

**T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ PROGRAMI**

**ÇOCUK HEMATOLOJİ-ONKOLOJİ HASTALARININ
EBEVEYNLERİNİN TÜKENMİŞLİK DÜZEYLERİ VE
BAŞ ETME BİÇİMLERİNİN; ÇOCUKLARIN
PSİKOLOJİK BELİRTİLERİ ÜZERİNE ETKİSİ
AÇISINDAN İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**Hazırlayan
PELİNSU UZUN**

**Danışmanı
Yrd. Doç. Dr. Hakan ERTUFAN**

İstanbul – 2016

ÖNSÖZ

Bu araştırmada “Çocuk hematoloji-onkoloji hastalarının ebeveynlerinin tükenmişlik düzeyleri ve baş etme biçimlerinin; çocukların psikolojik belirtileri üzerine etkisi açısından incelenmesi”ne ait literatür yer almaktadır. Günümüzde çocukluk çağı kanserlerinin artış göstermesi ve hem hasta çocuk hem de ebeveyninin hastalık sürecini inceleyen araştırmalara katkı sağlamak amacıyla bu çalışma gerçekleştirilmiştir.

Yüksek Lisans eğitimin ve tez çalışmam süresince desteğini ve yardımlarını esirgemeyen, her zaman bana yol gösteren, bilgi ve deneyimlerini aktaran değerli hocam, tez danışmanım Sayın Yrd. Doç. Dr Hakan ERTUFAN’a,

Tüm eğitimim boyunca çok değerli tecrübelerini, görüşlerini, bilgi birikimlerini aktaran beni yetiştiren tüm emekçi hocalarıma,

Tezime sağladığı katkılardan dolayı Orta Doğu Teknik Üniversitesi Psikoloji Bölümü’nden Prof. Dr. A.Nuray KARANCI’ya

Çapa tıp fakültesi Çocuk Hematoloji -Onkoloji Birimi’nden Sayın Doç. Dr. Serap KARAMAN’a ve Çocuk Cerrahi birimi de dahil olmak üzere ilgi ve yardımlarından ötürü tüm çalışanlara,

Tez çalışmamdaki katkılarından ve sabırlarından dolayı tüm hasta ve hasta yakınlarına,

Tez süresince desteğini, emeğini benden esirgemeyen benimle birlikte zorluklara katlanan, güzel kalpli dostum, meslektaşım Psk. Selda KARATAŞ’a,

Destekleri ve dayanışmalarından ötürü meslektaşlarım Psk. Fulya Gizem ARTUKOĞLU, Psk. Sümeyye YAVUZ’a,

En kıymetli varlıklarım; bana bilimi sevdiren, okuma aşkını içimde hep diri tutan, daima destekleyen ve yüreklendiren sevgili annem Asuman UZUN ve sevgili babam Ali UZUN’a, teşekkür ederim.

Bu çalışmayı aileme ithaf ediyorum.

Haziran – 2016

Pelinsu UZUN

T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Psikoloji.....Anabilim/Anasanat Dalı Klinik Psikoloji Programı Tezli Yüksek Lisans
öğrencisi Pelin S. U.UZUN..... tarafından hazırlanan
"Çocuk Hematoloji Onkoloji Hastalarının Ebeveynlerinin Zekemilik Düzeyleri ve
Baş etme Bicimlerinin, Çocukların Psikolojik Belirtileri Üzerine Etkisi Açısından İncelemesi"
adlı bu çalışma jürimizce Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Sınav Tarihi : 16./06/2016

(Jüri Üyesinin Ünvanı, Adı, Soyadı ve Kurumu) :

İmzası :

Jüri Üyesi: Yrd. Doç. Dr. Hakan ...ERTUĞAN

Danışman: Halic.....Üniv. Psikoloji/ASD/ABD Öğr. Üyesi

Jüri Üyesi: Yrd. Doç. Dr. Zehra ...BAYRAKÇI

. Halic.....Üniv. Psikoloji/ASD/ ABD Öğr. Üyesi

Jüri Üyesi: Prof. Dr. Orhan ...DOĞAN.....

Beykent.....Üniv. Psikoloji/ASD/ ABD Öğr. Üyesi

Jüri Üyesi:

.....Üniv. ASD/ ABD Öğr. Üyesi (Yedek)

Jüri Üyesi:

.....Üniv. ASD/ ABD Öğr. Üyesi (Yedek)

.....
.....
.....
.....
.....

İÇİNDEKİLER

Sayfa No.

ÖNSÖZ	i
KISALTMALAR	v
TABLO LİSTESİ	vi
ÖZET	xi
ABSTRACT	xiii
1. GİRİŞ	1
1.1. Araştırmanın Problem Durumu	1
1.2. Problemler Cümlesi	4
1.3. Alt Problemler	4
1.4. Ana Hipotezler	7
1.5. Araştırmanın Amacı ve Önemi	7
1.6. Sayıtlar	9
1.7. Sınırlılıklar	9
1.8. Tanımlar	9
1.8.1 Tükenmişlik	9
1.8.2. Baş etme Biçimleri	9
1.8.3. Psikolojik Belirtiler	10
2. GENEL BİLGİLER	11
2.1. Kanser	11
2.1.1. Kanserin Nedenleri	13
2.1.2. Kanserin Tanı ve Tedavisi	14
2.1.3. Çocukluk Çağı Kanseri	15
2.1.4. Kanserin Çocuk Üzerine Etkisi	17

2.1.5. Çocukluk Çağı Kanserlerinin Ebeveynler Üzerine Etkisi.....	19
2.1.6. Kanser Hastası Çocuklarda Sık Görülen Psikolojik Sorunlar.....	20
2.2. Tükenmişlik Kavramı.....	23
2.2.1 Maslach Tükenmişlik Modelinin Alt Boyutları.....	25
2.3. Baş Etme Kavramı.....	26
2.4. Psikolojik Belirtiler.....	27
3. YÖNTEM	29
3.1. Araştırma Modeli.....	29
3.2. Araştırmanın Evren ve Örneklemi.....	29
3.3. Veri Toplama Araçları.....	29
3.3.1. Genel Bilgi Formu.....	29
3.3.2. Maslach Tükenmişlik Ölçeği.....	29
3.3.3. Baş Etme Biçimleri Ölçeği	31
3.3.4. Kısa Semptom Envanteri.....	32
3.4. Verilerin Analizi.....	32
3.4.1. Parametrik Olmayan Testler.....	33
4. BULGULAR VE YORUM	34
5. TARTIŞMA.....	72
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	83
6.1. Sonuç.....	83
6.2. Öneriler.....	88
KAYNAKÇA.....	89
EKLER.....	104

EK 1:Genel Bilgi Formu.....	105
EK 2: Maslach Tükenmişlik Ölçeği.....	107
EK 3: Baş Etme Biçimleri Ölçeği.....	109
EK 4: Kısa Semptom Envanteri.....	111
EK 5: Haliç Üniversitesi Etik Kurul Formu.....	114
EK 6: İstanbul Tıp Fakültesi Etik Kurul Formu.....	115
ÖZGEÇMİŞ.....	116



KISALTMALAR

- SPSS** : Statistical Package for Social Sciences
TÜİK : Türkiye İstatistik Kurumu
Diğ. : Diğerleri
KSE : Kısa Semptom Envanteri
ALL : Akut Lenfoblastik Lösemiler
AML : Akut Myeloid lösemi
KML : Kronik Myeloid Lösemiler
ANLL : Akut nonlenfoblastik lösemiler
MTÖ : Maslach Tükenmişlik Ölçeği
BEBÖ : Baş Etme Biçimleri Ölçeği
SSS : Santral Sinir Sistemi
DT : Duygusal Tükenme
D : Duyarsızlaşma
KB : Kişisel Başarı

TABLO LİSTESİ

Sayfa No

Tablo 4.1: Araştırmaya Katılan Çocuk Hematoloji-Onkoloji Hastalarının Çeşitli Değişkenlere İlişkin Dağılımı.....	34
Tablo 4.2 Araştırmaya Katılan Çocuk Hematoloji-Onkoloji Hastalarının Ebeveynlerinin Çeşitli Değişkenlere İlişkin Dağılımı.....	35
Tablo 4.3: Çocuk Hematoloji – Onkoloji Hastalarının Ebeveynlerinin Tükenmişlik Envanterinin ve Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Gruba Göre Dağılımı.....	36
Tablo 4.4: Çocuk Hematoloji – Onkoloji Hastalarının Ebeveynlerinin Baş Etme Biçimleri Envanterinin ve Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Gruba Göre Dağılımı.....	36
Tablo 4.5: Çocuk Hematoloji – Onkoloji Hastalarının Psikolojik Belirtiler Envanterinin ve Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Gruba Göre Dağılımı	36
Tablo 4. 6: Hastaların Tanı Durumlarına Göre Grupların Ebeveynlerin Tükenmişlik ve Baş Etme Biçimleri Envanterinin Alt Ölçeklerinin Puanları Açısından “Mann Whitney U” Testi İle Karşılaştırılması.....	37
Tablo 4. 7: Hastaların Tanı Durumlarına Göre Grupların Hastaların Psikolojik Belirti Envanterinin Alt Ölçeklerinin Puanları Açısından “Mann Whitney U” Testi İle Karşılaştırılması.....	38
Tablo 4. 8: Ebeveynlerin Cinsiyetleri Göre Grupların Ebeveynlerin Tükenmişlik ve Baş Etme Biçimleri Envanterinin Alt Ölçeklerinin Puanları Açısından “Mann Whitney U” Testi İle Karşılaştırılması.....	39

Tablo 4.9: Ebeveynlerin Cinsiyetlerine Göre Grupların Hastaların Psikolojik Belirti Envanterinin Alt Ölçeklerinin Puanları Açısından “Mann Whitney U” Testi İle Karşılaştırılması	40
Tablo 4.10: Hastaların Cinsiyetlerine Göre Grupların Ebeveynlerin Tükenmişlik ve Baş Etme Biçimleri Envanterinin Alt Ölçeklerinin Puanları Açısından “Mann Whitney U” Testi İle Karşılaştırılması	41
Tablo 4.11: Hastaların Cinsiyetlerine Göre Grupların Hastaların Psikolojik Belirti Envanterinin Alt Ölçeklerinin Puanları Açısından “Mann Whitney U” Testi İle Karşılaştırılması.....	42
Tablo 4.12: Ebeveynlerin Yaşları İle Ebeveynlerin Tükenmişlik ve Baş Etme Biçimleri Envanterinin Alt Ölçeklerinin Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....	43
Tablo 4.13: Ebeveynlerin Yaşları İle Hastaların Psikolojik Belirti Envanterinin Alt Ölçeklerinin Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	44
Tablo 4.14: Hastaların Yaşları İle Ebeveynlerin Tükenmişlik ve Baş Etme Biçimleri Envanterinin Alt Ölçeklerinin Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	44
Tablo 4.15: Hastaların Yaşları İle Hastaların Psikolojik Belirti Envanterinin Alt Ölçeklerinin Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....	45
Tablo 4.16: Ebeveynlerin Eğitim Düzeyleri İle Ebeveynlerin Tükenmişlik ve Baş Etme Biçimleri Envanterinin Alt Ölçeklerinin Puanları Açısından “Kruskal Wallis H” Testi İle Karşılaştırılması.....	46
Tablo 4.16.1 Tükenmişlik ve Kadenci Başa Çıkma Ölçeklerinin Puanlarının Ebeveynlerin Eğitim Düzeyleri Değişkenine Göre Hangi Gruplar Arasında Farklılaştığını Belirlemek Üzere Yapılan Post Hoc Scheffe Testi Sonuçları.....	47
Tablo 4.17: : Ebeveynlerin Eğitim Düzeyleri İle Hastaların Psikolojik Belirti Envanterinin Alt Ölçeklerinin Puanları Açısından “Kruskal Wallis H” Testi İle Karşılaştırılması.....	48

Tablo 4.18: Hastaların Eğitim Düzeylerine Göre Grupların Ebeveynlerin Tükenmişlik ve Baş Etme Biçimleri Envanterinin Alt Ölçeklerinin Puanları Açısından “Mann Whitney U” Testi İle Karşılaştırılması.....	49
Tablo 4.19: Hastaların Eğitim Düzeylerine Göre Grupların Hastaların Psikolojik Belirti Envanterinin Alt Ölçeklerinin Puanları Açısından “Mann Whitney U” Testi İle Karşılaştırılması	50
Tablo 4.20: Hastaların Okula Devam Etme Durumlarına Göre Grupların Ebeveynlerin Tükenmişlik ve Baş Etme Biçimleri Envanterinin Alt Ölçeklerinin Puanları Açısından “Mann Whitney U” Testi İle Karşılaştırılması.....	51
Tablo 4.21: Hastaların Okula Devam Etme Durumlarına Göre Grupların Hastaların Psikolojik Belirti Envanterinin Alt Ölçeklerinin Puanları Açısından “Mann Whitney U” Testi İle Karşılaştırılması.....	52
Tablo 4.22: Ebeveynlerin Çalışma Durumlarına Göre Grupların Ebeveynlerin Tükenmişlik ve Baş Etme Biçimleri Envanterinin Alt Ölçeklerinin Puanları Açısından “Mann Whitney U” Testi İle Karşılaştırılması.....	53
Tablo 4.23: Ebeveynlerin Çalışma Durumlarına Göre Grupların Hastaların Psikolojik Belirti Envanterinin Alt Ölçeklerinin Puanları Açısından “Mann Whitney U” Testi İle Karşılaştırılması.....	55
Tablo 4.24: Ebeveynlerin Gelir Düzeylerine Göre Grupların Ebeveynlerin Tükenmişlik ve Baş Etme Biçimleri Envanterinin Alt Ölçeklerinin Puanları Açısından “Mann Whitney U” Testi İle Karşılaştırılması.....	55
Tablo 4.25: Ebeveynlerin Gelir Düzeylerine Göre Grupların Hastaların Psikolojik Belirti Envanterinin Alt Ölçeklerinin Puanları Açısından “Mann Whitney U” Testi İle Karşılaştırılması.....	57
Tablo 4.26: Ebeveynlerin Sahip Olduğu Çocuk Sayısı İle Ebeveynlerin Tükenmişlik ve Baş Etme Biçimleri Envanterinin Alt Ölçeklerinin Puanları Açısından “Kruskal Wallis H” Testi İle Karşılaştırılması.....	57

Tablo 4.27: Ebeveynlerin Sahip Olduğu Çocuk Sayısı İle Hastaların Psikolojik Belirti Envanterinin Alt Ölçeklerinin Puanları Açısından “Kruskal Wallis H” Testi İle Karşılaştırılması.....	59
Tablo 4.28: Hastaların Tanı Alma Süresi İle Ebeveynlerin Tükenmişlik ve Baş Etme Biçimleri Envanterinin Alt Ölçeklerinin Puanları Açısından “Kruskal Wallis H” Testi İle Karşılaştırılması.....	60
Tablo 4.28.1 Ebeveynlerin Duygusal Tükenme Ölçeğinin Puanlarının Hastaların Tanı Alma Süreleri Değişkenine Göre Hangi Gruplar Arasında Farklılaştığını Belirlemek Üzere Yapılan Post Hoc Scheffe Testi Sonuçları	61
Tablo.4.29: Hastaların Tanı Alma Süresi İle Hastaların Psikolojik Belirti Envanterinin Alt Ölçeklerinin Puanları Açısından “Kruskal Wallis H” Testi İle Karşılaştırılması.....	61
Tablo 4.29.1 Hasta Bireylerin Anksiyete ve Somatizasyon Ölçeklerinin Puanlarının Hastaların Tanı Alma Süreleri Değişkenine Göre Hangi Gruplar Arasında Farklılaştığını Belirlemek Üzere Yapılan Post Hoc Scheffe Testi Sonuçları.....	63
Tablo 4.30:Hastaların Başka Hastalığı Olup Olmamasına Göre Grupların Ebeveynlerin Tükenmişlik ve Baş Etme Biçimleri Envanterinin Alt Ölçeklerinin Puanları Açısından “Mann Whitney U” Testi İle Karşılaştırılması.....	64
Tablo 4.31: Hastaların Başka Hastalıklarının Olup Olmaması Göre Grupların Hastaların Psikolojik Belirti Envanterinin Alt Ölçeklerinin Puanları Açısından “Mann Whitney U” Testi İle Karşılaştırılması.....	65
Tablo 4.32: Ebeveynlerin Tükenmişlik Envanterinin Alt Ölçekleri ve Hastaların Psikolojik Belirti Envanterinin Ölçeklerinden Aldıkları Puanlar Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....	65
Tablo 4.33: Ebeveynlerin Baş Etme Biçimleri Envanterinin Alt Ölçekleri ve Hastaların Psikolojik Belirti Envanterinin Ölçeklerinden Aldıkları Puanlar Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....	66

Tablo 4.34: Ebeveynlerin Tükenmişlik ve Başa Çıkma Biçimi Düzeylerinin Hastaların Anksiyete Düzeyleri Üzerine Etkisinin İncelenmesi.....	68
Tablo 4.35: Ebeveynlerin Tükenmişlik ve Başa Çıkma Biçimi Düzeylerinin Hastaların Depresyon Düzeyleri Üzerine Etkisinin İncelenmesi.....	68
Tablo 4.36: Ebeveynlerin Tükenmişlik ve Başa Çıkma Biçimi Düzeylerinin Hastaların Olumsuz Benlik Düzeyleri Üzerine Etkisinin İncelenmesi.....	69
Tablo 4.37:Ebeveynlerin Tükenmişlik ve Başa Çıkma Biçimi Düzeylerinin Hastaların Somatizasyon Düzeyleri Üzerine Etkisinin İncelenmesi.....	70
Tablo 4.38: Ebeveynlerin Tükenmişlik ve Başa Çıkma Biçimi Düzeylerinin Hastaların Hostilite Düzeyleri Üzerine Etkisinin İncelenmesi.....	71

GENEL BİLGİLER

Adı ve Soyadı : Pelinsu UZUN
Anabilim Dalı : Psikoloji
Programı : Klinik Psikoloji
Tez Danışmanı : Yrd.Doç. Dr. Hakan ERTUFAN
Tez Türü ve Tarihi : Yüksek Lisans – Haziran 2016

ÇOCUK HEMATOLOJİ-ONKOLOJİ HASTALARININ EBEVEYNLERİNİN TÜKENMİŞLİK DÜZEYLERİ VE BAŞ ETME BİÇİMLERİNİN; ÇOCUKLARIN PSİKOLOJİK BELİRTİLERİ ÜZERİNE ETKİSİ AÇISINDAN İNCELENMESİ

ÖZET

Bu araştırmada çocuk-hematoloji onkoloji biriminde yatarak ve ayakta tedavi gören 12-18 yaş arası onkoloji hastası çocukların psikolojik belirtilerinin yordayıcısı olarak ebeveynlerinin tükenmişlik düzeyleri ve baş etme biçimlerinin incelenmesi amaçlanmıştır. Araştırmanın örneklemini, kanser hastalığı nedeniyle İstanbul Üniversite İstanbul Tıp Fakültesi hastanesi, Çocuk Hematoloji-Onkoloji Biriminde tedavi alan 65 çocuk ve ebeveyni oluşturdu. Kontrol grubu olarak ise yine aynı birimde tedavisi süren onkoloji dışı hematolojik hastalığı olan 65 çocuk ve ebeveyni alındı. Toplamda 130 çocuk ve ebeveynleri ile yürütülen bu araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 21.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Demografik bilgileri ve hastalıkla ilgili bilgileri öğrenmek için, araştırmacı tarafından genel bilgi formu geliştirilmiştir. Ebeveynlerin tükenmişlik düzeylerini ölçmek için Maslach Tükenmişlik Ölçeği, baş etme biçimlerini saptamak için Baş Etme Biçimleri Ölçeği (BEBÖ), hasta çocukların psikolojik belirtilerini öğrenmek adına Kısa Semptom Envanteri kullanılmıştır.

Araştırma sonucuna göre katılımcıların ebeveynlerin cinsiyetlerine göre gruplar arasında ebeveynlerin tükenmişlik ölçeği puanı açısından anlamlı fark bulunmaktadır. Kadınların erkeklere oranla tükenmişlik düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ebeveynlerin tükenmişlik ölçeğinden aldıkları puanlar ile hastaların anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatiasyon ve hostilite ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir. Ebeveynlerin tükenmişlik düzeyleri arttıkça; hastaların anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatiasyon ve hostilite düzeyleri de artmakta olduğu görülmektedir.

Ebeveynlerin iyimserlik / sosyal destek arama ölçeğinden aldıkları puanlar ile hastaların anksiyete, olumsuz benlik ve somatiasyon ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir. Ebeveynlerin iyimserlik / sosyal destek arama düzeyleri arttıkça; hastaların anksiyete, olumsuz benlik ve somatiasyon düzeyleri de düşmekte olduğu görülmektedir. Ebeveynlerin çaresiz başa çıkma ölçeğinden aldıkları puanlar ile hastaların anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatiasyon ve hostilite ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir. Ebeveynlerin çaresiz yaklaşım düzeyleri arttıkça; hastaların anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatiasyon ve hostilite düzeyleri de artmakta olduğu görülmektedir. Ebeveynlerin tükenmişlik ve çaresiz başa çıkma düzeyi hastaların anksiyete düzeyini arttırmakta olduğu görülmüştür. Çalışmanın bulguları ebeveynin tükenmişlik düzeyleri ve baş etme biçimlerinin, çocukların psikolojik belirtileri üzerinde rol oynadığını ifade etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Onkoloji, Çocukluk Çağı Kanseri, Tükenmişlik, Baş Etme Biçimleri, Psikolojik Belirti

GENERAL INFORMATION

Name and Last Name : Pelinsu UZUN
Department : Psychology
Program : Clinical Psychology
Thesis Advisor : Asst. Prof. Dr. Hakan ERTUFAN
Thesis Type and Date : Master– June 2016

RESEARCH ON THE AFFECT OF LEVEL OF BURNOUT OF PARENTS OF CHILD HEMATOLOGY-ONCOLOGY PATIENTS AND THEIR COPING METHODS ON THE CHILDREN'S PSYCHOLOGICAL SYMPTOMS

ABSTRACT

The purpose of this study is to research the level of burnout and coping skills of the parents of child oncology patients aged 12-18 undergoing hospitalized and outpatient treatment in the children's hematology-oncology department, as a predictor of their psychological symptoms. Study sample comprises 65 children undergoing cancer treatment at the Children's Hematology-Oncology Unit of Istanbul University Istanbul School of Medicine and their parents. Control group of the study comprises 65 children with non-oncology medical condition undergoing treatment and their parents. Data gathered in this study carried out with a total of 130 children and parents were analyzed using SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 21.0 software.

A general information form was developed by the author to collect demographic and disease specific information. Maslach Burnout Inventory was used to measure the level of burnout of parents and Methods of Coping Scale was used to determine the methods they use to cope with burnout and Brief Symptom Inventory was used to determine the psychological symptoms of children. Based on study findings, burnout scale scores of parents show significant variance between groups based on gender variable for parents. It was found that women had higher levels of burnout compared to men. It was seen that there's a statistically significant relation between parents' burnout scale scores and patients' anxiety, depression, negative self, somatization and hostility scale scores. Accordingly, the higher the burnout level of parents, the higher would be anxiety, depression, negative self, somatization and hostility levels of patients. A statistically significant relation was observed between parents' optimism / searching social support scale scores and patients' anxiety, negative self and somatization scale scores. Accordingly, higher the optimism / searching social support levels of parents, lower would be the anxiety, negative self and somatization levels of patients. A statistically significant relation was observed between parents' helpless coping scale scores and patients' anxiety, depression,

negative self, somatization and hostility scale scores. Accordingly, higher the helpless coping levels of parents, the higher would be anxiety, depression, negative self, somatization and hostility levels of patients. It was observed that the burnout and helpless coping levels of parents caused the anxiety levels of patients to increase. Study findings indicate that the burnout levels and coping methods of parents played a role on the psychological symptoms of children.

Key words: Oncology, Childhood Cancer, Burnout, Coping Methods, Psychological Symptom



1. GİRİŞ

Bu bölümde yapılan çalışmanın problem durumu, amacı, önemi, sayıtları, sınırlılıkları ve tanımlamalarına ilişkin bilgiler yer almaktadır.

1.1. Araştırmanın Problem Durumu

Her yıl kronik hastalığı olan çocuk ve yetişkinlerin sayısı artış gösterme eğilimindedir (Çavuşoğlu,2004). Kronik bir hastalık sayılan kanser, fizyolojik problemler oluşturmakla beraber psikolojik, mesleki ve seksüel problemleri de içermektedir. Tedavi sonunda iyileşme ya da alevlenme dönemleri görülmekle beraber, kısa ve uzun vadeli uyum problemleri ile kendini göstermektedir (Patterson ve diğ.,2000:186-192).

Her yaştan insanı etkileyen evrensel bir sorun olan kanser gelişmiş ülkelerde olduğu kadar gelişmekte olan ülkelere de giderek artmaktadır (Öz, 2004). Teknolojik olanakların artması ve yapılanmasıyla ortalama insan ömrünün uzadığı gerçeği, her geçen yıl daha çok insanın kansere yakalanması sonucunu da beraberinde getirmektedir. Kan, kemik iliği ve lenf düğümlerine etki eden hematolojik kanserlerin oranı %9.5 dir. Çocukları etkileyen kanserler ise, tüm kanser çeşitleri arasında %2 oranında ortaya çıkmaktadır. Yetişkin yaş grubuyla kıyaslandığında daha nadir ortaya çıkmakla beraber, tüm çocukluk dönemi mortalitenin %10'luk paydasından sorumludur (Ertan, Sengelen ve Vaizoglu, 2004).

Sık görülen tümörler arasında Akut Lenfoblastik Lösemiler (ALL), santral sinir sistemi tümörleri ve sarkomlar bulunurken, Akut ve Kronik Myeloid Lösemiler (KML) ve sarkomlar yetişkinlerde fazladır. ALL'den sonra, malign lenfomalar gelmektedir. Yetişkinlerde durum şöyledir; çocukluk dönemi lösemilerin %97'si akut oluşumludur ve bunlar içinde de görülme riski yüksek olan grup %75-80'lik oranla akut lenfoblastik lösemi vakalarıdır. Akut Myeloid

lösemi (AML) diğerk adıyla akut nonlenfoblastik lösemiler (ANLL) %20-25'lik oranla ALL den sonra gelmektedir (Cin, 2004).

Kanser, ölüme sebebiyet verme riskinin yüksek olmasıyla beraber psikiyatrik patolojilerin nedeni olarakta karşımıza çıkan bir olgudur. Kronik hastalık sınıfında sayılan kanserde hasta çocuğun ve ebeveyninin olumsuz sonuçlardan ve tedavi sürecinin uzunluğu gibi etkenlerden yıpranmaları söz konusudur (Ulutin, 2006).

Habis birer hastalık olarak çocuk kanserleri, biyolojik nedenler, tedavi çeşitliliği ve hayatta kalma olasılığı açısından farklı epidemiyolojik nitelikler barındırır. Kanser tedavi döneminin uzun oluşuyla paralellik gösteren acı veren deneyimlerin yaşandığı bir süreçtir (Patterson, Holm ve Gurney, 2004). Bu süreçten sadece hasta çocuğun etkilendiğini söylemek mümkün değildir. Hastalık deneyiminin aşamalarında çocuğun yanında olan anne baba da, hastalığın getirdiği çeşitli durumlarla karşı karşıya kalmakta ve etkilenmektedir (Maurice, Oort ve Last, 2008).

Cerrahi girişimler, küratif tedavi ya da ışın tedavisi, çocuğun gelişimini negatif olarak yordayacağı gibi çocuk ve erişkin dönemde karşılaşılabilecek ciddi kronik rahatsızlıklar ve psikososyal problemlere de sebebiyet verebilir. Geç etkiler arasında; ikincil bir kötücül tümör varlığı, erken ölüm, kısırlık, kısa boy, bilişsel sıkıntılar, duygu durum bozuklukları bulunmaktadır. Bunun yanında bireyin çeşitli işlevsellik alanlarında sorun yarattığı saptanmıştır (Kadan-Lottick, 2007).

Kanser; tüm aile bireylerini kaçınılmaz bir biçimde etkilediği için bu hastalığı aile hastalığı olarak ele almak mümkündür (Eisenberg, 1979). Akut ya da kronik bir hastalık ya da engellilik aile bireylerin herhangi birinin başına geldiğinde, sistemin bir sorunu olarak bireylerin tamamında uyum sıkıntılarını oluşturabilmekte, zor durumlar karşısında güçlü yapıya sahip ailelerin dahi yapısını derinden sarsabilmektedir (Yörükoğlu, 1998).

Kanser tanılı çocuğun anne ya da babası olma durumu yıpratıcı ve zor bir süreç olarak görülmektedir (Svarsdootir ve Sigurdardottir, 2006). Ailelerin hastalık tanısının ardından hastalığa ve hastalığın beraberinde getirdiği değişikliklere uyum sağlaması önemli bir durumdur. Ebeveynlerin baş etme stratejileri, onların hastalığa karşı uyumlarını belirleyici nitelik taşır. Kanser teşhisi konduktan sonra ana-babaların bu yeni durumla baş etme, çocuklarının

sağlık durumuna uyum sağlama ve kendi rahatlıklarını önemseme gibi arzuları meydana gelir (McCubbin ve McCubbin, 1996).

Tıbbi açıdan ele alındığında; hastalık öncelikle fizyolojik oluşum dönemlerini kapsarken, hasta açısından biyolojik, ruhsal, sosyal, çevresel, ailesel, psikososyal, psikoseksüel olarak geniş yelpazeye sahip bir durum olmaktadır (Özkan, 2000). Yeni nesil araştırmalar, fizyolojik patolojilerin psikososyal boyutları üzerinde durmaktadır (Lebovits ve diğ., 1984). Çalışmalarda fiziksel ve psikiyatrik sıkıntılarının bir arada ele alınmasına yönelim artmaktadır. İlgili çalışmalarda ciddi kronik hastalıklarda psikiyatrik bir eşanı olarak özellikle depresyon ve anksiyete bozukluklarının sıkça ortaya çıktığı bilinmektedir (Beutel ve Schulz, 2011).

Terminal dönem ve ölümün yaşanması gibi süreçleri içeren kanser tanısı alan çocuklarda %75 oranında iyileşim görülmekle beraber, %25'inde nüks ve olumsuz tedavi yanıtları nedeniyle yaşamın sonlanması gerçekleşmektedir (Lebel, 2005; Kebudi, 2006).

Hasta yakınının yaşadığı korku ve damgalama (stigma), kanserli bireyi ihtiyaç duyduğu desteklerden mahrum bırakabilmekte ve hastalarla hasta yakını arasındaki mesafeyi açabilmektedir. Bunun sebebi olarak hastalık karşısında yaşanan şaşkınlıklar, kararsızlık ve nasıl davranacakları bilememe gibi çeşitli faktörler olabilir. Bunun yanında kanser olmayan bireylerin, kanser olma veya ölüm korkularının onları kanserli hastalardan uzaklaştırdığı söylemek mümkündür (Gümüş, 2006). Aile bireyleri, bir yandan kendi durumları ve karmaşıklıkları ile başa çıkma çabası içindeyken, hasta olan bireye de destek ve bakım sağlamak zorundadırlar. Bu derece yoğun duygusal ve sosyal etkileşimlerin deneyimlendiği kriz ortamında, hastaların ve ailenin geri kalan bireylerinde de psikolojik yardım gerektiren durumların ortaya çıkması beklenebilir (Karabuğa, 2005).

Baş etme mekanizmaları özellikle fizyolojik hastalıklarda üzerinde çalışılan bir olgu olarak görülmektedir. Baş etme; problemlili ve stresör olarak görülen yaşam olaylarında bireyin bu durumlarla başa etme gücü olarak tanımlanır (Golfieri ve diğ., 2007). Kanser tanısı komorbid olarak uyum bozukluğu ve depresyonu beraberinde getirmektedir ve bu eşanılar hastalığın gidişatını negatif yönde etkilemektedir (Derogatis ve diğ.,1983; Elbi, 2001; Hardman, Maguire ve Crowther, 1989).

Araştırmalar gösteriyor ki; kanserli hastalara bakım verme duygusal olarak yıpratıcı bir durumdur (Akdemir, 1996). Bu durum stres yaratan olayların çeşitliliği ve etkileri nedeniyle ebeveynde tükenmişliğin gelişmesine yol açabilir (Izgar, 2012: 130). Tükenmişlik kavramı, çalışanın işi ve örgütüne karşı şiddetli bir emosyonel yanıt olarak ele alınır (Seçkin, 2014:24).

Yapılan çalışmada, kanserli hastalarda psikolojik belirtiler ve bu psikolojik belirtilerle ilişkili olabilecek etmenlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

1.2. Araştırmanın Problem Cümlesi

ocuk hematoloji-onkoloji hastalarının ebeveynlerinin tükenmişlik düzeyleri ve baş etme biçimleri ile çocukların psikolojik belirtileri arasında nasıl bir ilişki vardır?

Araştırmanın bağımsız değişkenleri olarak tükenmişlik düzeyleri ve baş etme biçimleri ele alınmıştır. Araştırmanın bağımlı değişkeni olarak ise, psikolojik belirtiler ele alınmıştır.

1.3.Alt Problemler

1. ocuk hematoloji-onkoloji hastalarının ebeveynlerinin cinsiyetine göre tükenmişlik düzeyi puanları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?

2. ocuk hematoloji-onkoloji hastalarının ebeveynlerinin cinsiyetine göre baş etme biçimleri arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?

3. ocuk hematoloji-onkoloji hastalarının ebeveynlerinin yaşları ile tükenmişlik düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?

4. ocuk hematoloji-onkoloji hastalarının ebeveynlerinin yaşları ile baş etme biçimleri arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?

5. ocuk hematoloji-onkoloji hastalarının ebeveynlerinin eğitim durumları ile tükenmişlik düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?

6. ocuk hematoloji-onkoloji hastalarının ebeveynlerinin eğitim durumları ile baş etme biçimleri arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?

7. Anne /baba ile ilgili

a)medeni durum,

b)alışma durumu

c)gelir durumu

d)sağlık güvencesi gibi sosyo demografik değişkenler ile baş etme biçimleri arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?

8. Anne /baba ile ilgili

a)medeni durum,

b)çalışma durumu

c)gelir durumu

d)sağlık güvencesi gibi

sosyo demografik değişkenler ile tükenmişlik düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?

9. Çocuk hematoloji-onkoloji hastalarının cinsiyetine göre, ebeveynlerinin tükenmişlik düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?

10. Çocuk hematoloji-onkoloji hastalarının cinsiyetine göre, ebeveynlerinin baş etme biçimleri arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?

11.Çocuk sayısı ile ebeveynlerin tükenmişlik düzeyi arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?

12. Çocuk sayısı ile ebeveynlerin baş etme biçimi arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?

13.Çocuk hematoloji-onkoloji hastalarının ebeveynlerinin tükenmişlik düzeyleri ile çocukların psikolojik belirtileri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

14.Çocuk hematoloji-onkoloji hastalarının ebeveynlerinin baş etme biçimleri ile çocukların psikolojik belirtileri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

15.Ebeveynlerin baş etme biçimleri ile hastalık teşhisinden bu yana geçen süre arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?

16.Ebeveynlerin tükenmişlik düzeyleri ile hastalık teşhisinden bu yana geçen süre arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

17.Ebeveynlerin baş etme biçimleri ile psikolojik -psikiyatrik destek alımı arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?

18.Ebeveynlerin tükenmişlik düzeyleri ve psikolojik-psikiyatrik destek alımı arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?

19.Ebeveynlerin baş etme biçimleri açısından hematoloji ve onkoloji olmak üzere iki tanı grubu arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?

20.Ebeveynlerin tükenmişlik düzeyleri açısından hematoloji ve onkoloji olmak üzere iki tanı grubu arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?

21.Ebeveynlerin baş etme biçimleri ile tanı süresi arasında anlamlı bir ilişki var

mıdır?

22.Ebeveynlerin tükenmişlik düzeyleri ile tanı süresi arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

23.Ebeveynlerin baş etme biçimleri ile çocuğun hastalığına ek başka bir hastalığa sahip olup olmaması arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

24.Ebeveynlerin tükenmişlik düzeyleri ile çocuğun hastalığına ek başka bir hastalığa sahip olup olmaması arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

25.Çocuk hematoloji -onkoloji hastalarının psikolojik belirtileri nelerdir?

26.Çocukların psikolojik belirtileri açısından hematoloji ve onkoloji hastaları olmak üzere iki tanı grubunda anlamlı bir farklılık var mıdır?

27.Çocukların psikolojik belirtileri açısından cinsiyete dayalı anlamlı bir farklılık var mıdır?

28.Çocukların psikolojik belirtileri açısından yaşa dayalı anlamlı bir farklılık var mıdır?

29.Çocukların psikolojik belirtileri açısından hematoloji ve onkoloji tanısına göre anlamlı bir farklılık var mıdır?

30.Çocukların psikolojik belirtileri ile hastalık teşhisinden bu yana geçen süre arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

31.Çocukların psikolojik belirtileri ile öğrenim durumu arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

32.Çocukların psikolojik belirtileri ile okula devam durumu arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

33.Çocuk hematoloji onkoloji hastalarının ebeveynlerinin baş etme biçimleri ile çocuğun hastalığına ek başka bir hastalığa sahip olup olmaması arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

34.Çocuk hematoloji onkoloji hastalarının ebeveynlerinin tükenmişlik düzeyleri ile çocuğun hastalığına ek başka bir hastalığa sahip olup olmaması arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

35.Ebeveynlerin psikolojik- psikiyatrik tedavi alıp almaması ile baş etme biçimleri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

36.Ebeveynlerin psikolojik- psikiyatrik tedavi alıp almaması ile tükenmişlik düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

37.Ebeveynlerin psikolojik- psikiyatrik tedavi alması ile çocukların psikolojik belirtileri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

38.Çocukların psikolojik- psikiyatrik tedavi alması ile psikolojik belirtileri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

39.Ebeveyn ile ilgili

a)medeni durum

b)çalışma durumu

c)gelir durumu gibi

d)sağlık güvencesi gibi sosyo-demografik değişkenler ile çocukların psikolojik belirtileri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

1.4.Ana Hipotezler

1-Çocuk onkoloji hastalarının ebeveynlerinin tükenmişlik düzeyleri, çocuk hematoloji hastalarının ebeveynlerinden oluşan kontrol grubuna göre anlamlı yüksek çıkacaktır.

2-Çocuk onkoloji hastalarının psikolojik belirti düzeyleri, hematoloji hastası çocuklardan oluşan kontrol grubuna göre anlamlı yüksek çıkacaktır.

3-Ebeveynlerin iyimserlik/sosyal destek arama düzeyleri arttıkça; hasta çocukların psikolojik belirtileri azalacaktır.

4-Çocuk onkoloji hastalarının ebeveynlerin tükenmişlik düzeyleri yükseldikçe psikolojik belirti düzeyi de yükselecektir.

5- Çocuk onkoloji hastalarının ebeveynlerinin çaresiz, kaderci, baş etme biçimleri ile psikolojik belirti düzeyleri arasında doğru orantılı ilişki vardır.

6-Psikolojik belirti düzeyleri yüksek çocukların, ebeveynlerinin tükenmişlik puanları ve baş etme biçimi alt ölçek puanları anlamlı yüksek çıkacaktır.

7-Ebeveynlerin cinsiyetlerine tükenmişlik ölçeği puanı açısından kadınların erkeklere oranla tükenmişlik düzeylerinin anlamlı yüksek çıkacaktır.

1.5. Araştırmanın Amacı ve Önemi

Bu araştırmanın amacı; çocuk hematoloji-onkoloji hastalarının ebeveynlerinin tükenmişlik düzeyleri ve baş etme biçimlerini belirlemek, tükenmişlik ve baş etme biçimlerinin; çocukların psikolojik belirtileri üzerine etkisini incelemek, tükenmişlik ve baş etme biçimlerini etkileyen değişkenleri belirlemek araştırmanın amacını oluşturmaktadır. Türkiye’de bu faktörler arasındaki ilişkileri inceleyen araştırma eksikliğine bir katkı olarak tasarlanmıştır.

Biyopsikososyal bir varlık olarak ele alınan insanın fizyolojik ihtiyaçları ve psikososyal ihtiyaçları arasında daimi bir döngü, bir etkileşim vardır. Fiziksel alanda oluşan bir sorunun sosyal, psikolojik alanı etkilemesi kaçınılmaz bir süreç halini almaktadır.

Kanser fiziksel, psikolojik, duygusal ve sosyal alanı etkileyen çok yönlü bir hastalık olarak, yaşamı tehdit edici bir boyutu olan olgudur, bu durumun bireyde derin izler bıraktığı söylenebilir. Kanser olgusu, her ne kadar fizyolojik bir hastalık olarak tanımlansa da, ruhsal ve sosyal bileşenleri de olan bir sorundur bu sebeple belirli bir sonu olan ve yalnızca tıbbi tedaviyle ilişkili tekil bir yaşam olayına indirgenemez.

Ciddi ve kronik bir hastalık olmasının ötesinde belirsizlikler içeren, ölümle iç içe anılan ve çoğu kaynakta bedenin kendini yok etmesi olarak ele alınan bu hastalık, suçluluk, terk edilme, panik, düşmanlık, öfke ve kaygı yaratır. Kanser tanı sürecinde hasta ile birlikte aile üyeleri de neredeyse aynı düzeyde etkilendiğinden, tedavi döneminin her aşamasında ailenin katılımı ve desteği önem arz etmektedir. Yapılan çalışmalarda kanser tanısı sürecinde; ailenin hastaya verdiği desteğin düşüklüğü ile orantılı olarak psikolojik güçlüklerin arttığı belirtilmektedir. İlgili yazında, kanserin psikososyal işlevleri üzerindeki tesirini anlamaya yönelik araştırmalar oldukça fazladır, fakat kanser hastalarında görülen psikososyal problemlerin saptanmasına yönelik yapılan geçmiş tarihli çalışmalarda, kanser tanısı almış çocuklardaki psikososyal sorunlar, yaşanan güçlükler, psikolojik belirtilerine etki eden bir etmen olarak ailenin baş etme biçimleri ve tükenmişlik düzeylerinin yordayıcı etkisi yeterince araştırılmamıştır.

Kanser tanısından itibaren, sürecin her anında çocuk ve gençlerde ortaya çıkabilecek duygusal ve davranışsal problemleri saptamak, yakın izlemde bulunmak, destekleyici psikolojik yaklaşımlardan yararlanmalarını sağlamak ruh sağlığı açısından önem arz etmektedir.

Çocuk kanser hastalarında ortaya çıkabilecek psikolojik sorunları saptamayı amaç edinen bu çalışma; oluşan ve oluşabilecek psikolojik sıkıntı ve bozuklukları anlamlandırmak, kronik bir hastalığın gidişatında çocukların psikolojik durumlarını etkileyen değişkenleri anlamak ve psikolojik iyiliği sağlayacak yöntemleri geliştirme ve iyileştirme açısından literatüre ışık tutmayı hedeflemektedir. Çalışmada incelenecek değişkenler arası korelasyonun, kanser dışında herhangi bir kronik hastalığı bulunan çocuğa sahip anne ve baba ve çocuklarda benzerlik gösterip

göstermediğinden emin olabilmek adına; bu araştırma deney ve kontrol olmak üzerine iki grup üzerinde yürütülmüştür.

1.6. Sayıtlar

1. Katılımcıların, Genel Bilgi Formu, Maslach Tükenmişlik Ölçeği, Baş Etme Biçimleri Ölçeği ve Kısa Semptom Envanterini objektif, içten, gerçek duygu ve düşüncelerine göre yanıtladıkları varsayılmıştır.

2. “Maslach Tükenmişlik Ölçeği”, “Baş Etme Biçimleri Ölçeği” ve “Kısa Semptom Envanteri” ölçmeyi amaçladıkları özellikleri test eder niteliktedir.

3. “Maslach Tükenmişlik Ölçeği”, “Baş Etme Biçimleri Ölçeği” ve “Kısa Semptom Envanterini” ölçtükleri özellikler bakımından güvenilir ve geçerlidir.

4. Çocuk hematoloji-onkoloji hastası çocuklardan ve ebeveynlerinden oluşan katılımcıların evreni temsil eder nitelikte olduğu varsayılmıştır.

1.7. Sınırlılıklar

1. Araştırma verileri İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk Hematoloji-Onkoloji Kliniği’nde 10.03.2016-20.04.2016 tarihleri arasında tanı almış, yatarak ve ayakta tedavi gören 12-18 yaş arası çocuklar ve ebeveynleri ile sınırlıdır.

2. Araştırmada incelenen tükenmişlik, Maslach Tükenmişlik Ölçeğinden edinilen sonuçlarla sınırlıdır.

3. Araştırmada incelenen baş etme biçimleri, Baş Etme Biçimleri Ölçeğinden edinilen sonuçlarla sınırlıdır.

4. Araştırmada incelenen psikolojik belirtiler, Kısa Semptom Envanterinden edinilen sonuçlarla sınırlıdır.

1.8. Tanımlar

1.8.1. Tükenmişlik (Burnout): Tükenmişlik, insanlara hizmet veren mesleklerde ya da işlerde çalışan bireylerin sıklıkla yaşadıkları, fiziksel, duygusal ve zihinsel yorgunluğa yol açan bir sendrom olarak ele alınmaktadır (Akçamete, Kaner ve Sucuoğlu, 1998).

1.8.2. Baş Etme Biçimleri (Coping Styles): Sorunlu ya da stresli yaşantılar sırasında bireyin bu durumla başa çıkma kabiliyeti olarak tanımlanır (Golfieri ve diğ., 2007).

1.8.3. Psikolojik belirtiler (Psychological Symptoms): Psikiyatride ve genel hekimlikte, normal işleyiŖten sapan ve fiziksel veya ruhsal bir rahatsızlığın emaresi olarak değerlendirilen bir durum (Budak, 2009:638).

Hastalık belirtisi. Ruhsal sağlığı olumsuz etkileyen ve ruhsal sağlığın teŖhisinde etkili olan belirti (Kılıç, 1987:15).



2. GENEL BİLGİLER

Kronik hastalık patolojik değişiklikler nedeniyle meydana gelen, süreklilik teşkil eden eden, anormal durum varlığı ile karakterize, kalıcı yetersizlik bırakabilme riski olan, hastalık öncesi döneme dönüşün zor olduğu, hastanın tedavisi için uzun süre bakım, gözlem ve kontrolün zaruri olduğu bir durumdur (Çavuşoğlu, 2004).

Kronik hastalıklar yaş, cinsiyet gibi ayrımlara bakılmaksızın günden güne artış göstermektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı 2012). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 'nün 2012 yılı sonuçlarına göre dünyadaki mortalitenin en fazla bulaşıcı olmayan kronik hastalıklar sebebiyle olduğu saptanmıştır. 2012 yılında 38 milyondan daha fazla insanın ölüm nedeni olan bu patoloji; 2012' de meydana gelen 56 milyon ölümün % 82' sinden sorumludur. Bu hastalıklardan bazıları; kalp hastalıkları % 46,2 oranıyla, kanserler % 27'lik oranla, kronik solunum hastalıkları % 8 ve diyabet ise % 4'lük bir oranla karşımıza çıkmaktadır.

Kronik hastalık tanılı çocuk, hastalığın sebebiyet verdiği belirtileri düşürmeye çalışırken, bir yandan da sosyal, psikolojik, gelişimsel ve çevresel problemlerle de karşı karşıya kalmaktadır (Er, 2006). Ergenlik ve çocukluk 2,5 kat fazla psikopatolojinin açığa çıktığı dönemler olarak ele alınır (Abd-Allah, 2005).

Kronik hastalık yelpazesinde ele alınan kanser son dönemlerde fazlaca araştırılan, önem teşkil eden sağlık durumlarından biri olarak tanımlanmaktadır (Kutluk ve Kars, 1994).

Bu çalışmada kronik hastalıklar kapsamında çocuk hematoloji-onkoloji hastalıkları ele alınacağından öncelikle genel olarak kanser hastalığını değerlendirmek faydalı olacaktır.

2.1.Kanser

Kanser en kısa tanımı ile bazı etkilerle değişime uğramış hücrelerin, kontrolsüz olarak çoğalıp büyümelerinin sonucu oluşan habis bir sağlık problemidir. Bu çoğalma esnasında kanser hücresinde, normal hücrelere kıyasla yapısal farklılıklar çıktığı gibi, işlevleri açısından da farklılıklar oluşabilmektedir; bazen hücre normalde yaptığı

işlevlerini yapmazken, bazen de normalde varolmayan yeni işlevleri de yapmaya başlayabilecektir. Halk sağlığı açısından en sık görülen, en sık sakat bırakan ve en çok öldüren hastalıklar en önemli hastalıklar olarak ele alınır ve kanser bunlardan biri olarak kabul edilir (Kutluk ve Kars, 1994).

İlgili araştırmalara göre her yıl en az 6 milyon insan kanser tanısıyla yüz yüze gelmekte ve 4 milyondan fazlası için bu tanı ölümle noktalanmaktadır (Criss, 1999).

Kanser tek bir hücrenin kontrolsüz şekilde büyümesinden meydana gelmektedir. Bu hücreler büyüdükçe "tümör" adı verilen, organizmaya yararlı bir işlevi olmayan hücre kitlesi meydana getirmektedirler. Vücutta oluşan her hücre kitlesi kanser olmamakla beraber, davranış biçimi ve özel nitelikleri açısından bu hücreler ikiye ayrılmaktadır (Bayraktar, 2011). Kanserde iki tür tümör vardır, bunlar; çevre dokulara yayılım göstermeyen, yavaş büyüyen ve kendilerine ait sınırları olan benign yani iyi huylu tümörler ve metastaz özelliğine sahip malignan yani kötü huylu tümörlerdir (Ogden, 1998). Vücudun herhangi bir yerinde (Kılıçkap, 2009) kontrolsüzce çoğalan hücrelerin, buldukları bölgeye yakın doku ya da organlara lenf sistemi ve kan dolaşımı yoluyla yayılabilmektedir (Boyle ve Levin, 2008). Bu duruma metastaz denilmektedir. Sınırsızca çoğalan ve yayılan bu hücreler, vücutta buldukları bölgedeki normal hücrelerin de fonksiyonlarını bozabilmektedirler (Kızıler, 2007).

Kanserin oldukça fazla çeşidi olmasına rağmen birkaç başlık altında ele almak mümkündür: Karsinom (carcinoma): Kanserin yaklaşık %85'i karsinoma tipi kanserler oluşturmaktadır. Epitelyal hücrelerin ve vücut organlarındaki birçok hücrenin malign bir biçimde çoğalmasıdır. Bu tür kanserlere örnek olarak sindirim yolları ve üreme organları kanserlerinden bahsetmek mümkündür. Sarkom (sarcom): Sarkomların kaynağı yumuşak doku (kaslar, kan damarları, yağ dokusu) ve kemik dokusu olan en sık rastlanan karsinomlar derideki epitel hücrelerde, gastrointestinal sistem ve iç organlarda meydana gelen habis tümörlerdir. Lenfoma: Limbik sistem kanserleridir. Lösemi: Kan yapıcı organların kanseridir. Örnek olarak akyuvarların aşırı çoğalmasına sebep olan kemik ve ilik kanserleri verilebilir (Pinotti ve diğ., 1995; Gül, 1995). Gliomlar ise merkezi sinir sisteminde bulunan glia hücrelerinin değişimi sonucunda ortaya çıkmaktadır (Boyle ve Levin, 2008).

Kanser tedavisindeki önemli aşamalar ve çok disiplinli tedavi yaklaşımları ile bu çağdaki kanserlerin sağ kalım oranları, günümüzde %70-80 oranlarına kadar çıkmıştır (Oeffinger ve Robinson, 2007). Çeşitli kanser türlerinde ve erken evrede

tespit edilen tümörlerde ise %90 düzeyinde sağkalım oranına ulaşılmıştır. Sağkalım oranındaki bu artış ile başka problemler ortaya çıkabilmektedir; tedaviye bağlı olarak gelişen erken ya da geç yan etkilerin oluşması bunlardan bazıları olup yeni nesil çalışmalar bu konulara yönelmiştir (Oeffinger ve Robinson, 2007; Varan ve Kebudi, 2011).

2.1.1. Kanserin Nedenleri

Kansere sebep olan ajanlara kanserojen ya da karsinojen adı verilmektedir. Kansere bulaşıcı hastalık grubunda yer almamaktadır. İnsanlarda görülen bir kısım kanserlerin nedenleri bilinmektedir ve çoğu kanserin sebebi olarak çevresel öğelerin sorumlu olduğu düşünülmektedir. Bununla birlikte genetik faktörlerin de kanser riski açısından önemli olduğu bilinen bir gerçektir (Criss ve Baysal, 1999). Günümüzde kanser nedeni ile ilgili olarak beş faktör üzerinde durulmaktadır. Bunlar; genetik, kimyasal, fiziksel, viral ve immünolojik faktörlerdir (Yamazhan ve Tunçel, 2003).

Olguların %50'sini kapsayan kısmını diyet ile ilgili faktörlerin oluşturduğu ve bunu sigaranın takip ettiği (%35) bilinmektedir. Kanserojen maddelere mesleki maruziyet %5'lik bir oranda iken, kalan %10'luk orandan bilinmeyen nedenlerin yanı sıra virüslerin, çeşitli genetik faktörlerin ve gelişen birçok spontan mutasyonel olayın sebep olduğu düşünülmektedir (Taş ve Aydın, 2000).

Çocukluk çağı kanserlerinin nedenleri de araştırılmaya devam edilen bir diğer konudur. Ailesel unsurlar geçiş özelliğini arttırabilmektedir bu nedenle çocukluk çağı kanserlerinde detaylı aile öyküsünün alınması, yakınmalar kadar ciddi bir öneme sahiptir. Radyasyona özellikle hamilelik döneminde maruz kalma ve çeşitli kimyasallarla etkileşimde bulunmanın çocuklarda kanser görülme riskini artırıcı bir faktör olduğu bilinmektedir. Erişkinlere nazaran çocuklarda genetik köken daha baskın bir kanser yapıcı etmendir (Ağaoğlu, 2004). Hastadan alınan aile öyküsünde doğumsal bağışıklık sistemi sorunları, down sendromunun varlığı ile kanser riski arasında önemli etkileşim vardır, bu hastalıkların varoluş oranına göre kanserde paralel olarak artmaktadır. Bu hastalıklara sahip çocukların izlemleri daha sık yapılmalı ve kitle olup olmama durumu güncel olarak kontrol edilmelidir, kitle varlığı söz konusu ise bu durum onkolojik hastalıkları akla getirmeli ve tetikte olunmalıdır. Bunu yanında nükleer olaylara maruziyet tiroid ve lösemiler açısından yüksek risk taşımaktadır (Kutluk, 2006).

Tümör oluşum mekanizmaları ile ilgili kesin bilgiler elde edilememiş olmasına rağmen immünoloji ve genetik bilimindeki ilerlemeler bu alanda önemli veriler sunar niteliktedir. Yapılan otopsilerde tümör sıklığının yeni doğanlarda ve süt çocuklarında, büyük çocuklara oranla daha yüksek olduğu açığa çıkmıştır. Bu bulgu tümör kontrolünün zaman içinde geliştiğinin ispatlayan önemli bir bilgi niteliğindedir. Yine yapılan çalışmalarla kalıtsal nedenlerin yadsınamayacak önemini görmek mümkündür. İkizinde lösemi tanısı olanlarda lösemi görülme riski yaklaşık olarak 20 kat artar niteliktedir, çevresel etmenler büyük yaştaki çocuklara etki ederken, doğum öncesi faktörlerin önem kazandığı yaş ise, 5 yaş altı olarak bildirilmektedir (Yıldız, 2008).

2.1.2.Kanserin Tanı ve Tedavisi

Kanserin erken tanısı hayat kurtarıcı bir önem taşımaktadır. Tanı için; klinik muayene, rutin laboratuvar tetkikleri, radyolojik tetkikler, endoskopik tetkikler, biyopsi ve patolojik tetkikler ve genetik tetkikler (kromozom analizleri) gibi yöntemlerden bahsetmek mümkündür (Bayraktar, 2011). Kanserin tedavi yöntemleri ise hastaların bireysel nitelikleri ve hastalık durumlarına ilişkin olarak değişim göstermekle beraber, genel olarak kemoterapi, radyoterapi, cerrahi ve immünoterapi olup, birçok durumda hastalığın cinsi ve yaygınlığına göre bu yöntemlerden herhangi biri ya da gerekli görülürse birkaçı tedavide beraber etkileşim içine alınabilir (Kızılcı, 1997).

Amacı kanseri tamamen iyileştirmek ya da yavaşlatmak olan tedaviler aktif tedaviler olarak adlandırılır. Bunlar; Kemoterapi, radyoterapi, cerrahi ve immünoterapidir, Semptomatik tedavilerde ise amaç hastanın kendisini iyi hissetmesidir (Özkan, 2007).

Kanser tedavileri üçe ayrılmaktadır. Bunlar; iyileştirici, destekleyici ve palyatif tedavilerdir. İyileştirici (küratif) tedaviler, kanseri tam anlamıyla yok etmeyi hedefleyen tedavilerdir. Destekleyici tedaviler, genel manada cerrahi işlemle tümörün temizlenmesi ardından çevresinde kalabilecek olan tümör hücreleri ortadan kaldırmak amacıyla kullanılmaktadır. Kemoterapi süreç içinde ortaya çıkabilecek metastazları engellemek, radyoterapi ise ilgili bölgelerde kanserin tekrarlama olasılığını en aza indirmek hedefiyle çalışmaktadır (Özkan, 2007). Palyatif tedavi ise, gelecekte olabilecek belirtileri engellemek, hastanın acı çekmesini gidererek yaşam kalitesini

yükseltmek, tedavide sürekliliği oluşturmak ve hayatta kalma süresini artırmak olarak ele alınabilir (Özkan, 2007).

Kanserden korunma ise üç başlık altında incelenebilir. Birincil korunma, kanser oluşumunu tetikleyecek, karsinogenezi oluşturabilecek her türlü kanser oluşturan (karsinojenik) madde ve oluşumla olabilecek teması engellemektir. İkincil korunma, tarama ve erken tanı yoluyla, kanseri erken yakalayıp iyileşme şansını arttırmaktır. Üçüncül korunma, kanser hastasının optimum tedavisini yaparak, bu hastalık nedeniyle veya tedavi komplikasyonlarına bağlı olarak beklenenden erken ölümlerin yaşanmasını engellemektir. Yapılan tahmin çalışmalarına göre kanser mortalitesi azaltmak mümkün görülmektedir; diyetle yağı azaltıp selülozu artırarak %8, sigarayı bırakarak %8-15, tarama ve erken tanı programlarıyla %3, güncel tedavilerle %10-25 oranlarında başarı elde edilmesi söz konusu olarak bildirilmiştir (Dinçer, 2000: 59-62).

2.1.3.Çocukluk Çağı Kanserleri

Çocukluk çağı kanserleri tüm kanser olgularının yaklaşık %1'ini oluşturmakta olup hem prognoz hem de histoloji ve tümör bölgesi dağılımı açısından yetişkin malignitelerinden farklılık göstermektedir. Tüm çocukluk çağı kanserleri arasında lenfohematopoetik kanserler (ör; akut lenfoblastik lösemi, lenfomalar) %40, sinir sistemi kanserleri %30 ve embriyonel sarkomlar yaklaşık %10 oranında karşımıza çıkmaktadır (Kadan-Lottick, 2007).

Lösemi çocukluk çağında görülme riski en yüksek olan kanser türlerinden biridir, bu dönem kanserleri meydana çıkış yerlerine göre farklılık oluşturmaktadırlar (Wong, 2006).

Akut lösemi en sık görülen çocukluk çağı malignitesidir ve çocukluk çağındaki kanserlerin üçte birini oluşturur. Akut lenfoblastik lösemi (ALL), çocukluk çağı akut lösemilerinin de yaklaşık %75'ini oluşturmaktadır (Esparza ve Sakamoto, 2005).

Akut lenfoblastik lösemi çocukluk çağının en sık görülen malignitesidir ve tüm çocukluk çağı kanserlerinin %25'ini oluşturur. 1960'lardan beri ALL'nin tedavi sonuçları %30'lardan %80-86 gibi 5 yıllık sağkalım oranlarına ulaşmış, hem laboratuvar hem de klinik bilimlerdeki ilerlemeler bu başarıyı doğurmuştur (Mody ve diğ., 2008).

Çocuk ve ergenlerde Non- Hodgkin lenfoma, lenfomaların %60'ını kapsar. Hastaların %70'den fazlasında tanı anında yaygın hastalık olmasına rağmen, lokalize

hastalık için %90-95 ve yaygın hastalık için %60-90 arası hayatta kalım oranlarından bahsetmek mümkündür (Kadan-Lottick, 2007).

Diğer çocukluk çağı tümörleri daha nadir görülmektedir. Beyin tümörleri lösemi ve lenfomalardan sonra ülkemizde üçüncü sıklıkta görülen tümörlerdendir. Santral sinir sistemi (SSS) tümörleri için çoklu tedavi yaklaşımları sağkalımın arttırılmasına fayda sağlamıştır. 35-40 yıl önce çocuklarda en sık görülen SSS malign tümörlerinden biri olan medulloblastomda sağkalım %20'lerde iken günümüzde ise, olumlu risk faktörleri ile çocukların %75'inde tedaviye tam yanıt sağlanır duruma gelmiştir (Frühwalt ve Rutkowski, 2011).

Nöroblastom, tüm çocukluk çağı kanserlerinin %8-10'unu oluşturan ve sık görülen solid bir tümördür (Yalçın ve diğ., 2010).

Wilms tümörü (WT) çocuklarda en sık görülen böbrek tümörüdür ve 1:10.000'lik bir görülme sıklığına sahiptir (Dungwa, Hunt ve Ramani, 2011).

Çocukluk çağında en sık görülen yumuşak doku sarkomu, rabdomyosarkom, bu yelpazedeki kanserlerin yaklaşık %3.5'inden sorumludur. Osteosarkom; çocuk ve ergenlerde en sık görülen primer malign kemik tümörüdür, ikinci en sık görülen ise Ewing sarkomudur. Çocuklarda, 10 yaş altında Ewing sarkom, osteosarkomdan daha siktir. Her iki tümör çeşidinde de ırk ve cinsiyetler arasında fark yoktur (Kadan-Lottick, 2007).

Kısa bir süre öncesine kadar çocuklarda kanser tanısı ölüm anlamına gelmekte iken (Goodheart ve Lansing, 1997), günümüzde tıp alanındaki yüz güldürücü gelişmeler sayesinde hastalığın prognozu değişmiş ve kanser giderek kronik hastalık kapsamında değerlendirilmeye başlamıştır (Ağaoğlu ve Nogay, 2011; Hewitt, Weiner ve Simone, 2003). Yapılan araştırmalarda hastalığının tanı ve tedavisindeki ilerlemeler neticesinde; çocukluk çağı kanserlerinin %70'i sağlığına kavuştuğu bilinmektedir (Goodheart ve Lansing, 1997; Kebudi, 2006) , yani çocukluk çağı kanserlerinin mortalite oranı azalırken insidansı artmaktadır (Ertan, Şengelen ve Vaizoğlu, 2004).

Ergenlikte meydana gelen kanserlerin ise kendine özgü nitelikleri vardır. Ergenlik ve genç erişkinlikte görülen kanser çeşitlerinin sıklığı farklı olduğu gibi, elde edilen sağkalım oranları da farklıdır. Bunda ergenin fiziksel yapısı etkili olduğu gibi, psikolojik etmenler de rol oynamaktadır. Ayrıca 15-25 yaşlar arasında çocukluk yaşlarına göre daha çok sayıda ergen kanser tanısı almaktadır. Bu yaş grubunda özellikle lösemi ve sarkomların iyileşme oranları çocuklara göre daha düşük bulunmuştur (Blayer, Viny ve Barr, 2006).

2.1.4. Kanserlerin Çocuk Üzerine Etkisi

Çocuk hastalığı ve hasta olma durumunu kavramakta güçlük çekebilir, süregelen hastalığın şiddeti, işlevsellikte engeller oluşturması, tedavi yönteminin çeşitliği gibi konular çocuğu olduğu kadar aileyi de psikolojik olarak etkilemektedir (Çavuşoğlu, 2004).

Çeşitli çalışmalarda, hastalığın yan etkileri artıp süre uzadıkça ve hastalık ilerleme gösterdikçe, ölümle ilgili ortaya çıkan endişeler ve korkular artmaktadır, bunun yanında kanserin belirtilerinin ve tedavisinin oluşturduğu zorlanma ve bu belirtilerle baş etmedeki eksikliğin çaresizlik hissini yükselttiği saptanmıştır (Alparslan, 2003; Kurt, 2008; Lightfoot, 2004).

Kronik hastalıklar ve onlardan biri olarak ele alınan kanser, çocuklarda hem fiziksel hem ruhsal güçlükler ortaya çıkarırken; uyum sağlamada eksiklik veya denge oluşturma için uğraşma ise yıkıma sebebiyet vermektedir. Hastalığa yol açan fiziksel, psikolojik ve sosyal bir stresör çocuğun dengesini bozar ve ruhsal durumunu da etkiler. Kanserin tesirini anlamak için çocuğa, aileye, hastalığa ve çevreye dayalı, etkileşim halinde olan birçok etkene bakmak gerekir. Her etkenin birbiri ile olan ilişkisi ve niteliği hastalığın gidişatını etkileyecek güçtedir (Seligman ve Maier, 1967).

Hastalığa bağlı etkenler: Fiziksel hastalığın türü, hastalığın şiddeti ve süresi, hastalığın yerleşim yeri, gidişatı, hastalığın başlangıç yaşı, uzayan tanı aşaması, tedavi süreci ve tedavi ilaçları, işlevsellik kayıpları, fiziksel görünümde yol açtığı değişiklikler, hastalığın birlikte getirdiği fiziksel ve psikolojik sınırlılıklar olarak alınmaktadır (Sloper, 2000).

Çevresel etmenler: Çocuğun tedavisini sürdüren tıbbi ekip, hastane ortamı, çocuğun arkadaşları, komşuları, okul çevresi vb.olarak tanımlanabilir (Sloper, 2000).

Çocuğa ait etmenler: Büyüme döneminin getirdiği özellikler, çocuğun gelişim aşaması, bireysel özellikleri, uyum kapasitesi, psikolojik gelişim düzeyi, akıl ve ruh sağlığına ilişkin patoloji, baş etme biçimleri bunların arasındadır (Sloper, 2000).

Hastalığın gidişat ve etkilerine bakıldığında; Çocuğun duygusal problemleri en fazla tanı konulmasının akabinde deneyimlendiği bildirilmekle beraber; tanı sürecinde, çocuktan fazla anne açısından duygusal olarak problemlerin ortaya çıktığı bir süreç olduğu düşüncesinden de bahsedilmektedir. Hastane yatışının olması, majör komplikasyonların görülmesi, akut dönemden kronik döneme geçiş, tedavi

başarısızlığı, nüks, majör tedavi seçeneklerinin uygulanması ve terminal dönemler riskli dönemler sayılmaktadır. Bu riskli dönemler, psikolojik sorunların artmakta olduğu ve daha fazla desteğe ihtiyaç duyulan dönemler olarak ele alınmalıdır (Patenaude ve Kupst, 2005).

Okul dönemindeki çocuk, kanserin ölümle sonuçlanabildiğini ve gidişatın ciddiyetini kavrayabilmektedir. Hastanede olma ve aileden ayrılma durumu çocuk için cezalandırılma niteliği taşımaktadır. Anne baba ve kardeşlerden uzak kalma, hastane ortamına alışma, aile tarafından bırakılma korkusu, beden hastalık nedeniyle bütüncül yapısının bozulması çocuklar için yüksek düzeyde kaygılar olarak ele alınmaktadır (Elçigil, 2007). Kennedy ve arkadaşları (2004) tarafından yapılan araştırmada yatarak tedavi gören çocukların davranış, duygu ve aile etmenlerine baktıkları, çocukların hastanede yatarak tedavi görme sebebi ile okula gidememeleri sebebiyle yüksek düzeyde bir zorlanmayla karşı karşıya kalmaktadırlar ve tedavinin komplikasyonları sebebiyle yaşlılarından farklı duygular yaşadıkları, yaşlılarından kabul görmeme durumu nedeniyle korku duygusuna kapıldıkları saptanmıştır. Çocuklar, huzursuzluk, çaresizlik hisleri durumunda bilinçli olmayan baş etme çeşitleriyle bu hislerden uzaklamaya çalışırlar. Gerileme tepkileri bilinçli olmadan yapılan bir müdafaa yöntemi olarak çocuk hastayken kendi yaşının altındaki dönem özelliklerini göstermesi şeklinde karşımıza çıkmaktadır. Başka bir yöntem ise inkârdır. Bu durumda çocuklar çaresiz kalma durumundan ve huzursuzluktan uzaklaşmak için yine bilinçsizce var olanı inkâr etme eğilimi gösterirler (Çavuşoğlu, 2004).

Ergenler açısından hastalık durumu bir problem olup, özgürlüğün kısıtlanması, yaşlıları ile ilişkilerinin aksaması, seksüel gelişim durumlarının hastalıktan etkilenmesi, ileriye dönük tasarıların zarar görmesi olarak görülebilir. Kemoterapinin saç kaybına neden olması, kiloda oluşan değişken durum, cilt tonunda düzensizlikler gibi komplikasyonları, tedavi sebebiyle reglde gecikme ve kısırlıkla alakalı endişeler, bu süreçte karşılaşılan psikolojik sorunların kaynağıdır.

Toros ve diğ.(2002) tarafından yapılan çalışmada süregelen hastalığa sahip ergenlerin %10'luk kısmında sosyalizasyon, agresyon gibi davranış sorunlarını beraberinde getirdiği, depresyon ve anksiyete oluşturma riski açısından kronik rahatsızlığı bulunmayanlara kıyasla 1,5 kat oranında ruhsal bozukluk saptandığı belirtilmiştir.

Yeh'in (2002) kanserli ergenlerin yaşam deneyimlerini saptamak adına yaptığı çalışmada; ergenlerin yaşamlarına etki eden fiziksel, psikolojik ve sosyal sorunlar geliştirme açısından yaşlılarına oranla yüksek risk grubundadırlar

Bauld ve diğ. (1998) bu süreçte ortaya çıkan kanserlerin psikososyal yönlerini ele aldıkları araştırmada ergenlerin vücutlarındaki farklılıkların, yaşlılarından uzak durma ve yaşlıları ile etkileşimlerini etkilemekte, özerkliğini kaybetme olasılığı ve yarına ilişkin belirsizliklerin varlığı yüksek stres kaynağı olarak ele alınmaktadır.

2.1.5. Çocukluk Çağı Kanserlerinin Ebeveynler Üzerine Etkisi

Hastanede yatarak tedavi görme hasta çocuk üzerinde olduğu kadar, aile bireyleri üzerinde de olumsuz etkilere sebep olmaktadır (Ayoğlu, 2003). Çocuğu kanser tanısı alan birey zor ve acı veren bir yaşam olayı deneyimlemektedir (Svarsdootir ve Sigurdardottir, 2006). Çocuğun sağlık durumu, anne-babanın psikolojik iyiliklerini ve yaşam kalitelerini olumlu ya da olumsuz düzeyde etkilemektedir (Gökler, 2008). Çocuğun hastalığı, tedavi koşulları, yaşanabilecek zorluklar ve tüm seyir ile ilgili bilgilendirmenin doğrudan anne-babaya yapılması, ölüm riski de dahil ailenin hazırlıklı olmadığı her türlü bilgiyi öğrenmek durumuyla karşı karşıya kalmasına da sebebiyet vermektedir (Gökler, 2008). Hasta yakınlarının hastalığa karşı olan tutumu, onların değer ve inançlarına ve stres durumda ortaya koydukları davranımlara dayalı değişebilir. Tanının duyulması ile aile o ana kadar başvurduğu başa etme fonksiyonlarının yetersiz kaldığını fark eder ve duygusal, bilişsel, fiziksel alanda güçsüzlük, korku, çaresizlik ve dağılma gibi hisler yaşarlar (Işıkhan, 2001).

Ailelerin hastalık tanısının ardından hastalığa ve hastalığın beraberinde getirdiği değişikliklere uyum sağlaması önemli bir durumdur. Ebeveynlerin baş etme stratejileri, onların hastalığa karşı uyumlarını belirleyici nitelik taşır. Kanseri teşhisi konduktan sonra ana-babaların bu yeni durumla baş etme, çocuklarının sağlık durumuna uyum sağlama ve kendi rahatlıklarını önemseme gibi arzuları meydana gelir (McCubbin ve McCubbin, 1996). Yapılan bir araştırmanın (Earle ve diğ., 2006) sonuçları, lösemili çocuğu olan annelerin normal hayatlarını sürdürmelerinin çok önemli olduğunu ancak buna erişmenin pek mümkün olmadığını göstermektedir. Aynı araştırma, annelerin normal hayat düzenlerinin yerine gelen hastalık tanısı, tedavisi, hastane döngüsüne alışmak için zamana ihtiyaç duyduklarını da belirtmektedir.

Akut dönemde korku, üzüntü, inkar, hayal kırıklığı yaşanırken kronik dönemde ise yardım ve desteğe açık olma, kızgınlık, öfke, suçluluk duygusu, aile içi ilişkilerde değişim ve tedavinin komplikasyonları ile baş etme gibi tepkiler gösterdiği bilinmektedir (Ayoğlu, 2003; Lewis, 1999; Galjchen, 1999; Roux, 2004).

Kanserli çocuğa, ilk teşhis konulduktan sonra kaygı, uyku bozukluğu ve depresyon gibi problemler ailede oluşabilmektedir. Buna ek olarak ailenin kanser hastalığıyla başa çıkma stresi ana babalarda sağlık sorunlarına, sosyal izolasyona, eşlerin cinsel açıdan sıkıntı yaşaması, iş veriminin düşmesi, iş problemleri ve alkol alışkanlığı gibi sorunların da meydana gelmesine neden olmaktadır (Özbesler, 2001). Buna sorunlara dayalı olarak çaresizlik, suçluluk, kızgınlık, inkâr, korku, bilinç bulanıklığı ve öfke gibi farklı duyu ve duygusal olguları deneyimleyebilirler (Guni, 2005). Anababalar ölümcül bir hastalıkla yüz yüze geldiklerinde “neden” sorusunu sormaktadırlar. Birilerini suçlama eğilimiyle yeri gelir kendilerini, yeri gelir doktoru, yeri gelir toplumu ya da Tanrıyı suçlu ilan ederler (Urhan, 1998). Bu tepkilerin yanı sıra, bulaşıcı özelliği dahi olmayan kanser hastalığının bulaşacağından çekinmeleri sebebiyle ailedeki bireyler hasta bireyden uzaklaşabilmektedirler. Aile üyeleri kanserli bireye karşı daha pozitif olmayı istedikleri halde aynı zamanda çok üzgün olduklarından çelişkiler deneyimlemektedirler (Eylen, 2001). Kansere çocukluk döneminde yakalanan bireylerin anababalarının yaşadığı psikososyal sorunlar hasta ve hastalığın gidişatına yönelik etki göstermektedir.

Sonuç olarak tüm bu etkiler göz önüne alındığında, çocuğun hastalığında ailenin önemi, doğrudan hastalığın seyrini etkilemesinden kaynaklanmaktadır. Ailelerin hastalık algıları ve buna bağlı olarak hastalığa ilişkin tutumları önem kazanmaktadır. Bununla birlikte ailenin hastalık ile baş etme mekanizması ne kadar sağlıklı ise, hem çocuğa hem de ailenin tüm üyelerine etkisi o kadar olumlu olmaktadır. Bu sayede aile üyeleri yeni yaşamlarına daha rahat uyum sağlamaktadır (Özkan, 2007). Uygun baş etme stratejilerinin belirlenmesi kanserin yaşattığı fiziksel, duygusal, ekonomik ve sosyal sıkıntıların atlatılmasında etkili olmaktadır. Bu baş etme stratejileri kişiyi, kanser hastalığının tanı ve tedavi sürecinde meydana gelebilecek uzun dönemli psikopatolojik etkilerden korumaktadır (Kızıler, 2007).

2.1.6. Kanser Hastası Çocuklarda Sık Görülen Psikolojik Sorunlar

Kanserli hastaların psikiyatriste başvurmadan çekindikleri ya da kanserli hastalarla çalışan ekibin ruhsal sorunları tanıma ve psikiyatri konsültasyonu istemede

güçlükleri olduğu bilinen bir gerçektir. Hastaların bilgilendirilmesi, onkoloji birimleri ile liyezonun gelişmesi, böylece sorunların tanınması ve konsültasyon oranlarının artması sağlanabilir. Bir hastanın günlük yaşamını etkileyen ve yaşam kalitesini düşüren herhangi bir sorun olduğunda ya da bir psikiyatrik bozukluk saptandığında, zaman yitirmeden sağaltıma başlamak hastanın bu dönemi daha rahat geçirmesini sağlamaktadır(Elbi, 2001).

Kronik hastalıkta psikolojik problem oluşmasında risk faktörleri olarak; çocukların öz ebeveynleri ile yaşayamıyor olması veya ebeveynlerin vefa etmesi, düşük sosyoekonomik özellik, annenin eğitim düzeyinin düşük bulunması veya anne yaşının küçük olması gibi etkenler belirtilmektedir (Özer ve diğ., 1997).

Hastalığın ve hastaneye yatmanın psikolojik etkileri çocuktan çocuğa farklılık göstermektedir. Belirleyici faktörler; tedavinin niteliği nedeniyle yaşanacak zorlanmanın şiddeti, bireysel farklılıklar, çocuğun yaşı ve yapısı, hastanede geçirilen süre, ailenin ve çocuğun bilgilendirilme düzeyi, hastane ekibinin aileye ve çocuğa davranışı, ailenin endişe düzeyi, anneden ayrılığın süresi ve şekli olarak ele alınabilir.

Çocukların hastalık kavramını anlamasında kişisel deneyimleri ve inançları da önemli faktörlerdendir. Örneğin, daha önce çok hastalanmış ve tedavi sırasında acıyı deneyimlemiş bir çocuğun hastaneye yatışa tepkisi, şu ana kadar önemli bir rahatsızlık deneyimlememiş olan çocuğunkinden daha fazla bulunacaktır (Fuemmelera, Elkin ve Mullinsa, 2002).

Kanser tedavisi sürecindeki klinik psikiyatrik çalışmalarda daha çok depresyona ağırlık verilmiştir. Bir araştırmada çocuklarda depresyonun varlığı %12-20 civarında saptanmıştır (Asarnow ve Bates, 1988). Tedavi sürecinde ağrı yüksekliği ile depresif belirtiler arasında paralellik bulunmuştur. Çoğu çalışmanın verilerine göre; erken yaşta kanser deneyimi yaşayan çocuğun ebeveynleri eğer destekleyici ve pozitif bir tutum içinde olursa hastalık sürecine kolay adapte olunabilmekte ve depresyon ve anksiyete gibi sorunların görülme sıklığı azalmaktadır (Çavuşoğlu, 2001; Boekaerts, 1999).

Çocuklarda görülme sıklığı yüksek olan beyin tümörü ve lösemisinin tedavi yöntemlerinden biri olan radyoterapi kraniyal merkezi sinir sistemi tesir etmekte ve bunun sonucunda, psikiyatrik bozukluk görülme oranı artmaktadır. Uyum sorunları buna örnek olarak verilebilir. Kemoterapinin yeme bozuklukları başta olmak üzere öfke ve suçluluk duyguları, depresyon gibi psikolojik belirtilerin varlığından söz

etmenin yanı sıra yine ergenlikte hastalığın ve etkisiyle kabuslar, ayrılık anksiyetesi, saf dışı bırakılma korkusu gibi durumlar yaşanabilir (Chang, 1991).

Yapılan bir çalışmada kanser tanılı çocuklarda depresyon puanı, sağlıklı çocukların depresyon puanından anlamlı yüksek bulunmuştur (Çavuşoğlu, 2001). Diğer bir çalışma da ise tanıdan hemen sonra depresyon puanı, sağlıklı çocuklara göre daha yüksek bulunurken, ilerleyen dönemlerde iki grubun depresyon puanları arasında önemli farklılık saptanmamıştır (Sawyer ve diğ., 2000). Diğer bir çalışmada, kanserli çocukların depresyon puanı ile benlik saygısı karşılaştırılmış ve depresyon puanı yüksek çıkan çocukların benlik saygısı düşük olarak bulunmuştur (Von Essen ve diğ., 2000). Yapılan diğer bir çalışmada kronik hastalığı olan ve fiziksel hastalığı bulunmayan çocukların davranış değerlendirme ölçeğinin alt boyutu olan depresyon puan ortalamaları arasında anlamlılık saptanmıştır (Öztürk ve diğ., 1996). Yapılan diğer bir çalışmada, kanserli çocuklar, kronik hastalığı olan çocuklar ve kronik hastalığı olmayan çocuklar karşılaştırıldığında, kanserli çocukların depresyon puanları, diğer iki grubun depresyon puanlarına göre anlamlı düzeyde yüksek çıkmıştır (Toros, Tot ve Düzovalı, 2002).

Okul öncesi dönemde fiziksel hastalığı olan çocuklarda; sağlıklı çocuklara oranla daha fazla duygusal ve davranış problemleri saptanmıştır. Fiziksel hastalığı olan çocuklar, bedenen sağlıklı çocuklara göre iki kat fazla psikiyatrik tanı sahibidir (Ruland, Hamilton ve SchjødtOsmo, 2009).

Okul dönemi çocukları, gerek hocaları gerekse arkadaşları arasındaki ilişkiye tam anlamıyla bağımlı sayılırlar. Ciddi bir hastalık ve hastane yatışı benlik saygısının gelişimini ciddi boyutlarda engeller. Süreçte öfke, negatif tutum ve açık bir biçimde çevreyle ilginin kaybolduğu, kötümserliğin ortaya çıktığı ve genellikle aşırı uyarılmışlığın eşlik ettiği bir keyifsizlik durumu açığa çıkabilir. Okula karşı geliştirilen fobi görülebildiği gibi, öğrenme güçlükleri, sosyal becerilerde sorunlar yaşanabilir. Psikososyal sorunlar, psikiyatrik sıkıntıları da beraberinde getirebilmektedir. Çocuk kanserlerinde hayatta kalım genellikle depresyon, hipokondriazis, davranış ve uyum problemleri, bedensel yetersizlik ve aşırı endişelenme durumlarına sebebiyet vermektedir (Noll ve diğ.,1991).

Ergenlik döneminde ve ergenlik dönemi tanılı kanserde ise; fiziksel, sosyal ve psikolojik birçok değişim yaşanır. Çalışmalarda ergenlerin kronik hastalıkları içinde en yüksek riskli hastalıklar arasında lösemi ve hemofili vardır ve kronik hastalık geliştirme sıklığı % 10-20 arasında değişmektedir. Ergenlikte ciddi bir süreğen hastalık

başlangıcı, beden imajı, kimliğin oluşumu, akranlar tarafından kabul edilme durumlarına bağlı olarak önemli stres faktörlerini barındırır. Özerklik duygularını kazanmaya başlamış olmaları ergenlerin hastalık durumundan etkilenme riskini yükseltir (Eden ve diğ, 1994). Tedaviye yönelik uyum problemleri yaşanabilir, öfke ve karşı gelme davranışı gözlenebilmektedir. Bunların yanında okula devamlılık ve başarılarını negatif yönde etkiler niteliktedir. Erken ergenlik dönemi genel olarak, kişilerin ergenliğin yol açtığı fiziksel değişimlere uyum sağlamaya çabaladıkları dönemdir; bu nedenle kronik hastalığın etkisi çoğunlukla fiziksel gelişim üzerine yoğunlaşmaktadır. Bu devrede fiziksel görünüm oldukça kıymetlidir. Dolayısı ile bir hastalığın varlığı, diğerlerinden farklı olmak, mükemmellikten uzak olmak; güvenli bir fiziksel ve cinsel kimliğin gelişimini ve kendilik algısını olumsuz olarak etkilemektedir (Elçilgil ve Tuna, 2011).

2.2 Tükenmişlik

Tükenmişlik kavramı üzerinde ortak bir tanımlama bulunmamasına karşın, bireysel ve örgütsel düzeyde yaşandığı, genellikle psikolojik yapıdaki duyguları, davranışları, güdülenmeleri ve beklentileri içerdiği belirtilmektedir (Türe, 2008).

Tükenmişlik kavramının tanımı 1970'lerde Amerika'da müşteri hizmeti olarak çalışan personelin yaşadığı bunalımı ifade etmek için kullanılmıştır ancak bundan önce 1961' de Greene'in işini bırakarak Afrika ormanlarına kaçan bir mühendisi anlatan "Bir Tükenmişlik Olayı" adlı romanında kullanılmıştır. "A Burnt-Out Case" adlı romanda tükenmişlik yüksek düzey bir bıkkınlık ve bireyin işine duyduğu yönelimin körelmesi anlamında kullanılmıştır (Sürgevil, 2006:3).

Tükenmişliğin bilimsel yayınlarda yer alması 1974 yılında Herbert J. Freudenberger'in klasikleşmiş makalesi olan "Personel Tükenmişliği" ile olmuştur. Sosyal psikolog olan Christina Maslach, 1976 yılında bu kavramı açıklamak ve ölçmek amacı ile ilk defa bir dizi çalışma yapmıştır (Duygun ve Sezgin, 2003). "Personel Tükenmişliği, bireylerin işleri sebebiyle karşılaştıkları insanlara karşı duyarsızlaşmaları, duygusal yönden kendilerini tükenmiş hissetmeleri, kişisel başarı ve yeterlilik duygularının azalması ile ortaya çıkan, daha çok insanlarla yüzyüze bir ilişki içinde olunan mesleklerde görüldüğü belirtilmiştir.

Tükenmişliğin yoğun derecede yorgunluk ve bitkinlik manasında kullanıldığı ve tükenmişliğe sebep olan dış faktörlü stres kaynakları içinde iş veya yaşam durumlarından birinin etkili olduğu belirtilmiştir (Tümkiye, 2001).

Maslach ve diğ. (1981) tükenmişliğin fiziksel ve duygusal bir yorgunluk olduğunu ve ilerleyen süreçte enerji azalmasına sebep olduğunu söylemişlerdir (Sat, 2011: 23). Maslach tükenmişlik kavramı için en yalın tanımlamasını 2003 yılında "iş ortamındaki stres artırıcı unsurlara karşı bir tepki olarak uzun sürede ortaya çıkan psikolojik bir sendrom" olarak yapmıştır (Baklacı, 2013:42).

Tükenmişliğin kabul gören tanımı, kendi adıyla anılan Maslach Tükenmişlik Ölçeği'nde geliştirmiş olan Christina Maslach tarafından ortaya konulmuştur. Maslach tükenmişliği şöyle tanımlamıştır: "İşi gereği insanlarla yoğun ilişki içerisinde olan bireylerde ortaya çıkan duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve düşük kişisel başarı hissi" (Maslach ve Zimbardo, 1982).

Duygun'a göre Maslach ve Jackson bu özellikleri gösteren kişilerde görülen belirtileri 4 alt başlıkta toplamışlardır (Duygun ve Sezgin, 2003).

a) Duygusal belirtiler; depresyon, düşük öz saygı, şüphe, yalıtılmışlık duygusu, öfke, kötümserlik, mutsuzluk, anksiyete, unutkanlık ve kafa karışıklığı,

b) Davranışsal belirtiler; ilaç-alkol kullanımı, aşırı tepki verme, sabırsızlık, öfke patlamaları, rahat olamama, kurallar karşısında esnek olamama, evlilik/aile çatışmaları, yüzeysel iletişim kurma ve intihar girişimleri,

c) Somatik belirtiler; yorgunluk, uykusuzluk, migren, baş ağrısı, ülser, sırt ve boyun ağrısı, kilo kaybı, nefes daralması, boşaltım sistemi sorunları, sık hastalanma ve konsantrasyon bozuklukları,

d) Savunma belirtileri; inkar etme, suçlama, mantığa bürünme, yansıtma ve yer değiştirmedir.

Çam (1992), tarafından tükenmişliğin nedenlerine bakıldığında kişisel ve çevresel nedenler karşımıza çıkmaktadır. Tükenmenin başlangıcı sinsi ve yavaştır. Ortaya çıkışı birden bire olsa da tükenme sürekli gelişen bir durumdur. Birey, haftalar, aylar, bazen yıllar boyunca, belirlediği hedefe ulaşmak için kendini zorlamıştır. Bir gün, daha önce hiçbir uyarıda bulunmadan ani bir belirti, ona tükendiğini gösterir. Tükenme durumuna gelmeden kısa bir süre önce, genellikle ya bir iş baskısı, ya bir aile üyesinin hastalığı ya da arka arkaya gelen sınavlar gibi bazı çevresel koşullara rastlanır. Bazen herhangi bir olay olmadan birdenbire ortaya çıkabilmektedir (Ören ve Türkoğlu, 2006).

2.2.1. Maslach Tükenmişlik Modelinin Alt Boyutları

Maslach, ilerleyen dönemlerde ki çalışmalarında, duyarsızlaşmanın bir bölümü olarak tükenmişlik kavramını ele almıştır. Duyarsızlaşmanın, bireylerin diğer insanlardan kopmaya başladıklarında, özellikle diğer insanlara yardımcı olmaya yönelik mesleklerde çalışanlarda, hizmet verdiklerine sanki insan değilmiş gibi davranan çalışanlarda görüldüğünü belirtmiştir. Duygun'a göre, Maslach ve Jackson, yaptıkları araştırmalara dayanarak, tükenmişlikte 3 özellikten bahsetmektedirler; kendini psikolojik olarak işe vermede yetersizlik (duygusal tükenmişlik), hizmet verilen kişilere karşı olumsuz duygular besleme (duyarsızlaşma) ve kişinin kendini ve yaptığı işi olumsuz bir biçimde değerlendirme eğilimidir (kişisel başarı eksikliği) (Duygun ve Sezgin, 2003).

Maslach ve arkadaşlarına göre tükenmişlik duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve düşük kişisel başarı hissi olmak üzere 3 boyuttan oluşmaktadır (Yıldırım, 1996; Seğmenli, 2001).

Duygusal tükenme; ruhsal ve fiziksel tükenmeyi ifade etmektedir. Duygusal tükenmede birey insanlara yardım ederken, psikolojik ve duygusal isteklerin fazlalığı nedeniyle enerji eksikliği ve duygusal kaynakların tükendiği hissine kapılmaktadır ve duygulara kayıtsızlık ön plandadır (Şıklar ve Tunalı, 2012). Duygusal yönden yoğun bir çalışma temposu içinde bulunan birey, kendini zorlamakta ve diğer insanların duygusal talepleri karşısında ezilmektedir. Duygusal tükenme bu duruma bir tepki olarak ortaya çıkmaktadır (Karahana, 2008). Duygusal tükenme, bireyin kendisini tükenmiş hissetmesine yol açan artmış duygusal ve ruhsal gereksinimlere bağlı olarak gelişmektedir (Yaman ve Ungan, 2002).

Duyarsızlaşma ise; kişinin işle ilgili konulara uzak bir tutumda kalmasıdır. Kişi hizmet verdiği kişilere, bireylerin insani niteliklerini göz ardı ederek duygudan yoksun bir şekilde tutum ve davranışlar göstermesidir. Duyarsızlaşma (depersonalizasyon) çalışanların hizmet verilen bireye duygudan muaf bir nesne gibi davranması, küçültücü sözler söylemesi, kayıtsız kalarak alaycı bir tavırda bulunmasıdır. Bu dönemde sıradanlaşmış bir iç sıkıntısı ve bıkkınlık duygusu vardır.

Kişisel başarı ise; problemin altından başarı ile kalkabilme bireyin kendini yeterli bulması olarak tanımlanmaktadır. Diğer kişilere dair oluşturulan negatif düşünceler sonucunda kişi, aynı şekilde kendisiyle alakalı olarakta negatif düşünceler geliştirmektedir. Depresyona sürükleyebilen bu etmen, depresyonun önemli belirtilerinden olan suçluluk, sevilmemeye duygusu ve başarısızlık hissi, kendine

saygıya azalmaya neden olmaktadır (Şanlı, 2006). Kişisel başarının azalması ise, iş gereği kurulan insanlarla yüz yüze ilişki içinde olan meslek elemanlarında sık görülen bir durum olduğundan, eğitim alanında çalışan bireyler tükenmişliğe en yatkın risk gruplarından biridir (Barut ve Kalkan, 2002).

2.3. Baş Etme Kavramı

Bireyin, iç ve dış dünyasının oluşturduğu gerekleri ve zorlukları gidermek, kontrol altında tutmak ve gerginliği azaltmak için göstermiş olduğu davranışsal ve bilişsel çabalarından oluşan baş etme kavramı yani 'coping' eski Yunancada çarpma anlamında 'kolaphos' kelimesini kökeninden türetilmiştir (Ballı, 2005).

Baş etme, kişinin hayatta etkisiz kaldığını hissettiği durumlarda, bilişsel ve davranışsal çabalar ve bilişsel yeniden yapılandırmalarla bireyin hayattaki etkinliğini kazanmak adına yeni yollar bulmaya çabasıdır (Lazarus ve Folkman, 1986). Baş etme stratejileri kişinin ruhsal dünyası için çok hayati önem taşımaktadır. Doğru baş etme stratejilerinin eksikliğinin, bireyin psikolojik fonksiyonlarına zarar verdiği görülmektedir (Lazarus ve Folkman, 1986).

Bireylerin stres yaratıcı etmenler karşısında başa çıkma stilleri değişkenlik içermektedir. Bireyin stresöre ithafen kullandığı mekanizma onun biyolojik ve psikolojik sağlığını ile de ilişkili olup onu etkilemektedir. Kimi bireylerde sağlıksız olarak ele alınan başa çıkma stratejilerinden olan çaresizlik, batıl inançlar ve düşünceler ve inkarın uzun bir süreçte kullanılması durumu stresin miktarını ve davranış üzerindeki tesirini etkilemektedir (Keefe ve diğ., 1987).

Tıbbın yetersiz kaldığı hastalıklarda, hastalığın meydana getirdiği fiziksel rahatsızlıklarla savaşmak zorunda olan hastalar; sosyal desteğin kaybedilmesi, izolasyon duygusu, dışlanma ve terk edilme korkusunun da tehdidi altındadır. Bu korkular ile hayatlarını sürdürmeye çalışan, hem yaşam denetimlerini hem de toplumsal statülerini önemli ölçüde yitiren hastalar, sorunlar karşısında yeni başa çıkma stratejileri geliştirirler. Sorunlarla başetmede sosyal desteğin önemi kaçınılmazdır (Duyan, 2001).

Dolayısıyla sorun oluşturan durumla baş etme, seçilen yola göre olumlu ya da olumsuz olarak ele alınabilmektedir. Baş etme kavramı, başarılı ya da başarısız uyuma yönelik ya da yönelik olmayan; değişken ya da durağan yöntemlerin tümünü kapsayan bir durum olmaktadır (Lazarus, 1993).

Sürekli hastalık durumu sorun ve stres yaratan bir durum olarak düşünülmekte ve hastalığa uyum ile hastalık arasında da sorun odaklı baş etme kavramı önemli bir değişken olmaktadır (Lode ve diğ., 2007).

Baş etme kavramına ilişkin yazında temel olarak sorun odaklı baş etme ve duygusal odaklı baş etme olmak üzere iki baş etme biçiminden bahsedilmektedir. Sorun odaklı baş etme biçimi; kişinin sorun yaratan durumu ile daha çok bilgi sahibi olması daha çok seçeneği gözden geçirmesi sorunu çözmeye çalışma gibi süreçleri içermektedir. Buna karşılık duygusal odaklı baş etme durumunun olumsuzluğunu kabul etme, çözüm için başkalarının desteğine ihtiyaç duyma, soruna çözüm aramaktan kaçınma gibi süreçleri içermektedir (Lode ve diğ., 2007).

2.4. Psikolojik Belirtiler

Dünya Sağlık Örgütü'nün (2013) tanımına göre sağlık; bedensel, ruhsal, sosyal olarak iyilik durumu şeklinde tanımlanmaktadır (WHO, 2013).

Psikolojik belirtileri açıklanmadan önce ruh sağlığı, normallik gibi olguları açıklanacak olursa; Normal kişinin tanımı kültürel perspektiften bakıldığında, istatistiksel olarak çoğunluğa uyan ve çan eğrisinin iki aşırı ucunda kalmayan kişi olarak yapılmıştır. Bireysel perspektifle bakıldığında ise kaygı ve depresyon gibi psikolojik olarak acı veren duygular yaşamayan ya da kişisel ve sosyal yetersizlik yaşamayan kişi normaldir (Holmes, 1997).

Normallik kavramına ilişkin özellikler bir tanımlama ile açıklık getirme güç olduğundan Offer ve Sabshin konuyu dört yönden ele almışlardır:

1. Bu görüş, durumları hastalık ya da sağlık olmak üzere iki koldan ele alan bir yaklaşımdır. Normallik olarak nitelendirilen büyük bir bölümü oluştururken, normal dışı ise azınlığı oluşturur. Sağlıklı birey tanımı bu görüşe göre; çok acısı, rahatsızlığı ya da sakatlığı olmayan kişilerdir.

2. Bu yaklaşımı benimseyenlere göre ise, normallik olmayan bir durumdur. Eğer normallik denilen şey muazzam düzeyde uyumda beraberinde getiriyorsa böyle bir dengeden söz edilmesi neredeyse imkansızdır.

3. Burada normallik, ortalama ile eş anlamlıdır. Davranışların normallik oranlarını belirlemek amacıyla, ortalamaya bakılmaktadır. Orta derecede uyum sağlayabilen ve çoğunluktan oluşan grup normal sayılırken, iki uçta olanlar olağandışı olarak değerlendirilir.

4. Dördüncü yaklaşıma göre ise normallik bir süreçtir ve normal davranış, birbiriyle etkileşim durumunda olan sistemlerin ortak bir paydasıdır. Yani normallik, herhangi bir andaki durumu tanımlamak yerine, organizmada gözlenen değişiklikleri ya da süreçleri vurgular. Genel sistemler teorisine oturtulan bu yaklaşımda, bir sistem olarak normallik, canlı bir sistemin, biyolojik, psikolojik ve toplumsal değişkenlerin vasıtasıyla ve zamansal süreklilik eşliğinde etkinliğini sürdürebilmesi durumudur (Gençtan, 1984).

Dünya Sağlık Örgütü'nün yaptığı tanıma göre, akıl ve ruh sağlığı "bireyin yeteneklerinin farkında olması, yaşamın normal stresleriyle baş edebilmesi, üretken olması ve içinde bulunduğu topluma katkıda bulunması" dır (WHO, 2013).

Bireyler belli bir uyarıcı karşısında temel olarak üç çeşit belirti ortaya koydukları saptanmıştır. Bunlar; Fizyolojik belirtiler: kas ağrıları, mide bozuklukları, hazımsızlık, baş ağrıları, kalp çarpıntıları, ishal/halsizlik, ellerin terlemesi, ağız kuruluğu, yerinde duramama ya da yorgunluk sayılabilir. Davranışsal belirtiler: maddeye aşırı düşkünlük (alkol, ilaç ya da yemek gibi), uykusuzluk ya da aşırı uyuma, gevşeme ya da sakinleşme açısından güçlükler, telaşla oradan oraya koşuşturmak, sosyal ortamlardan kaçınma, huzursuzluk, kızgınlık ya da sakarlık gibi belirtilerdir.

Psikolojik belirtiler ise endişelenme, konsantrasyon güçlüğü, unutkanlık, sinirlilik ya da kontrolsüzlük duygusu, kendini üzüntülü, kızgın ya da zaman baskısı altında hissetme şeklindedir (Alver, 2003; Karabulut, 2007). Psikolojik belirti ruh sağlığını olumsuz olarak etkileyen ve ruhsal hastalığın teşhisine yarayan semptomlardır (Kılıç, 1987).

Psikolojik belirtiler en genel anlamıyla zorlanma (distress) karşısında gösterilen tepkiler olarak tanımlanmaktadır (Dağ, 1991).

Psikolojik sağlık klasik anlayışa göre; "ruhsal bozukluğun olmayışı ve normal (psikososyal açıdan normal olma, sağlıklı olmakla eş anlamlı kullanılır) olanla ilişkili olan" şeklinde tanımlanmaktadır (Güleç, 2009:10). Fiziksel ve ruhsal sağlık birbirinden ayrılmayan iki parçadır, birinde görülen bir problemde diğersinin de etkilenmesi kaçınılmaz olacaktır (Gültekin, 2010).

3.YÖNTEM

3.1. Araştırma Modeli

Araştırmada çocuk hematoloji onkoloji hastalarının ebeveynlerinin tükenmişlik düzeyleri ve baş etme biçimlerini belirlemek, tükenmişlik ve baş etme biçimlerinin çocukların psikolojik belirtileri arasındaki ilişkiyi incelemek üzere betimsel bir model olan ilişki tarama modeli kullanılmıştır. İlişki tarama modeli; iki ya da daha fazla değişkenin birbirleri ile farklılaşıp farklılaşmadığını farklılaşma var ise ne derecede olduğunu betimleyen araştırma modelleridir (Karasar, 2003:77). Onkoloji dışı hematolojik hastalığı olan grup ile hematolojik kanser hastalarından oluşan iki grup arasındaki fark olup olmadığını belirlemek için nedensel-karşılaştırma modeli kullanılmıştır

3.2. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırma evrenini İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk Hematoloji Onkoloji Kliniği ve Çocuk Cerrahi Birimi'nde yatarak ve ayakta tedavi gören 12-18 yaş arası çocuklar ve ebeveynleri oluşturmaktadır.

Araştırma örnekleme kolayda örnekleme yöntemine göre belirlenmiş olup toplam 130 ebeveyn ve çocuktan oluşmaktadır.

3.3. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplamak için, 18 sorudan oluşan Genel Bilgi Formu, Maslach Tükenmişlik Ölçeği, Baş Etme Biçimleri Ölçeği, Kısa Semptom Envanteri kullanılmıştır

3.3.1. Genel Bilgi Formu

Genel bilgi formu araştırmacı tarafından hazırlanmış olup, içerisinde katılımcıların yaşı, cinsiyeti, anne babanın medeni durumu, ekonomik geliri, anne baba ve kendilerinin eğitim durumları, kardeş sayıları, tanı çeşidi, tanının süresi, ek tanı varlığı, psikolojik destek alımına ilişkin maddeler bulunmaktadır.

3.3.2. Maslach Tükenmişlik Ölçeği

Bu araştırmada çocuk hematoloji-onkoloji hastalarının ebeveynlerinde tükenmişliği ölçmek üzere Maslach ve Jackson (1981) tarafından geliştirilen Maslach

Tükenmişlik Ölçeği (Maslach Burnout Inventory) kullanılmıştır. Toplam 22 maddeden oluşan ölçek, tükenmişlik sendromunu “Duygusal Tükenme” (DT), “Duyarsızlaşma” (D) ve “Kişisel Başarı” (KB) olmak üzere üç boyutta ele almaktadır.

Duygusal Tükenmişlik Boyutunda, yorgunluk, bıkkınlık, duygusal enerjinin azalması ile ilgili 9 madde bulunmaktadır (1., 2., 3., 6., 8., 13., 14., 16., ve 20. Maddeler), Kişisel Başarı Boyutu 8 madde olup (4., 7., 9., 12., 17., 18., 19., 21. Maddeler) içermektedir ve Duyarsızlaşma Boyutunda, bireyin bakım ve hizmet verdiklerine karşı duygudan yoksun bir biçimde, bireylerin kendine özgü birer varlık olduklarını dikkate olmaksızın davranmalarını tanımlayan 5 madde bulunmaktadır (5., 10., 11.,15., 22. Maddeler).

Ölçekten toplam tek bir puan elde edilmemektedir, her ölçek için birbirinden bağımsız puanlama yapılmaktadır. Böylece, her kişinin üç alt testten aldığı üç farklı puanı bulunmaktadır. MTÖ’yü oluşturan üç alt boyutun puanlar her madde için 0- 4 puan arasında değerlendirilmektedir (Maslach ve Jackson, 1986).

Duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma boyutları olumsuz, kişisel başarı boyutu olumlu ifadelerden oluşmaktadır. Bu çalışmada kişisel başarı alt boyutunun puanlaması, analiz ve yorumda kolaylık sağlaması için ters yönde yapılmış ve ‘kişisel başarı eksikliği’ ifadesi kullanılmıştır. Buna göre, kişisel başarı alt boyutundan alınan yüksek puanlar yüksek tükenmişlik göstergesi olarak kabul edilmiştir. (Maslach ve Jackson, 1986).

Ölçeğin Ergin (1992) tarafından Türkçe’ye uyarlanan formunda yer alan “işim gereği karşılaştığım kişiler” ve “iş” ifadeleri Pelsma, Roland, Tollefson ve Wigington’ın (1989) MTÖ’nin anneler örnekleminde geçerliğini inceledikleri araştırmalarında yaptıklarına benzer bir biçimde ‘‘çocuğum’’, ‘‘çocuğumun bakımı’’ şeklinde değiştirilmiş olup, bu araştırmada da bahsi geçen ifadeler yerine uyarlamanın amaçları doğrultusunda gerekli görülen yerlerde “çocuğum”, “çocuğumun bakımı” şeklindeki ifadeler kullanılmıştır.

Alt ölçekler için Cronbach Alpha iç tutarlık katsayıları 0,65 ile 0,83 arasında; testtekrar-test güvenilirlik katsayıları ise 0.67 ile 0.83 arasında bulunmuştur. Duygun (2001) ve Aygen (2011) engelli çocuğu olan ebeveynlerle yaptıkları çalışmalarda ölçekteki “işim gereği karşılaştığım kişiler” ve “iş” ifadeleri “çocuğum” ve “çocuğumun bakımı” şeklinde değiştirerek kullanmıştır.

Duygun, MTÖ’nün özgün formu için geçerli olan duygusal tükenmişlik, duyarsızlaşma ve kişisel başarı alt ölçeklerinden oluşan üç faktörün zihinsel engelli ve

sağlıklı çocuk annelerinden oluşan örneklem için geçerli olup olmadığını saptamak amacıyla, MTÖ'nün zihinsel engelli ve sağlıklı çocuk annelerinden oluşan örneklemin verilerine faktör analizi uygulanmıştır. Bunun sonucunda, MTÖ maddelerinin “duygusal tükenmişlik” ve “kişisel başarı” olmak üzere iki faktörde toplandığı ve orijinal formundaki 15. maddenin faktör yükü .30 altında olduğundan ve iki faktöre de yük vermediğinden ölçekten çıkarıldığını bildirmiştir (Duygun, 2001).

3.3.3. Baş Etme Biçimleri Ölçeği

İlk olarak Lazarus ve Folkman (1984) tarafından geliştirilmiş olan ölçeğin gözden geçirilmiş formunda ise, insanların stresli durumlar ile nasıl baş ettiklerini belirlemek amacıyla, bilişsel ve davranışsal stratejilerinin ölçüldüğü toplamda 66 madde bulunmakta olup 8 adet alt ölçeği vardır. Alt ölçeklerden biri problem odaklı baş etmedir, duygu odaklı baş etme de ise (Umutlu Düşünme, Benlik İzolasyonu, Uzaklaştırma, Olumluyu Vurgulama, Kendini Suçlama, Gerginliği Azaltma) 6 adet alt ölçek bulunmaktadır. Son alt ölçek olan sosyal destek arayıcı baş etme ise hem duygu, hem problem odaklı baş etmeyi ele almaktadır.

Karancı, Alkan, Akşit, Balta ve Sucuoğlu'nun 1999'da depremden kurtulmuş kişiler ile yapmış oldukları çalışmada ölçek kısaltılarak 42 madde haline getirilmiş ve üçlü derecelendirme (1 = hiçbir zaman, 2 = bazen, 3 = her zaman) formatı biçimde sunulan ölçekte her soru için seçeneklerden biri işaretlenmekte olup 4 adet baş etme biçimini ölçmekte olduğu saptanmıştır.

Bu çalışmada ölçeğin Karancı ve arkadaşları (1999) tarafından kısaltılmış formu ve Kesimci'nin (2003) meme kanseri olan hastalar ile yaptığı çalışmadaki faktör analizi sonuçları kullanılmıştır. Kesimci'nin (2003) çalışmasında elde edilen 4 faktör; “kaderci baş etme, iyimser/sosyal destek arayıcı baş etme, problem odaklı baş etme ve çaresizlik”tir. Üniversite öğrencilerinin intihar davranışlarının incelendiği bu çalışmada ölçeğin dört faktörünün Cronbach alpha iç tutarlık katsayıları sırasıyla $\alpha = .73, .61, .73$ ve $.66$ olarak belirlenmiştir.

Bunlar “kaderci (fatalistic)”, “iyimserlik/ sosyal destek arama ” , “ problem çözme” ve “çaresiz (helplessness) ” baş etme biçimleridir. Ölçeği yanıtlayan birey her soru için (1) “Hiçbir zaman”; (2) “Bazen” ; (3) “her zaman ”.

Bahsedilen alt ölçekler ve maddeleri şu şekildedir:

Fatalistic coping (kaderci): 37; 34; 16; 10; 15; 9; 24; 30; 20; 14; 1; 29; 33; 2
Optimistic/seeking social support (iyimserlik/ sosyal destek arama): 23; 3; 7; 8; 42; 6;
27; 21; 4
Problem solving coping (problem çözme): 19; 22; 38; 41; 28; 31; 39; 5; 25
Helplessness coping (çaresiz başa çıkma): 36; 35; 40; 26; 12; 17

3.3.4. Kısa Semptom Envanteri

Kısa Semptom Envanteri (Brief Symptom Inventory,) Derogatis (1983) tarafından geliştirilmiş Likert tipi kendini değerlendirme türü bir envanterdir.

Kısa Semptom Envanteri, SCL-90-R' nin daha kısa olan formudur. Normal örneklemelerde olduğu gibi çeşitli psikiyatrik ve medikal hastalarda ortaya çıkabilecek bazı psikolojik semptomları saptamak amacı ile hazırlanan çok boyutlu belirti tarama ölçeğidir.

Şahin ve Durak (1994) tarafından yapılan Türkiye uyarlamasında KSE'nin "Anksiyete", "Depresyon", "Olumsuz Benlik", "Somatizasyon" ve "Hostilite" olmak üzere beş faktörden oluştuğunu saptamışlardır. Bu alt ölçekler ve maddeleri şu şekildedir:

"Anksiyete" 12, 13, 28, 31, 32, 36, 38, 42, 43, 45, 46, 47 ve 49. Maddelerden alınan puanla hesaplanırken. "Depresyon" 9, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 25, 27, 35, 37 ve 39. Maddelerden alınan puanlarla hesaplanmaktadır. "Olumsuz Benlik ölçeği" 15, 21, 22, 24, 26, 34, 44, 48, 50, 51, 52 ve 53. maddeler. "Somatizasyon" 2, 5, 7, 8, 11, 23, 29, 30 ve 33 maddeleri kapsamaktadır. "Hostilite ölçeği" 1, 3, 4, 6, 10, 40 ve 41. Maddelerden alınan puanlarla hesaplanmaktadır.

Şahin ve Durak (1994) yapılan çalışmalarda KSE'nin güvenilirliği kontrol edilmiştir. Ölçeğin üç ayrı çalışmada iç tutarlığı toplam puanından elde edilen Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayıları .96 ve .95; alt ölçekler için elde edilen katsayılar ise .55 ile .86 arasında değişmektedir. Derogatis (1983) Batı' da yapılan çalışmalar sonucunda bu değerlerin .71 ve .85 arasında olduğu saptanmıştır (Savaşır ve Şahin, 1997).

3.4. Verilerin Analizi

Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 21.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verileri değerlendirilirken

tanımlayıcı istatistiksel metotları (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma) kullanılmıştır.

Duygusal tükenme, duyarsızlaşma, kişisel başarı, tükenmişlik, kaderci, iyimserlik / sosyal destek arama, problem çözme, çaresiz başa çıkma, anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon ve hostilite ölçeklerinden elde edilen puanların normal dağılım gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek örneklem Kolmogorov-Smirnov testi sonucunda ölçeklerin dağılımının normal dağılmadığı saptanmıştır (sırasıyla, $z=.199$, $p=0,001$; $z=.161$, $p=0.01$; $z=.140$, $p=0.001$; $z=.120$, $p=0.01$; $z=.122$, $p=0.01$; $z=.112$, $p=0.01$; $z=.126$, $p=0.01$; $z=.117$, $p=0.01$; $z=.161$, $p=0.01$; $z=.111$, $p=0.01$; $z=.121$, $p=0.01$; $z=.141$, $p=0.01$ ve $z=.113$, $p=.001$). Ölçekler normal dağılım göstermediği için istatistik değerlendirmelerde nonparametrik testler kullanılmıştır. Bunun için Niceliksel verilerin karşılaştırılmasında iki grup arasındaki farkı Mann-WhitneyU testi, ikiden fazla grup durumunda parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Kruskal Wallis H testi kullanılmıştır. Kruskal Wallis H Testinde anlamlı çıkan bulgular arasında farkı belirleyebilmek için Post Hoc Scheffe analizi yapılmıştır. Araştırmada ölçekler arasındaki ilişkiye spearman korelasyon testi ile aradaki etkiyi de regresyon analiz ile bakılmıştır.

3.4.1. Parametrik Olmayan Testler:

Bağımsız Gruplar Mann-Whitney U Testi: Bağımsız iki grubun nicel bir değişken açısından karşılaştırılmasında uygulanan bir testtir. Bu testin kullanılabilmesi için gruplardan herhangi birinin ya da ikisinin normal dağılım göstermemesi şartı vardır (Özdamar, 2004: 490).

Kruskal-Wallis H Testi: Bağımsız iki ya da daha fazla grubun nicel bir değişken açısından karşılaştırılmasında uygulanan test türüdür. Bu testin uygulanabilmesi için gruplardan herhangi birinin ya da ikisinin normal dağılım göstermesi gerekmektedir (Özdamar, 2004: 490).

4. BULGULAR VE YORUMLAR

Bu bölümde İstanbul ili Fatih ilçesinde yer alan İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi'nde çocuk hematoloji-onkoloji hastalarının psikolojik belirtileri ile hastaların ebeveynlerinin baş etme biçimleri ve tükenmişlik envanterinden elde edilen bilgiler ile araştırmacı tarafından hazırlanan genel bilgi formundan elde edilen bulgular yer almaktadır. Araştırmaya katılan çocuk hematoloji-onkoloji hastalarının demografik değişkenlere göre dağılımları Tablo 4.1'de verilmiştir.

Tablo 4.1: Araştırmaya Katılan Çocuk Hematoloji-Onkoloji Hastalarının Çeşitli Değişkenlere İlişkin Dağılımı (n=130)

Demografik Özellikler	Sayı	%
Hastalık türü		
Hematoloji	65	50.0
Onkoloji	65	50.0
Cinsiyet		
Kız	75	57.7
Erkek	55	42.3
Yaş		
12-15 yaş arası	77	59.2
16-18 yaş arası	53	40.8
Eğitim düzeyi		
Ortaokul mezunu ve altı	68	52.3
Lise mezunu ve üzeri	62	47.7
Okul durumu		
Okula devam ediyor	63	48.5
Okula devam etmiyor	67	51.5
Hastalığın teşhisi ne vakit konulduğu		
6 ay ve aşağı	19	14.6
6-9 ay arası	17	13.1
9-12 ay üzeri	94	72.3
Başka hastalık durumu		
Var	23	17.7
Yok	107	82.3
Psikolojik- psikiyatrik tedavi alma durumu		
Evet	13	10.0
Hayır	117	90.0

Araştırma dahilinde kişisel bilgi formunu ve anket sorularını yanıtlayan 130 çocuğun 75'i (%57.7) kızlar ve 55'i (%42.3) erkekler oluşturmaktadır. Çocukların 65'i (%50.0) hematoloji hastası olduğu ve 65'i (%50.0) onkoloji hastası olduğu görülmüştür. Çocukların yaş ortalaması 14.72 ± 2.17 (min.'da 12 yaşında ve max.'da

18 yaşında olduğu, 68'i (%52.3) ortaokul mezunu ve altı olduğu, 67'si (%51.5) okula devam etmediği, 94'ünün hastalığın teşhisi (%72.3) 9-12 ay ve üzeri bir süreçte konduğu, 107'sinin (%82.3) başka bir rahatsızlığı olmadığı ve 117'si (%90.0) psikolojik- psikiyatrik tedavi almadığı görülmüştür.

Tablo 4.2: Araştırmaya Katılan Çocuk Hematoloji-Onkoloji Hastalarının Ebeveynlerinin Çeşitli Değişkenlere İlişkin Dağılımı (n=130)

Demografik Özellikler	Sayı	%
Cinsiyet		
Kadın	109	83.8
Erkek	21	16.2
Yaş		
28-40 yaş arası	64	49.2
41-50 yaş arası	47	36.2
51 yaş ve üzeri	19	14.6
Medeni durum		
Evli	124	95.4
Boşanmış	6	4.6
Çocukla olan yakınlık		
Anne	109	83.8
Baba	21	16.2
Eğitim düzeyi		
İlkokul mezunu ve altı	54	41.5
Ortaokul mezunu	28	21.6
Lise mezunu ve üzeri	48	36.9
Çalışma durumu		
Çalışıyor	44	33.8
Çalışmıyor	86	66.2
Sağlık güvencesi		
Var	119	91.5
Yok	11	8.5
Gelir düzeyi		
Gelir giderden düşük	62	47.7
Gelir gidere eşit	68	52.3
Çocuk durumu		
Bir çocuk	28	21.5
İki çocuk	45	34.6
Üç çocuk	33	25.4
Dört çocuk ve üzeri	24	18.5
Psikolojik- psikiyatrik tedavi alma durumu		
Evet	11	8.5
Hayır	119	91.5

Araştırma dahilinde kişisel bilgi formunu ve anket sorularını yanıtlayan 130 ebeveynin 109'u (%83.8) kadınlar ve 21'i (%16.2) erkekler oluşturmaktadır. Ebeveynlerin yaş ortalaması 41.77±8.05 (min.'da 28 yaşında ve max.'da 69 yaşında) olduğu, 124'ü (%95.4) evli olduğu, 109'u (%83.8) çocukla olan yakınlığı anne olduğu, 54'ü (%41.5) ilkököl mezunu ve altı olduğu, 86'sı (%66.2) herhangi bir işte çalışmadığı, 119'unun (%91.5) sağlık güvencesi olduğu, 68'inin (%52.3) geliri gidere eşit olduğu, 45'inin (%34.6) iki çocuğu olduğu ve 119'u (%91.5) psikolojik- psikiyatrik tedavi almadığı görülmüştür.

Tablo.4.3: Çocuk Hematoloji – Onkoloji Hastalarının Ebeveynlerinin Tükenmişlik Envanterinin ve Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Gruba Göre Dağılımı

	Ort. ve SS
<i>Duygusal tükenme alt ölçeği</i>	14.17±6.12
<i>Duyarsızlaşma alt ölçeği</i>	11.16±2.96
<i>Kişisel başarı alt ölçeği</i>	32.59±4.44
<i>Tükenmişlik ölçeği</i>	57.93±9.03

Tablo 4.3.'de görüldüğü gibi; ebeveynlerin duygusal tükenme alt ölçeğinin ortalaması (14.17±6.12) olduğu saptanmıştır. Ebeveynlerin duyarsızlaşma alt ölçeğinin ortalaması (11.16±2.96) olduğu saptanmıştır. Ebeveynlerin kişisel başarı alt ölçeğinin ortalaması (32.59±4.44) olduğu saptanmıştır. Ebeveynlerin tükenmişlik ölçeğinin ortalaması (57.93±9.03) olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.4: Çocuk Hematoloji – Onkoloji Hastalarının Ebeveynlerinin Baş Etme Biçimleri Envanterinin ve Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Gruba Göre Dağılımı

	Ort. ve SS
<i>Kaderci alt ölçeği</i>	33.80±3.84
<i>İyimserlik / sosyal destek arama alt ölçeği</i>	21.95±2.57
<i>Problem çözme alt ölçeği</i>	22.50±2.93
<i>Çaresiz başa çıkma alt ölçeği</i>	11.10±2.71

Tablo 4.4.'de görüldüğü gibi; ebeveynlerin kaderci alt ölçeğinin ortalaması (33.80±3.84) olduğu saptanmıştır. Ebeveynlerin problem çözme alt ölçeğinin ortalaması (22.50±2.93) olduğu saptanmıştır. Ebeveynlerin iyimserlik / sosyal destek arama alt ölçeğinin ortalaması (21.95±2.57) olduğu saptanmıştır. Ebeveynlerin çaresiz başa çıkma alt ölçeğinin ortalaması (11.10±2.71) olduğu saptanmıştır. Ortalama değerlere baktığımız da grubun başa çıkma becerilerinden en çok kaderci boyutu kullandığı görülmüştür.

Tablo 4.5: Çocuk Hematoloji – Onkoloji Hastalarının Psikolojik Belirtiler Envanterinin ve Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Gruba Göre Dağılımı

	Ort. ve SS
Anksiyete alt ölçeği	11.04±8.45
Depresyon alt ölçeği	11.91±8.70
Olumsuz benlik alt ölçeği	9.05±7.16
Somatizasyon alt ölçeği	6.69±4.98
Hostilite alt ölçeği	7.90±5.38

Tablo 4.5.'de görüldüğü gibi; hastaların depresyon alt ölçeğinin ortalaması (11.91±8.70) olduğu saptanmıştır. Hastaların anksiyete alt ölçeğinin ortalaması (11.04±8.45) olduğu saptanmıştır. Hastaların olumsuz benlik alt ölçeğinin ortalaması (9.05±7.16) olduğu saptanmıştır. Hastaların hostilete alt ölçeğinin ortalaması (7.90±5.38) olduğu saptanmıştır. Hastaların somatizasyon alt ölçeğinin ortalaması (6.69±4.98) olduğu saptanmıştır.

Bu araştırmanın genel amacı çerçevesinde birinci olarak “Hastaların tanı durumları ile ebeveynlerin tükenmişlik ve baş etme biçimleri envanterinin alt ölçeklerinin puanları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?” yanıt aranmaktadır.

Tablo 4.6: Hastaların Tanı Durumlarına Göre Grupların Ebeveynlerin Tükenmişlik ve Baş Etme Biçimleri Envanterinin Alt Ölçeklerinin Puanları Açısından “Mann Whitney U” Testi İle Karşılaştırılması

<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
<i>Duygusal tükenme alt ölçeği</i>	Hematoloji	65	15.67	6.58	1567.50	-2.54	.011*
	Onkoloji	65	12.67	5.27			
	Toplam	130					
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
<i>Duyarsızlaşma alt ölçeği</i>	Hematoloji	65	11.61	3.19	1705.50	-1.91	.056
	Onkoloji	65	10.72	2.66			
	Toplam	130					
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
<i>Kişisel başarı alt ölçeği</i>	Hematoloji	65	32.67	4.62	2016.00	-.451	.652
	Onkoloji	65	32.50	4.30			
	Toplam	130					
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
<i>Tükenmişlik ölçeği (toplam skor)</i>	Hematoloji	65	59.96	9.69	1500.50	-2.85	.004**
	Onkoloji	65	55.90	7.89			
	Toplam	130					
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
<i>Kaderci başa çıkma biçimi</i>	Hematoloji	65	34.52	3.72	1657.50	-2.12	.033*
	Onkoloji	65	33.09	3.86			
	Toplam	130					
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
<i>İyimserlik / sosyal destek arama başa çıkma biçimi</i>	Hematoloji	65	22.20	2.56	1869.00	-1.14	.253
	Onkoloji	65	21.70	2.57			
	Toplam	130					
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
<i>Problem çözme başa çıkma biçimi</i>	Hematoloji	65	22.49	2.69	2071.50	-.192	.848
	Onkoloji	65	22.50	3.16			
	Toplam	130					
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
<i>Çaresiz başa çıkma biçimi</i>	Hematoloji	65	11.47	2.92	1815.50	-1.39	.164
	Onkoloji	65	10.73	2.45			
	Toplam	130					

**p<0.01 ; *p<0.05

Tablo 4.6’da görüldüğü gibi; hastaların tanı durumları göre ebeveynlerin duyarsızlaşma, kişisel başarı, iyimserlik / sosyal destek arama, problem çözme ve çaresiz başa çıkma ölçeklerinin puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla Mann Whitney U-Testi yapılmış hastalık türü açısından anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür ($p>0.05$).

Hastaların tanı durumlarına göre gruplar arasında ebeveynlerin duygusal tükenme alt ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0.05$). Ebeveynlerin duygusal tükenme alt ölçeği puanları açısından çocuğu hematoloji hastası olan ebeveynlerin aleyhine anlamlı bir fark vardır [$U=1567.50$, $p=.011$]. Çocuğu hematoloji hastası olan ebeveynlerin çocuğu onkoloji hastası olan ebeveynlere oranla duygusal tükenme düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Hastaların tanı durumlarına göre gruplar arasında ebeveynlerin tükenmişlik ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0.01$). Ebeveynlerin tükenmişlik ölçeği puanları açısından çocuğu hematoloji hastası olan ebeveynlerin aleyhine anlamlı bir fark vardır [$U=1500.50$, $p=.004$]. Çocuğu hematoloji hastası olan ebeveynlerin çocuğu onkoloji hastası olan ebeveynlere oranla tükenmişlik düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Hastaların tanı durumlarına göre gruplar arasında ebeveynlerin kaderci başa çıkma biçimi alt ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0.05$). Ebeveynlerin Kaderci başa çıkma biçimi alt ölçeği puanları açısından çocuğu hematoloji hastası olan ebeveynlerin aleyhine anlamlı bir fark vardır [$U=1657.50$, $p=.033$]. Çocuğu hematoloji hastası olan ebeveynlerin çocuğu onkoloji hastası olan ebeveynlere oranla kaderci başa çıkma düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Bu araştırmanın genel amacı çerçevesinde ikinci olarak “Hastaların tanı durumları ile hastaların psikolojik belirti envanterinin alt ölçeklerinin puanları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?” yanıt aranmaktadır.

Tablo 4.7: Hastaların Tanı Durumlarına Göre Grupların Hastaların Psikolojik Belirti Envanterinin Alt Ölçeklerinin Puanları Açısından “Mann Whitney U” Testi İle Karşılaştırılması

<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
<i>Anksiyete</i>	Hematoloji	65	12.30	9.10	1740.50	-1.73	.083
	Onkoloji	65	9.78	7.61			
	Toplam	130					
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
<i>Depresyon</i>	Hematoloji	65	13.70	9.12	1600.50	-2.38	.017*
	Onkoloji	65	10.12	7.94			
	Toplam	130					
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
<i>Olumsuz benlik</i>	Hematoloji	65	9.58	7.21	1913.50	-.928	.353
	Onkoloji	65	8.52	7.12			
	Toplam	130					
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
<i>Somatizasyon</i>	Hematoloji	65	7.87	5.57	1591.50	-2.43	.015*
	Onkoloji	65	5.50	4.03			
	Toplam	130					
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>

<i>Hostilite</i>	Hematoloji	65	8.00	5.58	2079.50	-.154	.878
	Onkoloji	65	7.81	5.21			
	Toplam	130					

* $p < 0.05$

Tablo 4.7’de görüldüğü gibi; hastaların tanı durumları göre hastaların anksiyete, olumsuz benlik ve hostilite ölçeklerinin puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla Mann Whitney U-Testi yapılmış hastalık türü açısından anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür ($p > 0.05$).

Hastaların tanı durumlarına göre gruplar arasında hastaların depresyon alt ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p < 0.05$). Hastaların depresyon alt ölçeği puanları açısından hematoloji hastası olan hastaların aleyhine anlamlı bir fark vardır [$U = 1600.50$, $p = .017$]. Hematoloji hastası olan hastaların onkoloji hastası olan hastalara oranla depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Hastaların tanı durumlarına göre gruplar arasında hastaların somatizasyon alt ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p < 0.05$). Hastaların depresyon alt ölçeği puanları açısından hematoloji hastası olan hastaların aleyhine anlamlı bir fark vardır [$U = 1591.50$, $p = 0.015$]. Hematoloji hastası olan hastaların onkoloji hastası olan hastalara oranla somatizasyon düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Bu araştırmanın genel amacı çerçevesinde üçüncü olarak “Ebeveynlerin cinsiyetleri ile ebeveynlerin tükenmişlik ve baş etme biçimleri envanterinin alt ölçeklerinin puanları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?” yanıt aranmaktadır.

Tablo 4.8: Ebeveynlerin Cinsiyetleri Göre Grupların Ebeveynlerin Tükenmişlik ve Baş Etme Biçimleri Envanterinin Alt Ölçeklerinin Puanları Açısından “Mann Whitney U” Testi İle Karşılaştırılması

<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
<i>Duygusal tükenme alt ölçeği</i>	Kadın	109	14.55	6.29	875.00	-1.71	.087
	Erkek	21	12.23	4.83			
	Toplam	130					
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
<i>Duyarsızlaşma alt ölçeği</i>	Kadın	109	11.44	2.90	841.00	-1.94	.052
	Erkek	21	9.71	2.90			
	Toplam	130					
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
<i>Kişisel başarı alt ölçeği</i>	Kadın	109	32.95	3.93	906.50	-1.51	.131
	Erkek	21	30.71	6.28			
	Toplam	130					
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
<i>Tükenmişlik ölçeği (toplam skor)</i>	Kadın	109	58.95	8.60	713.50	-2.73	.006*
	Erkek	21	52.66	9.62			
	Toplam	130					
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
<i>Kaderci başa çıkma biçimi</i>	Kadın	109	33.92	3.79	1007.00	-.873	.382
	Erkek	21	33.19	4.16			
	Toplam	130					

<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
<i>İyimserlik / sosyal destek arama başa çıkma biçimi</i>	Kadın	109	21.94	2.56			
	Erkek	21	22.00	2.68	1119.50	-.159	.873
	Toplam	130					
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
<i>Problem çözme başa çıkma biçimi</i>	Kadın	109	22.34	2.85			
	Erkek	21	23.28	3.27	924.00	-1.40	.161
	Toplam	130					
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
<i>Çaresiz başa çıkma biçimi</i>	Kadın	109	11.28	2.72			
	Erkek	21	10.19	2.56	878.50	1.69	.090
	Toplam	130					

**p<0.01 ; *p<0.05

Tablo 4.8’de görüldüğü gibi; ebeveynlerin cinsiyetlerine göre ebeveynlerin duygusal tükenme, duyarsızlaşma, kişisel başarı, kaderci, iyimserlik / sosyal destek arama, problem çözme ve çaresiz başa çıkma ölçeklerinin puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla Mann Whitney U-Testi yapılmış cinsiyet açısından anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür ($p>0.05$).

Ebeveynlerin cinsiyetlerine göre gruplar arasında ebeveynlerin tükenmişlik ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0.01$). Ebeveynlerin tükenmişlik ölçeği puanları açısından kadınların aleyhine anlamlı bir fark vardır [$U=713.50$, $p=.006$]. Kadınların erkeklere oranla tükenmişlik düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Bu araştırmanın genel amacı çerçevesinde dördüncü olarak “Ebeveynlerin cinsiyetleri ile hastaların psikolojik belirti envanterinin alt ölçeklerinin puanları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?” yanıt aranmaktadır.

Tablo 4.9: Ebeveynlerin Cinsiyetlerine Göre Grupların Hastaların Psikolojik Belirti Envanterinin Alt Ölçeklerinin Puanları Açısından “Mann Whitney U” Testi İle Karşılaştırılması

<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
<i>Anksiyete</i>	Kadın	109	11.67	8.81			
	Erkek	21	7.76	5.29	868.50	-1.74	.080
	Toplam	130					
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
<i>Depresyon</i>	Kadın	109	12.40	8.79			
	Erkek	21	9.38	7.92	889.00	-1.61	.106
	Toplam	130					
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>

<i>Olumsuz benlik</i>	Kadın	109	9.61	7.37	820.50	-2.05	.040*
	Erkek	21	6.14	5.17			
	Toplam	130					
Grup		N	X	SS	U	Z	P
<i>Somatizasyon</i>	Kadın	109	6.88	7.37	933.00	-1.34	.180
	Erkek	21	5.66	5.17			
	Toplam	130					
Grup		N	X	SS	U	Z	P
<i>Hostilite</i>	Kadın	109	7.95	5.43	1121.50	-.146	.884
	Erkek	21	7.66	5.19			
	Toplam	130					

* $p < 0.05$

Tablo 4.9’da görüldüğü gibi; ebeveynlerin cinsiyetlerine göre hastaların anksiyete, depresyon, somatizasyon ve hostilite ölçeklerinin puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla Mann Whitney U-Testi yapılmış hastalık türü açısından anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür ($p > 0.05$).

Ebeveynlerin cinsiyetlerine göre gruplar arasında hastaların olumsuz benlik alt ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p < 0.05$). Hastaların olumsuz benlik alt ölçeği puanları açısından ebeveyni kadın olan hastaların aleyhine anlamlı bir fark vardır [$U = 820.50$, $p = .040$]. Ebeveyni kadın olan hastaların ebeveyni erkek olan hastalara oranla olumsuz benlik düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Bu araştırmanın genel amacı çerçevesinde beşinci olarak “Hastaların cinsiyetleri ile ebeveynlerin tükenmişlik ve baş etme biçimleri envanterinin alt ölçeklerinin puanları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?” yanıt aranmaktadır.

Tablo 4.10: Hastaların Cinsiyetlerine Göre Grupların Ebeveynlerin Tükenmişlik ve Baş Etme Biçimleri Envanterinin Alt Ölçeklerinin Puanları Açısından “Mann Whitney U” Testi İle Karşılaştırılması

Grup		N	X	SS	U	Z	P
<i>Duygusal tükenme alt ölçeği</i>	Kız	75	14.40	6.18	1917.00	-.689	.491
	Erkek	55	13.87	6.09			
	Toplam	130					
Grup		N	X	SS	U	Z	P
<i>Duyarsızlaşma alt ölçeği</i>	Kız	75	11.13	2.82	2038.00	-.117	.907
	Erkek	55	11.21	3.16			
	Toplam	130					
Grup		N	X	SS	U	Z	P
<i>Kişisel başarı alt ölçeği</i>	Kız	75	32.42	3.97	1861.00	-.953	.340
	Erkek	55	32.81	5.04			
	Toplam	130					
Grup		N	X	SS	U	Z	P
<i>Tükenmişlik ölçeği (toplam skor)</i>	Kız	75	57.96	8.27	2021.50	-.193	.847
	Erkek	55	57.90	10.06			
	Toplam	130					

<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
<i>Kaderci başa çıkma biçimi</i>	Kız	75	33.33	3.97			
	Erkek	55	34.45	3.60	1747.50	-1.49	.136
	Toplam	130					
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
<i>İyimserlik / sosyal destek arama başa çıkma biçimi</i>	Kız	75	21.89	2.46			
	Erkek	55	22.03	2.72	2002.00	-.287	.774
	Toplam	130					
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
<i>Problem çözme başa çıkma biçimi</i>	Kız	75	22.29	3.03			
	Erkek	55	22.78	2.78	1885.50	-.839	.402
	Toplam	130					
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
<i>Çaresiz başa çıkma biçimi</i>	Kız	75	10.94	2.43			
	Erkek	55	11.32	3.06	1917.00	-.691	.490
	Toplam	130					

Tablo 4.10’da görüldüğü gibi; hastaların cinsiyetlerine göre ebeveynlerin duygusal tükenme, duyarsızlaşma, kişisel başarı, tükenmişlik, kaderci, iyimserlik / sosyal destek arama, problem çözme ve çaresiz başa çıkma ölçeklerinin puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla Mann Whitney U-Testi yapılmış hastalık türü açısından anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür ($p>0.05$).

Bu araştırmanın genel amacı çerçevesinde altıncı olarak “Hastaların cinsiyetleri ile hastaların psikolojik belirti envanterinin alt ölçeklerinin puanları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?” yanıt aranmaktadır.

Tablo 4.11: Hastaların Cinsiyetlerine Göre Grupların Hastaların Psikolojik Belirti Envanterinin Alt Ölçeklerinin Puanları Açısından “Mann Whitney U” Testi İle Karşılaştırılması

<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
<i>Anksiyete</i>	Kız	75	11.00	7.78			
	Erkek	55	11.10	9.37	1951.50	-.524	.600
	Toplam	130					
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
<i>Depresyon</i>	Kız	75	12.28	8.47			
	Erkek	55	11.41	9.06	1909.50	-.722	.470
	Toplam	130					
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
<i>Olumsuz benlik</i>	Kız	75	9.10	7.28			
	Erkek	55	8.98	7.05	2051.00	-.054	.957
	Toplam	130					
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
<i>Somatizasyon</i>	Kız	75	6.41	4.67			
	Erkek	55	7.07	5.40	1955.50	-.506	.613
	Toplam	130					
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
<i>Hostilite</i>	Kız	75	7.81	5.05			
	Erkek	55	8.03	5.84	2061.00	-.007	.994
	Toplam	130					

Tablo 4.11’de görüldüğü gibi; hastaların cinsiyetlerine göre hastaların anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon ve hostilite ölçeklerinin puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla Mann Whitney U-Testi yapılmış hastalık türü açısından anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür ($p>0.05$).

Bu araştırmanın genel amacı çerçevesinde yedinci olarak “Ebeveynlerin yaşları ile ebeveynlerin tükenmişlik ve baş etme biçimleri envanterinin alt ölçeklerinin puanları arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?” sorusuna yanıt aranmaktadır.

Tablo 4.12: Ebeveynlerin Yaşları İle Ebeveynlerin Tükenmişlik ve Baş Etme Biçimleri Envanterinin Alt Ölçeklerinin Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

		Yaş
Duygusal tükenme alt ölçeği	r	.031
	p	.729
Duyarsızlaşma alt ölçeği	r	-.026
	p	.771
Kişisel başarı alt ölçeği	r	-.034
	p	.702
Tükenmişlik ölçeği (toplam skor)	r	.012
	p	.896
Kaderci başa çıkma biçimi	r	.060
	p	.498
İyimserlik / sosyal destek arama başa çıkma biçimi	r	-.034
	p	.697
Problem çözme başa çıkma biçimi	r	-.064
	p	.466
Çaresiz başa çıkma	r	.012
	p	.889

Tablo 4.12’de görüldüğü gibi; ebeveynlerin yaşları ile ebeveynlerin duygusal tükenme, duyarsızlaşma, kişisel başarı, tükenmişlik, kaderci, iyimserlik / sosyal destek arama, problem çözme ve çaresiz başa çıkma ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$).

Bu araştırmanın genel amacı çerçevesinde sekizinci olarak “Ebeveynlerin yaşları ile hastaların psikolojik belirti envanterinin alt ölçeklerinin puanları arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?” sorusuna yanıt aranmaktadır.

Tablo 4.13: Ebeveynlerin Yaşları İle Hastaların Psikolojik Belirti Envanterinin Alt Ölçeklerinin Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

		Yaş
Anksiyete	R	-.045
	P	.613
Depresyon	R	.096
	P	.276
Olumsuz benlik	R	.007
	P	.939
Somatizasyon	R	-.042
	P	.635
Hostilite	R	.070
	P	.429

Tablo 4.13’de görüldüğü gibi; ebeveynlerin yaşları ile hastaların anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon ve hostilite ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$).

Bu araştırmanın genel amacı çerçevesinde dokuzuncu olarak “Hastaların yaşları ile ebeveynlerin tükenmişlik ve baş etme biçimleri envanterinin alt ölçeklerinin puanları arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?” sorusuna yanıt aranmaktadır.

Tablo 4.14: Hastaların Yaşları İle Ebeveynlerin Tükenmişlik ve Baş Etme Biçimleri Envanterinin Alt Ölçeklerinin Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

		Yaş
Duygusal tükenme alt ölçeği	r	-.084
	p	.345
Duyarsızlaşma alt ölçeği	r	-.059
	p	.345
Kişisel başarı alt ölçeği	r	-.035
	p	.690
Tükenmişlik ölçeği (toplam skor)	r	-.064
	p	.471
Kaderci başa çıkma biçimi	r	.061
	p	.493
İyimserlik / sosyal destek arama başa çıkma biçimi	r	-.042
	p	.634
Problem çözme başa çıkma biçimi	r	-.087
	p	.325
Çaresiz başa çıkma biçimi	r	-.087
	p	.326

Tablo 4.14’de görüldüğü gibi; hastaların yaşları ile ebeveynlerin duygusal tükenme, duyarsızlaşma, kişisel başarı, tükenmişlik, kaderci, iyimserlik / sosyal destek arama, problem çözme ve çaresiz başa çıkma ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$).

Bu araştırmanın genel amacı çerçevesinde onuncu olarak “Hastaların yaşları ile hastaların psikolojik belirti envanterinin alt ölçeklerinin puanları arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?” sorusuna yanıt aranmaktadır.

Tablo 4.15: Hastaların Yaşları İle Hastaların Psikolojik Belirti Envanterinin Alt Ölçeklerinin Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

		Yaş
Anksiyete	r	.023
	p	.797
Depresyon	r	.193
	p	.028*
Olumsuz benlik	r	-.051
	p	.568
Somatizasyon	r	.098
	p	.266
Hostilite	r	.183
	p	.037*

* $p<0.05$

Tablo 4.15’de görüldüğü gibi; hastaların yaşları ile hastaların anksiyete, depresyon, olumsuz benlik ve somatizasyon ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$).

Hastaların yaşları ile depresyon ve hostilite ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde ilişkili olduğu görülmektedir (sırasıyla; $r=.193$, $p=.020$ ve $r=.183$, $p=.037$). Bir diğer deyişle hastaların yaşı arttıkça; depresyon ve hostilite düzeyleri de artmakta olduğu görülmektedir.

Bu araştırmanın genel amacı çerçevesinde on birinci olarak “Ebeveynlerin eğitim düzeyleri ile ebeveynlerin tükenmişlik ve baş etme biçimleri envanterinin alt ölçeklerinden aldıkları puanları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?” sorusuna yanıt aranmaktadır.

Tablo 4.16: Ebeveynlerin Eğitim Düzeyleri İle Ebeveynlerin Tükenmişlik ve Baş Etme Biçimleri Envanterinin Alt Ölçeklerinin Puanları Açısından “Kruskal Wallis H” Testi İle Karşılaştırılması

	<i>Grup</i>	<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>sd</i>	<i>KW</i>	<i>P</i>
<i>Duygusal tükenme alt ölçeği</i>	İlkokul mezunu ve altı	54	15.48	7.08			
	Ortaokul mezunu	28	14.28	5.30			
	Lise mezunu ve üzeri	48	12.64	5.09	2	5.20	.074
	Toplam	130					
	<i>Grup</i>	<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>sd</i>	<i>KW</i>	<i>P</i>
<i>Duyarsızlaşma alt ölçeği</i>	İlkokul mezunu ve altı	54	11.50	3.26			
	Ortaokul mezunu	28	11.25	3.13			
	Lise mezunu ve üzeri	48	10.75	2.47	2	.735	.692
	Toplam	130					
	<i>Grup</i>	<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>sd</i>	<i>KW</i>	<i>P</i>
<i>Kişisel başarı alt ölçeği</i>	İlkokul mezunu ve altı	54	32.96	3.59			
	Ortaokul mezunu	28	33.85	3.71			
	Lise mezunu ve üzeri	48	31.43	5.41	2	4.97	.083
	Toplam	130					
	<i>Grup</i>	<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>sd</i>	<i>KW</i>	<i>P</i>
<i>Tükenmişlik ölçeği (toplam skor)</i>	İlkokul mezunu ve altı	54	59.94	9.80			
	Ortaokul mezunu	28	59.39	6.96			
	Lise mezunu ve üzeri	48	54.83	8.49	2	8.55	.014*
	Toplam	130					
	<i>Grup</i>	<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>sd</i>	<i>KW</i>	<i>P</i>
<i>Kaderci başa çıkma biçimi</i>	İlkokul mezunu ve altı	54	34.37	3.69			
	Ortaokul mezunu	28	34.96	3.54			
	Lise mezunu ve üzeri	48	32.50	3.89	2	8.96	.011*
	Toplam	130					
	<i>Grup</i>	<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>sd</i>	<i>KW</i>	<i>P</i>
<i>İyimserlik / sosyal destek arama başa çıkma biçimi</i>	İlkokul mezunu ve altı	54	22.12	2.57			
	Ortaokul mezunu	28	22.14	2.22			
	Lise mezunu ve üzeri	48	21.64	2.77	2	.525	.769
	Toplam	130					
	<i>Grup</i>	<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>sd</i>	<i>KW</i>	<i>P</i>
<i>Problem çözme başa çıkma biçimi</i>	İlkokul mezunu ve altı	54	22.46	2.85			
	Ortaokul mezunu	28	22.64	3.09			
	Lise mezunu ve üzeri	48	22.45	2.98	2	.066	.968
	Toplam	130					
	<i>Grup</i>	<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>sd</i>	<i>KW</i>	<i>P</i>
<i>Çaresiz başa çıkma biçimi</i>	İlkokul mezunu ve altı	54	11.00	2.59			
	Ortaokul mezunu	28	11.92	3.00			
	Lise mezunu ve üzeri	48	10.75	2.62	2	3.91	.141
	Toplam	130					

*p<0.05

Tablo 4.16’da görüldüğü gibi; ebeveynlerin eğitim düzeylerine göre ebeveynlerin duygusal tükenme, duyarsızlaşma, kişisel başarı, iyimserlik / sosyal destek arama, problem çözme ve çaresiz başa çıkma ölçeklerinden aldıkları puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla

Kruskal Wallis H-Testi yapılmış ve eğitim düzeyi açısından anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür ($p>0.05$).

Ebeveynlerin eğitim düzeyleri arasında tükenmişlik ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır [$k-w=8.55$; $p=0.014$]. Bu işlemin ardından Kruskal Wallis-H sonrası belirlenen anlamlı farklılığının hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek üzere tamamlayıcı karşılaştırma tekniği olarak Post Hoc Scheff testi uygulanmıştır.

Ebeveynlerin eğitim düzeyleri arasında kaderci başa çıkma ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır [$k-w=8.96$; $p=0.011$]. Bu işlemin ardından Kruskal Wallis-H sonrası belirlenen anlamlı farklılığının hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek üzere tamamlayıcı karşılaştırma tekniği olarak Post Hoc Scheff testi uygulanmıştır.

Tablo 4.16.1 Tükenmişlik ve Kaderci Başa Çıkma Ölçeklerinin Puanlarının Ebeveynlerin Eğitim Düzeyleri Değişkenine Göre Hangi Gruplar Arasında Farklılaştığını Belirlemek Üzere Yapılan Post Hoc Scheffe Testi Sonuçları

	Gruplar (i)	Gruplar (j)	Ortalama Farkları	Sh	P
Tükenmişlik ölçeği	İlkokul mezunu ve altı	Ortaokul mezunu	.55	2.04	.964
		Lise mezunu ve üzeri	5.11*	1.74	.016
	Ortaokul mezunu	İlkokul mezunu ve altı	-.55	2.04	.964
		Lise mezunu ve üzeri	4.55	2.08	.096
	Lise mezunu ve üzeri	İlkokul mezunu ve altı	-5.11*	1.74	.016
		Ortaokul mezunu	-4.55	2.08	.096
Kaderci başa çıkma ölçeği	İlkokul mezunu ve altı	Ortaokul mezunu	-.59	.87	.793
		Lise mezunu ve üzeri	1.87*	.74	.045
	Ortaokul mezunu	İlkokul mezunu ve altı	.59	.87	.793
		Lise mezunu ve üzeri	2.46*	.88	.024
	Lise mezunu ve üzeri	İlkokul mezunu ve altı	-1.87*	.74	.045
		Ortaokul mezunu	-2.46*	.88	.024

Tablo 4.16.1’ de görüldüğü üzere, örneklem grubunu oluşturan ebeveynlerin tükenmişlik ölçeği puanlarının hangi gruplar arasında farklılaştığını belirlemek üzere yapılan Post Hoc Scheffe testi sonucunda söz konusu farklılığın ilkökul mezunu ve altı grubu ile lise mezunu ve üzeri grubu arasında ilkökul mezunu ve altı olan grubu aleyhine $p<0.05$ düzeyinde gerçekleştiği saptanmıştır. Diğer grupların aritmetik ortalamaları arasındaki farklılık anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$).

Ebeveynlerin kaderci başa çıkma ölçeği puanlarının hangi gruplar arasında farklılaştığını belirlemek üzere yapılan Post Hoc Scheffe testi sonucunda söz konusu farklılığın lise mezunu ve üzeri grubu ile diğer tüm gruplar arasında lise mezunu ve üzeri olan grubun lehine $p < 0.05$ düzeyinde gerçekleştiği saptanmıştır. Diğer grupların aritmetik ortalamaları arasındaki farklılık anlamsız bulunmuştur ($p > 0.05$).

Bu araştırmanın genel amacı çerçevesinde on ikinci olarak “Ebeveynlerin eğitim düzeyleri ile hastaların psikolojik belirti envanterinin alt ölçeklerinden aldıkları puanları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?” sorusuna yanıt aranmaktadır.

Tablo 4.17: Ebeveynlerin Eğitim Düzeyleri İle Hastaların Psikolojik Belirti Envanterinin Alt Ölçeklerinin Puanları Açısından “Kruskal Wallis H” Testi İle Karşılaştırılması

	<i>Grup</i>	<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>sd</i>	<i>KW</i>	<i>P</i>
<i>Anksiyete</i>	İlkokul mezunu ve altı	54	11.40	9.07			
	Ortaokul mezunu	28	12.46	8.59			
	Lise mezunu ve üzeri	48	9.81	7.63	2	2.02	.363
	Toplam	130					
	<i>Grup</i>	<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>sd</i>	<i>KW</i>	<i>P</i>
<i>Depresyon</i>	İlkokul mezunu ve altı	54	12.96	10.35			
	Ortaokul mezunu	28	14.14	8.11			
	Lise mezunu ve üzeri	48	9.43	6.22	2	5.40	.067
	Toplam	130					
	<i>Grup</i>	<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>sd</i>	<i>KW</i>	<i>P</i>
<i>Olumsuz benlik</i>	İlkokul mezunu ve altı	54	9.68	8.69			
	Ortaokul mezunu	28	9.64	5.89			
	Lise mezunu ve üzeri	48	8.00	5.80	2	1.26	.532
	Toplam	130					
	<i>Grup</i>	<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>sd</i>	<i>KW</i>	<i>P</i>
<i>Somatizasyon</i>	İlkokul mezunu ve altı	54	7.20	5.48			
	Ortaokul mezunu	28	7.89	5.07			
	Lise mezunu ve üzeri	48	5.41	4.08	2	4.85	.088
	Toplam	130					
	<i>Grup</i>	<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>sd</i>	<i>KW</i>	<i>P</i>
<i>Hostilite</i>	İlkokul mezunu ve altı	54	7.87	5.38			
	Ortaokul mezunu	28	8.60	5.34			
	Lise mezunu ve üzeri	48	7.54	5.48	2	1.06	.587
	Toplam	130					

Tablo 4.17’de görüldüğü gibi; ebeveynlerin eğitim düzeylerine göre hastaların anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon ve hostilete ölçeklerinden aldıkları puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla *Kruskal Wallis H-Testi* yapılmış ve eğitim düzeyi açısından anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür ($p > 0.05$)

Bu araştırmanın genel amacı çerçevesinde on üçüncü olarak “Hastaların eğitim düzeyleri ile ebeveynlerin tükenmişlik ve baş etme biçimleri envanterinin alt ölçeklerinin puanları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?” yanıt aranmaktadır.

Tablo 4.18: Hastaların Eğitim Düzeylerine Göre Grupların Ebeveynlerin Tükenmişlik ve Baş Etme Biçimleri Envanterinin Alt Ölçeklerinin Puanları Açısından “Mann Whitney U” Testi İle Karşılaştırılması

<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
<i>Duyusal tükenme alt ölçeği</i>	Ortaokul mezunu ve altı	68	13.88	5.34	2071.50	-	.864
	Lise mezunu ve üzeri	62	14.50	6.92			
	Toplam	130					
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
<i>Duyarsızlaşma alt ölçeği</i>	Ortaokul mezunu ve altı	68	11.11	2.93	2107.50	-.002	.998
	Lise mezunu ve üzeri	62	11.22	3.01			
	Toplam	130					
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
<i>Kişisel başarı alt ölçeği</i>	Ortaokul mezunu ve altı	68	32.51	4.80	2081.00	-.126	.899
	Lise mezunu ve üzeri	62	32.67	4.06			
	Toplam	130					
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
<i>Tükenmişlik ölçeği</i>	Ortaokul mezunu ve altı	68	57.51	9.32	2081.00	-.126	.900
	Lise mezunu ve üzeri	62	58.40	8.77			
	Toplam	130					
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
<i>Kaderci başa çıkma biçimi</i>	Ortaokul mezunu ve altı	68	33.77	3.67	2009.50	-.461	.645
	Lise mezunu ve üzeri	62	33.83	4.06			
	Toplam	130					
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
<i>İyimserlik / sosyal destek arama</i>	Ortaokul mezunu ve altı	68	22.25	2.44	1822.50	-1.34	.180
	Lise mezunu ve üzeri	62	21.62	2.68			
	Toplam	130					
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
<i>Problem çözme</i>	Ortaokul mezunu ve altı	68	23.01	2.81	1681.50	-1.99	.046*
	Lise mezunu ve üzeri	62	21.93	2.97			
	Toplam	130					
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
<i>Çaresiz başa çıkma</i>	Ortaokul mezunu ve altı	68	10.95	2.54	2024.00	-.394	.693
	Lise mezunu ve üzeri	62	11.27	2.90			
	Toplam	130					

*p<0.05

Tablo 4.18’de görüldüğü gibi; hastaların eğitim düzeylerine göre ebeveynlerin duygusal tükenme, duyarsızlaşma, kişisel başarı, tükenmişlik, kaderci, iyimserlik / sosyal destek arama ve çaresiz başa çıkma ölçeklerinin puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla Mann Whitney U-Testi yapılmış eğitim düzeyi açısından anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür (p>0.05).

Hastaların eğitim düzeylerine göre gruplar arasında ebeveynlerin problem çözme ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır (p<0.05). Ebeveynlerin problem çözme ölçeği puanları açısından çocuğu ortaokul mezunu ve altı olan ebeveynlerin lehine anlamlı bir fark vardır [U=1681.50, p=.046]. Çocuğu

ortaokul mezunu ve altı olan ebeveynlerin çocuğu lise mezunu ve üzeri olan ebeveynlere oranla problem çözme düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Bu araştırmanın genel amacı çerçevesinde on dördüncü olarak “Hastaların eğitim düzeyleri ile hastaların psikolojik belirti envanterinin alt ölçeklerinin puanları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?” yanıt aranmaktadır.

Tablo 4.19: Hastaların Eğitim Düzeylerine Göre Grupların Hastaların Psikolojik Belirti Envanterinin Alt Ölçeklerinin Puanları Açısından “Mann Whitney U” Testi İle Karşılaştırılması

<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
<i>Anksiyete</i>	Ortaokul mezunu ve altı	68	10.47	8.59			
	Lise mezunu ve üzeri	62	11.67	8.32	1892.00	-1.00	.313
	Toplam	130					
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
<i>Depresyon</i>	Ortaokul mezunu ve altı	68	9.98	7.88			
	Lise mezunu ve üzeri	62	14.03	9.12	1524.00	-2.72	.006**
	Toplam	130					
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
<i>Olumsuz benlik</i>	Ortaokul mezunu ve altı	68	8.76	6.56			
	Lise mezunu ve üzeri	62	9.37	7.80	2081.00	-.126	.900
	Toplam	130					
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
<i>Somatizasyon</i>	Ortaokul mezunu ve altı	68	5.95	4.71			
	Lise mezunu ve üzeri	62	7.50	5.19	1699.00	-1.91	.056
	Toplam	130					
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
<i>Hostilite</i>	Ortaokul mezunu ve altı	68	7.04	5.72			
	Lise mezunu ve üzeri	62	8.85	4.85	1619.50	-2.28	.023*
	Toplam	130					

**p<0.01 ; *p<0.05

Tablo 4.19’da görüldüğü gibi; hastaların eğitim düzeylerine göre hastaların anksiyete, olumsuz benlik ve somatizasyon ölçeklerinin puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla Mann Whitney U-Testi yapılmış eğitim düzeyi açısından anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür (p>0.05).

Hastaların eğitim düzeylerine göre gruplar arasında hastaların depresyon ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır (p<0.01). Hastaların depresyon ölçeği puanları açısından lise mezunu ve üzeri olan hastaların aleyhine anlamlı bir fark vardır [U=1524.00, p=.006]. Lise mezunu ve üzeri olan hastaların ortaokul mezunu ve altı olan hastalara oranla depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Hastaların eğitim düzeylerine göre gruplar arasında hastaların hostilite ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır (p<0.05). Hastaların depresyon ölçeği puanları açısından lise mezunu ve üzeri olan hastaların aleyhine anlamlı bir fark vardır [U=1619.50, p=.023]. Lise mezunu ve üzeri olan hastaların ortaokul mezunu ve altı olan hastalara oranla hostilite düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Bu araştırmanın genel amacı çerçevesinde on beşinci olarak “Hastaların okula devam etme durumları ile ebeveynlerin tükenmişlik ve baş etme biçimleri envanterinin alt ölçeklerinin puanları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?” yanıt aranmaktadır.

Tablo 4.20: Hastaların Okula Devam Etme Durumlarına Göre Grupların Ebeveynlerin Tükenmişlik ve Baş Etme Biçimleri Envanterinin Alt Ölçeklerinin Puanları Açısından “Mann Whitney U” Testi İle Karşılaştırılması

<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
<i>Duygusal tükenme alt ölçeği</i>	Okula devam ediyor	63	12.69	4.82			
	Okula devam etmiyor	67	15.56	6.89	1654.00	-2.13	.033*
	Toplam	130					
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
<i>Duyarsızlaşma alt ölçeği</i>	Okula devam ediyor	63	10.52	2.70			
	Okula devam etmiyor	67	11.77	3.08	1612.50	-2.34	.019*
	Toplam	130					
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
<i>Kişisel başarı alt ölçeği</i>	Okula devam ediyor	63	32.20	5.03			
	Okula devam etmiyor	67	32.95	3.81	1965.00	-.680	.496
	Toplam	130					
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
<i>Tükenmişlik ölçeği</i>	Okula devam ediyor	63	55.42	8.43			
	Okula devam etmiyor	67	60.29	9.01	1469.50	-2.99	.003**
	Toplam	130					
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
<i>Kaderci başa çıkma biçimi</i>	Okula devam ediyor	63	32.96	3.76			
	Okula devam etmiyor	67	34.59	3.78	1543.00	-2.65	.008**
	Toplam	130					
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
<i>İyimserlik / sosyal destek arama</i>	Okula devam ediyor	63	21.65	2.28			
	Okula devam etmiyor	67	22.23	2.80	1792.50	1.49	.136
	Toplam	130					
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
<i>Problem çözme</i>	Okula devam ediyor	63	22.38	2.86			
	Okula devam etmiyor	67	22.61	3.00	2011.50	-.464	.643
	Toplam	130					
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
<i>Çaresiz başa çıkma</i>	Okula devam ediyor	63	10.58	2.56			
	Okula devam etmiyor	67	11.59	2.78	1717.00	-1.84	.065
	Toplam	130					

**p<0,01; *p<0.05

Tablo 4.20’de görüldüğü gibi; hastaların okula devam etme durumlarına göre ebeveynlerin kişisel başarı, iyimserlik / sosyal destek arama ve çaresiz başa çıkma ölçeklerinin puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla Mann Whitney U-Testi yapılmış okula devam etme açısından anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür (p>0.05).

Hastaların okula devam etme durumlarına göre gruplar arasında ebeveynlerin duygusal tükenme ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark

bulunmaktadır ($p<0.05$). Ebeveynlerin duygusal tükenme ölçeği puanları açısından çocuğu okula devam etmeyen ebeveynlerin aleyhine anlamlı bir fark vardır [$U=1654.00$, $p=.033$]. Çocuğu okula devam etmeyen ebeveynlerin çocuğu okula devam eden ebeveynlere oranla duygusal tükenme düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Hastaların okula devam etme durumlarına göre gruplar arasında ebeveynlerin duyarsızlaşma ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0.05$). Ebeveynlerin duyarsızlaşma ölçeği puanları açısından çocuğu okula devam etmeyen ebeveynlerin aleyhine anlamlı bir fark vardır [$U=1612.50$, $p=.019$]. Çocuğu okula devam etmeyen ebeveynlerin çocuğu okula devam eden ebeveynlere oranla duyarsızlaşma düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Hastaların okula devam etme durumlarına göre gruplar arasında ebeveynlerin tükenmişlik ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0.01$). Ebeveynlerin tükenmişlik ölçeği puanları açısından çocuğu okula devam etmeyen ebeveynlerin aleyhine anlamlı bir fark vardır [$U=1469.50$, $p=.003$]. Çocuğu okula devam etmeyen ebeveynlerin çocuğu okula devam eden ebeveynlere oranla tükenmişlik düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Hastaların okula devam etme durumlarına göre gruplar arasında ebeveynlerin kaderci baş etme biçimi ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0.01$). Ebeveynlerin kaderci baş etme biçimi ölçeği puanları açısından çocuğu okula devam etmeyen ebeveynlerin aleyhine anlamlı bir fark vardır [$U=1543.00$, $p=.008$]. Çocuğu okula devam etmeyen ebeveynlerin çocuğu okula devam eden ebeveynlere oranla kaderci düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Bu araştırmanın genel amacı çerçevesinde on altıncı olarak “Hastaların okula devam etme durumları ile hastaların psikolojik belirti envanterinin alt ölçeklerinin puanları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?” yanıt aranmaktadır.

Tablo 4.21: Hastaların Okula Devam Etme Durumlarına Göre Grupların Hastaların Psikolojik Belirti Envanterinin Alt Ölçeklerinin Puanları Açısından “Mann Whitney U” Testi İle Karşılaştırılması

<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
<i>Anksiyete</i>	Okula devam ediyor	63	9.17	6.97	1646.00	-2.16	.030*
	Okula devam etmiyor	67	12.80	9.36			
	Toplam	130					
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
<i>Depresyon</i>	Okula devam ediyor	63	9.52	6.75	1518.50	-2.76	.006**
	Okula devam etmiyor	67	14.16	9.73			
	Toplam	130					
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
<i>Olumsuz benlik</i>	Okula devam ediyor	63	8.06	6.48	1807.50	-1.41	.157
	Okula devam etmiyor	67	9.98	7.67			
	Toplam	130					
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
<i>Somatizasyon</i>	Okula devam ediyor	63	5.46	4.01	1592.00	-2.42	.015*
	Okula devam etmiyor	67	7.85	5.54			
	Toplam	130					
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
<i>Hostilite</i>	Okula devam ediyor	63	7.03	4.98	1750.00	-1.68	.092
	Okula devam etmiyor	67	8.73	5.64			
	Toplam	130					

**p<0.01 ; *p<0.05

Tablo 4.21’de görüldüğü gibi; hastaların okula devam etme durumlarına göre hastaların olumsuz benlik ve hostilite ölçeklerinin puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla Mann Whitney U-Testi yapılmış okula devam etme açısından anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür ($p>0.05$).

Hastaların okula devam etme durumlarına göre gruplar arasında hastaların anksiyete ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0.05$). Hastaların anksiyete ölçeği puanları açısından okula devam etmeyen hastaların aleyhine anlamlı bir fark vardır [$U=1646.00$, $p=.030$]. Okula devam etmeyen hastaların okula devam eden hastalara oranla anksiyete düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Hastaların okula devam etme durumlarına göre gruplar arasında hastaların depresyon ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0.01$). Hastaların depresyon ölçeği puanları açısından okula devam etmeyen hastaların aleyhine anlamlı bir fark vardır [$U=1518.50$, $p=.006$]. Okula devam etmeyen hastaların okula devam eden hastalara oranla depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Hastaların okula devam etme durumlarına göre gruplar arasında hastaların somatizasyon ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0.05$). Hastaların somatizasyon ölçeği puanları açısından okula devam etmeyen hastaların aleyhine anlamlı bir fark vardır [$U=1592.00$, $p=.015$]. Okula devam etmeyen hastaların okula devam eden hastalara oranla somatizasyon düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Bu araştırmanın genel amacı çerçevesinde on yedinci olarak “Ebeveynlerin çalışma durumları ile ebeveynlerin tükenmişlik ve baş etme biçimleri envanterinin alt ölçeklerinin puanları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?” yanıt aranmaktadır.

Tablo 4.22: Ebeveynlerin Çalışma Durumlarına Göre Grupların Ebeveynlerin Tükenmişlik ve Baş Etme Biçimleri Envanterinin Alt Ölçeklerinin Puanları Açısından “Mann Whitney U” Testi İle Karşılaştırılması

	<i>Grup</i>	<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
<i>Duygusal tükenme alt ölçeği</i>	Çalışıyor	44	13.15	5.37			
	Çalışmıyor	86	14.69	6.44	1588.00	-1.50	.133
	Toplam	130					
	<i>Grup</i>	<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
<i>Duyarsızlaşma alt ölçeği</i>	Çalışıyor	44	10.77	2.94			
	Çalışmıyor	86	11.37	2.97	1765.00	-.631	.528
	Toplam	130					

	<i>Grup</i>	<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
<i>Kişisel başarı alt ölçeği</i>	Çalışıyor	44	31.59	5.55			
	Çalışmıyor	86	33.10	3.69	1628.50	-1.30	.193
	Toplam	130					
<i>Tükenmişlik ölçeği</i>	Çalışıyor	44	55.52	9.43			
	Çalışmıyor	86	59.17	8.62	1452.50	-2.16	.030*
	Toplam	130					
<i>Kadercı başa çıkma biçimi</i>	Çalışıyor	44	32.34	4.34			
	Çalışmıyor	86	34.55	3.35	1327.00	-2.79	.005**
	Toplam	130					
<i>İyimserlik / sosyal destek arama</i>	Çalışıyor	44	21.54	2.56			
	Çalışmıyor	86	22.16	2.56	1637.50	-1.26	.207
	Toplam	130					
<i>Problem çözme</i>	Çalışıyor	44	22.34	3.27			
	Çalışmıyor	86	22.58	2.75	1833.00	-.292	.770
	Toplam	130					
<i>Çaresiz başa çıkma</i>	Çalışıyor	44	10.47	2.62			
	Çalışmıyor	86	11.43	2.72	1517.50	-1.85	.063
	Toplam	130					

**p<0,01; *p<0.05

Tablo 4.22’de görüldüğü gibi; ebeveynlerin çalışma durumlarına göre ebeveynlerin duygusal tükenme, duyarsızlaşma, kişisel başarı, iyimserlik / sosyal destek arama ve çaresiz başa çıkma ölçeklerinin puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla Mann Whitney U-Testi yapılmış çalışma durumu açısından anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür ($p>0.05$).

Ebeveynlerin çalışma durumlarına göre gruplar arasında ebeveynlerin tükenmişlik ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0.01$). Ebeveynlerin tükenmişlik ölçeği puanları açısından herhangi bir işte çalışmayan ebeveynlerin aleyhine anlamlı bir fark vardır [$U=1452.50$, $p=.030$]. Herhangi bir işte çalışmayan ebeveynlerin çalışan ebeveynlere oranla tükenmişlik düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Ebeveynlerin çalışma durumlarına göre gruplar arasında ebeveynlerin kadercı baş etme biçimi ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0.05$). Ebeveynlerin kadercı baş etme biçimi ölçeği puanları açısından herhangi bir işte çalışmayan ebeveynlerin aleyhine anlamlı bir fark vardır [$U=1327.00$, $p=.005$]. Herhangi bir işte çalışmayan ebeveynlerin çalışan ebeveynlere oranla kadercı baş etme biçimi düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Bu araştırmanın genel amacı çerçevesinde on sekizinci olarak “Ebeveynlerin çalışma durumları ile hastaların psikolojik belirti envanterinin alt ölçeklerinin puanları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?” yanıt aranmaktadır.

Tablo 4.23: Ebeveynlerin Çalışma Durumlarına Göre Grupların Hastaların Psikolojik Belirti Envanterinin Alt Ölçeklerinin Puanları Açısından “Mann Whitney U” Testi İle Karşılaştırılması

	<i>Grup</i>	<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
<i>Anksiyete</i>	Çalışıyor	44	9.84	7.90	1656.00	-1.16	.245
	Çalışmıyor	86	11.66	8.70			
	Toplam	130					
<i>Depresyon</i>	Çalışıyor	44	10.36	7.02	1662.00	-1.13	.257
	Çalışmıyor	86	12.70	9.39			
	Toplam	130					
<i>Olumsuz benlik</i>	Çalışıyor	44	7.79	5.58	1686.50	-1.01	.311
	Çalışmıyor	86	9.69	7.80			
	Toplam	130					
<i>Somatizasyon</i>	Çalışıyor	44	5.31	4.26	1441.00	-2.22	.026*
	Çalışmıyor	86	7.39	5.20			
	Toplam	130					
<i>Hostilite</i>	Çalışıyor	44	7.70	4.98	1862.50	-.145	.884
	Çalışmıyor	86	8.01	5.59			
	Toplam	130					

* $p < 0.05$

Tablo 4.23’de görüldüğü gibi; ebeveynlerin çalışma durumlarına göre hastaların anksiyete, depresyon, olumsuz benlik ve hostilite ölçeklerinin puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla Mann Whitney U-Testi yapılmış çalışma durumu açısından anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür ($p > 0.05$).

Ebeveynlerin çalışma durumlarına göre gruplar arasında hastaların somatizasyon ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p < 0.05$). Hastaların somatizasyon ölçeği puanları açısından ebeveyni çalışmayan hastaların aleyhine anlamlı bir fark vardır [$U = 1441.00$, $p = .026$]. Ebeveyni çalışmayan hastaların ebeveymi çalışan hastalara oranla somatizasyon düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Bu araştırmanın genel amacı çerçevesinde on dokuzuncu olarak “Ebeveynlerin gelir düzeyleri ile ebeveynlerin tükenmişlik ve baş etme biçimleri envanterinin alt ölçeklerinin puanları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?” yanıt aranmaktadır.

Tablo 4.24: Ebeveynlerin Gelir Düzeylerine Göre Grupların Ebeveynlerin Tükenmişlik ve Baş Etme Biçimleri Envanterinin Alt Ölçeklerinin Puanları Açısından “Mann Whitney U” Testi İle Karşılaştırılması

	<i>Grup</i>	<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
<i>Duygusal tükenme alt ölçeği</i>	Gelir giderden düşük	62	15.00	6.88	1914.50	-.906	.365
	Gelir gidere eşit	68	13.42	5.29			
	Toplam	130					

	<i>Grup</i>	<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
Duyarsızlaşma alt ölçeği	Gelir giderden düşük	62	10.88	2.75			
	Gelir gidere eşit	68	11.42	3.13	1972.00	-.640	.522
	Toplam	130					
	<i>Grup</i>	<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
Kişisel başarı alt ölçeği	Gelir giderden düşük	62	32.19	4.18			
	Gelir gidere eşit	68	32.95	4.67	1829.50	-1.30	.193
	Toplam	130					
	<i>Grup</i>	<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
Tükenmişlik ölçeği	Gelir giderden düşük	62	58.08	8.99			
	Gelir gidere eşit	68	57.80	9.14	2060.50	-.222	.825
	Toplam	130					
	<i>Grup</i>	<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
Kadercı başa çıkma biçimi	Gelir giderden düşük	62	34.83	3.64			
	Gelir gidere eşit	68	32.86	3.80	1452.00	-3.07	.002**
	Toplam	130					
	<i>Grup</i>	<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
İyimserlik / sosyal destek arama	Gelir giderden düşük	62	22.19	2.79			
	Gelir gidere eşit	68	21.73	2.34	1849.50	-1.21	.225
	Toplam	130					
	<i>Grup</i>	<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
Problem çözme	Gelir giderden düşük	62	22.25	2.66			
	Gelir gidere eşit	68	22.72	3.15	1879.50	-1.07	.284
	Toplam	130					
	<i>Grup</i>	<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
Çaresiz başa çıkma	Gelir giderden düşük	62	11.32	2.73			
	Gelir gidere eşit	68	10.91	2.70	1989.00	-.559	.996
	Toplam	130					

**p<0,01

Tablo 4.24’de görüldüğü gibi; ebeveynlerin gelir düzeylerine göre ebeveynlerin duygusal tükenme, duyarsızlaşma, kişisel başarı, tükenmişlik, iyimserlik / sosyal destek arama ve çaresiz başa çıkma ölçeklerinin puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla Mann Whitney U-Testi yapılmış gelir açısından anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür ($p>0.05$).

Ebeveynlerin gelir düzeylerine göre gruplar arasında ebeveynlerin kadercı baş etme biçimi ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0.01$). Ebeveynlerin kadercı baş etme biçimi ölçeği puanları açısından herhangi bir geliri giderden düşük olan ebeveynlerin aleyhine anlamlı bir fark vardır [$U=1452.00$, $p=.002$]. Geliri giderden düşük olan ebeveynlerin gelir gidere eşit olan ebeveynlere oranla kadercı baş etme biçimi düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Bu araştırmanın genel amacı çerçevesinde yirminci olarak “Ebeveynlerin gelir düzeyleri ile hastaların psikolojik belirti envanterinin alt ölçeklerinin puanları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?” yanıt aranmaktadır.

Tablo 4.25: Ebeveynlerin Gelir Düzeylerine Göre Grupların Hastaların Psikolojik Belirti Envanterinin Alt Ölçeklerinin Puanları Açısından “Mann Whitney U” Testi İle Karşılaştırılması

<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
<i>Anksiyete</i>	Gelir giderden düşük	62	11.27	8.91			
	Gelir gidere eşit	68	10.83	8.08	2107.00	-.005	.996
	Toplam	130					
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
<i>Depresyon</i>	Gelir giderden düşük	62	13.51	9.58			
	Gelir gidere eşit	68	10.45	7.59	1716.50	-1.82	.068
	Toplam	130					
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
<i>Olumsuz benlik</i>	Gelir giderden düşük	62	9.93	8.24			
	Gelir gidere eşit	68	8.25	5.96	1937.50	-.796	.426
	Toplam	130					
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
<i>Somatizasyon</i>	Gelir giderden düşük	62	7.24	5.05			
	Gelir gidere eşit	68	6.19	4.90	1822.50	-1.33	.182
	Toplam	130					
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
<i>Hostilite</i>	Gelir giderden düşük	62	8.09	5.16			
	Gelir gidere eşit	68	7.73	5.60	1985.50	-.572	.567
	Toplam	130					

Tablo 4.25’de görüldüğü gibi; ebeveynlerin gelir düzeylerine göre hastaların anksiyete, depresyonu olumsuz benlik somatizasyon ve hostilite ölçeklerinin puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla Mann Whitney U-Testi yapılmış gelir açısından anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür ($p>0.05$).

Bu araştırmanın genel amacı çerçevesinde yirmi birinci olarak “Ebeveynlerin sahip olduğu çocuk sayısı ile ebeveynlerin tükenmişlik ve baş etme biçimleri envanterinin alt ölçeklerinden aldıkları puanları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?” sorusuna yanıt aranmaktadır.

Tablo 4.26: Ebeveynlerin Sahip Olduğu Çocuk Sayısı İle Ebeveynlerin Tükenmişlik ve Baş Etme Biçimleri Envanterinin Alt Ölçeklerinin Puanları Açısından “Kruskal Wallis H” Testi İle Karşılaştırılması

<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>sd</i>	<i>KW</i>	<i>P</i>
<i>Duyusal tükenme alt ölçeği</i>	Bir çocuk	28	12.39	5.02			
	İki çocuk	45	14.51	5.75			
	Üç çocuk	33	14.72	6.83	3	3.82	.281
	Dört çocuk ve üzeri	24	14.87	6.89			
	Toplam	130					
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>sd</i>	<i>KW</i>	<i>P</i>

<i>Duyarsızlaşma alt ölçeği</i>	Bir çocuk	28	11.03	2.42	3	.008	1.00
	İki çocuk	45	11.24	3.14			
	Üç çocuk	33	11.24	3.26			
	Dört çocuk ve üzeri	24	11.08	2.91			
	Toplam	130					
Grup		N	X	SS	sd	KW	P
<i>Kişisel başarı alt ölçeği</i>	Bir çocuk	28	32.35	4.28	3	.742	.863
	İki çocuk	45	33.31	3.42			
	Üç çocuk	33	31.93	5.98			
	Dört çocuk ve üzeri	24	32.41	3.91			
	Toplam	130					
Grup		N	X	SS	sd	KW	P
<i>Tükenmişlik ölçeği (toplam skor)</i>	Bir çocuk	28	55.78	7.88	3	2.39	.495
	İki çocuk	45	59.06	7.49			
	Üç çocuk	33	57.90	11.66			
	Dört çocuk ve üzeri	24	58.37	8.93			
	Toplam	130					
Grup		N	X	SS	sd	KW	P
<i>Kadercı başa çıkma biçimi</i>	Bir çocuk	28	32.82	3.86	3	5.87	.118
	İki çocuk	45	33.60	4.00			
	Üç çocuk	33	34.09	3.66			
	Dört çocuk ve üzeri	24	34.95	3.65			
	Toplam	130					
Grup		N	X	SS	sd	KW	P
<i>İyimserlik / sosyal destek arama başa çıkma biçimi</i>	Bir çocuk	28	21.39	2.29	3	3.01	.390
	İki çocuk	45	21.91	2.67			
	Üç çocuk	33	22.12	2.90			
	Dört çocuk ve üzeri	24	22.45	2.18			
	Toplam	130					
Grup		N	X	SS	sd	KW	P
<i>Problem çözme başa çıkma biçimi</i>	Bir çocuk	28	22.53	2.96	3	.146	.986
	İki çocuk	45	22.31	3.25			
	Üç çocuk	33	22.60	2.68			
	Dört çocuk ve üzeri	24	22.66	2.74			
	Toplam	130					
Grup		N	X	SS	sd	KW	P
<i>Çaresiz başa çıkma biçimi</i>	Bir çocuk	28	11.10	2.64	3	1.14	.767
	İki çocuk	45	10.93	2.91			
	Üç çocuk	33	10.90	2.19			
	Dört çocuk ve üzeri	24	11.70	3.12			
	Toplam	130					

Tablo 4.26’da görüldüğü gibi; ebeveynlerin sahip olduğu çocuk sayısına göre ebeveynlerin duygusal tükenme, duyarsızlaşma, kişisel başarı, tükenmişlik, kadercı, iyimserlik / sosyal destek arama, problem çözme ve çaresiz başa çıkma ölçeklerinden aldıkları puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla *Kruskal Wallis H-Testi* yapılmış ve çocuk sayısı açısından anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür ($p>0.05$).

Bu araştırmanın genel amacı çerçevesinde yirmi ikinci olarak “Ebeveynlerin sahip olduğu çocuk sayısı ile hastaların psikolojik belirti envanterinin alt ölçeklerinden aldıkları puanları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?” sorusuna yanıt aranmaktadır.

Tablo 4.27: Ebeveynlerin Sahip Olduğu Çocuk Sayısı İle Hastaların Psikolojik Belirti Envanterinin Alt Ölçeklerinin Puanları Açısından “Kruskal Wallis H” Testi İle Karşılaştırılması

	<i>Grup</i>	<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>Sd</i>	<i>KW</i>	<i>P</i>
<i>Anksiyete</i>	Bir çocuk	28	11.10	8.79	3	.824	.844
	İki çocuk	45	10.97	8.48			
	Üç çocuk	33	10.24	8.23			
	Dört çocuk ve üzeri	24	12.20	8.70			
	Toplam	130					
<i>Depresyon</i>	Bir çocuk	28	10.14	7.39	3	2.21	.530
	İki çocuk	45	12.37	8.34			
	Üç çocuk	33	11.30	8.59			
	Dört çocuk ve üzeri	24	13.95	10.76			
	Toplam	130					
<i>Olumsuz benlik</i>	Bir çocuk	28	8.92	5.76	3	1.92	.587
	İki çocuk	45	8.40	6.88			
	Üç çocuk	33	8.69	7.87			
	Dört çocuk ve üzeri	24	10.91	8.18			
	Toplam	130					
<i>Somatizasyon</i>	Bir çocuk	28	6.85	4.58	3	2.14	.542
	İki çocuk	45	6.28	5.72			
	Üç çocuk	33	6.51	4.13			
	Dört çocuk ve üzeri	24	7.50	5.22			
	Toplam	130					
<i>Hostilite</i>	Bir çocuk	28	8.00	5.93	3	1.80	.614
	İki çocuk	45	7.28	5.47			
	Üç çocuk	33	7.96	5.22			
	Dört çocuk ve üzeri	24	8.87	4.90			
	Toplam	130					

Tablo 4.27’de görüldüğü gibi; ebeveynlerin sahip olduğu çocuk sayısına göre hastaların anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon ve hostilete ölçeklerinden aldıkları puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla *Kruskal Wallis H-Testi* yapılmış ve çocuk sayısı açısından anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür ($p>0.05$).

Bu araştırmanın genel amacı çerçevesinde yirmi üçüncü olarak “Hastaların tanı alma süresi ile ebeveynlerin tükenmişlik ve baş etme biçimleri envanterinin alt ölçeklerinden aldıkları puanları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?” sorusuna yanıt aranmaktadır.

Tablo 4.28: Hastaların Tanı Alma Süresi İle Ebeveynlerin Tükenmişlik ve Baş Etme Biçimleri Envanterinin Alt Ölçeklerinin Puanları Açısından “Kruskal Wallis H” Testi İle Karşılaştırılması

<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>Sd</i>	<i>KW</i>	<i>P</i>
<i>Duygusal tükenme alt ölçeği</i>	6 ay ve aşağı	19	14.21	4.44	2	6.54	.038*
	6-9 ay	17	17.88	7.70			
	9-12 ay üzeri	94	13.50	5.92			
	Toplam	130					
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>Sd</i>	<i>KW</i>	<i>P</i>
<i>Duyarsızlaşma alt ölçeği</i>	6 ay ve aşağı	19	10.57	3.00	2	5.56	.062
	6-9 ay	17	12.52	3.29			
	9-12 ay üzeri	94	11.04	2.85			
	Toplam	130					
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>Sd</i>	<i>KW</i>	<i>P</i>
<i>Kişisel başarı alt ölçeği</i>	6 ay ve aşağı	19	33.47	3.48	2	1.43	.487
	6-9 ay	17	31.94	3.47			
	9-12 ay üzeri	94	32.53	4.77			
	Toplam	130					
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>Sd</i>	<i>KW</i>	<i>P</i>
<i>Tükenmişlik ölçeği (toplam skor)</i>	6 ay ve aşağı	19	58.26	6.09	2	3.11	.211
	6-9 ay	17	62.35	10.95			
	9-12 ay üzeri	94	57.07	9.00			
	Toplam	130					
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>Sd</i>	<i>KW</i>	<i>P</i>
<i>Kaderci başa çıkma biçimi</i>	6 ay ve aşağı	19	33.68	3.12	2	1.74	.417
	6-9 ay	17	35.05	3.26			
	9-12 ay üzeri	94	33.60	4.05			
	Toplam	130					
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>Sd</i>	<i>KW</i>	<i>P</i>
<i>İyimserlik / sosyal destek arama başa çıkma biçimi</i>	6 ay ve aşağı	19	21.84	2.24	2	.074	.964
	6-9 ay	17	21.88	2.80			
	9-12 ay üzeri	94	21.98	2.61			
	Toplam	130					
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>Sd</i>	<i>KW</i>	<i>P</i>
<i>Problem çözme başa çıkma biçimi</i>	6 ay ve aşağı	19	22.10	2.78	2	.701	.704
	6-9 ay	17	22.35	3.14			
	9-12 ay üzeri	94	22.60	2.94			
	Toplam	130					
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>Sd</i>	<i>KW</i>	<i>P</i>
<i>Çaresiz başa çıkma biçimi</i>	6 ay ve aşağı	19	11.31	2.68	2	5.83	.054
	6-9 ay	17	12.70	2.75			
	9-12 ay üzeri	94	10.77	2.63			
	Toplam	130					

*p<0.05

Tablo 4.28’de görüldüğü gibi; hastaların tanı alma süresine göre ebeveynlerin duyarsızlaşma, kişisel başarı, tükenmişlik, kaderci, iyimserlik / sosyal destek arama, problem çözme ve çaresiz başa çıkma ölçeklerinden aldıkları puanları arasında

istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla *Kruskal Wallis H-Testi* yapılmış ve süre açısından anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür ($p>0.05$).

Hastaların tanı alma süreleri arasında ebeveynlerin duygusal tükenme ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır [$k-w=6.54$; $p=0.038$]. Bu işlemin ardından Kruskal Wallis-H sonrası belirlenen anlamlı farklılığının hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek üzere tamamlayıcı karşılaştırma tekniği olarak Post Hoc Scheffé testi uygulanmıştır.

Tablo 4.28.1 Ebeveynlerin Duygusal Tükenme Ölçeğinin Puanlarının Hastaların Tanı Alma Süreleri Değişkenine Göre Hangi Gruplar Arasında Farklılaştığını Belirlemek Üzere Yapılan Post Hoc Scheffé Testi Sonuçları

	Gruplar (i)	Gruplar (j)	Ortalama Farkları	<i>Sh</i>	<i>P</i>
Duygusal tükenme ölçeği	6 ay ve aşağı	6-9 ay arası	-3.67	2.00	.190
		9-12 ay üzeri	.71	1.50	.895
	6-9 ay arası	6 ay ve aşağı	3.67	2.00	.190
		9-12 ay üzeri	4.38*	1.58	.024
	9-12 ay üzeri	6 ay ve aşağı	-.71	1.50	.895
		6-9 ay arası	-4.38*	1.58	.024

Tablo 4.28.1’ de görüldüğü üzere, örneklem grubunu oluşturan ebeveynlerin duygusal tükenme ölçeği puanlarının hangi gruplar arasında farklılaştığını belirlemek üzere yapılan Post Hoc Scheffé testi sonucunda söz konusu farklılığın hastalarının tanı alma süresi 6-9 ay arası grubu ile hastalarının tanı alma süresi 9-12 ay üzeri grubu arasında hastasının tanı alma süresi 6-9 ay olan grubu aleyhine $p<0.05$ düzeyinde gerçekleştiği saptanmıştır. Diğer grupların aritmetik ortalamaları arasındaki farklılık anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$).

Bu araştırmanın genel amacı çerçevesinde yirmi dördüncü olarak “Hastaların tanı alma süresi ile hastaların psikolojik belirti envanterinin alt ölçeklerinden aldıkları puanları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?” sorusuna yanıt aranmaktadır.

Tablo 4.29: Hastaların Tanı Alma Süresi İle Hastaların Psikolojik Belirti Envanterinin Alt Ölçeklerinin Puanları Açısından “Kruskal Wallis H” Testi ile Karşılaştırılması

	Grup	<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>Sd</i>	<i>KW</i>	<i>P</i>
<i>Anksiyete</i>	6 ay ve aşağı	19	10.10	8.77			
	6-9 ay	17	17.47	10.56			
	9-12 ay üzeri	94	10.07	7.51	2	8.56	.014*
	Toplam		130				
	Grup	<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>Sd</i>	<i>KW</i>	<i>P</i>

<i>Depresyon</i>	6 ay ve aşağı	19	13.05	8.33	2	2.12	.345
	6-9 ay	17	15.82	12.55			
	9-12 ay üzeri	94	10.97	7.78			
	Toplam	130					
Grup		N	X	SS	Sd	KW	P
<i>Olumsuz benlik</i>	6 ay ve aşağı	19	8.47	6.24	2	.931	.628
	6-9 ay	17	11.64	9.76			
	9-12 ay üzeri	94	8.70	6.76			
	Toplam	130					
Grup		N	X	SS	Sd	KW	P
<i>Somatizasyon</i>	6 ay ve aşağı	19	7.73	5.97	2	6.21	.045*
	6-9 ay	17	9.47	5.82			
	9-12 ay üzeri	94	5.97	4.43			
	Toplam	130					
Grup		N	X	SS	Sd	KW	P
<i>Hostilite</i>	6 ay ve aşağı	19	8.26	6.59	2	.895	.639
	6-9 ay	17	9.00	5.41			
	9-12 ay üzeri	94	7.63	5.13			
	Toplam	130					

*p<0.05

Tablo 4.29’da görüldüğü gibi; hastaların tanı alma süresine göre hastaların depresyon, olumsuz benlik ve hostilite ölçeklerinden aldıkları puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla *Kruskal Wallis H-Testi* yapılmış ve çocuk sayısı açısından anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür ($p>0.05$).

Hastaların tanı alma süreleri arasında hastaların anksiyete ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır [$k-w=8.56$; $p=0.014$]. Bu işlemin ardından Kruskal Wallis-H sonrası belirlenen anlamlı farklılığının hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek üzere tamamlayıcı karşılaştırma tekniği olarak Post Hoc Scheff testi uygulanmıştır.

Hastaların tanı alma süreleri arasında hastaların somatizasyon ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır [$k-w=6.21$; $p=0.045$]. Bu işlemin ardından Kruskal Wallis-H sonrası belirlenen anlamlı farklılığının hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek üzere tamamlayıcı karşılaştırma tekniği olarak Post Hoc Scheff testi uygulanmıştır.

Tablo 4.29.1 Hasta Bireylerin Anksiyete ve Somatizasyon Ölçeklerinin Puanlarının Hastaların Tanı Alma Süreleri Değişkenine Göre Hangi Gruplar Arasında Farklılaştığını Belirlemek Üzere Yapılan Post Hoc Scheffe Testi Sonuçları

	Gruplar (i)	Gruplar (j)	Ortalama Farkları	Sh	P
Anksiyete ölçeği	6 ay ve aşağı	6-9 ay arası	-7.36*	2.71	.028
		9-12 ay üzeri	.030	2.04	1.00
	6-9 ay arası	6 ay ve aşağı	7.36*	2.71	.028
		9-12 ay üzeri	7.39*	2.14	.003
	9-12 ay üzeri	6 ay ve aşağı	-.030	2.04	1.00
		6-9 ay arası	-7.39*	2.14	.003
	Gruplar (i)	Gruplar (j)	Ortalama Farkları	Sh	P
Somatizasyon ölçeği	6 ay ve aşağı	6-9 ay arası	-1.73	1.62	.568
		9-12 ay üzeri	1.75	1.22	.360
	6-9 ay arası	6 ay ve aşağı	1.73	1.62	.568
		9-12 ay üzeri	3.49*	1.28	.027
	9-12 ay üzeri	6 ay ve aşağı	-1.75	1.22	.360
		6-9 ay arası	-3.49*	1.28	.027

Tablo 4.29.1’ de görüldüğü üzere, örneklem grubunu oluşturan hastaların anksiyete ölçeği puanlarının hangi gruplar arasında farklılaştığını belirlemek üzere yapılan Post Hoc Scheffe testi sonucunda söz konusu farklılığın hastalarının tanı alma süresi 6-9 ay arası grubu ile diğer tüm gruplar arasında tanı alma süresi 6-9 ay arası grubun aleyhine $p < 0.05$ düzeyinde gerçekleştiği saptanmıştır. Diğer grupların aritmetik ortalamaları arasındaki farklılık anlamsız bulunmuştur ($p > 0.05$).

Hastaların somatizasyon ölçeği puanlarının hangi gruplar arasında farklılaştığını belirlemek üzere yapılan Post Hoc Scheffe testi sonucunda söz konusu farklılığın tanı alma süresi 6-9 ay arası grubu ile tanı alma süresi 9-12 ay üzeri grubu arasında tanı alma süresi 6-9 ay olan grubun aleyhine $p < 0.05$ düzeyinde gerçekleştiği saptanmıştır. Diğer grupların aritmetik ortalamaları arasındaki farklılık anlamsız bulunmuştur ($p > 0.05$).

Bu araştırmanın genel amacı çerçevesinde yirmi beşinci olarak “Hastaların başka hastalığının olup olmaması ile ebeveynlerin tükenmişlik ve baş etme biçimleri envanterinin alt ölçeklerinin puanları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?” yanıt aranmaktadır.

Tablo 4.30: Hastaların Başka Hastalığı Olup Olmamasına Göre Grupların Ebeveynlerin Tükenmişlik ve Baş Etme Biçimleri Envanterinin Alt Ölçeklerinin Puanları Açısından “Mann Whitney U” Testi İle Karşılaştırılması

Grup		N	X	SS	U	Z	P
<i>Duygusal tükenme alt ölçeği</i>	Var	23	15.34	5.75	1010.50	-1.34	.178
	Yok	107	13.92	6.20			
	Toplam	130					
Grup		N	X	SS	U	Z	P
<i>Duyarsızlaşma alt ölçeği</i>	Var	23	11.00	2.08	1226.50	-.025	.980
	Yok	107	11.20	3.12			
	Toplam	130					
Grup		N	X	SS	U	Z	P
<i>Kişisel başarı alt ölçeği</i>	Var	23	32.78	3.71	1227.50	-.018	.985
	Yok	107	32.55	4.60			
	Toplam	130					
Grup		N	X	SS	U	Z	P
<i>Tükenmişlik ölçeği (toplam skor)</i>	Var	23	59.13	7.65	1083.00	.901	.368
	Yok	107	57.68	9.32			
	Toplam	130					
Grup		N	X	SS	U	Z	P
<i>Kaderci başa çıkma biçimi</i>	Var	23	34.04	4.59	1136.50	-.576	.565
	Yok	107	33.75	3.69			
	Toplam	130					
Grup		N	X	SS	U	Z	P
<i>İyimserlik / sosyal destek arama başa çıkma biçimi</i>	Var	23	21.73	3.12	1171.00	-.365	.715
	Yok	107	22.00	2.45			
	Toplam	130					
Grup		N	X	SS	U	Z	P
<i>Problem çözme başa çıkma biçimi</i>	Var	23	22.39	3.11	1219.00	-.071	.944
	Yok	107	22.52	2.90			
	Toplam	130					
Grup		N	X	SS	U	Z	P
<i>Çaresiz başa çıkma biçimi</i>	Var	23	11.26	2.17	1159.00	-.439	.660F
	Yok	107	11.07	2.82			
	Toplam	130					

Tablo 4.30’da görüldüğü gibi; hastaların başka hastalığının olup olmamasına göre ebeveynlerin duygusal tükenme, duyarsızlaşma, kişisel başarı, tükenmişlik, kaderci, iyimserlik / sosyal destek arama, problem çözme ve çaresiz başa çıkma ölçeklerinin puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla Mann Whitney U-Testi yapılmış hastalık açısından anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür ($p>0.05$).

Bu araştırmanın genel amacı çerçevesinde yirmi altıncı olarak “Hastaların başka hastalıklarının olup olmaması ile hastaların psikolojik belirti envanterinin alt ölçeklerinin puanları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?” yanıt aranmaktadır.

Tablo 4.31: Hastaların Başka Hastalıklarının Olup Olmaması Göre Grupların Hastaların Psikolojik Belirti Envanterinin Alt Ölçeklerinin Puanları Açısından “Mann Whitney U” Testi İle Karşılaştırılması

<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
<i>Anksiyete</i>	Var	23	10.69	8.20	1208.50	-.134	.893
	Yok	107	11.12	8.54			
	Toplam	130					
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
<i>Depresyon</i>	Var	23	10.95	7.88	1163.00	-.412	.680
	Yok	107	12.12	8.89			
	Toplam	130					
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
<i>Olumsuz benlik</i>	Var	23	9.00	9.30	1088.50	-	.385
	Yok	107	9.05	6.66			
	Toplam	130					
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
<i>Somatizasyon</i>	Var	23	5.26	4.21	1000.50	-1.40	.159
	Yok	107	7.00	5.10			
	Toplam	130					
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
<i>Hostilite</i>	Var	23	8.56	4.86	1100.00	-	.425
	Yok	107	7.76	5.49			
	Toplam	130					

Tablo 4.31’de görüldüğü gibi; hastaların başka hastalığının olup olmamasına göre hastaların anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon ve hostilite ölçeklerinin puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla Mann Whitney U-Testi yapılmış hastalık açısından anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür ($p>0.05$).

Bu araştırmanın genel amacı çerçevesinde yirmi yedinci olarak “Ebeveynlerin tükenmişlik envanterinin alt ölçekleri ve hastaların psikolojik belirti envanterinin alt ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?” sorusuna yanıt aranmaktadır.

Tablo 4.32: Ebeveynlerin Tükenmişlik Envanterinin Alt Ölçekleri ve Hastaların Psikolojik Belirti Envanterinin Ölçeklerinden Aldıkları Puanlar Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Ölçekler		Duygusal tükenme	Duyarsızlaşma	Kişisel başarı	Tükenmişlik
Anksiyete	r	.349	.251	-.038	.295
	p	.001**	.004**	.668	.001**
Depresyon	r	.343	.343	.016	.346
	p	.000**	.001**	.859	.001**

Olumsuz benlik	r	.360	.288	-.035	.306
	p	.001**	.001**	.695	.001**
Somatizasyon	r	.377	.212	-.088	.307
	p	.000**	.016*	.318	.001**
Hostilite	r	.257	.211	-.034	.213
	p	.003**	.016*	.702	.015*

**p<0.01 ; *p<0.05

Tablo 4.32’de görüldüğü gibi; ebeveynlerin duygusal tükenme ölçeğinden aldıkları puanlar ile hastaların anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon ve hostilite ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde ilişkili olduğu görülmektedir (sırasıyla; $r=.349$, $r=.343$, $r=.360$, $r=.377$ ve $r=.257$). Bir diğer deyişle ebeveynlerin duygusal tükenme düzeyleri arttıkça; hastaların anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon ve hostilite düzeyleri de artmakta olduğu görülmektedir.

Ebeveynlerin duyarsızlaşma ölçeğinden aldıkları puanlar ile hastaların anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon ve hostilite ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde ilişkili olduğu görülmektedir (sırasıyla; $r=.251$, $r=.343$, $r=.288$, $r=.212$ ve $r=.211$). Bir diğer deyişle ebeveynlerin duyarsızlaşma düzeyleri arttıkça; hastaların anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon ve hostilite düzeyleri de artmakta olduğu görülmektedir.

Ebeveynlerin kişisel başarı ölçeğinden aldıkları puanlar ile hastaların anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon ve hostilite ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı görülmektedir ($p>0.05$).

Ebeveynlerin tükenmişlik ölçeğinden aldıkları puanlar ile hastaların anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon ve hostilite ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde ilişkili olduğu görülmektedir (sırasıyla; $r=.295$, $r=.346$, $r=.306$, $r=.307$ ve $r=.213$). Bir diğer deyişle ebeveynlerin tükenmişlik düzeyleri arttıkça; hastaların anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon ve hostilite düzeyleri de artmakta olduğu görülmektedir.

Bu araştırmanın genel amacı çerçevesinde yirmi sekizinci olarak “Ebeveynlerin baş etme biçimleri envanterinin alt ölçekleri ve hastaların psikolojik belirti envanterinin alt ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?” sorusuna yanıt aranmaktadır.

Tablo 4.33: Ebeveynlerin Baş Etme Biçimleri Envanterinin Alt Ölçekleri ve Hastaların Psikolojik Belirti Envanterinin Ölçeklerinden Aldıkları Puanlar Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Ölçekler		Kaderci	İyimserlik / sosyal destek arama	Problem çözme	Çaresiz başa çıkma
Anksiyete	R	.124	-.175	-.134	.368
	p	.161	.047*	.128	.001**

Depresyon	R	.164	-.148	-.166	.338
	p	.062	.092	.059	.001**
Olumsuz benlik	R	.133	-.217	-.201	.382
	p	.133	.013*	.022*	.001**
Somatizasyon	R	.127	-.226	-.140	.300
	p	.151	.010*	.111	.001**
Hostilite	R	.185	-.124	-.085	.302
	p	.035*	.161	.336	.001**

**p<0.01 ; *p<0.05

Tablo 4.33'de görüldüğü gibi; ebeveynlerin kaderci ölçeğinden aldıkları puanlar ile hastaların hostilite ölçeğinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde ilişkili olduğu görülmektedir ($r=.185$; $p=.035$). Bir diğer deyişle ebeveynlerin kaderci düzeyleri arttıkça; hastaların hostilite düzeyleri de artmakta olduğu görülmektedir.

Ebeveynlerin iyimserlik / sosyal destek arama ölçeğinden aldıkları puanlar ile hastaların anksiyete, olumsuz benlik ve somatizasyon ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönde ilişkili olduğu görülmektedir (sırasıyla; $r=-.175$, $r=-.217$ ve $r=-.226$). Bir diğer deyişle ebeveynlerin iyimserlik / sosyal destek arama düzeyleri arttıkça; hastaların anksiyete, olumsuz benlik ve somatizasyon düzeyleri de düşmekte olduğu görülmektedir.

Ebeveynlerin problem çözme ölçeğinden aldıkları puanlar ile hastaların olumsuz benlik ölçeğininin aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönde ilişkili olduğu görülmektedir ($r=-.201$). Bir diğer deyişle ebeveynlerin problem çözme düzeyleri arttıkça; hastaların olumsuz benlik düzeyleri de düşmekte olduğu görülmektedir.

Ebeveynlerin çaresiz başa çıkma ölçeğinden aldıkları puanlar ile hastaların anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon ve hostilite ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde ilişkili olduğu görülmektedir (sırasıyla; $r=.368$, $r=.338$, $r=.382$, $r=.300$ ve $r=.302$). Bir diğer deyişle ebeveynlerin çaresiz yaklaşım düzeyleri arttıkça; hastaların anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon ve hostilite düzeyleri de artmakta olduğu görülmektedir.

Bu araştırmanın genel amacı çerçevesinde yirmi dokuzuncu olarak "Ebeveynlerin tükenmişlik ölçeğinden ve başa etme biçimleri envanterinin alt ölçeklerinden aldıkları puanların hastaların psikolojik belirti envanterinin anksiyete alt ölçeğinden aldıkları puanların üzerinde nasıl bir etkisi vardır?" sorusuna yanıt aranmaktadır.

Tablo 4.34: Ebeveynlerin Tükenmişlik ve Başa Çıkma Biçimi Düzeylerinin Hastaların Anksiyete Düzeyleri Üzerine Etkisinin İncelenmesi

<i>Bağımlı Değişkenler</i>	<i>Bağımsız Değişken</i>	β	<i>t</i>	<i>P</i>	<i>F</i>	<i>Model (p)</i>	<i>R²</i>
<i>Tükenmişlik</i>	<i>Sabit</i>	-8.373	-.967	.335	5.852	.000	.191
	Anksiyete	.182	2.146	.034*			
<i>Kaderci</i>	Anksiyete	.171	.829	.409			
<i>İyimserlik / sosyal destek arama</i>	Anksiyete	-.335	-.894	.373			
<i>Problem çözme</i>	Anksiyete	.066	.201	.841			
<i>Çaresiz başa çıkma</i>	Anksiyete	.809	2.548	.012*			

Tablo 4.34’de görüldüğü gibi; ebeveynlerin tükenmişlik, kaderci, iyimserlik/ sosyal destek arama, problem çözme, çaresiz başa çıkma düzeyleri ile hastaların anksiyete düzeyleri arasındaki ilişki belirlemek üzere yapılan çoklu regresyon analizi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($F=5.852$; $p=0.000<0.01$). Anksiyete düzeyinin belirleyicisi olarak tükenmişlik, kaderci, iyimserlik/ sosyal destek arama, problem çözme, çaresiz başa çıkma değişkenleri ile ilişkisinin(açıklayıcılık gücünün) düşük olduğu görülmüştür ($R^2=0.191$). Ebeveynlerin tükenmişlik düzeyi hastaların anksiyete düzeyini arttırmaktadır ($\beta=.182$). Ebeveynlerin çaresiz başa çıkma düzeyi hastaların anksiyete düzeyini arttırmaktadır ($\beta=.809$).

Bu araştırmanın genel amacı çerçevesinde otuzuncu olarak “Ebeveynlerin tükenmişlik ölçeğinden ve başa etme biçimleri envanterinin alt ölçeklerinden aldıkları puanların hastaların psikolojik belirti envanterinin depresyon alt ölçeğinden aldıkları puanların üzerinde nasıl bir etkisi vardır?” sorusuna yanıt aranmaktadır.

Tablo 4.35: Ebeveynlerin Tükenmişlik ve Başa Çıkma Biçimi Düzeylerinin Hastaların Depresyon Düzeyleri Üzerine Etkisinin İncelenmesi

<i>Bağımlı Değişkenler</i>	<i>Bağımsız Değişken</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>F</i>	<i>Model (p)</i>	<i>R²</i>
<i>Tükenmişlik</i>	<i>Sabit</i>	-7.272	-.826	.410	6.627	.000	.211
	Depresyon	.257	2.992	.003*			
<i>Kaderci</i>	Depresyon	.234	1.112	.268			
<i>İyimserlik / sosyal destek arama</i>	Depresyon	-.256	-.671	.503			

<i>Problem çözme</i>	Depresyon	-.201	-.604	.547			
<i>Çaresiz başa çıkma</i>	Depresyon	.587	1.818	.071			

Tablo 4.35’de görüldüğü gibi; ebeveynlerin tükenmişlik, kaderci, iyimserlik/ sosyal destek arama, problem çözme, çaresiz başa çıkma düzeyleri ile hastaların depresyon düzeyleri arasındaki ilişki belirlemek üzere yapılan çoklu regresyon analizi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($F=6.627$; $p=0.000<0.01$). Depresyon düzeyinin belirleyicisi olarak tükenmişlik, kaderci, iyimserlik/ sosyal destek arama, problem çözme, çaresiz başa çıkma değişkenleri ile ilişkisinin(açıklayıcılık gücünün) düşük olduğu görülmüştür ($R^2=0.211$). Ebeveynlerin tükenmişlik düzeyi hastaların depresyon düzeyini arttırmaktadır ($\beta=.257$).

Bu araştırmanın genel amacı çerçevesinde otuz ikinci olarak “Ebeveynlerin tükenmişlik ölçeğinden ve başa etme biçimleri envanterinin alt ölçeklerinden aldıkları puanların hastaların psikolojik belirti envanterinin olumsuz benlik alt ölçeğinden aldıkları puanların üzerinde nasıl bir etkisi vardır?” sorusuna yanıt aranmaktadır.

Tablo 4.36: Ebeveynlerin Tükenmişlik ve Başa Çıkma Biçimi Düzeylerinin Hastaların Olumsuz Benlik Düzeyleri Üzerine Etkisinin İncelenmesi

<i>Bağımlı Değişkenler</i>	<i>Bağımsız Değişken</i>	β	T	p	F	<i>Model (p)</i>	R^2
<i>Tükenmişlik</i>	<i>Sabit</i>	-1.893	-.270	.788	8.720	.000	.260
	Olumsuz benlik	.171	2.503	.014*			
<i>Kaderci</i>	Olumsuz benlik	.144	.859	.392			
<i>İyimserlik / sosyal destek arama</i>	Olumsuz benlik	-.481	-1.585	.115			
<i>Problem çözme</i>	Olumsuz benlik	-.057	-.213	.832			
<i>Çaresiz başa çıkma</i>	Olumsuz benlik	.720	2.799	.006*			

Tablo 4.36’de görüldüğü gibi; ebeveynlerin tükenmişlik, kaderci, iyimserlik/ sosyal destek arama, problem çözme, çaresiz başa çıkma düzeyleri ile hastaların olumsuz benlik düzeyleri arasındaki ilişki belirlemek üzere yapılan çoklu regresyon analizi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($F=8.720$; $p=0.000<0.01$). Olumsuz benlik düzeyinin belirleyicisi olarak tükenmişlik, kaderci, iyimserlik/ sosyal destek arama, problem çözme, çaresiz başa çıkma değişkenleri ile ilişkisinin(açıklayıcılık gücünün) düşük olduğu görülmüştür ($R^2=0.260$). Ebeveynlerin tükenmişlik düzeyi hastaların olumsuz benlik düzeyini arttırmaktadır ($\beta=.171$). Ebeveynlerin çaresiz başa çıkma düzeyi hastaların olumsuz benlik düzeyini arttırmaktadır ($\beta=.720$).

Bu araştırmanın genel amacı çerçevesinde otuz üçüncü olarak “Ebeveynlerin tükenmişlik ölçeğinden ve başa etme biçimleri envanterinin alt ölçeklerinden aldıkları puanların hastaların psikolojik belirti envanterinin somatizasyon alt ölçeğinden aldıkları puanların üzerinde nasıl bir etkisi vardır?” sorusuna yanıt aranmaktadır.

Tablo 4.37: Ebeveynlerin Tükenmişlik ve Başa Çıkma Biçimi Düzeylerinin Hastaların Somatizasyon Düzeyleri Üzerine Etkisinin İncelenmesi

<i>Bağımlı Değişkenler</i>	<i>Bağımsız Değişken</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>F</i>	<i>Model (p)</i>	<i>R²</i>
<i>Tükenmişlik</i>	<i>Sabit</i>	-1.137	-.219	.827	4.929	.000	.166
	Somatizasyon	.114	2.249	.026*			
<i>Kaderci</i>	Somatizasyon	.115	.929	.355			
<i>İyimserlik / sosyal destek arama</i>	Somatizasyon	-.360	-1.603	.111			
<i>Problem çözme</i>	Somatizasyon	.073	.370	.712			
<i>Çaresiz başa çıkma</i>	Somatizasyon	.325	1.709	.090			

Tablo 4.37’de görüldüğü gibi; ebeveynlerin tükenmişlik, kaderci, iyimserlik/ sosyal destek arama, problem çözme, çaresiz başa çıkma düzeyleri ile hastaların somatizasyon düzeyleri arasındaki ilişki belirlemek üzere yapılan çoklu regresyon analizi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($F=4.929$; $p=0.000<0.01$). Somatizasyon düzeyinin belirleyicisi olarak tükenmişlik, kaderci, iyimserlik/ sosyal destek arama, problem çözme, çaresiz başa çıkma değişkenleri ile ilişkisinin(açıklayıcılık gücünün) düşük olduğu görülmüştür ($R^2=0.166$). Ebeveynlerin tükenmişlik düzeyi hastaların somatizasyon düzeyini arttırmaktadır ($\beta=.114$).

Bu araştırmanın genel amacı çerçevesinde otuz dördüncü olarak “Ebeveynlerin tükenmişlik ölçeğinden ve başa etme biçimleri envanterinin alt ölçeklerinden aldıkları puanların hastaların psikolojik belirti envanterinin hostilite alt ölçeğinden aldıkları puanların üzerinde nasıl bir etkisi vardır?” sorusuna yanıt aranmaktadır.

Tablo 4.38: Ebeveynlerin Tükenmişlik ve Başa Çıkma Biçimi Düzeylerinin Hastaların Hostilite Düzeyleri Üzerine Etkisinin İncelenmesi

<i>Bağımlı Değişkenler</i>	<i>Bağımsız Değişken</i>	β	t	p	F	<i>Model (p)</i>	R^2
<i>Tükenmişlik</i>	<i>Sabit</i>	-2.252	-.390	.697	3.119	.011	.112
	Hostilite	.058	1.023	.308			
<i>Kaderci</i>	Hostilite	.134	.971	.333			
<i>İyimserlik / sosyal destek arama</i>	Hostilite	-.232	-.929	.355			
<i>Problem çözme</i>	Hostilite	.113	.519	.605			
<i>Çaresiz başa çıkma</i>	Hostilite	.436	2.058	.042*			

Tablo 4.38’de görüldüğü gibi; ebeveynlerin tükenmişlik, kaderci, iyimserlik/ sosyal destek arama, problem çözme, çaresiz başa çıkma düzeyleri ile hastaların hostilite düzeyleri arasındaki ilişki belirlemek üzere yapılan çoklu regresyon analizi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($F=3.119$; $p=0.011<0.05$). Hostilite düzeyinin belirleyicisi olarak tükenmişlik, kaderci, iyimserlik/ sosyal destek arama, problem çözme, çaresiz başa çıkma değişkenleri ile ilişkisinin(açıklayıcılık gücünün) düşük olduğu görülmüştür ($R^2=0.112$). Ebeveynlerin çaresiz başa çıkma düzeyi hastaların hostilite düzeyini arttırmaktadır ($\beta=.436$).

5. TARTIŞMA

Bu çalışmanın amacı çocuk hematoloji-onkoloji hastalarının ebeveynlerinin tükenmişlik düzeyleri ve baş etme biçimlerini belirlemek, tükenmişlik ve baş etme biçimlerinin çocukların psikolojik belirtileri üzerine etkisini incelemek, tükenmişlik ve baş etme biçimlerini etkileyen değişkenleri belirlemek olup, incelenmek istenen değişkenler ile ilgili ölçekler uygulanmış ve sonuçlar iki kronik hastalık grubu açısından karşılaştırılmıştır. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk Hematoloji Onkoloji Birimine başvuran Hematolojik onkoloji hastalığı bulunan 65 çocuk ve onların anne ya da babası ile onkoloji dışı hematolojik hastalığı bulunan 65 çocuk ve onların anne ya da babası çalışmaya dahil edilmiştir. Bu bölümde araştırmanın bulguları mevcut yazın eşliğinde tartışılmıştır.

Hastalık ortaya çıktığı andan itibaren yaşamın bir parçası haline gelir ve çocuk o hastalıkla yaşamayı zamanla kavramak durumunda kalır. Hastalık bireylerin fiziksel ve ruhsal durumlarını etkileyerek yaşamı tehdit edici bir boyuta ulaşabilir (Bağ,2013).

Çocuk, ana-babanın hayatına anlam katan ailenin sürekliliğini sağlayan önemli bir bütünün parçasıdır (Sipahi 2001). Gelişen ve değişen dünyada çoğu hastalıkta yaşam süresi uzamış olmakla beraber, bu uzun ve zorlu yolda, hasta çocuklar ve ailelerinin psikolojik tepkileri, uyum sorunları ve hastalıkla baş etme yöntemleri; ilgili uzmanların bu süreç içindeki işlevlerine yönelik yapılan çalışmalar gün geçtikçe artmaktadır (Gökler, 1996).

Tez çalışmasının verilerine göre; hastaların tanı durumlarına göre gruplar açısından anlamlı fark bulunmaktadır. Çocuğu hematoloji hastası olan ebeveynlerin çocuğu onkoloji hastası olan ebeveynlere oranla tükenmişlik düzeylerinin, duygusal tükenme düzeylerinin, kaderci başa çıkma düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu tez çalışmasında kontrol grubunun hastalık tanısı ağırlıklı olarak hemofili ve talasemi hastalarından oluşmakta olup, bu hastalıkların genetik geçişli olduğu bilinmektedir, Hemofili A yani Faktör VIII eksikliği ve Hemofili B yani Faktör IX eksikliği, X kromozomuna bağlı resesif geçişli kalıtsal hastalıklardır. Talasemi ise

anne ve babanın taşıyıcı olması halinde ortaya çıkmaktadır. Anne ve baba taşıyıcı olma durumunda; oluşan her gebelik risk teşkil eder ve hasta çocuk doğma olasılığı %25, taşıyıcı olasılığı %50, sağlam çocuk olasılığı %25 olarak belirtilmiş olup, anne ya da babadan sadece biri taşıyıcı, öteki sağlıklı ise oluşan gebeliklerde %50 olasılıkla sağlam çocuk doğabilme olasılığı söz konusu iken, %50 olasılıkla taşıyıcı çocuk dünyaya gelir (Kulkarni ve Soucie, 2011;Yaprak ,2004). Bu bilgilerden yola çıkılarak genler nedeniyle hastalığı çocuğa aktarma durumu anne ya da babada suçluluğa sebep olabilir, çocuklarının hastalanmasından kendilerini sorumlu tutan ebeveynlerin ruh sağlığının bu durumdan olumsuz etkilenmesi beklenir bir durum olup, tez çalışması sonucu çıkan bu verilerin sebebi olarak yorumlanabilir.

Hematoloji hastası olan hastaların onkoloji hastası olan hastalara oranla somatizasyon düzeylerinin ve depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ruh sağlığının fizyolojik hastalık durumundan etkilendiği bilinmekte olup, Ateşci ve arkadaşlarının çalışmasında kanser hastalarının %28.7'sinde psikiyatrik bozukluk olduğu bilgisi elde edilmiştir (Ateşci ve diğ., 2003). İlgili çalışmalardan birinde 247 kronik fiziksel hastalığa sahip kişilerle yapılan çalışmada tüm gruplarda anksiyete bozukluklarının daha yüksek olduğu verisi elde edilmiştir (Kelleci ve diğ., 2009). Çalışmaların çoğu, davranışsal riskin, hastalığı olan çocuklarda iki kat fazla olduğunu göstermektedir, böbrek yetmezliği nedeniyle en kısa üç yıldır diyalize girme zorunluluğu olan hastalarda majör depresyona daha yüksek olduğu bulunmuş, hastanın tıbbi durumunun, kendine güven duygusunu, vücut postürünü ve sosyal işlevlerine tesir edeceğinden psikodinamik dengeyi bozacağını, bu durumların stresin ana kaynağı olacağı gibi, hastanın mücadele metotlarını da yıkarak depresyonun oluşumunu kolaylaştıracağına ilişkin bilgiler üzerinde durulmaktadır (Craven ve diğ., 1987). Onkoloji dışı hematolojik hastalıkların çoğu çok küçük yaşlarda tanılanmakta ve ömür boyu devam etmektedir. İlgili bir tez çalışmasında, yaşları 15 ve 31 arasında değişen 43 beta talasemi major hastasının psikiyatrik komorbidite sıklığı ve yaşam kalitesi ile ilişkisine bakılmıştır. Hastaların %42'sinde psikiyatrik bozukluk ek tanısı konmuş ve psikiyatrik komorbidite varlığının beta talasemi major hastalarında yaşam kalitesinin tüm alt boyutlarını bozduğu anlaşılmıştır (Çelebi, 2009). Literatürde yapılan çalışmalar hasta çocuk ve sağlıklı çocukların karşılaştırılmasına yönelik sonuçlar bakımından oldukça zengindir. Bu tez çalışmasında her iki grubun da kronik hastalık olarak alınıp karşılaştırması nedeniyle karşılaştırma grubunu olan hematoloji hastalarının kanser hastası çocuklara göre depresyon

düzeylerinin yüksek çıkması olağan karşılanabilir çünkü kronik hastalıklar yaşam kalitesini azaltır bunun etkisiyle hastalarda fiziksel, emosyonel ve sosyal iyilik hali negatif olarak etkilenmektedir (Akdeniz ve diğ., 1999). Kanserli hasta bakımında hastalığın iyileşmesi mümkündür ve bu durumda hastalığın geçici olabilme ihtimalinden söz edilebilir fakat kontrol grubundaki onkoloji dışı hematolojik hastalıklar kronik yapılı olup, sürekli ve ömür boyu yol açacakları sorunlarla baş edilmesi gerekmektedir, söz konusu açıklamalardan yola çıkarak, bu durumların hematoloji hastalarında somatizasyona ve depresyona neden olabileceği şeklinde yorumda bulunulabilir.

Ebeveynlerin cinsiyetlerine göre gruplar arasında ebeveynlerin tükenmişlik ölçeği puanı açısından anlamlı fark bulunmaktadır. Kadınların erkeklere oranla tükenmişlik düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Toplumsal ve kültürel açıdan ülkemizde çocuğa bakım veren ebeveynin genellikle anne olması sebebiyle tedavi sürecinde de annelerin çocuklarıyla daha çok ilgileniyor olmaları bu bulguların nedeni olarak yorumlanabilir. Ayrıca ülkemizde kanser tedavisi gören gören çocukların büyük kısmının yanında kalan refaketçinin babadan çok anne olması (Adaletli, 2009), çocuğun bakımını çoğunlukla annenin görevi olarak ele alınması (Er, 2006; Erdem, 1999; Karakavak ve Çırak, 2006) ve annelerin tüm tedavi sürecinin zorluklarını çocukları ile beraber deneyimlemeleri (Toros, Tot ve Düzovalı, 2002) bu bulgunun sebebi olarak ele alınabilir.

Ebeveynlerin eğitim düzeyleri arasında tükenmişlik ölçeği puanı açısından anlamlı fark bulunmaktadır. Ortaokul mezunu ve altı olan ebeveynlerin diğer ebeveynlere oranla tükenmişlik düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. İlgili yazında hematoloji onkoloji hastası çocukların annelerinde, okuryazarlığın artmasıyla algılanan sağlık düzeyinin kötü olarak görülme olasılığı azalmaktadır (Duran, 2009). Bu bulgudan yola çıkarak, eğitimin dolaylı olarak tükenmişliği etkilediği düşünülebilir. Baykan, Baykan ve Naçar (2010)'ın kronik hastalığı olan çocukların aileleriyle gerçekleştirdikleri çalışmada, yüksekokul mezunu bireylerin yaşam doyumu diğer gruplardan daha yüksek bulunmuştur. Benzer şekilde Deniz (2011)'in çalışmasında da öğrenim yılı arttıkça yaşam kalitesi puanlarının arttığı edinilen bilgiler arasındadır. Bu bulguların, eğitim ile birlikte ekonomik (Deniz, 2011) ve sosyal imkânların (Erdem, 1999), sosyal ilişkilerin ve sahip olunan olanakların fazlaşması ile paralellik göstereceği düşünülebilir (Baykan, Baykan ve Naçar, 2010; Kılıçkap, 2009).

Ebeveynlerin eğitim düzeyleri arasında kaderci başa çıkma ölçeği puanı açısından anlamlı fark bulunmaktadır. Ortaokul mezunu ve altı olan ebeveynlerin diğer ebeveynlere oranla kaderci başa çıkma düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Anne babalar açısından eğitim düzeyi kaderci baş etme biçimini yordamaktadır. Yazında ilgili bir araştırmanın sonucunda eğitim düzeyi yüksek olan bireylerin hastalık ile başetmede daha bilinçli bir rol üstlenmiş olacağı ve bununla yaşam kalitelerini pozitif yönde etkileyebileceği düşünülmektedir (Kılıçkap, 2009). Quine ve Pahl (1991), yüksek sosyal statüde olmanın, yüksek eğitim düzeyine sahip olmanın, annelerin daha fazla bilgiye ulaşmalarını ve daha olumlu baş etme stratejileri geliştirebilmelerine sebep vererek analitik düşünme ve problem çözme becerileri kazandırabileceğini belirtmektedirler. Bu verilerden yola çıkarak düşük eğitimle kaderci baş etme arasında anlamlı bir çıkarım yapmak mümkündür.

Ebeveynlerin gelir düzeylerine göre gruplar arasında ebeveynlerin kaderci baş etme biçimi ölçeği puanı açısından anlamlı fark bulunmaktadır. Geliri giderden düşük olan ebeveynlerin gelir gidere eşit olan ebeveynlere oranla kaderci baş etme biçimi düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Karancı ve diğ.(1999) yaptığı çalışmada, kaderci baş etme biçiminin kullanılmasının İslami değerlerle alakalı olma olasılığı üzerinde durulmuştur. Kaderci baş etme biçimini, "Her işte bir hayır vardır" diye düşünürüm. "Dua ederek Allah'tan yardım dilerim" şeklindedir. Kaderci baş etme biçiminde var olan durum kabul edilirken bir taraftanda umut sürmekte olduğundan kişiyi olumlu sonuç beklentisi içine sokmaktadır. Alt sosyo-ekonomik statüdeki bireylerin olaylar üzerinde olumlu kontrole sahip olma niyetiyle dine sığınmaları, çözüm yolu olarak bunu kullanmaları tahmin edilir bir sonuç olarak görülebilir Kaderci baş etmenin aynı zamanda uyumsal baş etmeyi beraberinde getirdiğini söylemek mümkündür ilgili yazında bu görüşü destekleyen çalışmalar bulunmaktadır (Kappeli, 2005; Ai ve diğ., 2006).

Hastaların yaşları ile depresyon ve hostilite ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir. Hastaların yaşı arttıkça; depresyon ve hostilite düzeyleri de artmakta olduğu görülmektedir. Çocukluk dönemi ve ergenlik döneminde kansere ilişkin psikolojik belirtilerin farklılaşması ilgili yazınlarda ergenlik döneminde beden imgesi, cinsel kimlik, kişilerarası ilişkiler ve performansla ilişkin olumsuz değerlendirmeler de kaygıya yol açabilmektedir (Tonge, 1988). Ergen giderek içe döner ve yalnızlaşabilir ya da uyumu giderek bozulur ve saldırgan bir yapı gösterebilirler. Ergenler gelişmekte olan ve haliyle değişen bedenlerine daha duyarlı

oldukları bu süreçte psikiyatrik bozukluk ortaya çıkması açısından daha fazla risk taşırlar (Ghanizadeh ve diğ 2006; Lieb ve diğ., 2000).

Hastaların eğitim düzeylerine göre gruplar arasında hastaların depresyon ölçeği puanı açısından anlamlı fark bulunmaktadır. Lise mezunu ve üzeri olan hastaların ortaokul mezunu ve altı olan hastalara oranla depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Özkan ilgili çalışmasında eğitim düzeyi yükseldikçe depresyon düzeyinin arttığını ortaya koymuştur (Özkan, 2002). Ergenlerin kendilik algısı, kimlik gelişimi ve biyopsikososyal değişimi içerisinde bu hastalığın ele alınması sağlıklı olacaktır. Çocukluk çağında ise çocuğun anne baba ile olan ilişkilerine, psikolojik durumuna, sosyal çevresine ve okul ortamına etkileri değerlendirilmelidir (Zoroğlu ve diğ., 2000:197-206). Depresyonun yükselmesinin hem ergenlik dönemine denk gelen kronik hastalıkla hem de yaşla arttığından bahsetmek bu bilgiler ışığında mümkündür.

Hastaların eğitim düzeylerine göre gruplar arasında hastaların hostilite ölçeği puanı açısından anlamlı fark bulunmaktadır. Lise mezunu ve üzeri olan hastaların ortaokul mezunu ve altı olan hastalara oranla hostilite düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yapılan çalışmalar incelendiğinde, eğitim düzeyinin yükselmesi beraberinde bireylerin bilgiye ve kaynaklara ulaşımında kolaylaştırıcı etkiye sahiptir, ulaşılan fazla bilginin suçluluk duygusunu ortaya çıkardığı, çaresizlik ve kızgınlığını artırdığı bildirilmektedir (Güdek, 1999). Kanserli hastalarla yapılan bir diğer çalışma Yeşilbalkan ve diğ. (2005) çalışmasıdır ve bulgularına göre kemoterapi alan hastaların en sık kızgınlık ve gelecek hakkında ümitsizlik yaşadıkları belirtilmektedir. İleri yaştaki hastaların genç hastalara göre daha fazla psikolojik semptom yaşadıkları, ilerleyen yaş ile birlikte bireylerin hem psikolojik hem de sosyal destek ihtiyaçlarının yükseldiği bildirilmektedir, bu bilgiler ışığında veriler yazınla desteklenir niteliktedir.

Tez verilerine göre hastaların okula devam etme durumlarına göre ebeveyn grupları değerlendirildiğinde; çocuğu okula devam etmeyen ebeveynlerin çocuğu okula devam eden ebeveynlere oranla duygusal tükenme, duyarsızlaşma, tükenmişlik düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu durumun sebebi olarak şöyle bir yorumda bulunmak mümkündür; kronik hastalıklarda okula gidememe durumu çocukla geçirilen süreyi artırır ve haliyle bakım verenin, bakım verme süresini de artırır. İlgili bir araştırmada bakım verenlerin %60.6'sı bakım verme görevlerinden ötürü kendilerine vakit ayıramadıklarını, %78.8'i yorgun hissettiklerini, % 84.9'u hasta ile iletişimde güçlükler deneyimlediklerini, %56.9'u ise ekonomik açıdan zorlanmalar yaşadıklarını bildirmişlerdir (Larsen 1998). Bakım veren için duygusal ve

fiziksel yük daha fazla anksiyete ve depresyon semptomu oluşturmakta ve sağlığın bozulmasına sebebiyet vermektedir (Schulz ve Beach, 1999). Anksiyete ve depresyonun ile ilgili yapılan bir çalışma ise bu semptomların bakım saati ile doğrudan, boş zaman aktiviteleri ve eğitim düzeyi ile ise tersine bir ilişkisi bulunmaktadır (Macneil ve diğ.,2010). Uzun süre bakım sunmadan kaynaklanan gerginlik düşünüldüğünde hasta çocukla geçirilen zamanın artmasıyla oluşan bu semptomların tükenmeyi, duygusal tükenmeyi ve bir zaman sonra ise duyarsızlaşmayı artırması durumu beklenir bir olgu olarak yorumlanabilir.

Okula devam etmeyen hastaların okula devam eden hastalara oranla anksiyete düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Okula devam etmeyen hastaların okula devam eden hastalara oranla depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu bilgiler ışığında; hastaneye yatırılan çocukların davranışsal, duygusal ve aile fonksiyonlarının ele alındığı bir çalışmada, çocukların hastaneye yatma ve yoğun hastane kontrolleri sebebi ile okula devam edememesinin büyük stres yarattığı, kanser tedavisinin yan etkileri nedeni ile kendini yaşlılarından farklı hissettiği ve yaşlıları tarafından reddedilme korkusu hissettikleri tespit edilmiştir (Kenndey ve diğ.,2004). Literatürde okul çağında kanser nedeni ile çocukların okulla ilişkilerini kesmek durumunda kaldığı, bunu yanında özellikle dış görünüş ve akran ilişkilerine oldukça önemseyen adölesanların fiziksel değişimlerini sorun ederek okula gitmeyi reddettikleri saptanmıştır (Wong ve Chan, 2005). Aile desteği kadar arkadaş desteğinin de ruhsal sağlık açısından önemli bir yeri ve etkisi vardır. Burke ve Weir (1978) yaptıkları çalışmada arkadaş desteğinden daha fazla yararlanan lise öğrencilerinin, daha az olumsuz duygu sergilediklerini belirtmiştir. Başka bir çalışmada Wentzel (1998) arkadaş desteğinin duygusal sıkıntılarla negatif yönde ilişkili olduğuna ve toplum tarafından kabul gören amaçların oluşmasında etkili bir faktör olduğuna değinmiştir. Okul ortamının arkadaş çevresi açısından zengin bir kurum olduğu ele alındığında ve kanser hastası çocuklar bu ortamdan mahrum kalabildiği düşünüldüğünde arkadaş desteğinin eksikliği nedeniyle bu sonuçların ortaya çıktığı düşünülebilir.

Hastaların okula devam etme durumlarına göre gruplar ele alındığında; okula devam etmeyen hastaların okula devam eden hastalara oranla somatizasyon düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Benzer değişkenleri ele alan Erdem'in (2006) yaptığı çalışmada çocukların % 30'unun hastalığın negatif yöndeki getirisi olarak okula hiç gidemediği, %20'sinin okuldan ayrıldığını ve %63.3'ünün okula

tedavi ve kontroller nedeniyle okula devamsızlıklar yapmak durumunda olduğundan dolayı okul başarısı ve arkadaş ilişkilerinde problemlerin arttığına yönelik sonuçlar bildirilmiştir (Erdem, 2006). Okul yaş dönemi için ders başarıları ve okul arkadaşları çok önemlidir. Onkolojik hastalığı olan çocukların ise tedavi ve bakım nedeniyle hastanede yatmak zorunda kalmaları, arkadaşlarından ayrılmalarına neden olduğu bilinen bir durumdur. Okuldan uzaklaşmanın, hasta çocuklarda işe yaramazlık duygusunun oluşmasına sebebiyet verdiği ve olgunlaşmalarına engel teşkil ettiği belirtilmektedir. Bu durumun devamında depresyonun kaçınılmaz olarak geldiği ve fiziksel şikayetlerin artmasıyla çocukların daha çok devamsızlık yaptığı ve sonuç olarak dersleri kaçırmaya ihtimalinin çocukta endişeye yol açtığı şeklinde bir döngü belirtilmektedir (Sefil, 2000; Wasserman, 1994). Oluşan bu döngü araştırma verileriyle paralellik göstermektedir.

Ebeveynlerin çalışma durumlarına göre gruplar ele alındığında; herhangi bir işte çalışmayan ebeveynlerin çalışan ebeveynlere oranla tükenmişlik düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. İlgili yazın bu bulguyu destekler niteliktedir; bir işte çalışmanın, kişiyi sosyal, psikolojik ve maddi açılarından tatmin etmesinin stres, yaşamın krizleri ile baş etmede en önemli destek ve rehabilitasyon şekli olduğu Özkan'ın çalışmasında ele alınmıştır (Özkan, 2002). Bu sebeple çalışmama durumunun tükenmişliği artırdığı düşünülebilir.

Çalışmanın bir diğer bulgusu olarak bulunan herhangi bir işte çalışmayan ebeveynlerin çalışan ebeveynlere oranla kaderci baş etme biçimi düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Çalışma durumu sosyoekonomik durumu doğrudan etkileyen bir faktör olarak ele alınacak olursa, çalışmama alt sosyo-ekonomik düzeyi beraberinde getirdiğinden çalışmayan ebeveynlerin kaderci baş etme biçimlerini kullanmaları beklenir bir olgu olmaktadır.

Ebeveynlerin çalışma durumlarına göre gruplar arasında hastaların somatizasyon ölçeği puanı açısından anlamlı fark bulunmaktadır. Ebeveyni çalışmayan hastaların ebeveyni çalışan hastalara oranla somatizasyon düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yazında somatizasyon; belli bir bedensel rahatsızlığı düşündüren, ancak tıbbi muayeneler sonucunda organik bir durumdan kaynaklandığı ispatlanamayan bununla beraber ruhsal etkenlerle ilişkili olduğuna yönelik emare bulunan ruhsal rahatsızlıklar şeklinde tanımlanmaktadır (Budak, 2009:657). Ebeveynin çalışmaması hasta çocuk ile ilgilenme süresini artırabilir. Kanser hastalığının pek çok fiziksel semptomu, hastalığın tekrarlama korkusu ve geç

yan etkilerin görülme olasılığı nedeniyle ailesinin ve kendisinin endişe yaşamasına neden olmaktadır. Hasta ve ailesi bu endişeyi ömür boyu yaşayabilmektedir. Endişe ve her an hasta olma korkusunun yanlış anlamlandırmalar yapıp somatizasyon düzeylerini yükselttiği hakkında yorumda bulunulabilir.

Hastaların tanı alma süreleri arasında ebeveynlerin duygusal tükenme ölçeği puanı açısından anlamlı fark bulunmaktadır. Hastalık tanısını 6-9 ay içinde almış olan hastaların ebeveynlerin diğer ebeveynlere oranla duygusal tükenme düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu durum kronik hastalıklarda hastalığının olumsuz gidişatı ve işlevselliğini kısıtlaması nedeniyle hastanın bakım verene bağımlılık düzeyinin artmasıyla açıklanabilir. Bağımlılık düzeyi arttıkça bakım verende olumsuz olarak nitelendirilen deneyimler artmaktadır (Nijboer ve diğ.,1999; Given ve diğ.,1997) .Sürenin uzaması halinde ,bakım verme yükünde artış olacağından duygusal tükenmenin yüksek çıkması mümkün görünmektedir.

Hastaların tanı alma süreleri ele alındığında; Hastalık tanısını 6-9 ay içinde almış olan hastaların diğer hastalara oranla anksiyete düzeylerinin ve somatizasyon düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. İlgili yazında uzun süreli hastalığı olan çocuklar, sağlıklı akranlarına oranla önemli davranışsal problemlere sahip olma açısından daha fazla risk taşımaktadırlar. Davranışlar ve hastalık arasındaki ilişki yıllardır incelenmektedir. Ülkemizde bu konu az sayıda araştırma tarafından ele alınmıştır ve bu araştırma sonuçlarına göre süregelen hastalığın, çocuğun normal büyümesi ve davranışsal gelişiminde etkili olan özel sorunlar ortaya çıkardığı belirtilmektedir (Deniz ve Aral,2003; Er ve Mağden,1994).

Araştırmanın hipotezlerini destekleyen bulgulardan bir diğeri ise; Ebeveynlerin duygusal tükenme düzeyleri arttıkça; hastaların anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatiasyon ve hostilete düzeyleri de artmakta olduğu görülmektedir. Ebeveynlerin duyarsızlaşma düzeyleri arttıkça; hastaların anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatiasyon ve hostilete düzeyleri de artmakta olduğu görülmektedir yine ebeveynlerin tükenmişlik düzeyleri arttıkça; hastaların anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatiasyon ve hostilete düzeyleri de artmakta olduğu görülmektedir.İlgili yazında kronik hastalığı olan çocukların depresyon düzeyleri incelemek adına yapılan çalışmalarda, ailedeki tükenmişlik düzeylerinin depresyon üzerinde etkili olduğu bulunmuştur (Luescher ve diğ., 1999).

Ebeveynlerin kaderci düzeyleri arttıkça; hastaların hostilete düzeyleri de artmakta olduğu görülmektedir. Kaderci baş etmede sorun çözme eğilimi düşüktür ve

sorun çözüme becerilerinin düşük olması durumunda ruhsal sorunların daha fazla ortaya çıkabileceğini bildirilmiştir (Moen, Robison ve Dempster-McClain, 1995)

Başarıya tarzları ile ruh sağlığı arasındaki ilişkiye bakılacak olursa; kendine güvenli ve iyimser yaklaşım çoğu ruhsal rahatsızlıklarla olumsuz korelasyona sahipken, çaresiz ve boyun eğici yaklaşımlar söz konusu olduğunda tablo olumsuz bir şekle dönüşebilmektedir. Şahin ve Durak, 1995 yılı çalışmalarında İyimser Yaklaşım ve Kendine Güvenli Yaklaşım depresyon ve anksiyete ile olumsuz ilişkili içinde iken Çaresiz Yaklaşım ve Boyun eğici Yaklaşım olumlu yönde ilişki bulmuşlardır. Ebeveynlerin iyimserlik / sosyal destek arama düzeyleri arttıkça; hastaların anksiyete, olumsuz benlik ve somatiasyon düzeyleri de düşmekte olduğu görülmektedir. Sosyal desteğin; kişilerin sorunlarla baş etme davranışlarını geliştirdiği, stres oluşturan durumu yok etmeseler dahi kişilerin kaygı düzeylerini azalttığı, onların daha iyimser olmalarını sağlayarak çaresizlik duyguları ve anksiyetelerini azaltıcı etkisi olduğu, zor ve yıpratıcı durumlarla başa çıkmada yeni çözüm yolları geliştirmelerine yardımcı olduğu ve umudu artırma açısından etkili olduğu bildirilmektedir (Allen, Ciambone ve Welch, 2000). Benzer şekilde Eker ve arkadaşlarının çalışmasında da umutsuzluk ve sosyal destek arasında negatif yönde bir etkileşim olduğu bildirilmiştir (Eker, Akar ve Yıldız, 2001). Algılanan sosyal desteğin derecesinin ailenin stresini azaltması yönünde olumlu etkileri olduğu görülmüştür. Ebeveynler ne kadar fazla sosyal desteğe sahip olurlarsa hastalığın sebep olduğu yaşam stresiyle çok daha iyi savaşılabilmektedir (Tak ve McCubbin, 2002).

Ebeveynlerin problem çözüme düzeyleri arttıkça; hastaların olumsuz benlik düzeyleri de düşmekte olduğu görülmektedir. Süreç hastalıklarda sorun odaklı baş etme, soruna yüksek uyum düzeyini beraberinde getirmekte ve düşük stres düzeyini yordamaktadır (Lazarus ve Folkman, 1984). Ebeveynlerin sorun odaklı baş etme biçimlerini tercih etmeleri, sorunu kabul etme, sorun ile ilgili bilgi toplama, çevre ile iyi yönde iletişim kurmaya çalışma gibi olumlu durumları içine almaktadır (Magliano ve diğ.,1998). Hasta çocukların ebeveynlerinin sorun odaklı baş etme biçimlerini kullanmaları, ailenin tükenmişlik düzeyinin azalması ile paralellik göstermektedir (Luescher ve diğ.,1999).

Tez sonucunda; Ebeveynlerin çaresiz baş etme düzeyleri arttıkça; hastaların anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatiasyon ve hostilite düzeyleri de artmakta olduğu görülmektedir. Ebeveynlerin tükenmişlik ve çaresiz başa çıkma düzeyi hastaların anksiyete düzeyini arttırmakta olduğu görülmüştür. Ebeveynlerin

tükenmişlik düzeyi hastaların depresyon düzeyini arttırmakta olduğu görülmüştür. Ebeveynlerin tükenmişlik ve çaresiz başa çıkma düzeyi hastaların olumsuz benlik düzeyini arttırmakta olduğu görülmüştür. Ebeveynlerin tükenmişlik düzeyi hastaların somatizasyon düzeyini arttırmakta olduğu görülmüştür. Ebeveynlerin çaresiz başa çıkma düzeyi hastaların hostilete düzeyini arttırmakta olduğu görülmüştür.

Alan yazın incelendiğinde ebeveynlerin tükenmişlik düzeyleri ve baş etme biçimlerinin çocukların psikolojik belirtilerine etkisi ile ilgili yapılan bir çalışmaya ulaşılamamıştır, fakat ailenin çocuk üzerindeki etkilerinin daha çocuk anne karında iken başladığı, annenin duygu, tepkilerinden bebeğin etkilendiği bilinmektedir (Ekşi,1990). Bu bilgiler göz önüne alındığında çocuk ve ailenin ayrılmaz bir etkileşim içinde olduğu söylenebilir, bu durum çocuğun hastalığında da devam eden bir süreç olarak düşünüldüğünde hasta çocuğun ebeveynin duygusal tepkilerinden etkileneceği şeklinde bir yorum yapmak mümkündür

Raina ve arkadaşları yaptıkları çalışmalarında bakım verenlerin aile üyelerinin iyilik hallerinin yordayıcılarının çocuğun davranışları, bakım gereksinimleri ve aile işlevleri olduğunu belirtmişlerdir. Çocuğun davranış sorunları ile bakım verenin fiziksel, psikolojik sağlığı, benlik saygısı ve stresle başa çıkabilme yetisi arasında ters orantılı ilişki saptanmıştır (Raino ve diğ.,2005). Üneri ve Karadavut'un 2010 yılı çalışmalarında ise ebeveynlerin ruhsal süreçlerinin çocukların yaşam kalitelerini etkilediği göstermişlerdir. Hasta ile bakımını üstlenen kişi arasındaki ilişki, bakımı üstlenenin yaşadığı sıkıntının düzeyini etkilemektedir. Yapılan bir çalışmaya göre bakım veren ve hasta arasındaki ilişki yakınlığının tükenmişliğe etki ettiği belirtilmiş olup, ayrıca bu durumun dolaylı olarak hastaya yansıdığı ve bakım verenin sıkıntısı ve hastasıyla arasındaki ilişkinin kalitesinin, tükenmişlik belirtilerinin ortaya çıkışında rol oynadığı bildirilmiştir (Brodaty, 2000)

Yazında, kanser tanı ve kanser tedavi sürecinin hasta bireyin aile, iş ve sosyal yaşamını etkilemesinin yanı sıra, duygusal durumunu da olumsuz yönde etkilediği, bireyin kanser ve tedavisinin olumsuzluklarından dolayı anksiyete yaşaması ve depresyona girmesi sonucunda, bireyin anlama ve kavrama düzeyi bozulmakta, duygularını paylaşma ve baş etme yöntemlerini kullanma kabiliyetlerinde düşme olmakta, sosyal etkileşimde bulunma ve sosyal destek alma zorlaşmakta, hastalıkla mücadele gücü azalmakta, tedaviye uyumu azaltmakta, hastanede yatış süresini uzatmakta, maliyeti arttırmakta ve yaşam kalitesi olumsuz bir şekilde sekteye uğratmaktadır (Valente, Saunder ve Diagnos, 1997; Jorum, 1996; Petti, 1998).

Kanserli bireylerde hastalığın yanı sıra uyum bozuklukları, anksiyete bozuklukları, depresif sendromlar, organik beyin sendromları (deliryum, demans) ve kişilik bozuklukları oldukça sık görülmektedir. Depresyon ve organik beyin sendromları en sık görülen bozukluklar içindedir (Özkan, 1993; Bostancı, 2007; Küçükkaya, 2007; Yıldırım ve Gürkan, 2010). Şahin ve Durak, (1995) başa çıkma tarzlarından, kendine güvenli yaklaşım ve iyimser yaklaşımın stres, anksiyete ve depresyon düzeylerini düşürürken, kendine güvensiz yaklaşım/çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşımın ise bu düzeyleri arttırdığını, Payne (2001), Dorz ve diğ. (2003), Quattrin ve diğ. (2006) çalışmalarında faal olmayan başa çıkma tarzlarını kullanmanın onkoloji hemşirelerinde stres belirtilerini arttırdığını ve tükenmişliği getiren bir faktör olduğunu bulmuşlardır. Etkin başa çıkma becerileri ile tükenme sendromu arasında negatif bir ilişkinin olduğu göz önüne alındığında onkoloji birimlerinde çalışanlarda ve hasta yakınlarında tükenmenin önlenmesi için başa çıkma ve problem çözme becerilerinin geliştirilmesi, duygu dışı vurumu, pozitif iletişimi sağlama ve destekleme gruplarının olumlu sonuçlar alınabilecek etkin yöntemler arasında olduğu belirtilmektedir (Medlan ve diğ., 2004). Hastalığının her aşamasında hastaların çoğunda psikososyal problemlerin olduğu, bu problemlerin hem kanser hastalığından hem de tedavinin yan etkilerinden ötürü oluşan uyum bozukluğu, anksiyete bozuklukları ve depresyon gibi türlü psikiyatrik bozukluklara sebebiyet verdiği alanyazında birçok çalışmada belirtilmiştir (Ciaramella ve Spiegel, 2012; Güleç ve Büyükkınacı, 2011; Derogatis ve diğ., 1983; Parker ve diğ., 2003). Özetle tez bulgularının ilgili yazınla paralelik gösterdiğini söylemek mümkündür.

6.SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1.Sonuç

1. Hastaların tanı durumlarına göre gruplar arasında ebeveynlerin duygusal tükenme alt ölçeği puanı açısından anlamlı fark bulunmaktadır. Çocuğu hematoloji hastası olan ebeveynlerin çocuğu onkoloji hastası olan ebeveynlere oranla duygusal tükenme düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.
2. Hastaların tanı durumlarına göre gruplar arasında ebeveynlerin tükenmişlik ölçeği puanı açısından anlamlı fark bulunmaktadır. Çocuğu hematoloji hastası olan ebeveynlerin çocuğu onkoloji hastası olan ebeveynlere oranla tükenmişlik düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.
3. Hastaların tanı durumlarına göre gruplar arasında ebeveynlerin kaderci başa çıkma biçimi alt ölçeği puanı açısından anlamlı fark bulunmaktadır. Çocuğu hematoloji hastası olan ebeveynlerin çocuğu onkoloji hastası olan ebeveynlere oranla kaderci başa çıkma düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.
4. Hastaların tanı durumlarına göre gruplar arasında hastaların depresyon alt ölçeği puanı açısından anlamlı fark bulunmaktadır. Hematoloji hastası olan hastaların onkoloji hastası olan hastalara oranla depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.
5. Hastaların tanı durumlarına göre gruplar arasında hastaların somatizasyon alt ölçeği puanı açısından anlamlı fark bulunmaktadır. Hematoloji hastası olan hastaların onkoloji hastası olan hastalara oranla somatizasyon düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.
6. Ebeveynlerin cinsiyetlerine göre gruplar arasında ebeveynlerin tükenmişlik ölçeği puanı açısından anlamlı fark bulunmaktadır. Kadınların erkeklere oranla tükenmişlik düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.
7. Ebeveynlerin cinsiyetlerine göre gruplar arasında hastaların olumsuz benlik alt ölçeği puanı açısından anlamlı fark bulunmaktadır. Ebeveyni kadın olan hastaların

ebeveyni erkek olan hastalara oranla olumsuz benlik düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.

8. Hastaların yaşları ile depresyon ve hostilite ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir. Hastaların yaşı arttıkça; depresyon ve hostilite düzeyleri de artmakta olduğu görülmektedir.

9. Ebeveynlerin eğitim düzeyleri arasında tükenmişlik ölçeği puanı açısından anlamlı fark bulunmaktadır. İlkokul mezunu ve altı olan ebeveynlerin diğer ebeveynlere oranla tükenmişlik düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.

10. Ebeveynlerin eğitim düzeyleri arasında kaderci başa çıkma ölçeği puanı açısından anlamlı fark bulunmaktadır. Ortaokul mezunu ve altı olan ebeveynlerin diğer ebeveynlere oranla kaderci başa çıkma düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.

11. Hastaların eğitim düzeylerine göre gruplar arasında ebeveynlerin problem çözme ölçeği puanı açısından anlamlı fark bulunmaktadır. Çocuğu ortaokul mezunu ve altı olan ebeveynlerin çocuğu lise mezunu ve üzeri olan ebeveynlere oranla problem çözme düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.

12. Hastaların eğitim düzeylerine göre gruplar arasında hastaların depresyon ölçeği puanı açısından anlamlı fark bulunmaktadır. Lise mezunu ve üzeri olan hastaların ortaokul mezunu ve altı olan hastalara oranla depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.

13. Hastaların eğitim düzeylerine göre gruplar arasında hastaların hostilite ölçeği puanı açısından anlamlı fark bulunmaktadır. Lise mezunu ve üzeri olan hastaların ortaokul mezunu ve altı olan hastalara oranla hostilite düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.

14. Hastaların okula devam etme durumlarına göre gruplar arasında ebeveynlerin duygusal tükenme ölçeği puanı açısından anlamlı fark bulunmaktadır. Çocuğu okula devam etmeyen ebeveynlerin çocuğu okula devam eden ebeveynlere oranla duygusal tükenme düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.

15. Hastaların okula devam etme durumlarına göre gruplar arasında ebeveynlerin duyarsızlaşma ölçeği puanı açısından anlamlı fark bulunmaktadır. Çocuğu okula devam etmeyen ebeveynlerin çocuğu okula devam eden ebeveynlere oranla duyarsızlaşma düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.

16. Hastaların okula devam etme durumlarına göre gruplar arasında ebeveynlerin tükenmişlik ölçeği puanı açısından anlamlı fark bulunmaktadır. Çocuğu okula devam etmeyen ebeveynlerin çocuğu okula devam eden ebeveynlere oranla tükenmişlik düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.

17. Hastaların okula devam etme durumlarına göre gruplar arasında ebeveynlerin kaderci baş etme biçimi ölçeği puanı açısından anlamlı fark bulunmaktadır. Çocuğu okula devam etmeyen ebeveynlerin çocuğu okula devam eden ebeveynlere oranla kaderci düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.

18. Hastaların okula devam etme durumlarına göre gruplar arasında hastaların anksiyete ölçeği puanı açısından anlamlı fark bulunmaktadır. Okula devam etmeyen hastaların okula devam eden hastalara oranla anksiyete düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.

19. Hastaların okula devam etme durumlarına göre gruplar arasında hastaların depresyon ölçeği puanı açısından anlamlı fark bulunmaktadır. Okula devam etmeyen hastaların okula devam eden hastalara oranla depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.

20. Hastaların okula devam etme durumlarına göre gruplar arasında hastaların somatizasyon ölçeği puanı açısından anlamlı fark bulunmaktadır. Okula devam etmeyen hastaların okula devam eden hastalara oranla somatizasyon düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.

21. Ebeveynlerin çalışma durumlarına göre gruplar arasında ebeveynlerin tükenmişlik ölçeği puanı açısından anlamlı fark bulunmaktadır. Herhangi bir işte çalışmayan ebeveynlerin çalışan ebeveynlere oranla tükenmişlik düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.

22. Ebeveynlerin çalışma durumlarına göre gruplar arasında ebeveynlerin kaderci baş etme biçimi ölçeği puanı açısından anlamlı fark bulunmaktadır. Herhangi bir işte çalışmayan ebeveynlerin çalışan ebeveynlere oranla kaderci baş etme biçimi düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.

23. Ebeveynlerin çalışma durumlarına göre gruplar arasında hastaların somatizasyon ölçeği puanı açısından anlamlı fark bulunmaktadır. Ebeveyni çalışmayan hastaların

ebeveymi çalışan hastalara oranla somatizasyon düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.

24. Ebeveynlerin gelir düzeylerine göre gruplar arasında ebeveynlerin kaderci baş etme biçimi ölçeği puanı açısından anlamlı fark bulunmaktadır. Geliri giderden düşük olan ebeveynlerin gelir gidere eşit olan ebeveynlere oranla kaderci baş etme biçimi düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.

25. Hastaların tanı alma süreleri arasında ebeveynlerin duygusal tükenme ölçeği puanı açısından anlamlı fark bulunmaktadır . Hastalık tanısını 6-9 ay içinde almış olan hastaların ebeveynlerin diğer ebeveynlere oranla duygusal tükenme düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.

26. Hastaların tanı alma süreleri arasında hastaların anksiyete ölçeği puanı açısından anlamlı fark bulunmaktadır. Hastalık tanısını 6-9 ay içinde almış olan hastaların diğer hastalara oranla anksiyete düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.

27. Hastaların tanı alma süreleri arasında hastaların somatizasyon ölçeği puanı açısından anlamlı fark bulunmaktadır. Hastalık tanısını 6-9 ay içinde almış olan hastaların diğer hastalara oranla somatizasyon düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.

28. Ebeveynlerin duygusal tükenme ölçeğinden aldıkları puanlar ile hastaların anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatiasyon ve hostilete ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir. Ebeveynlerin duygusal tükenme düzeyleri arttıkça; hastaların anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatiasyon ve hostilete düzeyleri de artmakta olduğu görülmektedir.

29. Ebeveynlerin duyarsızlaşma ölçeğinden aldıkları puanlar ile hastaların anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatiasyon ve hostilete ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir. Ebeveynlerin duyarsızlaşma düzeyleri arttıkça; hastaların anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatiasyon ve hostilete düzeyleri de artmakta olduğu görülmektedir.

30. Ebeveynlerin tükenmişlik ölçeğinden aldıkları puanlar ile hastaların anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatiasyon ve hostilete ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir. Ebeveynlerin tükenmişlik düzeyleri

arttıkça; hastaların anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatiasyon ve hostilete düzeyleri de artmakta olduğu görülmektedir.

31. Ebeveynlerin kaderci ölçeğinden aldıkları puanlar ile hastaların hostilete ölçeğinden aldıkları puanlar arasında anlamlı ve pozitif yönde ilişkili olduğu görülmektedir. Ebeveynlerin kaderci düzeyleri arttıkça; hastaların hostilete düzeyleri de artmakta olduğu görülmektedir.

32. Ebeveynlerin iyimserlik / sosyal destek arama ölçeğinden aldıkları puanlar ile hastaların anksiyete, olumsuz benlik ve somatiasyon ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir. Ebeveynlerin iyimserlik / sosyal destek arama düzeyleri arttıkça; hastaların anksiyete, olumsuz benlik ve somatiasyon düzeyleri de düşmekte olduğu görülmektedir.

33. Ebeveynlerin problem çözme ölçeğinden aldıkları puanlar ile hastaların olumsuz benlik ölçeğinden aldıkları puanlar arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir. Ebeveynlerin problem çözme düzeyleri arttıkça; hastaların olumsuz benlik düzeyleri de düşmekte olduğu görülmektedir.

34. Ebeveynlerin çaresiz başa çıkma ölçeğinden aldıkları puanlar ile hastaların anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatiasyon ve hostilete ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir. Ebeveynlerin çaresiz yaklaşım düzeyleri arttıkça; hastaların anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatiasyon ve hostilete düzeyleri de artmakta olduğu görülmektedir.

35. Ebeveynlerin tükenmişlik ve çaresiz başa çıkma düzeyi hastaların anksiyete düzeyini arttırmakta olduğu görülmüştür.

36. Ebeveynlerin tükenmişlik düzeyi hastaların depresyon düzeyini arttırmakta olduğu görülmüştür.

37. Ebeveynlerin tükenmişlik ve çaresiz başa çıkma düzeyi hastaların olumsuz benlik düzeyini arttırmakta olduğu görülmüştür.

38. Ebeveynlerin tükenmişlik düzeyi hastaların somatizasyon düzeyini arttırmakta olduğu görülmüştür.

39. Ebeveynlerin çaresiz başa çıkma düzeyi hastaların hostilete düzeyini arttırmakta olduğu görülmüştür.

Sonuç olarak; kanser tanısı almış çocuğun anne – babaların tükenme düzeyleri ve baş etme biçimlerinin çocukların psikolojik belirtileri yordadığı bu tez çalışmasında vurgulanmaktadır.

6.2. Öneriler

Bu çalışmanın literatür kısmında kronik hastalığın tüm aileye etkilerinden bahsedilmektedir. Bu nedenle aile kavramının bütünüyle ele alınarak yani çalışmaya hasta çocuklar ile var ise sağlıklı kardeşler de dahil edilerek, çalışmanın kapsamının genişletilmesinin, aileyi bir bütün olarak değerlendirmede daha çok bilgi sağlayabileceği düşünülmektedir.

Kanserli çocukların hastalığa ve tedaviye karşı oluşabilecek uyum sorunları ve ruhsal problemlerini saptayabilmek için psikiyatrik konsültasyon hizmetlerinin düzenli olarak sürdürülmesi sağlanmalıdır.

Bu çalışmada kanserli çocukların hastalık ve tedavisinin oluşturabileceği ruhsal problemlerden depresyon, aksiyete, olumsuz benlik, somatizasyon ve hostilete boyutuna bakılmıştır. Yapılacak olan çalışmalarda diğer boyutlarına bakılması önerilebilir.

Çalışma İstanbul ili ile sınırlıdır. Başa çıkma yöntemleri yetiştirilme tarzından ve kültürden önemli derecede etkilendiği düşünülen değişkenlerdir. Bu sebeple araştırmanın daha genel bir sonuca ulaşması açısından farklı kültürel özelliklere sahip şehirlerden de veri toplanması daha faydalı olabilir. Gelecekte yapılacak çalışmaların farklı bölgelerden daha geniş bir örneklem seçmesi daha genel bir sonuca ulaşılmasını sağlayabilir.

KAYNAKLAR

Abd-Allah. (2005). Psychological Aspects of Childhood Chronic Diseases. *National Research Centre*, 1-32.

Adaletli, H. (2009). *Kanserli Çocuk ve Ergenlerde Psikiyatrik Hastalıklar ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi*. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi. İstanbul. İ.Ü. İ.T.F. Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı.

Ağaoğlu, L., Nogay, G. (2011). Kanserın Psikososyal Yönü. A. Ekşi (Ed.), *Ben Hasta Değilim: Çocuk Sağlığı ve Hastalıklarının Psikososyal Yönü içinde* (445-453). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.

Ağaoğlu, Y.F. (2004). Çocukluk Çağında Uygulanan Radyoterapinin Büyüme-Gelişme ve Gonadal Fonksiyonlar Üzerine Etkileri. *Türk Onkoloji Dergisi*,19(4),159-166

Ai,A.L.,Pettersen,C.,Bolling,S.F., Rodgers,W.(2006).Depression Faith-Based Coping and Term Postoperative Global Functioning in Adult and Older Patients Umders Going Cardiac Surgery.*Journal of Psychosomatic Research*,60,21-28

Akçamete, G., Kaner, S., Sucuoglu, B. (1998). *Engelli ve Normal Çocuklarla Çalışan Öğretmenlerin Tükenmişlik ve İş Doyumu Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Karşılaştırılması Olarak İncelenmesi*, 27-29 Mayıs 1998, Ergonomi ve Yaşam Kalitesi VI. Ergonomi Kongresi, Ankara.

Akdemir, N. (1996). *Psikososyal Destek. Hemşireler İçin Kanser El Kitabı*. (I. Baskı) Ankara:IV. Akşam Sanat Okulu Matbaası.175-185.

Akdeniz, C., Aydemir, Ö., Akdeniz, F., Gülseren, Ş.(1999).Kültür S. Sağlık Düzeyi Ölçeğinin Türkçe'ye Uyarlanması ve Güvenilirliği. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 9(2),104-8.

Allen, S.M. Ciambone, D., Welch, L.C.(2000).Stage of Life Course and Social Support as a Mediator of Mood State Among Persons with Disability. *Journal of Aging and Health*,13(3),318-342.

Alparslan, Ö.(2003). *Kronik Hematolojik-Onkolojik Hastalığı Olan Çocukların Kardeşleri ve Annelerine Verilen Hemşirelik Desteğinin Kaygı Düzeyine Etkisi*, Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Alver, B. (2003). *Çeşitli Kamu Kurum ve Kuruluşlarında Çalışanların Empatik Becerileri, Karar Stratejileri ve Psikolojik Belirtileri*, Doktora Tezi. Erzurum: Atatürk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Asarnow, J.R., Bates, S. (1988). Depression in Child Psychiatric Inpatients: Cognitive and Attributional Patterns. *J Abnorm Chil Psychol*,16, 601-615.

Ateşçi, F.Ç., Oğuzhanoglu, N.K., Baltalarlı, B., Karadağ, F., Özdel, O., Karagöz, N. (2003). Kanser Hastalarında Psikiyatrik Bozukluklar Ve İlişkili Etmenler. *Türk Psikiyatri Dergisi*,14,145-52.

Aygen, S. (2011). *Otizm Tanısı Almış Çocuk ve Ergenlerin Annelerinde Aleksitimi Düzeyinin Yordanması*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul:Maltepe Üniversitesi .Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Ayoğlu, T.(2003).*Ameliyat Öncesi ve Sırası Bilgi Vermenin Hasta Ailelerinin Anksiyete Düzeylerine ve Kan Basıncı Değerlerine Etkisi* Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı.

Bağ, B. (2013).Kanser Hastalarında Uzun Dönemde Görülen Sorunlar. (Long Term Psychosocial Problems in Cancer Patients) *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* (Current Approaches in Psychiatry),5(1),109-126.

Baklacı, E. (2013). *İş Stresi ve Tükenmişlik Arasındaki İlişki: Banka Çalışanları Üzerinde Bir Araştırma*. Yüksek Lisans Tezi. Hatay: Mustafa Kemal Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Ballı, E. (2005). *Psikiyatri Kliniğine Sevk Edilme Değişkenine Göre Erbaş ve Erlerin Algılanan Sosyal Destek Kişilik Özellikleri ve Stresle Başa Çıkma Stratejilerinin Karşılaştırmalı Olarak İncelenmesi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Barut, Y., Kalkan, M. (2002). On Dokuz Mayıs Üniversitesi Öğretim Elemanlarının Tükenmişlik Düzeylerinin İncelenmesi.*On Dokuz Mayıs Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*,14, 66–77.

Bauld, C., Anderson, V., Arnold, J. (1998).Psychosocial Aspects of Adolescent Cancer Survival, *J. Paediatr. Child Health*,34, 120-126.

Baykan, Z., Baykan, A., Naçar, M. (2010). Kronik Hastalıklı Çocukları Olan Ailelerin Yaşam Doyumlarının İncelenmesi. *Yeni Tıp Dergisi*, 27,174-177.

Bayraktar, S. (2011).*Korkulu Rüyamız Kanser*. İstanbul :Nobel Tıp Kitabevi

Beutel, M.E., Schulz, H. (2011).Epidemiologie Psychisch Komorbider Störungen Bei Chronisch Körperlichen Erkrankungen. *Bundesgesundheitsbl*,54,15–21.

Bleyer, W.A., Viny, A., Barr, R. (2006).Cancer in 15 To 29 Year-Olds By Primary Site. *Oncologist*, 11, 590-601.

Boekaerts, M., Roder, I. (1999). Stress, Coping and Adjustment in Children with a Chronic Disease: A Review of the Literature. *Disabil Rehabil*, 21, 311-337.

Bostancı, N. (2007). *Psikososyal Sorunlar-Anksiyete*. Can G (Editör). Onkoloji Hemşireliğinde Kanıta Dayalı Semptom Yönetimi. Pharma Publication Planning, Mavi İletişim Danışmanlık. 229- 39.

Boyle, P., Levin, B. (2008). Dünya Kanseri Raporu. Lyon, Fransa: *Uluslararası Kanseri Araştırmalar Kurumu*.
http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789283204237_tur_p1-104.pdf

Brodsky H. (2000). *Alzheimer Hastalığında İlaç Tedavisi ve Aileler. Alzheimer Hastalığının Farmakoterapisi*. Ankara: Yelkovan Yayıncılık

Budak, S. (2009). *Psikoloji Sözlüğü*. Ankara: Bilim ve Sanat Yayınları.

Burke, R.J., Weir, T. (1978). Sex Difference in Adolescent Life Stress, Social Support, and Well-Being. *The Journal of Psychology*, 98, 277-278.

Ciaramella, A., Spiegel, D. (2012). Psychiatric Disorders Among Cancer Patients. *Handb Clin Neurol*, 106, 557-572.

Cin, Ş. (2004). *Ankara Üniv. Tıp Fak. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kitabı. 2*. Ankara.

Chang, P.N. (1991). Psychosocial Needs of Long-Term Childhood Cancer Survivors: A review of Literature. *Pediatrician*, 18:20- 24.

Craven, J.L., Rodin, G.M., Johnson, L. et al. (1987) The Diagnosis of Major Depression in Renal Dialysis Patients. *Psychosom Med*, 49:482-492.

Criss, W.E. Baysal, A., (1999). *Kanserden Korunmak İçin Beslenme Rehberi* içinde (7-12). Baysal A (çev). 1. Baskı. Ankara : Hatipoğlu Yayınevi.

Çam, O. (1992). Tükenmişlik Envanterinin Geçerlik ve Güvenirliliğinin Araştırılması, VII. Ulusal Psikoloji Kongresi Bilimsel Çalışmaları. Ankara: Hacettepe Üniversitesi VII. Ulusal Psikoloji Kongresi Düzenleme Kurulu ve *Türk Psikologlar Derneği Yayını*, 155-159.

Çavuşoğlu, H. (2001). Depression in Children with Cancer. *Journal of Pediatric Nursing*, 16(5), 380-384.

Çavuşoğlu, H. (2004). *Çocuk Sağlığı Hemşireliği*. Ankara: Sistem Ofset Basımevi. 14-19

Çelebi, B.K. (2009). *Beta-Talasemi Major Hastalarında Psikiyatrik Komorbidite Sıklığı Ve Psikiyatrik Bozuklukların Yaşam Kalitesi ile İlişkisi*. Uzmanlık tezi. İstanbul.

Dağ, İ. (1991). Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R)'nin Üniversite Öğrencileri İçin Güvenirliliği ve Geçerliliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2(1), 5-12.

Deniz, M.Ç. (2011). *Ayaktan Kemoterapi Alan Hastalar ve Yakınlarında Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi*. (Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi). Edirne:Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği ABD.

Deniz, Ü., Aral, N. (2003).Kronik Hastalığı Olan ve Olmayan Çocukların Davranış Problemlerinin Yaş ve Cinsiyete Göre İncelenmesi. *Çağdaş Eğitim Dergisi*,28,37-44.

Derogatis, L.R., Morrow, GR., Fetting, J., Penman, D., Piasetsky, S., Schmale, A.M.,Henrichs, M., Carnicke, CL. Jr. (1983).*The Prevalence of Psychiatric Disorders Among Cancer Patients*, JAMA. 249,751-757

Dinçer, M. (2000). *Kanserden Korunma. Klinik Onkoloji*. Editörler: Erkan Topuz, Adnan Aydınler, Ahmet Nafiz Karadeniz, İÜ Onkoloji Enstitüsü Yayınları:06, Tunç Matbaası, İstanbul, 59-62

Dorz,S., Novara, C., Sıca, C., Sanavio, E.(2003). Predicting Burnout Among HIV/AIDS and Oncology Health Care Workers. *Psychology and Health*,18(5),677-684

Dungwa, J.W., Hunt, L.P., Ramani, P. (2011).Overexpression of Carbonic Anhydrase and HIF 1a in Wilms Tumours. *BMC Cancer*,11,390.

Duran, S. (2009). *Ankara'da Bir Üniversite Hastanesi'nde Takip Edilen Çocuk Hematoloji Onkoloji Hastalarında ve Annelerinde Depresyon Sıklığı ve Yaşam Kalitesi Değerlendirmesi*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Ankara:Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı ABD.

Duyan, V. (2001). HIV/AIDS'e İlişkin Damgalama ve Sosyal Destek. *Sağlık ve Toplum*,11(1), 3-11.

Duygun, T. (2001). *Zihinsel Engelli ve Sağlıklı Çocuk Annelerinde Stres Belirtileri Stresle Başa Çıkma Tarzları ve Algılanan Sosyal Desteğin Tükenmişlik Düzeyine Olan Etkisi*. *Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. Ankara: Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Duygun, T., Sezgin, N., (2003). Zihinsel Engelli ve Sağlıklı Çocuk Annelerinde Stres Belirtileri, Stresle Başa Çıkma Tarzları ve Algılanan Sosyal Desteğin Tükenmişlik Düzeyine Olan Etkisi. *Türk Psikoloji Dergisi*,18 (52), 37 – 52.

Earle, E.A., Clarke, S.A., Eiser, C., Sheppard, L. (2006). 'Building a New Normality': Mothers' Experiences of Caring for a Child with Acute Lymphoblastic Leukaemia. *Child: Care, Health and Development*,33(2), 155-160.

Eden, O.B.,Black, I.,Mac, K., G.A.,Emery,A.E.(1994). Communication with Parents of Children with Cancer. *Palliat Med*, 8 (2),105-114.

Eisenberg, S., Paterson, L.E. (1979).Helping Clients with Special Concerns Haughton Mifflin Co. *Press. Boston*,218-239.

Eker, D., Arkar, H., Yaldız, H.(2001).Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Gözden Geçirilmiş Formunun Faktör Yapısı Geçerlik Ve Güvenirliği, *Türk Psikiyatri Dergisi*,12(1),17-25.

Ekşi, A. Çocuk, Genç, Ana Babalar, Bilgi Yayınevi, Ankara, 1990.

Elbi, H. (2001).Kanser ve Depresyon, *Psikiyatri Dünyası*,5, 510.

Elçigil, A. (2007). Kanserli Çocuk Okula Gidebilir Mi? Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi,11(2):40–46.

Elçigil, A.,Tuna,S.(2011).Kanser Tedavisi Biten Çocukların Yaşadıkları Sorunlar ve Bakımlarında Hemşirenin Rolü,*Türk Onkoloji Dergisi*,26(3), 134-141.

Er, M.D. (2006). Çocuk, Hastalık, Anne-Babalar ve Kardeşler. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 49, 155-168.

Er, M.D., Mağden, D. (1994).Hastaneye İlk Kez Yatan Üçdokuz Yaş Arasındaki Çocuklarda Görülen Davranış Değişiklikleri. *Sağlık Dergisi*, 66, 11-18.

Erdem, E. (1999). *Kanserli Çocukların Anne/Babalarının Yaşam Kalitesi*. (Yayımlanmamış Bilim Uzmanlığı Tezi). Ankara:Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Ergin, C. (1992). Doktor ve Hemşirelerde Tükenmişlik ve Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin Uyarlanması. Bayraktar, R ve Dağ, İ. (Eds.). VII. Ulusal Psikoloji Kongresi Bilimsel Çalışmaları.143-154

Erdem, E.(2006). *Kanserli Çocuğu Olan Ailelere Evde Verilen Hemşirelik Hizmetlerinin Değerlendirilmesi*. Doktora Tezi.Ankara.

Ertan, A.E., Şengelen, M., Acar, V.S. (2004).Önlenebilir Çocukluk Çağı Kanserleri. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*,26,48-54.

Esparza, S.D., Sakamoto, K.M.(2005). Topics in Pediatric Leukemia – Acute Lymphoblastic Leukemia. *MedGenMed*, 7,23.

Eylen, B. (2001).*Bilgi Verici Danışmanlığın Kanser Hastalarının Ailelerinin Sosyal Destek Becerileri Üzerine Etkisi* .Doktora Tezi. Ankara: Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Frühwald MC, Rutkowski S. (2011).Tumors of The Central Nervous System in Children and Adolescents. *Dtsch Arztebl In*,108,390–397

Fuemmeler,B.F., Elkin,T.D., Mullinsa, L.L.(2002). Survivors of Childhood Brain Tumors:Behavioral,Emotional and Social Adjustment. *Clinical Psychology Review*, 22,547-585.

Galjchen, M. (1999). *Psychosocial Issues in Cancer Care*. Editor: Christine Miaskowski, Patricia Buchsel "Oncology Nursing Assessment and Clinical Care 1st ed. New York, Mosby. 305-317.

Gençtan, E. (1984). *Çağdaş Yaşam ve Normal Dışı Davranışlar*. (Üçüncü Baskı). Ankara: Maya Yayıncılık.

Ghanizadeh, A., M.D, Khajavian, S., M.D. and Ashkani, H., M.D. (2006). Prevalance of Psychiatric Disorders, Depression and Suicidal Behavior in Child and Adolescent With Thalassemia Major. *J Pediatr Hematol Onkol*, 28, 781-784.

Given, B.A., Given, C.W., Helms, E., Stommel, M., DeVoss, D.N. (1997). Determinants of Family Care Giver Reaction: New and Recurrent Cancer. *Cancer Pract*, 5:17-24.

Golfieri, L., Lauro, A., Tossani, E., Sirri, L., Dazzi, A., Zanfi, C., Vignudelli, A., Amaduzzi, A., Cucchetti, A., LaBarba, G., Pezzoli, F., Ercolani, G., Vivarelli, M., Delguadio, M., Ravaioli, M., Cescon, M., Grazi, G.L., Grandi, S., Pinna, A.D. (2007). Coping Strategies in İntestinal Transplantation . *Transplantation Proceedings*, 39, 92-94.

Goodheart, C.D., Lansing, M.H. (1997). *Treating People with Chronic Disease: A Psychological Guide* (2. Baskı). Washington, DC: American Psychological Association.

Gökler, B. (1996). Ölümçül Hastalıklar Karşısında Çocuk, Aile ve Hekim. *Katkı Pediatri Dergisi*, 17, 919-924.

Gökler, I. (2008). *Sistem Yaklaşımı ve Sosyal-Ekolojik Yaklaşım Çerçevesinde Oluşturulan Kavramsal Model Temelinde Kronik Hastalığı Olan Çocuklar ve Ailelerinde Psikolojik Uyumun Yordanması*. (Yayımlanmamış Doktora Tezi). Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji ABD, Ankara.

Guni, Ö. (2005). *Kanserli Birey ve Ailelerinin Sosyal Destek Algılarının Değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Güdek, K. (1999). *Çocuklarda Görülen Kanserlerin Tedavisinde, Aile ve Akraba Desteklerinin Öneminin Tıbbi Sosyal Çalışma Yönünden Araştırılması*. Yüksek Lisans Tezi .İstanbul :İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Gül, H. (1995). *Türkiye' de Mesleki Kanser Epidemiyolojisi*. Doktora Tezi. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Prevatif Onkoloji Anabilim Dalı, İstanbul.

Güleç, C. (2009). *Pozitif Ruh Sağlığı*. Ankara: Arkadaş Yayıncılık.

Güleç, G., Büyükkıncı, A. (2011). Kanser Ve Psikiyatrik Bozukluklar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*, 3, 343-367.

Gültekin, B. (2010). Ruhsal Bozuklukların Önlenmesi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*,2(4), 583-594.

Gümüş, B.A. (2006). Meme Kanserinde Psikososyal Sorunlar ve Destekleyici Girişimler. *Meme Sağlığı Dergisi*,2(3),108-14.

Hardman, A., Maguire, P., Crowther, D., (1989).The Recognition of Psychiatric Morbidity on a Medical Oncology Ward. *J Psychosom Res*, 33,235-239.

Hewitt, M., Weiner, S.L., Simone, J.V. (2003). Childhood Cancer Survivorship: Improving Care and Quality of Life. Washington, DC: *National Academics Press*.

Holmes, D.,(1997). *Abnormal Psychology*. 4th edition .London: Allyn and Bacon

Işıkkhan, V. (2001). *Terminal Dönemdeki Kanser Hastalarının Bakımı, İnsani Gelişme ve Sosyal Hizmet* .Prof. Dr. Nesrin Koşar'a Armağan. Ankara: Aydınlar Matbaası.

Izgar, H. (2003) *Okul Yöneticilerinde Tükenmişlik*, Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.

Jorum, EA. (1996). Quality of Life in Survivors of Hogkins' Disease. *Quality of Life Research*,5(5), 257-267

Kadan-Lottick, NS. (2007).*Epidemiology of Childhood and Adolescent Cancer*. In Kliegman RM, Behrman RE, Jenson HB, Stenton BF (eds). Nelson Textbook of Pediatrics, Philadelphia, Saunders Elsevier, 18th edition.2097-2100

Karabuğa, H. (2009).*Kanserli Hastalara Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Karabulut, E. (2007), *Aktif Sporcuların Yarışma Öncesi ve Sonrası Psikolojik Belirtileri ile Reaksiyon Zamanları Arasındaki İlişkilerin Çeşitli Değişkenlere Göre İncelenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum: Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Karahan, Ş. (2008). *Özel Eğitim Okullarında Çalışan Eğitimcilerin Özyeterlik Algılarının ve Tükenmişlik Düzeylerinin İncelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Marmara Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü.

Karakavak, G.,Çırak, Y. (2006). Kronik Hastalıklı Çocuğu Olan Annelerin Yaşadığı Duygular. *İnönü Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*.7 (12), 95-112.

Karancı, N. A., Alkan, N., Akşit, B., Sucuoğlu, H., Balta, E. (1999). Gender Differences in Psychological Distres, Coping, Social Support and Related Variables Following The 1995 Dinar (Turkey) Earthquake. *North American Journal of Psychology*, 1(2), 189-204.

Karasar, N. (2003). *Bilimsel Araştırma Yöntemi: Kuramlar, İlkeler, Teknikler*. 24. Basım. Ankara: Nobel Yayınları.

Kappeli, S.(2005).Religious Dimensions of Suffering from and Coping with Cancer:A Comparative Study of Jewish And Christian Patients.*Gynegologic Oncology*,99,135-136

Kebudi, R. (2006). Terminal Dönemde Kanserli Çocuk ve Ailesine Yaklaşım. *Türk Onkoloji Dergisi*, 21(1), 37-41.

Keefe, F. J., Caldwell, D. S., Queen, K. T., Gil, K. M., Martinez, S., Crisson, S. E., Ogden, W., & Nunley, Y. (1987).Pain Coping Strategies İn Osteoarthritis Patients. *Journal of Counsulting and Clinical Psychology*, 55(2),208- 212.

Kelleci, M., Aydın, D., Sabancıogullari, S., Doğan, S. (2009). Hastanede Yatan Hastaların Bazı Tanı Gruplarına Göre Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri. *Klinik Psikiyatri Dergisi*,12,90-98.

Kennedy ,C. , Kools, S., Kong, S. K. F., Chen,J.L., Franck, L., Wong, T. K. S.(2004). Behavioural, Emotional and Family Functioning of Hospitalized Children in China And Hong Kong, International Council of Nurses.*International Nursing Review*, 51, 34–46

Kesimci, A. (2003). *Perceived social support, coping strategies and stress-related growth as predictors of depression and hopelessness in breast cancer patients*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Ankara: Orta Doğu Teknik Üniversitesi.

Kılıç, M. (1987). *Değişik Psikolojik Arazilara Sahip Olan ve Olmayan Öğrencilerin Sorunları*, Doktora Tezi,Ankara: Hacettepe Üniversitesi

Kılıçkap, S. (2009). *Kanser Hastalarında Yaşam Kalitesi İle Hastalığın Klinikopatolojik Özellikleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi*.Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kanser Epidemiyolojisi Programı.

Kızılcı, S. (1997). Kemoterapi Alan Kanserli Hastalar ve Yakınlarının Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. Yayımlanmamış Doktora Tezi.Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Kızıler, E. (2007). *Kanserli Çocuğu Olan Ailelerin Sosyal Destek Algisi, Umutsuzluk ve Başetme Davranışları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Ankara :GATA Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Kulkarni R, Soucie JM. (2011). A Review. Semin Thromb Hemost. *Pediatric Hemophilia*, 37: 737-44

Kurt, S.A. , Çetinkaya, Ş.(2008). Lösemili Çocuklarda Yasam Kalitesi ve Hemşirelik Bakımı, *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 3(8): 35-54

Kutluk, T, Kars, A. (1994). *Kanser Konusunda Genel Bilgiler*. Ankara: Türk K,nser Araştırma ve Savaş Kurumu Yayınları.

Kutluk, T.(2006).*Çocukluk Çağı Kanserlerinin Epidemiyolojisi*. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Sempozyum Dizisi, No: 49, Mayıs:11-16

Küçükkaya, P. G. (2007).*Psikosozyal SorunlarAnksiyete*. Can, G.,ed. Onkoloji Hemşireliğinde Kanıta Dayalı Semptom Yönetimi. İstanbul: Pharma Publication Planning, Mavi İletişim Danışmanlık.243- 51.

Larsen LS. (1998).Effectiveness of a Counseling İntervention to Assist Family Caregivers of Chronically Ill Relatives. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*, 36:26-32.

Lazarus, R. S.,(1993).Coping Theory And Research: Past,Present And Future.*Psychosomatic Medicine*,55,234-243.

Lazarus, R. S.,Folkman, S. (1984). Stress, Appraisal, and Coping. *New York: Springer*.

Lazarus, R. S.,Folkman, S. (1986). *Cognitive Theories of Stress and The İssue of Circularity*. In M H Appley and R Trumbull (Eds), (1986). Dynamics of Stress. Physiological, Psychological, and Social Perspectives (pp. 63–80). New York,: Plenum.

Lebel, A. (2005). Cancer Pain and Palliative Care in Children. *Techniques in Regional Anesthesia&Pain Management*,9(3),145-51.

Lebovits, A. H., Croen, L. G., Goetzl, R. Z. (1984). Attitudes Towards Cancer: Development of the Cancer Attitudes Questionnaire. *Cancer*, 54, 1124-1129.

Lewis, FM.(1999).*Family İssue İn Cancer Care*. In: Miaskowski C,Buchsel P,ed. Oncology Nursing Assessment and Clinical Care, 1st ed.New York,Mosby, 319-328.

Lieb, R., Pfister, H., Mastaler, M.,et al. (2000).Somatoform Syndromes and Disorders in A Representative Population Sample of Adolescents and Young Adults: Provanence, Comorbidity and Impairment. *Acta Psychistr Scand*,101:194-208.

Lightfoot T.,Roman E .(2004). Causes of Childhood Leukaemia and Lymphoma. *Toxicology and Applied Pharmacology*, 199,104– 117

Lode, K.Larsen, J.P., Bru,E., Klevan,G.Myhr, K.M.,Nyland,H.(2007).Patient İnformation and Coping Styles in Multiple Sclerosis. *Multiple Sclerosis*,13,792-799.

Luescher, J.L. Dede, D.E. Gitten, J.C. Fennell, E., Maria, B.L .(1999).Parental burden,Coping and Family Functioning in Primary Caregivers of Children with Joubert Snyderome.*Journal of Child Neurology*,14,642-648.

Macneil G, Kosberg JI, Durkin DW, Dooley WK, Decoster J, Williamson GM. (2010).Caregiver Mental Health And Potentially Harmful Caregiving Behavior: The Central Role of Caregiver Anger. *Gerontologist*,50:76-86.

Magliano,L.,Fadden,G.,Economou,M.(1998).Social and Clinical Factors İnfluencing the Choice of Coping Strategies in Relatives Of Patients with Schizophrenia: Result of the Biomed 1study.*Social Psychiatry Psychiatr Epidemiol*,33,413-419.

Maslach, C., Jackson, S. E. (1981). The Measurement of Experienced Burnout. *Journal of Occupational Behavior*, 2 (2), 99-113.

Maslach, C., Jackson, S.E. (1986). *Maslach Burnout Inventory: Second Edition*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Maslach, C. Zimbardo, P. G. (1982). Burnout – The Cost of Caring, *New Jersey*, p.3

Maurice, S. H., Oort, F.J, Last, B.F., Grootenhuis M. (2008). Emotional Functioning of Parents of Children with Cancer: The First Five Years of Continuous Remission After the end of Treatment. *Psycho-Oncology*, 17, 448-459

McCubbin, M., McCubbin, H. (1996). *Resiliency in Families: A Conceptual Model of Family Adjustment and Adaptation in Response to Stress and Crisis*. In: Mccubbin H, Thompson A, Mccubbin M, Editors. Family Assessment: Resiliency, Coping and Adaptation-Inventories for Research and Practice. Madison: University of Wisconsin System.

Medlan, J., Ruben, J.H., Whitaker, E. (2004). Fostering Psychosocial Wellness in Oncology Nurses: Addressing Burnout and Social Support in Workplace. *Oncology Nursing Forum*, 31(1),47-54.

Mody et al. (2008). *Twenty-Five-Year Follow-Up Among Survivors of Childhood Acute Lymphoblastic Leukemia: A Report from the Childhood Cancer Survivor Study*. *Blood* 111;12, 5515-5523.

Moen P, Robison J, Dempster-McClain D. (1995) Caregiving and Women's Well-Being: a Life Course Approach. *J Health Soc Behav* ,36:259-273.

Nijboer, C., Triemstra, M., Tempelaar, R., Sanderman, R., van den Bos G.A. (1999). Determinants of Caregiving Experiences And Mental Health of Partners of Cancer Patients. *Cancer*, 86:577-588.

Noll, R.B., Leroy, S.S., Bukowski, W.M (1991). Peer Relationships and Adjustment of Children with Cancer. *Journal of Pediatric Psychology*, 16,307-326.

Oeffinger, KC., Robison, LL. (2007). *Childhood Cancer Survivors, Late Effects, and A New Model for Understanding Survivorship*. *JAMA*; 297, 2762-4.

Ogden, G.R., Wight, A.J.(1998). Etiology of Oral Cancer: Alcohol. *Br J Oral Maxillofac Surg*;36(4):247-51

Ören, N., Türkoglu, H. (2006). Öğretmen Adaylarında Tükenmişlik. *Muğla Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 16.

Öz, F. (2004a). Hacettepe Üniversitesi Onkoloji Hastanesi Ruh Sağlığı Birimine Başvuran Kanser Hastalarının Özellikleri ve Sorun Alanları. *Türk Hematoloji Onkoloji Dergisi* 1(14): 33-39.

Öz, F. (2004b). *Sağlık Alanında Temel Kavramlar*, İmaj İç ve Dış Ticaret AŞ. , Ankara, 1-16.

Özbesler, C.(2001). *Çocukluk Çağı Lösemileri ve Sosyal Destek Sistemlerinin Aile İşlevlerine Etkisi*. Doktora Tezi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Özdamar, K., (2004). *Paket Programlar ile İstatistiksel Veri Analizi 1.Genişletilmiş Baskı*, Kaan Kitapevi.

Özer, H.,Dede, D.,Koç, M.,Eren, T. ve Kırkpınar,İ.(1997).*Kanserli Hastalarda Radyoterapi Öncesi ve Sonrası Depresyon, Anksiyete, Umutsuzluk Düzeylerinin Karşılaştırılması*. VI. Anadolu Psikiyatri Günleri (Editör: İsmet Kırkpınar).İstanbul.

Özkan, S., Armay, Z. (2007). *Psiko-Onkoloji: Yaş dönemleri ve Kanser*. İstanbul: Novartis Oncology.

Özkan S. (1993).*Psikiyatrik Tıp: KonsültasyonLiyezon Psikiyatrisi*. İstanbul: Roche, 83-291.

Özkan, S. (2000). *Hastalıklara Psikolojik Tepkiler*. İçinde Özkan, S. (Ed.), *Konsültasyon-Liyezon Psikiyatrisi 1998-1999*. İstanbul: İstanbul Tıp Fakültesi, Psikiyatri ABD Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Bilim Dalı;27-30.

Özkan, S. (2002).*Zihinsel Engelli ve Normal Çocuğa Sahip Ailelerin Algıladıkları Sosyal Destek ve Depresyon Düzeylerinin İncelenmesi*. Ankara: Ankara Üniversitesi Yüksek Lisans Tezi.

Öztürk, M., Zoroğlu, S., Tüzün, Ü., Öztürk, G., (1996).Kronik Hastalığı olan Çocuklarla Sağlıklı Kontrol Grubunda Davranış Özelliklerinin İncelenmesi. *Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Roche*, 298–303.

Parker P.A, Baile W.F, Moor C.D, Cohen L. (2003).Psychosocial and Demographic Predictors Of Quality of Life in A Large Sample of Cancer Patients. *Psychooncology*, 12,183-193.

Patenaude, A.F., Kupst, M.J.(2005). Psychosocial Functioning in Pediatric Cancer. *J Pediatr Psychol*, 30(1),9-27.

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

Patterson, P., Moylan, E., Bannon, S., Salih, F.(2000).Needs Analysis of Cancer Education Program in South Western Sydney. *Cancer Nursing*,23(3):186- 192.

Payne, N. (2001). Occupational Stressors And Coping As Determinanats of Burnout in Female Hospice Nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 33(3),396-405.

Pelsma, D. M., Roland, B., Tollefson, N., & Wigington, H. (1989). Parent Burnout: Validation of the Maslach Burnout Inventory with Samples of Mothers. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 22,81-87.

Petti, H.G. (1998).Relationship Between Quality of Life and Depression in Patients With Head and Neck Cancer. *Laryngoscope*,108,147-52.

Pinotti, J.A., M.D, Barros, A.C.S.D., M.D, Hegg, R., M.D, Zeferino, L.C., M.D, (1995), Breast Cancer Control Program in Developing Countries, *Breast Dis.*, Elsevier Science Inc., 8:243-250.

Raina, P., O'Donnell, M., Rosenbaum, P., Brehaut, J., Stephen, D., Walter, S.D. et al. (2005).The Health and Well-Being of Caregivers of Children with Cerebral Palsy. *Pediatrics*, 115:e626-e636.

Quattrin, R., Aanini, A., Nascig, E., Annunziata, M.A., Calligaris, L., Brusaferrro, S. (2006). Level of Burnout Among Nurses Working in Oncology in an Italian Region. *Oncology Nursing Forum*. 33(4),815-820.

Quine, L., Pahl,J. (1991).Stres and Coping in Mothers Caring for a Child with Severe Learning Difficulties: A test of Lazarus Transactional Model of Coping. *Journal of Community and Applied Social Psychology*,1,57-70

Ruland, C.M., Hamilton, G.A., Schjødt-Osmo, B.(2009). The Complexity of Symptoms and Problems Experienced in Children with Cancer: A Review of The Literature. *Journal of Pain Symptom Manage*, 37(3):403-18.

Sat, S. (2011).*Örgütsel ve Bireysel Özellikler Açısından İş Doyumu ile Tükenmişlik Düzeyi Arasındaki İlişki: Alanya'da Banka Çalışanları Üzerinde Bir İnceleme*. Yüksek Lisans Tezi. Adana: Çukurova Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Savaşır, I., Şahin, N. H. (1997), *Bilişsel Davranışçı Terapilerde Değerlendirme: Sık Kullanılan Ölçekler*, No: 9, Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.

Sawyer, M., Antoniou, G., Rice, M., et al. (2000). Childhood Cancer: A4-Year Prospective Study of the Psychological Adjustment of Children and Parents. *Journal of Pediatric Hematology / Onkology*, 22(3), 214–220.

Schulz, R., Beach, S. (1999). Caregiving as a risk factor for mortality. *JAMA* 282:2215- 2219.

Seçkin, Z.(2014).*Psikolojik Sözleşme*. Bedük, A. (Ed.). *Örgüt Psikolojisi, Yeni Yaklaşımlar- Güncel Konular*(1-30). Konya: Atlas Akademi .

Sefil, Y. (2000).*Çocukluk Kanserlerinin Aile ve Çocuk Üzerindeki Etkileri*. Yüksek lisans tezi. İstanbul: Marmara Üniversitesi.

Segmenli, S. (2001). *Rehber Öğretmenlerin Tükenmişlik Düzeylerinin incelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Seligman, M.E.P., Maier, S.F. (1967). Failure to Escape Traumatic Shock. *Journal of Experimental Psychology*, 74, 1-9.

Sipahi, B. (2001). *Kanserli Çocuğu Olan Annelerin Kaygı Depresyon Düzeyleri ve Duygu Dışavurumlarının Psikososyal Açısından İncelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul

Sloper, P. (2000). Needs and Responses of Parents Following The Diagnosis of Childhood Cancer. *Journal of Child Care Health Development*, 22 (3):187.

Sürgevil, O. (2006). *Çalışma Hayatında Tükenmişlik Sendromu, Tükenmişlikle Mücadele Teknikleri*. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.

Svarsdootir, E.K., Sigurdardottir, A.O. (2006). Developing a Family Level Intervention For Families of Children With Cancer. *Oncology Nursing Forum*.

Şahin, N., Durak, A. (1994), "Kısa Semptom Envanteri (Brief Symptom Inventory-BSI): Türk Gençleri İçin Uyarlaması", *Türk Psikoloji Dergisi*, 9(31), 44- 56.

Şahin, N.H., Durak, A. (1995). Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği: Üniversite Öğrencileri İçin Uyarlanması. *Türk Psikoloji Dergisi*, 10(34), 56-73.

Şanlı, S. (2006). *Adana İlinde Çalışan Polislerin İş Doyumu Ve Tükenmişlik Düzeylerinin Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Çukurova :Çukurova Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Şıklar, E., Tunalı, D. (2012). Çalışanların Tükenmişlik Düzeylerinin İncelenmesi: Eskişehir Örneği. *Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 33, 75-84.

Tak, Y.R., McCubbin, M. (2002). Family Stress, Perceived Social Support and Coping Following The Diagnosis of A Child's Congenital Heart Disease. *Journal of Advanced Nursing*, 39 (2), 190-198.

Taş, F., Aydın, A. (2000). *Kanserin Nedenleri, Sigara ve Kanser İlişkisi, Diyet ve Kanser*. İçinde Topuz, E., Aydın, A., Karadeniz, A. N. (Ed.), Klinik Onkoloji. İstanbul: Tunç Matbası.

Tonge, B.J. (1988) *Anxiety in Adolescence*. Handbook of Anxiety. (Ed: M.Roth and oth) vol.2. Amsterdam: Elsevier Science Publisher.

Toros, F., Tot, Ş., Düzovalı, Ö. (2002). Kronik Hastalığı Olan Çocuklar, Anne ve Babalarındaki Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri, *Klinik Psikiyatri*, 5:240-247.

Toros, F., Tot, Ş. (2002). *Kanser Kronik Hastalığı Olan Çocukların, Anne ve Babaların Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri*. XI: Anadolu Psikiyatri Günleri. Program ve Özet Kitabı.

Tümkaya, S. (2001). Denetim Odakları Farklı İlkokul Öğretmenlerinin Bazı Değişkenlere Göre Tükenmişlikleri. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 15(2), 29-40.

Türe, M.E. (2008). *Özel Eğitim Sektöründe Çalışan Bireysel Eğitimcilerin Tükenmişlik Düzeyleri*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Maltepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Zoroğlu, S. S., Tüzün, Ü., Öztürk, M., Şar, V. (2000). Çocuk ve Ergenlerde Dissosiyatif Bozukluk: 36 Olgunun Gözden Geçirilmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 1(4), 197-206.

Ulutin, H.C. (2006). Kanserli Hastada Psikolojik Sorunlar. *FTR Bil Der*, 9,39-41.

Urhan, G. (1998). *Cerebral Palsy'li Çocuk Varlığının Aile İşlevlerine Etkisi ve Sosyal Hizmetler*. Yüksek Lisans Tezi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Üneri, Ö.Ş., Karadavut, K.İ. (2010). Parent-reported quality of life of children with cerebral palsy: a preliminary study. *Nöropsikiyatri Arşivi - Archives of Neuropsychiatry*

Valente, S.M., Saunders, JM. (1997). Diagnosis and Treatment of Major Depression Among People with Cancer. *Cancer Nurs*;20(3),168-77.

Varan, A., Kebudi, R.(2011); Secondary Malignant Neoplasms After Childhood Cancer. *Pediatr Hematol Oncol*, 28, 345-53.

Von Essen, L., Enskar, K., Larsson, B., Sjöden, P.O. (2000). Self-Esteem, Depression and Anxiety Among Swedish Children and Adolescent on and off Cancer Treatment. *Acta Paediatr*, 89, 229-236.

Wasserman, A.L. (1994); Principles of Psychiatric Care of Children and Adolescent with Medical Illnesses. *Child Adolescents Psychiatr Clin*, 3, 486-502.

Wentzel, K. R. (1998). Social Relationships and Motivation in Middle School: The Role of Parents, Teachers, and Peers. *Journal of Educational Psychology*, 90(2), 202.

Wong, M., Chan, S., (2005). The Coping Experience of Chinese Parents of Children Diagnosed with Cancer, *Journal of Clinical Nursing*;14,648-649.

Wong, M., Chan, S., (2006). The Qualitative Experience Of Chinese Parents With Children Diagnosed of Cancer, *Journal of Clinical Nursing*, 15,710- 717

Yalçın, B., Kremer, L.C.M., Caron, H.N, van Dalen EC. (2010). *High-Dose Chemotherapy and Autologous Haematopoietic Stem Cell Rescue for Children with High-Risk Neuroblastoma*. Cochrane Database of Systematic Reviews Issue 5. Art. No.: CD006301.

Doi: 10.1002/14651858.CD006301.pub2.

Yaman, H., Urgan, M. (2002). Tükenmişlik: Aile Hekimliği Asistan Hekimleri Üzerinde Bir İnceleme. *Türk Psikoloji Dergisi*, 17(49), 37-44.

Yamazhan, T., Tunçel, M. (2003). Bakteri-Kanser İlişkisi. *İnfeksiyon Dergisi*, 17 (1), 117-121.

Yaprak, I. (2004). Beta Talasemi Tanı ve Tedavisinde Tünel Yaklaşımlar. *Sted*,13(2), 58-59.

Yeh, C.H. (2002).Life Experience of Taiwanese Adolescents with Cancer, *Scand J Caring Sci*.16:232–239.

Yeşilbalkan, Ö. U., Akyol, A.D., Çetinkaya, Y., ve ark. (2005)Kemoterapi Tedavisi Alan Hastaların Tedaviye Bağlı Yaşadıkları Semptomlar ve Yaşam Kalitesine Olan Etkisinin İncelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 21 (1), 13-31.

Yıldırım, F. (1996). *Banka Çalışanlarında İş Doyumu ve Algılanan Rol Çatışması İle Tükenmişlik Arasındaki İlişki*. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Yıldırım, S., Gürkan, A. (2010).Psikososyal Açından Kanser Ve Psikiyatri Hemşiresinin Rolü. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 26 (1) ,87-97.

Yıldız, İ. (2008). *Çocuk Kanseri*. İstanbul: Kaçuv Yayınları .

Yörükoğlu, A. (1998). *Çocuk Ruh Sağlığı: Özel Sorunlar*. İstanbul: Acar Yayıncılık.

İnternet

Yazarsız Alıntılar

Roux, G.Breast Cancer Care.CME Resurce-Breast Cancer Care Course Text. Erişim Tarihi:19.02.2016. Available at:<http://www.netce.com/?Course=305>

T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Türkiye Kalp ve Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı, Eylem Planı. Ankara; Anıl Reklam Matbaa Ltd. Şti; 2015. Erişim Tarihi : 10.03.2016
<http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/Kalp%20Damar%202015%202020%20Pdf.pdf>

Türkiye Kanser İstatistikleri, Türk Kanser Araştırma ve Savaş Kurumu
http://www.turkkanser.org.tr/pdf/turkiye%20_istatistikler-2pdf Erişim Tarihi: 13.3.2016

WHO. (2013), World Health Report, Erişim Tarihi:09.04.2016 www.who.int/whr/

World Health Organization . Erişim Tarihi:01.02.2016.The world report on violence and health. Cenova.

EKLER

EK 1: Genel Bilgi Formu

EK 2: Maslach Tükenmişlik Ölçeği

EK 3: Baş Etme Biçimleri Ölçeği

EK 4: Kısa Semptom Envanteri

EK 5: Haliç Üniversitesi Etik Kurul Formu

Ek 6: İstanbul Tıp Fakültesi Etik Kurul Formu

EK 1:Genel Bilgi Formu

Bu anket formu yüksek lisans tezi için hazırlanmıştır. Yapmış olduğum bilimsel araştırmanın güvenilirliği ve geçerliliği için maddeleri içtenlikle ve eksiksiz olarak yanıtlamanız önemlidir. Lütfen her bir maddeyi dikkatlice okuyarak, sizin için en uygun olan cevabı (X) ile işaretleyiniz. Elde edilen bilgiler yalnızca bilimsel araştırma amaçlı kullanılıp, cevaplarınız tarafımda gizli tutulacaktır. Adınızı yazmanıza gerek yoktur.

Katkılarınızdan dolayı teşekkür ederim.

Psk. Pelinsu UZUN

Anket No:

Hasta Çocuğunuzun Adı Soyadı:

Tarih:...../...../2016

1. Yaşınız :
2. Cinsiyetiniz Kadın Erkek
3. Medeni Durumunuz :
4. Çocuğa Yakınlığınız :
Eğitim Durumunuz : Okuma yazma bilmiyor
 İlkokul
 Ortaokul
 Lise
 Üniversite
 Üniversite üzeri
5. Çalışma Durumunuz
 Çalışıyor Çalışmıyor

6. Sağlık güvenceniz var mı?
 Var Yok
7. Gelir düzeyiniz:
 Gelir giderden düşük Gelir ve Gider eşit Geliri giderden yüksek
8. Kaç Çocuğunuz Var?
9. Hasta Çocuğunuzun Cinsiyeti: Kız Erkek
10. Hasta Olan Çocuğunuz Kaç Yaşında?
11. Çocuğunuzun Öğrenim Durumu?
12. Okula Devam Durumu: Devam ediyor Devam edemiyor
13. Çocuğunuza Hangi Tanı Konuldu?
14. Hastalığın teşhisinden bu yana ne kadar zaman oldu?
 0-3 ay 3-6 ay 6-9 ay 9-12 ay ve üzeri
15. Çocuğunuzun var olan hastalığına ek olarak herhangi bir hastalığı var mı ?
 Evet (Tanısı): Hayır
16. Siz Psikolojik-Psikiyatrik Tedavi Alıyor Musunuz ? Evet Hayır
Süresini yazınız İlaç kullanımı var
 İlaç kullanımı yok
17. Çocuğunuz Psikolojik-Psikiyatrik Tedavi Alıyor Mu ? Evet Hayır
Süresini yazınız İlaç kullanımı var
 İlaç kullanımı yok

EK 2:Maslach Tükenmişlik Ölçeği

Aşağıda 22 cümle ve her bir cümle yanında da cevaplarınızı işaretlemeniz için 0'dan 4'e kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede söylenen ifadeye ne kadar katıldığınızı ya da katılmadığınızı belirtmek için rakamlardan yalnız bir tanesini daire içine alarak işaretleyiniz.

Madde	Hiçbir Zaman	Çok Nadir	Bazen	Çoğu zaman	Her Zaman
1. Çocuğumdan soğuduğumu hissediyorum.	0	1	2	3	4
2.Günün sonunda kendimi ruhen tükenmiş hissediyorum.	0	1	2	3	4
3. Sabah kalktığımda bir gün daha bu işi kaldıramayacağımı düşünüyorum.	0	1	2	3	4
4. Çocuğumun ne hissettiğini hemen anlarım.	0	1	2	3	4
5. Çocuğuma sanki insan değilmiş gibi davrandığımı hissediyorum	0	1	2	3	4
6. Bütün gün çocuğumla uğraşmak benim için gerçekten çok yıpratıcı.	0	1	2	3	4
7. Çocuğumun sorunlarına en uygun çözüm yollarını bulurum.	0	1	2	3	4
8. Çocuğumun bakımına yönelik olarak yaptığım işlerden tükendiğimi hissediyorum.	0	1	2	3	4
9. Yaptığım şeylerle çocuğumun yaşamına katkıda bulunduğuma inanıyorum.	0	1	2	3	4
10. Hasta çocuğuma bakmaya başladığımdan beri insanlara karşı sertleştim.	0	1	2	3	4
11. Çocuğumun / çocuklarımın bakımının beni giderek katılaştırmasından korkuyorum.	0	1	2	3	4
12. Çok şeyler yapabilecek güçteyim.	0	1	2	3	4
13. Çocuğumun beni kısıtladığını hissediyorum.	0	1	2	3	4
14. Çocuğumun bakımı konusunda çok fazla çalıştığımı hissediyorum	0	1	2	3	4
15. Çocuğuma ne olduğu umurumda değil.	0	1	2	3	4

Maddeler	Hiçbir Zaman	Çok Nadir	Bazen	Çoğu zaman	Her Zaman
16. Doğrudan doğruya çocuğumla ilgilenmek bende çok fazla stres yaratıyor.	0	1	2	3	4
17. Çocuğumla aramda rahat bir hava yaratırım.	0	1	2	3	4
18. Çocuğumla ilgilendikten sonra kendimi canlanmış hissedirim.	0	1	2	3	4
19. Çocuğumun bakımına yönelik olarak birçok kayda değer başarı elde ettim.	0	1	2	3	4
20. Yolun sonuna geldiğimi hissediyorum.	0	1	2	3	4
21. Çocuğumla ilgili duygusal sorunlara serinkanlılıkla yaklaşırım.	0	1	2	3	4
22. Çocuğumun, kendisinin bazı problemlerini sanki ben yaratmışım gibi davrandığını hissediyorum.	0	1	2	3	4

EK 3:Baş Etme Biçimleri Ölçeği

Aşağıda insanların sıkıntılarını gidermek için kullanabilecekleri bazı yollar belirtilmektedir. Cümlelerin her birini dikkatlice okuduktan sonra kendi sıkıntılarınızı düşünerek, bu yolları hiç kullanmıyorsanız hiçbir zaman, kimi zaman kullanıyorsanız bazen, çok sık kullanıyorsanız her zaman seçeneğini işaretleyiniz.

	Hiçbir Zaman	Bazen	Her Zaman
1.Aklımı kurcalayan şeylerden kurtulmak için değişik işlerle uğraşırım.	1	2	3
2.Bir mucize olmasını beklerim.	1	2	3
3.İyimser olmaya çalışırım.	1	2	3
4.Çevremdeki insanlardan sorunlarımı çözmemde bana yardımcı olmalarını beklerim.	1	2	3
5.Bazı şeyleri büyütmeyp üzerinde durmamaya çalışırım.	1	2	3
6.Sakin kafayla düşünmeye ve öfkelenmemeye çalışırım.	1	2	3
7.Durumun değerlendirmesini yaparak en iyi kararı vermeye çalışırım.	1	2	3
8.Ne olursa olsun direnme ve mücadele etme gücünü kendimde hissedirim.	1	2	3
9.Olanları unutmaya çalışırım.	1	2	3
10.Başa gelen çekilir diye düşünürüm.	1	2	3
11.Durumumun ciddiyetini anlamaya çalışırım.	1	2	3
12.Kendimi kapana sıkışmış gibi hissedirim.	1	2	3
13.Duygularımı paylaştığım kişilerin bana hak vermesini isterim.	1	2	3
14."Her işte bir hayır vardır" diye düşünürüm.	1	2	3
15.Dua ederek Allah'tan yardım dilerim.	1	2	3
16.Elimde olanlarla yetinmeye çalışırım.	1	2	3
17.Olanları kafama takıp sürekli düşünmekten kendimi alamam.	1	2	3

	Hiçbir Zaman	Bazen	Her Zaman
18.Sıkıntılarımı içimde tutmaktansa paylaşmayı tercih ederim.	1	2	3
19.Mutlaka bir çözüm yolu bulabileceğime inanıp bu yolda uğraşırım.	1	2	3
20.İş olacağına varır diye düşünürüm.	1	2	3
21.Ne yapacağıma karar vermeden önce arkadaşlarımla fikrini alırım.	1	2	3
22.Kendimde her şeye yeniden başlayacak gücü bulurum.	1	2	3
23.Olanlardan olumlu bir şeyler çıkarmaya çalışırım.	1	2	3
24.Bunun alın yazım olduğunu ve değişmeyeceğini düşünürüm.	1	2	3
25.Sorunlarıma farklı çözüm yolları ararım.	1	2	3
26.''olanları keşke değiştirebilseydim diye düşünürüm''	1	2	3
27.Hayatla ilgili yeni bir bakış açısı geliştirmeye çalışırım.	1	2	3
28.Sorunlarımı adım adım çözmeye çalışırım.	1	2	3
29.Her şeyin istediğim gibi olamayacağını düşünürüm.	1	2	3
30.Dertlerimden kurtulayım diye fakir fukaraya sadaka veririm.	1	2	3
31.Ne yapacağımı planlayıp ona göre davranırım.	1	2	3
32.Mücadele etmekten vazgeçerim.	1	2	3
33.Sıkıntılarımın kendimden kaynaklandığını düşünürüm.	1	2	3
34.Olanlar karşısında kaderim buymuş diye düşünürüm.	1	2	3
35.''Keşke daha güçlü bir insan olsaydım'' diye düşünürüm.	1	2	3
36.''Benim suçum ne'' diye düşünürüm.	1	2	3
37.''Allah'ın takdiri buymuş''deyip kendi kendimi teselli etmeye çalışırım.	1	2	3
38.Temkinli olmaya ve yanlış yapmamaya çalışırım.	1	2	3
39.Çözüm için kendim bir şeyler yapmak isterim.	1	2	3
40.Hep benim yüzümden oldu diye düşünürüm.	1	2	3
41.Hakkımı savunmaya çalışırım	1	2	3
42.Bir kişi olarak olgunlaştığımı ve iyi yönde geliştiğimi düşünürüm.	1	2	3

EK 4:Kısa Semptom Envanteri :

Aşağıda insanların bazen yaşadıkları belirtilerin ve yakınmaların bir listesi verilmiştir. Listedeki her maddeyi lütfen dikkatle okuyun. Daha sonra o belirtinin **sizde bugün dâhil, son bir haftadır ne kadar varolduğunu** yandaki bölmede uygun olan yerde işaretleyin. Her belirti için sadece bir yeri işaretlemeye ve hiçbir maddeyi atlamamaya özen gösteriniz.

	Hiç	Biraz	Orta derece	Oldukça Fazla	Ciddi Derecede
1. İcinizdeki sinirlilik ve titreme hali					
2. Baygınlık, baş dönmesi					
3. Bir başka kişinin sizin düşüncelerinizi kontrol edebileceği inancı					
4. Başınıza gelen sıkıntılardan dolayı başkalarının suçlu olduğu düşüncesi					
5. Olayları hatırlamada güçlük					
6. Çok kolayca kızıp öfkelenme					
7. Göğüs (kalp) bölgesinde ağrılar					
8. Meydanlık (açık) alanlardan korkma duygusu					
9. Yaşamınıza son verme düşünceleri					
10. İnsanların çoğuna güvenilmeyeceği düşüncesi					
11. İştahta bozukluklar					
12. Hiç bir nedeni olmayan ani korkular					
13. Kontrol edemediğiniz duygu patlamaları					
14. Başka insanlarla beraberken bile yalnızlık hissetme					

	Hiç	Biraz	Orta derece	Oldukça fazla	Ciddi derecede
15. İşleri bitirme konusunda kendini engellenmiş hissetme					
16. Yalnızlık hissetme					
17. Hüzünlü, kederli hissetme					
18. Hiçbir şeye ilgi duymama					
19. Ağlamaklı hissetme					
20. Kolayca incinebilme, kırılma					
21. İnsanların sizi sevmediğine kötü davrandığına inanmak					
22. Kendini diğerlerinden daha aşağı görme					
23. Mide bozukluğu, bulantı					
24. Diğerlerinin sizi gözlediği ya da hakkınızda konuştuğu inancı					
25. Uykuya dalmada güçlük					
26. Yaptığınız şeyleri tekrar tekrar doğru mu diye kontrol etme					
27. Karar vermede güçlükler					
28. Otobüs, tren, metro gibi umumi vasıtalarla seyahat etmekten korkma					

	Hiç	Biraz	Orta derece	Oldukça fazla	Ciddi derecede
29. Nefes darlığı, nefessiz kalma					
30. Sıcak, soğuk basmaları					
31. Sizi korkuttuğu için bazı eşya, yer, etkinliklerden uzak kalmaya çalışma					
32. Kafanızın birden bomboş kalması					
33. Bedeninizin bazı bölgelerinde uyuşmalar, karıncalanmalar					
34. Günahlarınız için cezalandırılmanız gerektiği düşüncesi					
35. Gelecekle ilgili umutsuzluk duyguları içinde olmak					
36. Konsantrasyonda (dikkati bir şey üzerinde toplamada) güçlük/zorlanma					
37. Bedenin bazı bölgelerinde zayıflık, güçsüzlük hissi					
38. Kendini gergin ve tedirgin hissetme					
39. Ölüm ve ölmek üzerine düşünceler					
40. Birini dövme, ona zarar verme, yaralama isteği					
41. Bir şeyleri kırma/dökme isteği					
42. Diğerlerinin yanındayken kendini çok fazla gözlemek, yanlış bir şeyler yapmamaya çalışmak					
43. Kalabalıklarda rahatsızlık duymak					
44. Bir başka insana hiç yakınlık duymamak					
45. Dehşet ve panik nöbetleri					
46. Sık sık tartışmaya girme					
47. Yalnız bırakıldığında / kaldığında sinirlilik hissetme					
48. Başarılarınız için diğerlerinden yeterince takdir görmediğiniz düşüncesi					
49. Yerinde duramayacak kadar gergin ve tedirgin hissetme.					
50. Kendini değersiz görme, değersizlik hissi					
51. İzin verdiğiniz takdirde insanların sizi sömüreceği düşüncesi					
52. Suçluluk duyguları					
53. Aklınızda bir bozukluk olduğu düşünceleri					

EK 5:Haliç Üniversitesi Etik Kurul Formu



T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

SAYI : 71
KONU: Etik Kurul İzni

14.04.2016

Sayın; Pelin Su UZUN

Haliç Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından yapılmış olduğunuz başvuru incelenmiş olup, Yrd. Doç. Dr. Hakan ERTUFAN danışmanlığında araştırmayı planladığımız “ **Çocuk Hematoloji-Onkoloji Hastalarının Ebeveynlerinin Tükenmişlik Düzeyleri ve Baş Etme Biçimlerinin; Çocukların Psikolojik Belirtileri Üzerine Etkisi Açısından İncelenmesi**” isimli araştırmanız kurulumuzun 14.04.2016 tarihli toplantısında etik yönden uygun bulunmuştur.

Bilgilerinize sunarım.


Prof.Dr.Eyüp Sabri KAYALI
Etik Kurul Başkanı

EK.Etik Kurul Kararı

EK 6:İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Etik Kurulu



T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU



Sayı : 580

Tarih : 27.04.2016

Konu : Prof. Dr. Serap KARAMAN

Sayın Prof. Dr. Serap KARAMAN
Çocuk Hematolojisi ve Onkolojisi

İlgi : Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalının 16/03/2016 gün ve 101402 sayılı yazısı

Sorumlu araştırmacılığını üstlendiğiniz ve Yüksek Lisans Öğrencisi Pelinsu UZUN' un yürüteceği 2016/474 dosya numaralı "Çocuk Hematoloji-Onkoloji Hastalarının Ebeveynlerinin Tükenmişlik Düzeyleri ve Baş Etme Biçimlerinin; Çocukların Psikolojik Belirtileri Üzerine Etkisi Açısından İncelenmesi" başlıklı çalışma kurulumuzun 22/04/2016 tarih ve 08 sayılı toplantısında görüşülerek etik yönden uygun bulunmuş olup, tutanaklar ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi rica ederim.


Prof. Dr. A. Yağız ÜRESİN
İstanbul Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar
Etik Kurul Başkanı

Eki: İstanbul Tıp Fakültesi Klinik Araştırmaları Etik Kurulu Karar Formu

ÖZGEÇMİŞ

Pelinsu UZUN, 23. 12. 1990 yılında İstanbul’ da dünyaya gelmiştir. İlk, orta ve lise eğitimini İstanbul’ da tamamlamıştır. 2010 - 2014 yıllarında lisans eğitimini Haliç Üniversitesi Psikoloji bölümünde tamamlamış, 2014 yılında Haliç Üniversitesi, Klinik Psikoloji bölümünde Yüksek Lisans eğitimine başlamıştır. Lisans ve Yüksek Lisans öğrenimi süresince çeşitli eğitim, seminer ve gönüllü çalışmalara katılmış, ‘‘Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi’’ ve ‘‘ Hümanite Psikiyatri Kliniği’’nde stajlarını tamamlamıştır. Fen Bilimleri Dershanesi’nde psikolog olarak görev yapmıştır.

pelinsuuzun@gmail.com