



T.C. SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

**KEÇİÖREN SAğLIK UYGULAMA VE ARAşTIRMA MERKEZİ AİLE
HEKİMLİğİ KLİNİğİ**

**ÇOCUKLARINDA KRONİK HASTALIğI OLAN EBEVEYNLERİN
GÜÇLÜKLER KARşSINDA TUTUMLARININ BELİRLENMESİ**

Dr. Ayşegül ARIK BOğATEKİN

ANKARA/2020

PDF Eraser Free



T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

**KEÇİÖREN SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ AİLE
HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ**

**ÇOCUKLARINDA KRONİK HASTALIĞI OLAN EBEVEYNLERİN
GÜÇLÜKLER KARŞISINDA TUTUMLARININ BELİRLENMESİ**

Dr. Ayşegül ARIK BOĞATEKİN

Doç. Dr. Tijen ŞENGEZER

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

ANKARA/2020

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	iv
ÖZET.....	v
ABSTRACT	vii
KISALTMALAR DİZİNİ.....	ix
TABLolar DİZİNİ	x
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	2
2.1. Çocuk Ve Hastalık	2
2.1.1. Akut Hastalık Ve Çocuk	2
2.1.2. Kronik Hastalık Ve Çocuk.....	3
2.1.3. Çocuklarda Kronik Hastalığın Görülme Sıklığı.....	3
2.1.4. Kronik Hastalığın Çocuklar Üzerine Etkileri.....	4
2.2 Aile Ve Kronik Hastalıklar	6
2.2.1 Hasta Çocuğun Anne Ve Babası.....	6
2.2.2 Çocukta Kronik Hastalığın Anne Üzerine Etkileri.....	6
2.2.3. Çocukta Kronik Hastalığın Baba Üzerine Etkileri.....	7
2.2.4. Anne-Babaların Çocuklarının Hastalıklarına Tepkisine Yönelik Yaklaşımlar	7
2.3. AİLE HEKİMLİĞİ KAVRAMI	10
2.4. BİYOPSİKOSOSYAL YAKLAŞIM	10
2.5. HAYATIN GÜÇLÜKLERİNE KARŞI TUTUMLAR	11
2.5.1 Güçlüklerine Karşısında Düşünceler.....	11
2.5.2 Hedef ve İdealler	12
2.5.3. Hayata bakış	13
2.5.4. Sosyal durum.....	13

2.5.5. Problem çözebilme.....	14
3. GEREÇ ve YÖNTEM.....	16
3.1. Araştırmanın Tipi.....	16
3.2. Veri Toplama Tekniği ve Araçları.....	16
3.2.1. Veri Toplama Formu	16
3.2.2. Bursa-Güçlülere Karşı Tutum Ölçeği	17
3.3. İstatiksel Analiz	17
3.4. Etik Kurul Onayı	17
4. BULGULAR.....	19
5. TARTIŞMA.....	35
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	43
7. KAYNAKLAR.....	46
8. EKLER.....	55
9. ÖZGEÇMİŞ.....	64

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve deneyimlerini bizden esirgemeyen sayın hocam Doç. Dr. Oğuz TEKİN'e,

Tez hazırlığım sürecinde bilgi ve desteğini esirgemeyen saygıdeğer tez danışmanım ve eğitim danışmanım sayın hocam Doç. Dr. Tijen ŞENGEZER'e,

Asistanlık eğitimim süresince yaptığım rotasyonlarda beraber çalıştığım, mesleki anlamda yetişmeme çok büyük katkıları olan kıymetli hocalarıma, uzman ağabey ve ablalarıma,

Birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum, benden dostluk ve yardımlarını esirgemeyen asistan arkadaşlarım sevgili Zekiye DEMİERTAŞ KARTAL'a, Ebru VAHAPOĞLUN'a, Süleyman Alper KARAGÖZ'e, Ayşe elif BORA'a, hemşirelerimize ve hastane personelimize,

Her zaman yanımda olup sevgi ve desteğini benden esirgemeyen yol arkadaşım, sevgili eşim Adem BOĞATEKİN'e ve sevgili oğlum Ömer Asım BOĞATEKİN'e ,

Üzerimden sevgi, destek ve ilgilerini hiçbir zaman eksik etmeyen, haklarını ödeyemeyeceğim canım annem Sultan ARIK'a, canım babam Abbas ARIK'a ve canım kardeşlerim Hacer GÖNÜL, Hürü Alsancak'a ve Hüseyin Oluş ARIK'a

Sonsuz şükranlarımı sunarım.

Dr. Ayşegül ARIK BOĞATEKİN
Ankara, 2020

ÖZET

AMAÇ: Giderek artan kronik hastalığı olan çocuk sayısı önemli bir sağlık sorunu oluşturmaktadır. Bu çocuklar ve aileleri çeşitli etkenlere bağlı olarak sosyal, psikolojik, gelişimsel ve çevresel sorunları hastalığın beraberinde yaşarlar. Bu araştırmanın amacı Bursa-Güçlüklere Karşı Tutum Ölçeği(BGKTÖ) kullanarak çocuklarında kronik hastalık olan ebeveynlerin ve çocuklarında kronik hastalık olmayan ebeveynlerin güçlüklere karşısındaki tutumlarının değerlendirilmesi ve sosyodemografik özellikleriyle olan ilişkilerinin araştırılması ve bu konuda yapılacak rehberlik hizmetlerine ışık tutmaktır.

YÖNTEM: Gözlemsel, analitik ve kesitsel tipte bir çalışmadır. Çalışmamızda anket yöntemi ile veri toplanmıştır. Çalışma 2 Aralık 2018-6 Haziran 2019 tarihleri arasında S.B.Ü Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi pediatri kliniği, aile hekimliği ve pediatri polikliniklerine başvuran çocuklarında kronik hastalık olan 190 ebeveyn ve çocuklarında kronik hastalık olmayan 190 ebeveyn dahil edilmiştir. Çocuklarında kronik hastalık olan ve olmayan ebeveynlerin sosyodemografik özelliklerini değerlendirmek amacıyla veri toplama formu ve hayatın güçlükleri karşısında tutumunu belirlemek için 26 soruluk BGKTÖ kullanılmıştır. Analiz için SPSS 20.0 paket programı kullanıldı.

BULGULAR: Çalışmaya katılanlardan 323 (%85) kişi kadın ve 57 (%15) kişi erkektir. Araştırmaya katılan kişiler 22 ile 57yaş aralığında olup, kişilerin yaş ortalaması $36,9 \pm 7,20$ 'dir. Çalışma grubumuzda çocuğun kronik hastalık olan ve olmayan ebeveynler arasında ; “ hayata bakış”, “hedef ve idealler”, “sosyal durum” faktörü puanları arasında anlamlı fark saptandı ($p < 0,05$). Çocuğunda kronik hastalık olan kadın cinsiyetinin “hayata bakış faktörü”, “hedef ve idealler” ve “sosyal durum” faktörü puanları çocuğunda kronik hastalık olmayan kadın cinsiyetinden önemli düzeyde düşük saptandı. Eğitim durumu ile hayata bakış faktörü puanlarının arttığı saptandı. Çalışmamızda çocuklarında kronik hastalık olan ebeveynlerin yaşı arttıkça “problem çözme” faktörü puanlarının anlamlı derecede azaldığı saptandı. Çocuklarında kronik hastalık olan ebeveynler yaş gruplarına ayrıldığında 30-35 yaş grubundaki katılımcıların 35-39 yaş grubundaki katılımcılardan daha iyi “problem çözme” puanlarına sahip olduğu saptandı. Çalışmamızda çocuğunda kronik hastalık

PDF Eraser Free

olan ve olmayan ebeveynlerin “çalışma durumu” ile “hayata bakış” ve “sosyal durum” faktörleri puanları arasında anlamlı ilişki saptandı. Çalışmayan ebeveynlerde ölçek puanları anlamlı düzeyde düşük saptandı. Çocuklarında kronik hastalık olan ebeveynlerin ölçek puanları ile çocuklarının tanı aldığı yaş, tanı aldıktan sonra geçen süre ve çocuğun şimdiki yaşı arasında anlamlı ilişki olduğu saptandı.

SONUÇ: Çocuklarında kronik hastalık olan ebeveynlerin ölçek skorlarında düşüklük tespit edildiği için bu grubun risk altında olan bir grup olarak değerlendirilmesinin verilecek rehberlik hizmetlerinde yararlı olabileceği düşünülmektedir.

ANAHTAR KELİMELER: Bursa-Güçlüklere Karşı Tutum Ölçeği, Çocuğunda kronik hastalık olan ebeveyn, Güçlükler karşısında tutum,

ABSTRACT

PURPOSE: The number of children with increasing chronic disease is a major health problem. These children and their families experience social, psychological, developmental, and environmental problems with the disease depending on various factors. The purpose of this study is to evaluate the attitudes of parents with chronically ill children and parents without chronically ill children towards challenges by using Bursa - Scale of Attitudes Towards Difficulties (BGKTÖ) and to investigate their relationship with sociodemographic characteristics and to provide an insight into guidance services on this topic.

METHOD: It is an observational, analytic, and prospective study. In our study, data was collected using the survey method. The study included 190 parents with chronically ill children, and 190 parents without chronically ill children, who all applied to the pediatric clinic and the family practice and pediatrics outpatient departments of the Health Sciences University Keçiören Education and Research Hospital between December 2, 2018, and June 6, 2019. The data collection form was used to evaluate the socio-demographic characteristics of parents with and without chronically ill children and a 26-question BGKTÖ survey was used to determine the attitude towards the challenges of life. SPSS 20.0 software was used for analysis.

RESULTS: Out of the participants of the study, 323 (85%) individuals were female and 57 (15%) male. The participants of the study are between 22 and 57 years old and the mean age of the individuals is 36.9 ± 7.20 years. Among the parents with and without chronically ill children in our study group, there was a significant difference between the "outlook on life", "aims and ideals", and "social status" factor scores ($p < 0.05$). The scores of the "outlook on life", "aims and ideals", and "social status" factors of the females with chronically ill children were significantly lower than the females without chronically ill children. It was determined that the scores of outlook on life increased by the education level. In our study, it was found that the scores of the "problem solving" factor decreased significantly as the age of the parents with chronically ill children increased. When parents with chronically ill children were divided into age groups, it was found that participants in the 30-35 age group had better "problem solving" scores than those in the 35-39 age group. In our

PDF Eraser Free

study, a significant correlation was found between the scores of the "employment status", "outlook on life" and "social status" factors of parents with and without chronically ill children. Scale scores were found to be significantly low in unemployed parents. It was determined that there was a significant relationship between the scale scores of parents with chronically ill children and the age at which their children were diagnosed, the time elapsed after the diagnosis, and the current age of the children.

CONCLUSION: Since the scale scores of the parents with chronically ill children were found to be low, it is considered that the evaluation of this group as a group at risk may be useful in the guidance services to be provided.

KEYWORDS: Attitude towards challenges, parents with chronically ill children, Bursa-Scale of Attitudes Towards Difficulties.

KISALTMALAR DİZİNİ

BGKTÖ: Bursa Güçlükler Karşısında Tutum Ölçeği

Dm: Diyabetes Mellitus

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

WONCA: Word Organization of Family Doctors Dünya Aile Hekimleri Örgütü



TABLolar DİZİNİ

- Tablo 4.1. Ebeveynlerin Kategorik Verilerinin Analizi**
- Tablo 4.2. Ebeveynlerin Numerik Verilerinin Analizi**
- Tablo 4.3. Kronik Hastalık Tanısı Olan Çocuklara Ait Veriler**
- Tablo 4.4. Çocuklardaki Kronik Hastalık Tanı Dağılımları**
- Tablo 4.5. Örneklem Ölçek Ortalama Puanları**
- Tablo 4.6. Çocuklarında Kronik Hastalık Olan ve Olmayan Ebeveynlerin Ölçek Puanlarının Karşılaştırması**
- Tablo 4.7. Örneklem Cinsiyete Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması**
- Tablo 4.8. Çocuklarında Kronik Hastalık Olan ve Olmayan Erkeklerin Ölçek Puanlarının Karşılaştırması**
- Tablo 4.9. Çocuklarında Kronik Hastalık Olan ve Olmayan Kadınların Ölçek Puanlarının Karşılaştırması**
- Tablo 4.10. “Güçlükler Karşısında Düşünceler” Faktörü Puanlarının Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması**
- Tablo 4.11. “Hayata Bakış ” Faktörü Puanlarının Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması**
- Tablo 4.12. “Problem Çözebilme” Faktörü Puanlarının Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması**
- Tablo 4.13. “Hedef ve İdealler” Faktörü Puanlarının Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması**
- Tablo 4.14. “Sosyal Durum” Faktörü Puanlarının Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması**
- Tablo 4.15. Ölçek Puanlarının Ebeveynlerin Yaşı ile İlişkisi**
- Tablo 4.16. Çocuklarında Kronik Hastalık Olan Ebeveynlerin Yaş Grupları İle Ölçek Puanları Karşılaştırılması**
- Tablo 4.17. Ölçek Puanlarının Eğitim Yılı İle İlişkisi**
- Tablo 4.18. Ölçek Puanlarının Gelir Durumu İle İlişkisi**
- Tablo 4.19. Çocuklarında Kronik Hastalık Olan Ebeveynlerin Gelir Düzeyi Grupları İle Ölçek Puanları Karşılaştırılması**
- Tablo 4.20. Ölçek Puanlarının Çocuk Sayısı İle İlişkisi**

Tablo 4.21. Çocuklarında Kronik Hastalık Olan Ebeveynlerin Çocuk Sayısı Grupları İle Ölçek Puanları Karşılaştırılması

Tablo 4.22. Ölçek Puanlarının Evde Birlikte Yaşayan Kişi Sayısı İle İlişkisi

Tablo 4.23. Çocuklarında Kronik Hastalık Olan Ebeveynlerin Evde Birlikte Yaşayan Kişi Sayısı Grupları İle Ölçek Puanları Karşılaştırılması

Tablo 4.24. Ölçek Puanlarının Çocuklarında Kronik Hastalık Olan Ebeveynlerin Çocuklarının Tanı Aldığı Yaş, Tanı Aldıktan Sonra Geçen Süre ve Çocuğun Şimdiki Yaşı İle İlişkisi



1. GİRİŞ VE AMAÇ

Dünya genelinde ve ülkemizdeki koruma, tanı ve tedavi çalışmaları ile hastalıkların mortalitesi önemli derece azalırken morbiditesinde ise artış olmuştur. Daha önce bulaşıcı hastalıklar ve tanısı veya tedavisi bilinmeyen hastalıklar nedeniyle ölümcül seyreden hastalıklar artık ya tamamen ya da kısmen tedavi edilebilir duruma gelmiştir.

Son yapılan Ulusal Hastalık Yüğü çalışmasına göre bulaşıcı hastalık yüğü azalmış, bulaşıcı olmayan hastalık yüğü artmıştır. Ayrıca toplam hastalık yüğü içinde mortalitenin payı azalmakta, morbiditenin payı yükselmektedir. Bu durum olumlu bir gelişme olarak değerlendirilmekte ise de birtakım yükümlülükleri de beraberinde getirmektedir.

Dünya genelinde giderek artan kronik hastalığı olan çocuk sayısı önemli bir sağlık sorunu oluşturmaktadır. Bu çocuklar ve aileleri çeşitli etkenlere bağlı olarak sosyal, psikolojik, gelişimsel ve çevresel sorunları hastalığın beraberinde yaşarmaktadır. Ülkemizde çocuğa verilen değer göz önüne alındığında ise; bu durum ebeveynleri, kardeşleri ve yakın akrabaları birinci derecede etkilemektedir.

Aile hekimliğinin çekirdek yeterliği olan biyopsikososyal yaklaşım göre çocuk ve ailesi fiziksel, duygusal, bilişsel, sosyal, kültürel ve dini yönden bir bütün olarak ele alın alınması gerekmektedir. Kronik hastalığı olan çocuk ve ebeveynlerin sağlık çalışanları tarafından fiziksel ve duygusal açıdan desteklenmesi ile çocuk ve ebeveynlerin üzerindeki stresi azaltmakta, tedaviye uyumlarını olumlu yönde etkilemektedir. Tüm sağlık çalışanlarının, çocuktan en iyi tedavi sonucunu almak için ailenin ve çocuğun gereksinimleri dikkate alınmalısı gerekmektedir. Bu kapsamında kronik hastalığı olan çocuk kadar çocuğun ailesi de ilgi odağımız olmalıdır.

Bu araştırmanın amacı Bursa-Güçlüklere Karşı Tutum Ölçeği(BGKTÖ) kullanılarak çocuklarında kronik hastalık olan ebeveynlerin ile çocuklarında kronik hastalık olmayan ebeveynlerin güçlükler karşısındaki tutumlarının değerlendirilmesi ve sosyodemografik özellikleriyle olan ilişkilerinin araştırılması ve bu konuda yapılacak rehberlik hizmetlerine ışık tutmaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 ÇOCUK VE HASTALIK

Bütün çocuklar, bebeklik ve çocukluk döneminde çeşitli sağlık problemleri yaşamaktadır. Geçici olan sağlık problemleri çocuğun günlük hayatını ve gelişimini etkilememektedir. Ama kronik sağlık problemleri çocuğun günlük hayatını yaşam boyuca etkileyebilmektedir (1).

Çocuk hastalıkları sürelerine göre akut veya kronik olarak iki grupta sınıflandırılmaktadır. Kronik hastalıklar ise kazanım şekillerine göre doğuştan veya sonradan kazanılan hastalıklar olarak ayrılmaktadır. Çocukların hastalıkları kazanma şekli ve hastalığın süresi çocuğun ve ailenin, hastalığa ve yaşanan güçlüklerle karşı tutumunu etkilemektedir (2).

Doğuştan olan bazı çocuk hastalıklarının tanısı gelişen tıp bilimi ve teknoloji ile artık hastalığın erken evresinde konulabilmektedir. Ciddi ve tedavisi güç sorunlara yol açabilen bu hastalıkların bakım ve tedavi maliyetleri yüksektir. Günümüz olanaklarıyla bu hastalıkların tamamen iyileşmesi mümkün olmaması ailede sosyal problemlere yol açabilmektedir (3).

2.1.1 Akut Hastalık ve Çocuk

“Hızlı başlayan” ya da “kısa süreli ” hastalıklardır, bazen de her iki durum birden akut hastalığı tanımlamak için kullanılan tıbbi terimdir (4) Kendi kendini sınırlayan hastalık(akut minör hastalık), kendi kendini sınırlayan veya tedavi gerektiren hastalık(akut majör hastalık), mevcut majör hastalığın akut alevlenmesi ve yeni kronik hastalığın akut olarak ortaya çıkması şeklinde olabilir (5).

Yapılan tanımlamaya göre solunum yolu enfeksiyonları, gastrointestinal sistem enfeksiyonları ve fiziki travmalar akut hastalıklardandır. Bunların bir kısmı hafiftir, yani gelip geçicidir. Geçici olan sağlık problemleri çocuğun günlük hayatını ve gelişimini etkilememektedir. Ama kronik sağlık problemleri çocuğun günlük hayatını yaşam boyu etkilemektedir (1).

2.1.2 Kronik Hastalık ve Çocuk

Kronik hastalıkların çeşitli tanımları yapılmıştır. Kronik hastalık için ilk yapılan tanımlardan birine göre; son üç aydır olan ve çocuğun normal yaşam aktivitelerini etkileyen, çok defa hastanede yatmayı gerektiren ve/veya evde bakım gerektiren ve/veya geniş uzun tedavi gerektiren sağlık problemi olmasıdır (1).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ünün tanımına göre "kalıcı sekeller bırakan, geri dönüşümsüz patolojik değişimlerin sebep olduğu, hastanın rehabilitasyonu için özel hasta eğitimine gereksinim duyulan, uzun süreli takip ve bakım gerektiren süreğen hastalıklar" olarak tanımlanmıştır (2).

Çocukluk döneminde görülen kronik hastalıklar; kromozom anomalisi nedeni (down sendromu), genetik geçişli hastalıklar (orak hücreli anemi ve kistik fibrozis), intrauterin teratojene maruziyet nedeniyle oluşan bozukluklar, doğum travması ya da perinatal dönemde yaşanan enfeksiyonlar sebebiyle gelişen hastalıklar (serabral palsy), postnatal enfeksiyonlar veya fiziksel travmalar sebebiyle gelişen bozukluklar ya da sonradan kazanılan hastalıklar (romatizmal ateş, epilepsi) olarak sınıflandırılabilir (6). Bunlar çok farklı hastalıklar olsa da herhangi bir kronik durumla yaşamak zorunda olan çocuklar ve ailelerin ortak noktası; kronik durumla yaşamayı öğrenmektir (1).

Sağlık ve hastalıkta son on yıllarda yaşanan değişimler nedeniyle akut hastalıktan kronik hastalığa, hastanede tedavi görmeden hastanın topluluk içinde olmasına hastaya müdahaleden hastayı gözetim altında tutmaya, hastalığın tedavisinden hastaya bakım verilmesine doğru bir değişim gözlenmektedir. Bu durum başta sosyal ilişkiler ve toplumsal yaşamın farklı alanlarında yansımaları neden olmuştur. Kişisel bir deneyim olan hastalık ve onun getirdiği tedavi, iyileşme, bakım süreci ailenin diğer üyelerini de ilgilendiren bir hal almıştır (7).

2.1.3.Çocuklarda Kronik Hastalığın Görülme Sıklığı

Geçen son yirmi yılda kronik hastalıkların görülme sıklığı dünyada ve ülkemizde önemli bir artış göstermiştir (6). Prevalans çalışmalarında %5 ile %30 arası rakamlara ulaştığı görülmektedir (8). Kronik hastalığın tanımındaki farklılıklar

ve vakaların ulaşıma yöntemleri (kendisinin ifadesi, velisinin ifadesi, öğretmenin ifadesi, hastane kayıtları veya klinik muayeneler) bu durumun nedenleri arasındadır. Çocuğun günlük aktivitesini hafif etkileyen durumlar dahil edilip ve sağlık kurumlarını kullanma oranı dikkate alındığında yüksek rakamlar; yalnızca engelli olan çocukları değerlendirmeye alındığında ise düşük rakamlar ortaya çıkmaktadır (9).

2.1.4 Kronik Hastalığın Çocuk Üzerine Etkileri

Kronik hastalıklar, çeşitli nedenlerle hem çocuğun hem de ailenin diğer üyelerinin yaşamlarında hafiften ağır düzeylere varan güçlükler neden olabilmektedir (10).

Kronik sağlık problemi olan çocuklar diğer çocuklardan farklı duygular ve durumlar içindedir. Çocuğun ve ailenin aktiviteleri hastalık nedeniyle kısıtlanmaktadır; aileler çoğu zaman hayatlarını kronik sağlık problemi olan çocuğa göre düzenlemek zorundadır (1).

Çocuğun hastalığa vereceği tepkiler çocuğun kişiliği, hastalığın özellikleri ve çocuğun ailesi gibi birden çok faktöre bağlıdır (1). Çocuğun gelişim aşamalarına göre hastalık anlayışı ve hastalık ile başa çıkma çabaları değişmektedir (6). Çocukların yaş dönemlerine göre hastalık kavramını nasıl anladığını belirleyen bilişsel ve gelişimsel açıdan tanımlamalar yapılmıştır (10).

2.1.4.1. Bebek ve süt çocukları, hastalığı çok sınırlı anlayabilmektedir. Bu dönemde ağrı, hareket kısıtlılıkları ve ebeveynlerden ayrıma gibi durumlar çocuk üzerine olumsuz etkiler yapabilmektedir (1). Bu dönemde bebeğin psikolojik ve fiziksel gereksinimleri tutarlı olarak karşılanması bebeğin güven duygusunun gelişimi için çok önemlidir. Ebeveynlerden uzun süreli ayrılıklar ve bebeğe bakımdaki tutarsızlıklar bebekte güvensizlik duygusuna neden olabilmektedir (6).

2.1.4.2. Okul öncesi dönemdeki çocuklar, bu dönemde bağımsızlık duygusu geliştirmeye başlarlar. Çocuklar hastalığın sebebini ve etkisini anlayamazlar da hastalanmanın ne demek olduğunu anlayabilmektedir. Örneğin kusmanın hastalık bulgusu değil hastalanma sebebi olduğunu düşünebilirler (1).

Hastanede olmak veya düzenli ilaç kullanmak zorunda olmak çocuğun gelişmekte olan bağımsızlık duygusu nedeniyle zorlayıcı olabilir. Çocuk, ebeveynleri tarafından belirlenen sınırlara karşı koyabilmektedir (6). Bu durumda ebeveynler çocuğa yeni seçeneklerle yardımcı olmaya çalışabilir. Yapılması zorunlu olan durumlarda tedavinin esnek yönleri üzerine seçenekler sunabilirler. Örneğin “İlk pembe ilacı mı, mor ilacı mı almak istersin? Veya kanın alınırken elini tutmamı mı, kucağımda olmayı mı istersin?” şeklinde seçenek sunabilirler (1). Bu dönemde ebeveynler çocuklarının strese karşı dirençli olmaları için yardımcı olabilirler (10).

2.1.4.3. Okula yeni başlayan çocuklar, bu dönemde çevre üzerine duygular gelişmektedir. Tamamen mantıklı olmasa da hastalık nedenlerini anlayabilirler. Bu dönemdeki çocuklar genelde “büyülü düşüncelere” sahiptir. Mesela kardeşine vurduğu için veya sebze yediği için hasta olduğuna inanabilirler (1, 10). Bu dönemde hastalık nedeniyle akranlarından farklı olduklarını hissetmeye başlarlar. Ebeveynler, çocukların hastalık yönetiminde onlara yardımcı olabilir ve hastalığın kimsenin suçu olmadığına dair güvence verebilirler (1).

2.1.4.4. Daha büyük okul yaşındaki çocuklar, bu dönemde hastalıklarını ve tedavileri daha iyi anlayabilirler, ancak yetişkinler gibi tepki vermeleri beklenemez (1). Hastalık nedeniyle okuldaki veya akranlarıyla olan faaliyetlere katılamamak kendilerini dışlanmış hissettirebilir (10). Korumacı ebeveynlerin, çocuklarının diğer çocuklarla olan faaliyetlerinden alıkoymasını çocuğun özgüvenini zedeleyebilir (6). Çocuğun doktorunun izin verdiği ölçüde ebeveynler çocuğun okuldaki veya diğer etkinliklere katılmaları için yardımcı olmalıdır (1).

2.1.4.5 Ergenler, kendi öz benliklerini geliştirmeye başlarlar. Ergende kendi imajı çok önemlidir (6). Ergenin görünüşü; hastalık veya ilaç nedeniyle değiştirildiği zaman çok ciddi sorun olabilir (1, 6).

Ergen artık aileden bağımsız olmak isteyebilir (10). Bu çocuğun bakımından birincil sorumlu aile için zor olabilmektedir (1). Pek çok genç hastalığı reddetme dönemlerinden geçer, bu dönemde ilaç almayı, özel yapılması gereken diyetleri ve şeker kontrolünü ihmal edebilir (1,6). Ergenlik dönemindeki hızlı vücut değişimleri hastalığın semptom ve ilaç dozlarını değiştirebilir (1). Bu dönemde ergenlere hastalık

yönetimi için yardımcı olmak önemlidir (10). Kronik hastalıklarda bile gençler genç gibi değerlendirilmelidir ve adölesan sorunları da ebeveynler ve doktor tarafından konuşulmalıdır (1).

2.2.AİLE VE KRONİK HASTALIKLAR

2.2.1. Hasta Çocuğun Anne-Babası

Her aile sağlıklı çocuklara sahip olmak istemektedir. Bazen ailelerin bu beklentisi karşılanamaz ve ailede kronik sağlık problemi olan çocuk olabilir. Aile üyelerinden birinde yaşanan hastalık tüm aile üyelerini etkiler. Eğer hastalık kronikse bir bütün olarak kabul edilen aile sistemini uzun süreçte etkileyecektir (10).

Hastalığın aile üzerine etkisi birçok etkene bağlıdır (10). Hastalığın doğuştan veya sonradan kazanılmış olması, hastalığın başlangıç yaşı, aile içi ilişki durumları, hastalığın derecesi, hastalığın tedavi şekli, hastalığın yaptığı kalıcı etki, hastalığın getirdiği sınırlamalar, anne babanın eğitim düzeyi, ailenin ekonomik düzeyi gibi çeşitli etkenler anne babanın hastalığı kabullenmesi, güçlüklerle baş etme ve stres düzeylerini etkilemektedir (10, 11).

Çocuğunda kronik hastalık olan ebeveynlerle yapılan bir çalışmada, ailede, işbirliği, duyarlılık, şefkat, empati, saygı, kişisel olgunluk ve aile birliğinde bütünleşmenin artması gibi pozitif durumların yanı sıra kişiler arası ilişkiler ve görevlerde olumsuzlukların görüldüğünü, kardeşler arasında kıskançlık, rekabet, kızgınlık, düşmanlık ve sosyal içe dönük duyguların da geliştiğini görülmüştür (12).

2.2.2 Çocukta Kronik Hastalığın Anne Üzerine Etkileri

Kronik hastalığın aile üzerine olan etkisi çalışmalarında çoğunlukla anneye veya onun çocukla olan ilişkisine odaklanılmıştır (10). Kronik hastalığı olan çocuğa sahip olan ailelerde bakım rolü ve çocuğu hastaneye götürme gibi sorumluklar genelde anneye düşmekte, baba genelde yardımcı rolü üstlenmektedir (13).

Hasta çocuğu olmayan ailelerde de durum benzerdir ama hasta veya özürlü çocuk varlığında bu durum daha belirgindir. Hem annenin hem de babanın çalıştığı durumlarda da çocuk bakımı ve ev işleri gibi durumlar yine anne sorumluluğundadır.

Anne en çok bakım verici ve bakım yükü altında olandır (6). Kronik hastalığa sahip çocuğa bakmaktan sorumlu olan anneler daha çok anksiyete ve depresyon yaşamaktadır (14).

Çocuğun bakımında sorumlu olan anne genelde işten ayrılmak zorunda kalmasıyla ailenin maddi sıkıntıları daha da artabilmektedir (10). Sosyo-ekonomik durum kötüleştikçe annenin sorumluluğu artmakta; düşük sosyo-ekonomik düzeydeki ailelerde, anneler daha fazla stres ve sorumluluk altındadır(2)

2.2.3. Çocukta Kronik Hastalığın Baba Üzerine Etkileri

Babalar, anneler kadar çocuklarını sağlık merkezine götürmediğinden için kronik hastalığın babalar üzerine etkisi ile ilgili bilgiler daha azdır (10). Babalar, çalışmak durumundadır ve çocuğun bakımında aktif rol üstlenememektedir. Bu durum babada depresyon, düşük benlik duygusu, yetersizlik hissine neden olabilmektedir (6).

Yapılan araştırmalarda babanın çocuğun bakımına katılım durumuna bakılmaksızın, onun yaşamı da çocuğundaki kronik hastalıktan önemli ölçüde etkilenmektedir. Babalar iş hayatlarını ve aile dışı sosyal aktivitelerinin çocuğun hastalık durumuna göre düzenlemek zorunda kalmaktadır (6).

2.2.4. Anne-Babaların Çocuklarının Hastalıklarına Tepkisine Yönelik

Yaklaşımlar

Ebeveynlerin çocuğun kronik hastalığına tepkisini açıklayan modeller tanımlanmıştır. Bu modellerin hastalıkla baş etmeye katkı sağladığı düşünülmektedir. Zamana bağlı model, kronik hüznün modeli ve birleşik model günümüzde sıklıkla kullanılan modellerdir (2).

2.2.4.1.Zamana Bağlı Model

Forier ve Wanlass tarafından zihinsel engel, fiziksel engel ve kronik hastalığı olan çocukların ebeveynlerinin tepkilerini açıklamaya yönelik geliştirilmiş olup

PDF Eraser Free

şaşkınlık(şok), inkar, keder, dikkati odaklama ve kapanış aşamalarından oluşmaktadır (15).

Şaşkınlık: Ebeveynler için en zor an, tanıyı duydukları andır(10). Ebeveynlerde yaşanan şaşkınlık durumu verilen bilgilerin doğru algılanmasını engelleyebilir (6). Bu evre çok kısa sürer ve çocuk kronik hastalık tanısı aldıktan kısa bir süre sonra ikinci evre başlar (2).

İnkâr: bir savunma mekanizması olarak ortaya çıkar. Ebeveynler gerçek tanının yanlış olduğu ümidiyle kendilerini avuturlar. Ebeveynler inkar ederek gerçeklerle yüzleşmeyi geciktirirler ve tanının neden olduğu akut anksiyete ve korku bir süre ertelenir (2, 6). Bu dönemde ebeveynler hastalığın tanısının yanlış olduğunu iddia edebilir veya hastalığın ciddiyetini anlamamış gibi davranabilir (10) Ebeveynler tanının doğruluğunu kabul etmekte direnir ve tedaviyi reddederse inkarın bu şekli zararlıdır ve sağlık personelinin ebeveyne aktif müdahalesi gerekmektedir (6).

Keder: Kızgınlık, suçluluk ve hüçün olarak dışa vurulur (2). Bu dönemde görülen kızgınlık; hasta çocuğa, eşe, sağlık personeline veya Tanrı'ya yöneliktir. Kızgınlık kişide baş etme gücünü ortaya çıkarır ama kızgınlığın kontrolsüz olması aileye destek olan kişilerle olan iyi ilişkilerin zarar görmesine neden olabilir. Kızgınlıktan sonra suçluluk duygusu olur.

Ebeveynler kronik hastalığı kendilerine verilmiş bir ceza olarak algılayabilirler. Eğer hastalık genetik geçişli veya kazaya bağlı geliştirse ebeveynlerin suçluluk duygusu daha güçlü olabilir (6). Ebeveynlerin suçluluk duygularını ifade etmeleri sağlanarak yanlış anlamalara fırsat verilmemelidir (10). Başa çıkma yöntemleri yeterince anlaşıldığında keder evresi sonlanır (2).

Dışarıya Odaklanma: Ebeveynlerin çocuğun kronik hastalığı ile yaşadıkları durumla baş edecekleri doğru yöntemleri aradıkları ve istekli oldukları dönemdir. Ebeveynler dışarıdan yardım kabul ederler ve hayatlarını şekillendirirken yaşadıkları duruma uygun davranırlar (2,6)

Kapanış: Diğer adıyla kabullenme. Bu evre, ebeveynlerin çocuğa konulan tanının normal aile hayatının bozduğunu ve bozmaya devam edeceğini kabul ederek çocuğun aile hayatına uyum sağlaması için yöntemler geliştirdiği dönemdir (2). Ebeveynlerin hastalığı kabullenmesi, hastalığın getirdiği sorunlar ile daha kolay ve çabuk baş edilmesini sağlarken tedaviyi de olumlu etkilemektedir (10).

Şaşkınlık evresi ile başlayan kriz tehlikesi de sona ermiş olmaktadır (2). Hastalık sırasında olumsuz durumlar oldukça bu evreler tekrarlayabilir (10).

2.2.4.2 Süreğen Hüzün Modeli

Süreğen hüzün tanımı ilk olarak zihinsel engelli çocuğu olan ebeveynlerin psikolojik tepkileri tanımlamak için kullanılmıştır. Olshansky, süreğen hüznü trajik bir olaya verilen doğal tepki olarak tanımlar. Bu modelde, zamana bağlı modelden farklı olarak kapanış evresi yoktur(16). Kapanış bir anlamda kabullenme demektir ama süreğen hüzün modeline göre ebeveynler hiçbir zaman kabullenmeyi başaramadıkları için kapanış evresine gelememektedir. Ebeveynler suçluluk duygularını hiçbir zaman yenemezler; ebeveynlerin çocuklarına destek olmak için çabalarının olması hastalığı kabullendiklerini göstermez(2).

2.2.4.3. Birleşik Model

Copley ve Bodensteiner tarafından zamana bağlı modeli temel alan ve kronik hüzün modelinin özelliklerini de taşıyan bir model sunulmuştur (2). Bu modelde çocuğunda kronik hastalık olan ebeveynlerin şaşkınlık, inkar ve keder evreleri etrafında dönen bir durum içinde oldukları ve bunun birinci evre olduğunu belirtmektedirler (17). İkinci evre ise dışarıya odaklanma ve kapanışın olduğu ebeveynlerin çocuğu olduğu gibi kabul ettiklerini ve mutluluğu yakaladıklarını belirtmektedir.

Copley ve bodensteiner' e göre bazı ebeveynler birinci evreden hiçbir zaman çıkamamaktadır. Her iki evrede de duygusal kargaşa mevcuttur ama birinci evrede çok yoğun olduğu için daha yıpratıcıdır, ikinci evrede kargaşa zamanla azalmakta ama hiçbir zaman tamamen kaybolmamaktadır (17).

2.3.AİLE HEKİMLİĞİ KAVRAMI

Aile hekimliği tanımı ilk Leeuwenhorst tarafından 1977’de yapılmıştır. Leeuwemhorst’ın tanımına göre; aile hekimleri hastaya bakım verirken yaş, cinsiyet, hastalık ayrımı yamaksızın her bireye kapsamlı ve sürekli bakımdan sorumlu tıp doktorudur (18). Dünya Aile Hekimleri Örgütü’nün (World Organization of Family Doctors, WONCA) tanımına göre aile hekimliği; “kendine özgü eğitim içeriği, araştırması, kanıt temeli ve klinik uygulaması olan akademik, bilimsel bir disiplin ve birinci basamak yönelimli klinik bir uzmanlıktır.” Aile hekimliği disiplini; birinci basamak yönetimi, kişi merkezli bakım, özgün problem çözme becerileri, kapsamlı yaklaşım, toplum yönelimli olma, bütüncül yaklaşım oluşan altı çekirdek yeterlilikten oluşmaktadır(19). Aile hekimleri sadece tıbbi sorunları ele alıyor gibi görünse de birey ve ailelerin karşılaştıkları tüm sorunlara biyopsikososyal açıdan ele almalıdır (20).

Ülkemizde sağlık ocağı uygulamasında daha çok tedavi ağırlıklı yürütülen birinci basamak sağlık hizmetleri 2005 yılında pilot uygulama olarak başlayan ve 2010 yılında ülke çapında uygulamaya giren aile hekimliği sistemi ile koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verilmiştir. Koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında aşı uygulaması, gebe, bebek, çocuk, loğusa ve kronik hastalık takipleri daha düzenli hale getirilmiştir (21).

2.4. BİYOPSİKOSOSYAL YAKLAŞIM

Biyomedikal model ile açıklanamayan bedensel ve zihinsel hastalıkların olması tıp biliminde yeni bir model arayışına neden olmuştur(campbell). Tıpta biyopsikososyal model psikiyatrist olan Engel tarafından 1980’de biyomedikal modelin yetersizliklerini karşılamak için tanımlanmıştır. Biyopsiskososyal model ile biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlerin birbiri ile olan karmaşık etkileşimlerini göz önünde tutmaktadır. Engel’e göre hastalıkların temelinde biyolojik faktörlerin - genetik veya bağışıklık sistemi- olduğu kabul edilmekle beraber hastalıklar psikolojik faktörlerle de ilişkilendirilmektedir. Hastalığın sosyal boyutunda ise gündelik aktiviteler, çevresel stres kaynakları, kişiler arası etkileşim, aile ortamı, sosyal destek veya izolasyon, önceki tedavi süreçleri gibi birçok faktör vardır.

.Özellikle kronik hastalıklarda biyopsikososyal yaklaşım ile hasta ele alınmalıdır. Ayrıca DSÖ'nün sağlık tanımında bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam olarak iyi hali olması biyopsikososyal anlayışının benimsenmesinde büyük rol oynamıştır (7).

Biyopsikososyal yaklaşım ile hekimler, rahatsızlıkların yönetiminde hastalarıyla görüşürken, yineleyen temaslarla oluşan bilgi birikimi ve güveni kullanarak fiziksel, ruhsal, toplumsal, kültürel ve varoluşsal etkenleri birlikte değerlendirirler (19) Aile hekimi, hastalarını bütüncül yaklaşım çekirdek yeterliliği ile ele alan ve kendine kayıtlı nüfusun ayırıcı faktörlerini de göz önüne alarak aileyi hem biyolojik açıdan hem de psikosozal açıdan ele alabilir (20).

2.5.HAYATIN GÜÇLÜKLERİNE KARŞI TUTUMLAR

İnsan, hayatında kimi zaman içten veya dıştan gelen uyarıcıların etkisiyle başa çıkmakta zorlandığı güçlükler yaşabilmektedir. Yaşanan güçlükler bireyi ruhsal ve bedensel açıdan olumsuz şekilde etkilediği için, onun hem duygusal sıkıntılar hem de sosyal sıkıntılar yaşamasına neden olabilmektedir. Bu süreçte varoluşsal boşluğa düşmemek amacıyla yaşadığı tecrübeleri ve gözlemlediği hadiseleri kendi dünyasında anlama ve açıklama ihtiyacı hisseden bireyler benliklerini kuvvetlendirmek için farklı başa çıkma yöntemlerine müracaat edebilmektedir (22).

Uygun başa çıkma yöntemlerinin kullanılması ile güçlüklerin yol açtığı depresyon, anksiyete bozuklukları, akut stres bozukluğu ve travma sonrası stres bozukluğu, uyku bozuklukları, yeme bozuklukları, cinsel işlev bozuklukları, bağımlılık ve konversiyon bozuklukları gibi güçlük ve stres ile ilişkilendirilen psikiyatrik hastalıkları engellemek mümkündür (23).

2.5.1. Güçlükler Karşısında Düşünceler

Stres; 17. yüzyılda “felaket, bela, dert, keder” gibi anlamlarda kullanılırken, 18. ve 19. yüzyıllarda kavrama yüklenen anlam değişmiş; “güç, baskı, zor” gibi anlamlarda durum ve objelere bağlı, kişiye, organa veya ruhsal yapıya yönelik zorlamalar olarak kullanılmıştır (24).

Stresle başa çıkmada, temel amaç bireyin düşünce yapısı, gerçek dışı ve olumsuz otomatik düşüncelerin değiştirilmesidir. “*Bilişsel Yaklaşımlar*” ile stresli durumlara verilen bilişsel tepkilerin olumlu şekilde değiştirilmesini amaçlanmaktadır. Kişilerin stres durumlarına verdikleri bilişsel tepkiler ve geliştirdikleri düşünce tarzları üzerinde yoğunlaşmaktadır (25). “*Akılcı-Duygusal Yaklaşım*” da ise bireyin sahip olduğu olumsuz–otomatik düşünceler; gerçekçi yani esnek, tutarlı, mantıklı ve bireyin psikolojik sağlığını destekleyen ve kendisi için anlamlı hedeflere ulaşmasına yardımcı olan düşünce tarzına dönüştürmek amaçlanır. Düşünce odaklı yaklaşım ile, bireyler problemlerini analiz eder, yeniden açıklar, olası çıkış yollarını irdelerler (26).

2.5.2.Hedef ve İdealler

Bireysel psikolojiye göre, insanın ruhsal yaşamının temelini amaçlar oluşturur. Bir insanın düşünmesi, hissetmesi, bir istekte bulunması, rüya görmesi gibi ruhsal yaşam faaliyetleri bir amaca dayandırmasına, bir yön belirlemesine ihtiyaç vardır. Ruhsal yaşamın düzenli devam etmesi için amaçların olması gerekmektedir. Bireysel psikoloji insan ruhundaki olayların tümünü amaçlarla bağlantılı bir şekilde ele almaktadır (27).

Hangi tür yaşam amaçlarının öznel iyi oluşu artırdığını, hangilerinin azalttığını araştıran çalışmalarda; amaçları topluma katkı, kişisel gelişim, kişilerarası ilişki ve fiziksel sağlık gibi amaçları içsel; ünlü olma, çekici olma ve zengin olma gibi amaçları ise dışsal amaçlar olarak adlandırmışlardır. Adı geçen çalışmalarda içsel amaçların öznel iyi oluşun göstergesi olan öz saygı ve kendini gerçekleştirme ile yüksek düzeyde ve olumlu yönde, depresyon ve kaygı olumsuz yönde ilişkili olduğu bulunmuştur. Diğer taraftan dışsal amaçlar ile öznel iyi oluş arasında olumsuz yönde ilişki gösterilmiştir (28,29). Başka bir araştırmada ise yüksek düzeyde içsel amaçlara sahip bireylerin, diğer kişilere göre daha fazla öznel iyi oluşa, öz saygıya ve ilişki doyumuna sahip oldukları bulunmuştur. Buna karşın yüksek düzeyde dışsal amaçlara sahip bireylerin daha düşük yaşam doyumu, öz saygı ve kendini gerçekleştirme; daha yüksek düzeyde kaygı ve depresyona sahip olduğu görülmüştür (30).

2.5.3.Hayata bakış

İnsanların yaşam koşullarına bakış açıları, kişilik özelliklerine göre değişmektedir. İyimserlik, olumlu; kötümserlik, olumsuz sonuç beklentisidir. Olaylara olumlu bakabilen kişiler karşılaştıkları güçlüklerin üstesinden rahatlıkla gelebilmekteyken, olumsuz yönden bakan kişiler ise karşılaştıkları güçlüklerin üstesinde gelmekte başarısız olmaktadır (31).

İyimserlik, umut gibi zorluklara ve engellere rağmen genel olarak hayatta her şeyin iyi olarak devam edeceğine dair beklentidir. İyimserler yaşama yönelik olumlu bakış açıları ile durum ve olayların daha uygun ve olumlu yönlerine odaklanı; gelecekle ilgili en iyi gelişmelerin elde edileceğine dair olumlu beklentiler içindedirler (32).

Kötümserlik, yaşam bakış açısının olumsuz yönünü temsil eden ve iyimserliğin karşıtı olan depresyon etkilerini yükselten, bireyin kendisini kötü (üzgün, endişeli, kaygılı, vb) hissetmesine neden olan, bir faaliyeti başlatmak yerine hareketsiz kalmaya neden olan, ayrıca kötü fiziksel sağlık durumu ile ilişkili olan durum olarak görülmektedir. Kötümser bireylerin yaşam doyumları ve özsaygılarının iyimser bireylere göre daha az olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca kötümser bireylerin depresyon belirtisi göstermesi iyimser bireylere göre daha sık bulunmuştur (32). Bireylerin iyimserlik durumu çoğunlukla sosyal destekten etkilenirken, kötümserlik durumu çoğunlukla ekonomik faktörlerden etkilenmektedir (33).

2.5.4.Sosyal durum

İnsan sosyal bir varlıktır; doğumla başlayan çevresinde bulunan insanlarla birlikte olma ve ilişki kurma ihtiyacı hayat boyu devam eder. **Sosyal Destek Sistemleri**, gerektiğinde bireye duygusal, maddi ve zihinsel (bilişsel) yardım sağlayan tüm kişiler arası ilişkilerdir. Bireyin aileleri, en geniş aile çevresi, arkadaşları, komşuları, öğretmenleri ve çevrelerinde yer alan ideolojik, dinsel veya etnik gruplar ile içinde yaşadıkları toplum sosyal destek kaynakları olarak sayılabilir. Sosyal destek sistemleri sağlığın korunması ve bireyin hayatın güçlükleri ile başa çıkmasında önemli role sahiptir (33,34).

Sosyal desteğin sosyolojik ve psikolojik durumları düzeltme etkisinin olduğu evrensel bir bulgudur. Sosyal destek sistemleri ile ailedeki ağır kronik hastalıklara uyum kolaylaşır, ailenin moral ve başa çıkması için olumlu etkilere sahiptir (35). Ayrıca stres yaratan durumlar ortadan kaldırılmasa bile sosyal destek sistemleri ile birey daha az kaygılı, daha iyimser, zorlayıcı durumlar için çözümler üreten ve çaresizlik duyguları daha az olabilmektedir (36). Sosyal destek, kişilerin zorlu yaşam tecrübeleri ile baş etmesini kolaylaştırırken; ilerleyen yaşlarda kişilerin sorunlarla baş edebilmesini sağlar (37).

2.5.5.Problem çözebilme

Problem, bir kimsenin istenilen bir hedefe ulaşmak amacıyla topladığı mevcut güçlerinin karşısına çıkan engel; sosyal anlamda problem ise bir ortamdan veya durumdan daha çok istenen başka bir sosyal ortam veya duruma geçiş sırasında önümüze çıkan engeller, zorluklardır (38,39). Yaşamın ilk yıllarında birey, daha çok yaşamsal ihtiyaçlarının giderilmesi gibi sade ve basit problemlerle karşılaşırken; ileriki yıllarda daha karmaşık özellikte ve çok yönlü problemlerle karşılaşmaktadır(40).

Problemsiz bir yaşam ya da problemsiz bir yer bulmak mümkün olmadığından problemlerin nasıl çözüleceğini öğrenmek önemlidir(41).Hayatın güçlüklerine yaklaşımda doğru problem çözme yaklaşımını kullanan bireyler, doğru çözüm yollarını tespit edip sistematik yaklaşım ile hedeflerine ulaşabilirler(42).

Doğru problem çözümünü kullanan bireyler, kaçınıcı davranış sergilemez, gerçeklerle yüzleşir, problemleri çözümlenebilir tarzda doğru tanımlar, alternatif çözüm yollarını araştırır, açık ve karşılıklı iletişim içinde olur, kendilerine her zaman güvenir, yeterli derecede yardıma açık olur, girişimci davranışları olur ve mevcut kaynakları en iyi şekilde kullanır (42,43).

Problem çözümede karşılaşılan en önemli sorunlar bireyin problemi çözmek için hiçbir çaba göstermemesi ve problemi çözmeyen yöntemlere başvurmasıdır. Bireylerin çoğu sorunlarına çözüm olarak sigara içmeyi, aşırı yemek yemeyi, alkol tüketmeyi, ilaç kullanmayı seçebiliyor. Bazıları ise içe kapanıp, pasifleşerek

PDF Eraser Free

problemlerle yüzleşmeyi reddediyor ya da problemleri yok sayarak olayların dışına çıkıyor. Bazı bireyler ise öfke nöbetleri, kırıncı olma gibi aşırı tepkiler gösterebiliyor. Tüm bunlar problem çözmeyen davranışlar olarak nitelendirilebilir (42,45). Yapılan pek çok çalışmada problem çözme eksiklikleri olan kişilerde umutsuzluk ve depresyona ve hatta buna bağlı intihar düşüncesinde olduğu öne sürülmüştür (45).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 ARAŞTIRMANIN TİPİ

Gözlemsel, analitik ve kesitsel tipte bir çalışmadır. Çalışmamızda anket yöntemi ile veri toplanmıştır. Çalışmamıza 2 Aralık 2018-6 Haziran 2019 tarihleri arasında S.B.Ü Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi pediatri kliniği, aile hekimliği ve pediatri polikliniklerine başvuran çocuklarında kronik hastalık olan 190 ebeveyn ve çocuklarında kronik hastalık olmayan 190 ebeveyn dahil edilmiştir. Çalışma grubuna gönüllü olarak çalışmaya katılmayı kabul eden, 18 yaşından büyük, çocuk sahibi olan ve tanıli psikiyatrik rahatsızlığı olmayan kişiler dahil edildi. Katılımcıların anket içerisinde belirtilen yazılı onamları alınmıştır. Anket örneği EK-1’de verilmiştir. Çalışmada ebeveynlere 26 soruluk “Bursa- Güçlüklere Karşı Tutum Ölçeği” yüz yüze görüşülerek uygulanmıştır.

3.2. VERİ TOPLAMA TEKNİĞİ VE ARAÇLARI

Çalışmaya katılanlara yazılı onayları alındıktan sonra oluşturulan veri toplama formu ve “Bursa- Güçlüklere Karşı Tutum Ölçeği(BGKTÖ)”uygulanarak araştırma gerçekleştirilmiştir.

3.2.1. Veri Toplama Formu

Araştırmacı tarafından ilgili literatür doğrultusunda çocuklarında kronik hastalık olan ve olmayan ebeveynler için hazırlanan iki ayrı veri toplama formu oluşturuldu. Çocuğunda kronik hastalık olan ebeveynler için oluşturulan formda kişinin yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, kaç çocuğu olduğu, mesleği, eğitim düzeyi, toplam eğitim süresi, aynı evde kaç kişi yaşadıkları, ailenin aylık geliri, çocuğun kronik hastalık tanısı, kaç yıldır hastalığı olduğu, çocuğun kronik hastalık tanısını kaç yaşında aldığı, çocuğun şimdiki yaşı bilgilerini belirlemeye yönelik 13 soru (Ek-2) yer almıştır. Çocuklarında kronik hastalık olmayan ebeveynler için oluşturulan formda ise kişinin yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, kaç çocuğu olduğu, mesleği, toplam eğitim süresi, eğitim düzeyi, aynı evde kaç kişi yaşadıkları, ailenin aylık gelirini belirlemeye yönelik 9 soru (Ek-3) yer almıştır

3.2.2. Bursa-Güçlüklere Karşı Tutum Ölçeği

Bu ölçek, hayatın güçlüklerine karşı bireylerin tutumlarının belirlenmesi amacıyla 2009 yılında Tekin ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olup ölçeğin genel Cronbach-alpha değeri 0,810'dur. Ölçeğin 5 alt faktörü olup bunlar; Güçlükler Karşısında Düşünceler (GKD), Hayata Bakış (HB), Problem Çözme (PÇ), Hedef ve İdealler (Hİ) ve Sosyal Durum (SD) faktörleridir. Ölçek, toplam 26 sorudan oluşmakta ve 5'li Likert tipi skora ile cevaplanmaktadır. (Ek-4)

3.3. İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Elde edilen veriler değerlendirilirken IBM SPSS Statistics 20 programı kullanıldı ve istatistiksel anlamlılık sınırı olarak $p < 0,05$ kabul edildi.

Sürekli verilere ilişkin tanımlayıcı istatistiklerde Ortalama Standart Sapma, Minimum, Maksimum değerleri, kesikli verilerde ise yüzde değerleri verilmiştir. Verilerin normal dağılıma uygunluğunun incelenmesinde Kolmogorov Simirnov testinden yararlanıldı.

Normal dağılım gösteren verilerin grupların karşılaştırılmasında Student-t testi, normal dağılım göstermeyen grupların karşılaştırılmasında ise Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Nominal değişkenlerin grup karşılaştırmalarında (çapraz tablolarda) Ki-Kare ve Fisher's Exact test kullanılmıştır.

Tutum cümlelerini değerlendirmede 5'li Likert tipi ölçek kullanıldı. (I.Hiç katılmıyorum, II. Katılmıyorum, III. Kararsızım, IV. Biraz katılıyorum, V. Kesinlikle katılıyorum). Daha sonra ölçekteki olumsuz ifade eden cümlelerin skorları 6'dan çıkarılarak dönüştürülmüştür (tersinden puanlama). Öncelikle faktörlerin ortalama skorları hesaplandı. BGKTÖ faktörleri üzerinde etkili olabilecek diğer faktörlerin (çocuğunda kronik hastalık durumu, yaş, meslek, cinsiyet, çocuk sayısı, ailedeki kişi sayısı ve okul yılı) muhtemel etkilerini değerlendirmek için Mann Whitney U testi, ikiden fazla gruplu bağımsız değişkenlerde Kruskal Wallis Varyans Analizi kullanıldı. Fark saptanan değişkenlerde farklılığın hangi grup ya da gruplardan kaynaklandığının incelenmesinde Kruskal Wallis Çoklu karşılaştırma testi kullanıldı.

PDF Eraser Free

Ölçek puanlarının sürekli nicel verilerle ilişkisinde Spearman Korelasyon Katsayısından faydalanıldı.

3.4. ETİK KURUL ONAYI

Çalışma S.B.Ü. Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurulu'nun

12.12.2019 tarihli ve 1791 karar numaralı onayı ile yürütülmüştür(Ek-5).



4. BULGULAR

Çalışmaya çocuğunda kronik hasta olan 190 ebeveyn ve çocuğunda kronik hasta olmayan 190 ebeveyn toplam 380 kişi dahil edildi. Çalışmaya katılanların %85 (323) 'i kadın ve %15 (57)'i erkektir. Çocuklarında kronik hastalık olan ebeveynlerin %86,3'ü kadın %13,7'si erkek, çocuklarında kronik hastalık olmayan ebeveynlerin %85'i kadın %16,3'ü erkekti. Araştırmaya katılan kişiler 22-57 yaş aralığında olup, kişilerin yaş ortalaması $36,9 \pm 7,20$ 'dir.

Ebeveynlerin çocuğunda kronik hastalık durumu ile çalışma ve eğitim durumları ilişkisi incelendiğinde, çocuğunda kronik hastalık olan ebeveynlerde çalışan olma durumunun ve eğitim sürelerinin daha düşük olduğu saptandı. Ebeveynlerin sosyodemografik verilerinin dağılımı Tablo 4.1 ve 4.2'de sunuldu.

Tablo 4.1. Ebeveynlerin Kategorik Verilerinin Analizi

		Kr. Hast Var (190)		Kr. Hast Yok (190)		TOPLAM (380)		p
		sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Cinsiyet	Erkek	26	13,7	31	16,3	57	15	0,473
	Kadın	164	86,3	159	83,7	323	85	
Medeni durum	Evli	175	92,1	181	95,3	356	93,7	0,206
	Bekar	15	7,9	9	4,7	24	6,3	
Eğitim durumu	İlkokul	72	37,9	36	18,9	108	28,4	0,001
	Ortaokul	41	21,6	27	14,2	68	17,9	
	Lise	45	23,7	64	33,7	109	28,7	
	Üniversite	32	16,8	63	33,2	95	25	
Çalışma durumu	Çalışıyor	56	29,5	85	44,7	141	37,1	0,002
	Çalışmıyor	134	70,5	105	55,3	239	62,9	

* Ki-Kare Test

Tablo 4.2. Ebeveynlerin Numerik Verilerinin Analizi

	Kr. Hast Var		Kr. Hast Yok		Toplam		p
	Ort ± SS	Min-maks	Ort ± SS	Min-maks	Ort ± SS	Min-maks	
Yaş	37,65±7,21	23-57	36,25±7,15	22-56	36,95±7,2	22-57	0,059*
Eğitim yılı	8,50±4,10	0-18	10,72±3,85	0-18	9,61±4,11	0-18	0,001**
Aylık Gelir	3591±1814	1000-10000	4120±2179	1000-12000	4203,03±5487,03	1000-10000	0,013*
Evdeki kişi	4,53±1,29	2-10	4,26±1,25	1-10	4,39±1,2	1-10	0,030**
Çocuk sayısı	2,50±1,02	1-7	2,22±0,92	1-5	2±1,05	1-7	0,030**

* T Test ** Mann Whitney U

Araştırmaya katılan ebeveynlerin çocuklarının kronik hastalık tanısı aldıkları yaş ortalaması 3.94±4.56 olup 0 ile 17 yaş aralığında idi. Çocukların kronik hastalık tanısı aldıktan sonra geçen süre ortalaması 6,08±5,10 yıl olup bu süre 0-18 yıl arasında değişmekte idi. Kronik hastalık tanısı olan çocukların şimdiki yaş ortalaması 10.09±5.21 olup 0,10 ile 18 yaş arasında değişmekte idi. Araştırmaya katılan ebeveynlerin çocuklarındaki en sık kronik hastalık tanısı astımdı %18,4(35). Ayrıca Tip 1 diyabet (%11,5), hipotroidi (%10), epilepsi(%8,4) de sık olan kronik hastalıklardandı. Kronik hastalığı olan çocukların hastalıklarına ait özelliklerin dağılımı tablo 4.3 ve tablo 4.4'te sunuldu.

Tablo 4.3. Kronik Hastalık Tanısı Olan Çocuklara Ait Veriler

	Ort ± SS	Min-maks
Tanı aldığı yaş (yıl)	3,94±4,56	0-18
Tanıdan sonra geçen süre (yıl)	6,08±5,10	0-18
Çocuk yaşı (yıl)	10,09±5,21	0.10-18

Tablo 4.4. Çocuklardaki Kronik Hastalık Tanı Dağılımları

	Sayı	%
Astım	35	18,4
Diyabet	22	11,5
Hipotroidi	19	10
Epilepsi	16	8,4
Mental retardasyon	11	5,4
Serabral palsi	12	6,3
Reflü	10	5,2
Down sendromu	8	4,2
Konjenital kalp hastalığı	7	3,6
Ailesel akdeniz ateşi	5	2,6
Diğer	55	28

Çalışmaya katılan 380 kişinin günlük karşısında tutum ölçeği alt faktörlerinin ortalama puanları ve standart sapma değerleri Tablo 4.5’te sunuldu.

Tablo 4.5. Örneklem Ölçek Ortalama Puanları

Güçlükler karşısında tutum ölçeği	Ort±SS	Min-Max
Güçlükler karşısında düşünceler	29,69±4,43	11-35
Hayata bakış	14,04±4,73	5-25
Problem çözebilme	17,64±2,34	8-20
Hedef ve idealler	22,35±3,02	7-25
Sosyal durum	18,25±4,45	6-25

Katılımcıların çocuklarında kronik hastalık olup-olmaması durumu ile ölçek puanı ortalaması karşılaştırılmasında; “hayata bakış”, “hedef ve idealler” ve “sosyal durum” faktörü puanları arasında anlamlı fark saptandı. Çocuklarında kronik hastalık olan ebeveynlerin, “hayata bakış”, “ hedef ve idealler” ve “sosyal durum” faktörü puanları ortalaması çocuklarında kronik hastalık olmayan ebeveynlere göre anlamlı düzeyde düşüktü saptandı. Çocuklarında kronik hastalığı olup-olmamasına göre BGKTÖ puanı ortalaması karşılaştırılması tablo 4.6’da sunuldu.

Tablo 4.6. Çocuklarında Kronik Hastalık Olan ve Olmayan Ebeveynlerin Ölçek Puanlarının Karşılaştırması

	Kr. Hast Var (190)	Kr. Hast Yok (190)	
Güçlükler karşısında tutum ölçeği	Ort±SS, Min-Max	Ort±SS, Min-Max	p
Güçlükler karşısında düşünceler	29.09±4.98 11-35	30.29±3.73 16-35	0.070
Hayata bakış	13.55±4.95 5-25	14.54±4.45 5-25	0.047
Problem çözebilme	17.58±2.43 8-20	17.69±2.25 11-20	0.872
Hedef ve idealler	21.56±3.55 7-25	23.14±2.09 14-25	0.001
Sosyal durum	18.26±4.45 6-25	19.79±3.90 9-25	0.001

*Mann Whitney U Test

Cinsiyete göre BGKTÖ puanları ortalaması karşılaştırmasında “güçlükler karşısında düşünceler” faktörü puanı kadın cinsiyetinde erkeklere göre anlamlı düzeyde düşük saptandı. Örneklem cinsiyete göre ölçek puanları ortalaması tablo 4.7’de sunuldu.

Tablo 4.7. Örneklem Cinsiyete Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Cinsiyet	Kadın	Erkek	p
Güçlükler karşısında tutum ölçeği	Ort± SS	Ort± SS	
Güçlükler karşısında düşünceler	29,49±4,52	30,81±3.77	0,033
Hayata bakış	13,91±4,73	14,79±4.69	0,138
Problem çözebilme	17,63±2,34	17,65±2.36	0,883
Hedef ve idealler	22,29±3,11	22,67±2.44	0,710
Sosyal durum	18,92±4,23	19,61±4.36	0,219

*Mann Whitney U testi

Çocuklarında kronik hastalık olan ve olmayan erkeklerin GKTÖ puanları ortalaması karşılaştırıldığında aralarında anlamlı fark saptanmadı. Çocuklarında kronik hastalık olan ve olmayan erkeklerin puanlarının karşılaştırması tablo 4.8’de sunuldu.

Tablo 4.8. Çocuklarında Kronik Hastalık Olan ve Olmayan Erkeklerin Ölçek Puanlarının Karşılaştırması

ERKEK	Kr. Hast Var (26)	Kr. Hast Yok (31)	
Güçlükler karşısında tutum ölçeği	Ort±SS, Min-Max	Ort±SS, Min-Max	p*
Güçlükler karşısında düşünceler	30,46±4,04	31,10±3,56	0,539
Hayata genel bakış	15,19±4,69	14,45±4,74	0,727
Problem çözebilme	17,77±2,25	17,55±2,47	0,706
Hedef ve idealler	22,58±2,42	22,74±2,50	0,644
Sosyal problemler	19,19±4,66	19,97±4,13	0,535

*Mann Whitney U Test

Çocuklarında kronik hastalık olan ve olmayan kadınların BGKTÖ puanlarının karşılaştırmasında; çocuklarında kronik hastalık olan kadınların “hayata bakış”, “hedef ve idealler” , “sosyal durum” faktörü puanları ve toplam puanları çocuklarında kronik hastalık olmayan kadınların puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptandı. Çocuklarında kronik hastalık olan ve olmayan kadınların ölçek puanlarının karşılaştırması tablo 4.9’da sunuldu.

Tablo 4.9. Çocuklarında Kronik Hastalık Olan Ve Olmayan Kadınların Ölçek Puanlarının Karşılaştırması

KADIN	Kr. Hast Var (164)	Kr. Hast Yok (159)	
Güçlükler karşısında tutum ölçeği	Ort±SS, Min-Max	Ort±SS, Min-Max	p
Güçlükler karşısında düşünceler	28,87±5,09 11-35	30,13±3,75 16-35	0,089
Hayata bakış	13,29±4,96 5-25	14,56±4,41 5-25	0,019
Problem çözebilme	17,59±2,46 8-20	17,72±2,21 11-20	0,747
Hedef ve idealler	21,40±3,68 7-25	23,21±2,01 15-25	0,001
Sosyal durum	18,11±4,42 7-25	19,75±3,87 10-25	0,001

* Mann Whitney U Test

Çocuklarında kronik hastalık olan ve olmayan ebeveynlerin “güçlükler karşısında düşünceler” faktörü ortalaması ile cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu

ve çalışma durum arasında anlamlı fark saptanmadı. Çocuklarında kronik hastalık olan ve olmayan ebeveynlerin “güçlükler karşısında düşünceler” faktörü puanlarının bağımsız değişkenlere göre incelenmesi Tablo 4.10’da sunuldu

Tablo 4.10. “Güçlükler Karşısında Düşünceler” Faktörü Puanlarının Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Güçlükler karşısında düşünceler			Ort±SS,	P
Kronik Hastalık Var	Cinsiyet	Erkek	30,46±4,04	0,146*
		Kadın	28,87±5,09	
	Medeni Durum	Evli	29,03±5,07	0,877*
		Bekar	29,80±3,75	
	Eğitim	İlkokul	28,56±5,17	0,572**
		Ortaokul	29,05±5,85	
		Lise	29,09±4,68	
	Çalışma Durumu	Üniversite	30,34±3,50	0,379*
		Çalışıyor	29,98±3,70	
	Kronik Hastalık Yok	Cinsiyet	Çalışmıyor	28,72±5,39
Erkek			31,09±3,56	
Medeni Durum		Kadın	30,13±3,75	0,916*
		Evli	30,33±3,64	
Eğitim		Bekar	29,56±5,36	0,088**
		İlkokul	30,64±3,21	
		Ortaokul	31,56±3,92	
Çalışma Durumu		Lise	30,17±3,63	0,796*
		Üniversite	29,67±3,94	
Çalışma Durumu		Çalışıyor	31,01±4,21	0,796*
	Çalışmıyor	30,51±3,29		

* Mann Whitney U Test

**Kruskal Wallis Varyans Analizi

Çocuklarında kronik hastalık olan ve olmayan ebeveynlerin “hayata bakış” faktörü ile eğitim düzeylerine ve çalışma durumuna göre anlamlı fark saptandı. Kruskal Wallis çoklu karşılaştırma testi sonucunda ilkokul mezunu olanların “hayata bakış” puanları ortaokul, lise ve üniversite mezunu olan ebeveynlere göre anlamlı düzeyde düşük saptandı. Çalışmayan ebeveynlerin hayata bakış puanları çalışan ebeveynlere göre anlamlı düzeyde düşük saptandı. “hayata bakış” faktörü puanlarının bağımsız değişkenlere göre karşılaştırılması Tablo 4.11’de verilmiştir

Tablo 4.11. “Hayata Bakış ” Faktörü Puanlarının Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Hayata bakış			Ort±SS	p
Kronik Hastalık Var	Cinsiyet	Erkek	15,19±4,69	0,054*
		Kadın	13,29±4,96	
	Medeni Durum	Evli	13,42±7,95	0,191*
		Bekar	15,07±4,96	
	Eğitim	İlkokul	11,09±4,46	0,001**
		Ortaokul	14,12±4,23	
		Lise	14,71±5,22	
		Üniversite	16,69±3,99	
	Çalışma Durumu	Çalışıyor	15,91±4,81	0,001*
		Çalışmıyor	12,56±4,69	
Kronik Hastalık Yok	Cinsiyet	Erkek	14,45±4,74	0,900*
		Kadın	14,56±4,41	
	Medeni Durum	Evli	14,42±4,36	0,196*
		Bekar	17,00±5,79	
	Eğitim	İlkokul	11,69±3,85	0,001**
		Ortaokul	13,85±3,66	
		Lise	14,72±4,27	
		Üniversite	16,29±4,46	
	Çalışma Durumu	Çalışıyor	15,65±4,59	0,002*
		Çalışmıyor	13,65±4,15	

*Mann Whitney U Test

**Kruskal Wallis Varyans Analizi

***Post Hoc analiz Kruskal Wallis Çoklu karşılaştırma

Çocuklarında kronik hastalık olan ve olmayan ebeveynlerin “Problem Çözebilme” puanlarının bağımsız değişkenlere göre karşılaştırılmasına ait veriler Tablo 4.12’de sunuldu.

Tablo 4.12. “Problem Çözebilme” Faktörü Puanlarının Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Problem çözebilme			Ort±SS,	P
Kronik Hastalık Var	Cinsiyet	Erkek	17,77±2,25	0,685*
		Kadın	17,55±2,46	
	Medeni Durum	Evli	17,63±2,41	0,247*
		Bekar	16,93±2,63	
	Eğitim	İlkokul	17,40±2,26	0,503**
		Ortaokul	17,39±3,15	
		Lise	17,71±2,09	
		Üniversite	18,03±2,24	
Çalışma Durumu	Çalışıyor	17,37±2,43	0,417*	
	Çalışmıyor	17,66±2,43		
Kronik Hastalık Yok	Cinsiyet	Erkek	17,55±2,47	0,846*
		Kadın	17,72±2,21	
	Medeni Durum	Evli	17,72±2,22	0,627*
		Bekar	17,11±2,85	
	Eğitim	İlkokul	17,28±2,48	0,644**
		Ortaokul	17,70±2,33	
		Lise	17,72±2,20	
		Ön lisans +	17,90±2,14	
Çalışma Durumu	Çalışıyor	17,65±2,22	0,715*	
	Çalışmıyor	17,73±2,28		

* Mann Whitney U Test/

**Kruskal Wallis Varyans Analizi

Çocuklarında kronik hastalık olan ve olmayan ebeveynlerin “Hedef Ve İdealler” puanlarının bağımsız değişkenlere göre karşılaştırılmasına ait veriler Tablo 4.13’te verilmiştir

Tablo 4.13. “Hedef Ve İdealler” Faktörü Puanlarının Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Hedef ve idealler			Ort±SS,	P
Kronik Hastalık Var	Cinsiyet	Erkek	22,58±2,42	0,164*
		Kadın	21,40±3,68	
	Medeni Durum	Evli	21,53±3,60	0,787*
		Bekar	21,93±2,96	
	Eğitim	İlkokul	21,11±3,78	0,302**
		Ortaokul	21,00±4,29	
		Lise	22,16±3,01	
		Üniversite	22,47±2,27	
	Çalışma Durumu	Çalışıyor	22,25±2,52	0,286*
		Çalışmıyor	21,28±3,87	
Kronik Hastalık Yok	Cinsiyet	Erkek	22,74±2,50	0,329*
		Kadın	23,21±2,01	
	Medeni Durum	Evli	23,17±2,09	0,303*
		Bekar	22,56±2,24	
	Eğitim	İlkokul	23,28±2,13	0,155**
		Ortaokul	23,78±1,50	
		Lise	23,08±2,35	
		Üniversite	22,84±1,99	
	Çalışma Durumu	Çalışıyor	22,98±2,16	0,304
		Çalışmıyor	23,27±2,04	

* Mann Whitney U Test

**Kruskal Wallis Varyans Analizi

“Sosyal durum” faktörü puanları çalışan ebeveynlerde anlamlı düzeyde yüksek saptandı. “Sosyal durum” faktörü puanı eğitim düzeyi arttıkça iyileşmekteydi. Kruskal Wallis çoklu karşılaştırma testi sonucunda ilkokul mezunu olanların sosyal durum puanları ortaokul, lise ve üniversite mezunu olanlara göre anlamlı derecede düşük saptandı. Çocuklarında kronik hastalık olan ve olmayan ebeveynlerin “Sosyal Durum“ puanlarının bağımsız değişkenlere göre karşılaştırılması tablo 4.14’te sunuldu

Tablo 4.14. “Sosyal Durum” Faktörü Puanlarının Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Sosyal Durum			Ort±SS,	P
Kronik Hastalık Var	Cinsiyet	Erkek	19,19±4,66	0,201*
		Kadın	18,11±4,42	
	Medeni Durum	Evli	18,33±4,49	0,402*
		Bekar	17,40±4,07	
	Eğitim	İlkokul	16,46±4,27	0,001**
		Ortaokul	18,39±4,32	
		Lise	19,20±4,19	
		Üniversite	19,20±4,19	
	Çalışma Durumu	Çalışıyor	19,89±4,51	0,001*
		Çalışmıyor	17,57±4,26	
Kronik Hastalık Yok	Cinsiyet	Erkek	19,97±4,13	0,708*
		Kadın	19,75±3,7	
	Medeni Durum	Evli	19,86±3,89	0,300*
		Bekar	18,44±4,19	
	Eğitim	İlkokul	18,06±3,90	0,002**
		Ortaokul	19,33±3,97	
		Lise	19,92±4,11	
		Üniversite	20,84±3,59	
	Çalışma Durumu	Çalışıyor	20,55±3,73	0,008*
		Çalışmıyor	19,17±3,95	

* Mann Whitney U Test

**Kruskal Wallis Varyans Analizi

***Post Hoc analiz Kruskal Wallis Çoklu karşılaştırma

Çocuklarında kronik hastalık olan ebeveynlerin yaşları ile “Problem çözebilme” faktörü puanı arasında negatif yönlü ilişki saptanmıştır ($r=-0.148$, $p<0.05$). Çocuklarında kronik hastalık olmayan ebeveynlerin yaşları ile BGKTÖ alt boyut puanları ile ilişki saptanmamıştır. ($p>0.05$). “Bursa Güçlükler Karşısında Tutum Ölçeği” puanlarının ebeveynlerin yaş ilişkisi tablo 4.15’de sunuldu.

Tablo 4.15. Ölçek Puanlarının Ebeveynlerin Yaşı ile İlişkisi

	Kr. Hast Var (190)		Kr. Hast Yok (190)	
	Yaş		Yaş	
	r	P	r	P*
Güçlükler karşısında düşünceler	-0,136	0,062	0,036	0,625
Hayata bakış	0,008	0,918	-0,069	0,347
Problem çözebilme	-0,148	0,041	-0,084	0,247
Hedef ve idealler	-0,096	0,187	0,012	0,872
Sosyal durum	-0,088	0,228	-0,047	0,515

*Spearman Korelasyon Katsayısı

Çocuklarında kronik hastalık olan ebeveynleri yaş gruplarına göre ayrıldığında “problem çözebilme” puanları arasında anlamlı düzeyde fark saptandı. Çoklu grup karşılaştırmasında 30-34 yaş grubundaki katılımcıların “problem çözebilme” puanları 35-39 yaş grubundaki katılımcılara göre anlamlı düzeyde yüksek saptandı (p=0,019). Diğer yaş grupları arasında anlamlı fark saptanmadı. Çocuklarında kronik hastalık olan ebeveynlerin yaş gruplarının ölçek puanları ile karşılaştırılması tablo 4.16’da sunuldu.

Tablo 4.16. Çocuklarında Kronik Hastalık Olan Ebeveynlerin Yaş Grupları İle Ölçek Puanları Karşılaştırılması

Yaş grupları	<30 yaş	30-34 yaş	35-39 yaş	≥40 yaş	P
	ORT±SS	ORT±SS	ORT±SS	ORT±SS	
Güçlükler karşısında düşünceler	29,46±4,61	30,26±4,39	28,98±4,49	28,35±5,63	0,256
Hayata bakış	14,58±4,57	12,67±4,30	12,89±5,33	14,11±5,15	0,291
Problem çözebilme	18,08±2,02	18,28±2,06	17,08±2,42	17,31±2,67	0,039
Hedef ve idealler	21,46±2,97	22,51±2,32	21,91±3,29	20,82±4,30	0,205
Sosyal durum	18,26±4,23	19,25±4,47	17,83±4,04	17,95±4,69	0,356

*Kruskal Wallis Varyans Analizi

***Post Hoc analiz Kruskal Wallis Çoklu karşılaştırma

Çocuklarında kronik hastalık olan ebeveynlerin eğitim yılları ile “hayata bakış”, “hedef ve idealler” ve “sosyal durum” faktörü puanları arasında pozitif yönlü ilişki saptandı (sırasıyla $r=0.418$, $p<0.001$; $r=0.161$, $p<0.05$; $r=0.361$, $p<0.001$). Çocuklarında kronik hastalık olmayan ebeveynlerin eğitim yılları ile “hayata bakış”, “sosyal durum” puanları arasında pozitif yönlü ilişki saptandı (sırasıyla $r=0.362$, $p<0.001$; $r=0.229$ $p<0.01$). Çocuklarında kronik hastalık olmayan ebeveynlerin eğitim yılı ile “hedef ve idealler” puanları arasında negatif yönlü ilişki saptandı ($r=-0.151$, $p<0.05$). “Bursa Güçlükler Karşısında Tutum Ölçeği” puanlarının eğitim yılı ile ilişkisi tablo 4.17’de sunuldu.

Tablo 4.17. Ölçek Puanlarının Eğitim Yılı İle İlişkisi

	Kr. Hast Var (190)		Kr. Hast Yok (190)	
	Eğitim Yılı		Eğitim Yılı	
	r	P	r	P*
Güçlükler karşısında düşünceler	0,104	0,153	-0,116	0,111
Hayata genel bakış	0,419	0,001	0,362	0,001
Problem çözebilme	0,092	0,207	0,042	0,564
Hedef ve idealler	0,161	0,026	-0,151	0,038
Sosyal durum	0,361	0,001	0,229	0,001

* Spearman Korelasyon Katsayısı

Çocuklarında kronik hastalık olan ebeveynlerin gelirleri ile “hayata bakış” ve “sosyal durum” puanları arasında pozitif yönlü ilişki saptandı (sırasıyla $r=0.338$, $p<0.001$; $r=0.341$, $p<0.001$). Çocuklarında kronik hastalık olmayan ebeveynlerin gelirleri ile “hayata bakış” ve “sosyal durum” puanları arasında pozitif yönlü ilişki saptanmıştır (sırasıyla $r=0,289$, $p<0,001$; $r=0,242$, $p<0,01$). “Bursa Güçlükler Karşısında Tutum Ölçeği” puanlarının gelir ile ilişkisi ait tablo 4.18’de sunuldu.

Tablo 4.18. Ölçek Puanlarının Gelir Durumu İle İlişkisi

	Kr. Hast Var (190)		Kr. Hast Yok (190)	
	Gelir durumu		Gelir durumu	
	R	P	r	P*
Güçlükler karşısında düşünceler	-0,027	0,708	-0,140	0,053
Hayata genel bakış	0,338	0,001	0,289	0,001
Problem çözebilme	0,019	0,797	0,008	0,909
Hedef ve idealler	0,123	0,090	-0,127	0,080
Sosyal durum	0,341	0,001	0,242	0,001

*Spearman Korelasyon Katsayısı

Çocuklarında kronik hastalık olan ebeveynlerin gelir grupları ile “hayata bakış”ve “sosyal durum” puanları arasında anlamlı ilişki saptandı. Çoklu grupların karşılaştırmasında aylık geliri 6000 tl den fazla olan katılımcıların puanları 2000 tl den düşük ve 2000-4000 tl olanlara göre anlamlı düzeyde yüksek saptandı. Ayrıca 4000-6000 tl olanların puanları da 2000 tl den düşük olanlara göre anlamlı düzeyde yüksek saptandı. Çocuklarında kronik hastalık olan ebeveynlerin gelir düzeyine göre ölçek puanlarının karşılaştırılması tablo 4.19’da sunuldu.

Tablo 4.19. Çocuklarında Kronik Hastalık Olan Ebeveynlerin Gelir Düzeyi Grupları İle Ölçek Puanları Karşılaştırılması

Aylık gelir miktarı	≤2000 tl	2000-4000 tl	4000-6000 tl	>6000 tl	
	ORT±SS	ORT±SS	ORT±SS	ORT±SS	p
Güçlükler karşısında düşünceler	29,00±5,02	29,05±5,39	28,70±4,62	29,09±4,98	0,723
Hayata bakış	11,43±4,68	12,94±4,88	14,73±4,55	17,87±3,89	0,001
Problem çözebilme	18,39±1,55	17,23±2,68	17,82±2,18	17,69±2,39	0,290
Hedef ve idealler	21,00±3,53	21,30±3,75	22,25±3,27	22,31±2,84	0,167
Sosyal durum	16,61±4,28	17,53±4,42	19,75±3,81	21,69±3,98	0,001

*Kruskal Wallis Varyans Analizi

** *Post Hoc analiz Kruskal Wallis Çoklu karşılaştırma

Çocuklarında kronik hastalık olan ebeveynler çocuk sayısı arttıkça “hayata bakış”, “problem çözebilme” ve “sosyal durum” puanları azalmaktadır. Çocuklarında kronik hastalık olmayan ebeveynlerin çocuk sayısı arttıkça “hayata bakış” ve “sosyal durum” faktörü puanları anlamlı düzeyde azalmaktadır. “Güçlükler karşısında tutum Ölçeği ” puanlarının çocuk sayısı ile ilişkisi tablo 20’de sunuldu.

Tablo 4.20. Ölçek Puanlarının Çocuk Sayısı İle İlişkisi

	Kr. Hast Var (190)		Kr. Hast yok (190)	
	Çocuk Sayısı		Çocuk Sayısı	
	r	p	r	P
Güçlükler karşısında düşünceler	0,015	0,832	0,056	0,442
Hayata bakış	-0,144	0,048	-0,224	0,002
Problem çözebilme	-0,166	0,022	-0,110	0,132
Hedef ve idealler	-0,069	0,346	0,055	0,448
Sosyal durum	-0,224	0,002	-0,193	0,008

*Spearman Korelasyon Katsayısı

Çocuklarında kronik hastalık olan ebeveynlerin bir çocuk, iki çocuk ve üç’ten fazla çocuk sahibi olanlar arasında “sosyal durum” faktörü puanları arasında anlamlı düzeyde fark saptandı. Çoklu grup ortalamaları karşılaştırmasında üç’ten fazla çocuk sahibi olanların “sosyal durum” faktörü puanları bir çocuk sahibi olanlara göre anlamlı düzeyde düşüktü saptandı. Çocuklarında kronik hastalık olan ebeveynlerin çocuk sayısı gruplarına göre ölçek puanlarının karşılaştırılması tablo 4.21’de sunuldu.

Tablo 4.21. Çocuklarında Kronik Hastalık Olan Ebeveynlerin Çocuk Sayısı Grupları İle Ölçek Puanları Karşılaştırılması

Çocuk Sayısı	1 çocuk	2 çocuk	3 ve üzeri	P
	ORT±SS	ORT±SS	ORT±SS	
Güçlükler karşısında düşünceler	28,08±4,77	29,67±4,61	28,89±5,32	0,505
Hayata bakış	15,42±3,96	13,54±4,81	13,00±5,24	0,077
Problem çözebilme	18,42±1,84	17,74±2,28	17,19±2,64	0,063
Hedef ve idealler	21,96±3,32	21,92±2,92	21,14±4,06	0,677
Sosyal durum	20,04±4,11	18,72±4,30	17,33±4,50	0,013

*Kruskal Wallis Varyans Analizi

** *Post Hoc analiz Kruskal Wallis Çoklu karşılaştırma

Çocuklarında kronik hastalık olan ebeveynlerin evde birlikte yaşadığı kişi sayısı arttıkça “hayata bakış”, “problem çözebilme” ve “sosyal durum” faktörleri puanlarının anlamlı düzeyde azaldığı saptandı. Çocuklarında kronik hastalık olmayan ebeveynlerin evde birlikte yaşadığı kişi sayısı arttıkça “hayata bakış” ve “sosyal durum” faktörü puanlarının anlamlı düzeyde azaldığı saptandı. “Güçlükler karşısında tutum Ölçeği ” puanlarının evde birlikte yaşayan sayısı ile ilişkisi tablo 4.22’de sunuldu.

Tablo 4.22. Ölçek Puanlarının Evde Birlikte Yaşayan Kişi Sayısı İle İlişkisi

	Kr. Hast Var (190)		Kr. Hast Var (190)	
	Evde yaşayan sayısı		Evde yaşayan sayısı	
	r	p	r	p
Güçlükler karşısında düşünceler	0,000	0,998	0,060	0,410
Hayata bakış	-0,277	0,001	-0,248	0,001
Problem çözebilme	-0,153	0,036	-0,061	0,406
Hedef ve idealler	-0,064	0,379	0,087	0,235
Sosyal durum	-0,267	0,001	-0,254	0,001

* Spearman Korelasyon Katsayısı

Çocuklarında kronik hastalık olan ebeveynlerin evde birlikte yaşadığı kişi sayıları gruplara ayrıldığında “hayata bakış” ve “sosyal durum” faktörü puanları arasında anlamlı fark saptandı. Çoklu grupların karşılaştırmasında evde altı kişi ve üzeri yaşayanların puanları hem üç kişi yaşayanlara hem de dört kişi yaşayanlara göre anlamlı düzeyde düşük saptandı. Çocuklarında kronik hastalık olan ebeveynlerin evde birlikte yaşadığı kişi sayısına göre ölçek puanlarının karşılaştırılması tablo 4.23’te sunuldu.

Tablo 4.23. Çocuklarında Kronik Hastalık Olan Ebeveynlerin Evde Birlikte Yaşayan Kişi Sayısı Grupları İle Ölçek Puanları Karşılaştırılması

Evde yaşayan kişi	3 kişi	4 kişi	5 kişi	6 ve üzeri	
	ORT±SS	ORT±SS	ORT±SS	ORT±SS	P
Güçlükler karşısında düşünceler	28.53±4.79	29.51±5.04	28.98±5.32	28.93±4.52	0.505
Hayata bakış	15.38±4.66	14.31±4.65	12.69±4.87	11.23±5.15	0.002
Problem çözebilme	18.00±2.16	17.89±2.42	17.18±2.48	17.10±2.58	0.138
Hedef ve idealler	21.94±3.32	21.83±3.05	21.14±3.99	21.27±4.08	0.843
Sosyal durum	19.38±4.21	19.25±3.93	17.87±3.98	15.33±5.43	0.013

*Kruskal Wallis Varyans Analizi

* **Post Hoc analiz Kruskal Wallis Çoklu karşılaştırma

Çocuklarında kronik hastalık olan ebeveynlerin çocuklarının tanı aldığı yaş ile “sosyal durum” faktörü puanları arasında pozitif yönlü ilişki saptandı. Çocuklarında kronik hastalık olan ebeveynlerin çocukları tanı aldıktan sonra geçen süreleri ile “güçlükler karşısında düşünceler”, “hedef ve idealler” faktörü puanı arasında negatif yönlü ilişki saptandı. Çocuklarında kronik hastalık olan ebeveynlerin çocuklarının şimdiki yaşı ile “hedef ve idealler” puanları arasında negatif yönlü ilişki saptandı. Çocuklarında kronik hastalık olan ebeveynlerin ölçek puanlarının çocuklarının tanı aldığı yaş, tanı aldıktan sonra geçen süre ve çocuğun şimdiki yaşı ile ilişkisi tablo 4.24’te sunuldu.

Tablo 4.24. Ölçek Puanlarının Çocuklarında Kronik Hastalık Olan Ebeveynlerin Çocuklarının Tanı Aldığı Yaş, Tanı Aldıktan Sonra Geçen Süre Ve Çocuğun Şimdiki Yaşı İle İlişkisi

	Çocuk tanı yaşı		Tanı aldıktan sonra geçen süre		Çocuk şimdiki yaşı	
	R	p	r	p	r	p
Güçlükler karşısında düşünceler	0,141	0,053	-0,189	0,009	-0,131	0,072
Hayata bakış	0,063	0,388	-0,027	0,709	-0,029	0,690
Problem çözebilme	0,026	0,723	-0,072	0,322	-0,086	0,237
Hedef ve idealler	0,027	0,714	-0,165	0,023	-0,180	0,013
Sosyal durum	0,153	0,035	-0,116	0,112	-0,015	0,835

* Spearman Korelasyon Katsayısı

5. TARTIŞMA

Çalışmamızda kadın cinsiyet sayısı erkek cinsiyet sayısı fazlaydı. 390 kişi dahil edilen çalışmamızın 323 (%85) kişisi kadındı. Yapılan birçok çalışmada çocuklarında kronik hastalık olan ebeveynlerde kadın cinsiyet sayısı fazla saptanmıştır (13,46-48). Dünya genelinde ve bizim kültürümüzde genellikle babalar ailenin geçimi ile ilgili maddi sorumlulukları üstlenirken, anneler de çocuğun bakımını üstlenmektedir (46,49)

Çalışmamızda ebeveynlerin eğitim durumu incelendiğinde çocuklarında kronik hastalık olan ebeveynlerin eğitim düzeyinin anlamlı düzeyde düşük olduğu saptanmıştır. Çocuklarında kronik hastalık olan ebeveynlerin en fazla ilkokul mezununu oldukları çocuklarında kronik hastalık olmayan ebeveynlerin ise en fazla lise mezunu oldukları saptandı. Toros ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada hasta çocukların ebeveynlerinin eğitim düzeyleri, kontrol grubundaki sağlam çocukların ebeveynlerinin eğitim düzeylerinden düşük bulunmuştur (14). Kostak ve Avcı'nın çocuklarında kronik hastalık olan ebeveynlerde çalışmada ebeveynlerin çoğu ilkokul mezunu bulunmuştur (49). Üstün'ün çalışmasında çocuğunda diyabetes mellitus olan ebeveynlerden üniversite mezunu olan 24 ebeveynin 21'inin üniversite hastanelerini çocuklarının rutin kontrolleri için tercih etmiştir (50). Çocuklarında kronik hastalık olan ebeveynlerin eğitim düzeyinin daha düşük olması; ebeveynin eğitim durumu ile çocuğunda kronik hastalık ilişkisi başka bir araştırma konusu olabilir. Ayrıca çalışmayı eğitim araştırma hastanesinde yürüttüğümüz için çocuğunda kronik hastalığı olan eğitim düzeyi yüksek aileler üniversite hastanelerini tercih etmiş olabileceği de bu duruma neden olmuş olabilir.

Çalışmamızda çocuğunda kronik hastalık olan ebeveynlerin gelir ortalaması ve çalışan sayısı çocuğunda kronik hastalık olmayan ebeveynlere göre anlamlı düzeyde düşük saptandı. Çocuğunda kronik hastalık olan ailelerle yapılan çalışmalarda da benzer bulgular elde edilmiştir (51-54). Çocukta kronik hastalık olması ailelerin hastalık nedeniyle giderlerinin artmasına bazen de annenin işten ayrılmasına ve ekonomik kaynakların zayıflamasına neden olmaktadır (10).

İnsan hayatında zaman zaman içsel, biyolojik ve çevresel faktörlerin etkisiyle karşılaştığı güçlüklerle başa çıkmakta zorlanabilmektedir (22). Uygun başa çıkma yöntemleri ile güçlüklerin neden olduğu psikiyatrik hastalıklardan (depresyon, anksiyete bozuklukları, akut stres bozukluğu ve travma sonrası stres bozukluğu, uyku bozuklukları, yeme bozuklukları, cinsel işlev bozuklukları, bağımlılık ve konversiyon bozuklukları) korunmak mümkün olabilmektedir.

Stresle başa çıkmada bilişsel yaklaşımlarda kişilerin olumlu düşünceler oluşturmasını sağlamak amaçlanmıştır(25). Güçlükler karşısında olumlu ve doğru düşünceler sahip olmak kişilerin hedeflere ulaşmasını ve güçlüklerle baş etmesini kolaylaştırmaktadır (26).Olumlu bakış açısına sahip kişiler güçlüklerin üstesinden kolaylıkla gelebilirken, olumsuz bakış açısına sahip kişileri karşılaştıkları güçlüklerin üstesinden gelmekte zorlanmaktadırlar (31). Arslan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada hayata bakış ve sosyal durum faktörü puanlarının depresyon ve anksiyete durumunda daha düşük olduğu saptanmıştır (55).

Psikolojik iyi oluş için; hayatta anlamın, yaşam amaçlarının ve amaca ulaşmak için hedeflerin olması gerekmektedir (56). Bu bağlamda bireyin kendisi için değer verdiği amaçlara ulaştıkça mutlu olacağı belirtilmektedir (57). Hedef ve idealler, yaşamın anlamlı olmasını ve kişinin güçlü bir kişiliğe sahip olmasını sağlamaktadır (58).

Sosyal destek sistemlerinin olması genel olarak stresin azalmasını ve psikolojik sağlığın olumlu yönde etkilenmesini sağlamaktadır. Bireyin güçlüklerle baş edebilmesine yardımcı olan sosyal destek sistemleri, gerektiğinde bireye duygusal, maddi ve bilişsel yardım sağlayan tüm kişiler arası ilişkidir (33,34). Sosyal destek azlığı ile depresyon puanlarının arttığı belirtilmiştir (59).

Problemsiz bir yaşam mümkün olmayacağı için kişilerin problemler çözümünü öğrenmek önemlidir (41). Problem çözümü için doğru yolu kullanan kişiler problemi çözemediklerinde umutsuzluğa kapılmaz, alternatif yolları değerlendirirler (42,43). Problem çözme eksiklikleri olan kişilerde umutsuzluk ve depresyon görülebilmektedir(45).

Kronik hastalıklar uzun süreli kontrol ve bakım gerektirmesi ve hem hastanın hem de ailesinin günlük yaşam aktivitelerini zorlaştırması ailede sosyal ve ekonomik birçok soruna yol açabilmektedir (60). Kronik hastalığı veya özel gereksinimi olan çocuklara sahip ebeveynlerin kronik hastalığın ve hayatın güçlükleriyle baş etmesi bireysel faktörler, hastalıktan kaynaklanan faktörler ve çevresel faktörler etkilemektedir. Bireysel faktörler, ebeveynin cinsiyeti, aile yapısı, ekonomik durum, eğitim durumu; hastalıktan kaynaklanan faktörler; çocuğun sağlık durumunun ciddiyeti, hastalığın başlangıç yaşı, hastalığın tanısı; çevresel faktörler sosyal destek sistemlerinin olup olmaması (6). Çalışmamızda bu durumu destekleyen sonuçlar ortaya çıkmıştır. Çocuğunda kronik hastalık olan ebeveynlerin Bursa Güçlüklerle Karşı Tutum Ölçeği'nin "hayata bakış", "hedef ve idealler" ve "sosyal durum" faktörü skorları ile çocuğunda kronik hastalık olmayan ebeveynlerin skorları arasında anlamlı fark görüldü. Çocuklarında kronik hastalık olan ebeveynlerin ölçek skorları daha düşük saptandı. Çığırkçı'nın çalışmasında çocuğunda kronik hastalık olan ebeveynlerde major depresyon sık oranda görülmüştür (61). Kostak ve Avcı'nın ve Bayat ve arkadaşlarının yaptığı çalışmalarda anne ve babaların umutsuzluk düzeyleri ile depresyon arasında pozitif ilişki saptanmıştır (49,62). Çocuklarında zihinsel, bedensel engelli ve kanser gibi süreğen bir hastalığı olan anne ve babalar ile yapılan çalışmalarda anne ve babaların daha sık depresyon geçirdiği, depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğu ve anksiyete bozuklukları tanısı aldıklarını göstermektedir (6,14,63-65).

Çalışmamızda kadın cinsiyette "güçlükler karşında düşünceler" faktörü skorla erkek cinsiyette göre anlamlı düzeyde düşük saptandı. Çocuğunda kronik hastalık olan kadın cinsiyetinin "hayata bakış", "hedef ve idealler" ve "sosyal durum" faktörü skorları çocuğunda kronik hastalık olmayan kadın cinsiyetinden anlamlı düzeyde düşük saptandı. De Bolle ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada kanserli çocuklar ve bunların annelerinde yaşam kalitesi puanları sağlıklı bireylere göre anlamlı düşük bulunmuştur(66). Kadın cinsiyetteki ebeveynlerin stres, depresyon, umutsuzluk ve anksiyete düzeyleri bir çok çalışmada da yüksek bulunmuştur(14,49,67-72). Joanna tohomson ve ark yaptığı çalışmada annelerin %80'nin zorluk yaşadığı bunların %68'i finansal ve %46'sı sosyal zorluklar olarak saptanmıştır (73). Down sendromu ve mental retardasyonu olan çocukların

ailelerinin hastalık yönetimleri araştırıldığı bir çalışma da ebeveynlerin %40'nın işinden ayrılmak zorunda kaldığı ve maddi zorluk yaşadığı bulunmuştur(74). Ailede kronik hastalığı olan çocuk olduğunda annenin stresi babaninkinden daha çok olduğu ortak kanıdır. Kadın cinsiyet tek başına depresyon için risk faktörüken (75,76), hasta çocuğun bakımından primer sorumlu olmanın verdiği stres ve sevdiği iş ve aktivitelerden hasta çocuğa bakmak için vazgeçmek çocuğunda kronik hastalık olan kadınların depresyon riskini yükselttiğini düşündürmektedir.

Çocuğunda kronik hastalık olan ebeveynlerin eğitim durumu ile “hayata bakış” ve “sosyal durum” faktörü skorları arasında anlamlı ilişki saptandı. Eğitim düzeyi arttıkça ebeveynlerin “hayata bakış” ve “sosyal durum” faktörü skorları yükselmekteydi. Çocuğunda kronik hastalık olan ve ilkökul mezunu olan ebeveynlerin “hayata bakış” ve “sosyal durum” skorları lise ve üniversite mezunu çocuğunda kronik hastalık olan ebeveynlerden anlamlı düzeyde düşük saptandı. Yapılan çalışmalarda eğitim düzeyi düşüklüğü ile yüksek düzeyde anksiyete ve depresyon birlikteliği olduğu saptanmıştır (77,78). Ayrıca düşük eğitim düzeyi major depresif bozukluk için bir risk faktörü olduğu bildirilmiştir (79,80). Zihinsel engelli çocuğa sahip ailelerin stresle başa çıkma stillerini incelediği çalışmada eğitim seviyesi düşük olan ailelerin, stresle baş etmede çaresiz ve boyun eğici yaklaşımı daha fazla kullandığı saptanmıştır(81). Kaytez ve arkadaşlarının engelli çocuğu olan ailelerle yaptığı çalışmada ilkökul mezunu ebeveynlerin ailenin işleyişi, maddi gereksinim, açıklama gereksinimi ve destek gereksinimi ortalamaları yüksek saptanmıştır (48). Koçhan'ın engelli çocuğa sahip ailelerle yaptığı çalışmada ilkökul mezunu ebeveynlerin stresle başa çıkmada çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır (82). Dabrowska ve Pisula'nın yaptığı çalışmada eğitim düzeyi en yüksek ebeveynlerin en stresli grupta olduğu tespit edilmiştir (83).Genç yaşta anne-baba olma, eğitim düzeyi ve sosyoekonomik düzeyin düşük olması gibi anne-babaya ilişkin bazı sosyodemografik özelliklerin risk etkeni oluşturduğu ileri sürülse de, bu konudaki araştırma bulguları çelişkilidir (13). Bu sonuçlar, ailenin eğitim seviyesi yükseldikçe, bir meslek sahibi olma olasılıkları arttığından maddi gereksinimlerinin daha kolay karşılanmasını; öğrenim düzeyi arttıkça yapılacak açıklamaların daha doyurucu olmasını ve çocuğunun durumu ile ilgili daha farklı kaynaklara ulaşabilme imkanı olması ile açıklanabilir.

Çalışmamızda çocuklarında kronik hastalık olan ebeveynlerin yaşı arttıkça “problem çözme” faktörü skorlarının anlamlı düzeyde azaldığı saptandı. Çocuklarında kronik hastalık olan ebeveynler yaş gruplarına ayrıldığında 30-35 yaş grubundaki katılımcıların 35-39 yaş grubundaki katılımcılardan daha iyi “problem çözme” puanlarına sahip olduğu saptandı. Tütüncüoğlu ve Balkan’ın diyabetik çocuğu olan annelerle yaptığı aile çalışmada annelerin aile işlevlerinin alt boyutlarından olan problem çözme, roller, duygusal tepki verebilme ve gereken ilgiyi gösterebilme fonksiyonları genç annelere (30-40 yaş arası) oranla daha sağlıklı olduğu görülmüştür (84). Bayramoğlu’ un yaptığı çalışmada otizm ve kanser tanılı çocukların 40 yaş üstü ebeveynlerinde depresyon ve tükenmişlik puanları daha yüksek saptanmıştır. Ayrıca aynı çalışmada anksiyete puanları yaş ile birlikte azalmakta olduğu saptanmıştır (85). Güneş’in yaptığı çalışmada ebeveyn yaşı küçüldükçe anksiyete seviyesinde artma olabileceği bildirilmektedir (86). Hem genç yaş hem de ileri yaş güçlüklerle başa çıkmada yetersiz kalmaktadır. Genç yaşta tecrübelerin az olması hastalık tanısının yeni olması risk faktörüken ileri yaşta uzun süre hastalıkla mücadele etmiş olmadan kaynaklanan psikolojik yorgunluk söz konusu olduğu düşünülebilir.

Çalışmamızda ebeveynlerin çalışma durumu ile “hayata bakış” ve “sosyal durum” faktörleri skorları arasında anlamlı ilişki saptandı. Çalışmayan ebeveynlerde “hayata bakış” ve “sosyal durum” faktörleri skorları anlamlı düzeyde düşük saptandı. Çalışmamızda gelir durumu ile “hayata bakış” ve “sosyal durum” faktörü skorları arasında pozitif korelasyon saptandı. Çalışma durumu ve ekonomik durum birbiri ile yakın ilişkilidir. Çalışmayan bireylerin ekonomik durumu çalışan bireye göre daha kötü olmaktadır. Çocuğunda kronik hastalık olan ebeveynleri gelir durumuna göre gruplara ayırdığımızda geliri 6000 tl’den yüksek olan ebeveynlerin “hayata bakış” ve “sosyal durum” faktörü skorları gelir 2000 tl’den düşük ve 2000-4000 tl olanlar ebeveynlerden anlamlı düzeyde yüksek saptandı. Ayrıca geliri 4000-6000 tl olanların skorları 2000 tl’den düşük ve 2000-4000 tl olanlardan yüksekti. Berry ve Williams tarafından yapılan çalışmada ekonomik durumun yükselmesiyle yaşam kalitesinin arttığı belirlenmiştir (87). Gelir düzeyinin kaygı üzerindeki etkisini araştıran bir çalışma kemoterapi alan 80 çocuğun annesiyle yapılan bir çalışmada ailenin gelir düzeyinin, annenin yaşadığı kaygı düzeyi üzerinde etkisi olduğu ve gelir düzeyi

arttikça annelerin yaşadığı kaygı belirtilerinin azaldığı bulunmuştur (88). Üstün'ün çalışmasında düşük gelirli aileler en fazla ruhsal belirti semptomu iletirken; orta gelir düzeyine sahip aileler daha az semptom bildirmiş; yüksek gelirli aileler ise en az ruhsal belirti bildirmişlerdir (50). Molu'nun yaptığı çalışmada asgari ücret altı geliri olan hasta yakınlarının aile desteği, arkadaş desteği ve toplam sosyal destek puanlarının düşük, asgari ücret düzeyinde geliri olanların aile desteği ve toplam sosyal destek puanlarının yüksek olduğunu saptamıştır (89). Sevinç ve arkadaşlarının astımlı çocukları annelerinin depresyon ve kaygı düzeyini incelediği çalışmasında ailenin aylık gelirinin annenin kaygı düzeyi ve depresyon puanı üzerine etkili olduğu saptanmıştır (90). Çalışmamıza ve aylık gelirin düşük olması durumu çocuğunda kronik hastalık olan ebeveynlerin güçlüklerle başa çıkması zorlaştıran bir durum olmaktadır. Ailenin çocuğun sağlığı için yeterli maddi imkanı sağlayamaması veya sağlayamama korkusu yaşaması ölçek puanlarının düşüklüğünü açıklamaktadır.

Ailedeki çocuk sayısı, ebeveynlerin çocuklarına karşı tutumlarını ve aile yaşamına ilişkin davranışlarını etkileyen önemli bir unsurdur (91,92) . Çalışmamızda ebeveynlerin çocuk sayısı ile “hayata bakış”, “problem çözme” ve “sosyal durum” faktörleri skorları arasında anlamlı düzeyde negatif korelasyon saptandı. Çocuğunda kronik hastalık olan ebeveynlerin çocuk sayısını gruplara ayırdığımızda üçten fazla çocuğu olan ebeveynlerin “sosyal durum” faktörü skorlarının bir ve iki çocuğu olan ebeveynlerden anlamlı düzeyde düşük saptandı. Evgin ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada beş ve daha fazla çocuk sahibi olan ebeveynlerin daha az sayıda çocuk sahibi olan ebeveynlere göre depresyon puan ortalamaları anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır (93). Bayramoğlu'nun yaptığı çalışmada çocuk sayısı arttikça ebeveynlerin anksiyete ve tükenmişlik puanlarının arttığı saptanmıştır (85). Çocuk sayısının artışı ailenin sorumluluklarının ve giderlerinin artışına neden olmakta ve ailenin güçlüklerle başa çıkmasını zorlaştırmakta olduğu düşünülebilir.

Çalışmamızda ebeveynlerin evde birlikte yaşadığı kişi sayısı arttikça “hayata bakış” ve “sosyal durum” faktörleri puanlarının anlamlı düzeyde azaldığı saptandı. Çocuklarında kronik hastalık olan ebeveynlerin evde birlikte yaşadığı kişi sayısı arttikça “problem çözebilme” faktörü puanının da anlamlı düzeyde azaldığı saptandı. Çocuklarında kronik hastalık olan ebeveynlerin evde yaşayan kişi sayısı gruplara

ayrıldığında “hayata bakış” ve “sosyal durum” faktörleri skorlarının evde 6 ve üzeri kişi olması hem evde 3 kişi hem de 4 kişi yaşayanlardan anlamlı derecede düşük saptandı. Arslan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada “ailedeki birey sayısının “hayata bakış” faktörünü olumsuz yönde etkilediği saptanmıştır (55). Whirter ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da ailedeki birey sayısının fazla olduğu kalabalık ailelerde bireyler birçok problemlili davranış gösterme; duygu durumları olumsuz yönde etkilenme eğiliminde olup hayata ve geleceğe karamsar baktıkları gözlenmiştir (94). En az 4 çocuklu kalabalık aileye sahip olma psikolojik sağlık düzeyini azaltan risk faktörleri arasındadır (95). Kalabalık aile ortamlarında ebeveynlere düşen sorumluluk daha fazla olmakta ve ebeveynin çocuğu ile geçirdiği süre yaşam koşulları nedeniyle daha az olmaktadır. Kalabalık ailelerde bireyin kendini ifade etme fırsatı azalması ve sorunların çözümsüz kalması nedeniyle ebeveynlerin karşılaştıkları güçlüklerle baş etmesini zorlaştırıyor olabilir.

Çocuğun kronik hastalık tanısı aldığı yaş arttıkça çocuğunda kronik hastalık olan ebeveynlerin” sosyal durum” faktörü skorlarının anlamlı düzeyde artmaktaydı. Yapılan çalışmalarda çocuğun yaşı arttıkça çocuğun bilişsel yetenekleri ve hastalığı doğru algılanması artmakta olduğu saptanmıştır (95-97). Bu durum çocuk tarafından hastalığın doğru algılanma ebeveyn için olumlu etkiler yapmakta olduğunu düşündürmektedir.

Çocuklarında kronik hastalık olan ebeveynlerin çocuklarının tanı aldıktan sonra geçen süresi ve çocuğun şimdiki yaşı arttıkça “hedef ve idealler” faktörü puanı arasında anlamlı ilişki görülmüştür. Tanıdan geçen süre ve çocuğun yaşı arttıkça beveynlerin “hedef ve idealler” faktörü skorlarının puanı anlamlı bir şekilde azaldığı saptandı. Koçhan’ın engelli çocuğu olan ailelerle yaptığı çalışmada çocuğunun yaş aralığı 11-17 olan ebeveynlerin faaliyetlerde bozulma algısı daha yüksek saptanmıştır (75). Çocuklarındaki kronik hastalık nedeniyle ebeveynler uzun süreli yoğun stresle baş etmede yetersiz kaldığı için duygusal ve davranışsal sorunlar yaşabilmektedirler(98-100). Ayrıca kronik hastalıklar nedeniyle çocuğun düzenli doktor kontrollerinin sağlanması ve hastalığın uzun dönem seyrinde ortaya çıkan komplikasyonlar annelerin sürekli kaygılı olmasına neden olmaktadır (84). Yapılan araştırma sonuçlarına göre annenin kendi yapması gereken sorumluluklarının yanı

PDF Eraser Free

sıra çocuğun yaşının artmasıyla birlikte yerine getirmesi gereken rolleri yerine getirememesi ve yeni güçlüklerin ortaya çıkması ailedeki stresin artmasına neden olmaktadır (48,101-104). Çocuğun yaşı arttıkça yeni sıkıntıların ve ek hastalıkların ortaya çıkması

KISITLILIKLAR

Araştırmamız tek merkezli ve kısa süreli olması ile örneklem büyüklüğünün dar olması açısından kısıtlılık arz etmektedir. Benzer çalışmalar da genellikle tek merkezli ve kısıtlı örneklem büyüklüğüne sahiptir. Bu sebeple ulaşılan sonuçlar genellenemez. Çeşitli bölgelerde ve çok merkezli, daha çok sayıda hasta yakınıni dahil ederek daha uzun süreli yapılan çalışmalar daha net ve genellenebilir sonuçlara ulaşmamızı sağlayacaktır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çocuğunda kronik hastalık olan ebeveynlerin “güçlükler karşısında tutumlarını” etkilenip etkilenmediğini belirlemeyi amaçladığımız çalışmada, Çocuğunda kronik hastalık olan ebeveynlerin “hayata bakış”, “hedef ve idealler” ve “sosyal durum” faktörü puanlarının kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha düşük olduğu, güçlükler karşısında tutumlarını olumsuz olarak etkilendiği bulunmuştur. Ailelerin güçlükler karşısında tutumlarının belirlenmesi ve yetersiz tutumlarının belirlenmesi ailenin uyumunu desteklemek için uygun girişimler planlanmasına yol gösterici olabilir.

Çocuklarında kronik hastalıklar, morbidite ve ülkelerin bütçesine olan ağır yükün yanında çocuğun ve ailenin yaşam kalitesini de olumsuz yönde etkilemektedir. Bu hastalıkların kişinin yaşamının uzun bir dönemini kapsaması, sürekli tıbbi bakım ve tedavi gerektirmesi nedeni ile ailelerde zamanla fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik sorunlar ortaya çıkarmaktadır. Yetersizliği veya kronik hastalığı olan çocukların yaşları büyüdükçe idare edilmeleri güçleşmekte ve akranlarıyla aralarındaki farklılıklar giderek daha çok dikkati çekmeye başlamakta ve çocuk yeni gelişimsel güçlüklerle karşılaştıkça ve yaşının gereği olan davranışları kazanamadıkça, anababalık stresi, çocukluktan yetişkinliğe doğru ebeveynlerin karşısına yeniden çıkmaktadır. Kronik hastalıklı çocuğa sahip aileler, çocuklarının durumundan ötürü pek çok sorunla karşılaşmakta ve anne baba görevlerine ek olarak pek çok görev üstlenmek zorunda kalmaktadırlar.

Çalışmamızın sonuçları doğrultusunda;

- Çocuğunda kronik hastalık olan ebeveynlerin bu durumdan etkilenebileceği görülmüş olup; ailenin gereksinimlerinin, aile işlevlerinin, aile içi dinamiklerin, yaşadığı zorlanmaların, başa çıkma mekanizmalarının, sahip olduğu içsel ve dışsal kaynakların ve bunların etkileşimlerinin çok boyutlu olarak incelenmesi ve müdahale ve eğitim hizmetlerinin de bu doğrultuda planlanıp yürütülmesi,

- Bu amaçla aile hekimlerine uygun eğitim programları hazırlanması, tarama için ölçeklerin geliştirilmesi, uzmanlık eğitimi döneminde psikiyatri rotasyonuna daha önem verilmesi, aile destek birimleri ile iş birliği içinde olunması sağlanmalıdır. Birinci basamakta tanı ve tedavisinde zorlanılan, stres faktörlerinin varlığı belirlenen hastaların psikiyatriye yönlendirilerek, tedavi almaları sağlanması,
- Çalışmada cinsiyete göre bakılan ölçek puanlarında kadınların “hayata bakış”, “hedef ve idealler” ve “sosyal durum” faktörü puanları daha düşük olduğu görülmüş olup; kadınlar için sosyalleşebileceği alanlar oluşturulması ve kadınların üzerindeki yükleri kaldırabilmek için eğitim programları düzenlenmesi,
- Çalışmada yaşa göre bakılan ölçek puanlarında yaş arttıkça “problem çözebilme” faktörü puanının azalmakta olduğu saptanmış olup, yaşa ve yaşanmışlıklara bağlı soruların giderilmesi için yaş gruplarına uygun psikolojik ve sosyal destek programlarının sağlanması,
- Çalışmada eğitim düzeyine göre bakılan ölçek puanlarında eğitim düzeyi düşük olan ebeveynlerin “hayata bakış” ve “sosyal durum” faktörü puanları daha düşük saptanmış olup, ihtiyaca göre rehberlik ve destek hizmeti sağlanması,
- Çalışmada çalışma durumuna göre bakılan ölçek puanlarında çalışmayan ebeveynlerin “hayata bakış” ve “sosyal durum” faktörü puanları daha düşük saptanmış olup, puanları iyileştirebilmek için eğitim programları düzenlenmesi, ailelerin ekonomik açıdan desteklenmesi,
- Çalışmada çocuklarında kronik hastalık olan ebeveynlerin çocuklarının tanı aldıktan sonra geçen süresi ve çocuğun şimdiki yaşı arttıkça “hedef ve idealler” faktörü puanını azaldığı saptanmış olup, ebeveynlerin de kronik hastalığı olan çocukları gibi düzenli takibe çağırılması, bu konuda eğitilmesi ve aile destek birimlerinden faydalanmasının sağlanması,
- Yeni tasarlanacak çalışmalarda örneklem grubu belirlenirken Vaka ve Kontrol grubu arasındaki demografik özelliklerin olabildiğince birbirine yakın seçilip, geniş merkezli çalışmalar tasarlanması,

PDF Eraser Free

- Çocuklarda kronik hastalıklarla ilgili pek çok çalışma olmasına rağmen bunun çok azı tıp doktorları tarafından yapılmıştır. Tıp doktorları tarafından kronik hastalığı olan ailelerin yaşadığı zorluklara yönelik çalışmaların planlanması ve kronik hastalığı olan çocuklara ve ailelerine verilen hizmetlerde nitelik ve niceliğin arttırmanın sağlanması önerilebilir.



7. KAYNAKLAR

1. Michigan Medicine University of Michigan, Children with Chronic Conditions <http://www.med.umich.edu/yourchild/topics/chronic.htm> (Erişim tarihi 10.12.2019)
2. Er, M. (2006). Çocuk, hastalık, anne-babalar ve kardeşler. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi; 49, 155-168.
3. Ütine, G. E, Boduroğlu, K. (2013). Konjenital anomalilerden korunma. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi; 56, 28-37
4. Mosby's medical dictionary : illustrated in full color throughout. (1998) (5. ed.). St. Louis: Mosby..
5. Sucaklı, MH. (2014) Akut hastalık yönetiminin psikososyokültürel ve varoluşsal boyutu. Turkish Journal Of Family Medicine And Primary Care (TJFMPC) ▪ www.tjfmpe.com December 8, (4)
6. Çavuşoğlu, H. (2015). Çocuk sağlığı hemşireliği. Ankara: Sistem Ofset Basımevi. 113-120
7. Kasapoğlu, A. (2008). Madalyonun iki yüzü: hastalık ve sağlık. Ankara: Desen Ofset A.Ş. 167-172.
8. Newacheck, PW. Halfon, N. (1998). Prevalence and impact of disabling chronic conditions in childhood. Am J Public Health, 88, 610-617.
9. Ovalı F. Çocuklarda kronik hastalıklar ve yeni eğilimler. Sağlık Düşüncesi Ve Tıp Kültürü Platformu (<http://www.sdplatform.com/Dergi/1218/Cocuklarda-kronik-hastaliklar-ve-yeni-egilimler.aspx>) erişim tarihi 25.5.2020
10. Conk, Z. Başbakkal, Z. Yılmaz Bal, H. Bolışık, B. (2013). Pediatri hemşireliği. Ankara: Özyurt Matbaacılık Ltd. Şti. 905-920.
11. Riddle, II. Hennessey, J. Eberly, TW. Carter, MC. Miles, MS. (1989). Stressors in the pediatric intensive care unit as perceived by mothers and fathers. MCN Am J Matern Child Nurs, 18, 221-233.
12. Smith, M. E. (1998). Protective shield: a thematic analysis of the experience of having and adult sibling with insulin-dependent diabetes mellitus. Issues in Mental Health Nursing, 19, 317-335
13. Gökler, I. (2008). Sistem yaklaşımı ve sosyal-ekolojik yaklaşım çerçevesinde oluşturulan kavramsal model temelinde kronik hastalığı olan çocuklar ve ailelerinde psikolojik uyumun yordanması. Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

PDF Eraser Free

14. Toros, F. Tot, Ş. Düzovalı, Ö. (2002). Kronik hastalığı olan çocuklar, anne ve babalarındaki depresyon ve anksiyete düzeyleri. Klinik Psikiatri Dergisi, 5,240-247
15. Fortier, L. Wanlass, R. (1984)Family crisis following the diagnosis of a handicapped child. Family Relations, 33, 13-24.
16. Olshansky, S. (1962) Chronic sorrow: a response to having a mentally defective child. Social Casework, 43, 190-193.
17. Copley, MF. Bodensteiner, JB. (1987). Chronic sorrow in families of disabled children. J Child Neurol; 2: 67-70.
18. Leeuwenhorst W. P. (1977) Statement by a working party of the second European conference (1974). Journal of the Royal College of General Practitioners, 27,117.
19. WONCA (World Organization of Family Doctors) (2011) The European Definition of General Practice / Family Medicine. WHO Europe Office, Spain.
20. Güneş, T. Güneş, N. (2017). Aile hekimlerinin psikososyal sorunu olan birey ve ailelere yönelik müdahale yaklaşımları (Bursa Örneği). Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 6(1),111 – 120.
21. Çevik, C. (2013) Manisa iline ait sağlık düzeyi göstergeleri: yıllara göre sağlık ocağı ve aile hekimliği dönemlerinin karşılaştırılması (2003-2012). Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi, İzmir
22. Doğanay, S. (2019). Zorluklarla başa çıkma bağlamında bir model önerisi: sabra yolculuğun beş hali. Çukurova Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi. 19(1) e-ISSN 2564-6427. <http://dergipark.gov.tr/cuilah>
23. Önem Akçakaya, R. Çelik Erden, S. (2014). Stres ve stresle baş etmede psikiatrik yaklaşım. Turkish Family Physician, 5(2) www.turkishfamilyphysician.com
24. Güçlü, N. (2001) Stres yönetimi. G.Ü. Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi, 21(1), 91-109.
25. Atkinson, Rita L. Richard, C. Atkinson, Edward E. Smith, Daryl J. Bem, & Susan Nolen-Hoeksema. (1999).Psikolojiye Giriş. (Y. Alogan, Çev.) Arkadaş Yayınevi. İstanbul
26. Aydın, B. İmamoğlu, S. (2001). Stresle başa çıkma becerisi geliştirmeye yönelik grup çalışması. M.Ü. Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi, 14, 41-52.
27. Adler, A. (2004). İnsanı tanıma sanatı. Say Yayınları. (Orijinal 1927'de Yayımlanmıştır) Ankara

PDF Eraser Free

28. Kasser, T. & Ryan, R. M. (1993). A dark side of the American dream: correlates of financial success as a central life aspiration. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65(2), 410-422.
29. Kasser, T, Ryan, R. M. (1996). Further examining the American dream: differential correlates of intrinsic and extrinsic goals. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 22, 280–287
30. Kasser, T. Ryan, R. M. (2001). Be careful what you wish for: optimal functioning and relative attainment of intrinsic and extrinsic goals. In P. Schmuck & K. M. Sheldon (Eds), *Life goals and well-being: Towards a positive psychology of human striving*, 116-131.
31. Scheier, M. F. ve Carver, C. S. (1985). “Optimism, coping and health: assessment and implications of generalized outcome expectancies”, *Health Psychology*, 4, 219–247
32. Seligman, M. E. P. (1990). *Learned Optimism: How to Change Your Mind and Your Life*. Pocket Books. New York.
33. Baykara , A. (1989).Ana-baba tutum özelliklerinin gencin uyumuna etkisi, üniversite gençliğinde uyum sorunları. B.Ü. Yayını.
34. Yıldırım, E. (2013)Değişik meslek gruplarında ebeveynlikle ilgili tutumların incelenmesi. (Uzmanlık Tezi). Ankara EAH. Aile Hekimliği Kliniği. Ankara
35. Cacioppo, JT. Hughes, ME. Waite, LJ. Hawkley, LC. (2006). Thisted RA. Loneliness as a specific risk factor for depressive symptoms: cross-sectional and longitudinal analyses. *Psychol Aging*, 2,140–51.
36. Jongenelis, K. Pot, AM. Eisses, AM. Beekman, AT. Kluiters, H. Ribbe, MW. (2004). Prevalence and risk indicators of depression in elderly nursing home patients: The AGED study. *J Affect Disord*, 83(2/3),135-42.
37. Prince, MJ. Harwood,R H. Blizard, R A. Thomas, A. Mann, AH. (1997). Social support deficits, loneliness and life events as risk factors for depression in old age. The Gospel Oak Project VI. *Psychol Med*, 27(2),323-32.
38. Aksoy, B. (2003) Problem çözme yönteminin çevre eğitiminde uygulanması. *Pamukkale Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi* 2(14), 83-98
39. Steven, S M. (1998). Sorun çözümüleme. Çev. A. Çimen. Timaş Yayınları.

PDF Eraser Free

40. Coovey, SR. (1999).Etkili insanların yedi alışkanlığı. (Çev: Gönül Suveren, Osman Deniztekin) Varlık Yayınları. İstanbul.
41. Güner, P. (2000) . Sorunlarla Etkili Baş F:Tme Yolu: Problem Çözme. Atatürk Univ. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 3(1) , 62-67
42. Hisli, Ş. (Ed) (I 994). Stresle başa çıkma: olumlu bir yaklaşım. Türk Psikologlar Derneği Yayınları, 2, Ankara.
43. Wolinski, K. (1993). Self-awareness, self-renewal, self-management. AURN Journal, 58(4),721-729.
44. Egan, G. (1975). Psikolojik danışmaya giriş (Ed: Füsun Akkoyun) A Division of Wads-Worth Publishing Company, Inc. California.
45. Konukbay, D. (2005). Engelli çocuk ebeveynlerinin umutsuzluk düzeyleri ve problem çözme becerileri arasındaki ilişki. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
46. Coughlin, MB. Sethares,KA. (2017). Chronic sorrowin parents of childrenwith a chronic illness or disability: an integrative literature review. Journal of pediatric nursing, 37,108-116
47. Marvin, R.S. & Botton, S. (2001). Partner support and maternal stress in families raising young children with cerebral palsy. Journal of developmental and physical disabilities, 13, 61-81
48. Kaytez, N. Durualp, E. ve Kadan, G. (2015). "Engelli çocuğu olan ailelerin gereksinimlerinin ve stres düzeylerinin incelenmesi". Eğitim ve Öğretim Araştırmaları Dergisi, 4 (1),197-214.
49. Kostak, MA. Avcı, G. (2013). Hopelessness and depression levels of parents of children with cancer. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention : APJCP, 14(11),6833-6838 PMID: 24377613
50. Üstün, S. (2011). Tip-I diyabet tanısı almış çocuklar ile ailelerinin, hastalığa uyum süreci ve hastalığı kabul düzeylerinin karşılaştırılması. Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Aile Eğitimi Ve Danışmanlığı Anabilim Dalı Aile Eğitimi Ve Danışmanlığı Programı Yüksek Lisans Tezi
51. Gökcan, K. (1999). Özürlü çocuğa sahip ailelerin beklentileri. Zonguldak. 1999.s:1-36

52. Dönmez, N.B. Bayhan, P, Artan İ. (2000). “Engelli çocuğa sahip ailelerin beklentileri ve endişe duydukları konuların incelenmesi”. Sosyal Hizmetler Dergisi, 1 (11), 16-24.
53. Kazak, A.E. ve Marvin, R.S. (1984) “Differences, difficulties and adaptation: stress and social networks in families with a disabilities: linking process with outcome”, Journal of Pediatric Psychology, 24 (1), 41-53.
54. Rodriguez, C.M. ve Murphy, L.E. (1997). “Parenting stress and abuse potential in mothers of children with developmental disabilities”. Child Maltreatment, 2 (3), 245-252.
55. Arslan, İ. ve ark. (2017) . Anksiyete ve depresyon skorlarının güçlülere karşı tutumlar üzerine etkisi. Konuralp Tıp Dergisi 9 (2), 86-95
56. Steger M. F., Kashdan T. B., Sullivan B. A. & Lorentz D. (2008). “Understanding the Search for Meaning in Life: Personality, Cognitive Style, and the Dynamic Between Seeking and Experiencing Meaning”. Journal of Personality 76(2) 199-228. Doi: 10.1111/j.1467-6494.2007.00484.x
57. Yetim, Ü. (2001). Toplumdan bireye mutluluk resimleri. İstanbul: Bağlam Yayıncılık.
58. Tekin, O. Göktaş, O. Cebeci, S. (2009) Yaşamın güçlüklerine karşı tutumların değerlendirilmesi- Bursa’da 298 kişi üzerinde pilot çalışma. Yeni tıp dergisi, 26, 79-84
59. Winguist R, Lundstrom K, Salminen M, Laatikainen M, Ulmaner I. (1991). Mapping of human COMT gene to 22q11.2 and detection of a frequent RFLP with Bg2. Cytogenesis and CellGenetics, 59,253-257.
60. Mehpare, K. A. Y. A., & DEMİR, Y. (2012). Hemodiyaliz hastalarına primer bakım veren aile üyelerinin bakım yükleri ve yaşam kaliteleri üzerine bir gözden geçirme. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 2(3), 24-28
61. Çıgırıkçı, H. (2007). Kronik hastalığı nedeniyle devamlı takip edilmekte olan çocukların annelerinin sosyodemografik özellikleri ve annelerin depresyon prevalansı. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği, Uzmanlık Tezi, İstanbul.
62. Bayat M, Erdem E, Kuzucu EG (2008). Depression, anxiety, hopelessness, and social support levels of the parents of children with cancer. J Pediatric Oncol Nursing, 25, 247-53.

63. Brown, R.T., Kaslow N. J., Madan-Swain, A., Doepke, K. J., Sexson, S. B. & Hill, L. J. Parental psychopathology and children's adjustment to leukemia. *Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 32, 554-561.
64. Davis, H. & Fallowfield, L. (1991). *Counseling and Communication in health Care: Counselling Families of Children with Disabilities*. Chichester: John Wiley, 223-238.
65. Yeh, C. H., Lee T. T. & Chen, M.L. (2000). Adaptational Process of Parents of Pediatric Oncology Patients. *Pediatric Hematology Oncology*, 17 (2), 119-131
66. De Bolle, M. De Clercq, B. De Fruyt, F. Benoit, Y. (2008). Self- and Parental perspectives on quality of life in children with cancer . *J Psychosoc Oncol*, 26,35- 47
67. Wijnberg-Williams BJ., Kamps, WA., Klip, EC. et al (2006). Psychological distress and the impact of social support on fathers and mothers of pediatric cancer patients: long-term prospective results. *J Pediatric Psychol*, 31, 785-92.
68. Wijnberg-Williams BJ. Kamps, WA. Klip, EC. et al (2006). Psychological adjustment of parents of pediatric cancer patients revisited: five year later. *Pediatric Psycho Oncol*, 15, 1-8.
69. Lawoko, S. Soares, JJF. (2002). Distress and hopelessness among parents of children with congenital heart disease, parents of children with other diseases, and parents of healthy children. *J Psychosomatic Research*, 52(4), 193-208.
70. Gray, D. E. (2006). Coping over time: the parents of children with autism. *Journal of Intellectual Disability research*, 50 (12), 970-976.
71. Deniz, M. E., Dilmaç, B. ve Arıcak, O. T. (2009). Engelli çocuğa sahip olan ebeveynlerin durumluk-sürekli kaygı ve yaşam doyumlarının incelenmesi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 6(1), 953-968.
72. Kaner, S. (2004). Engelli Çocuğu olan ana babaların algıladıkları stres, sosyal destek ve yaşam doyumlarının incelenmesi. Ankara Üniversitesi: Bilimsel Araştırma Projesi Kesin Raporu, 7-67.
73. Thomson, J. et al. (2016). Financial and social hardships in families of children with medical complexity. *The journal of pediatrics*, 172, 187-193

74. Schieve, LA. Boulet, SL. Kogan, MD. Naarden-Braun ,KV. Boyle, CA. (2011). A population-based assessment of the health, functional status, and consequent family impact among children with Down syndrome. *Disability and Health Journal*, 2, 68-77.
75. Desai, HD. Jann, MW. (2000). Major depression in women: A review of the literature. *J Am Pharm Assoc (Wash)*, 40,525-537.
76. Upmanyu, VV. Upmanyu, S. Lester, D. (2000). Depressive symptoms among U.S. and Indian college students: The effects of gender and gender role. *J Soc Psychol*, 140,669-672.
77. Kaplan, GA. Roberts ,RE. Camacho, TC. Coyne, JC.(1987)Psychosocial predictors of depression. prospective evidence from human population laboratories studies. *Am J Epidemiol*, 125,206-220.
78. Pillay, AL. Sargent, CA. (1999). Relation ship of age and education with anxiety, depression and hopelessness in a south africa community sample. *Prec Mot Skills*, 89,881-884.
79. Bruce ML, Hoff Ra. (1994). Social and physical health risk factors for first-onset major depressive disorder in a community sample. *Soc Psychiatry Pshyciatr Epidemiol*, 29,165-171.
80. McCall NT, Parks P, Smith K, Pope G, et al. (2002).The prevalence of major depression or dysthymia among aged medicare fee-for-servicebeneficiaries. *Int J Geriatr Psychiatry*,17,557-565.
81. Gülşen, B. ve Özer, F. (2009). Engelli çocuğa sahip ailelerin stresle baş etme tutumları. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 8 (5), 413-420.
82. Koçhan, A. (2019). Engelli çocuğa sahip ebeveynlerin stres düzeyi, stresle başa çıkma tarzları, hastalık yükü algıları ve bilgece farkındalık düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. Başkent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Ana Bilim Dalı Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı Yüksek Lisans Tezi
83. Dabrowska, A, ve Pisula, E. (2010). Parenting stress and coping styles in mothers and fathers of preschool children with down syndrome. *Journal of Intellectual Disabilities Research*, 54, 266-279. doi:10.1111/j.1365-2788.2010.01258.x
84. Tütüncüoğlu, C. Balkan,İK. (2013). Diyabetli Çocuğu Olan Annelerin Aile İşlevlerinin ve Durumluk - Sürekli Kaygı Düzeylerinin İncelenmesi. *Psikoloji Çalışmaları*, 33(1), 17-39

85. Bayramoğlu, MD. (2009). Mental Ve fiziksel bir nedene bağlıkronik hastalık tanısı alan çocuk ve ergenlerin ebeveynlerinde anksiyete, depresyon ve tükenmişlik düzeyi. Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Uzmalık Tezi
86. Güneş, P. (2001). Açık kalp ameliyatı olan hastaları taburculuk öncesi bilgilendirmenin anksiyete düzeyine etkisi. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Tezi. Sivas.
87. Berry R. E, Williams F.L. (1987). Assessing The Relationsship Between Quality Of Life And Marital And Income Satisfaction: A Path Analytic Approach. Journal Of Marriage And The Family, 49, 107-116
88. Yıldırım, G. Göktaş, SB. Köse, S. Yıldız, T. (2014). Kemoterapi tedavisi gören çocukların annelerindeki kaygı düzeyleri. International Journal Basic Clinical Medical,2, 69-76.
89. Günay Molu, N. (2008). Selçuk üniversitesi tıp fakültesi psikiyatri servisinde duygulanım bozukluğu tanısı ile yatan hastaların yakınlarının sosyal destek ve stresle baş etme düzeylerinin belirlenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
90. Sevinç, Ş. ve ark. (2010). Astımlı çocukların ve annelerinin depresyon ve kaygı düzeylerinin değerlendirilmesi. Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi/The Medical Journal of Mustafa Kemal University, 2, 21-28.
91. Aslanoğlu M. (2004) Otistik, Zihinsel, İşitme, Görme Ve Bedensel Engelli Çocuğu Bulunan Ebeveynlerin Aile İçi İlişkilerinin İncelenmesi, Yayınlanmamış YüksekLisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Eğitimde Psikolojik Hizmetler Anabilim Dalı, İzmir.
92. Seçer Z, Sarı H, Olcay O. (2004). Anne Tutumlarına Göre Okul Öncesi Çocuklarının Ahlaki Sosyal Kural Bilgilerinin İncelenmesi. Selçuk Üniversitesi Mesleki Eğitim Fakültesi Dergisi, 6 (5),12-15.
93. Evgin, D. Erdem, E. (2017). Kronik böbrek yetmezliği olan çocukların ebeveynlerinin depresyon düzeyleri ve stresle başa çıkma tarzları. Bozok Tıp Dergisi,7(4),8-16.
94. Mc Whirter, H. ve Ark. (1993). Family couseling intervetions understanding family systems and the referral proces. Intervention In School And Clinic, 28,4.
95. Öz, F. Bahadır, YE. (2009) . Ruh sağlığının korunmasında önemli bir kavram: psikolojik sağamlık. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi, 82-89.

96. Sherman, LW. (1984). Development of childrens perceptions of internal locus of control: A cross-sectional and longitudinal analysis. *Journal of Personality*, 52, 338-55.
97. Tükel, R. Gök, T. (1996). Kontrol odağının anksiyete ve depresyon ile ilişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 7,11- 6.
98. Payne, BD,Payne, DA. (1989). Sex, race and grade differences in the locus of controlorientations of at-risk elementary students. *Psychology in the Schools*. 26, 84-8.
99. Cummings, ST. Bayley, HC. Rie, HE. (1996). Effect of the child's deficiency on the mother: a study of mothers of mentally retarded, chronically ill and neurotic children. *American Journal of Orthopsychiatry*, 36(4),595-608.
100. Minnes, PM. (1988). Family resources and stress associated with having a mentally retarded child. *Am J Ment Retard*,93(2),184-92.
101. Kazak, AE. (1987). Families with disabled children: stresd and social networks in three samples. *Journal of Abnormal Child Psychology*,15(1),137-46.
102. Floyd, F.J.& Gallagher, E.M. (1997). Parental stress, care demands, and use of support services for school age children with disabilities and behavior problems. *Family Relations*, 46(4),359-372.
103. Gallagher, J.J.,Beckman, P. & Cross, A.H. (1983). Families of handicapped children: Sources of stress and its amelioration. *Exceptional Children*, 50(1),10-19.
104. Oh, H. & Lee, E.O. (2009). Care giver burden and social support among mothers raising children with developmental disabilities in South Korea. *International Journal of Disability, Development and Education*, 56(2), 149-167.

8. EKLER

EK 1: ONAM FORMU

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Bu çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı, Çocuklarında Kronik Hastalık Olan Ebeveynlerin Güçlükler Karşısında Tutumlarının Belirlenmesi'dir.

Çalışmaya çocuklarında kronik hastalık olan ve olmayan ebeveynler ile yapılacaktır.

Çalışmaya katılmak gönüllülük esasına dayanmaktadır.

Bu çalışma 26 sorudan oluşan bir anket çalışmasıdır.

Bu çalışma ile Çocuklarında Kronik Hastalık Olan Ebeveynlere verilebilecek rehberlik hizmetlerine ışık tutmak amaçlanmaktadır.

Çalışmaya katılmamanız halinde hastanıza yapılan bakımda hiçbir değişiklik olmayacaktır.

Toplanan veriler sadece bilimsel amaç ile kullanılacak olup, kişisel mahremiyetiniz tümüyle korunacaktır.

Anketi istediğiniz zaman sonlandırabilirsiniz.

Teşekkür ederiz.

Ankete katılmayı kabul ediyor musunuz? EVET() HAYIR() İMZA:

Bilgilendirmeyi yapan Dr. Ayşegül ARIK BOĞATEKİN

Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Aile Hekimliği Kliniği Asistanı

EK-2:ÇOCUĞUNDA KRONİK HASTALIK OLAN EBEVEYN SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

- 1.Yaşı:
2. Cinsiyeti: a) Erkek b) Kadın
3. Medeni durumu a) evli b)bekar c)boşanmış d)dul
4. Eğitim düzeyi:
5. Mesleği:
6. Gelir düzeyi
7. Kaç çocuğunuz var
8. Aynı evde kaç kişi yaşıyorsunuz
9. Çocuğunuzun yaşı:
- 10.Çocuğunuzun kronik tanısı:
- 11.Kaç yıldır çocuğunuzun kronik tanısı:

EK-3:ÇOCUĞUNDA KRONİK HASTALIK OLMAYAN EBEVEYN SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

- 1.Yaşı:
2. Cinsiyeti: a) Erkek b) Kadın
3. Medeni durumu a) evli b)bekar c)boşanmış d)dul
4. Eğitim düzeyi:
5. Mesleği:
6. Gelir düzeyi
7. Kaç çocuğunuz var
8. Aynı evde kaç kişi yaşıyorsunuz

EK-4: BURSA-GÜÇLÜKLERE KARŞI TUTUM ÖLÇEĞİ

1. Halledemediğim problemlerde daha güçlü birisinden yardım isterim.

I() Hiç Katılmıyorum II()Katılmıyorum III()Kararsızım

IV() Biraz katılıyorum V()Kesinlikle Katılıyorum

PDF Eraser Free

2. İnsan topluma hizmet etmelidir.

I() Hiç Katılmıyorum II()Katılmıyorum III()Kararsızım

IV() Biraz katılıyorum V()Kesinlikle Katılıyorum

3. Hayat ağır bir yükür.

I() Hiç Katılmıyorum II()Katılmıyorum III()Kararsızım

IV() Biraz katılıyorum V()Kesinlikle Katılıyorum

4. İdealler hayata hayat katar.

I() Hiç Katılmıyorum II()Katılmıyorum III()Kararsızım

IV() Biraz katılıyorum V()Kesinlikle Katılıyorum

5. Sosyal olarak yalnız ve kendi başıma bir insanım.

I() Hiç Katılmıyorum II()Katılmıyorum III()Kararsızım

IV() Biraz katılıyorum V()Kesinlikle Katılıyorum

6. Güçlükler, hayata renk katarlar.

I() Hiç Katılmıyorum II()Katılmıyorum III()Kararsızım

IV() Biraz katılıyorum V()Kesinlikle Katılıyorum

7. Ailemden her zaman sosyal destek alıyorum.

I() Hiç Katılmıyorum II()Katılmıyorum III()Kararsızım

IV() Biraz katılıyorum V()Kesinlikle Katılıyorum

8. Hayat çekilmez bir şeydir.

I() Hiç Katılmıyorum II()Katılmıyorum III()Kararsızım

IV() Biraz katılıyorum V()Kesinlikle Katılıyorum

9. Hayatın problemlerini çözmekten zevk alırım.

I() Hiç Katılmıyorum II()Katılmıyorum III()Kararsızım

IV() Biraz katılıyorum V()Kesinlikle Katılıyorum

10. Kendimi sosyal olarak yalnız hissediyorum.

I() Hiç Katılmıyorum II()Katılmıyorum III()Kararsızım

IV() Biraz katılıyorum V()Kesinlikle Katılıyorum

11. Güçlüklerle karşılaşmak insanın kişiliğini geliştirir.

I() Hiç Katılmıyorum II()Katılmıyorum III()Kararsızım

IV() Biraz katılıyorum V()Kesinlikle Katılıyorum

12. İnsanlığa hizmet edebilmek en büyük idealimdir.

I() Hiç Katılmıyorum II()Katılmıyorum III()Kararsızım

IV() Biraz katılıyorum V()Kesinlikle Katılıyorum

13. Başım sıkışsa çalacak kapım yok.

I() Hiç Katılmıyorum II()Katılmıyorum III()Kararsızım

IV() Biraz katılıyorum V()Kesinlikle Katılıyorum

14. Bir zorluk karşısında çok stres yaşarım.

I() Hiç Katılmıyorum II()Katılmıyorum III()Kararsızım

IV() Biraz katılıyorum V()Kesinlikle Katılıyorum

15. Hayatta zorluklarla karşılaşmak normaldir.

I() Hiç Katılmıyorum II()Katılmıyorum III()Kararsızım

IV() Biraz katılıyorum V()Kesinlikle Katılıyorum

16. İnsanlar hayatta ayaklarından zincirli mahkûm gibidir.

I() Hiç Katılmıyorum II()Katılmıyorum III()Kararsızım

IV() Biraz katılıyorum V()Kesinlikle Katılıyorum

17. Problemler karşısında sakince çare bulmaya çalışırım.

I() Hiç Katılmıyorum II()Katılmıyorum III()Kararsızım

IV() Biraz katılıyorum V()Kesinlikle Katılıyorum

PDF Eraser Free

18. Arkadaş çevrem bana hep destek olur.

I() Hiç Katılmıyorum II()Katılmıyorum III()Kararsızım

IV() Biraz katılıyorum V()Kesinlikle Katılıyorum

19. Kişi engellerle karşılaştıkça yeni şeyler öğrenir.

I() Hiç Katılmıyorum II()Katılmıyorum III()Kararsızım

IV() Biraz katılıyorum V()Kesinlikle Katılıyorum

20. İnsanlar hayata dolu başlar ve tükenişe doğru gider.

I() Hiç Katılmıyorum II()Katılmıyorum III()Kararsızım

IV() Biraz katılıyorum V()Kesinlikle Katılıyorum

21. Güçlükler insanı güçlendirir.

I() Hiç Katılmıyorum II()Katılmıyorum III()Kararsızım

IV() Biraz katılıyorum V()Kesinlikle Katılıyorum

22. Zor problemlerimi halletmek için dua ederim.

I() Hiç Katılmıyorum II()Katılmıyorum III()Kararsızım

IV() Biraz katılıyorum V()Kesinlikle Katılıyorum

23. İnsanlığa hizmet etmek gerekli bir şey değildir.

I() Hiç Katılmıyorum II()Katılmıyorum III()Kararsızım

IV() Biraz katılıyorum V()Kesinlikle Katılıyorum

24. Sosyal çevremi hiç sevmiyorum.

I() Hiç Katılmıyorum II()Katılmıyorum III()Kararsızım

IV() Biraz katılıyorum V()Kesinlikle Katılıyorum 62

PDF Eraser Free

25. Güçlükler hayatın tuzu biberidir.

I() Hiç Katılmıyorum II()Katılmıyorum III()Kararsızım

IV() Biraz katılıyorum V()Kesinlikle Katılıyorum

26. İnsan, çaresiz kaldığı zaman her şeye gücü yeten kudrete başvurmalıdır.

I() Hiç Katılmıyorum II()Katılmıyorum III()Kararsızım

IV() Biraz katılıyorum V()Kesinlikle Katılıyorum



EK-5:ETİK KURUL ONAY FORMU



TC Sağlık Bakanlığı

T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
Ankara Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi Baştabipliği
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 2012-KAEK-15/1791
Konu: Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Etik Kurul Kararı

12.12.2018

KEÇİÖREN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ KLİNİK ARAŞTIRMA
ETİK KURULU

"Çocuklarında Kronik Hastalık Olan Ebeveynlerin Güçlükler Karşısında Tutumlarının Belirlenmesi" adlı klinik araştırma değişikliği hakkında etik kurul üyeleri bilgilendirilmiş, kurulumuz kararının başvuru sahibi tarafından Sağlık Bakanlığı'na arzına gerek olmadığına toplantıya katılan Etik Kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.

VP İANER
Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı

Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurul
Pınarbaşı Mahallesi Sanatoryum Cad.
Ardahan Sokak No:25 Keçiören / ANKARA
Web: www.akeah.gov.tr

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Çocuklarında Kronik Hastalık Olan Ebeveynlerin Güçlükler Karşısında Tutumlarının Belirlenmesi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	

DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı		Açıklama
KARAR BELGELERİ	MUCET	<input type="checkbox"/>	
	ARAŞTIRMA BELGESİ	<input type="checkbox"/>	
	BİYYOLOJİK MATERYAL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>	
	ILAN	<input type="checkbox"/>	
	YERLEŞİM BELGESİ	<input type="checkbox"/>	
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>	
	GÜVENLİLİK BELGELERİ	<input type="checkbox"/>	
	DİĞER	<input type="checkbox"/>	
	Karar No:1791		Tarih: 12.12.2018
	<p>Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırma/yönetiminin gerektireceği amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelendiği ve uygun bulunduğundan araştırmanın/başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına teklifatta katılan etik kurul üyesi olan sayınlar süflü çoğunluğu ile karar verilmiştir.</p> <p>İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yapılacak araştırmaların/yönetim için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumuna bildiri alınması gerekmektedir.</p>		

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU					
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI		İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyileştirici Klinik Uygulamaları Kılavuzu			
BAŞKANIN (NYANI / ADI / SOYADI)		Op.Dr. Ömer Faruk TANER			
Unvanı/Adı/Soyadı	Unvanlı Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma Üyesi	Katılım *
Op.Dr. Ömer Faruk TANER Bşk.	Hastalık ve Bakımsızlık Kurulu	Kapadocan Eğitim ve Araştırma Hastanesi	F <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>
Op. Dr. S. S. Erkan GÜLLÜHAN Bşk. Yard.	Gençlik Cerrahisi	Atatürk Geniş Hast. ve Gagası Çar. T. A. H.	F <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>
Doç. Dr. Hürkan GÜLEK, Blg. Görevlisi	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	Kapadocan Eğitim ve Araştırma Hastanesi	F <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>
Prof. Dr. Ahmet ERGUN	Fizyoloji	Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi	F <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>
Prof. Dr. Mehmet Ali ERGUN	Tıbbi Genetik	Üsküdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi	F <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>
Prof. Dr. İsmet Enes ÖZDÜNDAR	Çocuk Cerrahisi	Dr. Süleyman İzzet Kültür Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Mustafa Kemal T. A. H.	F <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>
Çiğdem Özer Dr. İyıl ÖZARCA	Farmakoloji (Pnöloji)	Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi	F <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>
Prof. Dr. Selma UYSAL RAMADAN	Radyodiagnostik	Kapadocan Eğitim ve Araştırma Hastanesi	F <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>
Prof. Dr. Mustafa ALTAY	Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları	Kapadocan Eğitim ve Araştırma Hastanesi	F <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>
Doç. Dr. Aslı ÇELİKBİL TAYFUR	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları (Çocuk Nefroloji)	Kapadocan Eğitim ve Araştırma Hastanesi	F <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>
Doç. Dr. Gülşen GÜLER SEMSER	Pediyatri	Kapadocan Eğitim ve Araştırma Hastanesi	F <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>
Üzm. Dr. Osman KORUCU	Nöroloji	Kapadocan Eğitim ve Araştırma Hastanesi	F <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>
Üzm. Dr. Vahide Madeni	Halk Sağlığı	Atatürk Geniş Hast. ve Gagası Çar. T. A. H.	F <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>
Av. Abdullah Emin TEKİN	Avukat	Serbest	F <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>
Neziheddin TEKİN	Dış Gözetleme	Kapadocan Eğitim ve Araştırma Hastanesi	F <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>

Etik Kurul Başkanı Unvanı/Adı/Soyadı: Op.Dr. Ömer Faruk TANER
İmza:

Not: Etik kurul başkanı, imzasını yapamadığı her sayfaya imza atmalıdır.

KLINİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Çocuklarında Kronik Hastalık Olan Ebeveynlerin Güçlükler Karşısında Tutumlarının Belirlenmesi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	

ETİK KURULU BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu 2012-KAEK-15
	AÇIK ADRESİ	Pınarbaşı Mah. Sanatoryum Cad. Ardahan Sok. No:25 06380 Keçiören / Ankara
	TELEFON	0312 356 90 00-1065
	FAKS	
	E-POSTA	etikkurulkeah@gmail.com

BASVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADRESİ/YAŞI	Asistan Dr. Ayşegül ARIK BOĞATEKİN			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	AİLE HEKİMLİĞİ ASİSTANI			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	S.B.Ü.Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi			
	VARSA İDARI SORUMLU UNVANI/ADRESİ/YAŞI				
	DESTEKLEYİCİ				
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADRESİ/YAŞI (TUBİTAK vd. gibi kaynaklardan destek alındı mı?)				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 2	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 3	<input type="checkbox"/>		
FAZ 4		<input type="checkbox"/>			
Gözlemsel ilaç çalışması		<input type="checkbox"/>			
Tıbbi cihaz klinik araştırması		<input type="checkbox"/>			
In vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları		<input type="checkbox"/>			
İlaç dışı klinik araştırma	<input checked="" type="checkbox"/>	Uzmanlık Tezi			
DİĞER İSE BELİRTİNİZ					
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	COK MERKEZLI <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>	

BİLGİLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Yerleşim Numarası	Dil
	ARAŞTIRMA PROTOKOLİ			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	ORGAN RAPOR FORMU			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>

Etik Kurul Başkanı Üyeleri Adı/Soyadı: Op.Dr.Özker İsmail TAŞER
İmza

Not: Etik kurul başkanı, imzasını yer almışlığı her sayfaya imza atmaktadır.

9. ÖZGEÇMİŞ

I- Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı: Ayşegül ARIK BOĞATEKİN

Doğum yeri ve tarihi:

Uyruğu: TC

Medeni durumu: Evli

İletişim adresi ve telefonu:

Yabancı dili: İngilizce

II- Eğitimi

2014- Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi

2007- Adana Ticaret Odası Anadolu Lisesi

2003- Remzi Oğuz Arık İlköğretim Okulu

III- Ünvanları

Asistan Doktor

IV- Mesleki Deneyimi

2016- halen – SBÜ Ankara Keçiören Sağlık Uygulama ve Araştırma
Merkezi Aile Hekimliği Asistanı

2014-2016- Siirt Kurtalan Devlet hastanesi, Pratisyen hekim