

# Kanserli Çocuğun Bakım Verenlerinde Yaşam Kalitesi, Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri (\*)

## *The Quality of Life, Depression and Anxiety Levels of the Parents Attending a Child Ill with Cancer*

Nihal Bostancı\*\*, Özden Duruhan\*\*\*, Özlem Eyüboğlu\*\*\*, Öznur Sezgin\*\*\*, Özlem Güvenir\*\*\*

İletişim / Correspondence: Nihal Bostancı Adres / Address: İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Psikiyatri Hemşireliği  
Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi Tel: 0212 440 00 00 / 27026 E-mail: n\_bostanci76@yahoo.com

### ÖZ

*Çocukluk dönemi kronik hastalıklarından biri olan kanserin tedavisi, genellikle uzun süreli bir tedavi olup çoğu zaman hastanın ve ailenin fiziksel iyilik hali, psikolojik durumu ve sosyal yönüne zarar verir. Tüm ailenin işlevselliği, rol dağılımı, ilişkileri bu krizden etkilenir. Bu nedenle; kanserin bir aile hastalığı olduğu söylenebilir.*

*Araştırmanın Amacı ve Tipi: Bu araştırma, "kanseri çocukların bakım verenlerinde yaşam kalitesi, depresyon ve anksiyete düzeyleri"ni belirlemek amacıyla yapılan tanımlayıcı bir araştırmadır.*

*Araştırma İstanbul'da bir Devlet Hastanesi Pediatrik Onkoloji-Hematoloji Servisinde yatan çocukların bakım verenlerinden araştırmayı kabul edenlerle (n=100) yapılmıştır. Veri toplama aracı olarak anket formu ve Beck Depresyon Ölçeği, Durumluk-Süreklilik Anksiyete Ölçeği ve Rolls Royce Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanılmıştır. Veriler, SPSS veri tabanında istatistiksel olarak değerlendirilmiştir.*

*Araştırmaya katılan erkeklerin uyku, iştah, seksüel, algılama, tıbbi durumu ve toplam yaşam kalitesi puanı kadınlara göre anlamlı derecede daha yüksek ( $p<0.01$  ve  $p<0.001$ ); kadınların ise STAI süreklilik anksiyete ve Beck depresif belirti düzeyi puanları erkekler göre anlamlı derecede daha yüksek ( $p<0.05$  ve  $p<0.01$ ) bulunmuştur.*

*Yaptığımız çalışma sonucunda, hasta çocuklar kadar bakım verenlerinin de psikolojik desteğe ihtiyaç duydukları görülmüştür. Bakım verenlerin duygusal desteklenmesiyle hasta bakım ve kalitesinin de artacağı gerçektir.*

**Anahtar Kelimeler:** Kanser, Çocuk, Bakım veren, Yaşam kalitesi, Depresyon, Anksiyete

### ABSTRACT

*The treatment of cancer which is one of the chronic diseases of childhood is generally a long term treatment and most of the time it harms the physical and psychological situation and social side of the parents. The functionality, the distribution of roles and the relationship of the whole family is affected from this crisis. Therefore it can be said that cancer is a disease of family.*

*This study is a descriptive study aimed to show the level of the quality of life, depression and anxiety levels of the parents attending a child ill with cancer.*

*The study has been performed with the acceptance of the parents (n= 100) attending the child which are being treated in the Oncology and Haematology Service of a State Hospital in Istanbul. The public survey form and Beck Depression Scales, State-Trait Anxiety Inventory and the Quality of Life Scale of Rolls Royce has been used as the tool of obtaining data. The data had been evaluated statistically by means of SPSS data base.*

*The score of the sleep, appetite and sexual, perception, medical state and overall quality of men were significantly higher than women ( $p<0.01$  and  $p<0.001$ ); where the score of Beck depression and STAI trait anxiety of women were found to be significantly higher than men ( $p<0.05$  and  $p<0.01$ ).*

*As a result of the study it was shown that the parents attending the child ill with cancer need psychological support as well as the patient children.*

**The Keywords:** Cancer, Child, Parents, Quality of life, Depression and Anxiety

\* IV. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresinde poster bildiri olarak sunulmuştur. (05-06 Mayıs 2005, Ordu)

\*\* Araş. Gör. İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Öğretim Elemanı

\*\*\* İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu 4. Sınıf Öğrencileri

## GİRİŞ

Çocuk, ailenin devamını sağlayan, ana-babanın yaşamına anlam veren bir parçasıdır (Baysal, 1996a; Last & Grootenhuis 1998; Lucksic, 2000; Sipahi, 2001). Hemen hemen tüm çocuklar yaşamlarının bir döneminde bir ya da birden çok hastalıkla karşılaşır (Ekşi, 1999). Bu hastalık onların kişiliği, yaşı, içinde bulunduğu koşullar, hastalığın tipi, süresi, ailenin ve doktorların tutumu gibi çeşitli etkenlere bağlı olarak çocuk ve aile için önemli hale gelmez ya da aksine önemli bir olay haline dönüşür (Baysal, 1996b; Ekşi, 1999). Özellikle çocukluk döneminde karşılaşılan kronik hastalıklarda çocuk kadar ailenin de psikolojik yardıma gereksinim duyduğu saptanmıştır (Ekşi, 1994; Baral ve ark. 1995; Last & Grootenhuis 1998; Ekşi, 1999; Köseoğlu, 1999; Sipahi, 2001; Boman et al. 2004). Kronik hastalıklar çocuğun olduğu kadar ailesinin de yaşamını etkiler. Freud aileyi, dengesizlik durumunda zayıflığa uğrayan birbirine bağlı dinamik bir ünite olarak tanımlar. Freud'a göre, ailede bağımlı üyeler arttıkça aile dengesi tehlikeye girer ve aile dağılmaya yatkınlaşır. Bu yaklaşıma göre hastalık gibi durumsal bir stresin aile üzerine etkisi değerlendirilirken aile gereksinmelerinin de değerlendirilmesi gerekmektedir (Futcher, 1988).

Akut ya da kronik her hastalığa karşı çocuk ve ailesinin verdiği reaksiyonlar özellikle hastalığın başlangıç dönemi ve tanısı, hastaneye yatış, majör komplikasyonların görülmesi, akut dönemden kronik döneme geçiş, tedavinin başarısız olması, hastalığın alevlenmesi ya da tekrarı, majör tedavi seçeneklerinin uygulanması ve terminal dönem gibi ağır stres dönemlerinde yoğunlaşır (Öztürk, Zoroğlu, Tüzün 1994; Kayaalp, 1995; Baysal, 1996b; Öztürk, 1996; Holland, 1997; Galjchen, 1999; Kusch et al. 2000).

Bütün hayat boyu görülen kanserlerin sadece % 2'si çocukluk çağında görülmektedir (Büyükpamukçu, 1995). Türkiye'de çocukluk çağı kanserlerinin sıklığı konusunda yeterli veri mevcut değildir (Büyükpamukçu, 2005). Geniş epidemiyolojik çalışmalar yapılmamış olmasına rağmen en çok hasta gören merkezi üniversitelerin pediatrik onkoloji anabilim dallarının verilerine bakıldığında % 32.0 ile lösemi birinci sırayı, % 25.3 ile lenfoma ikinci sırayı almaktadır (Büyükpamukçu, 1995).

Kanser hastalığının adı, adının verdiği korku, gelecek kaygısı, hastalık ve tedavi sürecinde yaşayabileceklerin yarattığı stres, hasta ve hasta yakınlarını hiçbir hastalık grubunda olamayacak kadar çok olumsuz etkilemektedir (Northouse, 1988; Kayaalp, 1995; Kusch et al. 2000; Murray, 2000; Murray, 2002; Özyılkan, 2005). Tıptaki gelişmelere rağmen kanser tanısı hala ana-babalar tarafından çocuğun ölümü mahkûmiyeti olarak algılanmaktadır ( Kayaalp, 1995) .

Kanser, uzun süreli bir stresördür. Tüm ailenin işlevselliği, rol dağılımı, ilişkileri kanserden etkilenir. Bu nedenle; kanserin bir aile hastalığı olduğu söylenebilir (Baral ve ark., 1995; Kayaalp, 1995; Baysal, 1996b; Last & Grootenhuis 1998; Galjchen, 1999; Kusch, 2000; Boman et al 2004). Hastanın yaşadığı güçlükler, tedavinin etkili olup olamayacağı konusundaki belirsizliğin yanısıra tedavinin yoğun yan etkileri, çocuğun acı çekmesi, sık ve uzun süreli hastaneye yatma gereksinimi, ailenin yaşadığı ekonomik güçlükler, aile düzeninin değişmesi, bazen çocuğun tedavisinin olduğu şehre göç etme zorunluluğu ve bazen de evlilikle ilgili sorunlar bu süreçte yaşanan zorluklardır (Kayaalp, 1995; Baysal, 1996b; Kızılcı, 1997; Galjchen, 1999; Kusch, 2000; Sloper, 2000; Boman et al. 2004; www.hekimce.com, 2005). Tanıdan sonraki tedavi aşamalarında gerek ameliyatlara gerekse radyoterapi ve kemoterapilere bağlı olarak ailenin yükünün arttığı söylenebilir (Baral ve ark. 1995). Anne babalar da kendi kişiliklerine, içinde buldukları koşullara ve çocukların hastalığının türüne bağlı olarak, hastalığa farklı biçimlerde tepki gösterirler. İlk tepki genellikle şoktur; bu psikolojik şok genellikle korku, inanamama, anksiyete ve yadsıma ile birliktedir. Şok dönemini kızgınlık ve gü-

cenme izler; bütün bunlar kendini ya da eşini, hatta kendi soyunu suçlama ve yoğun suçluluk duyguları ile birlikte görülebilir. Karşılıklı suçlamalar aile içi ilişkilerde gerginlik yaratır. Bunun yanı sıra çocuğun getirdiği ek yük günlük yaşamın olağan sayılabilecek güçlüklerini, aile içindeki mevcut problemleri daha da arttırabilir. Sonra büyük üzüntü, keder, hatta depresyon ortaya çıkabilir (Baysal, 1996b; Kızılcı, 1997; Ekşi, 1999; Köseoğlu, 1999; Galjchen, 1999; Sloper, 2000; Boman et al. 2004; www.hekimce.com, 2005). Genellikle sonunda aile hastalığı kabul etmek ve buna uyum sağlamak zorunda kalır.

## **GEREÇ VE YÖNTEM**

**Araştırmanın Şekli:** Bu araştırma, “kanserli çocuğun bakım verenlerinde yaşam kalitesi, depresyon ve anksiyete düzeyleri”ni belirlemek amacıyla yapılan tanımlayıcı bir araştırmadır.

**Araştırmanın Evreni ve Örneklemi:** TC. Sağlık Bakanlığı Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Pediatrik Onkoloji-Hematoloji Servisinde yatan hastaların bakım verenlerinin tümü araştırmanın evrenini, bunlardan olasılıksız örneklem yöntemi ile seçilen ve araştırmayı kabul eden 100 bakım veren de örneklemi oluşturmuştur. Araştırma için Şişli Etfal Hastanesi Başhekimliği ve Pediatrik Onkoloji-Hematoloji Anabilim Dalı'ndan izin alınmıştır. Veriler bakım verenlerin kendileri tarafından Kasım 2004-Mart 2005 tarihleri arasında kendilerine verilip uygun zamanlarında doldurmaları istenerek elde edilmiş ve gereksinimin olduğu yerlerde araştırmacılar tarafından gereken açıklamalar yapılmıştır.

**Araştırmada Kullanılan Ölçekler:** Bakım verenleri tanımaya yönelik bir form, Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Durumluk-Süreklilik Anksiyete Ölçeği (STAI FORM TX-I, STAI FORM TX-II) , Rolls Royce Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanılmıştır.

**Bilgi Formu:** Araştırmacılar tarafından literatür bilgisinden yararlanılarak hazırlanan bilgi formu; bakım verenlerin bireysel ve hastalıkla ilgili özelliklerini belirlemeyi amaçlayan 23 sorudan oluş-

maktadır.

**Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ):** BDÖ, 1961'de Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olup Türkiye'de güvenilirlik çalışması 1980'de Tegin tarafından yapılmış ve güvenilirlik katsayısı .65 olarak bulunmuştur. Ölçek 21 maddeyi kapsamaktadır. Bu maddeler 0-3 arası puanlanmıştır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan 63'tür. Ölçekten alınan puanların yüksekliği depresyon belirtilerinin düzeyini ya da şiddetini belirtmektedir (Savaşır, 1997).

**Durumluk ve Süreklilik Anksiyete Ölçeği (STAI FORM TX-I, STAI FORM TX-II):** Durumluk ve Süreklilik Anksiyete Ölçeği, 1964 yılında Spielberg ve Gorsuch tarafından geliştirilmiştir. Türkçe'ye uyarlaması, geçerlik ve güvenilirliği Öner ve Compte tarafından 1977 yılında yapılmış ve Kuder Richardson güvenilirliği Durumluk Anksiyete Ölçeği için .94-.96; Süreklilik Anksiyete Ölçeği için .83-.87 bulunmuştur. Ölçek her biri 20 maddelik iki ayrı ölçekten oluşmaktadır.

1. Durumluk Anksiyete Ölçeği: Bireyin belli bir anda ve belirli koşullarda kendini nasıl hissettiğini belirler.

2. Süreklilik Anksiyete Ölçeği: Bireyin içinde bulunduğu durum ve koşullardan bağımsız olarak, kendini nasıl hissettiğini belirler.

Ölçeklerde doğrudan ve tersine çevrilmiş ifadeler vardır ve her iki ölçekten elde edilen toplam puan değeri 20 ile 80 arasında değişir. Büyük puan yüksek anksiyete düzeyini, küçük puan ise düşük anksiyete düzeyini belirtir (Aydemir, 2000).

**Rolls Royce Modeli Yaşam Kalitesi Skalası:** Özyılkan ve arkadaşları tarafından geçerliliği yapılan Rolls Royce Modeli; genel iyilik, fiziksel semptom ve aktivite durumu, uyku durumu, iştah durumu, seksüel fonksiyon, algılama durumu, tıbbi etkileşim (profesyonel yardım gereksinimi) durumu, sosyal ilişkiler ve iş performansı olarak değerlendirilen 8 başlıkta 42 soruluk bir ölçektir. 1, 4, 5, 7, 9, 10, 11, 16, 20, 22, 24, 27, 29, 31, 33, 35 ve 40 maddeler olumlu olup 5-4-3-

2-1 şeklinde puanlandırılmış; diğer olumsuz ifadelerde puanlar tersine çevrilmiştir. Ölçekten alınan puanların yüksekliği yaşam kalitesinin iyi olduğunu belirtir (Kızılcı, 1997).

#### **Araştırmaya Alma Kriterleri;**

- Çocukla aynı evde yaşayan,
- Türkçe okuma yeteneğine sahip olan,
- İşitme ve anlama sorunları olmayan,
- Psikiyatrik bir hastalığa (aktif psikoz, tedavi edilmemiş major depresyon veya kişilik bozukluğu, demans), kronik fiziksel bir hastalığa veya her ikisine birden sahip olmayan,
- Soy geçmişinde tanı konmuş psikiyatrik morbidite olmayan,
- Araştırmaya katılmayı kabul edenler araştırma kapsamına alınmıştır.

**Araştırma Sonuçlarının Değerlendirilmesi:** Araş-

tırma sonucunda toplanan veriler, SPSS veri tabanında yüzdeler, student-t testi, varyans analizi kullanılarak istatistiksel olarak değerlendirilmiştir.

#### **BULGULAR**

Araştırmaya alınan bakım verenlerin demografik verilerine bakıldığında; % 32'si 26-30 yaş arasında, % 79'u kadın, % 96'sı evli, % 35'i Doğu Anadolu doğumlu, % 47'si ilkokul mezunu, % 59'u gelir durumu algısı orta düzeyde olan, % 43'ü iki çocuğu olan bireylerdir. Diğer demografik özellikler tablo 1'de gösterilmektedir.

Araştırmaya alınan bakım verenlerin hastalığa yönelik özelliklerine bakıldığında; % 42'si hastalık sürecinde yalnızca eşinden destek aldığını, % 31'i hastalıktan sonra yaşamlarında herşeyin altüst olduğunu, % 70'i gidişin iyi olduğunu ve atlatılacağını, % 71'i tedavinin iyiye gittiğini, % 35'i ümitsiz olduğunu ifade eden bireylerdir. Diğer hastalığa yönelik özellikler tablo 2'de gösterilmektedir.

**Tablo 1.** Örneklem Grubunun Demografik Özellikleri (n=100)

DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER	n	%
<b>Yaş</b>		
20-25	10	10.0
<b>26-30</b>	<b>32</b>	32.0
31-35	30	30.0
36-40	18	18.0
41-45	3	3.0
46-50	3	3.0
51 ve üzeri	4	4.0
<b>Cinsiyet</b>		
<b>Kadın</b>	<b>79</b>	79.0
Erkek	21	21.0
<b>Medeni Durum</b>		
<b>Evli</b>	<b>96</b>	96.0
Bekar	2	2.0
Boşanmış	1	1.0
Parçalanmış	1	1.0
<b>Doğum Yeri</b>		
Marmara Bölgesi	18	18.0
Karadeniz Bölgesi	23	23.0
İç Anadolu Bölgesi	10	10.0
Ege Bölgesi	3	3.0
<b>Doğu Anadolu Bölgesi</b>	<b>35</b>	35.0
G.doğu Anadolu Bölgesi	11	11.0
Akdeniz Bölgesi	0	0.0
<b>Eğitim Durumu</b>		
Okur-yazar değil	13	13.0
Okur-yazar	10	10.0
<b>İlkokul mezunu</b>	<b>47</b>	47.0
Ortaokul mezunu	15	15.0
Lise mezunu	15	15.0
Yüksekokul / üniversite mezunu	0	0.0
<b>Gelir Durumu Algısı</b>		
İyi	10	10.0
<b>Orta</b>	<b>59</b>	59.0
Kötü	31	31.0
<b>Sosyal Güvence</b>		
Yok	3	3.0
<b>Var</b>	<b>97</b>	97.0
<b>Çocuk Sayısı</b>		
<b>1</b>	<b>16</b>	16.0
2	43	43.0
<b>3</b>	<b>29</b>	29.0
4	9	9.0
5	3	3.0

**Tablo 2.** Örneklem Grubunun Hastalığa Yönelik Özellikleri (n=100)

Hastalığa Yönelik Özellikler	n	%
<b>Hastalık Sürecinde Destek Alınan Kişiler</b>		
<b>Yalnızca eşim</b>	<b>42</b>	42.0
Eşim ve diğer çocuklarım	25	25.0
Anneler ve kardeşlerim	17	17.0
Hiç kimse	10	10.0
Diğer	6	6.0
<b>Hastalıktan Sonra Ortaya Çıkan Yaşam Değişiklikleri *</b>		
<b>Her şey altüst oldu</b>	<b>31</b>	31.0
Psikolojik sorunlar başladı	15	15.0
Eşim veya ben işimizden ayrıldık veya gidemiyoruz	14	14.0
Maddi sıkıntı yaşamaya başladık	19	19.0
Diğer çocuklarımla ilgilenemiyorum	4	4.0
Tedavi için şehir değiştirdik	12	12.0
<b>Hastalığın Gidişine Yönelik Düşünceleri</b>		
<b>İyi gittiğini düşünüyorum, atlatacağımız umudum var</b>	<b>70</b>	70.0
Korkuyorum, kaygılıyım	12	12.0
Kararsızım (bazen umutlu, bazen umutsuzum)	3	3.0
Kaybetme korkusu yaşıyorum	7	7.0
Hiçbir bilgim yok	8	8.0
<b>Tedaviye Yönelik Düşünceler *</b>		
<b>Çocuğum düzelecek, iyiye gittiğini düşünüyorum</b>	<b>71</b>	71.0
Tedaviye inanıyor, kabulleniyor, doktorumuza güveniyorum	23	23.0
Tedavinin ağır / zor olduğunu düşünüyorum	5	5.0
İlaçlara rahat ulaşamıyoruz	1	1.0
Hiçbir bilgim yok	2	2.0
<b>Hastalıktan Sonra Ortaya Çıkan Duygular / Durumlar</b>		
<b>Korku</b>	<b>15</b>	15.0
<b>Kaygı</b>	<b>20</b>	20.0
<b>Kabullenme</b>	<b>16</b>	16.0
<b>Kızgınlık</b>	<b>4</b>	4.0
<b>Öfke</b>	<b>2</b>	2.0
<b>İnanamama</b>	<b>2</b>	2.0
<b>Şefkat gösterme</b>	<b>4</b>	4.0
<b>Olağan karşılama</b>	<b>5</b>	5.0
Ümit etme	35	35.0

\* Birden çok seçenek yazılmıştır

**Tablo 3.** Yaşam Kalitesi, Beck Depresyon ve STAI-I / STAI-II Ölçeklerinin Cronbach-alpha Sonuçları

ÖLÇEKLER	Cronbach-alpha
YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ	<b>0.87</b>
BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ	<b>0.84</b>
STAI-I	<b>0.88</b>
STAI-II	<b>0.87</b>

Yaşam Kalitesi, Beck Depresyon ve STAI-I / STAI-II Ölçeklerinin Cronbach-alpha sonuçlarına bakıldığında bu ölçeklerin bizim çalışmamız için güvenilir ve kullanılabilir oldukları görülmektedir. (Tablo 3).

**Tablo 4.** Cinsiyete Göre Yaşam Kalitesi, Beck Depresyon Ve Stai-I Ve Stai-II Ölçeğinden Alınan Puanların Karşılaştırılması (n=100)

CİNSİYET		Kadın		Erkek			
		$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS
YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ	Genel iyilik	64,59	11,49	67,76	11,14	-1,12	,263
	Fiziksel semptom ve aktivite	53,82	11,65	59,05	10,62	-1,85	,067
	Uyku durumu	48,60	18,34	<b>61,59</b>	<b>14,59</b>	-2,99	<b>,004**</b>
	İştah durumu	48,68	22,59	<b>64,76</b>	<b>16,01</b>	-3,05	<b>,003**</b>
	Seksüel durum	44,28	22,70	<b>60,24</b>	<b>20,94</b>	-2,89	<b>,005**</b>
	Algılama fonksiyonu	51,80	13,95	<b>61,59</b>	<b>13,97</b>	-2,84	<b>,005**</b>
	Tıbbi etkileşim	49,47	13,60	<b>59,76</b>	<b>10,43</b>	-3,21	<b>,002**</b>
	Sosyal ilişkiler	61,68	12,04	62,62	14,65	-,30	,763
	TOPLAM	422,91	71,91	<b>497,36</b>	<b>62,12</b>	-4,31	<b>,000***</b>
STAI-I STAI-II	Durumluk anksiyete	52,07	9,23	50,00	7,85	,93	,352
	Süreklilik anksiyete	<b>53,83</b>	<b>7,59</b>	48,52	7,27	2,85	<b>,005**</b>
BDÖ	Beck depresyon	<b>22,49</b>	<b>10,54</b>	16,29	5,84	2,59	<b>,011*</b>

Bakım verenlerin cinsiyetine göre yaşam kalitesi-ne bakıldığında; erkeklerin uyku durumu, iştah durumu, seksüel durum, algılama fonksiyonu, tıbbi etkileşim ve toplam puanı kadınlara göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu ve bu alanlarda yaşam kalitelerinin kadınlardan daha iyi olduğu bulunmuştur ( $p<0.01$  ve  $p<0.001$ ) (Tablo 4)

## TARTIŞMA

Çocukluk dönemi kronik hastalıklarından biri olan kanserin tedavisi, genellikle uzun süreli bir tedavi olup çoğu zaman hastanın ve ailenin fiziksel iyilik hali, psikolojik durumu ve sosyal

yönüne zarar verir. Tüm ailenin işlevselliği, rol dağılımı, ilişkileri bu krizden etkilenir. Kanserlin bir aile hastalığı olduğu söylenebilir.

Kızılcı'nın (1997), kanserli hasta yakınlarıyla yaptığı çalışma sonucunda da erkeklerin iştah durumu dışındaki diğer 7 alanda kadınlara göre yüksek bulunmuştur. Eiser ve arkadaşlarının (2005), kanser tanısı alan çocukların anneleriyle yaptıkları çalışma sonucunda, annelerin yaşam kalitelerinin normal sağlıklı çocuklara sahip olanlardan daha düşük olduğu görülmüştür. Bu sonuçlara göre kadın bakım verenlerin, evdeki bir hasta

varlığından erkeklere oranla daha fazla etkilendiklerini düşünebiliriz. Bunun nedenleri arasında, hasta yakını olan kadınların çoğunluğunun ilköğretim mezunu ve ev hanımı olmaları nedeniyle hasta çocukla sürekli birlikte olmaları sayılabilir. Çocuğa kanser tanısı konulmasıyla başlayan yoğun ve uzun süreçte en büyük yük anneye düşmektedir. Geleneksel olarak doğumdan itibaren fizyolojik ihtiyaçları anne tarafından karşılanan çocukların yaşamlarının diğer süreçlerinde de hemen hemen tüm bakım ve sorumluluğu annede kalmaktadır. Oysa erkek bakım veren işi nedeniyle hasta yanından daha sık sürelerle ayrılmakta, dolayısıyla sorunlardan bir süre uzaklaşabilmekte ve kadının geleneksel rolü nedeniyle diğer sorumluluklarını da sürdürmesi nedeniyle çok fazla rol yüklemesine ve yaşam kalitesinin daha fazla etkilenmesine yol açmaktadır.

Kadınların STAI Sürekli anksiyete ve Beck depresif belirti düzeyi puanları erkeklere göre anlamlı derecede daha yüksektir ( $p<0.05$  ve  $p<0.01$ ). Sloper'in yaptığı çalışmada da (2000), kanserli çocukların annelerindeki distres düzeyi babalarından daha yüksek bulunmuştur. Ölüm-lülüğün ve yaşamın üzerindeki kontrolün sınırlılığının toplumsal bir sembolü olan kanser imgesi, insanlara belirsizliği ve tehlikeyi düşündürür. Bu da, yakınlarında kanser olan insanlarda anksiyete ve depresyona yol açar. Çeşitli araştırmaların sonuçlarında da; kanserli çocukların ailelerinde ciddi düzeyde duygusal bozukluklar, depresyon, anksiyete, sağlık sorunları ve alkolizm saptanmıştır (Baysal, 1996 a; Baysal, 1996 b; Gökler, 1996; Hernandez, 1998; Last, 1998; Lucksic, 2000; Manne et al., 2004). Kadınlarda sürekli anksiyete ve Beck depresif belirti düzeyi puanlarının yüksekliği, toplum genelinde de anksiyete bozuklukları ve depresyonun kadınlarda erkeklere oranla daha yüksek oranda görülmesi ile açıklanabilir.

## SONUÇ

Aile içinde çocuğa kanser tanısının konulması ile başlayan yoğun ve uzun süreli tedavi ve bakım,

fiziksel olduğu kadar duygusal ve sosyal yönlere de birçok güçlüğü beraberinde getirmektedir. Kanserli çocuğun bakım verenlerinin karşı karşıya kaldıkları bu sıkıntılı dönemin atlatılması, onların psikososyal sorunlarının anlaşılması ve basılması ile çok daha kolay olacaktır.

## KAYNAKLAR

- Aydemir, Ö., Köroğlu, E. (2000) Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler. Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 153-163.
- Baral, I., Enderer, M., Turgay, M. (1995) Kanserli hastaların yakınlarında hastalığın çeşitli evrelerinde saptanan psikiyatrik durum. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 32 (3): 141-146.
- Baysal, B. (1996 a) Çocukluk çağındaki kronik hastaların psikososyal etkileri. *Psikiyatri Bülteni*, 2 (3): 127-130.
- Baysal, B. (1996 b) Kronik hastalıklar ve hastaneye yatış: Çocuk, aile ve tedavi ekibi, *Katkı Pediatri Dergisi*, 5: 912-917.
- Boman, K.K., Vikstein, J., Kogner, P., Samuelsson, U. (2004) Serious illness in childhood: The different threats of cancer and diabetes from a parent perspective. *J Pediatr*, 145: 373-379.
- Büyükpamukçu, M., Anak, S., Çetingül, N., Olgun, N., Sarıaloğlu, F., Kutluk, T., Yıldız, İ. (2005) Kanserde ulusal sorunlarımız. <http://www.kanser.kongresi.org/xiiikanser/sorun/sorun10.html>.
- Büyükpamukçu, M. (1995) Çocukluk çağı kanserlerinde epidemiyoloji. *Pediatri Dergisi*, 4: 471-475.
- Eiser, C., Eiser, J.R., Stride, C.B. (2005) Quality of life in children newly diagnosed with cancer and their mothers. *Health and Quality of Life Outcomes*, 3 (29).
- Ekşi, A. (1999) Fiziksel Hastalığı Olan Çocuk ve Adolesanlara ve Hastanede Refakat Kalan Annelere Psikolojik Yaklaşım. Editör: Ekşi A. Ben Hasta Değilim Çocuk Sağlığı ve Hastalıklarının Psikososyal Yönü. Nobel Tıp Kitapevi, İstanbul, 620-630.
- Ekşi, A. (1994) Fiziksel hastalığı olan çocuk ve ergenlerle ve hastanede hasta çocuklarıyla kalan annelerle grup çalışmaları. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 5 (2): 91-98.
- Fletcher, J.A. (1988) Chronic illness and family dynamics. *Pediatric Nursing*, 14 (5): 381-385.
- Galjchen, M. (1999) Psychosocial Issues in Cancer Care, Editör: Christine Miskowski, Patricia Buchsel "Oncology Nursing Assessment and Clinical Care", Mosby Year Book, Missouri, 305-317.
- Gökler, B. (1996) Ölümcül hastalık karşısında çocuk, aile ve hekim. *Katkı Pediatri Dergisi*, 5: 919-924.
- Hernandez, N., Kolb, S. (1998) Effects of relaxation on anxiety in primary caregivers of chronically ill children, *Pediatric Nursing*, 24 (1): 51-56.

- Holland, J. (1997) Principles of Psycho-Oncology. Editor: James Holland, Robert Bast, Donald Morton, Emil Frei, Donald Kufe, Ralph Weichselbaum "Cancer Medicine", 4th Edition, USA, 1327-1343.
- Kayaalp, L. (1995) Yaşamı tehdit eden hastalığın ruhsal yaşam üzerindeki etkileri: lösemili çocuk ve ailesi. Türk Psikiyatri Dergisi, 6 (2): 113-117.
- Kızılcı, S. (1997) Kemoterapi alan kanserli hastalar ve yakınlarının yaşam kalitesi ve yaşam kalitesini etkileyen faktörler. Yayınlanmamış doktora tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Köseoğlu, B. (1999) Hasta Çocuğun Ailesi Olmak: Annenin Gözüyle Hastalık. Editör: Ekşi A. Ben Hasta Değilim Çocuk Sağlığı ve Hastalıklarının Psikososyal Yönü. Nobel Tıp Kitapevi, İstanbul, 13-15.
- Kusch, M., Labouvie, H., Ladisch, V., Fleischhack, G., Bode, U. (2000) Structuring psychosocial care in pediatric oncology. Patient Education and Counseling, 40: 231-245.
- Last, B.F., Grootenhuis, M.A. (1998) Emotions, coping and the need for support in families of children with cancer: a model for psychosocial care. Patient Education and Counseling, 33: 169-179.
- Lucksic, M., Michele, P., Javornisky, D. (2000) Assessment of stress in mothers of children with severe breath-holding spells. Pediatrics, 106 (1): 1-5.
- Manne, S., DuHamel, K., Ostroff, J., Parsons, S., Martini, R., Williams, S.E., Mee, L., Sexon, S., Austin, J., Difede, J., Rini, C., Redd, W.H. (2004) Pediatric survivors of hematopoietic stem cell transplantation anxiety, depressive, and posttraumatic stress disorders among mothers of. Pediatrics, 113;1700-1708.
- Murray, J.S. (2000) A concept analysis of social support as experienced by siblings of children with cancer. Journal of Pediatric Nursing, 15 (5): 313-322.
- Murray, J.S. (2002) A Qualitative Exploration of Psychosocial Support for Siblings of Children With Cancer. Journal of Pediatric Nursing, Vol 17, No 5 : 327-337.
- Northouse, L.L. (1988) Family issues in cancer care. Adv. Psychosom. Med, 18: 82-101.
- Öztürk, M. (1996) Kronik Hastalığı Olan Çocuklarla Sağlıklı Kontrol Grubunda Davranış Özelliklerinin İncelenmesi. IV. Konsultasyon-Liyazon Psikiyatrisi, İstanbul.
- Öztürk, M., Zoroğlu, S., Tüzün, Ü. (1994) Diabetik Çocuklar ve Kanserli Çocukların Konsultasyon Sonuçlarını Değerlendirme Ön Çalışması. III. Ulusal Konsultasyon-Liyazon Psikiyatrisi Kongresi ve Mezuniyet Sonrası Eğitim Kursu, İstanbul.
- Özyılkan, Ö. Kanser hastalarında yaşam kalitesinin önemi. [http://www.bayar.edu.tr/~saykad/g\\_onkoloji.htm](http://www.bayar.edu.tr/~saykad/g_onkoloji.htm) (2005)
- Savaşır, I., Şahin, N. (1997) Bilişsel Davranışçı Terapilerde Sık Kullanılan Ölçekler. Türk Psikologlar Derneği, Ankara, 23-39.
- Sipahi, B. (2001) Kanserli çocuğu olan annelerin kaygı depresyon düzeyleri ve duygu dışavurumlarının psikososyal açıdan incelenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Sloper, P. (2000) Predictors of distress in parents of children with cancer: A prospective study. Journal of Pediatric Psychology, 25 (2): 79-91.
- .... <http://www.hekimce.com>. Kanser (Çocuklarda), 2005.