



**T.C
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ PROGRAMI**

**ONKOLOJİ VE HEMATOLOJİ BİRİMİNDE YATAN
VE AYAKTA TEDAVİ GÖREN ADOLESANLARIN
RUHSAL İŞLEYİŞ, ANKSİYETE VE DEPRESYON
DÜZEYLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**Hazırlayan
Kübra Simge TÜNE**

**Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Burcu TÜRK**

İstanbul 2020

**T.C
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ PROGRAMI**

**ONKOLOJİ VE HEMATOLOJİ BİRİMİNDE YATAN
VE AYAKTA TEDAVİ GÖREN ADOLESANLARIN
RUHSAL İŞLEYİŞ, ANKSİYETE VE DEPRESYON
DÜZEYLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**Hazırlayan
Kübra Simge TÜNE**

**Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Burcu TÜRK**

İstanbul 2020

ONKOLOJİ VE HEMATOLOJİ BİRİMİNDE YATAN VE AYAKTA TEDAVİ GÖREN ADOLESANLARIN RUHSAL İŞLEYİŞ, ANKSİYETE VE DEPRESYON DÜZEYLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

ORIJINALLIK RAPORU

% 12	% 10	% 3	% 6
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	istanbulsaglik.gov.tr İnternet Kaynağı	% 1
2	earsiv.atauni.edu.tr İnternet Kaynağı	% 1
3	hdl.handle.net İnternet Kaynağı	% 1
4	www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	% 1
5	dergipark.org.tr İnternet Kaynağı	% 1
6	Submitted to Beykent Universitesi Öğrenci Ödevi	% 1
7	www.nurayyalcinkaya.com İnternet Kaynağı	% 1
8	dinpsikoloji.wordpress.com	

27/07/2020

TEZ ETİK BEYANI

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “Onkoloji ve Hematoloji Biriminde Yatan ve Ayakta Tedavi Gören Adolesanların Ruhsal İşleyiş, Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin Karşılaştırılması” başlıklı bu çalışmayı baştan sona kadar danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Burcu TÜRK’ün sorumluluğunda tamamladığımı, verileri kendim topladığımı, analizleri ilgili programlarda yaptığımı, başka kaynaklardan aldığım bilgileri metinde ve kaynakçada eksiksiz olarak gösterdiğimi, çalışma sürecinde bilimsel araştırma ve etik kurallara uygun olarak davrandığımı ve aksinin ortaya çıkması durumunda her türlü yasal sonucu kabul ettiğimi beyan ederim.

Kübra Simge TÜNE

ÖNSÖZ

Öncelikle lisans ve yüksek lisans eğitimlerim boyunca bilgi ve tecrübelerini esirgemeyen tüm Haliç Üniversitesi akademisyenlerine, özellikle çalışmalarımı destekleyen ve her zaman yanımda olup bana yol gösteren danışmanım Dr. Öğretim Üyesi Burcu TÜRK'e minnet ve teşekkürlerimi sunarım.

Sonrasında bana benden daha çok güvenen, desteğini her zaman yanımda hissettiğim Okan GÜREL'e teşekkürlerimi sunuyorum.

Ve son olarak bu güne kadar bana sundukları tüm emekler için aileme sonsuz teşekkür ederim.

İyi ki varsınız...

Temmuz, 2020

Kübra Simge TÜNE

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
TEZ ETİK BEYANI.....	i
ÖNSÖZ	ii
İÇİNDEKİLER.....	iii
KISALTMALAR	vi
ÇİZELGELER.....	vii
ÖZET	viii
ABSTRACT.....	x
1. GİRİŞ.....	1
1.1. Araştırmanın Amacı.....	2
1.2. Araştırmanın Önemi	3
1.3. Araştırmanın Hipotezleri	3
1.4. Araştırmanın Varsayımları	3
1.5. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	4
2. LİTERATÜR ARAŞTIRMASI	5
2.1. Kanser	5
2.1.1. Kanserin Sınıflandırılması	5
2.1.2. Risk Faktörleri	6
2.1.3. Kanser İstatistikleri	7
2.1.4. Türkiye’de Kanser İstatistikleri	7
2.2. Pediatrik Kanser.....	8
2.2.1. Etiyoloji ve Risk Faktörleri.....	9
2.2.2. Pediatrik Kanser Türleri ve Yaygınlık.....	10
2.2.3. Türkiye’de Pediatrik Kanser Yaygınlığı	12
2.3. Tedavi Yöntemleri.....	12
2.4. Kanser Psikolojisi.....	14
2.5. Kanser ve Psikopatoloji.....	16

2.6. Kanserın Yaşam Kalitesi ve İşlevsellığe Etkisi.....	17
2.6.1. Çocukluk Çağı Kanser Tanısı Alan Bireylerde Psikolojik Belirtiler.....	17
2.6.2. Pediatrik Kanser Vakalarında Depresyon ve Anksiyete.....	18
2.7. Depresyon Kavramı.....	22
2.7.1. Depresyon Sebepleri.....	24
2.8. Anksiyete.....	25
2.8.1. Anksiyetenin Klinik Özellikleri.....	25
2.9. Projektif Testler.....	26
2.9.1. Rorschach Testinin Tarihçesi.....	28
2.9.2. Rorschach Testinin Metot ve Teknikleri.....	28
2.9.3. Projektif Yöntemlere İlişkin Görüşler.....	29
2.9.4. Projektif Testler ve Psikopatoloji	30
2.9.5. Rorschach Testinin Çocuklarda Uygulanması	31
3. YÖNTEM	33
3.1. Araştırmanın Modeli.....	33
3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	33
3.3. Veri Toplama Yöntemi ve Araçları.....	33
3.3.1. Sosyodemografik Bilgi Formu.....	34
3.3.2. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği	34
3.3.3. Rorschach Testi.....	35
3.4. Verilerin Analizi.....	36
4. BULGULAR.....	37
4.1. Sosyodemografik Değişkenlere İlişkin Analiz ve İstatistikler.....	37
4.2. HAD Ölçeğine Yönelik Bulgular.....	39
4.3. Rorschach Testine Yönelik Bulgular ve İçerik Analizi.....	41
4.4. Rorschach Testinde Kodlanmayan Malzeme ve Dil Yapısı.....	46
5. TARTIŞMA	47
6. SONUÇLAR	55
7. ÖNERİLER	57
8. KAYNAKLAR	58
9. EKLER.....	66
EK 1: Sosyodemografik Bilgi Formu.....	67
EK 2: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD)	68
EK 3: Rorschach Testi Örnek Psikogram.....	70

EK 4: Haliç Üniversitesi Etik Kurul İzni.....	74
EK 5: İstanbul Üniversitesi Onkoloji Enstitüsü Anket Çalışma İzni.....	76
EK 6: İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk Onkoloji ve Hematoloji Birimi Anket Çalışma İzni	78
EK 7: Rorschach Testi Uygulayabilme Yeterliliği.....	81
10. ÖZGEÇMİŞ.....	82

KISALTMALAR

ALL	: Akut Lenfoblastik Lösemi
AML	: Akut Myeloid Lösemi
Ark	: Arkadaşları
DSM-5	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Ruhsal Hastalıkların Tanısal ve İstatiksel El Kitabı 5)
HAD	: Hastane Anksiyete ve Depresyon
IARC	: Uluslararası Kansere Ajansı
MMPI	: Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri
M.Ö.	: Milattan Önce
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
TAT	: Tematik Algı Testi
Vb.	: Ve benzeri

ÇİZELGELER

Sayfa No

Çizelge 4.1.1 Yatarak ve Ayaktan Tedavi Gören Bireylerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımları.....	37
Çizelge 4.2.1 Tedavi Şekline Göre HAD Ölçeği Depresyon Alt Puanlarına Ait Betimleyici İstatistikler ve Mann-Whitnet U Testi Sonuçları	39
Çizelge 4.2.2 Tedavi Şekline Göre HAD Ölçeği Anksiyete Alt Puanlarına Ait Betimleyici İstatistikler ve Mann-Whitnet U Testi Sonuçları.....	40
Çizelge 4.2.3 Tedavi Süresi, HAD Depresyon ve HAD Anksiyete Puanları Arasındaki İlişki.....	40
Çizelge 4.3.1 Tedavi Şekline Göre Depresif Duygudurum Düzeylerini Ölçen Rorschach Yanıtlarına Ait Betimleyici İstatistikler ve Mann-Whitney U Testi Sonuçları.....	41
Çizelge 4.3.2 Tedavi Şekline Göre Kaygı ve Ketlenme Düzeylerini Ölçen Rorschach Yanıtlarına Ait Betimleyici İstatistikler ve Mann-Whitney U Testi Sonuçları.....	43

ÖZET

ONKOLOJİ VE HEMATOLOJİ BİRİMİNDE YATAN VE AYAKTA TEDAVİ GÖREN ADOLESANLARIN RUHSAL İŞLEYİŞ, ANKSİYETE VE DEPRESYON DÜZEYLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Bu çalışmanın amacı, onkoloji ve hematoloji biriminde yatarak ve ayakta tedavi gören 14-17 yaş arası adolesanların ruhsal işleyişleri, anksiyete ve depresyon düzeylerinin belirlenerek karşılaştırılması, bulunan bu sonuçlar çerçevesinde bilimsel literatüre katkıda bulunmaktadır. Çalışmanın örneklemini İstanbul Üniversitesi Onkoloji Enstitüsü, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk Onkoloji ve Hematoloji birimlerinde 16 yatarak ve 16 ayakta tedavi gören olmak üzere 32 hastadan oluşturulmuştur. Hastalara Sosyodemografik Bilgi Formuyla beraber Hastane Anksiyete ve Depresyon (HAD) Ölçeği ve Rorschach Testi uygulanmıştır. Araştırmanın sonucunda, Onkoloji ve Hematoloji servisinde yatarak tedavi gören adolesanların depresyon ve anksiyete puan ortalamaları ayakta tedavi gören adolesanlardan istatistiksel olarak anlamlı derece yüksektir. Yatarak tedavi gören adolesanların tedavi süresi ile depresyon arasında, tedavi süresi ile anksiyete arasında ve depresyon ile anksiyeteleri arasında pozitif ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır. Ayakta tedavi gören adolesanların tedavi süresi ile depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmazken, tedavi süresi ile anksiyete arasında ve depresyon ile anksiyeteleri arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır. Depresif duygudurum ve kaygı ve ketlenme düzeylerini ölçmek için Rorschach testi uygulanmıştır. Yatarak tedavi görenlerin $\Sigma C'$ yanıtları ayakta tedavi görenlerden istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek iken ΣC yanıtları ayakta tedavi görenlerden ise istatistiksel olarak anlamlı derecede düşüktür. Yatarak tedavi görenlerin ΣE , Şok ve Red yanıtları ayakta tedavi görenlerden istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir. Yatarak tedavi görenlerin Clob yanıtları ayakta tedavi görenlerden istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek

değildir. Genel olarak yatarak tedavi gören adolesanların depresif duygudurum ve kaygı ve ketlenme düzeylerini ölçen Rorschach Testi yanıtları ayaktan tedavi gören adolesanlardan daha yüksektir.

Anahtar Kelimeler: Kanser, Adolesan, Depresyon, Anksiyete, Ruhsal İşleyiş

ABSTRACT

COMPARISON OF THE MENTAL FUNCTIONS, ANXIETY AND DEPRESSION LEVELS OF THE INPATIENT AND OUTPATIENT ADOLESCENTS IN THE ONCOLOGY AND HEMATOLOGY UNITS

The purpose of the study is to determine and compare the mental functions, anxiety and depreciation levels of the inpatient and outpatient adolescents between 14 and 17 ages in the oncology and hematology units, and to contribute to the scientific literature within the framework of these results. The sample of the study was consisted of 32 patients who were 16 inpatient and 16 outpatients in the Istanbul University Oncology Institute, Istanbul University Cerrahpaşa Medical Faculty Hospital Pediatric Oncology and Hematology units. The Hospital Anxiety and Depression (HAD) Scale and Rorschach Test were applied to the patients with the Sociodemographic Information Form. As a result of the study, the average depression and anxiety scores of adolescents who received inpatient treatment in Oncology and Hematology services are significantly higher than the average score of outpatients statistically. There is a positive and statistically significant relationship between the period of treatment and depression, period of treatment and anxiety, depression and anxiety of inpatients. While there is no useful relationship between the period of treatment of adolescents who received outpatient treatment and depression, there is a significant relationship between the period of treatment with anxiety and depression with anxiety in positive way statistically. The Rorschach test is applied to measure the depressive mood and anxiety and inhibition levels. While the average $\Sigma C'$ response of inpatients is significantly higher than outpatients statistically, the average ΣC response is significantly lower than outpatients statistically. The average ΣE , Σ ok and Red response of the inpatients are statistically higher than ones of the outpatients at a significant level. The average Clob response of the inpatients are not statistically higher than ones of the outpatients

at a significant level. In general, the responses of the Rorschach Test, which measures depressive mood and anxiety and inhibition levels of inpatient adolescents, are higher than adolescents receiving outpatient treatment.

Keywords: Cancer, Adolescent, Depression, Anxiety, Mental Function

1. GİRİŞ

Bütün hastalıkların içerisinde kanserin çok ayrı bir yeri vardır (Kayır, 2014). Kanser, bütün ülkelerde en sık görülen ve her yaştaki bireyin sağlığını olumsuz derecede tehdit eden hastalıklardan biridir. Malign tümörler olarak da bilinen kanser, vücutta bir dokunun anormal bir şekilde çoğalmasıyla ortaya çıkan ve çıktığı dokuyu harap ederek çevredeki dokulara da yayılabilen kötü huylu bir hastalıktır (El-Metwally, 2009; Kanserli Çocuklara Umut Vakfı, 2000). Uluslararası Kanser Ajansı (IARC)'nın 2012 yılında yayınladığı Globocan verilerinde Dünya genelinde 14,1 milyon bireye kanser tanısının konulduğu ve 8,2 milyon bireyin ise kanser nedeniyle öldüğü belirtilmiştir. Yine Uluslararası Kanser Ajansı'nın verilerinde dünya nüfusunun yaşlanmasıyla birlikte 2025 yılında yeni kanser tanısı konulmuş bireylerin toplam 19,3 milyon olacağı ifade edilmiştir (Şentürk ve ark., 2018).

Değişen doğal denge ve sosyal yapının beraberinde getirmiş olduğu sağlıksız beslenme, zararlı alışkanlıklar, stresli yaşam tarzı doğrultusunda günümüzde sıkça karşılaşılan bir hastalık türü olan kanser tıbbi bir hastalık olmakla birlikte kişinin yaşamını oldukça olumsuz yönde etkileyen, çaresizlik ve belirsizlikler içeren, ağrılar ve acılar içinde ölümü çağrıştıran, kişiye acı veren, kaygı yaratan ve daha birçok sorunu kapsayan ne zaman sona ereceği belli olmayan bir olgudur (Alacacıoğlu, 2007; Ocaktan ve ark, 2004; Şahin, 2015; Yıldırım, 2003). Birey kanser tanısı aldığı anda, yaşamın geri kalanını da bu kanser tanısı ile devam etmek zorunda kalmaktadır. Kanser tanısının konulması bireyin zihinsel ve ruhsal uyumunu daha da bozarak, bireyi ve ailesini fiziksel, psikolojik, sosyal, ekonomik vb. her alanda etkileyebilmektedir. Bireylerde karar alma bunalımları, değişime ayak uydurma baskısı, çevresel uyum sağlama ve bireyin yeterlilik düzeyini aşan durumlarla karşılaşması sonucunda psikolojik rahatsızlıklar baş göstermektedir. (Ocaktan ve ark, 2004; Şayan, 2010; Yıldırım, 2011). Kişi her ne kadar hastalıktan kurtulmuş ve iyileşmiş olsa bile kanser tanısı yönünden devamlı bir şekilde incelenip

testler ile izlem altında tutulmaktadır (Karakaş, 2007). Kanser hastaları hastalığının tedavisi için en önemli kararları verirken bir yandan da duygularını, kaygı düzeylerini kontrol etmek için uğraşırlar. (Kayır, 2014).

Kanser hastalığı, çocukluk döneminde de erişkin dönemde olduğu kadar sık rastlanmaktadır ve çocukluk çağı kanserleri ise ülkemizde dördüncü sıklıkta ölüm nedeni olan hastalıktır (Adaletli, 2009; Yılmaz, 2014). Kanserli çocuklarda psikososyal sorunlar diğer yaş dönemlerine göre ergenlik döneminde daha fazla görülmektedir çünkü ergenlik döneminin başlı başına gelişimsel bir kriz dönemi olması ve kanser gibi kronik bir hastalığın bu döneme eşlik etmesi birçok psikolojik problemlerin kaynağını oluşturmaktadır (Yılmaz, 2014). Son yıllarda çocukluk çağı kanser hastalığı tedavilerinde önemli ilerlemeler kaydedilmiştir ama bu tedaviler sırasında istenmeyen etkilerde görülmektedir. Çocuklarda kanser hastalığının tedavisine bağlı mide bulantıları, kusma, iştah kaybı, saç dökülmeleri, cilt problemleri, uykusuzluk, ağrı, halsizlik ve yorgunluk gibi sorunlar onlara ağır bir yük oluşturmaktadır (Adaletli, 2009; Yıldırım, 2011).

Pediyatrik Kanser, beraberinde gelen uzun ve yıpratıcı tedavi süreçleri sebebiyle ve hastanede uzun süre kalmayı gerektirecek ciddiyette seyredebilmektedir. Bu durum çocuklar için, sosyal hayatına uyumda zorlukları beraberinde getirmektedir. Tedavisi dolayısıyla okulundan ve arkadaşlarından uzak kalan çocuklar için sonrasında yeni koşullara uyum sağlamak zorlayıcı olmaktadır (Zeltzer ve ark, 2009). Son yıllarda iyileşme oranlarının giderek arttığı pediyatrik kanser olgusunda, sürecin getirdiği zor aşamaların çocuk ve ergenlerin psikolojik iyi oluş düzeyleri üzerinde önemli etkileri bulunmaktadır. Yaşamış oldukları hastalığın ve tedavinin etkisi sebebiyle çocuk ve ergenlerde davranış sorunları, depresyon ve anksiyete gibi psikopatolojiler görülebilmektedir (Pitman ve ark, 2018).

2.1. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmada çocuk onkoloji ve hematoloji biriminde yatarak ve ayakta tedavi gören 14-17 yaş arası ergenlerin ruhsal işleyişleri, anksiyete ve depresyon düzeylerinin belirlenerek karşılaştırılması amaçlanmaktadır.

1.2. Araştırmanın Önemi

Çocukluk ve ergenlik dönemi, gelişimsel dönem itibariyle bireylerin yaşamlarının ilerleyen dönemlerini etkileyebilecek düzeyde kritik aşamaları içermektedir. Kanseri hem bireyleri hem de yakınlarını pek çok yönden olumsuz etkileyen ve günümüzde giderek yaygınlaşan bir sağlık sorunu olmasının yanı sıra, çocukluk veya ergenlik dönemindeki kanser vakaları hem gelişimsel dönemin getirdiği özellikler hem de rahatsızlığın kişilerde ve yakınlarında yol açabilecek fiziksel, duygusal ve psikolojik sıkıntılarla beraberinde getirmektedir. Bu çalışmada elde edilecek sonuçların, onkoloji veya hematoloji servisinde tedavi gören ergenlerin psikolojik işlevselliklerinin incelenmesi bakımından ve uygun tedavi yöntemlerine etkin psikososyal müdahalelerin eklenmesi bakımından önemli katkıları olduğu düşünülmektedir.

1.3. Araştırmanın Hipotezleri

Araştırma kapsamında yanıtlanması ve test edilmesi gereken araştırma hipotezleri aşağıdaki gibidir:

1. Onkoloji ve hematoloji servisinde yatarak tedavi gören adolesanların depresyon ve anksiyete düzeyleri ayaktan tedavi gören adolesanlara göre daha yüksektir.
2. Onkoloji ve hematoloji servisinde yatarak tedavi gören adolesanların Rorschach testindeki depresif duygudurumuna karşılık gelen yanıtları daha fazladır.
3. Onkoloji ve hematoloji servisinde yatarak tedavi gören adolesanların Rorschach testindeki kaygı ve ketlenmeye karşılık gelen yanıtları daha fazladır.
4. Tedavi süresi arttıkça onkoloji ve hematoloji servisinde tedavi gören adolesanların depresyon ve anksiyete düzeyleri artmaktadır.

1.4. Araştırmanın Varsayımları

Araştırmanın varsayımları aşağıdaki gibidir:

1. Çalışmada belirlenen örneklem sayısının evreni temsil edebilirlik bakımından yeterli olduğu varsayılmaktadır.
2. Araştırmada bulguları elde etmek için kullanılan ölçüm araçlarının değişkenleri ölçmesi bakımından geçerli ve güvenilir araçlar olduğu varsayılmaktadır.

3. Araştırmada bulguları elde etmek için kullanılan veri analiz yöntemlerinin geçerli ve güvenilir olduğu varsayılmaktadır.

1.5. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın sınırlılıkları aşağıdaki gibidir:

1. Çalışma İstanbul Üniversitesi Onkoloji Enstitüsü, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi ocuk Onkoloji ve Hematoloji birimlerinde tedavi gören ve kanser tanısı almış 14-17 yaş arası bireylerle sınırlandırılmıştır.
2. Araştırmada elde edilen bulgular, kullanılan ölçüm araçlarının içerdiği soru maddeleriyle sınırlıdır.
3. Araştırmada objektif ve projektif testlerden elde edilen sonuçlar, katılımcıların vermiş olduğu ve kendileri için doğru olduğu varsayılan yanıtlarla sınırlıdır.
4. Araştırmada elde edilen bulgular, kullanılan veri analiz yöntemleri ile sınırlıdır.

2. LİTERATÜR ARAŞTIRMASI

Bu bölümde, kanser, pediatrik kanser, risk faktörleri, epidemiyolojisi, tedavi yöntemleri, psikososyal sonuçları, psikopatoloji ile ilişkisi, projektif testler ve uygulama yöntemlerine ilişkin teorik çerçeve ve ilgili literatür yer almaktadır.

2.1. Kanser

Bütün hastalıkların içerisinde kanserin çok ayrı bir yeri vardır (Kayır, 2014). Kanser, bütün ülkelerde en sık görülen ve her yaştaki bireyin sağlığını olumsuz derecede tehdit eden hastalıklardan biridir. (Şentürk ve ark., 2018).

Malign tümörler olarak da bilinen kanser, vücutta bir dokunun anormal bir şekilde çoğalmasıyla ortaya çıkan ve çıktığı dokuyu harap ederek çevredeki dokulara da yayılabilen kötü huylu bir hastalıktır (El-Metwally, 2009; Kanserli Çocuklara Umut Vakfı, 2000).

Kanser hücrelerinin özellikleri arasında ilk olarak tümörler şeklinde kendisini göstermesi yer alır. Bu tümörler kötü huylu olarak tanımlanır. İyi huylu tümörlerin özelliği ise sağlıklı doku üzerinde bulunan ve işlev sorunlarına yol açmayan türde olmasıdır. Kötü huylu tümörler, sağlıklı dokuya zarar vererek işlev sorunlarına yol açan ve diğer dokulara yayılma özelliği bulunmaktadır. Ayrıca, iyi huylu tümörlere kıyasla, kötü huylu tümörlerde hücreler daha hızlı çoğalmakta ve daha uzun sürede hayatta kalmaktadırlar (Ruddon, 1995).

2.1.1. Kanser Sınıflandırılması

Kanserle ilişkilendirilen tümörler, karsinom, lösemi, lenfoma ve sarkom şeklinde sınıflandırılmaktadır. Karsinomlar, kanser türlerinin %80'ini

oluşturmaktadır. Deri, kolon, meme, akciğer ve prostat kanserleri karsinomlara örnek gösterilebilir. Lösemi ve lenfoma ise kanser vakalarının %9'unu oluşturmaktadır ve hematopoetik kanser hücrelerinden kaynaklı olarak ortaya çıkmaktadır. Sarkom ise kanser vakalarının %1'ini oluşturmaktadır ve mezodermal dokuda ortaya çıkmaktadır (örn. Kıkırdak, yağ ve kemik dokusu gibi). Lösemi ve lenfomadan farklı olarak karsinom ve sarkom, kitle oluşturan türde olan kötü huylu tümörlerdir. Lösemi ve lenfoma ise sıvı tümörler olarak bilinmektedir (El-Metwally, 2009).

2.1.2. Risk Faktörleri

Kanser oluşumuna yol açan farklı risk faktörleri olmak üzere, genel olarak iç ve dış risk faktörleri olarak değerlendirilmektedir. Endojen (iç) faktörler olarak, kişilerin yaşı, bağışıklık sistemi, genetik, metabolizma, oksidatif stres, radyasyon, karsinojenik mikroorganizmalar ve tümör tetikleyiciler yer almaktadır. Söz konusu faktörler kişilerin genetik alt yapısı ile sağlanan DNA onarma mekanizmaları ve bağışıklık sistemi tarafından bertaraf edilebilmektedir. Bu yüzden, kanser oluşumu hem iç hem de dış faktörlerin birleşimi olarak değerlendirilmektedir (WHO, 2008).

Kanserin dış risk faktörleri, fiziksel, kimyasal ve biyolojik risk faktörleri olarak ayrılmaktadır. Güneş ışınları, X-ray gibi radyasyona maruz kalma gibi unsurlar fiziksel risk faktörleri olarak değerlendirilebilir. Biyolojik ve kimyasal risk faktörleri arasında ise kişilerde görülen Hepatit B ve C virüsleri ile HPV virüsü örnek gösterilebilir (WHO, 2008).

Çevresel ve genetik risk faktörleri olarak ele alınabilecek durumlar ise sağlığı riske atan davranışların aynı zamanda kanser oluşumunda risk faktörü olabileceğiyle ilgilidir. Örneğin, sigara kullanımı ve bağımlılık bozukluğu akciğer kanseri riskini arttıran önemli bir davranışsal bağımlılıktır. Akciğer kanseri olgularının %82'sinin sigara kullanımından kaynaklı olduğu saptanmıştır. Sigara kullanımı yalnızca akciğer kanseri için risk faktörü oluşturmamaktadır. Aynı zamanda böbrek, karaciğer ve pankreas kanserinin risk faktörleri arasında sigara kullanımı yer almaktadır. Ayrıca, meme kanseri ve çocukluk çağı lösemi olgularıyla yapılan çalışmalarda sigara kullanımının ilişkili faktör olduğu saptanmıştır (Leon ve ark, 2015). Aynı şekilde, alkol kullanımının sindirim ve solunum sistemi kanserleriyle ilişkisi olduğu

saptanmıştır.

Alkol ve sigara kullanımının dışında, günlük hayattaki alışkanlıkların kanser için risk faktörü oluşturabileceği öne sürülmektedir. Sağlıksız beslenme ve fiziksel aktivitenin az olmasının kanser oluşumunda risk faktörü olduğu belirtilmektedir (Leon ve ark, 2015).

2.1.3. Kanser İstatistikleri

Kanser, bütün ülkelerde en sık görülen ve her yaştaki bireyin sağlığını olumsuz derecede tehdit eden hastalıklardan biridir. Uluslararası Kanser Ajansı (IARC)'nın 2012 yılında yayınladığı Globocan verilerinde Dünya genelinde 14,1 milyon bireye kanser tanısının konulduğu ve 8,2 milyon bireyin ise kanser nedeniyle öldüğü belirtilmiştir. Yine Uluslararası Kanser Ajansı'nın verilerinde dünya nüfusunun yaşlanmasıyla birlikte 2025 yılında yeni kanser tanısı konulmuş bireylerin toplam 19,3 milyon olacağı ifade edilmiştir (Şentürk ve ark., 2018).

Kanser türlerine göre yaygınlık incelendiğinde, en yaygın tiplerin akciğer ve meme kanseri olduğu görülmektedir. Hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde en yaygın kanser türleri olarak bilinen kanser tiplerinden yaklaşık 1.3 milyon yeni akciğer kanseri vakası olarak erkeklerde ve yaklaşık 1.7 milyon meme kanseri vakası olarak kadınlarda saptanmıştır. Gelişmiş ülkelerde, kadınların akciğer kanseri yaygınlığı oranı, meme kanseri yaygınlığına göre daha fazladır. Gelişmekte olan ülkelerde meme kanseri yaygınlığının daha fazla olduğu saptanmıştır. Diğer yaygın kanser tipleri ise karaciğer, mide ve kolon kanserleri olarak belirtilmiştir (WHO, 2008).

2.1.4 Türkiye’de Kanser İstatistikleri

Türkiye’de kanser yaygınlığı ABD ve Avrupa ülkelerine kıyasla daha düşük olmakla birlikte, dünya ortalamasının üzerindedir. Türkiye’de en yaygın olan kanser tipleri diğer ülkelerdeki insidansla benzerlik göstermektedir. Erkeklerde 100.000 kişi üzerinden 52.5 oranında akciğer kanseri ilk sırada yer almaktadır. İkinci sırada ise 32,9 oranında prostat kanseri yer almaktadır. Diğer kanser türleri, erkeklerde

yaygınlık sırasına göre kolorektal, mesane, mide, Non-Hodgkin lenfoma, böbrek, larink, tiroid ve beyin, sinir sistemi kanserleridir. Kadınlardaki yaygınlık ise ilk sırada meme kanseri olarak bildirilmiştir. Meme kanseri, 100.000 kişiye 43,0 oranındadır. İkinci sırada ise tiroid kanseri yer almaktadır. Diğer kanser türleri ise kadınlarda yaygınlığı bakımından sırasıyla kolorektal, uterus korpusu, akciğer, mide, over, Non-Hodgkin lenfoma, beyin, sinir sistemi ve uterus serviksi şeklinde belirtilmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2014).

2.2. Pediatrik Kanser

Kanser, her yaş grubu için ölüm riskinin bulunduğu ve dünya çapında yaygınlığı giderek artan bir rahatsızlık olması sebebiyle günümüzün birincil sağlık sorunu olarak tanımlanmaktadır. Çocukluk çağında da kanser vakaları görülmekle birlikte ABD’de doğumdan 14 yaşına kadar olan döneme kadar 1,190 çocuğun kanser sebebiyle hayatını kaybedebileceği ifade edilmektedir. Bununla birlikte, 1975’ten 2016 yılına kadar, pediatrik kanser vakaları sebebiyle ölümlerin oranı %65 oranında düşüş göstermiştir. Çocukluk çağı kanser türleri arasında en yaygın görülenler ise lösemi, beyin ve sinir sistemi tümörleri ve lenfomadır (Bhatia ve ark, 2015; Eiser ve Morse, 2001).

Dünya Sağlık Örgütü tarafından 2006 yılında yayınlanan ve 15 yaş altı bireylerde başlıca ölüm sebeplerinin listelendiği tabloda kanser ikinci sırada yer almaktadır (WHO, 2006). Dünya çapında, 15 yaş altı çocuklarda yılda yaklaşık 160,000 yeni kanser vakasının görüldüğü raporlanmıştır.

Çocukluk çağı kanser tedavisi yetişkinlerden farklı seyrir izlemektedir. Özellikle kanserin türüne göre değişkenlik göstermekle birlikte erişkin kanser vakalarında olduğu gibi, kemoterapi, radyoterapi, kök hücre nakli ve cerrahi müdahale yöntemleri yer almaktadır. Bununla birlikte, kanser tedavisinde en etkili yöntemi bulabilmek adına klinik araştırmaların da öneminin oldukça fazla olduğu ifade edilmektedir (Eiser ve Morse, 2001; Ritt-Olson ve ark, 2018).

2.2.1.Etiyoloji ve Risk Faktörleri

Çocukluk dönemi kanser vakalarının oluşumundaki risk faktörlerinin erişkinlerden farklı olduğu bilinmektedir. Erişkinlerde yaşam tarzına ilişkin faktörler (örn. Aşırı kilolu olmak, sağlıksız beslenmek, fiziksel aktivitenin az olması, sigara ve alkol kullanımı gibi) kanser oluşumunun tetikleyicileri olarak bilinmektedir. Bu tür alışkanlıkların ve durumların uzun zaman sürmesiyle erişkinlerde kanser vakalarının görülmesi söz konusu olabilmektedir; fakat çocuklarda kanser vakalarının risk faktörlerinin farklı olduğu bilinmektedir. Çocuklarda kanser oluşumunu etkileyen çevresel ve genetik faktörlerin olduğu ifade edilmektedir (Eiser ve ark, 2005).

Çevresel faktörler, sayıca az olmakla birlikte, bazı kanser vakalarında radyasyona maruz kalmanın kanser oluşumunda tetikleyici olduğu ifade edilmektedir. Bazı çalışmalarda, ailenin alışkanlıklarına maruz kalan çocuklarda bazı kanser türlerinin görüldüğü öne sürülmüştür. Örneğin, ailede sigara kullanımının olması sebebiyle çocuklarda kanser görülme riskinin arttığı belirtilmiştir. Bununla birlikte, bu bağlantının netleştirilmesi adına ileri çalışma yapılması gerekliliği vurgulanmıştır (Brinkman ve ark, 2018).

Son yıllarda, araştırmacılar kanser hücrelerinin oluşumunda hangi DNA değişimlerinin etkisi olduğunu incelemektedirler. Genetik özelliklerin yer aldığı kimyasal olan DNA'nın içerdiği genlerin bazıları hücrelerin büyümesi, yeni hücrelerin oluşması ve hücre ölümüne yol açtığı bilinmektedir. Hücrelerin büyümesi, bölünmesi ve canlı kalmasına yol açan genler "onkogenler"; hücre bölünmesini engelleyen ve doğru zamanda hücre ölümünün gerçekleşmesini sağlayan genler ise "tümör baskılayıcı genler" olarak bilinmektedir. Çocukluk çağı kanserinde özellikle onkogenlerin aktif olması tümör baskılayıcı genlerin pasif konumda olmasıyla ortaya çıkmaktadır (Kassam ve ark, 2018).

Çocukluk çağı kanser vakalarında, aileden kaynaklı olan DNA değişimleri (mutasyonları) kanser oluşumunda risk faktörü olarak görülmektedir. Bu değişimler, her çocuğun vücudundaki hücrelerde yer almakla birlikte, bazı genler neticesinde kanser görülme riski, bazılarında ise diğer sağlıkla ilgili ya da gelişimsel rahatsızlıklar görülebilmektedir (Eiser, 2004; Kassam ve ark, 2018).

DNA değişimleri, çocukluk çağı kanser vakalarında yalnızca aileden gelen genler sebebiyle ortaya çıkmamaktadır. Doğum öncesi itibariyle başlayan ve çocuğun hayatı boyunca devam eden hücre bölünmesinden kaynaklı olarak ortaya çıkabilecek hatalı bölünmelerden kaynaklı değişimler sebebiyle de kanser görülebilmektedir. Tek bir hücreyle başlayan ve bölünen hücrenin dönüşmüş olması ve çoğalması sebebiyle kanser görülebilmektedir. Çocukluk döneminin hızlı gelişim evrelerini barındırması sebebiyle hücre bölünmesi hızlı bir biçimde gerçekleşmekte ve sürecin her zaman hatasız olmamasından kaynaklı olarak kanser için risk faktörü oluşturmaktadır (Eiser, 2004; Kassam ve ark, 2018).

2.2.2. Pediatrik Kanser Türleri ve Yaygınlık

Çocukluk ve ergenlik dönemi kanser vakalarının türlerine göre değerlendirildiğinde, 20 yaş öncesinde görülen bir çok kanser türü bulunduğu belirtilmiştir. Kanser türleri, hayatta kalma oranları ve yaygınlıkları aşağıdaki gibidir:

Lösemi: Çocukluk döneminde görülen en yaygın kanser türüdür. Lösemi yani kan kanseri, kan hücrelerinin vücutta anormal bir şekilde çoğalmasıyla ortaya çıkan ve diğer dokulara da yayılarak harap edebilen bir hastalıktır. Çocuklarda görülen kanser vakalarının yaklaşık %28'ini oluşturmaktadır. Lösemi Çocukluk çağı Lösemi vakaları en çok iki türde incelenmektedir. Akut Lenfoblastik Lösemi (ALL), Lösemi vakalarının yaklaşık dörtte üçünü oluşturmaktadır. Diğerisi ise Akut Myeloid Lösemi (AML) olarak bilinmektedir. ALL tüm yaş gruplarında görülmekle birlikte en yaygın olarak 2-6 yaş arasında görülmektedir. ALL vakalarında hayatta kalma oranı ise son beş yılda %79 oranında artış göstermiştir. AML vakaları ise çocuklarda her yaş grubunda görülmekle birlikte son beş yılda hayatta kalma oranı %41 artış göstermiştir (American Cancer Society, 2018; Kanserli Çocuklara Umut Vakfı, 2000; Vetsch ve ark, 2018)

Beyin ve Omurilik Tümörleri: Çocukluk döneminde görülen en yaygın ikinci kanser türüdür. Çocukluk dönemi kanser vakalarının %26'sını oluşturur. Beyin tümörleri beyindeki anormal hücrelerin çoğalması sonucu oluşan kitlelerdir. Bu kitlelerin bazıları iyi huylu bazıları ise kötü huylu kitleler olabilmektedir. Omurilik

tümörleri ise çocuklarda beyin tümörleri vakalarından daha az görülmektedir (American Cancer Society, 2018; Kanserli Çocuklara Umut Vakfı, 2000).

Nöroblastom: Vücudun her yerinde ortaya çıkabilen kötü huylu bir tümördür. Çocukluk döneminde görülen kanser türünün %6'sını oluşturur. Nöroblastom kanser vakalarının çoğu ilk iki yaştaki çocuklarda gelişir ve 10 yaş üstü çocuklarda nadir görülür (American Cancer Society, 2018; Kanserli Çocuklara Umut Vakfı, 2000).

Wilms Tümörü: Nefroblastom yani wilms tümörü her iki böbreğin birinde veya nadiren başlayan kötü huylu bir tümördür. Çocukluk döneminde görülen kanser vakalarının %6'sını oluşturur ve çoğu zaman 3-4 yaş arası çocuklarda bulunur (American Cancer Society, 2018; Kanserli Çocuklara Umut Vakfı, 2000).

Lenfoma: Çocukluk çağı kanserler vakalarının %16'sını oluşturan lenfoma, lenfatik sistemde görülen kanser türüdür. Lenfoma kanserinin Hodgkin lenfoma ve Hodgkin dışı lenfoma adlı iki ana türü vardır (American Cancer Society, 2018; Kanserli Çocuklara Umut Vakfı, 2000).

Yumuşak Doku Sarkomları: Çocukluk çağı kanser vakalarının %6-7'sini oluşturan yumuşak doku sarkomları, vücudumuzda kaslar, bağ dokusuları, eklem çevresi dokuları, damarlar gibi yumuşak dokularda çıkan kötü huylu tümörlerdir (American Cancer Society, 2018; Kanserli Çocuklara Umut Vakfı, 2000).

Retinoblastom: Göz kanseri yani retinoblastom retinada görülen kötü huylu bir tümördür ve çocukluk çağı kanser vakalarının yaklaşık olarak %2'sini oluşturur (American Cancer Society, 2018; Kanserli Çocuklara Umut Vakfı, 2000).

Kemik Tümörleri: Kemiklerden kaynaklı tümörlerdir ve çocukluk çağı kanser vakalarının yaklaşık olarak %3'ünü oluşturlar. Osteosarkom, Ewing Sarkom ve Kondrosarkom olmak üzere üç türü vardır (American Cancer Society, 2018; Kanserli Çocuklara Umut Vakfı, 2000).

Germ Hücreli Tümör: Çocukluk çağı kanser vakalarının %3'ünü oluşturan germ hücreli tümörler, üremeyi sağlayan hücrelerin vücutta başka bölgelere giderek kanser

oluşturmasıdır (Kanserli Çocuklara Umut Vakfı, 2000).

Karaciğer Tümörü: Çocukluk çağı kanser vakalarının %1-3'sini oluştururlar ve karaciğerden kaynaklanan kötü huylu tümörlerdir (Kanserli Çocuklara Umut Vakfı, 2000).

2.2.3. Türkiye’de Pediatrik Kanser Yaygınlığı

T.C. Sağlık Bakanlığı 2014 yılı kanser istatistikleri verileri kapsamında çocukluk çağı kanserlerinin türü ve yaygınlığı verileri elde edilmiştir. Sonuçlar doğrultusunda, 0-14 yaş erkek çocuklarında en yaygın kanser türü, kanser vakaları arasında %36,5 oranında en başta lösemi şeklinde belirtilmiştir. İkinci sırada ise %18,2 oranında merkezi sinir sistemi tümörleri yer almaktadır. %15,7 oranında lenfoma, %5,0 nöroblastoma, %4,6 kemik tümörleri, %4,5 yumuşak doku sarkomları, %3,8 malign epitelyal/melanom, %3,6 germ hücreli tümörler, %3,1 renal tümörler ve %1 retinablastom yer almaktadır. 0-14 yaş kız çocuklarında ise %34,1 oranında lösemi, %18,9 oranında merkezi sinir sistemi tümörleri, %10,8 oranında lenfoma, %6,9 oranında malign epitelyal/melanom, %6 oranında nöroblastoma, %5,6 yumuşak doku sarkomları, %5 renal tümörler, %4,4 oranında kemik tümörleri, %4 oranında germ hücreli tümörler ve %1,5 oranında hepatik tümörler yaygın olarak saptanmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2014).

2.3. Tedavi Yöntemleri

Pediatrik Kanser vakalarında, erişkin kanser vakalarıyla benzer protokollerin işlendiği görülmektedir. Çocukluk ve ergenlik dönemi kanser tedavisinde yaygın olarak kullanılan yöntemler aşağıdaki gibidir:

Cerrahi Müdahale: Kanserli ya da kanserli olmayan tümörlerin cerrahi müdahale ile alınması işlemi olarak tanımlanmaktadır. Çoğu pediatrik kanser vakalarında, tedavi aşamaları arasında malign tümörlerin alınması için cerrahi müdahale gerekmektedir. Cerrahi müdahalede amaç, tüm tümörü almak ya da sağlıklı doku üzerinde kanserli hücre bırakmamaktadır. Cerrahi müdahale sonrasında tercih edilen tedaviler ise kemoterapi ve radyoterapi olmaktadır (Eiser ve Morse, 2001).

Kemoterapi: Kansere hücrelerini yok etmek ve daha sonrasında büyüüp bölünmesini engellemek için yapılan ilaç tedavisidir. Sistemik kemoterapi, tüm vücuttaki kanserli hücrelere kan dolaşımıyla ulaşmaktadır. En yaygın kemoterapi uygulaması deri altına kastan ya da damar yoluyla verilen ilaçlarla sağlanmaktadır. Kemoterapi belirli bir zaman aralığıyla ve periyodik olarak uygulanmaktadır. Bazı vakalarda tek bir ilaçla tedavi uygulanırken, bazı vakalarda aynı zamanda birden fazla ilacın kombinasyonu uygulanabilmektedir (American Cancer Society, 2018).

Radyoterapi: Radyasyon tedavisi yüksek düzeyde x ışınları ya da fotonlar gibi diğer parçacıkların kanserli hücreleri yok etmek için kullanılmasıyla gerçekleştirilen tedavi yöntemidir. Radyoterapi ikincil kanser durumunun oluşması ve diğer organlara zarar verme riski sebebiyle çok küçük çocuklarda riskli olabilecek bir tedavi türüdür. En yaygın uygulama ise radyasyonun vücudun dışından maruz bırakılmasıyla sağlanmaktadır. Implant uygulamasıyla vücut içerisine uygulanan radyoterapi yöntemi brakiterapi olarak bilinmektedir (American Cancer Society, 2018).

İmmünoterapi: Biyolojik terapi olarak bilinen bu yöntemde kişilerin kanserle savaşması için doğal savunma mekanizmasını harekete geçirmektedir. Bu tedavi yönteminde amaç, bağışıklık sistemini güçlendirerek kanserli hücreyle savaşmayı sağlamaktır. Biyolojik terapide kanser aşılı ve monoklonal antikorlar uygulanmaktadır (American Cancer Society, 2018).

Kök Hücre/Kemik İliği Nakli: Kök Hücre nakli, sağlıklı kemikte gelişen hematopoetik kök hücrelerinin kanserli kemik iliğine nakli ile sağlanmaktadır. Hematopoetik kök hücreler kanda ve kemik iliğinde bulunan hücrelerdir ve bu yüzden tedavi yöntemi kök hücre nakli olarak tanımlanmaktadır. Bu durum nakledilen hücreler kemik iliği yerine kana nakledilmektedir. İki tür kök hücre nakli bulunmaktadır: Allojenik ve otolog kök hücre nakli. Allojenik kök hücre nakli bağışlanan kemik iliğini kullanan kök hücre nakliyle ve otolog kişinin kendi kök hücrelerinin nakledilmesiyle gerçekleştirilen işlemdir (American Cancer Society, 2018).

2.4. Kanser Psikolojisi

Değişen doğal denge ve sosyal yapının beraberinde getirmiş olduğu sağlıklı beslenme, zararlı alışkanlıklar, stresli yaşam tarzı doğrultusunda günümüzde sıkça karşılaşılan bir hastalık türü olan kanser tıbbi bir hastalık olmakla birlikte kişinin yaşamını oldukça olumsuz yönde etkileyen, çaresizlik ve belirsizlikler içeren, ağrılar ve acılar içinde ölümü çağrıştıran, kişiye acı veren, kaygı yaratan ve daha birçok sorunu kapsayan ne zaman sona ereceği belli olmayan bir olgudur (Alacacıoğlu, 2007; Ocaktan ve ark, 2004; Şahin, 2015; Yıldırım, 2003). Birey kanser tanısı aldığı anda, yaşamın geri kalanını da bu kanser tanısı ile devam etmek zorunda kalmaktadır. Kanser tanısının konulması bireyin zihinsel ve ruhsal uyumunu daha da bozarak, bireyi ve ailesini fiziksel, psikolojik, sosyal, ekonomik vb. her alanda etkileyebilmektedir. Bireylerde karar alma bunalımları, değişime ayak uydurma baskısı, çevresel uyum sağlama ve bireyin yeterlilik düzeyini aşan durumlarla karşılaşması sonucunda psikolojik rahatsızlıklar baş göstermektedir. (Ocaktan ve ark, 2004; Şayan, 2010; Yıldırım, 2011). Psikolojik sorunların gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde her sosyoekonomik düzeyde, her ırkta ve her kültürel grupta görüldüğü bilinmektedir (Ocaktan ve ark, 2004).

Hastalarda kanser tanısı konulduğu andan itibaren belirli psikolojik sorunlar ortaya çıkmaktadır. Hastalığın mevcudiyeti ile birlikte zorlu tedavi süreci ile gerçekleşen maddi ve manevi kayıplar, hastalarda fiziksel bütünlüğün bozulması, fiziki şekil bozuklukları günlük hayatın gerekliliklerini yerine getirmede bazı aksaklıklar meydana getirmektedir (Cheng ve ark, 2018).

Hastalarda oluşan psikolojik rahatsızlıklar şu evrelerle gerçekleşmektedir:

- Hastalık kabul edilmez ve inkar edilir
- Yoğun anksiyete ve panik duygusu ile hastalık durumu reddedilir
- Hastalığın kişinin başına gelmesi sebebiyle yoğun bir öfke hissedilir
- Ölüm korkusunun tepkiselliği görülür
- Hastalığın kabullenme süreci ve yeni hayata alışma başlar
- Sosyal destekle birlikte kişinin duruma uyum sağlaması süreci başlar.

Kanser tanısı almış bireylerde, hastalığa ilişkin travmatik ve yasa benzer tepkiler şu şekilde görülebilmektedir:

- Şok
- İnkâr
- Endişe
- Öfke
- İsyan
- Depresyon

Yukarıda belirtilen durumlar, kişilerin hastalık sürecine uyum sağlamasını zorlaştırabilmektedir. Bununla birlikte, bazı kişilerde ise ölümü kabullenme gibi durumlarla da karşılaşmaktadır (Cheng ve ark, 2018).

Kanser tanısı almış bireylerde tedavi aşamasında görülebilecek travmatik ve yas benzeri belirtiler şu şekilde olabilmektedir:

- Ameliyatların geciktirilmesi
- Ameliyat olmaktan kaçındığı için kişinin cerrahi dışı tedavilere yönelmek istemesi
- Kişinin vücudunda görülen değişikliklere kayıp ve yas tepkisi vermesi
- Radyoterapi ve kemoterapi süreçlerinin reddedilmesi
- Anksiyete
- Tedavinin yan etkilerinden dolayı endişe duyma
- Sosyal geri çekilme
- Depresyon

Belirtileri görülebilmektedir.

Kanser tanısı alan bireylerin tedavi sürecinden sonra görülen tepkiler,

- Tedavi sürecinin gerektirdiği şekilde yaşama adapte olmak
- Hastalığın nüksetme korkusu,
- İnanamama,
- Kaygı,
- Kızgınlık,
- Depresif duygu durumu,

gibi belirtiler görülebilmektedir (Ocaktan ve ark, 2004).

2.5. Kanser ve Psikopatoloji

Kanser tanısı ve tedavisi sürecinde bireylerde görülebilen psikolojik semptomlar arasında aşağıdaki gibidir:

Anksiyete; kişilerin olabilecek olay ve durumlara ilişkin fizyolojik ve psikolojik olarak verdiği endişe tepkileri olarak tanımlanmaktadır (Korkmaz, 2007). Anksiyete ruh sağlığı kapsamında bir rahatsızlık olmasının yanı sıra alışılmışın dışında gerçekleşen durumlara bireyin alışma sürecini de ifade etmektedir. Anksiyete pek çok psikolojik bozukluğun temel boyutunu oluşturmaktadır. Anksiyete günlük yaşamda her insanın karşılaşılabileceği bir durumdur. Ancak uzun süreli gerçekleşmesi sonucunda kişilerde anksiyete bozukluğu ortaya çıkabilmektedir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014).

Depresyon; dibe vurmak, kederlenmek ve durgunlaştırmak anlamına gelen depresyon kelimesi, mutsuzluk, yalnızlık, kendini suçlamaya bağlı olumsuz benlik algısı, kendine güvensizlik, değersizlik duygusu, yaşama karşı isteksizlik, sosyal geri çekilme, iştahsızlık, uyku problemleri, cinsel istekte azalma, ölüm ve intihar düşünceleri ile ortaya çıkan çökkün duygu durum olarak tanımlanmaktadır (Beck ve ark, 1978).

Kişilerarası İlişkilerde Hassasiyet; bireylerin kişiler tarafından önemsenmediği ve terk edildiği düşüncesi ile kolaylıkla incinme ve kırılma, kendini diğerlerinden daha aşağı görme, aşağılanma korkusu ile yanlış bir şeyler yapmamaya özen gösterme gibi günlük hayatına yansiyacak şekilde problemler yaşanmasına yol açan bir durumdur (Foa ve ark, 1995)

Somatizasyon; psikolojik sıkıntının bedensel belirtilerle kendini göstermesidir. Stres, kaygı ve çeşitli duygusal uyarılmalar bedenin kimyasını, organların işleyişini ve bağışıklık sistemini etkilemektedir. DSM-5 somatizasyonu somatoform bozukluklar altında vermiştir. Somatoform bozukluklar; konversiyon bozukluğu, ağrı bozukluğu, hipokondriasis ve vücut dismorfik bozukluğunu da içine alan; temelde nedeni açıklanamayan bedensel belirtiler ve somatik yakınmalarla tanılanan bir

gruptur. Somatizasyon bir bozukluk olduğu kadar bir rahatsızlığın seyrinde ortaya çıkan belirtiler olarak da tanımlanabilir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014).

Hostilite; öfke ve düşmanlık duyguları ve bu duygular doğrultusunda saldırganlığa yönelme olarak tanımlanmaktadır.

Obsesif Kompulsif Bozukluk; obsesyonların veya kompulsiyonların tabloya hakim olduğu psikiyatrik bir bozukluktur. Obsesyon, kişinin istem dışı olarak engelleyemediği sıkıntı yaratan, yineleyici düşünce, dürtü ya da tasarımlardır. Kompulsiyon (zorlantı) ise obsesyonla (takıntı) aynı özellikleri gösteren yineleyici davranışlar ya da zihinsel eylemlerdir (Soykan, 2003).

Fobik Anksiyete; korku ve kaçınma davranışlarının temel olduğu fobilerdir. Panik ataklara sebep olabilmektedir (Işık ve Taner, 2006).

Paranoid Düşünceler; kişilerin başkalarının davranışlarını kötü niyetli olarak yorumlayıp, sürekli bir güvensizlik ve kuşkuculuk içinde olmalarıdır (Foa ve ark, 1995).

Psikoz; gerçeği değerlendirmede, zihinde, iç görüde, idrak ve algılamada meydana gelen ileri düzeyde işlev sorunu ve gerçekleri kabullenememe durumu olarak tanımlanmaktadır (Foa ve ark, 1995).

2.6. Kanserin Yaşam Kalitesi ve İşlevselliğe Etkileri

2.6.1. Çocukluk Çağı Kanseri Tanısı Alan Bireylerde Psikolojik Belirtiler

Kanser hastalığı, çocukluk döneminde de erişkin dönemde olduğu kadar sık rastlanmaktadır ve çocukluk çağı kanserleri ise ülkemizde dördüncü sıklıkta ölüm nedeni olan hastalıktır (Adaletli, 2009; Yılmaz, 2014). Çocukluk ve ergenlik döneminde kanser, tanı, tedavi ve sonraki etkileri sebebiyle ciddi psikososyal sonuçları beraberinde getirmektedir. Yapılan çalışmalarda da doğrulandığı üzere, hem hastalık hem tedavi hem de ilerleyen gelişim evrelerinde sosyoekonomi, eğitim ve psikopatoloji ile ilgili riskleri beraberinde getiren kanser olgusu bireylerin ve aile

bireylerinin hayatını güçleştiren ciddi bir sağlık sorunudur. Yapılan çalışmalarda da görüldüğü üzere, kardeşlerine kıyasla, kanser tanısı almış çocuk veya ergenlerin anksiyete ve depresyon belirtilerinin yaygın olduğu saptanmıştır (Brinkman ve ark, 2018). Ayrıca, depresyon ve anksiyete belirtilerinin, bireylerin kronik rahatsızlığı ve tedavinin zorlayıcı olması sebebiyle yaşlıları gibi bir hayata sahip olamamaktan kaynaklı olumsuz duyguların ortaya çıkmasından kaynaklı olabileceği düşünülmektedir. Eğitim hayatına devam etmede sorun yaşayan ve tedavi sürecinin yoğun ve yıpratıcı geçmesi sebebiyle sosyal ilişkilerinde işlevsellik gösteremeyen bireyler için riskli sağlık davranışlarının ve intihar eğiliminin fazla olduğu ifade edilmiştir (Brinkman ve ark, 2018; Coughtrey ve ark, 2018; Yi ve ark, 2017).

2.6.2. Pediatrik Kanser Vakalarında Depresyon ve Anksiyete

Literatür ele alındığında, daha önce yapılan çalışmalarda, kanser tanısı almış çocuk ve ergenlerde psikolojik ve kognitif işlevler ile psikososyal sonuçlara ilişkin çalışmaların yapıldığı görülmektedir. Daha önce yapılan çalışmalarda, kanser tanısı almış çocuk ve ergenlerde depresyon, anksiyete ve travma sonrası stres belirtileri incelenmiş olup, söz konusu değişkenlere ilişkin değerlendirmeler objektif ölçümlerle gerçekleştirilmiştir. Daha önce yapılan çalışmalarda projektif testlerin uygulandığına ilişkin örnek bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Yapılan çalışmalar arasında Hooke ve arkadaşları (2018), Lösemi tanısı olan çocuklarda fiziksel aktivite ve bilişsel işlevler değerlendirilmiştir. Özellikle Lösemi belirtileri arasında yer alan ağrı, bulantı, uyku problemleri ve depresyon bir arada görülmektedir. Ayrıca, belirti kümesinin çocuklardaki zorlayıcı ve yıkıcı etkilerini bertaraf etmek adına fiziksel aktivitenin önemli bir işlevi olduğu savunulmaktadır. Bu görüş doğrultusunda, yaşları 3 ile 18 arasında değişen ve Lösemi tanısı almış 327 çocuğun fiziksel aktivite sıklığı ve kognitif işlevleri değerlendirilmiştir. Yapılan incelemeler sonucunda, ebeveynlerinin ayrıca çocuklarının kognitif işlevlerini değerlendirmesiyle birlikte, farklı zaman aralıklarında ölçümleri yapılan çocukların fiziksel aktivite sıklığı zaman içerisinde belirtilerin şiddetini azalttığı saptanmıştır. Belirti şiddetinin yüksek olması sonucunda ise bilişsel işlevlerin düşüş gösterdiği bulunmuştur.

Fiziksel aktivite ve bilişsel işlevlerin arasında ilişki olduğu bulunan çalışmada ise belirtilerin şiddetinin aracı işlevi olduğu bulunmuştur. Çalışmada elde edilen bulgular doğrultuda, uyku sorunları, depresyon, yorgunluk ve ağrı belirtilerinin Lösemi hastalığının gidişatında, bilişsel ve fiziksel işlevsellikle önemli etkileri olduğu görülmektedir. Aynı şekilde, Narendran ve arkadaşları (2018), pediatrik kanser vakalarının getirdiği olumsuz sağlıkla ilgili sonuçlar sebebiyle depresyonun yaygın olarak görüldüğünü ifade etmiştir.

Rodgers ve arkadaşları (2019), Lösemi tanısı almış çocuklarda hastalığın belirtileri ve sağlık durumuna ilişkin yaşam kalitesini incelemişlerdir. ABD’de Lösemi tedavisi gören çocuklarla yapılan çalışmada belirti kümesi ve yaşam kalitesinin zaman içerisindeki gidişatı ve aralarındaki ilişki incelenmiştir. Yapılan karşılaştırmalar sonucunda, zaman içerisinde sağlığa ilişkin yaşam kalitesinin artış gösterdiği ve belirti kümesi ile negatif ilişkisi olduğu saptanmıştır. Elde edilen sonuçların, çocukluk çağı kanser vakalarının erişkin kanser vakalarından ve süreçlerinden farklı olduğunu gösterdiği doğrulanmaktadır.

Hoffman ve arkadaşları (2018), çocukluk ve ergenlik dönemi kanser tanısının psikososyal sonuçları üzerinde sistematik gözden geçirme çalışması yürütmüşlerdir. Kanser tanısı sebebiyle çocuk ve ergenlerde görülen kayıp ve yas duygusunun önemli bir psikososyal sonuç olduğunu öne sürmüşlerdir. Bu durumun özellikle depresyon, anksiyete, intihar düşüncesi ve düşük yaşam kalitesi gibi önemli sonuçları olduğunu ifade etmişlerdir. Aynı zamanda, hastalık ve tedavi sürecini güçleştiren bu durumun diğer aile bireylerinde travma sonrası stres ve düşük yaşam kalitesi gibi sonuçları olduğunu belirtmişlerdir. Çalışmada gözden geçirilen diğer araştırmaların sonuçları doğrultusunda, kanser tanısı konulmuş çocuk ve ergenlerde kayıp ve yas duygusunun yüksek düzeyde seyrettiği ve özellikle bu durumun olumsuz psikososyal sonuçları olduğu saptanmıştır.

Kanser tedavisi görmüş çocuk ve ergenlerin ruh sağlığına ilişkin değerlendirmeyi kapsayan diğer bir gözden geçirme çalışmasında, Friend ve arkadaşları (2018), çocuk ve ergenlerde kanser vakalarının artış gösterdiğini; fakat iyileşme oranlarının hızla arttığını ifade etmişlerdir. Bununla birlikte, kanserin, tedavi sonrasında bireylerin ruh sağlığına etki ettiğini savunmuşlardır. Depresyon,

anksiyete ve davranışsal problemler gibi uzun vadeli sonuçların incelendiği çalışmada kanserin ve tedavi sürecinin uzun vadede psikopatolojik risk faktörlerini beraberinde getirdiğini doğrulayan çalışmaların mevcut olduğu belirtilmiştir. Bu durumun, çocuk ve ergenlerin hayatlarının ilerleyen dönemlerinde yaşam kalitesini düşürebilecek önemli bir etki olduğu öne sürülmüştür.

Zheng ve arkadaşları (2018), çocuklarda nöroblastom tedavisi sonrası uzun vadeli psikolojik ve eğitimle ilgili sonuçları inceledikleri boylamsal çalışmada, 18 yaş altı nöroblastom tanı ve tedavisi almış bireyin psikolojik ve davranışsal işlevselliği incelenmiştir. 859 kişiyle yapılan çalışmada, kardeşlerine kıyasla nöroblastom tedavisi gören ve hayatta kalmış bireylerin anksiyete, depresyon, agresyon, dikkat eksikliği ve sosyal hayattan çekilme belirtileri gösterdiği saptanmıştır. Ayrıca, psikolojik sorunlar ve eğitim desteği arasında negatif ilişki olduğu saptanan çalışmada, düşük eğitim düzeyi ve desteği olan bireylerin daha fazla psikolojik belirti taşıdığı sonucu elde edilmiştir.

Zebrack ve arkadaşları (2004), yapmış oldukları çalışmada, erişkin ve çocukluk dönemi kanser öyküsü olan bireylerdeki psikolojik belirtileri incelemişlerdir. 1001 erişkin bireyle ve 2817 kardeşiyle yapılan karşılaştırmalı çalışmada, anksiyete, depresyon ve somatizasyon psikopatolojileri değerlendirilmiştir. Yapılan karşılaştırmalar sonucunda hem kanser öyküsü olan bireyler hem de kardeşlerinin psikolojik sıkıntı belirtilerinin genel popülasyona kıyasla yüksek olduğu saptanmıştır. Beyin kanseri tanısı konulan bireylerde genel stres ve depresif belirtilerin kardeşlerine kıyasla daha yüksek olduğu saptanmıştır. Demografik değişkenler bakımından ise kadınlarda, düşük gelir ve eğitim seviyesinde olanlarda, bekarlarda stres düzeyinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Zeltzer ve arkadaşları (2009), yapmış oldukları çalışmada, pediatrik kanser öyküsü olan bireylerin psikolojik durumların incelendiği çalışmaların raporu oluşturulmuştur. Yukarıda belirtilen çalışmayla benzer olarak hem kardeşleri hem de kanser öyküsü olan bireylerin dahil edildiği çalışmaları kapsayan değerlendirmede kanser tedavisi görmüş bireylerin yaşam kalitesinin hem fiziksel hem de psikolojik duruma bağlı olarak düşük olduğu ve stres seviyesinin yüksek olduğu bulunmuştur. Aynı zamanda beyin tümörü tanısı ve tedavisi sonrası hayatta kalan bireyler dışında,

diğer pediatrik kanser vakalarının ise daha iyi düzeyde hayat beklentisine ve yaşam memnuniyetine sahip olduğu görülmüştür. Stres düzeyinin risk faktörleri olarak kadınların, düşük eğitim ve gelir düzeyinde olanların, evlenmemiş olanların, çalışmayanların, cerrahi müdahale geçmiş olanların risk grubunda olduğu sonucu elde edilmiştir.

Turner ve arkadaşları (2017), çocukluk ve ergenlik dönemi kanser vakalarında travma sonrası büyüme ile ilişkili faktörleri ele aldıkları sistematik gözden geçirme çalışmasında, travma sonrası büyüme ile tanı konulduktan sonra geçen süre, tanı konulan yaş, sosyal destek, tedavinin tamamlanması sonrasında geçen süre ve travma sonrası stres belirtilerinin travma sonrası büyüme ile anlamlı düzeyde ilişkisi olduğunu doğrulayan çalışmaların olduğunu belirtmişlerdir. Aynı zamanda, travma sonrası büyüme ile iyimserliğin orta düzeyde ve pozitif ilişkili olduğunu vurgulayan çalışmaların yer aldığını belirtmişlerdir.

Kronik rahatsızlığı olan çocuklarda psikolojik ve psikosomatik belirtiler açısından risk faktörü olabilecek değişkenlerin incelendiği çalışmada Maeda ve arkadaşları (2017), yaşları 2-18 arasında değişen ve psikolojik ya da psikosomatik şikayetleri olduğu bilinen 190 katılımcı değerlendirilmiştir. Elde edilen sonuçlar doğrultusunda, 56 katılımcının psikolojik veya psikosomatik şikayetlerinden dolayı ilaç tedavisi aldığı, 21 katılımcının uykusuzluk problemleri olduğu, 11 katılımcıda anksiyete olduğu sonucu elde edilmiştir. Diğer belirtiler olarak ise depresyon, ajitasyon ve hezeyan belirtilerinin görüldüğü saptanmıştır. Ayrıca, saptanan risk faktörlerini etkileyen durumların ileri yaşta olmak ve hematopoetik hücre nakli olma durumu olduğu görülmüştür.

Gurney ve arkadaşları (2009), yapılan diğer bir çalışmada, kanser tanısı almış çocukların karşılaştığı sosyal sonuçların ele alındığı çalışmalarla içerik analizi yapılmıştır. Yapılan karşılaştırmalar sonucunda, kanser tanısı almış çocukların tanısı olmayan çocuklardan farklı olarak özel eğitim desteği aldıkları ve ders başarılarının yüksek olduğu görülmüştür. Bununla birlikte, kanser tedavisi görmüş bireylerin yüksek öğrenim görmeyi genel olarak tercih etmedikleri ve düşük eğitim seviyesinde oldukları görülmüştür. Kanser tanısı ve tedavisi sonucunda merkezi sinir sistemi rahatsızlıklarının görülmesi ve bireylerde duyu kaybının olması sebebiyle olumsuz

psikososyal sonuçların ortaya çıkabildiği öne sürülmüştür.

2.7. Depresyon Kavramı

Depresyonun en eski tanımları MÖ dördüncü yüz yılda yaşamış olan, "tıbbın babası" olarak bilinen, Hipokrat'a kadar dayanmaktadır. Hipokrat, ruh sağlığı bozukluklarının, olağanüstü güçler nedeniyle değil, doğal nedenlerle ortaya çıktığını öne sürmüştür. Melankoliyi tanımlarken dalaktan fazla üretilen siyah safradan oluştuğunu ileri sürmüştür. "Melan" siyah, "koli" ise safra karşılığı olmasıyla bugünkü "melankoli" kelimesinin kökenini oluşturmaktadır (Öztürk, 2011).

Depresyon, insanın yaşama olan istek ve zevkinin olmadığı (anhedoni), kişinin kendisini derin bir üzüntü içinde hissettiği, geleceğe ilişkin çaresiz, karamsar hisseden, geçmişe ilişkin yoğun pişmanlık ve suçluluk duyduğu olumsuz bir duygu olarak tanımlanmaktadır. Ayrıca, kişilerde zaman zaman ölüm düşüncesi, bazen intihar girişimi ve sonuçta ölümün olabildiği bir ruh sağlığı problemidir. Depresyon, uyku, iştah, cinsel istek vb. ilgili fizyolojik bozuklukların ortaya çıktığı ya da fizyolojik bozuklukların sonucunda görülebilecek bir psikopatolojidir (Köroğlu, 2006).

Depresyon; normal, geçici, anlık bir duygudan, bir hastalığın herhangi bir belirtisi olarak ya da tam anlamıyla bir psikiyatrik bozukluk olarak ele alınabilecek çok boyutlu bir psikopatoloji olarak değerlendirilmektedir. Bazen günlük hayal kırıklıklarının bir yansıması, doğal yaşantı, bir uyum yanıtı veya insan varlığının ölümle yüz yüze geleceği güne kadar hayatına ve dünyaya ilişkin evrensel bir tepki olarak ortaya çıkabilir. Bazı varoluşsal buhranlar ağır depresyonu tetikleyebilmektedir. Çoğu duygusal dalgalanmalar normaldir, göreceli olarak iyi, geçici ve geri dönüşlü olabilmektedir; fakat depresyon, kişinin kendisini nasıl hissettiğini, nasıl düşündüğünü ve nasıl davrandığını değiştiren psikiyatrik bir durumdur (Köroğlu, 2006).

Depresyon, bebeklikten yaşlılığa; hayatın her döneminde görülebilmektedir. Bebeklikte, hastanede yatırılan bebeklerde anne yoksunluğuna bir tepki olarak depresyon geliştirebilir. Ergenlik döneminde intihar riski yüksekliği ve karmaşık

belirtilerle birlikte, erişkin ve yaşlılık döneminde de yine kendilerine özgü değişik belirtilerle ortaya çıkabilmektedir. Mizacın kederli ve melankolik oluşu, uyku bozuklukları, intihar düşünceleri gibi temel belirtiler gelişimsel dönemden bağımsız görülebilmektedir. Depresyon, belirtileri ve gidişatı bakımından kişide kalıtsal, çevresel ya da hormonal bozukluklar sonrasında gelişen çökkünlük hali olarak tanımlanabilmektedir (Köroğlu, 2006).

Depresyon bir duygu durum bozukluğudur. Başlı başına bir hastalık olarak görülebildiği gibi alkol, psikoaktif madde kullanımı, tedavi amaçlı ilaçların kullanımı, metabolik hastalıklar, kanser gibi sorunlara ikincil olarak da gelişebilir (Öztürk, 2011).

Depresyon oldukça yaygın bir psikiyatrik bozukluktur. Herhangi bir zamanda depresif belirtiler gösterenlerin oranı yaklaşık %15-20'dir. Bu oran içinde yer alanların en az %12'sinin yaşamlarında herhangi bir zamanda tedavi gerektirecek kadar ağır depresyonlu olduğu görülmüştür. Erişkin nüfusun yaklaşık % 25'i yaşamlarının bir döneminde depresif bir hastalık geçirmeye yatkındır. Yapılan çalışmalar, yüksek prevalans hızının yanı sıra, depresyonun son 25 yılda 10-20 kat arttığını göstermektedir. Depresyonlu hastalar psikiyatri servislerinde yatan hastaların yaklaşık %75'ini oluşturmaktadır. Ayrıca, yapılan araştırmalara göre yaşam boyu depresyon geçirme riski erkeklerde %15 dolayındadır. Kadınlarda bu oran %25'e kadar çıkmaktadır ve hemen hemen tüm toplumlarda depresyona kadınlarda iki kat daha fazla rastlanmaktadır. Bu durum, erkeklerden daha çok kadınların tedavi arayışında olabileceğinden kaynaklı bir durum olması ile ilişkilendirilmektedir (WHO, 2008).

Basit bir üzüntünün ötesine geçmiş olan depresif duygulanıma düşünce, davranış ve biyolojik işlev bozuklukları da eşlik eder ve bu şekildeki depresif duygu durum bozukluğu hemen her zaman kişilerarası, sosyal ve mesleki işlevsellikte bozulma ile sonuçlanır (Köroğlu, 2006).

Depresyon duygusal, zihinsel, davranışsal ve bedensel bazı belirtilerle kendisini gösteren bir durumdur. En dikkat çekici belirtisi çökkün ruh hali ile ilgi ve zevk almada belirgin azalmadır. Depresyondaki kişi duygusal açıdan mutsuz,

karamsar ve ümitsizdir. Eskiden en severek yaptığı işler bile artık zevk vermez olmuştur. Kişi kendini hüznü ve yalnız hisseder. Kendisine ve çevresine ilgisi azalır. Yoğun suçluluk duyguları olabilir. Herkese yük olduğunu düşünüp gereksiz yere sorumluluklarını yerine getirmediğini düşünür. Genellikle iç sıkıntısı, daralma, huzursuzluk ile birlikte. Bazen kendisini, tüm duygularını yitirmiş gibi hissedebilir (Yang ve ark, 2018).

2.7.1. Depresyonun Sebepleri

Psikolojik, fiziksel, sosyal, ailesel ve kalıtsal risk faktörlerinin yanı sıra hiçbir neden olmaksızın depresyon başlayabilir. Depresyona sebep olan risk faktörlerini detaylı olarak aşağıdakilerle özetleyebiliriz (Köroğlu, 2006)

Yaş: Yaşın ilerlemesiyle birlikte ortaya çıkma olasılığı artar. Otuz-kırk yaşları arasında görülme sıklığı çok yükselir (Köroğlu, 2006).

Cinsiyet: Genelde kadınlarda, erkeklere göre, iki kat daha fazla görülür. Ancak 55 yaşının üzerindekielerde bu oran tersine döner ve erkeklerde daha sık görülür (Köroğlu, 2006).

Toplumsal Kesim: Yoksulluk ve işsizlik durumlarında depresyon daha sık görülür (Köroğlu, 2006)

Evlilik Durumu: Boşanmış ya da mutsuz bir evliliği olan bireylerde çok daha sık görülür. Eşleriyle yakın ve güvenli bir ilişkisi olmayan kadınların, önemli bir stres karşısında depresyon geçirme olasılıkları, böyle bir ilişkisi olanlara göre, dört kat daha fazladır (Köroğlu, 2006).

Stres: Çoğu olguda (yaklaşık % 80'inde) son zamanlarda geçirilmiş stres yaratan bir olay (bir yitim, bir başarısızlık...) bulunur. Kalıtsallık Birinci derece akrabalarda ortaya çıkma olasılığı yaklaşık iki kat daha fazladır (Köroğlu, 2006).

Aile Öyküsü: Küçük yaşlarda anneyi yitirme, ortaya çıkma olasılığını artırır (Köroğlu, 2006). Eneç-Can ve ark. (2005), yaptıkları araştırma doğrultusunda ilk

çocuk olarak dünyaya gelmek ve cinsiyetin ilk çocuğu olarak dünyaya gelmek ile depresyon arasında ayrıca anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir.

Bedensel Hastalık: İleri yaşlarda, başlıca ortaya çıkaran etken bedensel bir hastalıktır. Yaşlılarda, bedensel hastalıklar, depresyon ortaya çıkma olasılığını altı kez artırır. (Köroğlu, 2006).

Genetik Faktörler: Aile üyelerinde ve/veya yakınlarında depresyon öyküsü olması, kişilerde depresyon görülme riskini arttıran bir faktör olarak saptanmıştır. Eneç-Can ve ark. (2005), yaptıkları çalışmada, deney grubundaki yetişkin katılımcıların %38.8'i ailesinde depresyon öyküsü bulunanlardan oluşmaktadır. Araştırmanın kontrol grubunda ise %15.2'lik kısım ailesinde depresyon öyküsü olduğunu bildirmiştir. Araştırmanın sonucu ailenin depresyon öyküsü tetikleyici bir faktör olduğunu savunmaktadır.

2.8 Anksiyete

Anksiyete, kötü bir durumla ya da olayla karşılaşma olasılığına ilişkin ya da kişilerde genel olarak seyreden endişe ve kaygı hali olarak tanımlanmaktadır. Anksiyete, olumsuz durumlarda kişilerin doğru aksiyonu almalarını sağlayacak güdülenmeyi sunabilecek bir duygu durum olmasına karşın, kişilerin sürekli olarak endişeli hissetmesi ve kötü bir şey olacakmış hissini sürdürmesi psikopatolojik bir seyir olarak gözlenebilmektedir. Psikopatolojide, kişilerin kötü bir şey olacakmış hissi ile yoğun olarak ve süregelen bir biçimde hissettiği endişe duygusuna "anksiyete" adı verilmektedir (Pitman ve ark, 2018).

2.8.1 Anksiyetenin Klinik Özellikleri

Anksiyetenin klinik seyrinde, psikopatolojik türlerden bağımsız olmak üzere dört temel klinik özellik bulunmaktadır. Bunlar,

- **Bilişsel Belirtiler:** Gerçeklik duygusunun değişimi, çevrenin değiştiğinin algılanması, konsantrasyon eksikliği, odaklanamama, kontrolü kaybetme korkusu.
- **Duygusal (afektif) Belirtiler:** Korku, huzursuzluk, çaresizlik, aşırı uyarılmışlık, panik .
- **Davranışsal Belirtiler:** Kaçınma, donup kalma.

- Fizyolojik Belirtiler: Kalp çarpıntısı, kan basıncı değişimleri, ciltte renk değişimi, nefes darlığı, göğüs sıkışması, yutmada zorluk, bulantı, kusma, karın ağrısı, sık idrara çıkma, cinsel isteksizlik, terleme, kızarma, baş dönmesi, bayılma hissi, motor ajitasyon, kas gerginliği (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014; Öztürk, 2011).

2.9. Projektif Testler

Bu çalışmanın ölçüm aracı olan Rorschach Mürekkep Testi olarak belirlenmiş olup, geçmişten günümüze ölçüm aracının ve genel olarak projektif testlerin tarihçesi bu başlıkta yer almaktadır. Projektif testler konusunda tartışmalar devam etse dahi Rorschach Mürekkep testi kişilik ve psikopatoloji ölçümlerinde yaygın olarak kullanılmaktadır. Bu doğrultuda, projektif testlerin tarihçesi, Rorschach Mürekkep Testi'nin tarihçesi, Exner Sistemi ve psikolojik belirtiler ve travma ile Rorschach Testi uygulamalarından örnekler bu başlıkta yer almaktadır.

Projektif testler, kişilerin belirli olmayan uyaranlara karşı, bazı yönergeler aracılığıyla serbest bir biçimde yanıt geliştirebildikleri ölçüm araçları olarak tanımlanmaktadır. Projektif testlerde, gerecin yapılandırılmamış özelliği neticesinde kişilerin tam olarak ne hissettiğini yansıtmaları sağlanmaktadır. Bir diğer deyişle, altta olan düşüncelerin, duyguların ve çatışmaların projektif testlerle su yüzüne çıkarılması hedeflenmektedir.

Deneysel psikoloji alanında 1800'lerde yürütülen deney ve laboratuvar çalışmaları modern psikolojide test uygulamalarının kökenini oluşturmaktadır. Ayrıca, nörolojik rahatsızlıkları olan bireylerle yapılan çalışmalar, psikiyatri alanında yapılacak olan zihinsel ölçümlerin başlangıcı olarak kabul edilmektedir. Alfred Binet, 1905 yılında ilk zekâ testini geliştiren kişi olarak bilinmektedir. Daha sonrasında yapılan düzenlemeler, güncellemeler ve standardizasyon çalışmalarıyla ölçüm araçlarının kapsamının genişletilmesi amaçlanmıştır. İlk etapta, bu türde zeka ölçümleri savaş döneminde orduya katılacak kişilerin yüksek zeka düzeyinde olması gerektiğinin düşünülmesinden kaynaklıdır. Yapılan ölçümlerle orduya katılmak için yeterli olan bireylerin seçilmesi sağlanmıştır. Bu doğrultuda, zekâ ölçümünün sosyal ve politik bir ihtiyaçtan kaynaklı olduğu görülmektedir.

Kişilik testlerinin tarihi ele alındığında, 1900'lerin başlarında görülmeye başladığı ve özellikle I. Dünya Savaşı sonrasında popüler hale geldiği görülmektedir. 1919 yılında Woodworth tarafından geliştirilen Kişisel Veri Sayfası (Personal Data Sheet), kişilik testi uygulamalarında emsal kabul edilmektedir. Benzer bir şekilde, savaşa katılacak kişiler arasında ayırıştırma yapmak için geliştirilen bataryada kişilerin psikolojik rahatsızlığı olup olmadığına ilişkin bulgular elde edilmesi amaçlanmıştır. 1940 yılında, günümüzde de yaygın olarak bilinen ve hala uygulanan MMPI, Hathaway ve McKinley (1940), tarafından geliştirilmiştir. Burada belirtilen kişilik ölçümleri objektif testler olarak nitelendirilmektedir.

Objektif testlerde belirgin bir yapının ve yönergelerin olduğu bilinmektedir; fakat bir nesne gösterildiğinde her bireyin zihninde farklı bir temsil oluşabilmektedir. Bu konuya ilişkin ilk çalışmalar 1800'lerde Sir Francis Galton "kelime çağrışımı" yöntemini ortaya atmıştır. Daha sonrasında bu yöntem Jung tarafından 1910 yılında geliştirilmiş ve 100 uyarıcı kelime ile yapılandırılmıştır. Kişilere verilen bu kelimelerin kendilerinde nasıl çağrışımlar yaptığının incelenmesi özellikle kişilerin iç dünyasının anlaşılmasında yardımcı olması amacıyla kullanılmıştır.

Modern psikolojinin temelini atan test uygulamalarının ilk etapta objektif uygulamalar olduğu görülmekte olup, daha sonrasında projektif testlerin önem kazanmaya başladığı görülmüştür. Hermann Rorschach, belirsiz mürekkep lekelerinin bulunduğu kartlardan oluşan bir projektif test geliştirmiştir. Ayrıca, Morgan ve Murray (1938), belirsiz uyaranların ölçümlerde önemli bulgular sağladığını düşünerek Tematik Algı Testi'ni geliştirmişlerdir. Bu ölçüm aracında amaç, kişilere üzerinde çizimlerin olduğu kartlar verilerek bu kartlarda gördüklerinden hikaye oluşturmalarını istemek ve bu şekilde iç dünyaları hakkında bilgi sahibi olmaktır. Çocuklarda ise, 1926 yılında Goodenough tarafından geliştirilen projektif yöntemlerde çizim yapılması istenerek kişilik yapısı hakkında bilgi edinilmesi amaçlanmıştır (Akt., Howard, 1989).

2.9.1. Rorschach Testinin Tarihçesi

İlk olarak, Rorschach Testi uygulamaları şizofreni tanısı almış bireylerde kullanılmıştır. Böylelikle, şizofreni hastalarında sınıflandırmanın yapıldığı çalışmalarda ilk etapta 40 mürekkepli kart kullanılmıştır. Bunların 15'i yaygın olarak kullanılmıştır (Howard, 1989). Sağlıklı 117 kişi ve 188 şizofreni tanısı almış bireyle yapılan çalışmada mürekkep testinin şizofreni belirtilerini ayırıcı özellikte olduğu tespit edilmiştir (Exner, 1993). Şizofreni tanısının ayrıştırılmasında özellikle hareket ve renk kümelerinin ayırt edici özellikte olduğu öne sürülmüştür. İlk olarak 15 mürekkep kartı ile basımı planlanan testte daha sonra sayının yüksek bulunmasından kaynaklı olarak 10 adede düşürülmüştür. Rorschach siyah-beyaz mürekkep kartları içermektedir; fakat basımdan kaynaklı olarak mürekkep izlerinden gölgeler ortaya çıkmıştır. Günümüzde, ortaya çıkan gölgelerin özellikle duygusal duruma ilişkin bulgular elde edilmesinde katkısı olduğu bilinmektedir.

İlk olarak 1921 yılında Hermann Rorschach tarafından ölçüme ilişkin ilk bulgular yayınlamıştır. Yayınından bir yıl sonra hayatını kaybeden Rorschach, ölmeden önce puanlama kılavuzunu bitirmiştir. Standardizasyon ve puanlama teknikleri ise daha sonrasında diğer araştırmacılar tarafından genişletilmiştir (Exner, 1993). Bu süreçte, farklı araştırmacılar tarafından testin farklı puanlama sistemleri oluşturulmuştur.

2.9.2. Rorschach Testinin Metot ve Teknikleri

Rorschach testinin uygulanması ve yorumlanması açısından farklı yöntemler benimsendiği halde, Hermann Rorschach tarafından geliştirilen özgün forma ve yöntemine göre ilerleme sağlanmıştır. Örneğin Hermann Rorschach, testi uygularken ilk olarak “Bu sizce ne olabilir?” sorusunun yöneltilmesi gerektiğini ifade etmiştir. Farklı ekoller, bu direktiften farklı olarak eklemeler yapmışlardır (İkiz, 2017).

Rorschach teknikleri ise ekollere göre üç temel başlıkta incelenmektedir: İlk olarak, *İsviçre Okulu*, Hermann Rorschach'ın kendi öğrencilerinden oluşan grubu temsil etmektedir. Bu okulda, özgün formun tekniğine tamamiyle bağlı

kalınmıştır.

İkinci olarak, *Amerikan Okulu*, Beck, Klopfer ve Piotrowski'nin başlıca temsilcisi olduğu gruptur. Günümüzde ise Amerikan Okulu'nun beş farklı sistemini bütünleştiren Exner tarafından "Bütünleştirici Sistem" yaygın olarak kullanılmaktadır.

2.9.3. Projektif Yöntemlere İlişkin Görüşler

Projektif testlerdeki uyaranların belirsiz olması ve standardize olmayan yöntemleri içermesi sebebiyle, geçerliği konusunda tartışmalar söz konusudur (Stricker ve Lally, 2015). Bu tartışmalar özellikle tanıya ilişkin yanlış bilgi verebileceğinden kaynaklı olarak gündeme gelmektedir (Lilienfeld ve ark, 2001).

Rorschach Testi'ne yönelik tartışmaların sayıca oldukça fazla olduğu bilinmektedir. Wood ve arkadaşları (2001), Rorschach Testi'nin özellikle adli vakalarda kullanımına yönelik eleştiri getirmişlerdir. Aynı zamanda Wood ve arkadaşları (2001), mürekkep testinin narsistik özellikleri, psikopatiyi, depresyonu ve intihar eğilimini ölçmede yeterli olmadığını savunmuşlardır.

Projektif yöntemin savunucularının ise projektif testlerin özellikle tanıya yönelik katkı sağlayabilecek ve bireyin özüne ilişkin detayların ortaya çıkmasını sağlamak açısından etkili olduğunu öne sürmektedirler (Shapiro, 1990, 2012). Weiner (2000), Rorschach Testi'nin bir rahatsızlığının adlandırılması ya da tanı konulması açısından değil, kişilerin bireysel özelliklerinin tespiti ile daha etkin bir tedavi planı oluşturabilme açısından önemli olduğunu belirtmiştir.

Rorschach Testi'ne ilişkin diğer bir tartışma konusu ise testin adlandırılmasına ilişkindir. İlk olarak testi geliştiren kişi olan Hermann Rorschach, ölçümü ilk olarak literatüre kazandırdığında Rorschach Mürekkep Testi olarak adlandırılmıştır. Daha sonrasında ise bu başlığın Rorschach Mürekkep Yöntemi olarak değiştirilmesi gerektiği önerilmiştir (Garb ve ark, 2001). Bu durumun özellikle ölçümün psikometrik açıdan objektif bir veri sağlayamamasından kaynaklı olduğu düşünülmektedir. Bununla birlikte Exner (1993) tarafından geliştirilen

bütünleyici sistem sayesinde psikometrik özelliklere ilişkin belirsizlikler nispeten ortadan kalkmıştır. Bütünleyici sistem, ölçümün diğer testlerde olduğundan farklı olarak kişilikteki işlevselliği bütünüyle ve farklı boyutlarla ele alan kapsayıcı nitelikte olduğunu savunmaktadır. Bütünleyici sistem ile ölçümün test olmasına ilişkin yeterlilikler sağlanmış ve sonrasında Rorschach Mürekkep Testi olarak literatürde kabul görmüştür.

2.9.4. Projektif Testler ve Psikopatoloji

Projektif testlerle ilgili yapılan çalışmalar arasında Rorschach ve Tematik Algı Testi (TAT) ölçümlerinin yaygın olarak kullanıldığı görülmekle birlikte, literatürde daha öncesinde kanser vakalarının projektif testlerle değerlendirilmesine yönelik bir çalışmanın olmadığı görülmüştür. Ergen bireylerle yapılan çalışmalar arasında, af Klinteberg ve arkadaşları (2008), engellenme dürtüsü ile ilgili psikopatolojiler açısından projektif risk faktörlerini değerlendirmişlerdir. Projektif risk faktörlerinin incelenmesinde Rorschach Mürekkep Testi kullanılmıştır. Kişilik özellikleri, psikopati ve şiddet içerikli davranışlar bakımından değerlendirilen 199 katılımcı arasında yüksek risk grubunda olanların dürtüsellik, kaygıyla ilgili ve kurallara karşı koymaya ilişkin profillerinin anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır.

Chagnon (2011), çocuk ve ergenlerde projektif değerlendirmelerin psikolojik değerlendirmeye katkısını incelediği çalışmasında, 30 yıl boyunca çocuk ve ergenlerde projektif değerlendirmelerin yapıldığı diğer çalışmalar gözden geçirilmiştir. Projektif ölçümlerin çocuk ve ergenlerde özellikle duygulanım ve hayal dünyasını inceleyebilmek açısından projektif ölçme ve değerlendirmenin işlevsel olduğu ve tanıya yardımcı olabilecek önemli veriler sunduğunu doğrulayan çalışmaların literatürde yer aldığını ifade etmişlerdir. Çocuk ve ergen bireylerin ifade etme kabiliyetinin kısıtlı olabileceğinden kaynaklı olarak projektif yöntemlerin, risk faktörlerinin incelenmesinde ve yöntemin kişiye özgü sonuçları sağlaması bakımından tanı ve tedavi sürecinde işlevsel bir yöntem olduğu savunulmuştur.

Balottin ve arkadaşları (2018), yapmış oldukları çalışmada, migren, epilepsi ve kontrol grubundan oluşan ergen bireylerde duygusal ve kişilik özelliklerinin Rorschach değerlendirmesi yapılmıştır. Özellikle psikiyatrik rahatsızlıklarla birlikte eşlik eden migrenin kişilerin yaşam kalitesini düşüren önemli bir sağlık sorunu olduğu belirtilmiştir. Aynı zamanda, duygu düzenleme stili, psikolojik ya da psikiyatrik rahatsızlıklar migren seyrinde önemli risk faktörü olarak nitelendirilmektedir. Yaşları 11 ile 17 arasında değişen migren ve epilepsi tanısı almış bireyin duygu düzenleme ve başa çıkma becerileri Rorschach değerlendirmesi ile sağlıklı kontrol grubu dahil edilerek karşılaştırılmıştır. Exner Bütünleyici Sistem ile puanlanan yanıtların sağladığı veriler doğrultusunda, Rorschach sonuçları, migren tanısı olan ergen bireylerin düşünce ve tepkileriyle birlikte duygularını denetleme ve düzenleme güçlüğü çektiği ve uyumsuz başa çıkma becerilerini benimsedikleri saptanmıştır. Epilepsi vakalarıyla benzer olarak, migren tanısı alan ergen bireylerin durumluk stres düzeylerinin yüksek olduğu ve bu durumun kronik rahatsızlık sebebiyle yaşadıkları sıkıntılardan kaynaklı olduğu belirtilmiştir. Ayrıca, migren ve epilepsi tanısı konulan ergen bireylerin genel popülasyona kıyasla daha düşük benlik saygısına sahip olduğu görülmüştür.

2.9.5. Rorschach Testinin Çocuklarda Uygulanması

Rorschach Testi hem çocuk hem de yetişkinlere uygulanan bir projektif test olmak üzere, çocukların gelişimsel özelliklerine bağlı olarak uyarıyı yetişkinlerden daha farklı algılaması bakımından değişkenlik göstermektedir. Çocuk ve erişkinleri uyaranları algılayış biçimleri farklılık göstermektedir. Çocuklar için nesnel gerçekliğin anlaşılmasının öncesinde kendi fantazileri ve hayal dünyası baskın gelmektedir. Öte yandan bu durum verdikleri yanıtların dinamizmi bakımından çok önemli ve değerli görülmektedir (Rausch de Traunberg, 1993).

Gelişim evrelerinin her birinde öğrenmenin kişilik gelişiminde önemli bir işlevi olduğu bilinmektedir. Aynı zamanda, öğrenme ile tüm gelişim nitelikleri birbiriyle bağlantılı seyretmektedir. Örneğin, çocukların yaşına göre bazı davranışlar bulundukları döneme özgü olabilmektedir. Bu durumda, çocuğun kişilik yapısı incelenirken, söz konusu tutum ve davranışların bulunduğu gelişim dönemiyle ne kadar uyumlu olduğunun tespiti önemlidir. İkinci olarak,

problemlerinin ve çatışmalarının ne olduğunun tespit edilmesi kişilik ve psikopatolojik değerlendirme için önem arz eder. Çocuğun sorun ve çatışmaları için ne tür başa çıkma yöntemlerini benimsediği de aynı şekilde kişilik değerlendirmesinde ele alınmalıdır (Halpern, 1953).

Rorschach testinde çocukların daha çok hayvanlarla ilgili yanıtlar verildiği görülmüştür. Nesneye yönelik yanıtların ise 7 yaşından sonra ortaya çıktığı görülmüştür. Bu yüzden bazı araştırmacılar, Rorschach Testi'ni 7 yaş ya da 10 yaş altı çocuklara uygulanmasının yararlı sonuçlar vermeyeceğini savunmaktadırlar. Buna karşın, çoğu araştırmacı, Rorschach Testi'nin 2 yaş üzeri tüm çocuklara uygulanabilecek bir projektif test olduğunu savunmaktadırlar. Yararlılığının çoğunlukla çocuğun gelişim durumuna ilişkin bilgi vermesiyle sağlandığı ifade edilmektedir (Ames ve ark, 1952).

Leichtman'a (1998), okul öncesi dönem çocuklarının Rorschach Testi uygulamaları üç farklı aşama ile kendisini göstermektedir. İlk aşama tekrarlama (perseverasyon) görülmesidir. Burada çocuk, on kart arasındaki farklı detayları fark etmeksizin aynı kelimeyi tekrar etmektedir. Bununla birlikte, 2.5 yaş ve geçiş dönemiyle çocuk, bazı kartlara farklı yanıtlar vermeye başlar. İkinci aşamada tekrarlayıcılık azalır ve her karta farklı yanıtlar verilir. Çocuk testle ilgili gerçekliğin farkında olmadan kendi hayal dünyasından kesitlerle yanıtlarını vermeyi tercih eder. 6-7 yaş olan üçüncü aşamada ise Rorschach Testi tam manasıyla yanıtlanabilir haline ulaşmaktadır.

3. YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Modeli

Bu araştırmada, İstanbul Üniversitesi Onkoloji Enstitüsü, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk Onkoloji ve Hematoloji birimlerinde yatarak ve ayakta tedavi gören 14-17 yaş arası adolesanların ruhsal işleyişleri, anksiyete ve depresyon düzeylerinin karşılaştırılarak incelenmesi amaçlanmaktadır. Araştırma ilişki arayıcı, karşılaştırmacı tipte bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, İstanbul Üniversitesi Onkoloji Enstitüsü, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk Onkoloji ve Hematoloji birimlerinde yatarak ve ayakta tedavi gören 34 hasta oluşturacaktır. Araştırmanın örneklemini ise evreni belli örneklem hesabına göre İstanbul Üniversitesi Onkoloji Enstitüsü, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk Onkoloji ve Hematoloji biriminde yatan ve ayakta tedavi gören 32 hasta oluşturacaktır. Örneklemi 32 olan araştırmada 16 yatan hastaya ve 16 ayaktan tedavi gören hastaya yer verilecektir.

3.3. Veri Toplama Yöntemi ve Araçları

Araştırma verileri Nisan 2019 ile Ocak 2020 tarihleri arasında toplanmıştır ve toplanmasında, kişisel bilgileri toplamak amacıyla açık uçlu ve kapalı uçlu 12 sorunun yer aldığı Sosyodemografik Bilgi Formu kullanılmıştır. Depresyon ve anksiyetelerini belirlemek amacıyla Zigmond ve Snaith tarafından geliştirilen, ergen yaş grubunda geçerlik ve güvenilirlik çalışması Mustafa Can Erkan tarafından yapılan Hastane Anksiyete ve Depresyon (HAD) Ölçeği, ruhsal işleyişlerini belirlemek amacıyla Hermann Rorschach tarafından geliştirilen, ergen ve yetişkin normlarının standardizasyonu Tunaboğlu-İkiz ve arkadaşları tarafından yapılan Rorschach Testi

uygulanmıştır.

3.3.1. Sosyodemografik Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından oluşturulan sosyodemografik bilgi formunda, katılımcıların yaşları, cinsiyetleri, hastanede tedavilerini ne şekilde sürdürdükleri, hastalığın tanısı gibi açık ve kapalı uçlu 12 soru yer almıştır. Araştırmaya katılan çocukların ebeveynleri tarafından veya ebeveynlerinden alınan bilgilere göre araştırmacı tarafından doldurulmuştur.

3.3.2 Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği

Hastane Anksiyete ve Depresyon (HAD) ölçeği, hastanede anksiyete ve depresyonu ölçmek amacıyla Zigmond ve Snaith tarafından 1983'te geliştirilmiştir. Geliştirilen HAD Ölçeği, 14 maddelik 0 ile 3 arasında puanlanan 4'lü likert tipi bir ölçektir. Ölçekte karışık 7'şer maddeden oluşan anksiyete (HAD-A) ve depresyon (HAD-D) alt ölçekleri vardır. Maddeler kişinin kendisini nasıl hissettiğine göre işaretlenmektedir ve maddelerin puanlaması farklıdır. 1, 3, 5, 6, 8, 10, 11 ve 13. maddeler azalan şiddet göstermektedirler ve puanlamaları 3, 2, 1, 0 şeklindedir. Geri kalan 2, 4, 7, 9, 12 ve 14. maddelerin puanlanması ise 0, 1, 2, 3 şeklindedir. Anksiyete alt ölçeği yani 1, 3, 5, 7, 9, 11 ve 13. maddeler ve depresyon alt ölçeği 2, 4, 6, 8, 10, 12 ve 14. maddelerin toplam puanları bu maddelerin puanlarının toplanması ile elde edilir (Erkan, 2014).

HAD Ölçeğinin yetişkin yaş grubunda Türkçeye uyarlanması ilk olarak 1997 yılında Ömer Aydemir ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. HAD ölçeğinin depresyon ve anksiyete belirtilerini tarama açısından güvenli olduğu belirlenmiştir. Yaygın olarak yetişkinlerde kullanılan HAD Ölçeğinin, ergen yaş grubunda geçerlik ve güvenirlik çalışmasını ise 2014 yılında Mustafa Can Erkan tarafından yapılmış, kesme puanları hesaplanmış ve ergenlerde iyi düzeyde geçerli ve güvenilir olduğu desteklenmiştir. Mustafa Can Erkan'ın yaptığı araştırmada kesme puanlarının Anksiyete alt ölçeği için 10, Depresyon alt ölçeği için 7 olarak bulunduğu belirtilmiştir (Erkan, 2014).

3.3.3 Rorschach Testi

Rorschach Testi, 1884-1922 yılları arasında yaşayan İsviçreli Psikiyatr Hermann Rorschach tarafından geliştirilmiştir. Rorschach testi somut ve ne olduklarını tam göstermeyecek mürekkep lekelerinden oluşmuş 10 adet karttan oluşmaktadır. Kartlardan I, IV, V, VI ve VII numaralı olanlar siyah, II ve III numaralı olanlar siyah ve kırmızı, VIII, IX ve X numaralı kartlar ise renklidir. Rorschach testi bireysel bir testtir, zaman kısıtlaması yoktur ve 7 yaşından 70 yaşına kadar herkese uygulanabilir. Teste başlamadan önce katılımcıya test hakkında bilgi verilmeli ve daha sonra “Şimdi size bir dizi kart vereceğim. Bu kartların size neleri düşündürdüğü, neleri hayal ettirdiğini söyleyiniz” şeklinde yönerge verilerek kartlar sırasıyla gösterilmektedir. Verilen yanıtlar not edilerek kodlanmaktadır, kodlamalar psikogramda bir araya getirilir. Rorschach testi kişinin bilinç dışındaki düşüncelerini, bastırılan duygularını ve kartlardaki renkler sayesinde içsel süreçlerindeki duygularını ortaya çıkarabilmesine yardımcı olmaktadır (İkiz, 2017).

Rorschach testinin yorumlanması ve kodlanması yaş gruplarına göre farklılıklar göstermektedir (İkiz, 2017). Testin ergen ve yetişkin normları standardizasyonu Tefika Tunaboğlu - İkiz ve arkadaşları tarafından 2006 yılında tamamlanmıştır

Testin Kodlanması:

Lokalizasyon, verilen yanıtlarda gösterilen alana göre gruplamadır ve kartın bütününe verilen yanıtlar (G), kartın bir bölümünü kapsayan detay yanıtları (D), kartın küçük bir bölümüne verilen yanıtlar (Dd), boşluklara verilen yanıtlar (Gbl) ve detayda görülen boşluk yanıtlarına verilen yanıtlar (Dbl)’dır (İkiz ve ark, 2007).

Tayin Ediciler, kişi üzerinde kartların algısal özelliklerinin etkisini yansıtmaktadır ve biçim yanıtları (F), hareket verdiği hareket yanıtları (K, Kan ve Kob), renk yanıtları (C), gri ve siyah renklere ilişkin yanıtlar (C’), doku yanıtları (E), korku yanıtları (Clob), teste yanıt verememesi (RED) ve yanıt vermeden en az 25 saniye beklemesi (ŞOK) olarak ayrıştırılabilir (İkiz ve ark, 2007).

İçerik Yanıtları ise insan yanıtları (H), hayvan yanıtları (A), nesne yanıtları ve anatomi yanıtları olarak ele alınabilir (İkiz ve ark, 2007).

3.4 Verilerin Analizi

Çalışmada toplam 32 katılımcıya ulaşılmıştır. Elde edilen verilerin değerlendirilmesinde içerik analizi ve istatistiksel veri analizi uygulanmıştır. Çalışmanın istatistiksel veri analizinde, SPSS 22.0 paket programı kullanılmış ve katılımcıların sosyodemografik özellikleri sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma olarak hesaplanmıştır. Grupların ölçek skorları Mann Whitney U testi ile karşılaştırılmıştır. Değişkenler arasındaki ilişki ise Spearman sıra farkları korelasyon katsayısı ile hesaplanmıştır.

4. BULGULAR

4.1. Sosyodemografik Değişkenlere İlişkin Analiz ve İstatistikler

Aşağıdaki çizelgelerde katılımcıların sosyodemografik değişkenlerine göre sayı, yüzde ortalama ve standart sapma dağılımı verilmiştir.

Çizelge 4.1.1 Yatarak ve Ayaktan Tedavi Gören Bireylerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımları

Değişkenler	Tedavi Şekli	Minimum – Maksimum	Ort ± SS		
Yaş (Yıl)	Yatarak	14 – 17	15,31 ± 1,25		
	Ayakta	14 – 17	15,31 ± 1,20		
Tedavi Süresi (Ay)	Yatarak	1 – 24	7,19 ± 6,66		
	Ayakta	4 – 48	20, 69 ± 13,80		
Tanı Yaşı	Yatarak	9 – 17	13,44 ± 2,42		
	Ayakta	10 – 16	13,44 ± 1,41		
Değişkenler		Yatarak Tedavi Görenler		Ayakta Tedavi Görenler	
		n	%	n	%
Cinsiyet	Kız	6	37,5	9	56,3
	Erkek	10	62,5	7	43,8
Tanı	Lösemi	9	56,3	-	-
	Kemik Tümörleri	3	18,8	1	6,3
	Germ Hücreli Tümör	1	6,3	-	-
	Yumuşak Doku Sarkomları	2	12,5	-	-

	Karaciğer Tümörü	1	6,3	-	-
	Beyin Omurilik Tümörleri	-	-	8	50
	Lenfoma	-	-	6	37,5
	Retinoblastom	-	-	1	6,3
Sınıfı	6	1	6,3	-	-
	7	5	31,3	4	25
	8	1	6,3	1	6,3
	9	2	12,5	7	43,8
	10	3	18,8	2	12,5
	11	4	25	2	12,5
Eğitime ara verdi mi?	Evet	16	100	8	50
	Hayır	-	-	8	50
Ekonomik durum	Orta	10	62,5	9	56,3
	İyi	6	37,5	7	43,8
Başka hastalığı var mı?	Evet	-	-	-	-
	Hayır	16	100	16	100
Psikolojik destek alıyor mu?	Evet	-	-	-	-
	Hayır	16	100	16	100
Psikiyatrik destek alıyor mu?	Evet	-	-	-	-
	Hayır	16	100	16	100

Çizelge 4.1.1'de yatarak ve ayakta tedavi gören bireylerin sosyodemografik özelliklerinin dağılımı incelendiğinde, yatarak ve ayakta tedavi görenlerin yaşları 14 ile 17 arasında değişmektedir ve yaş ortalamaları da 15,31'dir (SS=1,25; SS=1,20). Yatarak tedavi görenlerin tedavi süresi 1 ile 24 aya arasında değişirken, ayakta tedavi görenlerin 4 ile 48 ay arasında değişmektedir. Yatarak ortalama tedavi süresi 7,19 ay iken (SS=6,66), ayakta ortalama tedavi süresi 20,69 aydır (SS=13,80). Yatarak tedavi görenlerin tanı yaşı 9 ile 17 arasında, ayakta tedavi görenlerin 10 ile 16 arasında değişmektedir. İki grup içinde tanı yaşı ortalama 13,44'tür (SS=2,42; SS=1,41). Yatarak tedavi görenlerin %37,5'i kız ve %62,5'i erkek; ayakta tedavi görenlerin %56,3'ü kız ve %43,8'i erkektir. Yatarak tedavi

görenlerden %56,3'üne lösemi, %18,8'ine kemik tümörü, %6,3'üne germ hücre, %12,5'ine yumuşak doku ve %6,3'üne karaciğer tümörü tanısı konulurken ayakta tedavi görenlerin %6,3'üne kemik tümörü, %50'sine beyin omurilik, %37,5'ine lenfoma ve %6,3'üne retinoblastom tanısı konulmuştur. Yatarak tedavi görenlerin %6,3'ü 6. sınıf, %31,3'ü 7. sınıf, %6,3'ü 8. sınıf, %12,5'i 9. sınıf, %18,8'i 10. sınıf ve %25'i 11. sınıfta okurken ayakta tedavi görenlerin %25'i 7. sınıf, %6,3'ü 8. sınıf, %43,8'i 9. sınıf, %12,5'i 10. sınıf ve %12,5'i 11. sınıfta okumaktadır. Yatarak tedavi görenlerin tamamı eğitime ara verirken ayakta tedavi görenlerin %50'si ara vermiş, %50'si ara vermemiştir. Yatarak tedavi görenlerin %62,5'i orta ve %37,5', iyi ekonomik duruma sahipken ayakta tedavi görenlerin %56,3'ü orta ve %43,8'i iyi ekonomik durumdadır. Araştırmaya katılan bireylerin hiçbirinin başka hastalığı bulunmamakta, hiçbiri psikolojik veya psikiyatrik destek almamaktadır.

4.2. HAD Ölçeğine Yönelik Bulgular

Aşağıdaki çizelgelerde katılımcıların Hastane Anksiyete ve Depresyon (HAD) ölçeğinin anksiyete ve depresyon alt ölçeklerine ilişkin Mann-Whitney U Testi sonuçları ve değişkenler arasındaki ilişkiyi ölçen Spearman sıra farkları korelasyon katsayısı sonuçlarına yer verilmiştir.

Çizelge 4.2.1. Tedavi Şekline Göre HAD Ölçeği Depresyon Alt Puanlarına Ait Betimleyici İstatistikler ve Mann-Whitney U Testi Sonuçları

Değişkenler	Tedavi Şekli	n	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	U	P
HAD Depresyon	Yatarak	16	23,31	373,00	19,000	,000*
	Ayaktan	16	9,69	155,00		

*p<0,001

HAD depresyon ölçeğine ait verilerin basıklık ve çarpıklık katsayıları -2 ve +2 arasında olmadığı (George ve Mallery, 2010) ve veri sayısı 30'dan az olduğu için verilerin normal dağılıma sahip olmadığı söylenebilir. Bu sebeple tedavi şekline göre bireylerin HAD depresyon puanları arasında farklılık olup olmadığını belirlemek

Mann-Whitney U testi yapılmıştır. Çizelge 4.2.1’de Mann-Whitney U testi analiz sonuçlarına göre HAD depresyon puanları tedavi şekline göre farklılaşmaktadır ($U=19,00$; $p<0,001$). Buna göre yatarak tedavi gören adolesanların depresyon düzeyi ($Mdn=9$) ayaktan tedavi gören adolesanlara ($Mdn=3$) göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir.

Çizelge 4.2.2 Tedavi Şekline Göre HAD Ölçeği Anksiyete Alt Puanlarına Ait Betimleyici İstatistikler ve Mann-Whitney U Testi Sonuçları

Değişkenler	Tedavi Şekli	n	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	U	P
HAD Anksiyete	Yatarak	16	22,41	358,50	33,500	,000*
	Ayaktan	16	10,59	169,50		

* $p<0,01$

Çizelge 4.2.2’ye göre tedavi şekline göre bireylerin HAD anksiyete puanları arasında farklılık olup olmadığını belirlemek için Mann-Whitney U testi yapılmıştır. Mann-Whitney U testi analiz sonuçlarına göre HAD anksiyete puanları tedavi şekline göre farklılaşmaktadır ($U=33,50$; $p<0,001$). Buna göre yatarak tedavi gören adolesanların anksiyete düzeyi ($Mdn=11$) ayaktan tedavi gören adolesanlara ($Mdn=7$) göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir.

Çizelge 4.2.3. Tedavi Süresi, HAD Depresyon ve HAD Anksiyete Puanları Arasındaki İlişki

Değişkenler	1	2	3
1. Tedavi Süresi	-	0,49	0,50*
2. HAD Depresyon	0,62*	-	0,91**
3. HAD Anksiyete	0,75**	0,93*	-

* $p<0,05$; ** $p<0,01$; **kahınlı yazılanlar ayakta tedavi görenlere ait verilerdir.**

HAD Depresyon ve HAD anksiyete puanları normal dağılım göstermediği

için Spearman sıra farkları korelasyon katsayısı hesaplanmıştır. Çizelge 4.2.3’de yer alan sonuçlara göre yatarak tedavi görenlerin tedavi süresi ile HAD depresyon arasında orta düzey, pozitif ve istatistiksel olarak anlamlı ($r=0,62$; $p<0,05$) ve tedavi süresi ile HAD anksiyete arasında pozitif yönlü, güçlü ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır ($r=0,75$; $p<0,01$). Yatarak tedavi görenler için HAD depresyon ile HAD anksiyete arasında pozitif yönlü, çok güçlü ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır ($r=0,93$; $p<0,01$). Ayakta tedavi görenlerin tedavi süresi ile HAD depresyon arasında orta düzey, pozitif ve istatistiksel olarak anlamlı olmayan ($r=0,49$; $p>0,05$) ve tedavi süresi ile HAD anksiyete arasında pozitif yönlü, orta düzey ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır ($r=0,50$; $p<0,05$). Ayakta tedavi görenler için HAD depresyon ile HAD anksiyete arasında pozitif yönlü, çok güçlü ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır ($r=0,91$; $p<0,01$).

4.3. Rorschach Testine Yönelik Bulgular ve İçerik Analizi

Aşağıdaki çizelgelerde katılımcıların depresif duygu durum düzeylerini ve kaygı ketlenme düzeylerini ölçen Rorschach yanıtlarının Mann-Whitney U Testi sonuçları ve içerik analizlerine yer verilmiştir.

Çizelge 4.3.1. Tedavi Şekline Göre Depresif Duygudurum Düzeylerini Ölçen Rorschach Yanıtlarına Ait Betimleyici İstatistikler ve Mann-Whitney U Testi Sonuçları

Değişkenler	Tedavi Şekli	n	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	U	p
$\Sigma C'$	Yatarak	16	23,81	381,00	11,000	,000*
	Ayaktan	16	9,19	147,00		
ΣC	Yatarak	16	9,59	153,50	17,500	,000*
	Ayaktan	16	23,41	374,50		

* $p<0,001$

Çizelge 4.3.1’de adolesanların depresif duygudurum düzeylerini ölçmek için rorschach testinde siyah beyaz ve gri renklerine ilişkin $\Sigma C'$ yanıtları ve renkli

kartlara ilişkin ΣC yanıtları Mann-Whitney U Testi ile karşılaştırılmıştır. Mann-Whitney U testi analiz sonuçlarına göre Rorchach testi $\Sigma C'$ yanıtları tedavi şekline göre farklılaşmaktadır ($U=11,00$; $p<0,001$). Buna göre yatarak tedavi gören adolesanların ($Mdn=4$) $\Sigma C'$ yanıtları ayakta tedavi gören adolesanlardan ($Mdn=1$) istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir. Yine analiz sonuçlarına göre Rorchach testi ΣC yanıtları tedavi şekline göre farklılaşmaktadır ($U=17,50$; $p<0,001$). Yatarak tedavi gören adolesanların ($Mdn=1$) ΣC yanıtları ayakta tedavi gören adolesanlardan ($Mdn=3,5$) istatistiksel olarak anlamlı derecede düşüktür.

İstatistiki değerlendirmelerin yanında içerik analizine baktığımızda renklerin duygusal anlamları, kişinin imgelemleri ile ilişkili olarak olumlu ya da olumsuz duygularını ifade etmesiyle saptanmaktadır. Gri, siyah ya da beyaz renge (C') olan duyarlılık, kişide genelde depresif bir duygu duruma, huzursuzluğa ve yaygın anksiyete dair ipuçları vermektedir (Anzieu ve Chabert, 2011). Renk yanıtları (C) renkli, canlı bir duygusal dünyanın olduğuna ilişkin bilgiler vermektedir (İkiz, 2017). Aşağıda yatarak tedavi gören adolesanların C' yanıtlarına örnekler verilmiştir:

"Yaprak görüyorum simsiyah yaprak." I. Kart

"Ooo kapkara. Bir yarasa gibi." I. Kart

"Şurası sırta benziyor. Siyah görünüyor. Röntgen filmi çekilmiş ama kötü yani." I. Kart

"Bu sanki bir iç organ. Sırtımızdaki omurga gibi bir şeye benziyor. Ama siyahlaşmış hiç iyi değil." I. Kart

"Simsiyah bir şey. Simsiyah örümcek gibi." I. Kart

"Akciğere benzettim. Siyahlar ama. Cidden benziyor. Bu arada akciğer enfeksiyonu geçiriyorum da nereye baksam akciğer görüyorum. Siyah akciğerler." II. Kart

"Bunlar sanki akciğerlerimiz. Ama siyahlaşmış. Sigara içince böyle olur ya ona benziyor." II. Kart

“Gözleri filan bir sineğe benziyor. Kapkara bir sinek.” III. Kart

“Ya da siyah bir kelebek bu.” IV. Kart

“Ciğere benzettim. Ama artık bitmiş yani. Ona benzettim. Simsiyah çalışmıyor bitmiş.” IV. Kart

“Bu bildiğimiz siyah yarasa işte. Geceleri çıkar ya ortaya. Hep karanlıkta siyah görürüz. O işte.” V. Kart

“Üst tarafı kafası yılan gibi duruyor. Simsiyah bir yılan.” VI. Kart

“Simsiyah bir kurbağaya benziyor.” VII. Kart

“Bunlar kemik işte. Orta siyah yer. Siyahlaşmış. Çekiyorlar ya filmini.” VIII. Kart

Çizelge 4.3.2 Tedavi Şekline Göre Kaygı ve Ketlenme Düzeylerini Ölçen Rorschach Yanıtlarına Ait Betimleyici İstatistikler ve Mann-Whitney U Testi Sonuçları

Değişkenler	Tedavi Şekli	n	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	U	P
ΣE	Yatarak	16	21,25	340,00		
	Ayaktan	16	11,75	188,00	52,000	,00*
ΣClob	Yatarak	16	18,00	288,00		
	Ayaktan	16	15,00	240,00	104,000	,296
ΣŞok	Yatarak	16	23,75	380,00		
	Ayaktan	16	9,25	148,00	12,000	,000**
ΣRed	Yatarak	16	19,72	315,50		
	Ayaktan	16	13,28	212,50	76,500	,040*

*p<0,01; **p<0,001

Çizelge 4.3.2’de adolesanların kaygı ve ketlenme düzeylerini ölçmek için deri, doku, gölgeleme ve perspektif içeren ΣE yanıt oranı, ağır endişe ve korku barındıran $\Sigma Clob$ yanıt oranı, en az 25 saniye hareketsiz kalma tepkileri ŞOK ve kartlara yanıt vermeme RED endeksleri karşılaştırılmıştır. Çizelgeye göre Rorschach ΣE yanıtları tedavi şekline göre farklılaşmaktadır ($U=52,00$; $p<0,01$). Buna göre yatarak tedavi gören adolesanların ($Mdn=1$) deri, doku, gölgeleme ve perspektif içeren ΣE yanıtları ayakta tedavi gören adolesanlardan ($Mdn=0$) istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir. Rorschach Clob yanıtları tedavi şekline göre farklılaşmamaktadır ($U=104,00$; $p>0,05$). Rorschach testi Şok yanıtları tedavi şekline göre farklılaşmaktadır ($U=12,00$; $p<0,01$). Yatarak tedavi gören adolesanların ($Mdn=3,5$) en az 25 saniye hareketsiz kalma şok tepkileri ayakta tedavi gören adolesanlardan ($Mdn=1$) istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir. Rorschach testi Red yanıtları tedavi şekline göre farklılaşmaktadır ($U=76,50$; $p<0,05$). Yatarak tedavi gören adolesanların ($Mdn=1$) kartlara yanıt vermeme RED yanıtları ayakta tedavi gören adolesanlardan ($Mdn=0,5$) istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir.

İstatistiki değerlendirmelerin yanında içerik analizine baktığımızda yatarak tedavi gören adolesanların Rorschach Testinde ΣE yanıt oranı, $\Sigma Clob$ yanıt oranı, ŞOK ve RED yanıt ortalamalarının ayaktan tedavi gören adolesanlara göre daha yüksek orandadır. Yatarak tedavi gören adolesanların kaygı ve ketlenme düzeylerini ölçen yanıtlarına hayvan (A) yanıtlarının eşlik ettiğini görmekteyiz. Hayvan yanıtlarının fazla oluşu, daha saldırgan ve vahşi nitelikte oluşu agresif eğilimleri ortaya çıkarmaktadır. Yatarak tedavi gören adolesanların E ve Clob yanıtlarından örnekleri aşağıdaki gibidir:

“Birde burada korkutucu bir canavar görüyorum.” 1. Kart

“Ya da sanki bu bir simsiyah örümcek. Korkutucu bir örümcek.” 1. Kart

“Burada ben birini görüyorum. Büyücü var burada. Kanatlı ve büyücü bu bence. Elleri de var ve üstünde tüylü kanatları var.” 1. Kart

“Hayvanlar var. Yarasa var tüylü gibi.” 1. Kart

"Derisi filan ıyy. Bu bence kurbağa. Kurbağa derisi " III. Kart

"Hani şunlar kadınlarmış ikisi de ayrı ayrı. Ama böyle 3 boyutlu gibi görünüyor."

III. Kart

"Korkutucu bir boğa mı desek. Sanki boğaya benziyor. Ödekileri ayakları elleri burası da kafası." IV. Kart

"Canavar gibi bir şey. Oldukça korkutucu. Kolları kırık, büyük büyük ayakları var. Korkutucu." IV. Kart

"Ejderha kafası gibi. Siyah bir ejderha. Korkutucu." IV. Kart

"Çok ürkütücü. Ürkütücü bir hayvan bu böyle." IV. Kart

"Bu da bir hayvanın kurutulmuş derisi gibi. Tüylü post gibi." VI. Kart

"Şöyle bakınca bu bir ağaç gibi. Ters bakınca bir ağaç. Ama kurumuş gibi. Çıtır çıtır." VI. Kart

"Şeye benziyor. Şurasını saymazsak hayvan derisi gibi halılar var ya ona benziyor. Tüylü hayvan derisi postuna benziyor" VI. Kart

"Şu taraflarında bir şey olsa sanki bunu bir yüze benzeteceğim. Ama korkutucu duruyor. Sevmedim bunu." VII. Kart

"İçindeki şey çam ağacı gibi. Akçaağaç gibi. Dalları böyle dikenli dikenli olur ya batar hani." VII. Kart

"Bulut olabilir." VII. Kart

"Şöyle kuş bakışı üstten bakınca iki tane kız görüyorum. Yüz yüzeler." VII. Kart

“Şurası tüy gibi.” IX. Kart

“Şöyle üstten bakınca köprüye benziyor.” X. Kart

4.4. Rorschach Testinde Kodlanmayan Malzeme ve Dil Yapısı

Araştırmamızda onkoloji ve hematoloji servislerinde yatan ve ayaktan tedavi gören adolesanların Rorschach Testinde kodlanmayan söylemleri, testte gözlemlenen heyecanları, tereddütleri ve kişisel referanslar bize önemli bilgiler vermektedir.

Rorschach Testinde içerik analizine baktığımızda yatarak tedavi gören adolesanların “*Kurbağaya benziyor. Sadece siyah kurbağa*”, “*İki insan işte. Geçelim hadi. Bitti.*” gibi söylemleri dil yapılarının daha kuru, testi yorumlamaya ve içselleştirmeye yönelik çabalarının olmadığını söyleyebiliriz. Yine Çizelge 4.3.2’de belirtildiği gibi Şok yanıtlarının tedavi şekline göre farklılaşmadığını görmekteyiz. Ama yatarak tedavi gören adolesanların Şok yanıt ortalamalarının anlamlı derecede yüksek olması bize kaygı ve ketlenme düzeylerinin fazla olduğunu kanıtlar niteliktedir. Ayaktan tedavi gören adolesanların ise “*Bu maskeye benziyor. Süper kahraman maskesi gibi. Batman maskesi. Ama maskenin lastikleri yok şuan.*”, “*Bu bir hayvana benziyor. Bir dakika çıkaracağım. Buz devrini izledin mi? Buz devrindeki o hayvan bu işte. Biraz korkutucu ama bak buraları filan hep ona benziyor.*” gibi söylemleri daha zengin ve gelişmiş bir hayal gücü ürünü yanıtlar verdiğini gözlemlemekteyiz.

Yine yatarak tedavi gören adolesanların test sırasında “*Bilemedim.*”, “*Sence?*”, “*Karar veremedim*” gibi söylemlerinin ayaktan tedavi gören adolesanlara göre daha fazla olması testöre, araştırmacıya yaslanma ihtiyacının belirgin olduğu, endişeli ve kendinden emin olamamaları olarak yorumlanabilir.

5. TARTIŞMA

Bütün hastalıkların içerisinde kanserin çok ayrı bir yeri vardır (Kayır, 2014). Kanser, bütün ülkelerde en sık görülen ve her yaştaki bireyin sağlığını olumsuz derecede tehdit eden hastalıklardan biridir. (El-Metwally, 2009; Kanserli Çocuklara Umut Vakfı, 2000). Birey kanser tanısı aldığı anda, yaşamın geri kalanını da bu kanser tanısı ile devam etmek zorunda kalmaktadır. Kanser tanısının konulması bireyin zihinsel ve ruhsal uyumunu daha da bozarak, bireyi ve ailesini fiziksel, psikolojik, sosyal, ekonomik vb. her alanda etkileyebilmektedir. Bireylerde karar alma bunalımları, değişime ayak uydurma baskısı, çevresel uyum sağlama ve bireyin yeterlilik düzeyini aşan durumlarla karşılaşması sonucunda psikolojik rahatsızlıklar baş göstermektedir. (Ocaktan ve ark, 2004; Şayan, 2010; Yıldırım, 2011).

Kanser hastalığı, çocukluk döneminde de erişkin dönemde olduğu kadar sık rastlanmaktadır ve çocukluk çağı kanserleri ise ülkemizde dördüncü sıklıkta ölüm nedeni olan hastalıktır (Adaletli, 2009; Yılmaz, 2014). Pediatrik Kanser, beraberinde gelen uzun ve yıpratıcı tedavi süreçleri sebebiyle ve hastanede uzun süre kalmayı gerektirecek ciddiyette seyredebilmektedir. Bu durum çocuklar için, sosyal hayatına uyumda zorlukları beraberinde getirmektedir. Tedavisi dolayısıyla okulundan ve arkadaşlarından uzak kalan çocuklar için sonrasında yeni koşullara uyum sağlamak zorlayıcı olmaktadır (Zeltzer ve ark, 2009). Yaşamış oldukları hastalığın ve tedavinin etkisi sebebiyle çocuk ve ergenlerde davranış sorunları, depresyon ve anksiyete gibi psikopatolojiler görülebilmektedir (Pitman ve ark, 2018).

Bu çalışmada, İstanbul Üniversitesi Onkoloji Enstitüsü ve İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk Onkoloji ve Hematoloji servisinde yatarak ve ayaktan tedavi gören adolesanların anksiyete, depresyon belirtilerine ek olarak Rorschach Testi ölçümüyle genel ruhsal değerlendirmesinin yapılması amaçlanmıştır. İki grup olarak ayrılan hastaların anksiyete, depresyon ve

Rorschach yanıtlarının karşılaştırılması yapılmış olup, anksiyete ve depresyon puanları Rorschach yanıt profilleriyle ilişkisi incelenmiştir. 16 kişiden oluşan iki grubun karşılaştırıldığı çalışmada, hipotezler doğrultusunda sonuçların literatürdeki diğer araştırmalarla değerlendirilmesi bu bölümde yapılmıştır.

Yatarak ve ayaktan tedavi görenlerin yaş, tedavi süresi (ay) ve tanı yaşı ortalamaları incelendiğinde, yatarak ve ayakta tedavi görenlerin yaşları 14 ile 17 arasında değişmektedir ve yaş ortalamaları da 15,31'dir. Yatarak tedavi görenlerin tedavi süresi 1 ile 24 arasında değişirken ortalama seviyesi 7,19'dur, ayakta tedavi görenlerin tedavi süresi 4 ile 48 ay arasında değişmektedir ve ortalama tedavi süresi 20,69'dur.

Örnekleme alınan hastalarda erkeklerin %62,5'inin yatarak %43,8'sinin ayakta tedavi gördüğü, kızların ise %37,5'in yatarak %56,3'ünün ise ayaktan tedavi gördüğü tespit edilmiştir.

Tanı türüne göre baktığımızda örneklemdaki lösemi tanısı alanların tümü yatarak tedavi görmektedir ve yatarak tedavi gören hastaların %56,3'ünü oluşturmaktadır. Yumuşak doku sarkomları tanısı alanlar %12,5, Germ hücreli tümör, karaciğer tümörü tanısı alanlar yatarak tedavi görmekte olup her biri %6,3 oranındadır. Ayaktan tedavi görenler arasında %50 beyin omurilik tümörleri, %37,5 lenfoma ve %6,3 retinoblastom ve %6,3 kemik tümörleri tanısı alan hastalardan oluştuğu tespit edilmiştir.

Sınıf değişkenine göre yatarak tedavi gören hastaların %6,3'ü 6. sınıf, %31,3'ü 7. sınıf, %6,3'ü 8. sınıf, %12,5'i 9. sınıf, %18,8'i 10. sınıf ve %25'i 11. sınıfta okurken ayakta tedavi görenlerin %25'i 7. sınıf, %6,3'ü 8. sınıf, %43,8'i 9. sınıf, %12,5'i 10. sınıf ve %12,5'i 11. sınıfta okumaktadır.

Yatarak tedavi görenlerin tamamı eğitime ara verdiği, ayaktan tedavi görenlerin ise %50'sinin ara verdiği %50'sinin vermediği tespit edilmiştir.

Ekonomik durum değişkenine göre, yatarak tedavi görenlerin %37,5 iyi ekonomik düzeyine sahip ve %62,5 orta ekonomik düzeye sahiptir. Ayaktan tedavi

görenlerde ise %43,8 iyi ekonomik düzeyde ve %56,3 orta ekonomik düzeydedir.

Araştırmaya katılan bireylerin hiçbirinin başka hastalığı bulunmamakta hiçbir psikolojik ve psikiyatrik destek almamaktadır.

Araştırmamızda onkoloji ve hematoloji servisinde yatan ve ayakta tedavi gören adolesanların anksiyete ve depresyon düzeylerini ölçmek için HAD ölçeği sonuçları karşılaştırılmıştır. Anksiyete ve depresyon düzeylerine ilişkin hipotez ise yatarak tedavi gören adolesanların anksiyete ve depresyon düzeylerinin yüksek olacağı yönündedir. Bulgulara göre araştırmanın sonucunda bireylerin depresyon ve anksiyete puanlarının tedavi şekline göre farklılaştığı tespit edilmiştir. Yatarak tedavi görenlerin depresyon puan ortalamaları ayakta tedavi görenlerden istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu, yine çalışma sonucuna göre yatarak tedavi görenlerin anksiyete puan ortalamaları ayakta tedavi görenlerden istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur.

Yapılan diğer çalışmalarda, kronik rahatsızlığı olan ve yatarak tedavi gören bireylerin depresyon ve anksiyete düzeylerinin fazla olduğu bulunmuştur. Şayan (2010), 44 kanser hastası ve onlara bakım veren 44 hasta yakınıyla yaptığı çalışmada, kanser hastalarının %49,99'unda depresyon saptandığını ve yatarak tedavi gören hastalarda daha yüksek olduğu sonucu elde etmiştir.

Karakuş (2007), kanser hastalarının hastalığı mücadele edilmesi gereken bir olgu olarak algılandığını ve hastalığın stres yaratan bir durum olduğunu saptamıştır. Hastaların %43'ünde anksiyete, %60'ında ise depresyon belirtilerinin olduğu sonucuna ulaşmıştır. Ayrıca, hastalığı olumlu değerlendirme, yaşam kalitesi puanını yükselttiği, anksiyete ve depresyon oranını düşürdüğü saptanmıştır.

Hedström ve arkadaşları (2005), çalışmasında kanser tanısı alan ergenlerin %12'sinde anksiyete, %21'inde depresyon belirtilerinin olduğu sonucu elde etmişlerdir.

Kelleci ve arkadaşları (2009), çeşitli kliniklerde yatan 247 hastayla yaptığı çalışmada hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerinin yüksek olduğu sonucunu

elde etmişlerdir.

Kanser tanısı olan adolesan ve genç erişkinlerin depresyon riski ile karşı karşıya olduğu ve bu durumun özellikle agresif bir seyir izleyen kanser türlerinde çok daha fazla görüldüğü belirtilmiştir. Ayrıca, yapılan çalışmalarda, ileri yaştaki bireylere kıyasla ergen ve erken erişkin bireylerde depresyon riskinin daha fazla olduğu belirtilmiştir (Ahomaki ve ark, 2014; Lewis ve ark, 2014; Nass ve ark, 2015; Zeltzer ve ark, 2009).

Depresif duygu durum düzeylerinde olduğu gibi, ergen ve erken erişkinlerde kanser gibi kronik rahatsızlıkların psikiyatrik rahatsızlık eş tanısının olduğu literatürdeki diğer çalışmalarda da belirtilmiştir (Mitchell ve ark, 2011; Kadan-Lottick ve ark, 2005). Ayrıca, depresyon ve anksiyete gibi psikiyatrik rahatsızlıkların, hastalığın getirdiği fiziksel yük ve hastalıkla yüzleşmenin ortaya çıkarabileceği komplike yas durumuyla ilişkili olduğu öne sürülmektedir (Nilsson ve ark, 2009). Aynı zamanda, kişilerin anksiyete ve depresyon belirtilerinin tedaviye devamlılığını engelleyebildiği ve bu açıdan sağlığın riske atılmasının söz konusu olduğu belirtilmektedir (Leader ve ark, 2014). Bu çalışmalar ve bulgular araştırmamızın bulgularını destekler niteliktedir, hipotezin doğrulandığını göstermektedir.

Araştırmamızda tedavi süresi, depresyon ve anksiyete arasındaki ilişki karşılaştırılmıştır. Tedavi süresi, depresyon ve anksiyete arasındaki ilişkiye dair hipotez ise tedavi süresinin arttıkça depresyon ve anksiyete düzeylerinin yüksek olacağı yönündedir. Bulgulara göre yatarak tedavi görenlerin tedavi süresi ile depresyon arasında orta düzey, pozitif ve istatistiksel olarak anlamlı, tedavi süresi ve anksiyete arasında pozitif yönlü, güçlü ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır. Yatarak tedavi görenler için depresyon ile anksiyete arasında pozitif yönlü, çok güçlü ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır. Ayakta tedavi görenlerin tedavi süresi ile depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı olmayan ve tedavi süresiyle anksiyete arasında pozitif yönlü, orta düzey ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır. Ayakta tedavi görenler için depresyon ile anksiyete arasında pozitif yönlü, çok güçlü ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır.

Şahin (2015), çalışmasında yatarak tedavi gören kanser hastalarının %47'6'sında anksiyete, %79'unda depresyon riski olduğunu ve hastalık süresi uzadıkça depresyon ve anksiyete riskinin arttığı sonucunu elde etmiştir.

Yılmaz (2014), çalışmasında adolesanların ilk tanı anından sonraki altıncı aydaki umutsuzlukları, depresyon ve anksiyete düzeylerinin daha yüksek olduğunu ve yine tanı sonrası süreçte beden imajında bozulma, okula devam edememe, arkadaş ilişkilerinde azalma, sosyal aktivitelerinde azalma, ebeveynlerine bağımlılığın artması ve bağımsızlık kaybının yaşanması gibi nedenler artışın istatistiksel açısından anlamlı olduğunu saptamıştır.

Polat (2016), çalışmasında yatarak tedavi gören hastaların hastanede yatma süresiyle anksiyete riskinin anlamlı ölçüde ilişkili olduğu sonucunu elde etmiştir. Bu çalışmalar ve bulgular araştırmamızın bulgularını destekler niteliktedir, hipotezin doğrulandığını göstermektedir.

Araştırmamızda yatan ve ayakta tedavi gören adolesanların depresif duygudurum düzeylerini ölçmek için Rorschach testinde siyah beyaz ve gri renklerine ilişkin $\Sigma C'$ yanıtları ve renkli kartlara ilişkin ΣC yanıtları karşılaştırılmıştır. Duygulanım dünyalarına dair bir hipotez ise yatarak tedavi gören ergenlerin Rorschach Testi'ndeki $\Sigma C'$ yanıtlarının yoğun ve ΣC yanıtlarının az olacağı yönündedir. Bulgulara göre, Rorschach Testi'nde yatarak tedavi gören adolesanların $\Sigma C'$ yanıtlarının daha fazla olduğu görülmektedir. Renklerin duygusal anlamları, kişinin imgelemleri ile ilişkili olarak olumlu ya da olumsuz duygularını ifade etmesiyle saptanmaktadır. Gri, siyah ya da beyaz renge (C') olan duyarlılık, kişide genelde depresif bir duygu duruma, huzursuzluğa ve yaygın anksiyete dair ipuçları vermektedir (Anzieu ve Chabert, 2011). ΣC yanıtlarına bakıldığında ise, yatarak tedavi görenlerin ayakta tedavi görenlere kıyasla az oranda ΣC yanıtı verdiği görülmektedir. Renk yanıtlarını kodlama şekli " C' " dir ve " C' " ler renkli, canlı bir duygusal dünyanın olduğuna ilişkin bilgiler vermektedir. Bu sonuçlar doğrultusunda depresif duygudurum düzeylerine ilişkin hipotezin doğrulandığını göstermektedir.

Araştırmamızda kaygı ve ketlenmeyle ilgili yanıtların değerlendirilmesine ilişkin hipotez ise yatarak tedavi gören adolesanların kaygı ve ketlenmeye karşılık

gelen Rorschach yanıtlarının ayaktan tedavi görenlere kıyasla daha fazla olduğu yönündedir. Yatan ve ayakta tedavi gören adolesanların kaygı ve ketlenme düzeylerini ölçmek için deri, doku, gölgeleme ve perspektif içeren ΣE yanıt oranı, ağır endişe ve korku barındıran $\Sigma Clob$ yanıt oranı, en az 25 saniye hareketsiz kalma tepkileri ΣOK ve kartlara yanıt vermeme RED endeksleri karşılaştırılmıştır. Rorschach Testinde onkoloji ve hematoloji servisinde yatarak tedavi gören adolesanların ΣE , ΣOK ve Red yanıtları ayakta tedavi gören adolesanlardan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir. Yine onkoloji ve hematoloji servisinde yatarak tedavi gören adolesanların $\Sigma Clob$ yanıtları ayakta tedavi görenlerden istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek değildir. Kaygı ve ketlenme durumuna ilişkin Rorschach kartlarına verilen yanıtlar değerlendirildiğinde, yatarak tedavi gören hastalardaki Hayvan (A) yanıtlarının fazlalığı savunmacı tarzda davranış ve çocuksu duygu duruma işaret etmektedir (İkiz, 2014). Hayvan yanıtlarında dikkat edilmesi gereken, hangi hayvanlar olduğu ve özellikleridir. Kartlara verilen yanıtlardaki hayvanların narin ve pasif olmadığı ve kişilerin içinde bulundukları durumu öfkeyle karşıladıklarını gösteren nitelikte olduğu düşünülmektedir. Bulgulara göre, genel olarak baktığımızda onkoloji ve hematoloji servisinde yatarak tedavi gören adolesanların Rorschach Testinde ΣE , $\Sigma Clob$, ΣOK ve RED yanıtları ayaktan tedavi gören adolesanlara kıyasla daha yüksektir. Sonuçlar, anksiyete düzeylerine ilişkin hipotezin doğrulandığını göstermektedir.

Yine araştırmamızda yatan ve ayaktan tedavi gören adolesanların Rorschach Testinde kodlanmayan söylemleri, testte gözlemlenen heyecanları, tereddütleri ve kişisel referanslar bize önemli bilgiler vermektedir.

Öncelikle Rorschach Testinde yatarak tedavi gören adolesanların dil yapılarının daha kuru olduğunu gözlemlerken, ayakta tedavi gören adolesanların ise daha zengin, gelişmiş bir hayal gücü ürünü yanıtlar verdiğini gözlemlemekteyiz. Aşağıda yatarak tedavi gören adolesanları dil yapılarındaki kuru yanıtlarına örnekler verilmiştir.

“Kurbağaya benziyor. Sadece siyah kurbağa” VII. Kart

“Ooo kapkara. Bir yarasa gibi.” I. Kart

"Birde burada korkutucu bir canavar görüyorum." I. Kart

"Hmm... Kedi... Kediye benzettim." V. Kart

"İki insan işte. Geçelim hadi. Bitti." III. Kart

Yatarak tedavi gören adolesanların Rorschach testini yorumlamaya ve içselleştirmeye yönelik çabasının olmadığını söyleyebiliriz. Bu durum bize yatarak tedavi gören adolesanların yaratıcılığının kısıtlı olduğunu göstermektedir. Çizelge 4.3.2'de belirtildiği gibi Şok yanıtlarında tedavi şekline göre anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Ama yatarak tedavi gören adolesanların Şok yanıtlarının ayakta tedavi gören adolesanlara göre anlamlı derecede yüksek olması bize kaygı ve ketlenme düzeylerinin fazla olduğunu kanıtlar niteliktedir.

Yine yatarak tedavi gören adolesanların Rorschach Testi sırasında testöre, araştırmacıya yaslanma ihtiyacının belirgin olduğu gözlemlenmiştir. Yatarak tedavi gören adolesanların test sırasında yanıtlarında şüphe duyguları, endişeli tutumları ve kendinden emin olamadıkları fark edilmiştir. Aşağıda yatarak tedavi gören adolesanların yanıtlarına örnekler verilmiştir.

"Düz mü tutayım ters mi? Bilemedim ki? Sen bakınca ne anlıyorsun bir de sen söyle?" II. Kart

"Bir şey çıkarmaya çalışıyorum ama... Valla hiçbir şey göremiyorum. Sence ne bu?" IV. Kart

"Herkes neler söylüyor? Neler görüyor? Onlar neler demiş? Benden sonra sen de söylesene?" VIII. Kart

"Şu kenardaki var ya fare gibi duruyor fare değil daha şey öyle bir hayvana benziyor sürünen dört ayaklı. Fare değil hayvan ya da hayvan değil fare." VIII. Kart

“Ağaç gibi. Çam ağacı ya da akçaağaç. Karar veremedim. Sence neye benziyor?”

VII. Kart

Sonuç olarak, çalışmamız Rorschach Testiyle Onkoloji ve Hematoloji biriminde yatan ve ayakta tedavi gören hastaları temsil ederek yapılan ve içerik analizine dayanan ilk çalışmadır. Bu nedenle Rorschach Testi içerik analizi bulgularını literatürdeki diğer araştırmalarla karşılaştırmasında zorluklar bulunmaktadır.

6. SONUÇLAR

Araştırmanın sonucunda, Onkoloji ve hematoloji servisinde yatarak tedavi gören adolesanların HAD Depresyon ve HAD Anksiyete puanları tedavi şekline göre farklılaşmaktadır. Yatarak tedavi gören adolesanların depresyon ve anksiyete puan ortalamaları ayakta tedavi gören adolesanlardan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir.

Yine araştırmamızda onkoloji ve hematoloji servisinde yatarak tedavi gören adolesanların tedavi süresi ile depresyon arasında orta düzey, pozitif ve istatistiksel olarak anlamlı, tedavi süresi ile anksiyete arasında pozitif yönlü, güçlü ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır. Yatarak tedavi görenler için depresyon ile anksiyete arasında pozitif yönlü, çok güçlü ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır. Ayakta tedavi görenlerin tedavi süresi ile depresyon arasında orta düzey, pozitif ve istatistiksel olarak anlamlı olmayan, tedavi süresi ile anksiyete arasında pozitif yönlü, orta düzey ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır. Ayakta tedavi görenler için depresyon ile anksiyete arasında pozitif yönlü, çok güçlü ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır.

Depresif duygu durum düzeylerini ölçmek için kullanılan rorschach testinde siyah, beyaz ve gri renklerine ilişkin $\Sigma C'$ ve renkli kartlara ilişkin ΣC yanıtları tedavi şekline göre farklılaşmaktadır. Onkoloji ve hematoloji servisinde yatarak tedavi gören adolesanların $\Sigma C'$ yanıtları ayakta tedavi gören adolesanlardan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir. Yine onkoloji ve hematoloji servisinde yatarak tedavi gören adolesanların ΣC yanıtları ayakta tedavi görenlerden istatistiksel olarak anlamlı derecede düşüktür.

Kaygı ve ketlenme düzeylerini ölçmek için kullanılan rorschach testinde deri, doku, gölgeleme ve perspektif içeren ΣE yanıtları, en az 25 saniye hareketsiz kalma Şok tepkileri ve kartlara yanıt vermeme Red yanıtları tedavi şekline göre farklılaşmaktadır. Onkoloji ve hematoloji servisinde yatarak tedavi gören adolesanların ΣE, Şok ve Red yanıtları ayakta tedavi gören adolesanlardan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir. Ağır endişe ve korku barındıran Clob yanıtları tedavi şekline göre farklılaşmamaktadır. Onkoloji ve hematoloji servisinde yatarak tedavi gören adolesanların Clob yanıtları ayakta tedavi görenlerden istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek değildir. Genel olarak baktığımızda onkoloji ve hematoloji servisinde yatarak tedavi gören adolesanların Rorschach Testinde ΣE, Clob, Şok ve RED yanıtları ayaktan tedavi gören adolesanlara kıyasla daha yüksektir.

Onkoloji ve hematoloji servisinde yatan ve ayakta tedavi gören adolesanların Rorschach Testinde kodlanmayan malzemeleri ve dil yapılarına baktığımızda, yatarak tedavi gören adolesanların dil yapılarının daha kuru, testi yorumlamaya ve içselleştirmeye yönelik çabalarının olmadığı gözlemlenmiştir. Ayaktan tedavi gören adolesanların ise daha zengin ve gelişmiş bir hayal ürünü yanıtlar vererek testi tamamladığını görmekteyiz. Yine onkoloji ve hematoloji servisinde yatarak tedavi gören adolesanların Rorschach Testi sırasında testöre, araştırmacıya yaslanma ihtiyacının belirgin olduğu, endişeli ve kendinden emin olamadıkları gözlemlenmiştir.

7. ÖNERİLER

Onkoloji ve Hematoloji Biriminde Yatan ve Ayakta Tedavi Gören Adölesanların Ruhsal İşleyiş, Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin Karşılaştırılması başlıklı çalışmamız İstanbul Üniversitesi Onkoloji Enstitüsü, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk Onkoloji ve Hematoloji birimlerinde yatarak ve ayakta tedavi gören kanser tanısı almış 14-17 yaş arası 32 adölesanla yapılmıştır ve diğer hastanedeki adölesanların ruhsal işleyiş, anksiyete ve depresyon düzeylerinin karşılaştırılmasında yanlı ve sınırlı kalmıştır. Örneklemdeki bu sınırlılık dikkate alınarak gelecek çalışmalarda onkoloji ve hematoloji biriminde yatan ve ayakta tedavi gören adölesanları temsil eden farklı hastanelerle daha büyük bir örneklem ile çalışılmalıdır. Literatürde Rorschach Testiyle onkoloji ve hematoloji biriminde yatan ve ayakta tedavi gören hastaları temsil ederek yapılan ve içerik analizine dayanan daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

8. KAYNAKLAR

- Adaletli, H. (2009). *Kanserli Çocuk Ve Ergenlerde Psikiyatrik Hastalıklar Ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi*. Uzmanlık Tezi. İstanbul: İstanbul üniversitesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı.
- af Klinteberg, B., Johansson, S. E., Gacono, C. (2008). Projective risk variables in early adolescence and subsequent disinhibitory psychopathology. *International Journal of Law and Psychiatry*, 31(3), 210-218. doi: 10.1016/j.ijlp.2008.04.001
- Ahomaki R., Gunn ME., Madanat-Harjuoja LM., Matomaki J., Malila N., Lahteenmaki PM. (2014). Late psychiatric morbidity in survivors of cancer at a young age: A nationwide registry-based study. *Int J Cancer*.
- Alacacioğlu, A. (2007). *Kanser Hastaları ve Hasta Yakınlarının Depresyon, Umutsuzluk Ve Kaygı Düzeylerinin Değerlendirilmesi*. Tıbbi Onkoloji Uzmanlık Tezi. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı.
- American Cancer Society (2018). What Are the Differences Between Cancers in Adults and Children?. (Erişim Tarihi 2 Mart 2019). <https://www.cancer.org/cancer/cancer-in-children/differences-adults-children.html>
- Amerikan Psikiyatri Birliği (2014) Psikiyatride Hastalıkların tanımlanması ve Sınıflandırılması El Kitabı, Beşinci Baskı, Washington DC.
- Ames, L.B. Learned, J., Metraux, R.W., Walker, R.N. (1952). *Child Rorschach Responses*. New York, Hoeber.
- Anzieu, D., Chabert, C. (2011). *Projektif Yöntemler*. Kolbay, B. (Çev.), Bağlam Yayınları, İstanbul
- Balottin, L., Mannarini, S., Candeloro, D., Mita, A., Chiappedi, M., Balottin, U. (2018). *Rorschach Evaluation of Personality and Emotional Characteristics in Adolescents With Migraine Versus Epilepsy and Controls*. *Frontiers in*

- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., Emery, G. (1978). Cognitive therapy of depression, The Guilford Press, New York.
- Bhatia, S., Armenian, S. H., Armstrong, G. T., van Dulmen-den Broeder, E., Hawkins, M. M., Kremer, L. C. M., ... Hudson, M. M. (2015). *Collaborative Research in Childhood Cancer Survivorship: The Current Landscape. Journal of Clinical Oncology, 33*(27), 3055–3064.
- Brinkman, T. M., Recklitis, C. J., Michel, G., Grootenhuis, M. A., Klosky, J. L. (2018). Psychological symptoms, social outcomes, socioeconomic attainment, and health behaviors among survivors of childhood cancer: Current state of the literature. *Journal of Clinical Oncology, 36*(21), 2190-2197. doi: 10.1200/JCO.2017.76.5552
- Chagnon, J. Y. (2011). The contribution of projective tests - the psychoanalytical approach - to psychological evaluations of children and adolescents an assessment of 30 years of studies. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence, 59*(1), 48-53. doi: 10.1016/j.neurenf.2009.10.002
- Cheng, L., Wang, L., He, M., Feng, S., Zhu, Y., Rodgers, C. (2018). Perspectives of children, family caregivers, and health professionals about pediatric oncology symptoms: a systematic review. *Supportive Care in Cancer, 26*(9), 2957-2971. doi: 10.1007/s00520-018-4257-3
- Coughtrey, A., Millington, A., Bennett, S., Christie, D., Hough, R., Su, M. T., ... Shafran, R. (2018). The Effectiveness of Psychosocial Interventions for Psychological Outcomes in Pediatric Oncology: A Systematic Review. *Journal of Pain and Symptom Management, 55*(3), 1004-1017. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2017.09.022
- Eiser C, Morse R. (2001). Quality of life in chronic diseases of childhood. *Health Technol Assess. 5*:1–157.
- Eiser, C. (2004). *Children with cancer: The quality of life.* Mahwah, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Eiser, C., Eiser, J. R., Stride, C. B. (2005). Quality of life in children newly diagnosed with cancer and their mothers. *Health and quality of life outcomes, 3*, 29. doi:10.1186/1477-7525-3-29
- El-Metwally, T.H. (2009). Cancer biology: An updated global overview.

- Erkan, M. (2014). *Hastane Anksiyete ve Depresyon (HAD) Ölçeği'nin Ergen Yaş Grubunda Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması*. Uzmanlık Tezi. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı.
- Eneç Can, F. N., Aydemir, I., Set, T., Aktürk, Z., ve Dağdeviren, N. (2005). Ailesel Faktörler Depresyonda Ne Kadar Etkili?, *Türk Aile Hekimliği Dergisi*, 9(1): 15-19.
- Exner, J. E. (1993). *The Rorschach: A Comprehensive System, Volume I: Basic Foundations*. New York: Wiley.
- Foa E.B., Kozak M.J., Goodman W.K. (1995). DSM IV Trial :Obsessive Compulsive Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 152:990-996.
- Friend, A. J., Feltbower, R. G., Hughes, E. J., Dye, K. P., Glaser, A. W. (2018). Mental health of long-term survivors of childhood and young adult cancer: A systematic review. *International Journal of Cancer*, 143(6), 1279-1286. doi: 10.1002/ijc.31337
- Garb, H. N., Wood, J. M., Nezworski, M. T., Grove, W. M., Stejskal, W. J. (2001). Towards a resolution of the Rorschach controversy. *Psychological Assessment*, 13, 433 – 448
- George, D., Mallery, P. (2010). SPSS for Windows step by step. A simple study guide and reference (10. Baskı). *GEN, Boston, MA: Pearson Education, Inc.*
- Gurney, J. G., Krull, K. R., Kadan-Lottick, N., Nicholson, H. S., Nathan, P. C., Zebrack, B., ... Ness, K. K. (2009). *Social Outcomes in the Childhood Cancer Survivor Study Cohort*. *Journal of Clinical Oncology*, 27(14), 2390–2395.
- Halpern, F. A. (1953). *clinical approach to children's Rorschachs*. ew York: Grune Stratton.
- Hathaway, S. R., McKinley, J., C. (1940). A multiphasic personality schedule (Minnesota): I. Construction of the Schedule. *Journal of Psychology*, 10, 249-254.
- Hedström, M., Ljungman, G. ve von Essen, L. (2005). *Perceptions of distress among adolescents recently diagnosed with cancer*. *Journal of Pediatric Hematology/Oncology*, 27(1), 15-22.

- Hoffmann, R., Kaiser, J., Kersting, A. (2018). Psychosocial outcomes in cancer-bereaved children and adolescents: A systematic review. *Psycho-Oncology*, 27(10), 2327-2338. doi: 10.1002/pon.4863
- Hooke, M. C., Rodgers, C., Taylor, O., Koerner, K. M., Mitby, P., Moore, I., . . . Pan, W. (2018). Physical activity, the childhood cancer symptom cluster-leukemia, and cognitive function. *Cancer Nursing*, 41(6), 434-440. doi: 10.1097/NCC.0000000000000634.
- Howard, J. C. (1989). The Rorschach Test: Standardization and contemporary developments. In S. Wetzler & M. M. Katz (Ed.), *Contemporary approaches to psychological assessment*. New York: Brunner/Mazel.
- Işık E., Taner Y., (2006). Çocuk, Ergen ve erişkinlerde Anksiyete Bozuklukları, Obsessif Kompulsif Bozukluk, Golden Print, 239-277.
- İkiz, T. (2017). *Rorschach Testi Psikanalitik Yorum, Kodlama ve Uygulamalar*, (1. Basım), Bağlam Yayınları, İstanbul.
- İkiz, T., Düşgör, B., Zabcı, N., Yavuz, A., Atak, İ., Ataç, S., Sönmez, B., Akkapulu, F. (2007). *Rorschach Kodlama Kitabı 1 Ergen Normları*. Bağlam Yayınları, İstanbul.
- Kadan – Lottick, N. S., Vanderwerker, L. C., Bkock, S. D., Zhang, B. Prigerson, H. G. (2005). Psychiatric Disorders and Mental Health Service Use in Patients with Advanced Cancer. *Cancer*, 104, 2872 – 2881.
- Kanserli Çocuklara Umut Vakfı (2000). (Erişim Tarihi 17 Mart 2019). https://kacuv.org/tum_yayinlar/
- Karakaş, A. (2007). *Kanser Hastalarının Hastalığı Değerlendirme Biçimlerinin Anksiyete Depresyon Ve Yaşam Kalitesine Etkisi*. Yüksek Lisans Tezi. Erzurum: Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı.
- Karakuş, S. (2007). *Kanser Hastalarının Hastalığı Değerlendirme Biçimlerinin Anksiyete Depresyon ve Yaşam Kalitesine Etkisi*. Yüksek Lisans Tezi. Erzurum: Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı.
- Kassam, A., Widger, K., Benini, F. (2018) Epidemiology of suffering in childhood cancer. *Pediatric Oncology* (pp. 1-12).
- Kayır, G. (2014). *Onkoloji Hastalarının Hastalık Algısı Ve Stresle Başa Çıkma Biçimleri*. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık

Bilimleri Enstitüsü.

- Kelleci, M., Aydın, D., Sabancıoğulları, S., Doğan, S. (2009). Hastanede Yatan Hastaların Bazı Tanı Gruplarına Göre Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 90-98.
- Korkmaz, M. (2007). Akciğer Kanseri Olan Hastalara Uygulanan Taburculuk Planlamasının Semptom Kontrolü ve Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Doktora tezi, İzmir: Ege Üniversitesi.
- Köroğlu, E. (2006). Depresyon Nedir? Nasıl Baş Edilir? Ankara, HYB Yayıncılık.
- Leader A., Raanani P. (2014). Adherence-related issues in adolescents and young adults with hematological disorders. *Acta Haematol*, 132(3-4):348-362
- Leichtman, M. (1998). The Rorschach contributions of Ernest Schachtel: Uncommon sense, phenomenology, and the testing relationship. *Journal of Personality Assessment*, 71(2), 149-159.
- Leon, M.E., Perugo, A., McNeill, A., Kraliova, E., Guha, N., Minozzi, S., ... Schuz, J. (2015). European code against cancer 4th edition: Tobacco and cancer. *Cancer Epidemiology*, 39, S20-S33
- Lewis DR., Seibel NL., Smith AW., Stedman MR. (2014). Adolescent and young adult cancer survival. *J Natl Cancer Inst Monogr*, (49):228-235
- Lilienfeld, S., O., Wood, J., M., Garb, H., N. (2001). What's wrong with this picture? *Scientific American*, May, pp.81-87.
- Maeda, K., Hasegawa, D., Urayama, K. Y., Tsujimoto, S., Azami, Y., Ozawa, M., Manabe, A. (2017). Risk factors for psychological and psychosomatic symptoms among children with malignancies. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 54(4), 411-415.
- Mitchell AJ, Chan M, Bhatti H, Halton M, Grassi L, Johansen C ve ark. (2011). Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies. *The Lancet Oncology*, 12(2), 160-174.
- Narendran, G., Tomfohr, L., Schulte, F. (2018). Inflammatory cytokines and depression in children with cancer: A review of the literature. *Pediatric Hematology and Oncology*, 35(1), 11-19.
- Nass SJ., Beaupin LK., Demark-Wahnefried W. (2015). et al Identifying and addressing the needs of adolescents and young adults with cancer: summary

- of an institute of medicine workshop. *Oncologist*, 20(2):186–195
- Nilsson ME., Maciejewski PK., Zhang B. (2009). et al Mental health, treatment preferences, advance care planning, location, and quality of death in advanced cancer patients with dependent children. *Cancer*, 115(2):399–409
- Ocaktan M.E., Özdemir O., Akdur R. (2004). Birinci basamakta ruh sağlığı hizmetleri. *Kriz Dergisi*, 12:63-73.
- Öztürk, O. (2011). Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, İstanbul, Hekimler Yayın Birliği.
- Pitman, A., Suleman, S., Hyde, N., Hodgkiss, A. (2018). *Depression and anxiety in patients with cancer. BMJ*, k1415.
- Polat, A. (2016). *Hastanede Yatarak Tedavi Gören Hastaların Sosyodemografik Özellikleri ve Anksiyete Düzeylerinin İncelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji Anabilim Dalı.
- Rausch de Traubenberg, N. (1993). The Rorschach: From percept to fantasm. *Rorschachiana*, 18(1), 7-25.
- Ritt-Olson, A., Miller, K., Baezconde-Garbanati, L., Freyer, D., Ramirez, C., Hamilton, A., Milam, J. (2018). Depressive Symptoms and Quality of Life among Adolescent and Young Adult Cancer Survivors: Impact of Gender and Latino Culture. *Journal of Adolescent and Young Adult Oncology*, 7(3), 384-388. doi: 10.1089/jayao.2017.0078
- Rodgers, C. C., Hooke, M. C., Taylor, O. A., Koerner, K. M., Mitby, P. A., Moore, I. M., . . . Pan, W. (2019). Childhood Cancer Symptom Cluster: Leukemia and Health-Related Quality of Life. *Oncology nursing forum*, 46(2), 228-237. doi: 10.1188/19.ONF.228-237
- Ruddon, R. W. (1995). *Cancer Biology*. New York: Oxford University Press.
- Shapiro, D. (2012). Theoretical value of psychological testing. *Journal of personality assessment*, 94(6), 558-562. doi: 10.1080/00223891.2012.711788
- Shapiro, J. P., Leifer, M., Martone, M. W., Kassem, L. (1990). Multimethod assessment of depression in sexually abused girls. *Journal of Personality Assessment*, 55, 234–248.
- Soykan Ç. (2003). Öfke ve öfke yönetimi. *Kriz Dergisi*, 11: 19-27
- Stricker, G., Lally, S. J. (2015). Projective Methods in Psychology *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences: Second Edition* (pp. 129-134).

- Şahin, L. (2015). *Kanser Hastalarında Anksiyete Ve Depresyon Belirtilerinin Değerlendirilmesi*. Uzmanlık Tezi. İzmir: Sağlık Bakanlığı Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği.
- Şayan, E. (2010). *Kanserde Depresyon ve Tükenmişlik*. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Şentürk, S., Bıçak, D., Akça, D. (2018). Kanserli Hasta Yakınlarının Yaşadıkları Sorunlar ve Hemşirelik Yaklaşımı. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*. 5, 35-39.
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2014). Türkiye Kanser istatistikleri. https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/istatistik/2014-RAPOR_uzuuun.pdf
- Turner, J. K., Hutchinson, A., Wilson, C. (2017). *Correlates of post-traumatic growth following childhood and adolescent cancer: A systematic review and meta-analysis*. *Psycho-Oncology*, 27(4), 1100–1109.
- Vetsch, J., Wakefield, C. E., Robertson, E. G., Trahair, T. N., Mateos, M. K., Grootenhuis, M., . . . Fardell, J. E. (2018). Health-related quality of life of survivors of childhood acute lymphoblastic leukemia: a systematic review. *Quality of Life Research*, 27(6), 1431-1443. doi: 10.1007/s11136-018-1788-5
- Weiner I. B. (2000). Using the Rorschach properly in practice and research. *Journal of Clinical Psychology*, 56, 435–438.
- Wood, J. M., Nezworski, M., T., Stejskal, W., J., McKinzey, R., K. (2001). Problems of the Comprehensive System for the Rorschach in forensic settings: Recent developments. *Journal of Forensic Psychology Practice*, 1, 3, 89-99.
- World Health Organization (2006). *World Health Statistics*. https://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/whostat2006_erratareduce.pdf
- World Health Organization (2008). *Cancer Country Profiles*. https://www.who.int/cancer/country-profiles/tur_en.pdf?ua=1
- Yang, Y., Sun, H., Liu, T., Zhang, J., Wang, H., Liang, W., . . . Zhang, B. (2018). Factors associated with fear of progression in chinese cancer patients: sociodemographic, clinical and psychological variables. *Journal of Psychosomatic Research*, 114, 18-24. doi: 10.1016/j.jpsychores.2018.09.003

- Yıldırım, S. (2003). *Kanser Hastalarına Dinletilen Müziğin, Kemoterapi Yan Etkilerine ve Durumluk - Sürekli Kaygı Düzeylerine Etkisinin İncelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi. İzmir: Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Yıldırım, N. (2011). *Çocuk Onkoloji Hastalarında Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi*. Uzmanlık Tezi. Bursa: Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı
- Yılmaz, A. (2014). *Kanserli 15-19 Yaş Grubu Adölesanların Umutsuzluk, Depresyon Ve Anksiyete Düzeylerinin İncelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Yi, J. C., Syrjala, K. L. (2017). Anxiety and Depression in Cancer Survivors. *Medical Clinics of North America*, 101(6), 1099-1113. doi: 10.1016/j.mcna.2017.06.005
- Zebrack, B. J., Gurney, J. G., Oeffinger, K., Whitton, J., Packer, R. J., Mertens, A., ... Zeltzer, L. K. (2004). *Psychological Outcomes in Long-Term Survivors of Childhood Brain Cancer: A Report From the Childhood Cancer Survivor Study*. *Journal of Clinical Oncology*, 22(6), 999-1006.
- Zeltzer, L. K., Recklitis, C., Buchbinder, D., Zebrack, B., Casillas, J., Tsao, J. C. I., ... Krull, K. (2009). *Psychological Status in Childhood Cancer Survivors: A Report From the Childhood Cancer Survivor Study*. *Journal of Clinical Oncology*, 27(14), 2396-2404.
- Zheng, D. J., Krull, K. R., Chen, Y., Diller, L., Yasui, Y., Leisenring, W., ... Kadan-Lottick, N. S. (2018). *Long-term psychological and educational outcomes for survivors of neuroblastoma: A report from the Childhood Cancer Survivor Study*. *Cancer*, 124(15), 3220-3230.

9. EKLER

EK 1: SOSYODEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

Katılımcı No:

Tarih/...../.....

1. Doğum Tarihi - Yaşı:
2. Cinsiyeti: Kadın() Erkek ()
3. Hastanede tedavisini ne şekilde sürdürmekte: Yatarak () Ayakta ()
Yatıyor ise hastanede ne kadar süredir yattığı:
Ayakta tedavi görüyor ise ne kadar süredir tedavi gördüğü:
4. Hastalığın tanısı:
5. Hastalığın evresi:
6. Çocuğa tanı konduğu zamanki yaşı:
7. Hastalığı nedeniyle eğitimine ara verip vermediği: Evet () Hayır ()
Evet ise ne kadar süre ara verdiği:
8. Kaçınıcı sınıfta okuduğu:
9. Ekonomik durumunuz: İyi () Orta () Kötü ()
10. Var olan hastalığına ek herhangi bir hastalığı Var () Yok ()
Var ise nedir
11. Bu güne kadar psikolojik destek alıp almadığı: Evet () Hayır ()
12. Herhangi bir psikiyatrik destek alıp almadığı: Evet () Hayır ()

Araştırmaya katılan çocukların ebeveynleri tarafından veya ebeveynlerinden alınan bilgilere göre araştırmacı tarafından doldurulmuştur.

EK 2: HASTANE ANKSİYETE VE DEPRESYON ÖLÇEĞİ (HAD)

Bu anket sizi daha iyi anlamamıza yardımcı olacak. Her maddeyi okuyun ve son birkaç gününüzü göz önünde bulundurarak nasıl hissettiğinizi en iyi ifade eden yanıtın yanındaki kutuyu işaretleyin. Yanıtınız için çok düşünmeyin, aklınıza ilk gelen yanıt en doğrusu olacaktır.

1. Kendimi gergin, “patlayacak gibi” hissediyorum.

- ☐ Çoğu zaman
- ☐ Birçok zaman
- ☐ Zaman zaman, bazen
- ☐ Hiçbir zaman

2. Eskiden zevk aldığım şeylerden hala zevk alıyorum.

- ☐ Aynı eskisi kadar
- ☐ Pek eskisi kadar değil
- ☐ Yalnızca biraz eskisi kadar
- ☐ Neredeyse hiç eskisi kadar değil

3. Sanki kötü birşey olacakmış gibi bir korkuya kapılıyorum.

- ☐ Kesinlikle öyle ve oldukça da şiddetli
- ☐ Evet, ama çok da şiddetli değil
- ☐ Biraz, ama beni endişelendirmiyor
- ☐ Hayır, hiç öyle değil

4. Gülebiliyorum, olayların komik tarafını görebiliyorum.

- ☐ Her zaman olduğu kadar
- ☐ Şimdi pek o kadar değil
- ☐ Şimdi kesinlikle o kadar değil
- ☐ Artık hiç değil

5. Aklımdan endişe verici düşünceler geçiyor.

- ☐ Çoğu zaman
- ☐ Birçok zaman
- ☐ Zaman zaman, ama çok sık değil
- ☐ Yalnızca bazen

6. Kendimi neşeli hissediyorum.

- ☐ Hiçbir zaman
- ☐ Sık değil
- ☐ Bazen
- ☐ Çoğu zaman

7. Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi gevşek hissediyorum.

- ☐ Kesinlikle
- ☐ Genellikle

- ☐ Sık değil
- ☐ Hiçbir zaman

8. Kendimi sanki durgunlaşmış gibi hissediyorum.

- ☐ Hemen hemen her zaman
- ☐ Çok sık
- ☐ Bazen
- ☐ Hiçbir zaman

9. Sanki içim pır pır ediyormuş gibi bir tedirginliğe kapılıyorum.

- ☐ Hiçbir zaman
- ☐ Bazen
- ☐ Oldukça sık
- ☐ Çok sık

10. Dış görünüşüme ilgimi kaybettim.

- ☐ Gerçekten de çok fazla
- ☐ Oldukça fazla
- ☐ Çok fazla değil
- ☐ Hiç değil

11. Kendimi sanki hep bir şey yapmak zorundaymışım gibi huzursuz hissediyorum.

- ☐ Gerçekten çok fazla
- ☐ Oldukça fazla
- ☐ Çok fazla değil
- ☐ Hiç değil

12. Olacakları zevkle bekliyorum.

- ☐ Her zaman olduğu kadar
- ☐ Her zamankinden biraz daha az
- ☐ Her zamankinden kesinlikle az
- ☐ Hemen hemen hiç

13. Aniden panik duygusuna kapılıyorum.

- ☐ Gerçekten de çok sık
- ☐ Oldukça sık
- ☐ Çok sık değil
- ☐ Hiçbir zaman

14. İyi bir kitap, televizyon ya da radyo programından zevk alabiliyorum.

- ☐ Sıklıkla
- ☐ Bazen
- ☐ Pek sık değil
- ☐ Seyrek

EK 3: RORSCHACH TESTİ ÖRNEK PSİKOGRAM

Cinsiyet: K

/ Yaş: 14

Test Uygulama Tarihi: 2.5.2019 / Başlama saati: 14.45

Annesini Nasıl Tanımıyor: Gereğinden çok fazla sorumluluğu üstlenmeye çalışan, her şeyi tek başına yapmaya çalışıyor, koruyucu meleşim

Babasını Nasıl Tanımıyor: Seviyorum işte, her zaman güler yüzlü olmaya çalışıyor, komik olmayan esprileri var, dertlerimi babamla çok paylaşamam ama dertlerini dinlerim, üzüldüğümü görünce pişman oluyor

Unutamadığı Bir Çocukluk Anısı: Hayvanları çok seviyorum ama köpeklerden çok korkuyorum. 5 yaşında üzerine atlayıp yüzünü yalayıp kovalamıştı

Tekrarlayan Rüyası: Şuan da yok ama bazen saçma rüyalar görüyorum. Görünce ne olduğunu anlamıyorum. Hasta olmadan öncede görüyordum.

ÖRNEK PSİKOGRAM

YANITLAR	ANKET	KODLAMA
I. KART (40 saniye) Çok sanatsal konuşucaktımda vazgeçtim. Klasik cevap vericem. Edebiyat yapmayacağım. Bilmem ki çok fazla şey görüyorum. İnsan bedeni görüyorum şurada. Şunlar kafası şurada iki tane insan gövdesi var gibi	 Kafaya benzeyen bir yanı yok ama benzettim. Böyle bakınca başka şeye daha benzettim. Yaş sınırlaması getirilebilir bu söyledigime. Boşver	 Şok D F+ Hd

II.KART Akciğere benzettim. Siyahlar. Haha. Cidden benziyor. Bu aralar akciğer enfeksiyonu geçiriyorum da nereye baksam akciğer görüyorum. Siyah akciğerler Şurda kalp var desek bu kadar	Akciğerde şurası çok basit bir şey görmüşüm. Bunlarda akciğerin şeyleri şeyleri	D C'F Anatomi D F+ Anatomi
III.KART (Eline almadı.) (50 saniye) İki tane kadın var gibi duruyor. (Anlatayım deyip kartı aldı.) Böyle sanki şuradakiler kadınlarmış. Bu da kadın şuradaki de kadın. Derisi filan ıyy. Bu bence kurbağa. Kurbağa derisi. Bu saçma yorumlara ne psikolojik rapor çıkacak çok merak ediyorum.	İki tane kadın. Bilinç altımda neler dönüyor acaba.	Şok D F+ H G FE A
IV.KART Korkutucu bir boğa mı desek. Sanki boğaya benziyor. Kolları kırık, büyük ayakları var. Korkutucu.	Şu kafası gibi. Bunlarda öne doğru atmış olduğu toynakları şu ikisi.	G ClobF A

V.KART Kelebek. Haha kelebek yani siyah kelebek de bi acayip. Şurası insana da benziyor aslında	Komple kelebek yani kelebeğe benziyor bakınca. Ortadaki kendisi kenarlarında kanatları kelebeğe benziyor	G C'F A D F+ H
VI.KART Siyah yaprak.	Şu geniş yer yaprak Şu da sapı işte	G C'F Bitki
VII.KART İnsan suratı var orda. Bir tanesi bu tarafa dönük. Buradaki de aynı. Şu burnu bu da ağzı. Saçlarında böyle dikilmiş. Alttaki şeyi hiçbir şeye benzetemedim.	Kızgın bir surata benziyor	Dd F+ Hd
VIII.KART Renkleri çok güzel. Şuradakine kelebek diyorum. Şuradakine renkli ağaç yaprağı gibi bir şey diyorum. Renkli renkli güzel birşey. Şuradaki de şu renk değiştiren şeylere ne deniyor bukalemun mu ne deniliyor iki tanede o var.	Şekilleri öyle benziyor.	D F+ A D CF Bitki D F+ A

IX.KART Gerçekten bir şeye benzetemedim. Çok uğraştım ama hala hiçbir şeye benzetemedim.		Red
X.KART Bunu incelemem gerekecek Mikroplara benziyorlar aklıma başka bir şey gelmedi. Ultrasona da benziyor. Bir keresinde incelemiştik sanki o. Değişik karmaşık bir şey.	Köşedeki mavi şeyler mikrop genel olarak da ultrason şeyi gibi	D F+ A G F- Nesne

Bitiş saati: 15.18

En beğendiği kart: I

En beğenmediği kart: VII huzursuzluk veriyor

EK 4: HALIÇ ÜNİVERSİTESİ ETİK KURUL İZNİ



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

SAYI : 143
KONU: Etik Kurul İzni

28.12.2018

Sayın; Kübra Simgü Tünel

Haliç Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından yapılmış olduğunuz başvuru incelenmiş olup, Dr. Öğr. Üye. Atilla Tekin'in danışmanlığında planladığı "Onkoloji ve Hematoloji Biriminde Yatan ve Ayakta Tedavi Gören Adölesanların Ruhsal İşleyiş, Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin Karşılaştırılması" isimli araştırmanız kurulumuzun 28.12.2018 tarihli toplantısında etik yönden uygun bulunmuştur.

Bilgilerinize sunarım.

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'C2' followed by a horizontal line.

Prof. Dr. Melek Güneş YAVUZER
Etik Kurul Başkanı

EK.Etik Kurul Kararı

Sütlüce Mah. İmrakor Cad. No:82 Beyoğlu- İSTANBUL
Tel: 0212 924 24 44/2704 Faks: 0212 343 08 78
etikkurul@halic.edu.tr İnternet:www.halic.edu.tr



YÜCE
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK
KURULU

Yayın Tarihi : 10.12.2015
Revizyon Tarihi : 25.01.2016
Revizyon No : 01
Sayfa No : 1 / 1

KARARLAR

Tarih: 28 Aralık 2018

Karar No : 10

Toplantı Sayısı: 11

Kubra Simge Tüne'nin Dr. Öğr. Üye. Atilla Tekin'in danışmanlığında planladığı "Onkoloji ve Hematoloji Biriminde Yatan ve Ayakta Tedavi Gören Adölesanların Ruhsal İşleyiş, Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin Karşılaştırılması" konulu çalışması incelendi, yapılan inceleme sonucunda araştırmanın etik yönden uygun olduğuna karar verildi.

ÜYELER

Adı-Soyadı	Alanı	Kurumu	Araştırma ile ilişkisi	Toplantıya Katılma	İmza
Prof. Dr. Güneş YAVUZER (Başkan)	Fizyoterapi ve Rehabilitasyon	Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksekokulu	Var ☐ Yok ☐	Evet ☐ Hayır ☐	C2
Prof. Dr. Kut SARPİYENER	Antrenörlük	Haliç Üniversitesi Beden Eğt. ve Spor Yük. Okulu	Var ☐ Yok ☐	Evet ☐ Hayır ☐	Kut
Prof. Dr. Filiz AÇKURT	Beslenme ve Diyetetik	Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksekokulu	Var ☐ Yok ☐	Evet ☐ Hayır ☐	Filiz
Prof. Dr. Burcu IRMAK YAZICIOĞLU	Moleküler Biyoloji Genetik	Haliç Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi	Var ☐ Yok ☐	Evet ☐ Hayır ☐	Burcu
Dr. Öğr. Üye. Leman KUTLU (Yürütücü Sekreter)	Ebelik	Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksekokulu	Var ☐ Yok ☐	Evet ☐ Hayır ☐	Leman
Dr. Öğr. Üye. İlhan ODABAŞ	Spor Yöneticiliği	Haliç Üniversitesi Beden Eğt. ve Spor Yük. Okulu	Var ☐ Yok ☐	Evet ☐ Hayır ☐	İlhan
Dr. Öğr. Üye. Atilla TEKİN	Psikoloji	Haliç Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi	Var ☐ Yok ☐	Evet ☐ Hayır ☐	Atilla
Dr. Öğr. Üye. Nevra ALKANLI	Biyofizik	Haliç Üniversitesi Tıp Fakültesi Temel Tıp Bilimleri	Var ☐ Yok ☐	Evet ☐ Hayır ☐	Nevra
Dr. Öğr. Üye. Berrak YİĞİT	Fizyoterapi ve Rehabilitasyon	Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksekokulu	Var ☐ Yok ☐	Evet ☐ Hayır ☐	Berrak
Dr. Öğr. Üye. Maral TÖRENLİ ÇAKIROĞLU	Siyaset Bilimi ve Uluslararası İlişkiler	Haliç Üniversitesi İşletme Fakültesi	Var ☐ Yok ☐	Evet ☐ Hayır ☐	Maral

ETKU:10

EK 5: İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ ANKET ÇALIŞMA İZİNİ

Tarih ve Sayı: 26/03/2019-67378



T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
Onkoloji Enstitüsü Müdürlüğü



Sayı : 86704051-199-
Konu : Kübra Simge TÜNE'nin çalışması
hk.

T.C. HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğü

Üniversitemiz Klinik Psikoloji Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Öğrencisi Kübra Simge TÜNE'nin, Doktor Öğretim Üyesi Atilla TEKİN'in danışmanlığında "Onkoloji ve Hematoloji Biriminde Yatan ve Ayakta Tedavi Gören Adolesanların Ruhsal İşleyiş Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin Karşılaştırılması " konulu Yüksek Lisans Tezi ile ilgili Anket çalışmasını Enstitümüzde Dr.Psk. Dilek ANUK'un gözetiminde yapması uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi arz ederim.

e-İmza
Prof. Dr. Ahmet KIZIR
Enstitü Müdürü

Prof. Dr. Bülent ZULFIKAR
Pediyatri & Pediatrik
Onkoloji-16704/20172
Op. Tescil No 31229
14/12/2019

Doğrulamak için: <http://194.27.128.86/envisyon.Sorgula/belgedogrulama.aspx?V=BELC73828>

Ayrıntılı bilgi için: Vek. YALÇIN Dahili: 34150

İstanbul Üniversitesi Onkoloji Enstitüsü Çapa - 34093 İstanbul

Tel : 0212 414 24 34 Faks : 0212 534 80 78

e-posta : huonkoloji@istanbul.edu.tr Elektronik Ağ : www.onkoloji.istanbul.edu.tr



Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanunu'na Göre Gecerce E-İmzalıdır
Doğrulama için: <http://194.27.128.86/envisyon.Sorgula/belgedogrulama.aspx?V=BELC73828>



İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ
Yönetim Kurulu Kararı



Toplantı Yeri : I.Ü. Onkoloji Enstitüsü Nijad BİLGE Kütüphanesi
Toplantı Tarihi : 25/03/2019
Toplantı No : 10
Karar No : 2

T.C. Haliç Üniversitesi Klinik Psikoloji Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans öğrencisi Kübra Simge TÖNE'nin, Doktor Öğretim Üyesi Atilla TEKİN'in danışmanlığında "Onkoloji ve Hematoloji Biriminde Yatan ve Ayakta Tedavi Gören Adolesanların Ruhsal İşleyiş Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin Karşılaştırılması" konulu Yüksek Lisans Tezi ile ilgili Anket çalışmasını Enstitümüzde Dr.Psk. Dilek ANUK'un gözetiminde Enstitümüzde yapmasının uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.

Aslı Gibidir
e-İmzalı
Engin DEMİRBAŞ
Enstitü Sekreteri

**EK 6: İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ
ÇOCUK ONKOLOJİ VE HEMATOLOJİ BİRİMİ ANKET ÇALIŞMA İZİNİ**

829



T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
REKTÖRLÜĞÜ
Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı

Sayı : 97248701-302 68 01-
Konu : Kübra Sınge TUNİ'nin tez
araştırması

HALIÇ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı)

İlgi : a) 15.01.2019 tarihli 180 sayılı yazınız
b) 07.02.2019 tarihli 12693 sayılı yazınız.

Üniversitemiz Sosyal Bilimler Enstitüsü, Klinik Psikoloji Anabilim Dalı, Tezli Yüksek Lisans öğrencisi Kübra Sınge TUNİ'nin, Dr. Öğr. Üyesi Anıl TEKİN danışmanlığında yapmakta olduğu "Onkoloji ve Hematoloji Biriminde Yatan ve Ayakta Tedavi Gören Adölesanların Ruhsal İşleyiş Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin Karşılaştırılması" konulu tez araştırmasının anketlerini, Üniversitemiz Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalına bağlı Çocuk Hematolojisi ve Onkolojisi Bilim Dalında yapmışsın. Bilim Dalı Başkanı tarafından uygun görülmesi üzerine yazılıdır, söz konusu anketin yapılmasının ilgili Bilim Dalı tarafından uygun görülmesi hakkında, adı geçen Fakülte Dekanlığından alınan 28.02.2019 tarihli, 34235 sayılı yazı ve eki ibykte gönderilmiş. Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

e-İmza
Prof. Dr. Mehmet BİLGİN
Rektör a.
Rektör Yardımcısı

EK :
Yazı (2 sayfa)

Doğrulama linki: <http://dogrulama.istanbul.edu.tr/en/yazari-sorgula-belgedogrulama.aspx?V=BE6ABVRSY>
İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Rektörlüğü 34520 Avcılar-İstanbul
Tel: 0212 464 06 00 - Faks: 0212 404 07 01
Elektronik Adres: www.istanbul.edu.tr

R.C. Tarih ve Sayı: 28.02.2019-34235



T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Dekanlığı



Sayı : 502000013-199.
Konu : Kubra Simge Tunc'un tez
araştırması

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA REKTÖRLÜĞÜNE
(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı)

İlgi : 06.02.2019 tarihli, 21517 sayılı yazınız

Haliç Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Klinik Psikoloji Anabilim Dalı, Tezli Yüksek Lisans öğrencisi Kubra Simge TUNE'nin, Dr Öğr. Üyesi Atila TEKİN danışmanlığında yapmakta olduğu "Onkoloji ve Hematoloji Branşında Yatan ve Ayakta Tedavi Gören Adole. anların Ruhsal İşleyiş Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin karşılaştırılması" konulu tez araştırmasının anketlerini Fakültemiz Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalına bağlı Çocuk Hematolojisi ve Onkolojisi Bilim Dalında yapması Bilim Dalı Başkanı tarafından uygun görülmediğinin sehven yazıldığı ve söz konusu bilim dalında yapmasını bilim dalı tarafından uygun görülmediği hakkında adı geçen anabilim dalı başkanlığından alınan 27.02.2019 tarihli, 32821 sayılı yazının bir fotokopisi ilişikte sunulmuş olup, anabilim dalı başkanlığının görüşüne Dekanlığımız da katılmaktadır.

Bilgilerinize ve gereğine arz ederim.

e-İmza
Prof. Dr. Mustafa Sayı GONEN
Dekan

Ek 1

Doğrulama için <http://dogrulama.istanbul.edu.tr/enVision.sorgu/facultydogrulama.aspx?V=DEKANOLCIV>

Istanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Cerrahpaşa Tıp Fakültesi 34098 Cerrahpaşa İstanbul
Tel : 0212 414 30 00 Faks : 0212 632 63 33

e-posta : ciftirismek@istanbul.edu.tr Elektronik Ağı : www.istanbul.edu.tr

Hük. Tarih ve Sayı: 27/02/2019-32821



T.C.
CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı
Başkanlığı



Sayı : 29430533-199-
Konu : Kubra Simge TUNEL'in tez
araştırması

CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

İlgi : 25/01/2019 tarihli, 15059 sayılı yazı.

Haliç Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Klinik Psikoloji Anabilim Dalı, Tezli Yüksek Lisans öğrencisi KUBRA SIMGE TUNEL'in Dr. Öğr. Üyesi ATILLA TİRKİN danışmanlığında yapmakta olduğu "Onkoloji ve Hematoloji Biriminde Yatan ve Ayakta Tedavi Gören Adolesanların Ruhsal İşleyiş, Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin Karşılaştırılması" konulu tez araştırmasının anketlerini Anabilim Dalımıza bağlı Çocuk Hematolojisi ve Onkolojisi Bilim Dalında yapması, 31.01.2019 tarih ve 17881 sayılı yazı ile uygun görüldüğü belvenin yazılı olduğu.

Adı geçen tez araştırmasının anketlerini Anabilim Dalımıza bağlı Çocuk Hematolojisi ve Onkolojisi Bilim Dalında yapması ilgili bilim dalı tarafından uygun görülmüştür. Bilgilerinizi ve gereğini saygılarımla arz ederim.

e-imza
Prof. Dr. Ahmet Tayyar ARVAS
Anabilim Dalı Başkanı

e-imza
Prof. Dr. Neşe SALTÖĞÜ
Bölüm Başkanı V.

Doğrulamak için <http://dogrulama.trfonhuye.edu.tr/enVision/corpus/belgedogrulama.aspx?V=BFLMGTU15>

Istanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Cerrahpaşa Tıp Fakültesi 34302 Cerrahpaşa-İSTANBUL
Tel: 212 414 30 00 - 218 71 14 15 - 0 (212) 632 00 33
e-posta: ctf@cekobhsp.istanbul.edu.tr Elektronik Ad: www.istanbul.edu.tr

EK 7: RORSCHACH TESTİ UYGULAYABİLME YETERLİLİĞİ

RORSCHACH VE PROJEKTİF TESTLER DERNEĞİ



03.12.2018

İlgili Makama,

Öğrencimiz Kübra Simgü Tüncü, Rorschach ve Projektif Testler Derneği olarak düzenlediğimiz Rorschach Testi ve Tematik Algı Testi Eğitimi'ne 2017-2019 tarihleri arasında devam etmektedir. Öğrencimiz eğitimin süpervizyon sürecinde olup; belirtilen testleri uygulayabilme yeterliliğine sahiptir. Bilginize sunar, gereğini arz ederim.

RPTD adına,

Doç. Dr. İrem Atak

RORSCHACH VE PROJEKTİF TESTLER DERNEĞİ
Cahangirpaşa Mah. Hürriyet Sarmanı Sk. Çelik Apt. No: 40 D:16
Beşiktaş/İstanbul
Tel: 0 (212) 236 10 19
Web: www.rorschachturk.org

10. ÖZGEÇMİŞ

Kübra Simge TÜNE, 1995 İstanbul doğumludur. İlk, orta ve lise öğrenimini İstanbul'da tamamlamıştır. Lisans eğitimini Haliç Üniversitesi Psikoloji bölümünde tamamlayarak 2017 yılında onur öğrencisi olarak mezun olmuştur. Yine Haliç Üniversitesi Klinik Psikoloji Tezli Yüksek Lisans programına başlamıştır. Lisans ve Yüksek Lisans öğrenimi süresince çeşitli eğitim, seminer ve gönüllü çalışmalara katılmıştır. Eğitim hayatı süresince çeşitli görev, staj ve iş tecrübelerinde bulunmuştur. Klinik Psikoloji Yüksek Lisans tezini "Onkoloji ve Hematoloji Biriminde Yatan ve Ayakta Tedavi Gören Adölesanların Ruhsal İşeyiş, Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin Karşılaştırılması" konusunda hazırlamıştır.