

T.C.

**ANTALYA BİLİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

**KLİNİK PSİKOLOJİ TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**KEMİK İLİĞİ NAKLİ OLAN ÇOCUKLARIN EBEVEYNLERİNİN
SOSYAL DESTEK DÜZEYLERİNE GÖRE ANKSİYETE,
DEPRESYON, TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU
DÜZEYLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI**

HAZIRLAYAN

AYSEL ÖZERCAN

ANTALYA – 2023

T.C.

**ANTALYA BİLİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

**KLİNİK PSİKOLOJİ TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**KEMİK İLİĞİ NAKLİ OLAN ÇOCUKLARIN EBEVEYNLERİNİN
SOSYAL DESTEK DÜZEYLERİNE GÖRE ANKSİYETE,
DEPRESYON, TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU
DÜZEYLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI**

HAZIRLAYAN

AYSEL ÖZERCAN

TEZ DANIŞMANI

DR. ÖĞR. ÜYESİ NİHAN TEZER

ANTALYA – 2023

ONAY/BİLDİRİM FORMU

ANTALYA BİLİM ÜNİVERSİTESİ

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜ MÜDÜRLÜĞÜ

Aysel Özercan'a ait "Kemik İliği Nakli Olan Çocukların Ebeveynlerinin Sosyal Destek Düzeylerine Göre Anksiyete, Depresyon, Travma Sonrası Stres Bozukluğu Düzeylerinin Karşılaştırılması" adlı bu tez çalışması Tez Kurulumuz tarafından Psikoloji Anabilim Dalı /Klinik Psikoloji Programı tezi olarak (oybirliği / oyçokluğu) ile kabul edilmiştir.

Akademik Ünvanı, Adı ve Soyadı

İmzası

Danışman:

Üye:

Üye:

Enstitü Müdürü:

Tez Sınavı Tarihi:

Tez Teslim Tarihi:

ÖNSÖZ

Fiziksel ve ruhsal sağlığımızın temel taşlarından olan psikoloji bilimini daha derin öğrenmek amacıyla T.C. Anayasasının 42. maddesinde belirtilen eğitim ve öğrenim hakkımı kullanarak başladığım ve ulu önder Mustafa Kemal ATATÜRK'ün bir veciz sözünden esinlenerek oluşturduğum 'Mevzubahis eğitim ise gerisi teferruattır.' hedefimle yoluma devam edip tamamladığım Klinik Psikoloji Tezli Yüksek Lisans eğitimimde emeği geçen eğitim aldığım dönemin rektör yardımcısı Prof. Dr. Hamza Kundur'a, Klinik Psikoloji Bölüm Başkanı Prof. Dr. Öğretim Üyesi Mehmet Yumru'ya, tez danışmanı hocam Dr. Öğretim Üyesi Nihan Tezer'e, istatistik hocam Prof. Dr. Öğretim Üyesi Sema Barlas'a, değerli görüş ve katkılarından dolayı jüri üyeleri Dr. Öğretim Üyesi Hayriye Daloğlu'na ve Dr. Öğretim Üyesi Muazzez Merve Yüksel'e ve araştırmama katılan değerli katılımcılara teşekkür ederim. Ayrıca Medikal Park Antalya Hastanesi sağlık ekibi ve doktorlarına veri toplama sürecinde destek verdikleri, katılımcılara ulaşmamı sağladıkları için teşekkürü bir borç bilirim. Tez çalışmamda sağlık alanı ve kemik iliği nakli ile doğrudan insan hayatıyla temas eden bir alanda çalışma fırsatı bulduğum için çalışma konusu bana çok değerli gözlem ve deneyimler elde etmeme yardımcı oldu. Bununla birlikte, bir kez daha insan hayatının en kıymetli parçalarından birini oluşturan tüm doktora varlıkları ve büyük bir özveriyle mesleklerini icra ettikleri için teşekkür ederim ve mesleklerinin değer ve saygınlığını haklarıyla almalarını dilerim.

Sosyolog / Uz. Aile Danışmanı

Aysel Özercan

ÖZET

Bu çalışmada, kemik iliği nakli olan çocukların ebeveynlerinin, sosyal destek düzeylerine göre anksiyete, depresyon, travma sonrası stres bozukluğu düzeylerinin karşılaştırılması amaçlanmıştır. Kemik iliği nakli ailelere maddi ve manevi önemli yükler ve sorumluluklar getiren ciddi bir sağlık sorunudur. Bu süreçte ebeveynlerin yaşadıkları hastalık sürecinin getirdiği yükleri ile anksiyete, depresyon ve travma sonrası stres bozukluğu gibi psikolojik sağlığı etkileyen sıkıntılar yaşayabilmektedirler. Bu süreçte sosyal desteğin rolünü de inceleyen alanyazında az sayıda çalışma vardır. Bu çalışmada demografik değişkenler, algılanan ve alınan sosyal destek değişkenleri ile anksiyete, depresyon ve travma sonrası stres bozukluğu semptom düzeylerinin ilişkisi incelenmiştir. Ayrıca anksiyete, depresyon, stres ve travma sonrası stres bozukluğu değişkenlerinin ortalamaları demografik özellikler ve sosyal destek değişkenlerine göre karşılaştırılmıştır.

Betimsel araştırma olarak yürütülen bu çalışmada veriler anket yöntemi kullanılarak toplanmıştır. Araştırmanın örneklemi, Antalya ilinde tedavi alan, Türkiye'nin çeşitli illerinde ikamet eden, kemik iliği nakli olan ve akut tedavisi tamamlandıktan sonraki süreçte olan çocukların hastaneye başvuruda bulunan ebeveynlerinin gönüllü katılımıyla oluşturulmuştur. Ebeveynlerden demografik özelliklerinin yanı sıra hastalık süreçleri hakkında bilgi toplamak amacıyla tanı tipi, tedavi süresi, nakil bilgileri, kontrol sıklıkları, maddi destek ve tedavi sürecindeki konaklama hakkında bilgiler toplanmıştır. Alınan sosyal desteği ölçmek amacıyla Sosyal Ağ Ölçeği, algılanan sosyal desteği ölçmek amacıyla Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, depresyon kaygı ve anksiyete düzeylerini ölçmek amacıyla Depresyon-Anksiyete-Stres Ölçeği, travma sonrası stres bozukluğu düzeylerini ölçmek amacıyla ise Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği kullanılmıştır. Analizlerde değişkenler arası ilişki korelasyon analizleri, değişkenler arasında ortalama karşılaştırmaları T-Testi ve etkili değişkenlerin tespiti amacıyla Karar Ağacı analizi gerçekleştirilmiştir.

Bu çalışmanın bulgularının kemik iliği nakli gibi hayati önemdeki hastalıklarda ailelerin zorlu tedavi sürecini psikolojik sağlıkları olumsuz etkilenmeden geçirebilmeleri için önleyici ve koruyucu bir destek sisteminin tanımlanması ve uygulanması konusunda gerekli sosyal ve yasal düzenlemelerin yapılmasına katkı sağlayacağı düşünölmektedir.

Anahtar sözcükler: anksiyete, depresyon, travma sonrası stres bozukluğu, sosyal destek

ABSTRACT

The purpose of this study is to compare the levels of anxiety, depression, and post-traumatic stress disorder according to the social support levels of the parents of children with bone marrow transplantation. Bone marrow transplantation is an extremely serious health problem that imposes significant financial and moral burdens and responsibilities on families. In addition to the anxiety about the life of their children, parents can be under a heavy psychological burden while doing the necessities of the treatment stages. This can cause them to show symptoms of anxiety, depression, and post-traumatic stress disorder. The social support that parents will receive during this difficult process is an important factor for their psychological health. In this study, anxiety, depression and post-traumatic stress disorder symptom levels of parents were compared according to low and high perceived and received social support conditions.

This study was conducted as a descriptive research and the data were collected using the questionnaire method. The sample of the study is the parents residing in Antalya, who have children after bone marrow transplantation and acute treatment. The sample was formed with the voluntary participation of these parents and the fact that they had not been diagnosed with a psychiatric or other chronic disease was determined as the participation criterion and snowball sampling was done. Data collection tools used in the study are: Multidimensional Scale of Perceived Social Support, Depression-Anxiety-Stress Scale, Post Traumatic Stress Disorder Scale and Social Network Scale.

It is believed that this study will contribute to the definition and implementation of a preventive and protective support system in order to enable families to survive the difficult treatment process without adversely affecting their psychological health in vital diseases such as bone marrow transplantation.

Key words: anxiety, depression, post-traumatic stress disorder, social support

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vii
TABLOLAR.....	xiii
ŞEKİLLER.....	xiv
KISALTMALAR.....	xv
1. GİRİŞ.....	1
1. 1. Araştırmanın Amacı.....	1
1. 2. Araştırmanın Soruları ve Hipotezleri	3
1. 3. Araştırmanın Gerekçesi ve Önemi.....	8
1. 4. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	8
1. 5. Araştırmanın Varsayımları	9
2. LİTERATÜR TARAMASI.....	10
2. 1. Kanser	10
2. 1. 1. Kanser Türleri	10
2. 1. 2. Kanser Evreleri.....	12
2. 1. 3. Kanser Risk Faktörleri	13
2. 1. 4. Kemik İliği Kanseri	14
2. 1. 4. 1. <i>Kemik İliği Kanserinin Türleri</i>	14
2. 1. 4. 2. <i>Kemik İliği Kanserinin Nedenleri ve Semptomları</i>	15
2. 1. 4. 3. <i>Kemik İliği Kanserinin Tanısı</i>	16
2. 1. 4. 4. <i>Kemik İliği Kanserinin Tedavisi</i>	16
2. 1. 4. 5. <i>Çocuklarda Kemik İliği Kanseri</i>	18

<i>2. 1. 4. 6. Kemik İliği Nakli Olan Çocukların Ebeveynlerinin Psikolojisi</i>	20
2. 2. Depresyon	20
2. 2. 1. Depresyonun Nedenleri	21
2. 2. 2. Depresyonun Semptomları ve Tanısı	22
2. 2. 3. Depresyonu Açıklayan Yaklaşımlar	24
<i>2. 2. 3. 1. Psikanalitik Yaklaşım</i>	24
<i>2. 2. 3. 2. Davranışçı Yaklaşım</i>	26
<i>2. 2. 3. 3. Bilişsel Yaklaşım</i>	27
<i>2. 2. 3. 4. Hümanist Yaklaşım</i>	29
<i>2. 2. 3. 5. Biyolojik Yaklaşım</i>	30
2. 3. Anksiyete Bozuklukları	31
2. 3. 1. Anksiyete Bozukluklarının Nedenleri	32
2. 3. 2. Anksiyete Bozukluklarının Semptomları ve Tanısı	33
2. 3. 3. Anksiyete Bozukluklarını Açıklayan Yaklaşımlar	35
<i>2. 3. 3. 1. Psikanalitik Yaklaşım</i>	35
<i>2. 3. 3. 2. Davranışçı Yaklaşım</i>	36
<i>2. 3. 3. 3. Bilişsel Yaklaşım</i>	38
<i>2. 3. 3. 4. Sosyal ve Kişiler Arası Yaklaşım</i>	39
<i>2.3.3.5. Varoluşçu Yaklaşım</i>	39
2. 4. Travma Sonrası Stres Bozukluğu	40
2. 4. 1. Travma Sonrası Stres Bozukluğunun Nedenleri	41
2. 4. 2. Travma Sonrası Stres Bozukluğunun Semptomları ve Tanısı ..	42

2. 4. 3. Travma Sonrası Stres Bozukluğunu Açıklayan Yaklaşımlar ...	43
2. 4. 3. 1. <i>Psikanalitik Yaklaşım</i>	43
2. 4. 3. 2. <i>Davranışçı Yaklaşım</i>	44
2. 4. 3. 3. <i>Bilişsel Yaklaşım</i>	45
2. 5. Sosyal Destek	47
2. 5. 1. Sosyal Desteğin Tanımı ve Türleri.....	47
2. 5. 2. Sosyal Desteğin Etkileri	48
2. 6. Psikolojik Sağlamlık	50
2. 6. 1. Psikolojik Sağlamlığın Tanımları	50
2. 6. 2. Psikolojik Sağlamlık İçin Koruyucu Faktörler	51
2. 6. 3. Psikolojik Sağlamlığın Etkileri.....	53
2. 7. Literatür Taramasının Sonucu.....	54
3. YÖNTEM	55
3. 1. Araştırma Modeli.....	55
3. 2. Evren ve Örneklem	55
3.3. Veri Toplama Süreci.....	60
3. 4. Veri Toplama Araçları	61
3.4.1. Demografik Bilgi Formu	61
3.4.2. Genel Bilgiler Formu	62
3.4.3. Algılanan Sosyal Destek	62
3.4.3.1. <i>Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ)</i>	62
3.4.3.2. <i>Tedavide Algılanan Sosyal Destek</i>	63
3.4.4. Depresyon- Anksiyete- Stres Ölçeği	63
3.4.5. Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği.....	63
3.4.6. Sosyal Ağ Ölçeği.....	64

3. 5. Verilerin Analizi.....	64
4. BULGULAR.....	66
4. 1. Ölçekler İçin Tanımlayıcı İstatistikler.....	66
4. 2. Çalışmada Kullanılan Ölçeklerin Değerlendirilmesi	66
4. 3. Değişkenler Arası Korelesyonlar.....	67
4.4. Değişkenlerin Demografik Özellikler ve Tedavi Özelliklerine Göre Karşılaştırması	75
4.5. Demografik ve Tedavi Özellikleri Değişkenlerine Göre Depresyon, Anksiyete TSSB Belirleyicilerinin İncelenmesi.....	100
5. TARTIŞMA.....	104
5.1. Korelasyonel İlişkiler.....	105
5.2. Depresyon, Kaygı, Stres ve TSSB Düzeylerinin Farklılaşması	109
5.3. Karar Ağacı Analizine Göre Değerlendirme	114
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	118
7. KAYNAKLAR	121
8. EKLER	146
8.1. Ek-1: Ölçekler	146
8.2. Ek-2: Bilgilendirilmiş Onam Formu	148
8.3. Ek-3: Demografik Bilgi Formu-1	149
8.4. Ek-4: Demografik Bilgi Formu-2	150
8.5. Ek-5: İletişim Bilgileri	151
8.6. Ek-6: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	153
8.7. Ek-7: Depresyon –Anksiyete-Stres Ölçeği.....	155
8.8. Ek-8: Dsm-5 İçin Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi	157
8.9. Ek 9: Sosyal Ağ Ölçeği	160

8.10. Ek-10: Katılım Sonrası Bilgi Formu	161
---	------------

TABLULAR

Tablo 1. Çocukların Nakil Süreci Hakkında Bilgileri	56
Tablo 2. Katılımcıların Demografik Özellikleri	56
Tablo 3. Depresyon-Anksiyete-Stres Ölçeği Toplam Puanları	66
Tablo 4. Sosyal Ağ Ölçeği Toplam Puanları.....	67
Tablo 5. Değişkenler Arası Korelasyonlar	72
Tablo 6. Tedavi Devam Bağımsız Değişkenine Göre Bağımlı Değişkenlerin Karşılaştırılması	75
Tablo 7. Tekrarlı Yatış Bağımsız Değişkenine Göre Bağımlı Değişkenlerin Karşılaştırılması	76
Tablo 8. Taburcu Sonrası Yatış Bağımsız Değişkenine Göre Bağımlı Değişkenlerin Karşılaştırılması	78
Tablo 9. GVHD Bağımsız Değişkenine Göre Bağımlı Değişkenlerin Karşılaştırılması	80
Tablo 10. Hastalık Tekrarı Bağımsız Değişkenine Göre Bağımlı Değişkenlerin Karşılaştırılması... ..	82
Tablo 11. Cinsiyet Bağımsız Değişkenine Göre Bağımlı Değişkenlerin Karşılaştırılması	84
Tablo 12. Ebeveyn Medeni Durumu Bağımsız Değişkenine Göre Bağımlı Değişkenlerin Karşılaştırılması.....	86
Tablo 13. Ebeveyn Çalışma Bağımsız Değişkenine Göre Bağımlı Değişkenlerin Karşılaştırılması	89
Tablo 14. Ebeveyn Eş Çalışma Bağımsız Değişkenine Göre Bağımlı Değişkenlerin Karşılaştırılması	91
Tablo 15. Tedavi İçin Yaşanılan Yer Değiştirme Bağımsız Değişkenine Göre Bağımlı Değişkenlerin Karşılaştırılması	93
Tablo 16. Tedavi Sürecinde Alınan Sosyal Destek Bağımsız Değişkenine Göre Bağımlı Değişkenlerin Karşılaştırılması	95
Tablo 17. Tedavi Süreci Sonrası Alınan Sosyal Destek Bağımsız Değişkenine Göre Bağımlı Değişkenlerin Karşılaştırılması	98

ŞEKİLLER

Şekil 1. Depresyon Değişkeni İçin Karar Ağacı Analizi.....	101
Şekil 2. TSSB Bağımsız Değişkeni İçin Karar Ağacı Analizi.....	102

KISALTMALAR

ÇBASDÖ	: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği
DASS	: Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği
DSM	: Ruhsal Hastalıkların İstatiksel Sınıflaması
GVHD	: Graft-Versus-Host Hastalığı
TKL	: Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi
TSSB	: Travma Sonrası Stres Bozukluğu
TSSS	: Travma Sonrası Stres Semptomları

1. GİRİŞ

Bu bölümde çalışmanın arka planını oluşturan gerekçesi, amacı ve bu amaçla birlikte sağlayacağı katkının önemi ve araştırmanın sınırlılıkları paylaşılacaktır.

1.1. Araştırmanın Amacı

Kanser, vücuttaki bir organda veya dokuda anormal hücrelerin kontrolsüz şekilde çoğalarak ve büyüyerek normal sınırlarını aşır vücudun çeşitli bölgelerini işgal etmesi ve/veya diğer organlara yayılmasıyla vücudun düzenli işleyişini bozması sonucu ortaya çıkan bir hastalık grubudur (Lazebnik, 2010). Kemik iliği, vücuttaki kemiklerin çoğunun merkezinde yer alan, kök hücrelerini ve kan hücrelerini üreten süngerimsi bir maddedir. Kök hücreler kan hücrelerine dönüşebilen hematopoietik hücrelerdir ve kendilerini kopyalayarak yeni kök hücreleri oluştururlar (Hassanpour ve ark., 2017). Kemik iliği kanserleri, kemik iliğindeki hücreler normalden fazla büyüdüğünde ve hızla çoğaldığında ortaya çıkar. Kan kanseri olarak da adlandırılan kemik iliği kanseri, kemiğin kendisinde başlayan ve sarkom adı verilen kemik kanserinden farklıdır.

Her yıl kanser tanısı alan çocuk ve ergen sayısı dünya genelinde 400 binin, Türkiye’de de 8 binin üzerindedir (LÖSEV, 2022) Kemik iliği kanserleri, özellikle lösemi ve lenfoma çocukluk çağında en sık görülen kanserlerdir ve çocuklardaki tüm kanserlerin yaklaşık üçte birini oluşturmaktadır (Knapke ve ark., 2012). Lösemnin çocuklarda en yaygın olan türleri akut lenfositik lösemi ve akut miyeloid lösemidir; kronik lösemi türlerine çocuklarda az rastlanmaktadır (Caes ve ark., 2014).

Kanserli çocukların tedavisinin her aşamasında ebeveynlerin farklı görevleri yerine getirmesi ve çeşitli zorlukları aşması gerekmektedir. Ebeveynlerin karşısına birdenbire çıkan ve yıkıcı bir gerçek olan kanserin teşhis aşaması önemli bir kriz dönemidir. Ebeveynin bu süreçteki deneyimi önemlidir ve birçoğu yeterli psikososyal destek alamadığı için ruhsal sorunlar açısından hassas hale gelmektedirler (Chen ve Mullen, 2017). En başta kanser nedeniyle çocuklarının ölüm olasılığı olmak üzere ebeveynlerin psikolojilerini olumsuz etkileyen pek çok faktör depresyon, anksiyete veya travma sonrası stres bozukluğu semptomlarının ortaya çıkmasına yol açmaktadır (Mess ve ark., 2022).

Ebeveynler, çocuklarında kanser teşhisi ile karşı karşıya kaldıkları andan itibaren yoğun bir psikolojik stres yaşamaya başlamaktadırlar (Choi ve ark., 2016). Araştırmalar, çocuklarının yaşamına ilişkin belirsizliğin yarattığı kaygı, korku ve çaresizlik duygularının ebeveynlerde depresyon, anksiyete bozukluklarını ve travma sonrası stres bozukluğuna (TSSB) neden olduğunu ortaya koymuştur (Terracini, 2011; Ljungman ve ark., 2014; Rahmani ve ark., 2018).

Literatürde sosyal desteğin tanımı tek bir şekilde yapılmış olmamakla birlikte tanımları ortak noktalar içermektedir. Cohen (2004) sosyal desteği, kişinin ilgilenildiği, diğer insanlardan yardım aldığı ve destekleyici bir sosyal ağın parçası olduğu algısı ve gerçekliği olarak tanımlamış ve sosyal desteğin, aile, arkadaşlar, öğretmenler, uzmanlar, akrabalar, komşular, iş arkadaşları, kuruluşlar olmak üzere birçok kaynaktan gelebileceğini belirtmiştir. Ayrıca, sosyal desteğin etkili olabilmesinde önemli olan faktörün kişinin sosyal destek aldığına ve alabileceğine olan inancının olduğunu vurgulamıştır. Diğer bir tanıma göre sosyal destek, kişiye yarar sağlayan bilgiler, öneriler, maddi destek ve sosyal ilişkilerinin güçlendirilmesini içerir (Prati ve Pietrantonio, 2010). Başka bir tanıma göre de sosyal destek, bireylerin başkalarından aldıkları ve stresle başa çıkmalarını kolaylaştıran duygusal, araçsal ve bilgisel kaynaklar olarak tanımlanan karmaşık bir yapıdır (Toledano-toledano ve ark., 2021).

Sosyal destek Cutrona ve Suhr tarafından (1) bilgilendirici, (2) duygusal, (3) saygı, (4) sosyal ağ ve (5) somut destek olmak üzere beş ana grupta sınıflandırılmıştır. Bilgilendirici sosyal destek, bilgi veya gerçekleri içeren öneriler ve geri bildirimlerdir. Duygusal destek, ilgi, empati ve sempati içeren ifadeler; saygı desteği ise kişinin becerilerini, yeteneklerini ve içsel değerini geliştirmeye yardımcı mesajlardır. Sosyal ağ desteği, kişinin benzer durumdaki kişiler veya gruplarla birlikte olarak aidiyet duygusu geliştirmesi; somut destek de kişinin ihtiyacı olan ürün ve hizmetlerin fiziksel olarak sağlanmasıdır (Coulson ve Greenwood, 2012).

Sosyal destek, stresle baş etme aracı olarak yaşam sorunları karşısında psikolojik sağlamlığı artıran ve ruh sağlığının korunmasına katkı sağlayan önemli bir psikososyal kaynaktır (Doğan, 2008). Zor koşullar altındaki kişiler için sosyal desteğin, anksiyete bozuklukları ve depresyon başta olmak üzere ruh sağlığı

sorunlarından koruyucu bir işlevi vardır (Thoits, 2011). Sosyal desteğin düşük olduğu kişilerde yüksek olanlara göre ruh sağlığı sorunları daha fazla yaşanmaktadır (Turner ve Brown, 2010; Kaatsız, 2020). Kansere yakalanan kişilerin ölüm oranlarının farklılaşması, hastalığın tedavi altındayken de seyrinin farklı ilerlemesi psikolojinin potansiyel rolünü ortaya çıkartmaktadır, alanyazında sosyal destek birçok modelde de koruyucu etkisiyle ön plana çıkmaktadır (Ogden, 2019). Ancak Türkiye’de çocukların ailelerinin aldıkları sosyal desteğin üsteleneceği koruyucu etkiyi araştıran bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Algılanan ve alınan sosyal destek psikolojik sağlık söz konusu olduğunda tampon etkisi yaratarak koruyucu bir etki yaratabilir. Bu nedenle, algılanan ve alınan sosyal desteğin düşük ve yüksek olma koşullarında psikolojik sağlık üzerindeki etkisini belirlemek hedeflenmektedir. Bu çalışmada algılanan ve alınan sosyal desteğin düşük ve yüksek olma koşullarında ebeveynlerinin anksiyete, depresyon ve travma sonrası stres bozukluğu semptom düzeyleri karşılaştırılması planlanmaktadır.

1.2. Araştırma Soruları ve Hipotezleri

Bu çalışmada, kemik iliği nakli olan çocukların ebeveynlerinin psikolojik sağlık düzeyleri olarak kavramsallaştırılan anksiyete, depresyon, stres ve travma sonrası stres bozukluğu düzeylerinin algılanan ve alınan sosyal destek düzeylerine göre değerlendirilmesi amaçlanmaktadır.

Bu amaç doğrultusunda araştırmanın değişkenler arasında ilişki olup olmadığının araştırılması, demografik, hastalık süreci ve sosyal destek kaynaklarına göre anksiyete, depresyon, stres ve travma sonrası stres bozukluğu düzeylerinin farklılaşıp farklılaşmadığının anlaşılması ve anksiyete, depresyon, stres ve travma sonrası stres bozukluğu düzeylerine en çok etkide bulunan değişkenin belirlenmesi araştırma sorularının genel çerçevesini oluşturmaktadır.

Alanyazın ışığında oluşturulan hipotezler şu şekildedir:

H₁: Demografik özellikler ve çocuğun hastalık süreci değişkenleri ile ebeveynlerin yaşadığı anksiyete, depresyon, stres ve travma sonrası stres bozukluğu düzeyleri arasında ilişki vardır.

H1.a: Tedavi süresinin kısalması ile anksiyete, depresyon, stres ve travma sonrası stres bozukluğu arasında negatif yönde ilişki vardır.

H1.b: Çocuğa kemik iliği nakil süresinin uzun olması ile anksiyete, depresyon, stres ve travma sonrası stres bozukluğu arasında negatif yönde ilişki vardır.

H1.c: Çocuk tedavisinde tekrarlı yatış durumunun fazlalığı ile anksiyete, depresyon, stres ve travma sonrası stres bozukluğu arasında pozitif yönde ilişki vardır.

H1.d: Tedavi sonrası yatış durumunun fazlalığı ile anksiyete, depresyon, stres ve travma sonrası stres bozukluğu arasında pozitif yönde ilişki vardır.

H1.e: Hastalık tekrarının varlığı ile anksiyete, depresyon, stres ve travma sonrası stres bozukluğu arasında pozitif yönde ilişki vardır.

H1.f: Ebeveyn eğitim durumu ile anksiyete, depresyon, stres ve travma sonrası stres bozukluğu arasında negatif yönde ilişki vardır.

H1.g: Çocuk yaşı ile anksiyete, depresyon, stres ve travma sonrası stres bozukluğu arasında negatif yönde ilişki vardır.

H1.h: Ebeveyn yaşı ile anksiyete, depresyon, stres ve travma sonrası stres bozukluğu arasında negatif yönde ilişki vardır.

H1.i: Ebeveynin çalışma durumunun varlığı ile anksiyete, depresyon, stres ve travma sonrası stres bozukluğu arasında negatif yönde ilişki vardır.

H1.j: Eşin çalışma durumunun varlığı ile anksiyete, depresyon, stres ve travma sonrası stres bozukluğu arasında negatif yönde ilişki vardır.

H1.k: Sahip olunan çocuk sayısı ile anksiyete, depresyon, stres ve travma sonrası stres bozukluğu arasında negatif yönde ilişki vardır.

H1.l: Tedavi için şehir değiştirme koşulunun varlığı ile ebeveynlerin anksiyete, depresyon, stres ve travma sonrası stres bozukluğu arasında pozitif yönde ilişki vardır.

H1.m: Kontrol sıklığı ile anksiyete, depresyon, stres ve travma sonrası stres bozukluğu arasında negatif yönde ilişki vardır.

H1.n: Tedavi süresince maddi güçlük yaşama koşulunda güçlüğü azalması ile anksiyete, depresyon, stres ve travma sonrası stres bozukluğu arasında pozitif yönde ilişki vardır.

H_{1.o}: Tedavi sürecinde maddi destek alma koşulunun koşulunda güçlüğü azalması ile anksiyete, depresyon, stres ve travma sonrası stres bozukluğu arasında negatif yönde ilişki vardır.

H_{1.p}: Tedavi sürecinde sosyal destek alma koşulunda güçlüğü azalması ile anksiyete, depresyon, stres ve travma sonrası stres bozukluğu arasında negatif yönde ilişki vardır.

H_{1.r}: Tedavi sonrasında sosyal destek alma koşulunda güçlüğü azalması ile anksiyete, depresyon, stres ve travma sonrası stres bozukluğu arasında negatif yönde ilişki vardır.

H_{1.s}: GVHD pozitifliği ile sosyal destek alma koşulunun varlığı kısılması ile anksiyete, depresyon, stres ve travma sonrası stres bozukluğu arasında pozitif yönde ilişki vardır.

H₂: Ebeveynlerin Sosyal Ağ ve algılanan sosyal destek düzeyleri ile anksiyete, depresyon, stres ve travma sonrası stres bozukluğu düzeyi arasında negatif yönde ilişki vardır.

H_{2.a}: Sosyal Ağ ile anksiyete, depresyon, stres ve travma sonrası stres bozukluğu düzeyi arasında negatif yönde ilişki vardır.

H_{2.b}: Aileden algılanan sosyal destek ile anksiyete, depresyon, stres ve travma sonrası stres bozukluğu düzeyi arasında negatif yönde ilişki vardır.

H_{2.c}: Arkadaştan algılanan sosyal destek ile anksiyete, depresyon, stres ve travma sonrası stres bozukluğu düzeyi arasında negatif yönde ilişki vardır.

H_{2.d}: Anlamlı bir kişiden algılanan sosyal destek ile anksiyete, depresyon, stres ve travma sonrası stres bozukluğu düzeyi arasında negatif yönde ilişki vardır.

H_{2.e}: Toplam algılanan sosyal destek ile anksiyete, depresyon, stres ve travma sonrası stres bozukluğu düzeyi arasında negatif yönde ilişki vardır.

Ayrıca çalışmanın araştırma soruları şu şekildedir:

1. Ebeveynlerin anksiyete düzeyleri tedavi devam edip etmeme, tekrarlı yatışın varlığı durumu, taburcu sonrası yatışın varlığı durumu, GVHD durumu, hastalık tekrar koşulu, bakım veren ebeveyn çalışma durumu, eşin çalışma durumu, şehir değiştirme koşulunun varlığı, tedavi sırasında maddi güçlük yaşama durumu, tedavi sürecinde sosyal destek alma durumu, tedavi süreci

sonrasında sosyal destek alma durumuna göre ebeveynlerin **anksiyete düzeyleri farklılık göstermekte midir?**

2. Ebeveynlerin anksiyete düzeyleri tedavi devam edip etmeme, tekrarlı yatışın varlığı durumu, taburcu sonrası yatışın varlığı durumu, GVHD durumu, hastalık tekrar koşulu, bakım veren ebeveyn çalışma durumu, eşin çalışma durumu, şehir değiştirme koşulunun varlığı, tedavi sırasında maddi güçlük yaşama durumu, tedavi sürecinde sosyal destek alma durumu, tedavi süreci sonrasında sosyal destek alma durumuna göre ebeveynlerin **depresyon düzeyleri farklılık göstermekte midir?**
3. Ebeveynlerin anksiyete düzeyleri tedavi devam edip etmeme, tekrarlı yatışın varlığı durumu, taburcu sonrası yatışın varlığı durumu, GVHD durumu, hastalık tekrar koşulu, bakım veren ebeveyn çalışma durumu, eşin çalışma durumu, şehir değiştirme koşulunun varlığı, tedavi sırasında maddi güçlük yaşama durumu, tedavi sürecinde sosyal destek alma durumu, tedavi süreci sonrasında sosyal destek alma durumuna göre ebeveynlerin **stres düzeyleri farklılık göstermekte midir?**
4. Ebeveynlerin anksiyete düzeyleri tedavi devam edip etmeme, tekrarlı yatışın varlığı durumu, taburcu sonrası yatışın varlığı durumu, durumu, hastalık tekrar koşulu, bakım veren ebeveyn çalışma durumu, eşin çalışma durumu, şehir değiştirme koşulunun varlığı, tedavi sırasında maddi güçlük yaşama durumu, tedavi sürecinde sosyal destek alma durumu, tedavi süreci sonrasında sosyal destek alma durumuna göre ebeveynlerin **TSSB alt boyutlarından yeniden yaşantılama düzeyleri farklılık göstermekte midir?**
5. Ebeveynlerin anksiyete düzeyleri tedavi devam edip etmeme, tekrarlı yatışın varlığı durumu, taburcu sonrası yatışın varlığı durumu, GVHD durumu, hastalık tekrar koşulu, bakım veren ebeveyn çalışma durumu, eşin çalışma durumu, şehir değiştirme koşulunun varlığı, tedavi sırasında maddi güçlük yaşama durumu, tedavi sürecinde sosyal destek alma durumu, tedavi süreci sonrasında sosyal destek alma durumuna göre ebeveynlerin **TSSB alt boyutlarından kaçınma düzeyleri farklılık göstermekte midir?**
6. Ebeveynlerin anksiyete düzeyleri tedavi devam edip etmeme, tekrarlı yatışın varlığı durumu, taburcu sonrası yatışın varlığı durumu, GVHD durumu,

hastalık tekrar koşulu, bakım veren ebeveyn çalışma durumu, eşin çalışma durumu, şehir değiştirme koşulunun varlığı, tedavi sırasında maddi güçlük yaşama durumu, tedavi sürecinde sosyal destek alma durumu, tedavi süreci sonrasında sosyal destek alma durumuna göre ebeveynlerin **TSSB alt boyutlarından olumsuz değerlendirme düzeyleri farklılık göstermekte midir?**

7. Ebeveynlerin anksiyete düzeyleri tedavi devam edip etmeme, tekrarlı yatışın varlığı durumu, taburcu sonrası yatışın varlığı durumu, GVHD durumu, hastalık tekrar koşulu, bakım veren ebeveyn çalışma durumu, eşin çalışma durumu, şehir değiştirme koşulunun varlığı, tedavi sırasında maddi güçlük yaşama durumu, tedavi sürecinde sosyal destek alma durumu, tedavi süreci sonrasında sosyal destek alma durumuna göre ebeveynlerin **TSSB alt boyutlarından aşırı uyarılma düzeyleri farklılık göstermekte midir?**
8. Ebeveynlerin anksiyete düzeyleri tedavi devam edip etmeme, tekrarlı yatışın varlığı durumu, taburcu sonrası yatışın varlığı durumu, GVHD durumu, hastalık tekrar koşulu, bakım veren ebeveyn çalışma durumu, eşin çalışma durumu, şehir değiştirme koşulunun varlığı, tedavi sırasında maddi güçlük yaşama durumu, tedavi sürecinde sosyal destek alma durumu, tedavi süreci sonrasında sosyal destek alma durumuna göre ebeveynlerin **TSSB düzeylerinde farklılık göstermekte midir?**

Son araştırma sorusu şu şekilde belirlenmiştir:

“Bağımlı değişkenler ebeveynlerin Depresyon, Anksiyete ve TSSB üzerinde etkisi olduğuna inanılan bağımsız değişkenler tanı, tedavi durumu, tekrarlı yatışın varlığı, hastalık tekrarının varlığı, GVHD durumu, yatış süresi, çocuk cinsiyeti, ebeveyn eğitim durumu, ebeveyn çalışma durumu, eş çalışma durumu, tedavi için şehir değiştirme durumu, çocuk sayısı, algılanan ve alınan sosyal destek arasından hangi değişken/lerin önemli bir etkiye sahiptir”

Sonuç olarak, depresyon, kaygı, stres ve travma sonrası stres bozukluğu düzeyleri araştırmanın bağımlı değişkenleridir. Aşağıda açıklanacağı gibi, Depresyon, Anksiyete Stres Ölçeği, TSSB Envanteri toplam puanları olarak operasyonel hale getirilmiştir. Ayrıca, bu ölçme araçlarının alt-puanları da hesaplanıp ek bağımlı

değişkenler olarak analiz edilmiştir. Araştırmanın temel bağımsız değişkenleri Algılanan ve Alınan Sosyal Destek Ölçeği, Sosyal Ağ Ölçeği, hastalık risk durumlarını oluşturan tedavi süresi, tedavi sonrası yatış, GVHD durumu, hastalık türü soruları olarak operasyonel hale getirilmiştir.

1.3. Araştırmanın Gerekçesi ve Önemi

Kemik iliği nakli ailelere maddi ve manevi çeşitli yükler ve yükümlülükler getirmektedir. Yaşanılan sağlık kaygısının yanı sıra aileler tedavi sürecini ayrıntılı planlamak zorunda oldukları, izole bir yaşantıya tüm aile sistemini adapte etmeye ihtiyaç duydukları hastalığın aşamasına göre çeşitli ihtiyaçlarla karşı karşıya gelirler. Bu çalışmada amaç, kemik iliği nakli tedavisi alan çocukların ebeveynlerinde sosyal çevrenin koruyucu etkisini anlayabilmek algılanan ve alınan sosyal destek seviyesine göre kemik iliği nakli tedavisi alan çocukların ebeveynlerinin psikolojik sağlıklarının değerlendirilmesidir. Dolayısıyla geçirilen dönemlerin koruyucu bir sosyal destek sistemi içerisinde yer alınarak atlatılması koşulunda psikolojik sağlığın ne yönde etkilenebileceğini anlamak üzere yürütülecek az sayıda çalışmadan bir tanesi olacaktır.

Bu çalışma ile aslında zorlu bir süreçten geçen aileleri tespit edip onlara destek sistemini sunabilecek bir uygulamanın önünü açmak hedeflenmektedir. Ancak bunun için Türkçe literatürde yeterli bilgi birikimi olmadığından dolayı bu eksikliğe bir katkı sunmak amaçlanmaktadır. Ebeveynlerle bunların hepsinin değerlendirileceği yaşadıkları bu süreci anlamaya yönelik çalışmalardan biri olacağı için hem Türkiye’de hem de uluslararası yazında yapılan öncü çalışmalardan birisi olacaktır.

Algılanan sosyal destek ve alınan sosyal destek farklı iki kavram olarak karşımıza çıkmaktadır. İki koruyucu sistemin kemik iliği nakli sonrası ebeveynlerde psikolojik sağlığı korumak adına ne derece önemli olduğunu tanımlamanın yanı sıra hangi desteğin daha önemli olabileceğine yönelik bilgi edinilmesine öncülük edeceği öngörülmektedir.

Çalışmanın sonunda sağlanacak bilgi psikolojik rahatsızlıklarından korunması için ailelere yönelik önleyici bir çalışmanın yürütülebilmesi, hastalık ve tedavi sürecini yönetebilmelerine yönelik kanıtlanmış bilgiler sunulabilmesi, ihtiyaç duyulan sosyal destek sistemini tanımlama ve buna uygun politikalar geliştirilme açısından katkı sunabilir.

1.4. Araştırmanın Sınırlılıkları

Kemik iliği nakli tedavisi, çok geniş bir konu olması nedeniyle kontrol değişkenlerinin çok zor olması, izin almanın zorluklarından dolayı çalışmanın tek bir ilden ve tek bir merkezden toplanmış olması sebebiyle örneklemin geniş tutulamaması, sadece gönüllü ailelere ulaşılabilirdiği için gönüllü olmayan ailelerin zorluk yaşayabilmesine rağmen katılacak gücünün olamaması durumunun bilinmemesi depresyon, anksiyete, travma sonrası stres bozukluğu tetikleyicilerinin bireyden bireye farklı olması araştırma kapsamında çalışılmayan bir konu olması araştırmanın sınırlılıklarını oluşturmaktadır.

1.5. Araştırmanın Varsayımları

Çalışmanın yürütülebilmesi için çocuğun tedavi sürecinde olmaması gerekliliği ortaya çıkmaktadır. Ancak söz konusu tedaviler süreklilik göstermektedir. Bu nedenle, çalışmaya dahil edilen ebeveynlerin başka bir aktif ameliyat ve akut tedavi sürecinde olmaması gerekmekte ve bu konuda doğru bilgiyi yansıttıkları varsayılmaktadır. Çalışma tanı almış bireyler arasında yürütülmeyeceği için, ebeveynlerin herhangi bir psikolojik rahatsızlıklarının olmaması gerekmektedir ve doğru bilgiyi sundukları düşünülmektedir. Örneklemin evreni temsil ettiği ve güvenilir şekilde bildirimlerde buldukları varsayılmaktadır. Öz bildirime dayalı veri toplama süreci yürütüldüğü için katılımcıların kendilerini doğru bildirimler ile ifade ettikleri varsayılmıştır.

2. LİTERATÜR TARAMASI

Bu bölümde bir kronik rahatsızlık olarak kanser hakkında alanyazın bilgileri paylaşıldıktan sonra bu hastalık sürecindeki potansiyel psikojik etkilerin sunulduğu alanyazın çalışmalarına yer verilerek depresyon, anksiyete, stres ve travma sonrası stres bozukluğu tanıtıldıktan sonra kanser hastalarıyla yapılan ilgili çalışmalar sunulacaktır.

2.1. Kanser

Kanser, vücuttaki bir organda veya dokuda anormal hücrelerin kontrolsüz şekilde çoğalarak ve büyüyerek normal sınırlarını aşıp vücudun çeşitli bölgelerini işgal etmesi ve/veya diğer organlara yayılmasıyla vücudun düzenli işleyişini bozması sonucu ortaya çıkan bir hastalık grubudur (Lazebnik, 2010).

Tüm kanserler bir hücrede veya hücre grubundaki değişikliklerle başlar. Vücudun her hücresinin ne kadar ve ne sıklıkta bölüneceğini belirleyen genlerde oluşan mutasyonlar nedeniyle hücreler normalden fazla bölünüp çoğalarak kanser hücrelerini, çoğunlukla da tümörleri oluşturur (Greene ve Sobin, 2008). Kanser hücrelerinin kan dolaşımı veya lenf sisteminden geçerek vücudun başka dokularına yayılmasına metastaz adı verilir (Özkara ve ark., 2020). Kanser, dünya çapında önde gelen ölüm nedenlerinden biridir ve 2020’de yaklaşık 10 milyon kişinin ölümüne yol açmıştır (WHO, 2020).

Kanser hücreleri vücudun başka bölgelerine yayılabilse de, ilk ortaya çıktığı bölgeye ve hücre tipine göre adlandırılır. Örneğin, akciğerlerde başlayan ve karaciğere yayılan kansere akciğer kanseri denir (Alim, 2017).

2.1.1. Kanser Türleri

Vücudun herhangi bir yerinde anormal hücrelerin kontrolsüz büyümesi sonucu ortaya çıkan hücrelere kanser hücreleri, habis hücreler veya tümör hücreleri denir.

Kanserler, kanser hücrelerinin ilk ortaya çıktığı dokuya göre adlandırılır; örneğin, mide kanserinde kanserli hücrelerin oluşumu mide dokularında başlamıştır (Hoadley ve ark., 2018). Dünya genelinde en sık görülen kanser türleri, prostat kanseri, meme kanseri, kolon kanseri, akciğer kanseri, cilt kanserleri, rahim kanseri, lenfoma, lösemi, rahim ağzı kanseri ve tiroid kanseridir (WHO, 2020). Kanser türlerinin cinsiyete göre dağılımı farklılık göstermekte, erkeklerde akciğer, prostat, kolon, mide ve karaciğer kanserleri daha yaygınken, kadınlarda ise meme, kolon, akciğer, serviks ve tiroid kanserleri en sık karşılaşılan kanser türleridir (Hosseinzadeh ve ark., 2017).

Vücutta neredeyse her organda ve dokuda kanser oluşabildiği düşünüldüğünde kanser türleri de o kadar çoktur. Genel olarak kanser türleri, karsinom, sarkom, lösemi, lenfoma, melanom, merkezi sinir sistemi tümörleri şeklinde hücre türlerine göre sınıflandırılmaktadır (Alim, 2017).

Karsinom: En yaygın kanser türü olan ve katı kütleler halinde tümörler oluşturan karsinom, cildin ve iç organların epitel dokularında ortaya çıkar. Karsinomun türlerinden adenokarsinom, glandüler epitel hücrelerde gelişir; meme, kolon, pankreas ve prostat kanserleri adenokarsinomdur. Bazal ve skuamöz hücreli karsinom cilt kanseri; renal hücreli karsinom böbrek kanseri ve hepatoselüler karsinom da karaciğer kanserinin en yaygın şeklidir (Williams ve ark., 2016).

Sarkom: Vücutta geliştiği yere bağlı olarak çok sayıda türü olan sarkomların kemik ve yumuşak doku sarkomu olmak üzere iki ana türü vardır. Yumuşak doku sarkomu, vücuttaki yapıları bağlama, destekleme ya da çevreleme işlevi gören kas, yağ, kan damarları, sinirler, tendonlar ve eklem astarı gibi bağ dokularda oluşur (Bhandari ve ark., 2019).

Lösemi: Çoğunlukla beyaz kan hücrelerinin aşırı çoğalmasıyla kanı oluşturan hücrelerde ortaya çıkan bir kanser türüdür. Löseminin, miyeloid ya da lenfoid hücrelerde başlamasına ve hızlı ya da yavaş büyümesine göre türleri vardır (Topal ve Arpacı, 2022).

Lenfoma: Lenfatik sistemde yer alan lenf bezleri, dalak, timus bezi ve kemik iliğinde oluşan kanser türüdür. Lenfomanın Hodgkin lenfoma ve Non-Hodgkin lenfoma olmak üzere iki türü vardır (Topal ve Arpacı, 2022).

Melanom: Cilde rengini veren pigment olan melanini üreten hücrelerde oluşan kanser türüdür. Göz, burun ve boğaz gibi vücudun mukozal dokularında da ortaya çıkabilir (Williams ve ark., 2016).

Merkezi sinir sistemi tümörleri: Merkezi sinir sistemini oluşturan beyin ve omurilikteki dokularda tümörler halinde oluşan kanser türüdür. Kanserli tümörler, birincil ve ikincil olmak üzere iki türdür. Birincil tümörler, beyin veya omurilikte oluşurken, ikincil tümörler vücudun başka bir yerindeki kanserin merkezi sinir sistemine metastazı sonucu oluşan tümörlerdir (Bhandari ve ark., 2019).

2.1.2. Kanser Evreleri

Kanser evrelerinin belirlenmesi, kanserin seyrine göre tedavinin planlanmasının yanı sıra kanser araştırmaları ve klinik kanser çalışmaları açısından da önemlidir. Her hastanın durumu farklı olsa da aynı tip ve evredeki kanserler genellikle benzer görünüme sahiptir ve kanserin seyrinde dört evre vardır (Wang, 2017). 1. evrede kanser hücreleri yalnızca ortaya çıktıkları doku ya da organda bulunur, başka bir doku ya da organa yayılmaz. 2. evrede kanserli hücrelerde büyüme ve artış başlar ama henüz vücudun başka bir yerine yayılma yoktur. 3. evrede kanser hücrelerinde büyüme ve artış hızlanır ve başka doku ya da organlara yayılma başlar. 4. evrede kanser hücreleri vücuttaki başka birçok doku ve organa yayılır. 1. evreye geçilmeden önceki erken evre, 0. evre olarak adlandırılır ve bu evrede kanser başladığı yerde tespit edildiğinde tedavi daha kolay ve hızlı olabilmektedir (Halpern ve ark., 2008). Kanser evreleri kan testleri, mamografi, röntgen, BT taramaları, MR, PET taramaları, ultrason, endoskopi, kolonoskopi ve biyopsi gibi yöntemler kullanılarak belirlenir (Weller ve ark., 2012).

Kanserin erken teşhisi, semptomları olan kişilerde kanserin olabildiğince hızlı bir şekilde belirlenmesi anlamına gelir (Blimark ve ark., 2015). Kanser taraması, kişide henüz bir semptom görülmeden kanser hücrelerin varlığını araştırmak üzere uygulanacak yöntemlerden oluşur (Lazebnik, 2010). Erken teşhisin üç önemli bileşeni vardır: (1) Farklı kanser türlerinin semptomları ve anormal bulgular gözlemlendiğinde tıbbi yardım almanın önemini farkında olmak; (2) klinik değerlendirme ve teşhis

hizmetlerine erişim; (3) tedavi hizmetlerine zamanında sevk (Schiffman ve ark., 2015). Bununla birlikte, kanserlerin büyük çoğunluğu ileri evrelerde teşhis edilmektedir. Bu yüzden, kanserin erken teşhisi için yapılacak tarama, belirli bir kanseri veya kanser öncesini düşündüren bulguları olan kişileri semptomlar ortaya çıkmadan önce belirlemeyi sağladığı için kritik öneme sahiptir. Kanser teşhisinin gecikmesi tedavinin başarısını ve hayatta kalma şansını önemli ölçüde düşürebilmektedir (Gurney ve ark., 2015).

2.1.3. Kanser Risk Faktörleri

Kanser, biyolojik, genetik ve çevresel çeşitli faktörlerin birleşimiyle gelişen ve temel neden olarak hücrelerin çoğalma mekanizmasını bozan DNA değişikliklerinin yol açtığı bir hastalık grubudur (Topal ve Arpacı, 2022). Bu değişiklikler, kişinin genetik özellikleri ile aşağıdaki faktörlerin etkileşimin sonucunda gerçekleşmektedir:

- Ultraviyole ve iyonlaştırıcı radyasyon gibi fiziksel kanserojenler;
- Asbest, tütün dumanı bileşenleri, alkol, hava kirliliği, aflatoksin (yiyecek kontaminasyonu) ve arsenik (içme suyu kontaminasyonu) gibi kimyasal kanserojenler;
- Belirli virüsler, bakteriler veya parazitlerden kaynaklanan enfeksiyonlar gibi biyolojik kanserojenler. (WHO, 2020b.)

Kanser, yaşla birlikte artan belirli kanser risklerinin birikmesi ve yaşlandıkça hücre onarım mekanizmalarının daha az etkili olma eğilimi nedeniyle ileri yaşlarda daha sık görülmektedir (İlhan ve Bakkaloğlu, 2019). Kanser için başlıca risk faktörleri şunlardır: Genetik yatkınlık, aile kanser öyküsü, tütün kullanımı, alkol tüketimi, sağlıksız beslenme, fiziksel hareketsizlik, obezite, insan papilloma virüsü (HPV) gibi bazı viral enfeksiyon türleri, belirli kimyasal maddelere maruz kalma, güneşten gelen ultraviyole radyasyon da dahil olmak üzere radyasyona maruz kalma. Bu risk faktörlerinden korunmak kanserin önleminde büyük önem taşımaktadır (Ferlay ve ark., 2022).

2.1.4. Kemik İliği Kanseri

Kemik iliği, vücuttaki kemiklerin çoğunun merkezinde yer alan, kök hücrelerini ve kan hücrelerini üreten süngerimsi bir maddedir. Kök hücreler kan hücrelerine dönüşebilen hematopoietik hücrelerdir ve kendilerini kopyalayarak yeni kök hücreleri oluştururlar (Hassanpour ve ark., 2017). Kemik iliği, her ikisi de kılcal kan damarları içeren kırmızı ve sarı kemik iliğinden oluşur. Kırmızı kemik iliğindeki kök hücreler, kan hücrelerinin, sarı kemik iliğindeki kök hücreler de yağ, kıkırdak ve kemik hücrelerinin üretiminden sorumludur. Sarı kemik iliğinin diğer bir işlevi de gerektiğinde enerji kaynağı olarak kullanılmak üzere yağların depolanmasıdır (Baykara, 2016). Kemik iliğinde üretilen kan hücreleri enfeksiyonlarla savaşan beyaz kan hücreleri, vücuttaki dokulara oksijen taşıyan kırmızı kan hücreleri ve kanın pıhtılaşmasını sağlayan trombositlerdir (Odejide ve ark., 2014).

Kemik iliği kanserleri, kemik iliğindeki hücreler normalden fazla büyüdüğünde ve hızla çoğaldığında ortaya çıkar. Kan kanseri olarak da adlandırılan kemik iliği kanseri, kemiğin kendisinde başlayan ve sarkom adı verilen kemik kanserinden farklıdır. Kemik iliğine metastaz ile yayılan kanser de kemik iliği kanseri olarak sınıflandırılmaz (Qadir ve ark., 2018).

2.1.4.1. Kemik İliği Kanserinin Türleri

Miyelom (Multipil myeloma): En sık görülen kemik iliği kanseri, enfeksiyon ve hastalıklarla savaşmaya yardımcı olan beyaz kan hücreleri olan plazma hücrelerinin aşırı üretimiyle ortaya çıkan miyelomdur (Gerecke ve ark., 2016). Miyelomda kanserli plazma hücreleri kemik iliğinde birikip sağlıklı kan hücrelerinin üretimini engeller. Kanserli hücreler normal antikor üretimini engelleyip anormal proteinler üreterek bağışıklık sistemini zayıflatır ve enfeksiyonlarla savaşma yeteneğinin azalmasına neden olur (Anderson, 2016). Miyelom monoklonal proteinler veya M proteinleri gibi anormal antikorların üretilmesine ve vücutta birikmesine yol açarak böbrek hasarına neden olur. Kanser hücreleri ayrıca kemiklerin aşırı zayıflamasına yol açarak kemiklerde kırık riskini artırır (Rajkumar ve ark., 2014).

Lösemi: Kemik iliğindeki kök hücrelerde oluşan DNA mutasyonu sonucunda ortaya çıkan kan kanseri türüdür. Hızla çoğalan ve büyüyen anormal beyaz kan hücreleri sağlıklı kan hücrelerinin üretimini ve işlevlerini engeller. Lösemi, kanserli hücrelerin çoğalma hızına göre akut veya kronik; başladığı hücre türüne göre lenfositik veya miyeloid olarak adlandırılır (Short ve ark., 2018). Akut lösemi, olgunlaşmamış kan hücrelerini etkiler ve hızla ilerler. Kronik lösemi olgunlaşmış kan hücrelerini etkiler ve yavaş ilerler. Lenfositik lösemi, bağışıklığın korunmasını sağlayan beyaz kan hücreleri olan lenfositlerde; miyeloid lösemi de, kırmızı kan hücrelerine, beyaz kan hücrelerine ve trombositlere dönüşen kemik iliği hücrelerinde oluşur. Buna göre lösemnin dört türü vardır: Akut lenfositik lösemi, akut miyeloid lösemi, kronik lenfositik lösemi ve kronik miyeloid lösemi (Williams ve ark., 2016). Lösemnin belirtileri ateş, yorgunluk, kilo kaybı, kemik ağrısı, morarma, kanamadır ve teşhisi kemik iliği biyopsisi ile yapılır (Bhandari ve ark., 2019).

Lenfoma: Lenfoma, lenfositlerin ve hücrelerin kontrolsüz şekilde üreyerek tümörler oluşturmasıyla ortaya çıkar. Lenfomanın B lenfositlerinde oluşan Hodgkin lenfoma ve B veya T lenfositlerinde oluşan non-Hodgkin lenfoma olmak üzere iki türü vardır (Gobbi ve ark., 2013). Bağışıklık sisteminin önemli bileşenleri olan B ve T lenfositleri lenf dokusunda bulunur. Lenfoma, lenf düğümlerini etkileyerek lenfositlerin işleyişini bozar (Radhika ve ark., 2021).

2.1.4.2. Kemik İliği Kanserinin Nedenleri ve Semptomları

Kemik iliği kanserinin ana nedeni, kan hücresi DNA'sının çevresel ve genetik çeşitli faktörler yüzünden mutasyona uğraması sonucunda kan hücrelerinin yapısında ve işleyişindeki bozulmadır (Odejide ve ark., 2014). Kemik iliği kanseri için başlıca risk faktörleri, belirli kimyasallara, radyasyona veya kemoterapi türlerine maruz kalma, ailede kan kanseri öyküsü, genetik bozukluklar, HIV gibi belirli enfeksiyon türleri, kortikosteroid kullanımı, tütün kullanımı, obezite ve organ nakli gibi durumlar nedeniyle bağışıklık sisteminin zayıflamasıdır (Migliaccio, 2018).

Kemik iliği kanserlerinin belirtileri, kanserin türüne, evresine ve hastanın genel sağlık durumuna göre farklılık gösterebilmekte ve genel olarak belirtiler şöyle

sıralanmaktadır: Anemiden kaynaklanan yorgunluk, halsizlik ve nefes darlığı, lenf bezlerinde şişme, aşırı susama, mide ağrısı, sık idrara çıkma ihtiyacı, kabızlık, bulanık görme, baş dönmesi, baş ağrısı, tekrarlanan enfeksiyonlar, ateş, titreme, gece terlemeleri, morarma, olağandışı kanama, sık burun kanaması, diş eti kanaması, aşırı kilo kaybı, özellikle üst karında ağrı, sırtta, kaburgalarda veya kalçalarda kemik ve eklem ağrısı (Ali ve Sultana, 2012).

2.1.4.3. Kemik İliği Kanserinin Tanısı

Kemik iliği kanserini teşhis etmek için şüphelenilen kanser türüne bağlı olarak farklı testler ve prosedürler kullanılmaktadır (Gerecke ve ark., 2016). Kan testleri aracılığıyla kan hücrelerinin sayılarının normal olup olmadığı, organların sağlıklı çalışıp çalışmadığını gösteren çeşitli kimyasallar ve kansere ilişkin biyobelirteçler incelenir (Genovese ve ark., 2014). Biyopsi ile kanserli olduğundan şüphelenilen doku ve organlardan hücre örnekleri alınarak kanserli hücreler belirlenir. Kemik iliği biyopsisi ile kemik iliğinin katı kısmından küçük bir parça alınır. Kemik iliği aspirasyonu ile kemik iliğindeki sıvıdan bir miktar alınır. Alınan örnekler incelenerek kemik iliğinin sağlıklı kan hücresi üretilip üretilmediği belirlenir (Kalinich ve Haber, 2018). Bilgisayarlı tomografi (BT), manyetik rezonans görüntüleme (MRI), pozitron emisyon tomografisi (PET), röntgen, ultrason gibi görüntüleme yöntemleriyle vücuttaki organların ve dokuların yapıları incelenir, anormallikler tespit edilir ve ileri evrelerde kanserin yayıldığı organlar belirlenir (American Cancer Society, 2022).

2.1.4.4. Kemik İliği Kanserinin Tedavisi

Literatür gözden geçirildiğinde kemik iliği kanserlerinin tedavisinin, kanserin türüne, ne kadar hızlı ilerlediğine, nereye yayıldığına, yaşa ve diğer faktörlere bağlı olarak değişse de, tüm tedavi yöntemlerinde değişmeyen ve ortak olan amaç hastanın iyileşmesini sağlamak, yaşam kalitesini artırmak ve yaşam süresini uzatmak olduğu görülmektedir. Bu noktada, etkili tedavi için kanserin türünün belirlenmesi öncelik

taşımaktadır. Lösemi, lenfoma ve multipl miyelom tedavisinde kullanılan yöntemler aşağıdakileri içermektedir (Chu ve Sartorelli, 2018):

Kemoterapi: Sitotoksik ilaçlarla kanser hücrelerinin çoğalmasının durdurulmasına, öldürülmesine ve normal kan hücrelerinin üretilmesinin sağlanmasına yönelik bir tedavi türüdür. Kemoterapi tedavisinde, kanser hücrelerinin öldürülmesi için ilaçlar, tablet olarak alınabildiği gibi enjeksiyon yoluyla veya damar içine verilerek de kullanılır. Kemik iliği kanserinin tedavisinde kemoterapi kök hücre naklinden önce ve sonra yapılabilir (Baykara, 2016).

Radyasyon tedavisi: Kanser hücrelerini öldürmek, tümörü yok etmek, vücuttaki ağrı ve sızıları azaltmak veya gidermek için yüksek enerjili ışınlar veya parçacıklar kullanılarak uygulanan radyoterapi ya da ışın tedavisi olarak da adlandırılan tedavi yöntemidir. External radyoterapi, brakiterapi, stereotaktik radyoterapi gibi türleri vardır (Zugazagoitia ve ark., 2016). Radyasyon tedavisi uygulama şekline göre üçe ayrılır: Dıştan (eksternal) radyoterapide ışınlar kanserli dokuya ya da tümöre yönlendirilirken, içten (internal) radyoterapide radyoaktif madde doku ya da tümör içine yerleştirilir. Stereotaktik radyoterapide ise yüksek dozlarda ve yoğunlukta ışın demetleri vücuttaki belirli noktalara farklı açılardan yönlendirilir (Yeyin, 2015).

Kemik iliği nakli: Kemik iliği (ya da kök hücre) nakli, yeterince sağlıklı kan hücresi üretmeyen kemik iliğini değiştirmek için sağlıklı kan oluşturan kök hücrelerin aşılınması prosedürüdür. Kemik iliği naklinde, kişinin kendisinden (otolog nakil) veya bir donörden (allojenik nakil) alınan hücreler kullanılabilir (Malard ve Mohty, 2020). Kemik iliği nakli, 1968'den beri kemik iliği kanserlerinin tedavisinde başarıyla kullanılmaktadır (Ansell ve Armitage, 2005). Kemik iliği nakli ayrıca, kanseri iyileştirmek için gereken kemoterapi veya radyasyon dozları, kişinin kemik iliği kök hücrelerinin kalıcı olarak hasar görmesine veya yok olmasına neden olacak kadar yüksek olduğunda da uygulanmaktadır (Debela ve ark., 2021).

2.1.4.5. Çocuklarda Kemik İliği Kanseri

Her yıl kanser tanısı alan çocuk ve ergen sayısı dünya genelinde 400 binin, ülkemizde de 8 binin üzerindedir (LÖSEV, 2022) Kemik iliği kanserleri, özellikle lösemi ve lenfoma çocukluk çağında en sık görülen kanserlerdir ve çocuklardaki tüm kanserlerin yaklaşık üçte birini oluşturmaktadır (Knapke ve ark., 2012). Lösemnin çocuklarda en yaygın olan türleri akut lenfositik lösemi ve akut miyeloid lösemidir; kronik lösemi türlerine çocuklarda az rastlanmaktadır (Caes ve ark., 2014).

Çocuklarda kemik iliği kanseri tedavisi çocuğun yaşı, genel sağlık durumu, kanserin türüne göre planlanır. Çocuklarda kemik iliği kanserlerinin öncelikli tedavi yöntemi olarak kemoterapi kullanılmaktadır. Çocuğa ağız, damar veya omurilik sıvısı yoluyla verilen ilaçlarla kanserli hücrelerin ortadan kaldırılmasının ardından kanserin nüksetmesinin engellenmesi amacıyla birkaç yıllık periyotlarda kemoterapi uygulanmaktadır. Bazı durumlarda kemoterapi yerine, kanser hücrelerinin belirli kısımlarını hedefleyen farmakolojik tedaviler yapılmaktadır. Çocukluk çağındaki kemik iliği kanserlerinin tedavisinde kemoterapiye ek olarak radyasyon tedavisi de uygulanabilmektedir. Kemoterapi ve radyasyon tedavisinden beklenen sonuçların alınamaması durumunda kök hücre nakli yapılabilmektedir (Alderfer ve ark., 2009).

Kemoterapinin yan etkileri, mide bulantısı, iştahsızlık, şiddetli yorgunluk, ağız yaraları, kızarıklıklar ve enfeksiyonlar ve olası komplikasyonlar çocuğun tedavi sırasında, tedavi öncesine göre daha hasta hissetmesine neden olabilir. Çoğu çocuk ve aile, zaman içinde kansere iyi uyum sağlasa da, çocukluk çağı kanserinden kurtulanların önemli bir alt grubu, kanser tedavisi bittikten çok sonra da kanserle ilgili sıkıntı yaşamaya devam etmektedir (Turan ve ark., 2016)

Çocuklarda lösemi ve lenfoma gibi kemik iliği kanserlerinde kemoterapi, radyasyon tedavisi ve kemik iliği nakli dahil olmak üzere kanser tedavileri çocuğun gelişmekte olan sinir sistemini olumsuz etkileyebilmekte ve nöropsikolojik etkilere yol açabilmektedir. Bu nedenle, kemik iliği kanserlerinin tedavisinden sonra pediatrik nöropsikolojik değerlendirme yapılması önem taşımaktadır (Youlden ve ark., 2019).

Çocuklarda kemik iliği kanserlerinin tedavisinde kullanılan ilaç ve yöntemlerdeki gelişmelerle birlikte hayatta kalma oranlarında önemli bir artış

olmuştur. Buna ek olarak çocukların kanser tedavisine yetişkinlerden daha olumlu tepki vermesi ve tedavinin zorluklarını daha iyi tolere edebilmeleri de hayatta kalma oranlarına önemli bir katkı sağlamaktadır (Caes ve ark., 2014). Ancak bazı çocuklarda kanser tedavisinin olumsuz sonuçları arasında sosyal ve duygusal sorunlar görülmektedir (Kazak ve ark., 2015). **2.1.4.6. Kemik İliği Nakli Olan Çocukların Ebeveynlerinin Psikolojisi**

Kemik iliği kanseri her yaştaki çocukta ortaya çıkabilen son derece önemli bir hastalıktır. Çocuklarda kemik iliği kanserinin teşhis ve tedavisindeki önemli gelişmeler sayesinde çocukların kanserden kurtulma oranlarının oldukça artmış olmasına karşın, kanser hem çocuğun kendisinde hem de ebeveynlerinde psikolojik olarak son derece yıkıcı etkiler yaratabilmektedir (Mess ve ark., 2022). Ebeveynlerin çocuğun ihtiyaçları ile kendi öz bakım ve destek ihtiyaçları arasında denge kurmaya çalıştıkça yaşam kaliteleri etkilenmektedir. Kanser bakımının günlük talepleri arttıkça, ebeveynler için destek müdahalelerine ihtiyaç daha fazla olmaktadır (Kastrinos ve ark., 2021). Çocukların tedavi ve bakım gereklilikleri ebeveynlerin günlük sorumluluklarını, iş hayatını, aile ve sosyal ilişkilerini olumsuz etkilemektedir. İlk tanı konulduktan sonra ve tedavi sırasında ebeveynler inkar, öfke, üzüntü ve suçluluk yaşayabilmektedirler. Kanser ileri evrelerinde belki de son çare olarak başvuru olan kemik iliği nakli ise ebeveynler üzerinde oldukça travmatik ve sarsıcı bir etkiye sahip olmaktadır (Borrescio-Higa ve ark., 2022).

Kanserli çocukların tedavisinin her aşamasında ebeveynlerin farklı görevleri yerine getirmesi ve çeşitli zorlukları aşması gerekmektedir. Ebeveynlerin karşısına birdenbire çıkan yıkıcı bir gerçek olan kanserin teşhis aşaması önemli bir kriz dönemidir. Ebeveynin bu süreçteki deneyimi önemlidir ve birçoğu yeterli psikososyal destek alamadığı için ruhsal sorunlar açısından hassas hale gelmektedirler (Chen ve Mullen, 2017). En başta kanser nedeniyle çocuklarının ölüm olasılığı olmak üzere ebeveynlerin psikolojilerini olumsuz etkileyen pek çok faktör depresyon, anksiyete veya travma sonrası stres bozukluğu semptomlarının ortaya çıkmasına yol açmaktadır (Mess ve ark., 2022).

Ebeveynler, çocuklarında kanser teşhisi ile karşı karşıya kaldıkları andan itibaren yoğun bir psikolojik stres yaşamaya başlamaktadırlar (Choi ve ark., 2016).

Araştırmalar, çocuklarının yaşamına ilişkin belirsizliğin yarattığı kaygı, korku ve çaresizlik duygularının ebeveynlerde depresyon, anksiyete bozukluklarını ve travma sonrası stres bozukluğuna (TSSB) neden olduğunu ortaya koymuştur (Terracini, 2011; Ljungman ve ark., 2014; Rahmani ve ark., 2018).

Çocuklarının kanser tedavisi sürecinin ilerleyen aşamalarında ebeveynlerin psikolojik sorunlarının giderek normale yakın seviyelere indiğini gösteren çalışmalar olmakla birlikte, ebeveynlerin büyük çoğunluğunda çocuklarının kanser tedavisi tamamlandıktan yıllar sonra bile depresyon ve anksiyete bozuklukları semptomlarının devam ettiğini gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Alderfer ve ark., 2009; Kearney ve ark., 2015; Patterson ve ark., 2004; Widdowson, 2011).

Literatürde, annelerin depresyon, anksiyete bozukluğu ve TSSB semptomlarını babalardan daha fazla ve daha yüksek düzeyde gösterdikleri ileri sürülmektedir (Carlsson ve ark., 2019).

2.2. Depresyon

Kanser tedavisi gören çocukların ebeveynlerinin baskın depresif belirtileri çaresizlik, umutsuzluk, üzüntü, suçluluk, kaygı, azalan enerji, uyku, konsantrasyon ve karar verme sorunlarıdır (Jurbergs ve ark., 2009). Depresif bozukluklar geliştirme riski yüksek olan ebeveynlerin zamanında teşhis edilmesi ve ruh sağlıklarını iyileştirmek için profesyonel multidisipliner destek sağlanması gereklidir (Rosenberg ve ark., 2019). Çalışmalar, kanserli çocukların ebeveynlerinde, sağlıklı çocukların veya diğer kronik hastalıkları veya engelleri olan çocukların ebeveynleri ile karşılaştırıldığında daha yüksek düzeyde stres, depresyon, kaygı ve umutsuzluk olduğunu göstermiştir (Hoven ve ark., 2016; Masa'deh ve Jarrah, 2017; Carlsson ve ark., 2019).

Çocuğu kanser tanısı alan ebeveynlerde depresif belirtiler olduğu yaygındır ve bu belirtiler arasında depresif ruh hali, ilgi veya zevk kaybı, kiloda artış veya azalma, yorgunluk veya enerji kaybı, düşünme ve odaklanma becerisinde azalma, uyku ve yeme bozuklukları, psikomotor ajitasyon, değersizlik duyguları, tekrarlayan ölüm ve intihar düşüncesi ya da intihar girişimi vardır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013). Araştırmalar özellikle yakın zamanda kanser teşhisi konmuş çocukların annelerinin, sağlıklı çocukların ve çeşitli akut hastalıkları olan çocukların annelerine

kıyasla anlamlı derecede daha yüksek depresif semptom düzeyleri bildirdiklerini göstermiştir (Tuna ve ark., 2012; Rahmani ve ark., 2018; Peterson ve ark., 2020).

2.2.1. Depresyonun Nedenleri

Depresyon kişinin enerji azlığı, zevk ve ilgi kaybı yaşadığı, mutsuz ve umutsuz olduğu, davranışlarını ve dünyayı algılama şeklini olumsuz etkileyen çökkün bir ruh haliyle karakterize olan bir duygudurum bozukluğudur. Her bireyde farklı yoğunlukta deneyimlenen depresyonun diğer temel özellikleri konsantrasyonda, özgüvende azalma, suçluluk, karamsarlık, kendine zarar verme ya da özkıyım düşüncelerine sahip olma, uyku ve yeme sorunları, libido azalması, sosyal ve mesleki yaşamda sorunlardır (Karamustafaloğlu ve Yumrukçal, 2011).

Literatür incelendiğinde, her yaş ve cinsiyetten bireylerde sık karşılaşılan bir ruhsal bozukluk olan depresyonun tek bir nedene bağlı olarak ortaya çıkmadığını, genetik, biyolojik, çevresel ve psikolojik faktörlerin etkileşiminin sonucu olduğunu gösteren çok sayıda araştırma bulunmaktadır (Kessler, 2003; Alloy, 2006; Holmes, 2013). Depresyonun en yaygın nedenleri arasında travmatik ve stresli olaylar, düşük benlik saygısı gibi kişilik özellikleri, boşanma, işten çıkarılma vb. önemli yaşam değişiklikleri, sevilen birinin kaybı, fiziksel, duygusal, cinsel istismar, ailede depresyon öyküsü, sosyal destek eksikliği, yalnızlık, madde kullanımı, cinsel kimlik karmaşası, diyabet, kanser, kalp hastalığı gibi yaşamı tehdit eden hastalıklar, bazı ilaçların sürekli kullanımı, ruh halini düzenleyen nöratransmitterlerin işleyişindeki kimyasal dengesizlik, kadınlarda regl, doğum sonrası, menopoza gibi dönemlerdeki hormonal değişiklikler, maddi zorluklar ve sosyal statü gibi sosyoekonomik durum yer almaktadır (Beck, 2008; Mulhern, 2010; Çelik ve Hocaoglu, 2016; Dean ve Keshavan, 2017).

Depresyonun görülme sıklığının yaşlı popülasyonda daha fazla olduğunu gösteren araştırmalar vardır (Morrison ve ark., 2003). Depresyonu cinsiyet açısından değerlendiren araştırmalara göre kadınlarda depresyon sıklığı erkeklerin yaklaşık iki katıdır ve bu duruma kadınların hayatlarının farklı dönemlerinde geçirdikleri hormonal değişikliklerin yol açabileceği ileri sürülmektedir (Nunes ve Levin, 2006; Widdowson, 2011).

2.2.2. Depresyonun Belirtileri ve Tanısı

Depresyon biliş, davranış, bağışıklık sistemi ve periferik sinir sistemi dahil olmak üzere hem beyni hem de vücudu etkileyen bir duygudurum bozukluğudur. Geçici bir hüzünlü ruh halinin aksine, yaşamın olağan işleyişini engelleyen bir bozukluk olarak kabul edilir. Dalgalar halinde gelen normal kederin aksine, sürekli ve bunaltıcıdır (Krogh ve ark., 2014). Depresyon aynı zamanda yastan farklıdır, çünkü yas tutan kişi dünyayı boş ya da kötü olarak deneyimlerken, klinik olarak depresif bireyler boşluk ya da kötülük duygularını benliklerinde bulurlar (Widdowson, 2011).

Depresyonun yoğunluğu hafif ya da aşırı şiddetli, semptomları da hafif ya da günlük yaşamı engelleyecek ölçüde şiddetli olabilir (Çelik ve Hoccoğlu, 2016). Depresyonun en yaygın belirtileri arasında; hafıza ve dikkat bozuklukları, kararsızlık, sürekli ve yoğun özeleştirici, intihar düşüncesi gibi bilişsel belirtiler; yorgunluk, uyuşukluk, uyku ve yeme bozuklukları, baş, kas, sırt ağrısı, kilo artışı veya azalışı ve cinsel istekte azalma gibi somatik belirtiler; değersizlik, suçluluk, aşağılık, yetersizlik, çaresizlik ve zayıflık duyguları ve ezici bir üzüntü, umutsuzluk, umut kaybı ve kendinden nefret etme duygusu, daha önce zevk alınan etkinliklere karşı zevk ve ilgi kaybı, kolayca sinirlenme veya hayal kırıklığına uğrama gibi duygusal belirtiler yer alır (Papakostas ve ark. 2003).

Majör depresyon bozukluğunun tanı kriterleri DSM-5'te aşağıdaki gibi belirtilmiştir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014):

A. Aynı iki haftalık dönem boyunca, aşağıdaki belirtilerden beşi (ya da daha çoğu) bulunmuştur ve önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olmuştur; bu belirtilerden en az biri ya (1) çökkün duygudurum ya da (2) ilgisini yitirme ya da zevk almamadır.

1. Çökkün duygudurum, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunur ve bu durumu ya kişinin kendisi bildirir (örn. üzüntülüdür, kendini boşlukta hisseder ya da umutsuzdur) ya da bu durum başkalarınca gözlenir (örn. ağlamaklı görünür). (Not: Çocuklarda ve ergenlerde kolay kızan bir duygudurum olabilir.)

2. Bütün ya da neredeyse bütün etkinliklere karşı ilgide belirgin azalma ya da bunlardan zevk almama durumu, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunur (öznel anlatıma göre ya da gözlemlerle belirlenir).

3. Kilo vermeye çalışmıyorken (diyet yapmıyorken) çok kilo verme ya da kilo alma (örn. bir ay içinde ağırlığının %5'inden daha çok olan bir değişiklik) ya da neredeyse her gün, yeme isteğinde azalma ya da artma.

4. Neredeyse her gün, uykusuzluk çekme ya da aşırı uyuma.

5. Neredeyse her gün, psikodevinsel kışkırtma (ajitasyon) ya da yavaşlama (başkalarınca gözlenebilir; yalnızca, öznel, dinginlik sağlayamama ya da yavaşladığı duygusu taşıma olarak değil).

6. Neredeyse her gün, bitkinlik ya da içsel gücün kalmaması (enerji düşüklüğü).

7. Neredeyse her gün, değersizlik ya da aşın ya da uygunsuz suçluluk duyguları (yalnızca hasta olduğundan ötürü kendini kınama ya da suçluluk duyma olarak değil).

8. Neredeyse her gün, düşünmekte ya da odaklanmakta güçlük çekme ya da kararsızlık yaşama (öznel anlatıma göre ya da başkalarınca gözlenir).

9. Yineleyici ölüm düşünceleri (yalnızca ölüm korkusu değil), özel eylem taşımaksızın yineleyici kendini öldürme (intihar) düşünceleri ya da kendini öldürme girişimi ya da kendini öldürmek üzere özel bir eylem tasarlama.

B. Bu belirtiler klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.

C. Bu dönem, bir maddenin ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

Depresyon sorunu olan her bireyde tüm bu belirtiler aynı şiddet, süre ve yoğunlukta ortaya çıkmamaktadır. Bazı kişilerde belirtiler sık ve şiddetli olabilirken, bazı kişilerde daha hafif seyredebilmektedir (Krogh ve ark., 2014). Depresyon, tedavi

edilmediğinde fiziksel ve ruhsal ciddi sağlık sorunlarına neden olabilmekte, Şiddetli durumlarda intiharla lme yol açabilmektedir (Güleç, 2016).

2.2.3. Depresyonu Açıklayan Yaklaşımlar

2.2.3.1. Psikanalitik Yaklaşım

Psikanalitik yaklaşımda depresyon, Freud'un (1917/1957) "Yas ve Melankoli" adlı makalesiyle kavramsallaştırılmıştır. Freud'a göre kayıp veya zarar görmüş hissedilen Şey yas durumunda dış dünyada iken melankolide (depresif durumlar) benliğin bir parçasıdır. Kayıp duygusunun kaynağı mutlaka ölüm ve yas değildir; çocuğun ebeveynleriyle ilişkisinin ve sevgi ya da güven duygusunun kaybı da olabilir (Gay, 2006).

Freud, gerçek kayıplar (rneğin, sevilen birinin ölümü) ve sembolik kayıplar (rneğin, bir iş kaybı) arasında ayırım yapmıŐ, her iki kayıp türünün de, kişinin çocukluk dönemlerini yeniden yaşamasına neden olarak depresyona yol açabileceğini ileri sürmüştür. Freud'a göre kaybın depresyona dönüŐmemesi için bireyin, kaybettiği kişiye ait anıları hatırladığı bir yas çalışması dönemine girmesi gerekir (Freud ve ark., 2001).

Freud'a göre depresyonun temelinde çocuklukta ki özeleŐtiri, bastırılmış öfke ve suçluluk duygusu vardır (Spielberger ve Reheiser, 2009). Nevrotik ebeveynler, kendi ihtiyaçlarının yönlendirdiği tutarsız bir tavırla hem aşırı hoŐgrl hem de talepkr olarak çocuğun kendini yalnız, güvensiz ve çaresiz hissetmesine yol açarlar. Ancak ocuk, tüm bu olumsuz duygularının kendi hatası olduğu sonucuna vararak kendini suçlar. Ebeveynleri tarafından reddedilme riskini göze alamadığı için korku, sevgi ve suçluluk duygularıyla ebeyenlerine yönelik öfkesini ifade edemez ve bastırır. Bastırdığı öfkeyi kendine yöneltir ve "ben ktym" inancına sahip olduğu olumsuz bir benlik algısı geliştirir (Freud ve Strachey, 2021).

ocuk suçluluğunu telafi etmenin yollarını arayarak ebeveynlerinin sevgisini kazanmak üzere iyi bir ocuk olmak için çabalara ama ne kadar çabalasa da kötü olmaya devam ettiği, yeterince iyi olmadığı sonucuna varır. ocuk, ebeveynlerini memnun

etme ihtiyacı ve bunu başaramama duyguları arasında sürekli bocalar. Ayrıca sadece ebeveynleri tarafından değil, herkes tarafından seilmek için nevrotik bir ihtiyaç hissetmeye başlar (Freud ve ark., 2001).

Psikanalitik kurama göre, depresyonun kökenleri kayıpta ve normalde yas duygusunun bir ölçüde çözülmesine yol açacak olan doğal yas süreçlerinin engellenmesindedir. Depresif eğilimleri olan bir kişinin aile dinamikleri, yasin ya da diğer acı verici duyguların reddini içerebilir. (Westen ve Morrison, 2001). Freud, sonraki çalışmalarında depresyonun katı bir süperegodan kaynaklandığını ileri sürmüştür (May, 2001).

Transaksiyonel analiz perspektifinden bakıldığında, kötü ve diğerlerinden aşağı olma duygusu, “Ben iyi değilim, sen iyisin” yaşam pozisyonuna eşdeğerdir. Kötü, değersiz ve aşağı olma duygusu, önemli bir senaryo kararını oluşturur ve çocuk ego durumu, öfke ve incinmenin ifadesini bastırıp bloke ederek kafası karışır. Bu duygular depresif duyguların temelini oluşturur (Widdowson, 2014).

Bowlby'nin bağlanma kuramına göre, bağlanma figürleriyle kalıcı duygusal bağlar, bireyin sosyal işleyişi için önemlidir. Güvensiz bağlanma ilişkilere yönelik bir tehdit endişeye ve ayrılık sıkıntı ve kedere neden olur. Kişi bir bağlanma figüründen ayrıldığında, önemli bir sıkıntı ortaya çıkar (Watt ve Panksepp, 2009).

Tutarsız bir ebeveyn, çocukta çelişkili duygular uyandırarak, terk edilme korkusunun bağlanma figürüne olan sevgiyle ayrılmaz bir şekilde karıştığı güvensiz veya endişeli bir bağlanma stiline yol açabilir (Dean ve Keshavan, 2017). Bu çerçevede depresyon şu şekilde ortaya çıkabilmektedir: Kişi önemli bir bağlanma figürü tarafından terk edilir ve ona karşı belirgin bir öfke yaşar; ancak hem sevgi hem de öfkeyi birleştiren ambivalan bir ilişki nedeniyle kişi sevilen nesneyi öfkesinden kurtarır ve onun yerine nesneyi içselleştirir. Sevilen bağlanma figürüne yönelik bu öfke aynı zamanda suçluluk duygusu yaratır ve depresyon, yasak öfke duyguları nedeniyle kendini cezalandırma olarak ortaya çıkar (Holmes, 2013).

Depresyona ilişkin psikanalitik yaklaşım, diğer psikoterapi kuramlarının depresyonu kavramsallaştırmalarına temel oluşturmuştur. Beck geliştirdiği depresyon modelinde, psikanalitik kuramın benlik saygısının kaybı, nesne kaybı ve narsisistik

yoksunluk gibi kavramlarını kullanmıştır (Farinde, 2013). Nesne ilişkileri teorisine göre, depresyonun nedeni sağlıklı ilişkilerin temsillerini geliştirmede yaşanan sorunlardır. Depresyon, önemli nesnelere duygusal ilişkiyi sürdürmeye çalışmak için verilen mücadeleden kaynaklanır (Morrison ve ark., 2003).

Psikodinamik yaklaşımı temel alan Coyne'nin kişiler arası depresyon teorisine göre kişinin olumsuz davranışları kişiler arası ilişkilerinde reddedilmesine, bunun sonucunda da yalnızlık, değersizlik duygularına yol açar. Kişi oluşan özgüven kaybını çaresizce başkalarından talep etmeye başlar ama tekrarlanan reddedilme ve talep döngüsü depresyona neden olur (Fearey ve ark., 2021).

2.2.3.2. Davranışçı Yaklaşım

Davranışçı yaklaşım, genel olarak ruh sağlığı sorunlarının şartlı tepkiler halinde oluşturulmuş öğrenilmiş davranışlar sonucunda geliştiğini kabul etmektedir. Bireyin davranışlarını klasik koşullanma, edimsel koşullanma ve sosyal öğrenme yoluyla öğrendiğini savunan davranışçı kuramda depresyon ile davranışın ilişkisi üzerinde durulmuş ve çevresel faktörlerin önemi vurgulanmıştır (Türkçapar ve Sargın, 2012).

Davranışçı yaklaşımda, depresyon, duygusal deneyim değil, bir davranış olarak tanımlanmıştır. Depresyon gibi işlevsel olmayan davranışların da tüm davranışlar gibi öğrenildiği görüşünden hareketle davranışların öğrendiği koşullara odaklanılmıştır. Depresyonun kişinin çevresiyle etkileşiminin sonucu olduğu öne sürülmüştür (Özdel, 2015). Davranışçı yaklaşıma göre, kişinin davranışlarının sonucunda ödül ve pekiştirmenin engellenmesi depresyonun ortaya çıkmasına ve devam etmesine yol açar. Depresif davranışa verilen tepkiler, depresyon için olumlu pekiştirme işlevi görür (Carvalho ve Hopko, 2011).

Peter Lewinsohn'un teorisine göre, depresyon kişinin davranışlarına olumlu pekiştirme almamasından ve çevresel stres faktörleri ile baş edememesinden kaynaklanır ve depresif davranışlar edimsel koşullanma yoluyla öğrenilir (Ramnerö ve ark., 2016). Lewinsohn, olumlu pekiştirme eksikliğinin çevrenin yeterli

pekiştirmeyi sağlamaması ya da kişinin gerekli pekiştirmeyi almak için sosyal becerilerinin olmamasının bir sonucu olduğunu ileri sürmüştür (Dimidjian ve ark., 2011). Buna göre olumlu pekiştirme davranışların tekrar edilmesini sağlarken, olumsuz pekiştirme kişide depresyon semptomları oluşturur ve depresif kişilerin stres faktörleriyle başa çıkma becerileri zayıftır. Dolayısıyla bu kişiler daha az olumsuz pekiştirme almak için sosyal olarak geri çekilirler. Öte yandan kişinin sergilediği depresif semptomların çevresindekiler tarafından destek sağlamak amaçlı olarak pekiştirilmesi, depresyonun olumlu pekiştirilmesini sağlayarak sürmesine neden olur (Carvalho ve ark., 2011).

Davranışçı yaklaşımın depresyon teorisi, günümüzde depresyonun tedavisinde önemli bir yöntem olarak kullanılan ve depresyondaki kişinin, semptomlarının sürmesinde ve artmasında rol oynayan kaçınma ve izolasyon davranışlarının değiştirilmesini amaçlayan davranışsal aktivasyon tekniğinin geliştirilmesine temel oluşturmuştur (Güven ve Gökçe, 2018).

2.2.3.3. Bilişsel Yaklaşım

Bilişsel yaklaşım, psikolojik sorunların bileşenlerini bilişler, duygular, davranışlar ve fiziksel yönler olmak üzere dört alanda inceler. Bu bileşenler birbirleriyle etkileşimli olarak düşük enerji, zayıf konsantrasyon ve uykusuzluk gibi kişinin biyolojisini etkileyen suçluluk, utanç ve üzüntü gibi duygulara yol açar. Bunun sonucunda da davranış değişiklikleri ortaya çıkar (Mulhern, 2010).

Beck, depresyonu kişinin olumsuz düşünce ve şemalarının oluşturduğu zihinsel yatkınlıkla ilişkilendirmiştir. Beck'e göre depresyonun kaynağında, kayıp, başarısızlık, reddedilme, değersizlik ve yetersizlik inançlarını içeren, kişinin kendisi, dünya ve gelecek hakkında işlevsiz ve karamsar düşüncelere yol açan şemalar bulunur (Beck, 2002 ve 2008).

Beck'in depresyon teorisi, depresyona yatkınlık yaratan faktörlerin, depresyonu tetikleyici ve sürdürücü faktörlerin incelenmesini içerir (Kessler ve ark., 2003). Olayları olumsuz ve kötümser olarak algılama eğilimi ile bağlantılı olarak

bireyin kendisi, diğlerleri ve dünya hakkında esnek olmayan ve kalıcı temel inançlar dizisi olan şemaları oluşur (Beck ve Bredemeier, 2016). Bilişsel yaklaşım, şemaların kökenlerinin çocuklukta olduğunu ve olumsuz önyargılı bir şemanın bireyi depresyona yatkın hale getirdiğini ileri sürer. Bu olumsuz faktörler, kişide bilişsel savunmasızlık gelişmesine yol açar ve stres faktörlerine tepki olarak depresyon geliştirme riskini artırır (LeMoult ve Gotlib, 2019).

Beck, depresyondan sorumlu olduğunu düşündüğü ve "negatif bilişsel üçlü" olarak adlandırdığı bir hipotez ileri sürmüştür. Negatif bilişsel üçlü, kişinin (1) kendine (2) çevresine ve yaşamına, (3) geleceğine ilişkin olumsuz düşünceleridir ve bunların kaynağında olumsuz benlik şemaları, olumsuz otomatik düşünceler ve hatalı bilgi işleme vardır. Olumsuz otomatik düşünme, benlik, dünya ve gelecek hakkındaki aşırı eleştiri, çaresizlik ve umutsuzluk içeren düşüncelerin tekrarlarıdır. Olumsuz benlik şemaları, kişinin kendi hakkındaki olumsuz bakış inançları, kendini kusurlu, yetersiz ve çaresiz hissetmesidir. Mantıktaki hatalar, aksi kanıtlar olduğu halde kişinin olumsuz düşüncelerinin geçerliliğine inanmasıdır (Alloy ve ark., 2006)

Negatif bilişsel üçlü, depresyon semptomları olan hayattan zevk almama, değersizlik, çaresizlik, umutsuzluk ve suçluluk gibi duyguların yanı sıra sosyal izolasyon, eylemsizlik, uykusuzluk ve iştahsızlık gibi davranışsal tepkilerin oluşmasının kaynağıdır (Beck, 2002 ve 2008).

Beck, depresyona eğilimli bireylerin çocukluk dönemindeki travmalara bağlı olumsuz bir benlik şeması geliştirdiğini ve düşüncelerinde mantıksal hatalar yapmaya yatkın hale geldiklerini ileri sürmüştür (Kircanski ve ark., 2012). Bu mantıksız düşünce kalıpları; keyfi çıkarım (olumsuz sonuca varmak), seçici soyutlama (durumun en kötü yönlerine odaklanmak), abartma ve değersizleştirme, kişiselleştirme (olumsuz olayları kendi hatası olarak görme), her şeyi siyah ya da beyaz olarak görme şeklindedir ve kişide büyük kaygı ve depresyona neden olabilir (Clark ve Guyitt, 2015).

Bernstein, otomatik düşüncelerin ve olayları yorumlama şekillerinin oluşturduğu olumsuz zihinsel çerçevenin depresyona yol açtığını ileri sürmüştür (Krogh ve ark., 2014). Depresyon, olaylara kötümser ve özeleştiril bir şekilde olumsuz bakma ve bir durumun olumsuz yönlerine aşırı odaklanma veya yalnızca olumsuz, hoş

olmayan anıları seçerek hatırlama eğilimine yol açar. Ancak nedensel olarak kabul edilen olayın kendisi değil, bireyin o olayı nasıl algıladığı ve anlamlandığıdır (Scher ve ark., 2004).

Martin Seligman, depresyonun bilişsel açıklamasını öğrenilmiş çaresizlik kavramı ile yapmıştır. Buna göre depresyon, kişinin olumsuz olaylardan kaçınma çabalarının hiçbir fark yaratmadığına dair inancıyla ilişkilidir. Öğrenilmiş çaresizlik kişinin, yaşadıkları üzerinde hiçbir kontrolünün olmadığına olan güçlü inancıyla herhangi bir eylem içine girmemesidir. Sonuç olarak, kişi pasif hale gelir ve kaçmanın mümkün olduğu durumlarda bile olumsuz uyarılara veya ortamlara katlanır (Trindade ve ark., 2020).

2.2.3.4. Hümanist Yaklaşım

Hümanist yaklaşıma göre, depresyon kişinin tam potansiyeline ulaşma ve kendi kaderini tayin etme becerisindeki bir eksikliktir. İnsanın kendine özgü temel ihtiyaçlarının olduğu ileri sürer. Maslow'a göre bunlardan en önemlisi kendini gerçekleştirme ihtiyacıdır. Kendini gerçekleştiren insan anlamlı bir yaşama sahiptir. Bu ihtiyacı karşılama çabasını engelleyen her şey depresyona neden olabilir. Ebeveynler çocuklarına değerli olma koşulları dayatırlar, yani onları olduğu gibi kabul etmek ve koşulsuz sevgi vermek yerine, çocuklarına verecekleri sevgiyi onların iyi ve doğru davranması şartına bağlarlar. Örneğin, çocuk okulda başarılı olmadığı için suçlandığında olumsuz benlik imgesi geliştirebilir ve ebeveyn tarafından beklenen standartları karşılayamadığı için depresif hissedebilir (Churchill ve ark., 2010). Dolayısıyla çocuk beklenen ve istenen şekilde davranmak için sahte bir benlik geliştirebilir. Ancak çocuğun gerçek benliğinin bu sahte benlikten farklı olması, kendi benliğinden nefret etmesine neden olur ve kendini hor görmeye başlar. Yetişkinlikte de kendini gerçekleştirme, mutsuz ilişkiler ve tatmin etmeyen işler tarafından engellenebilir (Shinohara ve ark., 2013).

Varoluşçu yaklaşım insanın varoluşunu her bireyin öznel olarak deneyimlediği şekilde değerlendirir ve temel insan kaygılarını anlamayı amaçlar. Varoluşçu yaklaşıma göre depresyon, varoluş kaygılarının farkındalığıyla ortaya çıkar.

Varoluşsal kaygılar beş ana başlıkta sınıflandırılır: ölüm, izolasyon, kimlik, özgürlük ve anlam. Depresyonda kişi bu kaygılarla hayatının anlamsız olduğunu hisseder ve bunun sorumlusunun kendisi olduğu gerçeğinin farkına varır. (Kretschmer ve Storm, 2018).

2.2.3.5. Biyolojik Yaklaşım

Biyolojik yaklaşıma göre, genlerin işlevi üzerinde kalıcı bir etkiye sahip olabilen olumsuz çocukluk deneyimleri başta olmak üzere belirli çevresel koşullar altında risk oluşturan genler depresyonun nedenlerinden biridir. Ayrıca ailede depresyon öyküsünün olması, depresyon riskini artıran önemli bir faktördür (Beijers ve ark., 2019).

Çocukluktaki şiddetli veya sürekli stres, beyin gelişimini etkileyerek bilişsel işleyişi ve duyu düzenleme mekanizmasını bozabilir; uzun süreli ve yoğun strese maruz kalma sonucunda, beynin nöroplastisite adı verilen yeni sinir bağlantıları oluşturma süreci bozulur. Bozulma sonucunda nörotransmitterlerin, özellikle de serotonin, norepinefrin ve dopamin dengesindeki değişiklikler, depresyonun başlamasında, ilerlemesinde ve semptomların ortaya çıkmasında rol oynar (Çetin ve Varma, 2021). Nöroplastisite, beyin yeni veya zorlu koşullara uyum sağlamasından ve problem çözme becerisinden sorumludur. Nöroplastisitede bozulma ile karakterize olan depresyon, kişiyi tekrarlayan olumsuz düşünceler içinde bırakarak zorlu koşullarda işlevsiz hale getirir (Pariante ve Miller, 2001).

Depresyonda beyindeki amigdalanın aşırı aktivasyonu, amigdaladan gelen duygusal sinyalleri düzenleyen prefrontal kortekste aktivitenin azalmasına neden olarak bilişsel bulanıklık ve karar vermede zorluklar oluşturur (Çetin ve Varma, 2021). Depresyonun semptomlarından biri olan uyku bozuklukları ruh hali değişikliklerine yol açar. Uykusuzluk, beyindeki birçok nörokimyasalın salgılanmasını ve aktivitesini değiştirerek biyolojik işlevlerinin doğal ritmini düzenleyen vücudun sirkadiyen sistemini bozar. Biyolojik ritmin bozulması ruh halini doğrudan olumsuz etkiler. Oluşumunda ve gelişiminde genetik, yaşam deneyimi, mizaç, kişilik özellikleri, bilişsel yapı ve sosyal destek gibi birçok faktörün rol oynadığı depresyonun tedavisinde kullanılan antidepresanlar sirkadyen dengeyi sağlamaya yardımcı olmayı amaçlar (Barros ve ark., 2002).

Birçok zihinsel süreçte önemli bir işlevi olan serotonin salgılanması ve aktivitesi vücudun strese tepki olarak salgıladığı kortizol hormonundan etkilenir. Kortizolün artması hipokampus üzerindeki etkileri yoluyla, öğrenme ve hafızayı olumsuz etkileyebilir, ayrıca iştah değişikliklerine yol açar (Leonard, 2001). Depresyonun en belirgin semptomlarından olan yaşamdan zevk alamama dopamin düzeyindeki değişikliklerle ilişkilidir. Depresyon tedavi edilmediğinde nörodejenerasyona yol açan ilerleyici bir duruma gelebilmektedir (Shinohara ve ark., 2013).

2.3. Anksiyete Bozuklukları

Çocukları kanser tedavisi gören ebeveynler için hastalığın ölüm ya da nüksetme olası hastalık sonuçlarına ilişkin belirsizlik hem akut hem de devam eden korku ve kaygı yaratmaktadır. Uzun vadede korku ve kaygının kronikleşmesi anksiyete bozukluklarının gelişmesine yol açabilmektedir (Kearney ve ark., 2015).

Anksiyete, korku ve kaygıyı içeren karmaşık bir duygu kombinasyonunu ifade eder. Anksiyete, belirsiz bir tehdit beklentisi içerdiğinden, çocuklarında yaşamı tehdit eden kanser teşhisiyle karşılaşan ebeveynlerin deneyimlerinde açık bir rol oynar. Anksiyete sıklıkla kanser teşhisinin konduğu aşamada ortaya çıkar ve normal koşullarda zamanla azalır (Köse ve ark., 2019).

Araştırmalar, yeni teşhis konulan veya aktif kanser tedavisi gören çocukların ebeveynlerinin kaygı seviyelerinin, remisyondaki veya kanserin nüksettiği çocukların ebeveynlerinkinden daha yüksek olduğunu göstermiştir. Kaygının kaynağının kanser tedavisi uygulamalarının çocukta acı ve ağrıya neden olması, çocuğun üzülmeye ve korkmasına yol açmasının yarattığı stres ve çocuğun ölme olasılığından kaynaklanan korku olduğu bildirilmiştir (Yıldırım ve ark., 2014; Pitman ve ark., 2018; Cuğ, 2021). Bu süreçte ebeveynlerin stres ve korku ile başa çıkamamalarının bağımsızlıklarının düşmesi, halsizlik, yorgunluk, iştah ve uyku sorunları, hazımsızlık, çeşitli ağrılar gibi semptomları da beraberinde getirdiği görülmüştür. Bunlara maddi sorunlar, sosyal destek eksikliği ve artan bakım yükü gibi faktörlerin de eklenmesinin ebeveynlerde

anksiyete düzeyini artırdığı saptanmıştır (Tuna ve ark., 2012; Türköz ve Yıldırım, 2019).

2.3.1. Anksiyete Bozukluklarının Nedenleri

Anksiyete günlük dilde kaygı veya bunaltı olarak bilinir. En sık karşılaşılan ruhsal sorunlardan olan ve genellikle yetişkinlik öncesinde başlayan anksiyete bozuklukları, kaygı, korku ve tehlikeye tepki veren beyin devrelerindeki işlev bozukluğunun sonucunda ortaya çıkmaktadır (Penninx ve ark. 2021). Anksiyete, algılanan tehditlere tepki olarak ortaya çıkan olumsuz bir duygudur. Tehdit ile karşı karşıya kalındığında sonuçları tahmin etme veya kontrol etme konusunda algılanan yetersizlik ile karakterizedir (Karamustafalıoğlu ve Yumrukçal, 2011).

Literatürde kaygı ve korku arasında net bir ayrım yapıldığı görülmektedir. Bu ayrıma göre, belirli bir tehdide verilen tepki olan korkunun bir nesnesi varken, huzursuzluk ve kötü bir şey olacağına ilişkin bir duygu olan kaygı içseldir ve bir nesnesi yoktur (Iacovou, 2011). Anksiyete, korku uyandıran bir deneyim gibi doğrudan bir çevresel uyaran olmadan yaşanan kronik kaygı, korku ve gerilim ile karakterizedir (Rhoads ve Murphy, 2015). Anksiyete, tehditlerden koruyan başa çıkma tepkilerini tetiklediğinde uyarlanabilir olabilir. Bununla birlikte, kaygı devam ettiğinde veya bireylerin artık günlük yaşamda etkili bir şekilde işlev göremeyecekleri ölçüde arttığında uyumsuz hale gelir (Pinquart, 2019). Algılanan tehditlerle ilgili kaygı, çoğu insanın yaşadığı doğal bir insan tepkisi olsa da, bu tür düşünceler bireyin günlük yaşamını olumsuz etkilemeye başlarsa, kaygı bozukluğunun bir işareti olabilir (Baxter ve ark., 2014).

En sık görülen türü yaygın anksiyete bozukluğu olan anksiyete bozukluklarının diğer türleri panik bozukluk, sosyal anksiyete bozukluğu, obsesif-kompulsif bozukluk, travma sonrası stres bozukluğu, beden dismorfik bozukluğu ve fobilerdir (Alladin, 2015). Tüm anksiyete bozuklukları günlük işlevsellikte önemli ölçüde bozulmaya neden olur (Craske ve Stein, 2016).

Anksiyete bozukluklarına, çocukluk döneminde yaşanan stresli ve travmatik olaylar ve genetik faktörlerden oluşan kombinasyonlar kaynaklık etmektedir (Thibaut, 2017). Duygusal, fiziksel ya da cinsel istismar, şiddet görme, sevilen bir kişinin kaybı gibi olumsuz koşullar anksiyete bozuklukları için önemli risk faktörleridir (Smoller, 2016). Fiziksel sağlık sorunları da anksiyete bozukluklarına neden olabilmektedir (Eisner ve ark., 2010).

Anksiyete bozukluklarının gelişimi, genetik, biyolojik, gelişimsel ve sosyo-ekonomik ve diğer yaşam stresleri gibi pek çok faktörlerin karmaşık etkileşiminden kaynaklanmaktadır (Tuma ve Maser, 2019). Anksiyete bozukluğu olan yetişkinlerin çocukları, genel popülasyona göre çok daha fazla anksiyete bozukluğu riski altındadır (Bandelow ve Michaelis, 2015).

Anksiyete bozukluklarının gelişiminde biyolojik, bilişsel, davranışsal ve sosyal risk faktörlerinden bazıları normal gelişim süreçlerinin (ör. biyolojik olgunlaşma) parçası olabilir veya atipik deneyimler (ör. travmatik olay) olabilir (Karamustafalıoğlu ve Yumrukçal, 2011). Anksiyete ve fobik bozuklukların semptomlarının, duygu düzensizliği, sıkıntı ve bozulmaya neden olan biyolojik hassasiyetler (örn. genetik, nöral) ve çevresel risk faktörlerinden (örn. ebeveynlik, travmaya maruz kalma) kaynaklanabilir (Bandelow, 2017). Akranlar tarafından dışlanma veya alay edilme gibi spesifik deneyimler, sosyal kaygı gelişimini destekleyebilir; bir köpekle korkutucu bir deneyim, hayvan fobisine neden olabilir ve kesintisiz fizyolojik uyarılma gibi biyolojik savunmasızlık panik bozukluğuna yol açabilir (Wiedemann, 2015).

2.3.2. Anksiyete Bozukluklarının Semptomları ve Tanısı

Anksiyete bozuklukları genellikle, dakikalar içinde doruk noktasına ulaşan panik ataklar, ani ve yoğun kaygı ve korku ile karakterizedir (Thibaut, 2017). Kontrol edilmesi zor, gerçeğe orantısız ve uzun süreli olan anksiyete semptomları kişinin günlük yaşamını engelleyecek ölçüde olumsuz etkiler. Anksiyete bozuklukları çocukluk veya gençlik yıllarında başlayabilir ve yetişkinliğe kadar devam edebilir (Bandelow ve ark., 2017).

Anksiyete bozukluğunun en yaygın belirtileri; baş dönmesi, yorgunluk, çarpıntı, kas ağrıları ve gerginlik, titreme, ağız kuruluğu, aşırı terleme, nefes darlığı ya da hızlı nefes alma, karın ağrısı, mide bulantısı, baş ağrısı, uykusuzluk, huzursuzluk, korku duygusu, konsantrasyon güçlüğü, sinirlilik, sürekli gergin hissetme, belirli durumlardan kaçınma, sıkıntı, heyecan, her an kötü bir şey olacağı hissi ve sosyal izolasyondur (Bystritsky ve ark., 2013).

Yaygın anksiyete bozukluğunun tanı kriterleri DSM-5'te aşağıdaki gibi belirtilmiştir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014):

A. En az altı aylık bir sürenin çoğu gününde, birtakım olaylar ya da etkinliklerle (işte ya da okulda başarı gösterebilme gibi) ilgili olarak, aşırı bir kaygı ve kuruntu (kaygılı beklenti) vardır.

B. Kişi, kuruntularını denetim altına almakta güçlük çeker.

C. Bu kaygı ve kuruntuya, aşağıdaki altı belirtiden üçü (ya da daha çoğu) eşlik eder (en azından kimi belirtiler son altı ayın çoğu gününde bulunmuştur):

1. Dinginleşememe (huzursuzluk) ya da gergin ya da sürekli diken üzerinde olma.

2. Kolay yorulma.

3. Odaklanmakta güçlük çekme ya da zihnin boşalması.

4. Kolay kızma.

5. Kas gerginliği.

6. Uyku bozukluğu (uykuya dalmakta ya da uykuyu sürdürmekte güçlük çekme ya da dinlendirmeyen, doyurucu olmayan bir uyku uyuma).

D. Kaygı, kuruntu ya da bedensel belirtiler, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.

E. Bu bozukluk, bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç) ya da başka bir sağlık durumunun (örn. hipertiroidi) fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

2.3.3. Anksiyete Bozukluklarını Açıklayan Yaklaşımlar

2.3.3.1. Psikanalitik Yaklaşım

Bilinçdışının insan davranış üzerindeki etkisini id, ego ve süperegoda oluşan topografik modele göre açıklayarak psikanalitik yaklaşımı geliştiren Freud'a göre id insanın dürtülerini karşılamaya çalışırken, süperegoda onu dizginlemeye çalışır. Ego ise id ile süperegoda arasında bir denge oluşturma çabası içindedir ve bunu başaramadığında anksiyete ortaya çıkar (Iacovou, 2011).

Freud, "anksiyete nevruzu" terimini kullanarak anksiyeteye ilişkin iki yaklaşım geliştirmiştir. İlk yaklaşımında, anksiyeteyi dürtülerin etkisiyle libidonun artmasına bağlı olarak cinsel gerilimdeki artış ile ilişkilendirmiş ve libidoda bastırma yoluyla gerçekleşen dönüşüm olarak görmüştür. Freud'a göre, kişinin bazı içgüdüsel (cinsel güdümlü) eylemlerini gerçekleştirme bastırma yoluyla engellenirse içsel duygusal çatışmanın semptomatik ifadesi olarak kaygı ortaya çıkar. İkinci yaklaşımında Freud, anksiyeteyi bastırma görüşünü tersine çevirerek bastırmanın, kaygı deneyimi nedeniyle ortaya çıktığını ileri sürmüştür (Özakkaş, 2014). Freud'a göre kaygı gerçekten mevcut ya da potansiyel olarak bulunan bir tehlikeye ilişkin egoda gelen bir işarettir. Diğer bir ifadeyle, anksiyete bastırılmış bilinçdışı dürtü ve duyguların bilince çıkmak üzere egoya yaptığı baskıdır. Bu baskının giderek artması nevroz, histeri ve fobilere neden olur (Spielberger, 2019).

Psikanalitik yaklaşımda anksiyetenin oluşumu psikoseksüel gelişim evrelerinde ortaya çıkan ayrılık anksiyetesi, kastrasyon anksiyetesi ve süperegoda anksiyetesi ile kavramsallaştırılmıştır. Ayrılık anksiyetesi bebeklik evresinde sevgi nesnesi olan annenin uzaklaşması ile oluşan annenin kaybedilmesinin yarattığı korkudan kaynaklanır. Kastrasyon anksiyetesi ödipal dönemde cezalandırılma

korkusundan kaynaklanırken, süperego anksiyetesi ödipalden sonra ortaya çıkan süperego baskısından kaynaklanır (Özakkaş, 2014).

Otto Rank, anksiyetenin doğum travması ile ilişkili olduğunu öne sürerken, Sullivan anksiyetenin aralarındaki ilişki aracılığıyla anneden çocuğa aktarıldığını savunmuştur (Blass, 2014). Psikanalitik bağlamda kaygı, tehdit edici bir ortamla baş etmenin önemli bir yönüdür ve aynı zamanda nevrotik davranışın gelişimi için de gereklidir. Sullivan gibi psikanalistler, kaygı ile sosyal çevrenin ilişkisini vurgulamışlardır. Sullivan, kaygıyı intrapsişik bir fenomenden ziyade sosyal, kişiler arası bir fenomen olarak görmüştür. Ancak Bowlby gibi teorisyenler, kaygının annenin çocuğun yanında olmadığı zamanki duygularına dayandığını ileri sürerek, anne ile ilişkinin önemini vurgulamışlardır (Thibaut, 2017).

2.3.3.2. Davranışçı Yaklaşım

Anksiyete bozukluklarının davranışsal kavramsallaştırmaları, Pavlov ve Watson'ın çalışmalarına dayalı olarak korku edinimi için yanıtlayıcı (klasik koşullanma), dolaylı (sosyal modelleme) ve edimsel koşullanma mekanizmaları üzerinden yapılmıştır. Davranışçı yaklaşıma göre kaygı, semptomatik davranışlar sonucu ortaya çıkar. Uyarıların travmatik olaylarla (örneğin, köpek çocuğu ısırır ve çocuk köpeklerden korkar) doğrudan eşleştirilmesini içeren klasik koşullanma açıklamalarının sınırlamaları, teorisyenleri kaygı ve fobik bozukluklara giden çoklu öğrenme yolları önermeye sevk etmiştir (Bouton ve ark., 2001). Buna göre kaygı insanın zararlı uyarılardan kaçınmayı öğrenmesidir. Koşullu bir uyarının koşulsuz bir uyarı ile eşleştiği birkaç eşleştirmeden sonra koşullu bir tepki ortaya çıkar. Koşullu tepki korku ya da endişedir ve klasik koşullanma sürecinde ortaya çıkan ikincil ya da edinilmiş dürtüler olarak görülürler. Korku ya da kaygı bir kez yerleştikten sonra ikincil bir dürtü işlevi görebilir ve dürtü azaltma yoluyla yeni davranışlar oluşturabilir (Pekrun, 2019).

Psikanalitik teori ile benzerlikler taşıyan öğrenme teorileri, nevrotik çatışmaların çocuklukta meydana geldiğini ve bu nedenle, bastırmanın nasıl meydana geldiğini söylemeseler de, kaygının daha sonraki yaşamda gelişmesine zemin

hazırladığını ileri sürmüşlerdir. Özetle, davranışçı bakış açısına göre kaygı öğrenilir, nötr uyarılara bağlanabilir, motive edebilir ve pekiştirebilir; bir kez öğrenildiğinde uyumsuz davranışları motive eder (Cheng ve ark., 2018)

Eysenck'in anksiyete yaklaşımı, daha temel kişilik teorisine dayanmaktadır. Nevrotik birey kaygı uyandıran uyarılara karşı özellikle duyarlıdır ve bu duyarlılık otonom sinir sistemi ile ilişkilidir. Bu açıdan kaygıya yatkınlık kalıtsaldır ama aynı zamanda da kaygı öğrenilebilir. Travmatik olaylar koşulsuz korkuya yol açar, ancak daha sonra koşullanabilir ve orijinal uyumsuz kaygı tepkilerini üreten yeni uyarılarla eşleşebilir. Bu anlamda kaygı, koşullu korkudur (Craske ve Stein 2016). Eysenck'e göre anksiyete sürecinde olası bir aşama daha vardır. Kişi kaygıyı miras alır ya da sosyal öğrenme yoluyla öğrenir (Derakshan ve ark., 2009).

Literatürdeki çalışmalar, travmatik olaylara maruz kalmanın, özellikle travma sonrası stres bozukluğu olmak üzere anksiyete bozuklukları riskinin artmasıyla ilişkili olduğunu öne sürmüştür (Bystritsky ve ark., 2013; Smoller, 2016). Çocukluk döneminde travmatik olarak kapsamlı bir şekilde araştırılan olaylar arasında çocuk istismarı, şiddete maruz kalma deneyimleri yer almaktadır. Anksiyete gözlemsel öğrenme veya modelleme yoluyla dolaylı olarak da edinilebilir. Bu yolla çocuklar, ebeveynler, bakıcılar, kardeşler veya arkadaşlar gibi çevrelerindeki kişilerin eylemlerini gözlemleyerek korkuları edinebilirler (Bouton ve ark., 2001).

Davranışçı yaklaşıma göre, bilginin sözlü olarak iletilmesi de anksiyeteye yol açabilmektedir. Bu mekanizma sayesinde çocuklar, ebeveynleri, bakıcıları, kardeşleri veya arkadaşları ile korkulan şeyler hakkında konuşarak korkuları edinebilirler (Vasey ve Dadds, 2001). Diğer bir yol da olumsuz pekiştirme yoluyla anksiyetenin gelişmesidir. Çocuk normatif kaygı ve korku tepkileriyle baş etmeyi kaygıdan veya korku uyandıran uyarılardan kaçınarak öğrenirse, o zaman normal kaygı tepkilerinin yüksek seviyelerde çıkabilir. Uyarandan kaçınma, kaygının azalmasıyla olumsuz olarak pekiştirilebilir. Ayrıca, kaçınma davranışlarının onaylanması yoluyla ebeveynler tarafından olumlu bir şekilde pekiştirilebilir. Korkulan uyarılara maruz kalma gerçekleşmez ama kaygı ve kaçınma tepkileri devam eder (Craske ve ark., 2009).

2.3.3.3. Bilişsel Yaklaşım

Öğrenme teorisine bilişsel yönlerin dahil edilmesiyle davranışsal, bilişsel, duygusal ve fizyolojik tepkiler arasında güçlü bağlara sahip üç sistemli bir kaygı modeli geliştirilmiştir (Deacon ve Abramowitz, 2004). Bilişsel kaygı modeli, kaygının tehlike değerlendirmeleriyle ilişkili olduğunu öne sürer. Kaygılı kişiler, tehlike ve algılanan başa çıkma yetersizlikleri ile meşgul olurlar. Tehlike tehdidi, genellikle erken deneyimlerden ve olumsuz otomatik düşüncelerden geliştirilen kaygı şemalarını tetikler. Kaygı şemaları ve tehlike hakkındaki olumsuz düşüncelerle karakterize edilen değerlendirmeler etkinleştirildiğinde, anksiyetenin karakteristik duyguları, fiziksel ve davranışsal semptomları ortaya çıkar (Taylor ve ark., 2004).

Bilişsel yaklaşıma göre genel olarak, kaygılı bireyler, durumları tehdit edici olarak tanımlayan bilişsel şemalara sahiptir (Bar-Haim, 2007). Kaygılı bireyler buna bağlı olarak bir dizi bilgi işleme yanlılığı sergiler. Tehditle ilgili uyarılara dikkat etme, belirsiz uyarılardan tehdit oluşturma ve tehditle ilgili bilgileri hatırlama olasılıkları daha yüksektir. Kaygılı bireyler aynı zamanda tehdit edici durumlarla başa çıkma becerileri konusunda kendilerinden şüphe duyarlar ve yeteneklerine güven duymazlar (Field ve ark., 2011).

Bilişsel yaklaşıma göre, bilişsel ve bilgi işleme modelleri, kodlama, yorumlama ve hatırlama gibi çeşitli bilişsel süreçler kaygı bozukluklarının etiolojisine ve sürdürülmesine katkıda bulunabilmektedir (Field ve ark., 2011). Kaygılı kişiler olumsuz önyargılar, kaygının artmasına ve sürmesine neden olan olumsuz düşünce ve inançlara sahiptir (Vasey ve Dadds, 2001). Önyargılar bilişsel çalışma modelleri veya bilişsel şemalarla içselleştirilerek pekiştirilir (Saavedra ve ark., 2010).

Bilişsel yaklaşım, anksiyete ile seçici dikkat arasında bir ilişki olduğunu ileri sürer. Seçici dikkat, dikkati bir uyarın kategorisine (örneğin, tehdit edici uyarınlar) odaklanmayı içerir ve bu tür uyarınlar, diğer uyarın kategorileriyle (örneğin, nötr veya diğer tehdit edici olmayan uyarınlar) bir bağlama yerleştirilir. Potansiyel olarak tehdit edici uyarınlara dikkat etme ve bunları işleme eğilimi kaygıyı artırır (Alfano ve ark., 2002). Anksiyetenin duygusal, bilişsel ve fizyolojik bileşenleri, bilişsel önyargıların, fizyolojik tepkiyi ortaya çıkaran olumsuz duyguları şiddetlendirerek etkilerini

artırabilmektedir. Olumsuz bilişsel önyargıların fizyolojik tepkilerle etkileşimi anksiyete bozukluklarını karakterize eden olumsuz duygusal durumlar üretir (Weems ve Pina, 2010).

2.3.3.4. Sosyal ve Kişiler Arası Yaklaşım

Kişiler arası ve sosyal yaklaşımlar, ebeveyn psikopatolojisi, travmaya ya da şiddete maruz kalma gibi faktörlerin anksiyete bozukluklarına karşı savunmasızlığı şiddetlendirebileceğini ileri sürer (Westenberg ve ark., 2007). Bağlanma teorisine göre, güvensiz bağlanan çocuklarda, ebeveynlerinden ayrıldıklarında ayrılma anksiyetesi ortaya çıkabilir. Aşırı kontrolcü ve müdahaleci türde ebeveynlik de kaygıyı oluşturan faktörlerden biridir (Silverman ve ark., 2009). Ayrıca sosyal-kişiler arası modeller, ebeveynlerin kaygılı davranışlarının çocuklar tarafından öğrenildiğini vurgular Sullivan'a göre ise, sosyal deneyimler ve kişilerarası ilişkilerde davranışın amacı, kişiler arası etkileşimlerle kaygıdan kaçınmak ya da kaygıyı azaltmaktır (Creswell & O'Connor, 2006; Creswell, O'Connor, & Brewin, 2006).

Kişiler arası yaklaşım, üç tür benlik olduğunu ileri sürmüştür. Bunlar; sosyal değerlendirmeye dayalı "iyi ben, kötü ben" ve benliğin bilinmeyen, bastırılmış bileşenini olarak "ben değil"dir. Sullivan ayrıca kaygıyı, benlik ile açıklarken, kişiler arası ilişkilerde önemli kişiler tarafından reddedilme korkusundan kaynaklanan yıkıcı güç olarak değerlendirir. Sullivan, anksiyetenin hatalı sosyal etkileşimlerin bir sonucu olarak geliştiğini ileri sürmüştür (Ellman, 2020).

2.3.3.5. Varoluşçu Yaklaşım

Varoluşçu yaklaşıma göre anksiyetenin oluşumu herhangi bir uyarana ve nesnel tehditlere bağlı değildir, doğrudan yaşamın kendisi ve varoluşla ilgilidir. Anksiyete insanın varoluşsal kaygıları ve ölümün kaçınılmaz oluşu nedeniyle hissettiği çaresizlikten kaynaklanır. Varoluşsal anksiyete yaşamın boşluğuna ve anlamsızlığına karşı verilen bir tepki olarak gelişir. Dolayısıyla anksiyete insanın varoluşun kaçınılmaz bir parçasıdır (Iacovou, 2011).

Varoluşçu yaklaşıma göre anksiyete, psikanalitik yaklaşımın ileri sürdüğü gibi bireyin bastırılmış dürtülerinden değil, varoluşunun ve yaşamının anlamının yarattığı kaygıdan kaynaklanır (Yalom, 2008). Yalom'a göre varoluşsal kaygı, bireyin kaygı, ölüm, özgürlük, tecrit ve anlamsızlık olgularıyla yüzleşmesinin sonucunda ortaya çıkar. İnsan kendi özgür seçimlerini yapma sorumluluğu ve seçimlerinin sonuçlarının belirsizliği ve yaşamak isterken korkunç bir gerçek olan ölüm karşısında kaygı yaşar (Yalom, 2011).

Yaşamın bir anda sona ereceği ve dünyanın her an yaşamına tehdit oluşturacak güvensiz bir yer olduğu gerçeği varoluşsal kaygının en temel nedenidir ve buna anlamsızlık, yalnızlık ve yanlış yaşam seçimleri yapma korkusu da eklenir. Varoluş kaygısı yaşamın özündedir ve insan onunla nasıl baş edeceğini öğrenmek ve onu sahiplenilmek zorundadır. Bu yaklaşıma göre, anksiyete ölüm, yalnızlık ve anlamsızlık gibi varoluşsal tehditlerin yol açtığı kaygıyı bastırma ve ondan kaçma çabasıdır (Van Bruggen ve ark., 2017)

2.4. Travma Sonrası Stres Bozukluğu

Çocuğunun yaşamı tehdit eden bir hastalığı olduğunu öğrenmek, ebeveynler için travmatik bir olaydır. Bu travmaya verilen reaksiyonlar, travma sonrası stres bozukluğuna (TSSB) dönüşebilir ve ebeveynlerin bilişsel süreçlerine, diğer işlevlerine müdahale ederek çocuklarının tedavisi hakkında önemli karar verme süreçlerine katılma ve aile üyelerine duygusal destek sağlama yeteneklerini potansiyel olarak engelleyebilir (Carlsson ve ark., 2019). DSM-V'te, kişinin çocuğunun yaşamını tehdit eden bir hastalığa yakalanmasının TSSB için potansiyel bir risk faktörü olduğu bildirilmiştir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014). Kişinin çocuğunun kanser olması kendisinin kanser olmasından daha travmatik bir durum olarak olabilmektedir (Bruce, 2006: 237). (Fletcher, 2010). Ebeveynlerin çocuklarının kanser olduğunu öğrenmeleriyle birlikte başlayan süreçte rol oynayan sayısız faktör, TSSB'ye katkıda bulunmakta ve ebeveynlerin hem kendilerine hem de çocuklarına bakma becerisini azaltmakta, çoğu zaman engellemektedir (Masa'Deh ve ark., 2013).

Literatürde kanser olan çocukların ebeveynleriyle ilgili araştırmalar incelendiğinde, ebeveynlerin büyük çoğunluğunda TSSB'ye rastlandığı görülmektedir

(Jurbergs ve ark., 2009; Moğulkoç, 2014; Hoven ve ark., 2016; Masa'deh ve Jarrah, 2017; Carlsson ve ark., 2019; Cuğ, 2021; Önal, 2022).

2.4.1. Travma Sonrası Stres Bozukluğunun Nedenleri

Post travmatik stres bozukluğu olarak da adlandırılan travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), genellikle fiziksel zarar tehdidi içeren bir olaydan sonra, olay sırasında deneyimlenen dehşet, şok, korku ve çaresizlik gibi baş edilememiş olan duyguların tekrar yaşanması ve travmatik olayla ilişkili uyaranlardan kaçınma ile karakterize olan, kişinin tepkisizlik veya aşırı uyarılma halinde olduğu bir ruhsal bozukluktur (Karamustafalıoğlu ve Yumrukçal, 2011).

Travmatik olay, kişinin kendisine yönelik olabileceği gibi, sevilen birinin başına gelmiş olabilir veya kişi tanımadığı kişilerin başına gelen bir olaya tanık olmuş olabilir. TSSB ilk olarak savaş gazilerinin gösterdikleri semptomlar ile tanımlanmıştır, ancak terör saldırısı, gasp, tecavüz, işkence, kaçırılma, esir tutulma, çocuk istismarı, araba, tren kazaları, uçak kazaları ve doğal felaketler gibi çeşitli travmatik olaylar da TSBB'ye yol açabilmektedir (Jurbergs, 2009).

Travmatik deneyimler normal koşullarda patolojik bir tepki gelişmeden tolere edilebilmektedir Travmatik olayla birlikte ortaya çıkan kaçınma, fizyolojik tepkisellik gibi aşırı tepki unsurlarıyla karakterize edilen patolojik korku, TSBB'nin gelişmesindeki temel nedendir. TSSB, akut ve kronik olmak üzere iki türdür. TSSB semptomlarının kısa süreli, genellikle üç aydan daha az görüldüğu türü akut TSSB, daha uzun sürdüğu türü kronik TSSB'dir (Cordova ve ark., 2017).

TSSB semptomları büyük çoğunlukla evrenseldir; ancak, birçok insan sonunda korkunun kademeli olarak azalmasıyla anılar, hatırlatıcılar veya görsel ipuçları gibi korkutucu uyaranlarla yüzleşebilir. Ancak korku ve stres semptomlarında azalma olmaması durumunda kişi bunlardan kurtulmak için bilişsel kaçınma stratejileri geliştirir (Kirkpatrick ve Heller, 2014). Genel olarak, travmatik olaylardan sonra uzun vadeli psikolojik sonuçları belirleyen en güçlü iki faktör, yalnızca olay sonrası dönemle ilgili olanlardır. Özellikle, bireyin travmatik olayla başa çıkarken ya da olaya tepki verirken ne kadar baskı veya stres yaşadığı; iyileşme döneminde sosyal desteğin olması ve kalitesi, uzun vadeli sonuçları belirlemede en etkili faktörlerdir. Çoğu insan

için travmatik bir olay yaşadıkdan sonraki ilk birkaç hafta en zorlu dönemdir ve bu süreçte sosyal desteğe erişebilmek ve düşük stresli bir ortamda iyileşmek ruh sağlığının korunması açısından önemlidir (Greenberg ve ark., 2015).

2.4.2. Travma Sonrası Stres Bozukluğunun Semptomları ve Tanısı

Travma sonrası stres bozukluğunun (TSSB) semptomları, çoğunlukla travmatik olayı takip eden birkaç hafta içinde görülür ancak semptomların ortaya çıkmasının aylar, hatta yıllar aldığı durumlar da olabilmektedir (Liedl ve ark., 2010). TSSB'nin spesifik semptomları bireyler arasında büyük farklılıklar gösterebilir, ancak genellikle geçmişe dönüşler, kabuslar, tekrarlayan ve rahatsız edici görüntüler veya duyular, ağrı, terleme, hasta hissetme veya titreme gibi fiziksel duyular yaşanır (Pacella ve ark., 2013). Travmatik olayın şiddeti, kişi tarafından algılanma şekli, kişide yarattığı özel anlam, çocukluk döneminde benzer ya da başka travmanın yaşanmış olması, destek sisteminin olmaması ya da yetersiz olması gibi faktörler TSSB'nin gelişmesinde ve sürmesinde belirleyici faktörlerdir (Bisson, 2007).

TSSB teşhisi konan kişiler oldukça uyarılmış ve endişelidir ve çeşitli kaçınma davranışları sergilerler. Kişi, başına gelenlerle ilgili anıları tetikleyen herhangi bir şeyden kaçınmaya çalışırken, aynı zamanda oldukça rahatsız edici düşünceler, görüntüler ve rüyalar deneyimleyebilir. Ayrıca suçluluk, reddedilme ve utanç gibi duyguların yanı sıra, aşırı uyarılmışlık hali nedeniyle saldırganlık, dürtü kontrolünde ve konsantrasyon azalma tepkileri de gösterebilir (Lotfi ve Başçılar, 2017).

TSSB'nin tanı kriterleri DSM-5'te aşağıdaki gibi belirtilmiştir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014):

A. Aşağıdaki yollardan biriyle (ya da birden çoğuyla), gerçek ya da göz korkutucu bir biçimde ölümle, ağır yaralanmayla karşılaşmış ya da cinsel saldırıya uğramış olma:

1. Doğrudan örseleyici olay(lar) yaşama.
2. Başkalarının başına gelen olay(lar)ı, doğrudan doğruya görme (bunlara tanıklık etme).

3. Bir aile yakınının ya da yakın bir arkadaşının başına örseleyici olay(lar) geldiğini öğrenme. Aile bireyinin ya da arkadaşının gerçek ölümü ya da ölüm olasılığı kaba güçle ya da kaza sonucu olmuş olmalıdır.

4. Örseleyici olay(lar)ın sevimsiz ayrıntılarıyla, yineleyici bir biçimde ya da aşırı bir düzeyde karşı karşıya kalma (örn. insan kalıntılarını toplayan ilk kişiler; çocuk sömürsünün ayrıntılarıyla yeniden yeniden karşılaşan polis memurları).

B. Örseleyici olay(lar)dan sonra başlayan, örseleyici olay(lar)a ilişkin, istençdışı gelen aşağıdaki belirtilerin birinin (ya da daha çoğunun) varlığı:

1. Örseleyici olay(lar)ın yineleyici, istemsiz ve istençdışı gelen, sıkıntı veren anıları.

2. İçeriği ve/ya da duygulanımı örseleyici olay(lar)la ilişkili, yineleyici sıkıntı veren düşler.

2.4.3. Travma Sonrası Stres Bozukluğunu Açıklayan Yaklaşımlar

2.4.3.1. Psikanalitik Yaklaşım

Psikanalitik yaklaşıma göre, travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) travmatik olayla ilgili düşüncelerin bilinçten ayrıştırılarak görsel imgeler, fiziksel ve duygusal tepkilerle tekrar deneyimlenmesine ilişkin disosiyatif semptomlar ile karakterizedir. Bu disosiyatif semptomlar kendini dünyasından ve çevresinden kopmuş hissetme (derealizasyon), duyarsızlaşma ve duygusal uyumsuzdur. Freud, onun zamanında travmatik nevroz olarak adlandırılan ve ani şok yaratan bir olayın ardından gerçekleşen ruhsal ve bedensel değişimleri içeren bir durum olarak TSSB'yi psikonevrozun gelişimi ile ilişkilendirmiştir (Zepf ve Zepf, 2008).

Freud'a göre travma sonrasında yaşanan kaygı ve egoya yönelik olarak algılanan tehdit yüzünden travmatik anıları ve duygulardan kurtulmak için bastırma savunma mekanizması kullanılır. Bilinçaltına bastırılan travmatik deneyimler, çocukluk döneminde yaşanmış travmatik deneyimlerle birlikte bilince çıkmaya çalışarak nevrotik belirtilere neden olur. Bu belirtiler doğrudan travmatik olayın kendisinden değil, kişinin özelliklerinden ve psikodinamiğinden kaynaklanır. Diğer

bir ifadeyle Freud'a göre TSSB çocukluk dönemlerinde bastırılmış olan id-ego-süperego çatışmaların travmatik olaylar birlikte bilinç düzeyine çıkmasıdır (Joseph, 2004).

2.4.3.2. Davranışçı Yaklaşım

Travma sonrası stres bozukluğunun (TSSB) gelişimi ile ilgili davranışçı teori, fobilerin gelişimini ve sürdürülmesini tanımlamak için yaygın olarak kullanılan modeli temel alarak klasik koşullanma ve öğrenme teorisinden yararlanmıştır. Bu model, TSSB'nin fenomenlerinin açıklaması açısından yararlı olmuş ve sonraki birçok teori bundan yararlanmıştır. Bu modele göre travma koşulsuz uyarıcıdır ve travmaya verilen ilk tepki koşulsuz tepkidir. Bu koşulsuz tepki, travmatik anıların aşırı konsolidasyonuna yol açar ve hatırlatıcılar, koşullu bir korku tepkisini uyandıran koşullu uyarılar haline gelir. Örneğin, bir motosikletin olduğu büyük bir trafik kazası sonucunda kişi, TSSB geliştirebilir ve daha sonra her motosiklet görüşünde yoğun bir sıkıntı duyabilir. Bu durum genellikle, hatırlatıcılara maruz kalındığında yoğun sıkıntı ve dolayısıyla ondan kaçınma yoluyla patolojik durumu pekiştirici bir kısır döngü haline gelir (Ehlers ve ark., 2004).

Davranışçı yaklaşıma göre, TSSB'nin oluşumunda klasik koşullanma anahtar bir kavramdır. Kişinin travma deneyiminin merkezinde yer alan koşulsuz korkulan uyarıcı (örneğin, karanlıkta büyük bir köpeğin saldırısına uğramak) nötr uyarıcılarla (örneğin, büyük köpekler ve karanlık ortamlar) eşleştirilir. Sonuç olarak, önceden nötr olan uyarıcılar, koşulsuz uyarıcı tarafından üretilenlere benzer koşullu tepkiler üreten koşullu uyarıcılar haline gelir (Lissek ve Meurs, 2015).

TSSB'de ilk aşamada klasik koşullanma yoluyla öğrenme, ardından da kişinin olumsuz pekiştirmeye yol açan sıkıntıyı hafifletmek için koşullu uyarılardan aktif olarak kaçınması söz konusudur (Jovanovic ve ark., 2010). Ayrıca, TSSB'si olan kişiler, nötr uyarıcıları koşullu uyarıcılarla kolayca ilişkilendirerek aşırı genelleme yapabilirler. Bu durum da görünüşte travmatik olayla ilgisi olmayan uyarıcılara karşı korku tepkileri vermelerine neden olur (Grillon, 2002).

2.4.3.3. Bilişsel Yaklaşım

Bilişsel yaklaşıma göre travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) en genel tanımıyla yoğun ve şiddetli bir stresli duygusal deneyimi çözememektir. Kişi travmanın ardından yaşama uyum sağlamaya çalışırken olayın müdahaleci hatırlatıcılardan, canlı geri dönüşlerinden ve kabuslardan kurtulamayabilir (LoSavio ve ark., 2017).. Bu kişilerde travmatik olayı hatırlatan ipuçları kaygıya ve aşırı uyarılmışlığa neden olan bir çağrışımsal koşullanma sürecine yol açar ve bu da çeşitli ipuçları için tetikte olma baskısını artırır. Bu nedenle kişi travmalarıyla ilgili ipuçlarından sürekli kaçınır ve bu durumun yol açtığı duygusal uyuşmaya ve geri çekilme eğlenceli aktivitelere ilgisizlik, başkalarıyla empati ve yakınlık kaybını da beraberinde getirir (Weber, 2008).

TSSB’de aşırı kaçınma, yeni koşullarla uyumlu etkileşimleri engelleyebilir ve kişi bir travma-tepki döngüsünde sıkışıp kalabilir. Genel olarak, travmatik olayla ve sonuçlarıyla uzlaşma, önemli derecede duygusal ve bilişsel uyumsuzluk ortaya çıkarır. Bir travma deneyimi, kişisel güvenlik ve çevredeki tehlike risklerinin yeniden değerlendirilmesine yol açabilen güvenlik veya dokunulmazlık inançlarıyla çelişir (Lanius ve ark., 2011). TSSB’de kişi olumsuz olayların nedenlerini kontrol edilemeyen dış kaynaklara dayandırır. Olumsuz yaşam olayları üzerinde algılanan bu kontrol eksikliği, düşük öz yeterlik, çaresizlik ve depresyon ile ilişkilidir (Ehlers ve ark., 2004).

Travmatik olayların bıraktığı belirgin algılar, düşünceler ve duygular, bilişsel şemalarla birleşerek bilişi bozabilir (Greenberg ve ark., 2015). Bozulan bilişler travmaya ilişkin aşırı uyarılma yaratarak bilişsel değerlendirme süreçlerini devre dışı bırakıp duygusal ve tepkisel davranmaya neden olur (Weber, 2008). Travmatik anıların tekrar tekrar hatırlanması, her seferinde daha fazla ayrıntılandırma ve pekiştirme ile travmatik deneyimlerin kalıcılığına yol açabilir (Greenberg ve ark., 2015).

Şema teorisyenleri, kişinin kendisi, başkaları ve dünya hakkındaki bilgi ve inançlarının zihinde şema adı verilen bilgi birimleri olarak düzenlendiğini; insanların

bu tür bilgilere karşı duygusal, bilişsel ve davranışsal tepkilerini etkileyen şemalarını kullanarak bilgi edindiklerini öne sürmüşlerdir. Buna göre insanlar yeni bilgileri (örneğin travma) ve bu tür bilgilerin anlamını önceden var olan şemalara özümseme eğilimini içeren bir tamamlama eğilimine sahiptir (Bisson, 2007). Ayrıca insanlar mevcut şemaları korumaya yönelik bir önyargıya sahiptir. Travma veya bireylerin travmaya yüklediği anlamlar mevcut şemalarla çatışırsa, kişi tamamlama başarısızlığı yaşayabilir; bu durum da stres tepkisiyle sonuçlanır. Ayrıca kişi, travma bilgisini kendi şematik ağına başarılı bir şekilde bütünleştirene kadar TSSB semptomları göstermeye devam eder. TSSB semptomları, kişi travma bilgisini işlerken ortaya çıkar. Travmanın işlenmesi, yavaş şematik değişimi içerir ve travmatik deneyim şematik ağla bütünleştiğinde TSSB semptomları çözülür (Price, 2007).

Benight ve Bandura'nın (2004) sosyal bilişsel teorisine göre, özellikle algılanan öz yeterlik ile ilgili olarak yararsız şemalar TSSB semptomlarının kaynağında yer alır. Öz yeterlik, kişinin kendi işleyişini yönetme konusundaki algılanan yeteneğini tanımlar, ancak travmatik deneyimler bağlamında düşünüldüğünde, bireyin travmaya bilişsel, duygusal ve davranışsal tepkilerini şekillendiren travma ve travmanın sonuçlarıyla başa çıkma yeteneği anlamına gelir (Benight ve Bandura, 2004).

Öz yeterlilik, dikkat ve değerlendirme süreçlerini etkileyebilir. Daha düşük öz yeterliği olan kişiler potansiyel tehditlere karşı tetikte olurlar ve onlara ilişkin riskin ciddiyetini abartırlar. Öz yeterlik, insanların algılanan tehditlere nasıl tepki vereceğini etkileyebilir. Öz yeterliği düşük olan kişilerin, sıkıntılarını azaltmak için çevrelerini kontrol etme olasılıkları daha düşüktür ve yüksek duygusal tepkisellik yaşama veya tehdit edici uyarlardan kaçınma ve kaçma girişimleri daha fazladır (Benight ve Bandura, 2004).

Bilişsel yaklaşıma göre travmadan kurtulma, kritik olarak şimdiki ana odaklanma kapasitesine bağlıdır. 1889'da Fransız doktor ve filozof Pierre Janet, travmatik deneyimlerin normal bilinçten ayrı, kendi psişik arenasında kapsüllenmiş olarak kaldığını, etkili tedavinin, şimdiki zamanda netlik ve amaçla etkileşim kurma becerisini geliştirerek alternatif, travma dışı zihinsel durumları teşvik etmenin önemli olduğunu öne sürmüştür (Van der Hart ve ark., 2019). Yeni koşullarda işlevsel

davranış, benzer durumlarda sonuçların tahmin edilmesi için kılavuz ilkeler sağlayan önceki deneyimlerden elde edilen soyutlamalar ile mevcut deneyimlerin bütünleştirilmesini içerir (Weber, 2008).

2.5. Sosyal Destek

Sosyal destek çocukları kanser olan ebeveynlerin ruhsal ve fiziksel sağlığı açısından oldukça önemlidir. Ailenin ve arkadaşların stres zamanlarında etkili yardım sağlayacağına dair algılar (yani algılanan destek), düşük majör depresyon, travma sonrası stres bozukluğu oranları ile iyi bir ruh sağlığı ile ilişkilendirilmiştir (Wills ve Shinar, 2000). Sosyal destek eksikliği, kanserli çocukların ebeveynlerinde anksiyete bozuklukları, travma sonrası stres bozukluğu ve depresyonun oluşumunda önemli bir faktördür (Davidson, 2022).

Çocuğu kanser olan ebeveynlerin önemli ihtiyaçlarından biri de sosyal destektir. Ancak alınan sosyal desteğin türü, kapsamı ya da boyutundan ziyade ebeveynlerin ihtiyaçları olan desteği alabileceklerine inanmaları ve güvenmeleri sosyal desteğin etkililiği açısından çok daha önemli olmaktadır. Bu durum literatürde algılanan sosyal destek olarak tanımlanmaktadır (Uğurlu, 2020).

2.5.1. Sosyal Desteğin Tanımı ve Türleri

Literatürde sosyal desteğin tanımı tek bir şekilde yapılmış olmamakla birlikte tanımları ortak noktalar içermektedir. Cohen (2004) sosyal desteği, kişinin ilgilenildiği, diğer insanlardan yardım aldığı ve destekleyici bir sosyal ağın parçası olduğu algısı ve gerçekliği olarak tanımlamış ve sosyal desteğin, aile, arkadaşlar, öğretmenler, uzmanlar, akrabalar, komşular, iş arkadaşları, kuruluşlar olmak üzere birçok kaynaktan gelebileceğini belirtmiştir. Bununla birlikte, sosyal desteğin etkili olabilmesinde önemli olan faktörün kişinin sosyal destek aldığına ve alabileceğine olan inancının olduğunu vurgulamıştır. Diğer bir tanıma göre sosyal destek, kişiye yarar sağlayan bilgiler, öneriler, maddi destek ve sosyal ilişkilerinin güçlendirilmesini içerir (Prati ve Pietrantonio, 2010). Başka bir tanıma göre de sosyal destek, bireylerin başkalarından aldıkları ve stresle başa çıkmalarını kolaylaştıran duygusal, araçsal ve

bilgisel kaynaklar olarak tanımlanan karmaşık bir yapıdır (Toledano-toledano ve ark., 2021).

Sosyal destek Cutrona ve Suhr tarafından (1) bilgilendirici, (2) duygusal, (3) saygı, (4) sosyal ağ ve (5) somut destek olmak üzere beş ana grupta sınıflandırılmıştır. Bilgilendirici sosyal destek, bilgi veya gerçekleri içeren öneriler ve geri bildirimlerdir. Duygusal destek, ilgi, empati ve sempati içeren ifadeler; saygı desteği ise kişinin becerilerini, yeteneklerini ve içsel değerini geliştirmeye yardımcı mesajlardır. Sosyal ağ desteği, kişinin benzer durumdaki kişiler veya gruplarla birlikte olarak aidiyet duygusu geliştirmesi; somut destek de kişinin ihtiyacı olan ürün ve hizmetlerin fiziksel olarak sağlanmasıdır (Coulson ve Greenwood, 2012).

Duygusal destek, bir sorun hakkında konuşmayı, çözümü teşvik etmeyi, kişinin güven vermeyi ve model olmayı içeren somut olmayan destek türüdür. Bunun aksine, araçsal destek, başkalarının sağlayabileceği çeşitli somut yardım türlerini (örneğin, maddi yardım) ifade eder (Roth ve ark., 2005; Smyth ve ark., 2007).

Literatürde sosyal destek tanımlarında özellikle vurgulanan nokta, sosyal desteğin niceliği ya da niteliğinden çok kişinin ihtiyaç duyduğu anda ulaşabiliyor olmasının önemli olduğudur. Bu bağlamda, sosyal destek kavramı, alınan sosyal destek ve algılanan sosyal destek ayrımı yapılarak değerlendirilmektedir (Doğan, 2008; Karaaslan, 2013). Alınan sosyal destek kişinin gerçekte aldığı sosyal destek, algılanan sosyal destek ise ihtiyaç duyduğunda sosyal desteği alabileceğine dair inancı olarak ifade edilmektedir (Yıldırım, 2004; Işıkhani, 2007; Topkaya ve Büyükgöze Kavas, 2015).

2.5.2. Sosyal Desteğin Etkileri

Sosyal destek, stresle baş etme aracı olarak yaşam sorunları karşısında psikolojik sağlamlığı artıran ve ruh sağlığının korunmasına katkı sağlayan önemli bir psikososyal kaynaktır (Doğan, 2008). Literatür incelendiğinde, sosyal desteğin sağlık üzerindeki etkileri konusunda birçok teori olduğu görülmektedir. Bunlardan biri olan, stres ve başa çıkma teorisine göre sosyal destek, kişinin yaşadığı zorluklara ilişkin

duygularını, düşüncelerini ve başa çıkma becerilerini olumlu etkileyerek stresin azalmasına yardımcı olmaktadır (Lakey ve Orehek, 2011). Bir başka teori olan ilişkisel düzenleme teorisine göre, algılanan sosyal desteğin ruh sağlığı üzerinde tamponlayıcı etkileri vardır. Bu etkiler, doğrudan kişiye stresle başa çıkma konusunda konuşarak değil, birlikte gerçekleştirilecek aktiviteler yoluyla duyguların düzenlemesinden kaynaklanmaktadır (Lakey ve Orehek, 2011).

Sosyal destek, olumsuz olaylar ya da zorluklar karşısında kişiye fiziksel ve psikolojik avantajlar sağlayarak ruh sağlığının korunmasında, sürdürülmesinde ve geliştirilmesinde önemli rol oynar (Galderisi ve ark., 2015). Literatürde sosyal desteğin sağlık, yaşam kalitesi ve özellikle ruh sağlığı üzerindeki etkisine ilişkin çok sayıda çalışma bulunmaktadır (Li ve ark., 2014; Moğulkoç, 2014; Topkaya ve Büyükgöze Kavas, 2015; Santini ve ark., 2015; Harandi ve ark., 2017; Uğurlu, 2020).

Zor koşullar altındaki kişiler için sosyal desteğin, anksiyete bozuklukları ve depresyon başta olmak üzere ruh sağlığı sorunlarından koruyucu bir işlevi vardır (Thoits, 2011). Sosyal desteğin düşük olduğu kişilerde yüksek olanlara göre ruh sağlığı sorunları daha fazla yaşanmaktadır (Turner ve Brown, 2010; Kaatsız, 2020). Öte yandan sosyal desteğin ruh sağlığına etkileri, sağlanan gerçek destek olan alınan sosyal destek ve kişinin desteklendiğine dair öznel duyguları olan algılanan sosyal destek açısından farklılık göstermekte, algılanan sosyal desteğin etkisinin daha fazla olduğu görülmektedir (Thoits, 2011; Santini ve ark. 2015).

Travmatik ve stresli olayların olumsuz etkilerini tamponlayan sosyal destek kişinin yaşamının fiziksel, sosyal ve psikolojik boyutlarını destekleyecek ortak değerlere, tutumlara, inançlara dayanır. Sosyal destek, stresli durumlarla başa çıkma, duygusal sorunların etkisini azaltma, benlik saygısını geliştirme, mutlu yaşamı teşvik etmek gibi birçok etkisiyle insanın iyi oluşu ve refahına katkı sağlar (Taylor, 2011).

Sosyal destek kişinin zorluklar karşısında pes etmemesini ve çözüm yolları bulmasına yardımcı olarak ve kendini yetersiz veya çaresiz hissetmesini engelleyerek benlik saygısının gelişmesine katkı sağlar. Sosyal destek sadece ruh sağlığının korunmasını sağlamakla kalmaz, depresyon ve anksiyete bozuklukları gibi ruh sağlığı sorunları olan kişilerde tedavi ve iyileşme sürecini de kolaylaştırır (Patten ve ark., 2010).

2.6. Psikolojik Sağlamlık

Kanserli çocuğun olduğu bir ailenin yaşamı tamamen değişir. Tanı konulduktan sonra sadece kanserli çocuk için değil tüm aile için bir endişe ve güvensizlik dönemi başlar (Greeff ve ark., 2014). Kanser olan çocukların ebeveynlerinde fiziksel ve psikolojik sağlık üzerinde olumsuz etkilere maruz kalma riskini artıran birçok bağlamsal faktör ve sosyodemografik özellik vardır. Temel demografik değişkenler arasında cinsiyet, işsizlik, düşük gelir, düşük eğitim seviyesi, sosyal destek ağları ve çocuk sayısı yer almaktadır. Bağlamsal faktörler, tanıdan sonra geçen süreyi, kanserin tipini, evresini, ilerleyişini ve bakımın süresi içerir (Mullins ve ark., 2015). Ebeveynlerin, çocuklarının kanser oluşunun ve yaşanan zorlukların üstesinden gelmek için en uygun şekilde uyum sağlama ve faaliyet gösterme becerisini geliştirmelerinde psikolojik sağlamlık önemli bir rol oynar (Önal, 2022).

Kanserle ilgili sorunlarla etkili bir şekilde başa çıkmanın ardındaki kilit faktör olarak psikolojik sağlamlık bireyin stres karşısında psikolojik veya fiziksel esenliğini sürdürmek için kendi kaynaklarını kullandığı süreci tanımlar. Stres yönetimi, problem çözme, hedef belirleme, bilişsel yeniden yapılandırma ve anlam oluşturma becerileri dahil olmak üzere kişisel dayanıklılık kaynaklarının kullanılmasını içerir (Rosenberg ve ark., 2019).

2.6.1. Psikolojik Sağlamlığın Tanımları

İnsanlar tipik olarak yaşamları boyunca günlük yaşamın sorunlarından önemli yaşam olaylarına kadar çeşitli zorluklarla ve sıkıntılarla karşılaşır, hatta çoğu kişi yaşamları boyunca potansiyel olarak en az bir travmatik olay yaşar ve insanların strese ve travmaya nasıl tepki verdiği ve bunun sonucundaki davranışları psikolojik sağlamlıklarıyla doğrudan ilişkilidir (Fletcher ve ark., 2013).

Psikolojik sağlamlık (dayanıklılık), psikoloji, psikiyatri, sosyoloji, genetik, epigenetik, endokrinoloji ve nörobilim dahil olmak üzere çeşitli disiplinler tarafından incelenmiş ancak ortak bir tanım üzerinde anlaşılammıştır. En genel tanımıyla psikolojik sağlamlık, zor durumlara olumlu uyum sağlama veya olumsuzluklara rağmen ruhsal sağlığı koruma veya yeniden kazanma becerisi olarak kabul edilmektedir (Masten, 2001).

Literatür incelendiğinde psikolojik sağlamlığın çeşitli tanımlarının olduğu görülmektedir. Rutter'e (1987) göre, psikolojik sağlamlık uyumsuz bir sonuca yol açan çevresel tehlikeler karşısında kişinin tepkisini iyileştiren veya değiştiren koruyucu faktörlerdir. Masten ve arkadaşlarına (1990) göre, psikolojik sağlamlık zorlu veya tehdit edici koşullara rağmen başarılı uyum sağlama süreci, kapasitesi veya sonucudur. Luthar ve arkadaşlarına (2000) göre de olumsuz koşullarda olumlu adaptasyonu sağlayan dinamik bir süreçtir. Connor ve Davidson'a (2003) göre, psikolojik sağlamlık kişinin zorluklar karşısında başarılı olmasını sağlayan kişisel nitelikleridir. Lee ve Cranford'a göre (2008) ise kişinin yaşamındaki ciddi sıkıntı veya risklerle başarılı bir şekilde başa çıkma kapasitesidir. Leipold ve Greve'e (2009) göre psikolojik sağlamlık kişinin önemli olumsuz koşullar altında istikrarı veya hızlı iyileşmeyi, hatta gelişmeyi başarmasıdır.

Tüm bu tanımlara göre, önemli yaşam stresleri karşısında işleyişi sürdürme, yüksek riskli durumlar, kronik stres, uzun süreli veya şiddetli travmanın ardından başarılı adaptasyon, pozitif işlevsellik veya yeterlilik kapasitesi olan psikolojik sağlamlık, öncelikle kişinin yaşam stresine direnmesini sağlayan koruyucu faktörlerin (kişisel, sosyal, ailesel ve kurumsal güvenlik ağları) varlığı olarak değerlendirilmektedir. Kişinin herhangi bir andaki psikolojik sağlamlığını, koruyucu faktörlerin varlığı ile tehlikeli koşulların varlığı arasındaki denge oluşturur. Kişinin sıkıntılarının üstesinden gelme becerisi psikolojik sağlamlığın temelidir (Cicchetti, 2010).

Strese dayanma veya travmatik stresin üstesinden gelme becerisi olarak psikolojik sağlamlık kişisel özellikleri, zaman içinde gelişen süreçleri (başa çıkma stratejileri, sosyal destek) ve psikososyal sonuçları içerir (Rosenberg ve ark., 2013). İnsanlar zorlukların üstesinden gelmek ve zorluklarla başa çıkmak için mücadele ettikçe zaman içinde edindiği beceriler, bilgi ve içgörü psikolojik sağlamlığı oluşturur (Fletcher ve Sarkar 2013).

2.6.2. Psikolojik Sağlamlık İçin Koruyucu Faktörler

Psikolojik sağlamlık genellikle bireyin travmatik stresle karşılaştığında istikrarlı ve sağlıklı bir psikolojik ve fiziksel işlevsellik düzeyini sürdürdüğü süreç

olarak tanımlanır. Psikolojik sağamlık birçok faktörden etkilenir ve bireyler, koşullar ve kùltürler bağlamında değişir. Psikolojik sağamlığı etkileyen faktörler genellikle iç ve dış faktörler olarak iki kategoriye ayrılır: İç faktörler, olumlu benlik saygısı, bilişsel kaynaklar, öz yeterlilik, etkili başa çıkma becerileri gibi kişisel özellikleri içerirken, dış faktörler kişiler arası ilişkiler, algılanan ve alınan sosyal desteği kapsar (Van der Meer ve ark., 2018).

Kumpfer'e (2002) göre psikolojik sağamlık, başa çıkma becerileri, olumlu bilişler, sosyal destek gibi koruyucu faktörler ile olumsuz bilişler, etkisiz başa çıkma stratejileri, duygusal sorunlar gibi risk faktörlerinin etkileşimiyle oluşur. Bu etkileşimde birincil ve ikincil olmak üzere iki değerlendirme süreci vardır. Birincil değerlendirme, stresli olaylara verilen tepkilerin, kişinin bir durumun yarattığı potansiyel tehdede ilişkin kendi yetenek ve kaynakları konusundaki öz değerlendirmesi ile ortaya çıkmasıdır. Bir olay ya da durum, ancak kişinin olay ya da durumun başa çıkma yeteneklerini ve kaynaklarını aştığına inandığında stresli olarak algılanır. İkincil değerlendirme, psikolojik sağamlığın altında yatan kendine güven ve öz yeterlik olarak üzere iki potansiyel yapıya işaret eder ve bu yapılar stresli durumlarla uyumlu başa çıkma konusundaki olumlu inançlarla gelişir (Harms ve ark., 2017)

Çeşitli faktörler ve sistemler, zorluklara göre psikolojik sağamlığı artıran etkileşimli dinamik bir süreç olarak psikolojik sağamlığa katkıda bulunur. Psikolojik sağamlık, bağlama ve zamana göre değişebilir ve tüm yaşam alanlarında mevcut olmayabilir. Buna göre, psikolojik dayanıklılık için biyolojik, psikolojik ve kişisel nitelikler, sosyal destek ve sosyal sistemlerin diğer nitelikleri dahil olmak üzere karşılıklı etkileşim halinde olan birden fazla kaynak ve yol vardır (Herrman ve ark., 2011).

Açıklık, dışadönüklük, uyumluluk, öz yeterlik, öz saygı, bilişsel değerlendirme ve iyimserlik gibi kişilik özellikleri psikolojik sağamlığın temel yapı taşlarıdır. Demografik faktörler (yaş, cinsiyet, cinsiyet, ırk ve etnik köken), sosyal ilişkiler psikolojik sağamlıkla değişken bir şekilde ilişkilidir (Davydov ve ark., 2010)

Psikolojik sağamlıkla ilgili biyolojik ve genetik faktörlere ilişkin araştırmalar, çocukluk dönemindeki olumsuz ve travmatik yaşantıların beyin yapısını, işlevini ve nörobiyolojik sistemleri etkileyebileceğini göstermektedir (Fletcher ve Sarkar, 2013;

Graber ve ark., 2015; Troy ve ark., 2022). Beyin boyutunda, sinir ağlarında, reseptörlerin hassasiyetindeki fiziksel değişiklikler, gelecekteki psikopatolojilere karşı savunmasızlığı büyük ölçüde şiddetlendirebilmekte veya azaltabilmektedir. Bebeklik ve çocukluk dönemindeki destekleyici, duyarlı bakımın psikolojik sağlamlığı artırabileceğine ve olumsuz koşulların etkilerini azaltabileceğine dair kanıtlar mevcuttur (Wald ve ark., 2006).

Sosyal destek, psikolojik sağlamlıkla doğrudan ilişkilidir. Anneye güvenli bağlanma, aile istikrarı, istismarcı olmayan bir ebeveynle güvenli ilişki, iyi ebeveynlik becerileri ve anne depresyonunun veya madde bağımlılığının olmaması, kötü muamele görmüş çocuklarda daha az davranış sorunu ve daha iyi psikolojik sağlamlıkla ilişkilidir. Kişinin kolayca yararlanabileceği toplum hizmetleri, spor ve sanat olanakları, kültürel faktörler, maneviyat ve din gibi sosyal faktörler de psikolojik sağlamlıkla önemli ölçüde katkı sağlar (Wald ve ark., 2006).

2.6.3. Psikolojik Sağlamlığın Etkileri

Psikolojik sağlamlık, travmatik, stresli ve olumsuz koşullar sonucunda olumlu psikolojik uyum becerilerinin kazanıldığı gelişimsel ve psikososyal bir süreç olarak kişinin fiziksel ve ruhsal sağlığında önemli bir rol oynar. Kişi zorlu olaylar ve durumların üstesinden gelmek için kaynaklarını kullanarak becerilerini geliştirdiğinde kazandığı psikolojik esneklik ve direnç sayesinde psikolojik sağlamlığını artırır (Ewert ve Tessner, 2019).

Psikolojik sağlamlık, psikopatolojinin yokluğundan ziyade pozitif uyum ve büyüme ile ilişkilidir ve belirli bir zaman dilimi ya da durum karşısında değerlendirilebilecek bir kavram değil, yaşam boyu bir süreçtir. Çünkü kişi yaşam boyunca karşılaştığı zorluklar, sorunlar ve sıkıntıları atlatırken çeşitli koruyucu faktörlerin yardımıyla psikolojik işlevselliğinde değişim ve gelişim yaşar ve bu süreçte hiçbir faktör tek başına etkili değildir (Seery, 2011).

Psikolojik sağlamlık, gelişimsel bir süreç olduğundan erken dönemlerde karşılaşılan zorlukların sonraki dönemlerde uyum konusunda olumlu etkileri olabilmektedir. Diğer bir ifadeyle, zor yaşam deneyimlerinin olması hiç olmamasından daha fazla psikolojik sağlamlıkla ilişkilidir (Bonanno ve ark., 2015). Ancak bu zor

yaşam deneyimleri olanların psikolojik sağamlıklarının daha fazla olacağı anlamına gelmemektedir (Almedom ve Glandon, 2007). Bu noktada belirleyici olan zor deneyimin kaçınma yerine stresin yönetilebilmesi ve kontrol altına alınabilmesidir. Ayrıca stresin yönetimi ve kontrolünde tek başına kişisel kaynaklar değil, çevresel kaynaklar da önemli rol oynar (Wu ve ark., 2013). Özetle psikolojik sağamlık, bilişsel, duygusal, davranışsal ve sosyal mekanizmaların, birden çok yaşam alanında ve birçok düzeyde yaşam boyu sürece etkileşimiyle ilişkilidir (Rutten ve ark., 2013).

2. 7. Literatür Taramasının Sonucu

Kemik iliği nakli olan çocukların ebeveynlerinin, sosyal destek düzeylerine göre anksiyete, depresyon, travma sonrası stres bozukluğu düzeylerinin karşılaştırılmasının amaçlandığı bu çalışmanın kuramsal çerçevesini oluşturmak üzere yapılan literatür taraması sonucunda araştırmada kullanılan kavramlara ilişkin bilgiler sunulmuştur.

Tüm bu bilgiler ışığında, çocuğu kanser olan ebeveynlerin, çocuklarının yaşamının kendi kontrolleri dışında ve risk altında olmasının travmatik etkisiyle mücadele etmek zorunda kaldıkları ve bu süreçte taşımak zorunda oldukları bu ağır yükün psikolojik olarak ciddi bir stres faktör olduğu önemli bir gerçektir. Çoğu ebeveyn için bu stresle başa çıkmak oldukça zor, hatta bazen imkânsız olmaktadır. Bu nedenle çocuğunun kanser teşhisi aldığı ilk andan, tedavi süresinin sonuna kadar ebeveynler travma sonrası stres bozukluğu, diğer anksiyete bozuklukları ve depresyon gibi ruhsal sorunlar yaşama riski ile karşı karşıya kalmaktadırlar. Ebeveynlerin hem çocuklarının kanser tedavisi aşamaları hem de bu süreçte kendilerinin yaşadığı ruhsal sorunlarla baş edebilmelerinde psikolojik sağamlık ve sosyal destek büyük bir önem taşımaktadır.

3. YÖNTEM

Bu bölümde, öncelikle araştırmanın modelini tanıtılacaktır. Daha sonra sırasıyla örneklem, veri toplama araçları ve süreci ile araştırma analiz yöntemi hakkında bilgiler aktarılacaktır.

3. 1. Araştırma Modeli

Yapılan çalışmada kemik iliği nakli olan çocukların ebeveynlerinden depresyon, anksiyete, stres ve travma sonrası stres düzeylerinin algılanan ve alınan sosyal destek düzeylerine göre karşılaştırılması amacıyla betimsel (çocuğu tanıtıcı bilgiler, ebeveni tanıtıcı bilgiler, hastalık süreci ile ilgili bilgileri) ve nicel araştırma yöntemi izlenmiştir. Veriler tek bir zamanda toplanarak kesitsel araştırma deseni uygulanmıştır. Çalışmanın bağımlı değişkenleri depresyon, anksiyete, stres ve travma sonrası stres düzeyleri olarak tanımlanırken, bağımsız değişkeni algılanan ve alınan sosyal destek düzeyleri, tanı, tedavi durumu, tekrarlı yatışın varlığı, hastalık tekrarının varlığı, GVHD durumu, yatış süresi, çocuk cinsiyeti, ebeveyn eğitim durumu, ebeveyn çalışma durumu, eş çalışma durumu, tedavi için şehir değiştirme durumu ve çocuk sayısı olarak tanımlanmıştır. Katılımcılara yüz yüze anket çalışması uygulanarak veriler toplanmıştır.

3.2. Evren ve Örneklem

Araştırma örneklemini, Antalya ilinde tedavi alan, Türkiye'nin çeşitli illerinde ikamet eden, kemik iliği nakli olan ve akut tedavileri tamamlandıktan sonraki süreçteki çocukların, psikiyatrik ya da başka bir kronik hastalık tanısı almamış olma kriterlerine sahip olan ve hastaneye başvuruda bulunan ebeveynlerin gönüllü katılımlarıyla oluşturulmuştur. Bu çalışmaya kemik iliği tedavisi almış çocuğu bulunan 75 ebeveyn katılım göstermiştir. Katılımcıların 48'i anne, 19'u babadır, yaşları 23-56 arasında değişiklik göstermektedir. Çocuklardan 29'u kız, 44'ü ise erkektir. Ebeveynleri ile konuşulup bilgi alınmaya çalışılan 75 çocuk ilk olarak cinsiyet açısından değerlendirildiğinde grubun %60.3'ü erkek ve yaklaşık %40'ı kız çocuğudur, yaşları 2-19 arasında değişmektedir. Gruptan sadece bilgi toplanırken 2 çocuğun cinsiyeti gözden kaçmış ve işaretlenmemiştir (Tablo 1). Ancak çalışmanın örnekleminin kısıtlı

olması ve çocuğun cinsiyetinin yalnızca örneklem tanımlayıcı değişken olarak analizlerde yer alması nedeniyle bu iki katılımcı da çalışmaya dahil edilmiştir.

Araştırmaya katılım gösterenlerin başka çocuk sahibi olma özelliklerine çocuk sayısı 1-8 arasında değişim göstermektedir; dağılımları incelendiğinde %28'i yalnızca tek çocuk sahibidir, %28'i iki çocuk, %24'ü üç çocuk, %12'si dört çocuk, % 2.7'si altı çocuk sahibidir, beş, yedi ve sekiz çocuk sahibi olanların her biri için dağılımda %1.3 olarak gözlenmiştir.

Tablo 1. Çocukların Nakil Süreci Bilgileri

	Eksik Veri	Ortalama	Std. Sapma	Min	Max
Çocuk Doğum Tarihi	75 0	2013.28	5.752	2002.00	2022.00
Nakil Senesi	74 1	2020.89	2.017	2014.00	2022.00
Yatış Süresi	75 0	67.60	67.12	18.00	400.00

Tablo 2. Katılımcıların Demografik Özellikleri

		Sıklık	Yüzde
Katılımcı Cinsiyet Durumu	Kadın	29	38.7
	Erkek	44	58.7
	Eksik	2	2.7
	Toplam	75	100
Çocuk Eğitim Durumu	Okumuyor	33	44
	Anaokulu	3	4
	İlköğretim	14	18.7
	Ortaöğretim	11	14.7
	Lise	8	10.7
	Lisans	1	1.3

	Eksik	5	6.7
	Toplam	75	100
Ebeveyn Medeni Durumu	Evli	69	92
	Bekar	4	5.3
	Eksik	2	2.7
	Toplam	75	100
Ebeveyn Çalışma Durumu	Evet	23	30.7
	Hayır	51	68
	Eksik	1	1.3
	Toplam	75	100
Ebeveyn Meslek Durumu	İşsiz	50	66.7
	Kamu	11	14.7
	Özel Sektör	13	17.3
	Eksik	1	1.3
	Toplam	75	100
Eş Çalışma Durumu	Evet	44	58.7
	Hayır	30	40
	Eksik	1	1.3
	Toplam	75	100
Diğer Çocukların Kiminle Yaşadığı Durumu	Anne/Baba	19	25.3
	Akraba	23	30.7
	Diğer	11	14.7
	Eksik	22	29.3
	Toplam	75	100
Tedavi İçin Şehir Değiştirme Durumu	Evet	64	85.3
	Hayır	10	13.3
	Eksik	1	1.3
	Toplam	75	100
Hastaya Refakat Eden Ebeveynin Kim Olduğu Durumu	Anne	48	64
	Baba	19	25.3
	Diğer	6	8
	Eksik	2	2.7
	Toplam	75	100
	İlköğretim	31	41.3
	Lise	18	24

Katılımcı Ebeveyn Eğitim Durumu	Üniversite	19	25.3
	Yüksek Lisans ve üstü	5	6.7
	Kayıp Veri	2	2.7
	Toplam	75	100
Çocuklara Konulan Hastalık Tanıları	ALL (M)	26	34.7
	AML (M)	10	13.3
	Evans Send	1	1.3
	FanconiAA	2	2.7
	HodLenfoma	1	1.3
	Hurler(mps)	1	1.3
	İmmune Yetmezliği	17	22.7
	KML (M)	1	1.3
	Lenfoma	1	1.3
	Metabolik H.	4	5.3
	Nöroblastom	1	1.3
	Orak Hüc. An	1	1.3
	Porfiri	1	1.3
	TM (H)	8	10.7
	Toplam	75	100
Tedavi Devam Etme Durumu	Evet	50	66.7
	Hayır	22	29.3
	Eksik Veri	3	4
	Toplam	75	100
Taburcu Sonrası Tekrar Yatış	Var	21	28
	Yok	22	29.3
	Eksik Veri	32	42.7
	Toplam	75	100
GVHD Durumu	Var	42	56
	Yok	32	42.7
	Eksik Veri	1	1.3
	Toplam	75	100
Hastalığın Tekrar Etme Durumu	Var	23	30.7
	Yok	52	69.3
	Eksik Veri	-	-
	Toplam	75	100

Çalışmanın örneklemini oluşturan 75 ebeveynin ve çocuklarının hastalık süreçlerini tanımlayıcı demografik özellikleri incelenmiştir. Yapılan çalışmada katılımcıların cinsiyetleri sorulduğunda %57,8'i erkek, %37,8'i kadın olduğu bulunurken, %2,7'si eksik veri olarak değerlendirilmiştir. Katılımcı ebeveynlere 'çocuklarının eğitim durumunun ne olduğu' sorulduğunda hasta çocukların %44'ünün henüz okula başlamadığı, %4'ünün anaokuluna gittiğini, %18,7'sinin ilköğretim öğrencisi, %14,7'si ortaöğretim öğrencisi, %10,7'si lise öğrencisi, %1,3'ü lisans öğrencisi oldukları anlaşılırken %6,7'si eksik veri olarak bulunmuştur. Araştırmaya katılanlara medeni durumları sorulduğunda %92'sinin evli olduğunu, %5,3'i ise bekar olduklarını belirttikleri ve %2,7'si eksik veri olarak bulunmuştur. Bir başka soruda ebeveynlere çalışıp çalışmadıkları sorulduğunda ise %38,7'si çalıştığını, %68'i çalışmadığını belirtmiştir. %1,3'inin durumu ise eksik veri olarak değerlendirilmiştir. Ebeveynlerin 'mesleğiniz nedir?' sorusuna verdikleri yanıtta %66,7'si işsiz olduğunu, %14,7'si kamu görevlisi olduğunu ve %17,3'ü özel sektörde çalıştığını ifade etmiştir. %1,3'ü eksik veri olarak değerlendirilmiştir. Çalışmaya dahil olan ebeveynlerin 'eşlerinin çalışma durumunun ne olduğu' sorusuna verdikleri yanıtlarda %58,7'si eşinin çalıştığını, %40'ı eşinin çalışmadığını belirtirken %1,3'ü eksik veri olarak kaydedilmiştir. Ebeveynlere 'Hasta çocuğun tedavi sürecinde diğer çocuklarının kimle yaşadığı' sorulduğunda %25,3'ünün anne/baba ile %30,7'sinin akraba ile %14,7'sinin diğerleriyle yaşadığı belirtilirken %29,3'ü eksik olarak değerlendirilmiştir. Katılımcılara, 'tedavi için şehir değiştirdiniz mi?' diye sorulduğunda %85,3'ünün şehir değiştirmek zorunda kaldığını, %13,3'ünün yaşadığı yerde tedavi aldığını belirtirken %1,3'i eksik veri olduğu belirlenmiştir. Ebeveynlere çocuklarının 'bu uzun hastalık sürecinde kimlerin refakat ettikleri' sorulduğunda ise %64 ile ilk sırayı annelerin, %25,3 ile ikinci sırayı babaların ve son olarak %8 ile anne/baba dışında birisinin refakat ettiği öğrenilirken, net bir cevap alınamayan veya boş bırakılan 2 kişinin durumu da kayıp veri olarak belirtilmiştir. Çocukların ebeveynlerinin eğitim durumu incelendiğinde %41,3'ünün ilköğretim mezunu, %24'ünün lise mezunu, %25,3'ünün üniversite mezunu, %6,7'sinin yüksek lisans ve üstü derecesine sahip olduğu bulunmuştur. %2,7'sinin ise tam bilgisine ulaşamadığı için eksik veri olarak değerlendirilmiştir. Yapılan değerlendirmeye göre kemik iliği nakli olan çocuklara konulan hastalık tanıları incelendiğinde, birçok farklı hastalık grubunun mevcut

olduğu tespit edilmiştir. ALL (M) hastalığı %34 sıklıkla en yüksek sıklıkta görülen hastalıktır. İkinci en büyük sıklık ise 22,7 İmmune yetmezliğidir. Elde edilen diğer hastalık tanı sıklık sıralamasında %13,3 AML (M) üçüncü sırada, %10,7 TM (H) dördüncü sırada, %5,3 Metabolik hastalık beşinci sırada, %2,7 Fanconi AA hastalığı altıncı sırada yer alırken Evans Send hastalığı %1,3, Hod Lenfoma hastalığı %1,3, Hurler (mps) hastalığı %1,3, KML (M) hastalığı %1,3, Lenfoma hastalığı %1,3, Nöroblastom hastalığı %1,3, Orak Hücre Anemisi hastalığı %1,3 ve Porfiri hastalığı %1,3 ile yedinci sırayı paylaşmışlardır.

Ebeveynlere çocukların tedavilerinin devam edip etmediği sorulduğunda yaklaşık %66.7 'i çocukların tedavisinin devam ettiğini beyan etmiştir. %29,3'ü ise tedavisinin tamamlanarak devam etmediğini belirtmiştir. Yaklaşık %4'e denk gelen bir grup ise ya eksik cevap ya da tam net cevap verememiştir. Tedaviye devam edenlerin yatış süreçleri tamamlanmış ancak ayaktan tedavileri sürmektedir. Hastaneden taburcu olduktan sonra tekrar yatışların olup olmadığı ebeveynlere sorulduğunda yaklaşık %28'i tekrar yatışın olmadığını, %29,3'ü ise tekrar yatışın olduğunu belirtirken %42,7'si eksik veri olarak değerlendirilmiştir. Graft-versus-host hastalığı (GVHD), nakledilen ilikteki veya kordon kanındaki (nakledilen) bağışıklık hücrelerinin alıcının vücuduna (ev sahibi) saldırması durumunda yaşanan bir durumdur. Ebeveynlere GVHD durumu sorulduğunda yaklaşık %56'sı olmadığını, %42,7'si ise olduğunu belirtmiş ve %1,3'ünün eksik veri olduğu görülmüştür. 75 çocuk üzerinde yapılan araştırmada yakalanan hastalığın çocuklarda tekrar edip etmediği sorulduğunda yaklaşık %69,3'ü tekrarın olmadığını, yaklaşık %30,7'si ise tekrarın gerçekleştiğini belirtmiştir. Sadece 1 kişinin bu konudaki cevabı net/eksik/yazım yanlış gibi sebeplerle eksik olarak girilmiştir.

3.3. Veri Toplama Süreci

Bu çalışma için veri toplama süreci 01.06.2022 tarihinde başlamış ve 01.02.2023 tarihinde tamamlanmıştır. Araştırma Antalya Medikal Park Hastanesinden gerekli izinler alındıktan sonra katılımcı ebeveynlere hastane aracılığıyla ulaşılarak formlar yüz yüze iletilmiştir. Formların başında bilgilendirilmiş onam formu ile

gizlilik ve istedikleri takdirde, istedikleri zaman çalışmadan ayrılacakları konularında bilgilendirme yapılmıştır.

Çalışmaya katılmak için gönüllü olan kişiler ile hastane ortamında sessiz bir oda tahsis edilerek verilerin orada mahremiyetlerinin korunmasına özen gösterilerek, araştırmacının yalnızca soruları için eşlik ettiği bir süreç ile formları doldurmaları sağlanmıştır. Çalışmayı tamamlayan katılımcılardan anketleri kapalı zarfta teslim etmeleri istenmiştir. Gönüllülük esas alındığı için ebeveynlerin diledikleri zaman çalışmadan ayrılacakları ve süreç içerisinde hastalık tekrarı ya da başka bir hastalık gelişmesi durumunda çalışmaya devam edilmeyeceği belirtilmiştir.

3.4. Veri Toplama Araçları

Araştırma katılımcıların çocuk ve ebeveyn hastalık süreci demografik özelliklerini ve hastalık sürecini tanımlayıcı Demografik Bilgi Formu ve Genel Bilgiler Formu, algılanan sosyal desteği ölçmek amacıyla Çok Boyutu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve tedavi sürecine özel olarak iki soru, alınan sosyal desteği ölçmek amacıyla Sosyal Ağ Ölçeği, psikolojik sağlığı ölçmek amacıyla Depresyon-Anksiyete-Stres Ölçeği, travma sonrası stres bozukluğu düzeyini ölçmek amacıyla Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği kullanılmıştır. Kullanılan veri toplama araçları ile ilgili detaylı bilgiler aşağıda sunulmuştur.

3.4.1. Demografik Bilgi Formu

Demografik bilgi formu, katılımcıların sosyodemografik bilgilerini çocuğun hastalığı ile bilgiler içeren toplam 15 sorudan oluşmaktadır. Demografik bilgi formunda çocuğun cinsiyeti, yaşı ve eğitim durumu, ebeveynin cinsiyeti, yaşı, eğitim durumu, medeni durumu, iş durumu, çalışılan kurum, tedavi sürecinde iş durumu, çocuk sayısı ve yaşları, diğer çocukların tedavi sürecinde kimle yaşadığı, yaşadıkları yer, şu anda yaşadıkları yer, tedavi için şehir değiştirip değiştirmedikleri, eşin çalışma durumu ile ilgili sorular bulunmaktadır.

3.4.2. Genel Bilgiler Formu

Genel bilgiler formu araştırmaya katılan ebeveynlerin genel sağlık durumu, tedavi s¼reci, çocuğun hastalığı ve alınan maddi destek olup olmadığı ve s¼reteki sosyal destek konularını içeren 15 sorudan oluşmaktadır. Araştırmanın dışlama kriterlerini oluşturan kronik rahatsızlık, ilaç kullanımı, psikolojik rahatsızlık bilgileri toplanmıştır. Ayrıca tanı, tedavinin devam durumu, tedavi s¼resi, hastane yatış s¼resi taburcu zamanı, kontrol sıklığı, tedavi s¼recinde alınan maddi destek bilgileri, tedavi s¼recinde alınan eğitim, bakım vb. araçsal desteklere ihtiyaı konusunda bilgi toplanmıştır.

Bununla birlikte, bilgilerin kontrol¼n¼n sağlanabilmesi amacıyla tedavi ekibindeki uzman doktordan tanı, tedavi ve tedavi s¼recini içeren sorular form aracılığıyla bilgi toplanmıştır.

3.4.3. Algılanan Sosyal Destek

3.4.3.1.Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek ¼leęi (BASD¼)

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek ¼leęi (Zimet ve ark., 1988) tarafından geliştirilen, uyarılama ve geçerlik g¼venirlik alışmaları Eker ve Arkar (1995) tarafından gerçekleştirilen kullanımı yaygın bir sosyal destek ¼leęidir.

Bu ¼lek ¼ farklı kaynaktan (aile, arkadaş ve ¼zel bir insan) alınan sosyal desteğin yeterlilik ve g¼c¼n¼ kişilerin ¼znel olarak değerlendirmesini sağlayan 12 maddelik bir ¼lektir. Her biri d¼rt maddeden oluşan sosyal desteğin kaynağına ilişkin ¼ grubu içerir. ¼nerilen alt ¼lek yapısı; “aile”, “arkadaş” ve “¼zel bir insan”dan alınan desteği içermektedir. ¼lekte 7’li derecelendirme kullanılarak “Kesinlikle hayır=1”, “Kesinlikle evet=7” arasında puanlanmaktadır. ¼lek y¼ksek iç tutarlılık seviyesine sahip olarak raporlanmış olup aile, arkadaş ve ¼zel bir insan olarak tanımlanan alt boyutlar için sırasıyla Cornbach alpha değerleri, .85, .88, .92 ve toplam puan için .89 olarak rapor edilmiştir. Bu alışma için iki fakt¼r¼n iç tutarlılık katsayılar incelendiğinde Aile alt boyutu .85, ¼zel Bir İnsan ve Arkadaş alt boyutu .93 olarak bulunmuştur.

3.4.3.2. Tedavide Algılanan Sosyal Destek

İki soru tedavi sürecine ait algılanan sosyal desteğin etkisini ölçebilmek amacıyla bilgi toplanmaya çalışılmıştır. “Sosyal çevrenizin size tedavi sürecinde destek olduğunu düşünüyor musunuz?” ve “Sosyal çevrenizin size tedavi sonrasında destek olduğunu düşünüyor musunuz?” şeklinde sorular bilgi formunun sonuna yerleştirilerek, 3’lü likert formda “evet-bazen-hayır” şeklinde yanıtlar toplanmıştır.

3.4.4. Depresyon- Anksiyete- Stres Ölçeği

Çalışmada psikolojik sağlığı ölçmek amacıyla Lovibond (1995) tarafından geliştirilen Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği (DASS) ölçeği kullanılmıştır. Ölçek 42 maddeden oluşmaktadır. Bu ölçekte soruların 14’ü depresyon, 14’ü anksiyete ve 14’ü stres boyutlarına ait olmak üzere toplam 42 madde bulunmaktadır Ölçek 0 “bana hiç uygun değil”, 1 “bana biraz uygun”, 2 “bana genellikle uygun” ve 3 “bana tamamen uygun” şeklinde 4’lü likert tipi bir derecelendirmeye sahiptir. Ancak bu formun kısa hali Mahmoud ve arkadaşları (2010) tarafından geliştirilmiş kısa form uyarlaması yapılan (DASS-21)’in Yılmaz ve arkadaşları (2017) tarafından Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılan Depresyon, Anksiyete ve Stres Ölçeği (DASS-21) kullanılmıştır. Depresyon, stres ve anksiyete kaynaklı rahatsızlıkların 2020 yılına gelindiğinde dünyada en çok görülen ikinci rahatsızlık olacağı tahmin edilmektedir (Yılmaz ve ark., 2017).

Ölçekten toplam puan alınamamakta, her bir alt boyut için toplam puanlar ayrı ayrı hesaplanmaktadır. Her bir alt boyuttan alınabilecek puanlar 0-21 arasında değişmektedir. Alınan puanın artması bireyin ilgili alt boyutun değerlendirdiği duygu durumunu daha çok yaşadığı anlamına gelmektedir. Ölçekteki her bir madde “0” bana hiç uygun değil, “1” bana biraz uygun, “2” bana genellikle uygun ve “3” bana tamamen uygun şeklindeki 4’lü Likert tipi bir derecelendirmeye sahiptir ve toplamda 21 sorudan oluşmaktadır. Ölçeğin iç tutarlılık kat sayıları Türkçeye uyarlanmış formunda, klinik örnekleme depresyon, anksiyete, stres için sırasıyla, .87, .85, .81 ve normal örnekleme sırasıyla .68, .66, .61 olarak rapor edilmiştir. Bu çalışma için stres, anksiyete ve depresyon alt boyutları için sırasıyla, .86, .88, .87 olduğu gözlenmiştir.

3.4.5. Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği

Travma sonrası stres bozukluğu düzeyini ölçebilmek amacıyla DSM-5 için Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi (TKL-5) kullanılmıştır. Travma sonrası stres bozukluğu belirtilerini puanlamak amacıyla DSM-III-R baz alınarak hazırlanmış olan PCL'nin DSM-5'e adapte edilmiş hali Weathers, Litz, Keane, Palmieri, Marx ve Schnurr (2013) tarafından hazırlanmıştır. TKL-5 (Weathers, Litz, Keane, Palmieri, Marx ve Schnurr, 2013) TSSB tanı ölçütlerini DSM-5'e uygun olarak değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş olan bir öz bildirim ölçeğidir.

Ölçek, çok stresli/travmatik bir olay deneyimlemiş bireylerin son bir ay içerisinde o olayla ilgili olarak yaşadıkları belirtilerden ne derece rahatsız olduklarını belirlemeye yönelik 20 sorudan oluşmaktadır (örn. “Stresli olayın tekrarlayan, rahatsız eden ve istenmeyen anıları sizi ne kadar bunalttı?”). Ölçek 5'li likert tipi olup, her bir soruda bireylerden belirtilen durumları ne şiddetle yaşadıklarını hiç (0) ile aşırı (4) arasında derecelendirmeleri istenmektedir. Ölçekte üç boyutta bilgi toplanmaktadır “yeniden yaşama, “kaçınma” ve “uyarılmışlık”. İç tutarlılığı, .94 olduğu belirtilmiştir.

3.4.6. Sosyal Ağ Ölçeği

Alınan sosyal desteği sosyal ağ bağlamında ölçmek amacıyla Sosyal Ağ ölçeği kullanılmıştır. Ölçek 6 maddeden oluşmuştur. Sorular 7 dereceli likert tipi ölçek ile “hiç” ile “16 ve üzeri” kişi sayısını belirleyerek sosyal ağ içerisinde bulunan kişi sayısının rapor edilmesini sağlamaktadır. Ölçekten alınan yüksek puanlar sosyal ağda bulunan daha fazla kişi olduğunu ifade eder ve yüksek sosyal ağ desteği anlamı taşımaktadır. Ölçek toplam puan üzerinden değerlendirilmektedir ve toplam puan için Cronbach alpha iç tutarlılık kat sayısı, .94 olarak rapor edilmiştir. Bu çalışma için sonuç, .76 olarak bulunmuştur.

3. 5. Verilerin Analizi

Çalışmadan elde edilen verileri analiz ederken istatistiksel analizler için SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 21 Programı kullanılmıştır. Verilerin analiz edilmesinde öncelikle ölçekler için tanımlayıcı istatistikleri (ortalama, standart sapma, çarpıklık ve basıklık değerleri) hesaplanmıştır. Belirli ölçekler arası ilişkileri görebilmek için Pearson korelasyon testi uygulanmıştır. Öncelikle belirli demografik uygulanmıştır. Daha sonrasında araştırmanın bağımsız değişkeni Algılanan Sosyal Destek düzeyi

sürekli bir değişikenden ortalaması baz alınarak yüksek ve düşük olarak kategorik değişikene dönüştürülmüştür. Aynı şekilde Sosyal Ağ Ölçeğinden alınan puanlar ortalaması baz alınarak ortalamın üstü değerdekiler yüksek, altı değerdekiler düşük olacak şekilde kategorik değişikene çevrilmiştir. Yüksek ve Düşük Algılanan Sosyal Destek ve Sosyal Ağ Durumu bağımsız değişken olarak alınmış, Depresyon, Anksiyete, Stres ve TSSB Alt Ölçekleri ve Toplam puanı bağımlı değişken olarak Bağımsız örneklem için T-Testi ile grup ortalamaları arasındaki farklar hesaplanmış ve en etkili değişkenlerin tespiti amacıyla Karar Ağacı Analizi gerçekleştirilmiştir. Anlamlılık düzeyi 0.05 olarak belirlenmiştir.

4. BULGULAR

4. 1. Ölçekler İçin Tanımlayıcı İstatistikler

Çalışmadaki her bir ölçeğin ortalama, standart sapma, çarpıklık ve basıklık değerleri EK 1’de gösterilmektedir. Tüm ölçek sorularının çarpıklık ve basıklık değerlerinin istenilen sınır değerlerinde olması (-2 ile +2 arasında) bu verilerin normal dağıldığını ve bu sayede de birçok analizin varsayımı olan bu koşul sağlanmıştır.

4. 2. Çalışmada Kullanılan Ölçeklerin Değerlendirilmesi

Tez çalışması için yapılan araştırmada ‘Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ)’, ‘Depresyon-Anksiyete-Stres Ölçeği (DASS)’, ‘Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği’, ‘Sosyal Ağ Ölçeği’ veri toplama için kullanılmıştır.

Bu çalışmada DASS ile toplam stress, toplam anksiyete ve toplam depresyon puanları üzerinden hesaplama yapılmıştır. Çalışmada analizler toplam puan üzerinden gidilerek gerçekleştirilmiştir. Bu açıdan çalışmada toplam stress, toplam anksiyete ve toplam depresyon puanları üzerinden hesaplama yapılmıştır. Bu analizlere bakılarak diğer önemli istatistikler olan çarpıklık ve basıklık katsayıları (normal dağılım için) hesaplanmıştır (Tablo 3).

Tablo 3. Depresyon-Anksiyete-Stres Ölçeği Toplam Puanları

	Toplam puan	Ortalama puan	Standart sapma	Çarpıklık	Basıklık
Toplam Stress puanı	21	7.25	4.564	0.808	1.027
Toplam Anksiyete puanı	20	5.25	4.98	1.381	1.767
Toplam Depresyon puanı	21	7.16	5.042	0.638	-0.056

Tablo 4. Sosyal Ağ Ölçeği Toplam Puanları

	N	Min	Max.	Ort.	SS	Çarpıklık	Basıklık
Toplam				12.06			
Sosyal Ag	73	3	33	85	6.5666	1.048	0.647
Valid N (listwise)	73						

Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği sonuçları iki farklı şekilde yorumlanabilmektedir. İlki belirtilerin her maddedeki puanlarının toplanmasıyla birlikte toplam belirti puanı hesaplayarak belirtilerin düzeyi hakkında bilgi vermektedir ve kesme puanı 33 olarak belirlenmiştir (Weathers ve ark., 2013).

Yapılan çalışmada elde edilen sonuçlara göre TSSBFaktör 1'in (İhlal Edici Düşünceler (travmatik yaşantı ile ilgili yineleyici, istemsiz, rahatsız edici ve olayı yeniden yaşıyormuş gibi düşüncelerin veya rüyaların olması)) ebeveynlerin %22'sini etkilediği, TSSBFaktör 2'nin (Kaçınma (travmatik yaşantı ile ilişkili anılar, düşünceler, duygular veya nesnelere, insanlardan kaçınma veya uzak durma)) ve Duygudurum Değişikliği durumunun ebeveynlerin %44'ünü etkilediği, TSSBFaktör 4'ün (Duygudurum ve Bilişlerde Değişim (travmatik yaşantının bazı özelliklerini hatırlayamama, kendi veya dünya ile olumsuz çıkarımlarda bulunma; korku, suçluluk, utanç gibi olumsuz duygular hissetme; önceden sevilen etkinliklere karşı ilgisizlik ve insanlardan uzak veya kopmuş hissetme)) ebeveynlerin %75'ini etkilediği, TSSB Faktör 3'ün (Aşırı Uyarılmışlık ve Aşırı Tepkisellik (travmatik yaşantı sonrasında abartılı şekilde irkilmek, odaklanmakta zorlanmak, uyku konusunda bozulmaların olması, riskli davranışlarda bulunma, saldırgan davranma veya öfkeli hissetme)) ebeveynlerin %59'unu etkilediği görülmüştür.

4.3. Değişkenler Arası Korelasyonlar

Çalışmanın değişkenleri arasındaki ilişkileri incelemek amacıyla değişkenler arasında Pearson korelasyon katsayısı hesaplanarak değerlendirme yapılmıştır. Değişkenler arası korelasyon katsayıları verilmiştir (Tablo 6).

Araştırmada elde edilen veriler doğrultusunda yapılan korelasyon analizi sonucu Tedavi Durumu değişkeni ile Algılanan Sosyal Destek-Anlamlı Kişi ($r = .254$, $p < .05$), Depresyon ($r = .266$, $p < .05$), TSSB-Aşırı Uyarılma bağımlı değişkeni ($r = .239$,

p<.05), ‘Tedavi sürecinde maddi güçlük yaşadınız mı?’ değişkeni (**r= .250, p<.05**) pozitif yönlü bir korelasyon tespit edilmiştir. Tedavi Durumu devam ettiği sürece katılımcıların Algılanan Sosyal Destek-Anlamlı Kişi ölçek puanları, Depresyon puanları, TSSB-Aşırı Uyarılma puanları, maddi güçlük yaşama durumları da artmıştır.

Araştırmada elde edilen veriler doğrultusunda yapılan korelasyon analizi sonucu GVHD değişkeni ile Depresyon (**r= .230, p<.05**), TSSB-Olumsuz Değerlendirme (**r= .242, p<.05**), TSSB-Aşırı Uyarılma (**r= .282, p<.05**), TSSB-Toplam (**r= .247, p<.05**) arasında pozitif yönlü korelasyon tespit edilmiştir. Çocukta nakil sonrası GVHD olması durumunda, Depresyon, TSSB-Olumsuz Değerlendirme, TSSB-Aşırı Uyarılma, TSSB-Toplam puanları da artmıştır.

Araştırmada elde edilen veriler doğrultusunda yapılan korelasyon analizi sonucu Hastalık Tekrar Durumu değişkeni ile ‘Tedavi sürecinde sosyal destek aldınız mı?’ arasında (**r= .228, p<.05**) pozitif yönlü bir korelasyon tespit edilmiştir. Hastalık tekrar ettikçe Sosyal Destek alma durumu da artmıştır.

Araştırmada elde edilen veriler doğrultusunda yapılan korelasyon analizi sonucu Ebeveyn Yaşı değişkeni ile TSSB’nin alt ölçeği olan Olumsuz Değerlendirme arasında (**r= -.251, P<.05**) negatif korelasyon tespit edilmiştir. Ebeveyn Yaşı arttıkça TSSB- Olumsuz Değerlendirme puanları düşmüştür.

Araştırmada elde edilen veriler doğrultusunda yapılan korelasyon analizi sonucu Çalışma Durumu değişkeni ile Sosyal Ağ-Toplam (**r= -.406, p<.001**) arasında negatif bir korelasyon vardır. Ebeveyn Çalışma Durumu arttıkça Sosyal Ağ-Toplam puanları düşmüştür. Çalışma Durumu değişkeni ile TSSB-Yeniden Yaşantılama arasında (**r= .298, p<.001**), TSSB-Aşırı Uyarılma arasında (**r= .260, p<.05**), TSSB-Toplam arasında (**r= .248, p<.05**) pozitif yönlü bir korelasyon tespit edilmiştir. Katılımcıların Çalışma Durumu arttıkça, TSSB-Yeniden Yaşantılama, TSSB-Aşırı Uyarılma ve TSSB-Toplam puanları da artmıştır.

Araştırmada elde edilen veriler doğrultusunda yapılan korelasyon analizi sonucu katılımcıların Çocuk Sayısı değişkeni ile Yatış Süresi (**r= -.275, p<.05**), ‘Tedavi sürecinde maddi güçlük yaşadınız mı?’(**r= -.236, p<.05**), arasında negatif

yönlü korelasyon tespit edilmiştir. Ebeveynin çocuk sayısı arttıkça hem hastane yatış süresi hem de maddi güçlük yaşama durumu da azalmıştır.

Araştırmada elde edilen veriler doğrultusunda yapılan korelasyon analizi sonucu katılımcıların Eş Çalışma Durumu değişkeni ile TSSB'nin alt ölçeği olan Aşırı Uyarılma ($r = -.257, p < .05$), arasında negatif bir korelasyon tespit edilmiştir. Eşleri çalışan katılımcıların, TSSB-Aşırı Uyarılma puanları düşmüştür.

Araştırmada elde edilen veriler doğrultusunda yapılan korelasyon analizi sonucu katılımcıların 'Tedavi sürecinde maddi güçlük yaşadınız mı?' değişkeni ile Algılanan Sosyal Destek Anlamlı Kişi ($r = .242, p < .05$) arasında pozitif yönlü bir korelasyon tespit edilmiştir. Maddi güçlük artması durumunda, Algılanan Sosyal Destek-Anlamlı Kişi puanları yükselmiştir.

Araştırmada elde edilen veriler doğrultusunda yapılan korelasyon analizi sonucu katılımcıların 'Tedavi sürecinde sosyal destek aldınız mı?' ile 'Tedavi sonrası sosyal çevre destek verdi mi?' ($r = .629, p < .001$), 'Tedavi sürecinde sosyal destek aldınız mı?' değişkeni ile Hastalık Tekrarı değişkeni ($r = -.228, p < .05$), Algılanan Sosyal Destek-Anlamlı Kişi ($r = -.234, p < .05$), Algılanan Sosyal Destek Arkadaş ($r = -.244, p < .05$), Algılanan Sosyal Destek-Toplam ($r = -.264, p < .05$), 'Tedavi sürecinde maddi güçlük yaşadınız mı?' ($r = -.233, p < .05$) arasında negatif yönlü bir korelasyon tespit edilmiştir. Tedavi sürecinde sosyal destek alma durumu arttığında, hastalık tekrar oranı düşmüş, Algılanan Sosyal Destek- Anlamlı Kişi/Arkadaş ve Algılanan Sosyal Destek-Toplam puanları düşmüştür.

Araştırmada elde edilen veriler doğrultusunda yapılan korelasyon analizi sonucu katılımcıların 'Tedavi sonrası sosyal çevre destek verdi mi?' değişkeni ile Algılanan Sosyal Destek Aile ($r = -.261, p < .05$) arasında negatif yönlü bir korelasyon tespit edilmiştir. Tedavi sonrası sosyal çevre desteği arttıkça Algılanan Sosyal Destek-Aile ölçeği puanları düşmüştür.

Yapılan araştırma sonucuna göre Ebeveynlerin Stress, Anksiyete ve Depresyon düzeyleri arasında hem anlamlı seviyede hem de oldukça yüksek oranda korelatif ilişkiler mevcuttur. Stres düzeyi ile Anksiyete arasında 0.85'lik ilişkinin varlığı bize güçlü pozitif ilişkinin olduğunu göstermektedir. Benzer şekilde Stres

düzeıı ile Depresyon düzeıı arasında da 0.80'lık anlamlı pozitif güçlü bir ilişki bulunmaktadır. Depresyon ile Anksiyete arasında ise sınırda kalmakla beraber 0,69'luk pozitif orta seviyede bir ilişki mevcuttur. Araştırmanın korelasyon katsayılarına ait bulgular Tablo 6'da gösterilmiştir.

Tablo 5. Değişkenler Arası Korelasyonlar

Değişkenler	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33
1.Çocuğun Tedavi Devamı	1	,039	,090	,077	,148	,099	,309**	,095	,054	,007	,040	,100	,002	,079	,001	,174	,250'	,139	,078	,254'	,065	,220	,220	,025	,266'	,174	,225	,114	,135	,139	,239*	,171	
2. Çocuğun Kemik İliği Nakil Senesi	,039	1	,533**	,119	,017	,316**	,109	,121	,086	,053	,059	,164	,160	,064	,170	,390**	,146	,042	,153	,030	,057	,158	,092	,116	,008	,073	,006	,101	,011	,050	-,104	,020	-,041
3.Çocuğun Yatış Süresi Durumu	,090	,533**	1	,098	,072	,169	,032	,080	,065	,094	,159	,193	,275*	,109	,100	,011	,041	,020	,106	,103	,013	,005	,081	,038	,074	,125	,017	,096	,041	,076	,075	-,040	,018
4. Tekrarlı Yatış Durumu	,077	,119	,098	1	,868**	,302'	,167	,027	,107	,184	,155	,210	,152	,009	,068	,060	,108	,026	,161	,266	,146	,199	,245	,216	,290	,151	,019	,068	,042	,113	,044	,035	,030
5. Taburcu Sonrası Yatış	,148	,017	,072	,868**	1	,195	,262'	,146	,022	,046	,026	,031	,019	,047	,073	,024	,107	,094	,159	,098	,003	,022	,024	,002	,123	,075	,129	,218	,089	,174	,127	,104	,126
6. GVHD Durumu	-,099	,316**	,169	,302'	,195	1	,268*	,070	,067	,037	,052	,233*	,176	,005	,016	,118	,103	,009	,027	,183	,039	,068	,004	,041	,192	,230'	,191	,153	,173	,165	,242'	,282'	,247'
7. Hastalık Tekrar Durumu	,309**	,109	,032	,167	,262'	,268*	1	,104	,046	,108	,030	,010	0,000	,089	,065	0,000	,101	,078	,228*	,157	,173	,124	,077	,061	,191	,035	,055	,002	,024	,099	-,036	-,089	-,058
8. Katılımcı Ebeveyn Eğitim Durumu	-,095	,121	,080	,027	,146	,070	,104	1	,041	,017	,014	,249'	,101	,024	,035	,046	,014	,027	,099	,048	,003	,073	,031	,036	,061	,012	,011	,061	,042	,007	-,059	,039	-,004
9. Çocuğun Yaşı	-,054	,086	,065	,107	,022	,067	,046	,041	1	,798**	,624**	,044	,389**	,161	,164	,158	,015	,106	,001	,044	,192	,159	,146	,195	,017	,059	,083	,054	,115	,044	-,047	,086	,039
10. Çocuğun Eğitim Durumu	-,007	,053	,094	,184	,046	,037	,108	,017	,798**	1	,712**	,014	,413**	,011	,089	,025	,017	,075	,117	,135	,144	,137	,166	,176	,021	,046	,090	,008	,060	,008	-,093	,074	-,003
11. Katılımcı Ebeveyn Yaş Durumu	,040	,059	,159	,155	,026	,052	,030	,014	,624**	,712**	1	,072	,470**	,064	,198	,156	,026	,160	,027	,058	,091	,156	,045	,109	,078	,025	,015	,068	,086	,147	-,251*	-,046	-,155
12. Katılımcı Ebeveyn	,100	,164	,193	,210	,031	,233'	,010	,249'	,044	,014	,072	1	,249'	,180	,219	,007	,048	,204	,088	,026	,101	,090	,098	,113	,406**	,220	,219	,181	,298**	,154	,188	,260*	,248*

22. ASD Aile	,065	,158	,005	,199	,022	,068	,124	,073	,159	,137	,156	,090	,207	,092	,100	,117	,154	,123	,197	,261	,480	1	,506	,748	,092	,318	,143	,272	,083	,111	-,134	,097	-,060
23. ASD Arkadaş	,220	,092	,081	,245	,024	,004	,077	,031	,146	,166	,045	,098	,149	,005	,018	,043	,174	,022	,244	,079	,778	,506	1	,908	,222	,151	,113	,123	,038	,028	-,053	,084	,009
24. ASD-Toplam	,220	,116	,038	,216	,002	,041	,061	,036	,195	,176	,109	,113	,214	,106	,048	,047	,224	,034	,264	,178	,897	,748	,908	1	,251	,239	,161	,193	,001	,077	-,065	,135	,005
25. Sosyal Ağ-Toplam	-,025	,008	,074	,290	,123	,192	,191	,061	,017	,021	,078	,406	,190	,100	,168	,046	,034	,184	,240	,226	,311	,092	,222	,251	1	,372	,275	,305	,229	,305	-,316	,324	,320
26. Depresyon	,266	,073	,125	,151	,075	,230	,035	,012	,059	,046	,025	,220	,174	,093	,145	,014	,100	,019	,157	,107	,167	,318	,151	,239	,372	1	,706	,820	,653	,636	,730	,643	,731
27. Anksiyete	,174	,006	,017	,019	,129	,191	,055	,011	,083	,090	,015	,219	,134	,084	,194	,046	,094	,055	,160	,067	,160	,143	,113	,161	,275	,706	1	,845	,669	,616	,563	,614	,653
28. Stres	,225	,101	,096	,068	,218	,153	,002	,061	,054	,008	,068	,181	,101	,006	,163	,049	,122	,103	,196	,184	,121	,272	,123	,193	,305	,820	,845	1	,677	,644	,672	,655	,717
29. Yeniden Yaşantılama TSSBFAK1	,114	,011	,041	,042	,089	,173	,024	,042	,115	,060	,086	,298	,040	,096	,100	,056	,123	,038	,026	,009	,033	,083	,038	,001	,229	,653	,669	,677	1	,841	,785	,825	,916
30. Kaçınma TSSBFAK2	,135	,050	,076	,113	,174	,165	,099	,007	,044	,008	,147	,154	,041	,021	,147	,114	,053	,148	,021	,004	,067	,111	,028	,077	,305	,636	,616	,644	,841	1	,840	,749	,894
31. Olumsuz Değerlendirme TSSBFAK3	,139	,104	,075	,044	,127	,242	,036	,059	,047	,093	,251	,188	,020	,127	,186	,058	,029	,169	,122	,137	,006	,134	,053	,065	,316	,730	,563	,672	,785	,840	1	,806	,948
32. Aşırı Uyarılma TSSKFAK4	,239	,020	,040	,035	,104	,282	,089	,039	,086	,074	,046	,260	,009	,035	,257	,003	,191	,015	,026	,035	,165	,097	,084	,135	,324	,643	,614	,655	,825	,749	,806	1	,924
33. TSSB-Toplam	,171	,041	,018	,030	,126	,247	,058	,004	,039	,003	,155	,248	,008	,042	,196	,051	,106	,092	,068	,071	,053	,060	,009	,005	,320	,731	,653	,717	,916	,894	,948	,924	1

4.4. Değişkenlerin Demografik ve Tedavi Özellikleri Değişkenlerine göre Karşılaştırılması

Çalışmanın araştırma soruları doğrultusunda tedavinin devam edip etmeme durumu, tekrarlı yatış ve taburcu sonrası yatışın olup olmama durumu, GVHD Durumu, Hastalık Tekrar Durumu, Çocuk Cinsiyeti, Ebeveyn Çalışma Durumu, Eş Çalışma Durumu, Ebeveyn Medeni Durumu, Tedavi Sürecinde Yer Değiştirme Durumu, Tedavi Sürecinde Sosyal Destek Alma ve Tedavi Sonrasında Sosyal Destek Alma bağımsız değişkenlerine göre bağımlı değişkenler Alınan Sosyal Destek, Aileden/Arkadaştan/Anlamli Diğer Kişiden Algılanan Sosyal Destek, Toplam Algılanan Sosyal Destek, Depresyon, Anksiyete, Stres, TSSB Ölçeği alt boyutlarından Yeniden Yaşantılama, Kaçınma, Olumsuz Değerlendirme, Aşırı Uyarılma ve TSSB-Toplam düzeylerinin farklılaşıp farklılaşmadığını anlamak amacıyla ortalamalar karşılaştırılmıştır. Ortalamaların karşılaştırılması için T-Testi kullanılmıştır

Tedavinin devam edip etmeme koşuluna göre Alınan Sosyal Destek, Aileden/Arkadaştan/Anlamli Diğer Kişiden Algılanan Sosyal Destek, Toplam Algılanan Sosyal Destek, Depresyon, Anksiyete, Stres, TSSB ölçeğinin alt boyutlarından Yeniden Yaşantılama, Kaçınma, Olumsuz Değerlendirme, Aşırı Uyarılma ve TSSB-Toplam düzeylerinin ortalamaları Bağımsız Gruplar için T-Testi ile karşılaştırılmıştır. Sonuçlara göre Tedavi Devam durumu bağımsız değişkeni, Algılanan Sosyal Destek Anlamli Kişi ölçeği için 'Evet' ortalaması (17,32), SS(7,7) 'Hayır' ortalaması (12,8), SS(8,4). Tedavi Devam Durumu bağımsız değişkeni Algılanan Sosyal Destek-Anlamli Kişi ölçeği arasında anlamlı fark bulunmuştur ($t(70) = -2.1, p < .05$). Depresyon ölçeği arasında anlamlı fark bulunmuştur ($t(70) = -2.3, p < .05$). Sonuç olarak tedavi durumu devam ettikçe depresyon durumu ($X = 7,3, ss = 4.6$) tedavi durumunun devam etmediği koşula göre ($X = 4,7, ss = 7,3$) anlamlı şekilde artış göstermektedir. Tedavi Devam durumu TSSB-Aşırı Uyarılma arasında anlamlı fark bulunmuştur ($t(70) = -2.05, p < .05$). Tedavi Devam durumu devam etme koşulunda TSSB-Aşırı Uyarılma seviyesi ($X = 13,1, ss = 6,1$) tedavinin sonlandığı duruma kıyasla ($X = 10, ss = 6,1$) anlamlı şekilde daha yüksektir.

Tablo 6. Tedavi Devam Durumuna Göre Bağımlı Değişkenlerin Karşılaştırılması

Değişkenler		N	Ort	SS	t	p
	Çocuğun Tedavi Devam Durumu					
ASD-Anlamlı Kişi	Evet	22	12,81	8,48	-2,19	.03
	Hayır	50	17,32	7,78		
ASD-Aile	Evet	22	21,86	7,44	-.54	.58
	Hayır	50	22,80	6,43		
ASD-Arkadaş	Evet	22	15,54	9,60	-1,89	.06
	Hayır	50	19,56	7,66		
ASD-Toplam	Evet	22	50,22	22,42	-1,88	.06
	Hayır	50	59,68	18,26		
Sosyal Ağ- Toplam	Evet	22	12,27	5,96	.21	.83
	Hayır	50	11,94	6,24		
Depresyon	Evet	22	4,77	3,59	-2,31	.02
	Hayır	50	7,36	4,66		
Anksiyete	Evet	22	4,54	5,17	-1,47	.14
	Hayır	50	6,50	5,17		
Stres	Evet	22	6,09	4,66	-1,93	.05
	Hayır	50	8,42	4,73		
	Evet	22	9,95	5,66	-.95	.34

TSSB-Yeniden Yaşantılama	Hayır	50	11,22	4,94		
TSSB-Kaçınma	Evet	22	3,54	2,24	-1,141	.25
	Hayır	50	4,18	2,14		
TSSB-Olumsuz Değerlendirme	Evet	22	14,45	8,43	-1,1	.24
	Hayır	50	17,16	9,26		
TSSB-Aşırı Uyarılma	Evet	22	10,00	6,14	-2,05	.04
	Hayır	50	13,14	5,89		
TSSB-Toplam	Evet	22	37,95	21,37	-1,45	.15
	Hayır	50	45,70	20,57		

Tekrarlı Yatış bağımsız değişkeni, Alınan Sosyal Destek, Aileden, Arkadaştan, Anlamlı Diğer Kişisen Algılanan Sosyal Destek, Toplam Algılanan Sosyal Destek, Depresyon, Anksiyete, Stres, TSSB ölçeğinin alt boyutlarından Yeniden Yaşantılama, Kaçınma, Olumsuz Değerlendirme, Aşırı Uyarılma ve TSSB-Toplam düzeylerinin ortalamaları Bağımsız Gruplar için T-Testi ile karşılaştırılmıştır. Sonuçlara göre tekrarlı yatış bağımsız değişkeni ile diğer değişkenler arası anlamlı fark bulunamamıştır.

Tablo 7. Tekrarlı Yatış Durumuna Göre Bağımlı Değişkenlerin Karşılaştırılması

Değişkenler		N	Ort	SS	t	p
	Çocuğun Tekrarlı Yatış Durumu					
ASD-Anlamlı Kişi	Yok	22	13,77	8,83	-.94	.34
	Var	21	16,19	7,85		

AS- Aile	Yok	22	20,40	8,48	-1,30	.20
	Var	21	23,23	5,34		
ASD-Arkadaş	Yok	22	14,36	9,10	-1,62	.11
	Var	21	18,47	7,41		
ASD-Toplam	Yok	22	48,54	24,68	-1,41	.16
	Var	21	57,90	17,95		
Sosyal Ağ-Toplam	Yok	22	10,72	6,58	-1,94	.05
	Var	21	14,71	6,89		
Depresyon	Yok	22	7,09	5,17	.97	.33
	Var	21	5,80	3,12		
Anksiyete	Yok	22	5,59	5,83	-.12	.90
	Var	21	5,80	5,70		
Stres	Yok	22	7,36	5,52	-.43	.66
	Var	21	8,04	4,69		
TSSB-Yeniden Yaşantılama	Yok	22	10,72	5,92	.26	.79
	Var	21	10,28	4,78		
TSSB-Kaçınma	Yok	22	3,68	2,33	-.72	.47
	Var	21	4,19	2,24		
TSSB-Olumsuz Değerlendirme	Yok	22	15,68	10,30	-.28	.47
	Var	21	16,47	7,86		
TSSB-Aşırı Uyarılma	Yok	22	11,31	6,72	-.22	.82
	Var	21	11,76	6,09		

TSSB-Toplam	Yok	22	41,40	24,36	-.19	.84
	Var	21	42,71	19,58		

Taburcu Sonrası Yatış bağımsız değişkeni, Alınan Sosyal Destek, Aileden,/Arkadaştan/Anlamlı Diğer Kişiden Algılanan Sosyal Destek, Toplam Algılanan Sosyal Destek, Depresyon, Anksiyete, Stres, TSSB ölçeğinin alt boyutlarından Yeniden Yaşantılama, Kaçınma, Olumsuz Değerlendirme, Aşırı Uyarılma ve TSSB-Toplam düzeylerinin ortalamaları Bağımsız Gruplar için T-Testi ile karşılaştırılmıştır. Sonuçlara göre Taburcu Sonrası Yatış bağımsız değişkeni ile diğer değişkenler arasında anlamlı fark bulunamamıştır.

Tablo 8. Taburcu Sonrası Yatış Durumuna Göre Bağımlı Değişkenlerin Karşılaştırılması

Değişkenler		N	Ort	SS	t	p
	Çocuğun Taburcu Sonrası Yatış Durumu					
ASD-Anlamlı Kişi	Yok	38	15,71	8,38	.02	.98
	Var	33	15,66	7,70		
ASD-Aile	Yok	38	22,44	7,51	.18	.85
	Var	33	22,15	6,16		
ASD-Arkadaş	Yok	38	17,92	9,26	-.20	.84
	Var	33	18,33	7,65		
ASD-Toplam	Yok	38	56,07	22,40	-.01	.98
	Var	33	56,15	17,59		

Sosyal Ağ Toplam	Yok	38	11,60	6,96	-1,03	.30
	Var	33	13,24	6,28		
Depresyon	Yok	38	5,94	4,62	-.62	.53
	Var	33	6,60	4,20		
Anksiyete	Yok	38	5,05	4,95	-1,08	.28
	Var	33	6,39	5,48		
Stres	Yok	38	6,52	4,60	-1,85	.06
	Var	33	8,60	4,82		
TSSB-Yeniden Yaşantılama	Yok	38	10,18	5,58	-.73	.46
	Var	33	11,09	4,60		
TSSB-Kaçınma	Yok	38	3,60	2,27	-1,46	-.14
	Var	33	4,36	2,04		
TSSB-Olumsuz Değerlendirme	Yok	38	14,94	9,66	-1,06	.28
	Var	33	17,21	7,96		
TSSB-Aşırı Uyarılma	Yok	38	11,21	6,48	-.86	.38
	Var	33	12,51	6,09		
TSSB-Toplam	Yok	38	39,94	22,42	-1,05	.29
	Var	33	45,18	18,99		

GVHD bağımsız değişkeni, Alınan Sosyal Destek, Aileden/Arkadaştan/Anlamlı Diğer Kişiden Algılanan Sosyal Destek, Toplam Algılanan Sosyal Destek, Depresyon, Anksiyete, Stres, TSSB ölçeğinin alt boyutlarından Yeniden Yaşantılama, Kaçınma, Olumsuz Değerlendirme, Aşırı

Uyarılma ve TSSB-Toplam düzeylerinin ortalamaları Bağımsız Gruplar için T-Testi ile karşılaştırılmıştır. Sonuçlara göre Depresyon ölçeği için ‘pozitif’ X (5,3), SS(3,6) ‘negatif’ X (7,4), SS(4,9). GVHD bağımsız değişkeni, Depresyon ölçeği arasında anlamlı fark bulunmuştur ($t(72) = -2.0, p < .05$). Sonuç olarak GVHD olduğunda depresyon artmıştır. GVHD bağımsız değişkeni, TSSB-Olumsuz Değerlendirme için ‘pozitif’ X(13,7), SS(7,9) ‘negatif’ X(18,1), SS(9,3). Bağımsız Gruplar için T-Test analizi sonuçlarına göre GVHD bağımsız değişkeni ile TSSB-Olumsuz Değerlendirme ölçeği arasında anlamlı fark bulunmuştur ($t(72) = -2.1, p < .05$). Sonuç olarak GVHD olduğunda TSSB-Olumsuz Değerlendirme artmıştır. GVHD bağımsız değişkeni, TSSB-Aşırı Uyarılma için ‘pozitif’ X(10), SS(5,4) ‘negatif’ X (13,5), SS(6,5). Bağımsız Gruplar için T-Test analizi sonuçlarına göre GVHD bağımsız değişkeni, TSSB-Aşırı Uyarılma ölçeği arasında anlamlı fark bulunmuştur ($t(72) = -2.4, p < .05$). Sonuç olarak GVHD olmadığında TSSB-Aşırı Uyarılma puanları azalmıştır. GVHD bağımsız değişkeni, TSSB-Toplam için ‘pozitif’ X(36,9), SS(17,7) ‘negatif’ X(47,3), SS(22,4). Bağımsız Gruplar için T-Test analizi sonuçlarına göre GVHD bağımsız değişkeni, TSSB-Toplam arasında anlamlı fark bulunmuştur ($t(72) = -2.1, p < .05$). Sonuç olarak GVHD olduğunda TSSB Ölçeğindeki puanlar GVHD olmama durumuna göre artmıştır.

Tablo 9. GVHD Bağımsız Değişkenine Göre Bağımlı Değişkenlerin Karşılaştırılması

Değişken		N	Ort	SS	t	p
	Çocuğun GVHD Durumu					
ASD Anlamlı Kişi	Pozitif	32	15,53	8,50	-.32	.74
	Negatif	42	16,16	8,08		
ASD-Aile	Pozitif	32	21,75	7,47	-.58	-.56
	Negatif	42	22,69	6,44		
	Pozitif				-.03	.97

AS- Arkadaş	Negatif	32	18,12	8,64		
ASD-Toplam	Pozitif	42	18,19	8,29	-.34	.73
	Negatif	32	55,40	21,06		
Sosyal Ağ-Toplam	Pozitif	42	57,04	19,62	1.65	.10
	Negatif	32	13,71	7,30		
Depresyon	Pozitif	42	11,21	5,71	-2.00	.04
	Negatif	32	5,34	3,67		
Anksiyete	Pozitif	42	7,42	4,93	-1.64	.10
	Negatif	32	4,59	4,32		
Stres	Pozitif	42	6,57	5,64	-1.31	.19
	Negatif	32	6,81	4,18		
TSSB-Yeniden Yaşantılama	Pozitif	42	8,28	5,18	-1.49	-.13
	Negatif	32	9,59	4,32		
TSSB-Kaçınma	Pozitif	42	11,40	5,71	-1.42	-.15
	Negatif	32	3,56	2,07		
TSSB-Olumsuz Değerlendirme	Pozitif	32	13,78	7,94	-2.11	-.03
	Negatif	42	18,11	9,30		
TSSB-Aşırı uyarılma	Pozitif	32	10,00	5,43	-2.49	.01
	Negatif	42	13,54	6,50		
	Pozitif	32	36,93	17,72	-2.16	.034

TSSB-Toplam	Negatif	42	47,35	22,42		
--------------------	---------	----	-------	-------	--	--

Hastalık Tekrarı bağımsız değişkeni, Alınan Sosyal Destek, Aileden/Arkadaştan/Anlamli Diğer Kişiden Algılanan Sosyal Destek, Toplam Algılanan Sosyal Destek, Depresyon, Anksiyete, Stres, TSSB Ölçeğinin alt boyutlarından Yeniden Yaşantılama, Kaçınma, Olumsuz Değerlendirme, Aşırı Uyarılma ve TSSB-Toplam düzeylerinin ortalamaları Bağımsız Gruplar için T-Testi ile karşılaştırılmıştır Bağımsız Gruplar için T-Test analizleri sonucu Hastalık Tekrarı bağımsız değişkeni ile bağımlı değişkenler arasında anlamlı fark bulunamamıştır.

Tablo 10. Hastalık Tekrarına Göre T-Test Sonuçları

Değişken		N	Ort	SS	t	p
	Çocuğun Hastalık Tekrarı Durumu					
ASD-Anlamli Kişi	Yok	52	15,00	8,45	-1.50	-.13
	Var	23	18,04	7,20		
ASD-Aile	Yok	52	22,86	6,78	1,06	.29
	Var	23	21,04	6,91		
ASD-Arkadaş	Yok	52	17,86	8,81	-.66	.51
	Var	23	19,26	7,50		

ASD-Toplam	Yok	52	55,73	21,21	-.51	.60
	Var	23	58,34	17,50		
Sosyal Ağ-Toplam	Yok	52	11,40	5,74	-1.66	.10
	Var	23	14,08	7,79		
Depresyon	Yok	52	6,40	4,61	-.29	.76
	Var	23	6,73	4,32		
Anksiyete	Yok	52	5,96	5,33	.47	.63
	Var	23	5,34	4,84		
Stres	Yok	52	7,63	5,11	-.01	.98
	Var	23	7,65	3,99		
TSSB-Yeniden Yaşantılama	Yok	52	10,75	5,40	.20	.83
	Var	23	10,47	4,77		
TSSB-Kaçınma	Yok	52	4,11	2,19	.85	.39
	Var	23	3,65	2,12		
TSSB-Olumsuz Değerlendirme	Yok	52	16,42	9,14	.30	.76
	Var	23	15,73	8,46		
	Yok	52	12,32	6,48	.76	.44

TSSB-Aşırı Uyarılma	Var	23	11,13	5,74		
TSSB-Toplam	Yok	52	43,61	21,54	.49	.62
	Var	52	4,11	2,19		

Çocuk Cinsiyeti bağımsız değişkeni, Alınan Sosyal Destek, Aileden/Arkadaştan/Anlamli Diğer Kişiden Algılanan Sosyal Destek, Toplam Algılanan Sosyal Destek, Depresyon, Anksiyete, Stres, TSSB Ölçeğinin alt boyutlarından Yeniden Yaşantılama, Kaçınma, Olumsuz Değerlendirme, Aşırı Uyarılma ve TSSB-Toplam düzeylerinin ortalamaları bağımsız gruplar için T-Testi ile karşılaştırılmıştır. Çocuk Cinsiyeti bağımsız değişkeni, Algılanan Sosyal Destek-Arkadaş için ‘kız’ X (15,7), SS(8,6) ‘erkek’ ortalaması (19,9), SS(8,0). Bağımsız Gruplar için T-Test analizi sonuçlarına göre Çocuk Cinsiyeti bağımsız değişkeni ile Algılanan Sosyal Destek-Arkadaş arasında anlamlı fark bulunmuştur ($t(71) = -2.1, p < .05$). Sonuç olarak çocuk cinsiyeti erkek olduğunda Algılanan Sosyal Destek-Arkadaş Ölçeği puanları çocuk cinsiyeti kız olanlara göre fazladır. Çocuk Cinsiyeti bağımsız değişkeni, Algılanan Sosyal Destek Toplam için ‘kız’ X (50,4), SS(21,5) ‘erkek’ ortalaması (60,4), SS(18,3). Bağımsız Gruplar için T-Test analizi sonuçlarına göre Çocuk Cinsiyeti bağımsız değişkeni, Algılanan Sosyal Destek-Toplam arasında anlamlı fark bulunmuştur ($t(71) = -2.1, p < .05$). Sonuç olarak çocuk cinsiyeti erkek olduğunda Algılanan Sosyal Destek-Toplam Ölçeği puanları çocuk cinsiyeti kız olma durumuna göre daha fazladır.

Tablo 11. Cinsiyet Bağımsız Değişkenine Göre Bağımlı Değişkenlerin Karşılaştırılması

Değişkenler		N	Ort	SS	t	p
-------------	--	---	-----	----	---	---

	Çocuğun Cinsiyeti					
ASD-Anlamalı Kişi	Kız	29	14,03	7,85	-1.67	.09
	Erkek	44	17,22	8,05		
ASD-Aile	Kız	29	20,72	8,24	-1.52	.13
	Erkek	44	23,22	5,75		
ASD-Arkadaş	Kız	29	15,72	8,61	-2.15	.03
	Erkek	44	19,97	8,00		
ASD-Toplam	Kız	29	50,48	21,52	-2.11	.03
	Erkek	44	60,4	18,30		
Sosyal Ağ-Toplam	Kız	29	11,44	7,02	-.81	.42
	Erkek	44	12,72	6,30		
Depresyon	Kız	29	7,62	4,58	1.68	.09
	Erkek	44	5,8	4,41		
Anksiyete	Kız	29	6,34	5,27	.65	.51
	Erkek	44	5,52	5,20		
Stres	Kız	29	8,31	5,22	.87	.38
	Erkek	44	7,29	4,55		
TSSB-Yeniden Yaşantılama	Kız	29	10,86	4,94	.16	.87
	Erkek	44	10,65	5,43		
TSSB-Kaçınma	Kız	29	4,03	2,04	.23	.81
	Erkek	44	3,90	2,31		

TSSB- Olumsuz Değerlendirme	Kız	29	17,31	8,55	.860	.39
	Erkek	44	15,4	9,31		
TSSB-Aşırı Uyarılma	Kız	29	12,68	6,22	.78	.43
	Erkek	44	11,50	6,39		
TSSB-Toplam	Kız	29	44,89	20,25	.66	.50
	Erkek	44	41,52	21,82		

Ebeveyn Medeni durum bağımsız değişkeni, Alınan Sosyal Destek, Aileden/Arkadaştan/Anlamli Diğer Kişiden Algılanan Sosyal Destek, Toplam Algılanan Sosyal Destek, Depresyon, Anksiyete, Stres, TSSB Ölçeğinin alt boyutlarından Yeniden Yaşantılama, Kaçınma, Olumsuz Değerlendirme, Aşırı Uyarılma ve TSSB-Toplam düzeylerinin ortalamaları Bağımsız Gruplar için T-Testi ile karşılaştırılmıştır. Ebeveyn Medeni Durum bağımsız değişkeni, Algılanan Sosyal Destek-Aile için 'evli' X(22,8), SS(6,5) 'bekar' X(13), SS(8,2). Bağımsız Gruplar için T-Testi analizi sonuçlarına göre Ebeveyn Medeni Durumu bağımsız değişkeni, Algılanan Sosyal Destek-Aile arasında anlamlı fark bulunmuştur ($t(71)= 2.9, p<.05$). Sonuç olarak Algılanan Sosyal Destek-Aile Ölçeğindeki evli katılımcıların puanları bekar olanlara göre daha fazladır. Ebeveyn Medeni Durum bağımsız değişkeni, Algılanan Sosyal Destek-Toplam için 'evli' X(57,7), SS(19,5) 'bekar' X (37), SS(22). Bağımsız Gruplar için T-Testi analizi sonuçlarına göre Ebeveyn Medeni Durumu bağımsız-değişkeni, Algılanan Sosyal Destek-Toplam arasında anlamlı fark bulunmuştur ($t(71)= 2.04, p<.05$). Sonuç olarak Algılanan Sosyal Destek-Toplam Ölçeğindeki evli katılımcıların puanları bekar olanlara göre daha fazladır.

Tablo 12. Ebeveyn Medeni Durumu Bağımsız Değişkenine Göre Bağımlı Değişkenlerin Karşılaştırılması

Değişkenler		N	Ort	SS	t	p
-------------	--	---	-----	----	---	---

	Ebeveyn Medeni Durum					
ASD-Anlamalı Kişi	Evli	69	16,24	8,14	1.14	.25
	Bekar	4	11,50	6,60		
ASD-Aile	Evli	69	22,84	6,50	2.90	.00
	Bekar	4	13,00	8,28		
ASD-Arkadaş	Evli	69	18,66	8,39	1.43	.15
	Bekar	4	12,50	8,06		
ASD-Toplam	Evli	69	57,75	19,58	2.04	.04
	Bekar	4	37,00	22,01		
Sosyal Ağ-Toplam	Evli	69	12,59	6,56	1.44	.15
	Bekar	4	7,75	4,85		
Depresyon	Evli	69	6,37	4,44	-1.23	.22
	Bekar	4	9,25	6,07		
Anksiyete	Evli	69	5,73	5,03	-.46	.64
	Bekar	4	7,00	8,83		
Stres	Evli	69	7,57	4,65	-.57	-.57
	Bekar	4	9,00	8,04		
TSSB-Yeniden Yaşantılama	Evli	69	10,59	5,19	-.71	.47
	Bekar	4	12,50	5,06		
	Evli	69	3,97	2,11	-.47	.63

TSSB-Kaçınma	Bekar	4	4,50	3,31		
TSSB-Olumsuz Değerlendirme	Evli	69	16,23	8,54	-.33	.74
	Bekar	4	17,75	14,43		
TSSB-Aşırı Uyarılma	Evli	69	11,76	6,29	-.76	.45
	Bekar	4	14,25	7,41		
TSSB-Toplam	Evli	69	42,56	20,58	-.59	.55
	Bekar	4	49,00	29,49		

Çalışma Durumu bağımsız değişkeni, Alınan Sosyal Destek, Aileden/Arkadaştan/Anlamlı Diğer Kişiden Algılanan Sosyal Destek, Toplam Algılanan Sosyal Destek, Depresyon, Anksiyete, Stres, TSSB Ölçeğinin alt boyutlarından Yeniden Yaşantılama, Kaçınma, Olumsuz Değerlendirme, Aşırı Uyarılma ve TSSB-Toplam düzeylerinin ortalamaları Bağımsız Gruplar için T-Testi ile karşılaştırılmıştır. Çalışma durumu bağımsız değişkeni ile Sosyal Ağ-Toplam için ‘evet’ $X(16,1)$, $SS(8,04)$ ‘hayır’ $X(10,4)$, $SS(4,88)$. Bağımsız Gruplar için T-Test analizi sonuçlarına göre Çalışma Durumu bağımsız değişkeni ile Sosyal Ağ-Toplam arasında anlamlı fark bulunmuştur ($t(72) = -3.7$, $p < .05$). Sonuç olarak Sosyal Ağ-Toplam Ölçeğinde çalışan katılımcıların ortalama puanları çalışmayanların ortalamasına göre daha fazladır. Çalışma Durumu bağımsız değişkeni ile TSSB-Toplam için ‘evet’ $X(35,4)$, $SS(19,2)$ ‘hayır’ $X(46,5)$, $SS(20,8)$. Bağımsız Gruplar için T-Test analizi sonuçlarına göre Çalışma Durumu bağımsız değişkeni ile TSSB-Toplam arasında anlamlı fark bulunmuştur ($t(72) = -2.1$, $p < .05$). Sonuç olarak TSSB-Toplam Ölçeğinde çalışmayan katılımcılar, çalışan katılımcılara göre anlamlı olarak daha yüksek puanlar almıştır. Çalışma Durumu bağımsız değişkeni ile TSSB-Aşırı Uyarılma için ‘evet’ $X(9,5)$, $SS(6,1)$ ‘hayır’ $X(13)$, $SS(6,11)$. Bağımsız Gruplar için T-Test analizi sonuçlarına göre Çalışma Durumu bağımsız değişkeni ile TSSB-Aşırı Uyarılma arasında anlamlı fark bulunmuştur ($t(72) = -2.2$, $p < .05$). Sonuç olarak TSSB-Aşırı Uyarılmada çalışmayan katılımcılar, çalışanlara göre anlamlı olarak daha yüksek

puanlar almıştır. Çalışma Durumu bağımsız değişkeni ile TSSB-Yeniden Yaşantılama için ‘evet’ X(8,4), SS(4,5) ‘hayır’ X (11,7), SS(5,1). Bağımsız Gruplar için T-Test analizi sonuçlarına göre Çalışma Durumu bağımsız değişkeni ile TSSB-Yeniden Yaşantılama arasında anlamlı fark bulunmuştur ($t(72) = -2.6, p < .05$). Sonuç olarak TSSB-Yeniden Yaşantılamada çalışmayan katılımcılar, çalışan katılımcılara göre anlamlı olarak daha yüksek puanlar almıştır.

Tablo 13. Ebeveyn Çalışma Bağımsız Değişkenine Göre Bağımlı Değişkenlerin Karşılaştırılması

Değişkenler		N	Ort	SS	t	p
	Ebeveynin Çalışma Durumu					
ASD-Anlamlı Kişi	Evet	23	17,04	7,70	.86	.39
	Hayır	51	15,27	8,38		
ASD-Aile	Evet	23	23,21	4,94	.77	.44
	Hayır	51	21,88	7,59		
ASD-Arkadaş	Evet	23	19,43	7,43	.83	.40
	Hayır	51	17,66	8,86		
ASD-Toplam	Evet	23	59,69	17,32	.96	.33
	Hayır	51	54,82	21,26		
Sosyal Ağ Toplam	Evet	23	16,17	8,04	3.76	.00
	Hayır	51	10,47	4,88		
Depresyon	Evet	23	5,08	3,55	-1.91	.06
	Hayır	51	7,21	4,76		

Anksiyete	Evet	23	4,13	3,91	-1.90	.06
	Hayır	51	6,56	5,54		
Stres	Evet	23	6,39	4,59	-1.56	.12
	Hayır	51	8,25	4,81		
TSSB-Yeniden Yaşantılama	Evet	23	8,47	4,55	-2.65	.01
	Hayır	51	11,78	5,13		
TSSB-Kaçınma	Evet	23	3,52	2,08	-1.32	.18
	Hayır	51	4,23	2,16		
TSSB-Olumsuz Değerlendirme	Evet	23	13,95	7,89	-1.62	.10
	Hayır	51	17,50	9,02		
TSSB-Aşırı Uyarılma	Evet	23	9,52	6,12	-2.28	.02
	Hayır	51	13,03	6,11		
TSSB-Toplam	Evet	23	35,47	19,29	-2.16	.03
	Hayır	51	46,56	20,81		

Eş Çalışma Durumu bağımsız değişkeni, alınan Alınan Sosyal Destek, Aileden/Arkadaştan/Anlamlı Diğer Kişiden Algılanan Sosyal Destek, Toplam Algılanan Sosyal Destek, Depresyon, Anksiyete, Stres, TSSB Ölçeğinin alt boyutlarından Yeniden Yaşantılama, Kaçınma, Olumsuz Değerlendirme, Aşırı Uyarılma ve TSSB-Toplam düzeylerinin ortalamaları Bağımsız Gruplar için T-Testi ile karşılaştırılmıştır. Eş Çalışma Durumu bağımsız değişkeni ile TSSB-Aşırı Uyarılma için 'evet' X(13.2) SS(6.4), 'hayır' X(10), SS(5.5). Bağımsız gruplar için T-Test analizi sonuçlarına göre Eş Çalışma Durumu bağımsız değişkeni ile TSSB-Aşırı Uyarılma arasında anlamlı fark bulunmuştur ($t(72) = -2.2, p < .05$). Sonuç olarak TSSB-

Aşırı Uyarılmada eşi çalışan katılımcılar eşi çalışmayan katılımcılara göre anlamlı olarak daha fazla puan almışlardır.

Tablo 14. Ebeveyn Eş Çalışma Bağımsız Değişkenine Göre Bağımlı Değişkenlerin Karşılaştırılması

Değişkenler		N	Ort	SS	t	p
	Ebeveynin Eş Çalışma Durumu					
ASD-Anlamlı Kişi	Evet	44	15,93	8,06	.13	.89
	Hayır	30	15,66	8,45		
ASD-Aile	Evet	44	22,86	6,67	.85	.39
	Hayır	30	21,46	7,20		
ASD-Arkadaş	Evet	44	18,34	8,65	.15	.87
	Hayır	30	18,03	8,26		
ASD-Toplam	Evet	44	57,13	20,33	.41	.68
	Hayır	30	55,16	20,12		
Sosyal Ağ-Toplam	Evet	44	11,34	5,89	-1.44	.15
	Hayır	30	13,56	7,30		
Depresyon	Evet	44	7,09	4,80	1.24	.21
	Hayır	30	5,76	3,98		
Anksiyete	Evet	44	6,63	5,68	1.67	.09
	Hayır	30	4,60	4,17		

Stres	Evet	44	8,31	5,30	1.4	.16
	Hayır	30	6,73	3,81		
TSSB-Yeniden Yaşantılama	Evet	44	11,18	5,43	.856	.39
	Hayır	30	10,13	4,75		
TSSB-Kaçınma	Evet	44	4,27	2,31	1.25	.21
	Hayır	30	3,63	1,86		
TSSB-Olumsuz Değerlendirme	Evet	44	17,75	9,45	1.61	.11
	Hayır	30	14,43	7,44		
TSSB-Aşırı Uyarılma	Evet	44	13,27	6,49	2.25	.02
	Hayır	30	10,00	5,53		
TSSB-Toplam	Evet	44	46,47	22,22	1.29	.09
	Hayır	30	38,20	17,95		

Tedavi İçin Şehir Değiştirdiniz mi? bağımsız değişkeni, Alınan Sosyal Destek, Aileden/Arkadaştan/Anlamlı Diğer Kişiden Algılanan Sosyal Destek, Toplam Algılanan Sosyal Destek, Depresyon, Anksiyete, Stres, TSSB Ölçeğinin alt boyutlarından Yeniden Yaşantılama, Kaçınma, Olumsuz Değerlendirme, Aşırı Uyarılma ve TSSB-Toplam düzeylerinin ortalamaları Bağımsız Gruplar için T-Testi ile karşılaştırılmıştır. Bağımsız Gruplar için T-Test analizleri sonucu ‘Tedavi için şehir değiştirdiniz mi?’ bağımsız değişkenine göre bağımlı değişkenler arasında anlamlı fark bulunamamıştır.

Tablo 15. Tedavi İçin Yaşanılan Yer Değiştirme Bağımsız Değişkene Göre Bağımlı Değişkenlerin Karşılaştırılması

Değişkenler		N	Ort	SS	t	p
	Tedavi İçin Şehir Değiştirme Durumu					
ASD-Anlamalı Kişi	Evet	64	16,39	8,14	1.52	.13
	Hayır	10	12,20	7,77		
ASD-Aile	Evet	64	22,54	6,87	.78	.43
	Hayır	10	20,70	7,07		
ASD-Arkadaş	Evet	64	18,23	8,23	.04	.96
	Hayır	10	18,10	10,18		
ASD-Toplam	Evet	64	57,17	20,08	.90	.37
	Hayır	10	51,00	20,67		
Sosyal Ağ-Toplam	Evet	64	12,50	6,60	.85	.39
	Hayır	10	10,60	6,25		
Depresyon	Evet	64	6,71	4,69	.79	.43
	Hayır	10	5,50	3,02		
Anksiyete	Evet	64	5,64	4,98	-.71	.47
	Hayır	10	6,90	6,55		
Stres	Evet	64	7,68	4,88	.05	.95
	Hayır	10	7,60	4,37		
	Evet	64	10,56	5,04	-.81	.41

TSSB-Yeniden Yaşantılama	Hayır	10	12,00	6,00		
TSSB-Kaçınma	Evet	64	4,03	2,01	.17	.85
	Hayır	10	3,90	3,03		
TSSB-Olumsuz Değerlendirme	Evet	64	16,84	8,65	1.08	.28
	Hayır	10	13,60	9,61		
TSSB-Aşırı uyarılma	Evet	64	12,03	6,30	.29	.77
	Hayır	10	11,40	6,53		
TSSB-Toplam	Evet	64	43,46	20,80	.36	.72
	Hayır	10	40,90	22,28		

‘Tedavi süreci sosyal destek aldınız mı?’ bağımsız değişkeni Alınan Sosyal Destek, Aileden/Arkadaştan/Anlamlı Diğer Kişiden Algılanan Sosyal Destek, Toplam Algılanan Sosyal Destek ile ‘Tedavi sürecinde sosyal destek aldınız mı?’ bağımsız değişkeni için, Depresyon, Anksiyete, Stres, TSSB ölçeğinin alt boyutlarından Yeniden Yaşantılama, Kaçınma, Olumsuz Değerlendirme, Aşırı Uyarılma ve TSSB-Toplam düzeylerinin ortalamaları Bağımsız Gruplar için T-Testi ile karşılaştırılmıştır. Algılanan sosyal destek Anlamlı Kişi için ‘evet’ X(18,26), SS(7,5) ‘hayır’ X(11,28), SS(7,4). Bağımsız Gruplar için T-Test analizi sonuçlarına göre ‘Tedavi süreci sosyal destek aldınız mı?’ bağımsız değişkeni ile Algılanan sosyal destek Anlamlı Kişi arasında anlamlı fark bulunmuştur ($t(73)=3.7, p<.05$). Sonuç olarak Algılanan Sosyal Destek-Anlamlı Kişi Ölçeğinde sosyal destek alan kişilerin ortalama puanı sosyal destek almayanlara göre daha yüksektir. ‘Tedavi süreci sosyal destek aldınız mı?’ bağımsız değişkeni ile Algılanan Sosyal Destek-Aile için ‘evet’ X(24,08), SS(5,3) ‘hayır’ X (18,7), SS(8,1). Bağımsız Gruplar için T-Test analizi sonuçlarına göre ‘Tedavi süreci sosyal destek aldınız mı?’ bağımsız değişkeni ile Algılanan Sosyal Destek-Aile arasında anlamlı fark bulunmuştur ($t(73)=3.3, p<.05$). Sonuç olarak

Algılanan Sosyal Destek-Aile Ölçeğinde sosyal destek alan kişilerin ortalama puanı sosyal destek almayanlara göre daha yüksektir.

‘Tedavi süreci sosyal destek aldınız mı?’ bağımsız değişkeni ile Algılanan Sosyal Destek-Arkadaş için ‘evet’ $X(20,6)$, $SS(7,6)$ ‘hayır’ $X(13,6)$, $SS(8,1)$. Bağımsız Gruplar için T-Test analizi sonuçlarına göre ‘Tedavi süreci sosyal destek aldınız mı?’ bağımsız değişkeni ile Algılanan Sosyal Destek-Arkadaş arasında anlamlı fark bulunmuştur ($t(73)= 3.6$, $p<.05$). Sonuç olarak Algılanan Sosyal Destek-Arkadaş Ölçeğinde sosyal destek alan kişilerin ortalama puanı sosyal destek almayanlara göre daha yüksektir. ‘Tedavi süreci sosyal destek aldınız mı?’ bağımsız değişkeni ile Algılanan Sosyal Destek-Toplam için ‘evet’ $X(62,9)$, $SS(17,24)$ ‘hayır’ $X(43,72)$, $SS(19,43)$. Bağımsız Gruplar için T-Test analizi sonuçlarına göre ‘Tedavi süreci sosyal destek aldınız mı?’ bağımsız değişkeni ile Algılanan Sosyal Destek-Toplam arasında anlamlı fark bulunmuştur ($t(73)= 4.3$, $p<.05$). Sonuç olarak Algılanan Sosyal Destek-Toplam Ölçeğinde sosyal destek alan kişilerin ortalama puanı sosyal destek almayanlara göre daha yüksektir. ‘Tedavi süreci sosyal destek aldınız mı?’ bağımsız değişkeni ile Depresyon için ‘evet’ $X(5,76)$, $SS(3,92)$ ‘hayır’ $X(8)$, $SS(5,25)$. Bağımsız Gruplar için T-Test analizi sonuçlarına göre ‘Tedavi süreci sosyal destek aldınız mı?’ bağımsız değişkeni ile Depresyon arasında anlamlı fark bulunmuştur ($t(73)= -2.07$, $p<.05$). Sonuç olarak Depresyon Ölçeğinde sosyal destek almayan kişilerin ortalama puanı sosyal destek alanlara göre daha yüksektir.

Tablo 16. Tedavi Sürecinde Alınan Sosyal Destek Değişkenine Göre Bağımlı Değişkenlerin Karşılaştırılması

Değişkenler		N	Ort	SS	t	p
	Ebeveynin Tedavi Sürecinde Sosyal Destek Alma Durumu					
	Evet	50	18,26	7,53	3.791	.00

ASD-Anlamalı Kişi	Hayır	25	11,28	7,47		
ASD-Aile	Evet	50	24,08	5,33	3.39	.00
	Hayır	25	18,76	8,13		
ASD-Arkadaş	Evet	50	20,60	7,62	3.62	.00
	Hayır	25	13,68	8,13		
ASD-Toplam	Evet	50	62,94	17,24	4.36	.00
	Hayır	25	43,72	19,43		
Sosyal Ağ-Toplam	Evet	50	13,00	6,42	1.46	.14
	Hayır	25	10,68	6,52		
Depresyon	Evet	50	5,76	3,92	-2.0	.04
	Hayır	25	8,00	5,25		
Anksiyete	Evet	50	5,04	4,39	-1.763	.08
	Hayır	25	7,24	6,28		
Stres	Evet	50	7,00	4,09	-1.66	.10
	Hayır	25	8,92	5,78		
TSSB-Yeniden Yaşantılama	Evet	50	10,08	4,93	-1.39	.16
	Hayır	25	11,84	5,58		
TSSB-Kaçınma	Evet	50	3,86	2,02	-.63	.52
	Hayır	25	4,20	2,46		
TSSB-Olumsuz Değerlendirme	Evet	50	15,92	8,65	-.40	.68
	Hayır	25	16,80	9,50		

TSSB-Aşırı Uyarılma	Evet	50	12,08	6,04	.23	.81
	Hayır	25	11,72	6,77		
TSSB-Toplam	Evet	50	41,94	19,93	-.50	.61
	Hayır	25	44,56	23,04		

‘Tedavi süreci sonrası sosyal çevre destek verdi mi?’ bağımsız değişkeni ile Depresyon, Anksiyete, Stres, TSSB Ölçeğinin alt boyutlarından Yeniden Yaşantılama, Kaçınma, Olumsuz Değerlendirme, Aşırı Uyarılma ve TSSB-Toplam düzeylerinin ortalamaları Bağımsız Gruplar için T-Testi ile karşılaştırılmıştır. Algılanan Sosyal Destek-Anlamlı Kişi için ‘evet’ X(18,7), SS(7,5) ‘hayır’ X (11,4), SS(7,1). Bağımsız Gruplar için T-Test analizi sonuçlarına göre ‘Tedavi süreci sonrası sosyal çevre destek verdi mi?’ bağımsız değişkeni ile Algılanan Sosyal Destek-Anlamlı Kişi arasında anlamlı fark bulunmuştur ($t(73)= 4.1, p<.05$). Sonuç olarak Algılanan Sosyal Destek-Anlamlı Kişi Ölçeğinde sosyal destek alan kişilerin ortalama puanı sosyal destek almayanlara göre daha yüksektir.

‘Tedavi süreci sonrası sosyal çevre destek verdi mi?’ bağımsız değişkeni ile Algılanan Sosyal Destek-Aile için ‘evet’ X(24,23), SS(5) ‘hayır’ X (19,24), SS(8,1). Bağımsız Gruplar için T-Test analizi sonuçlarına göre ‘Tedavi süreci sonrası sosyal çevre destek verdi mi?’ bağımsız değişkeni ile Algılanan Sosyal Destek-Aile/Anlamlı Kişi arasında anlamlı fark bulunmuştur ($t(73)= 3.2, p<.05$). Sonuç olarak Algılanan Sosyal Destek-Aile Ölçeğinde sosyal destek alan kişilerin ortalama puanı sosyal destek almayanlara göre puanları daha yüksektir. ‘Tedavi süreci sonrası sosyal çevre destek verdi mi?’ bağımsız değişkeni ile Algılanan Sosyal Destek-Arkadaş için ‘evet’ X(21), SS(7,6) ‘hayır’ X (14), SS(7,8). Bağımsız Gruplar için T-Test analizi sonuçlarına göre ‘Tedavi süreci sonrası sosyal çevre destek verdi mi?’ bağımsız değişkeni ile Algılanan Sosyal Destek-Arkadaş arasında anlamlı fark bulunmuştur ($t(73)= 3.8, p<.05$). Sonuç olarak Algılanan Sosyal Destek-Arkadaş Ölçeğinde sosyal destek alan kişilerin ortalama puanı sosyal destek almayanlara göre daha yüksektir. ‘Tedavi süreci sonrası sosyal çevre destek verdi mi?’ bağımsız değişkeni ile Algılanan Sosyal Destek-Toplam için ‘evet’ X(63,97), SS(16,9) ‘hayır’ X (44,72), SS(19,17).

Bağımsız Gruplar için T-Test analizi sonuçlarına göre ‘Tedavi süreci sonrası sosyal çevre destek verdi mi?’ bağımsız değişkeni ile Algılanan Sosyal Destek-Toplam arasında anlamlı fark bulunmuştur ($t(73)= 4.5, p<.05$). Sonuç olarak Algılanan Sosyal Destek-Toplam Ölçeğinde sosyal destek alan kişilerin ortalama puanı sosyal destek almayanlara göre daha yüksektir. ‘Tedavi süreci sonrası sosyal çevre destek verdi mi?’ bağımsız değişkeni ile Sosyal Ağ-Toplam için ‘evet’ $X(13,39), SS(6,37)$ ‘hayır’ $X(10,37), SS(6,38)$. Bağımsız Gruplar için T-Test analizi sonuçlarına göre ‘Tedavi süreci sonrası sosyal çevre destek verdi mi?’ bağımsız değişkeni ile Sosyal Ağ-Toplam arasında anlamlı fark bulunmuştur ($t(73)= 1.9, p<.05$). Sonuç olarak Sosyal Ağ-Toplam Ölçeğinde sosyal destek alan kişilerin ortalama puanı sosyal destek almayanlara göre daha yüksektir. ‘Tedavi süreci sonrası sosyal çevre destek verdi mi?’ bağımsız değişkeni ile Depresyon için ‘evet’ $X(5,6), SS(3,9)$ ‘hayır’ $X(7,8), SS(5)$. Bağımsız Gruplar için T-Test analizi sonuçlarına göre ‘Tedavi süreci sonrası sosyal çevre destek verdi mi?’ bağımsız değişkeni ile Depresyon arasında anlamlı fark bulunmuştur ($t(73)= -2.06, p<.05$). Sonuç olarak Depresyon Ölçeğinde sosyal destek almayan kişilerin ortalama puanı sosyal destek alanlara göre daha yüksektir.

Tablo 17. Tedavi Süreci Sonrası Alınan Sosyal Destek Değişkenine Göre Bağımlı Değişkenlerin Karşılaştırılması

Değişkenler		N	Ort	SS	t	p
	Eveveynin Tedavi Süreci Sonrası Sosyal Destek Alma Durumu					
ASD-Anlamlı Kişi	Evet	46	18,73	7,57	4.13	.00
	Hayır	29	11,48	7,12		
ASD-Aile	Evet	46	24,23	5,03	3.28	.002
	Hayır	29	19,24	8,16		

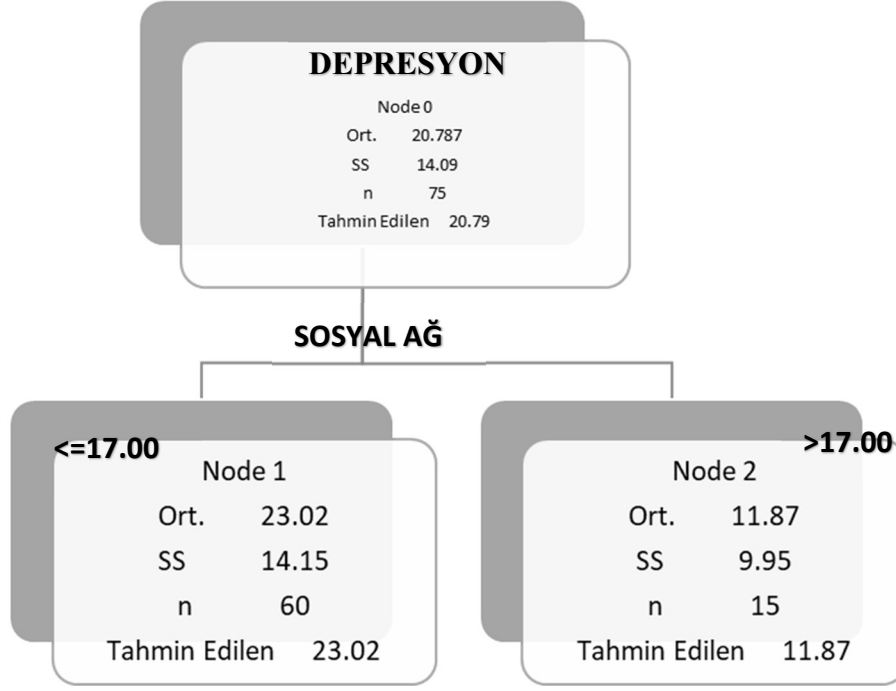
ASD-Arkadaş	Evet	46	21,00	7,64	3.81	.00
	Hayır	29	14,00	7,86		
ASD-Toplam	Evet	46	63,97	16,93	4.55	.00
	Hayır	29	44,72	19,17		
Sosyal Ağ-Toplam	Evet	46	13,39	6,37	1.99	.050
	Hayır	29	10,37	6,38		
Depresyon	Evet	46	5,67	3,98	-2.06	.04
	Hayır	29	7,82	5,00		
Anksiyete	Evet	46	5,32	4,97	-.94	.34
	Hayır	29	6,48	5,47		
Stres	Evet	46	7,06	4,29	-1.32	.19
	Hayır	29	8,55	5,40		
TSSB-Yeniden Yaşantılama	Evet	46	10,30	4,99	-.76	.45
	Hayır	29	11,24	5,52		
TSSB-Kaçınma	Evet	46	4,00	2,14	.13	.89
	Hayır	29	3,93	2,23		
TSSB-Olumsuz Değerlendirme	Evet	46	16,06	8,78	-.18	.85
	Hayır	29	16,44	9,20		
TSSB-Aşırı Uyarılma	Evet	46	12,28	6,11	.56	.57
	Hayır	29	11,44	6,54		
TSSB-Toplam	Evet	46	42,65	20,23	-.08	.93
	Hayır	29	43,06	22,28		

4.5. Demografik ve Tedavi Özellikleri Değişkenlerine göre Depresyon, Anksiyete ve TSSB Belirleyicilerinin İncelenmesi

Depresyon, Anksiyete ve TSSB üzerinde etkisi olduğuna inanılan bağımsız değişkenler Tanı, Tedavi Durumu, Tekrarlı Yatışın Varlığı, Hastalık Tekrarının Varlığı, GVHD Durumu, Yatış Süresi, Çocuk Cinsiyeti, Ebeveyn Eğitim Durumu, Ebeveyn Çalışma Durumu, Eş Çalışma Durumu, Tedavi İçin Şehir Değiştirme Durumu, Çocuk Sayısı Algılanan ve Alınan Sosyal Destek arasından hangilerinin önemli bir etkiye sahip olduğunu belirlemek ve bu değişkenlerin önem sırasını belirlemek amacıyla her bir bağımsız değişken için ayrı olarak Karar Ağacı yöntemi olan CHAID analiz tekniği kullanılmıştır.

Depresyon-Toplam puanları için Tedavi Durumu, Tekrarlı Yatışın Varlığı, Hastalık Tekrarının Varlığı, GVHD Durumu, Yatış Süresi, Çocuk Cinsiyeti, Ebeveyn Eğitim Durumu, Ebeveyn Çalışma Durumu, Eş Çalışma Durumu, Tedavi İçin Şehir Değiştirme Durumu ve Çocuk Sayısı bağımsız değişkenleri ile bir Ağaç Analizi uygulanmıştır. En önemli ve tek belirleyici değişken olarak Sosyal Ağ bulunmuştur. Ağaç analizi modeline göre bu ağacın görselleri şekilde sunulmuştur. Sonuca göre yüksek sosyal ağ değeri düşük depresyon seviyesinin belirleyicisi olabilmektedir.

Şekil 1. Depresyon Bağımlı Değişkeni İçin Karar Ağacı Analizi



Anksiyete-Toplam puanları için Tedavi Durumu, Tekrarlı Yatışın Varlığı, Hastalık Tekrarının Varlığı, GVHD Durumu, Yatış Süresi, Çocuk Cinsiyeti, Ebeveyn Eğitim Durumu, Ebeveyn Çalışma Durumu, Eş Çalışma Durumu, Tedavi İçin Şehir Değiştirme Durumu ve Çocuk Sayısı bağımsız değişkenleri ile Ağaç Analizi uygulanmıştır. Belirleyici değişken olmadığı gözlemlenmiştir.

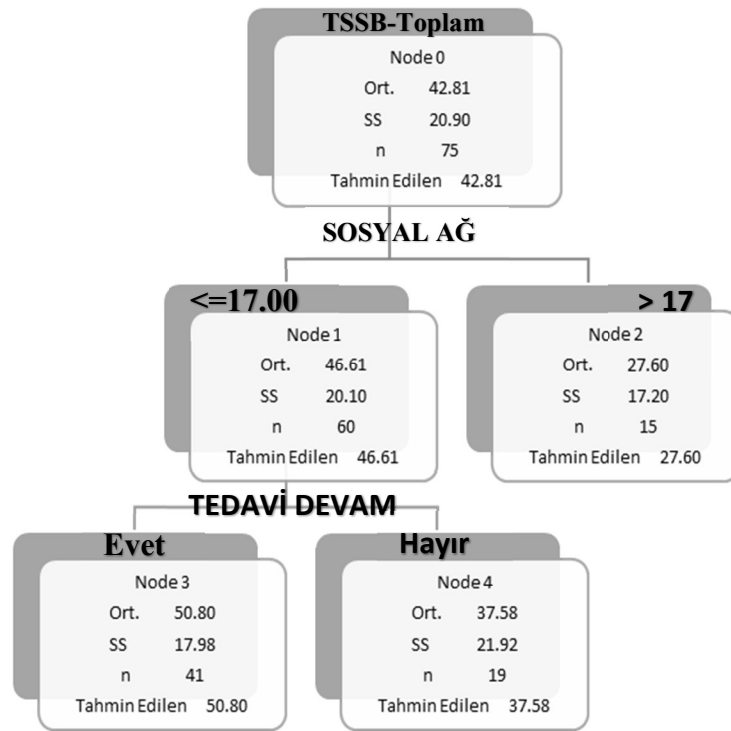
Stres-Toplam puanları için Tedavi Durumu, Tekrarlı Yatışın Varlığı, Hastalık Tekrarının Varlığı, GVHD Durumu, Yatış Süresi, Çocuk Cinsiyeti, Ebeveyn Eğitim Durumu, Ebeveyn Çalışma Durumu, Eş Çalışma Durumu, Tedavi İçin Şehir Değiştirme Durumu ve Çocuk Sayısı bağımsız değişkenleri ile bir Ağaç Analizi uygulanmıştır. Belirleyici değişken olmadığı gözlenmiştir.

TSSB-Toplam puanları için Tedavi Durumu, Tekrarlı Yatışın Varlığı, Hastalık Tekrarının Varlığı, GVHD Durumu, Yatış Süresi, Çocuk Cinsiyeti, Ebeveyn Eğitim Durumu, Ebeveyn Çalışma Durumu, Tedavi İçin Şehir Değiştirme Durumu ve Çocuk Sayısı değişkenleri ile Ağaç Analizi uygulanmıştır.

TSSB-Toplam puanları için Sosyal Ağ seviyesinin istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi olduğu görülmektedir. Kişilerin TSSB puanları üzerindeki etkisi, tedavinin

devam edip etmeme durumuna göre farklılık gösterdiği bulunmuştur. Çocuğun tedavisi devam edenler için puanların anlamlı derecede yüksek olduğu görülmektedir. Ağaç Analizi modeline göre bu ağaçları görselleri şekilde sunulmuştur.

Şekil 2. TSSB Bağımsız Değişkeni İçin Karar Ağacı Analizi



5. TARTIŞMA

Bu bölümde yapılan analizler doğrultusunda elde edilen sonuçlar, diğer araştırmalardan elde edilen bulgular ve karşılaştırmalar, araştırmanın sınırlılıkları ve önerilere yer verilmektedir.

Bu araştırmada kemik iliği nakli olan çocukların ebeveynlerinin algılanan sosyal destek ile travma sonrası stres bozukluğu, depresyon, anksiyete ve stres ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır. Araştırma Antalya Medical Park Hastanesinde kemik iliği nakli olan çocukların ebeveynlerine uygulanmıştır.

Alanyazında, çocuğun kanser teşhisinin anne ve baba için travmatik bir durum olduğu ve bununla sağlıklı bir şekilde başa çıkabilmenin zorlaştığı ifade edilmektedir. Çocuğun Tedavi sürecinde, anne ve babanın kendi ruhsal ve fizyolojik problemlerine özen gösteremedikleri bu sebeple de yeteri kadar sağlıklı stratejiler geliştiremedikleri dikkat çekmektedir (Stein ve ark., 1997).

Çocukluk kanserlerinin ebeveynler üzerinde yarattığı travma sonrası stres bozuklukları (TSSB) ve travma sonrası stres semptomlarının (TSSS) araştırıldığı bir diğer çalışmada, Lee ve meslektaşları (2004) da annelerin TSSB oranını %6,2, babaların TSSB oranını %7,1, annelerin TSSS oranını %54, babaların TSSS oranının %28,3 olarak ifade etmişlerdir. Bununla birlikte, annelerin depresyon, anksiyete bozukluğu ve TSSB semptomlarını babalardan daha fazla ve daha yüksek düzeyde gösterdikleri ileri sürülmektedir (Carlsson ve ark., 2019).

Kanser ve bu gibi kronik hastalıkların çocuk açısından fizyolojik ve ruhsal birçok probleme yol açtığı bilindiği gibi, hastalık teşhisi ve tedavisi süresince ailenin tüm üyelerinin de birçok problem yaşamasına sebebiyet verdiği kabul edilmektedir (Dongen-Melman 1997). Bu tür hastalıkların uzun süreli olduğu ve kimi zaman bütün yaşam süresince etkilerinin sürdüğü, ölümcül sonuçları olabildiğinden, yaşam kalitesinde azalma ve birçok benzeri olumsuz faktörün artış gösterdiği görülmektedir (Kazak ve Barakat 1997).

Bu bilgiler ışığında çalışmada ebeveynlerin Yaş, Cinsiyet, Çalışma Durumu, Başka Çocuğun Olup Olmaması, Eşin Çalışma Durumu, Eğitim Düzeyleri gibi demografik özelliklerinin yanı sıra tedavinin karakteristik özelliklerinin aileden aileye

değişkenlik göstermesi dolayısıyla tedavinin devam edip etmediği, tedavinin tekrarlı yatışının bulunması, hastalık tekrarı, GVHD Durumu, Hastalık Tipi, Tedavi Aldıkları Şehir İçin Taşınma Durumu, Alınan Maddi Sosyal Destek değişkenlerinin Depresyon, Stres, Kaygı ve TSSB düzeyleri ile ilişkilerinin araştırılması ve Depresyon, Stres, Kaygı ve TSSB düzeylerine farklılaşmaya yol açıp açmadığının araştırılması amaçlanmıştır. Bunun yanı sıra algılanan sosyal desteğin farklılaşmaya yol açıp açmadığını anlamak üzere Algılanan Sosyal Destek düzeyine göre Depresyon, Stres, Kaygı ve TSSB düzeyleri değerlendirilmiştir. Son olarak, ebeveynlerin Depresyon, Stres, Kaygı ve TSSB düzeylerinde en etkili değişkenleri bulmak amacıyla Karar Ağacı Analizi ile bağımsız değişkenler değerlendirilmiştir.

5.1. Korelasyonel İlişkiler

Çalışmanın değişkenleri; Ebeveynlerin Yaş, Cinsiyet, Çalışma Durumu, Başka Çocuğun Olup Olmaması, Eşin Çalışma Durumu, Eğitim Düzeyleri gibi demografik özelliklerinin yanı sıra tedavinin karakteristik özelliklerinin aileden aileye değişkenlik göstermesi dolayısıyla Tedavinin Devam Edip Etmediği, Tedavinin Tekrarlı Yatışının Bulunması, Hastalık Tekrarı, GVHD Durumu, Hastalık Tipi, Tedavi Aldıkları Şehir İçin Taşınma Durumu, Alınan Maddi Sosyal Destek değişkenlerinin Depresyon, Stres, Kaygı ve TSSB düzeyleri ile ilişkilerinin araştırılması amacıyla korelasyon analizi uygulanmıştır.

Yapılan çalışmada ‘Tedavi Durumu’ değişkeni ile Algılanan Sosyal Destek Anlamlı Kişi, Depresyon, TSSB’nin alt ölçeği olan Aşırı Uyarılma bağımlı değişkeni, ‘Tedavi sürecinde maddi güçlük yaşadınız mı?’ değişkeni arasında pozitif yönlü bir korelasyon tespit edilmiştir. Tedavi durumu devam ettiği sürece Algılanan Sosyal-Destek Anlamlı Kişi ölçek puanları, Depresyon puanları, katılımcıların TSSB-Aşırı Uyarılma puanları, maddi güçlük yaşama durumlarında da artmıştır. Tamamlanan araştırmanın sonuçları literatürdeki araştırmalar ile örtüşmektedir. Yapılan analiz sonucunda GVHD olduğu sürece, Depresyon puanları, TSBB-Olumsuz Değerlendirme, TSSB-Aşırı Uyarılma, TSSB-Toplam puanlarının arttığı gözlemlenmiştir. Benzer bulgulara literatürdeki diğer çalışmalarda da rastlanmaktadır. Amerikan Psikiyatri Birliği (2013), çocuğu kanser tanısı alan ebeveynlerde depresif belirtiler oldukça yaygındır ve bu belirtiler arasında depresif ruh hali, ilgi veya zevk

kaybı, kiloda artış veya azalma, yorgunluk veya enerji kaybı, düşünme ve odaklanma becerisinde azalma, uyku ve yeme bozuklukları, psikomotor ajitasyon, değersizlik duyguları, tekrarlayan ölüm ve intihar düşüncesi ya da intihar girişimi vardır. Bu bilgiyi destekleyen şekilde kişinin çocuğunun kanser olması kendisinin kanser olmasından daha travmatik bir durum olarak olabilmektedir (Bruce, 2006; Fletcher, 2010). Ebeveynlerin çocuklarının kanser olduğunu öğrenmeleriyle birlikte başlayan süreçte rol oynayan sayısız faktör, TSSB'ye katkıda bulunmakta ve ebeveynlerin hem kendilerine hem de çocuklarına bakma becerisini azaltmakta, çoğu zaman engellemektedir (Masa'Deh vd., 2013) ve büyük çoğunluğunda TSSB'ye rastlandığını belirtilmiştir (Jurbergs vd, 2009; Moğulkoç, 2014; Hoven vd., 2016; Masa'deh ve Jarrah, 2017; Carlsson vd., 2019; Cuğ, 2021; Önal, 2022).

Araştırmada elde edilen verilere göre hastalık tekrar ettikçe sosyal destek alma durumu da artmıştır. Alanyazında destekleyecek çalışma bulunmamasına karşın, maddi desteklere ihtiyaç da göz önünde bulundurulduğunda çalışmadaki bu bulgunun hastalık tekrarının yaşam tehdidini artırması durumunun yarattığı kaygının katılımcıların sosyal çevresinde de hissedilerek ailenin desteğe daha fazla ihtiyacı olduğu ile ilişkilendirilebileceği düşünülmektedir.

Yapılan araştırma sonucunda elde edilen bulgular doğrultusunda Ebeveyn Yaşı değişkeni ile TSSB-Olumsuz Değerlendirme arasında negatif korelasyon tespit edilmiştir. Ebeveyn yaşı arttıkça durumu olumsuz değerlendirme puanları düşmüştür. Bunun nedeni olarak, katılımcıların çocuklarının kemik iliği kanseri tanısı alınmasının üzerinden geçen sürenin uzunluğu ve çocuklarının aktif tedavilerinin tamamladıktan sonra belirli aralıklarla kontrole devam edilmesi durumunun yaşanan tehlikenin azalmış ya da ortadan kalkmış olabileceği öngörülmektedir. Bu durumunun alanyazında psikolojik sağlamlık ile belirtilen süreç ile açıklanabilir, yaş ile birlikte deneyim artışı gözlenmesi psikolojik sağlamlığı arttırabilir (Ewertt ve Tessneer, 2019; Seery, 2011). Bu bulgu bu açıdan tutarlı bulunmuştur.

Araştırmada elde edilen verilere göre Çalışma Durumu değişkeni ile Sosyal Ağ-Toplam arasında negatif bir korelasyon vardır. Çalışma Durumu arttıkça Sosyal Ağ-Toplam puanları düşmüştür. Bu bulgunun çalışan kişilerin daha çok temas ettikleri kişi olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Çalışma Durumu değişkeni ile

TSSB'nin alt ölçeği olan Yeniden Yaşantılama, TSSB'nin alt ölçeği olan Aşırı Uyarılma, TSSB-Toplam arasında pozitif yönlü bir korelasyon tespit edilmiştir. Katılımcıların Çalışma Durumu arttıkça, TSSB-Yeniden Yaşantılama, TSSB-Aşırı Uyarılma ve TSSB-Toplam puanları da artmıştır. Alanyazında karşılaştırma yapılabilecek bir çalışmaya rastlanmamasına karşın ilişkinin stres yükü ile ilişkisi anlaşılabilir olarak değerlendirilmesinin uygun olacağı düşünülmektedir.

Yapılan araştırma sonucunda katılımcıların Çocuk Sayısı değişkeni ile Yatış Süresi ve 'Tedavi sürecinde maddi güçlük yaşadınız mı?' arasında negatif yönlü korelasyon tespit edilmiştir. Çocuk sayısı arttıkça, yatış süresi azalmış, maddi güçlük yaşama durumu da azalmıştır.

Yürütülen araştırma sonucunda elde edilen veriler doğrultusunda katılımcıların Eş Çalışma Durumu değişkeni ile TSSB'nin alt ölçeği olan Aşırı Uyarılma arasında pozitif korelasyon tespit edilmiştir. Eşleri çalışan katılımcıların, Aşırı Uyarılma puanları artmıştır.

Yapılan araştırma bulgularına göre katılımcıların 'Tedavi sürecinde maddi güçlük yaşadınız mı?' değişkeni ile Algılanan Sosyal Destek-Anlamlı Kişi arasında pozitif yönlü bir korelasyon tespit edilmiştir. Maddi güçlük yaşandığında, Algılanan Sosyal Destek puanları yükselmiştir.

Araştırma sonucunda elde edilen veriler doğrultusunda katılımcıların 'Tedavi sürecinde sosyal destek aldınız mı?' ile 'Tedavi sonrası sosyal çevre destek verdi mi?' ve 'Tedavi sürecinde sosyal destek aldınız mı?' değişkeni ile 'Hastalık Tekrarı' değişkeni Algılanan Sosyal Destek-Anlamlı Kişi, Algılanan Sosyal Destek-Arkadaş, Algılanan Sosyal Destek-Toplam, 'Tedavi sürecinde maddi güçlük yaşadınız mı?' arasında negatif yönlü bir korelasyon tespit edilmiştir. Tedavi sürecinde sosyal destek alma arttığında, hastalık tekrar oranı düşmüş, Algılanan Sosyal Destek Anlamlı Kişi, Arkadaş ve Toplam puanları düşmüştür.

Yapılan araştırmada elde edilen bulgulara göre katılımcıların 'Tedavi sonrası sosyal çevre destek verdi mi?' değişkeni ile Algılanan Sosyal Destek-Aile arasında negatif yönlü bir korelasyon tespit edilmiştir. Tedavi sonrası sosyal çevre desteği arttıkça algılanan Sosyal Destek Aile Ölçeği puanları düşmüştür.

Araştırma sonucunda elde edilen veriler doğrultusunda ebeveynlerin Stress, Anksiyete ve Depresyon düzeyleri arasında arasında hem anlamlı seviyede hem de oldukça yüksek oranda korelatif ilişkiler mevcuttur. Stres düzeyi ile Anksiyete arasında 0.85'lik ilişkinin varlığı bize güçlü pozitif ilişkinin olduğunu göstermektedir. Benzer şekilde stres düzeyi ile depresyon düzeyi arasında da 0.80'lik anlamlı pozitif güçlü bir ilişki bulunmaktadır.

Yürütülen araştırma bulgularına göre Depresyon ile Anksiyete arasında ise sınırdan kalmakla beraber 0,69'luk pozitif orta seviyede bir ilişki mevcuttur. Elde edilen bu sonuç literatürdeki benzer çalışmaların sonuçlarıyla uyumlu değildir. Kearney ve arkadaşları (2015), çocukları kanser tedavisi gören ebeveynler için hastalığın ölüm ya da nüksetme olası hastalık sonuçlarına ilişkin belirsizlik hem akut hem de devam eden korku ve kaygı yaratmaktadır. Uzun vadede korku ve kaygının kronikleşmesi anksiyete bozukluklarının gelişmesine yol açabildiğini belirtmişlerdir. Köse ve arkadaşlarının (2019) yaptığı araştırma sonuçlarına göre, anksiyete, korku ve kaygıyı içeren karmaşık bir duygu kombinasyonunu ifade eder. Anksiyete, belirsiz bir tehdit beklentisi içerdiğinden, çocuklarında yaşamı tehdit eden kanser teşhisiyle karşılaşan ebeveynlerin deneyimlerinde açık bir rol oynar. Anksiyete sıklıkla kanser teşhisinin konduğu aşamada ortaya çıkar ve normal koşullarda zamanla azalır. Yıldırım ve arkadaşları (2014), Pitman ve arkadaşları (2018), Cuğ (2021) yaptıkları çalışmaların ortaya koyduğu sonuçlara göre yeni teşhis konulan veya aktif kanser tedavisi gören çocukların ebeveynlerinin kaygı seviyelerinin, remisyondaki veya kanserin nüksettiği çocukların ebeveynlerinkinden daha yüksek olduğunu göstermiştir. Kaygının kaynağının kanser tedavisi uygulamalarının çocukta acı ve ağrıya neden olması, çocuğun üzülmeye ve korkmasına yol açmasının yarattığı stres ve çocuğun ölme olasılığından kaynaklanan korku olduğu bildirilmiştir. Tuna ve arkadaşları (2012), Türköz ve Yıldırım'ın (2019) ortaya koyduğu araştırma analizlerinde elde edilen sonuçlara göre bu süreçte ebeveynlerin stres ve korku ile başa çıkamamalarının bağışlıklarının düşmesi, halsizlik, yorgunluk, iştah ve uyku sorunları, hazımsızlık, çeşitli ağrılar gibi semptomları da beraberinde getirdiği görülmüştür. Bunlara maddi sorunlar, sosyal destek eksikliği ve artan bakım yükü gibi faktörlerin de eklenmesinin ebeveynlerde anksiyete düzeyini artırdığı saptanmıştır. Çalışmanın bulgularının alanyazın çalışmaları ile tutarlı olduğunu düşündürmektedir.

5.2. Depresyon, Kaygı, Stres ve TSSB Düzeylerinin Farklılaşması

Tedavinin devam edip etmeme koşuluna göre Alınan Sosyal Destek, Aileden, Arkadaştan, Anlamli Diğer Kişiden Algılanan Sosyal Destek, Toplam Algılanan Sosyal Destek, Depresyon, Anksiyete, Stres, TSSB ölçeğinin alt boyutlarından Yeniden Yaşantılama, Kaçınma, Olumsuz Değerlendirme, Aşırı Uyarılma ve TSSB-Toplam düzeylerinin ortalamaları Bağımsız Gruplar için T-Testi ile karşılaştırılmıştır.

Yürütölen araştırmaya göre tedavinin devam etmesi durumunda Algılanan Sosyal Destek Düzeyi, Depresyon ve TSSB alt ölçeği Aşırı Uyarılmanın farklılaştığı gözlenmiştir. Anlamli Kişiden Algılanan Sosyal Destek Düzeyi artmaktadır, psikolojik bir semptom olarak Depresyon ve TSSB alt boyutlarından Aşırı Uyarılma düzeyi de artış göstermektedir. Bu durum, alanyazın çalışmaları ile tutarlı bulunmuştur. Wills ve Shinar (2000), sosyal desteğin çocukları kanser olan ebeveynlerin ruhsal ve fiziksel sağlığı açısından oldukça önemli olduğu belirtmiş ve ailenin ve arkadaşların stres zamanlarında etkili yardım sağlayacağına dair algılar (yani algılanan destek), düşük majör depresyon, travma sonrası stres bozukluğu oranları ile iyi bir ruh sağlığı ile ilişkilendirilmiştir. Davidson (2022), çalışmasında sosyal destek eksikliğinin, kanserli çocukların ebeveynlerinde anksiyete bozuklukları, travma sonrası stres bozukluğu ve depresyonun oluşumunda önemli bir faktör olduğunu ifade etmiştir. Uğurlu'nun (2020) araştırmasının sonuçlarına göre çocuğu kanser olan ebeveynlerin önemli ihtiyaçlarından biri de sosyal destektir. Ancak alınan sosyal desteğin türü, kapsamı ya da boyutundan ziyade ebeveynlerin ihtiyaçları olan desteği alabileceklerine inanmaları ve güvenmeleri sosyal desteğin etkililiği açısından çok daha önemli olmaktadır. Bu durum literatürde algılanan sosyal destek olarak tanımlanmaktadır. Thoits (2011), Santini ve arkadaşları (2015) yürüttükleri çalışmada sosyal desteğin ruh sağlığına etkileri, sağlanan gerçek destek olan alınan sosyal destek ve kişinin desteklendiğine dair öznel duyguları olan algılanan sosyal destek açısından farklılık göstermekte, algılanan sosyal desteğin etkisinin daha fazla olduğu göröldüğünü tespit etmişlerdir. Tedavinin devam etmesi koşulunda anlamli kişiden algılanan sosyal destek değişkeni içerisinde doktor da anlamli kişi olarak rapor edilmektedir. Tedavi ekibinin rolüne işaret eden bir değişken olarak alanyazına katkı sağlayabilir.

Yapılan araştırma bulgularına göre GVHD bağımsız değişkenine göre Depresyon, TSSB -Olumsuz Değerlendirme, TSSB -Aşırı Uyarılma ve TSSB-Toplam puanlarında anlamlı farklılaşma olduğu gözlenmiştir. Buna göre GVHD olduğunda, yani kemik iliği şavaşı devam ettiği koşulda ebeveynlerin GHVD olmaması koşuluna göre daha yüksek Depresyon seviyesi, TSSB-Toplam seviyesi ve TSSB-Olumsuz Değerlendirme ve TSSB-Aşırı Uyarılma gösterdiği gözlenmiştir. Bu bilgi alanyazın çalışmaları ile tutarlı bulunmuştur. Borrescio-Higa ve arkadaşları (2022) tarafından yapılan bir çalışmada kanserin ileri evrelerinde belki de son çare olarak başvuru olan kemik iliği naklinin ebeveynler üzerinde oldukça travmatik ve sarsıcı bir etkiye sahip olduğunu belirtmişlerdir. Benzer şekilde Terracini (2011), Ljungman ve arkadaşları (2014) ve Rahmani ve arkadaşları (2018) yaptıkları araştırmalarda, ebeveynlerin çocuklarının yaşamına ilişkin belirsizliğin yarattığı kaygı, korku ve çaresizlik duygularının depresyon, anksiyete bozukluklarını ve travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) yaşamalarına neden olduğunu ortaya koymuştur. Benzer bulgulara literatürdeki diğer çalışmalarda da rastlanmaktadır. Mess ve arkadaşları (2022), en başta kanser nedeniyle çocuklarının ölüm olasılığı olmak üzere ebeveynlerin psikolojilerini olumsuz etkileyen pek çok faktör depresyon, anksiyete veya travma sonrası stres bozukluğu semptomlarının ortaya çıkmasına yol açtığını öne sürerken Choi ve arkadaşları (2016) da ebeveynlerin, çocuklarında kanser teşhisi ile karşı karşıya kaldıkları andan itibaren yoğun bir psikolojik stres yaşamaya başladığını belirtmiştir. Bu çalışma ile özellikle TSSB alt boyutlarından olumsuz değerlendirme ve aşırı uyarılmanın farklılaştığı bulgusu alanyazında karşılaşılan az sayıda ayırtırmadan birisi olmak ile birlikte önceki çalışmalar ile tutarlıdır. TSSB kriterleri göz önünde bulundurulduğunda kişi yakını için ölüm tehdidi ile karşılaştıktan sonrasında tanıyı karşılama özelliği göstermektedir. Bu nedenle kişilerin akut dönemdeki TSSB belirtilerinin olduğu göz önünde bulundurulması gerekir. Bununla birlikte, GVHD olması koşulu ailelerin tehdidi hissettiği ve stres tepkilerinden TSSB Olumsuz Değerlendirme ve TSSB Aşırı Uyarılma tepkileri ile daha çok cevap verdiği şeklinde yorumlanabilir. Buna ayrıca, depresyonun eşlik etmesi alanyazında farklı kaynaklarda desteklenmiştir.

Salzer ve Bickman (1999), sosyal desteğin depresyon, anksiyete ve somatizasyon gibi psikolojik rahatsızlıklar ile travmatik bir olayın bir hafta sonrasında

istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde ilişkili olmadığını, fakat felaket sonrasındaki 6. 11. ve 16. haftalarda anlamlı düzeye ulaştığını ifade etmişlerdir. Bunun sebebi, olayın ilk şoku ve yakın çevrenin tavır ve tutumlarının etkisi olarak açıklanmıştır. Travmanın birinci haftasında, sosyal destek düzeyi düşük olanlara kıyasla, sosyal destek düzeyi yüksek olanların psikolojik rahatsızlıklarının karşılaştırılabilir düzeyde olmadığı fakat zamanla hissedilen sıkıntıların düzeyinde keskin bir düşüş sergilediği görülmüştür. Ancak bu çalışmanın bulguları göz önünde bulundurulduğunda özellikle TSSB Aşırı Uyarılma ve TSSB Olumsuz Değerlendirmenin tüm evrelerde dikkate alınması gereken stres belirtileri olduğu şeklinde yorumlanabilir.

Çocuk Cinsiyeti bağımsız değişkenine göre incelendiğinde cinsiyet erkek olduğunda Arkadaştan Algılanan Sosyal Destek-Toplam ölçeği puanları kızlara göre fazladır. Cinsiyet farklılığına dair bir değerlendirme daha önceki çalışmalarda rastlanmamıştır. Bu farklılık kültürel etkilerle açıklanabilir, ancak tekrarlı çalışmalar ile desteklenmesi gerekmektedir.

Ebeveyn Medeni Durum bağımsız değişkenine göre aileden Algılanan Sosyal Destek Düzeyi ve Toplam Algılanan Sosyal Destek Düzeyi açısından farklılaşmaya rastlanmıştır. Bekar bireylerin evli bireylere kıyasla aileden algıladıkları sosyal destek düzeyinin daha yüksek olduğu ancak evli katılımcıların Algılanan Sosyal Destek-Toplam Ölçeğindeki puanları bekar olanlara göre daha fazla olduğu gözlenmiştir. Alanyazın medeni durumun depresyon, kaygı, stres ve TSSB değişkenleri açısından farklılaşma yaratabileceğine dair bulgular sunmaktadır. Ancak ortalama karşılaştırmalarında fark bulunmamasında her iki grubun da algılanan sosyal destek düzeylerinde farklı kaynaklardan yükselmesi anlamlı etki yaratıyor olabilir. Tavan etkileri karşılaştırılarak çalışmaların ve değişkenlerin uyarlamadaki bulunan kültürel ortalamalarıyla karşılaştırılmasının uygun olacağı düşünülmektedir. Bekar bireylerde algılanan sosyal desteğin artmış olması ise kültürel bir özellik taşıyor olabilir. Bekar bireyler geniş aile üyelerinden daha fazla destek algıladıklarını belirtebilirler, ancak evli bireylerin Toplam Sosyal Ağlarının daha geniş olması aracı bir etki yaratıyor olabilir. Değişkenlerin sosyal ağ boyutlarına göre analizleri bu bulgunun daha doğru yorumlanmasının önünü açacaktır.

Çalışma Durumu bağımsız değişkenine göre Alınan Sosyal Destek değişkeninde çalışan ve çalışmayan grup arasında farklılaşma olduğu gözlenmiş ve çalışan kişilerin sosyal ağ puanlarının arttığı bulunmuştur. Bunun yanı sıra çalışan kişilerin çalışmayan kişilere kıyasla TSSB alt boyutlarından Aşırı Uyarılma ve Yeniden Yaşantılama puanlarının daha düşük olduğu bulunmuştur. Alanyazında bulgunun karşılaştırılabileceği çalışmalara rastalanmamıştır. Bu bulgu çalışmanın hipotezleri açısından önemli bir yer tutmaktadır. Çalışma Durumunun Sosyal Ağ aracılığı ile koruyucu bir etki yaratıp yaratmadığının istatistiksel olarak araştırılmasının gerekliliğini ortaya koymakla birlikte destekleyici bir kanıt olarak değerlendirilebilir. Ancak bu etkinin ayrıntılı analizler ile değerlendirilmesi daha uygun olacaktır.

Eş Çalışma Durumu bağımsız değişkeni, Bağımsız gruplar için T-Test analizi sonuçlarına göre Eş Çalışma Durumu bağımsız değişkeni ile TSSB'nin alt ölçeği Aşırı Uyarılma arasında anlamlı fark bulunmuştur. Sonuç olarak eş çalışanların ortalaması çalışmayanlara göre anlamlı olarak TSSB-Aşırı Uyarılmada daha fazla puan almışlardır. Çalışmanın genel hipotezleri açısından eşin çalışıyor olmasının maddi destek sağlaması açısından anlamlı bir değişim etkisine katkı sunabileceği düşünülmüştür, ancak farklılaşma yaratmadığı gözlenmiştir. Ayrıca beklenilen aksine TSSB-Aşırı Uyarılma olarak stres tepkisi düzeyinde daha fazla puan alınması dikkat çekici bulunmuştur. Bu farklılaşmanın kaynağı alanyazında belirtildiği hali ile tedavi sürecinde refakat eden ebeveynin veya birincil sorumluluğu üstelenen bireylerin stres yükleri artmaktadır (Choi vd., 2016). Ancak eşinin çalışıyor olmasının bu yükü arttırıp arttırmadığının değerlendirilmesini gerektiren bir bulgu olarak değerlendirilebilir. Bu noktada kültürel etkiler de göz önünde bulundurulmalıdır.

Bağımsız Gruplar için T-TEST analizi sonuçlarına göre 'Tedavi süreci sosyal destek aldınız mı?' bağımsız değişkeni ile Algılanan Sosyal Destek- Anlamlı Kişi arasında anlamlı fark bulunmuştur. Sosyal destek alan kişilerin ortalaması sosyal destek almayanlara göre Algılanan Sosyal Destek-Anlamlı Kişi Ölçeğinde puanları daha yüksektir. Yapılan çalışma sonuçlarına göre 'Tedavi süreci sosyal destek aldınız mı?' sorusuyla oluşturulan Sosyal Destek bağımsız değişkeninin Algılanan Sosyal Destek alt boyutları Arkadaş ve Toplam puanlarında farklılaşmaya neden olduğu gözlenmiştir. Sosyal destek alan kişilerin ortalaması almayanlara göre Algılanan

Sosyal Destek-Toplam ve Algılanan Sosyal Destek-Arkadaş Ölçeğinde puanları daha yüksektir. Benzer bulgular literatürdeki diğer çalışmalarda da görülmektedir. Thotis (2011), Santini ve arkadaşları (2015) tarafından yapılmış çalışmalarda sosyal desteğin ruh sağlığına etkileri, sağlanan gerçek destek olan alınan sosyal destek ve kişinin desteklendiğine dair öznel duyguları olan algılanan sosyal destek açısından farklılık gösterdiğini, algılanan sosyal desteğin etkisinin daha fazla olduğunun görüldüğünü belirtmişlerdir. Özellikle çalışma için tedavi sürecindeki sosyal destek algısını ölçen doğrudan tedaviye yönelik bir ölçek bulunmamaktadır. Ancak korelasyonlar da göz önünde bulundurulduğunda, kaynak olarak araştırılmasına ihtiyaç duyulmadığından sonraki çalışmalarda herhangi bir ölçek kullanımına ihtiyaç duymadan ayrıştırıcı özellik taşımasının söz konusu olabileceğini düşündürmüştür.

Yapılan çalışma bulgularına göre ‘Tedavi süreci sosyal destek aldınız mı?’ bağımsız değişkeni ile Depresyon da arasında anlamlı fark bulunmuştur. Sonuç olarak Sosyal Destek almayan kişilerin ortalaması alanlara göre Depresyon Ölçeğinde puanları daha yüksektir ve çalışmanın hipotezlerini destekler niteliktedir. Thoits (2011), zor koşullar altındaki kişiler için sosyal desteğin, anksiyete bozuklukları ve depresyon başta olmak üzere ruh sağlığı sorunlarından koruyucu bir işlevi vardır. Turner ve Brown (2010), Kaatsız (2020), sosyal desteğin düşük olduğu kişilerde yüksek olanlara göre ruh sağlığı sorunları daha fazla yaşanmaktadır. Ancak yapılan araştırma sonucunda bu desteğin Depresyon alt boyutunda kendini göstermesi dikkat çekici bulunmuştur. Yaşanılan hastalık sürecinde maddi koşullar umutsuzluğu pekiştirici nitelik taşıyabilir. Bu açıdan Depresyonun seviyesinin yükselmesiyle sonuçlanabilir. Bir başka çalışma sonucunda Baxter ve arkadaşları (2014), algılanan tehditlerle ilgili kaygı, çoğu insanın yaşadığı doğal bir insan tepkisi olsa da bu tür düşünceler bireyin günlük yaşamını olumsuz etkilemeye başlarsa, kaygı bozukluğunun bir işareti olabileceğini öne sürmüşlerdir. Ancak, bu stres seviyesinin arttıracığı değişkenlerde farklılaşma gözlenmemiştir. Bu durum örneklemdeki kişilerin çoğunlukla tedavi sonrasında süreci değerlendirdiği için olabilir.

‘Tedavi süreci sonrası sosyal çevre destek verdi mi?’ bağımsız değişkenin Algılanan Sosyal Destek-Toplam puanı ile Aile, Arkadaş alt ölçek puanları ve Sosyal Ağ puanlarında anlamlı farklılığa yol açtığı bulunmuştur. Bu bulgulara göre tedavi sonrasında da sosyal destek alan kişilerin ortalaması almayanlara göre Algılanan

Sosyal Destek-Aile, Algılanan Sosyal Destek-Arkadaş ve Algılanan Sosyal Destek-Toplam ölçek puanlarında daha yüksektir. Bu soru ile sosyal destek algısı doğrudan tedaviye yönelik araştırılmaya çalışılmış ve korelasyonel ilişkiler de göz önünde bulundurulduğunda ayrıştırıcı özellik taşıyabileceğine yönelik katkı sunmuştur. Ancak psikolojik sağlık ile ilişkilendirilen farklılaşmalar ile karşılaşılması bireylerin hali hazırda bu değişkenlerde ortalamalarının yüksek olması ile açıklanabilir.

Bununla birlikte araştırma sonucunda ‘Tedavi süreci sonrası sosyal çevre destek verdi mi?’ bağımsız değişkeni ile Depresyon arasında anlamlı fark bulunmuştur, sosyal destek almayan kişilerin ortalaması alanlara göre Depresyon Ölçeğinde puanları daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Bu durum tedavi sonrası da sosyal desteğin verilen psikolojik tepkilerden Depresyon açısından anlamlı bir fark yaratabileceğini destekler niteliktedir. Benzer bulgulara alanyazındaki diğer çalışmalarda da rastlanmaktadır. Wills ve Shinar (2000), yaptıkları çalışma sonucunda sosyal desteğin çocukları kanser olan ebeveynlerin ruhsal ve fiziksel sağlığı açısından oldukça önemli olduğunu ve ailenin ve arkadaşların stres zamanlarında etkili yardım sağlayacağına dair algıların (yani algılanan destek), düşük majör depresyon, travma sonrası stres bozukluğu oranları ile iyi bir ruh sağlığı ile ilişkilendirildiğini belirtmişlerdir. Davidson (2022), sosyal destek eksikliğinin kanserli çocukların ebeveynlerinde anksiyete bozuklukları, travma sonrası stres bozukluğu ve depresyonun oluşumunda önemli bir faktör olduğunu ortaya koymuştur. Bu bulgu bu açıdan literatür ile uyumlu bulunmuştur. Ancak daha önce belirtildiği gibi psikolojik sağlık ile ilişkilendirilen farklılaşmalar ile karşılaşılması bireylerin hali hazırda bu değişkenlerde ortalamalarının yüksek veya bir stres durumu sonrası büyümeye bağlı olması ile açıklanabilir. Bununla birlikte, değerlendirmenin akut bir ameliyat sürecinde yapılmamış olduğu göz önünde bulundurulursa, dönemselsel olarak sosyal desteğin depresyon üzerinde anlamlı olabileceği ayrımı için katkı sağlamıştır.

Tekrarlı Yatış, Taburcu Sonrası Yatış bağımsız değişkeni, Hastalık Tekrarının Bulunup Bulunmama Durumu, Tedavi İçin Şehir Değiştirme değişkenine göre Alınan Sosyal Destek, Aileden/Arkadaştan/Anlamlı Diğer Kişiden Algılanan Sosyal Destek, Toplam Algılanan Sosyal Destek, Depresyon, Anksiyete, Stres, TSSB-Yeniden Yaşantılama, TTSB-Kaçınma, TSSB-Olumsuz Değerlendirme, TSSB-Aşırı Uyarılma ve TSSB-Toplam düzeylerinde farklılaşmaya neden olmadığı bulunmuştur. Bağımsız

değişkenler bu çalışmanın özellikle tedavi karakteristiklerini incelemek için çalışmaya dahil edilmiştir. Anlamlı bir farklılığa neden olmaması ailelerin her koşulda travmatik bir olayla karşılaşmaya benzer psikolojik tepkiler vermesiyle açıklanabilir. Bu nedenle zaten üst düzeyde seyreden psikolojik tepkilerin, tedavi karakteristiği ne olursa olsun benzer şekilde seyrediyor olabileceğini öne sürmektedir.

5.3. Karar Ağacı Analizine Göre Değerlendirme

Depresyon, Anksiyete ve TSSB üzerinde etkisi olduğuna inanılan bağımsız değişkenler Tanı, Tedavi Durumu, Tekrarlı Yatışın Varlığı, GVHD Durumu, Yatış Süresi, Çocuk Cinsiyeti, Ebeveyn Eğitim Durumu, Ebeveyn Çalışma Durumu, Eş Çalışma Durumu, Tedavi İçin Şehir Değiştirme, Çocuk Sayısı, Algılanan Sosyal Destek-Toplam ve Alt Boyutları ve Sosyal Ağ arasından hangilerinin önemli bir etkiye sahip olduğunu belirlemek ve bu değişkenlerin önem sırasını belirlemek amacıyla her bir bağımlı değişken için ayrı olarak Karar Ağacı yöntemi olan CHAID analiz tekniği kullanılmıştır.

Çalışma bulgularına göre Depresyon-Toplam puanları için en önemli ve tek belirleyici değişken olarak sosyal ağ bulunmuştur. Bu bulgu alanyazın çalışmaları ile desteklenmek ile birlikte etkinin gözlenmediği algılanan sosyal destek değişkeninin bulguları ile tutarsız olduğu düşünülmüştür. Karamustafalıoğlu ve Yumrukçal (2011), yaptıkları çalışmada anksiyetenin, algılanan tehditlere tepki olarak ortaya çıkan olumsuz bir duygu olduğunu ve tehdit ile karşı karşıya kalındığında sonuçları tahmin etme veya kontrol etme konusunda algılanan yetersizlik ile karakterize olduğu sonucunu belirtmişlerdir. Bu açıdan çalışmanın bulguları bu sonucu desteklememektedir. Bu etki anksiyete ve stres değişkenleri için de gözlenmemiştir. Alınan Sosyal Desteğin psikolojik sağlık için anlamlı olabileceğine de kanıt sunmuştur. Doğan (2008), alınan sosyal destek, stresle baş etme aracı olarak yaşam sorunları karşısında psikolojik sağlamlığı artıran ve ruh sağlığının korunmasına katkı sağlayan önemli bir psikososyal kaynak olduğunu belirtmiştir. Kansere sürecinde yaptıkları çalışmada Kastrinos ve arkadaşları (2021), ebeveynlerin çocuğun ihtiyaçları ile kendi öz bakım ve destek ihtiyaçları arasında denge kurmaya çalıştıkça yaşam kaliteleri etkilenmektedir. Kansere bakımının günlük talepleri arttıkça, ebeveynler için destek müdahalelerine ihtiyaç daha fazla olduğu belirtilmiştir. Bu nedenle, fiziksel

olarak güvenilir kişiler varlığı daha ön plana çıkıyor diye düşünülebilir. Bunun yanı sıra, Toledano ve arkadaşları (2021), yaptıkları çalışmayla sosyal destek, bireylerin başkalarından aldıkları ve stresle başa çıkmalarını kolaylaştıran duygusal, araçsal ve bilgisayar kaynakları olarak tanımlanan karmaşık bir yapı olduğunu tespit etmişlerdir. Bu çalışmada özellikle fiziki olarak varolan kişilerin niceliği ön plana çıkmıştır. Depresyon açısından koruyucu bir etkiye sahip olabileceği önerilmiştir.

TSSB-Toplam puanları için de en önemli belirleyici değişken sosyal ağ olarak bulunmuş, tedavinin devam edip etmeme durumuna göre ise farklılaştığı gözlenmiştir. Yapılan ağaç analizinde Stres ve anksiyete bağımlı değişkenleri için analize alınan bağımsız değişkenlerden anlamlı belirleyici olmadığı gözlenmiştir. Bu durum literatür ile değişen bilgileri sunmak ile birlikte destekleyici özelliklere de sahiptir. Baxter ve arkadaşları (2014), algılanan tehditlerle ilgili kaygı, çoğu insanın yaşadığı doğal bir insan tepkisi olsa da bu tür düşünceler bireyin günlük yaşamını olumsuz etkilemeye başlarsa, kaygı bozukluğunun bir işareti olabileceğini öne sürmüşlerdir. Ancak, bu çalışmada kişilerin akut stresi ile ilişkilenen TSSB belirtilerinin belirleyicileri arasında tedavinin devam edip etmediği koşulu yer almaktadır. Dolayısıyla tedavi sonrası anksiyete ve stres değişkenlerinin belirleyicilerinin genel anksiyete ve stres açıklayıcı modeller çerçevesinde değerlendirilmesinin uygun olabileceğini öne sürer. Tuma ve Maser (2019), anksiyete bozukluklarının gelişimi, genetik, biyolojik, gelişimsel ve sosyo-ekonomik ve diğer yaşam stresleri gibi pek çok faktörlerin karmaşık etkileşiminden kaynaklandığını belirtmişlerdir.

Cohen ve Willis (1985), kanserli çocuklar ve ebeveynleri ile çalışmış; ebeveynlerin, çevrelerindeki diğer insanlar tarafından algıladıkları sosyal destek sayesinde, hastalığın fiziksel ve psikolojik sorunlarından kendilerini daha kolay koruyabildiklerini ifade etmişlerdir. Böylelikle daha az zarar görülen ve aile üyelerinin birbirlerini olumsuz olarak etkilemedikleri bir yapı söz konusu olabilecektir. Sosyal desteğin ruh sağlığına etkilerinin, sağlanan gerçek destek olan alınan sosyal destek ve kişinin desteklendiğine dair öznel duyguları olan algılanan sosyal destek açısından farklılık gösterdiğini, algılanan sosyal desteğin etkisinin daha fazla olduğu görüldüğünü belirtmişlerdir (Thoits, 2011; Santini vd., 2015).). Sosyal desteğin, olumsuz olaylar ya da zorluklar karşısında kişiye fiziksel ve psikolojik avantajlar sağlayarak ruh sağlığının korunmasında, sürdürülmesinde ve geliştirilmesinde önemli

rol oynadığını çok sayıda çalışma tarafından da desteklenmiştir (Galderisi vd., 2015; Li vd., 2014; Moğulkoç, 2014; Topkaya ve Büyükgöze Kavas, 2015; Santini vd., 2015; Uğurlu, 2020). TSSB için bu çalışmada sosyal ağın etkisi ön plana çıkmış, ancak bu etkinin tedavinin devam etmesi durumunda daha önemli olduğu gözlenmiştir. Depresyon tedavi sonrasında da devam etmekle birlikte akut stres tepkileri TSSB değişkenleri arasında ölçüldüğü için çalışmanın kurgulandığı değişkenler önemli olmuş olabileceği düşünülmüştür. Bu, çalışmanın hipotezlerini destekler nitelikte sosyal ağın en önemli değişken olarak belirlenmesi çok önemlidir. Ayrıca sosyal ağın koruyucu rolüne dair etkisini de öne sürmektedir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Çalışma kapsamındaki kemik iliği nakli olan çocukların ebeveynlerinin stres, depresyon, anksiyete ve TSSB düzeyleri sosyal destek değişkenleri ile karşılaştırılmış ve ilişkileri incelenmiştir. Wolfe ve meslektaşlarının (2000) kanser tanısı almış çocuklarda yalnızca %25'inin tedaviye yanıt vermediğini ve kaybının gerçekleştiğini belirtmiş olmalarına rağmen ebeveynler de yoğun olarak kaygı ve korku yaşadığı görülmektedir. Literatürde, genel olarak kanser teşhisini duyan ebeveynlerin şok, inkar, inanamama ve korku hissi belirttikleri görülmektedir (Er 2006). Hastalığın tedavi süresince yaşanabilen her türlü zorluk anksiyete ve depresyon düzeyini attırabilmektedir. Bunun yanı sıra kanserin ölümcül bir hastalık olarak kabulü de söz konusu olabilmektedir. Manne ve arkadaşlarının (1998) ifade etmiş olduğu üzere TSSB kapsamında önem kazanan kaçınma davranışı, stres ile başa çıkma doğrultusunda istem dışı ya da bilinçli bir davranıştır. Bu durum Ebeveynin, yaşanan olayın gerçekliği ile yüzleşmekten, düşünmemeye çalışmaktan kaçınarak yüzeysel, palyatif ve kısa süreli çözüme ulaşsa da stres, anksiyete, depresyon ve TSSB duyguları ile sağlıklı başedebilmelerini engellemektedir. Çalışma bulguları göz önünde bulundurulduğunda özellikle TSSB Aşırı Uyarılma ve TSSB Olumsuz Değerlendirme alt boyutlarında farklılaşmaların belirgin hale geldiği gözlenmiştir.

Barakat ve diğerleri (2006) ebeveynin çocuklarındaki kanser tanısıyla mücadelesinde kaçınmanın önemli bir yer işgal ettiğini ifade etmeleri ve bunun TSSB kapsamında değerlendirilmesi gerekliliğini vurgulamaları da ayrıca çalışma bulguları ile paralellik göstermektedir. Çalışma kapsamında Depresyon alt boyutunda farklılık gözlemlendiği Kaygı ve Stres alt boyutlarının sosyal destek değişkenlerine göre anlamlı farklılık oluşturamayabileceği bulunmuştur. Bu durum özellikle, sosyal destek sistemlerinin daha iyi araştırılarak depresyon üzerindeki aracı etkilerin daha sonraki çalışmalarda ayrıntılı ele alınmasını bir öneri olarak gündeme getirebilir. Ayrıca, umutsuzluğun belirgin olduğu depresyon semptomları açısından koruyucu bir etkiyi

gündeme getirmektedir. Depresyonun korelasyonel olarak kaygı ve stres ile yüksek ilişkisi ise aracı bir etki ile ileride olabilecek problemlerin önlenmesi açısından anlamlı bir yer teşkil etmektedir. Bu çalışmada da özellikle farklılaşmanın depresyon değişkeni üzerinde odaklanması, çalışmanın sonuçlarının tedavi sonrasındaki müdahale ihtiyaçları çerçevesinde depresyonun öncelik kazanmasının gerekliliği şeklinde yorumlanabilir.

Adaletli (2009) ailelerde kanserle mücadele sürecindeki ruhsal destek ihtiyacını araştırmış ve sonuç olarak ebeveynler için ruhsal destek ihtiyacını %70,2 olarak ifade etmiştir. Dolayısıyla tüm aile bireylerini içeren sosyal destek programları hem aile değerlendirmesindeki işlevsellik oranlarını olumlu şekilde etkileyecek, hem de aile üyelerinin problemlerle sağlıklı bir şekilde başa çıkılablmesini mümkün kılacaktır (Demaray, Malecki, Davidson, Hodgson ve Rebus, 2005; Jackson ve Frick, 1998). Çalışmamızın sonuçlarına göre tedavi sırasında ve sonrasında sosyal destek almanın depresyon düzeyinde farklılaşma yaratması bu süreçte koruyucu sosyal destek sistemlerinin gerekliliğini vurgulayabilir. Özellikle GHVD değerlerine uyum sağlanmamış koşulda depresyon ve olumsuz değerlendirme ve aşırı uyarılma TSSB tepkileri beklendiği şekilde farklılaştığı gözlenmiştir. Bu süreç zorlu olsa bile kişilerin Travma Sonrası Büyüme ve Psikolojik Destek ihtiyacına zemin hazırlama açısından bu dönemki ihtiyacı ortaya koyan bir bulgu olmuştur.

Çalışma kapsamında Algılanan Sosyal Destek- Aile ve Sosyal Destek-Anlamlı Kişi alt boyutu, TSSB semptomları ve Depresyon açısından farklılaşma sağlamaktadır. Aile içindeki iletişimin ve ilginin arttıkça azalan travmatik stres bulguları ve depresyon düzeyleri bu açıdan uyumludur. Bu bulgular, post-travmatik stres belirtilerinin sosyal destek ile ilişkisine yönelik, sadece gelişim gösterilmesine değil önlenmesine olan etkisini de ifade etmektedir. Dolayısıyla, kanser tanısı ile beraber sosyal desteğin önemini de vurgulamaktadır. Anlamlı Kişiden Alınan Sosyal Destek tanımı içerisinde doktorun da bulunması tedavi ekiplerinin de bu konuda bilgi ve hassasiyet göstermesinin önemi açısından önemlidir. Bununla birlikte, eş çalışma durumunun TSSB semptomları açısından farklılaşma yaratabileceği de gözlenmiştir. Bu açıdan hazırlanan aile müdahale planlarında çalışma durumlarının göz önünde bulundurularak aracı diğer değişkenlerin de incelenmesinin gerekliliği olarak düşünülebilir.

Sosyal desteğin, TSSB gelişimi içinde bir koruyucu faktör olarak saptanmış olmasından (Vanderwerker ve Prigerson, 2003) günümüze hem insan eliyle hem doğal yollarla yaşanan travmalardan sonra geliştirilmiş çalışmalarda, mümkünse yakın çevre ve özellikle ailenin, değilse dışarıdan alınabilecek her türlü sosyal desteğin travma ile başa çıkmada olumlu etkisi ifade edilmektedir (Murphy ve ark, 1999; Dyregrov ark, 2003). Araştırmacılar, olumsuz sosyal etkileşimlerin söz konusu olduğu durumlarda, pozitif sosyal destek ile kıyaslandığında, TSSB için güçlü bir farklılaşma yarattığını belirtmişlerdir (Tarrrier, Sommerfield ve Pilgrim, 1999). Duyguların dışa vurumu ve kişiler arası etkileşimler açısından sosyal desteğin olumlu ya da olumsuz etkisi travmanın yorumlanması adına önem taşımaması bu açıdan aile içi iletişimin güçlendirilmesi önem kazanmaktadır. Bu sebeple koruyucu faktörler özellikle ön plana çıkmaktadır. Travmatize olmuş çocuk ve annede, özellikle sosyal destek ve kişisel gelişim programları ile travmanın etkilerinin azaltılması amaç edinilmelidir (Tedeschi ve Calhoun, 1996). Yaşanan travma, anksiyete, sosyal ilişkilerde bozulma, depresyon ve içe çekilme gibi türlü problemlerin çocukların gelişimini önlememesi ve kendilerini psikolojik olarak dayanıklı hissedebilmeleri için ebeveynler ve ailenin diğer üyelerine yönelik destek programları yapılandırılmalı ve kanserli çocuğun tedavi sürecinin bir parçası olmalıdır. Çalışmamızın bulguları ışığında da tutarlı bir sonuca rastlanmaktadır. Bu nedenle aileye ve yakın çevrelerine bilgilendirici psikososyal destek programlarının oluşturulması için çalışmalar yürütülebilir.

Yapılan karar analizi sonuçlarında kemik iliği nakli olan çocukların ebeveynlerinin TSSB ve Depresyon düzeyleri üzerinde sosyal ağın etkisi gözlenirken, aynı etki algılanan sosyal destek değişkenleri ile gözlenmemiştir. Bu açıdan kişilerin psikolojik sağlıklarını koruyabilmek için gerçekten fiziksel desteklere, güvenilir kişilerin varlığına ihtiyaç duyduğu şeklinde yorumlanabilir. Dolayısıyla, bu sürece yönelik sosyal çevreyi bilgilendirici eğitim faaliyetlerinin desteklenmesinin, maddi kaynaklara ulaşmalarının kolaylaştırılmasının psikolojik sağlamlığa giden yolda etkili olabileceği yönünde değerlendirilmiştir.

Bu bakış açısıyla, doktorlara, hemşirelere ve kanser hasta yakınlarına kanser süreci, kayıplar, hastalığın nasıl söylenmesi gerektiği, sosyal desteğin önemi, depresyon, stres ve kaygı konularında psikoeğitim verilmesi önerilmektedir. Ayrıca kanser hastalarının sosyal destek sistemlerinin harekete geçirilmesi, hastalara

psikolojik destek verilmesi amacıyla hastanelerin onkoloji servislerinde uzman psikolog ve psikiyatrların görevlendirilmesi ve onkoloji servisinde çalışan hekimlerin ve hemşirelerin hastaların içinde bulunduğu duruma uygun davranması hastalık sürecinin daha sağlıklı atlatılabilmesi adına büyük önem taşımaktadır.

Son olarak, bu çalışma boyunca veri toplama gibi kısıtlı sürelerde de temas halinde bulunmuş bir deneyim olsa da sürecin zorlu olabileceği gözlenmiştir. Bu nedenle çalışmanın konusu olmamasına karşın tedavi ekibinin verdiği desteğin önemi olduğu, anlamlı kişiden alınan sosyal destek algısını hakkında bulunan destekleyici bulgular ile, tedavi ekibinin de kaynaklarının korunmasına, tükenmişliklerinin önlenmesine yönelik diğer çalışmalara alanyazında ihtiyaç vardır.

KAYNAKLAR

KAYNAKLAR

Kitaplar

- Ali, Md & Sultana, Shirin. (2012). Blood Cancer. 10.13140/RG.2.1.4602.4803.
- Alim, N. E. (2017). Türkiye’de ve dünyada kanser epidemiyolojisi. TC, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü.
- Alladin A (2015) Integrative CBT for Anxiety Disorders: An Evidence-Based Approach to Enhancing Cognitive Behavioral Therapy With Mindfulness and Hypnotherapy. Wiley/Blackwell.
- Amerikan Psikiyatri Birliği, (2014). Ruhsal bozuklukların tanıs ve sayımsal el kitabı (DSM-5), Tanı ölçütleri el kitabı. (Çev: Köroğlu, E.) Ankara: Hekimler Yayın Birliği. (Özgün çalışma 2013)
- Chu, E., & Sartorelli, A. C. (2018). Cancer chemotherapy. Lange’s Basic and Clinical Pharmacology, 948-976.
- Churchill, R., Davies, P., Caldwell, D., Moore, T. H., Jones, H., Lewis, G., & Hunot, V. (2010). Humanistic therapies versus other psychological therapies for depression. The Cochrane database of systematic reviews, 2010(9).
- Clark, D. A., & Guyitt, B. D. (2015). Schema theory in depression. Treating Depression: MCT, CBT, and Third-Wave Therapies, 115-143.
- Craske MG, Stein MB (2016). Anxiety. Lancet; 388: 10063, 3048-3059.
- Cuğ, F. D. (2021). Çocukları Kanser Olan Ebeveynlerin Tedavi Sürecindeki Psikolojik İhtiyaçları. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 13(Suppl. 1), 324-336.

- Debela, D. T., Muzazu, S. G., Heraro, K. D., Ndalama, M. T., Mesele, B. W., Haile, D. C., ... & Manyazewal, T. (2021). New approaches and procedures for cancer treatment: Current perspectives. *SAGE open medicine*, 9, 20503121211034366.
- Ellman, S. J. (2020). Sullivan: Interpersonal psychoanalysis, relational beginnings. In *When Theories Touch* (pp. 413-426). Routledge.
- Farinde, A. (2013). The Beck depression inventory. *The Pharma Innovation*, 2(1).
- Field, A. P., Hadwin, J. A., & Lester, K. J. (2011). Information processing biases in child and adolescent anxiety: A developmental perspective. In W. K. Silverman & A. Fields (Eds.), *Anxiety disorders in children and adolescents: Research, assessment, and intervention* (2nd ed.). Cambridge, United Kingdom: Cambridge University Press.
- Freud, S., Strachey, J. (2021). *Beyond the Pleasure Principle*. Hassell Street Press.
- Freud, S., Strachey, J., Freud, A., Strachey, A., Tyson, A. (2001). *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud. (1923-1925)*. Vintage
- Gay, P. (2006). *Freud: A Life For Our Time*. Little.
- Gerecke, C., Fuhrmann, S., Strifler, S., Schmidt-Hieber, M., Einsele, H., & Knop, S. (2016). The Diagnosis and Treatment of Multiple Myeloma. *Deutsches Aerzteblatt Online*. doi:10.3238/arztebl.2016.0470).
- Graber, R., Pichon, F., & Carabine, E. (2015). *Psychological resilience*. London: Overseas Development Institute.
- Hoadley, K. A., Yau, C., Hinoue, T., Wolf, D. M., Lazar, A. J., Drill, E., Thorsson, V. (2018). Cell-of-Origin Patterns Dominate the Molecular Classification of 10,000 Tumors from 33 Types of Cancer. *Cell*, 173(2), 291–304.e6. doi:10.1016/j.cell.2018.03.022) .
- Hosseinzadeh, Elham & Banaee, Nooshin & Nedaie, Hassan. (2017). Cancer and Treatment Modalities. *Current Cancer Therapy Reviews*. 13.

10.2174/1573394713666170531081818.

- Hoven, E., Ljungman, L., Boger, M., Ljótsson, B., Silberleitner, N., von Essen, L., & Cernvall, M. (2016). Posttraumatic Stress in Parents of Children Diagnosed with Cancer: Hyperarousal and Avoidance as Mediators of the Relationship between Re-Experiencing and Dysphoria. *PLOS ONE*, 11(5), e0155585. doi:10.1371/journal.pone.0155585).
- Kalinich, M., & Haber, D. A. (2018). Cancer detection: Seeking signals in blood. *Science*, 359(6378), 866–867. doi:10.1126/science.aas9102.
- Kastrinos, A. L., Fisher, C. L., Mullis, M. D., Wollney, E., Sae-Hau, M., Weiss, E. S., & Bylund, C. L. (2021). A lifespan approach to understanding family caregiver experiences of a blood cancer diagnosis. *Palliative and Supportive Care*, 1–8. doi:10.1017/s1478951521000389).
- Kretschmer, M., & Storm, L. (2018). The relationships of the five existential concerns with depression and existential thinking. *Int J Existential Psychol Psychother*, 7, 20.
- Beck, A. T., & Bredemeier, K. (2016). A unified model of depression: Integrating clinical, cognitive, biological, and evolutionary perspectives. *Clinical Psychological Science*. Advance online publication. doi:10.1177/2167702616628523
- Kumpfer, K. L. (2002). Factors and processes contributing to resilience. In *Resilience and development* (pp. 179-224). Springer, Boston, MA.
- Lee, H. H., & Cranford, J. A. (2008). Does resilience moderate the associations between parental problem drinking and adolescents' internalizing and externalizing behaviours? A study of Korean Adolescents. *Drug and Alcohol Dependence*, 96, 213–221. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2008.03.007
- Leonard, B. E. (2001). The immune system, depression and the action of antidepressants. *Progress in Neuro- Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 25, 767-780.
- Ljungman, L., Cernvall, M., Grönqvist, H., Ljótsson, B., Ljungman, G., and von Essen, L. (2014). Long-term positive and negative psychological late effects for parents of childhood cancer survivors: a systematic review.

PLoS one 9:e103340. doi: 10.1371/journal.pone.0103340

- Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, 71, 543–562. doi: 10.1111/1467- 8624.00164
- Mulhern, R. (2010). Depression. In A. Grant, M. Town- send, R. Mulhern, & N. Short (Eds.), *Cognitive behav ioural therapy in mental health care* (pp. 55-73). Lon- don, England: Sage.
- Özakkaş, T. (2014). *Anksiyete Bozuklukları ve Tedavisi*. Psikonet.
- Pekrun, R. (2019). Expectancy–value theory of anxiety: Overview and implications. *Anxiety: Recent developments in cognitive, psychophysiological, and health research*, 23-42.
- Price, J. P. (2007). Cognitive schemas, defence mechanisms and post-traumatic stress symptomatology. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*.
- Radhika S, et al. (2021). Editorial Note on Bone Marrow Cancer. *Oncol Cancer Case Rep*, 07(2), 001-001.
- Rhoads, J, Murphy, P. (2015). Anxiety disorders. In: *Clinical Consult to Psychiatric Nursing for Advanced Practice*. Springer.
- Scher, C., Segal, Z., & Ingram, R. (2004). Beck’s theory of depression. *Contemporary cognitive therapy: Theory, research, and practice*, 27-44.
- Schiffman, J. D., Fisher, P. G., & Gibbs, P. (2015). Early detection of cancer: past, present, and future. *American Society of Clinical Oncology Educational Book*, 35(1), 57-65.
- Shinohara, K., Honyashiki, M., Imai, H., Hunot, V., Caldwell, D. M., Davies, P., ... & Churchill, R. (2013). Behavioural therapies versus other psychological therapies for depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (10).
- Spielberger, C. D. (2019). Anxiety, cognition and affect: A state-trait perspective. *Anxiety and the anxiety disorders*, 171-182.

- Taylor, S. E. (2011). Social support: A review. In H. S. Friedman (Ed.), *The Oxford handbook of health psychology* (pp. 189–214). Oxford University Press.
- Taylor, S., Asmundson, G. J., & Hyprochondria. (2004). *Treating health anxiety: A cognitive-behavioral approach* (Vol. 494, p. 495). New York: Guilford Press.
- Terracini, B. (2011). Epidemiology of childhood cancer. *Environmental Health: A Global Access Science Source*, 10(Suppl 1), 1–3..
- Topal, A. ve Arpacı F. (2022). *Tıbbi onkolojide temel ilkeler*. Taşar M, editör. *Onkolojik Hastalarda Girişimsel Radyoloji*. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; p.1-6.
- Tuma, A. H., & Maser, J. D. (Eds.). (2019). *Anxiety and the anxiety disorders*. Routledge.
- Turner, R. J., & Brown, R. L. (2010). Social support and mental health. *A handbook for the study of mental health: Social contexts, theories, and systems*, 2, 200-212.
- Türköz Arar, A., & Yıldırım, G. (2019). Kanser tanısı konmuş çocuğa sahip olan ebeveynlerin bakım yükleri ile anksiyete düzeyleri arasındaki ilişki.
- Van der Hart, O., Brown, P., & van der Kolk, B. A. (2019). Pierre Janet's treatment of posttraumatic stress. In *Rediscovering Pierre Janet* (pp. 164-177). Routledge.
- Vasey, M. W., & Dadds, M. R. (2001). (Eds.). *The developmental psychopathology of anxiety*. London, United Kingdom: Oxford University Press.
- Wald J, Taylor S, Asmundson GJG, et al. (2006). Literature review of concepts: psychological resiliency. Toronto (ON): Defence R&D Canada.
- Wang, L. (2017). Early Diagnosis of Breast Cancer. *Sensors*, 17(7), 1572. doi:10.3390/s17071572).
- WHO (2020a). *Assessing national capacity for the prevention and control of noncommunicable diseases: report of the 2019 global survey*. Geneva:

World Health Organization.

WHO (2020b). Report On Cancer Setting Priorities, Investing Wisely And Providing Care For All.

Wiedemann, K. (2015). Anxiety and Anxiety Disorders. *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*, 804–810. doi:10.1016/b978-0-08-097086-8.27006-2.

Wills, T. A., & Shinar, O. (2000). Measuring perceived and received social support. In S. Cohen, L. G. Underwood, & B. H. Gottlieb (Eds.), *Social support measurement and intervention: A guide for health and social scientists* (pp. 86 –135). New York: Oxford University Press.

Yalom, I. D. (2008). *Güneşe Bakmak Ölümle Yüzleşmek*. Kabalcı Yayınları.

Yalom, I. D. (2011). *Varoluşçu Psikoterapi*. Kabalcı Yayınları.

Yeyin, N. (2015). Radyasyonun biyolojik etkileri. *Nükleer Tıp Seminerleri*, 3, 139-143.

Makaleler

Alderfer, M. A., Navsaria, N., & Kazak, A. E. (2009). Family functioning and posttraumatic stress disorder in adolescent survivors of childhood cancer. *Journal of Family Psychology*, 23(5), 717–725. doi:10.1037/a0015996).

Alfano, C. A., Beidel, D. C., & Turner, S. C. (2002). Cognition in childhood anxiety: Conceptual methodological and developmental issues. *Clinical Psychology Review*, 22, 1208 – 1238.

Alloy, L. B., Abramson, L. Y., Whitehouse, W. G., Hogan, M. E., Panzarella, C., & Rose, D. T. (2006). Prospective incidence of first onsets and recurrences of depression in individuals at high and low cognitive risk for depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 115, 145-156.

Almedom, A.M. and Glandon, D. (2007) ‘Resilience is not the absence of PTSD any more than health is the absence of disease’, *Journal of Loss and Trauma* 12(2): 127–143 (DOI:10.1080/15325020600945962).

- Anderson, K. C. (2016). Progress and paradigms in multiple myeloma. *Clinical Cancer Research*, 22(22), 5419-5427.
- Ansell, S. M., & Armitage, J. (2005). Non-Hodgkin Lymphoma: Diagnosis and Treatment. *Mayo Clinic Proceedings*, 80(8), 1087–1097. doi:10.4065/80.8.1087.
- Ataria, Y. (2015). Post-traumatic stress disorder: A theory of perception. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy*, 11(1), 19–30. doi:10.1080/17432979.2015.1064828
- Bandelow B et al (2017) Treatment of anxiety disorders. *Dialogues in Clinical Neuroscience*; 19: 2, 93–107.
- Bandelow B, Michaelis S. (2015). Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. *Dialogues Clin Neurosci*. 17: 327–35.
- Bar-Haim, Y., Lamy, D., Pergamin, L., Bakermans-Kranenburg, M. J., & van IJzendoorn, M. H. (2007). Threat-related attentional bias in anxious and nonanxious individuals: A meta-analytic study. *Psychological Bulletin*, 133, 1–24. <http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.133.1.1>
- Barros, H. M. T., Calil, H. M., Guimarães, F. S., Soares, J. C., & Andreatini, R. (2002). The brain decade in debate: V-neurobiology of depression. *Progress in Neuro- Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 26, 613-617.
- Bartlett, Maurice S. (1950). "Tests of significance in factor analysis." *British journal of psychology*
- Baxter A et al (2014) The regional distribution of anxiety disorders: implications for the Global Burden of Disease Study, 2010. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*; 23: 4, 422-438.
- Baykara, O. (2016). Kanser Tedavisinde Güncel Yaklaşımlar. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(3), 154-165. doi: 10.5505/bsbd.2016.93823.
- Beck, A. T. (2002). Cognitive models of depression. *Clinical advances in cognitive psychotherapy: Theory and application*, 14(1), 29-61.
- Beck, A.T., (2008). The evolution of the cognitive model of depression and its

neurobiological correlates. *American Journal of Psychiatry*.

- Beijers, L., Wardenaar, K. J., van Loo, H. M., & Schoevers, R. A. (2019). Data-driven biological subtypes of depression: systematic review of biological approaches to depression subtyping. *Molecular psychiatry*, 24(6), 888-900.
- Benight, C. C., & Bandura, A. (2004). Social cognitive theory of posttraumatic recovery: The role of perceived self-efficacy. *Behaviour research and therapy*, 42(10), 1129-1148.
- Bhandari, V., Hoey, C., Liu, L. Y., Lalonde, E., Ray, J., Livingstone, J., ... & Bristow, R. G. (2019). Molecular landmarks of tumor hypoxia across cancer types. *Nature genetics*, 51(2), 308-318.
- Bisson, J. I. (2007). Post-traumatic stress disorder. *BMJ*, 334(7597), 789–793. doi:10.1136/bmj.39162.538553.80.
- Bisson, J. I. (2009). Psychological and social theories of post-traumatic stress disorder. *Psychiatry*, 8(8), 290–292. doi:10.1016/j.mppsy.2009.05.003.
- Blass, R. B. (2014). On ‘the fear of death’ as the primary anxiety: How and why Klein differs from Freud. *The International Journal of Psychoanalysis*, 95(4), 613-627.
- Blimark, C., Holmberg, E., Mellqvist, U. H., Landgren, O., Björkholm, M., Hultcrantz, M., ... & Kristinsson, S. Y. (2015). Multiple myeloma and infections: a population-based study on 9253 multiple myeloma patients. *haematologica*, 100(1), 107).
- Bonanno, G. A., Romero, S. A., & Klein, S. I. (2015). The temporal elements of psychological resilience: An integrative framework for the study of individuals, families, and communities. *Psychological Inquiry*, 26(2), 139-169.
- Borrescio-Higa F, Valdés N. (2022). The Psychosocial Burden of Families with Childhood Blood Cancer. *International Journal of Environmental Research and Public Health*.; 19(1):599. <https://doi.org/10.3390/ijerph19010599>).

- Bouton, M. E., Mineka, S., & Barlow, D. H. (2001). A modern learning theory perspective on the etiology of panic disorder. *Psychological Review*, 108, 4 – 32.
- Brewin, C. R., & Holmes, E. A. (2003). Psychological theories of posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review*, 23(3), 339–376. doi:10.1016/s0272-7358(03)00033-3.
- Bystritsky A et al (2013) Current diagnosis and treatment of anxiety disorders. *Pharmacy and Therapeutics*; 38: 1, 30-57.
- Caes, L., Goubert, L., Devos, P., Verlooy, J., Benoit, Y., & Vervoort, T. (2014). The Relationship Between Parental Catastrophizing About Child Pain and Distress in Response to Medical Procedures in the Context of Childhood Cancer Treatment: A Longitudinal Analysis. *Journal of Pediatric Psychology*, 39(7), 677–686. doi:10.1093/jpepsy/jsu034.
- Carlsson T, Kukkola L, Ljungman L, Hovén E, von Essen L (2019) Psychological distress in parents of children treated for cancer: An explorative study. *PLoS ONE* 14(6): e0218860. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0218860>.
- Carvalho, J. P., & Hopko, D. R. (2011). Behavioral theory of depression: Reinforcement as a mediating variable between avoidance and depression. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 42(2), 154-162.
- Carvalho, J., Trent, L. R., & Hopko, D. R. (2011). The impact of decreased environmental reward in predicting depression severity: Support for behavioral theories of depression. *Psychopathology*, 44(4), 242-252.
- Chen, J., & Mullen, C. A. (2017). Patterns of Diagnosis and Misdiagnosis in Pediatric Cancer and Relationship to Survival. *Journal of Pediatric Hematology/Oncology*, 39(3), e110–e115. doi:10.1097/mp.0000000000000688).
- Cheng, B. H., & McCarthy, J. M. (2018). Understanding the dark and bright sides of anxiety: A theory of workplace anxiety. *Journal of Applied Psychology*, 103(5), 537.

- Choi, E. K., Yoon, S. J., Kim, J.-H., Park, H. J., Kim, J. Y., & Yu, E.-S. (2016). Depression and distress in caregivers of children with brain tumors undergoing treatment: psychosocial factors as moderators. *Psycho-Oncology*, 25(5), 544–550. <https://doi->
- Cicchetti D. (2010). Resilience under conditions of extreme stress: a multilevel perspective. *World Psychiatry*, 9:145–154.
- Cohen, S. (2004). Social relationships and health. *American psychologist*, 59(8), 676.
- Connor, K. M., & Davidson, J. R. T. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18, 76–82. doi: 10.1002/da.10113
- Cordova, M. J., Riba, M. B., & Spiegel, D. (2017). Post-traumatic stress disorder and cancer. *The Lancet Psychiatry*, 4(4), 330-338.
- Coulson, N. S., & Greenwood, N. (2012). Families affected by childhood cancer: An analysis of the provision of social support within online support groups. *Child: care, health and development*, 38(6), 870-877.
- Craske, M. G., Rauch, S. L., Ursano, R., Prenoveau, J., Pine, D. S., & Zinbarg, R. E. (2009). What is an anxiety disorder. *Depression and Anxiety*, 26, 1066 – 1085.
- Creswell, C., O'Connor, T. G., & Brewin, C. R. (2006). A longitudinal investigation of maternal and child 'anxious cognitions'. *Cognitive Therapy and Research*, 30(2), 135-147.
- Çelik, F. H., & Hocoğlu, Ç. (2016). Major depresif bozukluk tanımı, etyolojisi ve epidemiyolojisi: bir gözden geçirme. *Çağdaş Tıp Dergisi*, 6(1), 51-66.
- Çetin, Ş., & Varma, G. S. (2021). Somatik Belirti Bozukluğu: Tarihsel Süreç ve Biyopsikososyal Yaklaşım. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 13(4), 790-804.
- Davydov DM, Stewart R, Ritchie K, et al. (2010). Resilience and mental health. *Clin Psychol Rev.*;30:479–495.
- Deacon, B. J., & Abramowitz, J. S. (2004). Cognitive and behavioral treatments

- for anxiety disorders: A review of meta-analytic findings. *Journal of clinical psychology*, 60(4), 429-441.
- Dean, J., & Keshavan, M. (2017). The neurobiology of depression: An integrated view. *Asian Journal of Psychiatry*, 27, 101–111. doi:10.1016/j.ajp.2017.01.025
- Derakshan, N., Ansari, T. L., Hansard, M., Shoker, L., & Eysenck, M. W. (2009). Anxiety, inhibition, efficiency, and effectiveness: An investigation using the antisaccade task. *Experimental psychology*, 56(1), 48.
- Dimidjian, S., Barrera, M., Martell, C., Muñoz, R. F., & Lewinsohn, P. M. (2011). The Origins and Current Status of Behavioral Activation Treatments for Depression. *Annual Review of Clinical Psychology*, 7(1), 1–38. doi:10.1146/annurev-clinpsy-032210-104535
- Doğan, T. (2008). Psikolojik belirtilerin yordayıcısı olarak sosyal destek ve iyilik hali, *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 3(30):30-44.
- Ehlers, A., Hackmann, A., & Michael, T. (2004). Intrusive re-experiencing in post-traumatic stress disorder: Phenomenology, theory, and therapy. *Memory*, 12(4), 403-415.
- Eisner MD et al (2010). Influence of anxiety on health outcomes in COPD. *Thorax*; 65: 3, 229-234.
- Eker, D. & Arkar, H. (1995). Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Faktör Yapısı, Geçerlilik ve Güvenirliliği. *Türk Psikologlar Dergisi*, 10(34), 45-55.
- Ewert, A., & Tessneer, S. (2019). Psychological Resilience and Posttraumatic Growth: An Exploratory Analysis. *Journal of Experiential Education*, 105382591985902. doi:10.1177/1053825919859027
- Fearey, E., Evans, J., & Schwartz-Mette, R. A. (2021). Emotion regulation deficits and depression-related maladaptive interpersonal behaviours. *Cognition and Emotion*, 35(8), 1559-1572. DOI: 10.1080/02699931.2021.1989668

- Fletcher, D., & Sarkar, M. (2013). Psychological resilience: A review and critique of definitions, concepts, and theory. *European psychologist*, 18(1), 12.
- Fletcher, P. C. (2010). My child has cancer: The costs of mothers' experiences of having a child with pediatric cancer. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 33, 164-184.
- Galderisi, S., Heinz, A., Kastrup, M., Beezhold, J., & Sartorius, N. (2015). Toward a new definition of mental health. *World psychiatry*, 14(2), 231.
- Genovese, G., Kähler, A. K., Handsaker, R. E., Lindberg, J., Rose, S. A., Bakhoum, S. F., ... & McCarroll, S. A. (2014). Clonal hematopoiesis and blood-cancer risk inferred from blood DNA sequence. *New England Journal of Medicine*, 371(26), 2477-2487.
- Gobbi, P. G., Ferreri, A. J. M., Ponzoni, M., & Levis, A. (2013). Hodgkin lymphoma. *Critical Reviews in Oncology/Hematology*, 85(2), 216–237. doi:10.1016/j.critrevonc.2012.07.002.
- Greeff, A. P., Vansteenwegen, A., & Geldhof, A. (2014). Resilience in Families with a Child with Cancer. *Pediatric Hematology and Oncology*, 31(7), 670–679. doi:10.3109/08880018.2014.905666.
- Greenberg, N., Brooks, S., Dunn, R. (2015). Latest developments in post-traumatic stress disorder: diagnosis and treatment, *British Medical Bulletin*, Volume 114, Issue 1, Pages 147–155, <https://doi.org/10.1093/bmb/ldv014>
- Greene, F. L., & Sobin, L. H. (2008). The staging of cancer: a retrospective and prospective appraisal. *CA: a cancer journal for clinicians*, 58(3), 180-190.
- Grillon, C. (2002). Startle reactivity and anxiety disorders: aversive conditioning, context, and neurobiology. *Biological psychiatry*, 52(10), 958-975.
- Gurney, J., Sarfati, D., & Stanley, J. (2015). The impact of patient comorbidity on cancer stage at diagnosis. *British Journal of Cancer*, 113(9), 1375–

1380. doi:10.1038/bjc.2015.355.

Güleç, G. (2016). Psikiyatrik bozukluklar ve intihar. *Türkiye Klinikleri Psychiatry-SpecialTopics*, 3, 21-25.

Güven, E., ve Gökçe, G. (2018). Etkililik Çalışmaları Ne Kadar Etkili?: Bilişsel Davranışçı Terapiler Bağlamında Bir Değerlendirme. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 29(1), 54-66.

Habibpour Z, Mahmoudi H, Nir MS, Areshtanab HN. (2019). Resilience and its Predictors among the Parents of Children with Cancer: A Descriptive-Correlational Study. *Indian J Palliat Care*. Jan-Mar;25(1):79-83. doi: 10.4103/IJPC.IJPC_128_18. PMID: 30820107; PMCID: PMC6388604.

Halpern, M. T., Ward, E. M., Pavluck, A. L., Schrag, N. M., Bian, J., & Chen, A. Y. (2008). Association of insurance status and ethnicity with cancer stage at diagnosis for 12 cancer sites: a retrospective analysis. *The Lancet Oncology*, 9(3), 222–231. doi:10.1016/s1470-2045(08)70032-9.

Harandi, F., Taghinasab, M., & Nayeri, T. (2017). The correlation of social support with mental health: A meta-analysis. *Electronic Physician*, 9(9), 5212–5222. doi:10.19082/5212.

Harms, C., Pooley, J., & Cohen, L. (2017). The protective factors for resilience scale (PFRS): Development of the scale. *Cogent Psychology*, 4(1), *Cogent Psychology*, 01 January 2017, Vol.4(1).

Hassanpour, S. H., & Dehghani, M. (2017). Review of cancer from perspective of molecular. *Journal of Cancer Research and Practice*, 4(4), 127–129. doi:10.1016/j.jcrpr.2017.07.001).

Herrman H, Stewart DE, Diaz-Granados N, Berger EL, Jackson B, Yuen T. (2011). What is Resilience? *The Canadian Journal of Psychiatry*.;56(5):258-265. doi:10.1177/070674371105600504.

Holmes, J. (2013). An attachment model of depression: Integrating findings from the mood disorder laboratory. *Psychiatry*, 76(1), pp.68-86.

Iacovou, S. (2011). What is the Difference Between Existential Anxiety and so Called Neurotic Anxiety?. *Existential Analysis: Journal of the Society*

- for Existential Analysis, 22(2).
- Işıkhan, V. (2007). Kanser ve sosyal destek. *Toplum ve sosyal hizmet*, 18(1), 15-29.
- İlhan, B., ve Bakkaloğlu, O. K. (2019). Yaşlılarda Kırılabilirlik ve Kanser Taranma Oranları. *Journal Of Istanbul Faculty Of Medicine*, 82(1), 24-28.
- Joseph, S. (2004). Client-centred therapy, post-traumatic stress disorder and post-traumatic growth: Theoretical perspectives and practical implications. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 77(1), 101–119. doi:10.1348/147608304322874281.
- Jovanovic, T., Norrholm, S. D., Blanding, N. Q., Davis, M., Duncan, E., Bradley, B., & Ressler, K. J. (2010). Impaired fear inhibition is a biomarker of PTSD but not depression. *Depression and Anxiety*, 27(3), 244–251. <https://doi.org/10.1002/da.20663>
- Jurbergs, N., Long, A., Ticona, L. & Phipps, S. (2009). Symptoms of Posttraumatic Stress in Parents of Children with Cancer: Are they Elevated Relative to Parents of Healthy Children? *Journal of Pediatric Psychology*, 34, 4-13.
- Kaatsız, M. A. A. (2020). Pediatrik Kanserlerde Aile Merkezli Psikososyal Bakımın Önemi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 7(1), 78-85.
- Karamustafalıoğlu, O., & Yumrukçal, H. (2011). Depresyon ve anksiyete bozuklukları. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, 45(2), 65-74.
- Kazak, A. E., Abrams, A. N., Banks, J., Christofferson, J., DiDonato, S., Grootenhuis, M. A., ... Kupst, M. J. (2015). Psychosocial Assessment as a Standard of Care in Pediatric Cancer. *Pediatric Blood & Cancer*, 62(S5), S426–S459. doi:10.1002/pbc.25730).
- Kearney, J.A.; Salley, C.G.; Muriel, A.C. (2015). Standards of Psychosocial Care for Parents of Children with Cancer. *Pediatric Blood Cancer*, 62, S632–S683.

- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Koretz, D., Merikangas, K. R., . . . Wang, P. S. (2003). The epidemiology of major depressive disorder: Results from the national comorbidity survey replication (NCS- R). *Journal of the American Medical Association*, 289, 3095-3105.
- Kircanski, K., Joormann, J., & Gotlib, I. H. (2012). Cognitive aspects of depression. *Wiley Interdisciplinary Reviews: Cognitive Science*, 3(3), 301-313.
- Kirkpatrick, H. A., & Heller, G. M. (2014). Post-Traumatic Stress Disorder: Theory and Treatment Update. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 47(4), 337–346. doi:10.2190/pm.47.4.h
- Knapke, S., Nagarajan, R., Correll, J., Kent, D., & Burns, K. (2012). Hereditary cancer risk assessment in a pediatric oncology follow-up clinic. *Pediatric blood & cancer*, 58(1), 85-89.
- Köse, S., Arar, A. T., & Yıldırım, G. (2019). Kanser Tanısı Konmuş Çocuğa Sahip Olan Ebeveynlerin Bakım Yükleri ile Anksiyete Düzeyleri Arasındaki İlişki•. *Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 16(4), 282-287.
- Krogh, J., Benros, M. E., Jørgensen, M. B., Vesterager, L., Elfving, B., & Nordentoft, M. (2014). The association between depressive symptoms, cognitive function, and inflammation in major depression. *Brain, behavior, and immunity*, 35, 70-76.
- Lanius, R. A., Bluhm, R. L., & Frewen, P. A. (2011). How understanding the neurobiology of complex post-traumatic stress disorder can inform clinical practice: A social cognitive and affective neuroscience approach. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 124(5), 331-348.
- Lazebnik, Y. (2010). What are the hallmarks of cancer?. *Nature Reviews Cancer*, 10(4), 232-233.
- Leipold, B., & Greve, W. (2009). Resilience: A conceptual bridge between coping and development. *European Psychologist*, 14, 40–50. doi: 10.1027/1016-9040.14.1.40

- LeMoult, J., & Gotlib, I. H. (2019). Depression: A cognitive perspective. *Clinical Psychology Review*, 69, 51-66.
- Liedl, A., O'donnell, M., Creamer, M., Silove, D., McFarlane, A., Knaevelsrud, C., & Bryant, R. A. (2010). Support for the mutual maintenance of pain and post-traumatic stress disorder symptoms. *Psychological medicine*, 40(7), 1215-1223.
- Lissek, Shmuel & Meurs, Brian. (2014). Learning Models of PTSD: Theoretical Accounts and Psychobiological Evidence. *International Journal of Psychophysiology*. 98. 10.1016/j.ijpsycho.2014.11.006.
- LoSavio, S. T., Dillon, K. H., & Resick, P. A. (2017). Cognitive factors in the development, maintenance, and treatment of post-traumatic stress disorder. *Current Opinion in Psychology*, 14, 18–22. doi:10.1016/j.copsyc.2016.09.006
- Lotfi, S., & Başçillar, M. (2017). Travma sonrası stres bozukluğu ve sosyal hizmet. *İstanbul Gelişim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, (3), 275-286.
- Lovibond, P. F. & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour research and therapy*, 33(3), 335-343. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)00075-U](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00075-U)
- Mahmoud, J. S. R., Staten, R. T., Hall, L. A., & Lennie, T. A. (2012). The relationship among young adult college students' depression, anxiety, stress, demographics, life satisfaction, and coping styles. *Issues in mental health nursing*, 33(3), 149-156
- Malard, F., & Mohty, M. (2020). Acute lymphoblastic leukaemia. *The Lancet*, 395(10230), 1146–1162. doi:10.1016/s0140-6736(19)33018-1.
- Masa'deh, R., & Jarrah, S. (2017). Post Traumatic Stress Disorder in Parents of Children With Cancer in Jordan. *Archives of Psychiatric Nursing*, 31(1), 8–12. doi:10.1016/j.apnu.2016.07.012
- Masten, A. S. (2001). *Ordinary magic: Resilience processes in development*.

- American Psychologist, 56, 227–238. doi: 10.1037/0003-066X.56.3.227
- Masten, A. S., Best, K. M., & Garmezy, M. (1990). Resilience and development: Contributions from the study of children who overcome adversity. *Development and Psychopathology*, 2, 425–444. doi: 10.1017/S0954579400005812
- May, U. (2001). Abraham’s Discovery of the ‘Bad Mother’: A Contribution to the History of the Theory of Depression 3. *The International Journal of Psychoanalysis*, 82(2), 283-305.
- Mess, E.; Misia, g, W.; Klaszczyk, T.; Kryś, K. Depressive and Anxiety Disorders of Parents of Children with Cancer. *J. Clin. Med.* 2022, 11, 5670. <https://doi.org/10.3390/jcm11195670>.
- Migliaccio, A. R. (2018). A vicious interplay between genetic and environmental insults in the etiology of blood cancers. *Experimental Hematology*, 59, 9–13. doi:10.1016/j.exphem.2017.12.004.
- Morrison, K. H., Bradley, R., & Westen, D. (2003). The external validity of controlled clinical trials of psychotherapy for depression and anxiety: A naturalistic study. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 76, 109-132.
- Mullins, L. L., Molzon, E. S., Suorsa, K. I., Tackett, A. P., Pai, A. L. H., & Chaney, J. M. (2015). Models of Resilience: Developing Psychosocial Interventions for Parents of Children with Chronic Health Conditions. *Family Relations*, 64(1), 176–189. doi:10.1111/fare.12104
- Nunes, E. V., & Levin, F. R. (2006). Treating depression in substance abusers. *Current psychiatry reports*, 8(5), 363-370.
- Odejide, O. O., Salas Coronado, D. Y., Watts, C. D., Wright, A. A., & Abel, G. A. (2014). End-of-life care for blood cancers: a series of focus groups with hematologic oncologists. *Journal of oncology practice*, 10(6), e396-e403.
- Özdel, K. (2015). Düünden bugüne bilişsel davranışçı terapiler: teori ve uygulama. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics*, 8(2), 10-20.

- Özkara, G., Öztürk, O., ve Aydoğan, H. Y. (2020). Kanser ve Metastaz: Hücre Adezyon Molekülleri ve Hücreler Arası Bağlantıların Önemi. *Experimed*, 10(1), 38-48.
- Pacella ML, Hruska B, Delahanty DL. (2013). The physical health consequences of PTSD and PTSD symptoms: A meta-analytic review. *Journal of Anxiety Disorders*; 27(1):33-46.
- Papakostas, G. I., Petersen, T., Denninger, J., Sonawalla, S. B., Mahal, Y., Alpert, J. E., Nierenberg, A. A., & Fava, M. (2003). Somatic symptoms in treatment-resistant depression. *Psychiatry Research*, 118, 39-45.
- Pariante, C. M., & Miller, A. H. (2001). Glucocorticoid receptors in major depression: Relevance to patho- physiology and treatment. *Biological Psychiatry*, 49, 391-404.
- Patten, S. B., Williams, J. V., Lavorato, D. H., & Bulloch, A. G. (2010). Reciprocal effects of social support in major depression epidemiology. *Clinical practice and epidemiology in mental health: CP & EMH*, 6, 126.
- Patterson, J. M., Holm, K. E., & Gurney, J. G. (2004). The impact of childhood cancer on the family: A qualitative analysis of strains, resources, and coping behaviors. *Psycho- Oncology*, 13, 390–407.
- Penninx, B. W., Pine, D. S., Holmes, E. A., & Reif, A. (2021). Anxiety disorders. *The Lancet*, 397(10277), 914–927. doi:10.1016/s0140-6736(21)00359-7.
- Pinquart, M. (2019). Meta-Analysis of Anxiety in Parents of Young People with Chronic Health Conditions, *Journal of Pediatric Psychology*, Volume 44, Issue 8, Pages 959–969, <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsz024>.
- Pitman A, Suleman S, Hyde N. (2018). Hodgkiss A. Depression and anxiety in patients with cancer. *BMJ*. 361: k1415.
- Prati, G., & Pietrantonio, L. (2010). The relation of perceived and received social support to mental health among first responders: a meta-analytic review. *Journal of Community Psychology*, 38(3), 403–417. doi:10.1002/jcop.20371

- Qadir, M. & Somroo, Aleena. (2018). Awareness about bone marrow cancer in postgraduate students. *Journal Phlebology and Lymphology*. 11. 10.14303/1983-8905.1000054).
- Rahmani, A., Azadi, A., Pakpour, V., Faghani, S., & Afsari, E. A. (2018). Anxiety and Depression: A Cross-sectional Survey among Parents of Children with Cancer. *Indian Journal of Palliative Care*, 24(1), 82–85.
- Rajkumar, S. V., Dimopoulos, M. A., Palumbo, A., Blade, J., Merlini, G., Mateos, M.-V., ... Miguel, J. F. S. (2014). International Myeloma Working Group updated criteria for the diagnosis of multiple myeloma. *The Lancet Oncology*, 15(12), e538–e548. doi:10.1016/s1470-2045(14)70442-5.
- Ramnerö, J., Folke, F., & Kanter, J. W. (2016). A learning theory account of depression. *Scandinavian journal of psychology*, 57(1), 73-82.
- Rosenberg, A. R., Baker, K. S., Syrjala, K. L., Back, A. L., & Wolfe, J. (2013). Promoting Resilience among Parents and Caregivers of Children with Cancer. *Journal of Palliative Medicine*, 16(6), 645–652. doi:10.1089/jpm.2012.0494
- Rosenberg, A.R.; Bradford, M.C.; Junkins, C.C.; Taylor, M.; Zhou, C.; Sherr, N.; Kross, E.; Curtis, J.R.; Yi-Frazier, J.P. (2019). Effect of the Promoting Resilience in Stress Management Intervention for Parents of Children with Cancer (PRISM-P): A Randomized Clinical Trial. *JAMA Netw.*, 2, 1–14.
- Roth, D. L., Mittelman, M. S., Clay, O. J., Madan, A., & Haley, W. E. (2005). Changes in social support as mediators of the impact of a psychosocial intervention for spouse caregivers of persons with Alzheimer's disease. *Psychology and aging*, 20(4), 634.
- Rutten, B. P., Hammels, C., Geschwind, N., Menne-Lothmann, C., Pishva, E., Schruers, K., ... & Wichers, M. (2013). Resilience in mental health: linking psychological and neurobiological perspectives. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 128(1), 3-20.
- Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms.

American Journal of Orthopsychiatry, 57, 316–331. doi: 10.1111/j.1939-0025.1987.tb03541.x.

Saavedra, L. M., Silverman, W. K., Morgan-Lopez, A. A., & Kurtines, W. M. (2010). Cognitive behavioral treatment for childhood anxiety disorders: Long-term effects on anxiety and secondary disorders in young adulthood. *Journal of Child Psychology-Psychiatry, Allied Disciplines*, 51, 924- 934.

Santini, Z. I., Koyanagi, A., Tyrovolas, S., Mason, C., & Haro, J. M. (2015). The association between social relationships and depression: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 175, 53–65. doi:10.1016/j.jad.2014.12.049.

Seery, M.D. (2011). ‘Resilience: A silver lining to experiencing adverse life events?’ *Current Directions in Psychological Science* 20(6): 390–394 (DOI:10.1177/0963721411424740).

Short, N. J., Rytting, M. E., & Cortes, J. E. (2018). Acute myeloid leukaemia. *The Lancet*, 392(10147), 593–606. doi:10.1016/s0140-6736(18)31041-9.

Silverman, W. K., Kurtines, W. M., Jaccard, J., & Pina, A. A. (2009). Directionality of change in youth anxiety treatment involving parents: An initial examination. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, 474 – 485.

Smoller, JW. (2016). The genetics of stress-related disorders: PTSD, depression, and anxiety disorders. *Neuropsychopharmacology*; 41: 1, 297-319.

Smyth, K. A., Rose, J. H., McClendon, M. J., & Lambrix, M. A. (2007). Relationships among caregivers’ demographic characteristics, social support ratings, and expectations of computer-mediated support groups. *Journal of Applied Gerontology*, 26(1), 58-77.

Spielberger, C. D., & Reheiser, E. C. (2009). Assessment of emotions: Anxiety, anger, depression, and curiosity. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 1(3), 271-302.

- Thibaut, F. (2017). Anxiety disorders: a review of current literature, *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 19:2, 87-88, doi: 10.31887/DCNS.2017.19.2/fthibaut
- Thoits, P.A. (2011). Mechanisms linking socialties and support to physical and mental health. *J. Health Soc. Behav.* 52, 145–161.
- Toledano-Toledano, F.; Luna, D.; De, M.; Mart, S.; Alberto, C.; Salazar, M.; Jos, M. (2021). Psychosocial Factors Predicting Resilience in Family Caregivers of Children with Cancer: A Cross-Sectional Study. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 18, 748.
- Topkaya, N., & Büyükgoze Kavas, A. (2015). Algılanan Sosyal Destek, Yaşam Doyumu, Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutum ve Niyet Arasındaki İlişkiler: Bir Model Çalışması. *Turkish Studies (Elektronik)*, 10(2), 979-993.
- Trindade, I. A., Mendes, A. L., & Ferreira, N. B. (2020). The moderating effect of psychological flexibility on the link between learned helplessness and depression symptomatology: A preliminary study. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 15, 68-72.
- Troy, A. S., Willroth, E. C., Shallcross, A. J., Giuliani, N. R., Gross, J. J., & Mauss, I. B. (2022). Psychological resilience: An affect-regulation framework. *Annual Review of Psychology*, 74.
- Tuna, M. K., Aydoğan, Ü., Sarı, O., Kılıç, S., Cöngöloğlu, A., Atay, A. A., ... & Sağlam, K. (2012). GATF Pediatrik Hematoloji ve Onkoloji Kliniklerinde Herhangi Bir Malignite veya Kronik Hastalık Nedeniyle Takip Edilen Çocukların Ebeveynlerindeki Depresyon, Anksiyete, Umutsuzluk Durumlarının Belirlenmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 11(5).
- Turan, S. A., Esenay, F. I., & Güven, M. (2016). Kanserli çocuklarda kemoterapi sonrası görülen semptomlar. *Güncel Pediatri*, 14(2), 74-81.
- Türkçapar, M. H., & Sargın, A. E. (2012). Bilişsel davranışçı psikoterapiler: tarihçe ve gelişim. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*, 1(1), 7-14.

- Van Bruggen, V., ten Klooster, P., Westerhof, G., Vos, J., de Kleine, E., Bohlmeijer, E., & Glas, G. (2017). The Existential Concerns Questionnaire (ECQ)-Development and Initial Validation of a New Existential Anxiety Scale in a Nonclinical and Clinical Sample. *Journal of Clinical Psychology, 73*(12), 1692–1703. doi:10.1002/jclp.22474.
- Van der Meer, C. A. I., te Brake, H., van der Aa, N., Dashtgard, P., Bakker, A., & Olf, M. (2018). Assessing Psychological Resilience: Development and Psychometric Properties of the English and Dutch Version of the Resilience Evaluation Scale (RES). *Frontiers in Psychiatry, 9*. doi:10.3389/fpsy.2018.00169
- Watt, D.F. and Panksepp, J., (2009). Depression: An evolutionarily conserved mechanism to terminate separation distress? A review of aminergic, peptidergic, and neural network perspectives. *Neuropsychoanalysis, 11*(1), pp.7-51.
- Weber, DL. (2008). Information Processing Bias in Post-traumatic Stress Disorder. *Open Neuroimag J. Jun 10*;2:29-51. doi: 10.2174/1874440000802010029. PMID: 19639038; PMCID: PMC2714576.
- Weems, C. F., & Pina, A. A. (2010). The assessment of emotion regulation: Improving construct validity in research on psychopathology in youth—An introduction to the special section. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 32*, 1–7.
- Weller, D., Vedsted, P., Rubin, G., Walter, F. M., Emery, J., Scott, S., ... Neal, R. D. (2012). The Aarhus statement: improving design and reporting of studies on early cancer diagnosis. *British Journal of Cancer, 106*(7), 1262–1267. doi:10.1038/bjc.2012.68).
- Westen, D., & Morrison, K. (2001). A multidimensional meta-analysis of treatments for depression, panic, and generalized anxiety disorder: An empirical examination of the status of empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*(6), 875-899.
- Westenberg, P. M., Gullone, E., Bokhorst, C. L., Heyne, D. A., & King, N. J.

- (2007). Social evaluation fear in childhood and adolescence: Normative developmental course and continuity of individual differences. *British Journal of Developmental Psychology*, 25, 471 – 483.
- Widdowson, M. D. J. (2014). Transactional analysis psychotherapy for a case of mixed anxiety & depression: A pragmatic adjudicated case study–Alastair. *International Journal of Transactional Analysis Research*, 5(2), 66-76.
- Widdowson, Mark. (2011). Depression: A Literature Review on Diagnosis, Subtypes, Patterns of Recovery and Psychotherapeutic Models. *Transactional Analysis Journal*. 41. 351-364. 10.1177/036215371104100411.
- Williams, M. J., Werner, B., Barnes, C. P., Graham, T. A., & Sottoriva, A. (2016). Identification of neutral tumor evolution across cancer types. *Nature genetics*, 48(3), 238-244.
- Wu, G., Feder, A., Cohen, H., Kim, J. J., Calderon, S., Charney, D. S., & Mathé, A. A. (2013). Understanding resilience. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 7. doi:10.3389/fnbeh.2013.00010
- Yıldırım, G., Göktaş, S. B., Sermin, K. Ö. S. E., & Yıldız, T. (2014). Kemoterapi tedavisi gören çocukların annelerindeki kaygı düzeyleri. *International Journal of Basic and Clinical Medicine*, 2(2), 69-76.
- Yıldırım, İ. (2004). Algılanan sosyal destek ölçeğinin revizyonu. *Eurasian Journal of Educational Research*, (17), 221-236.
- Yılmaz, Ö., Hakan, B. O. Z., & Arslan, A. (2017). Depresyon Anksiyete Stres Ölçeğinin (Dass 21) Türkçe Kısa Formunun Geçerlilik-Güvenilirlik Çalışması. *Finans Ekonomi ve Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 2(2), 78-91.
- Youlden, D. R., Gupta, S., Frazier, A. L., Moore, A. S., Baade, P. D., Valery, P. C., Aitken, J. F. (2019). Stage at diagnosis for children with blood cancers in Australia: Application of the Toronto Paediatric Cancer Stage Guidelines in a population-based national childhood cancer registry. *Pediatric Blood & Cancer*, e27683. doi:10.1002/pbc.27683).

Zepf, S., & Zepf, F. D. (2008). Trauma and traumatic neurosis: Freud's concepts revisited. *The International Journal of Psychoanalysis*, 89(2), 331–353. doi:10.1111/j.1745-8315.2008.00038.x.

Zimet, G.D., Dahlem, N.W., Zimet, S.G. & et all. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *J Pers Assess*, 52, 30-41.

Zugazagoitia, J., Guedes, C., Ponce, S., Ferrer, I., Molina-Pinelo, S., & Paz-Ares, L. (2016). Current Challenges in Cancer Treatment. *Clinical Therapeutics*, 38(7), 1551–1566. doi:10.1016/j.clinthera.2016.03.026.

Tezler

Karaaslan, A. (2013). Kanserli Hastalara Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Yükü ve Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Ankara Üniversitesi,:64.

Moğulkoç, H. (2014). Kanser hastası çocuk ve ergenlerin ebeveynlerinde travma sonrası stres bozukluğunun ve travma sonrası gelişimin belirleyicileri: Sosyal destek, ruminasyon ve yükleme biçimleri (Master's thesis, Uludağ Üniversitesi).

Önal, G. (2022). Kanserli Çocukların Ebeveynleri İçin Psikolojik Sağlık Ölçeği'nin Geliştirilmesi, Geçerliliği ve Güvenilirliği.Doktora Tezi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Uğurlu, Z. (2020). Pediatrik Onkoloji Hastalarının Annelerinin Bakım Yükü, Algıladıkları Sosyal Destek, Ebeveyn Yetkinliği ve Sosyal Hizmet Gereksinimlerinin İncelenmesi: Bir Karma Yöntem Araştırması (Doktora Tezi, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü).

İnternet Kaynakları

American Cancer Society (2022). What Are Myelodysplastic Syndromes? <https://www.cancer.org/cancer/myelodysplastic-syndrome/about/what-is-mds.html>. Erişim Aralık 2022).

Davidson, S. L. (2022). SES, social support, and depressive symptoms in parents

of children with pediatric cancer: the roles of individual and neighborhood

factors.<https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ddu&AN=F16A87DD1F2DE7D1&site=ehost-live>. Erişim tarihi Aralık. 2022.

Ferlay J, Ervik M, Lam F, Colombet M, Mery L, Piñeros M, et al. (2020). Global Cancer Observatory: Cancer Today. Lyon: International Agency for Research on Cancer; (<https://gco.iarc.fr/today>, erişim Aralık 2022).

Lakey, B., & Orehek, E. (2011). Relational regulation theory: A new approach to explain the link between perceived social support and mental health. *Psychological Review*, 118(3), 482–495. <https://doi.org/10.1037/a0023477>

Li, H., Ji, Y., Chen, T. (2014). The roles of different sources of social support on emotional well-being among Chinese elderly. *PloSONE*9(3),e90051. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0090051>.

LÖSEV, <https://www.losev.org.tr/v6/duyuru/cocukluk-cagi-kanseri-farkindalik-ayi-> Erişim Tarihi 15 Aralık 2022.

Norberg, A. L., & Boman, K. K. (2008). Parent distress in childhood cancer: A comparative evaluation of posttraumatic stress symptoms, depression and anxiety. *Acta Oncologica*, 47(2), 267–274. <https://doi.org/10.1080/02841860701558773>

8.EKLER

EK1.

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ)

	N	Minimum	Maksimum	Ortalama	Standart Sapma	Çarpıklık	Basıklık
ASDÇ1	71	1	7	3.82	2.55	0.12	-1.72
ASDÇ2	71	1	7	4.03	2.42	-0.02	-1.59
ASDÇ3	73	1	7	5.74	2.04	-1.36	0.36
ASDÇ4	73	1	7	5.58	2.09	-1.24	0.01
ASDÇ5	73	1	7	3.79	2.46	0.10	-1.63
ASDÇ6	72	1	7	4.43	2.39	-0.27	-1.56
ASDÇ7	72	1	7	4.22	2.49	-0.14	-1.67
ASDÇ8	73	1	7	5.55	2.00	-1.19	0.10
ASDÇ9	74	1	7	4.97	2.20	-0.66	-1.04
ASDÇ10	73	1	7	4.19	2.47	-0.15	-1.64
ASDÇ11	74	1	7	5.68	1.87	-1.34	0.70
ASDÇ12	73	1	7	4.73	2.20	-0.45	-1.27

Depresyon- Anksiyet- Stress Ölçeği

	N	Minimum	Maksimum	Ortalama	Standart Sapma	Çarpıklık	Basıklık
DASÖ1	73	0	3	1.44	0.83	0.35	-0.41
DASÖ2	72	0	3	0.9	0.86	0.60	-0.41
DASÖ3	74	0	3	1	0.88	0.63	-0.20
DASÖ4	73	0	3	0.73	0.99	1.29	0.58
DASÖ5	73	0	3	1.04	0.92	0.47	-0.68
DASÖ6	73	0	3	1.37	1.01	0.37	-0.92
DASÖ7	74	0	3	0.66	0.93	1.27	0.59
DASÖ8	74	0	3	1.22	0.96	0.52	-0.56
DASÖ9	74	0	3	0.76	0.95	1.11	0.25
DASÖ10	74	0	3	1.05	1.05	0.63	-0.79
DASÖ11	74	0	3	0.38	0.75	2.01	3.28
DASÖ12	73	0	3	1.05	0.97	0.73	-0.33

DASÖ13	73	0	3	1.32	1.04	0.40	-0.97
DASÖ14	74	0	3	0.82	0.96	1.04	0.18
DASÖ15	74	0	3	0.89	0.96	0.99	0.14
DASÖ16	74	0	3	1.12	1.02	0.63	-0.66
DASÖ17	74	0	3	0.84	1.06	0.97	-0.39
DASÖ18	74	0	3	1.36	1.03	0.30	-1.02
DASÖ19	73	0	3	0.84	1.00	0.94	-0.27
DASÖ20	74	0	3	0.99	1.07	0.72	-0.75
DASÖ21	74	0	3	0.99	1.08	0.70	-0.84

Travma Sonrası Stress Bozukluğu

	N	Minimum	Maksimum	Ortalama	Standart Sapma	Çarpıklık	Basıklık
TSSBKL1	73	0	4	2.53	1.09	-0.48	-0.47
TSSBKL2	72	0	4	1.75	1.26	0.45	-0.65
TSSBKL3	72	0	4	2.14	1.29	-0.02	-1.09
TSSBKL4	73	0	4	2.34	1.08	-0.32	-0.50
TSSBKL5	73	0	4	1.67	1.30	0.18	-1.04
TSSBKL6	73	0	4	2.04	1.16	-0.08	-0.72
TSSBKL7	72	0	4	1.9	1.18	0.14	-0.71
TSSBKL8	73	0	4	1.97	1.28	0.09	-1.04
TSSBKL9	73	0	4	1.45	1.16	0.43	-0.56
TSSBKL10	72	0	4	1.42	1.30	0.53	-0.83
TSSBKL11	71	0	4	1.61	1.32	0.35	-0.91
TSSBKL12	71	0	4	1.87	1.44	0.08	-1.29
TSSBKL13	73	0	4	2.01	1.35	-0.13	-1.16
TSSBKL14	72	0	4	1.99	1.27	-0.18	-1.00
TSSBKL15	73	0	4	1.96	1.20	-0.02	-0.78
TSSBKL16	72	0	4	1.82	1.29	0.19	-0.91
TSSBKL17	73	0	4	2.27	1.23	-0.18	-0.78
TSSBKL18	73	0	4	1.71	1.34	0.33	-0.91
TSSBKL19	73	0	4	1.93	1.25	0.05	-0.96
TSSBKL20	73	0	4	2.25	1.46	-0.31	-1.26

Lubben Sosyal Ağ Ölçeği

	N	Minimum	Maksimum	Ortalama	Standart Sapma	Çarpıklık	Basıklık
SAÖ1	73	0	6	1.74	1.83	1.09	0.29
SAÖ2	73	0	4	0.97	1.15	1.17	0.45
SAÖ3	73	0	6	1.79	1.68	1.09	0.71
SAÖ4	73	1	6	3.37	1.65	0.16	-1.14
SAÖ5	73	0	6	2.32	1.55	1.05	0.40

EK2-. BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Değerli katılımcı,

Bu araştırma Antalya Bilim Üniversitesi Klinik Psikoloji programı kapsamında yüksek lisans tezi olarak Uz. Aile Danışmanı / Sosyolog Aysel Özercan tarafından, Dr. Öğrt. Üye. Nihan Tezer Yörük danışmanlığında yürütülmektedir. Araştırmanın amacı; kemik iliği nakli olan çocukların ebeveynlerinin psikolojik sağlıkları üzerinde sosyal desteğin rolünü incelemektir.

Araştırmaya katılımınız tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Kişisel bilgileriniz saklı tutulacaktır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, bütün soruları eksiksiz, kimsenin baskısı olmadan, size en uygun gelen cevapları verecek şekilde cevaplamanızdır. Bu çalışmada elde edilecek bilgiler topluca değerlendirilecek ve ölçeklerde sizden ad ve soyad istenmeyecektir. Araştırmada sizden tahminen 30 dakika ayırmanız istenmektedir. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Araştırmaya katılmama veya katıldıktan sonra çalışmayı bırakma hakkına sahiptir. Sizden beklenen cevapları tamamladıktan sonra verilen zarfa tüm formları koymanızı ve kapalı şekilde araştırmacıya teslim etmeniz beklenmektedir. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır, ticari amaçlı kullanılmayacaktır ve yardım amaçlı değildir.

Araştırma hakkında bilgiye ihtiyaç duyarsanız aysel.ozercan@std.antalya.edu.tr adresinden bilgi alabilirsiniz.

Yukarıda verilen bilgileri okudum ve katılımım istenen çalışmanın amaç ve kapsamını, gönüllü olarak sorumlulukları anladım. Çalışma hakkında yazılı ve sözlü bilgilendirmeleri aldım. Kişisel bilgilerimin kapalı zarfa özenle korunacağı ve teslim edileceği hakkında yeterli güven verildi. Bilgilerin bilimsel amaçlı kullanılmasını kabul ediyorum.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının:

Ad-Soyadı:

İmzası:

EK-3. DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU -1- Uzman tarafından
doldurulacak bilgiler

(Bu bölüm hastanın doktorundan alınan bilgiler ile doldurulacaktır).

1- Çocuğun Doğum tarihi:

2- Çocuğun tedavi gördüğü tanı nedir?

.....

3- Çocuğun tedavisi devam ediyor mu?

Evet (Belirtiniz):

.....

Hayır

4- Nakil tarihi:

5- Yatış süresi:

6- Tekrarlı yatış:

Var (Sayısı):

Yok

7- Taburcu sonrası yatış:

Var (Açıklayınız):

Yok

8- GVHD:

9- Hastalık tekrarı:

Var (Sayısı):

Yok

EK-4. DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU-2- (Çocuğun yakını tarafından doldurulacak bilgiler.)

I. DEMOGRAFİK BİLGİLER

1- Çocuğunuzun Cinsiyeti:

2- Yaşı:

3- Eğitim Durumu:

4- Kendisinin; Ebeveyn: Anne Baba

Yaş:

Katılımcı Kodu:

5- Eğitim Durumu: İlköğretim Lise Üniversite Yüksek lisans ve üstü

6- Medeni Durumu: Evli Bekar

7- Çalışıyor musunuz? Evet Hayır

8- Cevabınız evet ise; Meslek/Çalışılan Kurum

9- Tedavi sürecinde iş durumunuzu kısaca açıkla mısınız? (Rapor vb.)

10- Kaç çocuğunuz var?

Eğer başka çocuğunuz varsa; diğer çocuklarınızın yaşları:

11- Tedavi sürecinde diğer çocuklarınız kimle yaşad?

12- Yaşadığınız Yer (şehir olarak belirtiniz):

13- Şimdi nerede kalıyorsunuz?

14- Tedavi için şehir değiştirmek zorunda kaldınız mı? Evet Hayır

Cevabınız "evet" ise; Şimdi nerede kalıyorsunuz?

.....

Ne kadar süredir kalıyorsunuz?

15- Eşiniz Çalışıyor mu?

Cevabınız ‘‘evet’’ ise; Mesleği / çalıştığı yer:

EK-5. II: İLETİŞİM BİLGİLERİ (İSTEĞE BAĞLI)

Adres:

Telefon:

E-mail Adresi:

III: GENEL BİLGİLER (ZORUNLU)

1- Herhangi kronik bir rahatsızlığınız var mı?

Evet (Belirtiniz:)

Hayır

2- Herhangi bir ilaç kullanıyor musunuz?

Evet (Belirtiniz:)

Hayır

3- Herhangi bir psikolojik rahatsızlığınız var mı?

Evet (Belirtiniz:)

Hayır

4- Herhangi bir psikiyatrik ilaç kullanıyor musunuz?

Evet (Belirtiniz:)

Hayır

5- Çocuğunuzun tedavi gördüğü tanı nedir?

.....

6- Çocuğunuzun tedavisi devam ediyor mu?

Evet (Belirtiniz:)

Hayır

7- Çocuğunuz ne kadar süre/süredir tedavi gördü/görüyor?

.....

8- Çocuğunuz ne kadar süre hastanede yattı?

.....

9- Çocuğunuz ne zaman taburcu oldu?

.....

10- Ne kadar sıklıkla kontrole geliyorsunuz?

.....

11- Tedavi sürecinde maddi olarak güçlük yaşadınız mı? Evet Hayır

Evet ise lütfen kısaca açıklayınız;

12- Maddi destek aldınız mı? Evet Hayır

Cevabınız ‘evet’ ise lütfen kısaca açıklayınız:

13- Tedavi sürecinde ve halen özellikle ihtiyaç duyulduğunu düşündüğünüz belirtmek istediğiniz bir şey var mı? (ör. Eğitim, bakım, diğer destekler vb.)

.....

14- Sosyal çevrenizin size tedavi sürecinde destek olduğunu düşünüyor musunuz?

Evet Hayır Bazen

15- Sosyal çevrenizin size tedavi sonrasında destek olduğunu düşünüyor musunuz?

Evet Hayır Bazen

Ek Bilgi:

.....

(Katılımcıların demografik bilgilerini toplamak amacıyla araştırmacı tarafından geliştirilmiştir.)

EK-6. ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ

Aşağıda 12 cümle ve her bir cümle altında da cevaplarınızı işaretlemeniz için 1'den 7'ye kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede söylenenin sizin için ne kadar çok doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümle altındaki rakamlardan yalnız bir tanesini daire içine alarak işaretleyiniz. Bu şekilde 12 cümlelerin her birine bir işaret koyarak cevaplarınızı veriniz. Lütfen hiçbir cümleyi cevapsız bırakmayınız. Sizce doğruya en yakın olan rakamı işaretleyiniz.

1) Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle Hayır 1 , 2 , 3 , 4 , 5. , 6, 7 Kesinlikle Evet

2) Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle Hayır 1 , 2 , 3 , 4 , 5. , 6, 7 Kesinlikle Evet

3) Ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.

Kesinlikle Hayır 1 , 2 , 3 , 4 , 5. , 6, 7 Kesinlikle Evet

4) İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden (örneğin, annemden, babamdan, eşimden, çocuklarımdan, kardeşlerimden) alırım.

Kesinlikle Hayır 1 , 2 , 3 , 4 , 5. , 6, 7 Kesinlikle Evet

5) Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle Hayır 1 , 2 , 3 , 4 , 5. , 6, 7 Kesinlikle Evet

6) Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.

Kesinlikle Hayır 1 , 2 , 3 , 4 , 5. , 6, 7 Kesinlikle Evet

7) İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.

Kesinlikle Hayır 1 , 2 , 3 , 4 , 5. , 6, 7 Kesinlikle Evet

8) Sorunlarımı ailemle (örneğin, annemle, babamla, eşimle, çocuklarımla, kardeşlerimle) konuşabilirim.

Kesinlikle Hayır 1 , 2 , 3 , 4 , 5. , 6, 7 Kesinlikle Evet

9) Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.

Kesinlikle Hayır 1 , 2 , 3 , 4 , 5. , 6, 7 Kesinlikle Evet

10) Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle Hayır 1 , 2 , 3 , 4 , 5. , 6, 7 Kesinlikle Evet

11) Kararlarımı vermede ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya isteklidir.

Kesinlikle Hayır 1 , 2 , 3 , 4 , 5. , 6, 7 Kesinlikle Evet

12) Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.

Kesinlikle Hayır 1 , 2 , 3 , 4 , 5. , 6, 7 Kesinlikle Evet

(Her biri dört maddeden oluşan desteğin kaynağına ilişkin üç grubu (aile, arkadaş ve özel bir insan) içerir. Yüksek puan algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçeğin güvenilirlik ve geçerliliğini Eker ve Arkar (1995) ve Eker ve arkadaşları (2000) tarafından gerçekleştirilmiştir.)

EK-7. DEPRESYON-ANKSİYETE-STRES ÖLÇEĞİ:

<u>DEPRESYON-ANKSİYETE-STRES ÖLÇEĞİ</u>					
NO	SON 1 HAFTADAKİ DURUMUNUZ	Hiçbir zaman	Bazen/ Ara sıra	Oldukça sık	Her zaman
1 S	Gevşeyip rahatlamakta zorluk çektim.	0	1	2	3
2 A	Ağızımda kuruluk olduğunu fark ettim.	0	1	2	3
3 D	Hiç olumlu duygu yaşayamadığımı fark ettim.	0	1	2	3
4 A	Soluk almada zorluk çektim (örneğin fiziksel egzersiz yapmadığım halde aşırı hızlı nefes alma, nefessiz kalma gibi).	0	1	2	3
5 D	Bir iş yapmak için gerekli olan ilk adımı atmada zorlandım.	0	1	2	3
6 S	Olaylara aşırı tepki vermeye meyilliyim.	0	1	2	3
7 A	Vücudumda (örneğin ellerimde) titremeler oldu.	0	1	2	3
8 S	Sinirsel enerjimi çok fazla kullandığımı hissettim.	0	1	2	3
9 A	Panikleyip kendimi aptal durumuna düşüreceğim	0	1	2	3

	durumlar nedeniyle endişelendim.				
10 D	Hiçbir beklentimin olmadığı hissine kapıldım	0	1	2	3
11 S	Kışkırtılmakta olduğumu hissettim	0	1	2	3
12 S	Kendimi gevşetip salıvermek zor geldi	0	1	2	3
13 D	Kendimi perişan ve hüzünlü hissettim	0	1	2	3
14 S	Beni yaptığım işten alıkoyan şeylere dayanamıyordum	0	1	2	3
15 A	Panik haline yakın olduğumu hissettim	0	1	2	3
16 D	Hiçbir şey bende heyecan uyandırmıyordu	0	1	2	3
17 D	Birey olarak değersiz olduğumu hissettim	0	1	2	3
18 S	Alıngan olduğumu hissettim	0	1	2	3
19 A	Fizik egzersiz söz konusu olmadığı halde kalbimin hareketlerini hissettim (<i>kalp atışlarımın hızlandığını veya düzensizleştiğini hissettim</i>)	0	1	2	3
20 A	Geçerli bir neden olmadığı halde korktuğumu hissettim	0	1	2	3
21 D	Hayatın anlamsız olduğu hissine kapıldım	0	1	2	3

(Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995a). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 335-343.

Lovibond, S. H., & Lovibond, P. F. (1995b). *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales*, (2nd ed.). Sydney, Australia: Psychology Foundation of Australia.)

EK-8. DSM-5 İÇİN TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU KONTROL LİSTESİ:

Aşağıda çok stresli bir olay karşısında insanların yaşayabildikleri problemlerin bir listesi yer almaktadır. Zihninizi meşgul etmeye DEVAM EDEN yaşadığınız en kötü olayı düşünerek aşağıda listelenen her bir problemi dikkatlice okuyun.

SON BİR AY İÇİNDE bu olayın size ne kadar sıkıntı verdiğini, sağdaki kutuların içindeki size en uygun rakamı yuvarlak içine alarak gösteriniz. GEÇEN AY içinde aşağıda yer alan durumlar sizi ne ölçüde bunalttı.

Hiç (0) / Çok Az (1) / Orta Derecede (2) / Oldukça Fazla (3) / Aşırı (4)

1. Stresli olayın tekrarlayan, rahatsız eden ve istenmeyen anıları sizi ne kadar bunalttı?

Hiç (0) / Çok Az (1) / Orta Derecede (2) / Oldukça Fazla (3) / Aşırı

(4)

2. Stresli olaya ilişkin tekrarlayan, rahatsız eden rüyalar sizi ne kadar bunalttı?

Hiç (0) / Çok Az (1) / Orta Derecede (2) / Oldukça Fazla (3) / Aşırı

(4)

3. Aniden stresli olayı sanki gerçekten bir daha yaşıyormuş gibi hissetmek veya davranmak (sanki gerçekten olayın yaşandığı ana geri dönmüş yeniden yaşıyormuş gibi) sizi ne kadar bunalttı?

Hiç (0) / Çok Az (1) / Orta Derecede (2) / Oldukça Fazla (3) / Aşırı

(4)

4. Bir şeyler size stresli olayı anımsattığı zaman yaşadığınız üzüntü hissi sizi ne kadar bunalttı?

Hiç (0) / Çok Az (1) / Orta Derecede (2) / Oldukça Fazla (3) / Aşırı

(4)

5. Bir şeyler size stresli olayı anımsattığı zaman güçlü fiziksel tepkiler vermek (örneğin, kalp çarpıntısı, nefes almada güçlük, terleme gibi) sizi ne kadar bunalttı?

Hiç (0) / Çok Az (1) / Orta Derecede (2) / Oldukça Fazla (3) / Aşırı

(4)

6. Stresli olayla ilişkili anılardan, düşüncelerden ve duygulardan kaçınmaya çalışmak sizi ne kadar bunalttı?

Hiç (0) / Çok az (1) / Orta Derecede (2) / Oldukça Fazla (3) / Aşırı

(4)

7. Stresli olayı anımsatan etraftaki hatırlatıcı şeylerden (örneğin, insanlardan, yerlerden, konuşmalardan, etkinliklerden, nesnelere veya durumlardan) kaçınmaya çalışmak sizi ne kadar bunalttı?

Hiç (0) / Çok Az (1) / Orta Derecede (2) / Oldukça Fazla (3) / Aşırı

(4)

8. Stresli olaya ilişkin önemli kısımları hatırlamada yaşanan güçlükler sizi ne kadar bunalttı?

Hiç (0) / Çok Az (1) / Orta Derecede (2) / Oldukça Fazla (3) / Aşırı

(4)

9. Kendiniz, diğer insanlar veya dünya hakkında güçlü olumsuz düşüncelere sahip olmak (örneğin, kötü biriyim, bende ciddi şekilde yanlış olan bir şeyler var, kimseye güvenilmez, dünya tümüyle tehlikeli bir yerdir gibi düşünceler) sizi ne kadar bunalttı?

Hiç (0) / Çok Az (1) / Orta Derecede (2) / Oldukça Fazla (3) / Aşırı

(4)

10. Stresli olay veya bu olayın sonrasında ortaya çıkan durumlar için kendinizi veya bir başkasını suçlamak sizi ne kadar bunalttı?

Hiç (0) / Çok az (1) / Orta Derecede (2) / Oldukça Fazla (3) / Aşırı

(4)

11. Korku, dehşete kapılma, öfke, suçluluk veya utanç gibi güçlü olumsuz duygular sizi ne kadar bunalttı?

Hiç (0) / Çok Az (1) / Orta Derecede (2) / Oldukça Fazla (3) / Aşırı

(4)

12. Daha önce yapmaktan keyif aldığımız etkinliklere olan ilginizi kaybetmek sizi ne kadar bunalttı?

Hiç (0) / Çok Az (1) / Orta Derecede (2) / Oldukça Fazla (3) / Aşırı

(4)

13. Başka insanlardan uzak veya kopmuş hissetmek sizi ne kadar bunalttı?

Hiç (0) / Çok Az (1) / Orta Derecede (2) / Oldukça Fazla (3) / Aşırı

(4)

14. Olumlu duyguları yaşayamamak (örneğin, mutluluğu hissedememek veya size yakın insanlara sevgi dolu hisler duyamamak) sizi ne kadar bunalttı?

Hiç (0) / Çok Az (1) / Orta Derecede (2) / Oldukça Fazla (3) / Aşırı

(4)

15. Asabi davranışlar, öfke patlamaları veya öfkeli hareketler sizi ne kadar bunalttı?

Hiç (0) / Çok Az (1) / Orta Derecede (2) / Oldukça Fazla (3) / Aşırı

(4)

16. Çok fazla risk almak veya size zarar verebilecek şeyler yapmak sizi ne kadar bunalttı?

Hiç (0) / Çok Az (1) / Orta Derecede (2) / Oldukça Fazla (3) / Aşırı

(4)

17. Aşırı tetikte olmak veya temkinli davranmak veya hazırda beklemek sizi ne kadar bunalttı?

Hiç (0) / Çok Az (1) / Orta Derecede (2) / Oldukça Fazla (3) / Aşırı (4)

18. Yerinden sıçramak veya kolayca irkilmek sizi ne kadar bunalttı?

Hiç (0) / Çok Az (1) / Orta Derecede (2) / Oldukça Fazla (3) / Aşırı

(4)

19. Dikkati toplamada güçlükler sizi ne kadar bunalttı?

Hiç (0) / Çok az (1) / Orta derecede (2) / Oldukça fazla (3) / Aşırı (4)

20. Uykuya dalma veya uykuyu devam ettirme güçlükleri sizi ne kadar bunalttı?

Hiç (0) / Çok Az (1) / Orta Derecede (2) / Oldukça Fazla (3) / Aşırı

(4)

EK-9. SOSYAL AĞ ÖLÇEĞİ:

Soruları aşağıdaki cevap anahtarına göre cevaplayınız.

Hiç / (1-3 Kişi) / (4-6 Kişi) / (7-9 Kişi) / (10-12 Kişi) / (13-15 Kişi) / (16+ Kişi)					
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
<input type="checkbox"/> 6					

1. Sıradan bir hafta içinde yaklaşık kaç kişi ile buluşma ve görüşme imkânınız oluyor?

<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
<input type="checkbox"/> 6					

2. Benzeri ilgi alanlarını (örneğin; spor, gezi) paylaştığınız kaç tanıdığınız var?

<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
<input type="checkbox"/> 6					

3. Sizi ziyarete geldiğinde eviniz dağınıkta olsa, utanmadan ve sıkılmadan rahatlıkla kabul ettiğiniz kaç arkadaşınız var?

<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
<input type="checkbox"/> 6					

4. Toplam kaç aile üyeniz ile (örneğin, anne, baba, eş, çocuklar, kardeşler) ve arkadaşınızla açık ve samimi olarak konuşabilirsiniz?

<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
<input type="checkbox"/> 6					

5. Kaç kişiye ufak tefek yardımlar için başvurabilirsiniz?

<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
<input type="checkbox"/> 6					

6. Zor durumda kaldığınızda başvurabileceğiniz aileniz dışında kaç kişi var?

<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
<input type="checkbox"/> 6					

EK-10. KATILIM SONRASI BİLGİ FORMU

Değerli katılımcı,

Çalışmamıza katıldığınız için teşekkür ederiz.

Bu araştırma Antalya Bilim Üniversitesi Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı kapsamında yüksek lisans tezi olarak Uz. Aile Danışmanı / Sosyolog Aysel Özercan tarafından, Dr. Öğrt. Üye. Nihan Tezer Yörük danışmanlığında yürütülmektedir.

Araştırmanın amacı; kemik iliği nakli olan çocukların ebeveynlerinin psikolojik sağlıkları üzerinde sosyal desteğin rolünü incelemektir.

Paylaştığınız tüm bilgiler gizli tutulacak, kişisel bilgileriniz korunacaktır. Bilgiler yalnızca bilimsel amaçlı olarak toplu değerlendirilerek kullanılacak ve bilimsel ortamlarda paylaşılacaktır, hiçbir ticari amaç taşımamaktadır, ticari amaç için kullanılmayacaktır. Cevapları tamamladıktan sonra verilen zarfa tüm formları koymanızı ve kapalı şekilde araştırmacıya teslim etmeniz beklenmektedir.