektir.

Araştırmaya Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ege Üniversitesi Çocuk Hastanesi ve Dokuz Eylül Üniversitesi Nevvar&Salih İşgören Çocuk Hastanesinin Hematoloji ve Onkoloji Polikliniği/Ayaktan Tedavi Ünitesi’nde kemoterapi protokollerini ayaktan alarak tedavi gören çocukların primer bakımından sorumlu anneleri katılacaktır.

Bu araştırma sırasında size yaş, eğitim durumu, aylık maddi gelir, annenin çalışma durumu, medeni durum, çocuk sayısı gibi sosyo-demografik özellikleri belirlemeye yönelik sosyo-demografik bilgi formu, bilişsel duygu düzenleme ölçeği ve Beck depresyon ölçeği olmak üzere 3 tane form doldurmanız istenecektir. Bu toplamda 20-25 dakikanızı alacaktır.

Araştırma boyunca doldurduğunuz formlar ve verdiğiniz bilgilerin tümü gizli tutulacaktır. Çalışma herhangi bir yayın ve raporda kullanılırken isminiz hiçbir şekilde geçmeyecektir.

Bu araştırmanın sonuçları yalnızca bilimsel amaçlarla kullanılacak, veriler ve size ait bilgiler gizli tutulacaktır. Araştırma sonuçlarının bunun dışında başka bir amaç için kullanılması kesinlikle söz konusu değildir. Araştırmaya katıldığınız için size ek bir ücret veya ödül verilmeyecek, aynı şekilde sizden de ücret, veya masraf talep edilmeyecektir.

Uygulama süresi boyunca araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, ya da diğer rahatsızlıklarınız için nolu telefondan Öğr. Üyesi Figen Şengün İnan'a başvurabilirsiniz.

Bu çalışmaya katılmayı reddedebilirsiniz. Bu araştırmaya katılmak tamamen isteğe bağlıdır ve reddettiğiniz takdirde size uygulanan tedavide hiç bir değişiklik olmayacaktır. Yine çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekmek hakkına da sahipsiniz.

Katılımcının beyanı

Ben katılmam istenen bu çalışmanın kapsamı ve amacında gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Çalışma hakkında soru sorma ve detaylı bilgi alma fırsatı buldum.

Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım zaman herhangi bir ters tutum ile karşılaşmayacağımı anladım. Bu koşullarda söz konusu araştırmayı kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kabul ediyorum.

Ad Soyad, Doğum tarihi, Adres/Tel İmza:

Tanık Adı Soyadı Doğum tarihi Adres/Tel İmza:

Uygulayıcı Adı Soyadı Adres/Tel İmza:

Uygulama tarihi ve saati:

EK 5. Etik Kurul Onayı

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

Sayın Dr.Öğr.Üyesi Figen Şengün İnan

Araştırmanıza ilişkin Kurulumuz kararı aşağıda sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederiz.

ETİK KOMİSYONUN ADI	DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
AÇIK ADRES	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2. Kat İnciraltı-İZMİR
TELEFON	0 232 412 22 54-0 232 412 22 58
FAKS	0 232 412 22 43
E-POSTA	etikkurul@deu.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	DOSYA NO:	4982-GOA
	ARAŞTIRMA	UZMANLIK TEZİ ☐ MÜNFERİT ARAŞTIRMA ☐ ÖÇM ☐ YÜKSEKLİSANS ☒ DOKTORA ☐
	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Kanser Tanısına Sahip Çocukların Annelerinde Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejilerinin Depresyon Riskini Yordama Rolünün İncelenmesi
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI ve UZMANLIK ALANI	Dr.Öğr.Üyesi Figen Şengün İnan Hemşirelik Fakültesi
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☐ ÇOK MERKEZLİ ☒

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	Mevcut		Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐
	ARAŞTIRMA İLE İLGİLİ LİTERATÜR	Mevcut		Türkçe ☐	İngilizce ☒	Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐

	Karar No:2019/22-16	Tarih:09.09.2019				
KARAR BİLGİLERİ	Dr.Öğr.Üyesi Figen Şengün Inan'ın sorumlusu olduğu "Kanser Tanısına Sahip Çocukların Annelerinde Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejilerinin Depresyon Riskini Yordama Rolünün İncelenmesi" isimli klinik araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, etik açıdan çalışmanın gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.					
ETİK KURUL BİLGİLERİ						
ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu					
ETİK KURUL ÜYELERİ						
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişkili mi?		İmza
Prof.Dr.Sadık Kıvanç METİN (Başkan)	Kalp ve Damar Cerrahisi	DEU Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr. Sermin ÖZKAL (Başkan Yardımcısı)	Tıbbi Patoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Patoloji A.D	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Serkan YENER	Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	Katılmadı
Prof.Dr.Pınar TUNCEL	Tıbbi Biyokimya	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Arzu GENÇ	Nörolojik Fizyoterapi - Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEU Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E ☐	H ☒	Katılmadı
Doç.Dr.Nil Hocaoglu AKSAY	Tıbbi Farmakoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Murat BEKTAŞ	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	DEU Hemşirelik Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	Erkek	E ☐	H ☒	Katılmadı
Doç.Dr.Tufan ÇANKAYA	Tıbbi Genetik	Tıbbi Genetik Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Ayfer DAYI	Davranış Fizyolojisi	DEU Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Korcan DEMİR	Pediyatrik Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Mahmut Cem ERGON	Tıbbi Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Öğr.Gör.Dr.Kıvanç YÜKSEL	Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik ve Bilişim A.D	Erkek	E ☐	H ☒	
Av.Esra FIRTINA	Avukat	DEU Rektörlüğü Hukuk Müşavirliği	Kadın	E ☐	H ☒	Katılmadı
Mehmet Erhan ÖZKUL	Sağlık mensubu olmayan üye	D.E.U Tıp Fakültesi İdari Mali İşler	Erkek	E ☐	H ☒	

EK. 6 Ege Üniversitesi Hastanesi Uygulama İzni

Ege Univ. Evrak Tarih ve Sayısı: 03/10/2019-E.80746



T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Hastanesi Başhekimliği
Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü



Sayı : 69631334-020
Konu : fazilet tör

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

İlgi : 08/07/2019 tarihli ve 1549 sayılı yazı.

Enstitünüz Hemşirelik Anabilim Dalı, Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans programı öğrencisi Fazilet TÖR'ün "Kanser Tanısına Sahip Çocukların Annelerinde Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejilerinin Depresyon Riskini Yordama Rolünün İncelenmesi" konulu tez çalışmasını Temmuz 2019 - Ağustos 2020 tarihleri arasında etik kurul onay kararının Müdürlüğümüze bildirilmesinden sonra Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalına bağlı Hematoloji ve Onkoloji Bilim Dalı polikliniğinde yapması Başhekimliğimizce uygun görülmüştür.

Gereğini ve bilgilerinizi arz ederim.

e-imzalıdır
Prof. Dr. Tuncay GÖKSEL
Başhekim

Ek: Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim
Dalından gelen 297072 sayılı yazı.

Evrakı Doğrulamak İçin: https://edys.ege.edu.tr/en/Vision/Validate_Doc.aspx?V=BEASARABY
Üniversite Caddesi No:9 Posta Kodu: 35100 Bornova/İzmir
Telefon No: +90 (232) 390 32 74 Faks No: +90 (232) 339 10 15

Bilgi İçin: Banu ERGON
İmvan: Veri Kayıt Ekleme



**EK 7. Dokuz Eylül Üniversitesi Nevvar&Salih İşgören Çocuk Hastanesi
Uygulama İzni**

	T.C. DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	
		E-İmzalıdır
Sayı : 74660883-604.01.01-E.61060		01/08/2019
Konu : Fazilet TÖR'ün Tez Çalışması Uygulama Uygunluğu		
UYGULAMA VE ARAŞTIRMA HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE		
İlgi : 12.07.2019 tarih ve 72292585-00.99-55216 sayılı yazınız.		
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğünün Hemşirelik Anabilim Dalında Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans programı öğrencisi Fazilet TÖR'ün "Kanser Tanısına Sahip Çocukların Annelerinde Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejilerinin Depresyon Riskini Yordama Rolünün İncelenmesi" konulu tez çalışmasını Nevvar & Salih İşgören Çocuk Hastanesi Hematoloji Onkoloji Polikliniği Ayaktan Tedavi Ünitesinde Temmuz 2019-Ağustos 2020 tarihleri arasında uygulaması anabilim dalımızca uygun görülmüştür. Bilgilerinize arz ederim.		
Prof.Dr. Murat DUMAN Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanı		
	Dokuz Eylül Üniversitesi Adres: Mithatpaşa Cd. İçicraftı yerleşkesi No:1606, 35340 Balçova/İzmir Tel: 0(232) 412 22 22 Elektronik Ağ: www.deu.edu.tr Kep Adresi: dokuzeyuluniversitesi@hs01.kep.tr Bu belge 5976 sayılı Çıktı Kanununa göre Prof.Dr. Murat DUMAN tarafından 01/08/2019 tarihinde e-imza ile onaylanmıştır.	Bilgi İçin İrtibat: Yeşim AYAZ Dahili: E-Posta: yesim.goren@deu.edu.tr 

EK 8. S.B.Ü. Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları Ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Uygulama İzni



T.C.
İZMİR VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü
S.B.Ü. İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları Ve Cerrahisi
Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

S.B.Ü. İZMİR DR. BEHÇET UZ ÇOCUK HASTALIKLARI
VE CERRAHİSİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ -
S.B.Ü. İZMİR DR. BEHÇET UZ ÇOCUK HASTALIKLARI
VE CERRAHİSİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
19/08/2019 14:05 - 13399118 - 799 - E.8472
00099514722

Sayı : 13399118-799
Konu : Çalışma Başvurusu

Sayın Figen ŞENGÜN İNAN

Hastanemiz Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurulu 09.08.2019 tarihinde toplanmıştır. Başvuruda bulunduğunuz **"Kanser tanısına sahip çocukların annelerinde bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin depresyon riskini yordama rolünün incelenmesi"** konulu çalışmanıza ön izin verilmiştir.

Çalışmanıza ait etik kurul kararının bir örneğini ve çalışmanızın sonucunu Eğitim Ar-Ge birimine teslim etmeniz hususunda bilgilerinize ve gereğini rica ederim.

e-imzalıdır.
Doç.Dr.Tanju ÇELİK
Başhekim

Dr.Behçet uz Çocuk Hast.ve Cer.EAH.

Telefon: Faks No:

e-Posta: emine.akturk2@saglik.gov.tr İnternet Adresi: emine.akturk2@saglik.gov.tr

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden eaf612c5-728c-42bc-ac93-f1fb67dc56f kodu ile erişebilirsiniz.

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için: Emine AKTÜRK

HEMŞİRE

Telefon No: (0 232) 411 39 10

Ek.9 Özgeçmiş



FAZİLET TÖR NURDAĞ

Kişisel Bilgiler

İletişim Bilgileri

İletişim Adresi

Telefon

E-posta

İnternet Sayfası

Öğrenim Bilgileri

Deneyim / İşyeri Bilgileri

01 Mayıs 2013 - Şu Anda (8 yıl 3 ay) (Tam Zamanlı)
HEMŞİRE, SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ İZMİR DR. BEHÇET UZ ÇOCUK
HASTALIKLARI VE CERRAHİSİ SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ

Yabancı Dil Bilgileri

İNGİLİZCE (Okuma: Orta, Yazma: Orta, Konuşma: Orta)

Ar-Ge Yetkinlik

Bildiriler

F. Ş. İNAN & F. T. NURDAĞ, Akut Lenfoblastik Lösemi Tanısına Sahip Çocukların Annelerinde Duygu Düzenleme Stratejilerinin Açıklanması: Kalitatif Araştırma, Sözlü Sunum, 21. Pediatri Günleri 2. Pediatri Hemşireliği Günleri, 27 Ocak 2021, 30 Haziran 2021.

TÜBİTAK Burs ve Destekleri

Panelistlik/İzleyicilik/Raportörlük Sayısı

Hakemlik/Panelistlik/Dış Danışmanlık Sayısı

ANCEB/BİDEB 0

TEYDEB 0

Toplam 0

İzleyicilik/Danışmanlık Sayısı

AHLEB/BİDEB 0

TEYDEB 0

Toplam 0

Raportörlük Sayısı

ARCEB/BİDEB 0

TEYDEB 0

Toplam 0