

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KRONİK HASTALIĞI OLAN ERGENLERİN
HASTALIĞI ALGILAMALARI İLE ANKSİYETE
VE DEPRESYON DÜZEYLERİ ARASINDAKİ
İLİŞKİ**

Tülün Liman

Psikiyatri Hemşireliği Programı

Yüksek Lisans Tezi

İZMİR- 2011

DEU.HSI.MSc-2008970111

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KRONİK HASTALIĞI OLAN ERGENLERİN
HASTALIĞI ALGILAMALARI İLE ANKSİYETE
VE DEPRESYON DÜZEYLERİ ARASINDAKİ
İLİŞKİ**

Psikiyatri Hemşireliği Programı

Yüksek Lisans Tezi

Tülün Liman

Danışman Öğretim Üyesi
Prof. Dr. Besti Üstün

DEU.HSI.MSc-2008970111

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı,
Yüksek Lisans programı öğrencisi Tülün Liman “Kronik Hastalığı Olan Ergenlerin Hastalığı
Algılamaları İle Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişki” konulu Yüksek Lisans
tezini 28.02.2011 tarihinde başarılı olarak tamamlamıştır.

Besti

BAŞKAN

Prof. Dr. Besti Üstün

ÜYE

Zekiye Çetinkaya Duman

Yard. Doç. Dr. Zekiye Çetinkaya Duman

Zuhal Bahar

ÜYE

Prof. Dr. Zuhal Bahar

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER.....	i
TABLO DİZİNİ	iii
ŞEKİL DİZİNİ.....	iv
TEŞEKKÜR	v
ÖZET.....	1
ABSTRACT.....	2
1. GİRİŞ VE AMAÇ	
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	3
1.2. Araştırmanın amacı.....	4
2. GENEL BİLGİLER	
2.1. Kronik Hastalığı Olan Ergende Hastalık Algısı İle İlişkili Faktörler ve Hemşirelik Müdahaleleri	5
2.1.2. Ergenlik Dönemi.....	5
2.1.3. Kronik Hastalıkların Ergen Üzerindeki Ruhsal Etkileri.....	7
2.1.4. Kronik Hastalığı Olan Ergenlerde Hastalık Algısı ve Hemşirelik Müdahaleleri.....	11
3. GEREÇ VE YÖNTEM	
3.1. Araştırmanın tipi	17
3.2. Araştırmanın yeri ve zamanı	17
3.3. Araştırmanın evreni ve örnekleme	17
3.4. Araştırmanın Değişkenleri.....	18
3.5. Veri toplama araçları.....	18
3.6. Araştırma Planı	23
3.7. Verilerin değerlendirilmesi.....	23
3.8. Araştırmanın sınırlılıkları.....	23
3.10. Etik Kurul Onayı.....	23

4. BULGULAR

4.1.Kronik Hastalığı Olan Ergenlerin Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular	24
4.2. Hastalık Algısı Alt Ölçekleri Arasındaki İlişkiye Ait Bulgular.....	25
4.3. Depresyon ve Anksiyete Ölçek Puanlarına İlişkin Bulgular.....	28
4.4.Hastalık Algısı Alt Ölçekleri İle Depresyon ve Anksiyete Puanları Arasındaki İlişkiye Ait Bulgular.....	29

5. TARTIŞMA

5.1. Hastalık Algı Alt Ölçeklerine İlişkin Bulguların Tartışılması.....	33
5.2. Depresyon ve Anksiyete Ölçeği İle İlgili Bulguların Tartışılması.....	34
5.3. Hastalık Algı Alt Ölçeklerinin; Depresyon ve Anksiyete Ölçekleri Bulgularıyla İlişkininin Tartışılması	35

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar	39
6.2. Öneriler	41

7. KAYNAKLAR.....

8. EKLER

EK I. Hastalık Algı Ölçeği(HAÖ)	
EK II. Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği	
EK III. Beck Anksiyete Ölçeği	
EK IV. Bilgilendirilmiş Olur Formu	
EK V. Etik Kurul İzni	
EK VI. Özgeçmiş	

TABLolar DİZİNİ

	Sayfa No
Tablo 1. Ergenlerin gelişimi ve kronik hastalığın karşılıklı etkileşimleri.....	10
Tablo 2. Hastalık Hakkında Görüşler Alt ölçeği.....	20
Tablo 3. Hastalık Algısı Ölçeğinin Alt Boyutları ve İç Tutarlılık Katsayıları.....	21
Tablo 4. Çalışmada Kullanılan Ölçeklerin Güvenirlilik Test Sonuçları.....	22
Tablo 5. Çalışmaya Katılan Hastaların Demografik Özellikleri.....	24
Tablo 6. Hastalık Nedenlerinin Dağılımı.....	25
Tablo 7. Hastalığın Oluşmasında Etken Görülen En Önemli Nedenler	26
Tablo 8. Hastalık Hakkındaki Görüşler Ölçeği Puan Dağılımı.....	27
Tablo 9. . Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği (ÇDÖ) Puan Dağılımı.....	28
Tablo10. Beck Anksiyete Ölçeği Puan Dağılımı.....	29
Tablo 11. Hastalık Nedenleri Ölçeği ile Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği (ÇDÖ) Puanları Arasındaki İlişki	29
Tablo 12. Hastalık Nedenleri Ölçeği Puanı ile Anksiyete Ölçeği Puanı Arasındaki İlişki.....	30
Tablo 13. Hastalık Hakkındaki Görüşler Ölçeği (HHGÖ)Puanları İle Depresyon Ölçeği Puanı Arasındaki İlişki	31
Tablo 14. Hastalık Hakkındaki Görüşler Ölçeği (HHGÖ) Puanları İle Anksiyete Ölçeği Puanları Arasındaki İlişki.....	32

ŞEKİLLER DİZİNİ

	Sayfa No
Şekil 1: Leventhal'in Kendini düzenleme Modeli.....	15

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca benden destek ve sabrını esirgemeyen, değerli bilgi birikimi ve deneyimiyle çalışmama yön veren tez danışmanım; Sayın Prof. Dr. Besti Üstün'e,

Tezimin yöntem aşamasında değerli görüş ve desteği için, Dr. Nazmiye Kocaman'a,

Ege Üniversitesi Çocuk Hastanesinde yatan ve hastalıklarına rağmen anketlerin her birini büyük bir özveriyle yanıtlayan tüm çocuklara;

Araştırma sürecinde, önerileri ile her zaman destek olan çalışma ve okul arkadaşım Demet Taşçı'ya,

Tez çalışması boyunca bana verdikleri manevi destek ve anlayıştan dolayı yanımda olan tüm dostlarıma;

Ve hayatımın en büyük anlamı olan sevgili aileme; sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Tülün LİMAN

ÖZET

KRONİK HASTALIĞI OLAN ERGENLERİN HASTALIĞI ALGILAMALARI İLE ANKSİYETE VE DEPRESYON DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Tülün LİMAN

Yüksek lisans tezi, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı

Danışman: Prof. Dr. Besti Üstün

Yazışma Adresi: [tlm liman@yahoo.com](mailto:tlm_liman@yahoo.com)

Bu araştırma kronik hastalığı olan ergenlerin hastalığı algılamaları ile anksiyete ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Araştırmanın örneklemini, Ege Üniversitesi Çocuk Hastanesinde yatan, 10-19 yaşları arasında, kronik hastalığı olan (hematoloji, böbrek, kalp hast.vb.) ergenler oluşturmuştur.

Veri toplama aracı olarak, Hastalık Algı Ölçeği (HAÖ) , Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği (ÇDÖ) ve Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) kullanılmıştır. Araştırmada hastalık algısı ile depresyon ve anksiyete arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla pearson korelasyon testi uygulanmıştır.

Hastalık Algı Ölçeği alt boyutları ilişkisi incelendiğinde; hastalığı anlama ile tedavi kontrol ve kişisel kontrol arasında pozitif yönde, depresyon ve anksiyete düzeyleri ile negatif yönde, anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Ergen hastaların hastalığı anlamaları arttıkça, hastalığı ve tedaviyi kontrol edebildiklerine olan inançları da artmış, hastalık sonuçları hakkında olumsuz algı azalmıştır. Olumsuz hastalık algısına sahip olan ergenlerin, depresyon ve anksiyete düzeyleri daha yüksek bulunmuştur. Hastalığın süresi hakkındaki inançlar ile anksiyete ve depresyon arasında ise istatistiksel açıdan pozitif yönlü ve ancak anlamlı olmayan ($p>0,05$) bir ilişki saptanmıştır.

Hemşirelere araştırmanın sonuçlarına dayalı olarak, kronik hastalığı olan ergenlerde olası psikososyal sorunların önüne geçilebilmesi için hastaların hastalığı nasıl algıladıklarını erken değerlendirmeleri önerilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Kronik hastalık, ergen, hastalık algısı, hemşirelik, depresyon ve anksiyete

ABSTRACT

THE RELATIONSHIP BETWEEN THE ILLNESS PERCEPTION OF THE ADOLESCENTS WITH CHRONIC ILLNESS, AND THE LEVEL OF ANXIETY AND DEPRESSION

Tülün LİMAN

Master Thesis, Department of Nursing of Psychiatry

Supervisor: Prof.Dr. Besti Üstün

Mail Address: [tlm liman@yahoo.com](mailto:tlm_liman@yahoo.com)

The purpose of this study is to examine the relationship between the illness perception of the adolescents with chronic illnesses, and the level of anxiety and depression.

The adolescents with chronic illness (i.e. haematology, kidney, heart, etc.), who are between 10-19 years of age and staying in Ege University Children's Hospital constituted the sample of the study. In order to collect the data of the study, Illness Perception Scale (IPQ), Depression Scale for Children (DSC) and Beck Anxiety Scale (BAS) were used. Pearson correlation test was applied so as to examine the relationship between the illness perception, and depression and anxiety.

According to the results of this study, the more the adolescent patients' understanding the illness increased, the more their beliefs that they can control the illness and treatment increased, and negative perception about the illness decreased. The depression and anxiety levels of the adolescents having negative illness perception were found to be higher. A relationship ($p>0,05$) which is statistically positively oriented and is not significant was determined between the beliefs regarding the illness period, and anxiety and depression.

The nurses on the basis of the results of the study, adolescents with chronic disease patients to pass in front of potential psychosocial problems, perception of disease, early reviews are proposed.

Key Words:Chronic illness, adolescence, illness perception, nursing, depression, anxiety

BÖLÜM I

1. GİRİŞ

1.1 Problemin Tanımı ve Önemi

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2007 raporunda 2020 yılına kadar çoğu gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde temel ölüm nedenini kronik hastalıkların oluşturacağını bildirmektedir. Türkiye’de ise, hastaların üçte biri kronik hastalıklar nedeniyle hastanelerde yatmakta ve ölüm nedenleri incelendiğinde ilk üç nedenin kronik hastalıklar olduğu görülmektedir (Önal, 2009). Günümüzde kronik hastalıklar, özellikle çocuk ve ergenler için giderek artan bir sağlık sorunu haline gelmektedir (Çavuşoğlu, 2004).

Tıptaki önemli gelişmelerle birlikte çocukluk çağı kronik hastalıklarında yaşam kalitesi artmış ve yaşam süresi uzamıştır (WHO, 2007). Yaşam süresinin uzamasıyla birlikte hasta çocuk ve ailesi kronik hastalığın yarattığı psikososyal etkilere daha uzun süre maruz kalmaktadır (Baysal, 1993).

Kronik hastalığa verilen psikososyal tepkiler, hastanın psikolojik bütünlüğünü korumak için açığa çıkan tüm bilişsel, duygusal ve davranışsal cevapları içerir (Kocaman, 2008). Kronik hastalığa sahip ergenler hastaneye yatırılma, aktivite kısıtlılığı, ağrı, okula gidememe ve sıkıntı verici tedavi girişimlerinin uygulanması gibi pek çok stresörle karşı karşıyadır. Bu stresörler beraberinde pek çok alanda korku (diğer arkadaşlarından farklı olma, kontrol kaybı, fiziksel bütünlüğün bozulması ve ölüm vb.), anksiyete (O’Dougherty & Brown, 1990), şok, öfke, isyan, okul başarısında azalma ve suçluluk duyguları yaratabilir (Ekşi, 1997).

Yapılan araştırmalarda kronik hastalığı olan ergenlerin sağlıklı ergenlere göre psikososyal uyum yönünden yüksek risk taşıdığı ve daha fazla depresif belirti, anksiyete, olumsuz benlik algısı gibi duygusal güçlükler yaşadıkları saptanmıştır (Fettahoğlu, 2007; Grey, 2002; Lavigne, 2003; Seigel, 1990). Çocuk ve ergende en sık konsültasyon istenme nedeninin depresif belirtiler, en sık konulan tanının ise uyum bozukluğu olduğu belirlenmiştir (Emiroğlu ve ark. 2009; Abalı ve ark. 2006).

Kronik hastalığa verilen psikososyal tepkileri etkileyen faktörlerden en önemlisi hastanın hastalığa yüklediği anlam; diğer bir anlatımla hastalık algısıdır. Yapılan araştırmalarda hastanın hastalığını nasıl değerlendirdiğinin bilinmesi gerektiği ve fiziksel hastalığı olan kişilerde psikososyal uyumun sağlanmasının önemli olduğu belirtilmektedir. Hastalık algısı,

hastanın hastalığa karşı duygusal ve davranışsal tepkilerini, hastalığı nasıl yönettiğini (başta çıkma stratejileri) (Hagger and Orbel, 2003), psikososyal zorlanma ya da psikiyatrik bozukluk gelişimini, yaşam kalitesini (Kocaman, 2007) ve tedaviye uyumunu belirlemektedir (Groerke 2004; Taddeo, 2008).

Yapılan literatür taramasında, yurt dışında bu alana ilişkin araştırmalar (Armbrust, 2008 ; Griva, 2000; Skinner, 2003; Bucks ve ark., 2009) bulunmasına rağmen ülkemizde ergenlerde hastalık algısını ve depresyon ile anksiyete ilişkisini inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır. Hastanın psikososyal uyumunun sağlanmasında, hastaya kesintisiz yirmi dört saat bakım vermesi nedeniyle hemşirenin rolü çok önemlidir. Kronik hastalığı olan ergenlerde hastalık algısını değerlendirmenin; olası depresyon ve anksiyetenin erken tanınmasını sağlayacağı ve hastada olumlu baş etme stratejilerinin geliştirilmesi için gerekli hemşirelik girişimlerinin belirlenmesi bakımından önemli olacağı düşünülmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Kronik hastalığa sahip olan ergenlerin hastalığı algılamaları ile anksiyete ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişkiyi belirlemektir.

GENEL BİLGİLER

2.1. KRONİK HASTALIĞI OLAN ERGENDE HASTALIK ALGISI İLE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER VE HEMŞİRELİK MÜDAHALELERİ

2.1.2. Ergenlik Dönemi

Türk Dil Kurumuna (2009) göre ergenlik; ergenlik çağında olan, henüz evlenmemiş, bekar olarak tanımlanmaktadır. Koç'un (2004) belirttiğine göre UNESCO'nun ergenlik tanımı; bireyin, öğrenim gördüğü, ekonomik bağımsızlığına kavuşmadığı ve medenî durum olarak da evli olmadığı bir gelişim dönemidir.

Amerikan Psikiyatri Birliği'nin yayınladığı Psikiyatri Sözlüğü'nde (Psychiatric Glossary) ergenlik şöyle tanımlanmaktadır: Fiziksel ve duygusal süreçlerin yol açtığı cinsel ve psikososyal olgunlaşma ile başlayan, bireyin bağımsızlığını ve sosyal üretkenliğini kazandığı, çok da belirli olmayan bir zamanda sona eren kronolojik bir dönemdir. Hızlı fiziksel, psikolojik ve sosyal değişmelerle karakterize edilir (Akt: Çuhadaroğlu, 2006).

Ergenlik döneminin başlangıç yaşı ve sonu ile ilgili ileri sürülen yaş sınırlamaları birbirinden farklıdır. Ergenlik dönemi, UNESCO'ya göre 15–25 yaşları arasında, DSÖ' ye göre ise 10–19 yaşları arasında gösterilmektedir. Ergenliğin başlangıç süresi; ırk, iklim ve beslenme şartları gibi değişik faktörlere bağlı olarak da değişebilmektedir. Örneğin; Akdeniz ikliminin egemen olduğu yerlerde kızlar 8–10 yaşları arasında ergenlik dönemine girerken, bu durum kutuplarda yaşayan Eskimolarda 20'li yaşlara kadar uzayabilmektedir (Koç, 2004).

Erikson, Piaget ve Freud'un ergenliği farklı boyutlarda ele aldıkları görülmektedir. Ergenliği; Freud psikanalitik kuramda, genital dönem ve heteroseksüel bağlılık, Erikson psikososyal gelişim kuramında, kimlik kazanmaya karşı rol karmaşası, Piaget bilişsel kuramda somut düşünmeden, soyut düşünceye geçiş dönemi olarak tanımlamışlardır (Berzonsky, 2000).

Ergenlik psikososyal gelişim evresine göre üçe ayrılır (Lawrence, 2009; Lynn, 2005).

- 1- Erken ergenlik (10-13 yaş)
- 2- Orta ergenlik (14-17 yaş)
- 3- Geç ergenlik (18-21 yaş)

Erken Ergenlik

10-13 yaş arasındaki bu dönemde, hızlı gelişen fiziksel ve davranışsal değişiklikler görülür. Erken ergenlik döneminde ergenlerin en büyük uğraşları bedenleridir. Bu dönemdeki ergenlerde hızlı fiziksel gelişime uyum ve bu değişikliklerle baş etme çabaları görülür (Derman 2008, Lawrence 2009). Hem ergenliğin başlangıcı hem de psikososyal değişiklikler kızlarda erkeklerden 1–2 yıl daha önce meydana gelir. Bu dönem Piaget'in tanımladığı zihinsel gelişme dönemlerinden soyut kavramları düşünebilme yetisinin gelişmeye başladığı zamandır. Düşünme yetisindeki bu gelişme genci yaşamın anlamı gibi ciddi felsefi veya dini soyut kavramları da düşünmeye itebilmektedir.

Erken ergenlikte yoğun biyolojik değişiklikler dışında önemli çevresel ve sosyal değişiklikler de olmaktadır. Bu kadar çok değişikliğin varlığında gencin stresle baş edebilmesi, bu yönden becerilerini geliştirebilmesi için destek kaynaklarına gereksinimi vardır. Bu açıdan ailenin desteği ve tutumu önemlidir (Çuhadaroğlu, 2006).

Orta Ergenlik

14-17 yaşlar arasındaki dönemdir. Pubertal değişiklikler, bilişsel (kognitif) gelişme tamamlanmıştır. Bu dönemde anne babadan ayrışma, farklı bir birey olma ve bu durumu anne babaya kabul ettirme çabaları yoğundur. Duygusal özerkliklik, hem bireyselleşmenin hem de duygusal yakınlığın desteklendiği koşullarda en iyi şekilde gelişmektedir. Ergenliğin ilk zamanları fiziki değişikliklere odaklı olmaktadır, ergenliğin orta zamanları yoğun olarak “bireyselleşme” süreciyle (bireyin kendi kendine kimliğinin oluşması) kendisini göstermektedir (DSÖ, 2007). Bu dönemde anne ve babalarından farklı bir birey olma ve bunu ailelerine kabul ettirme çabaları yoğundur.

Bu dönemde önemli konulardan biri de cinsel kimlik gelişimidir. Beden gelişiminin tamamlanmasıyla birlikte her iki cins de kendilerini kız veya erkek olarak tanımaya, tanımlamaya ve buna uygun sosyal roller edinmeye başlarlar Genç, genetik ya da başka etkenler nedeniyle yaşının gelişimsel özelliklerine ulaşamamış olursa bedenine ilişkin olumsuz duygular ve algılar hissedebilir. Bu duygularla baş edilememesi anksiyete, depresyon gibi belirtilere neden olabileceği gibi bazı durumlarda da cinsel kimlik sapmalarına yol açabilir (Çuhadaroğlu, 2006).

Geç Ergenlik

18 yaş dolayında başlar ve ne kadar süreceği kişiden kişiye göre değişir. Bazı bireyler için bu durum yaşam boyu süren bir mücadele halini alabilir. Bu dönem bir anlamda, ergenliğin başından beri yaşanan duyguların, geliştirilen becerilerin (beden imgesi, özerklik, başarı, girişimcilik gibi),kurulan özdeşimlerin harmanlandığı ve sentezlendiği bir dönemdir. Bu sentez sonucunda kimlik duygusu oluşur (Derman, 2008, Çuhadaroğlu, 2006). Kimlik duygusu, 'Ben kimim? ne olacağım?'sorularına gencin güven duyarak; aynılık ve süreklilik gösteren bir yanıt verebilmesi durumudur. Kimlik duygusunun bütünlük gösteren bir şekilde kazanılmış olması ergenlik döneminin tamamlandığının göstergesidir.

2.1.3. Kronik Hastalıkların Ergen Üzerindeki Ruhsal Etkileri

Kronik hastalıklarla ilgili literatürde pek çok tanım vardır. İlk tanım L.Mayo (1956) tarafından yapılmış ve halen günümüzde kullanılmaktadır. Bu tanıma göre kronik hastalık; normalden sapma veya bozukluk gösteren, kalıcı yetersizlik bırakabilen, geriye dönüşümü olmayan, patolojik değişiklikler sonucu oluşan, hastanın rehabilitasyonu için özel eğitim gerektiren, uzun süre bakım, gözetim ve denetim gerektireceği beklenen durum olarak tanımlanmaktadır (Lubkin, 2009).

Pless ve Pinkerton, kronik hastalığı; bir yıl içinde üç aydan daha fazla günlük yaşamı engelleyen veya bir yıl içinde bir aydan daha fazla hastanede yatış gerektiren durum olarak tanımlamıştır (akt. Boice, 1998).

Kronik hastalıklar üç temel özelliğe sahiptir. 1) Psikolojik, fizyolojik ve bilişsel kaynaklıdır 2) Durum süreğendir ya da en az 12 ay sürmesi beklenir. 3) Hastanın fonksiyonel sınırlılıkları mevcuttur ve destekleyici yardıma ihtiyacı vardır. Örneğin tedavi, diet, kişisel yardım gibi (Lynn, 2005).

DSÖ (2007) raporuna göre; 2020 yılına kadar çoğu gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde temel ölüm nedenini kronik hastalıkların oluşturacağı bildirilmektedir. Günümüzde kronik hastalıklar, özellikle çocuk ve ergenler için giderek artan bir sağlık sorunu haline gelmektedir (Çavuşoğlu, 2004). Ergen ve çocuklar genel popülasyondan 2,5 kat daha fazla psikopatoloji açısından risk altındadır (Abd-Allah, 2005).

Ergenlik psikolojik ve fizyolojik değişikliklerin yoğun olduğu bir dönemdir. Ergenlerin hem dönemin karmaşası, hem de kronik hastalık nedeniyle en fazla güçlük yaşayan gruplar olduğu belirtilmektedir. Kronik hastalığa verilen psikososyal tepkiler, hastanın psikolojik bütünlüğünü korumak için açığa çıkan tüm bilişsel duygusal ve davranışsal

cevapları içerir (Kocaman, 2008). Tüm ergenlerin % 10'unda davranışsal ve duygusal sorunlar tanımlanırken, bu oran kronik hastalığı olan çocuk ve ergenlerde % 20'ye kadar çıkmaktadır (Committe, 1993).

Ergenlikte fiziksel görünüm ve işlevsellik çok önemlidir. Hastalık nedeniyle fiziksel bozukluğun olması ve işlev kaybı, özgüvenin olumsuz etkilenmesine neden olabilir (Erdoğan ve Karaman 2008). Kronik hastalığın ergende aynı zamanda, fazladan çabaya, kısıtlılığa, ağrı ve yoğun endişeye yol açtığı belirtilmektedir (Woodgate, 1998). Çocukluk ve ergenlikte kronik hastalığın varlığı ilerleyen dönemlerde ruhsal bozukluk ortaya çıkması açısından önemli bir risk etkeni olarak görülmektedir (Erdoğan ve Karaman, 2008).

Bağımsızlık kazanma aşamasındaki bir ergenin hastaneye yatması, hastada bedeninin kontrol altına alındığı duygusu ve öfke yaratabilir beraberinde de çeşitli uyum sorunlarına yol açabilir (Ekşi, 1997; Erdoğan, 2008). Hastaneye yatan çocuk ve gençlerde depresyon sıklığının % 20 - % 40 arasında görüldüğü belirtilmektedir (Turgay, 1998).

Ergenlerle yapılan pek çok çalışmada kronik hastalığa sahip olanların, sağlıklı olanlara göre depresyon ve anksiyete açısından yüksek oranda risk taşıdığı bulunmuştur. Çocuk ve ergende en sık konsültasyon istenme nedeninin depresif belirtiler, en sık konulan tanının ise uyum bozukluğu olduğu belirlenmiştir (Emiroğlu ve ark. 2009; Abalı ve ark. 2006).

Anksiyete, depresif duygudurum ve bunun gibi uyum bozukluğu belirtileri genelde yaşamı tehdit eden tıbbi bir hastalığın seyrinde örneğin tanının yeni konduğu, hastalığın seyrinin kötü yönde değiştiği, majör cerrahi tedavi planlandığı ve terminal safhaya ulaştığı dönemde daha sık ortaya çıkmaktadır (Özgüven, 1997).

Yapılan çalışmalarda, kronik hastalığa sahip olan ergenlerin intihar eğilimi ve depresif duygudurum oranının yüksek olduğu (Miauton et al, 2003; Seigel, 1990) ve daha düşük benlik saygısı deneyimledikleri belirtilmektedir (Seigel, 1990).

Kovach ve ark.(1997) diyabetli ergenlerde, psikiyatrik bozukluk yaygınlık oranları ve risk faktörlerini inceledikleri bir çalışmada; hastaların % 26'sında major depresyon, %20'sinde anksiyete bozukluğu ve %16'sında ise davranış bozukluğu geliştiği belirlenmiştir. Başka bir çalışmada ise, diyabetli ergenlerin yaşlıtlarına göre daha fazla başa çıkma stratejileri kullanmalarına rağmen (daha iyi metabolik kontrol) depresif belirti, anksiyete ve olumsuz benlik kavramı gibi duygusal güçlüklerle daha fazla sahip oldukları saptanmıştır. Bu araştırmada; varolan depresyon ve anksiyetenin, sıkı diyabetik kontrolün psikolojik bir bedeli olabileceği belirtilmektedir (Fettahoğlu, 2007).

Yapılan çalışmalarda diyabetli çocuk ve ergenlerdeki depresif belirtilerin; sık hastaneye yatma (tekrarlanan diyabetik ketoasidoz), hastalığa uyumun kötü olması, kötü metabolik kontrol, ebeveynlerle çatışmalarda artış gibi olumsuz sonuçlara yol açtığı bulunmuştur (Hood et al, 2006; Stewart, 2005; Gonzales et al, 2008).

Lavigne ve arkadaşlarının (2003) metaanaliz gözden geçirme bulgularında, kronik artritli çocuk ve ergenlerin sağlıklı olanlara göre psikososyal uyum yönünden yüksek risk oluşturduğu, psikiyatrik tanı alma yaygınlığının daha fazla olduğu görülmüştür. Sekiz-16 yaş arasındaki 30 epilepsi hastasıyla yapılan bir çalışmada; hastaların, sağlıklı kontrollere göre anksiyete, depresyon düzeylerinin ve intihar risk oranlarının yüksek olduğu bulunmuştur (Bilgiç, 2006).

Smith ve ark.(2003) yaptıkları çalışmada, kronik yorgunluk ve ağrılı ergenlerde sağlıklı kontrollere göre depresyon ve anksiyete puanlarını daha yüksek bulmuşlardır. Goubert ve ark. (2008) kistik fibrozisli ergenlerde, depresyon ve anksiyete ile hastalığın kabulü arasındaki ilişki üzerine yaptıkları çalışmalarında hastalığı kabul eden hastalarda daha düşük düzeyde anksiyete, depresyon ve engellilik bulmuşlardır.

Astımlı ergenlerle yapılan çalışmalarda ise hastaların sağlıklı olanlara göre daha fazla somatik belirti gösterdiklerini; kendilerini daha fazla depresif, yalnız ve mutsuz hissettiklerini belirlemişlerdir (Katon et al, 2007; Forero and Bauman , 1996).

Kronik hastalığa sahip ergenlerde görülen yaşam sürelerinin daha kısa olacağı beklentisinin, akranlarına göre daha yüksek riskli davranışlar (antisosyal hareketler, sigara içme, uyuşturucu kullanma, şiddet vb.) sergilemelerine yol açtığı belirtilmektedir (Suris et al, 2008). Farklı kronik hastalığı olan ergenlerin karşılaştırıldığı bir çalışmada; astımı ve epilepsisi olanların, diyabetlilere oranla daha fazla davranış problemleri, depresyon deneyimledikleri ve kendilerini daha savunmasız hissettikleri bulunmuştur (Zashikhina, 2007).

Kanserli çocuklarla yapılan bir çalışmada, hasta çocukların yaşlılarına oranla daha yüksek depresyon puanı aldıkları bulunmuştur (Çavuşoğlu, 2001). Buna karşın, kanserli 80 çocuk ve ergenle yapılan başka bir çalışmada ise; kanser olmanın yüksek derecede risk taşımaya rağmen, sağlıklı yaşlılarına göre depresyon, anksiyete ve özyeterlilik açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (Matziou et al, 2008; Von, 2000).

Tablo 1’ de Ergenlerin gelişimi ve kronik hastalığın karşılıklı etkileşimleri verilmiştir.

Kronik hastalığın gelişim üzerine etkileri	Gelişimsel sorunların kronik hastalık üzerine etkileri
Biyolojik <ul style="list-style-type: none">• gecikmiş puberte• boy kısalığı• kemik kütlelerinin büyümesinin azalması	Biyolojik <ul style="list-style-type: none">• hastalık parametreleri (karakteristik özellikleri) üzerine etkisi; büyüme için kalori gereksiniminde olumsuz bir şekilde artış olabilir.• pubertal hormonlar, hastalık parametreleri üzerine etkili olabilirler.(örn: büyüme hormonu diyabette metabolik kontrolü zayıflatabilir/ bozabilir.)
Psikolojik <ul style="list-style-type: none">• bebeksi olma• kişisel tanımlamaya göre hasta rolüne uyum• geç ergenlikte benmerkezci olarak ısrar etmek• seksi ya da çekici benlik algısının gelişiminde bozulma	Uyum Problemleri <ul style="list-style-type: none">• soyut düşünme ve planlama gelişiminde yetersizlik(soyut kavramları kullanma yeteneğinin azalması)• geleceğini tasarlamada/ hayal etmede zorluk çekmesi; kişinin kendini kurşun geçirmez olarak algılaması• aileden ayrılmanın bir parçası olarak sağlık yardımı almanın reddedilmesi• riskli davranışlar
Sosyal <ul style="list-style-type: none">• bağımsızlığın azalması• yakın arkadaşlık ve akran ilişkilerinde başarısızlık• sosyal izolasyon• eğitimde başarısızlık, sonrasında mesleki yetersizlik ve bağımsız yaşam becerilerinin gelişiminde yetersizlik	Sağlıkla İlgili Riskli Davranışlar <ul style="list-style-type: none">• düzensiz yeme alışkanlığı yetersiz beslenmeye yol açabilir.• normal nüfusa oranla alkol, sigara ve madde kullanımında artış• riskli cinsel davranışlar

Tablo 1. Ergen gelişimi ve kronik hastalığın karşılıklı etkileşimleri (DSÖ, 2007)

2.1.4.Kronik Hastalığı Olan Ergenlerde Hastalık Algısı ve Hemşirelik Müdahaleleri

Kronik hastalığı olan ergenlerde ruh sağlığını etkileyen olası pek çok faktör mevcuttur. Hastalığın süresi, şiddeti, başlangıç yaşı, cinsiyet, düşük ekonomik düzey, başa çıkma yöntemleri ve hastalık algısı gibi (Zashikhina, 2007; Skinner, 2003). Yapılan araştırmalarda hastanın hastalığını nasıl değerlendirdiğinin bilinmesi gerektiği ve fiziksel hastalığı olan kişilerde psikososyal uyumun sağlanmasının önemli olduğu belirtilmektedir. Hastaların, birey olarak hastalığına ilişkin algısı ve değerlendirmeleri ortaya koyduğu duygusal ve davranışsal tepkileri, baş etme biçimini, psikososyal zorlanma ya da psikiyatrik bozukluk gelişimi (Kocaman, 2007) ve tedaviye uyumunda belirleyici bir unsurdur (Groerke, 2004; Taddeo, 2008).

Hastalık algısı ile ilgili iki önemli konu vardır. Birincisi çoğu zaman hastanın hastalık hakkındaki inançları, onları tedavi edenlerden farklılık gösterir. Sağlık personeli, hastalara nadiren kendi fikirlerini sorduklarından genellikle hastaların kendi durumları hakkındaki düşüncelerinden habersizdirler. Sağlık profesyonelleri ve hastaların algıları arasındaki bu farklılıklar iletişim kesintilerine ve yanlış anlamalara, tedavi yönetimi ve sonuçlarından memnuniyetsizliğe yol açabilir. Örneğin; romatoloji hastasında sağlık profesyonelleri hastalık şiddetinin çok önemli bir göstergesi olarak eklem hasarını ve inflamasyonu izlerken; romatolojik hastalıklı kişi; hastalıklarının ciddiyetinin en önemli göstergesi olarak ağrıyı kabul edebilir (Pimm ,1998). İkincisi ise aynı tıbbi duruma sahip olsalar bile hastalar kendi hastalıkları hakkında çok farklı görüşlere sahip olabilirler (Petrie et al,2007). Aynı hastalığa sahip olan hastaların bazılarının hastalıklarını başarılı bir şekilde yönetip engelliği en aza indirdiğini anlamak; nispeten kötü yöneten hastaları destekleyen müdahalelerin gelişmesine yardımcı olacaktır.

Hastalığın algısı, hastalık durumunun bilişsel görünümüdür. Ciddi bir hastalıkla karşılaşan kişi genellikle ona açıklama bulmaya çabalar. “Neden ben?”, “Niçin şimdi?”, “Bunun olması için ne yaptım?” gibi sorular sorar. Hastalar kişisel deneyimleri, bilgileri, değerleri, inançları ve gereksinimleri ışığında bunu açıklamaya çalışırlar ve sonuçta hastalık deneyimi her kişide farklı yaşanır (Akt: Armay, 2006).

Hastalık, meydan okuma-mücadele edilmesi gereken durum olarak algılandığında, kişi hastalıkla aktif olarak uğraşır. Bozulan kaybedilen işlevleri telafi etmek için öneri, tedavi ve

işbirliği arayarak hastalığa uyumlu davranışlar gösterir. Hastalık tehdit/hak etmediği bir ceza olarak algılandığında ise, sıklıkla anksiyete, depresyon, korku ve öfke biçiminde duygusal tepkiler ortaya çıkar (Akt: Özkan, 2007). Juvenil idiyopatik artritli (JIR) ergenlerle yapılan bir araştırmada, hastalıklarının hareketlerini kısıtladığını düşünenlerin, kısıtlamadığını düşünenlere göre daha fazla stres ve anksiyete yaşadıkları gösterilmiştir (Armbrust, 2008).

Diyabetli ergenlerle hastalık algısı, özyeterlilik ve tedaviye uyum arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmada; hastalık algısının, diyabet özyönetiminde, hastalığın psikolojik ve davranışsal sonuçlarını (tedaviye uyum ve metabolik kontrol) belirlemede yararlı olduğu ortaya konulmuştur (Griva, 2000). Tip 1 Diyabetli ergenlerle başa çıkma hastalık temsilleri ve duygusal iyiliği ölçmek amacıyla yapılan bir çalışmada hastalığın etkisi ne kadar çok algılanırsa; katılımcıların o kadar fazla belirti, depresyon ve anksiyeteyi daha fazla bildirdikleri bulunmuştur (Skinner, 2003).

Scharloo ve arkadaşları (1998) hastalık algısı üzerine yaptıkları çalışmada, sosyal fonksiyonlardaki yetersizliğin, hastaların hastalıklarının daha uzun süre ve sonuçlarının daha kötü olacağına dair inançlarıyla, fonksiyonların daha iyi olmasının ise hastalığın tedavi edilebilirliğine olan inancıyla ve yardım arama çabasıyla ilişkili olduğunu bulmuşlardır.

Lawson ve ark. (2007) araştırmalarında tip 1 diyabetlilerde hastalık algısının, yardım arama davranışı ve başa çıkma stratejileri arasındaki ilişkiyi incelemişlerdir. Tedavinin etkililiğine inancı olan hastaların klinik kontrollerine devam ettikleri, başa çıkma stratejisi olarak daha fazla probleme odaklı cevaplar kullandıkları, tedavinin etkililiğine inancı olmayanların ise; devam etmedikleri ve kaçınma / duygu odaklı stratejiler kullandıkları belirtilmiştir.

Bucks ve ark. (2009) 38 kistik fibrozisli ergenlerle yaptığı çalışmada tedaviye uyumda hastalık algısı ve hastaların tedaviye ilişkin inançlarını incelemişlerdir. Tedaviye uyumsuzluğun nedeni olarak, hastaların verilen tedavinin (antibiyotikler) gerekliliği hakkındaki endişeleri gösterilmiştir. Hagger ve Orbel (2003) yaptıkları metaanaliz çalışmalarında, hastaların tedavinin etkililiğine olan inançları yüksek olanların daha fazla destek arayışı ve probleme dayalı başa çıkmayı kullandıklarını bildirmişlerdir.

Leventhal ve arkadaşları hastanın hastalık tehditlerini nasıl algıladığını, bu algılar arasındaki ilişkileri, hastalık belirtilerinin nasıl rapor edildiğini ve bu kişisel inançların hastalık tehditlerini ya desteklemeye ya da göz ardı etmeye yol açan öz bakım davranışı

hakkındaki kararları nasıl etkilediğini anlamaya yönelik Kendini Düzenleme Modelini (Self Regulation Model) geliştirmişlerdir (Leventhal,1998; Jayne , 2001; Pimm, 1998).

Kendini düzenleme modeli kişilerin hastalığının ne olduğu, neden meydana geldiği, ne kadar süreceği ve tedavi edilebilir mi yoksa kontrol altında tutulabilir mi gibi sorularla hastalıklarını anlamaya çalıştıklarını belirtmektedir. Bu kişisel model aynı zamanda hastalıkla mücadele çabalarına verilen duygusal yanıtları ve sağlıkla ilgili sonuçları açıklamaktadır.

Kendini düzenleme modeli pek çok araştırmada farklı isimlerle (hastalık algı modeli, hastalık temsilleri modeli, öz-düzenleme modeli, paralel süreç/ işlem modeli, ya da common-sense modeli) kullanılmıştır (Hale, 2007; Sharloo, 1998). Leventhal bu modelde, hastalıkta paralel iki düzenleyici faktörün aktif olduğunu ileri sürer:

1)Bilişsellik; sağlığı tehdit eden şeyin objektif yorumu (hastalığı nedeni ya da sonuçlarıyla ilgili kişinin düşünceleri) 2) Duygu ifadesi; sağlığı tehdit eden şeye karşı verilen duygusal tepki (öfke/korku).

Bu iki süreç paraleldir ve sürekli birbirleriyle etkileşim halindedir (Jayne, 2001).

Kendini düzenleme modeline göre hastalığı algılamanın üç aşaması vardır:

- 1) Hastalık temsilleri
- 2) Başa çıkma
- 3) Değerlendirme

İlk aşama olan hastalık temsilleri, sağlığa yönelik (vücut duyularına ve semptomlara dayalı) bir tehdidin algılanmasından oluşur. Semptomlarla ilgili bu algılar, medyada anlatılanlar, sağlık uzmanlarıyla karşılıklı etkileşim ve hastalıkla ilgili geçmiş deneyimler gibi çevre kaynaklı bilgiler kullanılarak oluşturulmaktadır (Jayne, 2001). Hastalık temsilleri, hastanın hastalık yaşantısının ve onun merkezinde olduğuna dair inancıyla ilgilidir; aynı zamanda hastalığa ve tedavisine verilen duygusal yanıtların sergilenmesinden oluşur (Skinner, 2003). Hastalık temsillerinin kimlik, neden, süre, sonuçlar, kontrol/tedavi olmak üzere beş boyutu vardır. Kişiler bir hastalık tehdidiyle karşılaştıkları zaman, hastalıkla ilgili bilgiyi bu boyutlara göre değerlendirirler. **Kimlik**; hastalığın algılanan belirtileri (örn: ağrı ve yorgunluk). **Neden**; kişinin hastalığın nedeni hakkında fikir üretmesidir (örn: diyabet hastalığına yakalanmamın nedeni kendi davranışım). **Süre**; hastalığın akut mu, aralıklı mı ya da kronik olup olmadığının beklenmesi (örn: hayatımın sonuna kadar diyabetli olacağım). **Sonuçlar**; kişinin hastalığının olası kısa ya da uzun dönemde fiziksel, sosyal, ekonomik ya da

duygusal sonuçlarını nasıl algıladığı (örn: bağımsızlık kaybı) **Kontrol/ tedavi;** hastaların hastalığını kontrol ya da tedavi edilebilir edilmediği algısının hastalığın seyrini etkileyebildiği hakkındaki düşünceleridir (Leventhal, 1998; Pimm, 1998; Skinner, 2003; Lau-Walker, 2006).

Hastalığı algılamada ikinci aşama ise başa çıkma yanıtıdır. Başa çıkma hastalıkla ilgili korku ve diğer duyguları kontrol etmek için yapılan girişimler olarak tanımlanır. Hastalığın olumsuz sonuçlarını azaltmayı ya da sakınmayı amaçlar. Örneğin; romatolojik hastalıklarda başa çıkma, hastalık belirtilerini hafifletmek (ağrının azalması vb.), sakatlığı azaltmak (tedavi almak, dinlenmek vb.) ya da hastalığın duygusal etkisini azaltmak için (kendinle pozitif konuşma) başkalarından destek görme çabalarını içerir (Jayne, 2001; Pimm, 1998).

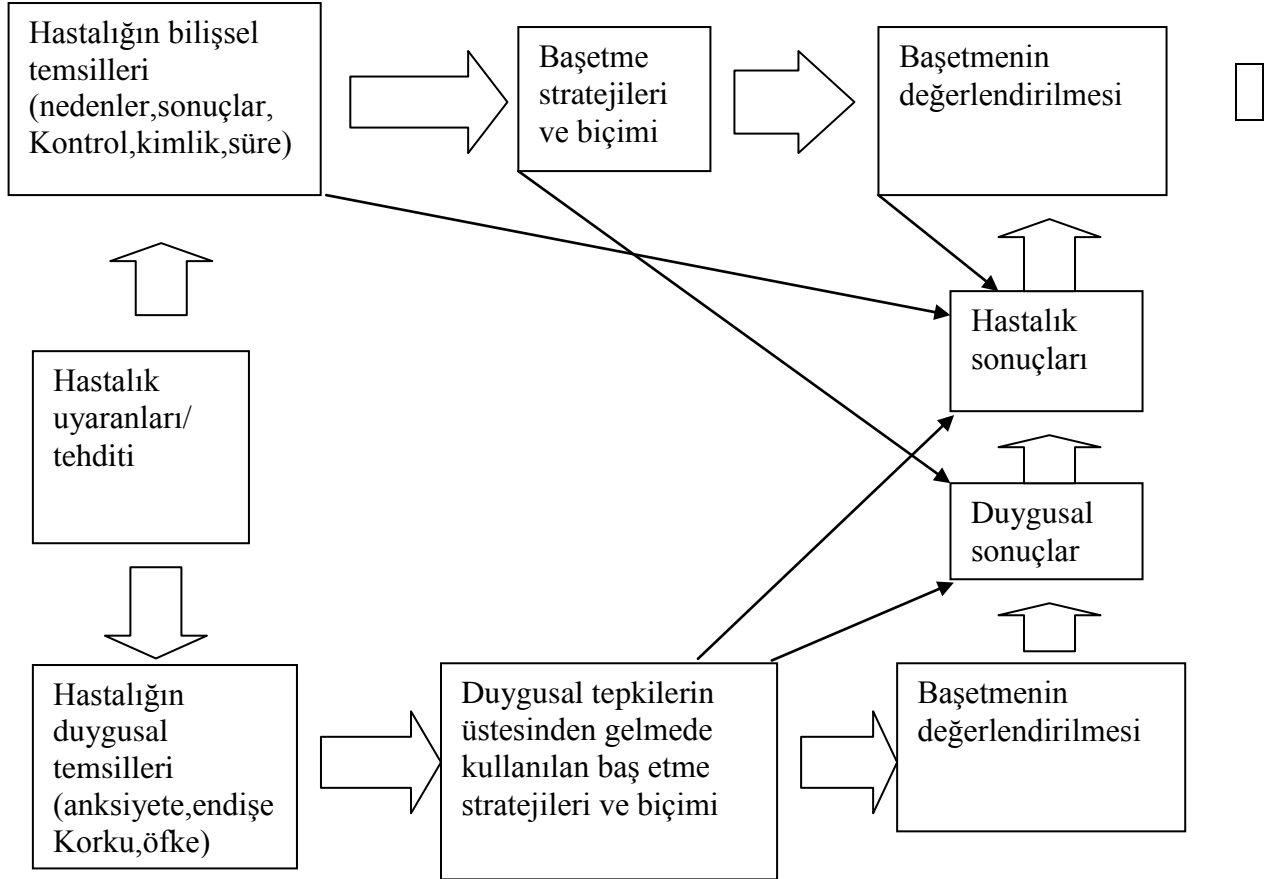
Başa çıkma davranışı; **problem odaklı başa çıkma** ya da **duygu odaklı başa çıkma** olmak üzere iki grupta incelenebilir. Problem odaklı başa çıkmada, birey karşılaştığı tehdit edici durumu değerlendirir ve hastalığın neden olduğu (örn: yetersizlik, ağrı) problemleri hafifletmek için etkili ve planlı davranışlar sergiler (hızlı adımlarla yürüme vb.). Duygu odaklı başa çıkma ise, bireyin hastalıkla ilgili duygularını yönetmek için olumlu düşünmekte veya ilgisini ve düşüncelerini başka konulara yöneltmektedir (Akt:Bardavit, 2007; Pimm,1998).

Başa çıkma yöntemlerinden biri de **etkin başa çıkma** ya da **pasif başa çıkmadır.** Etkin başa çıkma stratejileri kullananların, bilgi arama, bilişsel yeniden yapılanma, rahatsız edici ağrılara ya da belirtilere rağmen günlük faaliyetleri sürdürmeye çalıştıkları, duygusal sağlıklarının ve fiziksel yeterliliklerinin daha iyi olduğu, pasif başa çıkma yöntemini kullananların ise; duygusal stresi daha fazla yaşadıkları, günlük aktiviteleri yapmaktan kaçındıkları ve olumsuz düşündükleri belirlenmiştir. Aynı zamanda kullanılan pasif başa çıkma yönteminin (ağrı üzerine odaklanma, sosyal aktivitelerden kaçınma) fonksiyonel yetersizlik ve depresif duygudurumla ilişkili olduğu gösterilmiştir (Pimm1998).

Başa çıkmaları yetersiz olan bireylerde davranışsal düzeyde belirtiler, anksiyete ve depresyon ortaya çıkmaktadır. Bunlar hastanın uyumunu, bakımını, yaşam kalitesini, tedavi süresini, hastalığın gidişini, mortalite ve morbiditeyi etkilemektedir (Kayahan M. ve Sertbaş G, 2007).

Hastalığı algılamann üçüncü aşaması ise başa çıkma tepkilerinin verimliliği/ etkililiğini değerlendirmektir. Bu değerlendirmenin sonuçlarına bağlı olarak temsiller aşamasında oluşturulan algı ve başa çıkma tepkileri değiştirilebilir. Örneğin, diyabet

hastalarında metabolik kontrolü sağlamak için yapılan bilişsel başa çıkma çabalarının sonuçları kilo kaybı, kan şekerinin düzene girmesi ve diyabet bilgisi testlerindeki puanlar gibi göstergeler tarafından ölçülür. Şekil 1’de Leventhal’ın Kendini Düzenleme Modelinin aşamaları şemayla gösterilmiştir.



Şekil 1. Leventhal’ın Kendini Düzenleme Modeli (SRM) (Leventhal et al,1998; Hagger and Orbel, 2003)

Bu şekilde, tekrar eden üç aşama bireyin başa çıkma veya uyum davranışına rehberlik eder (Jayne 2001, Lau -Walker, 2006). Kendini düzenleme modeli tedaviye uyumu açıklayabilmek için, hastanın hastalığa özgü tedavi inanışlarına odaklanır. Bu modelde hastalar, tedavi programına uyup uymamaya karar vermede sadece hastalığın tedavi gerektirip

gerektirmediğini değil, aynı zamanda tedavinin onların hastalıkları için uygun olup olmadığını da düşünmektedirler (Horne and Weinman, 2002).

Amerikan Hemşireler Birliği (ANA)'ne göre hemşireler; birincil olarak hastanın verdiği tepkilere odaklanmalıdır (Johnson, 1999). Hemşirelerin ergenlerin kronik hastalığa verdikleri tepkilerin, hastalık deneyimlerine atfettikleri inanış ve anlamlardan kaynaklandığının farkında olmaları gerekir. Bu amaçla hemşireler, ergeni kendi hastalığı ile ilgili düşünce ve endişelerini tanımlaması konusunda, konuşmaya cesaretlendirmelidirler. Ergen bireyin hastalığı nasıl algıladığı, baş etme biçimlerini, tedaviye uyumunu, dolayısıyla hastalığın sonuçlarını (iyileşmesi/ kötüye gitmesi) etkiler. Hemşireler, Leventhal'ın kendini düzenleme modelini kullanarak hastaların hastalık algılamasını yeniden yapılandırarak, dolayısıyla baş etme mekanizmalarını etkileyerek yaşam kalitelerini arttırabilirler ve olası psikososyal problemlerin önüne geçebilirler.

GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Kronik hastalığı olan ergenlerin hastalığı algılamaları ile anksiyete ve depresyon arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılmış, tanımlayıcı tipte bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, Ege Üniversitesi Çocuk Hastanesinde yapılmıştır. Ege Üniversitesi Çocuk Hastanesi'nde; 102 hemşire, 100 doktor, bir sosyal hizmet uzmanı, iki psikolog, üç diyetisyen, ve 17 sağlık teknikeri çalışmaktadır. Çocuk Hastanesi 179 yatak kapasitesine sahip, 13 birimden oluşmaktadır. Bunlar; nefroloji, nöroloji, genel pediatri, kardiyoloji, endokrin-metabolizma, solunum-alerji, immünoloji, genetik, enfeksiyon, hematoloji, gastroloji, yeni doğan, yoğun bakım birimleridir. Ayrıca üç ayrı poliklinik hizmetleri yürütülmektedir. Sağlıklı Çocuk Polikliniği, hasta çocuk polikliniği ve özel dal polikliniği.

Araştırma verileri, etik kuruldan, kurum ile hasta ve ailelerinden gerekli izinler alındıktan sonra Ağustos - Kasım 2010 tarihleri arasında toplanmıştır.

3.3. Araştırmanın Örnekleme

Araştırmanın örneklemini, Ege Üniversitesi Çocuk Hastanesi servislerinde yatan, 10-19 yaşları arasında kronik hastalığı olan (hematoloji, karaciğer, böbrek hastaları vb.) ergenler oluşturmaktadır.

Çalışmaya alınma ölçütleri hastanın 10 yaş üzerinde ve üç aydan daha fazla süredir hastalığı olması, uygulanan ölçeklere yazılı ya da sözel olarak yanıt verebilecek düzeyde olması, herhangi bir zihinsel ve yaygın gelişimsel bozukluk, işitsel engeli bulunmaması olarak belirlenmiştir. Amaçlı örnekleme yöntemi kullanılarak, Ege Üniversitesi Çocuk Hastanesinin arşiv kayıtları incelenmiş ve 3 ayda hastaneye yaklaşık 100 kronik hastalığı olan ergenin yattığı saptanmıştır. Araştırma verilerinin toplanmasında Nisan 2010'da 100 ergene ulaşılması planlanmış, ancak etik kurulların feshedilmesi ve yeniden oluşturulması nedeniyle Temmuz 2010'da veriler toplanılmaya başlanmıştır.

3.4. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımsız değişken, hastalık algısı puanı, bağımlı değişken anksiyete ölçeği ve depresyon ölçeğinden elde edilen puan olarak belirlenmiştir.

3.5. Veri Toplama Araçları

Araştırma verilerinin toplanmasında 3 ölçek kullanılmıştır. Çocuk ve Ergen Depresyon ölçeği, Hastalık Algı Ölçeği ve Beck Anksiyete Ölçeği.

1) Çocuk ve Ergen Depresyon Ölçeği (ÇDÖ): Kovacs tarafından geliştirilen bu ölçek, çocukluk depresyonunu araştırmada kullanılan 6–17 yaş arası çocukların kendini değerlendirme ölçeğidir. ÇDÖ, 27 maddeden oluşmaktadır ve depresif belirtilerin yanı sıra, çocukta anksiyete ve davranış sorunlarının tanımlanmasında da yardımcıdır. Son iki haftada kendisine en uygun tümceyi seçmesi istenir. Ölçeğin kesim noktası 19'dur. Ölçekten 00-54 arasında puan alınmakta ve yüksek puan depresyon belirtilerinin yüksekliğini göstermektedir. Ülkemizdeki geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Öy (1991) tarafından yapılmıştır (Cronbach $\alpha=0.71-0.89$).

2) Hastalık Algısı Ölçeği (HAÖ): 1996 yılında Weinmann tarafından geliştirilmiş ve 2000 yılında Moss-Morris ve ark. tarafından yenilenmiştir. Ülkemizde Hastalık Algısı Ölçeğinin Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (Kocaman 2007). HAÖ'nin birinci boyutunun iç tutarlılık katsayısı 0.89, ikinci boyutun iç tutarlılık katsayısı 0.69-0.77 arasında değiştiği, üçüncü boyut olan hastalık nedenlerinin alt ölçeklerinin alfa güvenilirlik katsayılarının 0.25-0.72 arasında değiştiği saptanmıştır. Bu çalışmada HAÖ'nin Türkçeye uyarlanmış formu kullanılacaktır. HAÖ üç boyuttan oluşmaktadır: Hastalık tipi, hastalık hakkındaki görüşleri, hastalık nedenleri.

Hastalık tipi: Sık görülen 14 hastalık belirtisini (ağrı, boğazda yanma, bulantı, soluk almada güçlük, kilo kaybı, yorgunluk, eklem sertliği, gözlerde yanma, hırıltılı soluma, baş ağrısı, mide yakınmaları, sersemlik hissi, uyku güçlüğü, güç kaybı) içerir. Bu belirtilerin her biri için kişiye önce, 'hastalığın başlangıcından bu yana yaşayıp yaşamadığı', daha sonra 'bu belirtiyi hastalığıyla ilgili görüp görmediği' sorulmaktadır. Bu boyut, her belirti için iki soruya da evet/hayır biçiminde yanıt verilecek biçimde düzenlenmiştir. İkinci sorudaki evet yanıtlarının toplamı hastalık tipi boyutunun değerlendirme sonucunu oluşturur. 2. kolondaki (Bu belirti hastalığımla ilgili) evetler toplanır.

Ölçeğin bu bölümü, çalışmanın amacıyla ilgili olmadığı için ölçek sahiplerinden de görüş alınarak bu çalışmada kullanılmamıştır.

Hastalık hakkındaki görüşleri: Otuz sekiz maddeden oluşmuş ve beşli Likert tipi ölçüm (Kesinlikle böyle düşünmüyorum, böyle düşünmüyorum, kararsızım, böyle düşünüyorum, kesinlikle böyle düşünüyorum) kullanılmıştır. Bu boyut yedi alt ölçeği içermektedir. Bunlar süre (akut/kronik), sonuçlar, kişisel kontrol, tedavi kontrolü, hastalığı anlayabilme, süre (döngüsel) ve duygusal temsiller olarak isimlendirilmiştir. Alt ölçeklerin puanlaması; her bir alt boyuttaki puanların toplanıp, o alt ölçekteki madde sayısına bölünmesi ile elde edilir.

Süre alt ölçeği, kişinin hastalığının süresiyle ilgili algılarını araştırır ve akut, kronik, döngüsel olarak gruplanır.1.madde ile 5.madde arası ve 18. madde süreyi ölçer. Min.ve max. değeri 06-30 puandır. Yüksek puan, bireyin hastalığının kronik bir durum olarak düşündüğünü gösterir.

Sonuçlar alt ölçeği, kişinin hastalığının şiddetine, fiziksel, sosyal ve psikolojik işlevselliğine olası etkileriyle ilgili inançlarını araştırır. 6.madde ile 11.madde arası sonuçları ölçer. Min.ve max.değeri 06-30 puandır. Yüksek puan, bireyin hastalığının çok ciddi sonuçları olduğuna güçlü bir şekilde inandığını, hastalığın sonuçlarını negatif algıladığını gösterir.

Kişisel kontrol, kişinin hastalığının süresi, seyri ve tedavisi üzerindeki iç kontrol algısını araştırır.12.madde ile 17.madde arası kişisel kontrol sonuçlarını ölçer. Min. ve max. değeri 06-30 puandır. Yüksek puan, hastalığı kontrol edebildiği hakkında pozitif inançlara sahip olduğunu gösterir.

Tedavi kontrolü, kişinin, uygulanan tedavinin etkinliği hakkındaki inançlarını araştırır. 19.madde ile 23.madde arasını ölçer. Min. ve max. değeri 05-25 puandır. Yüksek puan, tedaviyi kontrol edebildiği hakkında pozitif inançlara sahip olduğunu gösterir.

Hastalığı anlayabilme, kişinin hastalığını ne kadar anladığını ya da kavradığını araştırır. 24.madde ile 28 madde arasını ölçer. Min.ve max. değeri 05-25 puandır. Yüksek puan, bireyin hastalığını anlayabildiğini gösterir.

Süre (döngüsel), 29.madde ile 32.madde arasını ölçer. Min. ve max. değeri 04-20 puandır. Yüksek puan, bireyin hastalığının döngüsel olduğunu düşündüğünü gösterir

Duygusal temsiller, kişinin hastalığıyla ilgili hissettiklerini araştırır. 33.madde ile 38.madde arası ölçek. Min. ve max. değeri 06-30 puandır. Yüksek puan, bireyin hastalığı ile ilgili endişesinin fazla olduğunu, olumsuz etkilendiğini gösterir.

Hastalık nedenleri: Hastalıkların oluşumundaki olası nedenleri içeren 18 maddeden oluşur. Beşli Likert tipi ölçüm kullanılır. Bu boyut, kişinin hastalığının olası nedenleri hakkındaki düşüncelerini araştırır ve dört alt ölçek içerir. Bunlar, psikolojik atıflar (ör., stres ya da endişe, aile problemleri, kişilik özellikleri), risk etkenleri (ör., kalıtsal, sigara, alkol kullanımı, yaşlanma), bağışıklık (ör. mikrop ya da virüs, vücut direncimin az olması), kaza veya şansır (ör., kaza, yaralanma, kötü talih vb.) Alt boyutlarının puanlaması; her bir alt boyuttaki puanların toplanıp, o alt boyuttaki madde sayısına bölünmesi ile elde edilir. Yüksek puan hastalığına neden olan faktörleri algılamasını gösterir.

Ölçeğin sonunda niteliksel değerlendirme için kişinin hastalığının en önemli nedenleri olarak gördüğü üç etkeni yazması da istenmektedir.

Tablo 2. Hastalık Hakkında Görüşler Alt ölçeği

Alt Ölçekler	Madde Sayısı	Min-max	Değerlendirme (yüksek puan)
Süre	1, 2, 3, 4, 5, 18	06-30	Hastalığını kronik olarak algıladığını,
Sonuçlar	6, 7, 8, 9, 10, 11	06-30	Hastalığının negatif sonuçları olduğu hakkındaki inançları olduğunu,
Kişisel Kontrol	12,13, 14, 15, 16, 17	06-30	Hastalığı kontrol edebildiği hakkında pozitif inançlara sahip olduğunu,
Tedavi Kontrol	19, 20, 21, 22, 23	05-25	Tedaviyi kontrol edebildiği hakkında pozitif inançlara sahip olduğunu,
Hastalığı Anlayabilme	24, 25, 26, 27, 28	05-25	Hastalığını kişisel olarak anlayabildiğini,
Süre (Döngüsel)	29, 30, 31, 32	04-20	Hastalığının döngüsel seyri olduğu hakkında inançlarını,
Duygusal Temsiller	33, 34, 35, 36, 37, 38	06-30	Duygusal etkinin yüksek olduğunu gösterir.

Tablo 2’de hastalık hakkında görüşler alt ölçeğinin değerlendirilmesi verilmiştir.

Tablo 3. Hastalık Algısı Ölçeğinin Alt Boyutları ve İç Tutarlılık Katsayıları

		Moss- Morris (2002) n=711	Kocaman (2007) n=337	n=73
Hastalık Hakkındaki Görüşleri				
Süre (Akut/Kronik)	1,2,3,4,5,18	0.89	0.72	0,69
Sonuçlar	6,7, 8 ,9,10,11	0.84	0.69	0,66
Kişisel Kontrol	12,13,14, 15 ,16, 17	0.81	0.70	0.66
Tedavi Kontrolü	19 ,20,21,22, 23	0.80	0.75	0.67
Hastalığı Anlayabilme	24,25,26,27,28	0.87	0.73	0.73
Süre (Döngüsel)	29,30,31,32	0.79	0.71	0.70
Duygusal Temsiller	33,34,35, 36 ,37,38	0.88	0.77	0.85
Hastalık Nedenleri				
Psikolojik Atıflar	1, 9, 10, 11,12, 17	0.86	0.25 ile0.72	0.70
Risk Etkenleri	2, 4, 6, 8, 13, 14, 15	0.77	arasında	
Bağışıklık	3, 7, 18	0.67	olduğu	
Kaza Veya Şans	5, 16	0.23	belirtilmiştir	

Koyu renk ile belirtilen maddeler, puanlamada tersine döndürülecek maddelerdir.

3) Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ): Bireyin yaşadığı anksiyete belirtilerinin sıklığını ölçmektedir. 21 maddeden oluşan, 0–3 arası puanlanan likert tipi bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olup ülkemizde geçerlilik ve

güvenilirlik çalışması Ulusoy ve arkadaşları (1998) tarafından yapılmıştır (Cronbach alfa katsayısı 0.93). BAÖ'den alınan puanlara göre hastaların anksiyete düzeyleri; 00–17 puan düşük, 18–24 puan orta, 25 ve üstü puan yüksek derecede anksiyete şeklinde sınıflandırılmıştır. Toplam puanın yüksekliği kişinin yaşadığı anksiyetenin yüksekliğini gösterir.

Tablo 4. Çalışmada Kullanılan Ölçeklerin Güvenirlilik Test Sonuçları

Alt Ölçek	N	α	
Hastalık Hakkındaki Görüşler (HHG)	HHGÖ Tümü	73	0,70
	Süre Alt Ölçeği	73	0,69
	Sonuçlar Alt Ölçeği	73	0,66
	Kişisel Kontrol Alt Ölçeği	73	0,66
	Tedavi Kontrolü Alt Ölçeği	73	0,67
	Hastalığı Anlayabilme Alt Ölçeği	73	0,73
	Süre (Döngüsel) Alt Ölçeği	73	0,70
	Duygusal Temsiller Alt Ölçeği	73	0,85
Hastalık Nedenleri	73	0,70	
Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği	73	0,74	
Beck Anksiyete Ölçeği	73	0,83	

Çalışmada kullanılan testlerin tümü yüksek ($\alpha > 0,60$) güvenilirlik puanı almıştır. En düşük güvenilirlik puanına sahip ölçek HHG Sonuçlar ve Kişisel Kontrol alt ölçekleri ($\alpha = 0,66$) olmuştur. En yüksek güvenilirlik düzeyine ($\alpha = 0,85$) ile HHG Duygusal Temsiller alt ölçeği sahiptir (Tablo 4).

3.6. Araştırma Planı ve Takvimi

Literatür araştırması ve kavramsal çerçevenin oluşturulması: Aralık 2009- Temmuz 2010



Etik kurul onayı: Temmuz 2010



Kurumdan izin alınması: Temmuz 2010



Verilerin toplanması: Ağustos 2010- Ekim 2010



Verilerin değerlendirilmesi: Kasım 2010



Araştırma raporunun yazılması: Kasım 2010- Aralık 2010

Tez savunma sınavı: Şubat 2011

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Veri toplama araçları ile toplanan verilerin istatistiksel analizi SPSS 16.00 bilgisayar programı yardımıyla yapılmıştır. Araştırmada hastalık algısı ile depresyon ve anksiyete arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla pearson korelasyon testi uygulanmıştır (Akgül,2005).

3.8.Araştırmanın Sınırlılıkları

Çalışmanın yapıldığı dönemde Etik Kurulların feshedilmesi ve yeniden yapılandırılması sürecine denk gelmesi nedeniyle 100 olarak planlanan örneklem sayısı 73 olmuştur.

3.9. Etik Kurul Onayı

Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel(İnvaziv) Olmayan Klinik Araştırmalar Değerlendirme Komisyonu adlı etik kuruldan 02.06.2010 tarih ve 54-İÖÇ/2010 protokol numaralı kararla çalışmanın uygulanmasına onay verilmiştir. Ayrıca araştırmanın yapıldığı kurumdan, ergen ve ailelerinden izin alınmıştır.

BULGULAR

4.1.Kronik Hastalığı Olan Ergenlerin Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 5. Çalışmaya Katılan Hastaların Demografik Özellikleri

Demografik Özellik		N	%
Cinsiyet	Kadın	38	52,1
	Erkek	35	47,9
Yaş	10-13	22	30,2
	14-17	42	57,5
	18 yaş ve üstü	9	12,3
Hastalık Tanı	Hematolojik Hastalıklar	24	32,9
	Karaciğer Hastalıkları	12	16,4
	Endokrin Hastalıkları	6	8,2
	Solunum Hastalıkları	5	6,8
	İmmünoloji Hastalıkları	7	9,6
	Kalp Hastalıkları	5	6,8
	Böbrek Hastalıkları	12	16,4
	Nörolojik Hastalıklar	2	2,7

Araştırma kapsamına alınan kronik hastalığı olan 73 ergen hastanın demografik özelliklerine ait bulgular Tablo 5’ de gösterilmektedir.

Çalışmaya katılan hastaların yaklaşık yarısını kadın, yarısını da erkek hastalar oluşturmaktadır. Hastalar 10–18 yaş aralığından seçilmiş olup yarısından fazlası 14–17 yaş aralığındadır. Hastalık tanıları bakımından incelendiğinde en fazla hematolojik hastalığı olanlar (%32,9), ardından böbrek ve karaciğer hastalığı (%16,4) olanlar gelmektedir (Tablo 5).

4.2. Hastalık Algısı Alt Ölçeklerine Ait Bulgular

Tablo 6. Hastalık Nedenlerinin Dağılımı

Hastalık Nedenleri Alt Ölçekleri	X±SS	Olası Nedenler	Hastalığının nedeni değil		Hastalığının nedeni		Kararsızım	
			N	%	N	%	N	%
Psikolojik Atıflar	10,75 ± 4,51	Aile problemi	63	86,3	8	11,0	2	2,7
		Stres ya da endişe	45	61,6	22	30,1	6	8,2
		Benim tutumum	57	78,1	13	17,8	3	4,1
		Kişilik özelliklerim	56	76,7	15	20,5	2	2,7
		Duygusal durumum	23	30,7	45	61,5	5	6,8
		Aşırı çalışma	66	90,4	6	8,2	1	1,4
Risk Faktörleri	11,59 ± 3,23	Alkol kullanma	72	98,6	1	1,4	0	0
		Kendi davranışım	51	69,9	18	24,7	4	5,5
		Yaşlanma	71	97,3	1	1,4	1	1,4
		Sigara içme	71	97,3	2	2,7	0	0
		Geçmişimdeki kötü tıbbi bakım	51	69,9	17	23,3	5	6,8
		Diyet-yemek alışkanlıkları	46	63,0	22	30,1	5	6,8
		Kalıtısal	50	68,5	21	28,8	2	2,7
Bağışıklık	7,23 ± 3,24	Vücut direncimin azalması	37	50,7	33	45,2	3	4,1
		Bir mikrop ya da virüs	51	69,9	17	23,3	5	6,8
		Çevre kirliliği	37	50,7	31	42,5	5	6,8
Kaza veya Şans	3,40 ± 1,62	Kaza ya da yaralanma	69	94,5	4	5,5	0	0
		Şans ya da kötü talih	47	64,4	19	26,0	7	9,6

Tablo 6' de hastalık nedenlerinin dağılımı verilmiştir. Hastalık nedenleri ölçeği incelendiğinde, hastalar hastalıklarının olası nedenlerini sırasıyla en fazla %61,5 ile duygusal durumlarını, %45,2 ile vücut dirençlerinin azalmasını,%30,1 ile stres ya da endişe ve diyet-yemek alışkanlıklarını, %26,0 ile şans ya da kötü talih olarak belirtmişlerdir.

Tablo 7. Hastalığın Oluşmasında Etken Görülen En Önemli Nedenler

Hastalıkların Olası Nedenleri	n:73	%
Stres,üzüntü,duygusal durum,yalnızlık	n:15	20.5
Kendi davranışım	n:9	12.3
Mikrop/virüs	n:9	12.3
Beslenme biçimi	n:7	9.5
Çevre kirliliği	n:7	9.5
Alın yazısı/Allah vergisi	n:5	6.8
Şans/şanssızlık	n:3	4.1
Fikrim yok	n:22	30.1

Tablo 7’de hastaların hastalıklarının olası nedenleri olarak gördükleri etkenler verilmiştir.

Hastalık algı ölçeğinin sonunda, hastalara hastalıklarının olası nedeni olarak gördükleri, en önemli üç etkeni yazmaları istendi. Hastaların büyük çoğunluğu hastalıklarının nedeni hakkında bir fikirleri olmadığını (%30.1), en önemli neden olarak stres,üzüntü,yalnızlık ve duygusal durumlarını (%20.5) belirttiler.Sonrasında sırasıyla hastalık nedeni olarak kendi davranışları ve mikrop/ virüs, beslenme biçimi ve çevre kirliliğini belirttiler (Tablo 7).

Tablo 8. Hastalık Hakkındaki Görüşler Ölçeği Puan Dağılımı

HHGÖ Alt Ölçekleri (min.- max.)	X±SS	Düzy	n:73	%
Süre (06-30)	19,30 ± 5,01	Akut	21	28,8
		Kronik	52	71,2
Sonuçlar (06-30)	19,49 ± 4,70	Hastalığın Sonucu Önemsiz	14	19,2
		Hastalığın Negatif Sonuçları Var	59	80,8
Kişisel Kontrol (06-30)	23,79 ± 3,44	Hastalığı Kontrol Edebildiğine İnanmıyor	2	2,7
		Hastalığı Kontrol Edebildiğine İnanıyor	71	97,3
Tedavi Kontrol (05-25)	20,00 ± 3,60	Tedaviyi Kontrol Edebildiğine İnanmıyor	2	2,7
		Tedaviyi Kontrol Edebildiğine İnanıyor	71	97,3
Hastalığı Anlayabilme (05-25)	17,90 ± 4,32	Hastalığını Anlayamıyor	13	17,8
		Hastalığını Anlayabiliyor	60	82,2
Süre (Döngüsel) (04-20)	14,14 ± 3,14	Durumun döngüsel doğası- seyri, sıklığı yok	10	13,7
		Durumun döngüsel doğası- seyri, sıklığı var	63	86,3
Duygusal Temsiller (06-30)	20,14 ± 5,98	Emosyonel (Duygusal) Etki Düşük	18	24,7
		Emosyonel (Duygusal)Etki Düşük	55	75,3

Tablo 8’ de hastalık hakkında görüşler alt ölçeklerinin puan dağılımı verilmiştir.

Hastaların hastalıkları hakkındaki görüşleri incelendiğinde süre alt ölçeğinden alınan puanların ortalamasının $19,30 \pm 5,01$ olduğu ve hastaların %71’inin durumunu kronik olarak algıladıkları görülmektedir (Tablo 8).

Sonuçlar alt ölçeğinden alınan puanların ortalamasının $19,49 \pm 4,70$ olduğu ve hastaların %80,8'inin hastalıklarının negatif sonuçlar doğurduğunu belirttikleri görülmektedir (Tablo 8).

Kişisel kontrol alt ölçeğinden alınan puanların ortalamasının $23,79 \pm 3,44$ olduğu ve %97,3'ünün hastalığını kontrol edebildiğine inandığı görülmektedir (Tablo 8).

Tedavi kontrol alt ölçeğinden alınan puanların ortalamasının $20,00 \pm 3,60$ olduğu ve %97,3'ünün tedavisini kontrol edebildiğini düşündüğü görülmektedir (Tablo 8).

Hastalığı anlayabilme alt ölçeğinden alınan puanların ortalamasının $17,90 \pm 4,32$ olduğu ve %82,2'sinin durumunu anladığı görülmektedir (Tablo 8).

Süre döngüsel alt ölçeğinden alınan puanların ortalamasının $14,14 \pm 3,14$ olduğu ve %86,3'ünün durumunun döngüsel seyri (doğası) olduğu görülmektedir (Tablo 8).

Duygusal temsiller alt ölçeğinden alınan puanların ortalamasının $20,14 \pm 5,98$ olduğu ve hastaların %75,3'ü hastalığın kendisi üzerinde duygusal etki bıraktığını belirtmektedir (Tablo 8).

4.3. Depresyon ve Anksiyete Ölçek Puanlarına İlişkin Bulgular

Tablo 9. Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği Puan Dağılımı

Depresyon Düzeyi	N	%	min-max	X±SS
Düşük Depresyon (<19 puan)	68	93,2	00 – 54	9,25±5,22
Yüksek Depresyon (≥19 puan)	5	6,8		

Çocuklar için depresyon ölçeği puan dağılımı incelendiğinde hastaların %93,2'sinin düşük depresyon düzeyinde (<19puan) ve depresyon puan ortalamalarının $9,25 \pm 5,22$ olduğu görülmektedir (Tablo 9).

Tablo 10. Beck Anksiyete Ölçeği Puan Dağılımı

Anksiyete Düzeyi	N	%	min-max	X±SS
Düşük Anksiyete (0-17puan)	59	80,8	0-63	11,77±8,84
Orta Anksiyete (18-24 puan)	6	8,2		
Yüksek Anksiyete (≥25 puan)	8	11,0		

Beck Anksiyete Ölçeği puan dağılımı incelendiğinde hastaların en çok düşük anksiyete (0-17puan) düzeyinde ve anksiyete puan ortalamalarının ise 11,77±8,84 olduğu görülmektedir (Tablo 10).

4.4.Hastalık Algısı Alt Ölçekleri Puanı İle Depresyon ve Anksiyete Puanları Arasındaki İlişkiye Ait Bulgular

Tablo 11. Hastalık Nedenleri Ölçeği İle Depresyon Ölçeği (ÇDÖ) Puanları Arasındaki İlişki

Hastalık Nedenleri Alt Ölçekleri	r	p
Hastalık Nedenleri-Depresyon	0,32	0,00
Psikolojik Atıflar	0,25	0,03
Risk Faktörleri	0,23	0,05
Bağıışıklık	0,24	0,04
Kaza veya Şans	0,10	0,42

Hastalık nedenleri alt ölçeği ile depresyon ölçeği puanları arasındaki ilişki Tablo 11' de verilmiştir. Hastalık nedenleri ölçeği ile ÇDÖ arasında pozitif yönlü ve anlamlı ($p<0,05$) bir ilişki olduğu görülmektedir. Hastalık nedenleri ölçeği puanı arttıkça depresyon puanı artmaktadır.

“Psikolojik atıflar” ve “bağışıklık” alt ölçekleri ile ÇDÖ arasında pozitif yönlü ve anlamlı ($p<0,05$) bir ilişki görülmektedir. Hastalığının nedenlerini psikolojik nedenler ve bağışıklık olarak gören hastaların depresyon düzeylerinin de yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 11).

Hastalık nedenleri alt ölçekleri ile ÇDÖ puanı arasındaki ilişki incelendiğinde “risk faktörleri” ve “kaza veya şans” alt ölçekleri ile ÇDÖ puanı arasında pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı olmayan ($p>0,05$) bir ilişki görülmektedir. (Tablo 11).

Tablo 12. Hastalık Nedenleri Ölçeği Puanı ile Anksiyete Ölçeği Puanı Arasındaki İlişki

Hastalık Nedenleri Alt Ölçekleri	r	p
Hastalık Nedenleri Alt Ölçeği- Anksiyete	0,21	0,08
Psikolojik Atıflar	0,30	0,01
Risk Faktörleri	-0,06	0,59
Bağışıklık	0,18	0,11
Kaza veya Şans	0,04	0,70

Tablo 12’de hastalık nedenleri ölçeği puanı ile anksiyete ölçeği puanı arasındaki ilişki verilmiştir.

Hastalık nedenleri alt ölçekleri anksiyete ölçeği puanı ile arasındaki ilişki incelendiğinde; psikolojik atıflar alt ölçeği ile anksiyete ölçeği arasında pozitif yönlü ve anlamlı ($p<0,05$) bir ilişki olduğu görülmektedir. Hastalığın nedenini psikolojik olarak tanımlayan hastaların anksiyete düzeylerinin de yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 12).

Bağışıklık, kaza veya şans alt ölçekleri ile anksiyete ölçeği arasında pozitif yönlü, fakat istatistiksel olarak anlamlı olmayan ($p>0,05$); risk faktörleri ile anksiyete ölçeği arasında negatif yönlü, fakat istatistiksel olarak anlamlı olmayan ($p>0,05$) bir ilişki olduğu görülmektedir (Tablo 12).

Tablo 13. Hastalık Hakkındaki Görüşler Ölçeği Puanları İle Depresyon Ölçeği Puanı Arasındaki İlişki

HHGÖ Alt Ölçekleri	r	p
HHGÖ-ÇDÖ	0,17	0,15
Süre Alt Ölçeği	0,08	0,50
Sonuçlar Alt Ölçeği	0,39	0,00
Kişisel Kontrol Alt Ölçeği	-0,15	0,20
Tedavi Kontrolü Alt Ölçeği	-0,15	0,19
Hastalığı Anlayabilme Alt Ölçeği	-0,38	0,00
Süre (Döngüsel) Alt Ölçeği	0,07	0,58
Duygusal Temsiller Alt Ölçeği	0,43	0,00

Hastalık hakkındaki görüşler ölçeği puanları ile depresyon ölçeği puanı arasındaki ilişki Tablo 13' de verilmiştir.

Sonuçlar ve duygusal temsiller alt ölçekleri ile ÇDÖ puanı arasındaki ilişkinin pozitif yönlü ve anlamlı ($p<0,05$) olduğu görülmektedir. Hastalığının olumsuz sonuçlara yol açacağını düşünen ve hastalığın kendisinde yüksek duygusal etki bıraktığını düşünen hastalarda, depresyon düzeyi artmaktadır (Tablo 13).

Hastalığı anlayabilme alt ölçeği ile ÇDÖ arasında negatif yönlü ve anlamlı ($p<0,05$) bir ilişki görülmektedir. Hastalık durumunu anlayabilen hastalarda, depresyon düzeyi azalmaktadır (Tablo 13).

Süre ve süre (döngüsel) alt ölçekleri ile ÇDÖ arasında pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı olmayan ($p>0,05$); kişisel kontrol, tedavi kontrolü alt ölçekleri ile ÇDÖ arasında negatif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı olmayan ($p<0,05$) bir ilişki görülmektedir (Tablo 13).

Tablo 14. Hastalık Hakkındaki Görüşler Ölçeği (HHGÖ) Puanları İle Anksiyete Ölçeği Puanları Arasındaki İlişki

HHGÖ Alt Ölçekleri	r	p
HHGÖ-Anksiyete	0,21	0,08
Süre Alt Ölçeği	0,06	0,62
Sonuçlar Alt Ölçeği	0,32	0,00
Kişisel Kontrol Alt Ölçeği	-0,09	0,42
Tedavi Kontrolü Alt Ölçeği	-0,27	0,02
Hastalığı Anlayabilme Alt Ölçeği	-0,25	0,03
Süre (Döngüsel) Alt Ölçeği	0,13	0,28
Duygusal Temsiller Alt Ölçeği	0,49	0,00

Tablo 14’de hastalık hakkındaki görüşler ölçek puanları ile Anksiyete ölçeği .puanı arasındaki ilişki verilmiştir.

Hastalık hakkındaki görüşleri alt ölçekleri puanı ile Anksiyete ölçeği puanı arasındaki ilişki incelendiğinde; ‘sonuçlar’ ve ‘duygusal temsiller’ alt ölçekleri ile anksiyete ölçeği arasında pozitif yönlü ve anlamlı ($p<0,05$) bir ilişki görülmektedir. Hastalığının sonuçları hakkında olumsuz düşünen ve hastalığın kendisi üzerinde duygusal etkisinin yüksek olduğunu düşünen hastaların anksiyete düzeyleri de yüksek görülmektedir (Tablo14).

“Tedavi kontrolü” ve “hastalığı anlayabilme” alt ölçekleri ile anksiyete ölçeği arasında negatif yönlü ve anlamlı ($p<0,05$) bir ilişki görülmektedir. Hastalığının tedavisini kontrol edebildiğini ve hastalığını anlayabildiğini belirten hastaların anksiyete düzeylerinin de düşük olduğu görülmektedir (Tablo 14).

“Süre”, “süre(döngüsel)” alt ölçekleri ile anksiyete ölçeği arasında pozitif yönlü, fakat istatistiksel olarak anlamlı olmayan ($p>0,05$); “kişisel kontrol” alt ölçeği ile anksiyete ölçeği arasında negatif yönlü, fakat istatistiksel olarak anlamlı olmayan ($p>0,05$) bir ilişki olduğu görülmektedir.

TARTIŞMA

Bu araştırmanın amacı kronik hastalığı olan ergenlerin hastalığı algılamaları ile depresyon ve anksiyete düzeyleri arasında bir ilişki olup olmadığını incelemektir. Bu amaçla bu bölümde hastalık alt ölçeklerine ait bulgular ile depresyon ve anksiyete ölçeklerinden aldıkları puanlara ilişkin bulgular tartışılmaktadır.

Ülkemizde yetişkinlerle hastalık algısı ile ilgili yapılmış sınırlı sayıda araştırmalara ulaşılmıştır (Armay,2007; Kayış ,2009; Çevik, 2009; Acehan 2010). Literatür gözden geçirildiğinde ülkemizde ergenlerde hastalık algısını inceleyen bir çalışmaya ulaşılamamıştır. Bu yüzden çalışmanın bulguları, yurt dışı literatür bilgisiyle karşılaştırılmıştır. Yurtdışında ergenlerle yapılmış çalışmaların bir çoğu da hastalık algısı ile başa çıkma yöntemleri, kendini yönetme, tedaviye uyum, ve yaşam kalitesi ilişkisini incelemişlerdir. Ancak literatürde kronik hastalığı olan ergenin hastalık algısının depresyon ve anksiyete üzerine olan ilişkisini inceleyen bir çalışmaya ulaşılamaması nedeniyle tartışmada çalışmanın bulgularını diğer çalışmalarla karşılaştırma olanağı olmamıştır.

5.1. HASTALIK ALGI ALT ÖLÇEKLERİNE İLİŞKİN BULGULARIN

TARTIŞILMASI

Hastalık Nedenleri ve Hastalık Hakkında Görüşler Alt Ölçeği Bulgularının Tartışılması

Hastaların hastalık nedenleri alt ölçeğine verdiği yanıtlar incelendiğinde; sırasıyla en fazla %61,5 ile duygusal durumlarını, %45,2 ile vücut dirençlerinin azalmasını,%30,1 ile stres ya da endişe ve diyet-yemek alışkanlıklarını,%26 ile şans ya da kötü talih olarak belirtmişlerdir. Hastalık nedenleri alt ölçeğinin sonunda, hastalara hastalıklarının olası nedeni olarak gördükleri en önemli üç nedeni yazmaları istendiğinde; hastaların büyük çoğunluğu hastalıklarının nedeni hakkında bir fikirleri olmadığını (%30.1), en önemli neden olarak stres, üzüntü, yalnızlık ve duygusal durumlarını (%20.5) belirtmişlerdir. Sonrasında sırasıyla hastalık nedeni olarak kendi davranışları ve mikrop/ virüs, beslenme biçimi ve çevre kirliliğini belirtmişlerdir (Tablo 7). Çalışma sonuçlarında hastaların hastalık nedenlerini daha çok içsel faktörlere (duygusal durumları, aşırı stres, kendi davranışları ve beslenme biçimleri) bağladıkları ortaya konulmuştur. Rutter (2002), Kayış (2009), Petricek ve ark.(2009)' nın

yaptığı çalışmalarda da bu çalışmaya benzer şekilde hastalar hastalıklarının nedenini stres olarak belirtmişlerdir. Hastaların %71,2'sinin durumunu kronik olarak algıladıkları ; %80,8'inin hastalıklarının negatif sonuçlar doğurduğunu belirttikleri , %97,3'ünün hastalığını kontrol edebildiğine inandığı , %97,3'ünün tedavisini kontrol edebildiğini düşündüğü, %82,2'sinin durumunu anladığı, %75,3'ü hastalığın kendisi üzerinde duygusal etki bıraktığını belirtmektedir (Tablo 8). Hastaların çoğu tedavisini ve hastalığını kontrol edebildiklerini ve hastalık durumlarını anladıklarını belirtmişlerdir. Örneklem grubunun tamamının kronik hastalık tanısı olması, uzun süredir bu hastalıkla beraber yaşamaları ve çalışmanın yapıldığı dönemde hastanede yatarak tedavi görmeleri hastalığı anlama ve kontrol edebildikleri duygusunu yaşamalarına neden olmuş olabilir.

5.2 DEPRESYON VE ANKSİYETE ÖLÇEĞİ İLGİLİ BULGULARIN

TARTIŞILMASI

Bu çalışmada ergenlerin depresyon ve anksiyete düzeylerinin düşük olduğu saptanmıştır (Tablo 9, Tablo 10). Literatürde ergenin kronik hastalığa sahip olmasının sağlıklı olanlara göre psikososyal uyum yönünden yüksek risk taşıdığı ve daha fazla depresif belirti, anksiyete, olumsuz benlik algısı gibi duygusal güçlükler yaşadıkları pek çok araştırmada gösterilmiştir (Fettahoğlu, 2007; Grey, 2002; Miauton, 2003; Lavigne, 2003; Seigel, 1990; Bilgiç ve ark,2006; Smith et al, 2003).

Bu araştırma bulgularında depresyon ve anksiyete oranları diğer çalışmalara göre daha düşük düzeyde çıkmıştır. Bunun nedeni, örneklem sayısının az olması, ailelerinin refakatçi olarak ergenlerin yanında kalmasının sosyal destek oluşturarak anksiyete ve depresyon düzeyini düşürmüş olabileceği, bu çalışmanın sadece kronik hastalığı olan ergenlerle yapılmış olması ve beraberinde sağlıklı akranlarıyla karşılaştırma olanağının olmaması olabilir. Diğer bir neden de hastaların gelişimsel özellikleri (çoğunluğunun erken ve orta ergenlik döneminde olmaları (%87,7) ve bu dönemlerde daha çok fiziksel görünümüleri ve bağımsız olma çabalarının yoğun olması, geleceğe ait planların/ kaygıların geç ergenlikte başlaması gösterilebilir (Çuhadaroğlu, 2006).

5.3 HASTALIK ALGI ALT ÖLÇEKLERİNİN; DEPRESYON VE ANKSİYETE ÖLÇEKLERİ BULGULARIYLA İLİŞKİSİNİN TARTIŞILMASI

Hastalık Nedenleri ve Hastalık Hakkındaki Görüşler Alt Ölçeği İle Depresyon

Ve Anksiyete Ölçeği Bulgularının Tartışılması

Bu çalışmada psikolojik atıflarla, depresyon ve anksiyete puanı arasında pozitif yönde, istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Tablo 11, Tablo 12). Bu durum hastalığının nedenini psikolojik nedenler olduğunu düşünenlerin depresyon ve anksiyete düzeylerinin daha yüksek olduğunu göstermektedir. Bu çalışmada “risk faktörleri” ve “kaza veya şans” alt ölçekleri ile depresyon puanı arasında pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı olmayan ilişki ($p>0,05$) saptanmıştır (Tablo 11). Hastalığının nedenini risk faktörleri ve kaza ya da şans olarak düşünme ile diğer bir deyimle dışsal yüklemelerle depresyon düzeyi arasında ilişki olmadığı söylenebilir.

Kronik hastalığa sahip olan ergenlerin hastalık algısı alt ölçeklerinden; **hastalıklarının olası nedenlerine verdikleri yanıtlar incelendiğinde**; hastalık nedenlerini sırasıyla duygusal durumları, vücut dirençlerinin azalması, stres ya da endişe, ve şans ya da kötü talih olarak belirtmişlerdir. Law ve ark.(2002) diyabetli ergenlerle yaptıkları çalışmalarında, ergenlerin hastalıklarının birincil nedeni olarak şans ya da kötü talihi (dışsal faktörler) belirtirken, bu çalışmada ilk üç nedenin psikolojik atıflar (içsel faktörler) olduğu görülmüştür. Yapılan çalışmalarda hastalığın olası nedenini dışsal faktörler bağlayan hastaların, hastalıklarıyla daha kolay başa çıktıkları, içsel faktörlere bağlayan hastaların ise daha fazla anksiyete ve depresyona girdikleri belirtilmiştir (Rutter, 2002; Wilgen, 2008).

Kronik hastalığı olan ergenlerin hastalık hakkındaki görüşler alt ölçeklerinden; **tedavi ve kişisel kontrolden aldıkları puanların, depresyon düzeyleri arasındaki ilişki incelendiğinde**; kişisel kontrol, tedavi kontrolü alt ölçekleri ile depresyon puanı arasında negatif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı olmayan ($p>0,05$) bir ilişki olduğu saptanmıştır (Tablo 13). Armay ve arkadaşları (2007) kanserli hastalarla yaptıkları çalışmada hastaların kişisel kontrolü ve tedavi kontrolü arttıkça, depresyon düzeylerinin azaldığını belirtmişlerdir.

Bu çalışmada Anksiyete ölçeği puanı ile kişisel kontrol alt ölçeği arasında negatif yönde, istatistiksel olarak anlamlı olmayan ($p>0,05$) bir ilişki saptanmıştır. Tedavi kontrolü alt ölçeği maddeleri ile anksiyete ölçeği puanı arasında ise negatif yönlü ve anlamlı ($p<0,05$) bir ilişki

olduğu saptanmıştır. Tedavisini kontrol edebildiğine inanan hastaların, anksiyete düzeyleri de azaldığı görülmüştür (Tablo14).

Skinner ve Edgar'ın (2003) diyabetli ergenlerle yaptıkları çalışmada, tedavilerini kontrol edebildiğine inanan hastalar tedaviye daha fazla uyum göstermişler ve beraberinde daha az anksiyete bildirmişlerdir. Murphy ve ark.(1999) romatoidli hastalarla yaptıkları araştırmada hastalığının tedavi edilemeyeceği ve hastalığı üzerinde düşük kontrole sahip olduğu inancında olan hastaların olumsuz baş etme yöntemleri kullandıkları sonuçta da daha fazla depresyona girdikleri belirtilmiştir. Bucks ve Ark. (2009) da 38 kistik fibrozisli ergenlerle yaptığı çalışmada tedavinin gerekliliğine inanmayan hastaların, tedaviye uyumsuzluk gösterdiği ve bu durumun da olumsuz hastalık sonuçlarına yol açtığını bildirmişlerdir.

Hastaların, sonuçlar ve duygusal temsiller alt ölçeğinden aldıkları puan ile depresyon ve anksiyete düzeyleri arasındaki ilişki incelendiğinde; hastalığının olumsuz sonuçlara yol açacağını düşünen ve hastalığın kendisinde yüksek duygusal etki bıraktığını düşünenlerin depresyon ve anksiyete düzeyleri yüksek bulunmuştur (Tablo13, Tablo14) . Kocaman ve ark.(2007) 18 yaş üzeri hastalarla yaptıkları çalışmada, hastalığın sonuçları ve duygusal temsiller ile depresyon düzeyleri arasında pozitif ilişki bulmuşlardır. İki çalışmanın sonuçları birbirini destekler niteliktedir.

Sonuçlar alt ölçeğinde, hastalığın yaşamını çok fazla etkilemediğini düşünen hastaların depresyon ve anksiyete düzeylerinin de düşük olduğu görünmektedir (Tablo13, Tablo14). Armbrust ve ark.(2008) Juvenil idiopatik artritli (JIR) ergenlerle yaptıkları bir araştırmada, hastalıklarının hareketlerini kısıtladığını düşünenlerin, kısıtlamadığını düşünenlere göre daha fazla stres ve anksiyete yaşadıklarını belirtmişlerdir. Skinner ve Edgar'ın (2003), Tip 1 Diyabetli ergenlerle başa çıkma, hastalık temsilleri ve duygusal iyiliği ölçmek amacıyla yaptıkları çalışmada; hastalığın etkisi ne kadar çok algılanırsa; katılımcıların depresyon ve anksiyeteyi daha fazla bildirdiklerini bulmuşlardır. Kronik hastalık ergenin beden görünümü ve fonksiyonlarını etkileyebilmektedir. Ergenlik döneminde beden imajı, özellikle akranları tarafından beğenilme önemlidir. Örneklemin yarısından fazlasını 14–17 yaş grubu (orta ergenlik) oluşturmuştur. Orta ergenlik döneminde ergenin, akranları tarafından gerek giyim, görünüm, gerekse davranışlarının takdir edilmesinin öneminin bu sonucun ortaya çıkmasının nedeni olduğu söylenebilir.

Hastaların, birey olarak hastalığına ilişkin algısı ve değerlendirmeleri; ortaya koyduğu duygusal ve davranışsal tepkileri, baş etme biçimini etkiler. Aynı zamanda hastalık

algısı; hastanın tedaviye uyumunu, psikososyal zorlanma ya da psikiyatrik bozukluk gelişimini belirleyici bir unsurdur (Kocaman, 2007; Groerke, 2004; Taddeo, 2008). Hastalık algısı, son yıllarda sağlık psikolojisi alanında üzerinde en fazla durulan ve araştırma yapılan konulardan biri olmuştur. Leventhal ve arkadaşları bireylerin geçmiş deneyimler ve çevresel kaynaklı bilgiler kullanarak, hastalığının ne olduğu, neden meydana geldiği, ne kadar süreceği ve tedavi edilebilir mi yoksa kontrol altında tutulabilir mi gibi sorularla hastalıklarını anlamaya çalıştıklarını belirtmektedir. Bu kişisel inançların hastalık tehditlerini ya desteklemeye ya da göz ardı etmeye yol açan öz bakım davranışı hakkındaki kararları nasıl etkilediğini anlamaya yönelik Kendini Düzenleme Modeli'ni (SRM) geliştirmişlerdir (Pimm1998).

Hastaların **süre ve süre (döngüsel) alt ölçeklerine verdikleri yanıtlar incelendiğinde;** süre ve süre (döngüsel) alt ölçeği ile depresyon ve anksiyete düzeyleri arasında pozitif yönde, ancak istatistiksel olarak anlamlı olmayan ilişki görülmektedir (Tablo 13, Tablo 14). Hastaların süre alt ölçeği maddelerinden “hastalığım zamanla iyileşecek ve hastalığım kısa sürecek” depresyon ve anksiyete puanı ile negatif yönde ancak istatistiksel olarak anlamlı olmayan bir ilişki saptanmıştır. Hastaların birçoğu üç yıl ve üstü tanı almalarına rağmen “hastalıklarının zamanla iyileşeceklerine” inandıkları ve aynı zamanda da hastalıklarının “muhtemelen geçici olmaktan çok kalıcı” olduğunu düşünmeleri tezatlık göstermektedir. Kronik hastalığı olan bireylerin yaşadığı aşamalara (şok, inkar, öfke, pazarlık) verilen tepkilerden biri olduğu düşünülebilir. Ayrıca hastanede tedavi olmasının hastalığı kontrol ettiğine olan inancının olmasının bu sonucun nedeni olmuş olabilir, ya da dönemsel özellikleriyle ilişkili olduğu düşünülebilir(uzun dönem planlar ve kaygılar ergenliğin son evresinde oluşur). Diğer bir nedende hastalıkları hakkında bilgi eksikliği olabilir. Hastaların çoğu hastalıklarını ismini bilmemekte ve çeşitli nedenlerle gerek sağlık personeli gerekse aileleri durumu açıklamamaktadırlar. Bu yüzden hastaların birçoğu hastalıklarının kısa süreceğini düşünmüş olabilir.

Leventhal'in kendini düzenleme modeli hastaların, hastalıklarının ne olduğu, neden meydana geldiği, ne kadar süreceği ve tedavi edilebilir mi yoksa kontrol altında tutulabilir mi gibi sorularla hastalıklarını anlamaya çalıştıklarını belirtmektedir (Jayne,2001). Hastaların **hastalığı anlama alt ölçeğine verdikleri yanıtlar incelendiğinde;** hastalığı anlama ile depresyon ve anksiyete düzeyleri arasında negatif yönde ve istatistiksel açıdan anlamlı bir

ilişki saptanmıştır. Hastalığı anlayabilme arttıkça, depresyon ve anksiyete düzeylerinin azaldığı görülmektedir (Tablo 13, Tablo 14).

Bu çalışma sonuçlarına göre; ergen hastaların hastalığı anlamaları arttıkça, hastalığı ve tedaviyi kontrol edebildiklerine olan inançları da artmış, hastalık sonuçları hakkında olumsuz algı azalmıştır. Olumsuz hastalık algısına sahip olan ergenlerin, depresyon ve anksiyete düzeylerinin daha yüksek olduğu söylenebilir. Bu çalışma Griva (2000), Skinner (2003), ve Armbrust (2008)' un kronik hastalığı olan ergenlerle yaptıkları çalışma sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir. Bu bulgular kronik hastalığı olan ergenlerin psikososyal problemlerini anlamada hastalık algısının önemini desteklemektedir.

SONUÇ ve ÖNERİLER

Bu bölümde, araştırma sonuçlarının genel bir değerlendirmesi yapılmış ve bu değerlendirmeler sonucunda hem uygulamaya hem de ileride bu alanda yapılacak araştırmalara yönelik öneriler sunulmuştur.

6.1. Sonuçlar

Bu çalışma, kronik hastalığı olan ergenlerin hastalığı algılamaları ile anksiyete ve depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığını belirlemek amacıyla Ege Üniversitesi Çocuk Hastanesinde yatan, kronik hastalığı olan 10-19 yaş arasındaki ergenlerle yapılmıştır.

- Çalışmaya katılan hastaların yaklaşık yarısını kadın, yarısını da erkek hastalar oluşturdu. Hastaların yarısı 16–18 yaş aralığındadır. Hastalık tanıları bakımından incelendiğinde en fazla hematolojik hastalığı olanlar (%32,9), ardından böbrek ve karaciğer hastalığı (%16,4) olanlar oluşturmuştur (Tablo 5).
- **Çocuklar için depresyon ölçeği toplam puan ortalaması** $9,25 \pm 5,22$ olarak bulundu. Hastaların %93,2'sinin düşük depresyon düzeyinde (<19 puan) oldukları belirlenmiştir (Tablo 9).
- **Beck anksiyete ölçeği puan ortalaması** $11,77 \pm 8,84$ olarak bulundu. Hastaların çoğunun düşük anksiyete (00-17puan) düzeyinde olduğu saptanmıştır (Tablo 10).
- **Hastaların olası hastalık nedenlerinin dağılımına bakıldığında**, sırasıyla en fazla puanın duygusal durum maddesinin aldığı saptanmıştır. Sonra sırasıyla vücut dirençlerinin azalmasını, stres ya da endişe ve diyet-yemek alışkanlıklarını, şans ya da kötü talih olarak belirlenmiştir. Hastalar tarafından kaza ya da yaralanma, alkol ve sigara içmenin hastalık nedeni olarak neredeyse görülmediği saptanmıştır (Tablo 6).
- **Hastalık nedenleri ile depresyon ve anksiyete düzeyleri puanı incelendiğinde;** hastalar hastalıklarının olası nedenlerini daha çok psikolojik atıflar(duygusal durumları, kendi davranışları, stres ve endişe vb.) olarak belirtmişlerdir.

Psikolojik atıflarla, depresyon ve anksiyete puanı arasında pozitif yönde, istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Tablo 11, 12).

- **Hastalık hakkındaki görüşler alt ölçeklerinden; tedavi ve kişisel kontrolden aldıkları puanların, depresyon ve anksiyete düzeyleri arasındaki ilişki incelendiğinde;** kişisel kontrol, tedavi kontrolü alt ölçekleri ile depresyon puanı arasında negatif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı olmayan bir ilişki saptanmıştır. Çalışmada anksiyete ölçeği puanı ile kişisel kontrol alt ölçeği arasında negatif yönde, istatistiksel olarak anlamlı olmayan bir ilişki saptanmıştır. Ancak tedavi kontrolü alt ölçeği maddeleri ile anksiyete ölçeği puanı arasında negatif yönlü ve anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. Tedavisinin, hastalığını kontrol edebildiğine inanan hastaların, anksiyete düzeylerinin de azaldığı görülmüştür (Tablo 13, Tablo 14).
- **Sonuçlar ve duygusal temsiller alt ölçeğinden aldıkları puan ile depresyon ve anksiyete düzeyleri arasındaki ilişki incelendiğinde;** hastalığının olumsuz sonuçlara yol açacağını düşünen ve hastalığın kendisinde yüksek duygusal etki bıraktığını düşünenlerin depresyon ve anksiyete düzeyleri yüksek bulunmuştur. **Sonuçlar alt ölçeğinde** hastalığın yaşamını çok fazla etkilemediğini düşünen hastaların depresyon düzeylerinin de düşük olduğu saptanmıştır (Tablo 13, Tablo 14).
- **Hastalığı anlama alt ölçeğine verdikleri yanıtlar incelendiğinde;** hastalığı anlama ile depresyon ve anksiyete düzeyleri arasında negatif yönde ve istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Hastalığı anlayabilme arttıkça, depresyon ve anksiyete düzeylerinin azaldığı görülmüştür (Tablo13, Tablo 14).
- **Süre ve süre(döngüsel) alt ölçeklerine verdikleri yanıtlar imcelendiğinde;** süre ve süre (döngüsel) alt ölçeği ile depresyon ve anksiyete düzeyleri arasında pozitif yönde, ancak istatistiksel olarak anlamlı olmayan ilişki saptanmıştır. Süre ve süre (döngüsel) alt ölçeğinin hastaların depresyon ve anksiyete düzeylerini etkilemediği görülmüştür (Tablo 13, Tablo 14).

6.2.Öneriler

Aşağıda araştırmada elde edilen sonuçlara yönelik önerilere yer verilmiştir.

1- Hastaların hastalığı anlamaları arttıkça, depresyon ve anksiyete düzeylerinin azaldığı görülmektedir. Hemşireler ergenlerin hastalığa yönelik olumsuz algılamalarını değiştirmek için, ekiple işbirliği yaparak, ergeni içinde bulunduğu gelişim dönemi ve duygu durumunu göz önüne alarak tanı, tedavi, tedavinin etki ve yan etkileri hakkında bilgilendirmelidirler. Bu yaklaşım ergenin hastalığı ile ilgili korku ve endişenin azaltılması yönünden önemlidir.

2-Hastaların hastalık nedenlerini daha çok içsel faktörlere bağladıkları görülmektedir. İçsel faktörlere bağlayan hastaların anksiyete ve depresyon düzeyleri daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca hastalığının olumsuz sonuçlara yol açacağını düşünen ve hastalığın kendisinde yüksek duygusal etki bıraktığını düşünenlerin de depresyon ve anksiyete düzeyleri yüksek bulunmuştur.

Hemşireler hastaların hastalığa verdiği tepkileri değerlendirmelidirler. Ergenlerin kronik hastalığa verdikleri tepkilerin, hastalık deneyimlerine atfettikleri inanış ve anlamlardan kaynaklandığının farkında olmaları gerekir. Bu amaçla hemşireler, ergeni kendi hastalığı ile ilgili düşünce ve endişelerini tanımlaması konusunda, konuşmaya cesaretlendirmelidirler (örneğin: ergenin hastalığı hakkında ne bildiğinin belirlenmesi). Ergen bireyin hastalığı nasıl algıladığı, baş etme biçimlerini, tedaviye uyumunu, dolayısıyla hastalığın sonuçlarını (iyileşmesi/ kötüye gitmesi) etkiler. Hemşireler, Leventhal'in Kendini Düzenleme Modelini kullanarak hastalık algı değerlendirmesini hastaneye yatışının ilk günlerinde yaparak durumu tanımlayabilirler. Böylece hastaların olumsuz hastalık algılamasını yeniden yapılandırabilir ve olası anksiyete ve depresyon gibi pek çok psikososyal problemlerin önüne geçebilirler.

3-Daha geniş örneklemede, farklı kültürlerde ve hastalığa özel hastalık algısını ölçen yeni çalışmalar yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- 1-Abalı O, Tüzün Ü, Gürkan K.Çocuk psikiyatrisi konsültasyonlarının değerlendirilmesi. Genel Tıp Dergisi,2006;16(3): 121-124
- 2-Abd-Allah. Psychological aspects of childhood chronic diseases.National Research Centre,2005;1-32
- 3- Acehan O.Hipertansiyon kontrolünde hastalık algısı ve grup görüşmelerinin etkisi. Uzmanlık tezi, Adana:2010;32–35
- 4-Akgül A.Tıbbi araştırmalarda istatistiksel analiz teknikleri ‘SPSS uygulamaları’.3.Baskı. Ankara, Emek Ofset,2005; 382-90
- 5- Armay Z.Hastalık Algı Ölçeğinin Geçerlilik Ve Güvenilirlik Çalışması. Yüksek lisans Tezi, İstanbul: 2006; 6–16
- 6- Armay Z,Özkan M,Kocaman N,Özkan S.Hastalık algısı ölçeğinin kanser hastalarında Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. Klinik Psikiyatri,2007;10.192–200
- 7- Armbrust et al. Illness representation in adolescents with juvenile idiopathic arthritis. 15th Paediatric Rheumatology European Society (PreS) Congress London, UK,2008:1
- 8- Bardavit M. Kişilik yapılarının-stresi değerlendirme, stresle başa çıkma yaklaşımları, algılanan stres ve iş doyumunu üzerinde olan etkisinin karşılaştırmalı olarak incelenmesi. Yüksek lisans tezi,İstanbul: 2007; 8-10
- 9- Baysal ZB. Çocukluk Çağındaki Kronik Hastalıkların Psikososyal Etkileri. Psikiyatri Bülteni,1993;2(3):127–130
- 10- Berzonsky M D.Theories of Adolescence. Adams G(eds), Adolescent Development:The Essential Reading, Oxford, Blackwell publishers, 2000; 11-28
- 11- Bilgiç ve ark. Bir grup epilepsili çocukta depresyon ve anksiyete belirti düzeyi ve ilişkili faktörler. Türk Psikiyatri Dergisi, 2006;17(3):165-172
- 12- Boice MM. Chronic Illness in Adolescence.Adolescence(1998) Elde edilme tarihi; Şubat 2, 2010 , <http://www.questia.com>
- 13- Bucks et al. Adherence to treatment in adolescents with cystic fibrosis:the role of illness perceptions and treatment beliefs. Journal of Pediatric Psychology, 2009; 34(8): 893–902

- 14- Committee on Children with Disabilities and Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health .Psychosocial risks of chronic health conditions in childhood and adolescence. American Academy of Pediatrics,1993; 92: 876-878.
- 15- Çavuşoğlu H. Depression in children with cancer. Journal of Pediatric Nursing ,2001;16(5):380-385
- 16- Çavuşoğlu H. Kronik hastalığı olan çocuk. Çocuk Sağlığı Hemşireliği, Ankara, Genişletilmiş 8.baskı, 2004;71–90
- 17- Çevik Y, Ersoy Özcan B, Çicekoğlu P, Kuzu A, Kocaman Yıldırım N, Ünsal G. Tüberküloz Hastalarının Hastalık Algısı ile Kişilik Özellikleri ve Kontrol Odağı İnançları Arasındaki İlişki. III. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi Özet Kitabı. 2009;154–155.
- 18- Çuhadaroğlu-Çetin F. Ergenlikte psikososyal gelişim. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi I. Ulusal Adolesan Sağlığı Kongresi Konuşma Metinleri, 2006: 40-45.
- 19- Derman O. Ergenlerde psikososyal gelişim. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Adolesan Sağlığı III Sempozyum Dizisi, 2008;63:19-21
- 20- Ekşi A.Yeni bir yan dal: çocuk ve ergen liyezon psikiyatrisi. Ege Psikiyatri sürekli Yayınları,1997; 2: 519-533
- 21- Emiroğlu N, Aras Ş, Yalın Ş, Doğan Ö, Akay A. Yatan hastalar için istenen çocuk ve ergen psikiyatrisi konsültasyonların değerlendirilmesi. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2009; 10:217-225
- 22-Erdoğan A, Karaman MG. Kronik hastalığı olan çocuk ve ergenlerde ruhsal sorunların tanınması ve yönetilmesi. Anadolu Psikiyatri Dergisi,2008;9:244-52
- 23- Fettahoğlu EÇ, Koparan C, Özatalay E,Türkkahraman D. İnsüline bağımlı diyabetes mellitus tanılı çocuk ve ergenlerde gözlenen ruhsal güçlükler. Türkiye’de Psikiyatri ,2007; 9(1): 32-36
- 24- Forero R, Bauman A, Young L, et al. Asthma, health behaviors, social adjustment, and psychosomatic symptoms in adolescence. J Asthma,1996;33:157–64.
- 25- Grey M, Whittemore R, Taborlane W. Depression in type 1 diabetes in children: Naturel history and correlates. Journal of Psychosomatic Research,2002; 53(4):907-11

- 26- Griva K, Myers LB, Newman S. Illness perceptions and self efficacy beliefs in adolescents and young adults with insulin dependent diabetes mellitus. *Psychology and Health*, 2000;15:733-750
- 27- Groarke A, Curtis R, Coughlan R, Gsel A. The role of perceived and actual disease status in adjustment to rheumatoid arthritis. *Rheumatology*, 2004;43:1142–1149
- 28- Gonzales et al. Depression and diabetes treatment nonadherence: a meta-analysis. *Diabetes Care*, 2008; 31(12):2398-2403
- 29- Goubert et al. The role of acceptance in psychological functioning in adolescents with cystic fibrosis: A preliminary study. *Psychology and Health*. 2008; 23(5): 629–63
- 30- Hagger M.S, Orbell S. A meta-analytic review of the common-sense model of illness representations. *Psychology & Health*, 2003;18:141–184
- 31- Hale ED, Treharne GJ, Kitas GD. The Common-Sense Model of self-regulation of health and illness: how can we use it to understand and respond to our patients' needs?. *Rheumatology*, 2007;46(6):904-906
- 32- Hood et al. Depressive symptoms in children and adolescents with type 1 diabetes. *Diabetes Care*, 2006;29:1389-91
- 33- Horne R, Weinman J. Self-regulation and self-management in asthma: exploring the role of illness perceptions and treatment beliefs in explaining non-adherence to preventive medication. *Psychology and Health*, 2002; 17(1) :17–32
- 34- Jayne RL, Rankin SH. Application of Leventhal's self-regulation model to Chinese immigrants with type 2 diabetes. *Journal of Nursing Scholarship*, 2001; 33(1):53-59
- 35- Johnson, J.E. Self-regulation theory and coping with physical illness. *Research in Nursing & Health*, 1999; 22: 435–448
- 36- Katon et al. The prevalence of DSM-IV anxiety and depressive disorders in youth with asthma compared with controls. *Journal of Adolescent Health*, 2007; 41: 455-63
- 37- Kayahan M, Sertbaş G. Dahili ve cerrahi kliniklerde yatan hastalarda anksiyete-depresyon düzeyleri ile stresle başa çıkma tarzları arasındaki ilişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2007; 8: 52–61
- 38- Kayış A. Kanser hastalarının hastalık algısı ve umutsuzluk düzeyleri. *Yüksek Lisans Tezi, İstanbul*; 2009:13-16

- 39- Kocaman N, Özkan M, Armay Z, Özkan S. Hastalık algısı ölçeğinin Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*,2007; 8:271-80
- 40- Kocaman N. Hastaların psikososyal tepkilerini etkileyen faktörler. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2008; 11: 101–12
- 41- Koç A. Gelişim psikolojisi açısından ergenlik dönemi ve genel özellikleri. *Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 2004;17:231–256
- 42- Kovacs M, Goldston D, Obrosky DS, Bonar LK. Psychiatric disorders in youths with IDDM: rates and risk factors. *Diabetes Care*,1997; 20:36-44
- 43- Lau-Walker M. Predicting self-efficacy using illness perception components: A patient survey. *British Journal of Health Psychology* ,2006; 11: 643–661
- 44- Lavigne J, Faier-Routman J. Psychological adjustment of children and adolescents with chronic arthritis: A Meta Analytic Review. *Journal of Pediatric Psychology*,2003;28(1):29-39
- 45- Law GU, Kelly TP, Huey D, Summerbell C. Self-management and well-being in adolescents with diabetes mellitus: do illness representations play a regulatory role? *Journal Of Adolescent Health* ,2002;31:381–385
- 46- Lawrence SN, Sara S, Mari R. Psychosocial development in normal adolescents. In: Seigafuse S, Shaw R, editors. *Handbook of adolescent health care*. 6th edition. Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkins; 2009. p. 14-16.
- 47- Lawson VL, Lyne PA, Bundy C, Harvey JN. The role of illness perceptions, coping and evaluation in care-seeking among people with type 1 diabetes. *Psychology and Health*, 2007; 22(2): 175–191
- 48- Leventhal H, Leventhal EA, Contrada RJ. Selfregulation, health and behaviour: A perceptualcognitivie approach. *Psychol Health* 1998;13:717-734.
- 49- Leventhal H, Benyamini Y, Brownlee S, Diefenbach MA, Leventhal EA, Patrick-Miller L, et al. Illness representations: Theoretical foundations. KJ Petrie, J Weinman (eds), *Perceptions of Health and Illness: Current Research and Applications*, Amsterdam, Harwood Academic Publishers, Second Printing 1998 , p.19-45.
- 50- Lubkin LM, Larsen PD. *Chronic illness: impact and intervention*, 7 th edition, copright by Jones and Bartlett Publishers, LLC, 2009;4-6
- 51- Lynn R. *Adolescent health: a multidisciplinary approach to theory, research, and intervention*. California, Sage Publications, 2005; 3-5

- 52-Matzlou W,et al. Evaluating depression in a sample of children and adolescents with cancer in Greece, *International Nursing Review*, 2008; 55: 314–319
- 53- Miauton L, Narring F,Michaud PA. Chronic illness, life style and emotional health in adolescence:results of a cross-sectional survey on the health of 15-20-year-olds in Switzerland. *Eur J Pediatr*, 2003; 162: 682–689
- 54- Murphy H, Dickens C, Creed F, Bernstein R. Depression,illness perception and coping in rheumatoid arthritis. *Journal of Psychosomatic Research*,1999;46(2):155–164
- 55- O'Dougherty M,& Brown R. The stress of childhood illness. In: L Arnold (Ed.), *Childhood stress*, Newyork: John Wiley & Sons ,1990 ; 325-349
- 56- Önal, EA.(nd.) Kronik Hastalıkların Epidemiyolojisi. Elde edilme tarihi Kasım 12, 2009, <http://www.publichealth.pitt.edu/supercoursePPT/4011-5001/4141>
- 57- Öy B: Çocuklar için depresyon ölçeği: Geçerlilik ve güvenirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi* ,1991; 2: 132-136.
- 58-Özgüven HD, Tuncer HT.Uyum bozukluğu. *Kriz Dergisi*, 1997; 5(2):87-94
- 59- Özkan S. Psiko-Onkoloji.Hastalık Algısı ve Kanser. İstanbul. 2007;59-70.
- 60- Petricek et al. Illness Perception and Cardiovascular Risk Factors in Patients with Type 2 Diabetes: Cross-sectional Questionnaire Study. *Croat Med J*. 2009; 50: 583-93
- 61- Petrie KJ, Jago LA, Devcich DA. The role of illness perceptions in patients with medical conditions. *Curr Opin Psychiatry*, 2007;20(2):163-167
- 62- Pimm TJ, Weinman J.Applying Leventhal's Self Regulation Model to adaptation and intervention in rheumatic disease. *Clin Psychol Psychother* ,1998;5: 62-75
- 63- Rutter C, Rutter D. İllness representation, coping and outcome in irritable bowel syndrome (ibs). *British Journal of Health Psychology* ,2002;7: 377–391
- 64- Seigel W, et al. Depression, self-esteem and life events in adolescents with chronic disease.*Journal of Adolescent Health Care*, 1990; 11: 501–4.
- 65 -Scharloo M, et al.İllness perceptions, coping and functioning in patients with rhematoid arthritis, chronic obstructive pulmonary disease and psoriasis. *Journal of Psychosomatic Research*, 1998; 44(5):573–585
- 66- Skinner TC, Edgar KA. Illness Representations and Coping as Predictors of Emotional Well-being in Adolescents with Type 1 Diabetes. *Journal of Pediatric Psychology*,2003;28(7):485–493

- 67- Smith MS, Martin-Herz SP, Womack WM, Marsigan JL. Comparative study of anxiety, depression, somatization, functional disability, and illness attribution in adolescents with chronic fatigue or migraine. *Pediatrics*, 2003;111:376-81
- 68- Stewart et al. Depressive symptoms predict hospitalization for adolescents with type 1 diabetes mellitus. *Pediatrics*, 2005;115:1315-19
- 69- Suris JC, Michaud PA, Akre C, Sawyer SM. Health risk behaviors in adolescents with chronic conditions. *Pediatrics*, 2008; 122: 1113-18
- 70- Taddeo D, Egedy M, Frappier Y. Adherence to treatment in adolescents. *Paediatr Child Health* ,2008;13(1):19-24.
- 71-Turgay A,Çocukluk döneminde duygudurum bozuklukları ve intihar, In:Güleç C,Köroğlu E, ed.Psikiyatri Temel Kitabı,I.baskı, Ankara:Nobel Tıp Kitabevleri;1998, p.1177-1193
- 72- Türk Dil Kurumu. Elde edilme tarihi Kasım 12, 2009 www.tdk.gov.tr
- 73- Ulusoy M, Sahin NH, Erkmén H. Turkish version of the Beck Anxiety Inventory: psychometric properties. *J Cognitive Psychother* ,1998;12:163-72.
- 74- Von EL, Enskar K, Kreuger A, Larsson B,et al. Self-esteem, depression and anxiety among Swedish children and adolescents on and off cancer treatment. *Acta Paediatr* , 2000;89(2):229-236
- 75- Wilgen CP, Ittersum WM, Kaptein A, Wijhe M. Illness perceptions in patients with fibromyalgia and their relationship to quality of life and catastrophizing. *Arthritis & Rheumatism*,2008;58(11): 3618–3626
- 76- World Health Organization(WHO).Michaud PA, Suris SC, Viner R.The adolescent with a chronic condition epidemiology, developmental issues and health care provision,2007;2–44
- 77- Woodgate R. Adolescent's perspectives of chronic illness:It's hard. *Journal of Pediatric Nursing* ,1998; 13:210-223
- 78- Zashikhina A, Hagglof B. Mental health in adolescents with chronic physical illness versus controls in Northern Russia. *Acta Paediatrica*, 2007 ;96: 890–896

EK I

HASTALIK ALGISI ÖLÇEĞİ

İsim Soyad:

Adres Bilgileri:

Yaşı:

Cinsiyet:

Telefon:

Tıbbi Tanı:

Eğitim Durumu:

Hastalık tanısı konulduktan sonra geçen süre:

HASTALIĞINIZ HAKKINDA SİZİN GÖRÜŞLERİNİZ

Aşağıda hastalığınızın başlangıcından bu yana yaşadığınız belirtilerin bir listesi verilmiştir. Lütfen var olanlarda evet olmayanlarda hayır seçeneğini yuvarlak içine alınız. Ayrıca, bu belirtilerin hastalığınızla ilgili olup olmadığı hakkındaki düşüncenizi aynı şekilde daire içine alarak belirtiniz.

	<i>Hastalığının başlangıcından bu yana bu belirtiyi yaşadım</i>		<i>Bu belirti hastalığımla ilgili</i>	
	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Ağrı	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Boğazda yanma	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Bulantı	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Soluk almada güçlük	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Kilo kaybı	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Yorgunluk	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Eklem sertliği	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Gözlerde yanma	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Hırıltılı soluma	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Baş ağrıları	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Mide yakınmaları	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Uyku güçlükleri	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Sersemlik hissi	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Güç kaybı	Evet	Hayır	Evet	Hayır

Şu anki hastalığınızla ilgili görüşlerinizi öğrenmek istiyoruz. Her bir cümleyi okuyup katılıp katılmadığınızla ilgili düşüncenizi uygun kutuya (X) işareti koyunuz.

1: Kesinlikle böyle düşünmüyorum

4. Böyle düşünüyorum

2. Böyle düşünmüyorum

5. Kesinlikle böyle düşünüyorum

3. Kararsızım

HASTALIK HAKKINDAKİ GÖRÜŞLER	1	2	3	4	5
1. Hastalığım kısa sürecek					
2. Hastalığım muhtemelen geçici olmaktan çok kalıcı					
3. Bu hastalık uzun sürecek					
4. Bu hastalık çabuk geçecek					
5. Yaşamımın geri kalan süresini bu hastalıkla geçireceğimi düşünüyorum					
6. Ciddi bir hastalığım var					
7. Hastalığımın yaşamımın üzerinde ciddi etkileri var					
8. Hastalığım yaşamımı çok fazla etkilemiyor					
9. Hastalığım diğer insanların bana bakış açılarını ciddi olarak etkiliyor					
10. Hastalığımın ciddi maddi sonuçları var					
11. Hastalığım yakınlarıma da zorluk yaratıyor					
12. Belirtilerimi kontrol etmek için yapabileceğim çok şey var					
13. Yaptığım şeyler hastalığımın iyiye ya da kötüye gidişinde belirleyici olabilir					
14. Hastalığımın seyri bana bağlı					
15. Yaptığım hiçbir şey hastalığımı etkileyemez					
16. Hastalığımı etkileyebilme gücüm var					
17. Yaptıklarım hastalığımın sonucunu etkilemeyecek					
18. Hastalığım zamanla iyileşecek					
19. Hastalığımın iyileşmesi için yapılabilecek çok az şey var					
20. Tedavim hastalığımı iyileşmesinde etkili olacak					
21. Hastalığımın olumsuz etkileri tedavim ile ortadan kalkabilir					
22. Tedavim hastalığımı kontrol edebilir					
23. Benim durumuma hiçbir şey yardım edemez					
24. Hastalığımın belirtileri beni şaşırtıyor					
25. Hastalığım bana anlamsız geliyor					
26. Hastalığımı anlamıyorum					
27. Hastalığıma hiçbir anlam veremiyorum					
28. Hastalığımı gayet net anlayabiliyorum					
29. Hastalığımın belirtileri güden güne farklılık gösteriyor					
30. Hastalığımın belirtileri bazen var bazen yok					
31. Hastalığım önceden bilinemez (öngörülemez)					
32. Hastalığımın daha iyi olduğu ve daha kötü olduğu dönemleri oluyor					
33. Hastalığımı düşündüğüm zaman çökkün oluyorum					
34. Hastalığımı düşündüğüm zaman üzgün oluyorum					
35. Hastalığım beni öfkeli yapıyor					
36. Hastalığım beni endişelendirmiyor					
37. Bu hastalık beni kaygılandırıyor					
38. Hastalığım beni korkutuyor					

HASTALIĞIMIN NEDENLERİ

Sizce hastalığınızın nedeni nedir? Herkes farklı olduğu için bu sorunun doğru bir cevabı yoktur. Aşağıda hastalığınızın olası nedenlerinin bir listesi verilmiştir. Lütfen her bir nedeni okuyup o nedenin hastalığınıza yol açıp açmadığı ile ilgili düşüncenizi uygun kutuya (X) işareti koyarak belirtiniz.

1. Kesinlikle böyle düşünmüyorum

4. Böyle düşünüyorum

2. Böyle düşünmüyorum

5. Kesinlikle böyle düşünüyorum

3. Kararsızım

OLASI NEDENLER	1	2	3	4	5
Stres ya da endişe					
Kalıtıl (ırsi)					
Bir mikrop ya da virüs					
Diyet -yemek alışkanlıkları					
Şans ya da kötü talih					
Geçmişimdeki kötü tıbbi bakım					
Çevre kirliliği					
Kendi davranışım					
Benim tutumum, örneğin yaşamım hakkında olumsuz düşünmem					
Aile problemleri					
Aşırı çalışma					
Duygusal durumum, örneğin; kendimi kötü, yalnız, gergin ya da boşlukta hissetmem					
Yaşlanma					
Alkol					
Sigara içme					
Kaza ya da yaralanma					
Kişilik özelliklerim					
Vücut direncimin azalması					

Lütfen aşağıya hastalığınıza neden olduğunu düşündüğünüz üç faktörü önem sırasına göre yazınız. Yukarıdaki tablodan seçebilirsiniz ya da sizin düşündüğünüz nedenleri yazabilirsiniz.

Bana göre hastalığıma yol açan en önemli nedenler:

1.

2.

3.

EK II

ÇOCUKLAR İÇİN DEPRESYON ÖLÇEĞİ (ÇDÖ)

Aşağıda gruplar halinde bazı cümleler yazılıdır. Her gruptaki cümleleri dikkatlice okuyunuz. Her grup içinden, bugün de 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 düşünürüm.

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 beraber olmaktan hoşlanmam.
2. Hiçbir zaman insanlarla beraber 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.

O-

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 başarımlarım 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 ocuklar kadar iyiyim.

V-

0. Kimse beni sevmez.
1. Beni seven insanların olup olmadığından emin değilim.
2. Beni seven insanların olduğundan eminim.

Y-

0. Bana söylenenini genellikle yaparım.
1. Bana söylenenini çoğu zaman yaparım.
2. Bana söylenenini hiçbir zaman yapmam.

Z-

0. İnsanlarla iyi geçinirim.
1. İnsanlarla sık sık kavga ederim.
2. İnsanlarla her zaman kavga ederim.

EK III .

BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ

Aşağıda insanların kaygılı yada endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin **BUGÜN DAHİL SON BİR HAFTADIR** sizi ne kadar rahatsız ettiğini uygun seçeneği seçerek belirleyiniz.

1) Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma				
2) Sıcak / ateş basmaları				
3) Bacaklarda halsizlik, titreme				
4) Gevşeyememe				
5) Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6) Baş dönmesi veya sersemlik				
7)Kalp çarpıntısı				
8) Dengeyi kaybetme korkusu				
9) Dehşete kapılma				
10) Sinirlilik				
11) Boğuluyormuş gibi olma duygusu				
12) Ellerde titreme				
13) Titreklilik				
14) Kontrolü kaybetme korkusu				
15) Nefes almada güçlük				
16) Ölüm korkusu				
17) Korkuya kapılma				
18) Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19) Baygınlık				
20) Yüzün kızarması				
21) Terleme (sıcaklığa bağlı olamayan)				

hiç
Orta
hafif
ciddi

EK IV

BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU

Bu katıldığınız çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı “**kronik hastalığı olan ergenlerin hastalığı algılamasının anksiyete ve depresyona etkisinin incelenmesi**” dir.

Bu araştırmanın amacı, " **kronik hastalığı olan ergenlerin hastalığı algılamasının anksiyete ve depresyona etkisinin incelenmesidir**". Bu çalışmada size anket formu kullanılarak uygulanacaktır. Bu çalışmada yer almanız için öngörülen süre 15-20 dakika olup, çalışmada yer alacak gönüllülerin sayısıkişidir.

Bu çalışma ile ilgili olarak sizin sorumluluğunuz doğru bilgi vermedir. Bu çalışma sizin için risk taşımaz ve herhangi bir rahatsızlık yaratması söz konusu değildir. Araştırmanın sizin için beklenen yararları sağlık çalışanlarına bilgi sağlamadır. Çalışma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, için **0506 496 5131 no.lu telefondan Tülün Liman' a** başvurabilirsiniz.

Bu çalışmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır. Bu çalışmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Çalışmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada çalışmadan ayrılabilirsiniz; bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel duruma yol açmayacaktır. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da çalıştırıcı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizinle ilgili tıbbi veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir.

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve çalışma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz.

Açıklamaları yapan araştırmacının,

Adı-Soyadı: Tülün Liman

Görevi: Yüksek lisans öğrencisi

Adresi: : Ege üniversitesi hemşirelik loj. No:12 Bornova/ İzmir

Tel.-Faks: 0506 496 5131

Tarih ve İmza: 20.10.2009

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

Gönüllünün,

Adı-Soyadı:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

Velayet veya vesayet altında bulunanlar için veli veya vasinin,

Adı-Soyadı:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

EK V

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel (Invaziv) Olmayan Klinik Araştırmalar Değerlendirme Komisyonu

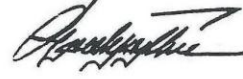
Sayı: 30
Konu: Karar hk.

8.6.2010

Prof.Dr.Besti ÜSTÜN
Tülin LİMAN

Kurulumuz tarafından 02.06.2010 tarih ve 58-İOÇ/2010 protokol numaralı “Kronik hastalığı olan ergenlerin hastalığı algılamaları ile anksiyete ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişki” konulu araştırmanıza ilişkin Komisyonumuz kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.



Prof.Dr.Ayşegül YILDIZ
Başkan

Ek 1. Komisyon Kararı.

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR DEĞERLENDİRME KOMİSYONU KARARI

ETİK KOMİSYONUN ADI	DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR DEĞERLENDİRME KOMİSYONU
AÇIK ADRES	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 1. Kat İnciraltı-İZMİR
TELEFON	0 232 412 22 54-0 232 412 22 58
FAKS	0 232 412 22 43
E-POSTA	etikkurul@deu.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	DOSYA NO:	58 -İOÇ
	ARAŞTIRMA	UZMANLIK TEZİ <input type="checkbox"/> AKADEMİK AMAÇLI <input checked="" type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Kronik hastalığı olan ergenlerin hastalığı algılamaları ile anksiyete ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişki
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	-
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI ve UZMANLIK ALANI	Prof.Dr.Besti ÜSTÜN Tülün LİMAN
	ARAŞTIRMA MERKEZİ ve AÇIK ADRESİ	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hemşirelik Yüksekokulu İnciraltı-İZMİR 35340
	DESTEKLEYİCİ VE AÇIK ADRESİ	-
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ VE ADRESİ	-
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/> TEK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	Mevcut		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMA İLE İLGİLİ LİTERATÜR	Mevcut		Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input checked="" type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	Mevcut		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU	Mevcut		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2010/03-11	Tarih:02.06.2010
	Prof.Dr.Besti ÜSTÜN'ün proje yöneticisi olduğu Tülün LİMAN sorumluluğunda yapılması tasarlanan "Kronik hastalığı olan ergenlerin hastalığı algulamaları ile anksiyete ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişki" isimli klinik araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmannın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, çalışmanın gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.	

ETİK KURUL BİLGİLERİ

ÇALIŞMA ESASI	DEU Girişimsel (İnvaziv) Olmayan Klinik Araştırmaları Değerlendirme Komisyonu Yönergesi, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
----------------------	---

ETİK KURUL ÜYELERİ

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsi yet	Araştırma ile ilişkili mi?		İmza
Prof. Dr. Ayşegül YILDIZ (Başkan)	Psikiyatri	DEU Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Dr.Ecz.İskender İNCE (Başkan yardımcısı)	Eczacı	Ege Üniversitesi ARGEFAR	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Osman AÇIKGÖZ	Fizyoloji	DEU Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Ph.D..Z.Candan ALGUN	Ph.D.Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEU Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Ph.D.Zuhal BAHAR	Ph.D. Yüksek Hemşire	DEU Tıp Fakültesi Hemşirelik Yüksekokulu	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Ece BÖBER	Pediyatrik Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Nuray DUMAN	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Derya ERÇAL	Genetik	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Genetik Anabilim Dalı	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Banu ÖNVURAL	Biyokimya	DEU Tıp Fakültesi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Nejat SARIOSMANOĞLU	Kalp Damar Cerrahisi	DEU Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Ömer Selahattin TOPALAK	İç Hastalıkları	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Hülya ELLİDOKUZ	Halk Sağlığı	DEU Onkoloji Enstitüsü Prevanatif Onkoloji Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Mukaddes GÜNELİ	Farmakoloji	DEU Tıp Fakültesi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç Dr.Yeşim ÖZTÜRK	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Av. Tayfun OZANKAYA	Hukuk	Serbest	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
İhsan ÇELİKDEMİR	Sağlık mensubu olmayan üye	75. Yıl Özel İlköğretim Okulu Müdür Yrd.	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	

EK VI

ÖZGEÇMİŞ

Uyruğu: T.C.

Adı: TÖLÖN

Soyadı: LİMAN

Cinsiyet: Bayan

Doğum Tarihi: 11.08.1978

Doğum Yeri: Mainz

Medeni Hali: Bekar

Eğitim Bilgileri

Lise: Çanakkale Sağlık Meslek Lisesi,(1992-1996)

Lisans : Kocaeli Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu (1996-2000)

Yüksek Lisans: Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği
2008-devam ediyor

Yabancı Dil

İngilizce: iyi

Kullanılan Programlar

MS Office Programları (word, pover point) ; SPSS

Katıldığı Kurs\Seminer ve Kongreler:

- Psikososyal Beceri Eğitim Co-terapistlik sertifikası, (Kocaeli Üniversitesi Gündüz hastanesi) 2003–2005
- 41.Ulusal Psikiyatri Kongresi, Erzurum, 15-20 Kasım 2005
- II.Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi, İstanbul ,28-30 Nisan 2008,
- III. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi, Akçakoca Belediyesi, 4-6 Haziran 2009
- “Yatan Hasta Grup Terapisi Uygulama Teknikleri” Akçakoca Belediyesi, 4-6 Haziran 2009
- 20. Ulusal Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kongresi, Bodrum, 25-28 Nisan 2010
- IV: Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi, Samsun, 24-26 Haziran 2010
- “Sanatın Psikoterapideki Yeri: Vaka ve Kişisel Deneyim” Samsun, 24-26 Haziran 2010

Üye Olduğu Dernekler:

- Türk Hemşireler Derneği(Ege Üniversitesi Genel Kurul Üyeliği,2009-devam ediyor)
- Psikiyatri Hemşireler Derneği
- İzmit Bizim Bahçe Şizofreni Yakınları Derneği

Çalışma Deneyimleri:

Kocaeli Üniversitesi Tıp fakültesi –Göğüs Kalp Damar Hemşireliği, 2000-2003

Kocaeli Üniversitesi Tıp fakültesi –Psikiyatri Hemşireliği, 2003-2006

Kocaeli Üniversitesi Gündüz Hastanesi- Co-terapist, 2003-2005

Ege Üniversitesi Çocuk Hastanesi- Çocuk Hemşireliği, 2006- devam ediyor

İletişim Bilgileri

E-mail Adresi:tln_liman@yahoo.com

Cep Telefonu:+90 (0506) 4965131

Adres: Ege Üniversitesi Hemşire Lojmanları, Bornova/ İzmir

TÜLÜN LİMAN