



T.C.

İSTANBUL AREL ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

Psikoloji Anabilim Dalı

KANSER HASTASI ÇOCUKLARDA ÖĞRENİLMİŞ ÇARESİZLİK  
VE DEPRESYON ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Melis AVCI

105003021

Danışman: Yrd. Doç. Dr. Muzaffer ŞAHİN

İstanbul,2013



T.C.

İSTANBUL AREL ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

Psikoloji Anabilim Dalı

KANSER HASTASI ÇOCUKLARDA ÖĞRENİLMİŞ ÇARESİZLİK  
VE DEPRESYON ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Melis AVCI

İstanbul,2013

T.C.  
İSTANBUL AREL ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ  
TEZLİ YÜKSEK LİSANS SINAV TUTANAĞI

27/05/2013

Enstitümüz *Psikoloji* Anabilim dalı yüksek lisans öğrencilerinden **105003021** numaralı **Melis AVCI'nın** "İstanbul Arel Üniversitesi Lisansüstü Eğitim - Öğretim ve Sınav Yönetmeliği"nin ilgili maddesine göre hazırlayarak, Enstitümüze teslim ettiği "**KANSER HASTASI ÇOCUKLARDA ÖĞRENİLMİŞ ÇARESİZLİK VE DEPRESYON ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**" konulu tezini, Yönetim Kurulumuzun 10.05.2013 tarih ve 2013/05 sayılı toplantısında seçilen ve Sefaköy Yerleşkesinde toplanan biz jüri üyeleri huzurunda, ilgili yönetmeliğin 48. maddesi gereğince (60) dakika süre ile aday tarafından savunulmuş ve sonuçta adayın tezi hakkında ~~oyçokluğu/oybirliği~~ ile ~~Kabul/Red veya Düzeltme~~ kararı verilmiştir.

İşbu tutanak, 4 nüsha olarak hazırlanmış ve Enstitü Müdürlüğü'ne sunulmak üzere tarafımızdan düzenlenmiştir.

DANIŞMAN  
YRD.DOÇ.DR. MUZAFFER ŞAHİN



ÜYE  
YRD.DOÇ.DR. PINAR KURT



ÜYE  
YRD.DOÇ.DR.GÖKLEM TEKDEMİR YURTDAS



## **YEMİN METNİ**

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum “Kanser Hastası Çocuklarda Öğrenilmiş Çaresizlik ve Depresyon Arasındaki İlişkinin İncelenmesi” başlıklı bu çalışmanın, bilimsel ahlak ve geleneklere uygun şekilde tarafımdan yazıldığını, yararlandığım eserlerin tamamının kaynaklarda gösterildiğini ve çalışmanın içinde kullanıldıkları her yerde bunlara atıf yapıldığını belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

.../.../2013

Melis AVCI

## ÖZET

### KANSER HASTASI ÇOCUKLARDA ÖĞRENİLMİŞ ÇARESİZLİK VE DEPRESYON ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Melis AVCI

**Yüksek Lisans Tezi, Psikoloji Anabilim Dalı**

**Danışman: Yrd. Doç. Dr. Muzaffer ŞAHİN**

**Mayıs,2013-88 Sayfa**

Bu araştırma,12-14 yaş grubundaki kanser hastası çocukların öğrenilmiş çaresizlik ve depresyon düzeyini belirleyen (yaş ve cinsiyet)gibi değişkenlerin, depresyon ve öğrenilmiş çaresizlik düzeylerine etkilerini araştırmak amacıyla yapılmıştır. Araştırmada 98' i kanser hastası,112'si kanser hastası olmayan toplam 210 çocuğa “ Çocuklar için Öğrenilmiş Çaresizlik Ölçeği” ve “Çocuklar için Depresyon Ölçeği” uygulanmıştır. Araştırmada istatistik bulguların yanında nitel bulgulara da yer verilmiştir.

Araştırmadan elde edilen istatistiksel bulgulara göre, kanser hastası çocukların öğrenilmiş çaresizlik puan ortalamaları ile kanser hastası olmayan çocukların öğrenilmiş çaresizlik puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

Yaş ve cinsiyet değişkenine göre, kanser hastası çocukların öğrenilmiş çaresizlik puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Ayrıca kanser hastası çocukların depresyon puan ortalaması ile kanser hastası olmayan çocukların puan ortalaması arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Yaş ve cinsiyet değişkenine göre, kanser hastası çocukların depresyon puan ortalamalarına göre anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Araştırmadan elde edilen nitel bilgilere göre ise;12 yaş grubunda anneye bağlılık, 13 yaş grubunda endişe, karamsarlık ve özgüven eksikliği ve 14 yaş grubunda yalnızlık ve gelecek korkusu yüksektir. Kız hastalar fiziksel görünümdeki değişimlerden daha çok etkilenirken, erkek hastalar sosyal izolasyondan daha çok etkilenmektedir.

**Anahtar Sözcükler:** Öğrenilmiş Çaresizlik, depresyon, kanser, yaş, cinsiyet.

**ABSTRACT**  
**STUDY OF THE RELATIONSHIP BETWEEN**  
**LEARNED HELPLESSNESS**  
**AND DEPRESSION IN CHILDREN**  
**SUFFERING FROM CANCER**

**Melis AVCI**

**Master Thesis, Department of Psychology**

**Supervisor: Assistant Professor Dr. Muzaffer ŞAHİN**

**May, 2013 –88 pages**

This research is based on the level of learned helplessness and depression learned by patients diagnosed with cancer in the age 12-14 groups and their differences determined (age and gender). In the research, both learned helplessness and depression measurements were applied to a sample of 210 children totally, 98 of which are cancer patients, 112 of which are non-cancer children. The research shows both qualitative and statistical data.

According to statistical results obtained from the research, significant difference has been determined between average score of learned helplessness of children with and without cancer.

According to age and gender factors, significant difference has not been determined among average score of learned helplessness of children with cancer. Also, significant difference has not been determined between average score of depression of children with and without cancer. According to age and gender factors, significant difference has not been determined among average score of depression of children with cancer.

Also, according to qualitative results obtained from the research, dependence on mother at the age of 12, anxiety, pessimism and lack of self-reliance at the age of 13, loneliness and worry about future at the age of 14 are dominant feelings. While girl patients have been affected from the changes in physical appearance mostly, boy patients have been affected from isolations of the society.

**Keywords:** Learned Helplessness, depression, cancer, age, gender

## ÖNSÖZ

Bu tezi hazırlama sürecinde, psikolojik açıdan beni destekleyen, çalışmayı yaparken kararlı ve sabırlı olmam konusunda desteğini bir an olsun esirgemeyen, akademik çalışmanın ortaya çıkmasına değerli katkıları olan, Sayın Danışman Hocam, Yrd. Doç. Dr. Muzaffer Şahin'e ve istatistik bulguları değerlendirme sürecindeki desteği için Sayın Yrd. Doç. Dr. İbrahim Demir'e çok teşekkür ederim.

Tez çalışmasının uygulama aşamasında katılımcı olarak yer alan, uygulama yapılan hastanelerde çalışmayı destekleyen tüm tıbbi personele, uygulama yapılan okullardaki değerli eğitimcilere ve çalışmaya katılan tüm kanser hastası olan ve kanser hastası olmayan tüm çocuklara içtenlikle teşekkür ederim.

Bu çalışma sürecinde, her zaman ve her koşulda yanımda olan en büyük destekçilerim, sevgili anneme ve babama her şey için çok teşekkür ediyorum.

**Melis AVCI**

## TABLolar LİSTESİ

<b>Tablo 4.1.1.</b> Deneklerin Cinsiyet Dağılımı.....	31
<b>Tablo 4.1.2.</b> Deneklerin Yaş Dağılımı.....	31
<b>Tablo 4.1.3.</b> Kanser Hastası Olan/ Olmayan Frekans Dağılımı.....	32
<b>Tablo 4.1.4.</b> Kanser hastası olan çocukların Öğrenilmiş Çaresizlik Ölçeği ve Depresyon Ölçeği Puan Ortalamaları, Değişim Aralıkları ve Standart Sapmaları.....	33
<b>Tablo 4.1.5.</b> Kanser hastası olmayan çocukların Öğrenilmiş Çaresizlik Ölçeği ,Depresyon Ölçeği Puan Ortalamaları, Değişim Aralıkları ve Standart Sapmaları.....	33
<b>Tablo 4.1.6.</b> Kanser Hastası Olan ve Olmayan Çocukların Öğrenilmiş Çaresizlik Test Puanlarının Çapraz Tablosu.....	34
<b>Tablo 4.1.7.</b> Kanser Hastası olan ve Kanser Hastası olmayan çocukların Depresyon Ölçeği Test Puanlarının Çapraz Tablosu.....	34
<b>Tablo 4.1.8.</b> Öğrenilmiş Çaresizlik Puan Ortalamaları (Genel) ve Test Değerleri.....	35
<b>Tablo 4.1.9.</b> Cinsiyet değişkenine göre Kanser Hastası olan çocuklarda Öğrenilmiş Çaresizlik Puan Ortalamaları ve Test Değerleri.....	35
<b>Tablo 4.1.10.</b> Yaş değişkenine göre Kanser Hastalarında Öğrenilmiş Çaresizlik Puan Ortalamaları ve Test Değerleri.....	36
<b>Tablo 4.1.11.</b> Yaş değişkenine göre Kanser hastası olmayan çocuklarda Öğrenilmiş Çaresizlik Puan Ortalamaları ve Test Değerleri.....	36
<b>Tablo 4.1.12.</b> (Kanser Hastası Olan / Olmayan) Çocuklarda Depresyon Puan Ortalamaları ve Test Değerleri.....	37
<b>Tablo 4.1.13.</b> Cinsiyete göre Kanser Hastası olan Çocuklarda Depresyon Puan Ortalamaları ve Test Değerleri.....	37



<b>Tablo 4.1.14.</b> Yaşa göre Kanser Hastası olan Çocuklarda Depresyon Puan Ortalamaları ve Test Değerleri.....	38
<b>Tablo 4.1.15.</b> Yaşa göre Kanser hastası olmayan Çocuklarda Depresyon Puan Ortalamaları ve Test Değerleri.....	38
<b>Tablo 4.1.16.</b> Öğrenilmiş Çaresizlik Ölçeği ile Depresyon Ölçeği arasındaki ilişki analizi (genel).....	39
<b>Tablo 4.1.17.</b> Kanser Hastası olan Çocuklarda Öğrenilmiş Çaresizlik ölçeği ile Depresyon Ölçeği arasındaki ilişki analizi .....	39
<b>Tablo 4.1.18.</b> Kanser Hastası Olmayan Çocuklarda Öğrenilmiş Çaresizlik Ölçeği ile Depresyon Ölçeği arasındaki ilişki analizi .....	40
<b>Tablo4.2.1.1.</b> Yaş ve cinsiyete bağlı genel durum değerlendirmesi.....	41
<b>Tablo 4.2.1.2.</b> Yaş ve cinsiyete bağlı genel durum değerlendirmesi....	42
<b>Tablo 4.2.1.3.</b> Yaş ve cinsiyete bağlı genel durum değerlendirmesi.....	43
<b>Tablo 4.2.2.</b> Görüşmelerden elde edilen kategorilerin değerlendirilmesi.....	44
<b>Tablo 4.2.3.</b> Hastane ortamına ilişkin sorunlar.....	45

## ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 4.1.1.....	31
Şekil 4.2.1.....	32
Şekil 4.3.1.....	32

## EKLER LİSTESİ

EK-1 Bilgilendirici Onam Formu.....	72-73
EK-2 Ön Kapak (Testler).....	74
EK-3 Çocuklar için Depresyon Ölçeği.....	75-79
EK-4 Çocuklar için Öğrenilmiş Çaresizlik Ölçeği.....	80-85
EK-5 Ankara'daki Hastane Pediatrik Onkoloji Bölümü İzin Yazısı.....	86
EK-6 İstanbul'daki Hastane Çocuk Onkoloji Bölümü İzin Yazısı.....	87

## İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	v
ABSTRACT.....	vi
ÖNSÖZ.....	vii
TABLolar LİSTESİ .....	viii-ix
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	x
EKLER LİSTESİ.....	xi
İÇİNDEKİLER.....	xii-xv

### 1.BÖLÜM

#### KANSER, ÖĞRENİLMİŞ ÇARESİZLİK, DEPRESYON VE İLGİLİ ARAŞTIRMALAR

1.1.Kanserin Tanımı.....	1
1.2.Kanserin Nedenleri.....	1-2
1.3.Kanser Tedavisi.....	2-3
1.4.Çocukluk Çağı Kanseri.....	3
1.5.Kanserlerde Genel Belirtiler.....	3-4
1.6.Çocukluk Çağı Kanserlerinin Görülme Sıklığı.....	4
1.7.Çocukluk Çağı Kanserlerinin Çocuk Üzerine Etkisi.....	4-5
1.8.Kanser Hastası Çocuklarda sık görülen Psikolojik Sorunlar.....	6-8
1.9.Kanser teşhisinden sonra görülen Tepkiler ve Tepki Süreçleri.....	8-9

1.10.Okul Dönemi ve Ergenlik Dönemindeki Çocuğun Kanserden Etkilenme Durumu.....	9-10
1.11.Kanser Hastası Çocuğun Hastalığın Evresine göre Hastalıktan Etkilenme Durumu.....	10
1.12.Öğrenilmiş Çaresizlik.....	11-16
1.13.Kanser Hastalarında Öğrenilmiş Çaresizlik.....	16-17
1.14.Depresyon.....	17
1.14.1.Depresyon'un Nedenleri.....	17-18
1.14.2.Depresyon'un Belirtileri.....	18
1.15.Kanser Hastalarında Depresyon.....	18-20
1.16.Kanser,Öğrenilmiş Çaresizlik ve Depresyon ile ilgili Araştırmalar.....	20
1.16.1.Kanser ve Depresyon ile ilgili Araştırmalar.....	20-22
1.16.2.Kanser ve Öğrenilmiş Çaresizlik ile ilgili Araştırmalar.....	22-23

## **2.BÖLÜM**

### **ÖNEMİ,AMAÇ, VARSAYIM, SINIRLILIKLAR**

2.1.Araştırmanın Amacı.....	24
2.2.Araştırmanın Hipotezleri.....	24-25
2.3.Araştırmanın Varsayımları.....	25
2.4.Araştırmanın Sınırlılıkları.....	25
2.5.Araştırmanın Önemi.....	25

## **3.BÖLÜM**

### **YÖNTEM**

3.1.Evren ve Örneklem.....	26
3.2.Araştırmanın Modeli.....	26
3.3.Verilerin Toplanması .....	27

3.4. Veri Toplama Araçları.....	28
3.4.1.Çocuklar için Öğrenilmiş Çaresizlik Ölçeği.....	28
3.4.1.1.Ölçeğin Güvenirliği.....	28
3.4.1.2.Ölçeğin Geçerliliği.....	29
3.4.2.Çocuklar için Depresyon Ölçeği.....	29
3.5.Verilerin Analizinde Kullanılan Değerlendirme Teknikleri.....	29-30

## **4. BÖLÜM**

### **BULGULAR VE YORUM**

4.1.İstatistiksel Bulgular.....	31-40
4.2.Nitel Bulgular.....	41-47

## **5.BÖLÜM**

### **TARTIŞMA**

Tartışma.....	48-56
---------------	-------

## **6.BÖLÜM**

### **SONUÇ VE ÖNERİLER**

6.1.Sonuçlar.....	57-59
6.2.Öneriler.....	60-61
KAYNAKÇA.....	62-71
EKLER.....	72
EK-1 Bilgilendirici Onam Formu.....	72-73
EK-2 Ön Kapak (Testler).....	74
EK-3 Çocuklar için Depresyon Ölçeği.....	75-79

EK-4 Çocuklar için Öğrenilmiş Çaresizlik Ölçeği.....	80-85
EK-5 Hastane Pediatrik Onkoloji Bölümü İzin yazısı.....	86
EK-6 Hastane Çocuk Onkoloji Bölümü izin yazısı.....	87
ÖZGEÇMİŞ.....	88

## 1.BÖLÜM

### KANSER, ÖĞRENİLMİŞ ÇARESİZLİK, DEPRESYON VE İLGİLİ ARAŞTIRMALAR

#### 1.1. Kanserin Tanımı

Vücudumuzun temel yapıtaşı, hücrelerimizdir. Hücreler kontrollü ve dengeli bir şekilde çoğalırlar. Vücudun herhangi bir yerindeki hücrelerin kontrolsüz bir şekilde çoğalması sonucunda bir şişlik meydana gelir, buna tümör denir. Tümörler selim (iyi huylu/benign) veya habis (kötü huylu/malign) olabilir. Habis tümörler, kaynak aldıkları bölgede büyürler, ayrıca komşu doku ve organlara yayılabilirler. Bu habis tümörlere kanser denir. Kanser, dokuları istila eden, anormal hücre çoğalması ile birlikte giden bir hastalık türüdür. Kanseler, malignant (kötü huylu) tümörlerdir; yani benign (iyi huylu) tümörlerin aksine başka dokulara sızma ve yayılma (metastaz) özelliği gösterir. Normal hücreler komşu hücrelere yapışarak ilişkilerini devam ettirirler. Bu yapışma (adhezyon) noktalarında hücrelerde elektronca yoğun bir plak oluşur. Bununla birlikte, hareket edebilen ve biçimini değiştirebilen hücre grubu) uzantılarında yavaşlama ve durma görülür. Bu olaya kontak inhibisyon denir. Bu şekilde, hücre bölünmesi kontrol edilir. Deneysel olarak, normal hücreler bir kültür ortamında kendilerine sağlanan ortam şartları ne kadar iyi olursa olsun kontak inhibisyon nedeniyle tek tabaka oluşturduktan sonra daha fazla çoğalmazlar. Çünkü, bölünme sınırlı sayıda olur. Fakat kanser hücreleri sürekli çoğalarak birkaç tabakalı düzensiz kitleler oluştururlar (Yıldız,2008).

#### 1.2. Kanserin Nedenleri

Kanserin neden olduğu bilinmemektedir. Bulaşıcı değildir ve nadir tümörler dışında kalıtsal bir özellik de taşımamaktadır. Tümör oluşumunu inceleyen bilim dalına “Onkoloji veya kanseroloji” denir. İnsanda bulunan yüzden fazla hücre çeşidi arasında kanserleşme görülmektedir. Mitoz oranı yüksek olan hücrelerin kanserleşme oranı daha yüksektir (Yıldız,2008). Çocukluk çağı kanserlerindeki çevresel etmenler; fiziksel etmenler (ışınlar), kimyasal etmenler (asbest, androjenler, bağışıklık baskılayıcı ilaçlar, fenitoin, benzen, alkol, endoksan, aflatoksin), virüsler (Hepatit B, HIV Virüsü, Epstein Barr Virüsü ve İnsan T



Lenfoma Virüsü) ve parazitler etkili olur (Schistosoma Hematobium). Birçok kanserin nedeni henüz bilinmiyorsa da bazı kanser türlerinin oluşumunda genetik, çevresel ve bireysel unsurların rol oynadığı düşünülmektedir.

Tümör oluşum mekanizmaları henüz tam açığa kavuşmamış ise de bağışıklık bilimi ve genetik alandaki gelişmeler bu alanda bize ipuçları vermektedir. Yeni doğanlarda yapılan otopsiler bu dönemdeki tümör sıklığının süt çocuklarında, büyük çocuklara oranla daha yüksek olduğunu göstermektedir. Bu bulgu tümör denetiminin zaman içinde geliştiğinin açık bir göstergesidir. Beş yaşın altındaki çocuklarda doğum öncesi etmenler önem kazanırken, daha büyük çocuklarda çevresel etmenler daha önemlidir. Kanser hastalığının oluşumunda kalıtsal nedenler de etkili olmaktadır. İkiz kardeşinde lösemi olan çocuklarda lösemi gelişme riski 20 kez artar (Yıldız,2008). Ya da doğuştan bir genetik bozukluğu olan Down Sendromunda bu risk 16 kez artar.

Çevresel radyasyonun kanser oluşumunda etkileri, Japonya'da atom bombası atıldıktan 6-7 yıl sonra artmış lösemi vakaları ile kanıtlanmıştır. Benzer şekilde Ukrayna'da Çernobil Nükleer kazasından sonra çocuklarda tiroid karsinomu, yoğun radyasyon alan bölgede 50 kez artmış bulunmuştur. Manyetik alanlar, cep telefonları ve baz istasyonları bu konuda suçlanmaktadır ama henüz kanser oluşumunda etken oldukları bilimsel verilerle gösterilememiştir (Topuz,2012).

### **1.3. Kanser Tedavisi**

Kanser tedavisinde üç ana seçenek vardır: Kemoterapi, Radyoterapi ve Cerrahi yöntem. Zaman içinde tek ilaçlı tedavilerin yerini çok ilaçlı, belirli aralarla tekrarlanan, dönüşümlü kemoterapiler almıştır. Değişik kimyasal özellikler taşıyan binlerce kemoterapötik ilaç üretilmiştir ve üretilen ilaçlar önce laboratuarda, sonra hayvan tümörleri üzerinde denendikten sonra, insan üzerine klinik çalışmalara geçilmiştir. Laparoskopik biyopsi ile tümör bölgesi açılarak parça alınır veya çıkarılır.

Kemoterapi ise ilaç ile tümör tedavisidir. Kemoterapi, lösemi ve tümör hücrelerini öldüren ilaçların hastaya verilmesidir. Kemoterapi ilaçları beyin-omurilik sıvısı içine de verilir. Bel ponsiyonu tümör hücrelerini yok etmek içinde kullanılabilir.

Diğer bir tedavi yöntemi ise (Radyoterapi) Işın Tedavisi'dir. Radyoterapi, çocukluk çağı tümörlerinde tedavinin önemli bir parçasıdır. Radyoterapi bazı kanser türlerinde tek tedavi

seçeneği olabilir. Örneğin; beyin tümörlerinde cerrahiden sonra en etkili tedavi Radyoterapi'dir. İlk gün ışın tedavisi uzun sürebilir ama sonraki günlerde 10-15 dakikalık acı veremeyen bir işlemdir. Radyoterapi tümör hücrelerini hemen öldürür veya büyüyen hücrenin yapısını bozarak daha sonra ölmesine neden olur (Yıldız, 2008).

Kemik iliği naklinde ise, ilik veya kök hücre, doku uyumlu aile bireylerinden alınır, bulunamaz ise doku uyumu olan yabancılardan ya da ilik bankalarından aranır (Yıldız,2008). Kemik iliği nakli kolay ve risksiz bir işlem değildir, başarısız olduğunda ölüm riski veya lösemnin tekrarlama olasılığı vardır. İlik naklinden sonraki ilk 6-12 ay İlik Reddi Tablosu ortaya çıkabilir. İlik naklinden 2 yıl sonra bağışıklık yavaş yavaş normale döner ve hasta tekrar aşılanabilir.

Diğer bir tedavi türü ise kök hücre naklidir. Anne ile bebek arasındaki bağı sağlayan organ göbek kordonudur. Doğumda göbek bağı kesilir ve buradan kordon kanı toplanabilir. Bu kanda çok miktarda kök hücre bulunmaktadır.

Hastanın sağlıklı döneminde kendinden alınan hücreler dondurulup saklanır ve gerektiği zaman kendisine uygulanır. Bu uygulamaya Ototolog kök hücre nakli (OKHN) denir.

Allojenik nakil ise başka birinden alınan kök hücre naklidir. Aile içinde uyumlu ilik bulma şansı %20-25 civarında olduğundan, ilik veya kök hücre bankacılığı kavramı gelişmiştir. Dünyada 10 Milyon civarında gönüllü kişi uluslararası ilik bankalarına doku tiplerini inceletmiş olup gönüllü vericidir. Kordondan alınan kanın 10-15 yıl saklanabileceği bilinmektedir.

#### **1.4. Çocukluk Çağı Kanseri**

Çocukluk çağı kanserlerinin görülme sıklığı 1 milyon çocukta 120 kadardır. Buna göre Türkiye'de her yıl 2400 yeni çocuk kanseri olgusu beklenmektedir. Çocukluk çağı kanserlerinin %60-70' i günümüzde tamamen şifaya kavuşmaktadır. Erken tanı konan, erken evrede yakalanan hastalarında kurtulma şansı çok yüksektir (%80-90). Çocukluk Çağı Kanseri, tüm dünyada alt ve orta sınıfta daha çok görülmektedir. Burada kanser oluşumunu baskılayıcı genlerden olan p53 geni çalışmamakta veya az çalışmaktadır (Yıldız, 2008).

## 1.5. Kanselerde Genel Belirtiler

Vücutta herhangi bir yerdeki şişlik, iştahsızlık, olağandışı keyifsizlik, halsizlik, ateş, boyun, kasık ve koltuk altında büyümüş lenf bezleri ve kemik veya eklem ağrıları dikkat edilmesi gereken değişimlerdir. Kanserin belirti ve bulguları köken aldığı doku ve organlara göre değişmektedir. Hatta bazen hiç belirti ve bulgu vermeden kontrol muayenelerinde kanser tanısı konulabilir. Günümüzde, milyonlarca insan kanserli ya da kanseri tedavi edilmiş olarak yaşamaktadır. Kanser tanısı ne kadar erken konursa, tedavi de o kadar erken başlar ve kanser tedavisi ne kadar erken başlarsa, tedavinin başarıya ulaşma şansı da o kadar yüksek olur (Yıldız,2008).

## 1.6. Çocukluk Çağı Kanseri Görülme Sıklığı

Yapılan araştırmalara göre 2010 yılında yaşayan her 250 erişkinden biri çocukluğunda hastalık geçirmiş ve iyileşmiştir (Topuz,2012). Bu başarı, radyoterapi, cerrahi ve çok ilaçlı tedavinin birlikte kullanımı ile elde edilmiştir. Günümüzde Kan kanseri %80, böbrek tümörü %90, kas ve kemik tümörleri %70 iyileşme oranlarına sahiptir. Çocukluk çağı kanserleri konusunda son 5 yıl içinde, beyin tümörleri, lenfomaların önüne geçmiştir (Yıldız,2008). Birinci sırada Lösemi, İkinci sırada Beyin tümörleri, üçüncü sırada da Lenfomalar bulunmaktadır . Türkiye, 2,3 Milyar Euro'luk bütçe ile Avrupa'da kanser tedavisine en fazla para harcayan altıncı (6.) ülkedir (Topuz,2012). Bugün Türkiye'de 900 Onkolog hekime ihtiyaç duyulmaktadır (Yıldız, 2008). 2010 yılından bu yana da tedavide başarı arttığı için hastalık ile ilgili kaygı düzeyleri düşmekte ve iyileşme umudu yükselmektedir.

Tüm Dünya'da 15 yaş altı çocuklarda kanser görülme sıklığı milyonda 110-150 arasında değişmektedir (Topuz,2012). Ülkemizde bu oran milyonda 130 civarındadır. Türkiye'de çocuklarda yılda 2.500 / 3.000 yeni kanser vakası görülmektedir (Topuz,2012). Türkiye'de Lösemi'de, yılda yaklaşık 600 yeni vaka, Lenfomada yılda yaklaşık 500 vaka, beyin tümörlerinde yılda yaklaşık 400 yeni vaka ve bunları kas, böbrek, göz ve kemik tümörleri izlemektedir Yapılan bu çalışmada, onkoloji servisinde en çok rastlanan kanser türlerinden, AML, ALL, beyin tümörü, lenfoma ve kemik tümörü teşhisi alan hastalar çalışmaya alınmıştır.

## 1.7. Çocukluk Çağı Kanserlerinin Çocuk Üzerine Etkisi

Kanser ve diğer önemli kronik hastalıklar, çocukta fiziksel ve ruhsal açıdan zorlanmalara yol açarken; uyumda yetersizlik veya dengeyi sağlama çabası da yıkıma yol açmaktadır. Fiziksel, psikolojik ve sosyal bir stresör çocuğun dengesini bozarak hastalık durumu ortaya çıkarır ve ruhsal durumunu da etkiler. Kanserın çocuğa etkisi çocuğa, aileye, hastalığa ve çevreye ilişkin, birbirini etkileyen birçok değişkene bağlıdır. Her etkenin birbiri ile ilişkisi ve özelliği hastalığın gidişini etkileyecek potansiyele sahiptir (Seligman ve Maier,1967).

**Hastalığa ilişkin değişkenler:** Hastalığın şiddeti ve süresi, fiziksel hastalığın türü, hastalığın lokalizasyonu, prognozu, hastalığın başlama yaşı, tanı sürecinin uzaması, tedavi süreci ve kullanılan ilaçlar, yeti kaybı, fiziksel görünümde yaptığı değişiklikler, hastalığın getirdiği fiziksel ve psikolojik kısıtlılıklar (Sloper,2000).

**Çevresel değişkenler:** Çocuğun bakımını sürdüren tıbbi ekip, hastane ortamı, çocuğun arkadaşları, komşuları, okul çevresi vb. (Sloper,2000) .

**Çocuğa ait değişkenler:** Gelişim dönemi özellikleri, çocuğun hastalık dönemindeki gelişim düzeyi, kişisel özellikleri, ruhsal gelişim düzeyi, psikopatoloji, baş etme yolları, uyum kapasitesidir (Sloper,2000).

### **Hastalığın seyri ve etkileri:**

- Tanı evresi
- Hastane yatışı
- Majör komplikasyonların görülmesi
- Akut dönemden kronik döneme geçiş
- Tedavi başarısızlığı
- Nüks
- Majör tedavi seçeneklerinin uygulanması
- Terminal dönemdir.

Sayılan riskli dönemler, psikolojik sorunların daha fazla olduğu ve daha fazla desteğe ihtiyaç olunan dönemler olarak ele alınmalıdır. Çocuğun duygusal problemleri en fazla tanı konulduktan hemen sonraki dönemde yaşadığı belirtilmesine rağmen; tanı zamanında, ço-

çuktan daha çok anne için duygusal açıdan sorunlu bir dönem olduğu görüşü de vardır (Paternaude ve Kupst, 2005).

### **1.8. Kanser Hastası Çocuklarda Sık Görülen Psikolojik Sorunlar**

- Biyopsikolojik belirtiler: Halsizlik, ağrı, irritabilite, uyku ve iştah bozuklukları,
- Bağlanma davranışında artma: Ebeveyne yapışma, buyurgan davranışlar,
- Gerileme ve içe dönüklük: Parmak emme, davranışsal gelişim basamaklarında konuşma, idrar-dışkı kontrolü, öz bakım becerilerinde gerileme,
- Agresif ve eyleme dayalı davranışlar: Kavgacı tutum, zıtlasma davranışı,
- Hastalık ve tıbbi girişimlerle ilgili korkular ve hayaller: cezalandırılma düşüncesi, bedensel zarara uğrama korkusu,
- Anksiyete.

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 almaktadır (Ruland, Hamilton, Schjødt-Osmo, 2009).Kronik hastalığı olan çocuklarda ruhsal sorunların gelişmesi için çocukların öz anne-babayla yaşayamıyor olması veya anne-babanın vefatı, düşük sosyoekonomik düzey, annenin eğitiminin düşük olması veya annenin yaşının genç olması ruhsal sorunlar açısından risk faktörleri olarak bildirilmiştir (Özer, Dede, Koç, Eren ve Kırkpınar,1997).

Okul çağı döneminde, teşhis ve tedavinin başlangıç dönemlerinde, okul öncesi çocuklardakine benzer korkular görülebilir. Okul çağı çocukları, öğretmenleri ve arkadaşları ile olan ilişkisine aşırı derecede bağımlıdır. Ciddi bir hastalık ve hastane yatışı benlik saygısının gelişimini önemli oranda engeller. Çocuk hastalığı bir ceza olarak görebilir. Yine hastalığın ve hastaneye yatmanın yıkıcı etkisine yanıt olarak gerileme, öfke, olumsuz tutum ve hatta açık disfori oluşabilir. Okul fobisi, öğrenme güçlükleri, sosyal becerilerde problemler görülebilir. Ayrıca psikososyal sorunlarla beraber psikiyatrik problemlerde yaşanabilmektedir. Çocukluk çağı kanserlerinde hayatta kalanlarda genel olarak depresyon, hipokondriazis, davranış ve uyum problemleri, bedensel yetersizlik ve aşırı kaygılanma gibi sorunlar görülmektedir (Noll, Leroy, Bukowski ve ark,1991).

Kanser tedavisi sürecindeki klinik psikiyatrik çalışmalar depresyon üzerinde yoğunlaşmıştır. Yapılan bir çalışmada çocuklarda depresyon oranı %12-20 olarak bildirilmiştir (Asar-

now ve Bates, 1988). Ayrıca tedavi sırasında ağrısı çok olan çocuklarda depresif belirtilerin de daha yoğun olduğu bildirilmiştir. Birçok çalışmada erken yaşta kanser tanısı alan çocuk, anne ve babasının olumlu ve destekleyici yaklaşımı ile hastalık sürecine daha kolay uyum sağladıkları, depresyon ve anksiyete gibi ruhsal sorunların daha düşük olduğu bildirilmiştir (Çavuşoğlu,2001 ve Boekaerts,1999) .

Çocuklarda yaygınlığı yüksek olan lösemi ve beyin tümörlerinde direkt olarak ya da tedavi amaçlı kullanılan kraniyal radyoterapi nedeniyle merkezi sinir sistemi etkilenmektedir. Merkezi sinir sisteminin etkilenmesi, psikiyatrik bozukluk riskini arttırmaktadır. Kraniyal radyasyon alan, nöropsikolojik yetersizlikler oluşan hastada daha fazla uyum sorunları olmaktadır. Kemoterapinin ergenlerdeki psikolojik etkilerini inceleyen çeşitli araştırmacılar yeme bozuklukları, öfke ve suçluluk duyguları, depresyon, kabuslar, ayrılık anksiyetesi, izolasyon korkusunu özellikle vurgulamışlardır (Chang, 1991) .

Ergenlik Dönemindeki kanserde ise çocukluktan yetişkinliğe geçiş dönemi olduğu için kendi içinde de zorlayıcı bir dönemdir. Bu dönemde fiziksel, sosyal ve psikolojik birçok değişim yaşanır. Yapılan çalışmalara göre ergenlerde (17 yaş öncesi) kronik hastalıkların görülme oranı %10-20 arasında belirlenmiştir. Bu hastalıklar arasında en sık olarak, kristik fibriosis, lösemi ve hemofili dikkat çekmektedir. Ergenlik döneminde ciddi bir hastalık başlangıcı, beden imajı, kişisel kimliğin oluşumu, yaşlıları tarafından kabul edilme gibi nedenlerle stres yaratır. Otonomi duygularını yeni kazanmaya başlamış olmaları ergenlerin hassasiyetini artırır. Tüm otorite figürlerine karşı özerklik kazanmaya çalışan ergen, tedavi sürecini travmatik olarak yaşayabilir. Olumlu beden imgesi, ara verilen ergen ilişkileri ergenin kendilik değerinin gelişimini olumsuz yönde etkiler ( Eden, Black, Mac Kinlay ve Emery,1994).

Tedaviye uyum sorunları yaşanabilir, öfke ve karşı gelme davranışı izlenebilir. Bunlara ek olarak okul devamı ve performansı olumsuz etkilenmektedir. 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 büyük önem kazanır. 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). Kendini farklı olarak algılamadan doğan sorunlar, bazı kanser hastası olan gençlerin toplumdan uzaklaşmalarına yol açabilmektedir. Bu durum arkadaşlarla anlamlı

ilişkiler kurulmasını engellemekte ve cinsel kimlik gelişimini olumsuz olarak etkilemektedir.

Her ergen kansere farklı tepkiler vermektedir. Bağımsızlığını kazanma döneminde olan ergene; hastalığın getirdiği kısıtlamalar, yoğun ilaç kullanımı, ebeveynin yoğun müdahaleleri huzursuzluk verebilir. Bazıları bu duruma boyun eğip hatta ilaçları konusunda aşırı dikkatli davranırken, bazıları da bağımsızlığı ispat etme gereksinimi ile tehlikeli ve isyankar davranışlar sergilerler. Bunun yanı sıra depresyon, ajitasyon sık görülen tepkilerdir ( Erickson ve Steiner, 2001).

Hastalığın ve hastaneye yatmanın psikolojik etkileri çocuktan çocuğa değişmektedir. Belirleyici faktörler; tedavinin niteliği nedeniyle yaşanacak zorlanmanın dozu, bireysel farklılıklar, çocuğun yapısı ve yaşı, hastanede geçirilen süre, ailenin ve çocuğun bilgilendirilme düzeyi, hastane ekibinin aileye ve çocuğa davranışı, ailenin endişe düzeyi, anneden ayrılığın süresi ve şeklidir. Çocukların hastalık kavramını anlamasında kişisel deneyimleri ve inançları da önemli rol oynamaktadır. Örneğin, daha önce çok hastalanmış ve tedavi sırasında canı yanmış bir çocuğun hastaneye yatışa tepkisi, hiç ciddi rahatsızlık geçirmemiş çocuğunkinden daha fazla olacaktır. Tüm bu faktörler psikolojik stres kaynaklarını oluşturmaktadır (Fuemmeler, Elkin ve Mullinsa, 2002).

### **1.9. Kanser Teşhisinden Sonra Görülen Tepkiler ve Tepki Süreçleri**

**Şok:** Kanser teşhis edildiğinde genellikle ilk hissedilen duygu, büyük bir şok yaşamaktır. Hasta aileleri olanlara inanmak istemezler, duygularını ifade etmekte sorun yaşarlar. Defalarca aynı sorular, aynı şeyleri anlatabilir ya da aynı bilgileri öğrenmek isteyebilirler. Bunlar yaşanan şokun doğal reaksiyonlarıdır. Hastalık tanısı söylenirken anne ve babanın birlikte olmasına, ikisi yoksa bir yakınlarının yanında açıklama yapmaya gayret edilmelidir (Pirl ve Roth, 1999).

**İnkar:** İnkâr sürecinde kimi insanlar hiç konuşulmamasını, kimileri de mümkün olduğunca az konuşulmasını tercih ederler. Hasta yakınları hastalığı ve hastanın endişelerini yok saymaya çalışabilirler. Bu durum insanların kanser hakkında konuşmaktan, korkmalarından ve sıkıntı duymalarından kaynaklanmaktadır. Karşılıklı olarak duyguları anlamaya çalışmak ve kendini konuşmaya hazır hissetmeyen birini konuşması için zorlamamak önemlidir. Hazır olduğunda onunla duygu ve düşüncelerini paylaşmaya hazır olduğunu hissettirmek gerekmektedir.

**Öfke:** Kanser hastalığı ile yüzleşen kişinin ve yakınlarının hastalığa, yakın çevresindekilere ve doktorlara karşı öfke duyabilir. Hatta kimi zaman isyan etme duygusu da ön plana çıkmaktadır. Öfke duygusunun doğal bir tepki olduğunu anlamaya çalışmak, yok saymamak ve geri yansıtılmamak daha olumlu sonuçlar vermektedir.

**Suçluluk Duygusu:** Hastalar ve yakınları kanserin niye onların başına geldiğinin sebeplerini arıyor ve hastalıklarına kendisinin, yakınlarının ve yaşadıklarının sebep olduğunu düşünüyor olabilir. Onlara kanserin birçok farklı sebebi olduğunu ve çoğu zaman da bu sebeplerin hastanın kontrolü dışında olan şeyler olduğu açıklanmalıdır.

**Yalnız Kalma İsteği:** Kanser hastası olmak sağlıklı insanlara tepki duyulmasına neden olabilir. "Neden başkası değil de, ben?" sorusu sıklıkla rastlanan bir durumdur. Hasta ve yakınları bu düşüncelerini: "Beni yalnız bırakın" şeklinde ifade etmektedir.

### **1.10. Okul Dönemi ve Ergenlik Dönemindeki Çocuğun Kanserden Etkilenme Durumu**

**Okul Dönemi:** Nedenlerin düşünülmeğe başlandığı bir dönemdir. Okul çağı çocuğu, hastalığın ve tedavinin önemini anlayabilir. Bu çocukların anksiyete düzeylerinin yüksek olduğu ve öykülerinde yalnızlık, ayrılık ve ölüm temalarının işlendiği görülebilmektedir. Kanser hastası bir okul çağı çocuğu, hastalığa bağlı olarak görünümünde meydana gelen değişiklikler ve fonksiyon kaybı nedeniyle kendini akranlarından farklı görmektedir ve arkadaşları tarafından reddedileceğini düşünebilir. Ayrıca, çocuğun hastalığı okula devamını ve arkadaş ilişkilerini sürdürme yeteneğini engellemektedir. Böylece çocuk, kendini gidecek izole eder ve depresif bir hal almaya başlar. Bu yaştaki çocuklar, kanser hastalığına yakalanmanın haksızlık olduğunu düşünerek, öfke duyabilirler.

Okul çağı çocukları hala duygusal yönden olgunlaşmamış oldukları için, kendi duyguları ile baş etmede güçlük yaşayabilirler. Bir gün pasif bir şekilde içe kapanırken, ertesi gün aşırı tepki gösterebilirler. Normal koşullarda bu dönemdeki çocuklar için en önemli aktivite okuldur ve okul onlar için aileden bağımsızlığı, yeni ilişkiler kurmayı, akademik beceriler elde etmeyi ifade eder. Oysa hayatlarını tehdit eden kanser, çocukların okula devam etmelerine, başarılarına engel teşkil etmektedir.

**Ergenlik Dönemi:** Ergenler için kanserin kendisi temel bir sorun olup, bağımsızlığın kaybolması, arkadaş ilişkilerinin bozulması, cinsel girişimlerinin etkilenmesi, gelecekle ilgili planların bozulması olarak algılanmaktadır. Bunun yanı sıra, saç kaybı, kilo değişimleri,



cilt renginde kararmalar gibi tedavi yöntemlerinin yan etkileri ergenlerde ortaya çıkan fizyolojik değişiklikler, psikolojik problemlerin temelini oluşturmaktadır.

Genel olarak hemen her hastalıkta uyku, iştahsızlık gibi belirtiler görüldüğü gibi yetişkinlerden farklı olarak ergenlerde, hareketlerinin sınırlandırılması konusunda da huzursuzluk belirtileri görülmektedir. Bu nedenle kanser hastası ergenlerde, sinirlilik, huy değişimi sık görülebilir. Hissettikleri huzursuzluk ve çaresizlik duyguları ile bilinçdışı savunma mekanizmaları ile sıkıntıdan kaçıp kurtulmaya çalışırlar. Bazı savunma mekanizmalarına başvurlar, bunlar: Ergenin bilinçsizce başvurduğu bir savunma mekanizması olan *regresyon* ile ergen, kendisine önceden rahatlık ve doyum vermiş olan eski dönemlerinin özelliklerini yeniden göstermeye başlar. Bir diğer savunma mekanizması da *inkardır*. Hasta, hissettikleri çaresizlik, huzursuzluk duygularından kaçıp kurtulmak için farkında olmadan gerçeği inkara kalkışmaktadır.

### **1.11. Kanser Hastası Çocuğun Hastalığın Evresine Göre Hastalıktan Etkilenme Durumu**

**İlk Tanının Konulması:** Çocukluk kanserlerinde tanıyı ilk duyan kişi çocuk değil, ailesi olmaktadır.

**Remisyon dönemi:** Çocuğun hastalığı kontrol altına alındığında, ebeveynlerin kaygısının azaldığı ancak remisyon süresince belirsizliğinin yaygın şekilde görüldüğü belirlenmiştir. Remisyon döneminde ailelerde, hastalığın nüks etme korkusu sebebiyle inkar ve depresyon görülebilir.

**Relaps (Tekrarlama) Dönemi:** Çocuk ve ailesi, hastalığın nüks etmesiyle, ilk tanı konulduğundaki gibi şiddetli tepkiler verebilirler. Hasta çocuk ise nüks durumunu; çok büyük acı, ızdırap ve zulüm olarak algılayabilir ve kendini ihanete uğramış gibi hissedebilir. Bu dönemde çocukta oluşan her bir değişiklik, ailenin baş etmesi gereken derin keder duygusunu da beraberinde getirmektedir. Hastalığın ciddiyetini de inkar etmek yeterli olmamakta ve çocuğun ölümüne ilişkin korku yeniden kendini göstermektedir.

**Terminal Dönem:** Bu dönemde aile ve çocuk, azalan şansın farkındadır ve “sona yaklaşma” düşüncesi ile ailede ve çocukta duygusal tepkiler yoğundur. Duygusal tepkiler arasında kaygı, geleceğin belirsizliğinden korkma, çaresizlik, depresyon, öfke ve yaşamdan kopma korkusu yer almaktadır.

## 1.12. Öğrenilmiş Çaresizlik

Öğrenilmiş çaresizlik (learned helplessness) terimi, bir organizmanın davranışlarıyla olumsuz bir sonucu kontrol edebileceği halde, sonucu kontrol etmek için gereken davranışları yapmadığını ya da bu davranışları öğrenmede yetersiz kaldığını göstermektedir.

Öğrenilmiş çaresizlik, olumsuz durumlardan kaçınmak veya başarmak gayretlerinde bir yol bulamayan bireyin denemelerden vazgeçmesidir. Öğrenilmiş çaresizlik, kişinin birçok durum karşısında başarısızlığa uğrayarak, bir şey yapsa da hiçbir şeyin değişmeyeceğini, o konuda bir daha asla başarıya ulaşamayacağını düşünüp, bir daha deneme cesaretini kaybetmesidir. Organizmanın davranışlarıyla olumsuz bir sonucu kontrol edemeyeceğini öğrenmesinden sonra, davranışlarıyla olumsuz sonucu ortadan kaldıracabileceği durumlarda bile, kontrol edememesinin sonucunda geliştirdiği kontrolsüzlük beklentisine bağlı olarak gereken çabayı gösterememesidir (Gündoğdu, 1996).

Davranışlarıyla sonuçları arasında birer bağ olmadığını öğrenen birey, bunun nedenini üç farklı kaynağa yükler. Bu kaynakların her biri birer boyut olarak düşünülebilir. Bunlar içsel-dışsal, değişmez- değişir ve genel-özel boyutlarıdır (Kök,1992). İçsel-dışsal nedensel yükleme boyutunda; birey, davranışının nedenini çaba, yetenek, kişilik özelliği gibi kendine ilişkin değişkenlere ya da şans için güçlük derecesi, ortamın özellikleri gibi kendisinin dışındaki değişkenlere yükler. Değişmez-değişir nedensel boyutunda; birey, davranış ve sonuç arasındaki bağlantısızlığın nedeninin zaman içinde değişebilir olup olmadığını değerlendirir. Genel-özel nedensel boyutunda ise; davranış ve sonuç arasındaki bağlantısızlığın nedeninin, söz konusu özel ya da tüm benzer ortamlarda geçerli olup olmadığını araştırır. Dweck ve Reppucci'ye göre (1973), başarısızlıklarını içselleştirip kendi yeteneklerine bağlayan birey, Öğrenilmiş çaresizlik davranışı geliştirip, olumsuz bir beklenti içerisine girer ve başarısı düşer.

Öğrenilmiş çaresizlik konusundaki ilk deneysel veriler, Seligman ve Maier'in (1967) bir araştırmasından elde edilmiş ve "çaresizlik" kavramı ilk kez Seligman ve arkadaşları tarafından kullanılmıştır. Deney iki aşamalı olarak köpeklerle yapılmıştır. Deneyin ilk aşamasında iki ayrı köpek grubu bulunmaktadır. Bunlardan biri çaresizlik, diğeri de kaçış grubudur. Çaresizlik grubundaki köpekler deneyin ilk aşamasında bir kafeste bulunmakta ve tesadüfi aralıklarla şok almaktadır. Şokun başlayacağını gösteren herhangi bir uyarıcı bu-

lunmadığı gibi köpeklerin, bir davranış yaparak şoktan kurtulma olanakları da yoktur. Köpekler, kafes içinde boyunduruğa bağlıdır ve şok verildiğinde hiçbir harekette bulunma şansı yoktur. Bu işleme çaresizlik eğitimi (helplessness training) adı verilmektedir. Diğer yandan kaçma grubundaki köpekler kafes içinde serbesttir. Şok verildiğinde burunlarıyla bir düğmeyi iterek şoku kesme olanağı bulunmaktadır. Bu işleme de kaçma eğitimi (escape training) denmektedir. Kaçma grubundaki köpekler tekrarlar sonucu şoku kesmeyi öğrenmiştir. Birinci aşamada iki köpekte aynı düzeneğe bağlıdır. Kaçış grubundaki köpek kendi edimleri ile şoku kestiğinde diğer köpekte şoktan kurtulmaktadır.

Birinci aşamada şoku kesmede başarılı olan kaçma grubundaki köpekler ile kontrol grubundaki köpekler iki bölmeli farklı bir kafese alınır. Bu kez ikisi de serbesttir, kısa sürede şoktan kurtulmak için birinci aşamada şoku kesmede başarılı olan kaçma grubundaki köpekler kısa sürede diğer bölmeye atlayarak şoktan kurtulabileceklerini öğrenmişlerdir. Çaresizlik grubundaki köpekler ise deneyin ikinci aşamasında bu görevi öğrenmede başarısız olmuşlardır. İkinci kafese alındıklarında şok verilirken serbest olmalarına rağmen tamamen pasif hale gelmişler ve kafesin diğer bölmesine atladıkları takdirde şoktan kurtulmaları mümkünken, şok anında hiçbir tepki vermeksizin, acı içinde hırıldayarak çöküntü içinde beklemişlerdir.

Öğrenilmiş çaresizlikle ilgili laboratuvar çalışmaları daha sonra kediler, balıklar ve fareler üzerinde de yapılmış ve köpek deneylerindeki bulgulara benzer bulgulara ulaşılmıştır. Böylece, öğrenilmiş çaresizlik olgusunun belli bir türe özgü bir davranış değil, bütün türleri kapsayabilecek genel bir özellik taşıdığı anlaşılmıştır (Maier, Albin ve Testa, 1973; Seligman ve Beagley, 1975).

Hayvanlarla yapılan çalışmalar, öğrenilmiş çaresizlik araştırmacılarını insan deneklerle laboratuvar ortamında çalışmaya yöneltmiştir (Fosco ve Geer, 1971). Peterson ve Seligman (1984) insan deneklerle yapılan iki paralel tür öğrenilmiş çaresizlik çalışmasından söz etmektedirler.

Birinci tür çalışmalarda, laboratuvar ortamında insan deneklerle temel öğrenilmiş çaresizlik modeli araştırılmıştır. Bu çalışmalarda elektrik şoku yerine çözülemeyecek bulmacalar, kontrol edilemeyen şiddetli gürültüler ve benzeri problem durumları oluşturulmuş ve deneyler bu ortamlarda yapılmıştır. Overmier ve Seligman'ın (1967) ve Seligman ve Maier'in (1967) köpeklerle yaptıkları çalışmalara benzer şekilde, Hiroto (1974), kontrol edi-

lemeyen gürültü uyarıcısı vererek insan deneklerde öğrenilmiş çaresizlik gelişimini araştırmıştır. İnsanlar üzerinde yapılan bir laboratuvar çalışmasında üç grup üzerinde deneysel çalışma yapılmıştır. 1.grup çaresizlik grubu,2.grup kaçma grubu ve 3. grup ise kontrol grubudur. Deneyin birinci aşamasında, çaresizlik grubu ve kaçma grubu olmak üzere iki denek grubu çok yüksek sese maruz bırakılmıştır. Birinci gruptaki denekler doğru düğmeyi bulup bastıklarında ses kesilmekte, ancak, ikinci grupta hiç bir düğme, sesi kontrol edememektedir.

Deneyin ikinci aşamasında her üç gruptan denekler yüksek şiddette gürültüye maruz bırakılmışlardır. Kontrol grubundakiler ilk kez şiddetli gürültüye maruz kalmışlardır. Çaresizlik grubundaki denekler hayvan deneylerinde olduğu gibi hem kontrol grubuna hem de kaçma grubuna göre daha yüksek oranda çaresizlik davranışında bulunmuşlar, gürültüyü kontrol edebilecekleri halde kontrol etme yönünde çok az çaba göstermişlerdir. İnsanlarda öğrenilmiş çaresizlik gelişimiyle ilgili bu bulgular, çeşitli araştırmalarca da desteklenmiştir (Fosco ve Geer, 1971).

İnsanlarla öğrenilmiş çaresizlik konusu üzerine yapılan çalışmaların sonuçları genellikle çelişkili bulgular vermektedir. Bazı araştırmalarda (Dweck ve Reppucci,1979) çaresizlik grubundaki deneklerin, deneylerin ikinci aşamasında daha başarısız oldukları ve çaresizlik davranışı gösterdikleri görülmüştür. Bazı araştırmaların sonuçları ise deneysel işlemde kullanılan uyarıcıların türüne göre gruplar arasında fark olduğuna işaret etmektedir (Douglas ve Anisman,1975). Bir grup araştırma ise çaresizlik grubunun davranış örüntüsünde, beklenilenin tersine bir artma olduğunu ortaya koymuştur (Roth ve Kubal,1975; Hovardaoğlu,1986).

Araştırma bulgularının tutarsızlığı, araştırmacıları, insanlardaki öğrenilmiş çaresizliği açıklamak üzere bir model geliştirmeye yönlendirmiştir. Modellerden bir tanesi Maier ve Seligman'a (1976) aittir. Bu modele göre kontrol edilemeyen olumsuz sonuçlarla karşılaşma sonucu bireyde güdüsel, bilişsel ve davranışsal yetersizlikler ortaya çıkmakta ve buna bağlı olarak da, kontrolün mümkün olduğu ortamlarda, birey, gerekli davranışları yapmada yetersiz kalmaktadır (Hovardaoğlu,1986).

Seligman ve arkadaşlarının geliştirdiği modele göre, davranışları ile belirli bir sonucu kontrol edemeyeceğini öğrenen bir bireyde; güdüsel, bilişsel ve duygusal alanlarda olmak üzere, üç yetersizlik ortaya çıkar.

1. **Güdülenme Alanındaki Yetersizlik:** Kendini, davranışa gerektiği kadar aktif olarak hazırlayamama durumudur. Davranışlarıyla bir sonucu kontrol edemeyeceğini öğrenmesi bireyin güdülenmesinde bir azalma ortaya çıkarmakta ve birey ileride, benzer durumlarda gereken davranışları yapmak için daha az istekli, daha az hevesli olmaktadır.
2. **Bilişsel Yetersizlik:** Kontrol algısının zayıflamasıdır. Davranışlarıyla bir sonucu kontrol edemeyeceğini öğrenmesi, bireyin bu tür olaylar karşısında bir kontrol edememe beklentisi geliştirmesine yol açmaktadır.
3. **Duygusal Yetersizlik:** Otonom faaliyetlerdeki değişme ile kendini göstermektedir. Sonuçları kontrol edemeyen deneklerde kalp atışları ve kan basıncında görülen yükselme, titreme, kaygı ve çöküntü gibi belirtiler bu tür bozukluğa örnek oluşturmaktadır.

İnsanlarla yapılan deneylerde elde edilen sonuçlardaki tutarsızlık Abramson, Seligman ve Teasdale'in yükleme kuramına dayalı yeni bir model geliştirmesini sağlamıştır. Abramson, Seligman ve Teasdale (1978) bireyin davranışın sonucunu kontrol edemediği ancak, çevresindeki başka insanların sonucu kontrol edebildiği (Bireysel çaresizlik) durumlarla, hem bireyin, hem de çevresindeki insanların sonucu kontrol edemediği (Evrensel çaresizlik) durumlar arasında bir ayrım yapmışlardır. Başka bir deyimle, evrensel çaresizlik durumunda birey davranışın sonucunu ne kendisinin ne de bir başkasının kontrol edemeyeceğine inanmaktadır. Bunun yanında, bireysel çaresizlik durumunda ise birey davranışın sonucunu sadece kendisinin kontrol etmede yetersiz kaldığını düşünmekte, kendisi dışında bir başkasının sonucu kontrol edebilme olasılığının bulunduğuna inanmaktadır.

Abramson, Seligman ve Teasdale (1978), evrensel çaresizliği bir kanser örneğiyle açıklamaktadırlar. Çocuğu lösemi olmuş bir baba, bütün çabalarına rağmen çocuğunu iyileştirmeyi başaramamıştır. Artık yapabileceği hiç bir şey olmadığına inanmaktadır. Löseminin tam olarak tedavi edilememesi nedeniyle başka birisinin de yapabileceği bir şey yoktur. Böyle bir durumda, babanın çocuğunu iyileştirmek için gösterdiği çaba belli bir süre sonra azalmaya başlayacak ve baba çaresizlik davranışı göstermeye başlayacaktır. Bu durum evrensel çaresizlik olarak tanımlanmaktadır. Bu evrensel çaresizlik örneği, yapılan bu araştırmanın da temelini oluşturmaktadır. Benzer bir örnekle, sürekli ders çalışmasına, hiç devamsızlığı olmamasına, özel dersler almasına rağmen bir türlü başarılı olamayan bir öğrenci, en sonunda başarısızlığın nedeni olarak kendisini görmeye başlamıştır. Başaramamasının nedeni olarak, zekâ seviyesinin dersleri başarmasına yetecek seviyede olmadığına inanmaktadır. Derste başarılı olmak için gereken bir seviye vardır ve bazı kişiler bu sevi-

yede başarı göstermektedir. Öğrenci ders çalışmayı bırakmıştır. Böyle bir durumda bireyin ders çalışmayı bırakmasıyla kendisini gösteren çaresiz davranış ise “bireysel çaresizlik” olarak açıklanmaktadır.

Evrensel ve bireysel çaresizlik arasındaki önemli farklardan birisi de benlik saygısıyla ilgilidir. Eğer birey davranışın sonucunu kontrol edememe durumunun sadece kendisine özgü bir durum olduğunu, başkalarının sonucu kontrol edebildiğini düşünürse benlik saygısı azalır. Abramson, Seligman ve Teasdale (1978), evrensel ve bireysel çaresizlik ayırımının kendisini benlik saygısı noktasında gösterdiğini belirtmektedir. Önemle üzerinde durulması gereken nokta ise, hem orijinal model, hem de yeniden formüle edilmiş çaresizlik modeli evrensel ve bireysel çaresizlik yaşantısının ikisinde de bilişsel ve motivasyonla ilgili sorunların ortaya çıkacağını vurgulamaktadır. Öğrenilmiş çaresizlik belirtileri bireyin, davranışın sonucunu kontrol edememek konusundaki inancının doğru olması veya olmamasından ve kontrol edilmesi gereken durumun özelliklerinden bağımsız olarak ortaya çıkmaktadır.

Yeniden formüle edilmiş öğrenilmiş çaresizlik modeline göre, çaresizlik belirtileri belirli bir duruma yönelik olabilmesinin yanında birçok yaşantıyla da ilgili olabilmektedir. Örnek olarak, derslerinde sürekli başarısızlık yaşayan ve ne kadar çaba gösterirse göstereceği başarılı olamayan bir öğrencinin, yaşamının sadece derslerle ilgili bölümünde çaresizlik yaşayabilmesinin yanında, bu çaresizlik yaşantısını yaşamının başka birçok alanına genelleyebilmesi olasılığı da bulunmaktadır. Böylece birey, bu genellenmenin sonucunda arkadaşlık ilişkilerinde, mesleki yaşamında, yaşamının diğer birçok alanında çaresiz davranışlar gösterebilir. Çaresizlik yaşantısının sadece belirli bir yaşantıyla sınırlı olması, “duruma özel” (situation specific) çaresizlik olarak değerlendirilmektedir. Belirli bir durumda çaresizlik yaşantısına maruz kalan bireyin bu yaşantıyı yaşamının diğer alanlarına da genellemesi durumunda çaresizlik belirtileri “genel” (global) çaresizlik olarak değerlendirilmektedir.

Öğrenilmiş çaresizlik de deneyimin süresi de çaresizliğin ortaya çıkıp çıkmayacağını belirleyen önemli noktalardan birisidir. Bir başka deyişle, çaresizlik belirtilerinin ortaya çıkmasında en önemli boyutlardan birisi, bireyin kontrol edilemezliğin süresiyle ilgili yaptığı nedensel yüklemelerdir.

Abramson, Seligman ve Teasdale (1978), süreyle ilgili yapılan nedensel yüklemenin bireysel farklılıklar gösterdiğini belirtmekte ve aynı duruma maruz kalan bireylerin farklı nedensel açıklamalar yapabileceğine dikkat çekmektedir. Çaresizlik belirtileri bazen dakikalar, bazen de yıllarca sürebilmektedir. Eğer çaresizlik belirtileri görece daha uzun süreli

olursa bu durum çaresizliğin “süreğen” (chronic) olduğunu göstermekte, daha kısa süreli olan durumlarda ise çaresizlik belirtileri “geçici” (transient) olarak değerlendirilmektedir. Birey sonucunu kontrol edemediği bir duruma maruz kaldığında bu durum nedeniyle ilgili bir açıklama yapmaktadır. Bu açıklama geleceğe yönelik davranış-sonuç ilişkisi beklentisini etkilemektedir. Böylece, birey geleceğe yönelik olarak süreğen veya geçici, yaşamının birçok alanına genellenmiş veya sadece maruz kaldığı duruma özel çaresizlik belirtileri gösterebilmektedir. Başka bir ifadeyle, yapılan nedensel yüklemelerden bazıları süreğen olurken bazıları geçici, bazıları genel olurken de bazıları duruma özeldir.

### **1.13. Kanser Hastalarında Öğrenilmiş Çaresizlik**

Kanser hastasında tanıyla bağlantılı olarak ortaya çıkan kontrolünü kaybettiği düşüncesi ve öğrenilmiş çaresizlik duyguları, depresyon, öfke, tedaviye uyumsuzluk ve diğer terapötik olmayan davranışlara yol açabilir. Doktorun, hastaya tedavisiyle ilgili seçenekler sunması; hastanın ilaç dozlarını kaydetmesi; diğer hastalara tedavinin yan etkileriyle baş etme konusunda yardımcı olması gibi girişimler, hastanın tedaviye aktif katılımını artırır, kontrol kaybı ve çaresizlik duygularından kurtulmasına yardımcı olabilir (Goldberg, 1981). Tanısı, hastalığın seyri ve tedavi süreciyle ilgili olarak bilgilendirilmesi, hastada entelektüel olarak kontrol etme ve hakim olma duyguların gelişmesini sağlar. Bedensel bütünlüğün bozulması veya bir uzvun kaybının her hasta için anlaşılması ve paylaşılması gereken kişisel bir anlamı vardır. Hastanın kendine bakım, hareket kabiliyeti, sosyal ve aile içindeki rolüyle ilgili sorunlar, özellikle yeterli rehabilitasyon tedavisi sağlanmazsa depresif bir reaksiyonu tetikleyebilir.

Öğrenilmiş çaresizlik kanser hastalarında üç şeyi zayıflatmaktadır: akıl, istekler ve duygular. Ayrıca üç önemli yetersizliğe sebep olmaktadır. Motivasyonel zayıflama, entellektüel zayıflama ve duygusal zayıflama. İstediklerini elde etmenin kendi elinde olmadığını, ne kadar tedavi olsa da hep hastalığın tekrarlama riski olduğunu düşünen ve hastalığı tekrarlayan kanser hastaları, olaylar karşısında akıllarını kullanmanın sonucu değiştirmediğini görmektedir. Kanser hastalarında duygularda zayıflama görülmektedir. Uzun süre acı çeken, ondan kurtulmak için çabaladığı halde başaramayan insan, o acıyı kabullenmekte ve onunla yaşamayı öğrenmektedir.

Seligman’a göre öğrenilmiş çaresizlik yaşantısından geçen deneklerde görülen stres karşısındaki pasif tutumlar ve öğrenme güçlükleri ile reaktif, depresif kişilerde görülen pasif, isteksiz tutumlar ve öğrenme güçlükleri arasında bir benzerlik vardır. Reaktif, depresif kişi-

ler, geçmiş ya da yakın geçmişte davranışlarıyla belli bir sonucu kontrol edemediklerini öğrenmekte, bunun sonucu olarak depresyon tablosu ortaya çıkmakta ve benzer durumlarda herhangi bir tepkide bulunmamaktadır. Kanser hastaları, kontrol dışında gelişen olaylar ya da üst üste karşılaşılan başarısızlıklar ve çözümsüzlükler karşısında, bir noktadan sonra pes etmekte ve çabalamaktan vazgeçmektedir. Olumsuz sonuçlar ve başarısızlıklar, kişiyi daha karamsar, mutsuz ve umutsuz hissettirmekte, motivasyonunu ve güvenini kırmakta ve bu da depresyona zemin hazırlamaktadır. Seligman'ın çalışmaları, sonraki yıllarda depresyonun nedenlerinin araştırılmasında oldukça yardımcı bilgiler ortaya koymuştur. Daha sonra yapılan araştırmalarda depresyonda olan bireylerin bir şekilde çaresizliği öğrendikleri için bunalım yaşadıkları görülmüştür.

#### **1.14. Depresyon**

Depresyon, yetişkinlerde ve çocuklarda sık görülen duygu durum bozukluğudur (Shors, 2004). Ancak uzman kişilerin desteği ile etkili bir biçimde tedavi edilebilen psikolojik bir rahatsızlıktır. Aslında depresyon yaşamın getirdiği stres yaratan birçok duruma gösterilen normal bir tepkidir. Çok küçük yaşlardan itibaren çocuklarda depresyon görülebilir; çocuktan ergenliğe geçişte depresyonun görülme sıklığı artmaktadır (Çavuşoğlu, 2001).

##### **1.14.1. Depresyonun Nedenleri**

Ölüm olayları çocukları büyük ölçüde etkiler bunun yanında kanser gibi hastalıklarda çocukları derinden etkilemektedir. Bunun dışında, anne baba davranışları önemli bir nedendir. Tutarlı olmayan anne baba davranışlarının olması, ödül ve ceza dengelerinin iyi kurulmaması çocukların depresyona girmesi için basit, ama olası nedenlerdir. Aile içi çatışmalar, çocuk ve ergenlerde depresyon riskini arttıran etmenlerin başında gelmektedir (Çavuşoğlu, 2001). Çözüm zorlaştıkça depresyon artar. Okul başarısızlığı ise bir başka etkidir. Okulda başarı sağlayamayan çocuk, depresyona kadar giden bir çöküntü yaşamaktadır. Kendine güveni az, kendini beğenmeyen, başarısız bulan çocuklarda depresyon oranları fazladır. Arkadaşlık ilişkilerinde bozulmalar, yine genetik yatkınlıklar, aşırı baskıcı ve kontrolcü aile tutumları, anne baba geçimsizlikleri ve boşanmalar, fiziksel görüntüsünden hoşnut olmama, özgüven kaybı, aile içi şiddet gibi pek çok nedenle karşılaşılmaktadır (Çavuşoğlu, 2001). Ayrıca hem çocuklukta hem de ergenlikte görülen depresyonda ilginç bir başka nokta ise, bu çocukların ailelerinin de genellikle bu tip duygu durum bozuklukları yaşamış ve yaşayan bireyler olduğunun saptanmış olmasıdır. Çocuklarda depresyonu baş-



latan nedenler genellikle kronik bir hastalığın varlığı, hastane yatışı, anne-baba boşanması veya geçimsizliği, sevilen bir kişinin kaybı olabilir (Çavuşoğlu, 2001).

### **1.14.2. Depresyonun Belirtileri**

3–7 yaş sonrasında, depresyon yaşayan çocuklarla yapılan görüşmelerde, çocukta ailenin bilmediği bir üzüntü hissi, uyku bozukluklarından bahsedilmektedir. Aileler de çocuğun azalan aktivitesinden, huzursuz davranışlarından bahsetmektedir (Hobbie, Stuber, Meeske ve ark, 2000). Ergenlik döneminde ise depresyonun başlangıcı yetişkin depresyonuna daha çok benzer. Yalancı zekâ geriliği denen, zihinsel işlevlerde gerileme görülür, uygun önlemler alınmazsa kalıcı geriliğe neden olabilir. Kızgınlık, saldırganlık gibi davranış sorunları ortaya çıkar. Daha az olarak anksiyete, korkular, takıntılar ve tikler gelişir (Hobbie, Stuber, Meeske ve ark, 2000). Depresyona dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu gibi bozukluklara eşlik edebilmektedir. Ergenlerde görülen depresyonda en çok göze çarpan belirtiler: üzüntü, keder umutsuzluk gibi duygusal belirtilerdir ve yaşamdan alınan zevkin azalmasına neden olur. Çocuklarda depresyonda görülen belirtiler; kendine güvende azalma, çabuk ve sık ağlama, yalnızlık duygusu, karar vermede zorluk, alınganlık, değersizlik hissi, iştahta değişiklik, konuşmada azalma, çevreye ilgide azalma, kolay sinirlenme, kendisini beğenmeme, gelecek ile ilgili umutsuzluk ve karamsarlıktır (Hobbie, Stuber, Meeske ve ark, 2000).

### **1.15. Kanser Hastalarında Depresyon**

Kanserli hastalarda en sık görülen ruhsal bozukluk depresyondur; sıklığı için %4.5 - %58 gibi çok geniş bir aralık içinde değişen oranlar bildirilmiştir. Yatan hastalar arasında ise %22 ile %24 oranında görülebilir ( Kapıcı,2004). Sıklığın bu kadar değişken olması araştırmaların, farklı tanı yöntemleri ve hasta grupları ile yapılması ile bağlantılıdır. Depresyon, son dönem hastaları da içeren tanı ve ölçütleri kullanmayan çalışmalarda yüksek oranda bildirilmiştir. Uyum bozukluğunu ayıran ve fiziksel olarak iyi durumda olan hastalarla yapılan çalışmalarda ise düşük oranlar bulunmuştur.

Depresyon ile en fazla paralellik gösteren olay, hastanın günlük işlerini yapabilme gücüdür (Ness, Mertens, Hudson ve ark,2005). Önceleri kanserde depresyon görülme riski bedensel olarak aynı derecede etkileyen diğer tıbbi hastalıklarla benzer denilmişse de, son çalışmalar bu görüşü desteklememektedir. Kansere karşılaşan bir kişinin üzüntüsü, hastalıkla ilgili endişesi ile tedavi gerektiren depresyonu ayırt etmek gerekir.

Genellikle tümörü fark etme ile endişe artar, tanı araştırmaları ve kontroller bitip sonuç söylendikten sonra ameliyat ya da tedavi öncesi en yüksek noktalara çıkar ve ameliyat sonrası yaklaşık bir yıl içinde azalarak hasta sakinleşir. Hastaneye yatış, yeni bir tedavinin başlanması, nüks gibi kriz dönemlerinde anksiyete yeniden artar, çaresizlik, ümitsizlik duygusu ile hastaneden ayrılma ya da tedaviyi bırakma görülebilir. Hastaya durumu uygun bir biçimde söylemek, ümidi tamamen yok etmeden ama gerçeklerden de uzaklaşmadan bilgi vermek endişeleri azaltmada yardımcı olmaktadır.

Haklı nedenleri de olsa depresyon tedavi edilebilir, bu zor dönemi hastanın daha rahat geçirmesi sağlanabilir. İleri derece hastalığı olan kişiler pek çok stres verici etmenle karşılaşır. Ağrı, depresyon ve deliryum sıklığı ilerlemiş kanser hastalarında çok yüksektir. Kanserde depresyon sıklığı ortalama %25 olmakla birlikte, ilerlemiş kanser hastalarında bu oran %77'ye kadar çıkar (Özer ve ark.,1997). Palyatif bakım durumlarında en sık rastlanan psikiyatrik bozukluk %28 ile deliryum olup, onu %10 ile demans izler (Özer ve ark.,1997).

Ağrısı olan kanser hastaları, ağrısı olmayan hastalardan iki kat fazla depresyon geçirme riski taşımaktadır (Pirl ve Roth, 1999) . Aşırı suçluluk duygusu ve işe yaramazlık düşünceleri normal mutsuzlukla depresyon arasındaki farkı belirler. Kontrol edilemeyen ağrı, kanserde kaygının en sık görülen nedenidir. Ağrı hasta için her şeyin kötüye gittiği, tedaviye yanıt alınmadığı, ölümün yakın olduğu gibi durumların habercisidir (Pirl ve Roth,1999).

Ağrı dindirilmeden kaygı değerlendirilemez. Zaman zaman bağımlılık korkusu ile etkin ağrı tedavisi yapılamamaktadır. Bazen hastalar opioid kullanımına dirençli olabilmektedir. Depresyonun varlığı tedaviye uyumu bozarak hastanede kalış süresini ve tedavi masraflarını arttırmakta ve hastanın tedavi sürecini olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Lau, Bernard ve Hartman,1989). Kanser hastalarında en fazla depresif duygu ile uyum bozukluğu ve kendini öldürme düşüncelerine sık rastlanmaktadır. Hastanede yatma, kadın cinsiyeti, hastalığın bilinmesi, geçirilmiş psikiyatrik bozukluk ve stres etmenleri psikiyatrik bozukluklar için önemli risk etmenleridir.

Kansere ilk aşamada verilen en yaygın tepki, “şok” ve “inanamamak” tır. Bu dönemde görülen; tanının yansıması, katlanılması güç olan gerçeğin yarattığı kaygı ve çaresizlik duyguları, bir karşı savunma şeklinde ortaya çıkmaktadır. Bunun ardından kızgınlık ve depresyon gelişebilmektedir. Zamanla hastanın gerçeği kabul edip, enerjisini ve ruhsal gücünü yeni yaşamına yöneltmesiyle uyum süreci başlamaktadır. Tedavi seçeneklerinin belirlenmesi ve tedavi programının sunulması, kabullenışı kolaylaştırmaktadır. Genel olarak

fizyolojik durumda ve beden imajında bozulma, sosyal desteğin yetersizlik olması, hastalık sürecinde gereksinimlerin zamanında karşılanamaması, geçmişteki olumsuz deneyimler, hastalığa ait olumsuz inançlar, hastalık nedeniyle soyutlanma, tedavilerin uzun sürmesi, aktivite sınırlılığı gibi nedenlerle kanserli hastalar umutsuzluk yaşayabilmektedir. Ortaya çıkan umutsuzluk, bireyin yaşamını pasifleştirerek depresyon ve öz kırım davranışları için bir etken oluşturmaktadır (Öz, 2004).

## **1.16. Kanser, Öğrenilmiş Çaresizlik ve Depresyon ile İlgili Araştırmalar**

### **1.16.1. Kanser ve Depresyon ile İlgili Araştırmalar**

Kanserli hastalarda psikiyatrik bozukluklar %29-%47 arasında değişebilen oranlarda bildirilmektedir (Lau, Bernard veHartman,1989). Özellikle depresyonun varlığı tedaviye uyumu bozarak hastanede kalış süresini ve tedavi masraflarını arttırmakta ve hastanın tedavi sürecini olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Lau, Bernard ve Hartman,1989). Depresyon aynı zamanda öz kırım ve ciddi sorunları da gündeme getirmektedir. Hastanın ağrısı varsa depresyonun varlığını ayırt etmek için önce ağrıyı kontrol altına almak, sonra depresyonu yeniden değerlendirmek gerekmektedir. Hastaların çoğu ağrının kötüleşme belirtisi olduğuna inanmaktadır. Umutsuzlukla birlikte görülen depresyon, ajitasyon, tedaviye uymama, irritabilite, işbirliği yapmama, öfke, akut anksiyete, ağrıya tepki olabilir ve ağrının tedavisi ile düzelebilmektedir.

Bazen bağımlılık korkusu ile etkin ağrı tedavisi yapılamaz ya da hastalar opioid kullanmaktan ürkebilir. Ağrı tedavisinin depresyon açısından önemi ekibe ve hastaya anlatılmalı, tıbbi nedenle opioid kullanımlarında bağımlılık riskinin düşüklüğü hatırlatılmalıdır. Chen (2000), Tayvan'da 203 ağrısı olan ve olmayan kanser hastasını anksiyete ve depresyon açısından karşılaştırmışlar ve ağrılı grupta anksiyete ve depresyon sıklığını ağrısız gruba göre belirgin olarak yüksek bulmuşlardır. Derogatis (1988), bir araştırmalarında 215 kanserli hastada %13 major depresyon bildirilmiştir. Massie, Gagnon ve Holland (1994) ise 546 kanser hastasında %54 uyum bozukluğu, %9 major depresyon saptanmıştır. Jenkins ve arkadaşları(1991), meme kanserinin yeniden nüks ettiği hastalarda %45.5 oranında depresyon bildirmiştir. Tanı ölçütleri kullanılan araştırmalarda ortalama %5-8 oranında major depresyon gözlenmektedir. Radyoterapi hastaları ile yapılan bir araştırmada, konsültasyon istenen 70 hastada DSM-III-R tanı kriterlerine göre %38 oranında major depresyon, %43 uyum

bozukluğu, 30 hastalık kontrol grubunda ise %13 uyum bozukluğu, %7 major depresyon saptanmıştır.

Yorgunluk kanserde sık görüldüğü gibi depresyonun bir belirtisi olarak da ortaya çıkmaktadır. Bu noktadan hareketle Stone ve arkadaşları (2000), 227 kanser hastası ile 98 kanser olmayan kontrol grubunda halsizlik semptomunun şiddetini ve sıklığını karşılaştırmışlar; kanser hastalarında şiddetli halsizliğin çok yaygın bir semptom olduğunu, anksiyete ve depresyonla çok sık birlikte gözlemlendiğini bulmuşlardır. Kaplan ve arkadaşları (2000), ilişkilerin kanser hastalarının psikolojik durumlarına etkisini, evre III ve IV'te olan 33 beyin tümörlü hastada araştırmışlardır. Depresyon ve anksiyetenin cinsiyetten bağımsız olarak çok sık gözlemlendiğini bulmuşlardır. Kanserde intihar girişimi sık olmamakla birlikte ya da ailede intihar öyküsü, kötü prognoz, kontrol edilemeyen ağrı, sosyal destek azlığı, bir yakının ölümü, psikopatoloji öyküsü, anksiyete, umutsuzluk risk faktörleri olarak sayılabilir.

Ayrıca tedavi sırasında ilaç kullanımının etkisi ile deliryum görülebileceği ve intihar davranışlarının olabileceğini, kontrolünü yitiren hastanın kendine zarar verebileceğini akılda tutmak gerekmektedir. Umutsuzluk ve kendine zarar vermeyi “kötümserliğin büyük harflerle yazılmış biçimidir” ve depresyonun göstergesi olarak ele alınması gerektiğini belirtmiştir (Seligman,2007: 61). Bu sebeple çaresizlik ve ümitsizlik, depresyona ilişkin bilişsel-davranışsal açıklamanın temel özellikleri olarak ele alınmaktadır (Henkel, Bussfeld, Möller ve Hegerl, 2002). Morris (2007), depresyon da olan insanların başarıdan çok, başarısızlıklara vurgu yaptıklarını söylemektedir.

Seligman ve arkadaşlarının (1984) yaptığı çalışmada, 9 ve 13 yaşları arasındaki çocuk ve yetişkin depresiflerin yükleme biçimleri arasında benzerliği ortaya çıkarmıştır. Cinsiyet ve depresyon arasındaki ilişkinin anlamlı olduğunu belirten Hankin (2007) de, kızların erkeklere oranla daha fazla depresif eğilimler sergilediğini dile getirmektedir.

Babanın sağ olup olmaması ile öğrenilmiş çaresizlik arasında anlamlı bir ilişki bulunmazken, annenin sağ olması öğrenilmiş çaresizlik düzeyinin artmasına sebep olmaktadır (Erdogdu,2006).

Depresyona ise, sosyal iletişimdeki problemler neden olmamaktadır, aksine depresyon nedeniyle insanların sosyal iletişimi zayıflamaktadır. Spiegel ve Bloom'un (1989) araştırma-

larında ise, hastalara bilgi verilmesi ve psikolojik yardım hizmetlerinin sağlanması durumunda, hastaların kaygı ve depresyon düzeylerinde azalma olduğunu göstermektedir. Ameliyat sonrasında da kaygı ve depresyonun azaldığı gösterilmiştir ( Whittle,1999). Eliott ve Olver (2009), kanserli hastaların hemşirelerle olan iletişimindeki konuşmalarında umudun hayata aktif katılım, iyi ve olumlu olan şeyleri tanımlama, çevredeki bireylerle ve gelecekle bağlantı kurma temaları şeklinde yer aldığını tespit etmiştir.

Kvale (2007), onkoloji kliniğinde yatan kanser hastalarının, kanserin yol açtığı duygusal ve ruhsal sıkıntılar hakkında konuşmaktan çok, normal yaşamları, hobileri ve aileleri hakkında konuşmak istediklerini saptamış ve bu eğilimin kanserli hastaların umudu bulmalarına yardım ettiğini belirtmiştir. Yüksek düzeylerde umudu olan kanserli hastaların daha uzun yaşama eğilimi gösterdikleri ve hastalısız geçen sürenin daha uzun olduğu bildirilmektedir (Chen 2000). Tyszkiewicz-Bandur ve arkadaşları (2006), neoplastik hastalığı olan bireylere uygulanacak psikolojik yardımın sadece anksiyeteyi azaltmaya değil, aynı zamanda umudun geliştirilmesini desteklemeye de yönlendirilmesi gerektiğini vurgulamıştır. Bu çalışmalar, planlı yaklaşımların bireylerde umut düzeylerini arttırmada etkili olabildiğini göstermektedir. Devlin (2006), kanser ve palyatif bakımda sanat eserlerinin rolünü incelediği makalesinde, sanat eserlerindeki bazı temaların umut kaybı, izolasyon ve öfke ile ilgili olduğunu tespit etmiş ve bireylerin hissettiklerini sözel olarak ifade edemediklerinde, öfkelelerini ve duygularını sanat yolu ile ifade ettiklerini vurgulamıştır.

### **1.16.2. Kanser ve Öğrenilmiş Çaresizlik ile İlgili Araştırmalar**

Büyük çocuklarda öğrenilmiş çaresizlik örüntülerinin olduğunu göstermekle beraber çocukların ne kadar erken yaşta öğrenilmiş çaresizliği geliştirebilecekleri ya da bu sürecin nasıl geçtiği konusunda belirsizlikler vardır.

Thurstone'un yaptığı bir araştırmada, öğrenilmiş çaresizliğin ortaya çıkmasında geçmiş yaşantıların ve çocuğun içinde bulunduğu çevrenin önemli bir rolü olduğu görülmüştür. Çevreyi kontrol etme olanağı bulunmayan, etkileşimde bulunduğu kişiler tarafından sürekli kontrol edilen kişilerin başarısızlık karşısında daha kolay öğrenilmiş çaresizlik geliştirdikleri bulunmuştur (Aydın,1985).

Gündoğdu'nun (1996) araştırmalarına göre başarı seviyesi düşük erkekler, hem başarı seviyesi yüksek erkeklerden hem de başarı seviyesi düşük kızlardan daha çok çaresizlik ya-

şamaktadır. Dweck ve Reppucci (1973) , kızların erkeklerden daha fazla çaresizlik davranışı gösterdiğini belirtmektedir. Literatürdeki diğer araştırmalarda ise Gelir (2009), cinsiyet ve öğrenilmiş çaresizlik düzeylerinde anlamlı bir farklılaşma bulamamıştır. Bu konuda Dweck ve Licht (1980) ile Cemalcılar, Canbeyli ve Sunar (2003) da öğrenilmiş çaresizlik ile cinsiyet arasında anlamlı bir farklılaşma saptamamıştır.

Valaes (2001), 3.,4.,6.,7.,8. ve 9. sınıf öğrencilerinden oluşan bir örneklem üzerinde yaptığı çalışmasında başarı, öğrenilmiş çaresizlik ve psikolojik düzenleme özgüven ve depresyon arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Başarının doğrudan ve dolaylı olarak yüklemeler, beklentiler, çaresizlik ve psikolojik düzenlemelerle ilgili olduğu sonucuna varmıştır. Çaresizlik ve beklentilerin psikolojik düzenlemelerle anlamlı bir şekilde ilişkili olduğunu belirtmektedir. Çaresizlik ve akademik beklentilerle, depresyon gibi psikolojik düzenlemeler arasında anlamlı bir ilişki vardır. Araştırmada ayrıca erkek öğrencilerin daha çok öğrenilmiş çaresizlik davranışı gösterdikleri, kız öğrencilerin ise psikolojik uyumsuzluk gösterdikleri sonuçlarına ulaşılmıştır.

Öğrenilmiş çaresizlik konusunda yapılan araştırmalar, bu olgunun bireylerde erken yaşlardan itibaren gelişmeye başladığını, öğrenilmiş çaresizlik ile birlikte görülen “başarısızlık beklentisi”nin bireyin yaşamında önemli sonuçlar doğurabileceğini, öğrenilmiş çaresizlik olgusunun devamı halinde bireyde depresif bozukluklar oluşabileceğini ortaya koymuştur. Uzbaş (1998), öğrenilmiş çaresizliğe özgü açıklama biçimine sahip bireylerin diğer insanlara oranla depresyona daha yakın bireyler olduğunu ileri sürmektedir.

Bu araştırma, kanser hastası olan ve kanser hastası olmayan çocukların öğrenilmiş çaresizlik ve depresyon düzeyleri açısından benzerlik ve farklılıklarının karşılaştırılması amacıyla yapılmıştır.

Yapılan araştırmalar incelendiğinde, kanser hastası olan çocuklarda hem öğrenilmiş çaresizlik hem de depresyon düzeyinin arasındaki ilişkiyi yaş ve cinsiyet değişkenine göre inceleyen, hem nitel hem de nicel verileri içeren bir çalışma yapılmamıştır. Bu anlamda kanser hastası olan ve kanser hastası olmayan çocuklarda öğrenilmiş çaresizlik ve depresyon puanlarının arasındaki benzerlik ve farklılıkların ortaya konmasının, literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

## 2.BÖLÜM

### ÖNEMİ, AMAÇ, VARSAYIM ve SINIRLILIKLAR

#### 2.1.Araştırmanın Amacı

Bu araştırma, kanser hastası olan ve kanser hastası olmayan çocukların depresyon ve öğrenilmiş çaresizlik düzeylerine bakılarak aynı veya farklı yaşta ve farklı cinsiyette olan çocukların depresyon ve öğrenilmiş çaresizlik düzeyleri arasındaki farklılıkları ve benzerlikleri saptamak amacıyla yapılmıştır.

#### 2.2. Araştırmanın Hipotezleri

- ❖ **Hipotez 1:** Kanser hastası olan çocukların öğrenilmiş çaresizlik puan ortalamaları, kanser hastası olmayan çocukların öğrenilmiş çaresizlik puan ortalamalarından daha yüksek olacaktır.
- ❖ **Hipotez 2:** Kanser hastası olan erkek çocukların öğrenilmiş çaresizlik puan ortalamaları, kanser hastası olan kız çocuklarının öğrenilmiş çaresizlik puan ortalamalarından daha yüksektir.
- ❖ **Hipotez 3:** Yaş arttıkça kanser hastası olan çocukların öğrenilmiş çaresizlik puan ortalamaları daha yüksek olacaktır.
- ❖ **Hipotez 4:** Yaş arttıkça kanser hastası olmayan çocukların öğrenilmiş çaresizlik puan ortalamaları değişmeyecektir.
- ❖ **Hipotez 5:** Kanser hastası olan çocukların depresyon puan ortalamaları, kanser hastası olmayan çocukların depresyon puan ortalamalarından daha yüksek olacaktır.
- ❖ **Hipotez 6:** Kanser hastası olan kız çocukların depresyon puan ortalamaları, kanser hastası olan erkek çocuklarının depresyon puan ortalamalarından daha yüksektir.
- ❖ **Hipotez 7:** Yaş arttıkça kanser hastası olan çocukların depresyon puan ortalamaları daha yüksek olacaktır.
- ❖ **Hipotez 8:** Yaş arttıkça kanser hastası olmayan çocukların depresyon puan ortalamaları farklı olmayacaktır.

- ❖ **Hipotez 9:** Öğrenilmiş çaresizlik düzeyi yükseldikçe, depresyon düzeyi de yükselecektir.
- ❖ **Hipotez 10:** Kanser hastası olan çocuklarda öğrenilmiş çaresizlik puanları yükseldikçe, depresyon puanları da yükselecektir.
- ❖ **Hipotez 11:** Kanser hastası olmayan çocuklarda öğrenilmiş çaresizlik düzeyi yükseldikçe, depresyon düzeyi de yükselecektir.

### **2.3.Araştırmanın Varsayımları**

Araştırmada kullanılan ölçeklerin;

- 1- Öğrenilmiş Çaresizlik Ölçeğinin, öğrenilmiş çaresizlik düzeyini doğru bir şekilde ölçtüğü varsayılmaktadır.
- 2- Çocuklar için Depresyon Ölçeğinin, depresyon düzeyini doğru bir şekilde ölçtüğü varsayılmaktadır.

### **2.4.Araştırmanın Sınırlılıkları**

1. Araştırmanın bulguları uygulamanın yapıldığı Ankara ve İstanbul illerinde farklı hastanelerin Onkoloji bölümleri ile sınırlıdır.
2. Araştırmanın bulguları uygulamanın yapıldığı İstanbul ilinde farklı semtlerdeki İlköğretim okulları ile sınırlıdır.
3. Anketlerden elde edilen bilgilerin doğruluğu ile sınırlıdır.

### **2.5.Araştırmanın Önemi**

Kanser hastası olan ve kanser hastası olmayan çocuklar üzerinde öğrenilmiş çaresizlik ve depresyon düzeylerini saptamak için yapılan çalışmaların az olduğu görülmektedir. Bu çalışmada hasta olan çocuklardan elde edilen verilerin, onkoloji servisinde çalışan görevlilere, hasta çocuklara ve ailelere destek ve eğitim veren eğitimcilere yararlı olabileceği düşünülmektedir.



### 3. BÖLÜM

#### YÖNTEM

##### 3.1.Evren ve Örneklem

Araştırmaya deney ve kontrol grubu olmak üzere 210 çocuk katılmıştır. Araştırmanın deney grubunu İstanbul'daki bir Devlet Hastanesi ile Ankara'daki bir Devlet Hastanesi'nin çocuk onkoloji servislerinde Mayıs-Ağustos 2012 ayları arasında yatarak tedavi gören ve ayakta tedavi gören 98 kanser hastası çocuk oluşturmaktadır. Araştırmanın kontrol grubunu ise, 2011-2012 eğitim-öğretim yılında, SED düzeyi yüksek iki özel İlköğretim okulu ile orta ve alt sosyoekonomik düzeyde insanların yaşadığı, iki farklı İlköğretim okulunun 6,7 ve 8'inci sınıflarında okumakta olan 112 öğrenci oluşturmaktadır.

Deney ve kontrol grubundaki çocuklara “Çocuklar için Öğrenilmiş Çaresizlik Ölçeği” ve “Çocuklar için Depresyon Ölçeği” uygulanmıştır.

Çalışmaya alınma ölçütleri:

- 1- 12-14 yaş arasında olmak,
- 2- Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak\*

##### 3.2.Araştırmanın Modeli

Bu araştırma betimsel bir araştırmadır ve ilişkisel tarama modeli kullanılmıştır. Bu araştırmada kesit alma yaklaşımı kullanılarak 12,13 ve 14 yaş gruplarından öğrencilere uygulama yapılmıştır. İlişkisel tarama modeli ile kanser ve öğrenilmiş çaresizlik, kanser ve depresyon, yaş ve kanser, cinsiyet ve kanser gibi bağlamlarda birbirleriyle ilişkileri incelenmiştir. Bu araştırma kapsamında yaş ve cinsiyetin, öğrenilmiş çaresizlik ve depresyon puanlarına etkisi olup olmadığı incelenmiştir.

\*Hasta çocukların ailesinden onay (izin) alınmıştır.

### 3.3.Verilerin Toplanması

**Veri toplama süreci:** Verileri toplamak için gerekli olan ölçeklerin uygulanabilmesi için Ankara'daki ilgili hastaneye izin için yazılı başvuru yapılmış; İstanbul'daki ilgili hastaneden izin almak amacıyla Sağlık Bakanlığı'na başvurulmuş, alınan yazılı izinlerden sonra ilgili hastanelere gidilerek kanser hastası olan çocuklarla çalışılmaya başlanmıştır. Bu çocuklara “Çocuklar için Öğrenilmiş Çaresizlik Ölçeği” ve “Çocuklar için Depresyon Ölçeği” uygulanmıştır. Uygulamalar 3 ay süresince araştırmacı tarafından hastane ortamında yapılmış, uygulamanın yapıldığı her çocuğun ailesine araştırmanın amacı açıklanmıştır. Uygulama hakkında gerekli bilgiler verilmiştir ve hastaların uygulamaya dair soruları cevaplandırılmıştır. Hastalar enfeksiyona yatkın oldukları için gerekli önlemler alınmıştır.

Çalışmaya katılan 98 kanser hastası çocuktan 55'ine, Anket soruları araştırmacı tarafından okunmuş ve hastaların verdiği cevaplar araştırmacı tarafından cevap kağıdına işaretlenmiştir. Kusan ya da ağrısı olan hastalara uygulama sırasında yardımcı olunmuş ve zorlanmalarını için uygulamaya hastanın istediği kadar ara verilmiştir. Uygulama esnasında ailelerden hasta ve tedavi süreci hakkında bilgi alınmıştır. Bazı aileler yaşadıkları süreci ve sıkıntıları paylaşmak istediğinde, görüşmeler hastadan uzak bir ortamda yapılmıştır. Aynı şekilde, hasta bireysel olarak görüşmek istediğinde, aile, o ortamda olmadan hasta ile bireysel görüşme yapılmıştır. Hasta ve aileler, bireysel olarak yapılan görüşmelerde, kendilerine bile ifade edemedikleri, sakladıkları veya bastırdıkları duygularını bazen ağlayarak, bazen de umutla samimi bir şekilde paylaşma fırsatı bulmuştur. Görüşme sürecinde test sorularının kapsamında bulunmayan nitel verilere ulaşılmıştır. Hastaların teşhis öncesi ve teşhis sonrasındaki tepkileri, kanser ve kanserin çocuğa etkileri, kanser teşhisi alan çocuğun karşılaştığı güçlükler ve kanser ile mücadele süreci gibi konularda bilgiler alınmıştır. Hasta ve ailelerin veri toplama araçlarına ilgi gösterdikleri, sorulara içtenlikle cevap verdikleri gözlemlenmiştir.

2012 Mart ve Mayıs ayları arasında kontrol grubu uygulamalarında örnekleme alınan 4 ilköğretim okuluna gidilerek, okulda görevli Müdür, Müdür Yardımcısı, Rehber Öğretmenler ve Sınıf Öğretmenleri ile işbirliği içerisinde 6. 7. ve 8. sınıf öğrencilerine “Çocuklar için Öğrenilmiş Çaresizlik Ölçeği” ve “Çocuklar için Depresyon Ölçeği” 1 ders saatinde uygulanmıştır. Öğrencilere ve öğretmenlere araştırmanın amacı ve uygulama hakkında bilgi verilmiştir. Öğrencilerin araştırmaya ilgi gösterdikleri ve sorulara dikkatli bir şekilde cevap verdikleri gözlemlenmiştir.

### **3.4. Veri Toplama Araçları**

Bu çalışmada “Çocuklar için Öğrenilmiş Çaresizlik Ölçeği” ve “Çocuklar için Depresyon Ölçeği” kullanılmıştır.

#### **3.4.1. Çocuklar için Öğrenilmiş Çaresizlik Ölçeği**

İlk olarak Seligman ve arkadaşlarının (1984) geliştirmiş olduğu “Öğrenilmiş Çaresizlik Ölçeği” nin Türkçe’ ye uyarlanması ve standardizasyonu Aydın (1985) tarafından yapılmıştır. Asıl formu “Children’s Learned Helplessness Questionnaire” dir. Kağıt ve kalem testidir ve grup olarak uygulanabilir. İlk ve Ortaokul öğrencilerine uygulanabilmektedir. Yanıtlar form üzerine işaretlenmektedir. Uygulama süresinde zaman sınırlaması yoktur. Ölçeğin kullanılması için özel eğitim gerekmez. Ölçek, öğrenilmiş çaresizliğe özgü; içsel, genel ve değişmez yüklem biçimlerini ölçmek amacıyla hazırlanmış olan 48 maddeden oluşmaktadır ve 3 alt testi vardır. Her maddede, kişi için olumlu ya da olumsuz olabilecek bir durum verilmekte ve bu durum karşısında, kişinin kullanabileceği nedensel yüklem biçimi iki seçenek olarak sunulmaktadır. Ölçekte her nedensel yüklem boyutunu ölçen 16 madde vardır. İçsel-dışsal nedensel yüklem boyutu ile ilgili olan maddelerle, bireyin karşılaştığı olayların nedenlerini kendisine mi, yoksa kendisinin dışındaki etkenlere mi yüklediği araştırılmaktadır. Özel-genel nedensel yüklem boyutu ile ilgili maddelerde, kişinin karşılaştığı olayların nedenini, söz konusu ortama özgü bir neden mi, yoksa tüm benzer ortamlar için genel olan bir nedene mi yüklediği araştırılmaktadır. Değişmez-değişebilir nedensel boyutu ile ilgili olan maddeler ise, kişinin karşılaştığı olayların nedeninin zaman içerisinde değişebilir olup olmadığını araştırmaktadır. Testteki her bir içsel, değişmez ve genel yüklem boyutunu yansıtan yanıtta 1 puan, dışsal, değişebilir ve özel yüklem boyutunu yansıtan yanıtta ise 0 puan verilmektedir.

Puanlar toplanarak her bir denek için öğrenilmiş çaresizlik puanı elde edilmektedir. Toplam puan arttıkça deneklerin öğrenilmiş çaresizliğe özgü yüklem biçimini kullanmaları artmaktadır. Ölçekte alınabilecek en düşük puan “0”, en yüksek puan ise “48” ’dir. Öğrenilmiş çaresizliğe özgü yüklem biçimine işaret eden puanların alt sınırı 23’tür.

##### **3.4.1.1. Ölçeğin Güvenirliliği**

Ölçeğin güvenilirlik çalışması Aydın tarafından yapılmıştır. Test-tekrar test yöntemiyle ve dört hafta ara ile yapılmış, güvenilirlik katsayısı  $r = 0.83$  olarak hesaplanmıştır (Aydın,1986).

### **3.4.1.2.Ölçeğin Geçerliliği**

Ölçeğin Türkiye için geçerlik çalışması Aydın tarafından kapsam geçerliği yöntem ile gerçekleştirilmiştir. Bu amaçla görüşlerine başvuru alan uzmanların değerlendirmelerinin analizi, ölçek maddelerinin ortalama olarak %96.1 oranında ölçmeyi amaçladığı üç nedensel yüklem boyutunu ölçtüğünü göstermiştir (Aydın,1986 ).

### **3.4.2.Çocuklar için Depresyon Ölçeği**

Kovacs (1981) tarafından geliştirilen, 6-17 yaş çocuklara uygulanabilen, 27 maddelik öz bildirim ölçeğidir. Çocuklarda depresyon düzeyini ölçmeye yarayan bir tür kendini değerlendirme ölçeğidir. Bireysel ya da grup olarak uygulanabilir. Ölçek çocuğa okunarak veya çocuğun kendisi tarafından okunarak doldurulur. Zaman sınırlaması yoktur. Her maddede çocuğun son iki haftasını değerlendirerek, aralarından seçim yapacağı üç cümle bulunmaktadır. Her cümle seti çocukluk depresyonunun belirtilerine ilişkin ifadeler içermektedir (Örn. Uyku ve iştah problemleri, disfori v.s.). Çocuktan üç seçenek arasından kendisine en uygun cümleyi seçerek işaretlemesi istenir. Verilen cevaplara 0 ile 2 arasında değişen puanlar verilir. B,E,G,H,İ,J,L,N,O,P,Ş,Ü,V maddeleri, ters olarak puanlanan maddelerdir. Bu puanların toplanmasıyla depresyon puanı elde edilir. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 54'tür.Toplam puanın yüksek oluşu depresyon düzeyinin ya da şiddetinin yüksekliğini gösterir. Ülkemizde geçerlik ve güvenirlik çalışması Belma Öy (1991) tarafından yapılmış ve patolojik kesim noktası 19 puan olarak saptanmıştır. Faktör yapısının hasta grupları ile değerlendirilmesi ölçeği daha değerli kılacaktır. Ölçeğin geçerlik ve güvenirlik çalışmaları 9-14 yaşları arasındaki öğrenciler üzerinde yürütülmüştür. Ölçeğin güvenirlik çalışmasında, Cronbach Alfa iç tutarlık katsayısı .77, bir hafta arayla iki kez uygulanması ile elde edilen test-tekrar test güvenirlik katsayısı ise .80 bulunmuştur.

### **3.5.Verilerin Analizinde Kullanılan Değerlendirme Teknikleri**

Çalışma verileri SPSS 15.00 paket programı ile değerlendirilmiştir. Nicel veriler, kanser hastası olan ve kanser hastası olmayan çocukların öğrenilmiş çaresizlik ve depresyon ölçeklerinden elde edilen puanlardan oluşmaktadır. Nicel verilerin analizinde betimsel istatistik analizleri (ortalama, Standard sapma, sıklık dağılımı), korelasyon, regresyon tekniklerinden yararlanılmıştır

Deney grubundan elde edilen nitel veriler ise araştırmacı tarafından kanser hastası olan çocuklardan derlenen bilgiler ile yaş ve cinsiyet değişkenlerine göre sınıflandırılmıştır. Hastalarla

ile yapılan görüşmeler sonucunda, her bir ya grubundaki ortak sorunlar tablo haline getirilmiştir ve sıklıkları verilmiştir. Aynı yöntemle cinsiyet değişkenine göre de ortak sorunlar tablo haline getirilmiştir ve sıklıkları verilmiştir. Hastaların aileleri ile de bireysel görüşmeler yapılmış ve hasta yakınlarının duygularına ve düşüncelerine de yer verilmiştir.

## 4.BÖLÜM

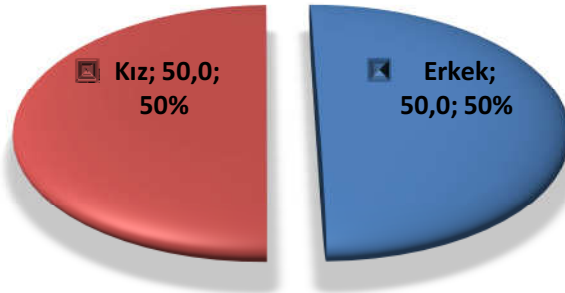
### BULGULAR VE YORUM

#### 4.1.İstatistiksel Bulgular

**Tablo 4.1.1 Deneklerin Cinsiyet Dağılımı**

Cinsiyet	Frekans (n)	% (%)
Erkek	105	50.0
Kız	105	50.0
Toplam	210	100.0

Araştırmaya katılan 210 çocuktan 105'i erkek ( %50) ve 105'i (%50) kızdır. Bu durum bir örneklem topluluğu için ideal sayılacak eşit bölünmeye yakındır.

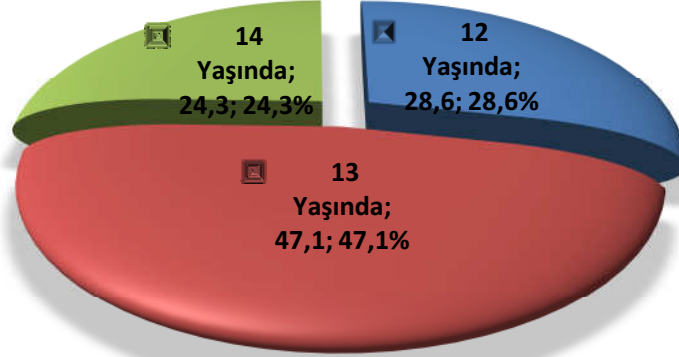


**Şekil 4.1.1.**

**Tablo 4.1.2 Deneklerin Yaş Dağılımı**

Yaş	Frekans (n)	% (%)
12 Yaşında	60	28.6
13 Yaşında	99	47.1
14 Yaşında	51	24.3
Toplam	210	100.0

Araştırmaya 12 yaş grubundan 60 çocuk ( %28,6),13 yaş grubundan 99 çocuk (%47,1) ve 14 yaş grubundan 51 çocuk (%24.3) çalışmaya katılmıştır.

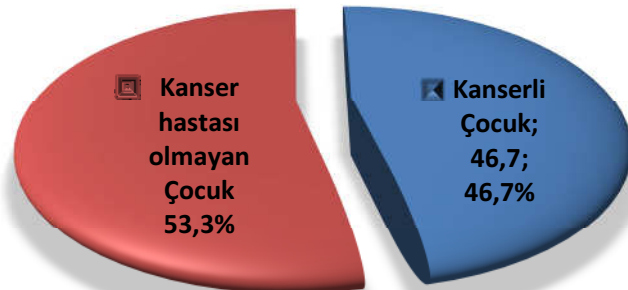


Şekil 4.2.1.

Tablo 4.1.3 Kanser Hastası Olan/ Olmayan Frekans Dağılımı

Durumu	Frekans (n)	% (%)
Kanser Hastası Olan Çocuk	98	46.7
Kanser Hastası Olmayan Çocuk	112	53.3
Toplam	210	100.0

Araştırmaya kanser hastası olan 98 çocuk ( %46,7) ve 112 kanser hastası olmayan çocuk (%53,3) çalışmaya katılmıştır.



Şekil 4.3.1

**Tablo 4.1.4 Kanser Hastası Olan Çocukların Öğrenilmiş Çaresizlik Ölçeği ve Depresyon Ölçeği Puan Ortalamaları, Değişim Aralıkları ve Standart Sapmaları**

<b>Kanser Hastası olan çocuklar</b>	n	Min.	Maks.	Ortalama	Std.Sapma
Öğrenilmiş Çaresizlik Ölçeği	98	6.00	38.00	23.5102	4.53451
Depresyon Ölçeği	98	3.00	30.00	12.1735	6.15944

Öğrenilmiş Çaresizlik Ölçeği 98 kanser teşhisi almış çocuğa uygulanmıştır. Kanser hastası olan çocuklar, Öğrenilmiş Çaresizlik Ölçeğinden en düşük 6 puan, en yüksek 38 puan almıştır. Puan ortalamaları ise  $\bar{x}=23,5102 \pm 4,534$  'tür.

Depresyon Ölçeği 98 kanser hastası olan çocuğa uygulanmıştır. Kanser hastası olan çocuklar, Depresyon Ölçeğinden en düşük 3 puan, en yüksek 30 puan almıştır. Puan ortalamaları ise  $\bar{x}=12,1735 \pm 6,159$  'dur.

**Tablo 4.1.5 Kanser Hastası Olmayan Çocukların Öğrenilmiş Çaresizlik Ölçeği, Depresyon Ölçeği Puan Ortalamaları, Değişim Aralıkları ve Standart Sapmaları**

<b>Kanser Hastası Olmayan Çocuklar</b>	n	Min.	Maks.	Ortalama	Std.Sapma
Öğrenilmiş Çaresizlik Ölçeği	112	1.00	29.00	21.4018	4.34640
Depresyon Ölçeği	112	.00	34.00	13.1964	6.87054

Öğrenilmiş Çaresizlik Ölçeği, 112 kanser hastası olmayan çocuğa uygulanmıştır. Kanser hastası olmayan çocuklar, Öğrenilmiş Çaresizlik Ölçeğinden en düşük 1 puan, en yüksek 29 puan almıştır. Puan ortalamaları ise  $\bar{x}=21,4018 \pm 4,346$  'dir.

Depresyon Ölçeği 112 kanser hastası olmayan çocuğa uygulanmıştır. Sağlıklı çocuklar, Depresyon Ölçeğinden en düşük 0 puan, en yüksek 34 puan almıştır. Puan ortalamaları ise  $\bar{x}=13,1964 \pm 6,870$  'dir.



**Tablo 4.1.6 Kanser Hastası Olan ve Olmayan Çocukların Öğrenilmiş Çaresizlik Test Puanlarının Çapraz Tablosu**

Durumu	Öğrenilmiş Çaresizlik Ölçeği		Toplam
	23 Puan Altı	23 Puan ve Üzeri	
Kanser hastası Çocuk	n 34 % 34.7%	64 % 65.3%	98 100.0%
Kanser hastası olmayan Çocuk	n 65 % 58.0%	47 % 42.0%	112 100.0%
<b>Toplam</b>	n 99 % 47.1%	111 % 52.9%	210 100.0%

Yukarıdaki tabloya göre; Testin kesim noktası 23 ve üzeri alan 98 kanser hastası çocuktan %65'3'ü öğrenilmiş çaresizlik yaşamaktadır. Testin kesim noktası 23 ve üzeri alan 112 kanser hastası olmayan çocuktan %42'si test sonuçlarına göre öğrenilmiş çaresizlik yaşamaktadır. Yukarıdaki tabloya göre kanser hastası olan çocuklar, kanser hastası olmayan çocuklara göre daha çok öğrenilmiş çaresizlik yaşamaktadır.

**Tablo 4.1.7 Kanser Hastası Olan ve Kanser Hastası Olmayan Çocukların Depresyon Ölçeği Test Puanlarının Çapraz Tablosu**

Durumu	Depresyon Ölçeği		Toplam
	19 Puan Altı	19 Puan ve Üzeri	
Kanser hastası Çocuk	n 78 % 79.6%	20 % 20.4%	98 100.0%
Kanser hastası olmayan Çocuk	n 92 % 82.1%	20 % 17.9%	112 100.0%
<b>Toplam</b>	n 170 % 81.0%	40 % 19.0%	210 100.0%

Yukarıdaki tabloya göre, testin kesim noktası 19 ve üzeri puan alan 112 kanser hastası olmayan çocuktan % 17,9'u depresyon düzeyi yüksektir. 19 ve üzeri puan alan 98 kanser hastası olan çocuktan % 20,4'ünün depresyon düzeyi yüksektir.

**Hipotez 1:** *Kanser hastası olan çocukların Öğrenilmiş çaresizlik puan ortalamaları, kanser hastası olmayan çocukların Öğrenilmiş çaresizlik puan ortalamalarından daha yüksek olacaktır.*

**Tablo 4.1. 8. Öğrenilmiş Çaresizlik Puan Ortalamaları (Genel) ve Test Değerleri**

Durumu	n	Ortalama	Std. Sapma	t	p
Kanser hastası Çocuk	98	23.5102	4.53451	3.437	.001**
Kanser olmayan Çocuk	112	21.4018	4.34640		

\*\*p<0.01

“Kanser hastası çocukların Öğrenilmiş Çaresizlik Test Puan Ortalaması” ( $\bar{x}$ =23,5102), “Kanser hastası olmayan Çocukların Öğrenilmiş Çaresizlik Test Puan Ortalaması”ndan ( $\bar{x}$ =21,4018) daha yüksektir. Kanser hastası olan çocuklarla kanser olmayan çocukların öğrenilmiş çaresizlik puanları anlamlı düzeyde farklılaşmıştır ve bu verilere göre “Hipotez 1” doğrulanmıştır.

**Hipotez 2:** *Kanser hastası olan erkek çocukların Öğrenilmiş çaresizlik puan ortalamaları, kanser hastası olan kız çocukların Öğrenilmiş çaresizlik puan ortalamalarından daha yüksek olacaktır.*

**Tablo 4.1.9 Cinsiyet Değişkenine Göre Kanser Hastası Olan Çocuklarda Öğrenilmiş Çaresizlik Puan Ortalamaları ve Test Değerleri**

Cinsiyet	n	Ortalama	Std. Sapma	t	p
Erkek	51	23.5882	4.79240	.177	.860
Kız	47	23.4255	4.28721		

“Kanser hastası erkek çocukların Öğrenilmiş Çaresizlik Test Puan Ortalaması” ( $\bar{x}$ =23,5882), “Kanser hastası kız çocukların Öğrenilmiş Çaresizlik Test Puan Ortalaması”ndan ( $\bar{x}$ =23,4255) yüksek olmasına rağmen ortalamalar birbirine çok yakındır. Kanser hastası olan çocukların öğrenilmiş çaresizlik puanları cinsiyete bağlı olarak farklılaşmamıştır ve bu verilere göre “Hipotez 2” doğrulanmamıştır.

*Hipotez 3: Yaş arttıkça kanser hastası olan çocukların Öğrenilmiş çaresizlik puan ortalamaları daha yüksek olacaktır.*

**Tablo 4.1.10. Yaş Değişkenine Göre Kanser Hastalarında Öğrenilmiş Çaresizlik Puan Ortalamaları ve Test Değerleri**

Yaş	n	Ortalama	Std. Sapma	F	p
12 Yaşında	34	24.4412	4.47343	1.120	.330
13 Yaşında	38	22.9211	5.09043		
14 Yaşında	26	23.1538	3.62979		
<b>Toplam</b>	98	23.5102	4.53451		

“12 yaş grubundaki kanser hastası olan çocukların Öğrenilmiş Çaresizlik Test Puan Ortalaması” ( $\bar{x}=24,4412$ ), “14 yaş grubundaki kanser hastası olan çocukların Öğrenilmiş Çaresizlik Test Puan Ortalaması” ndan ( $\bar{x}=23,1538$ ) daha yüksek iken, “13 yaş grubundaki kanser hastası olan çocukların Öğrenilmiş Çaresizlik Test Puan Ortalaması” ıda ( $\bar{x}=22,9211$ ), diğer her iki gruptan daha düşük ortalamaya sahiptir. Yaş değişkenine göre çocukların ortalamaları anlamlı düzeyde farklılaşmamıştır ve bu verilere göre “Hipotez 3” doğrulanmamıştır.

*Hipotez 4: Yaş arttıkça kanser hastası olmayan çocukların Öğrenilmiş çaresizlik puan ortalamaları değişmeyecektir.*

**Tablo 4.1.11. Yaş Değişkenine Göre Kanser Hastası Olmayan Çocuklarda Öğrenilmiş Çaresizlik Puan Ortalamaları ve Test Değerleri**

Yaş	n	Ortalama	Std. Sapma	F	p
12 Yaşında	26	21.6154	6.16491	.069	.933
13 Yaşında	61	21.4098	3.49465		
14 Yaşında	25	21.1600	4.14005		
<b>Toplam</b>	112	21.4018	4.34640		

“12 yaş grubundaki Kanser hastası olmayan çocukların Öğrenilmiş Çaresizlik Test Puan Ortalaması” ( $\bar{x}=21,6154$ ), “13 yaş grubundaki kanser hastası olmayan çocukların Öğrenilmiş Çaresizlik Test Puan Ortalaması” ndan ( $\bar{x}=21,4098$ ) daha yüksek iken, “14 yaş grubundaki Kanser hastası olmayan çocukların Öğrenilmiş Çaresizlik Test Puan Ortalaması” da

( $\bar{x}=21,1600$ ), diğer her iki gruptan daha düşük ortalamaya sahiptir. Yaş değişkenine göre çocukların ortalamaları arasındaki fark  $p > .05$  düzeyinde anlamlı bulunmamış ve bu verilere göre “Hipotez 4” doğrulanmıştır.

**Hipotez 5: Kanser hastası olan çocukların Depresyon puan ortalamaları, kanser hastası olmayan çocukların Depresyon puan ortalamasından daha yüksek olacaktır.**

**Tablo 4.1.12. (Kanser Hastası Olan / Olmayan) Çocuklarda Depresyon Puan Ortalamaları ve Test Değerleri**

Durumu	n	Ortalama	Std. Sapma	t	p
Kanser Hastası çocuk	98	12.1735	6.15944	-1.129	.260
Kanser H. Olmayan çocuk	112	13.1964	6.87054		

“Kanser Hastası Olan Çocukların Depresyon Test Puan Ortalaması” ( $\bar{x}=12,1735$ ) , “Kanser Hastası Olmayan Çocukların Depresyon Test Puan Ortalaması” ( $\bar{x}=13,1964$ ) daha düşüktür. Kanser hastası çocuklarla, kanser hastası olmayan çocukların ortalamaları arasındaki fark  $p > .05$  düzeyinde anlamlı bulunmamış ve bu verilere göre “Hipotez 5” doğrulanmamıştır.

**Hipotez 6: Kanser hastası olan kız çocukların Depresyon puan ortalamaları, kanser hastası olan erkek çocukların Depresyon puan ortalamasından daha yüksek olacaktır.**

**Tablo 4.1.13 Cinsiyete Göre Kanser Hastası Olan Çocuklarda Depresyon Puan Ortalamaları ve Test Değerleri**

Cinsiyet	n	Ortalama	Std. Sapma	t	p
Erkek	51	12.6078	6.32796	.725	.470
Kız	47	11.7021	6.00331		

“Kanser hastası olan kız çocukların Depresyon Test Puan Ortalaması” ( $\bar{x}=11.7021$ ), “Kanser hastası olan erkek çocukların Depresyon Test Puan Ortalaması” ndan ( $\bar{x}=12.6078$ ) daha düşüktür. Kanser hastası olan çocuklarla, kanser hastası olmayan çocukların ortalamaları arasındaki fark  $p > .05$  düzeyinde anlamlı bulunmamış ve bu verilere göre “Hipotez 6” doğrulanmamıştır.

*Hipotez 7:Yaş arttıkça kanser hastası olan çocukların Depresyon puan ortalamaları, daha yüksek olacaktır.*

**Tablo 4.1.14 Yaşa göre Kanser Hastası olan Çocuklarda Depresyon Puan Ortalamaları ve Test Değerleri**

Yaş	n	Ortalama	Std. Sapma	F	p
12 Yaşında	34	12.5294	7.00318	.103	.902
13 Yaşında	38	12.1053	5.92653		
14 Yaşında	26	11.8077	5.49195		
<b>Toplam</b>	98	12.1735	6.15944		

“12 yaş grubundaki kanser hastası çocukların Depresyon Test Puan Ortalaması” ( $\bar{x}=12,5294$ ), “13 yaş grubundaki kanser hastası çocukların Depresyon Test Puan Ortalaması” ndan ( $\bar{x}=12,1053$ ) daha yüksek iken, “14 yaş grubundaki kanser hastası çocukların Depresyon Test Puan Ortalaması” da ( $\bar{x}=11,8077$ ), diğer her iki gruptan daha düşük ortalamaya sahiptir. Yaş arttıkça depresyon puan ortalamaları düşmüştür. Yaş değişkenine göre çocukların ortalamaları arasındaki fark  $p > .05$  düzeyinde anlamlı bulunmamış ve bu verilere göre “Hipotez 7” doğrulanmamıştır.

*Hipotez 8 :Yaş arttıkça kanser hastası olmayan çocukların Depresyon puan ortalamaları, farklı olmayacaktır.*

**Tablo 4.1.15. Yaşa göre Kanser hastası Olmayan Çocuklarda Depresyon Puan Ortalamaları ve Test Değerleri**

Yaş	n	Ortalama	Std. Sapma	F	p
12 Yaşında	26	12.8846	6.51354	2.741	.069
13 Yaşında	61	14.3770	6.84876		
14 Yaşında	25	10.6400	6.81224		
<b>Toplam</b>	112	13.1964	6.87054		

“12 yaş grubundaki kanser hastası olmayan çocukların Depresyon Test Puan Ortalaması” ( $\bar{x}=12,8846$ ), “13 yaş grubundaki kanser hastası olmayan çocukların Depresyon Test Puan

Ortalaması” ndan ( $\bar{x}=14,3770$ ) daha düşük iken, “14 yaş grubundaki kanser hastası olmayan çocukların Depresyon Test Puan Ortalaması” ıda ( $\bar{x}=10,6400$ ), diğer her iki gruptan daha düşük ortalamaya sahiptir. Yaş değişkenine göre çocukların ortalamaları arasındaki fark  $p > .05$  düzeyinde anlamlı bulunmamış ve bu verilere göre “Hipotez 8” doğrulanmıştır.

**Hipotez 9: Öğrenilmiş çaresizlik düzeyi yükseldikçe, depresyon düzeyi de yükselecektir.**

**Tablo 4.1.16 Öğrenilmiş Çaresizlik Ölçeği ile Depresyon Ölçeği Arasındaki İlişki Analizi (genel)**

Genel		Öğrenilmiş Çaresizlik Ölçeği
Depresyon Ölçeği	Pearson Correlation	.038
	Sig. (2-tailed)	.579
	n	210

Depresyon Ölçeği ile Öğrenilmiş Çaresizlik Ölçeği arasında herhangi bir ilişki yoktur. Başka bir ifadeyle öğrenilmiş çaresizlik puanının artması veya azalması depresyon puanını etkilememektedir. “Hipotez 9” doğrulanmamıştır.

**Hipotez 10: Kanser hastası olan çocuklarda Öğrenilmiş çaresizlik puanları yükseldikçe, Depresyon puanları da yükselecektir.**

**Tablo 4.1.17 Kanser Hastası Olan Çocuklarda Öğrenilmiş Çaresizlik Ölçeği ile Depresyon Ölçeği Arasındaki İlişki Analizi**

Kanser hastası olan Çocuklar		Öğrenilmiş Çaresizlik Ölçeği
Depresyon Ölçeği	Pearson Correlation	-.009
	Sig. (2-tailed)	.929
	n	98

Kanser hastası olan çocuklarda Depresyon Ölçeği ile Öğrenilmiş Çaresizlik Ölçeği arasında herhangi bir ilişki yoktur. Başka bir ifadeyle öğrenilmiş çaresizlik puanının artması veya azalması kanser hastası olan çocukların depresyon puanını etkilememektedir. “Hipotez 10” doğrulanmamıştır.

*Hipotez 11: Kanser hastası olmayan çocuklarda Öğrenilmiş çaresizlik düzeyi yükseldikçe, Depresyon düzeyi de yükselecektir.*

**Tablo 4.1.18 Kanser Hastası Olmayan Çocuklarda Öğrenilmiş Çaresizlik Ölçeği ile Depresyon Ölçeği Arasındaki İlişki Analizi**

<b>Kanser hastası olmayan Çocuk- lar</b>	<b>Öğrenilmiş Çare- sizlik Ölçeği</b>
Pearson Correlation	.114
Depresyon Ölçeği Sig. (2-tailed)	.232
n	112

Kanser hastası olmayan çocuklarda Depresyon Ölçeği ile Öğrenilmiş Çaresizlik Ölçeği arasında düşükte olsa bir ilişki mevcuttur. ( $r=0,114$ ). Ancak Anlamlılık değeri  $p>.05$  olduğundan ilişki anlamlı değildir. Başka bir ifadeyle öğrenilmiş çaresizlik puanının artması veya azalması kanser hastası olmayan çocukların depresyon puanını etkilememektedir. “Hipotez 11” doğrulanmamıştır.

## 4.2.Nitel Bulgular

Yapılan çalışmada 12-14 yaş ölçüt alınmıştır ve 98 kanser hastası olan çocuk çalışmaya katılmıştır. Hasta ve aileler ile bireysel görüşme yapılarak, tedavi sürecinde hissettikleri ve yaşadıkları hususlar üzerine konuşulmuştur. Görüşmeler yaklaşık yarım saat sürmüştür. Görüşmeler, hastaların olası olumsuz etkilenmelerini önlemek amacıyla aile fertleriyle ayrı, hastalarla ayrı yapılmıştır. Yapılan bu görüşmelerin amacı; Kanser hastası çocukların ve ailelerinin sorunlarına derinlemesine ışık tutmak ve nicel verilerin yanında, kanser hastalarının ve ailelerinin ayaktan tedavi gören ve yatarak tedavi gören hastaların tedavi süreçlerinde neler yaşadıklarını ve hissettiklerini daha iyi yansıtmak amacıyla bazı konulara da dikkat çekmektir.

**Tablo 4.2.1.1 Yaş ve cinsiyete bağlı genel durum değerlendirmesi**

Değişkenler	Kız		Erkek	
	Durum	Sıklık	Durum	Sıklık
<b>12 yaş</b> <b>( 34 Hasta)</b> <b>17 kız,17 erkek</b>	Anneye bağlılık	12/17 (%70.5)	Anneye bağlılık	13/17 (%76.4)
	Fiziksel olarak dışarı yansıtılan korku	10/17 (%58.8)	Fiziksel olarak dışarı yansıtılan korku	8/17 (%47)
	içine kapanma	12/17 (%70.5)	içine kapanma	10/17 (%58.8)
	Kendini dışlanmış hissetme	6/17 (%35.2)	Kendini dışlanmış hissetme	9/17 (%52.9)
	Fiziksel görüntüdeki değişiklikler ( kilo alma, kilo kaybı, saç dök)	12/17 (%70.5)	Fiziksel görüntüdeki değişiklikler ( kilo alma, kilo kaybı, saç dök)	9/17 (%52.9)
	Sosyal hayattan uzaklaştığı için üzüntü duyma	8/17 (%47)	Sosyal hayattan uzaklaştığı için üzüntü duyma	11/17 (%64.7)



Yapılan bu çalışmaya katılan 12 yaş grubundaki 34 hastadan elde edilen durumlara yukarıdaki tabloda yer verilmiştir. Anneye bağlılık, erkek çocuklarda (%76.4), kız çocuklarına (%70.5) göre daha yüksektir. Fiziksel olarak dışarı yansıtılan korku, kız çocuklarında (%58.8), erkek çocuklarına (%47) göre daha yüksektir. İçine kapanma ise kız çocuklarında (%70.5), erkek çocuklarına (%58.8) göre daha yüksektir. Kendini dışlanmış hissetme, erkek çocuklarında (%52.9), kız çocuklarından (%35.2) daha yüksektir. Fiziksel görüntüdeki değişiklikler, kız çocuklarını (%70.5), erkek çocuklara (%52.9) göre daha fazla etkilemektedir. Erkek çocuklar (%64.7), kız çocuklarına (%47) göre sosyal hayattan uzaklaştıkları için daha çok üzüntü duymaktadır.

**Tablo 4.2.1.2 Yaş ve cinsiyete bağlı genel durum değerlendirmesi**

Değişkenler	Kız		Erkek	
	Durum	Sıklık	Durum	Sıklık
<b>13 yaş</b> <b>( 38 Hasta)</b> <b>17 kız,21 erkek</b>	Fiziksel endişe	11/17 (% 64.7)	Fiziksel endişe	12/21 (%57)
	Dış görünümün önemi	15/17 (%88)	Dış görünümün önemi	11/21 (%52.3)
	Agresiflik ve karamsarlık	8/17 (%47)	Agresiflik ve karamsarlık	10/21 (%47.6)
	Kendi yaş grupları ile görüşmeyi reddetme	5/17 (%29.4)	Kendi yaş grupları ile görüşmeyi reddetme	7/21 (%33.3)
	Özgüven eksikliği	7/17 (%41)	Özgüven eksikliği	10/21 (%47.6)
	Fiziksel görüntüdeki değişiklikler ( kilo alma, kilo kaybı, saç dök)	14/17 (%82.3)	Fiziksel görüntüdeki değişiklikler ( kilo alma, kilo kaybı, saç dök)	10/21 (%47.6)
	Sosyal hayattan uzaklaştığı için üzüntü duyma	9/17 (%52.9)	Sosyal hayattan uzaklaştığı için üzüntü duyma	17/21 (%80.9)

Yapılan bu çalışmaya katılan 13 yaş grubundaki 38 hastadan elde edilen durumlara yukarıdaki tabloda yer verilmiştir. Fiziksel endişe, kız çocuklarında (%64.7), erkek ço-

cocuklarına (%57) göre daha yüksektir. Kız çocuklarına (%88) göre dış görünüm, erkek çocuklarına (%52.3) göre daha önemlidir. Erkek çocukları (%47.6), kız çocuklarına (%47) göre daha çok agresiflik ve karamsarlık yaşamaktadır. Erkek çocuklarında (%33.3), kız çocuklarına (%29.4) göre kendi yaş grupları ile görüşmeyi reddetme daha yüksektir. Erkek çocuklarında (%47.6), kız çocuklara (%41) göre daha fazla özgüven eksikliği yaşanmaktadır. Kız çocuklar (%82.3), erkek çocuklarına (%47.6) göre fiziksel görüntüdeki değişikliklerden daha çok etkilenmektedir. Erkek çocuklar (%80.9), kız çocuklarına (%52.9) göre sosyal hayattan uzaklaştıkları için daha çok üzüntü duymaktadır.

**Tablo 4.2.1.3 Yaş ve cinsiyete bağlı genel durum değerlendirmesi**

Değişkenler	Kız		Erkek	
	Durum	Sıklık	Durum	Sıklık
<b>14 yaş</b>  <b>(26 kişi)</b>  <b>12 kız,14 erkek</b>	Sosyal hayata getirilen kısıtlamalara tahammülsüzlük	7/12 (%58.3)	Sosyal hayata getirilen kısıtlamalara tahammülsüzlük	10/14 (%71.4)
	Yalnızlık duygusu	8/12 (%66.6)	Yalnızlık duygusu	9/14 (%64.2)
	İsteksizlik	5/12 (%41.6)	İsteksizlik	6/14 (%42.8)
	Yalnızlık duygusu	6/12 (%50)	Yalnızlık duygusu	8/14 (%57.1)
	Fiziksel görüntüdeki değişiklikler ( kilo alma, kilo kaybı, saç dök)	9/12 (%75)	Fiziksel görüntüdeki değişiklikler ( kilo alma, kilo kaybı, saç dök)	7/14 (%50)
	Sosyal hayattan uzaklaştığı için üzüntü duyma	8/12 (%66.6)	Sosyal hayattan uzaklaştığı için üzüntü duyma	10/14 (%71.4)

Yapılan bu çalışmaya katılan 14 yaş grubundaki 26 hastadan elde edilen durumlara yukarıdaki tabloda yer verilmiştir. Sosyal hayata getirilen tahammülsüzlük, erkek çocuklarında (%71.4), kız çocuklarına (%58.3) göre daha yüksektir. Yalnızlık duygusu, kız çocuklarında (%66.6) , erkek çocuklarına (%64.2) göre daha yüksektir. İsteksizlik, er-

kek çocuklarında (%42.8),kız çocuklarına (%41.6) göre daha yüksektir. Erkek çocuklarında (%57.1) yalnızlık duygusu, kız çocuklarına (%50)göre daha yüksektir. Kız çocukları (%75),erkek çocuklarına (%50) göre fiziksel görüntüdeki değişikliklerden daha çok etkilenmektedir. Erkek çocuklar (%71.4),kız çocuklarına (%66.6) göre sosyal hayattan uzaklaştıkları için daha çok üzüntü duymaktadır.

**Tablo 4.2.2 Görüşmelerden elde edilen kategorilerin değerlendirilmesi**

<b>*Tıbbi personele ilişkin görüşler</b>	<b>Sıklık (98 hasta)</b>
<b>*Psikolojik destek alınan tıbbi personel ile iletişim problemleri</b>	
<b>“Psikiyatrist sadece ilaç veriyor, oysaki benim sohbet etmeye ihtiyacım var.”</b>	<b>12 (%12)</b>
<b>“Tıbbi personeller bazen tedavi ile ilgili beni korkutan espriler yapıyor, korkuyorum.”</b>	<b>7 (%7)</b>
<b>“Bazen odada kalırken, annem ile tıbbi personel tartışıyor, o zaman kendimi kötü hissediyorum ve heyecanlanıp, üzülüyorum.”</b>	<b>6 (%6)</b>

Çalışmaya katılan 98 hastadan 12 tanesi (%12) Psikiyatrist ile olan ilişkisinde, ilacın yanında, sohbet etme ihtiyacı içerisinde olduğunu belirtmiştir. Hastalardan 7 tanesi (%7) ise tıbbi personellerin tedavi ile ilgili yaptığı esprilerden korktuğunu belirtmiştir.6 tane (%6) hasta ise tıbbi personel ve annenin tartışmalarından dolayı mutsuz olduğunu belirtmiştir.

**Tablo 4.2.3 Hastane ortamına ilişkin sorunlar**

*Hastane ortamına ilişkin sorunlar	Sıklık (98 hasta)
Gelecek korkusu: “Yanımda yatan hastayı gördükçe, benim de ileride öyle olacağımı düşünmekten kendimi alıkoyamıyorum.”	12 (%12)
Tedavinin zorluğu: “Bel tedavisine gitmekten korkuyorum.”	31(%31)
Ölüm korkusu ve gelecek kaygısı: “Ölen arkadaşlarım var, onları özliyorum ve bende ölmekten korkuyorum”	85(%86)
Maddi sorunlar: “Annem ve babam, benim tedavime çok para harcıyor, kardeşlerim için endişeleniyorum”	13 (%13)
Yalnızlık duygusu: “Okuldan arkadaşlarımı çok özliyorum, yeniden okula dönüp, arkadaşlarımla zaman geçirmek istiyorum.”	67(%68)
“Burada kendimi dışlanmış hissediyorum, gelen ziyaretçilerin daha uzun süre kalmasını istiyorum ve daha çok ziyaretimize gelen olmasını istiyorum.”	84 (%85)
Anneye düşkünlükte artış: “Annemin yanımdan ayrılmasını hiç istemiyorum, onсуz kendimi çok yalnız hissediyorum.”	77(%78)

**Çalışmaya katılan 98 hastadan 12 tanesinin (%12), hastane ortamında hastalığı kötüye giden hastaları gördüğü için, gelecek korkusu yaşadığı belirtilmiştir. Hastalardan 31 tanesi (%31), bel tedavisinden korktuğunu belirtmiştir. Hastalardan 85 tanesi (%86) hastaneden ölen arkadaşlarından etkilendiğini ve ölüm korkusu yaşadığını belirtmiştir. Hastalardan 13 tanesi (%13) tedavi sebebiyle ailesinin kendisine para harcamasından rahatsızlık ve üzüntü duyduğunu dile getirmiştir. Hastalardan 67 tanesi (%68), okuldan uzak kalmaktan dolayı üzüntü duyduğunu, arkadaşlarını ve okul ortamına olan özlemlerini belirtmiştir. Hastalardan 84 tanesi (%85) kendini hastane ortamında yalnız ve dışlanmış hissettiğini ve hastaneye gelen misafirlerin azlığından üzüntü duyduklarını dile getirmiştir. Hastalardan 77 tanesinde (%88) anneye olan düşkünlüğün arttığı belirtilmiştir.**

*Tüm hastalardaki ortak sorunlar ise;*

*Özetle, çalışmaya katılan 98 kanser hastası olan çocukta, hastanedeki ani ölümler veya iyiye giden hastalar, ayakta tedavi gören ve yatarak tedavi gören hastalardan direkt etkilemekte ve kendileri ile ilgili olan düşüncelerde bu gözlem belirleyici unsur olmaktadır. Psikolojik destek ihtiyacı tüm kanser hastası çocuklarda ön plandadır. Psikolojik destek almak, konuşmak ve paylaşmak gibi etkinlikler, hastanede tedavi gören kanser hastası olan çocuklar için; zaman geçirme ve rahatlama yöntemi olmaktadır. Onlarla zaman geçirecek, onlara destek olacak ve onları dinleyecek uzmanlara ihtiyaç duymaktadırlar. Hastalar okul hayatına ara vermek zorunda kaldıkları için okul ortamına ve arkadaşlarına özlem duymaktadır. Hastane ortamındaki tedavi sürecinde korku ve heyecan yaşamakta, yatarak tedavi gören hastalarda kendini yalnız ve dışlanmış hissetme duygusu ön planda olmaktadır. Yapılan görüşmelerde hastaların sadece ilaçla kaygı ve korkularının azalmadığı, psikolojik paylaşım ve desteğe ihtiyaç duydukları gözlenmiştir.*

Kanser hastası olan çocukların babaları, daha çok ekonomik sorunların çözümlenmesinde aktif rol oynarken; anneler ise psikolojik destek boyutunda aktif rol oynamaktadır. Hasta yakınlarının, çocuğunu kaybetme korkusu, tedavinin maddi ve manevi yükünün çok ağır olması ve çocuklarının gördükleri ağır tedaviler ve bunların etkileri karşısında çaresizlik yaşadıkları gözlemlenmiştir. Özellikle annelerde dine yönelme, Allah'a sığınma ve kader kavramlarının ön planda olduğu gözlemlenmiştir. Anne ve babalar, ölüm korkusu ve endişesini bu şekilde azalttıklarını ve kendilerini telkin ettiklerini söylemiştir.

Ayrıca anne ve babaların bir diğer telkin yolu da, hastanedeki diğer hastaların aileleriyle iletişimlerini kopartmayarak sürekli iletişim halinde olmalarıdır. Aileler birlikte sevinip birlikte üzülmektedir.

Hastane ortamında, hasta psikolojisinde tıbbi personelin desteği de büyüktür. Doktor, hastaya hastalığı hakkında gerekli bilgiyi vermekte ve yapması gerekenleri söylemektedir. Doktor, bütün verdiği bu bilgilerin yanında fiziksel temasa da öncelik vermektedir. Çocuk hastanın kaygılı olduğu ve korktuğu zamanlarda ona destek olmakta, bazen de çocuğa hastalığı konusunda video izletip ona hastalığı hakkında kitap vererek destek olmaktadır.

Hastane de hijyen sebebiyle herkesin içeriye alınmaması, yatarak tedavi gören hastaların kendilerini yalnız ve dışlanmış hissetmelerine sebep olmaktadır. Hastaneye gelen misafirlerin gitmelerini istememektedirler.

Görüşmelere katılan 98 hasta da yapılan bu çalışmaya sıcak bakmıştır ve çalışmaya katılmak istemeyen ne bir anne-baba, ne de bir hasta olmuştur.

Hasta ve yakınlarının öğrenilmiş çaresizlik yaşadıklarını aşağıdaki örnek cümlelerden anlamaktayız. Hastalarda “Ben ne kadar moralimi yüksek tutsam da, elimden geleni yapsam da düzelemeyeceğim, çünkü ben kanserim ve kanserden çok insan ölüyor” ya da “O kadar tedavi oldum da ne oldu sanki, tekrar nüks etti işte, benim bu hastalıktan kurtulmam imkansız” gibi cümleler kanser hastası çocuklarda hastalığın çocukları Öğrenilmiş çaresizlik yaşamaya sürüklediğini göstermektedir. Depresif belirtileri ise “Hiç kimseyi görmek istemiyorum, yalnız ve mutsuz hissediyorum, hayata umutla bakmıyorum ve kimseyi sevmiyorum artık, ben çok değersizim” gibi hasta cümlelerinden anlamaktayız. Aynı şekilde anne ve babaların, kendilerini çaresiz hissettikleri, ne yaparlarsa yapsın çocuklarının sağlıklı bir çocuk olup hayatına devam edemeyeceğini düşünmeleri ve bu fikirden korkmaları sebebiyle, bazı ailelerin çocuklarına bu düşünceyi yansıtır şekilde davrandıkları ya da, tam tersi şekilde davranarak bu düşüncelerini saklamaya çalıştıkları gözlenmiştir.

Nitel verilere göre, onkoloji servislerinde yatan hastalara, yakınlarına ve onların tedavisini yapan tıbbi personele de psikolojik destek verilmesinin çok gerekli olduğu görülmektedir.

## 5.BÖLÜM

### TARTIŞMA

Çalışmaya katılan deney grubundaki 98 kanser hastası çocuktan 55'ine; yatan hastalar yattıkları için, ayakta tedavi olan hastaların da yorulmamaları ve rahatsız olmamaları amacıyla anket soruları araştırmacı tarafından okunmuş ve çocukların cevabı araştırmacı tarafından ankette işlenmiştir. Kontrol grubundaki çocuklar ise ölçekteki soruları bir ders saati içerisinde kendileri okuyarak cevaplamıştır.

Ölçeklerin doldurulma biçiminde, deney ve kontrol grubu arasında farklılık bulunmaktadır. Deney grubundaki ayakta ve yatarak tedavi gören hastaların verdiği cevapların araştırmacı tarafından ankete işaretlenmiş olmasının, cevaplarda birtakım değişmelere neden olabileceği düşünülmektedir.

Araştırmanın *analiz sonuçlarına* göre, Öğrenilmiş Çaresizlik Ölçeğinin kesim noktası 23 ve üzeri alan kanser hastası olan 98 çocuktan (%65.3) 64 tanesi öğrenilmiş çaresizlik yaşamakta iken, kanser hastası olmayan 112 çocuktan (%42) 47 tanesi test sonuçlarına göre öğrenilmiş çaresizlik yaşamaktadır. Kanser hastası çocuklar, kanser hastası olmayan çocuklara göre daha çok öğrenilmiş çaresizlik yaşamaktadır. Depresyon Ölçeğinin kesim noktası 19 ve üzeri puan alan 112 kanser hastası olmayan çocuktan (%17,9) 20 tanesinin depresyon düzeyi yüksektir. 98 kanser hastası olan çocuktan da (%20.4) 20 tanesinin depresyon düzeyi yüksek çıkmıştır.

Yapılan bu araştırmada, kanser hastası olan çocukların öğrenilmiş çaresizlik puan ortalamasının, kanser hastası olmayan çocukların öğrenilmiş çaresizlik puan ortalamasına göre anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.8). Literatüre baktığımızda insanlarla yapılan öğrenilmiş çaresizlik çalışmaları tutarlı sonuçlar vermemektedir. Bazı araştırma bulgularında, bireylerin olumsuz tutumlara maruz kaldıklarında, öğrenilmiş çaresizlik yaşadıkları gözlemlenmekle birlikte, bazılarında gözlemlenmemektedir (Hiroto,1974; Cole ve Coyne,1977). Olumsuz olaylara içsel yüklemeye yapmak, benlik saygısını olumsuz etkilemektedir (Coyne ve Gotlib,1983). Olumsuz yaşantı ve yüklemeye biçimleri çocuklarda olayların kontrol edilemez olduğu hissi uyandırarak, bunun sonucu olarak öğrenilmiş çaresizlik ve umutsuzluk oluşmaktadır (Peterson,1984;Cutrona ve ark,1985;Swenecy,1986). Kanser hastası olan çocuk-

larda öğrenilmiş çaresizliğin yüksek olduğu saptanmıştır ve bu bulgunun öğrenilmiş çaresizlik alanındaki çalışmalara ışık tutacağı düşünülmektedir.

Kanser hastası erkek çocukların öğrenilmiş çaresizlik puan ortalaması, kanser hastası olan kız çocukların puan ortalamasına göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir (Tablo 4. 9). Literatüre bakıldığında cinsiyet değişkeni ile ilgili yapılan araştırmalarda sadece depresyonu olan kızlar, çaresizlik yüklenme örüntüleri sergilerken, erkek ergenlerin hem kaygı hem depresyon varlığında bu tip yüklemeleri bildirme eğiliminde olduğu saptanmıştır (William ve ark,1989; Waschbusch ve ark,2003). Kanser hastası çocuklarla öğrenilmiş çaresizlik üzerine yapılmış, cinsiyet değişkeninin incelendiği bir çalışma bulunmamaktadır, bu alanda yapılacak yeni çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Bu araştırmada yaş arttıkça kanser hastası çocukların öğrenilmiş çaresizlik puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (Tablo 4.10). Literatür incelendiğinde, Kılıç ve Oral'ın (2006), çalışmalarına göre, çocukların erken yaşta öğrenilmiş çaresizlik geliştirmeleri ya da bu sürecin nasıl geliştiği konusunda belirsizlikler bulunmaktadır. Diğer yandan kuramsal modelde, yaş arttıkça öğrenilmiş çaresizlik puanının artması beklenmektedir. Yaş değişkenine ilişkin yeni çalışmaların yapılmasının yararlı olacağı düşünülmektedir.

Yapılan bu araştırmada yaş arttıkça kanser hastası olmayan çocukların öğrenilmiş çaresizlik puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (Tablo 4.11). Düzgün ve Hayaioğlu'nun (2010), 6. ve 8. Sınıf öğrencileri ile yaptığı bir çalışmaya göre, öğrencilerin öğrenilmiş çaresizlik düzeyleri yaş değişkenine göre anlamlı bir farklılık göstermemiştir. Yapılan bu araştırmaya göre öğrenilmiş çaresizlik düzeylerinin yaşlara göre anlamlı düzeyde bir farklılık göstermediği bulunmuştur. Düzgün ve Hayalioğlu'nun (2010), elde ettiği sonuçlar ile, bu araştırmada elde edilen bulgular benzerlik göstermektedir.

Bu araştırmada kanser hastası olan çocukların depresyon puan ortalaması ile kanser hastası olmayan çocukların depresyon puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (Tablo 4.12).Literatüre bakıldığında; Çavuşoğlu'nun çalışmasında kanser hastası olan ve kanser hastası olmayan çocukların puan ortalamaları karşılaştırıldığında, kanser hastası çocukların depresyon puan ortalamasının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Çavuşoğlu'nun (2001) çalışmasında, Kanser hastası olan çocukların %29'unda psikiyatrik problemler,%96'sında ise depresif davranışlar görülmüştür. Kapıcı'nın (2004), yaptığı araştırmaya göre yatan hastalar arasında %22 ile %24 oranında depresyon görülmektedir. Yapılan bu çalışmada bu oran %12 bulunmuş olsa da, araştırmadaki nitel verilere göre; yatarak tedavi gören hastaların, fiziksel



olarak iyi durumda olan ve ayakta tedavi gören hastalara göre daha çok depresif belirtiler gösterdiği görülmüştür. Derogatis ve arkadaşlarının (1988) yaptığı bir araştırmada ise, 215 kanser hastasında %13 oranında major depresyon semptomları görüldüğü bildirilmiştir. Yapılan bu araştırmada ise bu oran %12 olarak bulunmuştur. Yapılan bu araştırma Çavuşoğlu'nun yaptığı araştırma ile farklılık göstermekte iken, Derogatis ve arkadaşlarının yaptığı araştırma ile bu araştırmadaki yüzdeler birbirine yakın bulunmuştur ancak bu araştırmada depresyon düzeyleri açısından, kanser hastası olan grup ile kanser hastası olmayan grup arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Toros'un (2002) çalışmasında ise, kanser hastası, kronik hastalıklı ve sağlıklı çocukların depresyon puanları karşılaştırıldığında, kanser hastası çocukların depresyon puanları, diğer ikisine göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Benzer bir şekilde Sönmez'de, kronik hastalığı olan ve sağlıklı çocukların depresyon puanları arasında istatistiksel açıdan bir farklılık bulunmuştur. Yine Özgüven ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, kanser hastaları ile kontrol grubundaki hastalar karşılaştırıldığında depresyon puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Lewis ve arkadaşları (1988), kronik hastalığı olan çocuklarda yüksek kaygı düzeyi, depresyon ve öfke nöbetleri gelişebileceğini bildirmiştir. Yapılan başka bir çalışmada ise kanser grubundaki çocukların depresyon puanı, sağlıklı çocukların depresyon puanına oranla daha yüksek bulunmuştur (Sezgin ve Ekinci,2006). Bu araştırmada elde edilen bulgular, yukarıda belirtilen araştırmaların bulgularından farklılık göstermektedir.

Yapılan başka bir çalışmada ise kanser hastası çocuklar, kanser hastası olmayan çocuklar ile karşılaştırıldığında, aralarında herhangi bir psiko-sosyal sorun açısından farklılık görülmediğini gösteren araştırmalar da bulunmaktadır. Yapılan bu çalışmalarda çocukların uyumlarının normal olduğu, sosyal bir çocuk oldukları, arkadaşları tarafından kabul edilme, yalnızlık ve benlik saygısı açısından bir fark bulunmadığı (Bukowski ve ark,1999;Noll ve ark,1991) ve diğerlerinden daha fazla depresif olmadıkları belirlenmiştir (Eiser ve ark,2000). Bu araştırmada elde edilen bulgular, yukarıda belirtilen araştırmaların bulguları ile benzerlik göstermektedir.

Yapılan bu araştırmada kanser hastası kız çocukların depresyon puan ortalaması, kanser hastası erkek çocukların depresyon puan ortalamasına göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir (Tablo 4.13). Literatüre bakıldığında; Tokgöz ve arkadaşlarının (2008) araştırmasında, kanser hastalarında depresyonun, kadınlarda erkeklere göre daha sık olduğu bildirilmiştir. Hankin (2007) de, kızların erkeklere oranla daha fazla depresif eğilimler sergilediğini dile ge-

tirmektedir. Tokgöz ve arkadaşlarının (2008) ve Hankin (2007) nin elde ettiği sonuçlar ile bu araştırmada elde edilen bulgular farklılık göstermektedir.

Bu araştırmada yaş arttıkça kanser hastası olan çocukların depresyon puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (Tablo 4.14). Literatüre bakıldığında; bir kanser merkezinde yapılan çalışmada, 53 çocuğun %52'sinde DSM III'e göre uyum bozukluğu olduğu ve yaş arttıkça da depresif yakınmaların arttığı belirtilmiştir (Rait ve ark,1988). Rait ve arkadaşlarının (1988), elde ettiği sonuçları ile bu araştırmada elde edilen bulgular farklılık göstermektedir.

Yapılan bu araştırmada, yaş arttıkça kanser hastası olmayan çocukların depresyon puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (Tablo 4.15). Literatüre bakıldığında; daha önce yapılmış araştırmalarda depresyon düzeyinin yaş değişkeninden etkilenmediği görülmüştür (Aydın,1986;Oluklu,1997;Uzbaş,1998).Belirtilen çalışmanın elde ettiği sonuçlar ile bu araştırmada elde edilen bulgular benzerlik göstermektedir.

Bu araştırmaya göre; öğrenilmiş çaresizlik puanının artması veya azalması, depresyon puanını etkilememektedir (Tablo 4.16). Literatür incelendiğinde; öğrenilmiş çaresizliğin en fazla ilgi çeken ve araştırmaya sebep olan yanı, depresyon ile ilişkisidir. Seligman, öğrenilmiş çaresizliğin depresyonu açıklamada bir model olarak kullanılabileceğini öne sürmüştür. Abramson ve arkadaşları (1978), öğrenilmiş çaresizliğin depresyonu açıklayıcı bir kuram olarak kullanılabileceğini öne sürmüşlerdir. Abramson ve arkadaşları, depresif kişilerin kendilerine özgü yüklemeye biçimine sahip olduklarını söylemiştir. Seligman, Abramson ve arkadaşlarının(1978) çalışmaları ile bu araştırmada elde edilen bulgular farklılık göstermektedir.

Yapılan bu araştırmada, kanser hastası olan çocuklarda öğrenilmiş çaresizlik puanlarının artması veya azalması, depresyon puanlarını etkilememektedir (Tablo 4.17). Literatüre bakıldığında; süregelen fiziksel hastalıkları olan çocuklarda karamsar yüklemeye biçiminin depresif belirtiler için yordayıcı olduğu gösterilmiştir (Schoenherr ve ark,1992). Kanser hastası olan çocuklarda görülen psiko-sosyal durumları belirlemeye yönelik yapılan çalışmaların çoğunda kontrol kaybı, geleceğin belirsiz olması, relaps korkusu, beden imajında bozulma ve benlik saygısında azalma gibi çocuğun yaşam kalitesini olumsuz etkileyen psiko-sosyal sorunların farklı düzeylerde yaşandığı görülmektedir. Bu araştırmada, kanser hastası olan çocuklarla yapılan görüşmelerde, ateş, yorgunluk, baş ağrısı veya kusma yaşayan hastaları yormamak adına, araştırmacı bu hastalara soruları okumuş ve hastaların verdiği cevaplara göre her iki ölçeği doldürmüştür. Bu sebeple soruları kendisi okuyamayan hastaların, cevap verirken olumluya

kayma eğilimi olduğu düşünülmektedir. Bu araştırmanın bulguları, Schoenherr ve arkadaşlarının (1992) elde ettiği sonuçlar ile farklılık göstermektedir.

Zeltzer (1993), kanser hastası olan çocuklarda ve ergenlerde, kanser öyküsü olmayan kontrol gruplarına göre majör depresif semptomların daha sık bulunmadığını ancak yeniden kanser gelişeceği kaygısı, bedensel şikayetlerde artış, akademik başarıda düşüş gibi sorunların daha sık görüldüğünü belirtmiştir. Bu araştırmanın bulguları, Zeltzer'in (1993) bulguları ile benzerlik göstermektedir.

Bu çalışmada, kanser hastası olmayan çocuklarda öğrenilmiş çaresizlik puanlarının artması veya azalması depresyon puanlarını etkilememektedir (Tablo 4.18). Literatür incelendiğinde; Seligman (1984), çocuklar, üniversite öğrencileri ve mahkumlar üzerine yaptıkları araştırma sonucuna göre depresyon ile öğrenilmiş çaresizlik arasında pozitif yönde yüksek bir ilişki bulmuştur. Seligman (1984), elde ettiği sonuçları ile bu çalışmada elde edilen bulgular farklılık göstermektedir.

Kanserin toplumsal alandaki yansıması, hastalığa ilişkin çağrışımların ölümlerle başlayıp, bireyi kaygılandıran ve yalnızlaştıran acıma duygusuyla şekillenmesi öznelere güçlenme sürecini zorlaştırmaktadır (Tuncay, 2009). Hastalarda tedavinin yan etkilerine bağlı ciddi ruhsal sorunlar olabileceği gibi, ilaçların yan etkilerine bağlı psikiyatrik bozukluklarda görülebilmektedir (Lederberg ve Holland, 2000). Hastalığın doğasından ziyade sırf "kansere yakalanmış olmak" düşüncesi bireyin psikolojik alanında "neden ben?" sorgulamasıyla başlayan baskıları arttırmaktadır (Tuncay, 2009). Araştırmadan elde edilen *nitel bulgulara* göre; "Ben ne kadar moralimi yüksek tutsam da, elimden geleni de yapsam, düzelemeyeceğim ve öleceğim", "O kadar tedavi oldum da ne oldu, tekrar nüks etti, benim bu hastalıktan kurtulmam imkansız" gibi hasta cümlelerinden literatürü destekleyen nitel bulgulara ulaşılmıştır.

Yapılan bu çalışmada kanser hastası olan çocukların yaş ve cinsiyet değişkenine göre genel durum değerlendirmesi yapılmıştır. 12 yaş grubundaki 34 hastada, Anneye bağlılık, erkek çocuklarda (%76.4), kız çocuklarına (%70.5) göre daha yüksektir. Fiziksel olarak dışarı yansıtılan korku, kız çocuklarında (%58.8), erkek çocuklarına (%47) göre daha yüksektir. İçine kapanma ise kız çocuklarında (%70.5), erkek çocuklarına (%58.8) göre daha yüksektir. Kendini dışlanmış hissetme, erkek çocuklarında (%52.9), kız çocuklarından (%35.2) daha yüksektir. Fiziksel görüntüdeki değişiklikler, kız çocuklarını (%70.5), erkek çocuklara (%52.9) göre daha fazla etkilemektedir. Erkek çocuklar (%64.7), kız çocuklarına (%47) göre sosyal hayattan uzaklaştıkları için daha çok üzüntü duymaktadır.

13 yaş grubundaki 38 hastada ise fiziksel endişe, kız çocuklarında (%64.7),erkek çocuklarına (%57) göre daha yüksektir. Kız çocuklarına (%88) göre dış görünüm, erkek çocuklarına (%52.3) göre daha önemlidir. Erkek çocukları (%47.6),kız çocuklarına (%47) göre daha çok agresiflik ve karamsarlık yaşamaktadır. Erkek çocuklarında (%33.3),kız çocuklarına (%29.4)göre kendi yaş grupları ile görüşmeyi reddetme daha yüksektir. Erkek çocuklarında (%47.6),kız çocuklara (%41) göre daha fazla özgüven eksikliği yaşanmaktadır. Kız çocuklar (%82.3),erkek çocuklarına (%47.6) göre fiziksel görüntüdeki değişikliklerden daha çok etkilenmektedir. Erkek çocuklar (%80.9),kız çocuklarına (%52.9) göre sosyal hayattan uzaklaştıkları için daha çok üzüntü duymaktadır.

14 yaş grubundaki 26 hastada, sosyal hayata getirilen tahammülsüzlük, erkek çocuklarında (%71.4),kız çocuklarına (%58.3) göre daha yüksektir. Yalnızlık duygusu, kız çocuklarında (%66.6) , erkek çocuklarına (%64.2) göre daha yüksektir. İsteksizlik, erkek çocuklarında (%42.8),kız çocuklarına (%41.6) göre daha yüksektir. Erkek çocuklarında (%57.1) yalnızlık duygusu, kız çocuklarına (%50)göre daha yüksektir. Kız çocukları (%75),erkek çocuklarına (%50) göre fiziksel görüntüdeki değişikliklerden daha çok etkilenmektedir. Erkek çocuklar (%71.4),kız çocuklarına (%66.6) göre sosyal hayattan uzaklaştıkları için daha çok üzüntü duymaktadır.

Görüşmelerden elde edilen kategoriler değerlendirildiğinde; Tıbbi personele ilişkin görüşler konusunda, çalışmaya katılan 98 hastadan 12 tanesi (%12) psikiyatrist ile olan ilişkisinde, ilacın yanında, sohbet etme ihtiyacı içerisinde olduğunu belirtmiştir. Hastalardan 7 tanesi (%7) ise tıbbi personellerin tedavi ile ilgili yaptığı esprilerden korktuğunu belirtmiştir.6 tane (%6) hasta ise tıbbi personel ve annenin tartışmalarından dolayı mutsuz olduğunu belirtmiştir.

Çalışmaya katılan 98 hastadan 12 tanesinin (%12),hastane ile ilgili sorunlar konusunda, hastane ortamında hastalığı kötüye giden hastaları gördüğü için, gelecek korkusu yaşadığı belirtilmiştir. Hastalardan 31 tanesi (%31), bel tedavisinden korktuğunu belirtmiştir. Hastalardan 85 tanesi (%86) hastaneden ölen arkadaşlarından etkilendiğini ve ölüm korkusu yaşadığını belirtmiştir. Hastalardan 13 tanesi (%13) tedavi sebebiyle ailesinin kendisine para harcamasından rahatsızlık ve üzüntü duyduğunu dile getirmiştir. Hastalardan 67 tanesi (%68), okuldan uzak kalmaktan dolayı üzüntü duyduğunu, arkadaşlarını ve okul ortamına olan özlemlerini belirtmiştir. Hastalardan 84 tanesi (%85) kendini hastane ortamında yalnız ve dışlanmış hissetti-

ğini ve hastaneye gelen misafirlerin azlığından üzüntü duyduklarını dile getirmiştir. Hastalardan 77 tanesinde (%88) anneye olan düşünlüğün arttığı belirtilmiştir.

Kanser hastası çocukların %63.6'sı hastalığı nedeniyle okula devam edememektedir (Sezgin ve Ekinci,2006).Çocuk okula gidemediğinde ya da okuldaki arkadaşları ile tamamen iletişimini kopardığında benlik saygısında azalma, içine kapanma ve sosyal izolasyon görülebilmektedir (Prevatt ve ark,2000).Yapılan başka bir çalışmada ise, kanser hastası çocukların daha az arkadaşına sahip oldukları düşünülmektedir (Vonnatta ve ark,1998).Yapılan bu çalışma literatürü destekler niteliktedir; hastalar okul hayatına ara vermek zorunda kaldıkları için okul ortamına ve arkadaşlarına özlem duymaktadır.

Collins ve arkadaşlarının 2000 yılında yaptığı kanser hastası olan çocuk ve adolesan çocuklarda yaşam kalitesi ve semptom değerlendirmesi çalışmasında, enerjide azalma, ağrı ve uykusuzluk semptomları bulunmuştur. Yapılan bu çalışmada da aynı sorunların, çocuğun enerji düzeyini etkilediği ve yorgunluğun fiziksel, mental ve duygusal etkilenimlere neden olduğu bulunmuştur. Tanının sosyal ve okul yaşamına, moral durumuna ve akranları ile olan ilişkilerine negatif etkileri görülmektedir.

Kanser tanısı alan birey kadar aile üyelerinin de günlük yaşam düzeni bozulmuş ve kanser hastası olan çocuğun ailesinin stresinin arttığı saptanmıştır (Çivi, Kutlu ve Çelik,2011).Yapılan bu çalışmada ise hasta çocukların aileleriyle görüşmelerden; anne ve babaların çocuğunu kaybetme korkusu yaşadığı, tedavinin maddi ve manevi ağırlığının olması ve çocukların ağır bir tedavi görmesi karşısında kendilerini çaresiz hissettikleri görülmüştür. Hastanın anneleri ve babaları, ölüm korkusu ve endişesini “dua” ve “kader” gibi kavramlara sığınarak azaltmaktadır. Hastaların babaları daha çok hastalığın maddi boyutunda ve fiziksel destek yönünden aktifken, hastalar ve anneleri arasında aşırı bağıllık ve bağımlılık tedavi boyunca sürmektedir. Hastane ortamında anneler ve hastalar kendilerini yalnız hissetmekte ve korku yaşamaktadır.

Yapılan bu çalışmada, kanser hastası olan çocukların öğrenilmiş çaresizlik ve depresyon ortalamalarının, bulunan bu ortalamalardan daha yüksek olması beklenmekteydi. Öğrenilmiş çaresizlik ve depresyon puan ortalamalarının beklenenin altında çıkmasının bazı nedenleri olduğu düşünülmektedir. Yapılan bu çalışmada, kanser hastası çocuklarda fiziksel ağrı, kusma ve halsizlik yaşayan çocuklara sorular araştırmacı tarafından okunmuştur, bu sebeple hastaların cevapları verirken olumluya kayma eğilimi olabilmektedir. Hastane ortamında hastalar bazen kendilerini kontrol etme ve kendilerine hakim olma duygusunda zorluk çekerken, bazen

de zorluk çekmemektedir. Bu nedenle hastaların duygularının ve davranışlarının değişken olduğu gözlenmiştir. Bu sebeple ölçek sorularına verilen cevaplarda tutarsızlıklar olabilmektedir. Hastalık gerçeği, hasta tarafından inkar edilebilir. Kanser hastası olan çocuk, hissettiği huzursuzluk ve çaresizlik duyguları ile bilinçdışı savunma mekanizmaları ile kurtulmaya çalışmaktadır. Hastalar, test sorularını cevaplarken, kanser teşhisi almış olmalarından dolayı endişelerini yok sayarak, kendilerine sıkıntı verebilecek soruları cevaplarken olumlu şıkkaya kayma eğilimi olabilir. Hasta “inkar”, “kaçma” ve “karşıt tepki geliştirme” gibi savunma mekanizmalarını kullanmış olabilir. Örneğin; Testte “ölüm” ile ilgili bir soruyu cevaplarken “ölüm korkusu” yüksek ise, korktuğu bir olgudan uzaklaşmak amacı içerisinde olup, olumlu cevabı işaretlemeye eğilim olabilmektedir. Hastalarla yapılan bireysel görüşmelerde ise, özellikle 12 ve 13 yaş grubundaki hastaların savunma mekanizmalarından “gerileme”yi, kullandığını açıkça görebilmekteyiz. Kanser hastası olan bu çocuklar, anne ve babanın ilgisini daha çok çekmek ve onların psikolojik desteklerine ne kadar ihtiyaçları olduğunu göstermek için ,geçmişe geri dönerek, çocuksu davranışlar sergilemekte ve aile bireyelerine bağımlılıkları artmaktadır.

Hastalığın tekrarlama korkusu ve yan etkileri sebebiyle çocuklarda davranış, uyum sorunları ile benlik saygısında azalma gibi psikolojik sorunlar olabilmektedir. Kontrol edilmesi zor belirtilerle seyreden süregelen hastalıklar, sadece çocuğu değil, anne ve babaları da öğrenilmiş çaresizlik gelişimi açısından riskli bir gruba sokmaktadır. Anne ve babalar, tıbbi personelin verdiği psikolojik desteğe en yüksek seviyede ihtiyaç duymaktadır, bazen bu ihtiyaçlarını diğer hasta aileleriyle konuşarak yerine getirmektedirler. Psikolojik destek ihtiyacı tüm kanser hastası çocukları ve ailelerini mutlu eden hastanedeki en zevkli ve en rahatlatıcı zaman geçirme yöntemi olmaktadır. Onlarla zaman geçirecek, onlara destek olacak ve onları dinleyecek uzmanlara ihtiyaç duymaktadır.

Hastanın kendine, çevrelerine ve hastalığına ilişkin farkındalığının artması, umut, güven ve iyimserliklerinin pekişmesi ve tedavi sürecinin kontrolünde belli ölçüde söz sahibi olduklarını hissetmeleri, psiko-sosyal esenliklerin artmasına hizmet etmektedir (Tuncay,2009).Yapılan bu çalışmada da hasta yakınlarını ve hastanın psikolojik destek ihtiyacının sadece ilaç ile karşılanamadığı, hasta ve yakınlarının konuşma seansları ile rahatladığı gözlenmiştir. Aile ve hasta, tedavi hakkında ayrıntılı bilgilendirildiğinde, kendilerini daha rahat hissettiklerini ifade etmiştir. Tanının öğrenilmesinden sonraki görüşmelerde ölüm, hastalığa bağlı sorunlar, ilaçlar ve yan etkileri gibi konular konuşuldukça yakınmalarda azalmalar olmaktadır. Umut, hastalığa atfedilen anlam, yakın çevre, beslenme ve diyet, tinsel bağlılık, güven, tedavi ekibi, güçlendirme çalışmaları, hastalığı kabullenme, tanı ve tedavi girişimleri ile hastalığın çocuk tarafın-

dan algılanış biçimi çocuğun psikolojik tepkilerini belirlemektedir. Yapılan bu çalışmaya katılan hasta ve ailelerin çalışmaya katılmak için çok istekli olması, çocuk onkoloji alanında psikolojik destek çalışmalarının önemini bir kez daha göstermektedir.

## 6.BÖLÜM

### SONUÇ VE ÖNERİLER

#### 6.1.Sonuçlar

Bu çalışma kanser hastası olan ve kanser hastası olmayan çocukların öğrenilmiş çaresizlik ve depresyon düzeylerine etkisinin analiz edilmesinden elde edilen niceliksel verilerin ve niteliksel bilgilerin bu alanda çalışanlara ve araştırma yapacak olanlara yararlı olabileceği umulmaktadır.

#### *Araştırmadan elde edilen istatistiksel bulguların sonuçlarına göre;*

1. Kanser hastası çocukların öğrenilmiş çaresizlik puan ortalaması, kanser hastası olmayan çocukların puan ortalamasından yüksektir. Kanser hastası olan çocukların öğrenilmiş çaresizlik puan ortalaması ile kanser hastası olmayan çocukların öğrenilmiş çaresizlik puan ortalaması arasında anlamlı bir farklılık bulunmaktadır.
2. Kanser hastası olan erkek çocukların öğrenilmiş çaresizlik puan ortalaması, kanser hastası olan kız çocukların puan ortalamasından daha yüksek olmasına rağmen, ortalamalar arasında anlamlı bir farklılık yoktur.
3. Kanser hastası çocuklarda öğrenilmiş çaresizlik puan ortalaması,12 yaş grubunda en yüksektir. Yaş değişkenine göre kanser hastası çocukların öğrenilmiş çaresizlik puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.
4. Kanser hastası olmayan çocuklarda öğrenilmiş çaresizlik puan ortalaması,12 yaş grubunda en yüksektir. Yaş değişkenine göre kanser hastası olmayan çocukların öğrenilmiş çaresizlik puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.
5. Kanser hastası olan çocukların depresyon puan ortalaması ile kanser hastası olmayan çocukların depresyon puan ortalaması arasında anlamlı bir farklılık yoktur.
6. Kanser hastası olan kız çocukları ile kanser hastası olan erkek çocukların depresyon puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık yoktur.



7. Kanser hastası çocuklarda depresyon puan ortalaması,12 yaş grubunda en yüksektir. Yaş değişkenine göre kanser hastası çocukların depresyon puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

8. Kanser hastası olmayan çocuklarda depresyon puan ortalaması,13 yaş grubunda en yüksektir. Yaş değişkenine göre kanser hastası olmayan çocukların depresyon puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

9. Öğrenilmiş çaresizlik düzeyinin yükselmesi veya azalması, depresyon düzeyini etkilemektedir.

10. Kanser hastası olan çocuklarda öğrenilmiş çaresizlik düzeyinin artması veya azalması, depresyon düzeyini etkilememektedir.

11. Kanser hastası olmayan çocuklarda öğrenilmiş çaresizlik düzeyinin artması veya azalması, depresyon düzeyini etkilememektedir.

***Araştırmadan elde edilen nitel bulguların sonuçlarına göre;***

1. 12 yaş grubunda anneye bağlılık ve fiziksel olarak dışarı yansıtılan korku ve endişe düzeyinin daha yüksek seviyede olduğu; içine kapanma ve kendini dışlanmış hissetmenin ön planda olduğu gözlenmiştir.

2. 13 yaş grubunda ise fiziksel değişikliklerle ilgili endişelerin yüksek olduğu gözlenmiştir. Agresiflik, yoğun karamsarlık, kendi yaş grupları ile görüşmeyi reddetme ve özgüven eksikliği bu yaş grubundaki hastalarda daha çok gözlenmiştir.

3. 14 yaş grubunda ise tedavi sebebiyle sosyal hayata getirilen kısıtlamalara tahammülsüzlük, yalnızlık duygusu, isteksizlik ve gelecek korkusu daha çok gözlemlenmiştir.

4. Kız çocukların fiziksel görünümdeki değişiklik, özellikle saç dökülmesinden, aşırı kilo kaybı ya da aşırı kilo almaktan dolayı kaygı duydukları gözlenmiştir.

5. Erkek çocukların, sosyal hayattan uzaklaştıkları için ve fiziksel aktivitelerin sınırlandırılmasından dolayı kaygı duydukları gözlenmiştir.

***Tüm hastalardaki ortak sorunlar;***

1. Tüm hastalardaki temel ihtiyaç, psikolojik desteği sürekli alabilmektir. Tüm hastaların sürekli psikolojik destek almaya ihtiyaç duydukları gözlenmiştir.

2. Okul hayatına verilen ara ve arkadaşlardan uzaklaşma tüm yaş grubundaki çocukları derinden üzmektedir.
3. Hastanede hastalar kendilerini dışlanmış ve yalnız hissetmektedir.
4. Hasta yakınlarında çocuğunu kaybetme korkusu yüksek ve çocukların ağır tedavisi karşısında kendilerini güçsüz ve çaresiz hissettikleri gözlenmiştir.
5. Tedavi sürecindeki çocukların, hastalığı konusunda tıbbi personel tarafından ayrıntılı bilgi almaya ihtiyaç duyduğu gözlenmiştir.
6. Kansere hastası olan çocukların tıbbi personelle olumlu iletişime; onların göstereceği sempati, ilgi ve şefkate ihtiyaç duyduğu gözlenmiştir.

## 6.2. Öneriler

Çalışmada elde edilen sonuçlar ışığında uygulamalar ve gelecekte yapılacak araştırmalara ilişkin öneriler aşağıda sunulmuştur:

1-Ülkemizde kanser tedavisi gören çocuklar ve ailelerinin tedaviye veya hastalığa karşı olabilecek tepki, uyum sorunları ve ruhsal problemlerini saptamak amacıyla psikiyatri servislerinin etkinliğinin arttırılması ve ilaca dayalı tedavi biçiminin yanında, hastalara ve onkoloji servislerinde görev yapan tıbbi personele psikolojik destek verilmesi,

2- Bu araştırmada kanser hastası olan çocuklarda yaş ve cinsiyet değişkenlerinin hastaların öğrenilmiş çaresizlik ve depresyon düzeyine etkisi incelenmiştir. Yapılacak çalışmalarda kanser hastalarını etkileyebilecek diğer değişkenlere bakılması,

3-Bu araştırma sadece İstanbul ve Ankara'da rastgele seğilmiş iki ayrı ilde iki hastane, iki tanesi kolej, iki tanesi devlet okulu olmak üzere İstanbul'da dört farklı okulda uygulanmıştır. Farklı ilçelerde veya farklı hastane ve okullarda daha büyük örneklem grupları ile benzer çalışmaların yapılması,

4- Bu araştırma yapılırken sosyo-ekonomik düzey, aile eğitim durumu, hastalık süresi, tanı, anne-baba tutumları, kanser tipi ve evresi ve tedavi süresi gibi değişkenler araştırma kapsamına alınmamıştır. Benzer ve farklı değişkenlerinde içinde bulunduğu araştırmaların yapılması,

5- Gelecekte yapılacak araştırmalarda, uygulamanın hem deney hem de kontrol grubuna aynı yöntemle ( araştırmacı soruları çocuğa okur veya çocuklar soruları kendileri okuyup cevap verir) yapılması,

6- Onkoloji kliniğinde yatan kanser hastası olan çocuklar, duygusal ve ruhsal sıkıntılar hakkında konuşmaktan çok; yaşamları, hobileri ve aileleri hakkında konuştuklarında mutlu olmaktadır. Hastalar ile yapılacak psikolojik destek çalışmalarının da içinde bulunduğu araştırmaların yapılması,

7. Elde edilen verilerin tıbbi personel ile paylaşılması,

8. Ülkemizde “öğrenilmiş çaresizlik” konusunu irdeleyen özellikle çocuk onkoloji alanında araştırma sayısı oldukça azdır. Bu tür araştırmaların özellikle çocuk onkoloji alanında yapılması ve “öğrenilmiş çaresizlik” ve “depresyon” üzerinde etkili olan değişkenlerin saptanması,

Önerilmektedir.

## KAYNAKÇA

- Abramson,L.Y.; Seligman,M.E.P. ve Teasdale,J.(1978). “Learned Helplessness in humans critique and reformulation” .*Journal of Abnormal Psychology*,87,49-74.
- Akmansu, M.(1996). Kanserin psikososyal yönü. *Tıbbi Klinik Etik*,1: 20-2.
- Amerikan Psikiyatri Birliği (2001).Psikiyatride hastalıkların tanımlanması ve sınıflandırılması el kitabı,yeniden gözden geçirilmiş dördüncü baskı (DSM-IV-TR),*Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC*, (Çev.E.Köroğlu),Ankara,Hekimler Yayın Birliği.
- Anisman, H., Cygan, D.(1975). Central effects of scopolamine and *d*- amphetamine on locomotor activity: Interaction with strain and stress variables. *Neuropharmacology* 14, 835–840.
- Anuk, D.(1998-1999). Kanser, Kanserli Hasta ailesi ve tedavi ekibi etkileşimi. *Konsültasyon-Liyezon Psikiyatrisi*. Roche,syf 166-173.
- Asarnow, J.R., Bates, S. (1988). Depression in child psychiatric inpatients: cognitive and attributional patterns. *J Abnorm Chil Psychol* 16: 601-615.
- Aslan,Ö.,Sekmen,K.,Kömürcü,Ş.(2007). Kanserli Hastalarda Umut,*C.Ü.Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* ,11(2).
- Atıcı, E.(2007).Tıp Tarihinde Kanser ve Lösemi. *Türk Onkoloji Dergisi* ;22 (4):197-204.
- Aydın, A.G.(1985).Sosyal Başarı eğitimi ile sosyal beceri eğitiminin çocuklarda öğrenilmiş çaresizlik davranışını ortadan kaldırılmasına etkisi. *Yayınlanmamış Doktora Tezi*, Hacettepe Üniversitesi.
- Aydın,G.(1986).’Çocuklarda arkadaş ilişkilerinde başarısızlık ve öğrenilmiş çaresizlik ilişkisi’, *Psikoloji Dergisi*,Cilt 5,Sayı:20.
- Aydiner, A.(1998-1999).Kanserin hastaların psiko-sosyal yapıları üzerindeki etkileri. *Konsültasyon -Liyezon Psikiyatrisi*. Roche ,syf 67-68.
- Bainbridge, W.S.(1930). Cancer-yesterday, today and tomorrow. *Med J Rec*,17: 1-18.
- Barclay, V. (Çeviri Birol L,Platin N,Erdil F,İnanç N,Algler L,Abaan S.) (Editör Nurgün Platin)(1987). Kanser Hemşireliğinde Temel Kavramlar. *Uluslararası Kanserle Savaş Birliği*. Ankara.
- Barrera, M., Shaw, A.K., Speechley, K.N., Maunsell, E., Pogany, L.(2005). Educational and social late effects of childhood cancer and related clinical, personal, and familial characteristics. *Cancer*, 104(8):1751-60.
- Baysal, B. (1996). Kronik Hastalıklar ve Hastaneye yatış: Çocuk, aile ve tedavi ekibi. *Katkı Pediatri Dergisi*,5: 912-924.

- Beck, A.T. (1961). An Inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*,4:561-571.
- Bihm,E.M.,Mc Whirter, R.M., Kidda,P.L. (1982). "Vicariously Learned Helplessness:The effects of viewing a model experiencing uncontrollable events",*The Journal of General Psychology*,107,149-153.
- 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.
- Bukberg, Judith, Doris, P. and Jimmie, C. H.(1984). "Depression in hospitalized cancer patients." *Psychosomatic medicine* 46.3: 199-212.
- Caazzanisa, L.F.,Maroni, D.,Bianchi, E.,Bossi, A.,Cagna, E.,Cosentino, D.,Palmieri, L.,Scandolaro, L.,Valli, Mc.(2003). Anxiety,Depression and Informed Consent in Patients referred to a Radio Therapy Department.*Tumori*,89:179-182.
- Cantekinler, S.(1997).”Öğrenilmiş çaresizliği olan çocuklar üzerinde deneysel bir çalışma”, *Yayınlanmamış Doktora Tezi*, Konya Selçuk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Chang, P.N. (1991). Psychosocial needs of long-term childhood cancer survivors. A review of Literature.*Paediatrician*,18:20-24.
- Chao, C.C.,Chen, S.H.,Wang, C.Y.,Wu, Y.C.,Yeh, C.H.(2003).Psychosocial adjustment among Pediatric Cancer patients and their parents.*Psychiatric and clinical neurosciences*,57:57-81.
- Chen, M. ve ark. (2000). Anxiety and depression in Taiwanese cancer patients with and without pain. *J Adv Nurs*, 32(4): 944-951.
- Chung-Park, A. (2002).Achievement motivation:From the perspective of learned hopelessness,*Hong Kong Institute of Education*.
- Cimete, G. (1995). Kanserli çocukların ebeveynlerinin stresle baş etmeleri. *Çınar*,2 (2 ): 34-41.
- Cimete, G. ve Kuğuoğlu, S.(2002).Çocuklarını kanser nedeniyle kaybeden ailelerin kayıp öncesi ve sonrası yaşadıkları keder süreci, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*,3(1):34-44.
- Collins, J., Devine, T., Dick, G. ve ark.(2002).The measurement symptoms in young children with cancer : The validation of the Memorial Symptom Assessment scale in children aged 7-12.*Pain Symptom Management*,23 (1) : 10-16.
- Çavuşoğlu, H.(2001). Depression in children with Cancer. *Journal of PediatricNursing*,16:5:380-384.
- Çetingül, N.(2005). Çocukluk çağı kanserleri epidemiyoloji etyoloji ve yaşam. In: Çetingül, N., Conk, Z., editors. *I. Ege Pediatri Onkoloji Hemşireliği Kurs Kitabı*,p. 1-15.

Cox, Thomas, R., and Janine, T.(2011). "Remodeling and homeostasis of the extracellular matrix: implications for fibrotic diseases and cancer." *Disease models & mechanisms* 4.2 : 165-178.

Cüceloğlu, D. (1992). *İnsan ve Davranışı, Psikolojinin Temel Kuramları*. İstanbul: Remzi Kitapevi.

Davies, W.H., Noll, R.B., Destefanol ve ark.(1991). Differences in the child-rearing practices of parents of children with cancer and controls:The perspectives of parents and Professional S.J. *Journal of Pediatr Psychol*,16:295-296.

Düzgün, Ş. ve Hayalioğlu, H. (2010). Öğrencilerde Öğrenilmiş çaresizlik düzeyinin bazı değişkenler açısından incelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Kazım Karabekir Eğitim Fakültesi Dergisi/Journal of Kazım Karabekir Education Faculty*, (13).

Dweck, C.S., Davidson, W., Nelson, S. ve ark. (1978). Sex differences in learned helplessness, II: the contingencies of evaluative feedback in the classroom, and III: An experimental analysis. *Dev, Journal of Psychol* 14:268-276.

Dweck, C. S., & Reppucci, N. D. (1973). Learned helplessness and reinforcement responsibility in children. *Journal of Personality and Social Psychology*, 25(1), 109-116.

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.

Eiser, C., Hill, J.J., Vance, Y.H. (2000). Examining thepsychological consequences of surviving childhood cancer:Systematic review as a research method in pediatricpsychology, *Journal of Pediatric Psychology*, 25(6), 449.460.

Elçilgil , A. ve Tuna,S.(2011).Kanser tedavisi biten çocukların yaşadıkları sorunlar ve bakımlarında hemşirenin rolü,*Türk Onkoloji Dergisi*,Cilt 26,Sayı 3,syf: 134-141.

Eliott, J. A. ve Olver, I. N. (2009). Hope, life, and death: a qualitative analysis of dying cancer patients' talk about hope. *Death studies*, 33(7), 609-638.

Erdoğan, M. Y.(2006). "Ana-baba tutumları ile öğretmen davranışlarının çocuklarda öğrenilmiş çaresizlik düzeyi ile ilişkileri." *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*,13(3) : 98-105.

Erickson, S.J. ve Steiner, H. (2001). Trauma and personality correlates in long-term pediatric cancer survivors. *Child Psychiatry and Human development*,31,195-213.

Ersever, H.(1993). "Öğrenilmiş Çaresizlik", *Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*, Cilt:26, Sayı:2, Ankara Üniversitesi Basımevi.

Esen, G.(2005). "Gray scale and power Doppler US in the preoperative evaluation of axillary metastases in breast cancer patients with no palpable lymph nodes." *European radiology* 15(6) : 1215-1223.

- Fallowfield, L.(1995). Helping the relatives of patients with cancer. *European Journal of Cancer* ;31A(11):17
- Felder,B.E. (2004). Hope and coping in patients with cancer diagnoses. *Journal of Cancer Nurs*,27 (4) 320-324.
- Fosco, F. ve Geer, J. H.(1971). Effects of gaining controlover aversive stimuli after differing amounts of nocontrol. *Psychological Reports*, 29, 1153-1154
- Fuemmelera,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.
- Gelir, E. (2009).Ana-baba tutumları, Aile sosyal atomu ve cinsiyete göre İlköğretim Altıncı sınıf öğrencilerinin öğrenilmiş çaresizlik ve akademik başarılarının incelenmesi. *Yüksek Lisans Tezi*, Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Goldberg, L.R. (1981). Language and individual differences: The search for universals in personality lexicons. In L. Wheeler (Ed.) *Review of Personality and Social Psychology* (Vol.2, pp.141-165). Beverly Hills, CA.
- Gündoğdu, M. (1996). İlköğretim okulu altıncı sınıf öğrencilerinde öğrenilmiş çaresizlik sınav kaygısı ve başarı ilişkisi, III. Ulusal Psikolojik Danışma ve Rehberlik Kongresi Bildiri Özetleri, Çukurova Üniversitesi, Adana.
- Hankin, L.(2007). "Are neuroticism, cognitive vulnerabilities and self-esteem overlapping or distinct risks for depression? Evidence from exploratory and confirmatory factor analyses." *Journal of Social and Clinical Psychology* 26.(1) : 29-63.
- Hayaloğlu, H. İ. (2001). "İlköğretim öğrencilerinin öğrenilmiş çaresizlik düzeylerinin bazı değişkenler açısından İncelenmesi", *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*, Atatürk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Erzurum.
- Henkel, V.(2002). "Cognitive-behavioural theories of helplessness/hopelessness: Valid models of depression?." *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* , 240-249.
- Heyman, G.D., Dweck, C.S., Cain, K.M. (1992). Young children's vulnerability to self-blame and helplessness: relationship to beliefs about goodness. *Child Dev* 63:401-415.
- Hobbie, W.L.,Stuber, M.,Meeske, K (2000).Symptoms of post-traumatic stress in young adult survivors of childhood cancer,*Journal of Clinical Oncology*,18,4060-4066.
- Hongo, T., Watanabe, C., Okada, S., Inoue, N., Yajima, S., Fujii, Y.(2003). Analysis of the circumstances at the end of life in children with cancer: symptoms, suffering and acceptance. *Pediatr Int* ,45(1):60-4.
- Hovardaoğlu, S. (1986). "Öğrenilmiş Çaresizlik Modeli", *Psikoloji Dergisi*,Cilt:5,Sayı:20.



- Kapıcı, G. E. (2004). Ameliyat olan kanser Hastalarının kaygı ve Depresyon Düzeylerinin bazı değişkenler açısından incelenmesi, *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, Cilt:III, Sayı:21
- Kaplan CP, Miner ME (2000) Relationships: Importance for patients with cerebral tumors. *Brain Injury*, 14(3); 251-259.
- Karasar, N. (2003). *Bilimsel Araştırma Yöntemi*. Ankara: Nobel Yayın.
- Kebudi, R. (2006). Terminal dönemde Kanserli çocuk ve ailesine yaklaşım, *Türk Onkoloji Dergisi*, 21 (1) 037-041.
- Kılıç, B.G. ve Oral, N. (2006), "Çocuklarda Öğrenilmiş Çaresizlik üzerine bir gözden geçirme", *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*: 13(2), 76-86.
- Kılm, B.R., Kim, Y.H., Kim, J.S., Jeong, I.S. ve Kim, J.S. (2003). A study to the coping patterns of cancer patients. *Taehan Kanho Hakhoe Chi*, 33 (3):321-330.
- Kovacs (1981). Rating Scale to assess depression in school-aged children. *Acta Paedopsychiatr*, 46:305-315.
- Kök, Mehmet. (1992). "Psikolojik danışmanın dezavantajlı çocukların öğrenilmiş çaresizlik, benlik tasarımı ve genel kaygı düzeylerine etkisi." *Atatürk Üniversitesi, Kazım Karabekir Eğitim Fakültesi, Sosyal Bilimler Araştırma Dergisi* 3.
- Kutluk, T. (2007). Çocukluk çağı kanserlerinin epidemiyolojisi. *Klinik Gelişim*, 20(2):5-12.
- Lacroix, A., Assal, J.P. (2003). Hastaların Terapötik Eğitimi, *Kronik Hastalığa Yeni Yaklaşımlar*. Çev. Ed: Piyal, B., Tabak, R.S. Ankara: Palme Yayıncılık.
- Lahteenmaki, P.M., Huostila, J., Hinkka, S., Salmi, T.T. (2002). Childhood Cancer patients at school, *European Journal of Cancer*, 38 (9), 1227-1240.
- Lashlee, M., O'hanlon Curry, J. (2007). Pediatric home chemotherapy: infusing "quality of life". *J Pediatr Oncol Nurs*, 24(5):294-8.
- Lau, R. R., Bernard, T. M., & Hartman, K. A. (1989). Further explorations of common-sense representations of common illnesses. *Health Psychology*, 8(2), 195.
- Levy, M.H. (1998). Doctor-patient communication: The lifeline to comprehensive cancer care. *ASCO Educational Book*, 195-202.
- Maier, S. F., Albin, R. W., & Testa, T. J. (1973). Failure to learn to escape in rats previously exposed to inescapable shock depends on nature of escape response. *Journal of Comparative and Physiological Psychology*, 85, 581-592
- Martinson, I.M., Zhong, B.H., Liang, Y.H. (1994). The reaction of Chinese parents to a terminally ill child with cancer. *Cancer Nurs*, 17 (1):72-76.

- Massie, M. J., Gagnon, P., & Holland, J. C. (1994). Depression and suicide in patients with cancer. *Journal of pain and symptom management*, 9(5), 325-340.
- Mc Caffrey, C.N. (2006).Major stressors and their effects on the well-being of children with cancer.*Journal of Pediatric Nursing*,21 (1),59-66.
- McCarron, E.G.(1995). Supporting the families of cancer patients. *Nursing*,25(6):48-51.
- McDaniel,J.S., Musselman,D.L., Porter,M.L.(1994). Depression in Patients with cancer:Diagnosis,Biology and treatment. *Journal of Arch Gen Psychiatry*, 52:89-99.
- Mete, H. E., & Özen, Ö. N. E. N. (2001). Kanserli hastalarda depresyon.*Duygudurum Dizisi*, 4, 184-191.
- Mor, V., Allen, S., Malin, M.(1994). The psychosocial impact of cancer on older versus younger patients and their families. *Cancer* ;74(7 Suppl):2118-27.
- Ness, K.K., Mertens, A.C., Hudson, M.M. ve ark.(2005).Limitations physical performance and daily activities among long-term survivors of childhood cancer.*Internal Medicine*,143,639-647.
- Noll, R.B., Gartstein, M.A.,Vannatta, K. ve ark (1999).Social,emotional,behavioral functioning of children with cancer.*Pediatrics*,103,71-78.
- 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.
- Öy, B.(1991).Çocuklar için Depresyon Ölçeği: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*,2:132-136.
- Öz, F. (2004). Sağlık Alanında Temel Kavramlar. Ankara: İmaj İç ve Dış Ticaret A.Ş.
- 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,1997.
- Özkan,M.(1998-1999). Kanser Hastalarında psikolojik Tedavi, Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi, *Roche*,syf 154-158.
- Özkan, S.(1998-1999). Psikiyatrik ve Psiko-sosyal açıdan Kanser. *Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi*. Roche,syf 140-153.
- Papila,Ç.(2008).İ.Ü.Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, *Türkiye’de karşılaşılan Psikiyatrik hastalıklar Sempozyum Dizisi*,No:62,2008,syf:197-200.
- Patenaude, A.F., Kupst, M.J.(2005). Psychosocial functioning in pediatric cancer. *J Pediatr Psychol* 2005;30(1):9-27.
- Peterson, C., Seligman, M.E.P. (1984). Causal explanations as a risk factor for depression. Theory and evidence. *Psychol Rev* 91: 347-374.

- Pirl, W.F. ve Roth, A. (1999). Diagnosis and treatment of depression in cancer patients. *Oncology* 13:1293-1301.
- Polat,S.(1986). “Ana-baba tutumlarının çocukların öğrenilmiş çaresizlik düzeyine etkisi”. *Yayımlanmamış Bilim Uzmanlığı Tezi*, Ankara, Hacettepe Üniversitesi.
- Prevatt, F., Heffer, R.W. ve Lowe, P.A. (2000). A review of school reintegration programs for children with cancer, *Journal of School Psychology*, 38 (5), 447-467.
- Romano, Joan, M., and Judith, A. Turner.(1985). "Chronic pain and depression: Does the evidence support a relationship?." *Psychological Bulletin* 97.1 : 18.
- Roth, S., & Kubal, L. (1975). Effects of noncontingent reinforcement on tasks of differing importance: Facilitation and learned helplessness.*Journal of Personality and Social Psychology*, 32 680–691.
- 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.
- Sarı,Y.H.,Yılmaz, M.ve Kantar, M.(2012). Çocuklarda Kanser ve Engellilik, *Türk Onkoloji Dergisi*,27, 2:98-105.
- Sawyer, M.,Antoniou. G.,Rice, M.(2000).Childhood Cancer:A-4 Year prospective study of the psychological Adjustment of children and Parents,*Journal of Pediatric Hematology/Onkology* 22 (3),214-220.
- Seifert,T.L. (2004), “Understanding student motivation”,*Educational Research*,4b,2,137-139.
- Sekman, M. (2006).*Her şey seninle başlar*. İstanbul: Alfa Yayınları.
- Seligman,M.E.P. ve Maier,S.F. (1967).Failure to escape traumatic shock.*Journal of Experimental Psychology*.74,1-9.
- Sezgin,S. ve Sezgin,S.(2006). Kanserli ve sağlıklı çocukların Depresyon düzeylerinin karşılaştırılması,*O.M.Ü. Tıp dergisi* 23 (2):52-58.
- Sharan, P., Mehta, P., Chaudry, V.P. (1999). Psychiatric disorders among parents of children suffering from acute lymphoblastic leukemia. *Pediadric Hematology and Oncology* 16:43-47.
- Shors, T.J. (2004). Learning during stressful times. *Learn Mem* 11:137-144.
- Sloper,P.(2000).Needs and responses of parents following the diagnosis of childhood cancer.*Journal of Child Care Health Development*.;22 (3):187.
- Sowa,C.J.(1992).”Understanding clients perception of stress”,*Journal of Counseling and Development*,71,179-183.

Sönmez, S.(1998).Kronik Hatalığın çocuklar ve ailelerin depresyon düzeylerine ve anne çocuk ilişkilerine etkisinin incelenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, *Yüksek Lisans Tezi*,İzmir.

Sönmez,Y.(2009).*Öğrenilmiş Çaresizliği Yenmek*. İstanbul: Hayat Yayın.

Spiegel, D. ve Bloom, J (1989). Psychological support for cancer patients. *Lancet*, 2(8677), 1447.

Stone, P., Richards, M., A'Hern, R. ve ark. (2000). A study to investigate the prevalence, severity and correlates of fatigueamong patients with cancer in comparison with control group of volunteers without cancer. *Ann Oncol*, 11(5):561-567.

Stuart,E., ve Byran,J. (1989).Telling the diagnosis of Cancer.*Journal of Clinical Oncology*,7,583-9.

Sutherland,K.S. ve Singh,N.N. (Editör Conroy,M ve Stichter,J.P.),(2004).“Learned helplessness and students with emotional or behavioral disorders.Deprivation in the classroom”,*Behavioral Disorders*,29 (2),169-181.

Suzuki, L.K.,Kato,P.M.(2003). Psychosocial support for patients in Pediatric Oncology;the influences of parents,schools,peers and technology.*Journal of Pediatr Oncol Nurs*;20 (4):159-74.

Şenol, S.(2000). Çocukluk Çağı Depresyonları. Birinci basamakta Depresyon Tanı ve Tedavi. *Çizgi Tıp Yayınevi*, Ankara,syf.91-114.

Taş,F. ve Yılmaz,B. H.(2008).Pediatrik Onkoloji Hastalarında yaşam kalitesi kavramı,Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, *Çocuk sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı*,Cilt:23,Sayı:2,syf:104-107,İzmir.

Tokgöz, G., Yaluğ, İ., Özdemir, S., Yazıcı, A., Uygun, K., & Aker, T. (2008). Kanser hastalarında major depresyon yaygınlığı ve ilişkili etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 9, 59-66.

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*.

Tuncer,M.A.,Küçükusta,R.A.,Topuz,E.,Özkan,A.M.,Sezgin,C.V.,Aydın,A.,Karatay,E.C.M., Dizdar, Y.,Kuzanlı,A.M.,Daşdağ,S.,Şeker,S.,Ergüler,E. ve Özdoğan,Ö.(2012).*Kansere Çözüm Var*, İstanbul: Hayykitap.

Tüzün,Ü.D.,Hergüner,S.(2007).*Çocuk Hastalıklarında Biyopsikososyal Yaklaşım*.İstanbul: Epsilon Yayınları.

Tyszkiewicz-Bandur, M., Sieminska, M.J. (2006). Dynamics of hope in neoplastic disease: a review. *Ann Acad Med Stetin*,52(3): 141-145.

Uzbaş, A. (1998). Çocukların Öğrenilmiş Çaresizlik Davranışlarının Depresyon Düzeylerine Etkisi (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi.

Valaes,H.(2001). “Learned Helplessness and psychological adjustment:effects of age,gender and academic achievement”,*Scandinavian Journal of Educational Research*,vol.45,no:1.

Van Dongen-Melman, J.E.,Van Zuuren, F.J.,verhulst, F.C.(1998).Experiences of parents of childhood cancer survivors:a qualitative analysiz,*Patient Educcouns* ;34 (3):185-200.

Vance,Y.H.,Eiser,C.(2002). The school experience of the child with cancer,*Child Care,Health and Development*,32,11 :9-17.

Vance,Y.H., Eiser, C.,Horne,B. (2004).Parents views of the impact of childhood brain tumours and treatment on young people’s social and family functioning.*Clinical child psychology and psychiatry*,9 (2):271-288;1359-1045.

Vannatta, K., Gartstein, M.A., Short, A. ve ark. (1998). Acontrolled study of peer relationships of children survivingbrain tumors: teacher, peer, and self ratings. *Journal of Pediatric Psychology*, 23(5): 279-287.

Vannatta, K., Zeller, M., Noll, R.ve ark. (1998). Socialfunctioning of children surviving bone marrow transplantation,*Journal of Pediatric Psychology*, 23(3): 169-178.

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 Pediatr.*;89:229-236.

Whittle,R (1999). Anxiety and depression in patients with an intracranial neoplasm before and after tumour surgery. *British Journal of neurosurgery*, 13(1), 46-51.

Wolfe, J.,Grier, H.E.,Klar, N.,Levin, S.B.,Ellenbogen, J.M.,Salem-Schatz, S.(2000). Symptoms and suffering at the end of life in children with Cancer.Nengl J Med 2000;342 (5):326-33.

World Health Organization and International Association for the study of Pain:Cancer Pain:Relief and palliative care in children.Geneva:Switzerland,World Health Organization,1998.

Yazıcı, S.(1992).Akut Lenfoblastik Lösemili çocukların annelerinde Anksiyete düzeyi,kemoterapi ve hemşirelik etkileşiminin ilişkileri. *I.Ulusal Ana ve Çocuk Sağlığı Hemşireliği Sempozyum Kitabı*, İstanbul,s.251-258.

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

Yılmaz,B.H.,Muslu ,K.G.,Taş,F.,Baş bakkal,Z. ve Kantar,M.(2009). Çocukların kansere bağlı yaşadıkları semptomlar ve yorgunluğa ebeveyn bakışı. *Türk Onkoloji Dergisi*,24 (3):122-127.

<http://www.biltek.tubitak.gov.tr/gelisim/psikoloji/depresyon.htm> ,Erişim Tarihi:15.06.2012

[www.kanserlicocuklaraumut.org](http://www.kanserlicocuklaraumut.org) , Erişim Tarihi: 06.08.2012

[http://www.habercocuk.com/haber\\_detay.asp?id=116](http://www.habercocuk.com/haber_detay.asp?id=116) ,Erişim Tarihi: 09.11.2012

<http://onkder.org/content.php3?id=89> , Erişim Tarihi:12.11.2012

<http://www.losev.org.tr/v2/tr/default.asp> ,Erişim Tarihi:10.09.2012

## **EKLER**

### **Ek No 1-Bilgilendirici Onam Formu**

**Araştırmayı destekleyen kurum: İstanbul Arel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü  
Psikoloji Bölümü**

**Araştırmanın adı: Kanserli çocuklarda Öğrenilmiş Çaresizlik ve depresyon arasındaki ilişkinin incelenmesi**

**Araştırmacının adı: Melis AVCI**

**Adresi: Avrupa Konutları Tem 25/43**

**E-mail adresi:avcmelis@gmail.com**

**Telefonu:0 535 688 60 97**

Sayın katılımcı,

İstanbul Arel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Bölümü öğretim üyesi Yrd. Doç. Dr. Muzaffer Şahin ile “**Kanserli çocuklarda öğrenilmiş çaresizlik ve depresyon arasındaki ilişkinin incelenmesi**” adı altında bilimsel bir tez yürütülmektedir. Bu çalışmanın amacı; cinsiyet ve yaşa göre çocuklarımızın öğrenilmiş çaresizlik ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelemektir.

Bu araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde, araştırmaya katılan çocuğumuz 2 tane anket dolduracaktır. Bu anket çocukların öğrenilmiş çaresizlik ve depresyon konularındaki tutumlarını daha iyi anlamamıza yardımcı olacaktır. Bu anketi doldurmak çocuğunuzun 30-40 dakikasını alacaktır. Anketi doldurma süreci sıcak bir sohbet havasında geçecektir. Ankete verilen cevaplar çocuk tarafından ya da araştırmacı tarafından doldurulacaktır.

Bu araştırma bilimsel bir amaçla yapılmaktadır ve katılımcı bilgilerinin gizliliği esas tutulmaktadır. Çocukların isimleri kesinlikle gizli tutulacaktır.

Katıldığınız takdirde çalışmanın herhangi bir aşamasında herhangi bir sebep göstermeden onayınızı çekmek hakkına da sahipsiniz. Yürütülen tez hakkında ek bilgi almak istediğiniz takdirde lütfen İstanbul Arel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Bölümü Öğretim Üyesi Yrd. Doç. Dr. Muzaffer Şahin veya Pedagog Melis Avcı ile temasa geçiniz.

Eğer bu araştırma projesine katılmayı kabul ediyorsanız, lütfen bu formu imzalayınız.

Ben, (katılımcının adı) ....., yukarıdaki metni okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Çalışma hakkında soru sorma imkanı buldum. Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım takdirde herhangi bir olumsuz tutum ile karşılaşmayacağımı anladım.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Formun bir örneğini aldım / almak istemiyorum (bu durumda araştırmacı bu kopyayı saklar).

Katılımcının Adı-Soyadı:.....

İmzası:.....

Adresi (varsa Telefon No, Faks No):.....

Tarih (gün/ay/yıl):...../...../.....

Araştırmacının Adı-Soyadı:.....

İmzası:.....

Tarih (gün/ay/yıl):...../...../.....



## **Ek No 2- Ön kapak (Testler)**

Arel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Bölümü Yüksek Lisans öğrencisi tarafından “Kanser Hastası çocuklarda öğrenilmiş çaresizlik ve depresyon arasındaki ilişki” araştırılmaktadır. Bu amaçla yapılan bu bilgi formunda ve kullanılan ölçeklerdeki vereceğiniz tüm bilgiler gizli kalacaktır. Bu bilimsel çalışmanın verimli olabilmesi için tüm soruların tam ve doğru bilgilerle cevaplandırılması önemlidir.

Soruları cevaplandırarak bu bilimsel çalışmaya vereceğiniz katkı için teşekkür ederim.

İsim-Soyadı:

Sınıf:

Yaş:

Cinsiyet:

### Ek No 3-Çocuklar için Depresyon Ölçeği

**YÖNERGE:** Aşağıda gruplar halinde bazı cümleler yazılıdır. Her gruptaki cümleleri dikkatlice okuyunuz. Her grup içinden, bugünde dahil olmak üzere, son iki haftadır yaşadıklarınızı en iyi şekilde tanımlayan cümleyi seçip, yanındaki numarayı daire içine alınız.

A.

0.Kendimi arada sırada üzgün hissederim.

1.Kendimi sık sık üzgün hissederim.

2-Kendimi her zaman üzgün hissederim.

B.

0.İşlerim hiçbir zaman yolunda gitmeyecek.

1.İşlerimin yolunda gidip gitmeyeceğinden emin değilim.

2.İşlerim yolunda gidecek.

C.

0.İşlerimin çoğunu doğru yaparım.

1.İşlerimin çoğunu yanlış yaparım.

2.Her şeyi yanlış yaparım.

D.

0.Birçok şeyden hoşlanırım.

1.Bazı şeylerden hoşlanırım.

2.Hiçbir şeyden hoşlanmam.

E.

0.Her zaman kötü bir çocuğum.

1.Çoğu zaman kötü bir çocuğum.

2.Arada sırada kötü bir çocuğum.

F.

0.Arada sırada başıma kötü bir şeylerin geleceğini düşünürüm.

1.Sık sık başıma kötü şeylerin geleceğinden endişelenirim.

2.Başıma çok kötü şeylerin geleceğinden eminim.

G.

0.Kendimden nefret ederim.

1.Kendimi beğenmem.

2.Kendimi beğenirim.

H.

0.Bütün kötü şeyler benim hatam.

1.Kötü şeylerin bazıları benim hatam.

2.Kötü şeyler genellikle benim hatam değil.

I.

0.Kendimi öldürmeyi düşünmem.

1.Kendimi öldürmeyi düşünürüm ama yapamam.

2.Kendimi öldürmeyi düşünüyorum.

İ.

0.Her gün içimden ağlamak gelir.

1.Birçok günler içimden ağlamak gelir.

2.Arada sırada içimden ağlamak gelir.

J.

0.Her şey her zaman beni sıkır.

1.Her şey sık sık beni sıkır.

2.Her şey arada sırada beni sıkır.

K.

0.İnsanlarla beraber olmaktan hoşlanırım.

1.Çoğu zaman insanlarla birlikte olmaktan hoşlanmam.

2.Hiçbir zaman insanlarla birlikte olmaktan hoşlanmam.

L.

0.Herhangi bir şey hakkında karar veremem.

1.Herhangi bir şey hakkında karar vermek zor gelir.

2.Herhangi bir şey hakkında kolayca karar veririm.

M.

0.Güzel / yakışıklı sayılırım.

1.Güzel / yakışıklı olmayan yanlarım var.

2.Çirkinim.

N.

0.Okul ödevlerimi yapmak için her zaman kendimi zorlarım.

1.Okul ödevlerimi yapmak için çoğu zaman kendimi zorlarım.

2.Okul ödevlerimi yapmak sorun değil.

0.

0.Her gece uyumakta zorluk çekerim.

1.Birçok gece uyumakta zorluk çekerim.

2.Oldukça iyi uyurum.

Ö.

0.Arada sırada kendimi yorgun hissederim.

1.Birçok gün kendimi yorgun hissederim.

2.Her zaman kendimi yorgun hissederim.

P.

0.Hemen her gün canım yemek, yemek istemez.

1.Çoğu gün canım yemek, yemek istemez.

2.Oldukça iyi yemek yerim.

R.

0.Ağrı ve sızılardan endişe etmem.

1.Çoğu zaman ağrı ve sızılardan endişe ederim.

2.Her zaman ağrı ve sızılardan endişe ederim.

S.

0.Kendimi yalnız hissetmem.

1.Çoğu zaman kendimi yalnız hissederim.

2.Her zaman kendimi yalnız hissederim.

Ş.

0.Okuldan hiç hoşlanmam.

1.Arada sırada okuldan hoşlanırım.

2.Çoğu zaman okuldan hoşlanırım.

T.

0.Birçok arkadaşım var.

1.Birkaç arkadaşım var ama daha fazla olmasını isterdim.

2.Hiç arkadaşım yok.

U.

0.Okul başarıml iyi.

1.Okul başarıml eskisi kadar iyi değil.

2.Eskiden iyi olduğum derslerden çok başarısızım.

Ü.

0.Hiçbir zaman diğer çocuklar kadar iyi olamıyorum.

1.Eğer istersem diğer çocuklar kadar iyi olurum.

2.Diğer çocuklar gibi iyiyim.

V.

0.Kimse beni sevmez.

1.Beni seven insanların olup olmadığından emin değilim.

2.Beni seven insanların olduğundan eminim.

Y.

0.Bana söyleneni genellikle yaparım.

1.Bana söyleneni çoğu zaman yaparım.

2.Bana söyleneni hiçbir zaman yapmam.

Z.

0.İnsanlarla iyi geçinirim.

1.İnsanlarla sık sık kavga ederim.

2.İnsanlarla her zaman kavga ederim.

## Ek No 4-Çocuklar için Öğrenilmiş Çaresizlik Ölçeği

**YÖNERGE:** Anketin her sorusunda bir olay anlatılmış ve bu olay karşısında kalan bir kişinin seçebileceği a ve b harfleri ile gösterilen iki seçenek verilmiştir. Siz böyle bir olayla karşılaşırsanız, bu seçeneklerden hangisini seçerdiniz? Düşününüz ve eğer a seçeneği sizin düşüncenize daha uygun ise “a” yı, b seçeneği sizin düşüncenize uygun ise “b”yi yuvarlak içine alınız. Unutmayın, bu bir doğru-yanlış testi değildir. Önemli olan sizin gerçek düşüncenizi belirtmenizdir. Sizin düşüncenize hangi seçenek uyuyorsa onu işaretleyiniz.

### 1. Bir testten en yüksek puanı aldınız.

- Ben her testte başarılı olduğum için yine en yüksek puanı aldım.
- Bu test benim en iyi bildiğim konuda olduğu için en yüksek puanı aldım.

### 2. Birkaç arkadaşınızla birlikte bir oyun oynadınız ve siz kazandınız.

- Birlikte oynadığım arkadaşlar bu oyunu iyi oynayamadıkları için ben kazandım.
- Bu oyunu iyi oynadığım için ben kazandım.

### 3. Bir arkadaşınızın evine konuk gittiniz ve çok iyi bir gün geçirdiniz.

- Arkadaşım o gün bana candan ve yakın davrandığı için iyi bir gün geçirdim.
- Arkadaşımın ailesindeki herkes bana candan ve yakın davrandığı için iyi bir gün geçirdim.

### 4. Bir grup arkadaşınızla geziye gittiniz ve çok eğlendiniz.

- Ben neşeli olduğum için eğlendik.
- Birlikte gittiğim arkadaşlar neşeli olduğu için eğlendik.

### 5. Tüm arkadaşlarınız grip oldu bir tek siz olmadınız.

- Son zamanlarda sağlığım yerinde olduğu için gribe yakalanmadım.
- Her zaman sağlıklı olduğum için gribe yakalanmadım.

### 6. Beslediğiniz bir hayvanı araba ezdi.

- Ben ona iyi bakmadığım için ezildi.
- Şoförler dikkatsiz olduğu için ezildi.

**7. Tanıdığınız bazı çocuklar sizi sevmediklerini söylediler.**

- a. O çocuklar bana kötü davrandıkları için böyle söylemişlerdir.
- b. Ben o çocuklara kötü davrandığım için böyle söylemişlerdir.

**8. Derslerinizden çok iyi not aldınız.**

- a. Dersler kolay olduğu için iyi notlar aldım.
- b. Çok çalıştığım için iyi notlar aldım.

**9. Bir arkadaşınızla karşılaştınız ve size sevimli görüdüğünüzü söyledi.**

- a. O gün arkadaşıma herkes sevimli görüdüğü için böyle söylemiştir.
- b. Arkadaşım her zaman başkalarına sevimli göründüklerini söylediği için bana da öyle demiştir.

**10. En iyi arkadaşlarınızdan biri sizden nefret ettiğini söyledi.**

- a. O gün arkadaşımın huysuzluğu üzerinde olduğu için bana öyle söylemiştir.
- b. Ben arkadaşıma iyi davranmadığım için öyle söylemiştir.

**11. Anlattığınız fıkraya hiç kimse gülmedi.**

- a. Ben hiç iyi fıkra anlatamadığım için kimse gülmez.
- b. Fıkrayı herkes bildiği için kimse gülmedi.

**12. Öğretmeninizin derste anlattığı konuyu anlayamadınız.**

- a. O gün hiçbir şeye dikkatimi veremediğim için dersi anlayamadım.
- b. Öğretmen anlatırken dikkatli dinlemediğim için dersi anlayamadım.

**13. Öğretmeninizin uyguladığı bir testte başarısız oldunuz.**

- a. Öğretmenimiz her zaman zor testler uyguladığı için başarısız oldum.
- b. Son birkaç haftadır öğretmenimiz zor testler hazırladığı için başarısız oldum.

**14. Kilo aldınız ve oldukça şişman görünmeye başladınız.**

- a. Yemek zorunda olduğum yemekler şişmanlatıcı olduğu için şişmanladım.
- b. Ben şişmanlatıcı yemekleri sevdiğim için şişmanladım.



**15. Birisi paranızı çaldı.**

- a. Dürüst olmayan biri paramı çalmıştır.
- b. İnsanlar zaten dürüst değildir.

**16.Yaptığınız bir şey için anne-babanız sizi ödüllendirdi.**

- a. Ben bazı şeyleri iyi yaptığım için ödüllendirildim.
- b. Annem babam yaptığım bazı şeyleri beğendikleri için beni ödüllendirdiler.

**17. Bilye oyununda tüm misketleri kazandınız.**

- a. Her şeyde şanslı olduğum için bilye oyununu da kazandım.
- b. Oyunlarda şanslı olduğum için bilye oyununda da kazandım.

**18. Denizde yüzerken neredeyse boğulacaktınız.**

- a. Her zaman dikkatsiz olduğum için az daha boğulacaktım.
- b. Bazı günler dikkatsiz olduğum için az daha boğulacaktım.

**19. Pek çok arkadaşınız sizi yaş günü partisine çağırıyor.**

- a. Son zamanlarda arkadaşlarım beni cana yakın buldukları için yaş günlerine çağırıyorlar.
- b. Son zamanlarda ben arkadaşlarıma yakın davrandığım için yaş günlerine çağırıyorlar.

**20. Büyüklerinizden birisi size bağırdı.**

- a. İlk rastladığı insan ben olduğum için öfkesini benden çıkarmıştır.
- b. O gün herkese bağırmıştır.

**21.Bir grup arkadaşınızla bir çalışma yaptınız ve başarısız oldunuz.**

- a. O gruptaki kişilerle iyi anlaşamadığım için başarısız oldum.
- b. Grup çalışmalarında hiçbir zaman iyi olmadığım için başarısız oldum.

**22.Yeni bir arkadaş edindiniz.**

- a. İyi bir insan olduğum için arkadaş edinebilirim.
- b. Karşılaştığım çocuklar iyi insan olduğum için arkadaş oluyorlar.

**23. Ailenizdeki kişilerle iyi geçiniyorsunuz.**

- a. Ailemdeki kişilerle her zaman iyi geçinirim.
- b. Ailemdeki kişilerle kimi zaman iyi geçinirim.

**24. iklet satmayı denediniz ama kimse almadı.**

a. Son zamanlarda çocuklar o kadar çok şey satıyorlar ki, artık insanlar çocuklardan bir şey almak istemiyorlar.

b. İnsanlar genellikle çocuklardan bir şey satın almaktan hoşlanmıyor.

**25. Bir oyunda siz kazandınız.**

a. Özellikle oyunlarda başarılı olabilmek için çok çaba gösterdiğim için ben kazandım.

b. Hemen her konuda başarılı olabilmek için çok çaba gösterdiğim için ben kazandım.

**26. Düşük bir not aldınız.**

a. Akılsız olduğum için düşük not aldım.

b. Öğretmenler düşük not veriyorlar.

**27. Kapıyı çarptınız ve burnunuz kanadı.**

a. O anda önüme bakmadığım için kapıya çarptım.

b. Son zamanlarda çok dikkatsiz oldum.

**28. Top oynarken bir hata yaptınız ve takımınız kaybetti.**

a. O gün iyi oynamak için fazla uğraşmadım.

b. Top oyunlarında iyi oynamak için fazla uğraşmam.

**29. Beden eğitimi dersinde ayağınızı burktunuz.**

a. Son haftalarda beden eğitimi dersinde tehlikeli hareketler yaptığımız için burkuldu.

b. Son haftalarda beden eğitimi dersinde beceriksiz olduğum için burkuldu.

**30. Anne babanız sizi deniz kıyısına götürdü ve çok iyi vakit geçirdiniz.**

a. O gün her şey güzel olduğu için iyi vakit geçirdim.

b. O gün hava güzel olduğu için iyi vakit geçirdim.

**31. Sinemaya gitmek için bineceğiniz otobüs gecikti ve filmi kaçırdınız.**

a. Otobüsler zamanında gelmiyor.

b. Zaten otobüsler hiçbir zaman zamanında gelmez.

**32. Anneniz en sevdiğiniz yemeği pişirdi.**

- a. Annem her zaman beni mutlu etmek için çalışır.
- b. Annem beni mutlu etmek için çok az şey yapar.

**33. Oynadığınız takım bir oyuncu kaybetti.**

- a. Takımdaki oyuncular hiçbir zaman anlaşamadıkları için oyunu kaybettik.
- b. Takımdaki oyuncular o gün anlaşamadıkları için oyunu kaybettik.

**34. Ev ödevlerinizi çabucak bitirdiniz.**

- a. Son zamanlarda her şeyi çabucak yaptığım için erken bitirdim.
- b. Son zamanlarda ev ödevlerimi çabucak yaptığım için erken bitirdim.

**35. Öğretmeniniz bir soru sordu ve siz yanlış cevap verdiniz.**

- a. Bana soru sorulduğunda hep heyecanlandığım için yanlış cevap verdim.
- b. O gün heyecanlandığım için yanlış cevap verdim.

**36. Yanlış otobüse bindiniz ve kayboldunuz.**

- a. O gün çevreme dikkat etmediğim için kayboldum.
- b. Genellikle çevreme dikkat etmediğim için kayboldum.

**37. Lunaparka gidip çok eğlendiniz.**

- a. Genellikle lunaparkta çok eğlenirim.
- b. Genellikle her yede eğlenirim.

**38. Sizden büyük bir çocuk sizi dövdü.**

- a. Kardeşiyle alay ettiğim için dövmüştür.
- b. Kardeşi ona 'benimle alay etti' dediği için dövmüştür.

**39. Yaş gününüzde istediğiniz tüm oyuncaklar armağan edildi.**

- a. Yakınlarım yaş günümde hangi oyuncakları istediğimi doğru bilirler.
- b. Bu yaş günümde hangi oyuncakları istediğimi doğru bilirler.

**40. Tatilde bir köye gidip çok iyi vakit geçirdiniz.**

- a. Köy yaşamak için güzel bir yer olduğu için iyi vakit geçirdim.
- b. Köy bu mevsimde güzel olduğundan iyi vakit geçirdim.

41. **Komşu çocuklar sizi yemeğe çağırdılar.**
- İnsanlar bazen nazik oluyorlar.
  - İnsanlar her zaman naziktirler.
42. **Öğretmeninizin yerine başka bir öğretmen geldi ve sizden hoşlandı.**
- O gün sınıfta uslu olduğum için benden hoşlandı.
  - Sınıfta her zaman uslu olduğum için benden hoşlandı.
43. **Birlikte gezdiğiniz arkadaşınız sizinle birlikte çok iyi vakit geçirdiğini söyledi.**
- Her zaman neşeli bir insan olduğum için iyi vakit geçirmiştir.
  - O gün neşeli olduğum için iyi vakit geçirmiştir.
44. **Bakkal size şeker ikram etti.**
- O gün bakkala kibar davrandığım için bana şeker ikram etti.
  - O gün bakkalın iyiliği üzerinde olduğu için bana şeker ikram etti.
45. **Gittiğiniz bir kukla tiyatrosunda kuklacı sizden yardım istedi.**
- Gözüne ilk ben iliştiğim için benden yardım istedi.
  - Benim oyunla gerçekten ilgilendiğimi anladığı için benden yardım istedi.
46. **Bir arkadaşınızı sizinle birlikte sinemaya gelmesi için kandırmaya çalıştınız ama gelmedi.**
- O gün canı hiçbir şey yapmak istemediği için gelmedi.
  - O gün canı sinemaya gitmek istemediği için gelmedi.
47. **Uzun süredir samimi olan iki arkadaşınız birbirine küstüler.**
- Arkadaşlıkta geçinmek zor olduğu için küstüler.
  - Onların geçinmeleri zor olduğu için küstüler.
48. **Bir çocuk kulübüne üye olmaya çalıştınız ama sizi almadılar.**
- Hiçbir çocukla iyi geçinemediğim için almamışlardır.
  - O kulüpteki çocuklarla iyi geçinemediğim için almamışlardır.

**Ek 5- Hastane Pediatrik Onkoloji Bölümü İzin Yazısı (Ankara)**



T.C

**GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ  
PEDIATRİK ONKOLOJİ BİLİM DALI**

Sayı:

Konu:

İzin

**İSTANBUL AREL ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE**

Enstitünüz Psikoloji Yüksek Lisans Programı öğrenciniz Melis AVCI'nın "Kanser Hastası Çocuklarda Öğrenilmez Çaresizlik ve Duygusuzluk Anımsatıcı Etkilerinin İncelenmesi" başlıklı tezini yazdığını, İstanbul Arel Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne izin yazısı ile iletmesi koşulu ile müsaade edebiliriz. Bilgilerinize sunulur.

Prof.Dr.Aynur OĞUZ

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi

Çocuk Onkoloji Bilim Dalı Başkanı

## Ek No 6- Hastane Çocuk Onkoloji İzin Yazısı (İstanbul)

### PROTOKOL

#### Taraflar:

Madde 1-

Bu protokol TC Sağlık Bakanlığı *İstanbul Sağlık Müdürlüğü* ile *İstanbul Arel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji yüksek lisans öğrencisi Melis AVCI* arasında düzenlenmiştir.

**Çalışmanın gerçekleştirileceği kurum/kuruluşlar:** *Şişli Etfal E.A.H,Kanuni Sultan Süleyman E. A.H.*  
**Çalışmanın adı:** **"Kanser Hastası Çocuklarda Öğrenilmiş Çaresizlik ve Depresyon Arasındaki İlişkinin İncelenmesi"**

**Bu çalışmayı yürütecek kişi/kişiler:** *Melis AVCI'dır.*

**Konusu:** Madde 2- a) Bu protokol ilimiz sınırları içinde *İstanbul İl Sağlık Müdürlüğüne* bağlı kurum ve kuruluşlarda verilen hizmetleri, yapılan koruyucu sağlık hizmeti çalışmalarını ya da yapılan kayıtlar sonucu elde edilen istatistik verileri içeren ve kurum personeli ve/veya kuruma başvuran kişilerle yapılacak anket çalışmalarını kurala bağlamak amacı ile düzenlenmiştir.

b)Yapılacak bilimsel çalışma proje aşamasında iken *İl Sağlık Müdürlüğü* tarafından değerlendirilecektir.

c)Çalışma uygulanırken kapsam dışı hiçbir veri toplanmayacaktır.

d)Veri toplama sırasında Sağlık Bakanlığı Personelinden de yararlanılacaksa ayrıca Sağlık Müdürlüğünden onay alınacaktır.

#### Sözleşme şartlarında aykırılık:

Protokol süresince yapılacak çalışmalar sırasında, yapılan çalışmayı devam ettiren kişi ya da kişiler aynı olacaktır. Saha çalışmasına katılan ve protokolle tesbit edilen kişide değişiklik yapılması ya da yeni kişinin çalışmaya dahil edilmesi ancak Sağlık Müdürlüğünün onayı olursa olacaktır. Ya da protokol iptal edilecektir.

#### Protokolün süresi:

a) Bu çalışmanın yürütücüsü kurumlarımızda .....**3 ay**.....süre ile çalışmasını yürütecektir.

b) **Başlangıç**.....*16.05.2012*./**Bitiş**.....*16.08.2012*.....

c) Protokol, çalışmanın taraflarca planlanan ve kabul edilen süresi ile sınırlıdır. Uzatılması ancak yeni bir protokole bağlıdır.

d)Şartlarda oluşabilecek değişikliklere bağlı olarak Sağlık Müdürlüğü protokolü daha önce de sonlandırabilir.

İhtilafların çözümü: Protokolün uygulanması ile ilgili çıkabilecek sorunlar tarafların yetkili temsilcileri tarafından görüşülerek çözülecektir.

#### Yürürlük:

a) Çalışma yayın/tez haline getirilmeden önce Sağlık Müdürlüğünün ilgili şubesi tarafından verilerin analizi değerlendirilecektir. Toplum sağlığı açısından sakıncalı verilerin yayımlanması kısıtlanabilecektir.

b) Çalışma Üniversite ya da kurum tarafından kabul edildikten sonra bir nüshası kitapçık halinde *İstanbul Sağlık Müdürlüğü Eğitim Şubesine* teslim edilecektir.

c)Yürürlük bölümündeki a ve b maddelerinin yerine getirilmediği takdirde kurumumuza ait veriler yayın/proje/tez ....vs gibi bilimsel bir çalışmada kullanılamayacaktır.

d)Çalışmayı gerçekleştiren kişi ya da kişiler kurumda görevlendirileceklerse ayrıca vilayet oluru da alınacaktır.

e) Her çalışmanın biri Sağlık Müdürlüğü personeli olmak üzere en az iki yürütücüsü olacaktır.

f)Yapılacak çalışmalarda Protokole ek olarak vilayet oluru da alınacaktır.

g)Çalışma esnasında her tür ilaç uygulaması veya girişim için gerek hastanın kendisi ya da yasal vasisinden gerekse etik kuruldan onay alınacaktır.

h)**Araştırma verileri, sözel ya da yazılı olarak kullanıldığında ilgili kurum/kurumların(Hastane, Sağlık Grup Başkanlığı, Sağlık Ocağı vs.) ismi zikredilmeyecektir. Aksi takdirde cezai müeyyide uygulanacaktır.**

#### Ek Bilgi:

Taraflar:

...../...../2012

Adı-Soyadı

Melis AVCI



OLUR

...../...../2012

Vali a.

Prof. Dr. Ali İhsan DOKUCU  
Sağlık Müdürü



*16.05.2012*

Uz. Dr. Fetih Rüştü YILDIZ  
Sağlık Müdür Yardımcısı



## ÖZGEÇMİŞ

### KİŞİSEL BİLGİLER

Adı ve Soyadı: Melis AVCI

Doğum Yeri ve Tarihi: Ankara/ 1988

Medeni Hali: Bekar

E-mail : [avcmelis@gmail.com](mailto:avcmelis@gmail.com)

Adres ( ev ) : Avrupa Konutları TEM C 25 NO: 43 Gaziosmanpaşa /

Küçükköy/İstanbul

Adres( iş ) : Şükrü Yemenicioğlu İlköğretim Okulu Hürriyet Mah. 3425 Gaziosmanpaşa/

İSTANBUL

Tel ( İŞ ) : 0212 535 30 81

Tel ( EV ) : 0212 609 73 11

TEL ( CEP ) :0535 688 60 97

### EĞİTİM DURUMU

1994-2000 : ARI KOLEJİ / ANKARA

2000-2005 : İSTEK ATANUROĞUZ LİSESİ / İSTANBUL

2005-2010 : YEDİTEPE ÜNİVERSİTESİ REHBERLİK VE PSİKOLOJİK

DANIŞMANLIK BÖLÜMÜ ( LİSANS )

### YABANCI DİL

İNGİLİZCE : İleri Seviye

RUSÇA : Orta Seviye

ALMANCA: Orta Seviye