

9-14 yaş grubu akut ve kronik hastalığı olan çocukların denetim odağı düzeylerinin incelenmesi

A study on the locus of control of the 9-14 years old children with acute and chronic diseases

Gülümser Gültekin¹, Gülen Baran²

Amaç: Bu çalışma akut ve kronik hastalığı olan dokuz-on dört yaş grubundaki çocukların denetim odağı düzeylerini ve etkili olabilecek etmenleri belirlemek amacıyla planlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırmaya Ankara ve Hacettepe Üniversiteleri'nin Çocuk Kliniklerinde yatan ve polikliniğe başvuran toplam 154 çocuk alınmıştır. Araştırmada "Genel Bilgi Formu" ve "Nowicki-Strickland Denetim Odağı Ölçeği" kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde çift yönlü varyans analizi, tek yönlü varyans analizi, Duncan testi ve korelasyon katsayısı önemlilik testi kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırma sonucunda akut ve kronik hastalığa sahip olan çocukların denetim odakları arasında farklılık olduğu, kronik hastalığa sahip çocukların daha dıştan denetimli oldukları saptanmıştır. Çocuğun yaşının, anne-babanın öğrenim düzeyi ve yaşının denetim odağına ilişkin puanlarda farklılık yarattığı bulunmuştur. Ayrıca kronik hastalığı olan çocuklarda hastalığın tanısı, çocuğun daha önce hastanede yatma süresi ve hastalığını bilme durumu denetim odağı puanlarında farklılığa neden olmuştur.

Çıkarım: Araştırmada elde edilen sonuçlar doğrultusunda öneriler getirilmiştir.

Anahtar kelimeler: akut hastalıklı çocuk, çocuklarda ruhsal sorunlar, denetim odağı, kronik hastalıklı çocuk

Objective: The aim of this study was to investigate the locus of control of children between nine to fourteen years of age with acute and chronic diseases.

Material and Methods: The sample was selected as a total of one hundred and fifty four children with acute and chronic diseases hospitalized at Ankara and Hacettepe University Hospitals. In the study "General Information Questionnaire" and "Nowicki Strickland Locus of Control Scala" were used. Two way variance analysis, one way variance analysis, Duncan test and correlations significant tests were used as statistical methods.

Results: As a result between children with acute and chronic diseases, significant difference in locus of control points, has been found. Depending on age, mother's and father's educational status, mother's and father's age were found to have statistically significant high locus of control points. Furthermore, with chronic diseases depending on disease diagnoses and period, knows their disease, were found to have statistically significant high locus of control points.

Conclusion: Proposals for solution have been suggested in accordance with the results obtained in the study.

Key words: children with acute diseases, children with chronic diseases, psychiatric problems in children, locus of control.

¹ Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adli Tıp Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

² Ankara Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Gelişimi ve Eğitimi Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

Yazışma adresi: Gülümser Gültekin. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adli Tıp Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye
Alındığı tarih: 05. 05. 2005, kabul tarihi: 12. 08. 2005

Giriş

Ülkemizde; tıpta izlenen tüm yenilikler, teknikler ilgili uzmanlık alanları tarafından takip edilmekle birlikte, hastanın tedavisinde çok önemli olduğu vurgulanan ve gelişmiş ülkelerde öncelik ve önemliliği tartışılmaz durumda olan hastaya psikolojik destek konusuna yeterince önem verilmemektedir. Hastanın psikolojik durumu, hastalığın seyri önemli ölçüde etkilemektedir. Hele de bu grup çocuk hastalardan oluşuyorsa, psikolojik desteğin önemi tartışılmaz bir gerçek olarak karşımıza çıkmaktadır. Çocuk hastaneye gittiğinde; düzenli gelişme süreci kesintiye uğrar. Her bireyin sosyal ve psikolojik yaşantısını etkileyen akut ve kronik hastalıkların etki derecesi yaşa ve bireysel özelliklere göre değişiklik göstermektedir. Bununla birlikte; bireylerde özellikle kronik hastalık durumunda uzun süre hastanede yatma, ağır tedavi şartları gibi riskler karşısında ölüm korkusu ile birlikte ağır psikolojik davranış problemleri ortaya çıkabilmektedir. Özellikle çocukluk ve ergenlik döneminde, bireyler pek çok fizyolojik ve psikolojik değişimlerle karşı karşıyadır. Bu durumlara kronik hastalığın eklenmesi onların sosyal ve psikolojik gelişimlerini engelleyebilmekte ya da çeşitli sorunların ortaya çıkmasına neden olabilmektedir. Hastaneye yatan çocukların bazı kişilik özelliklerinin gelişiminde aksaklıklar olabilir. Denetim odağı da bu kişilik özellikleri arasındadır. Denetim odağı kavramı bireyin tepkilerinin yorumuna ilişkin bilgi sağlayan bir yapıdır. Bu kavrama göre; kendi başlarına gelen ya da kendilerini etkileyen olayların denetiminin kendi içlerinde ya da kendi denetimlerinde olduğuna inanma eğiliminde olan kişilere içten denetimliler denir. Diğeri ise ödül ve cezaların kişinin kendi dışındaki başka güçlerce (tanrı, şans, kader, diğer insanlar....) uygulandığı, yönetildiği, böylece ödüle ulaşma ve cezadan kaçınma konusunda kişisel çabaların etkili olamayacağı doğrultusundaki genel beklentidir ki; bu da dıştan denetim olarak tanımlanmaktadır. Gerek akut, gerekse kronik hastalıklar çocuğu etkileyen birer travmadır ve çocuğun içten ya da dıştan denetimli olması, hastalığın çocuk tarafından yorumlanmasında ve kabullenilmesinde farklılıklara neden olabilmektedir.

Bu çalışmada; kronik hastalık sebebiyle hastaneye yatan ve akut hastalıklar sebebiyle polikliniğe başvuran 9-14 yaş grubundaki çocukların; denetim odağı düzeylerini incelemek ve etkili olabilecek etmenleri ortaya koymak, elde edilen veriler ışığında hastane çalışanlarına, ailelere rehberlik etmek amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem

Ankara il merkezinde bulunan üniversite hastanelerinde kronik hastalık nedeniyle yatan ve akut hastalık nedeniyle polikliniklere başvuran 9-14 yaş grubundaki çocuklar araştırmanın evrenini oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemini, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cebeci Hastanesi Çocuk Hastalıkları Bölümü ile Hacettepe Üniversitesi İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesi polikliniklerine başvuran akut hastalığa sahip 9-14 yaş grubu çocuklar ile, aynı hastanelerin yataklı servislerinde bir aydan uzun süredir kronik hastalık nedeniyle yatarak tedavi gören aynı yaş grubundaki çocuklar oluşturmaktadır. Kişilik gelişiminin etkilenebileceği düşüncesiyle; parçalanmış aile çocukları ve fiziksel engelli çocuklar araştırma kapsamı dışında bırakılmıştır. Araştırma 01.01.2003-31.03.2003 tarihleri arasında yürütülmüştür.

Araştırmada çocuğun kendisine ve ailesine yönelik bilgi almak amacıyla; araştırmacı tarafından geliştirilen genel bilgi formu ve 1973 yılında Nowicki-Strickland tarafından geliştirilen ve Giderer (1) tarafından geçerlilik-güvenirliliği yapılan "Nowicki-Strickland Denetim Odağı Ölçeği" kullanılmıştır.

Bulgular

Tablo I'de akut hastalığı olan çocukların puan ortalamaları (12,34 ± 3,81) kronik hastalığı olan çocukların puan ortalamalarından (16,00 ± 4,10) anlamlı düzeyde düşüktür. Yapılan varyans analizi sonucunda akut ve kronik hastalığa sahip çocukların denetim odağı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı (p<0,01) bir fark bulunmuştur. Tabloda yaşlara ilişkin sonuçlar incelendiğinde; denetim odağı açısından ilerleyen yaşla birlikte puan ortalamalarının da düştüğü, 13-14 yaş seviyesinde en düşük düzeyde olduğu (12,57 ± 4,99) görülmektedir. Varyans analizi sonuçları da çocuğun yaşının denetim odağına ilişkin puanlarında anlamlı bir farklılık yarattığını ortaya koymuştur (p<0,01). Hastalık durumu x yaş interaksyonuna ilişkin Duncan testi sonuçları 13-14 yaş grubundaki akut ve kronik hastalıklı çocukların denetim odağı puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğunu göstermektedir. Tablo II incelendiğinde; akut ve kronik hastalığı olan çocukların puanları arasındaki farkın anlamlı olduğu (p<0,01) görülmektedir. Çocukların cinsiyetleri dikkate alındığında; erkeklerin denetim odağı puan ortalamalarının (14,52 ± 4,27), kızlara göre (13,74 ± 4,45) daha yüksek olduğu, ancak cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır (p>0,05).

Tablo I: Araştırmaya alınan akut ve kronik hastalığa sahip olan çocukların yaşlarına göre denetim odağı puanlarına ait ortalamalar, standart sapmalar ve varyans analizi sonuçları.

Grup ve yaş	Denetim odağı puanı	
	n	x ± s
Akut		
9-10 yaş	38	14,05 ± 3,14 A
11-12 yaş	22	12,32 ± 3,96 A
13-14 yaş	17	8,53 ± 1,77 B
Toplam	77	12,34±3,81
Kronik		
9-10 yaş	28	16,21 ± 3,73 A
11-12 yaş	22	16,82 ± 3,76 A
13-14 yaş	27	15,11 ± 4,68 A
Toplam	77	16,00 ± 4,10
Genel		
9-10 yaş	66	14,97 ± 3,54 A
11-12 yaş	44	14,57 ± 4,44 A
13-14 yaş	44	12,57 ± 4,99 B
Toplam	154	14,17 ± 4,35
Varyans analizi sonuçları	F	p
Hastalık durumu	52,54**	0,000
Yaş	10,99**	0,000
Hastalık durumu x Yaş	4,72*	0,010

* P<0,05, **P<0,01

Tablo 2: Araştırmaya alınan akut ve kronik hastalığı olan çocukların cinsiyetlerine göre denetim odağı puanlarına ait ortalamalar, standart sapmalar ve varyans analizi sonuçları

Grup ve Cinsiyet	Denetim odağı puanı	
	n	X ± s
Akut		
Kız	37	11,89±,91
Erkek	40	12,75±3,71
Toplam	77	12,34±3,81
Kronik		
Kız	33	15,82±4,12
Erkek	44	16,14±4,13
Toplam	77	16,00±4,10
Genel		
Kız	70	13,74±4,45
Erkek	84	14,52±4,27
Toplam	154	14,17±4,35
Varyans analizi sonuçları	F	P
Hastalık Durumu	32,282**	0,000
Cinsiyet	0,835	0,362
Hastalık Durumu x Cinsiyet	0,176	0,675

** P<0,01

Tablo III'de akut hastalığa sahip; dört ve fazla kardeşi olan çocukların denetim odağı puan ortalamaları (13,83 ± 3,66) diğerlerine göre en yüksek düzeydedir. Kronik hastalıklı çocuklarda ise; üç kardeşe sahip çocukların denetim odağı puan ortalamaları (15,61 ± 3,66) en düşük düzeyde bulunmuştur. Yapılan istatistiksel çalışmada; akut ve kronik hastalığı olan çocukların denetim odağı puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanırken (p<0,01), kardeş sayısı ve hastalık durumu x kardeş sayısı interaksiyonunda anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (p>0,05).

Tablo III: Araştırmaya alınan akut ve kronik hastalığı olan çocukların kardeş sayısına göre denetim odağı puanlarına ait ortalamalar, standart sapmalar ve varyans analizi sonuçları

Gurup ve kardeş sayısı	Denetim odağı puanı	
	n	X ± s
Akut		
Tek çocuk	9	11,89±2,52
1 kardeş	17	11,82±3,26
2 kardeş	28	13,29±4,07
3 kardeş	17	11,00±4,26
4 ve fazla kardeş	6	13,83±3,66
Toplam	77	12,34±3,81
Kronik		
Tek çocuk	6	16,17±5,88
1 kardeş	9	16,89±3,55
2 kardeş	19	16,11±4,47
3 kardeş	18	15,61±3,66
4 ve fazla kardeş	25	15,84±4,12
Toplam	77	16,00±4,10
Genel		
Tek çocuk	15	13,60±4,55
1 kardeş	26	13,58±4,11
2 kardeş	47	14,43±4,42
3 kardeş	35	13,37±4,55
4 ve fazla kardeş	31	15,45±4,06
Toplam	154	14,17±4,35
Varyans analizi sonuçları	F	p
Hastalık Durumu	25,820**	0,000
Kardeş sayısı	0,750	0,560
Hastalık Durumu x Kardeş sayısı	0,660	0,621

** P<0,01

Tablo IV incelendiğinde; akut hastalığı olan çocuklarda son çocuğun denetim odağı puanının ($11,43 \pm 3,92$), kronik hastalıklarda ise ortanca veya ortancalardan biri olan çocuğun denetim odağı puanının ($14,63 \pm 4,41$) diğerlerinden daha düşük olduğu görülmektedir.

Tablo IV: Araştırmaya alınan akut ve kronik hastalığı olan çocukların doğum sırasına göre denetim odağı puanlarına ait ortalamalar, standart sapmalar ve varyans analizi sonuçları

Grup ve doğum sırası	Denetim odağı puanı	
	n	X ± s
Akut		
İlk çocuk	37	12,89±3,57
Ortanca veya ortancalardan biri	17	12,35±4,14
Son çocuk	23	11,43±3,92
Toplam	77	12,34±3,81
Kronik		
İlk çocuk	30	16,43±4,33
Ortanca veya ortancalardan biri	19	14,63±4,41
Son çocuk	28	16,46±3,54
Toplam	77	16,00±4,10
Genel		
İlk çocuk	67	14,48±4,28
Ortanca veya ortancalardan biri	36	13,56±4,38
Son çocuk	51	14,20±4,46
Toplam	154	14,17±4,35
Varyans analizi sonuçları	F	p
Hastalık Durumu	30,126**	0,000
Doğum sırası	1,123	0,328
Hastalık Durumu x Doğum sırası	1,311	0,273

** P<0,01

Tablo V’de annelerin öğrenim düzeyi yükseldikçe, çocukların denetim odağı puan ortalamalarının giderek düştüğü görülmektedir. Anneleri üniversite mezunu olan çocukların puanları ($10,82 \pm 4,35$) diğerlerine göre en düşük seviyede olup, bu durum anne öğrenim seviyesi düştükçe, çocuklarda içten denetimin artmakta olduğunu göstermektedir. Yapılan varyans analizi sonucu da denetim odağı puanlarının annenin öğrenim düzeyine göre farklılaştığını ortaya koymaktadır ($p<0,05$). Duncan testi sonuçları, denetim odağı puanı açısından farklılığı yaratan grubun, anneleri üniversite mezunu olan çocuklar olduğunu göstermektedir.

Tablo V: Araştırmaya alınan akut ve kronik hastalığı olan çocukların anne öğrenim düzeyine göre denetim odağı puanlarına ait ortalamalar, standart sapmalar ve varyans analizi sonuçları.

Grup ve Anne öğrenim düzeyi	Denetim odağı puanı	
	n	X ± s
Akut		
Okur yazar ve ilköğretim mezunu	41	12,90±3,60
Orta dereceli okul mezunu	30	12,23±3,99
Üniversite mezunu	6	9,00±2,90
Toplam	77	12,34±3,81
Kronik		
Okur yazar ve ilköğretim mezunu	56	16,23±3,81
Orta dereceli okul mezunu	16	16,13±4,69
Üniversite mezunu	5	13,00±5,10
Toplam	77	16,00±4,10
Genel		
Okur yazar ve ilköğretim mezunu	97	14,82±4,05 A
Orta dereceli okul mezunu	46	13,59±4,59 A
Üniversite mezunu	11	10,82±4,35 B
Toplam	154	14,17±4,35
Varyans analizi sonuçları	F	p
Hastalık Durumu	16,390**	0,000
Anne öğrenim düzeyi	4,090*	0,019
Hastalık Durumu x Anne öğrenim düzeyi	0,096	0,909

** P<0,01, * P<0,05

Tablo VI’ da denetim odağına ilişkin puan ortalamaları incelendiğinde; babaları üniversite mezunu olan çocukların denetim odağı puanlarının ($12,72 \pm 4,35$) en düşük düzeyde olduğu; yani daha içten denetimli oldukları görülmektedir. Akut hastalıklı çocukların denetim odağı puanlarının, kronik hastalığı olan çocuklara göre her üç grupta da daha düşük olduğu görülmektedir. Yapılan varyans analizi sonuçları baba öğrenim düzeyinin çocukların denetim odağı puan ortalamalarında anlamlı bir farklılığa yol açtığı ($p<0,01$), Duncan testi sonuçları da babaları orta dereceli okul mezunu olanlarla üniversite mezunu olan çocukların denetim odağı puanları arasındaki farklılığın anlamlı olduğunu göstermiştir. Tablo VII incelendiğinde; anneleri 41-50 yaş arasında olan çocukların hem akut ($11,11 \pm 3,00$), hem kronik ($14,23 \pm 3,96$) hastalığı olan, hem de genel grupta ($12,48 \pm 3,76$) denetim odağı puanlarının en düşük düzeyde olduğu, yani bu gruptaki çocukların diğer yaş gruplarındaki annelerin çocuklarına göre daha içten denetimli oldukları görülmektedir. Varyans analizi sonuçları da anne yaşının

denetim odağı ($p<0,01$) puanlarında anlamlı bir farklılık yarattığını ortaya koymuştur. Duncan testi sonuçları denetim odağı açısından üç farklı yaş grubundaki annelerin çocuklarının puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğunu göstermiştir.

Tablo VI: Araştırmaya alınan akut ve kronik hastalığı olan çocukların baba öğrenim düzeyine göre denetim odağı puanlarına ait ortalamalar, standart sapmalar ve varyans analizi sonuçları.

Grup ve Baba öğrenim düzeyi	Denetim odağı puanı	
	n	X ± s
Akut		
Okur yazar ve ilkököl mezunu	17	11,29±2,70
Orta dereceli okul mezunu	49	13,04±4,11
Üniversite mezunu	11	10,82±3,28
Toplam	77	12,34±3,81
Kronik		
Okur yazar ve ilkököl mezunu	27	15,70±4,00
Orta dereceli okul mezunu	32	17,44±3,74
Üniversite mezunu	18	13,89±4,07
Toplam	77	16,00±4,10
Genel		
Okur yazar ve ilkököl mezunu	44	14,00±4,13 AB
Orta dereceli okul mezunu	81	14,78±4,50 A
Üniversite mezunu	29	12,72±4,35 B
Toplam	154	14,17±4,35
Varyans analizi sonuçları	F	p
Hastalık Durumu	32,811**	0,000
Baba öğrenim düzeyi	6,743**	0,002
Hastalık Durumu x Baba öğrenim düzeyi	0,336	0,715

** $P<0,01$

Tablo VIII'de, denetim odağı puanları incelendiğinde; baba yaşı 51 ve üzeri olan çocukların hem akut (9,75 + 2,12), hem de kronik (15,50 + 3,12) hastalık durumunda daha düşük puan aldıkları görülmektedir. Varyans analizi sonuçları da baba yaşının çocukların denetim odağı puanlarında anlamlı bir farklılık yarattığını ortaya koymuştur. Duncan testi sonuçları denetim odağı puanı açısından farklılığı yaratan grubun babaları 51 ve daha büyük yaşta çocukları olduğunu ortaya koymuştur. Tablo IX'da kronik hastalığı olan çocuklarda hastalığın tanısına göre denetim odağına ilişkin sonuçlar incelendiğinde böbrek hastalığı olanlarda denetim odağı puanının en yüksek (18,06 + 2,77), enfeksiyon hastalığı olanların ise en düşük (12,50 ± 2,78) seviyede olduğu görülmektedir. Bu sonuçlar

enfeksiyon hastalığı olan çocukların diğerlerine göre daha içten denetimli, böbrek hastalığı olanların ise daha dıştan denetimli olduklarını göstermektedir. Çizelgeye göre hemato-onkoloji hastaları da diğerlerine göre daha dıştan denetimlidirler. Yapılan varyans analizi sonuçları da; kronik hastalıklı çocuklarda hastalığın tanısının denetim odağı sonuçlarında anlamlı bir farklılık yarattığı şeklindedir ($p<0,01$). Duncan testi sonuçları denetim odağı puanı açısından böbrek hastalığı olanlarla enfeksiyon hastalığı olan çocukların puanları arasındaki farkın anlamlı olduğunu göstermektedir.

Tablo VII: Araştırmaya alınan akut ve kronik hastalığı olan çocukların anne yaşına göre denetim odağı puanlarına ait ortalamalar, standart sapmalar ve varyans analizi sonuçları.

Grup ve Anne yaşı	Denetim odağı puanı	
	n	X ± s
Akut		
30 yaş ve altı	8	13,88±3,04
31-40 yaş	41	12,88±4,24
41-50 yaş	28	11,11±3,00
Toplam	77	12,34±3,81
Kronik		
30 yaş ve altı	13	17,92±4,21
31-40 yaş	42	16,33±3,87
41-50 yaş	22	14,23±3,96
Toplam	77	16,00±4,10
Genel		
30 yaş ve altı	21	16,38±4,24 A
31-40 yaş	83	14,63±4,39 B
41-50 yaş	50	12,48±3,76 C
Toplam	154	14,17±4,35
Varyans analizi sonuçları	F	p
Hastalık Durumu	23,063**	0,000
Anne yaşı	6,302**	0,002
Hastalık Durumu x Anne yaşı	0,104	0,901

** $P<0,01$, * $P<0,05$

Tablo X incelendiğinde; daha önce hastanede yatan çocukların, hastane tecrübesi olmayan çocuklara göre (13,19 ± 4,01) daha dıştan denetimli olduğu görülmektedir. Yapılan varyans analizi sonucunda çocuğun daha önce hastanede yatma durumu ile denetim odağı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,01$). Duncan testi sonuçları daha önce 4-6 ay hastanede yatan çocuklarla, 7 aydan fazla yatanların denetim odağı puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğunu göstermektedir.

Tablo VIII: Araştırmaya alınan akut ve kronik hastalığı olan çocukların baba yaşına göre denetim odağı puanlarına ait ortalamalar, standart sapmalar ve varyans analizi sonuçları.

Grup ve Baba yaşı	Denetim odağı puanı	
	n	X ± s
Akut		
30-40 yaş arası	35	13,47±3,91
41-50 yaş arası	34	11,94±3,67
51 yaş ve üzeri	8	9,75±2,12
Toplam	77	12,34±3,81
Kronik		
30-40 yaş arası	38	17,41±3,93
41-50 yaş arası	31	14,74±4,30
51 yaş ve üzeri	8	15,50±3,12
Toplam	77	16,00±4,10
Genel		
30-40 yaş arası	73	13,94±5,34 A
41-50 yaş arası	65	13,28±4,20 A
51 yaş ve üzeri	16	12,63±3,93 B
Toplam	154	14,17±4,35
Varyans analizi sonuçları	F	p
Hastalık Durumu	12,846**	0,000
Baba yaşı	4,038**	0,009
Hastalık Durumu x Baba yaşı	0,980	0,404

** P<0,01

Tablo IX: Araştırmaya alınan akut ve kronik hastalığı olan çocukların hastalığın tanısına göre denetim odağı puanlarına ait ortalamalar, standart sapmalar ve varyans analizi sonuçları

Hastalığın tanısı	Denetim odağı puanı	
	n	X ± s
Kalp damar cerrahisi	7	13,29±4,23 AB
Böbrek hastalığı	16	18,06±2,77 A
Hemato-onkoloji hastalığı	17	17,18±4,17 AB
Enfeksiyon hastalığı	8	12,50±2,78 B
Endokrin hastalığı	7	14,71±5,12 AB
Cerrahi hastalığı	22	16,14±3,87 AB
Toplam	77	16,00±4,10
Varyans analizi sonuçları	F	p
	3,501**	0,007

** P<0,01

Tablo XI'de hastalığını bilen çocukların denetim odağı puanlarının bilmeyenlere göre daha düşük (15,49 + 4,01) olduğu görülmektedir. Yapılan varyans analizi sonucunda; çocuğun hastalığını bilip bilmeme durumunun denetim odağı puan ortalamalarında, istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yarattığı bulunmuştur (p<0,05).

Tablo X: Araştırmaya alınan akut ve kronik hastalığı olan çocukların daha önce hastanede yatma durumuna göre denetim odağı puanlarına ait ortalamalar, standart sapmalar ve varyans analizi sonuçları.

Daha önce hastanede yatma durumu	Denetim odağı puanı	
	n	X ± s
Hiç yatmadı	103	13,19 ± 4,01 AB
1-3 ay	30	16,60±4,46 AB
4-6 ay	14	15,64±4,20 A
7-9 ay	4	15,25±5,68 B
10 ay ve üzeri	3	15,00 ± 4,58 B
Toplam	154	14,17 ± 4,35
Varyans analizi sonuçları	F	p
	4,500**	0,002

**p<0,01

Tablo XI: Araştırmaya alınan akut ve kronik hastalığı olan çocukların hastalığını bilip bilmemesine göre denetim odağı puanlarına ait ortalamalar, standart sapmalar ve varyans analizi sonuçları.

Hastalığı bilip bilmeme durumu	Denetim odağı puanı	
	n	X ± s
Hayır bilmiyor	16	17,94±3,99
Evet biliyor	61	15,49±4,01
Toplam	77	16,00±4,10
Varyans analizi sonuçları	F	p
	4,722*	0,033

* P<0,05

Tartışma

Araştırma sonucunda kronik hastalığı olan çocukların diğerlerine göre daha dıştan denetimli olduklarını söylemek mümkündür. Hem akut, hem de kronik hastalığı olan 13-14 yaş çocuklarında denetim odağı puanı en düşük düzeydedir. Kronik hastalığı olan çocukların, akut hastalığı olanlara göre daha dıştan denetimli olmaları; uzun ve zor bir tedavi süreci geçirmekte oldukları için bu problemlerin kaynağını dışarıda arıyor olduklarını düşündürmektedir. Akranlarından bu denli farklılık gösteren, zorluklarla dolu bir dönem geçiyor olmaları, zaman zaman ailelerinden ve ev ortamından, arkadaşlarından ayrı bir yaşam sürmelerini kendilerine verilmiş bir ceza olarak algılayabilmektedirler. Yaşla birlikte çocukların daha içten denetimli oldukları görülmektedir. Bu durumun yaş büyüdükçe, çocuğun bilişsel yeteneklerindeki artış sonucunda kendisini daha sağlıklı bir şekilde değerlendirmesinden kaynaklandığı söylenebilir. Denetim odağı konusunda yapılan bir çok araştırma sonucunda yaşla birlikte denetim odağının içselliğe doğru kaydığı sonucuna ulaşılmıştır (2-5). Adams (6) ergenlerde yaş ve cinsiyetin sosyal yeteneklere etkisini incelediği çalışmasında; denetim odağı açısından cinsiyetler arasında

farklılık olmadığı sonucuna varmıştır. Sherman (2) çocuklarda yaşlara göre içsel denetimin gelişimini incelediği çalışmada; cinsiyet farklılığının içsel denetimin gelişiminde önemli bir etken olmadığını belirlemiştir. Payne and Payne (3); anaokulu birinci, ikinci, üçüncü, dördüncü ve beşinci sınıfa devam eden çocuklarda denetim odağının ırk, cinsiyet ve sınıf düzeyleri ile ilişkisini inceledikleri çalışmasında; denetim odağının cinsiyetle ilişkisinin önemli olmadığı sonucuna varmışlardır. Köksal (7); üniversite öğrencilerinin denetim odakları ve saldırgan davranışları arasındaki ilişkiyi incelediği çalışmasında; cinsiyetin denetim odağı düzeyini etkilemediği sonucuna varmıştır. Aksoy (4); lise son sınıf öğrencilerinin özsaygı ve denetim odağını etkileyen bazı değişkenlerin incelenmesi konulu araştırmasında; cinsiyetler arasındaki farkın önemsiz olduğu sonucuna ulaşmıştır. Sert (8) normal lise ile imam hatip lisesi öğrencilerinin denetim odakları üzerine yaptığı incelemede; cinsiyet özelliklerinin denetim odağında farklılık yaratmadığı sonucuna ulaşmıştır. Buluş (9) lise ikinci sınıfta okuyan ergenlerin denetim odağı ve yalnızlık düzeyi ilişkisini incelediği çalışmasında; cinsiyetin denetim odağı düzeyinde etkili olmadığını saptamıştır.

Çocuğun sahip olduğu kardeşlerin sayısından ziyade, anne-babaların onlara karşı tutumları, kardeşler arasında anne-baba açısından tutum farklılıklarının olup olmaması ya da akut ya da kronik bir hastalığın varlığı, bu hastalığın etkisi ile anne-baba tutumlarındaki değişiklik ya da tutarsızlık gibi başka etmenler denetim odağı puanlarını etkilemektedir. Deniz (10) kronik hastalığı olan ve olmayan çocuklarda davranış sorunların incelediği araştırmasında; farklı kardeş sayısına sahip çocukların puanları arasındaki farkın önemli olmadığı sonucuna ulaşmıştır. Sonuçlar çocuğun doğum sırasının içten ya da dıştan denetimli olmasının tek başına etkili bir etmen olmadığını, çocuğun kronik bir hastalığa sahip olup olmamasının doğum sırasına göre daha belirleyici bir etmen olduğunu ortaya koymaktadır.

Araştırmaya dahil edilen çocukların anne öğrenim düzeyinin düşük olmasının çocuklarda daha fazla sorun oluşmasına zemin hazırladığı görülmektedir. Thompson ve ark. (11); orak hücreli anemisi olan çocukların davranış sorunları ve annenin öğrenimi arasında olumsuz bir ilişki bulmuşlardır. Üniversite öğrenimi görmüş olmak; annelerin çocuk yetiştirme konusunda da kendilerini yetiştirmelerine olanak sağlamaktadır. Anne öğrenim düzeyi yükseldikçe içten denetimliliğin artması çocuğun kronik hastalık gibi yaşamı

tehdit edici bir sorun içinde olması halinde bile anne öğrenim düzeyinin artması ile hem çocuk, hem de aile açısından sorunlarla daha kolay başedebilirliğin olabileceğini düşündürmektedir. Annelerin üniversite mezunu olmaları ile kazandıkları olumlu çocuk yetiştirme konusundaki tutum ve davranışları, her türlü olumsuzlukta kendini iyi yönde göstermektedir. Yapılan bir çalışmada da ; eğitimli annelerin çocuklarının birçok açıdan daha iyi geliştiği saptanmıştır (12). Deniz (10); kronik hastalığı olan ve olmayan çocuklarla ilgili araştırmasında; anne öğrenim durumu düşük olan çocuklarda; daha fazla davranış problemi olduğu sonucuna ulaşmıştır. Yine Bulut (13) yaptığı çalışmada; yüksek okul mezunu annelerin çocuklarının soruna ilişkin genel davranış puanlarının diğerlerine göre en düşük düzeyde olduğunu bulmuştur.

Yapılan çalışmalar; babaların hasta çocukla duygusal yönden yakından ilgili olduklarını ve çocuğun bakımına yeterli ölçüde katılmadıkları zaman, çocuğun hastalığı üzerindeki denetimlerinin azalması nedeniyle kendilerini çaresiz hissettiklerini göstermiştir. Annelerle karşılaştırıldığında babalar, çocuklarına doğrudan yardımcı olabilmek için daha az fırsatlara sahiptirler. Aynı zamanda uzun çalışma saatleri nedeniyle anneye göre, sağlık personelinin daha az destek ve bilgi aldıkları görülmektedir. Babaların içinde buldukları bu durum, kronik hastalıklı çocuğun sorunlarıyla daha az ilgilenebilmelerini ve dolaylı olarak da daha fazla ilgi ve özen gerektiren bu çocukların sorunlarının, böyle bir ilgi ve özen ihtiyacının doğmamış olduğu sağlıklı çocuklara göre daha yüksek olabileceğini göstermektedir (14). Deniz (10); kronik hastalığı olan ve olmayan çocuklarla yaptığı çalışmada; orta dereceli okul mezunu babaların çocuklarının diğerlerine göre daha sorunlu olduklarını belirtmiştir. Anne yaşı büyük olan çocukların daha içten denetimli olmasının; annenin yaşı arttıkça; çocuk yetiştirmede daha deneyimli ve bilinçli hale gelmelerinden kaynaklandığı söylenebilir. Ancak; anneler çoğunlukla hasta çocuklarına karşı daha hoşgörülü ve disiplin kurallarından uzak bir tutum sergileyebilmektedirler. Hasta çocuklar bu durumdan yararlanarak, ikincil kazanç sağlama yoluna gidebilmektedirler. Ailenin çocuğa sağlıklı iken gösterdiği tepkiler, onların davranışlarını gerçekleştirmelerinde çelişkilere neden olarak daha olumsuz ve istediğini elde etmede daha öfkeli ve saldırgan olmalarına neden olabilmektedir (15). Ailenin bu tutumu geleneksel olarak çocuk yetiştirme kültüründen kaynaklanabileceği gibi bu

özellik deneyimlerin azlığı nedeniyle genç annelerde yaşı büyük olanlara göre daha belirgin olarak bulunabilir. İlk yıllardaki anne-çocuk ilişkisinin önemi, babanın rolünü azaltmaktadır. Daha sonraki yıllarda babanın önemi giderek artmaya başlamaktadır. Babanın varlığıyla çocuk; annenin yalnız kendisine ait olmadığını, annenin kendisinden başka kişilerle de ilgilendiğini görür. Bu durum, çocukta bir iç çatışmaya bağlı olarak huzursuzluk ve sıkıntı hali doğurabilir. Davranışçı açıdan çocukla birlikte geçirdiği sürenin kısmen kısa olması nedeniyle babanın rolünün daha önemsiz olduğu sonucu çıkarılabilir. Ancak babaların uygun davranış konusundaki tavırları belirgin ve bu davranışlar arasında kesin çizgiler çizilmişse çocuklardaki davranış farklarını oluşturma ve güçlendirmedeki rolleri anneninkinden daha önemli yer tutabilmektedir (16).

Çocuğun ruhsal gelişiminde normal ve dengeli bir aile düzeni içinde üç-dört yaştan başlayarak erkek çocuk için baba, kız çocuk için ise anne kişilik modeli teşkil etmektedir. Sevgi ve belirli bir anlayış çerçevesinde anne ve baba çocuğun gelişiminde ortak görevlere sahiptir. Ancak genç yaşta baba olanlar ya da babalık görevini gereği gibi yerine getiremeyenlerin çocuk üzerinde olumsuz etkisi olabilmektedir. Anne-babalar çocuklarını en doğru biçimde yetiştirmede kaygı duyarlar. Yaşı daha büyük olan bireylerin sosyal rolü ve aile rolünün düzenli bir şekilde girmesi ihtimali daha yüksektir. Dolayısıyla yaşlarının büyük olmasıyla beraber, sakin bir döneme girmiş olan babaların çocuklarının kişilik gelişimini daha olumlu etkilemelerinin doğal olduğu düşünülebilir (17). Ancak her iki grupta akut hastalığı olan çocukların puan ortalamalarının daha düşük olduğu ve daha içten denetimli oldukları dikkati çekmektedir. Araştırmaya alınan çocuklara genel olarak bakıldığında da babaları 51 ve daha büyük yaşta olan çocukların puan ortalamaları (12,63 ±3,93) olup, en düşük seviyededir. Bu durum babanın yaşı yükseldikçe, çocukların daha içten denetimli olma eğiliminde olduklarını göstermektedir.

Çocukların hastalıklarının özellikleri göz önüne alındığında; hem böbrek, hem de hemato-onkoloji hastalıklarının uzun süreli tedavi gerektiren, hayatı tehdit eden ve çocuğu birçok yönden kısıtlayan hastalıklar olduğuna dikkat etmek gerekir. Diğer hastalıklara göre; bu iki grup hastalık, hem çocuk, hem de ailesi açısından gerçekten göğüslenmesi zor hastalıklardır. Onkolojik sorunu olan çocuklar devamlı olarak kemoterapi ilaçları almak zorundadırlar. Aynı zamanda kanser tedavisinde uygulanan radyolojik tedaviye de maruz

kalmaktadırlar. Sözü edilen her iki tedavi türü de saç dökülmesi gibi yan etkiler göstermek yanında yeme problemleri, kusma-bulantı ve ilaçların bağışıklık sistemini zayıflatmasına bağlı olarak enfeksiyonlardan korunma amaçlı diğer kişilerden uzak tutulma gibi sorunlarla baş başa kalmaktadırlar. Çocukluk yıllarında görülen böbrek hastalıklarının doğası gereği çocuklarda birçok kısıtlama ve tedavi amaçlı vücuda uygulanan tedavi girişimleri uygulanabilir. Bazı kalp ve böbrek hastalıklarında hastalığın türü ve ciddiyetine uygun olarak vücutta sıvı-elektrolit dengesizliğini düzeltmek ve sürdürmek amacıyla bazı yiyeceklerin kısıtlanması ya da tamamen tüketilmemesi yoluna gidilebilir. Ayrıca bu tür hastalığı olan çocuklara bazı elektrolit ve ilaç-sıvıların verilebilmesi için vücut bütünlüğünü geçici de olsa bozan daha fazla uygulamalar yapılabilir. Vücut bütünlüğünü bozan, acı ve ağrı veren bu uygulamalar tekrarlı bir şekilde uzun süre yapıldığı takdirde çocuk tarafından tehdit edici olarak algılanabilir (18,19). Kronik hastalıklı çocuklar, hastalıklarının ve tedavinin uzun sürmesi sonucunda hastaneye sık aralıklarla ve uzun süre yatmak zorunda kalmaktadırlar. Çocukların hastahaneye yatma nedenleri her ne kadar tıbbi ve cerrahi tedavi almak amaçlı olsa da, henüz gelişimleri devam ettiği için önceden var olan yaşam deneyimlerinin ve etkinliklerinin devam etmesi gerekmektedir. Bu fırsatların çocuklara yanlarında kalan refakatçi ile büyük oranda sunulabileceği düşünülse de, hastahane olanak ve kurallarını bilen çocuk gelişimi uzmanı, hemşire ve doktor gibi hastahane personelinin çocukların bu yönlerini ve gereksinimlerini karşılayacak bilgi ve eylemlerde olmaları beklenmektedir(1,19). Daha önce hastahane deneyimi olan çocukların daha dıştan denetimli olmaları dikkati çekmektedir. Bu durumu; ülkemizin gerçekleriyle birleştirdiğimizde; ülke ekonomisinin yetersizliğine koşut olarak hastahane, hastahane donanımı ve sağlık çalışanı yetersizliği gündeme gelmektedir. Bunun sonucunda hasta çocuklara hizmet sunan sağlık çalışanı daha çok hastayla aynı esnada ilgilenmek zorunda kalmaktadır. Bu durum da hasta çocuğu merkez alan yaklaşımdan uzak kalınarak, iş merkezli yaklaşımların sergilenmesine olanak vermektedir. Bu nedenle hasta olan çocukların birçok gereksinimi göz ardı edilerek gelişimlerinin sağlıklı olarak devam etmesi engellenmektedir ve elde edilen sonuçlar; çocuğun bilgilendirilmesinin önemini vurgulamaktadır. Çocuk neden hastahane olduğunu, neden bazı işlemlerin kendine yapıldığını bilirse, kabul ve

yorumlaması daha kolay olmaktadır. Burada hem aile, hem de sağlık çalışanına önemli görevler düşmektedir. Yapılan her işlem çocuğa anlayabileceği bir dille anlatılmalı, hastalığının gidişi ile ilgili bilgi verilmelidir. Tabii burada karmaşık tıbbi bilgileri içeren bir dil değil, çocuğun anlayabileceği bir dil kullanılmalıdır.

Elde edilen bulgular ışığında çocukların hastahaneye yatırılmaları durumunda; yaşları ve gelişim düzeyleri, sosyo-ekonomik ve kültürel durumları dikkate alınarak hastahaneye hazırlayıcı eğitim verilmelidir. Hastahaneye hazırlayıcı eğitim çocuk gelişimi ve eğitimi uzmanı, psikolog ve pedagoglar tarafından verilmelidir. Sağlık çalışanının da bu eğitim programında yer alması çocuklara güven verecektir. Anne-babaların çocukları hakkında eğitimcilere ayrıntılı bilgi vermeleri, programın daha yararlı bir şekilde yürütülmesini sağlar. Sadece anne-baba ve çocuk değil; çocukla iletişimi olan öğretmen, çocuk gelişimci ve sağlık çalışanı düzenli olarak; sağlıklı ve hasta çocuğa karşı doğru yaklaşımlar konusunda hizmet içi eğitimden geçmelidir. Öğretmen, çocuk gelişimci ve sağlık çalışanı; çocukta davranış sorunu ve kişilik özelliklerinde beklenmeyen bir durum gözlemediği takdirde, aile ile işbirliği yaparak, çocuk ve ailenin tedavi olmasını sağlamalıdır.

Özellikle kronik hastalığı olan çocukların kişilik özelliklerinde ve davranışlarında daha fazla sorun olmaktadır. Kronik hastalık tanısı konan çocuk ve ailesinin hastalık ve psikolojik sorun ve hastalıkla başetmede danışmanlığa gereksinimleri vardır. Bu amaçla çocuk ve ailesi ailesel, sosyal, ekonomik yönlerden sorgulanarak, geçmiş ve şimdiki durumlarına ilişkin olarak yazılı öyküleri alınmalıdır. Bu bilgiler doğrultusunda çocuk ve ailesi durumlarına uygun olarak hastalıkları konusunda bilgilendirilmelidirler. Ayrıca tanı konulduğu andan itibaren bu aileler düzenli olarak psikolojik danışmanlık almaları sağlanmalıdır. Aynı zamanda bu ailelerin içinde buldukları ve hastalığın getireceği ekonomik güçlüklerin üstesinden gelebilmeleri için çeşitli dernek ve yardım kuruluşlarından yararlanabilmeleri sağlanmalıdır. Aile ile birlikte yaşayan bireyler var ise, bu kişiler de eğitim ve danışmanlık hizmetlerine dahil edilmelidirler. Aile ile birlikte yaşayan kişilere ve hasta çocuğun kardeşlerine yönelik olarak hasta çocuğun durumu, gereksinimleri ve yaşamaları olası olan psikolojik sorunlar konusunda bilgi verilmeli ve hasta çocuğa ve ailesine karşı nasıl bir tutum içinde olabilecekleri konusu tartışılmalıdır.

Hasta çocuk ve ailesinin bütün soru ve kaygıları müdahale edilmeden etkili bir iletişimle dinlenmelidir. Hasta çocuk ve ailesinin duygularını ifade etmelerini sağlamak amacı ile onların duygu ve düşüncelerini dinlemeye zaman ayırmak yanında, hastalığı kabullenmeleri ve çocuğun hastalığı sürecinde de gelişiminin sağlıklı olarak devam etmesi konusunda aile teşvik edilerek desteklenmelidir. Çocuğun hastalığına bağlı olarak kendisine yapılan her türlü girişim, korku, kaygı ve duygusal sorunların oluşmasına zemin hazırlayabilir. Çocukları bu olası sorunun etkisinden koruyabilmek için; yapılacak her yeni girişimde onların gelişim düzeylerine uygun olarak bilgilendirilmeleri önemlidir. Ayrıca çocukların gelişimlerine uygun olarak yapılacak olan drama, gösteri ve diğer oyun yöntemleri ile hem eğitilmeleri, hem de duygularını ifade etmeleri sağlanabilir.

Çocukların kendilerini daha rahat ifade etmelerini ve psikolojik sorunlarının en az düzeyde olmasını sağlamak amacıyla bu çocuklara hizmet sunan sağlık çalışanı, çocuk gelişimi ve iletişim konularında uzman kişilerin vereceği hizmet içi eğitimlerine dahil edilebilir ve bu eğitimler sürekli hale getirilebilir. Ayrıca kronik hastalıklı çocuklarla devamlı olarak başbaşa kalan sağlık çalışanının yaşayabileceği bazı psikolojik sorunlara yönelik olarak da duygularıyla başetmelerini sağlayacak toplantılar düzenli olarak bu hastahanelerde sağlanabilir.

Hastahanelerde hasta çocuk, ailesi ve sağlık çalışanına çeşitli açılardan yararlı olabilecek çocuk gelişim uzmanları ve psikologlar daha fazla sayıda bulunmalıdır. Bu uzmanların hastahanelerde daha etkin olarak çalışmalarını için koşullar iyileştirilip kendilerine olan gereksinim daha yoğun olarak hissettirilebilir. Aileler bu konuda bilgilendirilip, çocuk gelişimi uzmanı ve psikologlara olan gereksinimlerini ifade ederek bu hizmetleri istemeyi alışkanlık ve gereklilik haline getirebilirler. Bu eğitim sadece hastahanelerde değil, tüm okul ve ortamlarda, bazı psikolojik sorunları önlemede sorun çıkmadan önceki aşamalarda, kriz durumlarında psikolojik danışmanlığın önemini insanların kabullenmesini sağlayacak tarzda olmalıdır.

Akut ve kronik hastalığı olan çocukların denetim odağı, benlik kavramı ya da başka kişilik özelliklerini incelemek amacı ile yapılacak olan araştırmalarda daha çok çocuğa, daha farklı alanlarda ulaşılabilir. Kırsal ve kentsel alanları içeren örneklemle birlikte farklı düzeydeki hastahanelere gelen çocuklar bu amaçlarla araştırma kapsamına alınabilir.

Hasta çocuklarla ilgili yapılan tüm araştırmalar düzenli kayıtlar tutularak saklanırsa; bu konuda yapılan araştırmalarda sorunların gerçek nedenleri ortaya konabilir ve çözümler daha net olarak belirlenebilir.

Kaynaklar

1. Giderer HE. Fen Lisesi ile Ömer Seyfettin Lisesi öğrencilerinin denetim odağına göre bazı değişkenler yönünden karşılaştırılması. Yüksek lisans tezi (basılmamış). Hacettepe Üniversitesi. Ankara. 1990.
2. Sherman LW. Development of childrens perceptions of internal locus of control: A cross-sectional and longitudinal analysis. *Journal of Personality*, 1984; 52: 338- 55.
3. Payne BD, Payne DA. Sex, race and grade differences in the locus of controlorientations of at-risk elementary students. *Psychology in the Schools*, 1989; 26: 84- 8.
4. Aksoy CA. Lise son sınıf öğrencilerinin özsaygı ve denetim odağının etkileyen bazı değişkenlerin incelenmesi. Doktora tezi (Basılmamış). Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir. 1992.
5. Tükel R, Gök T. Kontrol odağının anksiyete ve depresyon ile ilişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 1996; 7: 11- 6.
6. Adams RG. Social Competence During Adolescence: Social Sensitivity, Locus of Control, Empathy and Peer Popularity. *Journal of Youth and Adolescence*. 1983; 12: 203- 11.
7. Köksal F. Denetim odağı ile saldırgan davranışlar arasındaki ilişkiler. Doktora tezi (yayımlanmamış), Atatürk Üniversitesi, Erzurum. 1991.
8. Sert AM. Normal lise ile imam hatip lisesi öğrencilerinin denetim odakları üzerine bir inceleme. Yüksek lisans tezi (basılmamış), Marmara Üniversitesi, İstanbul. 1994.
9. Buluş M. Ergen öğrencilerde denetim odağı ve yalnızlık düzeyi ilişkisi. Doktora tezi (basılmamış). Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir. 1996.
10. Deniz Ü. Kronik hastalığı olan ve olmayan çocuklarda davranış problemlerinin incelenmesi. Doktora tezi (basılmamış). Ankara Üniversitesi, Ankara. 2003.
11. Thompson RJ, Armstrong FD, Kronenberg WG, Scott D Mccobe, Smith B. Family functioning, neurocognitive functioning and behavior problems in children with sickle cell disease. *Journal of Pediatric Psychology*, 1999; 24: 491- 8.
12. Kağıtçıbaşı Ç. Çocuk gelişiminde erken destek projesi: Türkiye örneği, erken çocukluk eğitiminde farklı modeller. *Seminer Bildirileri*. İstanbul, 1990; 41-57.
13. Bulut Ş. Altı yaş çocuklarında davranış problemleri ile anne ve öğretmenlerin uyum düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. Yüksek lisans tezi (basılmamış). 2000.
14. Çavuşoğlu H. Kronik ve ölümcül hastalık kavramları ile hematolojik ve onkolojik sorunu olan çocuk ve hemşirelik bakımı. *Hürbilek Matbaacılık*, Ankara. 1992.
15. Pişkin Ş. 4-15 yaş grubu kronik hastalığı olan çocukların hastalığına ve hastaneye yatma tepkileri. Yüksek lisans tezi (basılmamış). Hacettepe Üniversitesi. Ankara. 1993.
16. Yavuzer H. Anne-baba ve çocuk. *Evrin Matbaacılık*, İstanbul. 1986.
17. Yörükoğlu A. Çocuk Ruh Sağlığı. *Özgür Yayınları*. İstanbul. 1997.
18. Birol L, Akdemir N, Bedük T. İç hastalıkları hemşireliği, 2. Baskı, Ankara. 1990.
19. Terakye G. Hasta hemşire ilişkileri. 3. Baskı. Ankara. 1994.