

T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK PROGRAMI

**KANSERLİ EBEVEYNE SAHİP ADÖLESANLARIN
AİLE İŞLEVSELLİĞİ ALGISININ DURUMLUK SÜREKLİ
KAYGI DÜZEYİ İLE İLİŞKİSİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Emine Özlem YILDIZ

Tez Danışmanı
Yrd.Doç.Dr. Filiz HİSAR

ANKARA
Haziran 2011

T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Hemşirelik Yüksek Lisans Programı çerçevesinde yürütölmüş olan
bu çalışma aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul
edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi:01/07/2011



Doç.Dr.Dilek YILDIRIM

Gazi Üniversitesi

Jüri Başkanı



Doç.Dr.Gölsüm ANÇEL

Ankara Üniversitesi



Yrd.Doç.Dr.Filiz HİSAR

Gazi Üniversitesi

İÇİNDEKİLER

	Sayfa no
KABUL VE ONAY	I
İÇİNDEKİLER	II
TABLolar	V
KISALTMALAR	VI
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı	1
1.2. Araştırmanın Amacı	4
1.3. Araştırmanın Soruları	4
2. GENEL BİLGİLER	6
2.1. Kanserle İlişkin Genel Bilgiler	6
2.1.1. Kanserın Tanımı	6
2.1.2. Etyoloji	6
2.1.3. Sıklık	7
2.1.4. Belirti ve Bulgular	9
2.1.5. Tanı	9
2.2. Kanser Tedavisi	11
2.3. Kanser Hastalığının Psikososyal Etkileri	12
2.3.1. Kanserın Hastalar Üzerindeki Etkileri	12
2.3.2. Kanserın Aile Üzerindeki Etkileri	17
2.3.3. Kanserın Adölesanlar Üzerindeki Etkileri	18
2.4. Araştırmada Kullanılan Kavramlar	20
2.4.1. Adölesan Dönem	20
2.4.2. Kaygı	23
2.4.2.1. Kaygının Tanımı	23
2.4.2.2. Kuramlara Göre Kaygı	23
2.4.2.3. Durumluk ve Sürekli Kaygı	24
2.4.2.4. Kaygı Düzeyleri	25
2.4.3. Aile İşlevleri	26
2.4.4. Mc Master Aile İşlevleri Modeli	29
2.4.4.1. Mc Master Aile İşlevleri Modeli Özellikleri	29
2.4.4.2. Problem Çözme	29
2.4.4.3. İletişim	29

2.4.4.4. Roller	30
2.4.4.5. Duygusal Tepki Verebilme	30
2.4.4.6. Gereken İlgiyi Gösterme	30
2.4.4.7. Davranış Kontrolü	30
3. GEREÇ VE YÖNTEM	32
3.1. Araştırmanın Şekli	32
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	32
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	32
3.4. Verilerin Toplanması	33
3.4.1. Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ)	34
3.4.2. Durumluk Sürekli Kaygı Envanteri	36
3.5. Veri Toplama Formlarının Uygulanması	37
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi	37
3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları	37
3.8. Araştırmanın Etik Boyutu	38
4. BULGULAR	39
5.TARTIŞMA	57
5.1. Adölesanların Tanıtıcı Özellikleri	57
5.2. Adölesanların Aile İşlevselliği Algısı	58
5.3. Adölesanların Durumluk-Sürekli Kaygı Puan Ortalamaları Dağılımı	59
5.4. Adölesanların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Adölesanların Durumluk-Sürekli Kaygı Puan Ortalamaları Dağılımı	60
5.5. Ebeveynlerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Adölesanların Durumluk-Sürekli Kaygı Puan Ortalamaları Dağılımı	62
5.6. Adölesanların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Adölesanların Aile İşlevselliği Algısı Dağılımı	65
5.7. Ebeveynlerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Adölesanların Aile İşlevselliği Algısı Dağılımı	65

5.8. Adölesanların Aile İşlevselliği Algısının Durumluk- Sürekli Kaygı Düzeyi İle İlişkisi	66
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	67
6.1. Sonuç	67
6.2. Öneriler	68
7. ÖZET	69
8. SUMMARY	70
9. KAYNAKLAR	71
10.EKLER	83
TEŞEKKÜR	104
ÖZGEÇMİŞ	105

TABLÖLAR

Tablo No:	Sayfa no
Tablo 4.1: Adölesanların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı	39
Tablo 4.2: Ebeveynlerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı	42
Tablo 4.3: ADÖ Alt Ölçek Puan Ortalamaları	45
Tablo 4.4: Adölesanların Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçek Puan Ortalamaları	46
Tablo 4.5: Adölesanların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı	47
Tablo 4.6: Ebeveynlerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı	50
Tablo 4.7: Adölesanların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre ADÖ Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı	52
Tablo 4.8 : Ebeveynlerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre ADÖ Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı	54
Tablo 4.9: Adölesanların Aile İşlevselliği Algısının Durumluk-Sürekli Kaygı Düzeyi ile İlişkisi	56

KISALTMALAR

ADÖ	: Aile Değerlendirme Ölçeği
SPSS	: Sosyal Bilimler İçin İstatistik Paket Programı
WHO	: Dünya Sağlık Örgütü
SS	: Standart Sapma
AS	: Alt Sınır
ÜS	: Üst Sınır

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı

Halk sağlığı açısından en önemli hastalıklar, sık görülen, sakat bırakma oranı yüksek olan ve en çok lme neden olan hastalıklar olarak tanımlanmaktadır. Kansere birçok gelişmiş ülkede ölüm nedenleri arasında kalp damar hastalıklarından sonra ikinci sırayı almaktadır.¹

Kanser yükü 2006 raporuna göre, her yıl Dünya’da on bir milyon, Türkiye’de yüzelli bin kişi kansere yakalanmaktadır. 2020 yılında bu rakamların yaklaşık %50 oranında artış göstermesi beklenmektedir.²

Günümüzde erken tanı ve tedavi seçeneklerinin artması sonucunda kanser hastalarının hayatta kalma oranları artmış, 5 yıllık yaşam oranları %58’e ulaşmıştır ve kanser artık kronik hastalıklar grubunda yer almaktadır.³ Kanser kronik ve ciddi bir hastalık olmanın ötesinde belirsizlikler içeren ağrı ve acı içinde ölümü çağrıştıran; suçluluk, terk edilme, kargaşa ve panik, kaygı uyandıran bir hastalık olarak algılanır. Kanser; fiziksel, psikolojik, sosyal ve manevi boyutları etkileyerek bireyin yaşamında önemli değişimler meydana getiren çok boyutlu bir fenomendir.⁴

Bireyin yaşadığı kriz ya da sorunlar aile içi ilişkilere yansımakta ve işlevlerde değişmelere neden olmaktadır.⁵ Aile yelerinden birine koyulan kanser tanısı tüm aileyi kriz durumu ile karşı karşıya koyarak aile sistemini doğrudan etkilemektedir. Tüm aile sistemini etkileyerek ailenin dengesini bozabilmektedir. Sonuçta hastanın, aile üyelerinin hatta hasta ile birlikte yaşayan yakınlarının gerginlik ve stres düzeyleri artabilmektedir.⁶

Sevdikleri kişinin geçirdiği değişiklikler ve acıların gözlemcisi olan hasta yakınları aynı zamanda ailede ortaya çıkan rol değişiklikleri, hastanın işlevlerini üstlenme, hastalıkla ortaya çıkan giderleri karşılama çabaları içinde yorgun ve kederli olabilirler.⁷ Dodd ve arkadaşları hastalık boyunca aile üyelerinin hastalardan daha fazla kaygı yaşadıklarını, kaygılarının aile ile ilgili olduğunu belirtmişlerdir.⁸

Kanser hastalığında tanı, tedavi, remisyon, relaps, olası terminal dönemin neden olduğu değişimler ebeveynlerin davranışlarında, duygularında, fiziksel fonksiyonlarının yanı sıra aile işlevlerinde de değişime neden olur.⁹ Visser ve arkadaşları ailedeki stresli olayların çocukların işlevlerinde bozukluğa neden olduğunu bu nedenle fiziksel hastalığa sahip ebeveynlerin çocuklarının nasıl etkilendiğini belirlemeye yönelik çalışmaların arttığını belirtmişlerdir.¹⁰ Ebeveyn kanserlerinin neden olduğu kriz süresince ebeveynler çocuklarındaki davranış değişiklikleri ve psikolojik değişiklikleri sıklıkla fark edememektedirler. Bu nedenle ebeveyn kanserlerinin çocuklarda yarattığı değişiklikler nadiren incelenebilmekte ve tanınabilmektedir.¹¹

Ebeveyn kanserleri; aile rutinlerinin değişmesine, ebeveyn çocuk etkileşiminin değişmesine, çocukların ek sorumluluklar almasına, çocukların ebeveynin ölüm olasılığı nedeniyle endişe yaşamasına neden olabilmektedir. Zaten güç olan gelişim çağı sorunlarına ebeveyn kanserlerinin yarattığı sorunlarda eklenerek çocuğun yaşamını etkilemektedir.¹¹

Kanserli ebeveyne sahip çocukların sağlıklı ebeveyne sahip akranlarından daha çok etkilenmiş olduğu gösterilmiştir. Belirtilen semptomlar ise depresyon, anksiyete, davranış problemleri ve düşük özdeğerliliklerdir.¹² Adölesanların gelişimsel dönem ve durumları nedeniyle ebeveynleri hastalandığında daha fazla anksiyete ve depresyon riski

taşıdıkları gösterilmektedir.¹³ Heiney ve arkadaşları tarafından aynı yaştaki adölesanlarla yapılan karşılaştırma çalışmasında “durumluk-sürekli kaygı düzeyleri” önemli düzeyde yüksek bulunmuştur.⁹ Lindovist ve arkadaşlarının kanserli ebeveyne sahip adölesanlarla yaptığı çalışmada da sağlıklı aile fonksiyonları ile düşük psikolojik semptomlar arasında ilişki bulunmuştur.¹⁴ Ayrıca Küçükoğlu tarafından ebeveyni kanser olan 13 ile 18 yaşları arasındaki adölesanlarla yapılan araştırmada adölesanların psikolojik belirti düzeyleri ortalamalarının ebeveynlerinin hastalığından önemli derecede etkilendiği gösterilmiştir.⁸

Aile bireylerinin yakınlığı ve bağlılığı, sorun odaklı başa çıkma yollarını kullanmaları, birbirleriyle doğrudan iletişim kurmaları, ailede düzenin ve karar verme süreçlerinin açık ve net olması, hastalık süreçlerine ve sonuçlarına karşı koruyucu bir işlev görmektedir. İşlevsel olmayan bir aile sorun ve çatışmaları tolere edememekte, aile üyelerinin yardımını reddetmekte, aile içinde var olan sorunlar farklı biçimde sürmektedir.¹⁵

Ciddi bir hastalıkla ailenin başa çıkma ve uyum gösterme çabaları tanımlanırken ilk adım, sadece hasta üzerine odaklanmak yerine hastalıktan psikososyal olarak etkilenen herkesi içeren bir model oluşturmaktır.¹⁶ Günümüzde hastalık türleri ve tedavilerde büyük değişiklikler görülmekte, hemşirelerin de hastaya ve aileye yardımının doğası etkilenmektedir. Hemşirelerin kanserle yaşamaya uyum sağlamada hasta ve aileye yardım etmesi, hastaya fiziksel, psikolojik ve sosyal destek sağlaması, diğer sağlık çalışanlarına öneri, bilgi ve eğitim vermesi beklenmektedir.¹⁷ Hemşirelerin çoğu kanserli hastalarla mesleki yaşamlarının herhangi bir aşamasında karşılaşır. Ulusal bir sağlık sorunu olarak kanser, hemşirelerin çalışma alanları ne olursa olsun, en son gelişmelerden haberdar olmalarını gerektiren bir konudur. Hemşireler diğer sağlık çalışanlarına göre hastalara ve ailelerine daha yakın

olduklarından ve onlarla daha sık ve sürekli iletişim kurduklarından hasta bakımında önemli bir fark yaratabilmek için eşsiz bir konuma sahiptirler.⁸

Dünya' da ve Türkiye'de kanserli bireylere yakınlarına yönelik birçok çalışma olmakla beraber kanserli ebeveyne sahip çocukların aile işlevselliği ve durumluk sürekli kaygı düzeyi arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışma bulunmamaktadır. Bu nedenle, kanserli ebeveyn çocuklarının aile işlevselliğini algılama ve durumluk-sürekli kaygı düzeyi arasındaki ilişkinin ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi, ailelere bilgi sağlamanın ve rehberlik etmenin yanı sıra hemşireler ve diğer sağlık profesyonellerinin kanserli hastayı ailesi ile bir bütün olarak ele almasında yol gösterici olacak, bakımda aile ve çocuklarına yönelik girişimler planlamayı da sağlayarak aile sağlığının korunması ve geliştirilmesine yardımcı olacaktır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Araştırmanın amacı; ebeveyni kanser olan çocukların aile işlevselliği algısının durumluk, sürekli kaygı düzeyine etkisinin olup olmadığının belirlenmesidir.

1.3. Araştırmanın Soruları

- Adölesanların ebeveynin hastalığı nedeniyle ailede yaşanan sıkıntılara ilişkin görüşleri nelerdir?
- Adölesanların ebeveynin hastalığı nedeniyle yaşadıkları güçlükler nelerdir?
- Adölesanların tanımlayıcı özellikleriyle adölesanların durumluk kaygı, sürekli kaygı düzeyleri arasında ilişki var mıdır?
- Ebeveynlerin tanımlayıcı özellikleriyle adölesanların durumluk kaygı, sürekli kaygı düzeyleri arasında ilişki var mıdır?
- Adölesanların tanımlayıcı özellikleriyle adölesanların aile işlevselliği algıları arasında ilişki var mıdır?

- Ebeveynlerin tanımlayıcı özellikleriyle adölesanların aile işlevselliği algıları arasında ilişki var mıdır?
- Adölesanların aile işlevselliği algısı ile adölesanların durumluk kaygı, sürekli kaygı düzeyleri arasında ilişki var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kansere İlişkin Genel Bilgiler

2.1.1. Kanserin Tanımı

Kanser olgusu, tıbbi–fiziksel bir hastalık olduğu kadar, ruhsal ve psikososyal bileşenleri yoğun olan bir sorundur. Kanser; bir hastalık belirsizlik içeren, ağrı ve acı içinde ölümü çağrıştıran, suçluluk, terk edilme, kaos, panik ve kaygı duygusu uyandıran bir hastalık olarak algılanır.¹⁸

Kanser süreğen ve ölümcül bir hastalık olarak algılanmasının yanı sıra duygusal, ruhsal ve davranışsal tepkilere yol açan önemli bir sorundur.¹⁹

2.1.2. Etiyoloji

Kanser oluşumunda, genellikle birden fazla etken rol oynamaktadır. Fiziksel, kimyasal ve biyolojik olarak gruplanabilen bu etkenler:

- İyonize Radyasyon
- Ultraviyole ışınları
- Virüsler, parazitler, bakteriler
- Sigara
- Alkol
- Hava kirliliği
- Kimyasal karsinogenler
- Beslenme alışkanlıkları
- Hormonlar

- Cinsiyet ve doğurganlık yaşı
- Genetik faktörler
- İmmün yetmezlikdir.^{20, 21, 22, 23}

2.1.3. Sıklık

Halk sağlığı açısından en önemli hastalıklar en sık görülen, en sık sakat bırakan ve en çok öldüren hastalıklardır. Bu açıdan incelendiğinde tanı imkanlarının artması, toplumlara daha yaygın sağlık hizmeti sunulması nedeni ile her gün daha çok sayıdaki kanserli hastaya tanı koymak mümkün olmaktadır. Ayrıca günümüzde enfeksiyon hastalıkları başta olmak üzere bir çok hastalığın kontrol altına alınıyor olması, yaşam standardının yükselmesi nedeni ile ortalama yaşam süresinin uzamış olması, kanserde tedavi olanaklarının artması ile daha çok hastanın sağlık kuruluşlarına başvurması da kanserle daha çok karşılaşmamıza neden olmaktadır. Gelişen teknoloji ile insanların kanser yapıcı maddelere maruz kalmaları da kanser sıklığını etkilemektedir.²⁴

“Kanser yükü 2006” raporuna göre her yıl Dünyada 11 milyon, Türkiye’de ise 150 bin kişi kansere yakalanmaktadır. 2020 yılında bu rakamların yaklaşık %50 oranında artış göstererek her yıl 16 milyon yeni vakanın ortaya çıkması beklenmektedir.^{23, 2}

Türkiye’de 1970’li yıllarda sebebi bilinen ölümler arasında 4.sırada yer alan kanser 2004 yılında Türkiye çapında 5 bölgede yapılan çalışmada %13,1’lik oranla kardiyovasküler hastalıkların ardından (%47,8) ikinci sırada yer almıştır.^{22, 25, 26}

Tahminler kanser yaygınlığının ilerleyen yıllarda daha yüksek oranda olacağını işaret etmektedir ve ölüm nedenleri arasında birinci sırayı alması beklenmektedir. Bu gidişin başlıca nedenleri arasında

Türkiye’de sigara içme oranının yüksek olması, çevreyle ilgili olumsuz faktörler, kötü beslenme faktörü ve diğer risk faktörleri gösterilebilir. Ayrıca yaşlılık, kanser sıklığı ve kanser nedeniyle ölüm oranının artmasında önemli bir nedendir.²³

DSÖ, Dünya genelinde erkek ölümlerine yol açacak 5 kanser tipinin akciğer, mide, karaciğer, kolorektal, özefagus kanserleri olduğuna, kadınlar için ise meme, akciğer, mide, kolorektal ve rahim ağzı kanserinin olduğuna dikkat çekmiştir.

2004-2006 yılı verilerine göre Türkiye’de erkeklerde yerleşim yerlerine göre en sık görülen kanserler:

- Trakea, bronş, akciğer (%27,0)
- Prostat (%10,9)
- Mesane (%8,2)
- Kolorektal (%7,0)
- Mide (%5,9)
- Larinks (%3,9)
- Diğer (37,1) oranındadır.²⁷

2004-2006 yılı verilerine göre Türkiye’de kadınlarda yerleşim yerlerine göre en sık görülen kanserler:

- Meme (%23,8)
- Kolorektal (%7,9)
- Tiroid (%6,3)
- Uterus korpusu (%5,0)

- Trakea, bronş, akciğer (%5,0)
- Mide (%4,8)
- Diğer (%47,2) oranındadır.²⁶

2.1.4. Belirti ve Bulgular

Amerikan Kanser Birliği tarafından kanserin 7 tehlike belirtisi:

- Bağırsak ve mesane boşaltım düzeninde değişme
- İyileşmeyen yara
- Anormal vajinal veya rektal kanama veya vücudun herhangi bir yerinde kanama
- İnatçı öksürük ya da ses kısıklığı
- Meme veya vücudun herhangi bir yerinde şişlik
- Ben ve siğillerde fark edilen değişiklik
- Hazımsızlık yada yutma güçlüğü olarak tanımlanmıştır.

Bu belirtilere ek olarak halsizlik, ateş, kilo kaybı ve ağrı gibi beden işlevlerindeki değişiklikler de dikkate alınmalıdır.^{20, 28}

2.1.5. Tanı

DSÖ tarafından yayımlanan Ulusal Kanser Kontrol Programlarında meme, serviks kanserinde hem erken tanı hem tarama programlarının uygulanması önerilirken, sadece erken tanı programları uygulanması önerilen sınıflandırmada ise ağız boşluğu kanserleri, nazofarenks kanserleri, mide kanserleri, kolorektal kanserler, deri melanomu, melanom dışı deri kanserleri, over kanserleri ve prostat yer almaktadır. Özefagus kanseri, akciğer kanseri ve karaciğer kanserlerinde

hem erken tanı programları hem de tarama programları önerilmemektedir.²³

Amerikan Kanser Topluluğu'nda asemptomatik bireylerde kanserin erken tanısı için önerilerde bulunmuştur. Bu öneriler içerisinde;

- Kanserle ilgili checkup: 20-40 yaş arasında 3 yılda bir kez, 40 yaş üzerinde yıllık olarak yapılması.
- Meme kanseri için mamogram, kendi kendine meme muayenesi, klinik meme değerlendirilmesi.
- Kolon ve rektum kanseri için gaitada gizli kan testi, sigmoidoskopi, kolonoskopi
- Prostat kanseri için Prostat spesifik testi (PSA), dijital rektal muayene
- Serviks kanseri için Pap testi
- Endometriyum kanseri için endometrial biyopsi yer almaktadır.²⁹

Tanı aşamasında kullanılan yöntemlerde ise;

- Anamnez
- Fiziksel muayene
- Radyolojik çalışmalar (Akciğer grafisi, mamogram, CT, IVP)
- Magnetik rezonans imaging
- Ultrason
- PET

- Laboratuvar alışmaları (Tam kan sayımı, kan biyokimyası, böbrek fonksiyon testleri, karaciğer fonksiyon testleri, tümör markerları, idrar tahlili)

- Endoskopi, kolonoskopi, sigmoidoskopi, bronkoskopi
- İmmunosintigrafi
- Sitolojik incelemeler^{20, 29}

2.2. Kanseri Tedavisi

Kanser tedavisinde başlıca tedavi yöntemleri cerrahi, radyoterapi, kemoterapi ve immnoterapidir. Bunlara ek olarak kemik iliği transplantasyonu ve kök hücre nakli gibi tedavi yöntemleri de uygulanmaktadır. Birçok durumda hastalığın cinsi ve yaygınlığına göre bu yöntemler birlikte kullanılırlar.^{24, 29}

Kanserli hastalar hastalık sürecinden kaynaklanan semptomlar kadar uygulanan kemoterapi ve radyoterapi tedavisi nedeni ile de ağrı, anoreksiya, kaşeksi, tat değişiklikleri, alopesia, bulantı, kusma, dehidratasyon, mukozit, yorgunluk, dispne, kemik iliği supresyonu gibi fiziksel semptomlar yaşamaktadırlar.^{20, 28, 29}

Tanı ve tedavide geliştirilen yöntem ve tekniklerin başlı başına psikolojik yan etkileri vardır. Bu alanda kullanılan ilaçların birçoğunun nöropsikiyatrik yan etkileri gözlenmektedir. Kemikiliği nakli gibi bazı ileri girişimlerin kendine özgü sorunları olduğu bilinmektedir.¹⁸

Bu nedenle kanser tedavisinde bakım hastalık ve tedavinin yanı sıra psikososyal sıkıntılarını ve bu bağlamda ortaya çıkan ihtiyaçlarını kapsamalıdır.³⁰

2.3. Kanser Hastalığının Psikososyal Etkileri

2.3.1. Kanserin Hastalar Üzerindeki Etkileri

Gelişimi boyunca insan çok çeşitli engellenmelerle karşılaşır ve çeşitli çatışmalar yaşar; hastalıklar da bunlardan biridir. Hastalık hasta için biyolojik, ruhsal, sosyal, çevresel, ailesel, psikososyal, psikoseksüel etkileri olan çok boyutlu bir olgu, bir yaşam, kimlik ve varoluş krizidir.³¹

Kanser tanısı, tedavisi ve bu sürecin yarattığı izlere ilişkin genel kanı olumsuz deneyimlerdir. Bu nedenle kanser bir çok birey için önemli bir stresör, travmatik bir olaydır.^{32, 33}

Kanser tanısı alma, hatta kanser olasılığı hastanın homeostatik dengesini bozar. Bu süreçte hastalığın hasta için öznel anlamı ve hastalığın algısal çerçevesini oluşturan unsurlar merkezi rol oynar. Hastalığın ve tedavi yöntemlerinin özellikleri, hastanın psikolojik yapısı, çevrenin hastayı ve hastalığı algılaması, tüm bunların karşılıklı etkileşimi kanserin o hasta için ne anlama geldiğini ve ne tür tepki ortaya çıkaracağını belirler.³⁴

Hastalık algısı, kişilerin hastalık dönemleri boyunca yaşadıkları deneyimler, hastalık süreci, baş etme mekanizmaları ve psikopatoloji ile doğrudan ilgili olan bir kavramdır. Kişinin olayları nasıl algıladığının sadece psikolojik, fizyolojik ya da psikososyal iyilik haline değil, yaşam kalitesine ve hatta fiziksel hastalığın gidişine de etkisi vardır.³⁵

Hastanın ortaya koyduğu tepkileri anlayabilmek için, kanser tanısının kişiler üzerinde yarattığı tehditleri anlamak gerekir.³⁴ Kanser hastasının temel kaygılarına ilişkin konular ölüm, bağımlılık, yetersizlik, sakatlık, beden görüntüsünde bozukluk^{36, 37} cinsel fonksiyon kaybı, kontrol

kaybı, zihinsel fonksiyonların kaybı,³⁷ dışlanma ve yalnız kalma korkusu şeklinde özetlenebilir.³⁸

Kanser tanısı alan bireylerin tepkileri, endişe, gerginlik, kaybedilen sağlık için keder ve üzüntü olabileceği gibi hastalığın önemini yadsıma, bu süreci bir savaş gibi algılama ya da kaderci bir kabullenme şeklinde de değişebilmektedir.³⁹

Kanser tanısına ilk aşamada en yaygın tepki, şok ve inanamamadır. Kişiye göre birkaç saatten, birkaç gün ve hatta haftaya kadar uzayabilir. Hastalar söyleneni işitmiyor, gerçeği kavramıyor gibidir.^{37,40} Gerçeğin hemen inkarı, çoğu kez katlanılması çok güç, bazıları için imkansız, gerçeğin yarattığı kaygı, panik ve çaresizlik duygularına karşı bir savunmadır. İnkâr, katlanılması mümkün olmayan gerçeğin bilinç dışında tutulması, benlik bütünlüğünün korunması çabasıdır.⁴⁰ Bunu takip eden ikinci aşama da, tepki fazladır. Kişi gerçeği kabule yönelmiş ve ona emosyonel tepki göstermektedir. Temel tepki biçimi kaygıdır. Yok olma tehdidi, kayıp algısı, ayrılık ve ölüm düşünceleri ve bedene yabancılaşma duygusu, bu kaygıya neden olan temel unsurlardır.⁴⁰ Üçüncü aşama ise, hastanın gerçeği kabul edip, enerjisini ve ruhsal gücünü yeniden yaşamına yönelttiği uyum dönemidir. Hastanın hastalığı ile birlikte yaşamayı öğrendiği dönemdir. Bu aşama ile birlikte, kişi yaşamını, geçmişini, geleceğini, varoluşunu yeniden yorumlamaya başlar. Kişi kimliğini, yaşam amacını, kendi narsistik amaçlarını, yaşam tercihlerini sorgular.⁴⁰

Kanserde ortaya çıkan emosyonel davranışsal reaksiyonları değişik araştırmacılar gruplandırmışlardır. Kübler Ross'unki üzerinde en çok durulandır. Emosyonel davranışsal reaksiyonlar inkar, öfke, pazarlık, depresyon ve kabullenme olarak tanımlanmıştır.⁴¹

Hastalık seyri esnasında yaşanan sürecin değişik evrelerinde ortaya çıkan psişik sorunlar, davranışlar, tepkiler kişinin konum algısı ile paralellik göstermektedir.⁴¹

Tanı öncesi dönemde hastalar kanser olasılığı ile ilgili kaygılı bekleyiş yaşarlar ve kanser tanısı konmadan hastalık belirtileri geliştirebilirler.¹⁸

Tanı döneminde hastalar hastalık olasılığının inkar edilmesi nedeniyle tedaviyi geciktirebilir ve ölümün kaçınılmaz olacağı düşüncesi ile tedaviyi reddedebilirler.¹⁸ Hastalar yakın arkadaşlarından, akrabalarından veya iş arkadaşlarından tanıyı gizleyebilirler. Bu durum hasta ve ailesinin emosyonel, sosyal, bilgisel destek almasını engeller. Sıklıkla sevilen birinin korunması için ortaya çıkan bu davranış sonuçta, kişinin kendisini yalnız hissetmesine, sosyal ilişkilerden geri çekilmesine veya sosyal izolasyona neden olabilir.³¹

İlk tedavi döneminde cerrahi girişimler hastalarda kaygı ve özürlülük duygusu yaratır; ancak birçok hastada, hastalıklarının yaşam tehdit edici boyutuna ilişkin endişeleri ön planda olduğu için, vücut imajı ve görünümüne ilişkin endişeler ikincil kalır. Bu endişelerin öncelikli olduğu hastalar ise cerrahi girişimi erteleme ve cerrahi dışı yöntemler aramaya yönelirler. Bu hastalarda cerrahi girişim uygulanınca, post-operatif dönemde depresyon gelişme riski yüksektir. Elem ve kayıp reaksiyonları gelişebilir. Kemoterapi ve radyoterapi tedavi sürecinde ise hastalar tedavinin yan etkilerine ilişkin korku, vücut imajı değişikliğine ilişkin kaygı, kemik iliği supresyonu nedeniyle zorunlu izolasyona bağlı yalnızlık, terk edilmişlik duyguları yaşayabilirler.¹⁸

Tedavi sonrası dönemde hastalarda nüks endişesi ve uyum güçlükleri ön plandadır.¹⁸ Sosyal düzeyde eşle, aile üyeleriyle sosyal ağla ilişkiler konusunda endişeler ortaya çıkabilir. Mali sıkıntılar ve işe dönme

konusunda sorunlarla karşılaşabilirler. Kanserden etkilendikleri için marjinalleşme ya da damgalanma hislerine kapılabilirler.³⁰ Bunun yanı sıra ciddi hastalık deneyimi yaşayan hastalar yaşam önceliklerini tekrar gözden geçirebilir, kendilerini algılama, diğer insanlar ile ilişkiler ve yaşam felsefeleri ile ilgili olumlu değişimler gösterebilirler.³¹

Nüks ya da metastaz gelişen hastalarda ise kanser tanısı aldığı dönemdeki kadar, hatta daha şiddetli reaksiyonlar ortaya çıkabilir. Bu reaksiyonlar sıklıkla uykusuzluk, anoreksi, yerinde duramama, kaygı, umutsuzluk ile belirgin depresyondur.¹⁸

Terminal dönemde ise hastalarda terk edilme korkusu, ağrı, bilinmezlik korkusu, varoluşçu endişeler, ölüm düşüncesine bağlı elem duygusu, umutsuzluk, kabulleniş, depresyon ve delirium gözlenebilir.¹⁸

Kanser ile başa çıkabilme gücü birçok değişkenle ilgilidir. Hasta ile ilgili özellikler, (yaş, cinsiyet, eğitim, kişilik özellikleri) hastalık ve sağaltıma ilişkin değişkenler, (yeti yıkımı yapan belirtiler, kanser yerleşimi, prognoz, ağrı) yaşam kalitesini ne oranda düşürdüğü, yaşam amaçlarını (kariyer, evlilik, aile gibi) nasıl etkilediği ve çevresel özellikler (sosyal destek ağı, duygusal alanda destekleyici olarak algılanan bir kişinin varlığı, ekonomik olarak tedavileri karşılayabilme gücü) kanser ile baş etmeyi etkiler.⁴²

Hastalar gerçeği kabul edip başarılı baş etme yöntemleri geliştirmede zorluk yaşayabilirler. Kanseri hastaya yaklaşımda hastanın kanserle baş etme davranışını geliştirmek için sistematik çabalara yer verilmelidir.¹⁸ Bu süreçte kanser hastalarının hepsinde psikiyatrik bozukluk ortaya çıktığı düşüncesi de tüm tepkilerin "normal " olarak kabul edilmesi gerektiği düşünceleri de yanıltır.⁴⁰

Kanserli hastada ortaya çıkabilecek psikiyatrik bozukluklar ise;

- Uyum bozuklukları
- Anksiyete bozuklukları
- Depresif sendromlar
- Organik beyin sendromları (delirium, demans ve diğer organik psikiyatrik sendromlar, kemoterapik ajanların nöropsikiyatrik yan etkileri)
- Kişilik Bozuklukları
- Ağrılı sendromlara eşlik eden psikiyatrik sendromlar şeklinde sınıflandırılabilir.⁴⁰

Kanserli hastalarda göz önünde bulundurulması gereken bir konu da hastaların birçoğunun intihar fikrine sahip olmasıdır. İntihar riski de kontrol edilemeyen ağrı, depresyon, psikiyatrik hastalık öyküsü, aile sorunları, ailede intihar öyküsü gibi faktörlerle artmakta ve genel olarak kanser semptomları kontrol altına alındığında bu fikir kaybolmaktadır.⁷

Deragotis ve arkadaşları DSM III kriterlerini kullanarak yaptıkları çok merkezli ve 215 hastayı içeren çalışmada, kanser hastalarının %47'sinde tanı konulacak düzeyde ruhsal bozukluk saptamışlardır.⁴³

Hastayı anlayabilmek, yeni durumuna uyumunu kolaylaştırmak ve uygun yaklaşımı planlamak amacıyla ruhsal sorunların ve bu ruhsal sorunları etkileyen etmenlerin saptanması önemlidir.¹⁹ Hastalığın şiddetini, gidişini ve tedaviye yanıtı olumsuz yönde etkileyebilecek ruhsal durumların tanı ve tedavisi hastanın yaşam kalitesini, bakımını ve tedaviye uyumunu doğrudan etkileyecektir.⁴⁴

2.3.2. Kanserin Aile Üzerindeki Etkileri

Dünya Kanser Raporunda (2008) kanser hastaları ve yakınlarının psikososyal sorunları üç ana başlık altında toplanmıştır. Bu başlıklar yaşam kalitesi, psikolojik sıkıntı ve rahatsızlıklar, çift ve aile sorunlarıdır.³⁰

Yaşam kalitesi terimi genellikle kanser literatüründe sağlık durumunu, fiziksel işlevselliği, semptomların ciddiyetini, psikososyal uyumu, esenliği ve yaşamdan alınan tatmini ifade etmektedir.³⁰ Kızılcı (1999) tarafından yapılan çalışmada kanserli hasta yakınlarının yaşam kalitesinin, hastaların yaşam kalitesinden daha çok etkilenmiş olduğu gösterilmiştir.⁴⁵

Kanser tanısı konmadan önce kendi aralarında zayıf iletişimi olan eşler, kanser tanısı konmadan önce empatik ilişkiye sahip, mutlu, cinsel yönden uyumlu olan eşlerden daha fazla uyum sorunları yaşayabilirler. Bu durumda kanser, özellikle evlilik süresi kısa olan eşlerin ayrılmasına neden olabilir. Oysa, eşlerin kanser öncesi evlilik uyumlarının iyi olması, diğer eşin hasta eşe tıbbi ve cerrahi tedavi sonrasında destekleyici yaklaşımda bulunması, empati kurması hastalık yaşantısına rağmen evlilik uyum düzeyini artırır.⁴⁶

Ailede kanser hastasının olması rolleri, günlük yaşam rutinlerini hatta aile içi etkileşimi farklılaştırmakta, yeni durumlara uyum sorunu yaşatmaktadır. Hasta bakımı veren konumunda olmak, hasta yakınına alıştığı dışında roller ve sorumluluklar yükler ve duygusal yükü artırır.⁴⁷ Görgülü ve Akdemir tarafından 30 bakım veren ileri evre kanserli hasta yakınıyla yapılan çalışmada, hasta yakınlarının %80'inin hasta bakımı nedeniyle yaşamının etkilendiği, %63,3'ünün hastanın bakımıyla 4-6 aydan beri ilgilendiği, %80'inin ise hastayla günlük ortalama ilgilenme saatinin 9-16 saat olduğu belirlenmiştir.⁴⁸ Babaoğlu ve Öz tarafından

yapılan çalışmada terminal dönem kanser hastasına bakım veren eşlerin duygusal ve sosyal alanda sorunlar yaşadığı, ayrıca duygusal ve sosyal sorunların karşılıklı olarak birbirlerini etkilediği belirlenmiştir.⁴⁹

Hastalık süresince aile üyelerinin hastalardan daha fazla anksiyete, depresyon, yorgunluk, rol çatışması, sosyal izolasyon ve sıkıntı yaşadıkları ve bunların sonucunda immün sistemlerinin bozulması ile fiziksel hastalık risklerinin de olduğu belirtilmektedir.⁵⁰

Karabuğa'nın aktardığına göre, yapılan bir çalışmada; hasta yakınlarının maddi anlamda büyük sıkıntı yaşadıklarını, kendi yaşam koşullarını hastalık ve tedavi sürecine göre değiştirmek durumunda kaldıklarını, bakım vermeleri nedeniyle ya işlerini bıraktıklarını ya da işlerinde önemli değişiklikler yaptıklarını, daha ucuz eve taşınmak, birikimlerini harcamak, diğer aile üyelerinin sağlık bakım ihtiyaçlarını ertelemek ve onlar adına kurdukları eğitim planlarını da değiştirmek zorunda kaldıklarını ifade etmişlerdir.⁵¹

Psikososyal sorunlara yönelik danışmanlık hizmetlerinde aile içi çatışmaların çözümüne yardım, ailenin sosyal destek olarak kullanımının artırılması, aile içi duygu paylaşımı, yaşama anlam katma ve yapılandırmada aile üyelerine yönelik uygulamaların önceliği ve önemi açıktır.⁵²

2.3.3. Kanser Adölesanlar Üzerindeki Etkileri

Kanser yaşamı tehdit eden bir hastalıktır ve sadece hastayı değil ailenin diğer üyelerini de etkiler.^{53, 54} Ebeveyndeki ciddi hastalık durumunun çocuklarda ruh sağlığı problemleri için risk oluşturduğu çok uzun süreden beri bilinmektedir.⁵⁵ Bugüne kadar onkoloji araştırmalarının çok büyük kısmı hastalar ve eşlerinin tepkilerine odaklanmıştır. Diğer taraftan ebeveyn kanserlerinin çocuklar üzerindeki etkisinin nasıl olduğuna

ilişkin bilinenler ve özelliklede geç adölesan ve erken erişkinlik dönemindeki çocuklara yaklaşım konusunda bilinenler azdır.^{9, 53, 56}

Ebeveynlerin kanser tanısı, aile rutinlerinde değişime, ebeveyn çocuk etkileşiminde değişime, çocukların ek sorumluluklar almasına, ebeveynin ölüm olasılığı nedeniyle çocukların korku yaşamasına ve çocukların savunmasızlığının artmasına neden olabilir. Çocukların zaten var olan gelişimsel dönem güçlüklerine ebeveynin hastalığı nedeniyle yaşanan sorunların da eklenmesi çocukların yaşamını etkiler.⁵⁷ Birçok çalışmada ebeveynlerin tekrarlayan şekilde hastaneye yatırılması, hastane ziyaretleri, hastaların evde bakımı, tedavilerin yan etkileri nedeniyle çocukların günlük aile rutinlerinde değişiklikler yaşadıkları ve bu yeni duruma adapte olmak zorunda kaldıkları saptanmıştır.^{58, 59}

Ebeveyni kanser olan çocuklarda tepkiler, depresif duygu durum, kaygı, öfke, özgüven eksikliği, somatik ve davranış problemleri, akademik başarıda azalma, sosyal ve okul dışındaki aktivitelere katılımda azalmayı içermektedir. Bazı kanserlerde genetik riskin olması da çocukların kendi sağlıklarıyla ilişkili endişe yaşamalarına neden olabilir.⁶⁰

Ebeveyn hastalığının çocuklar üzerindeki etkileri kronolojik yaşa ve gelişim evresine göre değişebilmektedir. Her bir evrede kanser tanısını algılama düzeyi ve kaygılar farklıdır.⁶¹ Adölesanlar için fiziksel hastalığı olan ebeveynle yaşamak özellikle zorlayıcı olabilmektedir. Adölesanların bilişsel gelişimi hastalığın kendisi ve ailesi üzerindeki etkilerini daha iyi anlamlandırmasına olanak sağlamaktadır. Bu nedenle adölesanlar çocuklardan daha çok psikolojik distres deneyimi yaşayabilirler.⁶² Ebeveyni kanser olan adölesanlar ebeveynlerin tedavisi boyunca yaşanabilecek güçlüklerin ve ebeveynlerini kaybetme olasılığının daha çok farkındadırlar.⁶³ Grabiak ve arkadaşlarının aktardığına göre

literatürde ebeveyni kanser olan adölesanların ifade ettikleri en belirgin sorun ebeveynlerinin ölüm korkusudur.⁹ Adölesanlar gelişimsel dönem özellikleri nedeniyle bir yandan bağımsız kimlik kurmak isterken bir yandan da ebeveynlerinin ölüm olasılığına olan farkındalıkları nedeniyle ebeveynleriyle daha fazla zaman geçirmek isterler. Bu durum adölesanlarda karmaşık duygulara neden olmaktadır.⁵⁷

Yapılan çalışmalarda, ebeveynin kanser tanısı almasından sonra hemen yapılan bilgilendirmeye en iyi yanıt veren grubun, adölesanlar olduğu gösterilmiştir. Adölesana kanser hakkında verilen bilgiler, tedavinin olası yan etkileri ve hastalığın ciddiyeti gibi bilgileri içerebilmektedir. Adölesanların çoğunluğu ebeveynin hastalığına ilişkin değişiklik ve ilerlemeler hakkında tekrar bilgilendirilmek isterler.⁹

Adölesanların ebeveyn hastalığıyla baş etme becerilerini etkileyen önemli bir değişken hastalıkla ilişkili komplikasyonlardır. Ebeveynlerin yaşadıkları komplikasyonların artmasının adölesanların baş etmesini daha da zorlaştırdığı gösterilmiştir. Çünkü adölesanların ebeveynlerinin ağrı ve fiziksel rahatsızlıklarına empati yapma yeteneği daha fazladır.⁹

Adölesanların orta düzeydeki kaygı ile başetmelerinde ebeveyn ve adölesan arasındaki iletişimin sürdürülmesi önemli bir rol oynar.⁶⁴ Genel olarak çocuklardaki psikososyal etkilenme durumu aile ve ebeveynle ilgili birçok değişkenle ilişkilendirilmiş olup, özellikle aile iletişiminin önemli olduğu gösterilmiştir.⁶⁵

2.4. Araştırmada Kullanılan Kavramlar

2.4.1. Adölesan Dönem

Adölesan dönem, bireyin gelişim süreci içerisinde çocukluk döneminin bitişi ile başlayıp fizyolojik olarak erişkinliğe ulaşmaya kadar

geçen dönemdir.⁶⁶ Adölesan dönemi kapsayan yaş dilimleri kültürden kültüre ve yayından yayına değişmektedir.⁶⁷ Adölesan dönem, fiziksel ve duygusal süreçlerin yol açtığı psikososyal ve cinsel olgunlaşma dönemi olmasından dolayı ruhsal gelişim süreci içinde önemli bir yer alır.⁶⁸

Adölesanların başarması beklenen gelişim görevleri;

- Cinsel kimliğini benimseyip buna uygun davranış örüntüleri geliştirmek.
- Kişilik bağımsızlığını kazanmak; bunun sonucu olarak, kendisi ile ilgili kararları kendisi verebilmek.
- Yaşıtlarınca benimsenen arkadaşlık önderlik ve işbirliği yapma yeteneklerini edinmek.
- İlgili ve yeteneklerine uygun bir mesleğe yönelmek.
- Bu döneme özgü sorunlarını başarıyla çözmek; çatışan değerleri uzlaştırarak kendine özgü bir yaşam felsefesi geliştirmek.
- Kimlik karmaşasına karşı benlik kimliğini geliştirmiş olmak şeklinde sıralanmaktadır.⁶⁹

G.Stanley Hall, bu dönemi, fırtına ve stres dönemi olarak değerlendirmiş, adölesan dönemi çelişkiler dönemi olarak tanımlamıştır. Birçok araştırmanın sonuçlarına göre, bu dönemin uzaması, sosyal ve biyolojik olgunlaşmanın birlikte kazanılmaması, erişkin rollerin fazlalığı, aile ve sosyal destek ağlarında erozyon ve yaşamı tehdit edici aktiviteler, emosyonel karışıklığın oluşmasında önemli etkenler olmaktadır.⁷⁰

Adölesan döneme özgü kaygılar ise aşağıdaki gibi sınıflandırılabilir:

Sağlıkla ilgili kaygılar: Güzel ya da yakışıklı olmamak; beceriksiz, sinirli ve gergin; orta boylu, zayıf, şişman olmak, yeterince uyuyamamak.⁷¹

Kişiliğe ilişkin kaygılar: Özgüvensizlik, olayları aşırı önemsemek, kendini yetersiz görmek, çok düş kurmak, kendini aptal olarak duyumsamak.⁷¹

Aile ve evle ilgili kaygılar: Bir çalışma odasının olmaması, cinsel sorunlarını ve başka özel sorunlarını anne baba ile konuşamamak, çocuk yerine konulmak, özgürlüğünün kısıtlanması, anne babanın arkadaş seçimine karışması, yeterli harçlık alamamak.⁷¹

Toplum içindeki durumuyla ilgili kaygılar: Başkalarıyla karşılaştırmalarda beceriksizlik göstermek, yanlış anlaşılma, yeni insanlarla tanışma korkusu duymak, az arkadaşının olması, daha popüler olmayı istemek, yeni bir arkadaş edinmede sorun yaşamak.⁷¹

Kız erkek arkadaşlığıyla ilgili kaygılar: Karşı cinsten arkadaş edinmemek, daha güzel ve daha yakışıklı olmak, daha çok cinsel bilgi edinmek.⁷¹

Dinsel ve ahlaksal kaygılar: Dinsel konularda daha çok bilgi edinmek, doğru ve yanlış olanı bilmemek, ölüm korkusu.⁷¹

Okulla ilgili kaygılar: Verimli çalışma yollarını bilmemek, dikkatini toplayamamak, yavaş ve ağır olmak, çalışırken düşlere dalmak, kendini söz ve yazıyla anlatamamak, not tutamamak, toplum önünde konuşamamak, uzun süre televizyon izlemek.⁷¹

Mesleksel kaygılar: Meslek seçmede yardıma gereksinim duymak, para kazanmak, yeteneklerini tanımak, kendine uygun iş bulmak, parayı iyi kullanmak.⁷¹

2.4.2. Kaygı

2.4.2.1. Kaygının Tanımı

Kaygı kişinin bir uyararla karşı karşıya kaldığında yaşadığı bedensel, duygusal, ve zihinsel değişimlerle kendini gösteren bir uyarılmışlık sendromudur.⁷² Bir diğer anlamda ise dıştan kaynaklanan bir tehlike ya da tehlike olasılığı karşısında yaşanan duygu durumudur.⁷³ Normal kaygı; potansiyel tehlike durumlarında biyolojik uyarıcı bir sistemdir. Vücudu kaçma ve kavga gibi fiziksel reaksiyonlara hazırlar.⁷⁴ Bazı tanımlar kaygının kaynağını bilinmeyen bir tehlike beklentisi olarak sınırlandırır ve korkudan ayırt eder.⁷⁵

2.4.2.2. Kuramlara Göre Kaygı

Davranışçı kurama göre; kaygı gerek aile içinde gerekse toplumda model alınarak öğrenilmiş bir süreçtir.⁷⁶

Bilişsel kurama göre; kaygının nedeni olayın kendisi değil, bu olayın o kişi tarafından nasıl yorumlandığıdır. Kaygının olayların bireylerin çarpıtılmış düşünce örüntüleriyle algılanması sonucunda ortaya çıktığı vurgulanır.⁷⁶

Psikoanalitik kuram, kaynağını Freud'un teorisinden alır. Freud kaygıyı, seksüel enerjinin bastırılması sonucunda oluşan memnuniyetsizlik durumu olarak kavramsallaştırmıştır. Bu teoriye göre, kaygı deneyimi bireyin kendi içinde başlamaktadır. Kaygı temelde bir iç çatışmanın (intrapsişik) ürünüdür ve çatışma benlik (ego) ile altbenlik (id) ya da benlik ile üst benlik (süper ego) arasında oluşabilmektedir.

Altbenlikten haz ilkesi doğrultusunda haz doyum arayan dürtüler, üstbenliğin gerçekleri tarafından engellenir. Benlik aradaki bu çatışmayı çözerek dürtüyü bastırırsa sorun yaşanmaz ancak, çatışmayı çözemez ve dürtü bastırılamazsa birey bunu bir tehdit olarak algılar ve kaygı yaşar.⁷⁶

Varoluşçu kuram, yaygın kaygı bozukluğu için modeller oluşturmuştur. Burada süregelen huzursuzluk hissine neden olan özgül tanımlanabilir bir uyaran yoktur. Varoluşçu kuramdaki temel sorun, bireyin yaşamındaki derin hiçlik duygusunun farkına varmasıdır. Kaygı, bireyin varoluşu ve yaşamının anlamındaki geçersizliğe verdiği tepkidir.⁷⁷

2.4.2.3. Durumluk ve Sürekli Kaygı

Spielberger iki farklı kaygı yaklaşımında durumluk ve sürekli kaygıyı şöyle tanımlar;

Durumluk kaygı, bireyin içinde bulunduğu stresli durumlardan dolayı hissettiği subjektif korkudur. Stresin yoğun olduğu zamanlarda yükselen durumluk kaygı seviyesi stres ortadan kalkınca düşer.⁷⁸

Sürekli kaygı, bireyin kaygı yaşantısına olan yatkınlığı, kişinin içinde bulunduğu durumları genellikle stresli olarak algılama ya da stresli olarak yorumlama eğilimidir. Sürekli kaygı, nötr olan durumların birey tarafından tehlikeli ve özünü tehdit edici olarak algılaması sonucu oluşan hoşnutsuzluk ve mutsuzluk duygusudur. Sürekli kaygı seviyesi yüksek olan bireylerin kolaylıkla incindikleri ve karamsarlığa büründükleri görülür ve bu bireyler durumluk kaygıyı da diğerlerinden daha sık ve yoğun bir şekilde yaşarlar.⁷⁸

2.4.2.4. Kaygı Düzeyleri

Sakin;

- Bu düzeyde birey rahattır, ilgisizdir ve iyi olduğu duygusuna sahiptir.
- Bu düzey, iyileşme ve gelişme için optimal bir düzey olarak kabul edilmekle birlikte, bireyin değişmesi, öğrenmesi veya enerjisini kullanması için motivasyon eksikliği vardır.

Hafif;

- Bu düzeyde, çok az bir gerilim vardır ve bu gerilim enerji de artışa neden olur.
- Duyular alarmdadır ve kavrama alanı genişlemiştir. Bu durumda birey, kendi ilgilerine ve kendi çevresine karşı daha duyarlı ve katılımcı olur.
- Konsantre olma ve mantık yürütme yeteneği tamdır. Bu nedenle, bu düzeyde kaygısı olan birey etkin problem çözme becerisine sahiptir.

Orta;

- Bu düzeyde birey daha dikkatli ve gergindir
- Kavrama alanı hafif kaygı düzeyine göre daralmıştır.
- Kişi çevresinde kendisi için önemli olan olaylara yoğunlaşma becerisi gösterir ancak çevresel ayrıntıların daha az farkındadır. Bu nedenle, önemli ayrıntıları daha az unutulur veya önemsemez.
- Uzun süre için olmasa da, olaylar üzerinde etkin olarak mantık yürütür ya da problem çözer. Bu aşamada bazı insanlar

rahatsız olabilir fakat bazıları hiç rahatsızlık duymadan uzun sürelerde bile etkin olarak problem çözer ve eylemde bulunabilirler.

Şiddetli;

- Bu düzeyde kavrama alanı önemli ölçüde daralmıştır.
- Birey ayrıntılara yoğunlaştığından, çevredeki olayları tam olarak algılayamaz ve farkında olduğu ayrıntılar arasında neden sonuç ilişkisi kuramaz.
- Birey kaygısının arttığını anlayamaz, ancak geriliminden dolayı oluşan rahatsızlığını fark eder.

Birey, bu düzey kaygıda problem çözmek için dikkatini veremez ve mantık yürütmeye zorlanır. Bu durumda bireye yardım için profesyonel müdahale gerekir.

Panik;

- Bu düzeyde birey etrafındaki olayları algılayamaz.
- Birey ayrıntılara eğilir fakat olaylar arası bağlantılar kuramaz.
- Birey çevresinde neler olup bittiğini kavrayamaz.
- Bireyin düşünce alanı düzensizleşmiş ve davranışları anormalleşmiştir. Bu durumda birey kendini ezilmiş, korkmuş hisseder, kriz aşamasındadır ve mutlaka profesyonel yardım gerekir.⁷⁶

2.4.3. Aile İşlevleri

Toplumun en küçük birimi olan ailenin, insan hayatında önemli bir yeri vardır. Kişilerin beden ve ruh sağlığı için gerekli sevgi, şefkat, yakın ilgi ve bakım bulabilecekleri en doğal ve tek ortam ailedir. Bireyin yaşamından doyum sağlaması, işlevlerini etkili bir biçimde yerine

getirmesi ve yaşadığı topluma uygun kişi olarak yetişmesi önce aile çevresinde olmaktadır.⁷⁹

Ailenin işlevleri kavramı, aile içindeki ilişkilerin niteliğini ve bunun aile üyelerinin yaşam kalitesini nasıl etkilediğini yansıtan bilgilerden oluşmaktadır. Bir sistem olarak ailenin işlevlerini sağlıklı biçimde yerine getirmesi, üyelerinin yaşam doyumunun yükselmesine, sorumluluk ve özgüven sahibi, verimli ve mutlu olmalarına uygun bir ortam yaratmaktadır. Ailenin işlevleri ekonomik ihtiyaçları karşılama, statü sağlama, çocukların eğitimi planlama, din eğitimi verme, boş zaman aktivitelerini gerçekleştirme, aile üyeleri olarak birbirlerini koruma ve karşılıklı sevgi ortamı yaratma olarak gruplanırken, bu işlevleri; biyolojik, sosyal ve ekonomik olmak üzere dört genel başlık altında toplanmaktadır.⁷⁹

Aile içi ilişkilerin yapısı, aile işlevlerini sağlıklı biçimde yerine getirip getirilememesinde önemli bir belirleyicidir.⁸⁰ İşlev, rol ve ilişkiler, ailenin psikolojik ve duygusal gücünü oluşturan ve istikrarlı, uyumu ve devamlılığı gerekli olan duyguları yaratır. Ailenin işlevleri kolaylaştırıcı, arabulucu, uyum sağlayıcı ve birbirinden farklı yetenek ve potansiyele sahip üyeler için koruyucu bir sistem olarak ifade edildiğinde esas görevleri; üyelerinin kapasitelerini geliştirmek, üyelerinin işlevselliklerini sürdürdükleri organizasyonların taleplerini karşılamada yardımcı olmak, ailenin refahı için gerekli olan fiziksel ve ruhsal çevreyi oluşturarak üyelerin doyum sağlamasını temin etmektir.⁸¹

Lewis, Beavers, Gosselt ve Philips (1979) işlevlerini beklenen düzeyde yerine getiren aileleri sağlıklı/fonksiyonel aileler; aile içi etkileşimin olumsuz olması nedeniyle işlevlerini yerine getiremeyen aileleri de sağlıklı/fonksiyonel olmayan aileler olarak tanımlamışlardır. Bu yazarlar fonksiyonel ailenin özelliklerini şöyle sıralamışlardır:

- Aile üyeleri birlikte olmaktan zevk alırlar, birbirlerini desteklerler ve cesaret verirler.
- Kendilerinin ve diğerlerinin subjektif görüşlerine saygı duyarlar.
- Birbirleriyle açık iletişim içindedirler.
- Genellikle aile üyeleri iş bitiricidir, iş yapmaktan kaçınmazlar.
- Anne ve baba için evlilik birinci derecede, ebeveynlik de ikinci derece doyum kaynağıdır.
- Aile üyeleri birbirlerine yakın olmakla beraber, kişisel farklılıklara saygı duyarlar.
- Kişiler arasında kendiliğinden oluşan bir etkileşim vardır. Katı kurallar koymaktan ziyade, yeni deneyimlere açıktırlar.
- Davranış ve arzuların kontrolünden çok, her konuda fikir alışverişi vardır. Otorite, aşırı kontrol ve üstünlük yoktur.⁸⁰

Beavers'e göre sağlıklı/fonksiyonel olmayan ailelerin özellikleri şöyle sıralanmaktadır:

- Üyeler karşılıklı iletişime kapalıdırlar. Dolaylı ilişkiler içindedirler. Kesin ve açık değildir.
- Genellikle üyelerde egoizm hakimdir. Bu da önce yalnızlık, sonra da buna bağlı olarak ümitsizlik yaratır.
- Kişiler karşısındakilere onların beklediği gibi davranır. Böylece birbirlerinin gerçek özelliklerini bilemezler.
- Üyeler duygusal sorunlarını birbirlerinden saklamak için büyük güç sarf ederler.
- Kişi gerçek ihtiyaçlarını zayıf veya güçlü görünerek saklama yoluna gider.⁸⁰

2.4.4. Mc Master Aile İşlevleri Modeli

2.4.4.1. Mc Master Aile İşlevleri Modeli Özellikleri

Mc Master aile işlevselliğinin ve aile tedavisinin hatlarını belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Farklı klinik durumlarda ve doğrulama ve geçerlemeye imkan sağlar.⁸²

Mc Master ve sistemik yaklaşım teorisinin de izlediği varsayımlar şunlardır:

- Ailenin bütün bölümleri birbirleriyle ilgilidir.
- Ailenin bir bölümü sistemin geri kalanı olmadan anlaşılamaz.
- Aile işlevselliği; aile üyelerini veya alt sistemlerini anlayarak çözülemez.
- Aile yapısı ve düzeni aile üyelerinin davranışlarını belirleyen ve etkileyen bir etkidir.
- Aile sistemindeki etkileşim tarzı aile üyelerinin davranışlarını yüksek ölçüde etkiler.⁸²

2.4.4.2. Problem Çözme

Problem çözme, ailenin etkili bir şekilde işlevlerini yerine getirebileceği düzeyde maddi ve manevi sorunlarını çözebilme becerisi olarak açıklanır. Problemler araçsal ve duygusal olarak ikiye ayrılır. Araçsal problemler nerde yaşanacağı ve para idaresi gibi konulardır.⁸⁰ Duygusal problemler ilişkiler ve duygusal deneyimlerle ilgilidir.⁸²

2.4.4.3. İletişim

İletişim aile üyeleri arasındaki bilgi alışverişidir. Bu alt boyutta etkili iletişim olup olmadığı ölçülmek istenmektedir. Bu nedenle üyeler

arasındaki sözlü iletişimin içeriğinin açık olup olmadığı, kişilerin söylemek istediklerini doğrudan doğruya ifade edip edemedikleri üzerinde durulmaktadır.⁸⁰

2.4.4.4. Roller

Ailenin kaynakların kullanımı, bakıp büyütme, destekleme ve kişisel gelişim sağlama, aile sistemini idare etme gibi konularda davranış kalıbı geliştirip geliştirmedeği üzerine odaklaşmaktadır. İlave olarak roller ile ilgili boyut, görevlerin belirgin ve eşit olarak aile üyelerine dağılımı ile görevlerin aile üyeleri tarafından sorumlu bir şekilde yerine getirilip getirilmemesini de içermektedir.⁸⁰

2.4.4.5. Duygusal Tepki Verebilme

Duygusal tepki verebilme aile üyelerinin uyaranlara karşı niteliği ve niceliği uygun tepki verebilmesidir.⁸² İşlevini yerine getiren ailede aile üyeleri her türlü duygularını ağırlıklı bir şekilde sözle veya hareketlerle ifade edebilir.⁸⁰

2.4.4.6. Gereken İlgiyi Gösterme

Aile üyelerinin gösterdiği ilgi bakım ve sevgiyi içerir. En sağlıklı aileler birbirleriyle orta derecede ilgilenirler. Az veya çok ilgilenen aileler bu konudaki işlevlerini yeterince yerine getiremiyorlar demektir. Çok ilgilenme aile üyelerinin birbirine fazla bağımlı olduğunun, az ilgilenme ise birbirlerine az sevgi ve ilgi gösterdiklerinin belirleyicisidir.⁸⁰

2.4.4.7. Davranış Kontrolü

Davranış kontrolü aile üyelerinin davranışlarına standart koyma ve disiplin sağlama biçimidir. Bu alt ölçekte psikolojik ve sosyal

tehlike karşısındaki davranışlar değerlendirilir. Ayrıca kontrolün esnek, katı, serbest ve düzensiz oluşu da bu ölçekte ele alınmalıdır.⁸⁰

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma, Sağlık Bakanlığı'na bağlı bir eğitim ve araştırma hastanesi ve bir üniversite hastanesinde, ebeveyni kanser olan adölesanların aile işlevselliği algısı ile durumluk kaygı, sürekli kaygı düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla tanımlayıcı ve olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma Hacettepe Üniversitesi Onkoloji Hastanesi ve Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde ayaktan tedavi ünitelerinde ve yataklı servislerde yapılmıştır.

Hacettepe Üniversitesi Onkoloji Hastanesi bünyesinde barındırdığı Medikal Onkoloji, Çocuk Onkolojisi, Radyoloji, Nükleer Tıp, Temel Onkoloji, Kemik İliği Nakli, Aferez Ünitesi ile her yıl 30.000'e kadar hastaya ayaktan tedavi hizmeti vermektedir. Değişiklik göstermekle birlikte hastane bünyesinde yatak sayısı 110, hemşire sayısı 130'dur.

Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Eğitim ve Araştırma hastanesi bünyesinde 2 Tıbbi Onkoloji Kliniği, 2 Radyasyon Onkolojisi Kliniği, Kadın Hastalıkları Kliniği ve ayaktan kemoterapi merkezi bulunmaktadır. Hastane ayaktan ve yatarak günde ortalama 800 ile 1000 arasında hastaya tedavi hizmeti vermektedir. Hastane bünyesindeki yatak sayısı 604, hemşire sayısı 365'dir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Ankara'da il sınırları içinde kanserli hasta izleminin yapıldığı kurumlar oluşturmuştur.

Evreni oluşturan birey sayısı bilinmediğinden olasılıklı örnekleme yapılamamıştır. Bu nedenle, araştırma “özel tanımlı” kitle üzerinden yapılmış olup, Hacettepe Üniversitesi Onkoloji Hastanesi ve Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Eğitim Ve Araştırma Hastanesine Aralık 2009-Eylül 2010 tarihleri arasında yatarak ve ayaktan tedavi olmak amacıyla başvuran örneklem seçim kriterlerine uygun kişiler arasından seçilmiştir.

Örneklem seçim kriterleri:

- Ebeveynin ve adölesanın araştırmaya katılmaya gönüllü olması
- Ebeveynin en az 6 ay önce kanser tanısı alması
- Hasta ebeveynin adölesan çocuğuyla birlikte yaşıyor olması
- Ebeveyn ve adölesanın okuma yazma biliyor olması
- Ebeveynin psikiyatrik tanı almamış olması
- Adölesanın fiziksel ve psikiyatrik tanı almamış olması
- Adölesanın 14-21 yaş sınırları içinde olması

Araştırmanın yapılmasına izin veren hastanelerde Aralık 2009-Eylül 2010 tarihleri arasında, örneklem seçim kriterlerine uygun olan ve araştırmaya katılmaya gönüllü ebeveynler ve çocuklarına 228 veri toplama formları dağıtılmış olup 105 form geri dönmüştür. Ulaşılan formlardan 5'inde veriler eksik veya doldurulmamıştır. Bu nedenle ulaşılan 105 formun 5'i araştırma dışı bırakılmıştır.

3.4. Verilerin Toplanması

Araştırma verilerinin toplanmasında araştırmacı tarafından literatür bilgileri taranarak oluşturulan hasta bilgi formu (Ek-1), ebeveyn bilgi formu (Ek-2), adölesan bilgi formu (Ek-3), Epstein ve diğerleri (1983)⁸ tarafından geliştirilen aile değerlendirme ölçeği⁸⁰ (Ek-4), Spielberger ve

diğerleri (1970) tarafından geliştirilen durumluk sürekli kaygı envanteri⁷⁸ kullanılmıştır.

Hasta bilgi formu açık ve kapalı uçlu olmak üzere toplam 5 sorudan oluşmaktadır. (Tanı, tanı tarihi, klinik izlem, daha önce ve şu anda uygulanan tedaviler) (Ek:1). Ebeveyn bilgi formu açık ve kapalı uçlu olmak üzere toplam 12 sorudan oluşmaktadır (Cinsiyet, yaş, öğrenim durumu, çocuk sayısı, çocukların yaşları, medeni durum gibi) (Ek:2). Ergen bilgi formu açık ve kapalı uçlu toplam 9 sorudan oluşmaktadır. (Cinsiyet, yaş, öğrenim durumu, ebeveyn hastalığı nedeniyle ailede yaşanan sıkıntılar, ebeveyn hastalığı nedeniyle adölesanın yaşadığı güçlükler, ebeveyn hastalığı ile ilgili düşünceler) (Ek:3).

3.4.1. Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ)

ADÖ 1983'te Amerika Birleşik Devletleri'nde Brown Üniversitesi ve Butler Hastanesi aile araştırma programı kapsamında aile işlevlerinin çeşitli boyutlarını değerlendirmek üzere geliştirilmiştir. 'Mc Master Aile işlevleri modeli' nin klinik olarak aileler üzerine uygulanmasına dayanarak ölçek maddeleri oluşturulmuştur. Alttestlerin altı tanesi modelde ele alınan alt ölçeklerdir ve aile işlevlerindeki sorun alanlarını tek tek ele alır. Yedinci ölçek Epstein ve Bishop tarafından ailenin sağlıklı olup olmadığının genel bir değerlendirmesi için geliştirilmiştir. İlk madde sınaması sonucu ölçek 53 soruya indirgenirken, her alttestten tesadüfi olarak sorular seçilmiş ve her alt boyutun kendi iç tutarlılığı en az .70 Cronbach alfa değerine yükselinceye kadar bu işlem sürdürülmüştür. Daha sonra üç alttestin geçerliliğini yükseltmek amacıyla ve diğer alttestlerle korelasyonları bozmayacak biçimde, 7 madde eklenerek soru sayısı 60' a çıkarılmıştır. Ölçeğin test tekrar güvenirliğinde 45 kişilik gruba 15 gün ara ile iki kez uygulanmış ve iki uygulama sonucu elde edilen puanlar arasındaki korelasyon katsayısı .66 (problem çözme) ile .76 (duygusal tepki verme) değerleri arasında bulunmuştur. Cronbach alfa

katsayıları .72 ile .92 arasında değişmiştir. Yapı geçerlilik ve ölçüt bağımlı geçerlilik çalışmaları yapılmıştır.⁸⁰

Ölçeğin uyarlama çalışması 1990'da Bulut tarafından yapılmıştır. Ölçeğin test tekrar güvenirliği Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksekokulu öğrenci ve çalışanlarına 3 hafta ara ile iki kez uygulanmış; puanlar arasındaki ilişki Pearson–Momentler Çarpımı korelasyonu ile değerlendirilmiş katsayılar problem çözme alt testinde .90; iletişimde .84; rollerde .82; duygusal tepki verebilmede .78; gereken ilgiyi göstermede .62; davranış kontrolünde .80 ve genel fonksiyonlarda .89 olarak saptanmıştır. Alt ölçeklerin Cronbach-alfa ile değerlendirilen iç tutarlılık katsayıları .38 ile .86 arası olarak belirlenmiştir.⁸⁰

Alt ölçekler; problem çözme (2, 12, 24, 38, 50, 60. maddeler), iletişim (3, 14, 18, 22, 29, 35, 43, 52, 59. maddeler), roller (4, 8, 10, 15, 23, 30, 34, 40, 45, 53, 58. maddeler), duygusal tepki verebilme (9, 19, 28, 39, 49, 57. maddeler) gereken ilgiyi gösterme (5, 13, 25, 33, 37, 42, 54. maddeler), davranış kontrolü (7, 17, 20, 27, 32, 44, 47, 48, 55. maddeler), genel işlevler (1, 6, 11, 16, 21, 26, 31, 36, 41, 46, 51, 56. maddeler) toplam 60 maddeden oluşmaktadır. Tersine çevrilmiş 35 madde (1, 4, 5, 7, 8, 9, 11, 13, 14, 15, 17, 19, 21, 22, 23, 25, 27, 28, 31, 33, 34, 35, 37, 39, 41, 42, 44, 45, 47, 48, 51, 52, 53, 54, 58) içermektedir.

ADÖ puanlaması, aynen katılıyorum (1), büyük ölçüde katılıyorum (2), biraz katılıyorum (3), hiç katılmıyorum (4) olmak üzere 4'lü likert derecelendirme tipindedir. Tüm maddelerde 1 puanı en sağlıklı cevabı gösterirken, 4 en sağlıksız puanı göstermektedir. 2'nin üzerindeki puanlar ise aile işlevlerinde sağlıksızlığa doğru bir gidişin göstergesidir.⁸⁰

3.4.2. Durumluk Sürekli Kaygı Envanteri

1964 yılında Spielberger ve Gorsuch tarafından geliştirilmeye başlanmış olan envanter ile normal ve normal olmayan bireylerdeki sürekli ve durumluk kaygı düzeylerinin ölçülmesi amaçlanmıştır. Her iki ölçek 1 saat, 20 gün ve 104 gün arayla, 197 üniversite öğrencisine uygulanmış. Test tekrar değişmezlik katsayıları, Pearson Momentler Çarpımı korelasyonu ile hesaplanarak Sürekli Kaygı Ölçeği için .73 ile .86, Durumluk Kaygı Ölçeği için .16 ile .54 arasında bulunmuştur. Kuder Richardson 20 formülünün genelleştirilmiş bir formu olan alfa korelasyonları ile saptanan içtutarlılık ve test homojenliğini yansıtan katsayılar, Durumluk Kaygı Ölçeği için .83 ile .92, Sürekli Kaygı Ölçeği için .86 ile .92 arasında bulunmuştur. Ölçeklerin bir başka içtutarlılık sınaması madde toplam puan korelasyonu ile yapılmıştır. Ölçekler için ölçüt bağımlı geçerlik ve yapı geçerliği çalışmaları yapılmıştır.⁷⁸

Durumluk sürekli kaygı envanteri Öner ve Le Complete (1977) tarafından uyarlanmıştır. Her iki ölçek 10, 15, 30, 120 ve 365 günlük aralarla Hacettepe ve Orta Doğu Teknik Üniversiteleri ile Kara Harp Okulu'nda okuyan beş ayrı öğrenci grubuna iki kez uygulanmıştır. Pearson Momentler Çarpımı korelasyonu ile hesaplanan değişmezlik katsayıları, Sürekli Kaygı Ölçeği için .71 ile .86, Durumluk Kaygı Ölçeği için .26 ile .68 arasında bulunmuştur. Kuder Richardson Güvenirliği, Sürekli Kaygı Ölçeği için .83 ile .87 Durumluk Kaygı Ölçeği için .42 ile .85 arasında bulunmuştur. Madde toplam puan güvenirliliği Sürekli Kaygı Ölçeği için .34 ile .72, Durumluk Kaygı Ölçeği için .42 ile .85 arasında bulunmuştur. Öner tarafından ölçüt bağımlı geçerlik ve yapı geçerliği çalışması yapılmıştır.⁷⁸

Envanterin her biri 20 maddelik iki ayrı ölçeği vardır. Durumluk kaygı ölçeği bireyin belirli bir anda ve belirli koşullarda kendini nasıl hissettiğini belirler. Sürekli kaygı ölçeği bireyin içinde bulunduğu

durum ve koşullardan bağımsız olarak, genellikle kendini nasıl hissettiğini belirler.14 yaş ve üstü normaller ile okuduğunu anlayıp yanıtlayabilecek kadar bilinci yerinde olan bireylere uygulanabilir. Ölçeklerde doğrudan (düz) ve tersine çevrilmiş ifadeler vardır. Olumlu duyguları dile getiren ters ifadeler puanlanırken 1 değerinde olanlar 4'e, 4 ağırlık değerinde olanlar 1'e dönüştürölür. Durumluk Kaygı Ölçeğı'nde 10 tane (1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 ve 20. maddeler), Sürekli Kaygı Ölçeğı'nde ise 7 tane (21, 26, 27, 30, 33, 36 ve 39. maddeler) tersine çevrilmiş ifade vardır. Her iki ölçekten elde edilen toplam puan değeri 20 ile 80 arasında değışir.

3.5. Veri Toplama Formlarının Uygulanması

Aralık 2009 ile Eylül 2010 tarihleri arasında yapılmıştır. .Araştırmacı tarafından oluşturulan ebeveyn bilgi formu ve adölesan bilgi formunun anlaşılabilirliğini değerlendirmek amacıyla 15 anket formu ile ön uygulama yapılmıştır. Katılımcılara çalışma ile ilgili gerekli bilgilendirme yapıldıktan sonra onam alınmıştır.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin istatistiksel değerlendirmeleri için SPSS 11.5 paket programı kullanılmıştır. Araştırmada demografik özelliklerin analizinde frekans, aritmetik ortalama ve diğeri değerlendirmelerde ise tek yönlü varyans analizi, bağımsız gruplarda t test, mann whitney u testi, ki-kare ve korelasyon analizi kullanılmıştır.

3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları

1) Ebeveynlerin çocuklarının araştırmaya katılmaları halinde psikolojik olarak etkilenmelerine neden olabileceğı düşüncesiyle araştırmayı kabul etmemeleri,

2) Katılımcıların tedavi için şehir dışından geliyor olmaları araştırmayı sınırlandırmıştır.

3.8. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın yapıldığı üniversite hastanesinden, İl Sağlık Müdürlüğü'nden ve etik kuruldan (Sayı: 410-2416, Tarih: 27.10.2009) izin alınmıştır (Ek-6).

4. BULGULAR

Tablo 4. 1: Adölesanların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı

Tanıtıcı Özellikler	Sayı	%
Yaş (n:100)*		
11-14(Erken Adölesan Dönem)	13	13,0
15-17(Orta Adölesan Dönem)	42	42,0
18-21(Geç Adölesan Dönem)	45	45,0
Cinsiyet (n:100)		
Kız	62	62,0
Erkek	38	38,0
Öğrenime Devam Etme Durumu (n:100)		
Devam Ediyor	81	81,0
Devam Etmiyor	19	19,0
Öğrenime Devam Edenler (n:81)		
İlköğretim	11	13,6
Lise	46	56,8
Üniversite	24	29,6
Öğrenime Devam Etmeyenler (n:19)		
Okuryazar-İlköğretim Mezunu	9	47,4
Lise Mezunu	10	52,6
Adölesanın Doğum Sırası (n:100)		
Büyük	13	13,0
Ortanca	15	15,0
Küçük	62	62,0
Tek Çocuk	10	10,0
Ebeveynin Hastalığı Nedeniyle Ailede Sıkıntı Yaşanma Durumu (n:100)		
Evet	66	66,0
Hayır	34	34,0
Ebeveynin Hastalığı Nedeniyle Ailede Yaşanan Sıkıntı** (n:100)		
Duygusal Problemler	47	71,2
Maddi Problemler	18	27,3
Aile Rutinlerinde Değişiklik	11	16,7
Bakım	4	6,1

*Adölesan dönem yaş sınırlarına göre sınıflandırılmıştır.

**Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Tablo 4. 1: (devam) Adölesanların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı

Tanıtıcı Özellikler	Sayı	%
Ebeveynin Hastalığı Nedeniyle Adölesanın Güçlük Yaşama Durumu (n:100)		
Evet	78	78,0
Hayır	22	22,0
Ebeveynin Hastalığı Nedeniyle Adölesanın Yaşadığı Güçlükler * (n:100)		
Derslerine çalışamama	23	29,5
Kendine Yeterince Zaman Ayıramama	34	43,6
Arkadaşlarla Vakit Geçirememe	24	30,8
Duygusal Problemler	16	20,5
Diğer	9	11,5
Adölesanın Tanı İle İlgili Bilgi Alma Durumu (n:100)		
Evet	94	94,0
Hayır	6	6,0
Adölesanın Tanı İle İlgili Doğru Bilgi Alma Durumu (n:94)		
Evet	91	96,8
Hayır	3	3,2
Adölesanın Ebeveyn Hastalığı İle İlgili Düşünceleri (n:100)		
Tedavi Edilebilir	79	79,0
Zor Bir Hastalık	12	12,0
Tedavi Edilemez	6	6,0
Diğer	3	3,0
Toplam	100	100,0

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Tablo 4.1'deki adölesanların tanıtıcı özelliklerine göre adölesanların ortalama 17.4 ± 2.33 yaşında (n:100, yaş aralığı 14-21), %62'sinin kız, % 38'inin erkek olduğu, %81 'inin öğrenime devam ettiği %19'unun öğrenime devam etmediği belirlenmiştir. Öğrenimi devam eden adölesanların %13.6'sının ilköğretimde, %56.8 'inin lise, %29.6'sının üniversitede olduğu; öğrenime devam etmeyenlerin %47.4'ünün okuryazar-ilköğretim mezunu, %52.6'sının lise mezunu olduğu; %13'ünün ailenin büyük çocuğu, %15'inin ailenin ortanca çocuğu olduğu, %62'sinin ailenin küçük çocuğu, %10'unun tek çocuk olduğu belirlenmiştir. Adölesanların %66'sı ebeveyn hastalığı nedeniyle ailenin sıkıntı yaşadığını ifade ederken %34'ü ailenin sıkıntı yaşamadığını ifade etmiştir. Ailede yaşanan sıkıntılar %71.2 duygusal, %27.3 maddi, %16.7 aile

rutinlerinde değişiklik, %6.1 bakım olarak belirlenmiştir. Adölesanların %78'i ebeveyn hastalığı nedeniyle sorun yaşadığını ifade ederken %22'si sorun yaşamadığını ifade etmiştir. Adölesanın yaşadığı sorunlar %29.5 derslerine çalışamama, %43.6 kendine yeterince zaman ayıramama, %30.8 arkadaşlarla vakit geçiremememe, %20.5 duygusal, %11.5 diğer (aile rutinlerinde değişme, ebeveynle geçirilen zamanın azalması, işe devam problemleri) olarak belirlenmiştir. Adölesanların %94'ünün ebeveynin tanısıyla ilgili bilgi aldığı, %6'sının tanıyla ilgili bilgi almadığı; tanı ile ilgili bilgi alan adölesanlardan %96.82'sinin tanı ile ilgili doğru bilgi aldığı, %3.2'sinin doğru bilgi almadığı belirlenmiştir. Adölesanların ebeveynlerinin hastalığıyla ilgili düşünceleri %79'u tedavi edilebilir, %12'si zor bir hastalık, %6'sı tedavi edilemez, %3'ü diğer (hastalıkla ilgili tedirgin olduğunu, hastalık süreci sonucunu bilemediklerini) olarak belirlenmiştir (Tablo 4.1).

Tablo 4. 2: Ebeveynlerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı

	n	Minimum	Maksimum	Ortalama	Standart Sapma
Yaş	100	33,0	63.0	46,6500	5,90390
Tanıtıcı Özellikler)				Sayı	%
Cinsiyet (n:100)					
Kadın				71	71,0
Erkek				29	29,0
Eğitim Düzeyi (n:100)					
Okuryazar				4	4,0
İlkokul Mezunu				38	38,0
Ortaokul Mezunu				6	6,0
Lise Mezunu				28	28,0
Önlisans				2	2,0
Lisans				22	22,0
Medeni Durum (n:100)					
Evli				90	90,0
Boşanmış				3	3,0
Dul(Eşin Vefatı Nedeniyle)				7	7,0
Aile Tipi (n:100)					
Çekirdek Aile				90	90,0
Geniş Aile				10	10,0
Sosyal Güvence Durumu (n:100)					
Var				99	99,0
Yok				1	1,0
Ailenin Gelir Düzeyi* (n:100)					
İyi				16	16,0
Orta				69	69,0
Kötü				15	15,0
Ebeveynin Çocuk Sayısı (n:100)					
Bir				10	10,0
İki				40	40,0
Üç ve Üzeri				50	50,0
Ebeveynin Tanıyı Bilme Durumu (n:100)					
Biliyor				96	96,0
Bilmiyor				4	4,0

*Gelir düzeyi ebeveynin ifadelerine göre belirlenmiştir

Tablo 4. 2: (devam) Ebeveynlerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı

Tanıtıcı Özellikler	Sayı	%
Ebeveynin Tanısı (n:100)		
Meme Kanseri	49	49,0
GİS Kanserleri	27	27,0
Akciğer Kanseri	9	9,0
Jinekolojik kanserler	5	5,0
Diğer	10	10,0
Tanı Tarihi (n:100)		
6 ay-1 yıl	64	64,0
1-3 yıl	17	17,0
3-5 yıl	13	13,0
5 yıl üzeri	6	6,0
Klinik İzlem (n:100)		
İlk Tanı	66	66,0
Relaps	32	32,0
Terminal Dönem	2	2,0
Daha Önce Uygulanan Tedaviler*		
Cerrahi	81	81,0
Radyoterapi	41	41,0
Kemoterapi	78	78,0
Şu Anda Uygulanan Tedavi* (n:100)		
Radyoterapi	8	8,0
Kemoterapi	93	93,0
Brakiterapi	1	1,0
Tedavi Devam Etmiyor	4	4,0

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Tablo 4.2’de ebeveynin tanıtıcı özelliklerine göre hasta ebeveynlerin ortalama 46.6 ± 5.90 yaşında olduğu (n:100, yaş aralığı 33-63), %71’nin kadın, %29’unun erkek olduğu, %4’ünün okuryazar, %38’inin ilkokul, %6’sının ortaokul, %28’inin lise, %2’sinin önlisans, %22’sinin lisans mezunu olduğu belirlenmiştir. Ebeveynlerin %90’ının evli, %3’ünün boşanmış, %7’sinin dul (eşin vefatı nedeniyle) olduğu; aile yapısının %90’ının çekirdek, %10’unun geniş aile olduğu; hasta ebeveynlerin %99’unun sosyal güvencesinin olduğu %1’inin sosyal güvencesinin olmadığı; ebeveynlerin %16’sının gelir düzeylerini iyi, %69’unun orta, %15’inin kötü olarak değerlendirdiği; çocuk sayısı tek olan ailelerin %10, iki çocuklu ailelerin %40, üç ve üzerinde çocuğu olan ailelerin %50

olduğu belirlenmiştir. Hasta ebeveynlerin %96'sının kanser tanısını bildiği, %4'ünün tanıyı bilmediği; ebeveyn tanılarının %49'unun meme kanseri, %27'sinin GİS kanserleri, %9'unun akciğer kanseri, %5'inin jinekolojik kanser, %10'unun diğer (Sinir sistemi, hematolojik, cilt ve yumuşak doku kanserleri) kanser grubunda yer aldığı; ebeveynlerin tanı konulan zamana göre dağılımları incelendiğinde; %64'ne tanının araştırmanın yapıldığı tarihten önceki 6 ay 1 yıllık zaman diliminde, %17'sine 1-3 yıl önce %13'ne 3-5 yıl önce, %6'sına 5 yıldan daha uzun süre önce konuğu belirlenmiştir. Ebeveynlerin klinik izleminde %66'sının ilk tanı döneminde olduğu, %32'sinde relaps geliştiği, %2'sinin terminal dönemde olduğu belirlenmiştir. Ebeveynlerin daha önceki tedavi süreçlerinde %81'ine cerrahi, %41'ine radyoterapi, %78'ine kemoterapi uygulandığı; araştırmanın yapıldığı dönemde %8'ine radyoterapi, %93'ne kemoterapi, %1'ine brakiterapi tedavisinin uygulandığı, %4'ünün ise tedavisinin tamamlandığı belirlenmiştir (Tablo 4.2).

Tablo 4.3: ADÖ Alt Ölçek Puan Ortalamaları

Alt Ölçek Alanları	$\bar{X}$	SS	AS	ÜS
Problem çözme	2,04	0,59	1,0	3,33
İletişim	1,98	0,56	1,0	3,44
Roller	1,96	0,48	1,0	3,18
Duygusal tepki verebilme	2,06	0,70	1,0	3,67
Gereken ilgiyi gösterme	1,96	0,45	1,0	3,86
Davranış kontrolü	1,81	0,42	1,0	3,00
Genel fonksiyonlar	1,86	0,51	1,00	3,33
Toplam	1,94	0,42	1,12	3,02

Tablo 4.3'te ADÖ alt ölçek puan ortalamalarına göre en düşük olduğu işlevler davranış kontrolü (1.81 ± 0.42), genel fonksiyonlar (1.86 ± 0.51), roller (1.96 ± 0.48) ve gereken ilgiyi gösterme (1.96 ± 0.45); en yüksek olduğu alanlar ise duygusal tepki verebilme (2.06 ± 0.70), problem çözme (2.04 ± 0.59) ve iletişim (1.98 ± 0.56)'dir. Aile işlevleri açısından sağlıklı olup olmama durumunda ayırt edici değerin 2.00 olduğu göz önüne alınırsa adölesanların aileyi duygusal tepki verebilme ve problem çözme işlevleri açısından sağlıklı olarak değerlendirdiği bulgusu saptanmıştır (Tablo 4.3).

Tablo 4.4: Adölesanların Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçek Puan Ortalamaları

	$\bar{X}$	SS	AS	ÜS
Durumluk Kaygı	40,84	11,43	20,00	66,00
Sürekli Kaygı	44,15	10,07	20,00	65,00

Tablo 4.4'deki adölesanların durumluk sürekli kaygı ölçeği puan ortalamaları 40.84,±11.43, alt sınır 20.00, üst sınır, 66.00; sürekli kaygı puan ortalamaları 44.15±10.07, alt sınır 20.00, üst sınır 65.00 olarak bulunmuştur. Adölesanların durumluk ve kaygı puan ortalamalarının hafif düzeyde kaygıyı gösterdiği; sürekli kaygı puanlarının da yüksek kaygıyı belirlemiştir (Tablo 4.4).

Tablo 4.5: Adölesanların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Durumluk-Süreklilik Kaygı Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı

Değişkenler	n	Durumluk						Süreklili					
		$\bar{X}$	$\pm$	SS	as-üs	Test	p	$\bar{X}$	$\pm$	SS	as-üs	Test	p
Yaş													
11-14	13	38.3	$\pm$ 14.8		21-66	F 1.026	.362	44.0	$\pm$ 12.2		28-65	F 0,002	.998
15-17	42	39.8	$\pm$ 11.6		20-62			44.1	$\pm$ 10.9		20-64		
18-21	45	42.6	$\pm$ 10.1		22-64			44.2	$\pm$ 8.7		22-61		
Cinsiyet													
Kız	62	43.7	$\pm$ 10,6		22-66	t 2.673	.009**	47.3	$\pm$ 10.0		20-65	t 4.354	.000**
Erkek	38	37.1	$\pm$ 11,8		20-62	39.0		$\pm$ 7.9		25-69			
Öğrenime Devam Etme Durumu													
Devam Ediyor	81	40.6	$\pm$ 11.6		20-62	t -423	.673	43.7	$\pm$ 9.9		20-65	t -1.017	.312
Devam Etmiyor	19	41.8	$\pm$ 11.0		27-60	46.3		$\pm$ 10.7		22-64			
Devam Edenler													
İlköğretim	11	34.5	$\pm$ 15.3		20-66	F 2.489	.090	41.5	$\pm$ 14.0		25-65	F 0.389	.0679
Lise	46	40.4	$\pm$ 11.2		20-62			43.6	$\pm$ 9.3		20-60		
Üniversite	24	43.8	$\pm$ 9.5		22-64			44.8	$\pm$ 9.2		24-61		
Devam Etmeyenler													
Okuryazar	9	49.0	$\pm$ 9.8		33-60	u 14.000	.011*	53.2	$\pm$ 7.9		42-64	u 11.5	.006**
İlköğretim Mezunu													
Lise Mezunu	10	35.4	$\pm$ 7.8		27-46			40.0	$\pm$ 8.8		22-53		
Adölesanın Doğum Sırası													
Büyük	13	42.7	$\pm$ 9.3		23-60	F .369	.776	46.6	$\pm$ 9.6		28-60	F .689	.561
Ortanca	15	42.9	$\pm$ 11.0		22-58			46.1	$\pm$ 11.6		22-64		
Küçük	62	40.1	$\pm$ 11.8		20-66			43.1	$\pm$ 10.3		20-65		
Tek	10	40.1	$\pm$ 12.9		21-60			44.8	$\pm$ 6.7		36-56		
Ailede Sıkıntı Yaşanma Durumu													
Evet	66	44.0	$\pm$ 10.5		22-66	t 4.156	.000**	46.2	$\pm$ 9.2		24-65	t 3.012	.003**
Hayır	34	34.7	$\pm$		20-58	40.1		$\pm$ 10.5		20-61			
Adölesanın Güçlük Yaşama Durumu													
Evet	78	42.9	$\pm$ 10.9		20-66	t 3.586	.001**	45.8	$\pm$ 9.7		22-65	t 3.331	.001**
Hayır	22	33.5	$\pm$ 10.6		20-62	38.1		$\pm$ 9.3		20-59			
Adölesanın Tanı İlgili Bilgi Alma Durumu													
Evet	94	41.1	$\pm$ 11.2		20-64	t .736	.463	44.4	$\pm$ 10.1		20-65	t 9.5	.362
Hayır	6	37.5	$\pm$ 15.8		21-66	40.5		$\pm$ 9		29-56			

Tablo 4.5: (devam) Adölesanların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı

Değişkenler		Durumluk						Sürekli					
		n	$\bar{X}$	$\pm$	SS	as-üs	Test	p	$\bar{X}$	$\pm$	SS	as-üs	Test
Adölesanın Tanı İle İlgili Doğru Bilgi Alma Durumu													
Evet	91	41.1	$\pm$ 11.1		20-64	u	.763	44.7	$\pm$	9.9	22-65	u	.114
Hayır	3	40.3	$\pm$ 17.6		26-60	122.5		33.7	$\pm$	12.3	20-44	63.0	
Adölesanın Ebeveyn Hastalığı İle İlgili Düşünceleri													
Tedavi Edilebilir	79	40.2	$\pm$	10.9	20-66		.226	44.0	$\pm$	10.0	20-64		.056
Zor Bir Hastalık	12	40.5	$\pm$	14.3	22-64	X ²		41.5	$\pm$	9.2	24-60	X ²	
Tedavi Edilemez	6	49.8	$\pm$	7.8	37-58	4.353		54.5	$\pm$	8.1	46-65	7.550	
Diğer	3	42.0	$\pm$	17.1	26-60			39.0	$\pm$	9.5	28-45		

Tablo 4.5'te adölesanların tanımlayıcı özelliklerine göre durumluk ve sürekli kaygı puan ortalamaları karşılaştırmasında durumluk, sürekli kaygı puan ortalamaları yaş grupları arasında farklılık göstermemiştir ($p>0.05$).

Adölesanların durumluk kaygı puan ortalamalarının ($t=2.673$, $p<0.01$) ve sürekli kaygı puan ortalamalarının ($t=4.354$, $p<0.01$) cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiği; adölesan kızların durumluk, sürekli kaygı puan ortalamalarının erkeklere göre yüksek olduğu belirlenmiştir.

Adölesanların durumluk, sürekli kaygı puan ortalamaları öğrenime devam edenlerle öğrenime devam etmeyenler arasında farklılık göstermemiştir ($p>0.05$). Ayrıca adölesanların durumluk, sürekli kaygı puan ortalamaları ilköğretim, lise ve üniversitede öğrenime devam edenler arasında farklılık göstermemiştir. ($p>0.05$)

Adölesanların durumluk kaygı puan ortalamalarının ($U=14.000$, $p<0.05$) ve sürekli kaygı puan ortalamalarının ($U=11.5$,

$p<0.01$) öğrenime devam etmeyenler arasında istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiği; okuryazar–ilköğretim mezunu olanların durumluk, sürekli kaygı puan ortalamalarının lise mezunu olanlara göre yüksek olduğu belirlenmiştir.

Adölesanların durumluk, sürekli kaygı puan ortalamaları adölesanın ailenin büyük, ortanca, küçük, tek çocuğu olması durumuna göre farklılık göstermemiştir. ($p>0.05$).

Adölesanların durumluk kaygı puan ortalamalarının ($t=4.156$, $p<0.01$) ve sürekli kaygı puan ortalamalarının ($t=3.012$, $p<0.01$) ebeveyn hastalığı nedeniyle ailede sıkıntı yaşanma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiği; ailede sıkıntı yaşayanların durumluk, sürekli kaygı puan ortalamalarının ailede sıkıntı yaşamayanlara göre yüksek olduğu belirlenmiştir.

Adölesanların durumluk kaygı puan ortalamalarının ($t=3.586$, $p<0.01$) ve sürekli kaygı puan ortalamalarının ($t=3.331$, $p<0.01$) ebeveyn hastalığı nedeniyle adölesanın güçlük yaşama durumuna göre istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiği; güçlük yaşayan adölesanların durumluk, sürekli kaygı puan ortalamalarının güçlük yaşamayanlara göre yüksek olduğu belirlenmiştir.

Adölesanların durumluk, sürekli kaygı puan ortalamaları ebeveynin tanısı ile ilgili doğru bilgi alanlar ile doğru bilgi almayanlar arasında farklılık göstermemiştir ($p>0.05$).

Adölesanların durumluk, sürekli kaygı puan ortalamaları adölesanın ebeveyn hastalığı ile ilgili düşüncelerine göre farklılık göstermemiştir ($p>0.05$).

Tablo 4.6: Ebeveynlerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Durumluk-Süreklilik Kaygı Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı

Değişkenler	n	Durumluluk					Süreklilik						
		$\bar{X}$	$\pm$	SS	as-üs	Test	p	$\bar{X}$	$\pm$	SS	as-üs	Test	P
Cinsiyet													
Kadın	71	41.2	$\pm$ 11.0		20-66	t	.669	45.3	$\pm$ 9.8		24-64	t	.068
Erkek	29	40.1	$\pm$ 12.7		20-64	.429		41.3	$\pm$ 10.2		20-65	1.847	
Eğitim Düzeyi													
Okuryazar/İlköğretim	42	42.8	$\pm$ 11.0		22-66	F	1.612	46.2	$\pm$ 9.7		24-65	F	.034 (1-3)
Ortaokul/Lise	34	40.6	$\pm$ 10.3		20-62	1.612		44.7	$\pm$ 9.9		22-61	3.511	
Önlisans/Lisans	24	37.6	$\pm$ 13.2		20-64			39.7	$\pm$ 9.9		20-56		
Medeni Durum													
Evli	90	40.6	$\pm$ 11.6		20-66	X ²	.925	44.3	$\pm$ 10.4		20-65	X ²	.760
Boşanmış	3	48.0	$\pm$ 13.9		32-57	.925		40.3	$\pm$ 5.5		34-44	.548	
Dul	7	41.3	$\pm$ 8.8		33-60			44.0	$\pm$ 7.4		31-56		
Aile Tipi													
Çekirdek	90	40.9	$\pm$ 11.9		20-66	t	.899	44.2	$\pm$ 10.4		20-65	t	.961
Geniş	10	40.4	$\pm$ 5.2		34-53	.128		44.0	$\pm$ 7.0		31-54	.049	
Ailenin Gelir Düzeyi													
İyi	16	40.2	$\pm$ 11.6		20-60	F	.954	42.3	$\pm$ 11.3		24-57	F	.661
Orta	69	40.2	$\pm$ 11.0		20-64	.954		44.3	$\pm$ 9.9		20-65	.417	
Kötü	15	44.6	$\pm$ 13.3		22-66			45.5	$\pm$ 9.9		28-64		
Ebeveynin Çocuk Sayısı													
Bir	10	40.1	$\pm$ 12.9		21-60	F	.616	44.8	$\pm$ 6.7		35-56	F	.301
İki	40	39.5	$\pm$ 10.9		20-64	.616		42.3	$\pm$ 10.0		25-61	1.215	
Üç ve Üzeri	50	42.1	$\pm$ 11.7		20-66			45.5	$\pm$ 10.6		20-65		
Ebeveynin Tanıyı Bilme Durumu													
Biliyor	96	40.5	$\pm$ 11.2		20-64	u	129.0	44.1	$\pm$ 10.2		20-65	u	.923
Bilmiyor	4	49.5	$\pm$ 15.8		35-66	.267		44.3	$\pm$ 8.3		37-56	186.5	
Ebeveynin Tanısı													
Meme Kanseri	49	39.8	$\pm$ 10.7		20-60		X ² 7.040	44.3	$\pm$ 9.8		25-61		.125
GİS Kanserleri	27	38.4	$\pm$ 11.5		20-62			40.5	$\pm$ 9.6		20-59	X ²	
Akciğer Kanseri	9	47.1	$\pm$ 14.8		27-66			46.6	$\pm$ 11.4		33-65	7.219	
Jinekolojik Kanserler	5	50.2	$\pm$ 8.9		37-59			48.2	$\pm$ 2.4		46-52		
Diğer	10	42.4	$\pm$ 10.1		22-57			48.9	$\pm$ 11.4		24-64		
Tanı Tarihi													
6 ay – 1 yıl	64	42.4	$\pm$ 11.3		20-66		F 1.973	44.0	$\pm$ 9.8		20-65		.293
1-3 yıl	17	40.9	$\pm$ 10.3		21-56			47.5	$\pm$ 11.0		24-61	F	
3-5 yıl	13	36.9	$\pm$ 12.4		20-60			43.3	$\pm$ 10.6		28-57	1.258	
5 yıl üzeri	6	32.7	$\pm$ 11.3		20-45			38.7	$\pm$ 7.4		25-46		
Klinik İzlem													
İlk Tanı	66	41.6	$\pm$ 11.2		20-66	X ²	3.217	43.6	$\pm$ 10.0		20-65	X ²	.220
Relaps	32	38.6	$\pm$ 11.9		20-60	.200		44.6	$\pm$ 10.0		25-61	3.027	
Terminal Dönem	2	51.5	$\pm$ 2.1		50-53			55.5	$\pm$ 7.8		50-61		

Tablo 4.6'daki ebeveynin tanımlayıcı özelliklerine göre durumluk ve sürekli kaygı puan ortalamaları incelendiğinde; adölesanların durumluk, sürekli kaygı puan ortalamaları hasta ebeveynin cinsiyeti, medeni durumu, aile tipi, ailenin gelir düzeyi, ebeveynin çocuk sayısı, ebeveynin tanıyı bilme durumu, ebeveynin tanısı, tanıyı aldığı tarih ve klinik izlemine göre farklılık göstermemiştir ($p>0.05$).

Adölesanların durumluk kaygı puan ortalamaları hasta ebeveynin eğitime göre farklılık göstermemiştir. Adölesanların sürekli kaygı puan ortalamalarının ise hasta ebeveynin eğitim düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiği; ebeveyni okuryazar-ilkokul mezunu olan adölesanların sürekli kaygı puan ortalamalarının, ebeveyni önlisans-lisans mezunu adölesanlardan yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

Tablo 4.7: Adölesanların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre ADÖ Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı

Değişkenler	n	ADÖ					p
		$\bar{X}$	$\pm$	SS	as-üs	Test	
Yaş							
11-14	13	1.9	$\pm$	.3	1.4-2.5	F .153	.858
15-17	42	1.9	$\pm$	.5	1.1-3.0		
18-21	45	2	$\pm$	.4	1.4-2.9		
Cinsiyet							
Kız	62	2	$\pm$	.4	1.1-3.0	t 1.475	.144
Erkek	38	1.9	$\pm$	.3	1.3-2.6		
Öğrenime Devam Etme Durumu							
Devam Ediyor	81	1.9	$\pm$	.4	1.1-3.0	t -1.187	.238
Devam Etmiyor	19	2	$\pm$	.4	1.5-2.9		
Öğrenime Devam Edenler							
İlköğretim	11	1.8	$\pm$	.3	1.3-2.5	F .294	.746
Lise	46	1.9	$\pm$	.4	1.1-3.0		
Üniversite	24	1.9	$\pm$	.4	1.4-2.7		
Öğrenime Devam Etmeyenler							
Okuryazar	9	2.2	$\pm$	.4	1.5-2.9	t 1.981	.064
İlköğretim Mezunu	10	1.9	$\pm$	.3	1.5-2.5		
Adölesanın Doğum Sırası							
Büyük	13	2	$\pm$	.3	1.6-2.5	F 1.475	.226
Ortanca	15	2	$\pm$	.5	1.4-2.9		
Küçük	62	1.9	$\pm$	.4	1.1-3.0		
Tek	10	1.7	$\pm$	.2	1.4-2.0		
Ailede Sıkıntı Yaşanma Durumu							
Evet	66	2	$\pm$	.4	1.3-3.0	t 2.324	.022*
Hayır	34	1.8	$\pm$	.3	1.1-2.9		
Adölesanın Güçlük Yaşama Durumu							
Evet	78	2	$\pm$	.4	1.3-3.0	t 1.489	.140
Hayır	22	1.8	$\pm$	.3	1.1-2.6		
Adölesanın Tanı İlgili Bilgi Alma Durumu							
Evet	94	1.9	$\pm$	.4	1.1-3.0	u 251.0	.653
Hayır	6	2	$\pm$	.4	1.6-2.6		
Adölesanın Tanı İle İlgili Doğru Bilgi Alma Durumu							
Evet	91	1.9	$\pm$	.4	1.3-3.0	u 57.0	.087
Hayır	3	1.5	$\pm$	.3	1.1-1.7		

Tablo 4.7: (devamı) Adölesanların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre ADÖ Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı

Değişkenler	n	ADÖ					
		$\bar{X}$	$\pm$	SS	as-üs	Test	p
Adölesanın Ebeveyn Hastalığı İle İlgili Düşünceleri							
Tedavi Edilebilir	79	2.0	$\pm$	.4	1.1-3.0	X ² 5.185	.159
Zor Bir Hastalık	12	1.9	$\pm$	.4	1.4-2.6		
Tedavi Edilemez	6	2.0	$\pm$	.5	1.5-2.7		
Diğer	3	1.5	$\pm$	.1	1.5-1.6		

Tablo 4.7'deki adölesanların tanımlayıcı özelliklerine göre ADÖ toplam puan ortalamaları incelendiğinde; adölesanların aile değerlendirme ölçeği toplam puan ortalamaları adölesanların yaş grupları, cinsiyeti, öğrenim durumu, aile içindeki konumu, ebeveyn hastalığı nedeniyle güçlük yaşama durumu, ebeveyn tanısına ilişkin bilgi alma durumu ve ebeveyn hastalığı ile ilgili düşünceleri değişkenlerine göre farklılık göstermemiştir ($p>0.05$).

Adölesanın aile değerlendirme ölçeği toplam puan ortalamaları ($t=2.324$, $p<0.05$) ebeveyn hastalığı nedeniyle ailede sıkıntı yaşanma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiği; ebeveyn hastalığı nedeniyle ailede sıkıntı yaşayanların aile değerlendirme ölçeği puan ortalamalarının ebeveyn hastalığı nedeniyle ailede sıkıntı yaşamayanlara göre yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.8: Ebeveynlerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre ADÖ Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı

Değişkenler	n	ADÖ					
		$\bar{X}$	$\pm$	SS	as-üs	Test	p
Cinsiyet							
Kadın	71	2	$\pm$	.4	1.3-3.0	t	.126
Erkek	29	1.8	$\pm$	.3	1.1-2.7	1.544	
Eğitim Düzeyi							
Okuryazar/İlköğretim	42	2	$\pm$	.4	1.4-2.9	F 6.148	.003 (3-1,2)
Ortaokul/Lise	34	2	$\pm$	.4	1.3-3.0		
Önlisans/Lisans	24	1.7	$\pm$	.3	1.1-2.3		
Medeni Durum							
Evli	90	1.9	$\pm$	.4	1.1-3.0	X 0.01	.999
Boşanmış	3	1.9	$\pm$	.2	1.7-2.2		
Dul	7	1.9	$\pm$	.4	1.5-2.6		
Aile Tipi							
Çekirdek	90	2	$\pm$	.4	1.1-3.0	t	.165
Geniş	10	1.8	$\pm$	.2	1.5-2.2	1.400	
Ailenin Gelir Düzeyi							
İyi	16	1.9	$\pm$	.4	1.3-2.9	F .541	.584
Orta	69	1.9	$\pm$	.4	1.1-3.0		
Kötü	15	2	$\pm$	.4	1.5-2.9		
Ebeveynin Çocuk Sayısı							
Bir	10	1.7	$\pm$	.2	1.4-2.0	F 2.507	.087
İki	40	1.9	$\pm$	.3	1.3-3.0		
Üç ve Üzeri	50	2	$\pm$	.4	1.1-2.9		
Ebeveynin Tanıyı Bilme Durumu							
Biliyor	96	1.9	$\pm$	.4	1.1-3.0	U 147.0	0.458
Bilmiyor	4	2.1	$\pm$	.5	1.6-2.6		
Ebeveynin Tanısı							
Jinekolojik Kanserler	5	1.9	$\pm$	.5	1.3-2.6	X ² 3.468	.483
GİS Kanserleri	27	1.8	$\pm$	.3	1.1-3.0		
Meme Kanseri	49	2	$\pm$	.3	1.3-2.9		
Akciğer Kanseri	9	2	$\pm$	.3	1.5-2.7		
Diğer	10	1.9	$\pm$	.5	1.4-2.9		
Tanı Tarihi							
6 ay – 1 yıl	64	2	$\pm$	.4	1.1-3.0	X ² 3.731	.292
1-3 yıl	17	2	$\pm$	.3	1.4-2.7		
3-5 yıl	13	1.8	$\pm$	.3	1.3-2.4		
5 yıl üzeri	6	1.9	$\pm$	.3	1.3-2.2		
Klinik İzlem							
İlk Tanı	66	2	$\pm$	.4	1.1-3.0	X ² .224	.894
Relaps	32	1.9	$\pm$	.3	1.3-2.5		
Terminal Dönem	2	2.1	$\pm$	.8	1.6-2.7		

Tablo 4.8'deki ebeveynlerin tanımlayıcı özelliklerine göre ADÖ puan ortalamaları dağılımı incelendiğinde; adölesanın aile değerlendirme ölçeği puan ortalamaları hasta ebeveynin cinsiyeti, medeni durumu, aile tipi, ailenin gelir düzeyi, ebeveynin çocuk sayısı, ebeveynin tanıyı bilme durumu, ebeveynin tanısı, ebeveynin tanıyı alma tarihi ve klinik izlem değişkenleri açısından farklılık göstermemiştir ($p>0.05$).

Adölesanın aile değerlendirme ölçeği puan ortalamaları ($f=6.148$, $p<0.01$) ebeveynin eğitim düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiği; okuryazar-ilköğretim mezunu ve ortaokul-lise mezunu ebeveyni olan adölesanların aile değerlendirme ölçeği puan ortalamalarının önlisans-lisans mezunu ebeveyni olan adölesanlara göre yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.9: Adölesanların Aile İşlevselliği Algısının Durumluk-Sürekli Kaygı Düzeyi İle İlişkisi

	ADÖ
Durumluk Kaygı Ölçeği	0,423**
Sürekli Kaygı Ölçeği	0,563**

** P<0,01

Tablo 4.9'daki adölesanların aile işlevselliği algısının durumluk sürekli kaygı düzeyi ile ilişkisine göre; aile değerlendirme ölçeği toplam puan ortalamaları ile adölesanların durumluk kaygı ve sürekli kaygı ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak orta düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu; adölesanların aile işlevselliği algısının sürekli kaygı (0.563) düzeyi ile ilişkisinin, durumluk kaygı düzeyi ile ilişkisinden (0.423) daha güçlü olduğu belirlenmiştir ($p<0,01$).

5.TARTIŞMA

Tartışma katılımcıların tanıtıcı özellikleri ve kullanılan ADÖ, Durumluk Sürekli Kaygı Ölçeği doğrultusunda yapılmıştır.

5.1. Adölesanların Tanıtıcı Özellikleri

Çalışma kapsamına alınan adölesanların, %62'sini kızlar, %38'ini erkekler oluşturmaktadır. Adölesanların %81'inin öğrenimine devam ettiği, %19'unun öğrenimine devam etmediği, öğrenime devam edenlerin, sırası ile lise, üniversite ve ilköğretimde öğrenimlerine devam ettikleri, öğrenime devam etmeyenlerin ise, sırası ile lise ve okuryazar-ilköğretim mezunu, yarıdan fazlasının ailenin küçük çocuğu olduğu belirlenmiştir. Adölesanların yarıdan fazlası ebeveyn hastalığı nedeniyle ailede sıkıntı yaşandığını ifade etmiştir. Ailede yaşanan sıkıntıların dağılımı incelendiğinde, sırası ile duygusal, maddi, aile rutinlerinde değişiklik ve bakım olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.1).

Ebeveynin akut ve kronik hastalıklarının çocuklar için önemli bir stres kaynağı olduğu ifade edilmektedir. Ebeveynin kanser tanısı bireysel olarak stres ve belirsizlikle mücadele etmenin yanı sıra ailede günlük rutinlerin bozulmasına, ev halkının rollerinde değişikliğe, gelirden azalmaya, ebeveynin fiziksel ve psikolojik erişilebilirliğinde sınırlandırılmaya neden olabilmektedir.^{83, 84} Kanser klinik seyrinin belirsiz olması ve tedavinin tam olarak garanti edilememesi nedeniyle endişe uyandırır.⁸⁵ Bu nedenle, araştırma kapsamına alınan adölesanlar tarafından, ebeveyn hastalığından dolayı, ailede yaşanan sıkıntılar arasında, duygusal problemlerin yüksek oranda tanımlanması beklendik bir sonuçtur.

Adölesanların, ebeveynin hastalığı nedeniyle yaşadıkları sorunlar sırasıyla incelendiğinde; kendilerine yeterince zaman ayıramadıkları, arkadaşları ile vakit geçiremedikleri, ders çalışmadıkları,

duygusal problem yaşadıkları belirlenmiştir (Tablo 4.1). Literatürde yapılan çalışmalarda bizim çalışmamızı destekler niteliktedir. Ebeveynin kanser tanısı sonrasında tedavi, remisyon, relaps ve olası terminal dönemi, ebeveynlerin duygu, davranış, fiziksel fonksiyonlarının yanı sıra aile işlevlerinde de değişikliğe neden olmaktadır.⁸⁶ Wellisch ve arkadaşlarının (1992) çalışmasında, ebeveyni hasta olan adölesanların, rol değişimine yatkın oldukları belirtilmiştir.⁸⁷ Bu değişimler, adölesanların duygu, davranış ve fiziksel fonksiyonlarının yanı sıra okul başarılarını da etkiler.⁹ Nelson ve arkadaşlarının çalışmasında, ebeveyni hasta olan kız çocukları okul ödevlerinin, spor ve arkadaşlarıyla yapılan faaliyetler için boş zaman sürelerinin etkilendiğini bildirmişlerdir.⁸⁶

Çalışma kapsamındaki adölesanların, ebeveyn hastalığına ilişkin düşünceleri incelendiğinde, sırasıyla ebeveyn hastalığının tedavi edilebilir, zor bir hastalık ve tedavi edilemez şeklinde algılandıkları belirlenmiştir (Tablo 4.1). Huizinga ve arkadaşlarının çalışması ile Küçükkoğlu'nun (2007) çalışmasında ise, çocukların ebeveynlerinin hastalığını ciddi ve çok ciddi olarak algıladığı belirtilmiştir.⁸ Bu çalışmada adölesanların ebeveyn hastalığına ilişkin algısının genel olarak olumlu yönde olmasının nedeni; adölesanların hastalık konusunda ebeveynlerinden bilgi alması olabilir. Bu sonuca ulaşmada artan tanı ve tedavi yöntemlerine paralel olarak toplumun kanser hastalığına ilişkin algısının olumlu yönde değişmesinin de etkili olabileceği düşünülmektedir.

5.2. Adölesanların Aile İşlevselliği Algısı

Araştırma kapsamına alınan adölesanların, ADÖ alt ölçekleri puan ortalamalarının en düşük olduğu işlevler, davranış kontrolü, genel fonksiyonları, roller ve gereken ilgiyi gösterme; en yüksek olduğu alanlar ise, duygusal tepki verebilme, problem çözme ve iletişim olarak belirlenmiştir. Aile işlevleri açısından sağlıklı olup olmama durumunda, ayırt edici değerin 2 olduğu göz önüne alınırsa, adölesanların aileyi duygusal

tepki verebilme ve problem çözme işlevleri açısından sağlıklı olarak değerlendirdiği belirlenmiştir (Tablo 4.3). Bizim çalışmamızda aile işlevleri problem çözme ve duygusal tepki verebilme açısından sağlıklı değerlendirilirken Watson ve arkadaşlarının (2006) çalışmasında, ebeveyni kanser olan adölesanların, aile işlevlerini problem çözme, iletişim, roller, duygusal tepki verebilme ve genel fonksiyonlar açısından sağlıklı olarak, davranış kontrolü açısından da sağlıklı olarak değerlendirdiği saptanmıştır.⁵⁸ Edwards ve Clarke (2004) tarafından yapılan çalışmada da, yeni tanı almış erişkin kanser hastalarının, akrabalarının aile işlevlerini, problem çözme, iletişim, roller ve duygusal tepki verebilme fonksiyonları açısından sağlıklı olarak, davranış kontrolü ve genel fonksiyonlar açısından sağlıklı olarak değerlendirdiği belirlenmiştir.⁸⁸

Bu çalışmada adölesanların aileyi sadece problem çözme ve duygusal tepki verebilme alanında sağlıklı olarak değerlendirmesinin nedeninin toplumdan topluma aile işlevlerinin değişme özelliğinden, aile içi ilişkilerin ve rollerin kültürel etkiler doğrultusunda şekillenmesinden kaynaklı olabileceği düşünülmektedir. Ailenin sağlıklı ve sağlıklı olmasında etkili olan bir değişken toplumdaki hizmet ve olanaklardır.⁷⁹ Problem çözme ailelerin maddi ve manevi problemlerini çözebilme becerisidir. Bu çalışma sonucu ailelerin hastalık sürecinde maddi ve manevi boyutta toplumdaki hizmetlere ihtiyaç duyduğunu düşündürmektedir.

5.3. Adölesanların Durumluk-Sürekli Kaygı Puan Ortalamaları Dağılımı

Araştırma kapsamına alınan adölesanların, durumluk kaygı düzeyinin hafif, sürekli kaygı düzeyinin yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.4). Bilge ve Ünal'ın (2005) kanserli hastanın yakınlarının öfke ve kaygı düzeylerini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada durumluk kaygı puan

ortalaması hafif sürekli kaygı puan ortalaması yüksek olarak değerlendirilmiştir.⁸⁹ Oysa ki, Heiney ve arkadaşlarının aynı yaş grubundaki adölesanların kontrol grubuyla yaptığı karşılaştırma çalışmasında, kanserli ebeveyni olan adölesanların, durumluk ve sürekli kaygı düzeyinin önemli oranda yüksek olduğu belirtilmiştir.⁶⁵

Çalışmalarda farklı sonuçlar alınmasının nedeni adölesan döneme özgü özelliklerden kaynaklanıyor olabilir.

5.4. Adölesanların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Adölesanların Durumluk-Sürekli Kaygı Puan Ortalamaları Dağılımı

Araştırma kapsamına alınan adölesanların, durumluk kaygı puan ortalamalarının en yüksek 18-21 yaş grubunda, sürekli kaygı puan ortalamalarının en yüksek 15-17 yaş grubunda olduğu saptanırken, adölesanların durumluk sürekli kaygı puan ortalamaları açısından, yaş grupları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (Tablo 4.5). Bizim çalışmamızın sonuçlarını destekler çalışma Küçüköğlu (2007) tarafından yapılmış olup, bu çalışmada kanserli ebeveyne sahip 13-18 yaş grubu adölesanların yaşları ile psikolojik belirti düzeyleri arasında istatistiksel olarak bir ilişki olmadığı belirlenmiştir.⁸ Welch ve arkadaşlarının (1996) yaptığı çalışmada da, anksiyetenin ebeveyni kanser olan çocukların ve adölesanların yaşına göre farklılık göstermediği belirlenmiştir.⁹⁰

Araştırma kapsamına alınan adölesanların, durumluk kaygı puan ortalamalarının ve sürekli kaygı puan ortalamalarının, cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiği, adölesan kızların durumluk sürekli kaygı puan ortalamalarının erkeklere göre yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.01$) (Tablo 4.5). Thaustram ve arkadaşlarının (2009) çalışmasında, adölesan kızların psikososyal problemler açısından daha yüksek riske sahip olduğu belirtilmiştir.⁹¹ Visser ve arkadaşları (2005), adölesan

kızların, kendileri ve aileleri tarafından daha çok duygusal problem yaşadıklarını ifade etmiştir.⁵⁹ Bunun nedeni kızların ebeveyn hastalık süresince ev işleri ve bakım gibi ağır sorumluluklar üstlenmesi, olabilir. ⁹²

Araştırma kapsamına alınan adölesanların, durumluk süreklilik kaygı puanı ortalamaları, öğrenime devam edenlerle, öğrenime devam etmeyenler arasında farklılık göstermemiştir ($p>0,05$).Ancak adölesanların, durumluk kaygı puan ortalamalarının ($u=14.000$, $p<0,05$) ve sürekli kaygı puanı ortalamalarının ($u=11.5$, $p<0.01$) öğrenime devam etmeyenler arasında istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiği, okur yazar-ilköğretim mezunu olanların, durumluk süreklilik kaygı puan ortalamalarının, lise mezunu olanlara göre yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.5). Küçükoğlu'nun (2007) çalışmasında, eğitim düzeyinin çocukların psikolojik durumlarında farklılık yaratmadığı bulunmuştur.⁸ Erci ve arkadaşları (2003) tarafından yapılan çalışmada, adölesanların anksiyete düzeyinde eğitim düzeylerinin farklılık yaratmadığı belirtilmiştir.⁹³ Okuryazar ve ilköğretim mezunu adölesanların, lise mezunu adölesanlara göre durumluk sürekli kaygı puan ortalamalarının yüksek olması eğitim düzeyinin hastalık algısı üzerinde ve adölesanların uygun baş etme yöntemleri geliştirmelerinde etkili olabileceğini düşündürmektedir.

Araştırma kapsamına alınan adölesanların, durumluk sürekli kaygı puanı ortalamaları, adölesanın ailenin büyük, ortanca, küçük ve tek çocuk olması durumuna göre farklılık göstermediği belirlenmiştir. Ancak Visser ve arkadaşları (2006) tarafından yapılan çalışmada, okul çağı çocukları ve adölesanların aile içerisindeki pozisyonunun içe yönelme ve toplam problemlerdeki yaygınlığı etkilediği gösterilmiştir.¹⁰

Araştırma kapsamına alınan adölesanların, durumluk kaygı puan ortalamalarının ($t=4.156$, $p<0.01$) ve sürekli kaygı puan ortalamalarının ($t=3.012$, $p<0.01$) ebeveyn hastalığı nedeniyle ailede

sıkıntı yaşanma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiği; ailede sıkıntı yaşayanların, durumluk sürekli kaygı puan ortalamalarının, ailede sıkıntı yaşamayanlara göre yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.5). Aynı şekilde adölesanların durumluk kaygı puan ortalamaları ($t=3.586$, $p<0.01$) ve sürekli kaygı puan ortalamaları ($t=3.012$, $p<0.01$) ebeveynin hastalığı nedeniyle adölesanın günlük yaşama durumuna göre istatistiksel olarak anlamlılık göstermiştir (Tablo 4.5).

Buchbinder ve arkadaşlarının (2009) çalışmasında, kanser hastalığının başlangıcından itibaren ailenin günlük rutinlerinde önemli düzeyde değişim yaşandığı, yaşanan değişimler nedeniyle aile üyeleri arasında etkileşim ve paylaşımın etkilendiği belirtilmiştir.⁹⁴ Şahin ve arkadaşlarının aktardığına göre, kanserli hastaya evde bakım verme, ilgilenme nedeniyle günlük rutinlerin bozulduğu belirtilmektedir. Bu nedenle aile üyelerinde rol kaybı ya da rol değişikliği olabilir, ailenin dengesi bozulabilir.⁹⁵ Compas ve arkadaşlarının (1994), yakın dönemde tanı almış hastaların eşleri ve çocuklarıyla yaptığı çalışmada, aile üyelerinin psikolojik uyumda sorun açısından risk taşıdıkları saptanmıştır.⁵⁶ Kanser hastasının yakınlarının duygusal alanda yaşadığı sorunlar genellikle ümitsizlik, anksiyete ve ölüm korkusudur.⁸⁹

5.5. Ebeveynlerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Adölesanların Durumluk-Sürekli Kaygı Puan Ortalamaları Dağılımı

Araştırma kapsamına alınan adölesanların, durumluk sürekli kaygı puan ortalamalarının, hasta ebeveyninin cinsiyetine göre farklılık göstermediği belirlenmiştir (Tablo 4.6). Welch ve arkadaşlarının (1996) çalışması bizim çalışmamızı destekler nitelikte olup, adölesanların anksiyete düzeyinde hasta ebeveynlerin cinsiyetinin farklılık yaratmadığını göstermektedir.⁹⁰

Oysaki, Visser ve arkadaşlarının (2006) çalışmasında, babası kanser olan adölesanların içe yönelim ve dışa yönelim davranışı, toplam problem alanında daha çok sorun yaşadıkları saptanmıştır.¹⁰ Küçükoğlu'nun (2007) KSE Envanteri kullanarak yaptığı çalışmasında da, babası hasta olan çocukların depresyon dışında diğer alt boyutlarda psikolojik puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirtilmiştir.⁸

Bu çalışmada, adölesanların durumluk sürekli kaygı düzeyinin ebeveynlerin cinsiyetine göre farklılık yaratmamasında çalışma kapsamına alınan adölesanların büyük çoğunluğunun, aile içerisinde kendilerinden büyük bir kardeşe sahip olmalarının etkili olabileceğini düşündürmektedir.

Araştırma kapsamına alınan adölesanların, durumluk kaygı puan ortalamalarının, hasta ebeveynin eğitime göre farklılık göstermediği, sürekli kaygı puan ortalamalarının hasta ebeveynin eğitim düzeylerine göre istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiği, ebeveyni okur yazar-ilkokul mezunu olan adölesanların, sürekli kaygı puan ortalamalarının ebeveyni önlisans-lisans mezunu adölesanlardan yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.6). Ancak Harris ve Zakowski'nin (2003) çalışmasında, sağlıklı ebeveyne sahip adölesanlarla, ebeveyni kanser olan adölesanların anksiyete düzeylerinin ebeveyninin eğitim düzeyine göre farklılık yaratmadığı gösterilmiştir.⁹² Küçükoğlu'nun (2007) çalışmasında da, adölesanların psikolojik durumlarının ebeveynin eğitim düzeyine göre farklılık yaratmadığı belirtilmiştir.⁸

Anne babaların çocuk yetiştirmede sergiledikleri tutumların çocukların duygusal yapıları üzerinde etkili olabileceği düşünülmektedir. Ebeveynin eğitim düzeyi çocuk yetiştirmede sergiledikleri tutumları olumlu yönde etkileyebilir. Bu çalışmada eğitim düzeyi düşük ebeveyne sahip olan adölesanların sürekli kaygı düzeyinin eğitim düzeyi yüksek ebeveyne

sahip adölesanlardan yüksek olmasında bu varsayımların etkili olabileceği düşünülmektedir.

Araştırma kapsamına alınan adölesanların, durumluk sürekli kaygı puan ortalamalarının, ebeveynin medeni durumuna göre farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p>0.05$) (Tablo 4.6). Welch ve arkadaşlarının (1996) çalışması da bizim çalışmamızı destekler niteliktedir.⁹⁰

Araştırma kapsamına alınan adölesanların, durumluk sürekli kaygı puan ortalamalarının aile tipine göre farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p>0.05$) (Tablo 4.6). Küçükoğlu'nun (2007) çalışmasında da, çocukların psikolojik puan ortalamalarının aile tipine göre farklılık yaratmadığı belirtilmiştir.⁸

Araştırma kapsamına alınan adölesanların, durumluk sürekli kaygı puan ortalamalarının, ailenin gelir düzeyine göre farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p>0.05$) (Tablo 4.6). Harris ve Zakowski'nin (2003) çalışmasında ebeveyni sağlıklı olan adölesanlar ve ebeveyni kanser olan adölesanlar karşılaştırılmış, ailenin gelir düzeyinin her iki grupta anksiyete yönünden farklılık yaratmadığı belirtilmiştir.⁹² Şahin ve arkadaşlarının (2002) çalışmasında alt sosyo ekonomik düzeyden gelen ergenlerin anksiyetesinin, orta ve üst sosyo ekonomik düzeyden gelen ergenlere kıyasla daha yüksek olduğu belirtilmiştir.⁹⁶ Bu çalışmada, hasta ebeveynlerin sağlık harcamalarını karşılayacak sosyal güvencelerinin olması ailede maddi açıdan ek bir yük oluşturmadığını düşündürmektedir.

Araştırma kapsamına alınan adölesanların, durumluk sürekli kaygı puan ortalamalarının, ebeveynin tanısına, ebeveynin tanıyı aldığı tarihe, ebeveynin klinik izlemine göre istatistiksel olarak farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p>0.05$) (Tablo 4.6). Literatürde de yapılan

çalışmalarda, kanserin tipi, evresi, tanı süresi hastalığın şiddeti ve tedavi şekli ile çocuklardaki psikolojik belirtiler arasında ilişki bulunmamıştır. ⁵⁹

5.6. Adölesanların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Adölesanların Aile İşlevselliği Algısı Dağılımı

Araştırma kapsamına alınan adölesanların, aile değerlendirme ölçeği puan ortalamaları adölesanların tanımlayıcı özelliklerinden sadece ailede sıkıntı yaşanma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlılık göstermiştir ($p>0.05$) (Tablo 4.7). Oysaki, Kabocaff ve arkadaşlarının (1990) çalışmasında, aile işlevselliği algısı açısından önemli fark bulunmamıştır. ⁹⁷ Aile hayatında ortaya çıkan güçlüklerin aile üyelerini ve bir bütün olarak aile kurumunu olumsuz yönde etkilediği bir gerçektir. ⁷⁹ Ünal ve arkadaşlarının aktardığına göre, bireye ait sorunlu süreçler aileyi harekete geçirdiğinde, sağlıklı işlev gören bir aile, bu yeni duruma uygun rol ve kural değişikliklerini sağlayarak sorunla başa çıkabilmektedir. ¹⁵ Bu çalışma sonucu ailelerin hastalık sürecinde yaşanan sıkıntılarla baş etme becerilerinin yetersiz olduğunu düşündürmektedir.

5.7. Ebeveynlerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Adölesanların Aile İşlevselliği Algısı Dağılımı

Araştırma kapsamına alınan adölesanların, aile değerlendirme ölçeği puan ortalamalarının, ebeveynin eğitim düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiği; okuryazar-ilköğretim mezunu ve ortaokul-lise mezunu ebeveyni olan adölesanların aile değerlendirme ölçeği puan ortalamalarının önlisans-lisans mezunu ebeveyni olan adölesanlara göre yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.01$). Çalışmamızı destekler nitelikte bir çalışma Kumbas ve arkadaşları (2009) tarafından yapılmış, adölesanların aile işlevlerine ilişkin algısının ebeveynin eğitim düzeyine göre farklı olduğu belirlenmiştir. ⁹⁸

5.8. Adölesanların Aile İşlevselliği Algısının Durumluk-Sürekli Kaygı Düzeyi İle İlişkisi

Araştırma kapsamına alınan adölesanların, aile değerlendirme ölçeği puan ortalamaları ile durumluk kaygı ölçeği puan ortalamaları arasında, sürekli kaygı düzeyi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak orta düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. ($p<0.01$) Literatürde yapılan değişik çalışmalarda, aile işlevselliği algısının adölesanlardaki psikolojik durumu etkilediği belirtilmiştir.^{88, 99} Hastalık deneyimi ve bu duruma uyum sağlanması dinamik ve süre giden bir süreçtir.¹⁵ Bu çalışmada elde ettiğimiz bulgular kanser hastalığının aile işlevlerinde bazı özgün sorunlara neden olabileceğini ve bu sorunların adölesanların durumluk ve sürekli kaygı düzeyiyle ilişkili olabileceğini göstermektedir. Bu nedenle kanserli hastalara verilecek sağlık hizmetlerinin planlamasında bu ilişkilerin göz önünde bulundurulmasının yararlı olabileceği düşünülmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuç

Araştırma, kanserli ebeveyne sahip adölesanların aile işlevselliği algısının durumluk sürekli kaygı düzeyi ile ilişkisini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Bu amaç doğrultusunda Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Hacettepe Üniversitesi Onkoloji Hastanesi'nde izlemde olan hastalara Hasta Bilgi Formu, Ebeveyn Bilgi Formu, çocuklarına Adölesan Bilgi Formu, ADÖ, Durumluk Sürekli Kaygı Ölçeği uygulanarak elde edilen bulgular değerlendirilmiş, aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

- Kanserli ebeveyne sahip adölesanların ailede duygusal problemler (%71,2), maddi problemler (%27,3), aile rutinlerinde değişiklik (%16,7), bakım (%6,1) konusunda sıkıntı yaşadıkları saptanmıştır.

- Ebeveynin hastalığı nedeniyle adölesanın yaşadığı güçlükler, ders çalışamama (%29,5), kendine yeterince zaman ayıramama (%43,6), arkadaşlarla vakit geçiremememe (%30,8) ve duygusal problemlerdir (% 20,5).

- Adölesanların aile değerlendirme alt ölçek puan ortalamaları en düşük davranış kontrolü ($1,81 \pm 0,42$), genel fonksiyonlar, roller ($1,96 \pm 0,48$), en yüksek duygusal tepki verebilme ($2,06 \pm 0,70$), problem çözme ($2,04 \pm 0,55$) ve iletişim ($1,98 \pm 0,56$) olarak saptanmıştır. Aile işlevleri açısından sağlıklı olup olmama durumunda ayırt edici değer 2.00 olduğu göz önüne alınırsa adölesanların aileyi duygusal tepki verebilme ve problem çözme işlevleri açısından sağlıklı olarak değerlendirdiği saptanmıştır.

- Adölesanların durumluk kaygı puan ortalamaları ($40,84 \pm 11,43$), sürekli kaygı puan ortalamaları ($44,15 \pm 10,7$) olarak

saptanmıştır. Adölesanların durumluk kaygı düzeyinin hafif, sürekli kaygı düzeyinin yüksek olduğu belirlenmiştir.

- Adölesanların aile işlevselliği algısı ile durumluk kaygı düzeyi (0,423), sürekli kaygı düzeyi (0,563) arasında orta düzeyde ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0,01$).

6.2. Öneriler

- Sağlık ekibinin hasta ile birlikte tüm aile bireylerinin psikososyal ihtiyaçlarını değerlendirmesi ve ihtiyaçları doğrultusunda eğitimin sağlanması,
- Sağlık ekibine, hasta ve ailesine psikososyal yönden rehberlik etmesine katkıda bulunacak eğitimler verilmesi,
- Aileler ve çocukların duygularını ve yaşadıkları sorunları ifade edebilecekleri destek gruplarının oluşturulması ve bu amaçla internet sitelerinin oluşturulması,
- Ebeveyni kanser olan değişik yaş gruplarındaki çocuklarla çalışma yapılması,
- Ebeveyni kanser olan adölesanların okul başarısı, akran ilişkileri, baş etme yöntemleri gibi farklı konularda rehberlik sağlayacak bilgilere ulaşmak amacıyla çalışmalar yapılması,
- Eğitim kurumlarında çalışanların farkındalığını arttırmak amacıyla eğitimler yapılması.

7. ÖZET

Emine Özlem Yıldız, Kanserli Ebeveyne Sahip Adölesanların Aile İşlevselliği Algısının Durumluk Sürekli Kaygı Düzeyi İle İlişkisi: Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2011. Bu araştırma ebeveyni kanser olan adölesanların aile işlevselliği algısının durumluk, sürekli kaygı düzeyi ile ilişkisinin olup olmadığının belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın birinci aşamasında kanser ve kanserin psikososyal etkileri ile ilgili literatür araştırması yapılmıştır. İkinci aşama kanserli ebeveyne sahip adölesanların aile işlevselliği algısı ile durumluk, sürekli kaygı düzeyi arasındaki ilişkilere yönelik araştırmadan oluşmaktadır. Araştırma veriler “Ebeveyn Bilgi Formu”, “Hasta Bilgi Formu”, “Adölesan Bilgi Formu”, “ADÖ”, “Durumluk Sürekli Kaygı Envanteri” ile toplanmıştır. Araştırma, Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde ve Hacettepe Üniversitesi Onkoloji Hastanesinde Aralık 2009- Eylül 2010 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmaya katılmaya gönüllü hasta ve çocuklarına veri toplama formları dağıtılmış olup, 100 kişiden eksiksiz veri alınmıştır. Araştırmaya katılan kanserli ebeveyne sahip adölesanların aile işlevselliği ile durumluk kaygı ($r:0,423$; $p<0,01$), sürekli kaygı ($r:0,563$) düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Ayrıca ebeveynin hastalığı nedeniyle ailede sıkıntı yaşandığını tanımlayan adölesanların aileyi daha sağlıksız olarak değerlendirdiği belirlenmiştir ($t:2,324$; $p<0,05$).

Anahtar kelimeler: Kanser, aile işlevselliği, durumluk sürekli kaygı, adölesan.

8. SUMMARY

Emine Özlem Yıldız, The Relationship Between Family Functionality Perception of Adolescents with Cancerous Parents and State Trait Anxiety: Gazi University The Institute of Health Sciences Nursing Program Graduate Thesis, Ankara, 2011. This research was carried out with the purpose of adolescents, whose parent are cancer, the relationship between family functionality perception and state, trait anxiety level. In the first stage of study related to cancer and its psychosocial effects was performed. The second stage consists of the research intended for relationships between state, trait anxiety level and family functionality perception of children with cancerous parents. The research data were collected by parent information form, parent information form, adolescent information form, family assessment device and state trait anxiety inventory. Research was conducted as descriptive in Dr. Abdurrahman Yurtaslan Oncology Education and Research Hospital and Hacettepe University Oncology Hospital between December 2009 and September 2010. Data collection forms were taken from 100 people. It was detected that there was statistically significant relationships between family functionality and the levels of state anxiety ($r:0.423$; $p<0.01$) and trait anxiety ($r:0.563$; $p<0.01$) of adolescents with cancerous parents, who participated in the research. Besides, it was determined that adolescents, who identified that there is a hardship in the family due to parent's sickness, considered their family more unhealthy ($t:2.324$; $p<0.05$).

Key Words: Cancer, family functionality, state trait anxiety, adolescent.

9. KAYNAKLAR

1. Kutluk T, Kars A. Kanser Konusunda Genel Bilgiler. T.C. Sağlık Bakanlığı Kanser ve Savaş Daire Başkanlığı; 2001.
2. Kanser Yüğü 2006 Raporu. 20.08.2009. <http://www.atonet.org.tr>
3. Aras M, Ünsal Delialioğlu S, Atalay N, Taflan Selçuk S. Kanser Hastalarının Rehabilitasyon Gereksinimi. Türk Fiz Tıp Rehab Derg 2009; 55: 25-9.
4. Kelleci M. Kanser Hastalarının Umudunun Geliştirilmesine Yönelik Hemşirelik Girişimleri. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2005; 6: 41-47.
5. Danacı AE, Karaca N, Deveci A. Şizofreni Hastalarında Aile İşlevselliği ile Sosyal İşlevsellik Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. Türkiye’de Psikiyatri 2005; 7(3): 104-108.
6. Kanarış Gürel D. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi Erişkin Onkoloji, Hemotoloji Kliniklerinde Kemoterapi Uygulanan Hastaların Yaşam Kalitesi ve Bunu Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Adana: Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2007.
7. Papilla Ç. Kanserli Hastalarda Psikososyal Problemler. Türkiye’de Sık Karşılaşılan Hastalıklar Sempozyum Dizisi 2008; 62: 197-200.
8. Küçüköğlü S. Kanserli Ebeveynlerin Çocuklarında Görülen Psikolojik Belirtiler, Yaşanan Güçlükler ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Erzurum: Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2007.

9. Grabiak BR, Bender CM, Puskar KR. The Impact of Parental Cancer on The Adolescent: An Analysis of The Literature. *Psycho-Oncology* 2007; 16: 127-137.
10. Visser A, Huizinga GA, Hoekstra HJ, van der Graaf WT, Hoekstra-Weebers JE. Parental Cancer: Characteristics of Parents as Predictor For Child Functioning. *Cancer* 2006; 106(5): 1178-1187.
11. Kornreich D, Mannheim H, Axelrod D. How Children Live With Parental Cancer. *Primary Psychiatry* 2008; 15(10): 64-70.
12. Wong ML, Cavanaugh CE, Macleamy JB, Nelson AS, Koopman C. Posttraumatic Growth and Adverse Long-Term Effects of Parental Cancer in Children. *Families, Systems, & Health* 2009; 27(1): 53-63.
13. Davey MP, Askew J, Godette. Parent and Adolescent Responses to Non-Terminal Parental Cancer: A Retrospective Multiple-Case Pilot Study. *Families, Systems, & Health* 2003; 21(3): 245-257.
14. Lindqvist B, Schmitt F, Santalahti P, Romer G, Piha J. Factors Associated With The Mental Health of Adolescents When a Parent Has Cancer. *Scandinavian Journal of Psychology* 2007; 48: 345-351.
15. Ünal S, Kaya B, Çekem B, Özışık Hİ, Çakıl G, Kaya M. Şizofreni, İki Uçlu Duygu Durum Bozukluğu ve Epilepsi Hastalarında Aile İşlevlerinin Karşılaştırılması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2004; 15(4): 291-299.
16. Tüzer V. Kronik Hastalıklar ve Yeti Yitiminde Sistemik Aile Yaklaşımı. *Klinik Psikiyatri* 2001; 2: 193-201.
17. Kav S. Kanserli Hastalarda Hemşirelik Bakımı; Onkoloji Hemşireliği. (1.6.2011). <http://www.ukdk.org/pdf/kitap/36.pdf>.

18. Özkan S. Kanser Hastasında Psikiyatrik ve Psikososyal Destek. içinde: Onat H, Mandel NM, editörler. Kanser Hastasına Yaklaşım. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2002. s. 345- 373.
19. Ateşçi NÇ, Oğuzhanoğlu NK, Baltarlı B, Karadağ F, Özdel O, Karagöz N. Kanser Hastalarında Psikiyatrik Bozukluklar ve İlişkili Etmenler. Türk Psikiyatri Dergisi 2003; 14(2): 145-152.
20. Croghan İT, Omoto MK. (Çev: Süheyla Aban), Hemşireler İçin Kanser El Kitabı. (Çev Ed: Nurgün Platin). Birinci Baskı. Ankara. Açem ve Dördüncü Akşam Sanat Okulu Matbaası; 1996.
21. Sherman CD, Calman KC, Eckhardt S, Elsebai I, Fırat D, Hossfeld DK ve ark. Klinik Onkoloji. Dördüncü Baskı. Sağlık Bakanlığı Türk Kanser Araştırma ve Savaş Kurumu Ortak Yayını, 1990.
22. Başaklar C. Kanserde Temel Bilgiler, Korunma, Tedavi. Ankara: TC Sağlık Bakanlığı; 1998.
23. Tuncer AM. Türkiye’de Kanser Yüğü. Ankara; Onur Matbaacılık Ltd. Şti; 2007.
24. Kutluk T, Kars A. Kanser Konusunda Genel Bilgiler. Yedinci Baskı. Ankara: Dördüncü Akşam Sanat Okulu Matbaası; 1996.
25. Hayran M. Türkiye’de Kanser Yüğü. Onkoloji Sempozyumu Bilimsel Program ve Konuşma Metinleri Kitabı; 2005 25-26 Kasım: 16.
26. Kanser İstatistikleri 20.08.2009.http:// www.turkcancer.org.tr/newfiles/61_dunya_kanser_istatistikleri.pdf.

27. 2004-2006 Yılları Türkiye Kanseri İnsidansı. Sağlık Bakanlığı Kanseri Savaş Daire Başkanlığı. 20.08.2009.<http://www.gov.tr/folders/file/8İL-2006-SON.pdf>.
28. Fadiloğlu Ç. Kanseri ve Bakımı. içinde: Fadiloğlu Ç, editörler. Kronik Hastalıklarda Bakım 2. İzmir: Meta Basım Matbaacılık Hizmetleri. s. 96-128.
29. Otto Shirley. Editors. Oncology Nursing. Fourt Edition. China: Mosby; 2001.
30. Dünya Kanseri Raporu 2008. 18.4.2010. [http:// whqlibdoc. who.int/publications/ 2009/9789283204237-tur-p1-104.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789283204237-tur-p1-104.pdf).
31. Kocaman N. Tıbbi Hastalığa Psikososyal Tepkiler. İst Tıp Fak Derg 2008; 71: 52-58.
32. Kangas M. Henry JL&Bryant RA. (2002). Posttraumatic stres disorder following cancer: A conceptual and empirical review. Clinical Psychology Review 2002; 22: 499-524.
33. Koopman C, Butler LD, Classen C, Giese-Davis J, Marrow GR, Wentendorf J, et al. Traumatic Stres Symptoms Among Women Recently Diagnosed Primary Breast Cancer. Journal of Traumatic Stres 2002; 15 (4): 277-287.
34. Özkan M. Psiko-onkoloji. 4.Ulusal Konsültan Liyezön Psikiyatri Kongresi 1996; 30 Ekim-1 Kasım: 21-29.
35. Armay Z, Özkan M, Kocaman N, Özkan S. Hastalık Algısı Ölçeği'nin Kanseri Hastalarında Türkçe Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Klinik Psikiyatri 2007; 10: 192-200.

36. Arıkan K. Kanser Hastalarında Psikolojik Destek. Klinik Gelişim 2004; 17: 77-86.
37. Barraclough J. Cancer and Emotion. 4th ed. John Wiley&Sons; 1999.
38. Kash KM, Mago R, Kunkel EJ. Psychosocial Oncology: Supportive Care for the Cancer Patient. Seminars in Oncology 2005; 32: 211-218.
39. Elbi Mete H, Önen Ö. Kanserli Hastalarda Depresyon. Duygu Durum Dizisi 2001; 4: 184-189.
40. Özkan S. Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi. Roche Mühtahzarları Sanayi A.Ş; 1993.
41. Bilgin G, Öztürk G, Şirin S. Kanser Tanısı Konan Hastalarda Kötü Haber Verme: Hekime Düşen Görev. İst Tıp Fak Derg 2008; 71: 22-26.
42. Elbi H. Kanser ve Depresyon. Psikiyatri Dünyası 2001; 5: 5-10.
43. Deragotis LR, Morrow GR, Fetting J. The prevalence of psychiatric disorder among cancer patients. JAMA 1983; 297: 751-755.
44. Tokyöz G, Yaluğ İ, Özdemir S, Yazıcı A, Uygun K, Aker T. Kanser Hastalarında Major Depresyon Yaygınlığı ve İlişkili Etkenler. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2008; 9: 59-66.
45. Kızılcı S. Kemoterapi Alan Kanserli Hastalar ve Yakınlarının Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 1999; 3 (2): 18-26.
46. Öz F. Ailede Kanser Olgusu. Hemşirelik Forumu 1998; 1(5): 206-210.

47. Terakye G. Kanserli Hasta Yakınlarıyla Etkileşim. DEUHYO ED (Düzenli elektronik dergi) 2011-Mayıs (2.6.2011); 4(2): <http://www.deu.tr/uploaded/Files/Birimler/18451/78-82-terakye.pdf>.
48. Görgülü Ü, Akdemir N. İleri Evre Kanser Hastalarına Bakım Verenlerin Yorgunluk Uyku Kalitesinin Değerlendirilmesi. Genel Tıp Der 2010; 20(4): 125-132.
49. Babaoğlu E, Öz F. Terminal Dönem Kanser Hastasına Bakım Veren Eşlerin Duygusal ve Sosyal Sorunları Arasındaki İlişki. Hemarge 2003; 2: 24-33.
50. Cimete G. Evde Sağlık Bakım Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi ve Evde Bakımda Hemşirenin Yeri. Marmara Üniversitesi 1998; 24-26 Eylül: 7-16.
51. Karabuğa H. Kanserli Hastalara Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2009.
52. Hoccoğlu Ç, Kandemir G, Civil F. Meme Kanserinin Aile İlişkilerine Etkisi. Meme Sağlığı Dergisi 2007; 3(3): 163-165.
53. Armsden G, Lewis FM. Behavioral Adjustment and Self-esteem of Scholl-age Chidren of Women With Breast cancer. Oncol Nurs Forum 1994; 21: 39-45.
54. Northouse LL. The İmpact of Cancer in Women on The Family. Cancer Pract 1995; 134-142.
55. Romer G, Saha R, Hagenn M, Poot M, Baldus C, Bergelt C. Lessons in The İmplementation of an İnnovative Consultation and Liason Service

for Children of Cancer Patients in Various Hospital Settings. *Psycho-Oncology* 2007; 16: 138-148.

56. Compas BE, Worsham NL, Epping-Jordan JE, Mireault G, Howell DC, et al. When Mom or Dad Has Cancer: Markers of Psychological Distress in Cancer Patients, Spouses and Children. *Health Psychology*. 1994; 13(6): 507-515.

57. Huizinga GA, van der Graaf WT, Visser A, Dijkstra JS, Hoekstra – Weebers JE. Psychosocial Consequences For Children of a Parent With Cancer: a Pilot Study. *Cancer Nursing*. 2003; 26(3): 195-202.

58. Watson M, Roberts J, Ashley S, Tilney C, Brougham B, Edwards L, et al. Factor Associated With Emotional and Behavioural Problems Among School Age Children of Breast Cancer Patients. *British Journal of cancer patients*. 2006; 94: 43-50.

59. Visser A, Huizinga GA, Hoekstra HJ, van der Graaf WT, Hoekstra-Weber. Emotional and Behavioural Functioning of Children of a Parent Diagnosed With Cancer: a Cross-Informant Perspective. *Psycho-oncology*. 2005; 14: 746-758.

60. Hoke AL. Psychosocial Adjustment in Children of Mothers With Breast Cancer. *Psycho-Oncology*. 2001; 10: 361-369.

61. Pasley KE. Massachusetts School of Professional Resiliency in Adolescents When a Parent Has Cancer. Doctor of Psychology; 2005.

62. Pederson S, Revenson TA. Parental Illness, Family Functioning, and Adolescent Well-Being: A Family Ecology Framework to Guide Research. 2005; 19(3): 404-409.

63. Christ GH, Siegel K, Sperber D. Impact of Parental Terminal Cancer on Adolescent. Am J Orthopsychiatry. 1994; 64(4): 604-613.
64. Su Y, Ryan- Wenger NA. Children's Adjustment to Parental Cancer:a Theoretical Model Development. Cancer Nurs. 2007; 30(5): 362-381.
65. Osborn T. The Psychosocial Impact of Parental Cancer on Children and Adolescents: a Systematic review. Psycho-Oncology. 2007; 16: 101-126.
66. Koç M. Gelişim Psikolojisi Açısından Ergenlik Dönemi ve Genel Özellikleri. Sosyal Bilimler Dergisi 2004; 17(2): 231- 256.
67. Köknel Ö. Ana Baba Okulu. İstanbul. Remzi Kitabevi; 2004.
68. Akdemir D, Çuhadaroğlu Çetin F. Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Bölümüne Başvuran Ergenlerin Klinik Özellikleri. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi 2008; 15(1): 5-13
69. Bakırcıoğlu R. Çocuk Ruh Sağlığı ve Uyum Bozuklukları. İkinci Baskı. Ankara. Anı Yayıncılık; 2007.
70. Varan A. Ergenlik Dönemi ile İlgili Bazı Temel Tartışmalar. Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları 1997; 2: 313-324.
71. Yörükoğlu A. Gençlik Çağı. Ankara. Türkiye İş Bankası Yayınları; 1978.
72. Kierkegaard S. Concern Concept. Taşdelen V(Çev), 3. Baskı, Ankara, Hece Yayınları, 2004.

73. Öztürk O. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 1992.
74. Ceylan ME. Yazan B. Anksiyete Bozuklukları. İstanbul: Altan Matbaacılık; 2000.
75. Arkonaç O. Açıklamalı Psikiyatri Sözlüğü. Nobel Tıp Kitabevi Tic.Ltd. Şti; 1999.
76. Öz F. Sağlık Alanında Temel Kavramlar. Yenilenmiş İkinci Baskı. Ankara: Mattek Matbaacılık Bas.Yay.Tic.Ltd.Şti; 2010.
77. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan&Sadock Klinik Psikiyatri. Aydın H, Bozkurt A (Çev), İkinci Baskı. Öncü Basımevi; 2005.
78. Öner N, LE Compte A. Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı. İkinci Basım. İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayınları; 1985.
79. Bulut I. Ruh Hastalığının Aile İşlevlerine Etkisi. Ankara: Kılıçaslan Matbaacılık San. Tic.Ltd.Şti; 1993.
80. Bulut I. Aile Değerlendirme Ölçeği El kitabı. Ankara: 1990.
81. Savi F. 12-15 Yaş Arası İlköğretim Öğrencilerinin Davranış Sorunları ile Aile İşlevleri ve Anne-Baba Kişilik Özellikleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Doktora Tezi. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü; 2008.
82. Miller IW, Ryan CE, Keitner GI, Bishop DS, Epstein NB. The McMaster Approach to Families: theory, assessment, treatment and research. Journal of Family Therapy 2000; 22: 168-189.

83. Faulkner RA, Davey M. Children and Adolescents of Cancer Patients: The Impact of Cancer on The Family. *Am J Fam Therapy* 2002; 30: 63-72.
84. Lewis F, Hammond M, Woods N. The Family's Functioning With Newly Diagnosed Breast Cancer In The Mother: The Development of Explanatory Model. *J Behav Med* 1993; 16: 351-370
85. Öz F. Hastalık Yaşantısında Belirsizlik. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2001; 12(1): 61-68.
86. Romer G, Barkmann C, Schulte-Markwort M, Thomalla G, Reiedesser P. Children Somatically Ill Parents: a methodological Review. *Clin Child Psychol Psychiatry* 2002; 7: 17-38.
87. Wellisch DK, Schains W, Gritz ER, Wang HJ. Psychological Functioning of Daughters of Breast Cancer Patients. Part II: Characterizing The Distressed Daughter of The Breast Cancer Patient. *Psychosomatics* 1992; 33: 171-179. .
88. Edwards B, Clarke V. The Psychological Impact of a Cancer Diagnosis on Families: The Influence of Family Functioning and Patients' Illness Characteristics on Depression And Anxiety. *Psycho Oncology* 2004; 13: 562-576.
89. Bilge A, Ünal G. Kanserli Hastanın Yakınlarının Öfke ve Kaygı Düzeylerinin Belirlenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2005; 21(2): 37-46.
90. Welch AS, Wadsworth ME, Compas BE. Adjustment of Children and Adolescent to Parental Cancer: Parents and Children's Perspectives. *Cancer* 1996; 77: 1409-1418.

91. Thastum M, Watson M, Kienbacher C, Piha J. Prevalence and Predictors of Emotional and Behavioural Functioning of Children Where a Parent Has Cancer. *Cancer* 2009; 1: 4030-4039.
92. Harris CA, Zakowski SG. Comparisons of Distress in Adolescents of Cancer Patients And Controls. *Psycho-Oncology* 2003; 12: 173-182.
93. Erci B, Tortumluoğlu G, Kılıç D. Anksiyete ile Başetme Eğitiminin Adölesanlarda Anksiyete Düzeyine Etkisi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2003; 6(3): 57-63.
94. Buchbinder M, Longhofer J, McCue K. Family Routines and Rituals When a Parent Has Cancer. *Families Systems & Health* 2009; 27(3): 213-227.
95. Akgün Şahin Z, Polat H, Ergüney S. Kemoterapi Alan Hastalara Bakım Verenlerin Bakım Verme Yüklerinin Belirlenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2009; 12(2): 1-9.
96. Şahin NH, Durak Batıgün A, Uğurtaş S. Kısa Semptom Envanteri Ergenler İçin Kullanımının Geçerlik, Güvenirlik ve Faktör Yapısı. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2002; 13(2): 125-135.
97. Kabacoff R, Miller IW, Bishop DS, Epstein NB, Keitner G.A Psychometric Study of The McMaster Family Assessment Device in Psychiatric, Medical, and Nonclinical Samples. *Journal of Family Psychology* 1990; 3(4): 431-439.
98. Kumbas H, Çam O, Keskin G. Bir Grup Ergenin Aile İşlevlerinin Değerlendirilmesi. *A.Ü.Dikimevi Sağlık Hizmetleri Yüksekokulu Dergisi* 2009; 8(1): 29-39.

99. Kalyencioğlu D, Kutlu Y. Ergenlerin Aile İşlevi Algılarına Göre Uyum Düzeyleri. İÜ.F.N.Hem Der 2010; 18(2): 56-62.

10.EKLER

EK-I

HASTA BİLGİ FORMU

Tanı:

- a) Rahim CA
- b) Bağırsak CA
- c) Mide CA
- d) Prostat CA
- e) Akciğer CA
- f) Meme CA
- h) Diğer (.....)

İlk tanı tarihi

.....

Hastanın klinik izlemi:

- a) İlk tanı
- b) Relaps
- c) Terminal dönem

Daha önce uygulanan tedaviler

- a) Cerrahi tedavi
- b) Radyoterapi
- c) Kemoterapi
- d) Kombine Tedavi (.....)

Şu anda uygulanan tedaviler

- a)** Cerrahi tedavi
- b)** Radyoterapi
- c)** Kemoterapi
- d)** Kombine Tedavi (.....)
- e)** Tedavi sonlanmış

EK-II

Değerli Katılımcı,

Bu çalışma ebeveyni (anne/baba) hasta olan adölesanların aile işlevselliği algısı ile durumluk-sürekli kaygı düzeyleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılmaktadır. Bu çalışmayla sağlık personelinin bilgilenmesi ve bu yönde ailelere rehberlik etmesi amaçlanmıştır. Araştırmaya katılım sizin isteğinize bağlıdır.

Bu araştırmada size ve ailenize ilişkin sorular yönelteceğiz. Sorular sizin tarafınızdan cevaplandırılacaktır. Yanıtlarınız doğru–yanlış olarak değerlendirilmeyecektir. Bu bilgiler kimliğiniz belirtilmeden bilimsel nitelikte yayınlarda kullanılabilir. Kimliğiniz kesinlikle gizli kalacaktır. Sorulara vereceğiniz yanıtlar araştırma sonuçlarını doğrudan etkileyeceği için kendi düşüncelerinizi işaretlemenizi ve yanıtlanmamış soru bırakmamanızı rica ederiz.

Katkılarınızdan dolayı teşekkür ederim.

Yard.Doç.Dr. Filiz HİSAR

G.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi

Hemşirelik Bölümü Öğretim Üyesi

E. Özlem YILDIZ

G.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi

Hemşirelik Programı

Yükseklisans Öğrencisi

EBEVEYN BİLGİ FORMU

1.Cinsiyetiniz?

a) Kadın

b) Erkek

2.Kaç yaşındasınız?.....

3.Öğrenim durumunuz nedir?

a) Okuryazar

b) İlkokul

c) Ortaokul

d) Lise

e) Önlisans

f) Lisans

g) Yüksek lisans ve doktora

4.Evinizde kimlerle birlikte yaşıyorsunuz?

5.Kaç çocuğunuz var?

6.Çocuklarınız kaç yaşında?

7.Medeni durumunuz nedir?

- a) Evli
- b) Boşanmış
- c) Dul (Eşin vefatı nedeniyle)

8.Ailenizin gelir düzeyi nedir?

- a) İyi
- b) Orta
- c) Kötü

9.Ailenizin sosyal güvencesi var mı?

- a) Evet
- b) Hayır

10.Hastalığınızın adını yazınız?

11.Çocuğunuza hastalığınızla ilgili açıklama yaptınız mı?(Cevabınız hayır ise 12.soruyu atlayınız)

- a) Evet
- b) Hayır

12.Çocuğunuza hastalığınızı açıklarken ne söylediniz?

EK-III

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAY FORMU

Onay Tarihi:.....

Bu çalışma ebeveynleri (anne/baba) hasta olan 14-21 yaş grubu adölesanların aile işlevselliğini algılama ve kaygı düzeyi arasındaki ilişkiyi ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla planlanmıştır.

Bu çalışmayla sağlık personelinin bilgilenmesi ve bu yönde aileye rehberlik etmesi amaçlanmıştır.

Bu çalışmanın yapılabilmesi için sizin izniniz ve katılımınız gerekmektedir. Ancak araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır.

Araştırmamızda ebeveynler tarafından doldurulacak bir anket formu ve çocuklar tarafından doldurulacak dört adet form sunulmuştur. Her ifadeyi okuduktan sonra kendinize uyan ifadeleri işaretlemeniz gerekmektedir. Bu çalışma tamamen bilimsel amaçlı yapılmıştır. Elde edilen veriler başka bir alanda kullanılmayacaktır. Size ait bilgiler saklanacaktır. Bize haber vermeniz koşuluyla istediğiniz zaman araştırmadan çekilebilirsiniz.

Araştırma hakkında herhangi bir soru için aşağıda iletişim bilgileri olan Emine Özlem Yıldız'a ulaşabilirsiniz. Değerli katkılarınız, ilginiz ve ayırdığınız zaman için teşekkür ederim.

Emine Özlem Yıldız
H.Ü. İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesi
Hemşirelik Müdürlüğü

3051112

Katılımcının Adı Soyadı:

Yaşı:

İmzası

Adresi:

Ebeveyn Adı Soyadı:

İmzası:

Telefon numarası:

Araştırmacının Adı Soyadı

Emine Özlem Yıldız

İmzası:

Değerli Katılımcı,

Bu çalışma ebeveyni (anne/baba) hasta olan adölesanların aile işlevselliği algısı ile durumluk-sürekli kaygı düzeyleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılmaktadır. Araştırmaya katılım sizin isteğinize bağlıdır.

Size bu araştırmada yukarıda açıklanan konulara ilişkin sorular yönelteceğiz. Sorular formlarda bulunan yönlendirmeler doğrultusunda sizin tarafınızdan cevaplandırılacaktır. Yanıtlarınız doğru–yanlış olarak değerlendirilmeyecektir. Bu bilgiler kimliğiniz belirtilmeden bilimsel nitelikte yayınlarda kullanılabilir. Kimliğiniz kesinlikle gizli kalacaktır. Sorulara vereceğiniz yanıtlar araştırma sonuçlarını doğrudan etkileyeceği için kendi düşüncelerinizi işaretlemenizi ve yanıtlanmamış soru bırakmamanızı rica ederiz.

Katkılarınızdan dolayı teşekkür ederim.

Yard.Doç.Dr. Filiz HİSAR

G.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi

Hemşirelik Bölümü Öğretim Üyesi

E. Özlem YILDIZ

G.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi

Hemşirelik Programı

Yükseklisans Öğrencisi

ADÖLESAN BİLGİ FORMU

1.Cinsiyetiniz?

- a) Kız
- b) Erkek

2.Kaç yaşındasınız?

3.Şu anda öğreniminize devam ediyor musunuz?(Soruya cevabınız hayır ise lütfen 5.soruya geçiniz)

- a) Evet
- b) Hayır

4.Şu anda devam etmekte olduğunuz okulu belirtiniz?(6.Soruya geçiniz lütfen)

- a) İlköğretim
- b) Lise

5.En son öğrenim durumunuzu belirtiniz?

- a) Okuryazar
- b) İlköğretim
- c) Lise

6.Ebeveyninizin (anne /baba) şu andaki hastalığı ailenizde herhangi bir sıkıntıya neden oldu mu?(Cevabınız hayır ise lştfen 8.soruya geçiniz.)

a) Evet

b) Hayır

7.Ebeveyninizin (anne/baba) şu andaki hastalığı nedeniyle ailenizin yaşadığı sıkıntıyı açıklayınız.

8.Ebeveyninizin (anne/baba) şu andaki hastalığı nedeniyle sizin yaşadığınız gşlşkler nelerdir?

a) Derslerime yeterince çalışamıyorum.

b) Kendime yeterince zaman ayıramıyorum.

c) Arkadaşlarımla vakit geçiremiyorum.

d) Diğer

9.Ebeveyninizin hastalığıyla ilgili ne dşşşnşyorsunuz?

EK-IV

AİLE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

AÇIKLAMA: İlişikte aileler hakkında 60 cümle bulunmaktadır. Lütfen her cümleyi dikkatlice okuduktan sonra, sizin ailenize ne derecede uyduğuna karar veriniz. **Önemli olan, sizin ailenizi nasıl gördüğünüzdür.** Karar verirken lütfen son iki ayı dikkate alarak uygun seçeneği belirleyiniz. Her cümle için 4 seçenek söz konusudur (Aynen Katılıyorum/Büyük Ölçüde Katılıyorum/Biraz Katılıyorum/Hiç Katılmıyorum).

Her cümlelerin yanında 4 seçenek için de ayrı yerler ayrılmıştır. Size uygun seçeneğe **(X) işareti** koyunuz. **Her cümle için uzun, uzun düşünmeyiniz.** Mümkün olduğu kadar **çabuk ve samimi cevaplar** veriniz. **Kararsızlığa düşerseniz, ilk aklınıza gelen doğrultusunda hareket ediniz.** Lütfen her cümleyi cevapladığınızdan emin olunuz.

Cümleler	Aynen Katılıyorum	Büyük Ölçüde Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Hiç Katılmıyorum
1. Ailece ev dışında program yapmada güçlük çekeriz, çünkü aramızda fikir birliği sağlayamayız.	()	()	()	()
2. Günlük hayatımızdaki sorunların (problemlerin) hemen hepsini aile içinde hallederiz.	()	()	()	()
3. Evde biri üzgün ise, diğer aile üyeleri bunun nedenlerini bilir.	()	()	()	()
4. Bizim evde, kişiler verilen her görevi düzenli bir şekilde yerine getirmezler.	()	()	()	()
5. Evde birinin başı derde girdiğinde, diğerleri de bunu kendilerine fazlasıyla dert ederler.	()	()	()	()

Cümleler	Aynen Katılıyorum	Büyük Ölçüde Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Hiç Katılmıyorum
6. Bir sıkıntı ve üzüntü ile karşılaştığımızda, birbirimize destek oluruz.	()	()	()	()
7. Ailemizde acil bir durum olsa, şaşırıp kalırız.	()	()	()	()
8. Bazen evde ihtiyacımız olan şeylerin bittiğinin farkına varmayız.	()	()	()	()
9. Birbirimize karşı olan sevgi, şefkat gibi duygularımızı açığa vurmaktan kaçınırız.	()	()	()	()
10. Gerektiğinde aile üyelerine görevlerini hatırlatır, kendilerine düşen işi yapmalarını sağlarız.	()	()	()	()
11. Evde dertlerimizi üzüntülerimizi birbirimize söylemeyiz.	()	()	()	()
12. Sorunlarımızın çözümünde genellikle ailece aldığımız kararları uygularız.	()	()	()	()
13. Bizim evdekiler, ancak onların hoşuna giden şeyler söylediğimizde bizi dinlerler.	()	()	()	()
14. Bizim evde bir kişinin söylediklerinden ne hissettiğini anlamak pek kolay değildir.	()	()	()	()
15. Ailemizde eşit bir görev dağılımı yoktur.	()	()	()	()
16. Ailemizin üyeleri, birbirlerine hoşgörülü davranırlar.	()	()	()	()
17. Evde herkes başına buyruktur.	()	()	()	()
18. Bizim evde herkes, söylemek istediklerini üstü kapalı değil de doğrudan birbirlerinin yüzüne söyler.	()	()	()	()
19. Ailede bazılarımız, duygularımızı belli etmeyiz.	()	()	()	()
20. Acil bir durumda ne yapacağımızı biliriz.	()	()	()	()
21. Ailecek, korkularımızı ve endişelerimizi birbirimizle tartışmaktan kaçınırız.	()	()	()	()
22. Sevgi, şefkat gibi olumlu duygularımızı birbirimize belli etmekte güçlük çekeriz.	()	()	()	()
23. Gelirimiz (ücret, maaş) ihtiyaçlarımızı karşılamaya yetmiyor.	()	()	()	()

Cümleler	Aynen Katılıyorum	Büyük Ölçüde Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Hiç Katılmıyorum
24. Ailemiz, bir problemi çözdükten sonra, bu çözümün işe yarayıp yaramadığını tartışır.	()	()	()	()
25. Bizim ailede herkes kendini düşünür.	()	()	()	()
26. Duygularımızı birbirimize açıkça söyleyebiliriz.	()	()	()	()
27. Evimizde banyo ve tuvalet bir türlü temiz durmaz	()	()	()	()
28. Aile içinde birbirimize sevgimizi göstermeyiz.	()	()	()	()
29. Evde herkes her istediğini birbirinin yüzüne söyleyebilir.	()	()	()	()
30. Ailemizde, her birimizin belirli görev ve sorumlulukları vardır.	()	()	()	()
31. Aile içinde genellikle birbirlerimizle pekiyi geçinmeliyiz.	()	()	()	()
32. Ailemizde sert – kötü davranışlar ancak belli durumlarda gösterilir.	()	()	()	()
33. Ancak hepimizi ilgilendiren bir durum olduğu zaman birbirimizin işine karışırız.	()	()	()	()
34. Aile içinde birbirimizle ilgilenmeye pek zaman bulamıyoruz.	()	()	()	()
35. Evde genellikle söylediklerimizle, söylemek istediklerimiz birbirinden farklıdır.	()	()	()	()
36. Aile içinde birbirimize hoşgörülü davranırız.	()	()	()	()
37. Evde birbirimize, ancak sonunda kişisel bir yarar sağlayacaksa ilgi gösteririz.	()	()	()	()
38. Ailemizde bir dert varsa, kendi içimizde hallederiz.	()	()	()	()
39. Ailemizde sevgi ve şefkat gibi güzel duygular ikinci plandadır.	()	()	()	()
40. Ev işlerinin kimler tarafından yapılacağını hep birlikte konuşarak kararlaştırırız.	()	()	()	()
41. Ailemizde herhangi bir şeye karar vermek her zaman sorun olur.	()	()	()	()

Cümleler	Aynen Katılıyorum	Büyük Ölçüde Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Hiç Katılmıyorum
42. Bizim evdekiler sadece bir çıkarları olduğu zaman birbirlerine ilgi gösterir.	()	()	()	()
43. Evde birbirimize karşı açık sözlüyüzdür.	()	()	()	()
44. Ailemizde hiçbir kural yoktur.	()	()	()	()
45. Evde birinden bir şey yapması istendiğinde mutlaka takip edilmesi ve kendisine hatırlatılması gerekir.	()	()	()	()
46. Aile içinde, herhangi bir sorunun (problemin) nasıl çözüleceği hakkında kolayca karar verebiliriz.	()	()	()	()
47. Evde kurallara uyulmadığı zaman ne olacağını bilmeyiz.	()	()	()	()
48. Bizim evde aklınıza gelen her şey olabilir.	()	()	()	()
49. Sevgi, şefkat gibi olumlu duygularımızı birbirimize ifade edebiliriz.	()	()	()	()
50. Ailede her türlü problemin üstesinden gelebiliriz.	()	()	()	()
51. Evde birbirimizle pekiyi geçinemeyiz.	()	()	()	()
52. Sinirlenince birbirimize küseriz.	()	()	()	()
53. Ailede bize verilen görevler pek hoşumuza gitmez. Çünkü genellikle umduğumuz görevler verilmez.	()	()	()	()
54. Kötü bir niyetle olmasa da evde birbirimizin hayatına çok karışıyoruz.	()	()	()	()
55. Ailemizde kişiler herhangi bir tehlike karşısında (yangın, kaza gibi) ne yapacaklarını bilirler. Çünkü böyle durumlarda ne yapılacağı aramızda konuşulmuş ve belirlenmiştir.	()	()	()	()
56. Aile içinde birbirimize güveniriz.	()	()	()	()
57. Ağlamak istediğimizde, birbirimizden çekinmeden rahatlıkla ağlayabiliriz.	()	()	()	()

Cümleler	Aynen Katılıyorum	Büyük Ölçüde Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Hiç Katılmıyorum
58. İşimize (okulumuza) yetişmekte güçlük çekiyoruz.	()	()	()	()
59. Aile içinde birisi, hoşlanmadığımız bir şey yaptığında ona bunu açıkça söyleriz.	()	()	()	()
60. Problemimizi çözmek için ailecek çeşitli yollar bulmaya çalışırız.	()	()	()	()

Ek-V

DURUMLUK – SÜREKLİ KAYGI ENVANTERİ

TEST 1

Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları birtakım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını karalamak suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarf etmeksizin anında nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyiniz.

SORULAR	HİÇ	BİRAZ	ÇOK	TAMAMIYLA
1.Şu anda sakınım.	()	()	()	()
2.Kendimi emniyette hissediyorum.	()	()	()	()
3.Şu anda sinirlerim gergin.	()	()	()	()
4.Pişmanlık duygusu içindeyim.	()	()	()	()
5.Şu anda huzur içindeyim.	()	()	()	()
6.Şu anda hiç keyfim yok.	()	()	()	()
7.Başıma geleceklerden endişe ediyorum.	()	()	()	()
8.Kendimi dinlenmiş hissediyorum.	()	()	()	()
9.Şu anda kaygılıyım.	()	()	()	()
10.Kendimi rahat hissediyorum.	()	()	()	()
11.Kendime güvenim var.	()	()	()	()
12.Şu anda asabım bozuk.	()	()	()	()
13.Çok sinirliyim.	()	()	()	()
14.Sinirlerim çok gergin.	()	()	()	()
15.Kendimi rahatlamış hissediyorum.	()	()	()	()
16.Şu anda halimden memnunum.	()	()	()	()
17.Şu anda endişeliyim.	()	()	()	()

SORULAR	HİÇ	BİRAZ	ÇOK	TAMAMIYLA
18.Heyecandan kendimi şışkına dönmüş hissediyorum.	()	()	()	()
19.Şu anda sevinçliyim.	()	()	()	()
20.Şu anda keyfim yerinde.	()	()	()	()

TEST II

Aşağıdaki kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları birtakım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da genel olarak hissettiğinizi, ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını karalamak suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarf etmeksizin anında nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyiniz.

SORULAR	HEMEN HİÇBİR ZAMAN	BAZEN	ÇOK ZAMAN	HEMEN HER ZAMAN
1. Genellikle keyfim yerindedir.	()	()	()	()
2. Genellikle çabuk yorulurum.	()	()	()	()
3. Genellikle kolay ağlarım.	()	()	()	()
4. Başkaları kadar mutlu olmak isterim.	()	()	()	()
5. Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırım.	()	()	()	()
6. Kendimi dinlenmiş hissederim.	()	()	()	()
7. Genellikle sakin, kendime hakim ve soğukkanlıyım.	()	()	()	()
8. Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissederim.	()	()	()	()
9. Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim.	()	()	()	()
10. Genellikle mutluyum.	()	()	()	()
11. Her şeyi ciddiye alır ve etkilenirim.	()	()	()	()
12. Genellikle kendime güvenim yoktur.	()	()	()	()
13. Genellikle kendimi güvende hissederim.	()	()	()	()
14. Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım.	()	()	()	()

SORULAR	HEMEN HİÇBİR ZAMAN	BAZEN	ÇOK ZAMAN	HEMEN HER ZAMAN
15. Genellikle kendimi hüzünlü hissederim.	()	()	()	()
16. Genellikle hayatımdan memnunum.	()	()	()	()
17. Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder.	()	()	()	()
18. Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam.	()	()	()	()
19. Akli başında ve kararlı bir insanım.	()	()	()	()
20. Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin eder.	()	()	()	()

EK: VI



**HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
HASTANELERİ**

▣ Erişkin Hastanesi
▣ İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesi
▣ Onkoloji Hastanesi

Sayı : B.30. 2. HAC.0. H3.00.00 1733

03.11.2009

**Hacettepe Üniversitesi
Hastaneler Genel Direktörlüğü'ne,**

İlgi : 30.10.2009 tarih ve B.30.2.HAC.0.70.10.01/06-D-1900 sayılı yazınız.

Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'nün Hemşirelik Programı Yüksek Lisans öğrencisi E.Özlem YILDIZ'ın "Kanserli Ebeveyne Sahip Çocukların Aile İşlevselliği Algısının Durumluk – Sürekli Kaygı Düzeylerine Etkisi" konulu çalışmayı hastanemizde yapması uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini saygılarımla arz ederim.


Prof. Dr. Şuayib YALÇIN
Onkoloji Hastanesi Başhekimi

EK/sç

Hacettepe Üniversitesi Merkez Kampusu Sıhhiye 06100 ANKARA
Tel: (312) 305 3215 - 3216 • Faks: (312) 309 2912

28 Ekim 2009

Sayın Prof. Dr. Sevil Gürkan
Rektör Yardımcısı
Hacettepe Üniversitesi

Komisyonumuz 28 Ekim 2009 tarihinde yapmış olduğu toplantıda aşağıda belirtilen çalışmayı incelemiş olup, Üniversitemizde uygulanmasının etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir.

410-2416 27.10.09 E. Özlem Yıldız

Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enst.
Hemşirelik Programı

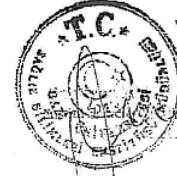
Anket uygulanmadan önce, anket yönergesi ve katılımın gönüllülük esasında olduğunun belirtilen ibarenin eklenmesinde yarar olacağı düşünülmüştür.

Gereğini bilgilerinize saygılarımla arz ederim.

Prof. Dr. Sevdâ Şenel
Başkan

H.Ü. Senatosu Etik Komisyonu

Prof.Dr.Sevda Şenel
Prof.Dr.Turan Özbey
Prof.Dr.Perihan Arslan
Prof.Dr.Hakan Sedat Ozer
Prof.Dr.Caner Açıkada
Prof.Dr.İhsan Dağ
Prof.Dr.Berrin Akman
Prof.Dr.Yücel Tıraş
Prof.Dr.Dilek Şengün
Doç.Dr.Refa Emrali
Doç.Dr.Leyla Dinç
Doç.Dr.Nüket Örnek Büken



T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : B.10.4.ISM.4.06.00.09-773.99
Konu : Araştırma İzni

.../.../2009

03.12.2009*145692

VALİLİK MAKAMINA

Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Bölümü Yüksek Lisans Öğrencisi E. Özlem YILDIZ "Kanserli Ebeveyne Sahip Çocukların Aile İşlevselliği Algısının Durumluk-Sürekli Kaygı Düzeylerine Etkisi" konulu bir araştırma yapmak istemektedir.

Söz konusu araştırmanın, sonucunun Müdürlüğümüze bildirilmesi şartıyla Dr. Abdurrahman Yurtarslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yapılabilmesi hususunu;

Tensiplerinize arz ederim.

Uzm. Dr. Mustafa AKSOY
Sağlık Müdürü

OLUR
03.12/2009

Dr. Celal DİNÇER
Vali a.
Vali Yardımcısı



Eğitim Şube Müdürlüğü
Bağdat Cad. No : 16 Macunköy-Yenimahalle-Ankara
Tel : 0 312 385 97 00 / 11 21 - 11 23 - 11 24 - 1396 - 1400

Ayrıntılı bilgi için iribab : R. DOĞAN Dah. Tel 13 96

Faks : 0 312 385 97 00 / 13 97

TEŞEKKÜR

Tez çalışmam süresince desteklerini esirgemeyen danışmanım değerli Hocam Sayın Yrd. Doç. Dr. Filiz Hisar'a, tez konusunun belirlenmesinde yardımcı olan değerli Hocam Öğr. Gör. Dr. Satı Ünal'a,

Hayatımın her döneminde destek ve sevgisini esirgemeyen canım aileme,

Araştırmaya katılan tüm katılımcılara,

En içten duygularımla teşekkür ederim.

E. Özlem YILDIZ

ÖZGEÇMİŞ

Adı: E. Özlem

Soyadı: Yıldız

Doğum yeri: Rize

Tarihi: 1978

Eğitim: Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu (2000)

Burdur Cumhuriyet Lisesi (1995)

Burdur Hüseyin Özboyacı İlkokulu (1989)

Üye Olduğu Bilimsel Kuruluşlar: Türk Hemşireler Derneği

MESLEKİ DENEYİMİ

2007-halen Hacettepe Üniversitesi İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesi

Supervisor

2001-2007 Hacettepe Üniversitesi İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesi

Dahiliye Servisi