

**T.C.  
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**KANSERLİ 15-19 YAŞ GRUBU ADÖLESANLARIN  
UMUTSUZLUK, DEPRESYON VE ANKSİYETE  
DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ**

**Ayşe YILMAZ**

**Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Programı**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**ANKARA**

**2014**

**T.C.  
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**KANSERLİ 15-19 YAŞ GRUBU ADÖLESANLARIN  
UMUTSUZLUK, DEPRESYON VE ANKSİYETE  
DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ**

**Ayşe YILMAZ**

**Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Programı**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI  
Prof. Dr. Hicran ÇAVUŞOĞLU**

**ANKARA**

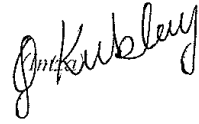
**2014**

Anabilim Dalı :Çocuk Sağlığı Hastalıkları Hemşireliği  
 Program :Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Programı  
 Tez Başlığı :Kanserli 15 - 19 Yaş Grubu Adölesanların Umutsuzluk,  
 Depresyon ve Anksiyete Düzeylerinin İncelenmesi

Öğrenci Adı-Soyadı :Ayşe Yılmaz  
 Savunma Sınavı Tarihi :21.01.2014

Bu çalışma jürimiz tarafından yüksek lisans/doktora tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı: Prof.Dr. Gülümser Kublay  
 Hacettepe Üniversitesi



Tez danışmanı: Prof.Dr. Hicran Çavuşoğlu  
 Hacettepe Üniversitesi

(İmza)

Üye: Prof. Dr. Fatma Öz  
 Hacettepe Üniversitesi

(İmza)

Üye: Prof.Dr. Oya Nuran Emiroğlu  
 Hacettepe Üniversitesi

(İmza)

Üye: Yard. Doç. Dr. Dilek Yıldız  
 Gülhane Askeri Tıp Akademisi

(İmza)

ONAY

Bu tez Hacettepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun görülmüş ve Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu kararıyla kabul edilmiştir.



(İmza)

Prof.Dr. Ersin FADILLIOĞLU  
 Müdür

## TEŞEKKÜR

Tez çalışması süresince yol göstericiliği ile yanımda olan danışmanım, değerli hocam Prof. Dr. Hicran Çavuşoğlu'na desteği ve katkıları için,

Ankara Üniversitesi Tıp Fakóltesi Cebeci Hastanesi, Ankara Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hematoloji Onkoloji Eğitim Araştırma Hastanesi, Gazi Üniversitesi Tıp Fakóltesi Hastanesi ile ilgili Rektörlük, Dekanlık ve Müdürlüklere araştırmanın uygulanmasına izin verdikleri ve burada çalışan tüm sağlık personeline çalışmamın uygulanmasında sağladıkları destekleri için,

Sayın Cem Şener'e araştırmanın istatistiksel analizinin yapılmasında danışmanlık hizmeti vererek araştırmaya katkıda bulunduğu için,

Canım annem ve kardeşime bugüne kadar olan hayatımda hep yanımda oldukları, tarifsiz bir sevgi ile bana destek oldukları için,

Başta Sevil Çınar olmak üzere, Cansu Akdađ, Emine Soytürk, Gizem Açıkgöz, Gizem Uzun ve Burçin Demir'e bana gösterdikleri sabır, anlayış ve sevgiyi eksik etmedikleri için içtenlikle teşekkür ederim. Sizleri çok seviyorum...

## ÖZET

**Yılmaz, A., Kanserli 15-19 yaş grubu adölesanların umutsuzluk, depresyon ve anksiyete düzeylerinin incelenmesi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Programı Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2014.** Araştırma, solid tümör tanısı alan 15-19 yaş grubundaki adölesanların ilk tanı alıp, tedaviye başlamadan önce ve tedavi başladıktan altı ay sonra umutsuzluk, depresyon ve anksiyete düzeylerinin bireysel özellikler, hastalığın ve tedavinin etkilerine göre farklılık gösterip göstermediğini incelemek amacıyla tanımlayıcı ve karşılaştırmalı olarak yapılmıştır. Araştırma örneklemini iki üniversite hastanesi ve Sağlık Bakanlığı'na bağlı bir eğitim ve araştırma hastanesinin çocuk onkoloji servisi ve polikliniklerinde izlenen 15-19 yaş grubundaki toplam 41 solid tümörlü adölesan oluşturmuştur. Veri toplama aracı olarak araştırmacı tarafından hazırlanan sosyodemografik veri formu ve hastalığın adölesan üzerindeki etkilerine ilişkin veri formu, adölesanların umutsuzluk, depresyon ve anksiyete düzeylerini incelemek amacıyla Beck Umutsuzluk, Depresyon Ölçeği ve Anksiyete Envanteri kullanılmıştır. Veri formları, umutsuzluk, depresyon ve anksiyete düzeylerini etkileyebileceği düşünülen tanıtıcı özellikler ile hastalığın adölesanların arkadaş, aile ve okul ilişkilerine, günlük yaşam üzerine etkilerine yönelik soruları içermektedir. Verilerin değerlendirilmesinde, Kolmogorov-Smirnov normallik testi, iki eş arasındaki farkın önemlilik testi, iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi, tek yönlü varyans analizi ve Pearson korelasyon testi kullanılmıştır. Araştırma sonuçlarına göre kanserli adölesanların altıncı aydaki umutsuzluk, depresyon ve anksiyete düzeylerinin ilk tanı anına göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bulunan bu farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu görülmüştür ( $p<0.05$ ). Temel olarak tanı sonrası süreçte tedaviye bağlı semptomlar ve beden imajında bozulma, okula devam edememe, arkadaş ilişkilerinde ve sosyal aktivitelerde azalma, ebeveynlere bağımlılığın artması ve bağımsızlık kaybı yaşayan adölesanların altıncı aydaki umutsuzluk, depresyon ve anksiyete düzeylerinin ilk tanı anına göre daha yüksek olduğu ve bu artışın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda, kanserli adölesanların tedavi sürecinde artan umutsuzluk, depresyon ve anksiyete düzeyinin azaltılması için, bu adölesanların hemşireler tarafından psikososyal yönden değerlendirilmesi, belirlenen sorunlara yönelik aile, okul ve arkadaş iş birliği içerisinde psikososyal destek sağlanması ve bağımsızlıklarının desteklenmesi önerilmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Kanser, adölesan, umutsuzluk, depresyon, anksiyete, hemşirelik

## ABSTRACT

**Yılmaz, A., Evaluation of hopelessness, depression and anxiety levels of 15-19 age adolescents, Hacettepe University Health Sciences Institute, Child Health and Diseases Program Master Thesis Ankara, 2014.** This study was aimed to evaluate hopelessness, depression and anxiety levels of 15-19 age adolescents on the first diagnosis time that before starting treatment and six months later for whom a solid tumor diagnosed. The samples were comprised of 41 solid tumor diagnosed child patient from child oncology clinics of two university hospitals and one hospital attached to the Ministry of Health. As a data collection tool, socio demographic data form that is prepared by researcher, data form for impact of disease on adolescent patient, for assessment of levels of depression and anxiety Beck Hopelessness, Depression Scale and Anxiety Inventory were used. The data forms includes questions related to introductory properties about hopelessness, depression, anxiety levels and questions regarding the impacts of disease on patients' friend, family and school relationships. During the evaluation of data, Kolmogorov-Smirnov Normalizing Test, Importance Test of Two Pairs, Importance Test of Two Means, one-way ANOVA and Pearson Correlation Tests were applied. According to the results of the evaluation the hopelessness, depression and anxiety levels is rather higher on the sixth month after the first day of diagnosis compared to the first day. This difference is a meaningful difference statistically ( $p < 0.05$ ). Moreover it is detected that due to the treatment related symptoms, distortion in the body image, absence in school, low level of relationships with friends and social activities, dependency to the parents and loss of independency is rather higher on the sixth month after the first day of diagnosis compared to the first day and it is also detected that this rise of levels is a meaningful difference ( $p < 0.05$ ). According to the findings of the evaluation, it is suggested that during the cancer adolescent treatment the for lowering rising the hopelessness, depression and anxiety levels, this adolescents must be treated from psychosocial side by nurses in collaboration with the family, friends and school, and supported in terms of dependency.

**Keywords:** Cancer, adolescents, hopelessness, depression, anxiety, nursing

## İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	x
ŞEKİLLER	xi
GRAFİKLER	xi
TABLOLAR	xii
1. GİRİŞ	1
1.1. Problem Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	6
2. GENEL BİLGİLER	7
2.1. Adölesan Döneminde Dünya ve Türkiye’de Kanser İnsidansı	7
2.1.1. Çocukluk Çağı Kanserlerin Etiyolojisi	8
2.1.2. Çocukluk Çağı Kanserlerinin Tedavisi	8
2.2. Adölesan Dönemin Özellikleri	11
2.2.1. Erken Adölesan Dönemi	11
2.2.2. Orta Adölesan Dönemi	12
2.2.3. Geç Adölesan Dönemi	13
2.3. Kanser Tanı ve Tedavisinin Adölesan Üzerindeki Etkileri	15
2.4. Umutsuzlukla İlgili Genel Bilgiler	18
2.4.1. Umutsuzluğun Tanımı	18
2.4.2. Umutsuzluğa Neden Olan Faktörler	19
2.4.3. Umutsuzluğun Belirtileri	20
2.5. Depresyonla İlgili Genel Bilgiler	21
2.5.1. Depresyonun Tanımı	21
2.5.2. Depresyona Neden Olan Faktörler	23
2.5.3. Depresyonun Belirtileri	24
2.6. Anksiyete İle İlgili Genel Bilgiler	25
2.6.1. Anksiyetenin Tanımı	25

2.6.2. Anksiyete Neden Olan Faktörler	26
2.6.3. Anksiyetenin Belirtileri	27
2.7. Kanserli Adölesanlarda Umutsuzluk, Depresyon ve Anksiyete	29
2.8. Kanserli Adölesanların Bakımında Hemşirenin Rolü	31
3. GEREÇ VE YÖNTEM	34
3.1. Araştırmanın Şekli	34
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	34
3.3. Araştırmanın Evren ve Örnekleme	36
3.5. Veri Toplama Araçları	38
3.5.1. Sosyo-demografik ve Hastalığın Adölesan Üzerindeki Etkilerine İlişkin Veri Formu	38
3.5.2. Beck Umutsuzluk Ölçeği	38
3.5.3. Beck Depresyon Ölçeği	39
3.5.4. Beck Anksiyete Envanteri	40
3.6. Araştırmanın Uygulanması	42
3.6.1. Ön Uygulama	42
3.6.2. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması	42
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi	43
3.8. Araştırmanın Etik Boyutu	45
4. BULGULAR	46
4.1. Kanserli Adölesanların ve Ebeveynlerinin Tanıtıcı Özellikleri	47
4.2. Kanserli Adölesanların Beck Umutsuzluk, Depresyon Ölçeği ve Anksiyete Envanteri Puan Ortalaması	52
4.3. Beck Umutsuzluk, Depresyon Ölçeği ve Anksiyete Envanteri Arasındaki İlişki	62
5. TARTIŞMA	63
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	74
6.1.1. Çalışma Grubunun Özellikleri	74
6.1.2. Kanserli Adölesanların İlk Tanı ve Altıncı Aydaki Umutsuzluk, Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri ile İlgili Sonuçlar	75
6.2. ÖNERİLER	77
KAYNAKLAR	80



**EKLER**

- Ek. 1. ‘15-19 Yaş Grubu Adölesanların Umutsuzluk, Depresyon Ve Anksiyete Düzeylerinin İncelenmesi’ Başlıklı Araştırma İçin ocuk Rıza Formu
- Ek. 2. ‘Kanserli 15-19 Yaş Grubu Adölesanların Umutsuzluk, Depresyon Ve Anksiyete Düzeylerinin İncelenmesi’ Başlıklı Araştırma İçin Aydınlatılmış Veli Rıza Formu
- Ek 3. Sosyodemografik Verileri İçeren Veri Formu
- Ek 4. Hastalığın Adölesan Üzerindeki Etkilerine İlişkin Veri Formu
- Ek 5. Beck Umutsuzluk Ölçeği
- Ek 6. Beck Depresyon Ölçeği
- Ek.7. Beck Anksiyete Envanteri
- Ek 8. Etik Kurul Araştırma Projesi Değerlendirme Raporu
- Ek 9. T.C. Ankara Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü İzin Yazısı
- Ek 10. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı İzin Yazısı
- Ek 11. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı İzin Yazısı
- Ek 12. Gazi Üniversitesi Hastanesi Başhekimliği İzin Yazısı

## SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

- BUÖ : Beck Umutsuzluk Ölçeği  
BDÖ : Beck Depresyon Ölçeği  
BAE : Beck Anksiyete Envateri  
DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü  
NANDA : North American Nursing Diagnosis Association (Kuzey Amerikan Hemşirelik Tanıları Birliği)  
SEER : Surveillance, Epidemiology, and End Results ( Amerika Kanser Enstitüsü Sürveyans, Epidemiyoloji ve Sonuç Sistemi)

## ŞEKİLLER

Şekil 3.1. Çalışmanın Akış Şeması	41
-----------------------------------	----

## GRAFİKLER

Grafik 4.2.1. Kanserli Adölesanların Beck Umutsuzluk, Depresyon Ölçeği ve Anksiyete Envanteri Puan Ortalamalarının Dağılımı	53
---	----

## TABLOLAR

Tablo 3.1.	Araştırma Örneklemindeki Solid Tümörlü Adölesanların Hastanelere Göre Dağılımı	36
Tablo 3.2.	Araştırma Örnekleminin Normal Dağılım Gösterdiğine İlişkin Test Sonuçları	44
Tablo 3.3.	Beck Umutsuzluk, Depresyon Ölçeklerinin ve Anksiyete Envanterinin Çalışmada Elde Edilen Cronbach Alfa Değerleri	44
Tablo 4.1.1.	Kanserli Adölesanların ve Ebeveynlerinin Tanıtıcı Özellikleri	47
Tablo 4.1.2.	Adölesanlara Konulan Tanıların Dağılımı	49
Tablo 4.1.3.	Kanserli Adölesanların Altıncı Ayında Anne ve Baba İlişkiyle İlgili Görüşleri	50
Tablo 4.1.4.	Hastalığın Adölesanlar Üzerindeki Etkisi	51
Tablo 4.2.1.	Kanserli Adölesanların Beck Umutsuzluk, Depresyon Ölçeği ve Anksiyete Envanteri Puan Ortalamalarının Dağılımı	52
Tablo 4.2.2.	Kanserli Adölesanların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Beck Umutsuzluk, Depresyon Ölçeği ve Anksiyete Envanteri Puan Ortalamalarının Dağılımı	54
Tablo 4.2.3.	Hastalığın Adölesanlar Üzerindeki Etkisine Göre Beck Umutsuzluk, Depresyon Ölçeği ve Anksiyete Envanteri Puan Ortalamalarının Dağılımı	58
Tablo 4.3.	Beck Umutsuzluk, Depresyon Ölçeği ve Anksiyete Envanteri Arasındaki İlişki	62

## 1. GİRİŞ

### 1.1. Problem Tanımı ve Önemi

Kanser, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde sık görülen, her yaştaki bireyin sağlığını tehdit eden hastalıklardan biridir (1,2). Dünya Sağlık Raporuna göre; 2010 yılında 16 milyon yeni kanser vakası tespit edilmiştir ve 2030 yılında 26.4 milyon yeni kanser vakasının ve 17.0 milyon kanser kaynaklı ölümün görülmesi beklenmektedir (3). Amerika Birleşik Devletleri'nde kanser insidansının 2004-2008 yılları arasında yüz binde 464.4 olduğu, 2013 yılında yaklaşık 16.7 milyon yeni kanser vakasının olacağı belirtilmektedir (4). Türkiye'de Sağlık Bakanlığının 2010 kanser istatistikleri raporunda 2002 yılında kanser insidansı yüzbinde 133.59 iken, 2008 yılında yüz binde 222.65 olarak saptanmıştır. 2020 yılında ise bu sayının yüzde yirmi artış göstermesi beklenmektedir (5).

Kanser insidansı, erişkin dönemde olduğu kadar çocukluk döneminde de yaygın görülmektedir. Çocuklarda ölüm nedenlerine bakıldığında; Amerika Birleşik Devletleri ve birçok gelişmiş ülkede kanser çocuklarda en yaygın ikinci ölüm nedenidir (4). Benzer şekilde ülkemizde de 5 yaş üstü ölüm nedenleri içinde yüzde 16.4 oranı ile kanser ikinci sırada yer almaktadır (6).

Günümüzde çocuklarda kanser görülme sıklığı giderek artmaktadır (1,4,5). Dünya da her yıl 15 yaş altındaki bir milyon çocuğa 110-150 civarında yeni kanser tanısı konmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri'nde her yıl yaklaşık 7600 çocuk kanser tanısı almaktadır (3,4) Amerika Birleşik Devletleri SEER (Surveillance, Epidemiology, and End Results) 1975-2010 çocukluk dönemi kanser kayıtlarında ilk sırada %24.6 oranıyla lösemi, ikinci sırada %14.7 ile lenfomalar, üçüncü sırada %13.1 ile santral sinir sistemi tümörleri görülmektedir (7). Ülkemizde ise her yıl 2500-3000 civarında çocukluk çağı kanseri beklenmektedir (2). Türk Pediatrik Onkoloji Grubu (TPOG) ve Türk Pediatrik Hematoloji Derneği (TPHD)'nin 2002-2008 yılı Pediatrik Kanser kayıtlarına göre 11211 vaka kaydı yapılmış olup, bu vakalar içerisinde lösemi %32.4 oranıyla çocukluk dönemi kanserleri içerisinde birinci sırada, lenfomalar %16.8 ile ikinci sırada, santral sinir sistemi tümörleri % 13.2 ile üçüncü sırada yer almaktadır (8).

Çocukluk çağı kanserlerinde yaşam hızları 1970'lerden itibaren önemli düzeyde iyileşmeye başlamış ve %80'lere ulaşmıştır. Bunun nedeni, günümüz teknolojisinin gelişmesiyle tanı ve tedavide kullanılan yöntemlerin çeşitliliği olarak gösterilmektedir (1). Kanser tedavisindeki başarının ve sağ kalım oranlarının artmış olmasıyla beraber kanser kronik bir hastalık olarak görülmektedir (1,4). Kanserli çocuklarda beklenen yaşam süresinin artmasıyla çocuğun yaşam kalitesi, bakımı ve psikososyal sorunları önem kazanmıştır (4,9).

Kanserli çocuk ve adölesanların, uzun süren tedavi ve izlem süreci nedeniyle bilişsel ve psikososyal yönden güçlükler yaşadıkları görülmüştür (9-11). Kanser gibi uzun süreli izlemi gerektiren kronik hastalığa sahip olan adölesanların ileriki yaşamlarında sosyal etkileşimin yetersiz olduğu, düşük yaşam kalitesine sahip oldukları ve düşük benlik saygısı ve olumsuz benlik kavramına sahip oldukları görülmüştür (12-16).

Kanserli çocuklarda psikososyal sorunlar diğer yaş dönemlerine göre adölesan dönemde daha fazla görülmektedir. Bu durum, adölesanların çeşitli fizyolojik, sosyal, entelektüel ve psikolojik değişikliklere uyum gereksiniminin bu dönemde artması ile ilişkilidir (13,17). Adölesan dönemi kimlik geliştirme, fiziksel değişikliklere uyum, geleceğe ilişkin planlar yapma ve bağımsızlığın kazanıldığı gelişimsel bir kriz dönemidir (1,9). Bu dönemde adölesanın kanser gibi kronik bir hastalığa sahip olması, bu gelişimsel krizin daha yoğun yaşanmasına ve hastalığa uyum güçlüklerini de beraberinde getirmektedir (13,18).

Kanser ve tedavisi adölesanı; bağımsızlığını kaybetme, akranları ile etkili iletişim kuramama, fiziksel ve cinsel gelişimin etkilenmesi, gelecekle ilgili planların değişmesi gibi sorunlara maruz bırakmaktadır. Adölesan döneminin başlı başına gelişimsel bir kriz dönemi olması ve kanser gibi kronik bir hastalığın bu döneme eşlik etmesi birçok psikolojik problemlerin kaynağını oluşturmaktadır (12,19). Yapılan çalışmalarda, kanserli adölesanların hastalık ve tedavi nedeniyle akademik hayatlarına ara verdikleri, akademik başarılarının düşük olduğu, yaşlılarıyla sosyal iletişimde ve karşı cinsle olan ilişkilerinde güçlük yaşadıkları belirlenmiştir (11,12). Ayrıca yapılan bir çok çalışmada da kanserli adölesanların toplumsal geri çekilme yaşadıkları, akran aktivitelerinden uzaklaştıkları görülmüştür (10,13,20,21).

Görüldüğü gibi, kanser ve tedavisinin getirdiği birçok etmen, adölesanın biyopsikososyal gelişimini olumsuz etkilemekte, bu da adölesanların karşılaştıkları stresörlerle etkili baş etmelerini engellemekte ve psikolojik sorunlar yönünden risk altında olmalarına neden olmaktadır (15,22). Bir çok yapılan çalışmada, kanserli adölesanların kendilerini diğerlerinden farklı hissettikleri için psikososyal sorunlar yaşadıkları, yalnızlık, umutsuzluk duygularının yaşandığı görülmüş olup bunun da depresyona neden olduğu belirtilmiştir (15,20,23). Umutsuzluğun adölesanın fiziksel durumunu etkilediği ve depresyon düzeyini artırdığı görülmüştür (24,25). Umutsuzluk, kanser gibi yaşamı tehdit eden bir hastalık deneyimi yaşayan adölesanın, zorlu yaşam koşullarına karşı uyum sağlamasını engelleyen bir faktör olarak görülmektedir. Pediatrik onkoloji alanında yapılan birçok çalışmada umutsuzluk; umudun tam tersi etki yaratarak, kanserli adölesanın tedaviye uyumunu ve buna bağlı olarak biyolojik durumunu olumsuz etkilediği görülmüştür (25). Ayrıca kanser ve tedaviye bağlı fizyolojik durumda ve beden imajında bozulma, tedavinin uzun sürmesi, günlük yaşam aktivitelerinde kısıtlanma gibi durumlar da umutsuzluğa neden olabilmektedir (14). Kashani ve arkadaşları, umutsuzluğu; geleceğe karşı olumsuz bakış olarak görmekte ve umutsuzluğun stabil bir durum olmayıp, daha çok fiziksel müdahaleler yada hastalıklar sonucunda yükselişe geçen dinamik psikolojik bir süreç olarak tanımlamaktadır (17). Adölesan dönemdeki 14-19 yaş grubu liseli çocuklarda yapılan bir araştırmada, sağlık durumundan hoşnut olmayan çocukların Beck umutsuzluk ölçeğinden aldıkları puanların daha yüksek olduğu görülmüştür (26).

Umutsuzluk gibi geleceğe yönelik negatif bakış açısına sahip olan kanserli adölesanlar, tanı ve tedavinin getirmiş olduğu diğer psikososyal sorunlar açısından incelendiğinde depresyon ve anksiyete ilk sıralarda görülmektedir (10,14,20). Kanser tanısı alarak tedavi amacıyla hastaneye yatan adölesanların %17-30 unda depresyon ve anksiyete semptomlarının olduğu görülmüştür (15). Özellikle tanı aldıktan sonraki ilk bir yıl içerisinde kanserli adölesanlarda okul devamsızlığı yüksek olup; adölesanların aktivitelerinden, arkadaş ve öğretmenlerinden ayrı kalmasına neden olmaktadır. Bu da adölesanlarda depresyon ve anksiyete görülmesine yol açmaktadır (11,12).

Adölesanın kimlik bulma arayışının olduğu bu dönemde, gelişim dönemi özellikleriyle beraber kronik rahatsızlıklar da anksiyete düzeyinin artmasına neden olmaktadır (22). Son yıllarda yapılan çalışmalarda kanserli adölesanlarda tanı ve prognozdeki belirsizlikler, tedavi yöntemlerinin çeşitliliği ve karmaşıklığı nedeniyle anksiyete, depresyon ve sosyal fonksiyon bozukluğu gibi sorunlar görüldüğü bulunmuştur (22,23). Başka bir ifadeyle kanser hastalığı ve tedavisi, adölesan tarafından bir tehdit olarak algılanmakta ve iç psikolojik dengenin bozulmasına yol açmaktadır. Yoğun yaşanan anksiyete nedeniyle kanserli adölesan savunma düzeneklerini etkili şekilde kullanamamakta ve bu içsel kaygının giderek kontrol edilemez düzeye gelmesine neden olmaktadır (20). Kanserli adölesanlarla yapılan çalışmalarda, kontrol altına alınamayan anksiyetenin depresyona neden olduğu görülmektedir (9,10,14).

Depresyon, her yaş grubunda görülebileceği gibi adölesan dönemde yaşanan çatışmalar, kaygılar nedeniyle görülme oranı daha yüksektir (22,23) Türkiye’de yapılan bir çalışmada 10-20 yaş arasında depresyon görülme oranı %12.5 olarak saptanmıştır (27). Yurt dışında yapılan birçok çalışmada da adölesan dönemde depresyon düzeyinin yüksek olduğu görülmüştür (18,22). Roberts (28) tarafından Beck depresyon ölçeği kullanılarak yapılan bir çalışmada, adölesanlarda %22- %33 oranında depresyon olduğu rapor edilmiştir. Sağlıklı adölesanlar üzerinde yapılan bu çalışmada, bu dönemde yaşanan fiziksel ve sosyal değişiklikler ile birlikte, duygusal, davranışsal, akademik ve toplumsal alanlardaki pek çok çatışma nedeniyle depresyon düzeyinin yüksek olması, kanser gibi yaşamı tehdit eden kronik bir hastalığın varlığının depresyon riskini daha fazla arttırabileceğini düşündürmektedir (22,28). Kanserli adölesanlar ile sağlıklı grup arasındaki depresyon düzeyinin karşılaştırıldığı araştırmalarda, kanserli çocukların depresyon düzeyinin daha yüksek olduğu görülmüştür (9,10,13,14). Bunun nedenleri arasında; geleceğe karşı umutsuz bakma, gelecekteki planların değişmesi, akran ilişkilerinin bozulması, sosyal etkileşimde azalma ve çaresizlik yer almaktadır. Bunun sonucu olarak kanserli adölesanlarda etkili baş etme becerilerinin yetersiz olduğu, toplumsal geri çekilme yaşandığı görülmüştür. Mulhern ve arkadaşlarının (29) 8-17 yaş grubundaki kanserli çocuklarla yaptıkları çalışmada, çocukların kendilerini akranlarından farklı ve yetersiz



hissetmeleri nedeniyle %10'nun depresyon düzeylerinin yüksek olduğu ve tedaviye uyum güçlüğü yaşadıkları görülmüştür.

Kanserli dölesanların tanı anında ve tedavi sürecindeki umutsuzluk, depresyon ve anksiyete düzeylerini değerlendiren literatür çalışmaları incelendiğinde, yeni kanser tanısı alan adölesanların umutsuzluk, depresyon ve anksiyete düzeylerinin sağlam akranlarından farklı olmadığı görülmektedir (30,31). Ayrıca tanı sonrası tedavi aşamasında olan adölesanların umutsuzluk, depresyon ve anksiyete düzeylerinin yeni tanı alan adölesanlara göre daha yüksek olduğunu bildiren çalışmalar da bulunmaktadır (32,33). Belirtilen araştırmaların çoğunda, kanserli adölesanların tedavi aşamasında umutsuzluk, depresyon ve anksiyete düzeylerinin yüksek olmasına neden olan risk faktörleri benzerdir (15,16,25). Buna göre; kemoterapinin neden olduğu semptomlar ve beden imajındaki değişiklikler, düşük benlik saygısı, okula ara verme, arkadaş ilişkilerinin kesintiye uğraması, otonomi kaybı başlıca risk faktörlerini oluşturmaktadır. Bu gibi olumsuz deneyimler adölesanın umutsuzluk, depresyon ve anksiyete düzeyinin yüksek olmasına neden olmakta ve bu da tedaviye uyumu ve baş etmeyi olumsuz etkilemektedir (18,32-34). Bu açıdan, tanı sonrası süreçte adölesanların artan umutsuzluk, depresyon ve anksiyete düzeylerinin azaltılması, tanı ve tedavi süreci arasındaki bu farkın ortadan kaldırması için psikososyal desteğin sunulması çok önemlidir.

Bu nedenledir ki; hastalık ve tedavinin getirmiş olduğu sorunlarla mücadele eden kanserli adölesanların umutsuzluk, depresyon ve anksiyete düzeylerinin farkına varılması ve umutsuzluk, depresyon, anksiyete düzeylerinin artmasına neden olan risk faktörlerinin belirlenmesi ve önlenmesi için pediatrik onkoloji alanında çalışan hemşirelerin; bu doğrultuda verilecek psikososyal desteğin bakımına yansıtması ve adölesana bütüncül yaklaşımı önem taşımaktadır.

## 1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmada, kanser tanısı almış 15- 19 yaş grubundaki adölesanların ilk tanı alıp, tedaviye başlamadan önce ve tanıdan altı ay sonra umutsuzluk, depresyon ve anksiyete düzeylerinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Bu doğrultuda araştırmada incelenen sorular şunlardır:

Bu çalışma ile;

1. Kanserli 15-19 yaş grubu adölesanların umutsuzluk, depresyon ve anksiyete düzeyleri ilk tanı alıp, tedaviye başlamadan önce ve tedavi başladıktan altı ay sonra farklılık gösteriyor mu?
2. Kanserli 15- 19 yaş grubu adölesanların umutsuzluk, depresyon ve anksiyete düzeyleri bireyin tanıtıcı özelliklerine göre ilk tanı alıp, tedaviye başlamadan önce ve tedavi başladıktan altı ay sonra farklılık gösteriyor mu?
3. Kanserli 15-19 yaş grubu adölesanların umutsuzluk, depresyon ve anksiyete düzeyleri hastalığın akran ilişkilerine, aile ilişkilerine ve günlük yaşam üzerine etkisine göre ilk tanı alıp, tedaviye başlamadan önce ve tedavi başladıktan altı ay sonra farklılık gösteriyor mu?

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Adölesan Döneminde Dünya ve Türkiye’de Kanser İnsidansı

Kanser, tüm dünyada her yaş grubunu etkileyen ve adölesan dönemde de yaygın görülen, beraberinde birçok sorunun yaşandığı yaşamı tehdit eden bir hastalıktır (1).

15-19 yaş grubu çocuklarda kanser görülme sıklığı diğer yaş grubu çocuklarına göre daha fazladır. Çocukluk çağı kanserleri tüm kanserlerin yaklaşık %0.5-1’ini oluştururken, adölesan dönemi kanserleri yaklaşık %1-2’sini oluşturur (35). Amerika Kanser Enstitüsü’nün SEER (Surveillance, Epidemiology, and End Results) 2010 veri tabanına göre çocukluk çağı kanserlerinin %16.9’u 15-19 yaş grubu adölesan dönemde görülmektedir (7). Bu dönemde kanser görülme sıklığı 5-14 yaş grubu çocuklara göre iki kat fazladır. Ayrıca kansere bağlı mortalite oranları da bu dönemde diğer çocukluk dönemlerine göre daha fazladır (36). Adölesan dönemde kanser mortalitesi 3.2/100.00 olarak ifade edilmiştir ve bu oran 15 yaş altı çocukluk dönemindeki kansere bağlı mortalitenin yaklaşık iki katıdır (7). Benzer şekilde UNICEF’in 2011 adölesan sağlığı raporunda; dünyadaki tüm kanserlere bağlı ölümlerin 1.2 milyarının adölesan dönemde meydana geldiği ve diğer çocukluk dönemlerine göre daha yüksek olduğu bildirilmiştir (37).

Dünya’da ve Türkiye’de adölesan döneminde görülen kanser insidansı artış göstermektedir (36). Buna göre Dünya’da 15-19 yaş grubu kanser insidansı açısından erkeklerde yılda milyonda 264, kızlarda ise 228 vaka ile ilk sırada Avustralya gelmektedir. En düşük oran ise yılda ortalama erkeklerde milyonda 106, kızlarda ise 85 vaka ile Hindistan ve Japonya da görülmektedir. Amerika’da bu oran her iki cinsiyet için ortalama milyonda 283 olarak belirlenmiştir (38). Genel olarak bakıldığında ise; Dünya’da adölesan dönemde kanser görülme sıklığı milyonda 203 olarak belirtilmiştir. Ayrıca son 20 yılda adölesan dönemde kanser görülme sıklığında %20 artış görüldüğü bildirilmiştir (36,38).

Ülkemize baktığımızda ise; Türk Pediatrik Onkoloji Grubu (TPOG) ve Türk Pediatrik Hematoloji Derneği (TPHD) Pediatrik Kanser Kayıtları’na göre, 2002–2008 yılında yeni kayıt edilen 11211 vakanın %7’si yani yaklaşık 785’i 15-19 yaş grubu adölesan döneme aittir (8).

Avrupa Çocukluk Çağı Kanser Bilgi Sistemi 1998-2007 kayıtlarına göre adölesan dönemdeki solid tümör dağılımında; %24.5 oranı ile lenfomalar ilk sırada, ikinci ve üçüncü sırada %12.8 oranı ile santral sinir sistemi tümörleri ve %12.6 oranı ile germ hücreli tümörler yer almaktadır. Bunun ardından, %8.1 ile kemik tümörleri, %7 ile yumuşak doku tümörleri gelmektedir (39). Amerikan Kanser Enstitüsü'nün 2006-2010 kayıtlarına göre, adölesan dönemdeki solid tümör dağılımında yüz binde 3.6 oranı ile testis tümörü, 3.2 oranı ile Hodgkin lenfoma, 2.1 oranı ile santral sinir sistemi tümörleri, 1.7 oranı ile Non-Hodgkin lenfoma, 1.4 ile kemik tümörleri yer almaktadır (7).

Ülkemizde ise Türk Pediatrik Onkoloji Grubu (TPOG) 2002-2008 verilerine göre adölesan dönemde görülen solid tümör arasında; %16.1 oranı ile Hodgkin lenfoma, %15.2 ile germ hücreli tümör, %16.53 ile kemik tümörleri, %12.65 ile santral sinir sistemi tümörleri, %9.8 ile yumuşak doku tümörleri, %7.6 ile Hodgkin lenfoma, %1.02 ile böbrek tümörleri yer almaktadır (8).

### **2.1.1. Çocukluk Çağı Kanserlerin Etiyolojisi**

Çocukluk çağı kanserlerinin epidemiyolojisine ve tedavi şekillerine yönelik birçok çalışma bulunmasına karşın, günümüzde çocukluk çağı kanserlerinin nedeni hala tam olarak bilinmemektedir (35,36). Benzer şekilde, Avrupa Çocukluk Çağı Kanser Bilgi Sistemi, çocukluk çağı kanserlerinin görülme nedenlerinin multifaktöriyel olduğunu, kanser oluşumunu tetikleyen hücrelerde değişim sürecinin açıklanmasının zor olduğunu belirtmiştir (39).

Kanserin nedenine ilişkin bilgiler yetersiz olmakla birlikte bazı risk faktörlerinin çocuklarda belirli kanser tiplerinde artışa neden olduğu düşünülmektedir. Bu konuda yapılan çalışmalarda çevresel, immünolojik, genetik ve viral faktörlerin kanser oluşumuna neden olabildiği gösterilmiştir (39-41).

### **2.1.2. Çocukluk Çağı Kanserlerinin Tedavisi**

Solid tümör tedavisi; kemoterapi, radyoterapi, cerrahi, immünoterapi gibi tedavileri içermektedir. Kanser tedavisinde, tümörün histolojik yapısı, hastalığın aşaması ve metastaz durumuna göre tedavi yaklaşımları belirlenmektedir. Yukarıda

belirtilen tedaviler tek başına ya da bir arada kullanılmaktadır. Tedavinin amacı; tam yanıt elde etmek, kontrol sağlamak ya da palyatif amaçlı olabilmektedir (1,42).

### Kemoterapi

Kanser tedavisinde kullanılan kemoterapinin ana ilkesi; proliferere olan malign hücrelerin hücre siklusunu bozarak proliferasyonu engellemek ve yok etmektir (43-45).

### Kemoterapinin spesifik amaçları:

- Primer tümör, cerrahi ya da radyoterapi ile tedavi edildikten sonra metastazın önlenmesi,
- Lösemi, lenfoma ve diğer solid tümörlerde remisyonu başlatmak ve sürdürmek
- Yaşamın niteliğini geliştirmek için hastalığın metastazını kısmen kontrol etmek ya da azaltmak
- Semptomatik rahatlık sağlamaktır (1, 43).

Temel olarak kemoterapi tedavisinde ortaya çıkan yan etkiler sitotoksik ajanların kemik iliğini baskılaması ve normal hücrelerde meydana gelen hasarın boyutu ile ilgilidir. Buna göre en çok görülen yan etkiler arasında nötropeni, trombositopeni, anemi, iştahsızlık, mukoz membranlarda ağızdan başlayıp anüse kadar ilerleyebilen müközitler, bulantı, kusma, tat almada değişiklik, ishal ya da konstipasyon, alopesi, yorgunluk, tümör lizis sendromu ve hemarjik sistit yer almaktadır (42-45).

### Radyasyon Tedavisi

Radyoterapi, çocukluk çağı kanserlerinde özellikle lenfomalar, solid tümörler ve beyin tümörlerinde tedavi amacıyla kullanılan yöntemlerden biridir. Radyoterapinin kullanılması çocukluk çağı kanserlerinde sağ kalım oranlarını arttırmıştır (42). Bununla beraber radyoterapi, terminal dönemde ağrı kontrolü ve yaşam kalitesini arttırmak için de kullanılabilir. Uygulanan alandaki tümör hücrelerini yok ettiğinden lokal tedavi olarak görülmektedir. Ancak radyoterapi, kemoterapi gibi malign hücrelere etki ederken normal hücrelere de zarar

vermektedir. Radyoterapi de temel prensip; hücrenin DNA yapısını değiştirerek, DNA'nın tekrar yenilenmesini engellemek ve böylece hücre proliferasyonunu engellemektir. Radyoterapi uygulamasında kemoterapi de olduğu gibi birçok benzer yan etki görülmektedir. Tedavinin akut reaksiyonları temel olarak radyoterapinin uygulandığı bölge ile ilgilidir. Geç etkilerin oluşmasında total doz ve tümörün büyüklüğü rol oynamaktadır (43-45).

#### Cerrahi Tedavi

Cerrahi tedavi genellikle biyopsi almak, tümörü çıkarmak, hastalığın yayılım derecesini belirlemek amacıyla ya da palyatif olarak uygulanır. Cerrahi tedavide esas tümörün tamamını ve bölgesel lenf nodlarının çıkarılması, total malign hücre sayısını azaltmak, radyoterapi ve kemoterapi tedavisi sonrası rezidüel tümör hücrelerini elimine etmektir (43-45).

Metastaz durumunda uygulanan cerrahi tedavinin amacı, tümörlerin cerrahi olarak çıkarılmasıdır. Bununla beraber cerrahi tedavi, terminal dönemde palyatif olarak ağrıyı gidermek ve yaşam kalitesini arttırmak için de kullanılmaktadır (42).

#### İmmünoterapi

İmmünoterapi, biyolojik kaynaklardan elde edilen, immün sistemi aktive etme özelliğine sahip ajanlardır. Yapılan çalışmalarda kanser hücrelerine dönüşen hücrelerin antijenik yapılarının farklı olduğu gösterilmiştir (43). İmmün sistem vücutta bulunan yabancı antijenleri tanımlayarak yok etmeye çalışmaktadır. Bu mekanizmada hücresel ve humoral immünitede rol oynayan T ve B hücreleri antijenleri tahrip ederek yok etmek ve bu antijenlere karşı antikor oluşturmada görev alır. İmmünoterapi ise bu mekanizmayı uyarmak ve güçlendirmek için kullanılmaktadır (45,46). İmmünoterapide; koloni stimüle edici faktör, monoklonal antikorlar, immünomodülatörler, adaptif immünomodülatörler kullanılmaktadır (46).

## 2.2. Adölesan Dönemin Özellikleri

Adölesan dönem, çok hızlı bir şekilde biyolojik, fiziksel, psikolojik ve sosyal açıdan bir gelişme ve olgunlaşmanın meydana geldiği çocukluktan erişkinliğe geçiş dönemi olarak kabul edilir. Bu dönem aynı zamanda bağımsızlığın kazanılması, kimlik gelişimi ve sosyal üretkenlik açısından da önemlidir. Bu dönem, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre 10-19 yaşlarını kapsamaktadır. Adölesan dönemi, kendi içinde üç dönemde incelenmektedir. Her dönem zihinsel, hormonal, emosyonel ve sosyal gelişmelere paralel özel gelişimsel görevlerle karakterize ve psikososyal süreçlerle ilgilidir (47-50).

Bu dönemler;

- 1- Erken adölesan dönemi (11-14 yaş)
- 2- Orta adölesan dönemi (15-17 yaş)
- 3- Geç adölesan dönemi (18-24 yaş) olarak adlandırılır.

### 2.2.1. Erken Adölesan Dönemi

Hızlı fiziksel değişikliklerin olduğu bir dönemdir. Bu dönemin en belirgin özelliği puberteyle birlikte ortaya çıkan biyolojik değişikliklerin yarattığı baskıya karşı ergenin uyum ve baş etme çabalarıdır. Puberteye geçiş, fiziksel değişiklikler endokrin sistem değişiklikleri ile başlar. Hipotalamusun hipofiz bezini uyarmasıyla birlikte sekonder seks karakterlerinin gelişimi, kızlarda menarj, erkeklerde sperm üretimi başlar. Adölesanların kendi vücutlarında meydana gelen bu değişikliklerle beraber cinselliğe olan ilgisi artar ve bedensel değişimler ilgi odağı haline gelir. Adölesanı bu kontrol edilemeyen değişikliklerden dolayı kontrol kaybı, bedenine ve kendine yabancılaşma hissedebilir. Temel olarak bu düşüncülerin altında adölesanın bu cinsel uyanışa karşı hazırlıksız yakalanması ve bu değişimlerle başa çıkma gücünü kendinde bulamamasıdır. Bu süreçte adölesanın çevresindeki kişilere karşı davranış ve tepkilerinde ani çıkışlar görülebilir. Sonuçta cinselliğin getirdiği bu içsel çatışmalar ve karmaşalara karşın, adölesanlar cinsel kimlik edinmeye başlar ve uyum göstererek bu gelişimi kabullenirler (50-53).

Adölesanın cinselliğe olan ilgilerinin artmasıyla birlikte bu dönemde akran ilişkileri de önem kazanmaktadır. Adölesan giderek daha bağımsız hale gelir ve akran grubu aileden daha fazla önem kazanır. Bunun temelinde sevmeye, sevilme, kabul edilme ve bir gruba ait olma duygusu yatmaktadır (48,53).

Fiziksel ve cinsel gelişimin yanı sıra bu dönemde bilişsel gelişim açısından da gelişmeler olmaktadır. Piaget'e göre bu dönemde soyut düşünebilme yetisi gelişmeye başlamaktadır. Böylece adölesan, gelecekle ilgili planlar yapmaya başlar ve gelecekle ilgili kaygılar yaşayabilir. Ayrıca adölesan, toplum ve dünya hakkında kendi moral değerlerini oluşturmaya başlar. Din, felsefe gibi soyut konular hakkında sorgulama ve bu konulara eğilim görülebilir (50,51).

Erken adölesan dönemde, adölesanlar bilişsel gelişim açısından soyut düşünebilme yetisi gibi gelişimler kaydetse de, yaşadıkları bu hızlı biyolojik, sosyal gelişim nedeniyle karmaşalar yaşamaktadır. Bu nedenle yaşadığı değişikliklerle ve sosyal çevresiyle uyumlu davranış sergilemek için kendilerine uygun rol modelleri arayışı içerisine girerler (52,53). Bu dönemde yaşanan fiziksel, bilişsel ve sosyal gelişmelere bağlı stresle başa çıkması için adölesanın aile ve akran desteğine gereksinimi vardır. Bu dönemde ani ve hızlı değişimlere uyum sağlamakta güçlük çeken adölesanlarda anksiyete, depresyon gibi ruhsal sorunlar görülebilmektedir (54).

### **2.2.2 Orta Adölesan Dönemi**

Bu dönem, erken ergenlik dönemindeki hızlı pubertal gelişimin yavaşladığı ve bilişsel olgunlaşmanın etkisiyle kendi bedenindeki ve yaşantısındaki değişikliklere karşı uyum becerilerini iyi kullanmaya başladığı bir dönemdir. Adölesan bu dönemde soyut düşünebilme yetisi kazandığı için daha kontrollü davranış ve tutum sergileyebilir. Adölesanın kendi bireysel kimliğini ortaya koyma çabaları, karşı cinsten arkadaşlarla yaşanan sorunlar, orta adölesan dönemine özgü önemli sorunlardır (53,54).

Bu dönemde adölesanın kendi bireysel kimliğini oluşturması önemlidir. Adölesanın, anne ve babasından farklı bir birey olma ve bunu ailelerine kabul ettirme çabaları yoğundur. Bunun sonucunda adölesan, anne baba otoritesine karşı kendine özgü düşünme ve davranma biçimiyle çatışma yaşayabilmektedir. Ancak yine de



kendileri ile ilgili önemli konularda anne ve babanın yardım ve desteğine gereksinin duyabilmektedir (48,49,53).

Bu dönemde aileden ayrışma ve bağımsızlık kazanma çabaları ergenler için arkadaş gruplarının çok önem kazanmasına neden olur. Adölesan, arkadaş grubu tarafından kabul edilebilmek için yoğun çaba içine girer. Arkadaş grubunun değerleri, ailenin değerlerinden daha önemlidir ve bu değerlerle özdeşleşme yaşanabilir. Bu nedenle adölesan ve ebeveyn ilişkileri giderek zayıflayabilir. İkili ilişkilerde de değişim yaşanır ve aynı cinsten arkadaşlıklar sürmekle birlikte karşı cinse yönelme başlar (48,50,51).

Bu dönemde önemli konulardan biri de cinsel kimlik gelişimidir. Beden gelişiminin tamamlanmasıyla birlikte her iki cins de kendilerini kız veya erkek olarak tanımaya, tanımlamaya ve buna uygun sosyal roller edinmeye başlarlar. Adölesanın gelişiminde hastalık ya da başka etmenler nedeniyle gecikme olursa bedenine ilişkin olumsuz duygular hissedebilir. Adölesanın bu duygularla baş edememesi anksiyete ve depresyon gibi psikolojik belirtilere neden olabilir (49). Ayrıca bu dönemde sigara, alkol ve madde kullanma gibi istenmeyen davranışlarda görülebilir (48,49).

### **2.2.3. Geç Adölesan Dönemi**

Bu dönemde fiziksel gelişim düzene girmiş, biyolojik ve bilişsel olgunluğa erişilmiştir. Bu dönem bir anlamda, adölesan dönemin başından beri yaşanan duyguların, geliştirilen becerilerin, kurulan özdeşimlerin harmanlandığı ve sentezlendiği bir dönemdir (53,54).

Bu dönemin gelişimsel rolü, kimliğin kazanılmasıdır. Kimlikle ilgili sorgulamalarda azalma vardır. Adölesanın kendi kişiliği hakkında hem kendisinde hem de çevresinde kesin yargılar oluşmaya başlamıştır (49,52). Ancak bu dönemde bazı adölesanlar kimlik kazanılmasıyla ilgili sıkıntılar yaşayabilmektedir. Bu da adölesanların anksiyete, kararsızlık, yalnızlık, boşluk hissi gibi ruhsal ve duygusal sorunlar yaşamasına neden olmaktadır (49).

Bu dönemde, adölesan daha az ben-merkezlidir ve başkalarını düşünmeye başlar. Toplumsal ilişkiler, arkadaş grubundan bireysel ilişkilere kayar. Karşı cinsten olan arkadaşlarla olan birliktelikleri daha samimi ve paylaşımcı olmaya başlar. Bu

dönemde de arkadaş ilişkileri ve sosyal konularda arkadaş desteğinin önemi ön plandadır (48,53).

Geç adölesan döneminin sonuna doğru olumlu kimlik gelişimine sahip, aile ve arkadaş desteği gören adölesanların erişkin gibi kendi yaşantıları ile ilgili sorumluluk alması, iş, meslek ve eş seçimlerinde sosyal olgunluğa erişmesi beklenmektedir. Bu dönemi gelişimsel olarak başarılı bir şekilde tamamlayan adölesanlar, erişkin rolünü üstlenebilecek bir birey olarak erişkinliğe geçebilmektedir (51-54).

### 2.3. Kanser Tanı ve Tedavisinin Adölesan Üzerindeki Etkileri

1960'lı yıllarda kanser tanısı alan çocuklarda sağ kalım oranı çok düşüktü. Beş yıl hayatta kalım oranı %28 iken günümüzde bu oran %70-80 düzeyine ulaşmıştır. Tedavide ve bakımdaki yenilikler sayesinde günümüzde kanser hastalığına yakalanan her dört çocuktan üçü hayatta kalmayı başarmaktadır. Bu durum, kronik hastalık olarak adlandırılan kanserin, adölesan üzerindeki psikososyal boyutunu ele almayı sağlamıştır (55).

Adölesan dönemi eşsiz bir kimlik geliştirme, fiziksel değişikliklere uyum, geleceğe ilişkin planlar yapma ve bağımsızlığın kazanılması ile karakterizedir (56-60). Stengenga ve Ward-Smith'e göre; adölesan dönemde kanser tanısı alan grup, fiziksel ve psikososyal gereksinimleri açısından eşsiz olarak tanımlanmaktadır (61). Çünkü kanserli adölesanlar; otonomi, bağımsızlık, akran ilişkisi, eğitim, okuldan mezun olma, gelecekle ilgili planlar, sosyal gelişim, cinsellik ve fiziksel gelişimle ilgili birçok problemle karşılaşmaktadır. Bu nedenle kanser tanı ve tedavisi adölesanın normal gelişimsel görevlerini yerine getirmesine engel olmaktadır. Başka bir ifadeyle, kanser tanı ve tedavisi nedeniyle adölesan normal yaşantısının kaybını yaşamaktadır (60,62,63). Stegenga ve Ward-Smith 12-17 yaş grubu 10 kanserli adölesanla kanser tanısı aldıktan sonra 4-6. ay içinde yaptıkları görüşmelerde, adölesanların kanser tanısından sonra normal yaşantılarının kaybının şokunu yaşadıklarını belirtmişlerdir. Bu nedenle kanser tanı ve tedavisi adölesanların psikososyal yönden sağlıklı gelişimlerini engellemektedir (61).

Kanser tanı ve tedavisi, adölesan dönemde hızlı bir şekilde meydana gelen fiziksel değişikliklerin yarıda kesilmesine ve akranlarına göre gelişiminin geri kalmasına neden olduğu gibi, tedaviye bağlı gözle görülebilen yan etkilerinde ortaya çıkmasına yol açmaktadır (57,58). Kanser tedavisinin getirdiği birçok yan etkilerle baş etmeye çalışan adölesanlar, özellikle fiziksel görünümde yaşanan değişikliklerle baş etmede zorlanmaktadırlar. Freeman ve arkadaşlarının, kanserli çocuklarla ilgili yaptıkları bir çalışmada, bu çocukların %40'ı fiziksel görünümünde meydana gelen değişiklikleri en önemli sorun olarak gördüklerini ifade etmişlerdir (64). Fiziksel görünüm, adölesan dönemde gençlik kültürünün merkezi olup, diğer faktörlerden daha fazla adölesanın öz güven ve beden imajı düzeyini belirler. Buna göre; tedavinin neden olduğu saç dökülmesi, kilo değişiklikleri, cilt değişiklikleri, kas

kitlesinin azalması, amputasyon gibi değişiklikler, olumsuz beden imajına ve benlik kavramına neden olmaktadır (65-67). Fiziksel görünümdeki bu değişiklikler, düşük benlik saygısı ve olumsuz beden imajının gelişimine ve psikososyal travmaya neden olabilmektedir (68).

Kanser tanı ve tedavisinin neden olduğu olumsuz beden imajı, adölesanın akran grubundan uzaklaşmasına neden olmaktadır. Larouche ve Chin-Peuckert, kanserli adölesanların beden imajını algılama durumunu inceledikleri çalışmalarında; kanserli adölesanların kendilerini çirkin, hasta görümlü, diğer akranlarından farklı hissettiklerini ve normal olmadıklarını ifade ettiklerini belirtmişlerdir. Bu durum sosyal ilişkilerden kaçınma, normal yaşantıyı sürdürememe gibi psikososyal sorunlara neden olmuştur (69). Benzer şekilde Mattson ve diğerlerinin 15-21 yaş grubu 38 kanserli adölesanla yaptıkları çalışmalarında, adölesanların kendi bedenlerini problemlili olarak algıladığını ve düşük benlik saygısına sahip olduklarını ve bunun sonucunda da arkadaş çevresinin dışında kaldıklarını belirtmişlerdir (70).

Ayrıca kanserli adölesanlarda karşı cinsle olan iletişimde de azalma görülmektedir. Çünkü tanı ve tedavi sonucunda adölesanlar kendilerini çekici görmemekte ve bu konuda geri çekilme yaşanmaktadır (71,72). Evan ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada, tedavinin yan etkileri nedeniyle adölesanlarda meydana gelen fiziksel değişimlerin, onların karşı cinsle olan iletişimini engellediği ve bu durumun izolasyona neden olduğu belirlenmiştir (73).

Kanser tanısı konan adölesanlar, bu dönemde kazanmaya çalıştıkları bağımsızlık ve otonominin kaybı durumuyla karşı karşıya kalmaktadır (70). Uzun süren ve tekrarlayan hastane yatışları, agresif ve kombine tedaviler ve tedaviye bağlı yan etkiler, adölesanı fiziksel ve psikososyal açıdan aileye bağımlı kılmaktadır (62). Kanser tanısı ve tedavisiyle birlikte ailelerin adölesanlara yönelik aşırı koruyucu davranışlar sergilemesi, adölesanın bağımlılığa zorlanmasına neden olmaktadır. Bu konuda Hokkanen ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada; kanserli adölesanların, ailelerinin kanser tanısı aldıktan sonra aşırı koruyucu tutumları nedeniyle bağımsızlıklarını kazanmada güçlük çektikleri belirlenmiştir (74). Adölesanın tanı ve tedavi sürecinde bağımlılığa zorlanması, ebeveyn- adölesan çatışmasına neden olmaktadır. Örneğin; Sahler ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada, yeni kanser tanısı alan adölesanların aileye olan bağımlılığının artması nedeniyle aile üyeleriyle

çatışma yaşadıkları belirtilmiştir (75). Buna göre adölesanın otonomi ve bağımsızlık gelişimini desteklemek için kanserli adölesanların tedavi planına dahil edilmesi, seçenekler sunulması, kendi yaşamları ile ilgili konularda kendi kararlarını vermeleri için desteklenmeleri önemlidir (76).

Kanser hastalığından ve tedavisinden kaynaklanan ağrı, bulantı, kusma, yorgunluk, uyku problemleri gibi somatik şikayetler de adölesanın sağlıklı psikososyal gelişimi için risk oluşturmaktadır (10). Bu semptomların okula devam etme, okul dışı akranlarıyla aktivitelere katılma ve sosyal etkileşimi etkilediği bilinmektedir (77,78). Edwards ve arkadaşlarının 13-19 yaş grubu kanserli adölesanlardaki yorgunluğun etkisini araştırdıkları çalışmalarında; kemoterapi nedeniyle görülen yorgunluğun, sosyal aktivite düzeyini olumsuz etkilediği ve akran ilişkilerinde azalmaya neden olduğu görülmüştür (77). Benzer şekilde; Novskovic ve Noll'un kanser tedavisi gören adölesanlar üzerinde yaptıkları çalışmalarında, kemoterapinin yan etkilerinden olan yorgunluk, bulantı ve kusmanın, adölesanların fiziksel olarak yetersiz hissetmelerine ve sosyal ilişkilerinin kesintiye uğramasına neden olduğu bildirilmiştir. Bu durum onların akran aktivitelerini kaçırmasına neden olabilmektedir (79,80).

Kanser tanı ve tedavisi nedeniyle adölesanların yaşam kalitelerinin olumsuz etkilendiği bilinmektedir (78). Yapılan bir çalışmada kanserli adölesanların %80'inin sağlıklı akranlarına göre yaşam kalitesinin daha düşük olduğu görülmüştür (81). Benzer şekilde; Shankar (2005) ve Russel (2006) yaptıkları çalışmalarında tedavinin yan etkilerinin kanserli adölesanların psikososyal ve fiziksel iyilik hallerini kötü etkilemesi nedeniyle yaşam kalitesi seviyelerinin düşük olduğunu bildirmişlerdir (82,83). Sonuç olarak kanser tanı ve tedavisi; adölesanın yaşam kalitesini olumsuz etkilemekte, günlük yaşantısına ve bakımına katılımını engellemektedir (84).

Yapılan çalışmalar doğrultusunda kanser hastalığı ve tedavisi beden imajı, akademik yaşam ve aile ilişkileri üzerinde diğer kronik hastalıklara göre en fazla etki eden hastalıktır (56). Bu yüzden kanser tanı ve tedavisi; adölesan dönemdeki çocuklarda umutsuzluk, depresyon ve anksiyete gibi psikososyal sorunların çok sık görülmesine neden olmaktadır. Prognoz sürecinin belirsizliği, uzun süren tedavi süreci, yaşamı tehdit eden kronik bir hastalığa sahip olma nedeniyle kanserli adölesanlar diğer hasta gruplarından ayrılmaktadır (85,86).

## 2.4. Umutsuzlukla İlgili Genel Bilgiler

### 2.4.1. Umutsuzluğun Tanımı

Umutsuzluk, adölesanların psikolojik gelişimlerini olumsuz etkileyen bir kavramdır (87,88). Beck umutsuzluğu, depresyon ve intihar arasındaki bağ ve depresyonun merkezi bir özelliği olarak kabul etmiştir. Birçok çalışmada kişinin gelişiminde önemli bir süreci teşkil eden ve yetişkinliğe geçiş süreci olarak tanımlanan adölesan dönemde depresyon görülmesinin temelinde en fazla umutsuzluk ve mutsuzluk gibi nedenlerin yattığı görülmüştür. Bu nedenle adölesan dönemde umutsuzluk düzeyinin değerlendirilmesi önemlidir (89-91).

Umutsuzluğun varoluş nedeni umudun yokluğudur. Bu nedenle, umutsuzluğun anlaşılabilmesi için öncelikli olarak umudun tanımlanması gerekir. Umut kısaca “İyi olma duygusu veren ve kişiyi harekete geçirmek için güdüleyen bir özellik” olarak tanımlanmaktadır (33,92). Böylece umut, bireye gelecekte karşılaşılabileceği olumsuz yaşantılarla baş edebileceği duygusunu vererek, ruh sağlığını olumlu etkilemektedir (33,90).

Umutsuzluk ise, hayata ve geleceğe bakıştaki kötümserliğin yükselmesine karşıt iyimserliğin azalması veya ortadan kalkmasıyla açıklanır. Gelecekte olabilecek her şeyin şimdikinden daha iyi olmayacağı ve geleceğe yönelik olumsuz bakış açısı, umutsuzluk kavramının temelini oluşturmaktadır (88-90).

Umutsuzluk kavramı çeşitli kuramcılara göre açıklanmaya çalışılmıştır. Buna göre, umutsuzluğun ölçümü konusunda yoğun çalışmalar yapan Beck; umutsuzluğun, bilişsel depresyon modelinde bilişsel üçlünün bir parçası olduğunu belirtmiştir. Bu bilişsel üçlü; kişinin kendisine, geleceğe ve dış dünyaya olumsuz bakmasıdır. Bu bilişsel faktörler, depresif kişinin yaşamını engeller ve zorlayıcı olaylarla dolu olarak görmesi, kişinin kendisini başarısız ve değersiz hissetmesine, dış dünyayı düşmanca görmesine ve geleceğe umutsuzca bakmasına neden olur (90,93). Kierkegard’a göre umutsuzluk, insanın kendi olmak istememesinden kaynaklanan bir durumdur. Tillich, umutsuzluğu ‘son istasyon’ olarak tanımlar ve kimsenin onun daha ötesine gidemeyeceğini belirtir. Frankl’a göre umutsuzluk, ruhsal bir hastalık olmayıp, geçmişte yaşanmış yaşam örüntüsünün genelleme yaparak geleceğe atfedilmesidir ve bireyin sorunlarına çözüm getirememesi

nedeniyle görülmektedir (94). Abramson'a göre umutsuzluk, bireyin zorlu yaşam koşullarıyla yüz yüze geldiğinde olaylara umutsuz bakması, negatif tutum sergilemesi ve yanlış baş etme mekanizmaları benimsemesi sonucu oluşmaktadır (88).

Umutsuzluk 1986 yılında Kuzey Amerika Hemşirelik Tanılama Derneği (North America Nursing Diagnosis Association- NANDA) tarafından da bir hemşirelik tanısı olarak onaylanmış ve 'bireyin sınırlı ya da hiç alternatif göremediği veya kişisel seçenekler bulamadığı ve kendi yararı için enerji sarf edemediği bir durum' olarak tanımlanmıştır. Aynı zamanda Amerikan Hemşireler Birliği (American Nursing Association-ANA) güçsüzlük ve çaresizlik ile birlikte umutsuzluğu da hemşirelik olgusu olarak belirlemiştir (26,94).

Hemşirelik Tanıları El Kitabı ise (Handbook of Nursing Diagnosis), umutsuzluğu; problemleri çözmek ya da istenen amaca ulaşmak için hiçbir alternatifin ya da kişisel seçeneğinin olmadığını düşünen, kendi adına amaçlar oluşturmak için enerjisini kendi kendine harekete geçiremeyen bir bireyde var olan subjektif bir emosyonel durum olarak ifade etmiştir (95).

Bu tanımlar doğrultusunda umutsuzluk, kişinin iyilik halinden yoksunluğunu, isteksizliğini ve amaçsızlığını kapsamakla beraber yaşam olaylarının olumsuz şekilde algılandığı negatif bilişsel bir değerlendirmedir. Umutsuzluk şimdiki ve gelecek zamanın olumsuz görülmesidir. Başka bir deyişle umutsuzluk, yaşanan an ile geleceği birbirine bağlayan köprünün yıkılmasının bir ifadesidir (88,90,94,95).

#### **2.4.2. Umutsuzluğa Neden Olan Faktörler**

Adölesan dönemde, aile gibi önemli bireylerin kaybı, bedensel fonksiyonların kaybı, beden imajında değişme, bu döneme özgü gelişimsel görevlerin başarılamaması özellikle umutsuzluğa neden olan faktörlerdir (95).

Umutsuzluğa Neden Olan Diğer Faktörler;

- İşlevsel yeteneklerde bozulma,
- Fizyolojik durumda bozulma,
- Sosyal destek yetersizliği,
- Düşük sosyo-ekonomik düzey,

- Akademik başarının düşmesi,
- Ebeveyleerin boşanması, aileden ayrılma,
- Sorunları çözememe,
- Geçmişte yaşanan olumsuz deneyimler,
- Gereksinimlerin zamanında karşılanmaması ya da kaynaklara ulaşmada yetersizlik,
- Özgüven eksikliği,
- Hastalıkla ilgili inançlar,
- Tedavi ile ilgili yaşanan sorunlar; tedavilerin uzun sürmesi ya da belirsizliği, aktivitenin uzun süre sınırlı olması, hastalık nedeniyle soyutlanma
- Uzun süreli stres,
- ‘Kimse bana yardımcı olamaz’, ‘Hiçbir şey istediğim gibi gitmiyor’, ‘Geleceğim bana korkunç görünüyor’ gibi kendini bırakma ifadelerin sık kullanılması
- Soyut değerlere olan inancın kaybı şeklinde özetlenebilir (93-95).

### 2.4.3. Umutsuzluğun Belirtileri

Umutsuz olan bireylerde genellikle sözel ifadelerinde olumsuz, kötümser içerikli konuşmalar, duyguların ifadesinin azalması, dış uyaranlara karşı tepkinin azalması, pasiflik, sosyal ortamdaki uzaklaşma, yaşama isteğinin azalması, karar verme, arzu ve hayal etme yeteneğinin azalması gibi belirtiler görülmektedir (93,94). Umutsuzluk, bireyin problemlere çözüm getirebilme, üretim yapabilme, mevcut bilgilerini etkili kullanabilme becerilerini ve başarılarını olumsuz yönde etkilemektedir (94,95). Ayrıca bireylerde cesaretini yitirme, kendini yolun sonunda gibi hissetme, gergin ve sinirli olma, karamsarlık yaşama ve hayattan zevk alamama gibi olumsuz duyguların yaşanmasına neden olmaktadır (94).

Umutsuzluk fiziksel semptomlara da sebep olmaktadır. Umutsuz olan bireylerde iştahın azalması, kilo kaybı, uyku sürecinin kısalması ya da uzaması, kendini yorgun hissetme ya da anksiyeteye bağlı semptomlar görülmektedir. Bununla beraber bu kişilerde öz bakımına ilişkin ilginin azalması da görülebilmektedir (93-95).

Umutsuz bireyin gözlenebilen davranışlarına ve sözel ifadelerine bakıldığında ise; bu bireyler, hedeflerine ulaşamadığını, gelecekle ilgili olumlu ve olumsuz



herhangi bir beklentinin olmadığını ya da olumsuz gelecek beklentilerinin olduğunu belirtirler. Bunun yanında; yakında olması muhtemel bir ölüm beklentisi, korku ifadesi ve ağlama görülmektedir. Umutsuz birey, iletişim sırasında göz temasından kaçınır, iletişim çabalarını karşılıksız bırakır. Ayrıca iletişime geçtiklerinde ise, sürekli olarak sorunlar karşısında aciz olduklarını ve olayları kontrol edebilme yeteneklerinin olmadıklarını ifade ederler (90,93,94).

Umutsuz olan birey, yukarıda belirtilmiş olan umutsuzluğun yarattığı etkilerle birlikte giderek bir boşluğa doğru sürüklenir ve yaşamının değersizleştiği hissi baskın hale gelir. Bunun sonucunda umutsuzluk beraberinde depresyon ve intihar gibi psikolojik sorunların ortaya çıkmasına neden olur (87,89,90,94).

## **2.5. Depresyonla İlgili Genel Bilgiler**

### **2.5.1. Depresyonun Tanımı**

Adölesan dönemde depresyon, en sık görülen ruh sağlığı sorunlarından ve diğer çocukluk dönemlerine göre depresyon, en fazla adölesan dönemde görülmektedir (91,96). Depresyon adölesanlarda ciddi psikososyal ve akademik işlevlerde bozulmalara yol açan ve gelişimsel sorunların aşılmasını engelleyen bir bozukluktur (89,96). Adölesan dönemde görülen depresyonla ilgili yapılan çalışmalarda, depresyon düzeyinin %10-50 arasında değiştiği görülmektedir. Bu veri, adölesan grubunun diğer çocukluk dönemlerine göre daha fazla önem gösterilmesi gereken bir grup olduğunu göstermektedir (22,27,97).

Çocuk ve adölesanlarda 1960-1970’li yıllara kadar depresyonun varoluşuna, çocukların immatür süperego gelişiminin, depresyon oluşumuna izin vermeyeceği düşüncesiyle şüphe ile bakılmaktaydı. Ancak 1970’de Stockholm’de yapılan Avrupa Çocuk Psikiyatristleri toplantısında depresyonun çocukluk ve adölesan dönemi ruhsal bozukluklarının önemli bir yüzdesini oluşturduğunun bildirilmesiyle bu alana yönelme başlamıştır (98).

Depresyon genel olarak derin üzüntülü bir duygulanım ile birlikte durgunluk, değersizlik, güçsüzlük, isteksizlik, karamsarlık duygu ve düşüncelerini içeren ve bunun yanı sıra konuşma ve hareketlerde yavaşlama gibi belirtilerle seyreden bir duygu durum bozukluğudur (27,98).

Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Beşinci Basım (DSM-5)'da çocuklar için majör depresyon tanı kriterlerini şu şekilde belirtmiştir:

- Değersizlik düşüncesi,
- Yorgunluk,
- Ölüm düşüncesi,
- Düşünme ve konsantrasyonda azalma,
- Çocukta beklenti kaybı,
- Psikomotor ajitasyon veya retardasyon,
- Çocuğun beklenen kiloyu alamaması,
- Hemen her gün insomnia ya da hipersomnia.
- Hemen her gün, günün büyük bir kısmında görülen çökkün bir duygu hali (üzgün, umutsuz ve kendini boşlukta hissetme)
- Hemen her gün, günün büyük bir kısmında tüm ya da çoğu aktiviteye olan ilginin ve zevk alma durumunun azalması.

Buna göre majör depresyon tanımı için, bu belirtilerden en az beşi iki hafta boyunca görülmeli ve depresif ya da irritabl duygudurum veya ilgi kaybı ve zevk almama belirtilerinden birisinin olması gerekmektedir (99).

Depresyonun farklı yönlerini anlamak için çeşitli görüşler geliştirilmiştir. Örneğin, Fenichel'e göre depresyon çocukluk döneminde çocuğun kişilik yapısı gelişirken, anne baba tutumlarını olumsuz ve katı algılaması sonucunda ebeveyn imgesi değer kaybetmekte ve bu olumsuz algılama benlik kavramında yıkıma neden olmaktadır. Olumsuz benlik kavramı, bu dönemde idealize edeceği bir kişinin olmaması ve sevgi ihtiyacının karşılanmaması depresyona yol açabilmektedir (94,100).

Nesne kaybı görüşüne göre; çocukluk döneminde bağlanılmış önemli nesnelere yaşanan örseleyici ayrılıkların, depresyon oluşturuucu etkisi olduğu düşünülmektedir. Yaşamın erken döneminde sevgi bağlarının kopması sonucunda depresyona yatkınlık geliştiği ve erişkinlikte yaşanan kayıpların çocuklukta yaşanan örseleyici kaybı yeniden canlandırarak depresif dönemleri tetiklediği düşünülmüştür (101).

Depresyonun ölçümü üzerinde birçok çalışma yapan Beck, depresyon tanımını bilişsel görüşe göre şu şekilde ifade etmiştir. Buna göre; depresyon temelde bir duygulanım bozukluğu değil, bilişsel bir bozukluktur (102). Bilişsel süreçte, bireyin benliğini olumsuz değerlendirmesi sonucunda, birey kendini yetersiz ve değersiz hissedebilir. Bu durum, kişinin kendine ve dünyaya bakışının olumsuz olmasına ve umutsuzluk duygusu yaşamasına neden olur ve bunun sonucunda depresyon görülür. Başka bir ifadeyle; Beck'in bilişsel kuramı, depresif davranış ve belirtilerin olumsuz düşünce kalıplarına bağlı olduğunu vurgular (98,102).

Öğrenilmiş çaresizlik görüşü depresyonun, baş edilemeyen geçmiş yaşantılardan öğrenilen bir davranış kalıbı olduğunu ileri sürmektedir. Buna göre depresyon, geçmişte yaşanmış kontrol edilemeyen çaresizlik dönemlerinin birikimi sonucu oluşmaktadır (101).

### **2.5.2. Depresyona Neden Olan Faktörler**

Depresyon oluşumunda birden fazla faktör rol oynamaktadır. Bunlar genetik, biyolojik ve sosyal etkenler olarak sınıflandırılabilir (103).

Genetik yapının depresyon üzerindeki etkisini inceleyen çalışmalarda, ailesinde depresif bozukluğu olan çocukların, depresif bozukluğu olmayanlara göre dört kat daha fazla depresyon görülme açısından risk altında olduğu belirtilmiştir (91,103,104).

Depresyona neden olan biyolojik etkenler için nöroendokrin teoriler ve uyku çalışmaları yapılmıştır. Noradrenalin ve serotoninin beyinde normalden düşük olduğu görülmüştür. Ayrıca adölesanlarda depresyonun kortizon ve büyüme hormonu ile ilişkili olduğunu gösteren kanıtlarda saptanmıştır (91,104).

Sosyal etkenler incelediğinde ise; kötü, zayıf, yetersiz ebeveyn-çocuk ilişkisi, aile içi çatışmalar, ebeveynlerin boşanmış olması, tek ebeveynli olma, ailede var olan hastalık, ölüm, sosyal destek sistemlerinin kullanılamaması, arkadaş ya da karşı cinsle yakın bir ilişkinin kurulamaması, düşük sosyo-ekonomik düzey, kronik ve yaşamı tehdit eden hastalıklar gibi etkenlerin adölesanda depresyona yol açtığı görülmüştür (100,103). Ayrıca cinsiyet faktörünün de depresyonla ilişkili olduğu ve adölesan dönemde kızların erkeklere göre daha fazla depresyon açısından risk altında olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır (91,104).

### 2.5.3. Depresyonun Belirtileri

Adölesan dönemde, bireyler içinde buldukları dönemin özelliği olarak duygu, düşünce ve ilişkilerinde belirgin ve ani değişiklikler yaşarlar. Depresyondaki adölesanlar, algılama ve yargılamaların abartılı olması, dürtüsel davranma gibi bu değişiklikleri daha hızlı yaşayabilirler. Yetişkinlere benzer şekilde; adölesanlarda, sosyal geri çekilme, ilgi ve etkinliklerde azalma, arkadaş ilişkilerinde bozulma, önceden ilgi duydukları aktivitelere ilgide azalma, ebeveynlerle iletişimde zorluklar, okul başarısında düşme, şiddete odaklanma, okul ve evden kaçma, madde bağımlılığı gibi riskli davranışlar sergileme de görülebilir (102,104,105).

Depresyon, adölesanların bilişsel ve sosyal gelişimlerini olumsuz yönde etkilemekte ve işlevselliklerini bozmaktadır. Kişiler bu değişikliklerin farkında olup bu durumdan üzüntü, öfke ve suçluluk duyabilir, karar vermede güçlük ve ümitsizlik duyguları yaşayabilirler (102).

Ayrıca depresyon, adölesanlarda uyku problemleri, yeme bozuklukları, kilo kaybı, bulantı, kusma, mide krampları, karın ağrıları, geçmek bilmeyen ağrı yakınmaları, uyaranlara tepki azlığı, olumsuz sözel ifadeler gibi somatik, sözel ve davranışsal tepkilere neden olabilmektedir (103-105).

## 2.6. Anksiyete İle İlgili Genel Bilgiler

### 2.6.1. Anksiyetenin Tanımı

Anksiyete bozuklukları, çocukluk ve adölesan dönemde çok sık görülen ve benlik kavramı, sosyal ilişkiler ve okul performansı üzerinde olumsuz etki yaratan ruh sağlığı sorunlarından biridir. Anksiyete görülme sıklığı adölesan dönemde %4-20 oranında değişmektedir (97,104). Yapılan çalışmalarda, bu dönemde görülen anksiyetenin kontrol altına alınamadığı durumlarda adölesanda depresyon, umutsuzluğa ve erişkinlik döneminde ciddi düzeyde anksiyete bozukluklarına yol açtığı görülmüştür. Bu nedenle adölesan döneminde görülen anksiyetenin farkında olunması önemlidir (22,106,107).

Anksiyete evrensel bir duygu olup, bireyin kendini güvensiz hissettiği durumlara karşı geliştirdiği doğal bir tepkidir (94). Başka bir ifadeyle anksiyete; kötü, nahoş, korkunç bir şey olacakmış gibi bir beklenti içinde olma durumudur. Bu duygu durumuna sıklıkla motor -fizyolojik belirtiler eşlik eder. Bu belirtiler kardiyovasküler sistemde taşikardi, palpasyon, tansiyonun yükselmesi, solunum sıklığında artış, terleme, paresteziler, vücut sıcaklığında artış, titreme, kramplar, gastrointestinal sisteme ilişkin şikayetler, baş ağrısı, baygınlık hissi gibi bedensel olduğu gibi gerginlik, sinirlilik, huzursuzluk, düşünememe gibi psikolojik belirtileri de içerir (98). Şiddeti belirli bir düzeyin üzerine çıkan anksiyete; kişinin duygu durumunu ve ruhsal yaşantısını bozup paniğe yol açabilir. Bu durumda birey günlük yaşantısını sürdüremez ve çeşitli davranış bozuklukları ortaya çıkar (97,104).

Anksiyete kavramına, çeşitli kuram ve kuramcılar tarafından tanımlamalar getirilmiştir (98). Buna göre psikanalitik kuram anksiyeteyi, iç psikolojik dengenin bozulmasının bir işareti olarak ifade etmiştir. Anksiyete, içsel tehlikelere karşı egoyu, söz konusu olan durumu karşılama ya da ondan kaçınmak üzere savunma mekanizmalarını harekete geçirmesi doğrultusunda uyarır. Savunma mekanizmaları kullanılmadığı ya da yeterli olmadığı durumlarda anksiyete, normal işlevsel düzeyin üstüne çıkarak, anksiyete bozukluklarına neden olmaktadır (98,108).

Bilişsel kuramın öncülerinden olan Beck, anksiyete kavramına şu şekilde açıklık getirmiştir. Buna göre çocuklar zaman içinde çevreleri ve yaşantıları ile ilgili algı ve yorumlar geliştirir. Anksiyetenin oluşumunda olayların değil, çocukluk

döneminde olayları nasıl ve ne biçimde algıladığına ilişkin kalıplaşmış algı ve yorumların neden olduğunu bildirmiştir. Başka bir deyişle anksiyete oluşumu; yanlış inanışlar ve bilişsel bozukluklardan kaynaklanmaktadır (108,109).

Çocuklarda anksiyeteyi açıklayan önemli görüşlerden biri de Eisenberg'e aittir. Bu görüşe göre çocuklarda görülen anksiyete, annelerinden onlara transfer olan anksiyetedir. Bu görüş çocuklarda görülen anksiyete bozukluklarını anne ile olan ikili ilişkileri inceleyen bir model çerçevesinde ele almaktadır (98). Anksiyete kavramına ilişkin diğer bir görüş ise, Laughl'a aittir. Laughl, anksiyete kaynaklarını iki grupta incelemiştir;(109)

-Birincil Kaynaklar (bebeklik ve çocuklukta); çaresizlik, ayrılma, yoksunluk ve kayıp, düş kırıklığı, kaygının özellikle ebeveynlerden önsezi ve özdeşleşme ile geçmesi, onaylanmamak, fiziksel tehditler, şartlandırılmış tepkiler.

-İkincil Kaynaklar (adölesan dönem ve sonrası); bilinç- süperego çatışması, onaylanmama, sosyal çatışma, kendini korumada tehditler, şartlanmış cevaplar, düş kırıklığı, çocukluktan kalan şemalar, üzüntülü beklenti şeklindedir (109).

Sonuç olarak bahsedilen bu kuramlar, anksiyete kavramının dört boyutunu ele almıştır. Buna göre anksiyetenin bu dört boyutu şu şekildedir:

- Bilişsel boyutu (kişinin yaşadığı anksiyete durumu)
- Duygusal boyutu (korku, huzursuzluk, endişe, çaresizlik, alarm duygusu, panik olma ve hoş olmayan duygular)
- Davranışsal boyutu (anksiyete yaratan durumdan kaçınma davranışı)
- Fizyolojik yanı (anksiyetenin neden olduğu bedensel belirtiler) (110).

### **2.6.2. Anksiyete Neden Olan Faktörler**

Anksiyete, daha önce belirtildiği gibi kişinin kendini güvende hissetmediği ve bir kayıp yada tehdit olarak algıladığı durumlarda ortaya çıkmaktadır (108,110). Bu durumlar; sağlığın sürdürülmesi ve korunmasında tehdit, benlik saygısında azalma, olumsuz benlik kavramı, kendi ve yaşamıyla ilgili konularda kontrol kaybı, özgürlük ve bağımsızlığın kaybı, emosyonel, fiziksel ve sosyoekonomik sorunlar, akademik

başarısızlıklar, sevilen bir kişinin kaybı, beklenti ve isteklerin gerçekleşmemesi, gereksinimlerin karşılanmaması şeklinde özetlenebilir (97,110).

Ayrıca yapılan çalışmalarda anksiyeteye neden olan faktörler arasında cinsiyetin de önemli bir etken olduğu bildirilmiştir. Buna göre, çocukluk ve adölesan döneminde anksiyete görülme sıklığı kızlarda erkeklere göre daha fazla bulunmuştur (91,104,110).

### **2.6.3. Anksiyetenin Belirtileri**

Anksiyetenin fizyolojik, bilişsel, psikolojik, davranışsal ve sosyal belirtileri bulunmaktadır (94,98).

#### **Fizyolojik Belirtiler**

Anksiyetenin, sempatik sinir sistemini harekete geçirmesi sonucunda vücudun çeşitli sistemlerinde meydana gelen bedensel semptomlardır. Yaşanan anksiyetenin düzeyine göre bu belirtilerin şiddetinde değişiklik görülmektedir (94,98,108).

#### **Bilişsel Belirtiler**

Anksiyete düzeyinin yüksek olduğu durumlarda, adölesanın bu dönemde geliştirmiş olduğu kavrama, yargılama, problem çözme gibi bilişsel işlevler olumsuz yönde etkilenir. Duruma yoğunlaşma, konular arasında bağlantı kurma, neden-sonuç ilişkilerinin anlaşılmasında güçlükler yaşanır (108,110).

#### **Psikolojik Belirtiler**

Anksiyete, psikolojik olarak huzursuzluk, yoğunlaşmama, aşırı duyarlılık, çökkünlük ve öfke gibi etkilere yol açmaktadır (94).

#### **Davranışsal ve Sosyal Belirtiler**

Anksiyeteye neden olan durum ya da olay karşısında baş etme mekanizmalarının yeterli ve başarılı olup olmayacağı, adölesan dönemde en belirgin davranış biçiminde ve sosyal yaşantıda ortaya çıkmaktadır (91,104).

Anksiyete yaşayan adölesan bilinçli ya da bilinçsiz bir şekilde anksiyeteden uzaklaşmak, ortadan kaldırma ya da bu durumu en aza indirmek için bazı davranışlar

sergilemektedir (110). Buna göre anksiyete nedeniyle adölesanda, alkol ve madde bağımlılığı, evden kaçma, adölesan gebelikler, hastalık durumunda tedaviden kaçınma gibi riskli davranışlar sergileme ya da bunun tersi olarak ebeveynlere bağımlılığın artması, duyguların ifade edilmesi için direnç gösterme gibi içe dönük davranışlar görülmektedir (94,110).

Sosyal açıdan yaşanan anksiyetenin düzeyine bağlı olarak adölesanlarda, çekingenlik, öfke ve sinirliliğin dışa vurumu nedeniyle ilişkilerde bozulma, geri çekilme ve sosyal izolasyon görülür (110).



## 2.7. Kanserli Adölesanlarda Umutsuzluk, Depresyon ve Anksiyete

Adölesan dönemi, bireyin fiziksel ve sosyal değişiklikler ile birlikte, duygusal, davranışsal, akademik ve toplumsal alanlarda pek çok çatışma yaşadığı, aynı zamanda kimlik bulma çabalarının da arttığı bir çelişkiler ve kriz dönemidir (111). Başka bir deyişle bu kriz dönemi, adölesanın psikososyal sorunlarla karşılaşmasına neden olmaktadır (1). Bu psikososyal sorunlar içinde umutsuzluk, depresyon ve anksiyete yaygın bir şekilde görülmektedir (96). Cunningham ve arkadaşlarının (2008) 14-18 yaş grubu 971 adölesandaki umutsuzluk, depresyon ve anksiyete düzeylerini değerlendirdiği çalışmalarında; umutsuzluk, depresyon ve anksiyete düzeyini %5.7- 28.8 oranında bildirmişlerdir. Puanların yüksek çıkmasının nedenini ise, bu dönemin gelişimsel bir kriz olması, akademik yaşantının, arkadaş ilişkilerinin önem kazanması ve yaşanan yoğun fiziksel değişimlere bağlamışlardır (22). Bu sonuç, adölesan döneminin getirdiği sorunlara kanser gibi bir hastalığın eklenmesinin, bu dönemde görülebilecek umutsuzluk, depresyon ve anksiyete düzeyini daha fazla arttırabileceği düşüncesini oluşturmaktadır.

Kanser, çoğu zaman ölüm veya korkuyla eş anlamlı görülmektedir. Birçok kaynak, adölesanların kanserle yüzleşirken zorluklar yaşadığını göstermiştir (111,112). Hastalık ve tedavi bulgularının yarattığı stres ve gelişimsel dönem özelliklerinin getirdiği bu döneme özgü başarılması gereken görevlerden uzaklaşma ile gelen çaresizlik, bu zorlukların temel kaynağı olup, adölesanın psikososyal sağlığının bozulmasına yol açmaktadır (113). Kanser Enstitüsü, günümüzde tüm kanserli adölesanlara gelişen teknoloji doğrultusunda biyomedikal tedavi sunulduğunu, ancak hastalık ve tedavisi ile ilişkili psikososyal sorunların çözümü konusunda aynı düzeyde başarı sağlanamadığını belirtmiştir (57). Bradley (2012), Zebrack (2009) ve Clerici (2008) kanserli adölesanlarla yaptıkları çalışmalarında; bu çocukların %30-76'sının, psikososyal açıdan yaşadığı sıkıntılar nedeniyle ruh sağlığı danışmanlığı almaları gerektiğini bildirmiştir (57,59,114). Başka bir çalışmada ise, Ballard ve arkadaşları, pediatrik onkoloji hastalarının psikotropik ilaç kullanma durumunu incelemişlerdir. Ulusal Sağlık Sisteminde kayıtlı olan pediatrik onkoloji hastalarının %14'ünün, depresyon ve anksiyeteyi içeren psikolojik problemler nedeniyle en az bir kez psikotropik ajan kullandığı belirlenmiştir (115). Kanserli adölesanların yaşadığı psikososyal sorunların çözümünde sağlık profesyonelleri kilit

rol oynamaktadır. Ancak sağlık çalışanlarının kanser tanı ve tedavisinin neden olduğu psikosozal ve emosyonel sorunlardan daha çok fiziksel semptomların çözümüne yönelik tedavi ve bakım uyguladıkları görülmektedir (116). Bu duruma yönelik Hedström ve arkadaşlarının (2006) yaptığı bir çalışmada; yeni kanser tanısı almış adölesanların yaşadığı distres düzeyinin hemşireler ve doktorlar tarafından değerlendirilme durumu incelenmiştir. Adölesanların arkadaş çevresinden uzaklaşma, okuldan ayrı kalma ve sosyal aktivitelerinin kesintiye uğraması sonucunda yaşadığı psikosozal distres düzeylerinin, özellikle doktorlar tarafından adölesanın sahip olduğu düzeyden daha düşük olarak değerlendirildiği görülmüştür (117). Yapılan çalışmalar, kanserli adölesanların ruh sağlığı sorunları görülmesi açısından önemli bir grubu oluşturduğunu göstermektedir.

Literatür incelendiğinde, kanserli adölesanların %4-19'unda depresyon, %7-10'unda anksiyete görüldüğü belirlenmiştir (118-122). Kanserli adölesanlarda umutsuzluk, depresyon ve anksiyete düzeylerinin doğru bir biçimde değerlendirilmesi ve sağlık bakımının bu bağlamda planlanması önemlidir. Yapılan çalışmalarda bu üç kavramın birbiriyle ilişkili olduğu, kontrol edilemeyen düzeylere ulaştığında ise adölesanın kanser gibi birçok açıdan bireyi savunmasız bırakan ölümcül bir hastalıkla baş edebilme yeteneğini olumsuz etkilediği görülmüştür (115,116,120). Bunun yanı sıra, umutsuzluk, depresyon ve anksiyete, adölesanın tedaviye uyumunu, sağlığı geliştirici davranışlar sergilemesini olumsuz etkilemekte ve tedavinin reddedilmesi durumuna yol açabilmektedir. Uzun süreli yaşanan umutsuzluk, depresyon ve anksiyete kanserli adölesanların fizyolojik iyilik halini ve hastalığın prognozunu olumsuz etkileyen bir durumdur. Hastalıkla baş etmede aile, arkadaş gibi önemli destek sistemlerinin kullanılamamasına, motivasyon kaybına, umutsuzluğa ve kanser tanısının ve tedavinin getirdiği sorunlara karşı direnç gösterilmemesi durumuna yol açmaktadır (123-127). Bu nedenle günümüzde kanserli adölesanların psikosozal boyutunun değerlendirilmesi giderek önem kazanmıştır.

Kanserli adölesanlarla ilgili yapılan literatür çalışmaları incelendiğinde, kanser tanı ve tedavisinin temelde adölesanın yaşantısını olumsuz etkileyecek, umutsuzluk, depresyon ve anksiyeteye yol açabilecek dört faktör bildirilmiştir. Bu dört faktör; dış görünümde meydana gelen değişiklikler, tanı ve tedavinin neden olduğu somatik

belirtiler, bağımsızlık ve otonomi kaybı en son olarak ta okul, arkadaş çevresinden uzaklaşma ve sosyal yaşantının kesintiye uğraması şeklinde özetlenebilir (112-127).

## **2.8. Kanserli Adölesanların Bakımında Hemşirenin Rolü**

Geçmişte yapılan çalışmalarda, kanserli adölesanların tedavisi ve yaşam sürelerinin uzatılması üzerine odaklanılmıştır. Son yirmi yıl içinde giderek artan ve yayılan bir şekilde kanserli hasta ve ailelerinin psikososyal gereksinimlerine olan ilgi artmakta ve kanserli hastalara bakım veren pediatri hemşireliği bu bağlamda önem kazanmaktadır (1). Pediatri hemşirelerine, kanser tanı ve tedavi süreci nedeniyle fiziksel, sosyal ve psikolojik açıdan risk altında olan adölesanların gereksinimlerinin karşılanması açısından büyük sorumluluklar düşmektedir (128).

Pediatri hemşireleri, kanserli adölesanlarla kliniklerde ya da poliklinik gibi ayaktan tedavi ünitelerinde karşılaşmakta ve bakım sunmaktadır. Bu nedenle kanser hastalığının tanı, tedavi, rölaps ve terminal dönem gibi tüm aşamalarında adölesan ve ailelerine sürekli olarak eğitim ve danışmanlık sağlamada kilit role sahiptirler (129,130). Öncelikli olarak hemşirenin, kanser hastalığı ve tedavisi, adölesan üzerindeki psikososyal etkileri ve bu etkilere neden olan etmenler gibi konularda yeterli bilgi düzeyine ve bireysel bakıma aktarabileceği beceriye sahip olması önemlidir (129).

İlk olarak tanı aşamasında, adölesanın ve ailesinin hazır oluşluğu göz önünde bulundurularak, hastalığın önemi, uygulanacak tedavi ve yan etkilere ilişkin tutarlı bilginin verilmesi gereklidir. Yeterli ve tutarlı bilginin, adölesanın yaşadığı umutsuzluk, depresyon ve anksiyete gibi psikososyal sorunların azalmasında etkisi olduğu bildirilmiştir (131-133). Sağlık profesyoneli olarak hemşire, bu bilgilerin aktarımında aktif rol oynamalıdır. Ayrıca tanıyla birlikte adölesanın hastalığa ilişkin verdiği tepkileri gözleme, yanlış algıları, korkuları ve geleceği ilişkin belirsizlik duygularını değerlendirme ve uygun girişimlerde bulunma uzun dönemde yaşanacak ruhsal sorunların önlenmesinde gereklidir (129,132).

Kanser tedavisi hastayı oldukça yoran, fiziksel ve ruhsal olarak dengesinin bozulmasına neden olan, çok zorlu bir süreçtir. Hemşireler ikinci olarak, hastalık ve tedavi kaynaklı semptomların ve istenmeyen etkilerin yönetimini sağlamalıdır. Tedavi sürecinde oluşan ağrı, yorgunluk, bulantı, kusma, saç dökülmesi gibi

semptomların etkin kontrolünün adölesanın yaşadığı distressi azalttığı bilinmektedir. Bu semptomlara yönelik hemşirelik girişimleri, zamanında ve etkin bir şekilde uygulanmalıdır (134).

Daha sonraki aşamalarda, kanser tanı ve tedavi süreciyle birlikte olabildiğince aile, arkadaş ilişkilerinin ve sosyal aktivitelerin sürdürülmesi desteklenmelidir. Adölesanın tanı almadan önceki normal yaşantısını sürdürülebilmesi için, hemşirenin sağlayacağı psikososyal destek önemlidir. Psikososyal destek; adölesan merkezli, açık ve destekleyici iletişimi içerecek şekilde olmalıdır. Bu süreçte adölesanın bağımsızlığı desteklenerek, hastalık tanı ve tedavisi nedeniyle artmış olan bağımlılık duygusunun azaltılması sağlanmalıdır (135).

Adölesan merkezli bakımda hemşire, adölesanın psikososyal destek kaynaklarının ve geleceğe ilişkin hedeflerinin ne olduğunu bilmelidir. Bunların yanı sıra adölesanın aile ve arkadaş ilişkisinin ve geleceğe yönelik beklentilerinin tanı ve tedavi süreciyle nasıl değiştiğini de izlemeli ve sosyal destek sistemlerini aktif tutmaya çalışmalıdır. Bu dönemde akran ilişkileri önem kazanmaktadır. Kanser tanı ve tedavi süreci nedeniyle okula ara verme ve hastaneye yatma gibi durumlar, akran ilişkilerinin engellenmesine yol açmaktadır. Hemşireler kliniklerde, adölesanın akranlarıyla birlikte zaman geçireceği uygun ortam ya da internet ortamı sağlamalı ve öğretmen işbirliği ile okulla bağlantısını sağlayacak yaklaşımlar geliştirmelidir. Bu şekilde sosyal izolasyon duygusu önlenerek yaşanan umutsuzluk, depresyon ve anksiyete düzeyinin azaltılabileceği görülmüştür (131,135). Ayrıca periyodik olarak hemşireler, kanser tedavisi nedeniyle okul ve arkadaş çevresinden uzan kalan adölesanlarla gerçekçi bir biçimde gelecek hakkında ulaşılabilir planlar ve akademik hedefler içeren geleceğe oryantasyon görüşmeleri yaparak adölesana umut verici bir tutum izleyebilirler (113).

Hemşirenin kanserli adölesanın sağlıklı ruhsal gelişimi için olumlu öz benlik ve beden imajı geliştirmesini desteklemesi de önemlidir. Bu nedenle kanserli adölesanın olumlu özelliklerinin vurgulanması, pozitif geri bildirim verilmesi, zayıf ve güçlü yönlerinin belirlenmesi ve en önemlisi de sağlıklı akranları ile ne kadar benzer özelliklere sahip olduğunun vurgulanması gereklidir. Bununla beraber, adölesanların hastane ortamında diğer benzer tanı almış adölesanlarla iletişiminin sağlanması ve hastalık deneyimlerinin paylaşılması da olumlu benlik kavramı

gelişimine neden olmaktadır (15,135). Ayrıca olumlu benlik kavramının gelişimi için, adölesanın kendi bakımı konusunda karar verme ve seçim sürecine dahil edilmesi gereklidir. Yapılan çalışmalar, olumlu beden imajı ve benlik kavramının kanserli adölesanın yaşadığı psikososyal distresi azalttığı yönündedir (14,135).

Pediyatrik onkoloji hemşireleri, kanserli çocuklara verilen bakımın geliştirilmesi ve yeni bakım uygulamaları için araştırmalar yapılmasında öncü kişiler olmalıdır. Bunlara ek olarak hemşireler, kanserli adölesanların yaşadığı umutsuzluk, depresyon ve anksiyete gibi psikososyal sorunların değerlendirilmesi için bu kavramlar hakkında sürekli olarak bilgi düzeylerini arttırmalıdır. Kanserli adölesanlarla yapılmış araştırma sonuçları dikkate alınarak, umutsuzluk, depresyon ve anksiyeteye yol açan etmenlerin önlenmesi ve baş etme becerilerinin geliştirilmesine yönelik hemşirelik yaklaşımlarının planlanması gerekmektedir (130,132,135).

Sonuç olarak, gelişen teknoloji ile birlikte çocukluk çağı kanserlerinin tedavisindeki başarı ve sağ kalım yüzdesi artmıştır. Ancak benzer şekilde, kanser tanı ve tedavisinin yol açtığı psikososyal sorunlar azımsanmayacak düzeydedir (131). Kanserli adölesanlara bakım veren hemşirelerin, tanı ve tedavinin getirdiği zorlu yaşam koşullarının farkında olarak, adölesan döneminin gelişimsel özellikleri doğrultusunda adölesanı, fiziksel yönden olduğu kadar psikososyal açıdan da değerlendirmesi gerekmektedir. Adölesanın sağlıklı ruhsal gelişimi, tedaviye uyumu ve zorlu yaşam olaylarıyla karşılaştığında başa çıkabilmeleri açısından önemlidir.

### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

#### 3.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma, kanserli 15-19 yaş grubu adölesanların umutsuzluk, depresyon ve anksiyete düzeylerinin ilk tanı alıp, tedaviye başlamadan önce ve tedavi başladıktan altı ay sonra farklılık gösterip göstermediğini incelemek amacıyla tanımlayıcı ve karşılaştırmalı olarak yapılmıştır.

#### 3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, Sağlık Bakanlığı (S.B.) Ankara Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hematoloji Onkoloji Eğitim Araştırma Hastanesi Çocuk Onkoloji Servisi ve Polikliniği'ne, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cebeci Hastanesi Çocuk Onkoloji Servisi ve Polikliniği'ne ve Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk Onkoloji Servisi ve Polikliniği'ne tanı ve tedavi amacıyla başvuran 15-19 yaş grubu solid tümörlü adölesanlarla yapılmıştır.

#### **Ankara Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hematoloji Onkoloji Eğitim Araştırma Hastanesi**

Çocuk hematoloji-onkoloji servisi hastanenin 2. katında, çocuk onkoloji polikliniği ise hastanenin 1. katında yer almaktadır. Çocuk hematoloji ve onkoloji servisinde, 2 ay- 18 yaş grubu hematoloji ve onkoloji hastaları tanı ve tedavi amacıyla izlenmektedir. Bu serviste dört tane tek kişilik oda, 11 tane çift kişilik olmak üzere toplam 26 hasta yatağı, bir uzman doktor, bir asistan doktor ve bir tane hemşire odası bulunmaktadır. Serviste toplam 16 hemşire hematoloji ve onkoloji hastalarına bakım vermektedir. Ayrıca servisin girişinde ayaktan kemoterapi tedavisi uygulanan iki yataklı bir oda ve kan alma işlemlerinin yapıldığı bir hemşire odası bulunmaktadır. Bunun yanında serviste okul ünitesi bulunmakta ve bu ünite de bir öğretmen çocukların eğitim ve öğretim faaliyetlerini devam ettirmek için hizmet vermektedir. Serviste günlük olarak hastaları çocuk gelişim uzmanları ziyaret etmektedir. Onkoloji polikliniğinde muayenenin yapıldığı bir doktor odası, kan alma ve ilaç uygulamalarının yapıldığı iki yataklı bir oda bulunmaktadır. Bu poliklinikte bir uzman doktor, bir asistan doktor ve bir hemşire çalışmaktadır.

### **Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cebeci Hastanesi**

Çocuk hematoloji-onkoloji servisi hastanenin 1. katında, çocuk onkoloji polikliniği giriş katında yer almaktadır. Çocuk hematoloji ve onkoloji servisinde, 2 ay- 19 yaş grubu hematoloji ve onkoloji hastaları tanı ve tedavi amacıyla izlenmektedir. Bu serviste, 13 tane çift kişilik olmak üzere 26 hasta yatağı, bir asistan doktor ve bir hemşire odası bulunmaktadır. Hematoloji-onkoloji servislerinde görevli bir çocuk gelişim uzmanı vardır ve hastanede bazı servislerde oyun odası bulunmaktadır. Serviste toplam 12 hemşire hematoloji ve onkoloji hastalarına bakım vermektedir. Çocuk onkoloji polikliniğinde, bir muayene odası, kan alma ve ayaktan kemoterapi tedavisinin yapılması için altı poliklinik yatağı bulunmaktadır. Bu poliklinikte, bir uzman doktor, bir asistan ve iki hemşire çalışmaktadır.

### **Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi**

Gazi Hastanesinde çocuk hematoloji ve onkoloji servisi C blok 15. katta, çocuk onkoloji polikliniği ise D blok 10. katta yer almaktadır. Çocuk hematoloji onkoloji servisinde toplam 12 adet çift kişilik olmak üzere 24 hasta yatağı, bir hemşire odası, bir asistan doktor odası bulunmaktadır. Bu serviste 2 ay-18 yaş grubu hematoloji ve onkoloji hastaları tanı ve tedavi amacıyla izlenmektedir. Serviste gündüzleri kemoterapi uygulamasından sorumlu bir kemoterapi hemşiresiyle birlikte toplam 12 hemşire görev yapmaktadır. Serviste bir çocuk gelişim uzmanı ve psikolog bulunmaktadır. Çocuk onkoloji polikliniğinde muayenenin yapıldığı bir oda, kan alma ve ilaç uygulaması için de ayrı bir oda bulunmaktadır. Poliklinikte bir uzman, bir asistan ve bir hemşire çalışmaktadır.

Araştırma süresince araştırmanın yapıldığı hastanelerin pediatrik onkoloji servisleri ve polikliniklerinde hemşirelerin temel olarak iş merkezli çalıştığı ve primer hemşirelik bakımının verilmediği görülmüştür. Polikliniklerde ve servislerde ailenin görüş ve önerisi doğrultusunda adölesanlara tanısı doktor tarafından söylenmektedir. Bu sürece hemşire dahil edilmemektedir. Kemoterapi ya da diğer tedavi yöntemleriyle ilgili eğitim temel olarak doktorlar tarafından verilmektedir. Kemoterapi tedavisi öncesinde ve sırasında kemoterapi hemşireleri tarafından da hasta ve yakınları bilgilendirilmektedir. Ancak tedavinin etkisi ve yan etkilerinin değerlendirilmesi için sürekli olarak hasta takibi yapılmamaktadır. Servis ve

polikliniklerde hemşireler ağırlıklı olarak tıbbi tedavinin uygulanması, tetkikler için örnek alma, gerekli durumlarda ayaktan kemoterapi tedavisinin yapılması gibi hemşirelik uygulamalarını yerine getirmektedir. Bunun dışında adölesan ve ailesine bütüncül bir bakım hizmeti sunulmamaktadır. Bu ünitelerde çalışan hemşireler, adölesanın tanı ve tedavi nedeniyle yaşadığı psikososyal sorunlardan çok tıbbi tedavinin uygulanmasına yönelmişlerdir. Bu birimlerde adölesanın ruh sağlığı için rutin bir değerlendirme yapılmamakta, ancak primer doktor gerekli gördüğünde ruh sağlığı konsültasyonu istenmektedir.

**Tablo 3.1.** Araştırma Örneklemindeki Solid Tümörlü Adölesanların Hastanelere Göre Dağılımı (1 Ocak- 31 Aralık 2012)

Hastaneler	Hasta Sayısı		
	N	n	%
Ankara Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hematoloji Onkoloji Eğitim Araştırma Hastanesi	30	12	29.2
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cebeci Hastanesi	20	14	34.2
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi	25	15	36.6
Toplam	75	41	100.0

N: evren, n: örneklem

### 3.3. Araştırmanın Evren ve Örnekleme

Araştırmanın evrenini; Ankara Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hematoloji Onkoloji Eğitim Araştırma Hastanesi Çocuk Onkoloji Servisi ve Polikliniği'ne, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cebeci Hastanesi Çocuk Onkoloji Servisi ve Polikliniği'ne, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk Onkoloji Servisi ve Polikliniği'ne bir yıl içinde yeni tanı ve tedavi amacıyla başvuran kanserli 15-19 yaş grubu adölesanlar oluşturmuştur. Bu hastaneler Ankara ilinde en fazla sayıda solid tümörlü adölesanların izlendiği servis ve polikliniklere sahip olduğu için seçilmiştir. Hastane kayıtlarına bakıldığında 2012 yılı içerisinde 15-19 yaş grubunda yeni tanı ve tedavi amacıyla izlenen kanserli adölesan sayısı Ankara Çocuk Sağlığı ve



Hastalıkları Hematoloji Onkoloji Eğitim Araştırma Hastanesi Çocuk Onkoloji Servisi ve Polikliniği'nde 30, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cebeci Hastanesi Çocuk Onkoloji Servisi ve Polikliniği'nde 20, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk Onkoloji Servisi ve Polikliniği'nde 25 olarak belirlenmiştir. Araştırma evrenini, 1 Ocak- 31 Aralık 2012 tarihleri arasında bu kurumlara başvuran toplam 75 adölesan oluşturmaktadır (Tablo 3.1).

Araştırma örnekleminin belirlenmesinde ise; bu üç hastaneye belirlenen dört ay içerisinde yeni tanı ve tedavi amacıyla başvuran solid tümörlü 15-19 yaş grubu adölesanların tümüne ulaşmak hedeflenmiştir. Şubat 2013- Mayıs 2013 tarihleri arasında Ankara Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hematoloji Onkoloji Eğitim Araştırma Hastanesi Çocuk Onkoloji Servisi ve Polikliniği'ne başvuran 15-19 yaş grubu solid tümörlü 12 adölesan, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cebeci Hastanesi Çocuk Onkoloji Servisi ve Polikliniği'ne başvuran 15-19 yaş grubu solid tümörlü 14 adölesan, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk Onkoloji Servisi ve Polikliniği'ne başvuran 15-19 yaş grubu solid tümörlü 15 adölesan olmak üzere toplam 41 adölesan araştırmanın örneklemini oluşturmuştur (Tablo 3.1). Araştırma örneklemine alınan bu adölesanlar tanı anından itibaren başlayarak altıncı aylarında tekrar değerlendirilmiştir. Sonuç olarak veri toplama süreci; Kasım 2013'te her bir adölesan, kanser tedavisinin altıncı ayında olduğu zaman diliminde değerlendirildikten sonra sonlandırılmıştır.

Bu araştırmada araştırma örneklemine alınacak adölesanların 15-19 yaş aralığında olması, bu adölesanların solid tümör tanısı almış olması ve ilk kez tanı ve tedavi için belirtilmiş olan hastanelere başvuruyor olması kriter olarak belirlenmiştir. Araştırma örneklemine alınan solid tümörlü adölesanlar tanı aldıktan sonra ve tedaviye başlamadan önce ilk kez değerlendirilmiş ve tedavi başladıktan altı ay sonra aynı grup tekrar değerlendirilmiştir.

### 3.5. Veri Toplama Araçları

#### 3.5.1. Sosyo-demografik ve Hastalığın Adölesan Üzerindeki Etkilerine İlişkin Veri Formu (Bkz. Ek 3-4)

Bu formlar, ilgili literatürden yararlanarak araştırmacı tarafından oluşturulmuştur (18,25,26,34). Sosyo-demografik ve hastalığın adölesan üzerindeki etkilerine ilişkin veri formu, kanser tanısı almış 15-19 yaş grubu adölesanların umutsuzluk, depresyon ve anksiyete düzeylerini etkileyebileceği düşünülen değişkenlere yönelik soruları içermektedir. Sosyo-demografik veri formu, adölesanın cinsiyeti, yaşı, ailedeki çocuk sayısı, kaçınıcı çocuk olduğu, yaşanılan yer, aile tipi, anne ve babanın hayatta olma durumu, öz ya da üvey oluşu, ebeveynlerin eğitim düzeyleri, çalışma durumları, ailenin ekonomik durumu ve kaçınıcı sınıfa gittiğine yönelik soruları içermektedir. Hastalığa ilişkin veri formunda ise, anne ve baba ile olan ilişkiler, okul başarısının etkilenme durumu, aile-arkadaş tutum ve davranışlarında değişme durumu, sağlık personelinin tanı ve tedaviye ilişkin bilgi verme durumu, günlük yaşantıda meydana gelen değişikliklere yönelik sorular yer almaktadır.

#### 3.5.2. Beck Umutsuzluk Ölçeği

Beck ve arkadaşları gözlemlerinden yola çıkarak ve yapmış oldukları bir dizi çalışma sonucunda umutsuzluk derecesini objektif olarak sayılara dökererek belirlemek için 1974 yılında Beck Umutsuzluk ölçeğini geliştirmişlerdir. Bu ölçek, bireyin geleceğe yönelik olumsuz beklentilerini değerlendirmek amacıyla ergen ve yetişkinlere uygulanır (Bkz. Ek 5). Beck ve arkadaşları tarafından intihar girişiminde bulunan 294 hasta üzerinde uygulanmış ve cronbach alfa güvenirlik katsayısı  $\alpha=0.93$  olarak bulunmuştur (136,137). Ülkemizde ölçeğin geçerlik ve güvenirlik çalışması Seber (1991) ve Durak (1993) tarafından gerçekleştirilmiştir. Ölçeğin Türkçeye çevirisi Seber tarafından 1991 yılında yapılmıştır (138,139). Durak'ın 1994 yılında 15-65 yaş arasında kanser, epilepsi, kronik böbrek yetmezliği gibi kronik rahatsızlığa sahip olan bireyler üzerinde Beck Umutsuzluk Ölçeğinin geçerliği ve güvenirliğini değerlendirmek için yaptığı çalışmasında; 201 çalışma grubu ve 172 karşılaştırma grubu olarak 373 kişi üzerinde ölçek uygulanmıştır. Bu çalışmada elde edilen

cronbach alfa güvenilirlik katsayısı .85 olup, madde-toplam puan korelasyon katsayılarını tüm örneklem üzerinden incelemiş ve en düşük korelasyon kat sayısı  $r=.31$ , en yüksek korelasyon katsayısı  $r=.67$  olarak belirlenmiştir (139).

Beck Umutsuzluk Ölçeği geleceğe ilişkin beklentiler, umut ve motivasyon kaybını içeren, 20 maddeden oluşan ve 0-1 arasında puanlanan bir ölçektir. Maddelerin 11 tanesinde 'evet' seçeneği 9 tanesinde ise 'hayır' seçeneği 1 puan alır. 1, 3, 5, 6, 8, 10, 13, 15. ve 19. sorularda 'hayır'; 2, 4, 7, 9, 11, 12, 14, 16, 17, 18. ve 20. sorulara ise 'evet' yanıtı için birer puan verilir. Bu ölçekten en düşük 0, en yüksek 20 puan alınmaktadır. Alınan puanlar yüksek olduğunda bireydeki umutsuzluğun yüksek olduğu varsayılmaktadır (136-139).

### 3.5.3. Beck Depresyon Ölçeği

Depresyonda görülen somatik, duygusal, bilişsel ve motivasyonel belirtileri ölçmektedir. Ölçeğin amacı depresyon tanısı koymak değil, depresyon belirtilerinin derecesini objektif olarak belirlemektir. Bu ölçek, Beck ve arkadaşları tarafından 1961 yılında geliştirilmiştir. Ölçek, 15 yaşın üzerinde ergen ve yetişkinlere uygulanabilir (Bkz. Ek 6) (136,140). Beck ve arkadaşları 15 yaş üzeri 56 hasta ile yaptıkları çalışmalarında, ölçeğin cronbach alfa güvenilirlik katsayısını .86 olarak belirlemişlerdir (141).

Ülkemizde ölçeğin ilk geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları Tegin (1980) ve Hisli (1988) tarafından yapılmıştır (140,142). Hisli 1988 yılında Beck Depresyon Ölçeğini 15-46 yaş ve üzeri 63 psikiyatri hastasına uyguladığı çalışmasında geçerlik kat sayısını .63 olarak hesaplamıştır. Ayrıca bu çalışmada Beck Depresyon Ölçeğinin kesim noktası incelenmiş, 17 ve üzerinde puan alanlar tedaviye gereksinim gösteren olgular olarak nitelendirilmiştir (143). Benzer şekilde Hisli 1989 yılında 17-22 yaş arasında 259 üniversite öğrencisi ile Beck Depresyon Ölçeğinin geçerliği ve güvenilirliği için yaptığı çalışmasında, madde analizi ve iki yarım test güvenilirliği uygulamış, korelasyon kat sayısını sırasıyla .80 ve .74 olarak bulmuştur (144). Yılmaz (2004) 15 yaş ve üzeri işitme engelli adölesanlarla yaptığı çalışmasında, Beck Depresyon Ölçeğinin iç tutarlılık katsayısını .75 olarak belirlemiştir (145).

Beck Depresyon Ölçeği karamsarlık, başarısızlık duygusu, doyum almama, suçluluk duyguları, huzursuzluk, yorgunluk, iştah azalması, kararsızlık, uyku

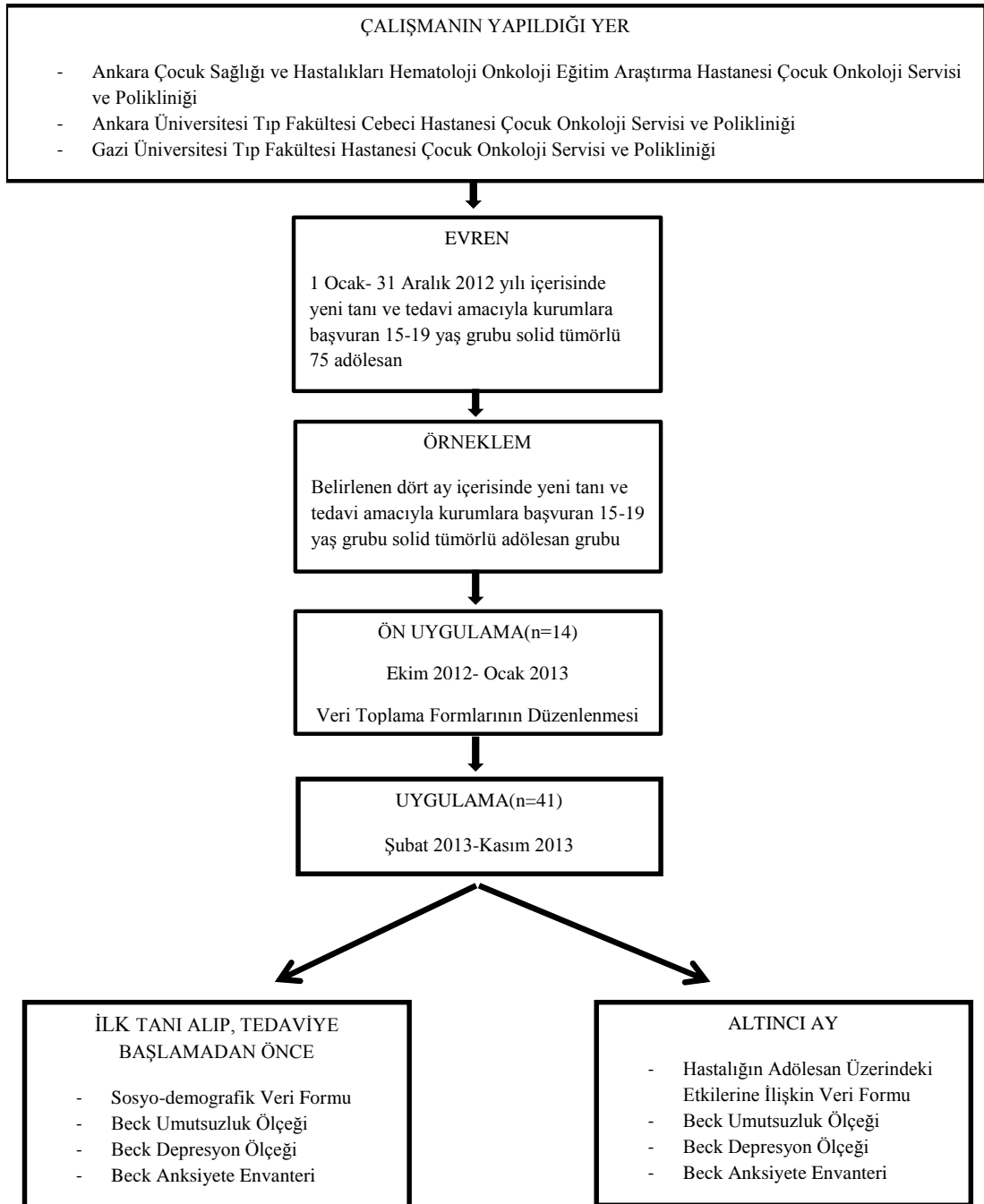
bozukluğu, sosyal çekilme gibi depresif belirtilere ilişkin 21 maddeden oluşmaktadır. Her madde depresyona özgü bir davranışı belirleyen dört dereceli kendini değerlendirme ifadesini içermektedir. Her madde 0 ile 3 arasında puan almaktadır. Bu puanların toplanmasıyla, depresyon puanı elde edilir. Bu ölçekten en düşük 0, en yüksek 63 puan alınmaktadır. Toplam puanın yüksek oluşu, depresyon düzeyinin ya da şiddetinin yüksekliğini göstermektedir (136,142-144).

#### **3.5.4. Beck Anksiyete Envanteri**

Bu envanter, Beck ve arkadaşları tarafından 1988 yılında bireyin yaşadığı anksiyete belirtilerinin sıklığını ölçmek için geliştirilmiştir. Ergen ve yetişkinlere uygulanır (Bkz. Ek 7). Beck'in 13-17 yaş grubu psikiyatrik bozukluğu olan adölesanlarla yaptığı çalışmasında, envanterin cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı .91 olarak belirtilmiştir (136,146).

Ülkemizde envanterin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, Ulusoy ve arkadaşları tarafından 1998 yılında yapılmıştır. Ulusoy'un çalışmasında 177 psikiyatri hastaları üzerinde envanter değerlendirilmiş olup, cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı .93, madde toplam puan korelasyon katsayılarının ise .45 ve .72 arasında değiştiği görülmüştür (147). Liman'ın (2011) 10-19 yaş grubu kronik hastalığı olan 73 adölesanın depresyon ve anksiyete düzeylerini değerlendirdiği çalışmasında, Beck Anksiyete Envanteri kullanılmış ve cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı .83 olduğu belirtilmiştir (148). Osman ve arkadaşları (2002) 14-18 yaş grubu adölesan psikiyatri hastalarında envanterin geçerliği ve güvenilirliğini incelemişler ve cronbach alfa iç tutarlılık katsayısını .91, test-tekrar test güvenilirliği katsayısını .71 olarak bulmuşlardır (149).

Beck Anksiyete Envanteri bedensel ve öznel anksiyete belirtilerini içeren 21 maddeden oluşan, 0-3 arası puanlanan likert tipi bir envanteredir. Her madde için 'Hiç', 'Hafif derecede', 'Orta derecede' ve 'Ciddi derecede' seçeneklerinden biri seçilmektedir. Buna göre bu envanterden en düşük 0, en yüksek 63 puan alınmaktadır. Envanterden alınan toplam puanların yüksekliği, bireyin yaşadığı anksiyetenin şiddetini göstermektedir (136,147).



**Şekil 3.1. Çalışmanın Akış Şeması**

### **3.6. Araştırmanın Uygulanması**

#### **3.6.1. Ön Uygulama**

Sosyo-demografik veri formu ve hastalığın adölesan üzerindeki etkilerine ilişkin veri formu, soruların anlaşılabilirliğinin belirlenmesi amacıyla Ankara Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hematoloji Onkoloji Eğitim Araştırma Hastanesi Çocuk Onkoloji Servisi ve Polikliniği'nde sekiz, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cebeci Hastanesi Çocuk Onkoloji Servisi ve Polikliniği'nde altı olmak üzere, 15-19 yaş grubu solid tümör tanısı alan toplam 14 hastaya Ekim 2012- Ocak 2013 tarihleri arasında uygulanmıştır. Elde edilen sonuçlara göre veri formları yeniden düzenlenmiştir. Ön uygulamaya alınan hastalar araştırma kapsamına alınmamıştır.

#### **3.6.2. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması**

Araştırmaya katılan tüm örneklem grubu için öncelikle olarak adölesanlar ve ailelerine araştırmacı tarafından araştırmanın amacı açıklanmış ve araştırmaya katılan her bir katılımcıdan ve ailelerinden yazılı onam alınmıştır. (Ek 1-2). Araştırma örneklemini oluşturan adölesanlara ilk kanser tanısı aldığı anda, tedaviye başlamadan hemen önce Sosyo-demografik Veri Formu ve Beck Umutsuzluk, Depresyon Ölçeği ve Anksiyete Envanteri uygulanmıştır. Araştırmacı tarafından katılımcılara ölçekler ve envanter hakkında kısa bilgi verilmiş, ölçeklerin başındaki yönergeler okunmuş ve nasıl doldurulacağı anlatılmıştır. Her bir adölesana tedavi sürecinin altıncı ayında Hastalığın Adölesan Üzerindeki Etkilerine İlişkin Veri Formu ve belirtilen ölçekler ve envanter tekrar uygulanmıştır. Araştırma örneklemindeki adölesanlara sosyo-demografik ve hastalığın adölesan üzerindeki etkilerine ilişkin veri formları, ölçekler ve envanter Şubat 2013-Kasım 2013 tarihleri arasında uygulanmıştır. Araştırma örneklemine yönelik veri toplama süreci, seçilen hastanelerde eş zamanlı olarak yürütülmüş ve veri toplama işlemi yüz yüze görüşme ile yapılmıştır. İlk veri toplama sürecinde, örnekleme oluşturan tüm hastalara tanıları kesinleştikten hemen sonra ve tedaviye başlamadan önce onkoloji servislerinde ulaşılmıştır. Altıncı aylarında ise, hastaların randevu tarihleri poliklinikten ya da servisten öğrenilmiş ve kendilerine hasta odalarında ya da poliklinikteki bekleme odalarında veri formu ve Beck Umutsuzluk, Depresyon Ölçekleri ve Anksiyete

Envanteri uygulanmıştır. Sosyo-demografik ve Hastalığın Adölesan Üzerindeki Etkilerine İlişkin Veri Formu adölesanlara açıklanmış ve adölesanların kullandığı ifadelere göre araştırmacı tarafından doldurulmuştur. Ölçekler ve envanter ise adölesanlara açıklaması yapıldıktan sonra kendileri tarafından doldurulmuştur. Veri formları, ölçekler ve envanterin uygulanması ortalama 45 dakika sürmüştür.

### 3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesinde sosyo-demografik ve hastalığın adölesan üzerindeki etkilerine ilişkin veri formunda yer alan tüm bilgiler bağımsız değişken, umutsuzluk, depresyon ve anksiyete düzeyleri ise bağımlı değişken olarak ele alınmıştır.

Araştırmanın veri tabanı bilgisayar ortamında, Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for Windows 20.0 istatistik programı kullanılarak oluşturulmuştur. Araştırma örnekleminin umutsuzluk, depresyon ve anksiyete düzeylerinin ilk tanı ve altıncı ayda değerlendirilmesinde ölçeklerden aldıkları puanlar ortalama ve standart sapma ile gösterilmiştir. Araştırmadan elde edilen verilerin normal dağılım gösterip göstermediğini belirlemek için Kolmogorov-Smirnov Normallik Testi uygulanmıştır. Örneklemin normal dağılım gösterdiği belirlenmiş olup parametrik testler uygulanmıştır. Araştırmada bağımlı ve bağımsız değişkenler arasındaki ilişkiler, veriler normal dağılım gösterdiği için iki eş arasındaki farkın önemlilik testi, iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi ve tek yönlü varyans analizi kullanılarak incelenmiştir.

Veriler yüzde ve frekans dağılımları ile verilmiştir. Tüm bağımsız değişkenler ile kanserli adölesanların Beck Umutsuzluk, Depresyon ölçeklerinden ve Anksiyete envanterinden ilk tanı ve tanıdan sonraki altıncı ayda aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılmasında iki eş arasındaki farkın önemlilik testi uygulanmıştır. Bu çalışmada, tüm çalışma örneklemini için Beck Umutsuzluk, Depresyon ölçeklerinin ve Anksiyete envanterinin güvenilirliği (cronbach alfa değerleri) ilk tanı ve altıncı ayda hesaplanmıştır (Tablo 3.3)

**Tablo 3.2.** Araştırma Örnekleminin Normal Dağılım Gösterdiğine İlişkin Test Sonuçları

Özellikler	Kolmogorov-Smirnov Normallik Testi		
	Statistic	df	p
<b>Umutsuzluk</b> (İlk Tanı)	0.191	41	0.051
(6. Ay)	0.207	41	0.060
<b>Depresyon</b> (İlk Tanı)	0.207	41	0.072
(6. Ay)	0.125	41	0.105
<b>Anksiyete</b> (İlk Tanı)	0.170	41	0.084
(6. Ay)	0.174	41	0.103

İlk tanı ve altıncı aydaki Beck Umutsuzluk, Depresyon ölçekleri ve Anksiyete envanteri için  $p > 0.05$  olduğundan örneklemin normal dağılım gösterdiği söylenebilir.

**Tablo 3.3.** Beck Umutsuzluk, Depresyon Ölçeklerinin ve Anksiyete Envanterinin Çalışmada Elde Edilen Cronbach Alfa Değerleri

Özellikler	Soru sayısı	Cronbach' s Alpha (İlk Tanı)	Cronbach' s Alpha (6. ay)
<b>Umutsuzluk</b>	20	0.917	0.805
<b>Depresyon</b>	21	0.933	0.825
<b>Anksiyete</b>	21	0.894	0.871

Çalışmamızda kullanılan testlerin tümünün yüksek derecede güvenilirlik puanı aldığı görülmüştür ( $0,80 \leq \alpha < 1,00$ ).



### **3.8 Araştırmanın Etik Boyutu**

Araştırmanın yapılabilmesi için T.C. Ankara Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi ve Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Başhekimliklerinden yazılı izin alınmıştır (Bkz. Ek 9, Ek 10, Ek 11, Ek 12). Ayrıca çalışmanın yapılabilmesi için Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 04.07.2012 tarihli ve B.30.2.HAC.0.20.05.04/507 sayılı izni (Bkz. Ek 8), araştırmaya katılan adölesan ve ailelerinden rıza onam formu (Bkz. Ek 1, Ek 2) alınmıştır.

## **4. BULGULAR**

Bu bölümde kanserli 15-19 yaş grubu adölesanların umutsuzluk, depresyon ve anksiyete düzeylerinin incelenmesi amacıyla yapılan araştırmadan elde edilen bulgular aşağıda belirtilen başlıklar altında ele alınmıştır.

### **4.1. Kanserli Adölesanların ve Ebeveynlerinin Tanıtıcı Özellikleri**

### **4.2.Kanserli Adölesanların Beck Umutsuzluk, Depresyon Ölçeği ve Anksiyete Envanteri Puan Ortalaması**

### **4.3.Beck Umutsuzluk, Depresyon Ölçeği ve Anksiyete Envanteri Arasındaki İlişki**

#### 4.1. Kanserli Adölesanların ve Ebeveynlerinin Tanıtıcı Özellikleri

**Tablo 4.1.1.** Kanserli Adölesanların ve Ebeveynlerinin Tanıtıcı Özellikleri

Tanıtıcı Özellikler	Örneklem (n=41)	
	n	%
<b>Cinsiyet</b>		
Kız	19	46.3
Erkek	22	53.7
<b>Yaş</b>		
15	23	56.1
16-19	18	43.9
<b>Ailedeki Çocuk Sayısı</b>		
1-2	24	58.5
3 ve üzeri	17	41.5
<b>Kaçıncı Çocuk Olduğu</b>		
1.	20	48.8
2-3.	17	41.5
4. ve üzeri	4	9.7
<b>Kaçıncı Sınıfta Olduğu</b>		
Okula gitmiyor	2	4.9
9. sınıf	23	56.1
10.-11.12. sınıf	16	39.0
<b>Ailenin Yaşadığı Yer</b>		
İl Merkezi	28	68.3
İlçe Merkezi ve Köy	13	31.7
<b>Aile Tipi</b>		
Çekirdek Aile	30	73.2
Geniş Aile	5	12.2
Tek Ebeveyn	6	14.6
<b>Anne Eğitim Durumu*</b>		
Okuryazar değil	4	10.2
İlkokul-Ortaokul mezunu	27	69.2
Lise-Üniversite mezunu	8	20.6

**Tablo 4.1.1.(Devamı) Kanserli Adölesanların ve Ebeveynlerinin Tanıtıcı Özellikleri**

<b>Anne Çalışma Durumu</b>		
Evet	4	10.2
Hayır	35	89.8
<b>Anne Mesleği</b>		
Ev hanımı	35	89.8
İşçi, Memur ve Serbest Meslek	4	10.2
<b>Baba Eğitim Durumu</b>		
Okuryazar değil	2	4.9
İlkokul-Ortaokul mezunu	26	63.4
Lise-Üniversite mezunu	13	31.7
<b>Baba Çalışma Durumu</b>		
Evet	37	90.2
Hayır	4	9.8
<b>Baba Mesleği</b>		
İşçi ve Memur	22	53.7
İşsiz	3	7.3
Serbest Meslek	16	39.0
<b>Ekonomik Durumu Algılama</b>		
Yoksul	12	29.3
Orta	29	70.7

\* Araştırma örnekleminde iki adölesanın annesi yaşamadığı için anne ile ilgili sorular n= 39 üzerinden değerlendirilmiştir.

Tablo 4.1.1’de araştırma kapsamına alınan adölesanların ve ebeveynlerinin tanıtıcı özelliklerinin dağılımı yer almaktadır. Örnekleimde yer alan erkeklerin oranının (%53.7) (n=22) kızlardan (%46.3) (n=19) daha fazla olduğu belirlenmiştir. Yaş dağılımına bakıldığında ise adölesanların daha çok 15 yaş grubunda (%56.1) (n=23) olduğu görülmüştür. Araştırma örnekleminde yer alan adölesanların yarısından fazlasının (%56.1) (n=23) 9. sınıfa gittiği görülmektedir.

Adölesanların ailelerinin yarısından fazlasının (%58.5) (n=24) 1-2 çocuğu bulunmaktadır ve çoğunun (%68.3) (n= 28) il merkezinde yaşadığı görülmüştür. Aile tipine bakıldığında, adölesanların çoğunun (%73.2) (n=30) çekirdek aile olduğu ve altı adölesanın ise boşanma ve ölüm nedeniyle tek ebeveynli olduğu (%16.4) belirlenmiştir. Ayrıca örneklemdaki adölesanların hepsinin babasının hayatta ve öz

olduğu, iki adölesanın ise annesinin hayatta olmadığı (%4.9) görülmüştür, hayatta olan anneler ise adölesanların öz annesidir.

Adölesanlara ailelerinin ekonomik durumu sorulduğunda, %29.3'nün (n=12) ekonomik durumlarını yoksul, %70.7'sinin (n=29) orta olarak algıladıkları görülmüştür.

Adölesanların annelerinin çoğunun (%69.2) (n=27) ilkokul-ortaokul mezunu olduğu görülmektedir. Okur-yazar olmayanların oranı %10.2 iken, lise-üniversite öğrenim düzeyine sahip annelerin oranı %20.6'dır. Annelerin çoğunun çalışmadığı ve ev hanımı olduğu belirlenmiştir (%89.6, %87.0).

Araştırmaya katılan adölesanların babalarının çoğunun (%63.4) (n=26) ilkokul-ortaokul mezunu olduğu görülmektedir. Okur-yazar olmayanların oranı %4.9 iken, lise-üniversite öğrenim düzeyine sahip babaların oranı %31.7'dir. Babaların %53.7'sinin işçi ve memur, %39.0'nın serbest meslek sahibi olduğu ve %7.3'nün işsiz olduğu görülmüştür.

**Tablo 4.1.2.** Adölesanlara Konulan Tanıların Dağılımı

Özellikler	Örneklem (n=41)	
	n	%
<b>Hastalık</b>		
Hodgkin's Lenfoma	11	26.8
Non Hodgkin's Lenfoma	6	14.6
Santral Sinir Sistemi Tümörü	6	14.6
Osteosarkom	6	14.6
Rabdomyosarkom	5	12.2
Ewing Sarkom	2	4.9
Burkitt's Lenfoma	2	4.9
Germ Hücreli Tümör	2	4.9
Böbrek Malign Neoplazma	1	2.5

Tablo 4.1.2'de araştırmada yer alan adölesanların tanıların dağılımı yer almaktadır. Buna göre; adölesanların çoğunun (%26.8) (n=11) Hodgkin's lenfoma tanısı aldığı görülmektedir. Non Hodgkin's lenfoma, santral sinir sistemi tümörü ve osteosarkom tanısına sahip olan adölesanların oranları %14.6'dır (n=6). Bu tanıların

yanı sıra, adölesanların %12.2'si (n=5) rabdomyosarkom, %4.9 oranları ile Ewing sarkom (n=2), Burkitt's lenfoma (n=2) ve germ hücreli tümör (n=2), %2.5'i (n=1) böbrek malign tümörüne sahiptir.

**Tablo 4.1.3.** Kanserli Adölesanların Altıncı Ayında Anne ve Baba İlişkiyle İlgili Görüşleri

Özellikler	Örneklem (n=41)	
	n	%
<b>Anne/Baba İlişkisi</b>		
Anne ve babası ile paylaşımları olmayanlar	7	17.1
Anne ile arkadaş gibi olup tüm sıkıntılarını paylaşanlar	15	36.6
Anne ve babası ile yakın olan sorunlarını onlarla çözebilenler	19	46.3

Tablo 4.1.3'te hastalığın altıncı ayında çalışmada yer alan adölesanların anne ve baba ile olan ilişkisi değerlendirildiğinde, adölesanların %46.3'ünün (n=19) anne ve babası ile yakın olup, sorunlarını ebeveynleri ile çözdüğü, %36.6'sının (n=15) anne ile arkadaş gibi olup, sıkıntılarını anne ile paylaştığı ve adölesanların %17.1'inde (n=7) ebeveynleri ile paylaşımlarının olmadığı görülmüştür.

**Tablo 4.1.4.** Hastalığın Adölesanlar Üzerindeki Etkisi

Etkisi	Örneklem (n=41)	
	n	%
<b>Okula Ara Vermenin Etkisi*</b>		
Akran grubundan uzaklaşma ve yalnız kalma	25	64.1
Akademik başarısızlık	14	35.9
<b>Arkadaş İlişkilerine Etkisi</b>		
Beden imajı değişikliği nedeniyle akran grubundan uzaklaşma yalnızlık, sosyal izolasyon	25	61.0
Hastalık sonrası arkadaşları ile daha yakın ilişki kurma	16	39.0
<b>Aile İlişkilerine Etkisi</b>		
Anne ve baba ilgisinde artma, ilgiden memnun olma	16	39.0
Anne ve babanın her şeye karışması nedeniyle kendini bağımlı hissetme	22	53.7
Ailesiyle ilişkisi değişmeyenler	3	7.3
<b>Günlük Yaşam Üzerindeki Etkisi</b>		
Okula devam edememe	9	22.0
Ebeveynlere bağımlılığın artması	10	24.4
Arkadaş ilişkilerinde ve sosyal aktivitelerde azalma	12	29.2
Tedaviye bağlı( bulantı, kusma, yorgunluk, ağrı vb.) semptomlar ve beden imajında bozulma	10	24.4

\*Araştırma örneğinde iki adölesan okula gitmediği için ilgili soruyu yanıtlamamıştır. Yüzdeler n=39 üzerinden değerlendirilmiştir.

Tablo 4.1.4'te hastalık ve tedavinin adölesanlar üzerindeki etkisine ilişkin özelliklerin dağılımı yer almaktadır.

Çalışmada yer alan adölesanların %95.1'i (n=39) hastalık ve tedavi süreci nedeniyle okula ara verdiklerini belirtmişlerdir. İki adölesanın (%4.9) ise hiç okula gitmediği belirlenmiştir. Okula ara vermenin adölesanları nasıl etkilediği sorulduğunda, adölesanların %64.1'i (n=25) akran grubundan uzaklaşma ve yalnızlığa neden olduğunu, %35.9'u (n=14) ise akademik başarısızlık yaşadıklarını ifade etmişlerdir.

Hastalığın arkadaş ilişkilerine etkisi değerlendirildiğinde, adölesanların çoğunun (%61.0) (n=25) hastalık ve tedaviye bağlı beden imajı değişikliği nedeniyle akran grubundan uzaklaştıkları, yalnızlık ve sosyal izolasyon yaşadıkları görülmüştür. Ancak 16 adölesan (%35.9) hastalık sonrası arkadaşları ile daha yakın ilişki kurduklarını ifade etmişlerdir.

Hastalığın adölesanların aileleri ile olan ilişkilerine etkisi değerlendirildiğinde, onların %53.7'si (n=22) anne ve babanın her şeye karışması nedeniyle kendilerini bağımlı hissettiklerini belirtmiştir. Ancak 16 adölesanın

(%39.0) anne ve babasının artan ilgisinden memnun olduğu ve üç adölesanın (%7.3) ise hastalık sonrası anne ve babası ile olan ilişkisinin değişmediği görülmüştür.

Hastalığın adölesanların günlük yaşamları üzerindeki etkisine bakıldığında, adölesanların %22'sinin (n=9) okula devam edemediği, %24.4'nün (n=10) ebeveynlere bağımlılığın arttığı %29.2'sinin (n=12) arkadaş ilişkilerinde ve sosyal aktivitelerinde azalma olduğu, %24.4'ünün (n=10) tedaviye bağlı (bulantı, kusma, yorgunluk, ağrı vb.) semptomlar yaşadığı ve beden imajında bozulma olduğu görülmüştür.

#### 4.2. Kanserli Adölesanların Beck Umutsuzluk, Depresyon Ölçeği ve Anksiyete Envanteri Puan Ortalaması

**Tablo 4.2.1.** Kanserli Adölesanların Beck Umutsuzluk, Depresyon Ölçeği ve Anksiyete Envanteri Puan Ortalamalarının Dağılımı

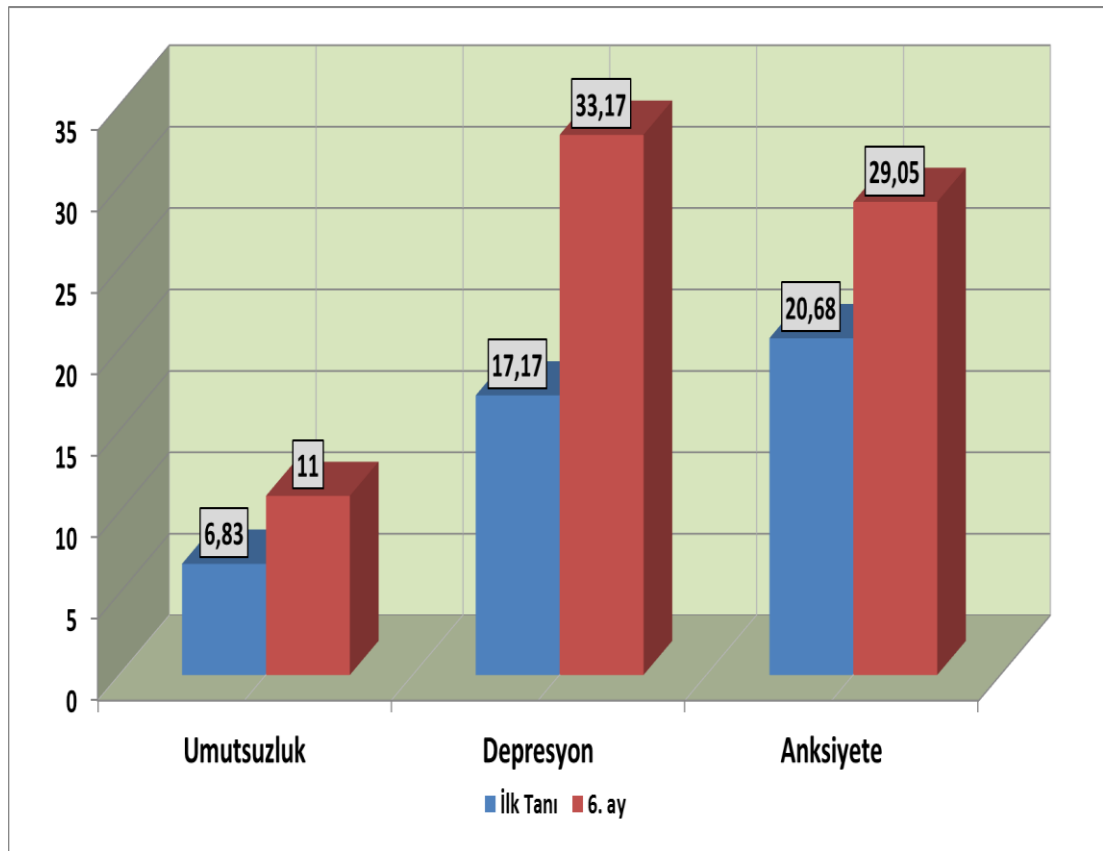
Özellikler	n	İlk Tanı ( $\bar{x} \pm s_x$ )	6. Ay ( $\bar{x} \pm s_x$ )	t p
Umutsuzluk	41	6.83±5.843	11.00±4.153	-4.056 p<0.001
Depresyon	41	17.17±11.146	33.17±6.913	-9.640 p<0.001
Anksiyete	41	20.68±11.035	29.05±8.743	-4.102 p<0.001

Tablo 4.2.1'de kanserli adölesanların Beck Umutsuzluk, Depresyon Ölçeği ve Anksiyete Envanteri puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır. Buna göre, adölesanların altıncı ayda Beck Umutsuzluk, Depresyon ölçeği ve Anksiyete envanterinden aldıkları puan ortalamalarının (11.00±4.153, 33.17±6.913, 29.05±8.743), ilk tanı anında elde edilen puan ortalamalarından (6.83±5.843, 17.17±11.146, 20.68±11.035) daha yüksek olduğu bulunmuştur ve bu farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu görülmüştür (p<0.05). Bunun yanında ilk tanı



anına göre umutsuzluk ve depresyon puan ortalamalarında anksiyeteye göre daha fazla artış olduğu görülmektedir.

Beck Depresyon Ölçeğine göre, puan ortalamaları 17 ve üzeri olan adölesanlar klinik açıdan tedaviye gereksinimleri olan olgular olarak değerlendirilmektedir. Çalışmamızda ilk tanı anında ve altıncı ayda adölesanların depresyon puan ortalamalarının kesim noktasından yüksek olduğu görülmektedir. Bu açıdan altıncı ayda daha fazla olmak üzere kanserli adölesanların klinik açıdan ruhsal tedavi ve bakım yaklaşımına gereksinimleri olduğu saptanmıştır.



**Grafik 4.2.1.** Kanserli Adölesanların Beck Umutsuzluk, Depresyon Ölçeği ve Anksiyete Envanteri Puan Ortalamalarının Dağılımı

**Tablo 4.2.2.** Kanserli Adölesanların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Beck Umutsuzluk, Depresyon Ölçeği ve Anksiyete Envanteri Puan Ortalamalarının Dağılımı

Özellikler	Umutsuzluk				Depresyon				Anksiyete			
	n	İlk Tanı ( $\bar{x} \pm s_x$ )	6. Ay ( $\bar{x} \pm s_x$ )	t p	n	İlk Tanı ( $\bar{x} \pm s_x$ )	6. Ay ( $\bar{x} \pm s_x$ )	t p	n	İlk Tanı ( $\bar{x} \pm s_x$ )	6. Ay ( $\bar{x} \pm s_x$ )	t p
<b>Cinsiyet</b>												
Kız	19	6.58±5.757	10.58±3.990	-3.342 0.004	19	19.37±13.392	34.21±8.567	-5.607 p<0.001	19	21.58±11.710	29.95±10.206	-2.565 0.019
Erkek	22	7.05±6.043	11.36±4.348	-2.633 0.016	22	15.27±8.647	32.27±5.128	-8.024 p<0.001	22	19.91±10.631	28.27±7.414	-3.187 0.004
<b>Yaş</b>												
15	23	7.43±5.124	11.04±4.405	-2.435 0.023	23	18.87±12.136	33.52±7.656	-6.281 p<0.001	23	23.00±12.880	31.17±8.122	-2.679 0.014
16-19	18	6.05±6.725	10.94±3.932	-3.475 0.003	18	15.00±9.634	32.72±6.017	-7.587 p<0.001	18	17.72±7.434	26.33±8.977	-3.281 0.004
<b>Ailedeki Çocuk Sayısı</b>												
1-2 çocuk	4	5.25±5.160	11.50±4.242	-4.793 p<0.001	24	13.79±8.885	31.66±5.783	-9.470 p<0.001	24	22.08±11.244	27.08±8.123	-1.865 0.075
3 ve üzeri çocuk	17	9.06±6.169	10.29±4.042	-0.873 0.396	17	21.94±12.482	35.29±7.951	-4.545 p<0.001	17	18.71±10.751	31.82±9.070	-4,613 p<0.001
<b>Kaçıncı Çocuk Olduğu</b>												
1.	20	5.90±6.357	12.15±4.344	-4.314 p<0.001	20	15.75±11.638	33.20±7.208	-8.387 p<0.001	20	24.00±11.457	28.15±10.043	-1.385 0.182
2-3.	17	7.94±5.379	10.35±3.936	-1.600 0.129	17	19.29±11.777	33.24±7.180	-4.536 p<0.001	17	18.65±10.361	30.94±7.636	-3.898 0.001
4. ve üzeri	4	6.75±5.679	8.00±2.160	-0.360 0.743	4	15.25±3.862	32.75±5.737	-4.506 p<0.001	4	12.75±6.238	25.50±5.196	-13.471 0.001

**Tablo 4.2.2.** (Devamı) Kanserli Adölesanların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Beck Umutsuzluk, Depresyon Ölçeği ve Anksiyete Envateri Puan Ortalamalarının Dağılımı

<b>Ekonomik Durumu Algılama</b>												
<b>Yoksul</b>	<b>12</b>	<b>6.91±5.230</b>	<b>11.75±5.276</b>	<b>-2.343 0.039</b>	<b>12</b>	<b>14.75±5.754</b>	<b>34.33±7.643</b>	<b>-12.843 p&lt;0.001</b>	<b>12</b>	<b>21.50±14.767</b>	<b>30.17±9.163</b>	<b>-1.856 0.090</b>
<b>Orta</b>	<b>29</b>	<b>6.79±6.166</b>	<b>10.69±3.655</b>	<b>-3.254 0.003</b>	<b>29</b>	<b>18.17±12.685</b>	<b>32.69±6.671</b>	<b>-6.546 p&lt;0.001</b>	<b>29</b>	<b>20.34±9.374</b>	<b>28.59±8.687</b>	<b>-3.741 0.001</b>
<b>Kaçınıcı Sınıfa Olduğu</b>												
<b>9. Sınıf</b>	<b>23</b>	<b>7.04±4.685</b>	<b>10.91±4.155</b>	<b>-2.617 0.016</b>	<b>23</b>	<b>17.17±11.006</b>	<b>32.65±6.371</b>	<b>-6.592 p&lt;0.001</b>	<b>23</b>	<b>22.17±12.998</b>	<b>30.04±7.029</b>	<b>-2.616 0.016</b>
<b>10.-11.-12. Sınıf</b>	<b>16</b>	<b>5.87±6.907</b>	<b>10.25±3.660</b>	<b>-2.901 0.011</b>	<b>16</b>	<b>16.69±12.256</b>	<b>33.38±8.040</b>	<b>-6.253 p&lt;0.001</b>	<b>16</b>	<b>18.88±7.632</b>	<b>27.13±11.112</b>	<b>-2.843 0.012</b>

Tablo 4.2.2’de kanserli adölesanların tanıtıcı özelliklerine göre Beck Umutsuzluk, Depresyon ölçeği ve Anksiyete envanteri (BUÖ, BDÖ ve BAE) puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır.

Cinsiyete göre, kız adölesanların altıncı aydaki Beck Umutsuzluk, Depresyon Ölçeği ve Anksiyete Envanteri puan ortalamalarının (10.58±3.990, 34.21±8.567, 29.95±10.206) ilk tanı anındaki puan ortalamalarına (6.58±5.757, 19.37±13.392, 21.58±11.710) göre daha yüksek olduğu saptanmış ve aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Erkek adölesanların da benzer şekilde altıncı aydaki Beck Umutsuzluk, Depresyon Ölçeği ve Anksiyete Envanteri puan ortalamalarının (11.36±4.348, 32.27±5.128, 28.27±7.414) ilk tanı anındaki puan ortalamalarına (7.05±6.043, 15.27±8.647, 19.91±10.631) göre daha yüksek olduğu saptanmıştır ve aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Kız ve erkek adölesanların umutsuzluk, depresyon ve anksiyete puan ortalamaları karşılaştırıldığında ise, altıncı aydaki erkek adölesanların Beck Umutsuzluk Ölçeği puan ortalamalarının kız adölesanlara göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Kız adölesanların ise erkeklere göre ilk tanı ve altıncı aydaki Beck Depresyon Ölçeği ve Anksiyete Envanteri puan ortalamalarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Ancak belirtilen bu farklar istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

Yaşa göre 15, 16-19 yaş grubu kanserli adölesanların BUÖ, BDÖ ve BAE puan ortalamaları incelendiğinde, iki grubunda altıncı ayındaki BUÖ, BDÖ ve BAE puan ortalamalarının ilk tanı anındaki ortalamalara göre daha yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel açıdan da anlamlı olduğu bulunmuştur ( $p<0.05$ ).

Ailedeki çocuk sayısına göre 1-2 çocuk olan grupta altıncı aydaki BUÖ, BDÖ puan ortalamalarının (11.50±4.242, 31.66±5.783), ilk tanı anındaki puan ortalamalarına (5.25±5.160, 13.79±8.885) göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Altıncı ayda ölçek puan ortalamalarındaki bu artışın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu görülmüştür ( $p<0.05$ ). Üç ve üzeri çocuk sayısına sahip grupta BUÖ, BDÖ ve BAE için altıncı aydaki puan ortalamaları (10.29±4.042, 35.29±7.951, 31.82±9.070) ilk tanı anındakine (9.06±6.169, 21.94±12.482, 18.71±10.751) göre yüksek bulunmuştur. Bu grup için, BUÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak önemli bir fark olmadığı ( $p>0.05$ ), ancak BDÖ ve BAE puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu görülmüştür ( $p<0.05$ ).

Adölesanın kaçınıcı çocuk olduğuna göre, BUÖ, BDÖ ve BAE puan ortalamalarının dağılımına bakıldığında, tüm gruplar için altınıcı aydaki ölçek puan ortalamaları, ilk tanı anına göre daha yüksek bulunmuştur. Ancak 1. çocuk olan grupta ölçek puan ortalamaları arasındaki artış BUÖ ve BDÖ, 2-3. ve 4. ve üzeri çocuk olan grupta ise ölçek puan ortalamaları arasındaki artış BDÖ ve BAE için istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ).

Adölesanın ailenin ekonomik durumunu algılama biçimi değerlendirildiğinde, yoksul olarak algılayan adölesanların altınıcı aydaki BUÖ, BDÖ ve BAE puan ortalamalarının ( $11.75\pm 5.276$ ,  $34.33\pm 7.643$ ,  $30.17\pm 9.163$ ) ilk tanı anındaki puan ortalamalarına ( $6.91\pm 5.230$ ,  $14.75\pm 5.754$ ,  $21.50\pm 14.767$ ) göre yüksek olduğu görölmüş olup, bu farkın BUÖ ve BDÖ puan ortalamaları için istatistiksel açıdan anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ). Ekonomik durumunu orta olarak algılayan adölesanların da benzer şekilde altınıcı aydaki BUÖ, BDÖ ve BAE puan ortalamalarının ( $10.69\pm 3.655$ ,  $32.69\pm 6.671$ ,  $28.59\pm 8.687$ ) ilk tanı anına ( $6.79\pm 6.166$ ,  $18.17\pm 12.685$ ,  $20.34\pm 9.374$ ) göre daha yüksek olduğu saptanmıştır ve aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlıdır ( $p<0.05$ ).

Adölesanın kaçınıcı sınıfta olduğuna göre BUÖ, BDÖ ve BAE puan ortalamaları incelendiğinde, iki grubun da altınıcı aydaki BUÖ, BDÖ ve BAE puan ortalamaları ilk tanı anındaki puan ortalamalarına göre daha yüksek bulunmuştur. Altınıcı ayda BUÖ, BDÖ ve BAE puan ortalamalarındaki artışın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu görölmüştür ( $p<0.05$ ).

Ailenin yaşadığı yer, aile tipi, anne ve babanın hayatta ve öz/üvey olma durumu, eğitim düzeyi ve çalışma durumuna göre umutsuzluk, depresyon ve anksiyete puan ortalamalarının ilk tanı anında ve altınıcı aydaki dağılımlarına bakıldığında, puan ortalamalarının bu değişkenlere göre anlamlı bir farklılık göstermediği belirlenmiştir ( $p>0.05$ ).

**Tablo 4.2.3.** Hastalığın Adölesanlar Üzerindeki Etkisine Göre Beck Umutsuzluk, Depresyon Ölçeği ve Anksiyete Envanteri Puan Ortalamalarının Dağılımı

Hastalığın Etkileri	Umutsuzluk				Depresyon				Anksiyete			
	n	İlk Tanı ( $\bar{x} \pm s_x$ )	6. Ay ( $\bar{x} \pm s_x$ )	t p	n	İlk Tanı ( $\bar{x} \pm s_x$ )	6. Ay ( $\bar{x} \pm s_x$ )	t p	n	İlk Tanı ( $\bar{x} \pm s_x$ )	6. Ay ( $\bar{x} \pm s_x$ )	t p
<b>Anne / Baba İlişkisi</b>												
Anne ve babası ile paylaşımları olmayanlar	7	5.29±6.047	10.86±4.488	-3.855 0.008	7	18.86±13.284	35.14±9.263	-4.704 0.003	7	17.43±8.560	29.71±11.799	-3.296 0.016
Anne ile arkadaş gibi olup tüm sıkıntılarını paylaşanlar	15	7.73±5.147	11.20±4.296	-1.962 0.070	15	17.73±8.560	35.20±6.940	-5.240 p<0.001	15	20.86±9.672	31.67±7.979	-3.001 0.010
Anne ve babası ile yakın olan sorunlarını onlarla çözebilenler	19	6.68±6.438	10.89±4.148	-2.501 0.022	19	16.11±9.591	30.84±5.429	-6.776 p<0.001	19	21.74±12.96	26.74±7.901	-1.659 0.114
<b>Okula Ara Vermenin Etkisi</b>												
Akran grubundan uzaklaşma ve yalnız kalma	25	5.88±5.509	10.36±3.762	-3.686 0.500	25	18.44±12.958	34.52±7.428	-6.681 p<0.001	25	20.32±11.68	28.72±10.529	-3.091 0.005
Akademik başarısızlık	14	7.79±5,885	11.14±4.294	-1.646 0.124	14	14.35±7.550	30.14±5.347	-6.615 p<0.001	14	21.71±10.40	29.07±5.269	-2.136 0.052
<b>Arkadaş İlişkilerine Etkisi</b>												
Beden imajı değişikliği nedeniyle akran grubundan uzaklaşma, yalnızlık, sosyal izolasyon	25	6.83±5.982	11.00±3.865	-2.249 0.041	18	17.61±11.612	34.89±6.425	-6.949 p<0.001	18	22.94±11.17	30.28±7.598	-2.606 0.018
Hastalık sonrası arkadaşları ile daha yakın ilişki kurma	16	5.00±5,503	9.50±4.309	-1.584 0.157	8	15.75±12.279	30.87±5.914	-3.274 0.014	8	18.87±8.887	23.50±11.439	-0.792 0.454

**Tablo 4.2.3.** (Devamı) Hastalığın Adölesanlar Üzerindeki Etkisine Göre Beck Umutsuzluk, Depresyon Ölçeği ve Anksiyete Envanteri Puan Ortalamalarının Dağılımı

<b>Aile İlişkilerine Etkisi</b>												
Anne ve baba ilgisinde artma ve ilgiden memnun olma	16	5.75±5.927	11.00±3.983	0.333 0.795	16	16.00±10.086	33.13±7.347	-0.243 0.848	16	19.75±8.559	28.75±9.248	-2.111 0.282
<b>Anne ve babanın her şeye karışması nedeniyle kendini bağımlı hissetme</b>	<b>22</b>	<b>7.18±5.526</b>	<b>11.27±4.526</b>	<b>-3.290 0.005</b>	<b>22</b>	<b>15.68±9.275</b>	<b>33.14±7.199</b>	<b>-7.971 p&lt;0.001</b>	<b>22</b>	<b>22.45±12.40</b>	<b>29.45±8.932</b>	<b>-3.070 0.008</b>
Ailesiyle ilişkisi değişmeyenler	3	10.00±8.54	9.00±2.000	0.218 0.848	3	34.33±18.475	33.67±2.516	0.056 0.960	3	12.67±11.55	27.67±6.658	-2.466 0.133
<b>Günlük Yaşam Üzerindeki Etkisi</b>												
<b>Okula devam edememe</b>	<b>9</b>	<b>4.78±5.191</b>	<b>10.22±4.576</b>	<b>-2.033 0.076</b>	<b>9</b>	<b>16.89±11.983</b>	<b>30.78±5.540</b>	<b>-3.262 0.011</b>	<b>9</b>	<b>18.67±8.336</b>	<b>24.33±10.988</b>	<b>-1.078 0.312</b>
<b>Ebeveynlere bağımlılığın artması</b>	<b>10</b>	<b>6.60±5.037</b>	<b>10.10±3.212</b>	<b>-3.796 0.004</b>	<b>10</b>	<b>18.70±11.860</b>	<b>36.70±6.515</b>	<b>-6.548 p&lt;0.001</b>	<b>10</b>	<b>25.40±12.02</b>	<b>31.80±8.443</b>	<b>-1.606 0.143</b>
<b>Arkadaş ilişkilerinde ve sosyal aktivitelerde azalma</b>	<b>12</b>	<b>8.42±6.734</b>	<b>11.08±4.033</b>	<b>-1.124 0.285</b>	<b>12</b>	<b>18.91±13.066</b>	<b>33.75±8.012</b>	<b>-3.608 0.004</b>	<b>12</b>	<b>18.00±8.883</b>	<b>30.42±8.554</b>	<b>-3.275 0.007</b>
<b>Tedaviye bağlı (bulantı, kusma, yorgunluk, ağrı vb.) semptomlar ve beden imajında bozulma</b>	<b>10</b>	<b>7.00±6.271</b>	<b>12.50±4.882</b>	<b>-2.853 0.019</b>	<b>10</b>	<b>13.80±7.598</b>	<b>31.10±6.279</b>	<b>-11.967 p&lt;0.001</b>	<b>10</b>	<b>21.00±14.14</b>	<b>28.90±6.208</b>	<b>-2.159 0.059</b>

Tablo 4.2.3’de hastalığın adölesanlar üzerindeki etkilerine göre Beck Umutsuzluk, Depresyon ölçeği ve Anksiyete envanteri puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır.

Adölesanın anne/baba ile olan ilişkilerine göre Beck Umutsuzluk, Depresyon Ölçeği ve Anksiyete Envanteri puan ortalamaları incelendiğinde, anne ve babası ile paylaşımı olmayan adölesanların altıncı aydaki BUÖ, BDÖ ve BAE puan ortalamalarının (10.86±4.488, 35.14±9.263, 29.71±11.799) ilk tanı anındaki puan ortalamalarına (5.29±6.047, 18.86±13.284, 17.43±8.560) göre daha yüksek olduğu görülmüş olup, bu farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Anne ile arkadaş gibi olan adölesanların benzer şekilde altıncı aydaki BUÖ, BDÖ ve BAE puan ortalamalarının ilk tanı anına göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bulunan bu farkın BDÖ (17.73±8.560, 35.20±6.940) ve BAE (20.86±9.672, 31.67±7.979) puan ortalamaları için istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ( $p<0.05$ ). Anne ve babasıyla yakın olup, sorunlarını onlarla çözebilen grupta yer alan adölesanların da altıncı aydaki BUÖ, BDÖ ve BAE puan ortalamalarının ilk tanı anına göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu grup için BUÖ (6.68±6.438, 10.89±4.148) ve BDÖ (16.11±9.591, 30.84±5.429) puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu görülmüştür ( $p<0.05$ ).

Okula ara vermenin etkisine göre BUÖ, BDÖ ve BAE puan ortalamaları incelendiğinde, akran grubundan uzaklaşan ve yalnız kalan adölesanların altıncı aydaki BUÖ, BDÖ ve BAE puan ortalamalarının (10.36±3.762, 34.52±7.428, 28.72±10.529), ilk tanı anındaki puan ortalamalarına (5.88±5.509, 18.44±12.958, 20.32±11.68) göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu farkın BDÖ ve BAE için istatistiksel açıdan anlamlı olduğu bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Okula ara verme nedeni ile akademik başarısızlık yaşayan adölesanların da benzer şekilde altıncı aydaki BUÖ, BDÖ ve BAE puan ortalamalarının ilk tanı anına göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu grup için altıncı aydaki BDÖ puan ortalamalarındaki artışın (14.35±7.550, 30.14±5.347) istatistiksel açıdan anlamlı olduğu görülmüştür ( $p<0.05$ ).

Hastalığın arkadaş ilişkilerine etkisine göre BUÖ, BDÖ ve BAE puan ortalamaları incelendiğinde, beden imajı değişikliği nedeniyle akranlarından uzaklaşan ve sosyal izolasyon yaşayan grubun altıncı aydaki BUÖ, BDÖ ve BAE



puan ortalamalarının (11.00±3.865, 34.89±6.425, 30.28±7.598) ilk tanı anına (6.83±5.982, 17.61±11.612, 22.94±11.17) göre daha yüksek olduğu görülmüş ve bu farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Hastalık sonrası arkadaşları ile daha yakın ilişki kuran adölesanların da benzer şekilde altıncı aydaki BUÖ, BDÖ ve BAE puan ortalamaları (9.50±4.309, 30.87±5.914, 23.50±11.439) ilk tanı anına (5.00±5.503, 15.75±12.279, 18.87±8.887) göre daha yüksektir. Bulunan bu fark sadece BDÖ için istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $p<0,05$ ).

Hastalığın aile ilişkilerine etkisine göre BUÖ, BDÖ ve BAE puan ortalamaları incelendiğinde, anne ve baba ilgisinde artış olan ve bu ilgiden memnun olan adölesanların ve aile ile ilişkisi değişmeyen grubun altıncı aydaki BUÖ, BDÖ ve BAE puan ortalamalarının ilk tanı anına göre daha yüksek olduğu görülmüştür, ancak bu fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Anne ve babanın her şeye karışması nedeniyle kendini bağımlı hisseden grupta yer alan adölesanların benzer şekilde altıncı aydaki BUÖ, BDÖ ve BAE puan ortalamalarının (11.27±4.526, 33.14±7.199, 29.45±8.932) ilk tanı anına (7.18±5.526, 15.68±9.275, 22.45±12.40) göre daha yüksek olduğu görülmüş ve bu farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu bulunmuştur ( $p<0,05$ ).

Hastalığın günlük yaşam üzerindeki etkisine göre BUÖ, BDÖ ve BAE puan ortalamaları incelendiğinde, okula devam edememe, ebeveynlere bağımlılığın artması, arkadaş ilişkilerinde ve sosyal aktivitelerde azalma, tedaviye bağlı semptomlar ve beden imajında bozulma yaşayan adölesanların altıncı aydaki BUÖ, BDÖ ve BAE'nden aldıkları puan ortalamalarının, ilk tanı anına göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Birinci ve altıncı aydaki puan ortalamaları arasındaki fark, okula devam edemediğini belirten adölesanlarda BDÖ, ebeveynlere bağımlılığın arttığını belirten grupta BUÖ ve BDÖ, arkadaş ilişkilerinde ve sosyal aktivitelerde azalma olduğunu belirten grupta BDÖ ve BAE, tedaviye bağlı semptomlar ve beden imajında bozulma olduğunu belirten grupta ise BUÖ ve BDÖ için istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $p<0,05$ ).

Hastalık/tedavi ile ilgili yeterli bilgi alma durumuna göre umutsuzluk, depresyon ve anksiyete puan ortalamalarının ilk tanı anında ve altıncı aydaki dağılımlarına bakıldığında, puan ortalamalarının bu değişkenlere göre anlamlı bir farklılık göstermediği belirlenmiştir ( $p>0,05$ ).

### 4.3. Beck Umutsuzluk, Depresyon Ölçeği ve Anksiyete Envanteri Arasındaki İlişki

**Tablo 4.3.** Beck Umutsuzluk, Depresyon Ölçeği ve Anksiyete Envanteri Arasındaki İlişki

Pearson Korelasyon	Umutsuzluk		Depresyon		Anksiyete		
	(İlk Tanı)	(6. Ay)	(İlk Tanı)	(6. Ay)	(İlk Tanı)	(6. Ay)	
<b>Umutsuzluk</b> (İlk Tanı)	r	1	0.166	0.257	0.258	0.301	0.513
	p	-	0.300	0.103	0.104	0.056	0.001
	n	41	41	41	41	41	41
(6. Ay)	r	0.166	1	0.146	0.587	0.426	0.096
	p	0.300	-	0.361	0.001	0.005	0.552
	n	41	41	41	41	41	41
<b>Depresyon</b> (İlk Tanı)	r	0.257	0.146	1	0.383	0.592	0.489
	p	0.103	0.361	-	0.013	p<0.001	0.001
	n	41	41	41	41	41	41
(6. Ay)	r	0.258	0.587	0.383	1	0.170	0.162
	p	0.104	0.001	0.013	-	0.288	0.311
	n	41	41	41	41	41	41
<b>Anksiyete</b> (İlk Tanı)	r	0.301	0.426	0.592	0.170	1	0.143
	p	0.056	0.005	p<0.001	0.288	-	0.371
	n	41	41	41	41	41	41
(6. Ay)	r	0.513	0.096	0.489	0.162	0.143	1
	p	0.001	0.552	0.001	0.311	0.371	-
	n	41	41	41	41	41	41

Çalışmamızda ilk tanı sırasında kanserli adölesanlara uygulanan Beck Depresyon Ölçeği ile Beck Anksiyete Envanteri arasında pearson korelasyon testi sonucunda doğrusal bir ilişki olduğu görülmüş ve bu ilişkinin istatistiksel açıdan anlamlı olduğu bulunmuştur ( $r=0.592$ ,  $p<0.001$ ). Benzer şekilde altı ayda kanserli adölesanlara uygulanan Beck Umutsuzluk ve Beck Depresyon Ölçeği arasında da doğrusal bir ilişki olduğu ve istatistiksel açıdan anlamlı olduğu görülmüştür ( $r=0.587$ ,  $p=0.001$ ).

## 5. TARTIŞMA

Bu bölümde, kanserli 15-19 yaş grubu adölesanların umutsuzluk, depresyon ve anksiyete düzeylerinin incelenmesi amacıyla yapılan bu çalışmada elde edilen bulgular tartışılmıştır.

Bu çalışmanın amaçlarından biri, solid tümör tanısı alan adölesanların ilk tanı alıp, tedaviye başlamadan önce ve tedavi sürecindeki altıncı aylarında umutsuzluk, depresyon ve anksiyete düzeylerinin farklılık gösterip göstermediğinin incelenmesidir. Yapılan analizlerde, araştırma örneklemini oluşturan adölesanların altıncı aydaki umutsuzluk, depresyon ve anksiyete puan ortalamalarının ilk tanı anındaki puan ortalamalarına göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Ayrıca, ilk tanı ve altıncı aydaki depresyon puan ortalamalarının 17 kesim noktasından yüksek olduğu, altıncı ayda daha fazla yükseldiği ve bu nedenle kanserli adölesanların klinik açıdan tedaviye gereksinimleri olduğu saptanmıştır (Bkz. Tablo 4.2.1) ( $p<0.05$ ). Literatüre bakıldığında da solid tümörlü adölesanların (beyin tümörü, osteosarkom, ewing's sarkom, lenfomalar) umutsuzluk, depresyon, anksiyete düzeylerinin yüksek olduğu görülmektedir (10,123,150). Neville (1996) ve Allen (1997) çalışmalarında, yeni kanser tanısı alan adölesanların ilk tanı anındaki depresyon ve anksiyete düzeylerinin sağlam akranlarından farklı olmadığını bildirmişlerdir (30,31,151). Sevinir ve arkadaşlarının 8-18 yaş grubu 50 kanserli çocuk ile yaptıkları çalışmalarında (2012), çocukların tedavinin üçüncü ayındaki depresyon ve anksiyete puan ortalamalarının, ilk tanı dönemindeki puan ortalamalarından belirgin şekilde yüksek olduğu, tedavi öncesinde hastaların %18'inde depresyon saptanırken, tedavinin üçüncü ayında %36'sında depresyon olduğu bulunmuştur (8). Phipps ve arkadaşlarının bir çalışmasında (2005), kanser tanısı aldıktan sonra farklı zaman dilimlerinde olan kanserli adölesanlar anksiyete bozukluğunu içeren post travmatik stres bozukluğu açısından incelenmiştir. Buna göre kanser tanısından sonra tedavinin 2-6. ayı içinde olan adölesanların stres bozukluğu düzeyi tanı anında olan ve tedavisi biten gruplara göre daha yüksek çıkmıştır (152). Collins ve arkadaşlarının 10-18 yaş grubu 160 kanserli çocuk üzerinde yaptıkları çalışmalarında, kanser tedavisi gören çocuklarda anksiyete düzeyinin yakın zamanda kanser tanısı alan ve tedavisi bitmiş olan çocuklara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (32). Esenay (2007) kanserli adölesanların umut düzeyini incelemiş ve tedavi gören adölesanların tedavinin yan

etkilerini deneyimleme ile beraber umut puanlarında bir düşüş yaşandığını belirtmiştir (33). Ruland ve arkadaşlarının bir çalışmasında (2009) ise farklı zaman diliminde olan kanserli çocukların yaşadığı problemler değerlendirilmiş ve yeni tanı alan grupta fiziksel sorunlar daha belirgin iken, tedavi sürecinde olan çocuklarda ise psikososyal sorunların daha belirgin olduğu bildirilmiştir (119). Bu çalışmaların sonuçları, çalışmamızın bulgularını destekler niteliktedir.

Adölesan dönemi; fiziksel, psikolojik, sosyal ve bilişsel açıdan yerine getirilmesi gereken birçok görevi içeren gelişimsel bir kriz dönemidir (153). Bu dönem, hızlı fiziksel değişimler, kimlik edinme, ebeveynlerden bağımsızlaşma ve otonomi kazanma çabaları nedeniyle psikososyal gelişim açısından diğer yaş dönemlerinden ayrılmaktadır (49,153). Adölesan dönemde umutsuzluk, depresyon ve anksiyete görülmesinin nedenlerinin başında yoğun yaşanan fiziksel değişiklikler, sağlığın ve özgürlüğün kaybı, benlik saygısında azalma ve döneme özgü gereksinimleri karşılayamama yer almaktadır (24,96,105). Kanser tedavisiyle birlikte adölesanların yaşadığı bağımsızlık kaybı, arkadaş grubundan geri çekilme, akranlarından geri kalma, beden imajındaki değişiklikler, okula ara verme, gelecekle ilgili akademik planlarda bozulma ve sosyal ilişkilerin azalması adölesan dönem için önemli kayıplardır. Adölesan dönemde yaşanan bu kayıplar, umutsuzluk ve çaresizlik duygularına neden olmaktadır (124). Beck'e göre depresyonun temelinde umutsuzluk, kayıp ve çaresizlik yer almaktadır (102). Çünkü umutsuzluk, adölesanın kanser ve tedavisi ile baş etme mekanizmalarını kullanmasını engellemektedir (126,154). Bu nedenden dolayı umutsuzluk ve çaresizlik duyguları depresyonu tetiklemektedir. Diğer taraftan tedavi sürecinde ağırlı invazif işlemlere maruz kalma, prognozun belirsizliği, gelecekle ilgili belirsizlik ve endişeler, uzun süreli hastanede yatma durumlarına bağlı olarak adölesanlarda daha fazla anksiyete görülebileceği düşünülmektedir. Anksiyete, bireyin kendini güvensiz hissettiği ve tehdit olarak algıladığı durumlara karşı geliştirdiği doğal bir tepkidir (82). Ancak kanser tedavisinin ağırlı, günlük yaşamı etkileyen semptom ve yan etkileri, anksiyetenin giderek şiddetli hale gelmesine ve paniğe yol açabilmektedir (94). Yapılan çalışmalar adölesanlarda kontrol altına alınamayan anksiyetenin umutsuzluk ve depresyona yol açtığını bildirmektedir (22,106).

Başka bir ifadeyle, adölesanlar, tanı sonrası süreçte kanser gibi yaşamı tehdit eden kronik bir hastalığın doğasını giderek daha fazla anlamaları, tedavinin olumsuz etkilerini deneyimlemeleri ve bu döneme özgü başarılması gereken görevlerden uzaklaşma ile gelen çaresizlik nedeniyle umutsuzluk, depresyon ve anksiyete yaşamaktadır (24,61). Ayrıca, araştırma yapılan kliniklerde hemşirelerin daha çok tedavi odaklı çalıştığı, hastalık ve tedavinin adölesan üzerindeki etkilerine yönelik herhangi bir girişimde bulunmadığı görülmüştür. Bu da araştırmamızda yer alan adölesanların tedavi sürecinin altıncı ayında hastalık ve tedaviye bağlı yaşadıkları sorunlara yönelik psikososyal destek almadıklarını göstermektedir. Bu durum, adölesanların altıncı ayındaki umutsuzluk, depresyon ve anksiyete düzeylerinin daha yüksek olmasının başka bir nedeni olarak görülebilir. Bununla beraber literatüre bakıldığında, çalışmamızdan farklı bulgulara sahip araştırmalar da bulunmaktadır. Buna göre, Hinds ve arkadaşlarının 12-21 yaş grubu kanserli adölesanlarla yaptıkları çalışmalarında (2000), umutsuzluk düzeyinin yeni tanı aldıktan sonra birinci haftalarında olan adölesan grubunda en yüksek olduğu ve tanı aldıktan sonra altıncı ayda olan ve tedavi gören adölesanların distres, anksiyete düzeylerinin ise en düşük olduğu belirtilmiştir (126). Larsson ve arkadaşları (2010) 13-19 yaş grubu kanserli adölesanların depresyon ve anksiyete düzeylerini incelemiş olup, yeni kanser tanısı alan adölesan grubunun depresyon ve anksiyete düzeyinin, tanı sonrası altıncı ayda olan ve tedavi gören adölesan grubuna göre daha yüksek olduğu görülmüştür (155). Benzer şekilde Mattson ve arkadaşları (2009) akut olarak tanı alan ve tanı anından sonra belirli zaman diliminde olan adölesanların psikososyal durumunu karşılaştırdıkları çalışmalarında, akut dönemde (tanı anından sonraki 4-8 hafta içinde olan) kanser tanısı almış adölesanların çoğunun anksiyete ve depresyon düzeylerinin yüksek ve mental iyilik hallerinin düşük olduğunu belirlemişlerdir (120). Ayrıca yapılan bir çalışmada da benzer olarak kanserli adölesanların tanılarını öğrendikleri anın daha fazla anksiyeteye neden olduğu şeklindedir (156). Bu çalışmalara göre tanı anında daha fazla psikososyal sorun görülmesinin nedeni, adölesanların kanser gibi yaşamı tehdit eden bir hastalık tanısı ile şok yaşamaları, tanılama sürecinin tedaviye göre daha stresli bir süreç olması ve adölesanların tedavi sürecinde aile ve arkadaşlarından ve özellikle sağlık personelinin profesyonel destek görmeleri, tedavi sürecinde tanı anına göre daha düşük düzeyde stres yaşamalarıdır (23,120).

Çalışmamızın diğer bir amacı da adölesanların bireysel özelliklerinin ilk tanı alıp, tedaviye başlamadan önce ve altıncı aydaki umutsuzluk, depresyon ve anksiyete puan ortalamalarına etkisini değerlendirmektir. Buna göre kız ve erkek cinsiyetine göre BUÖ, BDÖ ve BAE puan ortalamaları incelendiğinde, her iki cinsiyetin altıncı ayındaki BUÖ, BDÖ ve BAE puan ortalamaları ilk tanı anına göre daha yüksektir (Tablo 4.2.2) ( $p<0.05$ ). Ayrıca kız adölesanların altıncı aydaki BDÖ ve BAE puan ortalamalarının erkek adölesanlara göre daha yüksek olduğu görülmüşse de, bulunan bu fark istatistiksel açıdan anlamlı değildir. Adölesan dönemde beden imajındaki değişiklikler önemlidir. Fiziksel görünüm bu dönemde adölesanın olumlu benlik saygısı ve psikososyal gelişimini sağlayan en temel faktördür (153). Kanser tedavisinin neden olduğu fiziksel değişiklikler, organ kayıpları ve olumsuz beden imajı, adölesanların baş etmede en fazla sorun yaşadıkları ve ruhsal sorunlarını arttıran nedenlerin başında gelmektedir (69). Bu değişimlerden özellikle kız adölesanlar psikososyal açıdan daha fazla etkilenmektedir (67,69) Williamson ve arkadaşlarının 13-18 yaş grubu 22 kanserli adölesan ile yaptıkları çalışmada (2010), kız adölesanların kanser tedavisi nedeniyle saç dökülmesi, vücutta oluşan yaralar, kilo kaybı ya da artışı nedeniyle erkeklere göre daha fazla sorun yaşadıkları bildirilmiştir (65). Hedström ve arkadaşlarının 13-19 yaş grubu 56 kanserli adölesanla yaptıkları çalışmalarında (2005), kızların erkeklere göre dış görünümdeki değişiklikleri daha fazla önemsedikleri ve anksiyete düzeylerinin erkeklere göre daha fazla olduğu görülmüştür (121). Benzer şekilde Seitz ve arkadaşları (2010), kanser ve tedavisinin yan etkilerini deneyimleyen 15-18 yaş grubu kız adölesanların erkeklere göre klinik olarak depresyon ve anksiyete semptomlarını daha fazla yaşadıkları saptanmıştır (157). Yapılan diğer çalışmalarda da, adölesan dönemde kızların erkeklere göre daha fazla depresyon ve anksiyete yaşadıkları saptanmıştır (96,97). Çalışmamıza benzer şekilde araştırma bulguları, kanser gibi kronik ve yaşamı tehdit eden bir hastalığın ve tedavinin adölesan dönemde beden imajını olumsuz etkilediğini ve kızların daha fazla psikososyal sorun yaşamasına neden olduğunu göstermektedir.

Anne ve babası ile sorunlarını paylaşmadığını belirten adölesanların altıncı aydaki umutsuzluk, depresyon ve anksiyete puan ortalamaları ilk tanı anına göre daha yüksektir (Tablo 4.2.3) ( $p<0.05$ ). Adölesan dönemde yetersiz ebeveyn ilişkisi

umutsuzluk, depresyon ve anksiyete neden olan diğer faktörlerdendir. Bu dönemde adölesanlar, anne ve baba otoritesine karşı kendi kimliğini oluşturma çabalarına rağmen ebeveynlerin yardım ve desteğine gereksinim duyabilmektedir (48,153). Şüphesiz ki, tedavi sürecinin olumsuz etkileri ile baş etmede aile desteğinin önemi büyüktür (150,158). Juvakka ve Kylvä 16-21 yaş grubu kanserli adölesanlarla yaptıkları çalışmalarında (2009), kanser tedavisi sırasında ailenin önemli bir destek kaynağı olduğu ve ailenin yeterli sosyal destek sağlayamadığı durumlarda, adölesanların yaşadığı umutsuzluk düzeyinin arttığını bildirmişlerdir (24). Stegenga ve Ward-Smith (2009) 12-17 yaş grubu 10 kanserli adölesanla kanser tanısı aldıktan sonra 4-6. ay içinde yaptıkları görüşmelerinde, adölesanların aile desteğinin kanserle mücadelede önemli bir güç kaynağı olduğunu ifade ettiklerini belirtmişlerdir (61). Benzer şekilde Williamson (2010), Woodgate (2006), Haase (2004) ve Haluska (2002) , ailenin adölesanların tedavi süreciyle baş etmede ve tedavinin neden olduğu psikososyal sorunları önlemede en önemli sosyal destek ve koruyucu faktör olduğunu ve destekleyici aile ilişkilerinin, adölesanın yaşadığı ruhsal sorunların azalmasını sağladığını bildirmişlerdir (65,159-161). Bunların yanı sıra Gillham ve Reivich (2004) ise aileleri ile yakın ilişkisi olduğunu ifade eden sağlıklı adölesanların daha umutlu olduğunu bildirmişlerdir (162). Bu sonuçlar çalışmamızda elde edilen bulguları destekler niteliktedir.

Diğer taraftan Marine ve Miller (1998) 12-20 yaş grubu 50 kanserli adölesanlar üzerinde yaptıkları çalışmada, sağlıklı gruba göre kanserli adölesanların ebeveynleri ile daha fazla çatışma yaşadıklarını ve ailelerinden gördükleri destek ne kadar güçlü olsa da onların yaşadıkları psikososyal sorunların azalmasına yardımcı olamadığını bildirmişlerdir (163). Görüldüğü gibi bu döneme özgü olarak, adölesanların hem ebeveynlerinden bağımsızlaşma isteği vardır hem de onların desteğine ve ilgisine olan gereksinimleri artarak devam etmektedir (48,49). Çalışmamızda anne ve babaların çoğu ilkokul/ortaokul mezunudur. Ebeveynlerin adölesanların tedavi sürecinde yaşadıkları umutsuzluk, depresyon ve anksiyeteyi önlemede yetersiz kaldıkları ve kanserli adölesanların profesyonel bir desteğe gereksinimlerinin olduğu düşünülmektedir. Kanserli adölesanlara hastane ortamında 24 saat hizmet veren hemşireler, hastalık ve tedavi sürecinde yaşanan psikososyal sorunları en iyi belirleyecek ve izleyecek pozisyondaki sağlık elemanlarıdır. Bu

nedenle, hemşirelerin kanserli adölesanların psikososyal sorunlarının farkında olması, onlara ve ailelerine sağlık ekibi üyeleri ile işbirliği yaparak etkili psikososyal destek sağlaması önemlidir.

Kanserli adölesanların, uzun süren kemoterapi ve radyoterapi tedavisi nedeniyle sık aralıklarla hastaneye yatma ve kontroller sonucu okul yaşantıları kesintiye uğramaktadır (56,131). Adölesan dönemde okul ortamı, arkadaş ilişkilerinin geliştirilmesi, sosyalleşme, bilişsel ve psikolojik olgunluğun kazanılması açısından önemlidir. Bu dönemde akademik başarısızlık ve akran grubu gibi sevilen kişilerin kaybı umutsuzluk, depresyon ve anksiyeteye neden olan faktörlerdir (22,94). Araştırmamızda tedavi nedeniyle okula ara veren ve okula ara verme nedeniyle akran grubundan uzaklaşan ve akademik başarısızlık yaşayan adölesanların tedavi sürecindeki altıncı ayında umutsuzluk, depresyon ve anksiyete puan ortalamaları ilk tanı anına göre yüksek bulunmuştur (Tablo 4.2.3) ( $p<0.05$ ). Lähteenmäki (2002), kanserli adölesanların yaşadığı psikososyal sorunların azaltılmasında okul çevresinin kritik bir role sahip olduğunu ve tedavi sürecinde okul arkadaşlarından uzaklaşma nedeniyle bu adölesanların yalnızlık, depresyon ve anksiyete yaşadıklarını bildirmiştir (164). Varni (1995) ve Stuber (2005) yaptıkları çalışmalarında, okul arkadaşlarının sosyal desteği arttıkça, kanserli adölesanların daha düşük düzeyde depresyon ve anksiyete yaşadıklarını ifade etmişlerdir (165,166). Currier ve arkadaşlarının 8-18 yaş grubu kanserli çocuklarla yaptıkları çalışmalarında (2009), bu çocukların eğitimleri ilgili konularda karamsarlık yaşadıklarını ve bu durumun onlarda depresyon ve anksiyete görülmesi ile ilişkili olduğunu belirtmişlerdir (167). Benzer şekilde Zebrack ve Chesler'in bir çalışmasında da (2002), kanserli çocukların akademik kariyerleri ilgili geleceğe yönelik planlarının olmasının, onların iyilik halini ve umut düzeylerini arttırdığı belirlenmiştir (168). Çalışmamızda tedavi nedeniyle okula ara veren adölesanların umutsuzluk, depresyon ve anksiyete düzeylerinin yüksek olmasının, okuldan ve akran aktivitelerinden uzaklaşma, akademik başarının ve akademik yaşantıyla ilgili hedeflerin azalması, akran grubu gibi önemli bir sosyal destek ağının kaybına bağlı olabileceği düşünülmektedir. Bu nedenle kanserli adölesanların okul ve akran grubu ile iletişiminin sürdürülmesi, sosyal izolasyonun, umutsuzluk, depresyon ve anksiyete düzeyinin azaltılması açısından önem taşımaktadır (56,162).



Hastalığın arkadaş ilişkisine etkisine göre BUÖ, BDÖ ve BAE puan ortalamaları değerlendirildiğinde, beden imajı değişikliği nedeniyle akranlarından uzaklaşan ve sosyal izolasyon yaşayan adölesanların altıncı aydaki umutsuzluk, depresyon ve anksiyete puan ortalamaları ilk tanı anına göre daha yüksektir (Tablo 4.2.3) ( $p<0.05$ ). Adölesan dönemde bir gruba dahil olma, akran grubu tarafından sevilme, popüler olma sağlıklı ruhsal gelişim açısından önemlidir (51,52). Kanserli adölesanlar, tedavinin neden olduğu büyüme geriliği, kilodaki değişiklikler, organ kayıpları ve saç dökülmesi gibi fiziksel görünümü etkileyen durumlara maruz kalmaktadır. Bu etkiler, adölesanların beden imajı için tehdit oluşturmaktadır (56). Larouche (2006) ve Fan (2009) çalışmalarında, kanserli adölesanların tedaviye bağlı bozulan beden imajının diğer akranlardan farklı görünme düşüncesine neden olduğunu ve bu durumun akran ilişkilerinden uzaklaşmaya yol açtığını bildirmişlerdir (66,69). Literatür incelendiğinde, beden imajını olumsuz olarak algılayan ve bu nedenle akran ilişkilerinde azalma görülen adölesanların umutsuzluk, depresyon ve anksiyete düzeylerinin arttığı görülmüştür (169). Trask ve arkadaşlarının (2003) 11-18 yaş grubu 56 kanserli adölesan ile yaptıkları çalışmalarında, arkadaş desteği arttıkça, adölesanlarda görülen anksiyete düzeyinin azaldığını belirtmişlerdir (170). Benzer şekilde Goodall (2012), Juvakka (2009) ve Evan (2006) yaptıkları çalışmalarında, kanserli adölesanların tedavi sürecine uyum sağlamada akranların en önemli destek sistemi olduğunu ve bu süreçte geçmiş arkadaş ilişkilerini sürdüren adölesanların umutsuzluk, anksiyete, depresyon gibi psikososyal problemlerinin azaldığını bildirmişlerdir (24,63,113). Bu bulgular doğrultusunda, tedavi sürecinde yaşanan umutsuzluk, depresyon ve anksiyete düzeyinin azaltılmasında, adölesanların yeterli akran desteği görmesinin önemli olduğu düşünülmektedir. Bu hastalarla çalışan hemşirelerin, kanserli adölesanların olumlu arkadaş ilişkilerinin sürdürülmesinde ve bu ilişkilerin artırılması ve korunmasında adölesanlara destek olmaları önemlidir.

Hastalığın aile ilişkilerine etkisi değerlendirildiğinde, hastalık sonrası anne ve babanın her şeye karışması nedeniyle kendini bağımlı hisseden grubun altıncı aydaki umutsuzluk, depresyon ve anksiyete puan ortalamaları ilk tanı anına göre daha yüksektir (Tablo 4.2.3) ( $p<0.05$ ). Buna karşın, hastalık sonrası anne ve baba ilgisinde artış olan ve ilgiden memnun olan adölesanların altıncı aydaki umutsuzluk,

depresyon ve anksiyete puan ortalamalarındaki artışın anlamsız olduğu görülmüştür (Tablo 4.2.3) ( $p>0.05$ ). Wu ve arkadaşlarının 12-18 yaş grubu kanserli adölesanlara yaptıkları çalışmalarında (2009), adölesanların kanser tanısı aldıktan sonra aile ilişkilerinin güçlendiğini, artan ilgiden memnun olduklarını ve tedavi nedeniyle yaşadıkları psikososyal sorunların azaldığını ifade etmişlerdir (84).

Kanserli çocuklarda tanıdan sonra bazı aileler çocuklarına yönelik karşı koruyucu davranışlar sergilemektedir (13,166). Zebrack (2009) ve Haluska (2002) yaptıkları çalışmalarında, kanserli adölesanların diğer akranlarına göre ailelerine bağımlı kalma sürecinin uzun olduğunu ve ailelerin koruyucu tavırlarının adölesanların bağımsızlık gelişimini olumsuz etkilediğini bildirmişlerdir (57,161). Wicks ve Mitchell kanserli adölesanlar üzerinde yaptıkları çalışmalarında (2010), hastalık süreciyle birlikte adölesanların kendi yaşantıları ile ilgili konularda kontrol ve bağımsızlık kaybı yaşamasının psikososyal sorunlara yol açtığını belirtmişlerdir (76). Benzer şekilde McCaffrey (2006), adölesanların kanser tedavisi nedeniyle yaşantılarının başkaları tarafından kontrol edilme ve bağımlılık duygusunun umutsuzluğa yol açtığını bildirmiştir (171). Görüldüğü gibi literatür sonuçları çalışmamızın bulgularını destekler niteliktedir. Literatür verileri ve çalışmamız doğrultusunda kendini ebeveynlerine bağımlı hisseden grubun tedavi sürecinde umutsuzluk, depresyon ve anksiyete puan ortalamalarının daha yüksek olmasının, bu grubun ebeveynleri tarafından kontrol altında tutulmaları, adölesan dönemin gelişimsel özelliklerinden olan bağımsızlık gelişiminin ve bireyselleşmenin engellenmesine bağlı olduğu düşünülmektedir. Ancak olumlu aile desteğinin, adölesanın tedavi sürecinde karşılaştığı sorunlarla baş etmede önemli bir kaynak olduğu bilinmektedir (158). Bu nedenle hemşirelerin aile ve adölesan ilişkisini değerlendirerek, adölesanın bağımsızlığına izin verecek şekilde açık ve destekleyici bir ilişki kurulması için ebeveynlere danışmanlık yapmaları önemlidir. Adölesanın bakımına katılması için seçenekler sunulması, fikirlerinin sorulması ve kararlarına saygı gösterilmesi açısından ailenin eğitilmesi ve desteklenmesi gereklidir.

Hastalığın günlük yaşam üzerine etkisi değerlendirildiğinde, adölesanların okula devam edememe, ebeveynlere bağımlılığın artması, arkadaş ilişkilerinde ve sosyal aktivitelerde azalma, tedaviye bağlı semptomlar ve beden imajında bozulma yaşadıkları görülmüştür. Bu adölesanların altıncı aydaki umutsuzluk, depresyon ve

anksiyete puan ortalamaları ilk tanı anına göre daha yüksektir (Tablo 4.2.3) ( $p<0.05$ ). Yeh (2008) ve Baggot (2012) yaptıkları çalışmalarında, adölesanların genel olarak anksiyete, depresyon ve üzüntüyü içeren duygu durum rahatsızlıkları, beden imajı ile ilgili semptomlar, bulantı, kusma, ağrı, yorgunluk, uyku problemleri gibi fiziksel semptomlar yaşadıklarını bildirmişlerdir (172,173) Hedström ve arkadaşlarının 13-19 yaş grubu kanserli adölesanlarla yaptıkları çalışmalarında (2006), adölesanların çoğunun saç dökülmesi, okula ara verme, sosyal aktivite ile ilgili konularda problemler yaşadıkları ve bu adölesanların %10'unda depresyon ve %19'unda ise anksiyetenin klinik olarak tedaviyi gerektirecek düzeyde olduğu görülmüştür (117). Benzer şekilde Dejong ve Fombonne (2006), kanserli adölesanların kemoterapi ve radyoterapi tedavisinin neden olduğu fiziksel semptomlar ve sosyal yaşantının kesintiye uğraması nedeniyle depresyona yatkınlığının arttığını bildirmiştir (174). Esenay (2007) ise kanser tedavisi gören adölesanların tedavinin yan etkilerinden olan enerji azlığı ve yorgunluk gibi fiziksel semptomlarla umut puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki olduğunu ve bu semptomların umut puanlarının düşmesine neden olduğunu bildirmişlerdir (33). Enskär ve Essen 13-22 yaş grubu 54 kanserli hasta ile yaptıkları çalışmalarında (2007), adölesanların tedavi süreciyle birlikte sosyal yaşantılarının ve özgürlüklerinin kısıtlandığını ve buna bağlı olarak psikososyal sorunlar yaşadıklarını ifade etmişlerdir (68). Carpentier ve Fortenberry testis tümörlü adölesanlarla yaptıkları çalışmalarında (2010), tedavi nedeni ile bozulan beden imajının, adölesanların %20'sinde depresyon ve anksiyete görülmesine neden olduğunu bildirmişlerdir (175). Wedekind (2006) ve Oppenheim (2004) kanserli çocuk ve adölesanların kanser tanısı aldıktan sonra ve tedavi süreciyle birlikte bağımlılık duygusunun arttığını ve bu duygunun da depresyon ve anksiyeteye neden olduğunu çalışmalarında belirlemişlerdir (15,176). Bu sonuçlar, araştırma sonuçlarımızı destekler niteliktedir. Tedaviye bağlı ortaya çıkan etkiler, adölesanın normal gelişimsel görevlerini yerine getirmesini engellemekte, ebeveynlere olan bağımlılığın artmasına, beden imajının bozulmasına, okul ve akran aktivitelerinden uzaklaşmasına yol açmaktadır (71). Başka bir deyişle, adölesan dönemde umutsuzluk, depresyon ve anksiyeteye görülmesine neden olan faktörlerin çoğu tedavi süreciyle birlikte görülmektedir. Bu açıdan kanserli adölesanlar, uzun tedavi

süreci boyunca umutsuzluk, depresyon ve anksiyete gibi psikososyal sorunlar açısından risk grubunu oluşturmaktadır.

Çalışmamızda altıncı ayda uygulanan umutsuzluk ve depresyon ölçeği arasında pearson korelasyon testi sonucunda pozitif doğrusal bir ilişki bulunmuştur (Tablo 4.3) ( $r=0.587$ ,  $p<0.05$ ). Bunun yanında ilk tanı anına göre umutsuzluk ve depresyon puan ortalamalarında anksiyeteye göre daha fazla artış olduğu görülmektedir (Tablo 4.2.1) ( $p<0.05$ ). Literatür incelendiğinde, umutsuzluk ve depresyon arasında pozitif doğrusal bir ilişki olduğu görülmektedir (124,125,127). Beck umutsuzluğu, depresyonun bir parçası ve merkezi olduğunu kabul etmektedir. Depresyonun temelinde en fazla umutsuzluk duygularının yer aldığı görülmektedir (125,154). Umutsuzluk, adölesan dönemi gibi hızlı değişimlerin yaşandığı bir dönemde, tedavisi nedeniyle adölesanı birçok açıdan savunmasız bırakan kanser gibi ölümcül bir hastalıkla baş etmesini olumsuz etkilemektedir (127). Umutsuzluk, adölesanın kendisine ve geleceğine olumsuz bakmasına, problem çözümü için enerji harcamamasına, dolayısı ile güçsüzlük ve çaresizlik duyguları yaşamasına neden olmaktadır (88). Bunun sonucunda kontrol edilemeyen umutsuzluk ve çaresizlik, yaşamın değersizleştiği hissini baskın hale getirerek depresyona yol açmaktadır. Depresyon ise, adölesanın psikososyal açıdan birçok problem yaşamasına neden olan ciddi bir sorundur (89). Depresyon, umutsuzluktan daha fazla olarak adölesanın mental iyilik halini, bilişsel ve sosyal gelişimini olumsuz yönde etkileyerek işlevselliklerini etkilemektedir (98). Başka bir deyişle kanserli adölesanların tedavi sürecinde en fazla ihtiyaç duyduğu aile ve akran ilişkilerinin azalmasına, motivasyon kaybına neden olabilmektedir (125). Çalışmamız, tedavi sürecinde meydana gelen değişikliklere bağlı olarak adölesanların ilk tanı anına göre altıncı ayda umutsuzluk ve depresyon düzeylerinin benzer oranda artış göstermesi, bu kavramlarının birbirleri ile ilişkisini ortaya koyar niteliktedir. Bu bulgu, hemşirelerin umutsuzluk, depresyon ve anksiyete kavramları ve birbirleriyle olan ilişkilerini bilmesi, erken dönemde sorunları fark etmesi ve tedavi sürecinde psikososyal bakımın verilmesinin önemini bir kez daha vurgulamaktadır.

Sonuç olarak çalışmamızda yer alan kanserli adölesanların altıncı aylarındaki umutsuzluk, depresyon ve anksiyete puan ortalamalarının ilk tanı anına göre yüksek olmasında, kanser gibi kronik bir hastalığın varlığının, uzun tedavi sürecine eşlik

eden yan etkilerin ve adölesan dönemin gelişimsel özelliklerinin engellenmesinin etkisinin olduğu görülmüştür. Bu nedenle, kanserli adölesanlara bakım veren hemşirelerin tedavi sürecinde umutsuzluk, depresyon ve anksiyeteye yol açan faktörlerin farkında olması, adölesan-aile ve akran ilişkilerini değerlendirmesi, aile ve akran desteğini sağlaması, sürdürmesi ve poliklinik ortamında kanserli adölesanlar için destek grupları oluşturması ve bu gruplara danışmanlık yapması önemlidir.

## 6. SONUÇ ve ÖNERİLER

6.1. Kanserli 15-19 yaş grubu adölesanların umutsuzluk, depresyon ve anksiyete incelendiği çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

### 6.1.1. Çalışma Grubunun Özellikleri

- 15-19 yaş dönemi kanserli adölesanların umutsuzluk, depresyon ve anksiyete düzeylerinin incelendiği araştırmada, adölesanların %53.7'sinin erkek olduğu, adölesanların çoğunluğunun (%95.1) lisede okuduğu ve 9. sınıfta olduğu (%56.1) görülmektedir (Tablo 4.1.1).
- Adölesanların %58.5'i 1-2 çocuk sahibi ailelerde yaşamaktadır. Adölesanların %48.8'i ailenin 1. çocuğudur. Adölesanların çoğunun il merkezinde yaşadığı ve aile tipinin çekirdek yapıda olduğu görülmektedir (%68.3, %73.2). Ayrıca adölesanların tümünün babasının hayatta olduğu, %4.9'unun annesinin hayatta olmadığı ve ebeveynlerin tümünün öz olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.1.1).
- Adölesanların annelerinin %69.2'sinin ilkokul/ortaokul mezunu olduğu, %89.8'nin çalışmadığı ve %89.8'inin ev hanımı olduğu görülmüştür. Babaların da benzer şekilde çoğu (%63.4) ilkokul/ortaokul mezunudur. Babaların %90.2'sinin çalıştığı, %53.7'sinin işçi ve memur olduğu görülmektedir. Adölesanların büyük çoğunluğu ekonomik durumlarını orta olarak algılamaktadır (%70.7) (Tablo 4.1.1).
- Adölesanların tanı dağılımına bakıldığında, çoğunun (%26.8) Hodgkin's lenfoma tanısı aldığı görülmektedir (Tablo 4.1.2). Anne ve baba ile olan ilişkiler değerlendirildiğinde, adölesanların %46.3'ünün anne ve babasıyla yakın olup, sorunlarını onlarla çözebildiği saptanmıştır (Tablo 4.1.3).
- Adölesanların %95.1'i hastalık ve tedavisi nedeni ile okula altı ay ara vermiştir, iki adölesan ise hiç okula gitmemiştir. Okula ara veren adölesanların %64.1'i okula ara verme nedeniyle akran grubundan uzaklaşma ve yalnızlık, %35.9'u ise akademik başarısızlık yaşadığı görülmüştür. Adölesanların çoğu (%61.0) hastalık sonrası beden imajı değişikliği nedeniyle akran grubundan uzaklaştığını, yalnızlık ve sosyal

izolasyon yaşadıklarını belirtmişlerdir. Hastalık sonrası ve tedavi sürecinde adölesanların %53.7'sinin anne ve babanın her şeye karışması nedeniyle kendini bağımlı hissettikleri görülmektedir. Hastalık ve tedavi nedeniyle adölesanların %29.2'sinin arkadaş ilişkilerinde ve sosyal aktivitelerinde azalma olduğu, %24.4'nün ebeveynlere bağımlılığın artması, bağımsızlık kaybı yaşadığı, aynı oranda tedaviye bağlı semptomlar (bulantı, kusma, yorgunluk, ağrı vb.) ve beden imajında bozulma olduğu ve %22'sinin okula devam edemediği belirlenmiştir (Tablo 4.1.4).

### **6.1.2. Kanserli Adölesanların İlk Tanı ve Altıncı Aydaki Umutsuzluk, Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri ile İlgili Sonuçlar**

- Kanserli adölesanların altıncı ayındaki umutsuzluk, depresyon ve anksiyete puan ortalamaları (11.00±4.153, 33.17±6.913, 29.05±8.743), ilk tanı anındaki puan ortalamalarından (6.83±5.843, 17.17±11.146, 20.68±11.035) daha yüksektir ve bu fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ) (Tablo 4.2.1).
- Kız ve erkek adölesanların altıncı aydaki umutsuzluk, depresyon ve anksiyete puan ortalamaları ilk tanı anına göre daha yüksektir ve bulunan bu fark istatistiksel açıdan anlamlıdır ( $p<0.05$ ). Kız adölesanların altıncı aydaki depresyon ve anksiyete puan ortalamaları (34.21±8.567, 29.95±10.206), erkek adölesanların puan ortalamalarına (32.27±5.128, 28.27±7.414) göre daha yüksektir, bulunan bu fark istatistiksel açıdan anlamlı değildir ( $p>0.05$ ) (Tablo 4.2.2).
- 15 yaşında olan ve 9. sınıfa giden kanserli adölesanların ilk tanı ve altıncı aydaki umutsuzluk, depresyon ve anksiyete puan ortalamaları, 16-19 grubunda olan, 10.-11.-12. sınıfa giden adölesanların puan ortalamalarından daha yüksektir. Bulunan bu fark istatistiksel açıdan anlamlı değildir ( $p>0.05$ ) (Tablo 4.2.2).
- Ekonomik durumunu yoksul olarak belirten adölesanların altıncı ayındaki umutsuzluk, depresyon ve anksiyete puan ortalamaları (11.75±5.276, 34.33±7.643, 30.17±9.163), orta olan adölesanlara göre (10.69±3.655,

32.69±6.671, 28.59±8.687) daha yüksektir. Ancak bu fark istatistiksel açıdan anlamlı değildir ( $p>0.05$ ) (Tablo 4.2.1).

- Anne ve babası ile paylaşımları olmayan adölesanların altıncı aydaki umutsuzluk, depresyon ve anksiyete puan ortalamaları (10.86±4.488, 35.14±9.263, 29.71±11.799), ilk tanı anındaki puan ortalamalarına (5.29±6.047, 18.86±13.284, 17.43±8.560) göre daha yüksektir. Bulunan bu fark istatistiksel açıdan anlamlıdır ( $p<0.05$ ) (Tablo 4.2.3). Anne ile paylaşımları daha iyi olan adölesanların altıncı aydaki umutsuzluk, depresyon ve anksiyete puan ortalamaları, anne ve baba ile paylaşımları olmayan ve anne ve babası ile yakın olup sorunlarını onlarla çözebilenlere göre daha yüksektir. Ancak bulunan bu fark istatistiksel açıdan anlam taşımamaktadır ( $p>0.05$ ) (Tablo 4.2.3).
- Okula ara verme nedeniyle akranlarından uzaklaştığını ve yalnızlık yaşadığını belirten adölesanlar ile akademik başarısızlık yaşadığını belirtenlerin altıncı ayda umutsuzluk, depresyon ve anksiyete puan ortalamaları ilk tanı anına göre daha yüksektir. Puan ortalamalarındaki bu artış istatistiksel açıdan anlamlıdır ( $p>0.05$ ) (Tablo 4.2.3).
- Hastalık ve tedavinin yarattığı beden imajı değişikliği nedeniyle akranlarından uzaklaşan, sosyal izolasyon yaşayan adölesanların altıncı aydaki umutsuzluk, depresyon ve anksiyete puan ortalamaları (11.00±3.865, 34.89±6.425, 30.28±7.598), ilk tanı anına göre (6.83±5.982, 17.61±11.612, 22.94±11.17) daha yüksektir. Meydana gelen bu artış, istatistiksel açıdan anlamlıdır ( $p<0.05$ ) (Tablo 4.2.3). Hastalık sonrası arkadaşları ile daha yakın ilişkisi olan adölesanların ilk tanı anına göre altıncı aydaki umutsuzluk ve anksiyete puan ortalamalarındaki artışın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı belirlenmiştir ( $p>0.05$ ) (Tablo 4.2.3).
- Hastalık sonrası artan anne ve baba ilgisinden memnun olan adölesanların altıncı aydaki umutsuzluk, depresyon ve anksiyete puan ortalamalarındaki artışın anlamsız olduğu görülmüştür ( $p>0.05$ ) (Tablo 4.2.3). Hastalık sonrası anne ve babanın her şeye karışma durumu nedeniyle kendini bağımlı hisseden adölesanların altıncı aydaki



umutsuzluk, depresyon ve anksiyete puan ortalamaları ( $11.27 \pm 4.526$ ,  $33.14 \pm 7.199$ ,  $29.45 \pm 8.932$ ), ilk tanı anındaki puan ortalamalarına göre ( $7.18 \pm 5.526$ ,  $15.68 \pm 9.275$ ,  $22.45 \pm 12.40$ ) daha yüksektir. Bulunan bu fark istatistiksel açıdan anlamlıdır ( $p < 0.05$ ) (Tablo 4.2.3).

- Hastalığın günlük yaşam üzerine etkisi nedeniyle okula devam edemeyen adölesanların altıncı aydaki depresyon, ebeveynlere bağımlılığın artması/bağımsızlık kaybı yaşayanların umutsuzluk ve depresyon, arkadaş ilişkilerinde ve sosyal aktivitelerde azalma olanların depresyon ve anksiyete, tedaviye bağlı semptomlar ve beden imajında bozulma olanların ise umutsuzluk ve depresyon puan ortalamalarındaki artışın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu görülmüştür ( $p < 0.05$ ) (Tablo 4.2.3).
- İlk tanı alıp, tedavi öncesi dönemde uygulanan Beck Depresyon Ölçeği ve Beck Anksiyete Envanteri arasında pozitif doğrusal bir ilişki olduğu ve istatistiksel açıdan anlamlı olduğu görülmüştür ( $r = 0.592$ ,  $p < 0.001$ ). Çalışmanın altıncı ayında uygulanan Beck Umutsuzluk Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeği arasında pozitif doğrusal bir ilişki olduğu ve istatistiksel açıdan anlamlı olduğu görülmüştür ( $r = 0.587$ ,  $p = 0.001$ ) (Tablo 4.3)

## 6.2. ÖNERİLER

Kanserli 15-19 yaş grubu adölesanların umutsuzluk, depresyon ve anksiyete düzeylerinin incelenmesi amacı ile yapılan araştırma bulgularına dayalı olarak aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur.

- Kanserli adölesanların tedavi sürecindeki altıncı ayında umutsuzluk, depresyon ve anksiyete düzeylerinin ilk tanı anına göre yüksek olmasından dolayı, adölesanların bu süreçte karşılaşılan zorluklarla baş etmede, hastanede ya da ayaktan tedavi birimlerinde hemşirelerin;
- Adölesanların bakımını bütüncül bir yaklaşım ile planlaması, fiziksel problemlerin çözümünün yanında psikososyal problemlerin önlenmesi için adölesanları gelişimsel özelliklerine göre değerlendirmesi, bir birey olarak adölesanların aile ve akran ilişkilerini desteklemesi, sürdürmesi,

- Adölesan dönemin gelişimsel özellikleri, umutsuzluk, depresyon ve anksiyete kavramları, hastalık ve tedavi nedeniyle adölesanların yaşadığı psikososyal sorunlar hakkında farkındalık sağlaması, psikososyal sorunları olan adölesanların etkili klinik tedavi almalarını sağlaması,
- Bu konularla ilgili farkındalığı sağlaması ve rollerini berirlmesi için hizmet içi eğitim, kurs, seminer ve kongreler düzenlemesi ve katılımı desteklemesi.
- Araştırmada yer alan adölesanların anne ve babasıyla paylaşımlarının yetersiz olması nedeniyle altıncı aydaki umutsuzluk, depresyon ve anksiyete düzeylerindeki artış nedeniyle hemşirelerin,
  - Tedavi sürecinde ebeveynler ve adölesanlar arasında açık ve destekleyici iletişimi sağlaması, aileyi adölesan dönem hakkında bilgilendirmesi, ailenin hastalık ve tedavi ile ilgili konularda yaşadığı duyguları paylaşması ve adölesanların sosyal destek ağını geliştirmesi,
  - Ailelerin tedavi sürecinde meydana gelebilecek psikososyal sorunların farkında olmasını sağlaması, bu konuda destek ve danışmanlık vermesi.
- Hastalık sonrası anne ve babanın her şeye karışması nedeniyle bağımlılık hisseden, günlük yaşamında bağımsızlık kaybı yaşayan adölesanların altıncı aydaki umutsuzluk, depresyon düzeylerindeki görülen anlamlı artışa yönelik hemşirelerin,
  - Ailelerin, adölesanların yaşamları ile ilgili konularda görüşlerini almalarını ve onlara seçenekler sunmalarını sağlaması,
  - Ailelere koruyucu davranışları ile adölesanlara uyguladıkları kısıtlamaların, onların ruhsal gelişimi üzerinde yaratabileceği sorunlar hakkında danışmanlık yapması,
  - Adölesanların kendi bakımını ve tedavi sürecini etkileyen kararlara dahil olmasını, aktif olarak bakımına ve tedaviye katılımını ve kendi bakımında daha fazla sorumluluk almasını sağlayarak bağımsızlığını desteklemesi,

Tedavi nedeni ile okula devam edemeyen, akademik başarısızlık ve beden imajında meydana gelen değişiklikler sonucunda akran ve sosyal ilişkilerinde azalma

olan adölesanların altıncı aydaki umutsuzluk, depresyon ve anksiyete düzeyindeki anlamlı artış için hemşirelerin;

- Adölesanların, okul çevresi ve arkadaş ilişkilerinin sürdürülmesi için hastane ortamında yüz yüze görüşme ya da internet ve telefon aracılığı ile görüşmeyi sağlayacak ortam ve olanak sağlaması,
- Kendisi ile benzer tanı almış ve aynı yaş dönemindeki adölesanlara yönelik destek gruplarının oluşturulması ile terk edilmişlik, yalnızlık ve izolasyon duygularının azaltılmasını ve hastalıkla etkili baş etmelerini sağlaması,
- Akademik yaşantıları ile ilgili geleceğe yönelik gerçekçi ve ulaşılabilir hedefler ve beklentiler oluşturmalarını desteklemesi.
- Tedaviye bağlı semptomlar (bulantı, kusma, yorgunluk, ağrı vb.) nedeniyle altıncı ayda artış gösteren umutsuzluk ve depresyon düzeyine yönelik ise hemşirelerin;
- Farmakolojik ve farmakolojik olmayan yöntemlerle fiziksel semptomları önlemesi, etkili semptom kontrolünün sürekli olmasını sağlaması ve yapılan uygulamaların etkinliğini değerlendirerek yaşam kalitesini artıracak yeni hemşirelik girişimleri için sürekli olarak bilgi düzeyini artırması,
- Kanserli adölesanların tanı anında ve tanıdan sonraki tedavi sürecinin değişik aşamalarında (remisyon, rölaps gibi) umutsuzluk, depresyon ve anksiyete düzeylerinin daha büyük örneklem üzerinde çalışılması, hemşirelik girişimlerini değerlendiren deneysel araştırmaların yapılması önerilmektedir.

## KAYNAKLAR

1. Çavuşoğlu, H. (2013). *Çocuk Sağlığı Hemşireliği* (11. bs., c. 1). Ankara: Ofset Basımevi.
2. Mollahaliloğlu, S., Hülür, Ü. ve Yardım ,N.(2007). *Türkiye’de Sağlığa Bakış.* (s.59-67). Ankara: Ofset Basımevi.
3. Boyle, P. ve Levin, B., (2008). *Dünya Kanser Raporu 2008*, Dünya Sağlık Örgütü Uluslararası Kanser Araştırmaları Kurumu, Erişim:13.09.2013, [http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789283204237\\_tur\\_p1-104.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789283204237_tur_p1-104.pdf)
4. American Cancer Society. (2013). *Cancer Facts & Figures*. Atlanta: American CancerSociety.Erişim:13.09.2013,[http://www.cancer.org/acs/groups/content/@epidemiologysurveillance/documents/document/acsp\\_036845.pdf](http://www.cancer.org/acs/groups/content/@epidemiologysurveillance/documents/document/acsp_036845.pdf)
5. Sağlık Bakanlığı Kanser İstatistikleri. (2010). *2008 Yılı Türkiye Kanser İstatistikleri*,Erişim:02.11.2013.<http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/172577/h/saglikistatistikleriyilligi2010.pdf>
6. TÜİK.(2008).*Ölüm İstatistikleri (İl ve İlçe Merkezleri)*. Erişim: 02.11.2013. <http://www.tuik.gov.tr>
7. Surveillance, Epidemiology, and End Results (SEER) Program. (2012). Section XXXII: Adolescent and Young Adult Cancer by Site: *Incidence, Survival and Mortality*.Erişim:12.11.2013.Retrievedfrom[http://seer.cancer.gov/csr/1975\\_2010/results\\_merged/sect\\_28\\_childhood\\_cancer.pdf](http://seer.cancer.gov/csr/1975_2010/results_merged/sect_28_childhood_cancer.pdf)
8. Büyükpamukçu, M. (2012). *Türkiye’de Pediatrik Onkoloji*, TPOG Ulusal Pediatrik Kanser Kongresi, Bolu.
9. Hinds, P. S. (2000, November). Fostering coping by adolescents with newly diagnosed cancer. In *Seminars in oncology nursing* (Vol. 16, No. 4, pp. 317-327). WB Saunders.
10. Erickson, J. M., MacPherson, C. F., Ameringer, S., Baggott, C., Linder, L. ve Stegenga, K. (2013). Symptoms and symptom clusters in adolescents receiving cancer treatment: A review of the literature. *International journal of nursing studies*. 50 (2013) 847–869.
11. Gurney, J. G., Krull, K. R., Kadan-Lottick, N., Nicholson, H. S., Nathan, P. C., Zebrack, B. ve diğerleri (2009). Social outcomes in the childhood cancer survivor study cohort. *Journal of Clinical Oncology*, 27(14), 2390-2395.
12. Zeltzer, L. K., Recklitis, C., Buchbinder, D., Zebrack, B., Casillas, J., Tsao, J. C. ve diğerleri (2009). Psychological status in childhood cancer survivors: a report from the Childhood Cancer Survivor Study. *Journal of Clinical Oncology*,27(14), 2396-2404.

13. Whyte, F. ve Smith, L. (1997). A literature review of adolescence and cancer. *European Journal of Cancer Care*, 6(2), 137-146.
14. Abrams, A. N., Hazen, E. P. ve Penson, R. T. (2007). Psychosocial issues in adolescents with cancer. *Cancer treatment reviews*, 33(7), 622-630.
15. Wedekind, M. F. (2006). The Psychological Effects of Experiencing Pediatric Oncology. [http://trace.tennessee.edu/utk\\_chanhonoproj/1131](http://trace.tennessee.edu/utk_chanhonoproj/1131)
16. Cavusoglu H. (2001). Depression in children with cancer. *Journal of Pediatric Nursing*, 16(5), 380-385.
17. Kashani, J. H., Reid, J. C. ve Rosenberg, T. K. (1989). Levels of hopelessness in children and adolescents: A developmental perspective. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(4), 496.
18. Burke, P. ve Elliott, M. (1999). Depression in pediatric chronic illness: A diathesis-stress model. *Psychosomatics*, 40(1), 5-17.
19. Walker, A. J., Gedaly-Duff, V., Miaskowski, C. ve Nail, L. (2010). Differences in symptom occurrence, frequency, intensity, and distress in adolescents prior to and one week after the administration of chemotherapy. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 27(5), 259-265.
20. Spiegel, D. ve Giese-Davis, J. (2003). Depression and cancer: mechanisms and disease progression. *Biological Psychiatry*, 54(3), 269-282.
21. Decker, C. L. (2007). Social support and adolescent cancer survivors: A review of the literature. *Psycho-Oncology*, 16(1), 1-11.
22. Cunningham, S., Gunn, T., Alladin, A. ve Cawthorpe, D. (2008). Anxiety, depression and hopelessness in adolescents: a structural equation model. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 17(3), 137.
23. Essen, L. V., Enskär, K., Kreuger, A., Larsson, B. ve Sjöden, P. O. (2000). Self-esteem, depression and anxiety among Swedish children and adolescents on and off cancer treatment. *Acta Paediatrica*, 89(2), 229-236.
24. Juvakka, T. ve Kylmä, J. (2009). Hope in adolescents with cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 13(3), 193-199.
25. Hinds, P. S., Quargnenti, A., Fairclough, D., Bush, A. J., Betcher, D., Rissmiller, G. ve diğerleri (1999). Hopefulness and its characteristics in adolescents with cancer. *Western Journal of Nursing Research*, 21(5), 600-620.
26. Özmen, D., DüNDAR, P. E., Çetinkaya, A. Ç., Taşkın, O. ve Özmen, E. (2008). Lise öğrencilerinde umutsuzluk ve umutsuzluk düzeyini etkileyen etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 9(1), 8-15.

27. Özfirat, Ö. (2009). Gençlik ve Depresyon, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi, *İnönü Üniversitesi*, 16(4), 47-59.
28. Roberts, R. E. (2000). *Depression and suicidal behaviors among adolescents: the role of ethnicity* (p. 359-388). San Diego, CA: Academic Press, Inc.
29. Mulhern, R. K., Fairclough, D., Douglas, S. M. ve Smith, B. (1994). Physical distress and depressive symptomatology among children with cancer. *Children's Health Care*, 23(3), 167-179.
30. Allen, R. (1997). Adolescent cancer and the family. *Journal of Cancer Nursing*, 1(2), 86-92.
31. Allen, R., Newman, S. P. ve Souhami, R. L. (1997). Anxiety and depression in adolescent cancer: findings in patients and parents at the time of diagnosis. *European Journal of Cancer*, 33(8), 1250-1255.
32. Collins, J. J., Byrnes, M. E., Dunkel, I. J., Lapin, J., Nadel, T., Thaler, H. T. ve diğerleri (2000). The measurement of symptoms in children with cancer. *Journal of Pain and Symptom Management*, 19(5), 363-377.
33. Esenay, F. (2007). **Sağlıklı ve Kanserli Ergenlerde Umut**. Doktora Tezi. Ege Üniversitesi, İzmir.
34. Poulton, R. ve Caspi, A. (2005). Commentary: How does socioeconomic disadvantage during childhood damage health in adulthood? Testing psychosocial pathways. *International Journal of Epidemiology*, 34(2), 344-345.
35. Bleyer, A., Viny, A. ve Barr, R. (2006). Cancer in 15-to 29-year-olds by primary site. *The Oncologist*, 11(6), 590-601.
36. Yarış, N. (2007). Adölesan Kanserlerin Epidemiyolojisi. *Güncel Pediatri*; 5: 105-10.
37. UNICEF.(2011). *Adolescence: An Age of Opportunity*. Erişim:03.11.2013.Retrieved from [http://www.unicefusa.org/assets/pdf/SOWC-2011-Main-Report-LoRes\\_PDF\\_EN\\_12082010.pdf](http://www.unicefusa.org/assets/pdf/SOWC-2011-Main-Report-LoRes_PDF_EN_12082010.pdf).
38. Stiller, C.A. (2007). International patterns of cancer incidence in adolescents. *CancerTreatmentReviews*, 33, 631–645, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ctrv.2007.01.001>.
39. Kaatsch, P. (2010). Epidemiology of childhood cancer. *Cancer treatment reviews*, 36(4), 277-285.
40. Plon, S.E. ve Nathanson, K. (2005). Inherited Susceptibility for Pediatric Cancer. *The Cancer Journal*, 11(4), 255-267.

- 41.Çavdar,A.(2009).ÇocuklukÇağıKanserleri.Erişim:15.10.2013.<http://www.tuba.gov.tr/index.php?id=434>
42. Özkan, A. (2009). *Pediatric Onkoloji* (s. 15-470), İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
43. Büyükgönenç, L. ve Törüner, E. (2011), *Çocuk Sağlığı Temel Hemşirelik Yaklaşımları*, Ankara: Gökçe Ofset.
44. Pillitteri, A. (2010). *Maternal&Child Health Nursing* (6th. edition). U.S.A.: Lippincott Williams&Wilkins.
45. Ball, J., Bindler, R. ve Cowen, K.(2010). *Child Health Nursing* (2nd edition, p.1066-1118), U.S.A.: Pearson Education.
46. Fadiloğlu, Ç., Tokem, Y. ve Özçelik, H. (2008). Biyolojik Ajanların Kullanımında Hemşirenin Sorumlulukları, *Türk Onkoloji Dergisi*, 23: 45-53.
47. Ünalın, P.C., Kaya, Ç.A. ve Akgün, T. (2007). Birinci basamakta ergen sağlığına yaklaşımı. *Türkiye Klinikleri J. MedSci*, 27, 567-576.
48. Mukaddes, N.M. ( 2000). Ergenlik çağı ruhsal gelişim özellikleri. In Ed. Özgür, P. *Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Ders Kitabı*, Nobel Tıp Kitabevi.
49. Çuhadaroğlu, F. (2000). Ergenlik Döneminde Psikolojik Gelişim Özellikleri. *Katkı Pediatri Dergisi Adölesan Özel Sayısı*, 21(6), 863-868.
50. Christie, D. ve Viner, R. (2005). Adolescent Development. *British Medical Journal*, 330 (7486), 301-304.
51. Yörükoğlu, A.(2008). *Çocuk Ruh Sağlığı* (29.bs.). İstanbul: Özgür Yayınları.
52. Lawrence, SN., Sara, S. ve Mari, R. (2009). Psychosocial development in normal adolescents. In Ed. Seigafuse S, Shaw R. *Handbook of adolescent health care* (6th edition, p. 14-16), Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkins.
53. Yiğit, R. (2009). *Çocukluk Dönemlerinde Büyüme ve Gelişme* (s.177-197), Ankara: Sistem Ofset
54. Perry, S., Hockenberry, M., Lowdermilk, D. ve Wilson, D. (2010). *Maternal Child Nursing Care* (4th. edition, p. 1105-1116), U.S.A.:Mosby ELSEVIER.
55. Patenaude, A. F. ve Kupst, M. J. (2005). Psychosocial functioning in pediatric cancer. *Journal of pediatric psychology*, 30(1), 9-27.
56. Çavusoglu, H. (2000). Problems related to the diagnosis and treatment of adolescents with leukemia. *Issues in comprehensive pediatric nursing*, 23(1), 15-26.

57. Zebrack, B., Hamilton, R. ve Smith, A. W. (2009, October). Psychosocial outcomes and service use among young adults with cancer. In *Seminars in Oncology* (Vol. 36, No. 5, pp. 468-477). WB Saunders.
58. Zebrack, B., Bleyer, A., Al britton, K., Medearis, S. ve Tang, J. (2006). Assessing the health care needs of adolescent and young adult cancer patients and survivors. *Cancer*, 107(12), 2915-2923.
59. Clerici, C. A., Massimino, M., Casanova, M., Cefalo, G., Terenziani, M., Vasquez, R. ve diğerleri (2008). Psychological referral and consultation for adolescents and young adults with cancer treated at pediatric oncology unit. *Pediatric Blood & Cancer*, 51(1), 105-109.
60. Schover, L. R. ve Li, Y. (2007). A pilot intervention to enhance psychosexual development in adolescents and young adults with cancer. *Pediatric Blood & Cancer*, 49(6), 824-828.
61. Stegenga, K. ve Ward-Smith, P. (2009). On receiving the diagnosis of cancer: the adolescent perspective. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 26(2), 75-80.
62. Woodgate, R. L. ve Degner, L. F. (2002). "Nothing is carved in stone!": uncertainty in children with cancer and their families. *European Journal of Oncology Nursing*, 6(4), 191-202.
63. Goodall, S., King, M., Ewing, J., Smith, N. ve Kenny, P. (2012). Preferences for support services among adolescents and young adults with cancer or a blood disorder: A discrete choice experiment. *Health Policy*, 107(2);304-311.
64. Freeman, K., O'Dell, C. ve Meola, C. (2003). Childhood brain tumors: children's and siblings' concerns regarding the diagnosis and phase of illness. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 20(3), 133-140.
65. Williamson, H., Harcourt, D., Halliwell, E., Frith, H. ve Wallace, M. (2010). Adolescents' and parents' experiences of managing the psychosocial impact of appearance change during cancer treatment. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 27(3), 168-175.
66. Fan, S. Y. ve Eiser, C. (2009). Body image of children and adolescents with cancer: A systematic review. *Body Image*, 6(4), 247-256.
67. Wallace, M. L., Harcourt, D., Rumsey, N. ve Foot, A. (2007). Managing appearance changes resulting from cancer treatment: resilience in adolescent females. *Psycho-Oncology*, 16(11), 1019-102.
68. Enskär, K. ve von Essen, L. (2007). Prevalence of aspects of distress, coping, support and care among adolescents and young adults undergoing and being off cancer treatment. *European Journal of Oncology Nursing*, 11(5), 400-408.



69. Larouche, S. S. ve Chin-Peuckert, L. (2006). Changes in body image experienced by adolescents with cancer. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 23(4), 200-209.
70. Mattsson, E., Ringnér, A., Ljungman, G. ve von Essén, L. (2007). Positive and negative consequences with regard to cancer during adolescence. Experiences two years after diagnosis. *Psycho-Oncology*, 16(11), 1003-1009.
71. Albritton, K. ve Bleyer, W. A. (2003). The management of cancer in the older adolescent. *European Journal of Cancer*, 39(18), 2584-2599.
72. McDevitt, T.M. ve Ormrod, J.E. (2004). *Child Development Educating and Working with Children and Adolescent* (2. bs.). New Jersey: Person Education.
73. Evan, E. E., Kaufman, M., Cook, A. B. ve Zeltzer, L. K. (2006). Sexual health and self-esteem in adolescents and young adults with cancer. *Cancer*, 107(S7), 1672-1679.
74. Hokkanen, H., Eriksson, E., Ahonen, O. ve Salantera, S. (2004). Adolescents with cancer: experience of life and how it could be made easier. *Cancer Nursing*, 27(4), 325-335.
75. Sahler, O. J., Fairclough, D. L., Katz, E. R., Varni, J. W., Phipps, S., Mulhern, R. K. ve diğerleri (2006). Problem-solving skills training for mothers of children with newly diagnosed cancer. *Comprehensive Handbook of Childhood Cancer and Sickle Cell Disease: A Biopsychosocial Approach: A Biopsychosocial Approach*, 218.
76. Wicks, L. ve Mitchell, A. (2010). The adolescent cancer experience: loss of control and benefit finding. *European Journal of Cancer Care*, 19(6), 778-785.
77. Edwards, J. L., Gibson, F., Richardson, A., Sepion, B. ve Ream, E. (2003). Fatigue in adolescents with and following a cancer diagnosis: developing an evidence base for practice. *European Journal of Cancer*, 39(18), 2671-2680.
78. Eiser, C.(2005).Children with Cancer: *The Quality Of Life Research*. 14:1649-1950
79. Noll Novakovic, B., Fears, T. R., Wexler, L. H., McClure, L. L., Wilson, D. L., McCalla, J. L. ve diğerleri (1996). Experiences of cancer in children and adolescents. *Cancer nursing*, 19(1), 54-59.
80. Noll, R. B., Gartstein, M. A., Vannatta, K., Correll, J., Bukowski, W. M. ve Davies, W. H. (1999). Social, emotional, and behavioral functioning of children with cancer. *Pediatrics*, 103(1), 71-78.
81. Zeltzer, L. K., Lu, Q., Leisenring, W., Tsao, J. C., Recklitis, C., Armstrong ve diğerleri (2008). Psychosocial outcomes and health-related quality of life in adult childhood cancer survivors: a report from the childhood cancer survivor study. *Cancer Epidemiology Biomarkers & Prevention*, 17(2), 435-446.

82. Shankar, S., Robison, L., Jenney, M. E., Rockwood, T. H., Wu, E., Feusner, J. ve diğ erleri (2005). Health-related quality of life in young survivors of childhood cancer using the Minneapolis-Manchester Quality of Life-Youth Form *Pediatrics*, 115(2), 435-442.
83. Russell, K. M., Hudson, M., Long, A. ve Phipps, S. (2006). Assessment of health-related quality of life in children with cancer. *Cancer*, 106(10), 2267-2274.
84. Wu, L. M., Chin, C. C., Haase, J. E. ve Chen, C. H. (2009). Coping experiences of adolescents with cancer: a qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*, 65(11), 2358-2366.
85. Erdoğan, A. ve Karaman, M. G. (2008). Kronik ve ölümcül hastalığı olan çocuk ve ergenlerde ruhsal sorunlarının tanınması ve yönetilmesi. *Anatolian Journal of psychiatry*, 9(3), 244-252.
86. Er, M. (2006). Çocuk, hastalık, anne-babalar ve kardeşler. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 49(2), 155-168.
87. O'connor, R, C, Connery, H. ve Cheyne, W, M.(2000). "Hopelessness: the role of depression, future directed thinking and cognitive vulnerability", *Psychology, Health and Medicine*, 5(2):155-161.
88. Henry, P. (2004). Hope, hopelessness, and coping: A framework for class-distinctive cognitive capital. *Psychology & Marketing*, 21(5), 375-403.
89. Tamar, M. (2004). "Çocuk ve Ergenlerde Depresyon", *Klinik Psikiyatri*, Ek 2: 84-92.
90. Çelikel, F.Ç. ve Erkorkmaz, Ü. (2008). "Üniversite Öğrencilerinde Depresif Belirtiler ve Umutsuzluk Düzeyleri ile İlişkili Etmenler" *Nöropsikiyatri Arşivi*, 45: 122-129.
91. Lewis, M. (2002). *Child and Adolescent Psychiatry* (3th edition), Chapter VI. Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkins.
92. Kemer, G. ve Atik, K. (2005). "Kırsal Ve İl Merkezinde Yaşayan Lise Öğrencilerinin Umut Düzeylerinin Aileden Algılanan Sosyal Destek Düzeyine Göre Karşılaştırılması", *M.Ü. Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi*, 21:161-168.
93. Üngüren, E. ve Ehtiyar, R. (2009). Türk ve Alman öğrencilerin umutsuzluk düzeylerinin karşılaştırılması ve umutsuzluk düzeylerini etkileyen faktörlerin belirlenmesi: turizm eğitimi alan öğrenciler üzerinde bir araştırma. *Journal of Yasar University*, 4(14), 2093- 2127.
94. Öz, F. (2010). *Sağlık Alanında Temel Kavramlar* (2. bs.), Ankara: Mattek Matbaacılık.

95. Carpenito-Moyet, L.Y.(2010). *Handbook of Nursing Diagnosis* (13th edition). In Ed. Erdemir, F. (2012). İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri, s.487-490.
96. Lack, C. W. ve Green, A. L. (2009). Mood disorders in children and adolescents. *Journal of Pediatric Nursing*, 24(1), 13-25.
97. Axelson, D. A. ve Birmaher, B. (2001). Relation between anxiety and depressive disorders in childhood and adolescence. *Depression and anxiety*,14(2), 67-78.
98. Polvan, Ö.(2000). *Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Ders Kitabı* (1. bs., s. 102-106), İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri.
99. American-Psychiatric-Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th edition, p. 93-95), Washington, DC: APA Press.
100. Ünal, S. ve Özcan, E. (2000). Depresyonda hazırlayıcı, ortaya çıkarıcı ve koruyucu etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 1(1), 41-47.
101. Akışkal, HS. (2007). *Duygudurum bozuklukları* (8. bs.). Tarihsel gelişim ve kavramın tanımı (s. 1559-75), Ankara-İstanbul: Güneş Kitabevi.
102. Canat, S. (2001). *Ergenlerde depresyon*. In. Ed. Kumbasar, H. Modern Tıp Seminerleri 18, Depresyon (s. 55-57), Ankara: Güneş Kitabevi.
103. Kaplan, H. ve Sadock, BJ. (2004). *Klinik Psikiyatri*. In. Ed. Abay, E. (s. 159-165), İstanbul: Nobel Matbaacılık.
104. Martin, A. ve Volkmar F. (2007). *Lewis's Child And Adolescent Psychiatry* (4th edition). Chapter V., U.S.A.:WILLIAMS&WILKINS.
105. Davis, N.M. (2005). Depression in Children and Adolescents. *The Journal of School Nursing*, 21 (6), 311-317.
106. Avenevoli, S.,Stolar, M., Li, J., Dierker, L. ve RiesMerikangas, K. (2001). Comorbidity of depression in children and adolescents: Models and evidence from a prospective high-risk family study. *Biological Psychiatry*, 49(12), 1071-1081.
107. Dopheide, J.A. (2006). Recognizing and treating depression in children and adolescents. *Am J Health Syst Pharm*, 63: 233-243.
108. Yazan, C.(2000). Genel Olarak Anksiyete. In Ed. Göka, E. *Araştırma ve Uygulamalarda Biyolojik Psikiyatri* (1. bs.), İstanbul: Atlan Matbaacılık.
109. Ak, B.(2009). *Sağlıklı ve Tip I Diyabetli Ergenlerde Ölüm Kaygısı ve Etkileyen Faktörler*. Doktora Tezi. Ege Üniversitesi, İzmir.
110. Costello, E. J., Egger, H. L., Copeland, W., Erkanli, A. ve Angold, A. (2011). The developmental epidemiology of anxiety disorders: Phenomenology,

prevalence, and comorbidity. *Anxiety disorders in children and adolescents: Research, assessment and intervention*, 56-75.

111. Burns, J.J, Sadof, M. ve Kamat, D., (2006). Managing the Adolescent with a Chronic Illness. *Psychiatric Annals*, 36(10), 719-725.
112. Phipps, S. (2007). Adaptive style in children with cancer: Implications for a positive psychology approach. *Journal of Pediatric Psychology*, 32(9), 1055-1066.
113. Evan, E. E. ve Zeltzer, L. K. (2006). Psychosocial dimensions of cancer in adolescents and young adults. *Cancer*, 107(S7), 1663-1671.
114. Bradley Eilertsen, M. E., Jozefiak, T., Rannestad, T., Indredavik, M. S. ve Vik, T. (2012). Quality of life in children and adolescents surviving cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 16(2), 185-193.
115. Ballard, E. D., Rosenstein, D. L., Wiener, L. ve Wayne, A. S. (2006). Psychotropic medication use in pediatric patients with cancer. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 160(8), 818.
116. Kersun, L. S., Rourke, M. T., Mickley, M. ve Kazak, A. E. (2009). Screening for depression and anxiety in adolescent cancer patients. *Journal of Pediatric Hematology/Oncology*, 31(11), 835-839.
117. Hedström, M., Kreuger, A., Ljungman, G., Nygren, P. ve von Essen, L. (2006). Accuracy of assessment of distress, anxiety, and depression by physicians and nurses in adolescents recently diagnosed with cancer. *Pediatric Blood & Cancer*, 46(7), 773-779.
118. Seacord, D. (2004). Psychiatric impact of childhood cancer. *Psychosocial Aspects Of Pediatric Oncology*, 211-228.
119. Ruland, C. M., Hamilton, G. A. ve Schjødt-Osmo, B. (2009). The complexity of symptoms and problems experienced in children with cancer: a review of the literature. *Journal of Pain and Symptom Management*, 37(3), 403-418.
120. Mattsson, E., El-Khoury, B., Ljungman, G. ve von Essen, L. (2009). Empirically derived psychosocial states among adolescents diagnosed with cancer during the acute and extended phase of survival. *Annals of Oncology*, 20(10), 1722-1727.
121. Hedström, M., Ljungman, G. ve von Essen, L. (2005). Perceptions of distress among adolescents recently diagnosed with cancer. *Journal of Pediatric Hematology/Oncology*, 27(1), 15-22.
122. Hockenberry, M. J., Hooke, M. C., Gregurich, M., McCarthy, K., Sambuco, G. ve Krull, K. (2010, January). Symptom clusters in children and adolescents receiving cisplatin, doxorubicin, or ifosfamide. In *Oncology nursing forum* (Vol. 37, No. 1, pp. E16-E27). Oncology Nursing Society.

123. Jörngården, A., Mattsson, E. ve von Essen, L. (2007). Health-related quality of life, anxiety and depression among adolescents and young adults with cancer: a prospective longitudinal study. *European Journal of Cancer*, 43(13), 1952-1958.
124. Ritchie, M. A. (2001). Self-esteem and hopefulness in adolescents with cancer. *Journal of Pediatric Nursing*, 16(1), 35-42.
125. Cantrell, M. A. ve Lupinacci, P. (2004). A predictive model of hopefulness for adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 35(6), 478-485.
126. Hinds, P. S., Quargnenti, A., Bush, A. J., Pratt, C., Fairclough, D., Rissemiller, G. ve diğerleri (2000). An evaluation of the impact of a self-care coping intervention on psychological and clinical outcomes in adolescents with newly diagnosed cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 4(1), 6-17.
127. Hendricks-Ferguson, V. (2008). Hope and spiritual well-being in adolescents with cancer. *Western Journal of Nursing Research*, 30(3), 385-401.
128. O'Conner-Von, S. (2009). Coping with cancer: A Web-based educational program for early and middle adolescents. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 26(4), 230-241.
129. Engvall, G., Skolin, I., Mattsson, E., Hedström, M. ve von Essen, L. (2011). Are nurses and physicians able to assess which strategies adolescents recently diagnosed with cancer use to cope with disease-and treatment-related distress?. *Supportive Care in Cancer*, 19(5), 605-611.
130. Zebrack, B., Mathews-Bradshaw, B. ve Siegel, S. (2010). Quality cancer care for adolescents and young adults: a position statement. *Journal of Clinical Oncology*, 28(32), 4862-4867.
131. Suzuki, L. K. ve Kato, P. M. (2003). Psychosocial support for patients in pediatric oncology: the influences of parents, schools, peers, and technology. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 20(4), 159-174.
132. Seitz, D., Besier, T. ve Goldbeck, L. (2009). Psychosocial interventions for adolescent cancer patients: a systematic review of the literature. *Psycho-Oncology*, 18(7), 683-690.
133. Decker, C., Phillips, C. R. ve Haase, J. E. (2004). Information needs of adolescents with cancer. *Journal of pediatric oncology nursing*, 21(6), 327-334.
134. Woodgate, R.L. (2008). Feeling States: A New Approach to Understanding How Children and Adolescents With Cancer Experience Symptoms, *Cancer Nursing*, 31: 229-238.
135. Ritchie, M. A. (2001). Psychosocial nursing care for adolescents with cancer. *Issues in comprehensive pediatric nursing*, 24(3), 165-175.

136. Savaşır, I. ve Şahin, N. (2006). *Bilişsel-davranışçı Terapilerde Değerlendirme, Sık Kullanılan Ölçekler*, Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.
137. Bayramova, N. ve Karadakovan, A. (2010). Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Umutsuzluk Durumlarının İncelenmesi, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi/Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*. 7(2).
138. Seber, G., Dilbaz, N., Kaptanoğlu, C. ve Tekin, D. (1993). Umutsuzluk ölçeği: Geçerlilik ve güvenilirliği. *Kriz Dergisi*, 1(3), 139-142.
139. Durak, A. ve Palabıyıkoglu, R. (1994). Beck Umutsuluk Ölçeği Geçerlilik Çalışması, *Kriz Dergisi*, 2(2), 311-319.
140. Dilbaz, N. ve Seber, G. (1993). Umutsuzluk kavramı: Depresyon ve İntiharda Önemi. *Kriz Dergisi*, 1(3), 134-138.
141. Winter, L. B., Steer, R. A., Jones-Hicks, L. ve Beck, A. T. (1999). Screening for major depression disorders in adolescent medical outpatients with the Beck Depression Inventory for Primary Care. *Journal of Adolescent Health*, 24(6), 389-394.
142. Kılınç, S. ve Torun, F. (2011). Türkiye’de Klinikte Kullanılan Depresyon Değerlendirme Ölçekleri. *Dirim Tıp Gazetesi*, 86(1), 39-47.
143. Hisli, N. (1988). Beck Depresyon Envanterinin Geçerliliği Üzerine Bir Çalışma. *Psikoloji dergisi*, 22, 118-126.
144. Hisli, N. (1989). Beck Depresyon Envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliliği, güvenilirliği. *Psikoloji dergisi*, 7(23), 3-13.
145. Yılmaz, F. (2004). **İşitme Engelli Adölesanların Benlik Kavramı ve Depresyon Belirti Düzeyleri Arasındaki İlişki**. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi, Erzurum.
146. Kumar, G., Steer, R. A. ve Beck, A. T. (1993). Factor structure of the Beck Anxiety Inventory with adolescent psychiatric inpatients. *Anxiety, Stress and Coping*, 6(2), 125-131.
147. Ulusoy, M., Sahin, N. H. ve Erkmen, H. (1998). Turkish version of the Beck Anxiety Inventory: psychometric properties. *Journal of cognitive psychotherapy*, 12, 163-172.
148. Liman, T. (2011). **Kronik Hastalığı Olan Ergenlerin Hastalığı Algularını İle Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişki**. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği, İzmir.
149. Osman, A., Hoffman, J., Barrios, F. X., Kopper, B. A., Breitenstein, J. L. ve Hahn, S. K. (2002). Factor structure, reliability, and validity of the Beck

- Anxiety Inventory in adolescent psychiatric inpatients. *Journal of Clinical Psychology*, 58(4), 443-456.
150. Chao, C. C., Chen, S. H., Wang, C. Y., Wu, Y. C. ve Yeh, C. H. (2003). Psychosocial adjustment among pediatric cancer patients and their parents. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 57(1), 75-81.
  151. Neville, K. (1996). Psychological distress in adolescents with cancer. *Journal of Pediatric Nursing*, 11(4), 243-251.
  152. Phipps, S., Long, A., Hudson, M. ve Rai, S. N. (2005). Symptoms of post-traumatic stress in children with cancer and their parents: Effects of informant and time from diagnosis. *Pediatric Blood & Cancer*, 45(7), 952-959.
  153. Derman, O. (2008). Ergenlerde Psikososyal Gelişim. *Adolesan Sağlığı II Sempozyum Dizisi*, (63), 19-21.
  154. Hinds, P. (2004). The Hopes and Wishes of Adolescents With Cancer and The Nursing Care That Helps. *Oncology Nursing Forum*, 31(5): 927-934.
  155. Larsson, G., Mattsson, E. ve von Essen, L. (2010). Aspects of quality of life, anxiety, and depression among persons diagnosed with cancer during adolescence: a long-term follow-up study. *European Journal of Cancer*, 46(6), 1062-1068.
  156. Piersol, L. W., Johnson, A., Wetsel, A., Holtzer, K. ve Walker, C. (2008). Decreasing psychological distress during the diagnosis and treatment of pediatric leukemia. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 25(6), 323-330.
  157. Seitz, D., Besier, T., Debatin, K. M., Grabow, D., Dieluweit, U., Hinz, A. ve diğerleri. (2010). Posttraumatic stress, depression and anxiety among adult long-term survivors of cancer in adolescence. *European Journal of Cancer*, 46(9), 1596-1606.
  158. Barrera, M., Wayland, L. A., D'Agostino, N. M., Gibson, J., Weksberg, R. ve Malkin, D. (2003). Developmental differences in psychological adjustment and health-related quality of life in pediatric cancer patients. *Children's Health Care*, 32(3), 215-232.
  159. Woodgate, R. L. (2006). The importance of being there: perspectives of social support by adolescents with cancer. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 23(3), 122-134.
  160. Haase, J. E. (2004). The adolescent resilience model as a guide to interventions. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 21(5), 289-299.
  161. Haluska, H. B., Jessee, P. O. ve Nagy, C. M. (2002, January). Sources of social support: adolescents with cancer. In *Oncology nursing forum* (Vol. 29, No. 9, pp. 1317-1324). Oncology Nursing Society.

162. Gillham, J. ve Reivich, K. (2004). Cultivating optimism in childhood and adolescence. *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 591(1), 146-163.
163. Marine, S. ve Miller, D. (1998). Social support, social conflict, and adjustment among adolescents with cancer. *Journal of Pediatric Psychology*, 23(2), 121-130.
164. Lähteenmäki, P. M., Huostila, J., Hinkka, S. ve Salmi, T. T. (2002). Childhood cancer patients at school. *European Journal of Cancer*, 38(9), 1227-1240.
165. Varni, J. W., Katz, E. R., Colegrove Jr, R. ve Dolgin, M. (1995). Perceived physical appearance and adjustment of children with newly diagnosed cancer: a path analytic model. *Journal of Behavioral Medicine*, 18(3), 261-278.
166. Stuber, M. L. ve Seacord, D. (2004). Psychiatric impact of childhood cancer. *Psychosocial Aspects of Pediatric Oncology*, 211-228.
167. Currier, J. M., Hermes, S. ve Phipps, S. (2009). Brief report: Children's response to serious illness: perceptions of benefit and burden in a pediatric cancer population. *Journal of Pediatric Psychology*, 34(10), 1129-1134.
168. Zebrack, B. J. ve Chesler, M. A. (2002). Quality of life in childhood cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 11(2), 132-141.
169. Moore, I. M., Challinor, J., Pasvogel, A., Matthay, K., Hutter, J. ve Kaemingk, K. (2003). Behavioral adjustment of children and adolescents with cancer: Teacher, parent, and self-report. *Oncology Nursing Forum*, 30, E84-91.
170. Trask, P. C., Paterson, A. G., Trask, C. L., Bares, C. B., Birt, J. ve Maan, C. (2003). Parent and adolescent adjustment to pediatric cancer: associations with coping, social support, and family function. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 20(1), 36-47.
171. McCaffrey, C. N. (2006). Major stressors and their effects on the well-being of children with cancer. *Journal of Pediatric Nursing*, 21(1), 59-66.
172. Yeh, C. H., Chiang, Y. C., Chien, L. C., Lin, L., Yang, C. P. ve Chuang, H. L. (2008, March). Symptom clustering in older Taiwanese children with cancer. In *Oncology nursing forum* (Vol. 35, No. 2, pp. 273-281). Oncology Nursing Society.
173. Baggott, C., Cooper, B. A., Marina, N., Matthay, K. K. ve Miaskowski, C. (2012). Symptom cluster analyses based on symptom occurrence and severity ratings among pediatric oncology patients during myelosuppressive chemotherapy. *Cancer Nursing*, 35(1), 19.
174. DeJong, M. ve Fombonne, E. (2006). Depression in paediatric cancer: an overview. *Psycho-Oncology*, 15(7), 553-566.



175. Carpentier, M. Y. ve Fortenberry, J. D. (2010). Romantic and sexual relationships, body image, and fertility in adolescent and young adult testicular cancer survivors: a review of the literature. *Journal of Adolescent Health, 47*(2), 115-125.
176. Oppenheim, D. (2004). The child's subjective experience of cancer and the relationship with parents and caregivers. *Psychosocial Aspects of Pediatric Oncology, 111-138*.

## EKLER

### Ek. 1. '15-19 Yaş Grubu Adölesanların Umutsuzluk, Depresyon Ve Anksiyete Düzeylerinin İncelenmesi' Başlıklı Araştırma İçin Çocuk Rıza Formu

#### Araştırmanın Açıklanması:

Sevgili Arkadaşım;

Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalığı Hemşireliği Anabilim Dalı'nda yüksek lisans öğrencisiyim. Seninle benzer tanıyı almış 15-19 yaş grubu çocuklarda umutsuzluk, depresyon ve anksiyete düzeylerinin incelenmesi için bir araştırma yapmaktayız. Bu araştırma ile seninle aynı tanıyı almış çocuklar için yararlı bilgiler sağlanacak, ayrıca tanı ve tedavi süresi boyunca psikososyal uyumunun sağlanmasında etkili olan faktörler belirlenerek uygun hemşirelik girişimlerinin gerekliliği vurgulanacaktır.

Araştırmayı sorumlu araştırmacının Prof. Dr. Hicran ÇAVUŞOĞLU gözetiminde ben Araştırma Görevlisi Ayşe YILMAZ yürüteceğim. Bu araştırmaya katılacak olursan senden anket ve ölçekler doğrultusunda bilgi alınacak ve bu bilgiler kesinlikle saklı tutularak kişi ve/veya kişilerin ulaşması engellenecektir.

Bu araştırmaya katılıp-katılmamak için karar vermeden önce anne ve baban ile konuşup onlara danışmalısın. Onlara da bu araştırmadan bahsedip, onaylarını alacağız. Anne ve baban araştırmayı kabul etseler bile kabul etmeme hakkına sahipsin. Bu araştırmaya katılmak senin isteğine bağlı olup, istemezsen katılmayabilirsin. Bu nedenle hiç kimse sana kızmaz ya da tedavi sürecinde bir sıkıntıya maruz kalmana neden olmaz. Önce katılmayı kabul etsen bile sonradan vazgeçebilirsin, bu tamamen sana bağlıdır. Soru kağıdındaki soruları yanıtlaman çalışma sonuçlarının doğruluğu ve geçerliliği için oldukça önemlidir. Sorulara vereceğin yanıtlar araştırma sonuçlarını doğrudan etkileyeceği için objektif olmanı ve soruları boş bırakmamanı rica ediyorum. Aklına şimdi gelen veya daha sonra gelecek soruları istediğin zaman bana sorabilirsin. Telefon numaram ve adresim bu formda yazıyor. Bu araştırmayı katılmayı kabul ediyorsan aşağıya lütfen adını ve soyadını yazıp, imza atmanı rica ederim. İmzaladıktan sonra sana ve ailene bu formun bir kopyası verilecektir.

Çocuğun Adı-Soyadı:

İmzası:

Tarih:

Veli/Vasisinin Adı-Soyadı:

İmzası:

Tarih:

Araştırmacının Adı- Soyadı: Ayşe YILMAZ

İmzası:

Tarih:

Adresi: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Hemşirelik Bölümü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Sıhhiye/ ANKARA

Tel: 05073560214

Sorumlu Araştırmacı: Hicran ÇAVUŞOĞLU

İmzası:

Tarih:

Adresi: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Hemşirelik Bölümü Sıhhiye/ ANKARA

Tel : 0312 305 15 80/ 151

**Ek. 2. ‘Kanserli 15-19 Yaş Grubu Adölesanların Umutsuzluk, Depresyon Ve Anksiyete Düzeylerinin İncelenmesi’ Başlıklı Araştırma İçin Aydınlatılmış Veli Rıza Formu**

**Araştırmacının açıklaması**

**Sevgili Anne- Baba;**

‘Kanserli 15-19 Yaş Grubu Kanserli Adölesanların Umutsuzluk, Depresyon ve Anksiyete Düzeylerinin İncelenmesi’ adlı bu araştırma ile bu yaş grubu çocukların umutsuzluk, depresyon ve anksiyete düzeyleri tanı anında ve tedavi başladıktan 6 ay sonra farklılık gösterip göstermediği incelenecektir.

Sizin de bu araştırmaya katılmanızı öneriyoruz. Ancak bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Araştırmanın sonunda elde edilen verilere göre kanser tanısı almış adölesanların umutsuzluk, depresyon ve anksiyete düzeyleri ortaya konularak tanı ve tedavi süreci boyunca psikososyal uyumunu sağlayacak sosyal bilincin oluşturulması ve hastanelerde bu bilinç doğrultusunda hemşirelik bakım ve hizmetlerin verilmesi gerekliliği vurgulanacaktır.

Araştırmaya katılmayı kabul ederseniz araştırmacı Ayşe Yılmaz tarafından yanıtlanması için çocuğunuza formlar verilecektir. Çalışma sırasında araştırmacı tarafından çocuğunuza verilen formların çocuğunuz tarafından doldurulması istenecektir. Soruların yanıtlanması sırasında sizde çocuğunuzun yanında bulunabilirsiniz. Formlar uygulama sırasında araştırmacı tarafından açıklanacağı gibi bir kısmı ilk tanı anında bir kısmı da tedavi başladıktan 6 ay sonra tekrar uygulanacaktır.

Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır. Bu veriler bilimsel nitelikli yayınlarda kullanılmasının dışında başka bir yerde kullanılmayacak ve başkalarına verilmeyecektir.

Bu çalışmaya katılmayı reddedebilirsiniz. Bu araştırmaya katılmak tamamen isteğe bağlıdır ve reddettiğiniz takdirde araştırmacı ile ilişkinizde herhangi bir

değişiklik olmayacaktır. Yine çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekme hakkına sahipsiniz.

Teşekkürler...

**Araştırmacı:** Ayşe Yılmaz

Adres: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Hemşirelik Bölümü

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Sıhhiye/ Ankara 06100

**E-posta:** ayginylmz@hotmail.com

#### **Katılımcının Beyanı**

Sayın araştırmacı Ayşe Yılmaz tarafından Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'nda bir araştırma yapılacağı bildirilerek, yapılacak araştırma ile ilgili bilgiler tarafıma aktarıldı. Yapılan ön bilgilendirilmeden sonra böyle bir araştırmaya katılımcı olarak davet edildim.

Bu araştırmaya katılırsam araştırmacı ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılabileceğine inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımını sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemin uygun olacağını bilincindeyim.) Ayrıca eğitimime ve yaşantıma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı tutulabilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

Araştırma sırasında araştırmayla ilgili bir sorun ile karşılaştığımda; herhangi bir saatte, Ayşe Yılmaz' ı 05073560214 nolu telefondan ve Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Samanpazarı/ Ankara adresinden arayabileceğimi biliyorum.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun araştırmacı ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen araştırmaya “katılımcı” (denek) olarak yer alma kararı aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

**Katılımcı**

Adı, soyadı:

Adres :

Tel:

İmza:

**Görüşme tanığı**

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

**Katılımcı ile görüşen araştırmacı**

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

### Ek 3. Sosyodemografik Verileri İçeren Veri Formu

Tarih.../.../...

#### ANKET FORMU NO:

1- Cinsiyetiniz ( ) Kadın ( ) Erkek

2- Yaşınız.....

3- Ailedeki Çocuk Sayısı.....

4- Kaçınıcı Çocuk Olduğu.....

5- Ailenizin şuanda yaşadığı yer neresidir?

a) İl merkezi

b) İlçe merkezi ve köy

6- Aile Tipiniz Nedir?

a) Çekirdek Aile ( anne, baba ve kardeşten oluşan aile)

b) Geniş Aile ( ailenizin dışında; büyükbaba, büyükanne, teyze, amca gibi diğer akrabaları da içeren aile)

c) Diğer.....

7- Anne/ babanız hayatta mı?

	Hayatta	Hayatta Değil
Anne	( )	( )
Baba	( )	( )

8- Anne/ babanızın öz-üveylik durumu nedir?

	Öz	Üvey
Anne	( )	( )
Baba	( )	( )

**9- Annenizin eğitim düzeyi nedir?**

- a) Okur-yazar değil
- b) İlkokul mezunu/ ortaokul mezunu
- c) Lise/üniversite mezunu

**10- Anneniz çalışıyor mu?**

- a) Evet
- b) Hayır

**11- Annenizin mesleği.....****12- Babanızın eğitim düzeyi nedir?**

- a) Okur-yazar değil
- b) İlkokul mezunu/ ortaokul mezunu
- c) Lise/üniversite mezunu

**13- Babanız çalışıyor mu?**

- a) Evet
- b) Hayır

**14- Babanızın mesleği.....****15- Ailenizin ekonomik durumunu nasıl algılıyorsunuz?**

- a) Yoksul
- b) Orta

**16- Kaçınıcı sınıfa gidiyorsunuz?.....**



#### Ek 4. Hastalığın Adölesan Üzerindeki Etkilerine İlişkin Veri Formu

Tarih.../.../...

ANKET FORMU NO:

**1- Anne/ baba ile olan ilişkilerinizi nasıl değerlendiriyorsunuz? (Açıklayınız.)**

.....  
.....

**2- Hastalık/ tedavi süreci nedeniyle okula ara verdiniz mi?( Hayır ise 5. soruya geçin.)**

- a) Evet  
b) Hayır

**3- Okula ne kadar süre ile ara verdiniz?.....**

**4- Okula ara vermek sizi nasıl etkiliyor?( Açıklayınız.)**

.....  
.....

**5- Hastalığınız/ tedavi süreciniz boyunca aile/ arkadaşlarınızın size olan tutum ve davranışları değişti mi? (Açıklayınız.)**

Aile.....

.....

Arkadaş .....

.....

**6- Hastalık ve tedavi süreci (kemoterapi, radyoterapi gibi) hakkında sağlık personeli (doktor, hemşire) size yeterli bilgi verdi mi?**

- a) Evet  
b) Hayır

**7- Hastalık/ tedavi süreci nedeniyle günlük yaşamınızda ne gibi değişiklikler oldu? (Açıklayınız)**

.....

.....

### Ek 5. Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ)

Tarih: .../.../...

Aşağıda geleceğe ait düşünceleri ifade eden bazı cümleler verilmiştir. Lütfen her bir ifadeyi okuyarak, bunların size ne kadar uygun olduğuna karar veriniz. Örneğin okuduğunuz ilk ifade size uygun ise "Evet", uygun değil ise "Hayır" ifadesinin altındaki kutunun içine (x) işareti koyunuz.

	Evet	Hayır
1. Geleceğe umut ve coşku ile bakıyorum	( )	( )
2. Kendim ile ilgili şeyleri düzeltemediğime göre çabalamayı bıraksam iyi olur	( )	( )
3. İşler kötüye giderken bile her şeyin hep böyle kalmayacağını bilmek beni rahatlatıyor	( )	( )
4. Gelecek on yıl içinde hayatımın nasıl olacağını hayal bile edemiyorum	( )	( )
5. Yapmayı en çok istediğim şeyleri gerçekleştirmek için yeterli zamanım var	( )	( )
6. Benim için çok önemli konularda ileride başarılı olacağımı umuyorum	( )	( )
7. Geleceğimi karanlık görüyorum	( )	( )
8. Dünya nimetlerinden sıradan bir insandan daha çok yararlanacağımı Umuyorum	( )	( )
9. İyi fırsatlar yakalayamıyorum. Gelecekte yakalayacağıma inanmam için de hiçbir neden yok	( )	( )
10. Geçmiş deneyimlerim beni geleceğe iyi hazırladı	( )	( )
11. Gelecek, benim için hoş şeylerden çok tatsızlıklarla dolu görünüyor.	( )	( )
12. Gerçekten özlediğim şeylere kavuşabileceğimi ummuyorum	( )	( )
13. Geleceğe baktığımda şimdikine oranla daha mutlu olacağımı umuyorum.	( )	( )
14. İşler bir türlü benim istediğim gibi gitmiyor	( )	( )
15. Geleceğe büyük inancım var	( )	( )

16. Arzu ettiğim şeyleri elde edemediğime göre bir şeyler istemek aptallık olur
17. Gelecekte gerçek doyuma ulaşmam olanaksız gibi
18. Gelecek bana bulanık ve belirsiz görünüyor
19. Kötü günlerden çok, iyi günler bekliyorum
20. İstedğim her şeyi elde etmek için çaba göstermenin gerçekten yararı yok, nasıl olsa onu elde edemeyeceğim

## Ek 6. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)

**Tarih:...**

Aşağıda, kişilerin ruh durumlarını ifade ederken kullandıkları bazı cümleler verilmiştir. Her madde, bir çeşit ruh durumunu anlatmaktadır. Her maddede o ruh durumunun derecesini belirleyen dört seçenek vardır. Lütfen bu seçenekleri dikkatle okuyunuz. Son yi bir hafta içindeki (şu an dahil) kendi ruh durumunuzu göz önünde bulundurarak, size en uygun ifadeyi bulunuz. Daha sonra, o maddenin yanındaki harfin üzerine (x) işareti koyunuz.

- 1 -** (a) Kendimi üzgün hissetmiyorum.  
 (b) Kendimi üzgün hissediyorum.  
 (c) Her zaman için üzgünüm ve kendimi bu duygudan kurtaramıyorum.  
 (d) Öylesine üzgün ve mutsuzum ki dayanamıyorum.
- 2-** (a) Gelecekte umutsuz değilim  
 (b) Geleceğe biraz umutsuz bakıyorum.  
 (c) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.  
 (d) Benim için bir gelecek yok ve bu durum düzelmeyecek.
- 3-** (a) Kendimi başarısız görmüyorum.  
 (b) Çevremdeki birçok kişiden daha fazla başarısızlıklarım oldu sayılır.  
 (c) Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.  
 (d) Kendimi tümüyle başarısız bir kişi olarak görüyorum.
- 4-** (a) Herşeyden eskisi kadar zevk alabiliyorum.  
 (b) Herşeyden eskisi kadar zevk alamıyorum.  
 (c) Artık hiçbirşeyden gerçek bir zevk alamıyorum.  
 (d) Bana zevk veren hiçbirşey yok. Herşey çok sıkıcı.
- 5 -** (a) Kendimi suçlu hissetmiyorum.  
 (b) Arada bir kendimi suçlu hissettiğim oluyor.

- (c) Kendimi çoğunlukla suçlu hissediyorum.
- (d) Kendimi her an için suçlu hissediyorum.

- 6 -** (a) Cezalandırıldığımı düşünmüyorum.  
 (b) Bazı şeyler için cezalandırılabilceğimi hissediyorum.  
 (c) Cezalandırılmayı bekliyorum.  
 (d) Cezalandırıldığımı hissediyorum.

- 7-** (a) Kendimden hoşnutum.  
 (b) Kendimden pek hoşnut değilim.  
 (c) Kendimden hiç hoşlanmıyorum.  
 (d) Kendimden her an için suçlu hissediyorum.

- 8-** (a) Kendimi diğer insanlardan daha kötü görmüyorum.  
 (b) Kendimi zayıflıklarım ve hatalarım için eleştiriyorum.  
 (c) Kendimi hatalarım için çoğu zaman suçluyorum.  
 (d) Her kötü olayda kendimi suçluyorum.

- 9-** (a) Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.  
 (b) Bazen kendimi öldürmeyi düşünüyorum, fakat bunu yapamam.  
 (c) Kendimi öldürebilmeyi isterdim.  
 (d) Bir fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.

- 10-** (a) Her zamankinden daha fazla ağladığımı sanmıyorum.  
 (b) Eskisine göre şu sıralarda daha fazla ağlıyorum.  
 (c) Şu sıralarda her an ağlıyorum.  
 (d) Eskiden ağlayabilirdim, ama şu sıralarda istesem de ağlayamıyorum.

- 11-** (a) Herzamankinden daha sinirli değilim.  
 (b) Herzamankinden daha kolayca sinirleniyor ve kızıyorum.  
 (c) Çoğu zaman sinirliyim.  
 (d) Eskiden sinirlendiğim şeylere bile artık sinirlenemiyorum.

- 12-** (a) Diğer insanlara karşı ilgimi kaybetmedim.  
(b) Eskisine göre insanlarla daha az ilgiliyim.  
(c) Diğer insanlara karşı ilgimin çoğunu kaybettim.  
(d) Diğer insanlara karşı hiç ilgim kalmadı.
- 13-** (a) Kararlarımı eskisi kadar kolay ve rahat verebiliyorum.  
(b) Şu sıralarda kararlarımı vermeyi erteliyorum.  
(c) Kararlarımı vermekte oldukça güçlük çekiyorum.  
(d) Artık hiç karar veremiyorum.
- 14-** (a) Dış görünüşümün eskisinden daha kötü olduğunu sanmıyorum.  
(b) Yaşlandığımı ve çekiciliğimi kaybettiğimi düşünüyorum ve üzülüyorum.  
(c) Dış görünüşümde artık değiştirilmesi mümkün olmayan olumsuz değişiklikler olduğunu hissediyorum.  
(d) Çok çirkin olduğumu düşünüyorum.
- 15-** (a) Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.  
(b) Bir işe başlayabilmek için eskisine göre kendimi daha fazla zorlamam gerekiyor.  
(c) Hangi iş olursa olsun, yapabilmek için kendimi çok zorluyorum.  
(d) Hiçbir iş yapamıyorum.
- 16-** (a) Eskisi kadar rahat uyuyabiliyorum.  
(b) Şu sıralar eskisi kadar rahat uyuyamıyorum.  
(c) Eskisine göre 1 veya 2 saat erken uyanıyor ve tekrar uyumakta zorluk çekiyorum.  
(d) Eskisine göre çok erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.
- 17-** (a) Eskisine kıyasla daha çabuk yorulduğumu sanmıyorum.  
(b) Eskisinden daha çabuk yoruluyorum.  
(c) Şu sıralar nerdeyse her şey beni yoruyor.  
(d) Öyle yorgunum ki hiçbirşey yapamıyorum.

- 18-** (a) İştahım eskisinden pek farklı değil.  
(b) İştahım eskisi kadar iyi değil.  
(c) Şu sıralar iştahım epey kötü.  
(d) Artık hiç iştahım yok.
- 19-** (a) Son zamanlarda pek fazla kilo kaybettiğimi sanmıyorum.  
(b) Son zamanlarda istemediğim halde üç kilodan fazla kaybettim.  
(c) Son zamanlarda istemediğim halde beş kilodan fazla kaybettim.  
(d) Son zamanlarda istemediğim halde yedi kilodan fazla kaybettim.  
Daha az yemeye çalışarak kilo kaybetmeye çalışıyorum. ( ) Evet ( ) Hayır
- 20-** (a) Sağlığım beni pek endişelendirmiyor.  
(b) Son zamanlarda ağrı, sızı, mide bozukluğu, kabızlık gibi sorunlarım var.  
(c) Ağrı, sızı gibi bu sıkıntılarım beni epey endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zor geliyor.  
(d) Bu tür sıkıntılar beni öylesine endişelendiriyor ki, artık başka hiçbirşey düşünemiyorum.
- 21-** (a) Son zamanlarda cinsel yaşantımda dikkatimi çeken bir şey yok.  
(b) Eskisine oranla cinsel konularla daha az ilgileniyorum.  
(c) Şu sıralarda cinsellikle pek ilgili değilim.  
(d) Artık, cinsellikle hiçbir ilgim kalmadı.





## Ek 8. Etik Kurul Araştırma Projesi Değerlendirme Raporu



**HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ**  
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

06100 Sıhhiye-Ankara  
Telefon: 0(312) 3051082-Faks:0(312) 3100580  
E-posta:selmak@hacettepe.edu.tr

Sayı : B.30.2.HAC.0.20.05.04/ **507**

**04 Temmuz 2012**

### ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

**Toplantı Tarihi** : 05 HAZİRAN 2012 SALI  
**Toplantı No** : 2012/06  
**Proje No** : LUT 12/40 (Değerlendirme Tarihi 05.06.2012)  
**Karar No** : LUT 12/40- 47

Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü öğretim üyelerinden Prof. Dr. Hicran ÇAVUŞOĞLU'nun sorumlu araştırmacısı olduğu, Hemş. Ayşe YILMAZ ile birlikte çalışacakları LUT 12/40 kayıt numaralı ve **"Kanserli 15-19 Yaş Grubu Adölesanların Umutsuzluk, Depresyon ve Anksiyete Düzeylerinin İncelenmesi"** başlıklı proje önerisi Kurulumuzda değerlendirilmiş olup, etik açıdan uygun bulunmuştur.

- |   |   |
|---|---|
| 1.Prof. Dr. Nurten Akarsu (Başkan)            | 9 Prof. Dr. Songül Vaizoğlu (Üye)                       |
| 2. Prof. Dr. Nüket Örnek Buken (Üye)          | 10. Prof. Dr. Melahat Görduysus (Üye)                   |
| 3. Prof. Dr. Hakan S. Orer (Üye)<br>KATILMADI | 11. Doç. Dr. R. Köksal Özgül (Üye)                      |
| 4. Prof. Dr. Sevda F. Müftüoğlu (Üye)         | 12. Doç. Dr. Cansın Saçkesen (Üye)                      |
| 5. Prof. Dr. Cenk Sökmensüer (Üye)            | 13 Doç. Dr. Ayşe Lale Doğan (Üye)                       |
| 6. Prof. Dr. Meral Aksoy (Üye)                | 14. Doç. Dr. S. Kutay Demirkan (Üye)                    |
| 7. Prof. Dr. Volga Bayrakçı Tunay (Üye)       | 15. Yrd. Doç. Dr. H. Hüsrev Turnagöl (Üye)<br>KATILMADI |
| 8. Prof. Dr. Yılmaz Selim Erdal (Üye)         | 16. Av. Meltem Onurlu (Üye)                             |

**Ek 9. T.C. Ankara Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü İzin Yazısı**

21.05.2012

İl Sağlık Müdürlüğü

08 - 2017

11.05.2012 + 063186

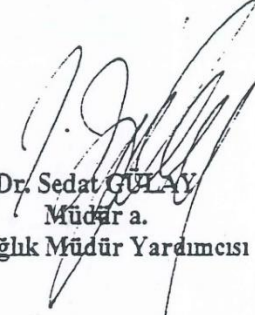
Sayı : B.10.4.İSM.4.06.00.09-773/99

Konu : Araştırma İzni (Ayşe YILMAZ)

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ  
(Sağlık Bilimleri Fakültesi)

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Bölümü yüksek lisans öğrencisi Ayşe YILMAZ'ın "Kanserli 15-19 Yaş Grubu Adölesanların Umutsuzluk, Depresyon ve Anksiyete Düzeylerinin İncelenmesi" konulu tez uygulamasının Hastanenizde yapılması uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

  
Dr. Sedat GULAY  
Müdür a.  
Sağlık Müdür Yardımcısı

EK: Yazı Örneği (27 sayfa)

**Dağıtım**

**Gereği:**

Ankara Çocuk Sağ. ve Has. Hematoloji Onkoloji Eğit. Araş. Hastanesi  
Dr.Sami Ulus Kadın Doğum, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi

**Bilgi:**

Hacettepe Üniversitesi (Sağlık Bilimleri Fakültesi)

## Ek 10. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı İzin Yazısı

24.04.2012  
14-1637



T.C.  
ANKARA ÜNİVERSİTESİ  
Tıp Fakültesi Dekanlığı



Sayı : B.30.2.ANK.0.20.70.01/304.03/2490  
Konu : Ayşe Yılmaz'ın tezi hk.

9090 17.04.2012

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ  
Sağlık Bilimleri Fakültesi  
Hemşirelik Bölümü

İlgi: 07.02.2012 tarih ve B.30.2.HAC.0.82.00.00/95 sayılı yazınız.

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği yüksek lisans öğrencisi Ayşe Yılmaz'ın "Kanserli 15-19 Yaş Grubu Adölesanların Umutsuzluk, Depresyon ve Anksiyete Düzeylerinin İncelenmesi" konulu tezinin uygulamasını Mart 2012-Mart 2013 tarihleri arasında Fakültemiz Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Onkoloji Servisinde yapması uygun görülmüştür.  
Bilgilerinize saygı ile rica ederim.

Prof.Dr.T.Murat ÖZSAN  
Dekan  
Dekan Yardımcısı

## Ek 11. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı İzin Yazısı



T.C.  
ANKARA ÜNİVERSİTESİ  
Tıp Fakültesi Dekanlığı



Sayı : 93984376-304.03-2358  
Konu : Ayşe YILMAZ Hk.

8383 17.04.2013

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ  
Hemşirelik Fakültesi  
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanlığına

İlgi: 08.03.2013 tarih ve 51986023/53 sayılı yazınız.

Fakülteniz Hemşirelik bölümü yüksek lisans öğrencisi Ayşe YILMAZ'ın "Kanserli 15-19 Yaş Grubu Adölesanlardaki Umutsuzluk, Depresyon ve Anksiyete Düzeylerinin İncelenmesi" konulu tezinin yeterli vaka sayısına ulaşamadığı için uygulama süresinin uzatılması uygun görülmüştür.

Bilgilerinize saygı ile rica ederim.

*S. Ertürk*

Prof.Dr. Şehsuvar ERTÜRK  
Dekan

## Ek 12. Gazi Üniversitesi Hastanesi Başhekimliği İzin Yazısı



T. C.  
GAZİ ÜNİVERSİTESİ  
Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi  
Gazi Hastanesi Başhekimliği



Sayı : 90005124/ 1326  
Konu : Tez Çalışması Hk.

18.03/2013

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ  
Hemşirelik Fakültesi

İLGİ: 08.03.2013 tarih ve 52 sayılı yazınız.

Anabilim Dalınız yüksek lisans öğrencisi Ayşe YILMAZ'ın "Kanserli 15-19 Yaş Grubu Adölesanlardaki Umutsuzluk, Depresyon ve Anksiyete Düzeylerinin İncelenmesi" konulu tez uygulamasını Hastanemiz Pediatrik Onkoloji servisi ve polikliniğinde yapması Başhekimliğimizce uygun bulunmuştur.

Gereğini rica ederim.

Prof.Dr.Mustafa BENEKLİ  
Başhekim

18.03/2013 S.Memuru : A.ÖZTEN  
18.03/2013 Başmüdür V. : Y.NARLI

Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi  
06510 Beşevler/ANKARA  
e mail: [hastane\\_halkla\\_iliskiler@gazi.edu.tr](mailto:hastane_halkla_iliskiler@gazi.edu.tr)

Tel : 0 312 202 44 44  
Fax : 0 312 223 05 28  
Randevu : 444 48 48