

T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK ONKOLOJİ BİLİM DALINDA İZLENEN
HASTALARIN VE ANNELERİNİN
ANKSİYETE, DEPRESYON VE TRAVMA SONRASI STRES
BOZUKLUĞUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ

UZMANLIK TEZİ
DR. EZGİ ÖZLEM ÖZMEN

TEZ DANIŞMANI
YRD.DOÇ.DR. ARZU OKUR

ANKARA 2017

T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK ONKOLOJİ BİLİM DALINDA İZLENEN
HASTALARIN VE ANNELERİNİN
ANKSİYETE, DEPRESYON VE TRAVMA SONRASI STRES
BOZUKLUĞUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ

UZMANLIK TEZİ
DR. EZGİ ÖZLEM ÖZMEN

TEZ DANIŞMANI
YRD.DOÇ.DR. ARZU OKUR

ANKARA 2017

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi
Tez Sınav Tutanağı

Adı ve Soyadı	Ezgi Özlem ÖZMEN
Baba Adı	Müslüm
Doğum Yeri/Tarihi	Ankara/ 29.03.1987
Diploma Tarihi/Diploma No	2012 / 163718
Mezun olduğu Fakülte	Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi
İhtisas Yaptığı Anabilim Dalı/Bilim Dalı	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı
İhtisas Süresi	4 -Yıl
Sınav Yapılmasını İsteyen Makam	Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı

UZMALIK TEZİNİN ADI : Çocuk Onkoloji Bölümünde İzlenen Hastalarının ve Annelerinin Anksiyete, Depresyon ve Post Travmatik Stres Bozukluğunun Değerlendirilmesi

JÜRİ KARARI : Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi Dr.Ezgi Özlem ÖZMEN'in 'Çocuk Onkoloji Bölümünde İzlenen Hastalarının ve Annelerinin Anksiyete, Depresyon ve Travma Sonrası Stres Bozukluğunun Değerlendirilmesi' başlıklı tezi başarılı bulunmuştur.

JÜRİ ÜYELERİ

BAŞKAN
Prof. Dr. Leyla TÜMER



ÜYE
Prof. Dr. Emel ÜNAL

ÜYE
Yrd.Doç.Dr. Arzu OKUR

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım başta Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanımız değerli hocam Prof. Dr. Aysun BİDECİ olmak üzere anabilim dalımızın tüm öğretim üyelerine,

Tezin oluşturulması, sürdürülmesi ve tamamlanması sırasında bilgi birikimini, sabrını, özverisini ve yol göstericiliğini hiç esirgemeyen tez danışmanım değerli hocam Yard. Doç. Dr. Arzu OKUR'a,

Yardımları için Çocuk Onkoloji Bilim Dalı'ndan değerli hocalarım Prof. Dr. Ceyda KARADENİZ'e ve Prof. Dr. Faruk Güçlü PINARLI'ya,

Tezin oluşturulma aşamasından son aşamasına kadar, anketlerin seçilmesi, değerlendirilmesi, bulguların yorumlanması ve tartışılmasında desteklerini hiç esirgemeyen Çocuk Psikiyatrisi Anabilim Dalı öğretim üyelerinden Doç. Dr. Esra GÜNEY ve Uzm. Psikolog Esin Gökçe SARIPINAR'a,

İstatistiksel analiz çalışmalarında büyük bir özveri gösteren ve desteklerini esirgemeyen Uzm. Psikolog Çisem Utku'ya,

Çalışmama gönüllü olarak katılıp sabırla anket sorularını cevaplayan ve benimle görüşme yapan tüm katılımcı annelere ve çocuklara,

Beraber çalışmaktan her zaman zevk aldığım, uzmanlık eğitimimi birlikte geçirdiğim tüm uzman ve asistan arkadaşlarıma,

Son olarak; beni bugünlere getiren, her anımda yanımda olan canım ANNEM ve BABAM'a,

Tezimde bana yardımcı olan sevgili abim Özgür ÖZMEN'e ve çekirdek ailesine,

Sonsuz Teşekkürler...

Dr. Ezgi Özlem ÖZMEN

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	i
İÇİNDEKİLER	ii
KISALTMALAR	iv
TABLolar DİZİNİ	v
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Çocukluk Çağı Kanserlerinin Epidemiyolojisi.....	4
2.2. Hastalıklar Karşısında Çocuk /Ergen ve Ebeveyn	5
2.3. Kanserin Çocuk Üzerindeki Psikososyal Yönü	8
2.4. Hastalığın Evresine Göre Çocuk/Ergen ve Ailedeki Etkilenme	9
2.5. Tükenmişlik	12
2.6. Sosyal Destek	15
2.7. Anksiyete (Kaygı)	15
2.8. Depresyon	17
2.9. Travma Sonrası Stres Bozukluğu	19
3. GEREÇ VE YÖNTEM	26
3.1. Hasta ve Kontrol Gruplarının Seçilmesi.....	26
3.2. Materyal ve Yöntem.....	27
3.3. İstatistik Analizler	37
4. BULGULAR	38
5. TARTIŞMA.....	68

5.1. Annelerin Depresyon, Anksiyete, Tükenmişlik ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu Açısından Tartışılması	73
5.2. Annelerdeki Travma Sonrası Stres Bozukluğu Belirtilerinin Karşılaştırılması	77
5.3. Annelerdeki ve Çocuk Hastalardaki Anksiyete, Depresyon, Tükenmişlik ile Travma Sonrası Stres Bozukluğunun Korelasyonu	79
6. SONUÇLAR.....	83
7. KAYNAKLAR.....	85
8. ÖZET	97
9. SUMMARY	99
10. EKLER	101
Ek-1. Etik Kurul Onayı.....	101
EK-2. Kişisel Bilgi Formu.....	102
EK-3. Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ)	103
EK-4. Sosyal Destek Ölçeği (SDÖ).....	104
EK-5. Problem Çözme Envanteri (PÇE).....	105
EK-6. Durumluluk (STAI-1)-Sürekli Anksiyete (STAI-2) Ölçeği	106
EK-7. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ).....	107
EK-8. Çocuk Depresyon Ölçeği (ÇDÖ)	108
11. ÖZGEÇMİŞ	109

KISALTMALAR

Ark.	Arkadaşları
ABD	Amerika Birleşik Devletleri
APA	American Psychiatric Association.
BDÖ	Beck Depresyon Ölçeği
BDE	Beck Depresyon Envanteri
BDI	Beck Depression Inventory
ÇDÖ	Çocuklar için Depresyon Ölçeği
CDI	The Children 's Depression Inventory
ÇDSKE	Çocuklar için Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
GÜTF	Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi
KİT	Kemik İliği Transplantasyonu
MTÖ	Maslach Tükenmişlik Ölçeği
MTÖ-DT	Maslach Tükenmişlik Ölçeği -Duygusal Tükenmişlik
MTÖ-KB	Maslach Tükenmişlik Ölçeği-Kişisel Başarı
PÇE	Problem Çözme Envanteri
SDÖ	Sosyal Destek Ölçeği
STAI	State-Trait Anxiety Inventory
STAI-I	Durumluluk Kaygı Envanteri
STAI-II	Süreklilik Kaygı Envanteri
SSRI	Selektif Serotonin Reuptake İnhibitörü
SSS	Santral Sinir Sistemi
TSSB	Travma Sonrası Stres Bozukluğu
TSG	Travma Sonrası Gelişim
TSSB-Ö	Klinisyen tarafından uygulanan travma sonrası stres bozukluğu ölçeği
TSSB-ÖÇE	Çocuk ve Gençler için Klinisyen Tarafından Uygulanan Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1. Uluslararası çocukluk çağı kanser sınıflaması (ICCC-3) (14)	4
Tablo 2. Örneklem Grubu Dağılımı.....	27
Tablo 3. Örneklem Grubunu Oluşturan Çocuklara Ait Sosyodemografik Özellikler	39
Tablo 4. Örneklem Grubunu Oluşturan Çocukların Annelerine Ait Sosyodemografik Özellikler	40
Tablo 5. Örneklem Grubunu Çocukların Babalarına Ait Sosyodemografik Özellikler .	41
Tablo 6. Örneklem Grubunu Oluşturan Çocukların Ailelerine Ait Sosyodemografik Özellikler	42
Tablo 7. Hasta Gruba Ait Hastalık Özellikleri	44
Tablo 8. Aktif Tedavi Gören Hasta Çocuklar ile Remisyonda İzlenen Hasta Çocukların Depresyon ve Kaygı Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	45
Tablo 9. Aktif Tedavi Gören Hasta Çocuklar ile Remisyonda İzlenen Hasta Çocukların TSSB Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	46
Tablo 10. Aktif Tedavi Gören Hasta Ergenler ile Remisyonda İzlenen Hasta Ergenlerin TSSB Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	47
Tablo 11. Hasta Çocuklar Sağlıklı Çocukların Depresyon ve Kaygı Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	48
Tablo 12. Aktif Tedavi Gören Hasta Çocuklar ile Travma Yaşamış Kontrol Grubundaki Çocukların TSSB Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması.....	49
Tablo 13. Aktif Tedavi Gören Hasta Ergenler ile Travma Yaşamış Kontrol Grubundaki Ergenlerin TSSB Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması.....	50
Tablo 14. Remisyonda Olan Çocuklar ile Travma Yaşamış Kontrol Grubundaki Çocukların TSSB Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması.....	52
Tablo 15. Remisyonda Olan Ergenler ile Travma Öyküsü Olan Sağlıklı Kontrol Grubundaki Ergenlerin TSSB Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	53
Tablo 16. Aktif Tedavi Gören Hasta Çocukların Anneleri ile Remisyonda İzlenen Hasta Çocukların Annelerinin Tükenmişlik, Sosyal Destek Düzeyleri, Problem Çözme, Depresyon, Kaygı Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	55
Tablo 17. Aktif Tedavi Gören Hasta Çocukların Anneleri ile Remisyonda İzlenen Hasta Çocukların Annelerinin TSSB Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması.....	56

Tablo 18. Hasta Çocukların Anneleri ile Sağlıklı Çocukların Annelerinin Depresyon, Kaygı ve Tükenmişlik Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	57
Tablo 19. Aktif Tedavi Gören Hasta Çocukların Anneleri ile Travma öyküsü olan Kontrol Grubundaki Çocukların Annelerinin TSSB Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	59
Tablo 20. Remisyonundaki Çocukların Anneleri ile Travma öyküsü olan Sağlıklı Kontrol Grubundaki Çocukların Annelerinin TSSB Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	60
Tablo 21. Hasta Çocukların Annelerinde Sosyal Destek Düzeyleri, Tükenmişlik, Kaygı, Depresyon, Problem Çözme ve TSSB Puanları Arasındaki İlişki.....	63
Tablo 22. Hasta Çocuklar ile Annelerinin Kaygı Puanları Arasındaki İlişki	64
Tablo 23 . Hasta Çocuklar ile Annelerinin TSSB Puanları Arasındaki İlişki.....	65
Tablo 24. Örneklem Grubu Anksiyete ve Depresyon Dağılımları	65
Tablo 25. Örneklem grubunun Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ortalama ve Standart Sapma Değerleri	66
Tablo 26. Örneklem Grubu Annelerinin Depresyon, Anksiyete, Sosyal Destek Düzeyi, Tükenmişlik Düzeyi, Problem Çözme Becerisi Ortalaması ve Standart Sapması	67
Tablo 27. Örneklem Grubu Çocukların /Ergenlerin Depresyon, Anksiyete, Problem Çözme Becerisi Ortalaması ve Standart Sapması.....	67

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Kanser, hücrelerin kontrolsüz büyüme ve yayılımı ile karakterize olan hastalık olarak tanımlamakta ve bütün dünyada sağlık problemleri içinde önemli bir yer oluşturmaktadır (1). Çocukluk çağı kanserleri nadir olarak görülmekle birlikte gün geçtikçe görülme sıklığı artmaktadır ve farkındalığın artması, gelişen tedavi yöntemleri, sosyo-ekonomik şartlarda düzelmeye birlikte ölümcül hastalık olmaktan çok kronik hastalıklar haline gelmeye başlamıştır. Son zamanlardaki gelişmeler sağ kalım oranlarını da etkilemiştir. Çocukluk çağı kanserlerinde 5 yıllık sağ kalım oranları gelişmiş ülkelerde %80'lere yaklaşmış iken, ülkemizde bu oran % 70'ler civarında, orta ve düşük gelir düzeyli ülkelerde ise halen %10-50 arasındadır (2, 3). Sağ kalım oranlarının artmasıyla birlikte başa çıkılması gereken sorunlar da değişmektedir (1).

Kanser tanısı alan çocukların aktif tedavi süreci tanıya göre değişkendir. Tedavi sonrası izlemde de ömür boyu periyodik olarak kontroller devam etmektedir (4). Özellikle aktif tedavinin yapıldığı akut dönemde, tanıya göre değişmekle beraber yaklaşık bir yıllık bir süreyi hasta toplumdan izole, hastanede yatarak geçirmekte, cerrahi ve invaziv tıbbi girişimlere, önemli yan etkileri olan radyoterapi ve kemoterapi uygulamalarına maruz kalmaktadır. Bu dönem sürecinde ortaya çıkabilecek fiziksel ve ruhsal sorunları tanımak, tedavi ve rehabilite etmek önemlidir.

İkinci önemli konu bu çocukların hastalık öncesinde bıraktıkları yaşamlarına geri dönmelerinin sağlanmasıdır. Okul, aile ve akran ilişkilerinin, sosyal etkinliklerin ve bireysel uğraş alanlarının yeniden gözden geçirilerek düzenlenmesi gereklidir. Üçüncü önemli konu ise hastalık sürecinde değişen aile içi rol ve işlevlerin yeniden düzenlenmesinin gerekliliğidir (5).

Kanserde tedavi başarısının yüksekliği ve çocukların önündeki beklenen yaşam süresinin uzunluğu, erken ve etkin tedaviyi, en iyi hizmete erişimi, yaşam kalitesini ve psikososyal yaklaşımı daha da önemli hale getirmektedir (6). Kanser hastalığının uzun süreli izleminde hasta olan çocuk ve gençlerde, bilişsel ve duygusal alanda çeşitli psikiyatrik belirtiler ortaya çıkabilmektedir. Hasta olan çocuğun ebeveynlerinde de tedavi sürecinde anksiyete, depresif duygulanım ve suçluluk görülebilmektedir. Bakım veren ebeveynde hem tanı süresince hem de uzun süreli izlemde bilişsel ve duygusal

alandaki çeşitli psikiyatrik belirtiler ortaya çıkabilmektedir (7). Bu durumda gerek ebeveynlerde gerekse çocuklarda veya ergenlerde, iyileştikten sonraki uzun dönem kontrollerinde bile travma sonrası stres bozukluğu belirtilerinin gözlemlendiği bildirilmiştir (8).

Kanser hastalığının tedavi ve izlem dönem süresince çocuk ve gençlerde ortaya çıkabilecek duygusal ve davranışsal problemleri belirlemek, psikiyatrik tanı alan vakaları uygun şekilde tedavi etmek, eşik altı belirtisi olanları ise yakından izleyip, destekleyici psikoterapötik yaklaşımlardan faydalanmalarını sağlamak gerekmektedir (8).

Kanser hastalarındaki psikiyatrik bozuklukların büyük bir kısmı tedavi edilebilir nitelikte olsa da, sağlık çalışanlarının kanser hastalarındaki psikiyatrik bulgulara yeterince özen göstermedikleri, dolayısıyla bu bozuklukların yeterince tanı ve tedavi almadıkları ileri sürülmektedir (9,10). Dünya Sağlık Örgütü 2008’de yayınladığı raporda bu konuya vurgu yapmasına karşın gelişmiş ülkelerde dahil onkolojide psiko-onkolojik destek ve tedavi beklenen yerde değildir (11). Bunun önemli nedeni ise hasta için harcanan tüm çabaların tümörü küçültmeye (ya da yok etmeye) veya hastanın yaşamını uzatmaya odaklanmasıdır (12).

Bizim bu çalışmadaki amacımız Gazi Üniversitesi Çocuk Onkoloji Bölümünde maliynite tanısı ile izlenen zorlu tetkik ve tedavi dönemlerinden geçmekte olan hastaların ve onlara bakım sağlayan annelerinin psikolojik destek ve psikiyatrik tedaviye olan ihtiyaçlarını belirlemek, gelişebilecek psikolojik bozuklukların erken tespit edilerek gerekli önlemlerin alınmasını sağlamak olmuştur. Psikososyal desteğin artırılarak hastalıkla başa çıkma yöntemlerinin geliştirilmesi sayesinde ileride oluşturulacak rehberlere kaynak olabileceği düşünülmüştür.

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Onkoloji Bölümünde maliynite tanısı ile takipli okuma yazma bilen, 8-18 yaş aralığındaki aktif tedavi gören ve remisyonda izlenen çocuklar ve anneleri hasta grubu olarak alınmıştır. Kontrol grubu olarak ise; Genel Çocuk Polikliniğine başvurusu olan, kronik hastalığı olmayan, bilinen psikiyatrik hastalığı bulunmayan gönüllü çocuklar ve anneleri, travma sonrası stres bozukluğu karşılaştırmasının yapılabilmesi için de aynı özelliklere sahip çocuklardan travma öyküsü olan (doğal afetler, trafik kazası, anne-baba ayrılığı, yakın akraba ölümü vb...) çocuklar/ ergenler ve anneleri alınmıştır. Aktif hastalar ve remisyon hastaları kendi

aralarında; hasta grubu ve kontrol grubu da kendi aralarında anksiyete, depresyon, tükenmişlik ve travma sonrası stres bozukluğu açısından istatistiksel olarak karşılaştırılmıştır. Çalışmada aynı zamanda annelerin problem çözme yetenekleri ve sosyal destek düzeyleri de değerlendirilerek kontrol grubu ile karşılaştırılmıştır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Çocukluk Çağı Kanserlerinin Epidemiyolojisi

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün 2015 verilerine göre 2012 yılında tüm dünyada 14 milyon kişi kanser tanısı almış ve 8.2 milyon kişi kanser nedeni ile kaybedilmiştir (13). Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde her yıl 20 yaş altında yaklaşık 16.400 çocuk ve ergen kanser tanısı almaktadır. Maliyite tanısı alanlardan yaklaşık 12.000 olgu 0-14 yaş aralığında, yaklaşık 4400 olgu 15-19 yaş aralığındadır. Bu rakamlar yaşlara göre değerlendirildiğinde tüm kanser tanısı alan 100.000 kişi/yıl olgulardan %15.8'ini çocukların, %21.7'sini ergenlerin oluşturduğu görülmektedir (13, 14). ABD'nin 2010 yılındaki verilerine göre 15 yaş altı ölümlerin ise, yaklaşık 1.300 kadarı kanser ile ilişkili iken, 15-19 yaş arası grupta yaklaşık 600 ölümün kanser ile ilişkili olduğu saptanmıştır (14). Uluslararası çocuk kanserleri sınıflamasına (The International Classification of Childhood Cancer/ ICCC) göre çocukluk çağı kanserleri 12 ana grup altında incelenir. Bu sınıflama ilk kez 1996'da yapılmış olup, 2005' te 3. kez revize edilmiştir (14, 15).

Tablo 1. Uluslararası çocukluk çağı kanser sınıflaması (ICCC-3) (14)

1. Lösemiler, myeloproliferatif ve myelodisplastik hastalıklar
2. Lenfomalar ve retiküloendotelyal neoplaziler
3. Beyin ve spinal kanal tümörleri
4. Nöroblastom ve diğer periferik sinir hücreli tümörler
5. Retinoblastoma
6. Böbrek tümörleri
7. Karaciğer tümörleri
8. Kemik tümörleri
9. Yumuşak doku ve diğer kemik dışı sarkomları
10. Germ hücreli tümörler, trofoblastik tümörler ve gonad neoplazileri
11. Diğer malign epitelyal neoplazmlar ve malign melanom
12. Diğer sınıflanamamış maliyine neoplaziler

Avrupa’ da ACCIS (European Automated Childhood Cancer Information System) projesi verilerine göre; 1988-1997 yılları arasında 30 ülke, 78 merkezden 15 yaş altı toplam 160.000 çocuk kanser hastası incelendiğinde; yaşlara göre dağılımlar farklılık gösterse de, <15 yaş kanserlerin büyük çoğunluğunu lösemiler (%34), santral sinir sistemi tümörleri (%23) ve lenfomaların (%12) oluşturduğu görülmektedir (16, 17).

Ülkemizde her yıl 150.000 civarında erişkin kanser vakası beklenirken, 0-14 yaş grubunda 2.500-3.000 civarında kanser vakasının görülmesi beklenmektedir (18,19). Kanser, ülkemiz gibi gelişmekte olan ülkelerde dördüncü en sık ölüm nedeni iken, gelişmiş ülkelerde kazalardan sonra ikinci en sık ölüm sebebidir (20). Ülkemizin gelişmişlik düzeyi arttıkça kanserin çocuk ölüm sebepleri arasında daha üst sıralara yükselmesi beklenmektedir (19). Ülkemizde 2002 yılında kurulan hastane tabanlı kanser kayıt sistemi verilerine göre, Sağlık Bakanlığı’na bildirilen erişkin ve çocuk toplam kanserli vaka sayısı 2002 yılında 210 hasta/yıl iken, bu sayı 2006 yılında 4.600 hasta/yıl olarak yükselmiştir (21). 2002-2008 yılları arasında ülkemizde çocukluk çağında en sık sırası ile lösemiler, lenfomalar ve SSS tümörleri görülmektedir (2, 22).

Çocukluk çağı kanserlerinde etkin tedavilerin geliştirilmesi ve risk faktörlerinin azaltılması gibi gelişmelerden dolayı yaşam hızları her geçen gün yükselmekte ve 5 yıllık sağ kalım oranları artmaktadır. Avrupa’da tüm yaşlarda yaşam hızlarını inceleyen European Cancer Registry (EUROCORE) projesi verilerine göre, rölatif ölüm riski 2000-2002 arasında, 1995-1999 arasına kıyasla %8 oranında azalmış ve 5 yıllık sağ kalım oranı %78-83 civarına ulaşmıştır (23). Ancak ölüm oranı, düşük ve orta gelir düzeyli ülkelerde halen %10-50 arasında değişmektedir (21). Ülkemizde ise sağ kalım oranları %70’lere yaklaşmış olup, orta ve üst gelir kategorisindeki ülkelerle uyumlu bir düzeye erişmiştir (22).

2.2. Hastalıklar Karşısında Çocuk /Ergen ve Ebeveyn

Hastalıklar ve tedavileri hem çocuk hem de aile için üzücü deneyimlerdir. Çeşitli çalışmalarda çocuğun hastalığının aynı zamanda anne, baba ve kardeşler üzerinde de olumsuz etkileri olduğu belirtilmektedir (24, 25). Hastalıklar, normal gelişime engel olan potansiyel stres kaynaklarını ortaya çıkarabildiği gibi, gelişimi destekleyebilen ve

özgüveni geliştirebilen fırsatlar da sunabilir. Bu deneyimlerin olumsuz etkilerini en aza indirmek ve olumlu etkilerini en üst düzeye çıkarabilmek için, çeşitli yaşlardaki çocukların, fiziksel hastalık ve tedavileri nasıl yorumladıklarını ve nasıl tepki gösterdiklerini kavramak önemlidir (26).

2.2.1. Çocukların/Ergenlerin Gelişimsel Dönemlere Göre Hastalık Tepkileri ve Ebeveynlerin Yaklaşımları

Bir çocuğun hastalığa karşı tepkisini birden çok etken belirler. Bu etkenler hastalığa, tedaviye, aileye ve çocuğun kendisine özgül olabilir. Gelişimsel dönemler çocuk ve ergenin tepkilerinin şekillenmesi açısından önemlidir (27).

2.2.1.1. Bebeklik Dönemi:

Bebeklik döneminde çocuklar annelerinden ayrılmaktan ve tıbbi işlemlerden çok korkarlar. Bu yıllarda çocuklar ayrılıklara ve alışkın oldukları ortamların değişmesine karşı çok hassastırlar. Özellikle ağırlı ve invazif işlemler korku ve endişelerini daha da arttırabilir. Çocuğun o güne kadar kazanmış olduğu becerilerinde (tuvalet eğitimi, konuşma, kendi kendine beslenme vs.) gerilemeler olabilir.

Ebeveynler ise bu dönemde yeni bir aile kurmaya çalıştıklarından yoğun duygusal tepkiler verebilirler. Özellikle çocuk yetiştirme konusunda deneyimleri az olan ebeveynler hastalıkla ilgili olan ve normal bazı dinamiklerin farkına varamazlar. Bazı durumlarda görülen suçluluk, korku ve hastalığın ortaya çıkardığı özre inançsızlık, ebeveyn-çocuk ilişkisine zarar verecek kronik fonksiyon bozukluklarına yol açabilir (28).

2.2.1.2. Okul öncesi Dönem: 3-6 yaş arası dönem

Okul öncesi dönemde çocuklar hem motor hem verbal olarak gelişmeye başlamışlardır. Bu dönemin en önemli özellikleri ebeveynlerinden ayrılma ve bireyselleşmeyi öğrenme, semboller ve dili kullanmaya başlamalarıdır. Terk edilme ve bedensel zarar görme ile ilgili kaygılar bu dönemde çok fazla görülmektedir. Ben

merkezcilik ön plandadır ve hastalığı kötü davranış nedeniyle cezalandırılma olarak algırlarlar (26). Bu yüzden 5 yaş altındaki çocuklar için hastalığın adı ve niteliğinden çok, anne babanın sevgisini kaybetme ve onlardan ayrı kalma ile ilgili kaygıları ön plandadır (29). Hastalanmanın getirdiği sıkıntı ve kaygı çocukta regresyona (çocuğun o döneme kadar kazanmış olduğu becerilerinde gerileme) neden olabilir.

Anne ve babaların hastalığın tekrarlamasını önleyeceğini düşünerek çocuğa getirdikleri kısıtlamalar; onları korkak, pasif ve bağımlı yapabilir. Bu bağımlılığın artmasıyla birlikte çocuklar ebeveynlerine karşı öfke duymaya başlayabilirler. Küçük çocuklar duygu ve düşüncelerini konuşmaya tam olarak yansıtamadıkları için kendilerini ifade edemeyebilirler; ancak davranış, oyun veya çizdikleri resimler aracılığı ile duygularını açığa vurabilirler (30).

2.2.1.3. Okul Dönemi: 7 -13 yaş

Bu yaş grubunda çocuklarda kurallar öncelik kazanır, kontrolü kaybetme ve ölüm korkusu bu dönemde gerçekleşir. Ancak bu dönemde de hastalığın yanlış bir şey yapmaktan kaynaklandığını düşünürler, hastalığı daha çok bulaşma sonucu edindiklerine inanırlar (26).

Okul çağı çocuklarının da, okul öncesi çocukları gibi en büyük endişesi yabancı insanlarla dolu, tanımadıkları bir yerde terkedilme korkusudur (29). Hastalıkların somut yakınmalarını tanımlayabilirler. Yaşam hareketle eş tutulduğundan bu dönemde hastalıklarına ilişkin konuşmama, çocukta ölümcül hastalık algısının doğmasına yol açar (29). Çocuğun hastalığı ile ilgili doktoruna ve ailesine sorular sorması, çocuğa yaşına ve olgunluk düzeyine göre bilgi verilmesi önemlidir. Tedavi ve yapılacak girişimsel işlemler öncesinde çocuğun anlayacağı düzeyde kısaca bilgi verilmelidir. Verilecek gerçek bilgiler çocuk ve doktoru arasında güven duygusunu arttırarak tedaviye uyumunu da arttırır (31).

2.2.1.4. Ergenlik Dönemi:

Bu dönemde kademeli olarak erişkin düzeye ulaşma, hastalığın oluşmasında konak-ajan ilişkisinin farkındalığı oluşur. Hastalığın kendine ceza olarak verildiği düşüncesi bu dönemde azalır (26). Hastalık bağımsızlığın kaybolması ve gelecek ile ilgili planların bozulması şeklinde algılanır. Ayrıca bedensel değişiklikler, okul yaşantılarının bozulması bu dönemin psikolojik problemlerinin kaynağını oluşturur (27). Bu dönemde ergen aşırı isyankar ya da aşırı dikkatli, titiz veya boyun eğerek hastalığa karşı farklı tepkiler oluşturabilir. Ergenlerin hastalık ve tedavi hakkında bilgilendirilmeleri, anne-babaların hem birbirleriyle hem de çocukları ile hastalık hakkında konuşabilmeleri, duygu ve düşüncelerini paylaşabilmeleri onların daha kolay uyum sağlamasına yol açar (32).

2.3. Kanserin Çocuk Üzerindeki Psikososyal Yönü

Kanser tıbbi-fiziksel bir hastalık olmanın yanı sıra, ruhsal ve psikososyal açıdan birçok sorunu kapsayan bir olaydır. Kanser hastalarına uygulanacak tedavi yöntemleri hastalığın tipine, evresine, hastanın yaşına ve genel sağlık durumuna göre değişiklik göstermekle birlikte en sık kullanılan yöntemler cerrahi tedavi, kemoterapi ve radyoterapidir. Cerrahi, radyoterapi ve kemoterapideki ilerlemeler çocukluk çağı kanserlerinin prognozunu da önemli ölçüde etkilemiştir. Sağkalım oranlarının artmasıyla birlikte başa çıkılması gereken sorunlar da değişmektedir. Kanser ayrıca psikolojik güçlük ve bozukluklara yol açma potansiyeli en yüksek olan hastalık gruplarından. Bunun nedenleri arasında tedavi nedeniyle saçların kaybı, fiziksel yeteneklerin kısıtlanması, yaşam tarzının değişmesi gibi etkenler sayılabilir (33). Kanserin çocuğa etkisi, aile, hastalık tipi ve çevre gibi birbirini etkileyen birçok değişkene bağlıdır. Her etkenin birbiri ile ilişkisi ve özelliği hastalığın gidişini etkileyecek potansiyele sahiptir (34). Bu değişkenler aşağıdaki gibi sıralanabilir:

Hastalığa ilişkin değişkenler; fiziksel hastalığın türü, hastalığın şiddeti ve süresi, hastalığın lokalizasyonu, prognozu, başlama yaşı, tanı sürecinin uzaması, tedavi süreci ve kullanılan ilaçlar, yeti kaybı, hastalığın fiziksel görünümde yaptığı değişiklikler, hastalığın getirdiği fiziksel ve psikolojik kısıtlamalardır.

Çevresel değişkenler; hastane ortamı, çocuğun bakımını sürdüren tıbbi ekip, arkadaş, komşu, okul çevresidir.

Çocuğa ait değişkenler ise; çocuğun hastalık dönemindeki gelişim düzeyi, gelişim döneminin özellikleri, kişisel özellikleri, ruhsal gelişim düzeyi, baş etme yolları ve uyum kapasitesidir (34).

2.4. Hastalığın Evresine Göre Çocuk/Ergen ve Ailedeki Etkilenme

2.4.1. İlk Tanının Konulması dönemi:

Teşhisin aileye ve çocuğa ilk defa söylenirken nasıl söylendiği, onların sadece ilk tepkilerini değil, onların tedavi sürecindeki tutumlarını, hastaneyle ve sağlık ekibiyle uyumlarını, güvenlerini de etkileyebilmektedir (35). Bu nedenle kanser teşhisinden sonra görülen tepki süreçlerini bilmek gerekmektedir. Kanser teşhis edildiğinde genellikle ilk hissedilen duygu ile büyük bir şok yaşanmaktadır. Hasta aileleri, olanlara inanmak istemezler ve duygularını ifade etmekte sorun yaşarlar. Defalarca aynı soruları sorup, aynı şeyleri anlatabilir ya da aynı bilgileri öğrenmek isteyebilirler. Bunlar yaşanan şokun doğal reaksiyonlarıdır. Hastalık tanısı söylenirken anne ve babanın birlikte olmasına, ikisi birden yoksa da bir yakınları yanlarındayken açıklama yapmaya gayret edilmelidir (36).

Şok süreci atlatıldıktan sonraki süreç inkar süreci olarak ortaya çıkmaktadır. İnkâr sürecinde, kimi insanlar hiç konuşulmamasını, kimileri de mümkün olduğunca az konuşulmasını tercih ederler. Hasta yakınları hastalığı ve hastanın endişelerini yok saymaya çalışabilirler. Bu durum insanların kanser hakkında konuşmaktan, korkmalarından ve sıkıntı duymalarından kaynaklanmaktadır. Karşılıklı olarak duyguları anlamaya çalışmak ve kendini konuşmaya hazır hissetmeyen birini konuşması için zorlamamak önemlidir. Hazır olduğunda onunla duygu ve düşüncelerini paylaşmaya hazır olunduğunu hissettirmek gerekmektedir (36).

Aileye tanının ve tedavi planının anlatılması sonrasında dahi ailelerde öfke, suçluluk, kızgınlık, korku ve yalnız kalma isteği sıklıkla görülebilir. Suçluluk ve kızgınlık önemli duygusal tepkileri oluşturur. Kızgınlık genel olarak doktora, sağlık ekibinin diğer çalışanlarına ya da genel olarak hastaneye yönelebilir. Bazı aileler teşhis

ve tedaviye aşırı tepki gösterip sağlık ekibi ve tedavi ile ilgili uyum içinde olmazlar. Bu tür emosyonel reaksiyonlar uzun sürdüğü durumlarda hastane işleyişini aksatır. Bu yüzden aileye hastalığın anlatılması, problemlerini çözme konusunda yardımcı olunması; tedavi ekibine güvenmeleri ve uyumlarını kolaylaştırmak açısından da çok önemlidir. Yeterli uyum göstermeyen ailelerin erken tanınması tedavi sırasında doğacak ciddi problemlerin önlenmesinde çok önemlidir (37).

İlk tanı aşamasında çocuğa da çok dikkatli bir şekilde, yaşı, bilişsel ve emosyonel olgunluğu, aile yapısı, daha önce bir kayıp yaşayıp yaşamadığı göz önüne alınarak hastalığı hakkında bilgi verilmelidir. Gerçekleri çocuk ve ergenlerden gizlemek anksiyetelerinin artmasına, izolasyon, yalnızlık ve güvensizlik hissetmelerine sebep olabilir (35,38). Çocuğa/ergene verilecek bilgi konusunda doktor ve ailesinin görüş birliği sağlamaları da dikkat edilmesi gereken noktalar arasındadır.

2.4.2. Remisyon Dönemi

Çocuğun hastalığı kontrol altına alındığında, ebeveynlerin anksiyetisinin azaldığı, ancak remisyon süresinin belirsizliği ve relaps korkusunun yaygın şekilde görüldüğü belirlenmiştir. Remisyon döneminde ailelerde, inkar ve depresyon gibi belirtiler gözükabilir. Bu belirtilerin altında yatan neden, hastalığın nüks etmesine ilişkin korkulardır (35).

2.4.3. Relaps Dönemi

Hasta ve ailesi nüksün ortaya çıkmasıyla çoğunlukla kanser tanısının alındığı dönemden daha şiddetli tepkiler gösterebilir. Şok, inanmama, korku, suçluluk, kızgınlık bunu izleyen anksiyete dönemi, depresif belirtiler, uyku ve iştah bozulması, dikkati yoğunlaştıramama gibi belirtiler günlük yaşamı zorlaştırır. Hasta çocuk; relapsı, çok büyük acı, ızdırap ve zulüm olarak algılayabilir ve kendini vücudu tarafından ihanete uğramış gibi hissedebilir (38). Relaps sıklıkla güçsüzlük, bilinmezlik hissi şeklinde kendini gösterir (35).

Ebeveynler genellikle relaps dönemini kendileri ve çocukları için daha zor, sorunlarla dolu günler olarak algırlar. Bu dönemde çocukta oluşan her türlü değişiklik

ailenin baş etmesi gereken derin keder duygusunu da beraberinde getirir. Artık hastalığın ciddiyetini de inkar etmek yeterli olmamakta ve çocuğun ölümüne ilişkin korku yeniden kendini göstermektedir (35). Aynı zamanda hastalığın geri gelmesi ailelerin gözünde sadece çocuklarının iyileşme şanslarının azalmış olması demek değildir. Bu yeniden uzun süreli hastanede yatış, ailenin bölünmesi, düzenlenmiş olan sosyal ilişkilerin aksaması, ekonomik açıdan ek masrafların ortaya çıkması demektir. Psikolojik problemlerin en aza indirilebilmesi için ailelere bilgi verilirken, her türlü soru ve kaygılarını ifade etmelerine olanak sağlanması gerekmektedir (35).

2.4.4. Terminal Dönem

Tedavinin başarısız olduğunu, yapılan tüm destek ve tedavilere rağmen çocuğun ölebileceğini kabul etmek hem aile hem de sağlık ekibi için çok zordur. Anksiyete yükselmiştir, umutsuzluk ve çaresizlik hisleri egemendir. Hastalığın terminal fazı bütün aile üyeleri için çok önemli bir zamandır. Terminal dönemde aile ve çocuk azalan şansın farkındadır. Aileler bunun farkında olmalarına rağmen doktorlarından yeni tedavilerin denenmesi ve yaşam süresini biraz daha uzatabilmek adına yapılabilecek her şeyin yapılmasını talep ederler. Ailelerin gösterdiği bir diğer davranış şekli ise tedaviyi tamamen keserek çocuklarını alıp eve götürmektir. Bu bekleyiş süresince ölüm ve ayrılık korkularıyla mücadele ederler. Bu noktada aileye çocukları ile kuracakları iletişim konusunda yardım edilmelidir. Ölmek üzere olan çocuk için kapsamlı bir bakım, onun hem fiziksel hem emosyonel rahatını sağlamaya yönelik olmalıdır (35).

Terminal dönemde çocuk anne ve babasından daha fazla yardım isteyebilir. Bu sırada aile üyeleri çocukla duygusal paylaşım konusunda cesaretlendirilmelidir. Terminal dönemdeki çocuklar eğer çok küçük iseler ölüm kavramını anlamazlarsa da özellikle ağrılı ve acılı dönemde evlerinde olmak isterler (35). Ölüm kavramının anlaşılması çocuğun bilişsel gelişim evresine bağlıdır. Küçük çocuklar ölümü geri döndürülebilir bir olay olarak algırlar. 6-7 yaşlarındakiler ölümün geri döndürülemez olduğunu ve biyolojik aktivitenin sona ermesi olarak anlayabilirler. Ergenler ise ölümü bir yetişkin kadar anlarlar. Bazılar inkar, bazıları ise yoğun anksiyeteye karşı savunma geliştirirler. Bu dönemde anksiyete ve depresyon birbirine karışmış halde olabilir, kızgınlık ve öfke patlamaları gözükabilir (39, 40). Daha önce hiçbir sorunu olmayan

çocuklarda da anksiyete, uyku ve iştah sorunları, sosyal izolasyon, duygusal geri çekilme, depresyon, apati ve bakım veren erişkinlere karşı duygu karmaşası ortaya çıkabilir. Bu tepkiler psikopatolojiden daha çok stres cevabı olarak değerlendirilmelidir (40).

Ölmekte olan kişi için en önemli unsur sevdiği kişinin ona olan yakınlığı ve kendini mümkün olduğu kadar güvende hissetmesidir. Ölmek üzere olan çocuk/ergen kendi durumlarına üzülmeyi yanı sıra öldükten sonra anne babalarının bir daha mutlu olamayacakları endişesini taşırlar (35). Çocuğunu kaybetmiş ebeveynler, eğer isterlerse çocuklarının ölümünden aylar sonra gelip sorularını ya da duygularının paylaşabilecekleri konusunda cesaretlendirilmelidirler (37, 38).

2.5. Tükenmişlik

Tükenmişlik kavramı ilk kez Freudenberger tarafından ortaya atılmış ve daha sonra Maslach ve Jackson tarafından 1981 yılında duygusal tükenme ve duyarsızlaşma sendromu olarak tanımlanmıştır (41).

Tükenmişlik kavramına ilişkin tanımlamalara bakıldığında hepsinde bahsedilen bazı ortak noktalar görülmektedir. Bunlardan birisi; tükenme aniden ortaya çıkmayan aşamalı bir süreçten geçen bir durumdur. Bir diğeri ise yapılmakta olan işe karşı ilgi kaybı olmasının yanı sıra duyarsızlaşma gibi olumsuz durum ve duygular olarak değerlendirilmiştir (42).

2.5.1. Tükenmişliğin Boyutları

Tükenmişliğin üç boyutu bulunmaktadır. Bunlar; duygusal tükenme, duyarsızlaşma, kişisel başarı ve yeterlik duygularının azalmasıdır.

Duygusal tükenme; literatürde tükenmişliğin en kritik ve en belirleyici boyutu olarak ifade edilmektedir. Tükenmişliğin bu boyutunda bireyde yorgunluk, enerji eksikliği duygusal yönden kendini yıpranmış hissetme gibi belirtiler gözlenmektedir. Duygusal tükenmişliği yaşayan kişi hizmet verdiği kişilere geçmişte olduğu kadar verici ve sorumlu davranmadığını düşünür, gerginlik ve engellenmişlik duygularıyla yüklü olan birey için ertesi gün yeniden işe gitme zorunluluğu büyük bir endişe

kaynağıdır (43).

Duyarsızlaşma; tükenmişliğin kişilerarası boyutunu ifade etmektedir. Kişinin bakım ve hizmet verdikleri kişilere karşı, duygudan yoksun biçimde tutum ve davranışlar sergilemesidir (44).

Kişisel başarının düşmesi; birey kendisini yetersiz hisseder, yetkin bir birey olmadığını düşünür motivasyonunda da düşme yaşar. Bu boyutta birey kendisine ilişkin değerlendirmelerinde genel bir olumsuzluk hisseder, işinde ilerleme kaydetmediğini, hatta gerilediğini, harcadığı çabanın bir işe yaramadığını ve çevresinde bir fark yaratmadığını düşünür (42, 45, 46).

2.5.2. Tükenmişliğin Evreleri

Tükenmede kesinti yoktur, devamlılık mevcuttur. Ancak tükenmişliği anlamayı kolaylaştırmak için evrelendirmek kolaylık sağlamaktadır. Tükenmişlik dört evrede tanımlanmıştır (47).

1. **Coşku Evresi:** Kişi içinde bulunduğu tüm durumlarda en ideal biçimde davranmaya çalışmakta ve her zaman başarılı olmayı beklemektedir.
2. **Durağanlaşma Evresi:** Kişi yavaş yavaş coşku evresindeki enerjisini, çalışma ve insanlara yardım etme arzusunu yitirmeye başlamıştır.
3. **Engellenme Evresi:** Bu evrede kişi insanları, sistemi ve olumsuz çalışma koşullarını değiştirmenin ne kadar zor olduğunu anlayarak; yoğun bir engellenmişlik duygusu yaşarlar. Bu evredeki kişi eğer kendini ifade edebilir, sorunların çözümü için adım atabilir ve sorumluluk alabilirse tükenmişliğin son evresine ilerlemekten kurtulabilir.
4. **Umursamazlık Evresi:** Bu evrede artık iş yaşamı kişi için bir doyum ve kendini gerçekleştirme alanı olmaktan çok uzak, kişiye ancak sıkıntı ve mutsuzluk veren bir alan olarak görülmeye başlanmıştır.

2.5.3. Bakım Verenlerde Tükenmişlik

Bir çocuğun ebeveyni olmak beraberinde bakım vermeyi de gerektirir. Ebeveynler için en önemli sorunlardan bir tanesi çocuğun süregen sağlık problemlerini etkili bir

şekilde yönetmek ve günlük yaşam ihtiyaçlarını karşılamaktır. Çocuğun olası uzun dönemli bağımlılığı ve işlevlerinde sınırlılıklar yaşaması ebeveynlerin çocuğa bakım verme rolünün tamamen ebeveynin görevi haline gelmesine neden olur. Süregelen hastalıklı çocuğa bakım verme ebeveynlerin hem fiziksel sağlığına hem de psikolojik iyilik haline zarar verebilir (48). Son zamanlarda yapılan çalışmalar çocukluk dönemi kronik hastalıklarının aile yaşamı üzerinde farklı etkileri olduğunu ortaya koymuştur. Birçok araştırmacıya göre anneler birinci bakımveren kişiler oldukları için hem psikolojik hem de sosyal olarak daha fazla tükenmektedirler (49).

2.5.3.1. Bakım verenlerde Tükenmişliğin Klinik Belirtileri

Bakımverenlerde tükenmişliğin fiziksel ve psikolojik olarak belli başlı belirtileri bulunmaktadır.

Fiziksel belirtiler; sindirim güçlüğü, baş ağrısı ve iştahta değişiklik gibi somatik/bedensel yakınmalardaki artış, yorgunluk, kilo kaybı veya kilo alımı, sosyal izolasyon ya da içe çekilme, konsantrasyonda güçlük ve görünümde dağınıklık veya düzensizlik olarak sıralanabilir.

Psikolojik ve duygusal belirtiler; uykusuzluk, sosyal izolasyon, alaycılığın çok fazla kullanımı, alkol veya diğer madde kullanımının artmasıdır.

Artmış stres ve kaygı; tükenmişliğin en önemli belirtileri, stres ve anksiyete düzeyinin artmasıdır.

Döngüsel düşünme; bakımverenin problem çözme örüntüsünün genellikle döngüsel olmasıdır. Örneğin, “bir danışmana başvuramam; çünkü, evden ayrılamam ve danışman da bana yardımcı olamaz” gibi bir düşünce tarzı olabilir. *Sosyal izolasyon;* bakımveren genellikle aile ilişkilerinden, arkadaş ilişkilerinden ve katıldıkları diğer aktivitelerden özveride bulunurlar ve bu da varolan sosyal desteğin zayıflamasına ve izolasyona neden olur.

Depresyon ve diğer duygusal belirtiler; depresyon başlangıcı tükenmişliğin işareti olabilir. Diyet ve beslenmedeki değişikliklerde çeşitli sağlık sorunlarına neden olabilir. Bu değişiklikler daha fazla strese ve izolasyona neden olabilir (49). Genelde hayal kırıklığı veya stresle ilgili duygularını ifade etmeyen bakımverenlerde depresyon daha sıklıkla görülür. Suçluluk duyguları da aynı zamanda genel olarak görülür. Aynı

zamanda bakımverenler kontrol duygularını kaybettiklerini ve güçsüz kaldıklarını hissederek. Aynı zamanda üzüntü, acı ve suçluluk duyguları da genel olarak görülür (49).

2.6. Sosyal Destek

İnsanlar “sosyal hayvanlar” olarak nitelendirilirler ve insancılıklarının en önemli yanı karşılıklı bağımlılıklarıdır. İnsan yavrusu bakım olmadan hayatını devam ettiremez. Aynı zamanda yetişkinler de sosyal sistem içindeki üyeler arasında kendine bir yer edinebilmek için diğerlerine bağımlıdırlar. Bireyler genellikle birbirleriyle örtüşen birden fazla gruba üyedirler; geniş ve çekirdek aile, arkadaş ağları, profesyoneller, sosyal ve dini gruplar gibi. İçinde bulunulan her sistemin (aile, iş, arkadaş) bireyden bazı talepleri vardır. Aynı zamanda her sistem bazı ödüller ve yararlar da sağlar. Bu ödüllerin en önemlilerinden biri ise sosyal destektir (50).

Sosyal destek, kişinin içinde bulunduğu stresli durumu, strese yüklediği anlamı ve duygusal tepkisini değiştirmesine katkıda bulunmak suretiyle bireyi zorlayıcı olayın olumsuz etkilerinden korumaktadır. Çevre tarafından sağlanan yardım ister somut, ister duygusal olsun, her ikisi de stresli olay/durumun bireyin üzerindeki zararlı etkilerini hafifletici etkiye sahiptir (50).

2.7. Anksiyete (Kaygı)

Anksiyete, Latince ‘angere’ kökünden türeyen bir kelime olup, tıkanma, boğulma, sıkışma anlamına gelmektedir. Anksiyete vücudu tehlikeye tepki vermeye hazırlayan fizyolojik değişiklikleri başlatır (51). Anksiyete, yaşamımızın temel duygularından biri olduğu kadar ruhsal bozukluklara sebep olması nedeniyle de çok önemlidir (51).

Anksiyete ve korku kavramları genelde karıştırılabilmektedir. Korku, oluşma ihtimali olası veya gerçek olan bir tehlikeyi bireyin değerlendirmesi sonucu meydana gelen acil alarm tepkisidir. Anksiyete ise görünür bir tehlike olmamasına rağmen yaşanan yayılmış tedirginlik halidir (52). Kaygı bilinmeyen içsel bir tehlikeye karşı gelişen bir tepki iken korku bilinen dışsal bir tehlikeye karşı oluşan bir tepkidir (53).

Anksiyete (kaygı), gerçek bir uyarıcı tarafından eyleme geçirilmişse ve tehlike ortadan kalktığında yok olmuşsa normal, gerçek bir uyarıcı olmadan tehlike algısı devam ediyorsa veya tehlikenin şiddeti ve potansiyel riski ile kıyaslandığında aşırı ve orantısızsa, patolojik olarak değerlendirilmiştir (52). Kaygı bozukluklarının yaşam boyu görülme yaygınlığı %13.1 olmakla birlikte toplumda en çok görülen ruhsal bozukluklar arasında yer almaktadır (54).

2.7.1. Kaygı Bozukluğunun Belirtileri:

Kaygı Bozukluğunun belirtileri fizyolojik, duygusal, davranışsal ve bilişsel belirtiler olmak üzere 4 alt başlık altında toplanabilir.

Fizyolojik belirtiler: Hızlı kalp atışı, kan basıncında artma, nefes darlığı, takipne, göğüs ağrısı, halsizlik, titremeler, terleme, iştahsızlık, bulantı ve karın ağrısı, kaşınma gibi belirtiler gözlemlenebilmektedir.

Duygusal Belirtiler: Endişe, korku, şaşkınlık, sinir, gerginlik, tahammülsüzlük ve tedirginlik, gibi belirtiler görülebilmektedir.

Davranışsal belirtiler: Kaçma-kaçınma, konuşma bozukluğu, hareketsizlik, koordine olamama gibi davranışsal belirtiler görülebilmektedir.

Bilişsel Belirtiler: Zihinsel bulanıklık, dikkati toplamada zorlanma, muhakeme yeteneğinde azalma, nesnellikte kayıplar olabilmektedir. Nesneler belirsiz ve uzak algılanırken, çevre farklı ve gerçek dışı algılanabilmektedir. Kontrolünü kaybedeceği, olayların üstesinden gelemeyeceği, başkaları tarafından olumsuz değerlendirileceği fikri, korkutucu görsel imajlar, fiziksel yaralanma, ölüm veya aklını yitirebileceği korkusu ortaya çıkabilmektedir (52).

2.7.2. Çocuklarda Kaygı Bozukluğu

Kaygı bozukluğu, Çocuk Psikiyatri kliniklerine başvuran çocukların %10'undan fazlasında, özelleşmiş çocuk anksiyete bozuklukları kliniklerine başvuran olguların ise %59'unda görülen yaygın bir çocukluk çağı psikopatolojisidir (55). Başlangıç yaş ortalaması 8.5 yıl olarak bildirilen yaygın anksiyete bozukluğu kız çocuklarında erkek çocuklarından daha fazla görülmektedir. Aynı zamanda anne ve çocuk arasındaki

bağlanmanın güvensiz olmasının da anksiyete bozuklukları gelişiminde rol oynadığı düşünülmektedir (56).

2.8.Depresyon

Depresyon kelimesinin Latince kökü ‘de-prime, de-press’ (çökertmek-bastırmak)’den gelmektedir. Depresyon, DSÖ tarafından beden, duygu ve düşünceleri kapsayan ruhsal bir hastalık, keder ve melankolinin uzun süreli dönemleri olarak tanımlanmıştır (57). Depresyon, karamsarlık, ümitsizlik, özgüven eksikliği, değersizlik, olaylarda devamlı kendisini suçlama, yeme ve uyku problemleri, fiziksel ağrı, hobilere karşı ilgisizlik gibi belirtileri olan ve belirli olaylara bağlı ortaya çıkabilen çökkünlük halidir (58).

İnsanın yaşamı boyu bütün psikiyatrik hastalıklar içerisinde depresyon en yüksek yaygınlığa sahiptir. DSÖ’nun 2001 yılında yayınladığı raporda 340 milyon kişinin klinik tanımlara uygunluk gösteren biçimde depresyon yaşadığı tahmin edilmiştir. 2020 yılında depresyonun yaşamı etkileyen rahatsızlıklarda ilk sıraya yerleşebileceği öngörülmüştür (59). Yeni çalışmalar depresif bozukluğun 20 yaş altındaki bireylerde giderek arttığını göstermektedir. Sosyo ekonomik durum ve depresif bozukluklar arasında bir bağlantı görülmemiştir (60).

2.8.1. Depresyonun Klinik Belirtileri

Depresif mizaç, ilgi veya istek kaybı depresyonun temel belirtilerindendir. Depresif hastalar sıklıkla kendilerini hüznü, mutsuz, kederli, umutsuz veya değersiz hissettiklerini ifade ederler. Aynı zamanda bu depresif duygu durumun genellikle normal üzüntü ve kederden farklı olarak nitelendirirler (60). Depresyonu olan ergen ve çocuklarda, keyif aldıkları etkinliklere karşı ilgi kaybı, okul ve günlük aktivitelere katılmada zorluk, görünüş ve kendilerine bakım kaybı gibi belirtiler görülebilir. Kararsızlık, dikkat ve konsantrasyon problemleri ve motivasyon azlığı ile birlikte okul başarısında düşme görülebilir. İştahsızlık veya çok yeme, uyuyamama ya da çok uyuma gibi belirtiler olabilir. Karamsarlık, geleceğe ilişkin beklentide azalma, umutsuzluk, kendinden hoşnut olmama da bu belirtiler arasında sayılabilir. Ancak çocuklar, erişkin

depresyonundan farklı olarak üzgün duygulanımdan çok huzursuz duygulanım gösterebilirler özellikle zayıf dürtü kontrolü olan çocuklar öfke nöbetleri ve agresif davranışlarda bulunabilirler (61, 62, 63).

2.8.2. Bakım Verende Depresyon

Kişinin kendisi için hastalık beklenmeyen bir durum olmakla birlikte ailesi için de bu durum üzücü ve beklenmeyen bir olaydır. Akut ya da kronik hastalığı olan bireyle ilgilenmek, ona yardım etmek, onun ihtiyaçlarını karşılamak, ailesi ve yakınları için fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik zorlanmaları da beraberinde getirebilmektedir (64). Ayrıca bakım gerektiren hastanın seyri ağırlaştıkça bakım verme rolü de ağırlaşabilmektedir (65). Hastaların ağrı, bulantı ve kusma gibi semptomlarının yönetiminde ve günlük aktivitelerinin karşılanmasında bakım verenlerin rolü çok büyüktür ve bakım verenler bu semptomların yönetiminde güçlük çekebilmektedirler (66).

Kanser hastalarına bakım verenlerde en sık görülen sorunlardan birisi uyku bozuklukları olmasına rağmen göz ardı edilmektedir. Literatür incelendiğinde bakım verenlerin çoğunluğunda ciddi uyku problemleri yaşandıkları görülmektedir (66, 67).

Hasta bireyin, hastalığının yaşamı tehdit eder vasıfta olması ve hastalığın uzun sürmesi aileyi derinden etkilemekle birlikte bakım verenin olağan günlük yaşam düzeninin kaybedilmiş olması, işine ve sosyal yaşamına dönememe gibi nedenlerle bakım verende yas tutma, kaygı, çaresizlik, umutsuzluk, depresif duygulanım duygularına neden olabilmektedir (68). Ayrıca bakım verendeki gelecekle ilgili endişeler, kaybetme korkusu, çocukların sorumluluğu ve evdeki diğer sorumlukları üstlenme endişesi, bakım verenlerde anksiyeteye neden olmaktadır (69). Yapılan araştırmalar da kanser hastalarına bakım verenlerde anksiyete ve depresyon gibi psikolojik problemlerin sıklıkla yaşandığını göstermektedir (62, 70, 71).

Bakım verenlerdeki psikolojik problemlerin yıkıcı etkileri bakım verenlerin hem kendi sağlığını hem de hastasına bakım verme yeteneğini etkileyebilir. Bu nedenle de önemle ele alınması gerekmektedir.

2.8.3. *Kanser ve Depresyon*

Hastalık teşhisinden sonra %40 oranında hastalarda depresif bozukluk görülme oranı vardır. Bu depresif bozukluğun ortalama % 20'sini ağır depresif bozukluklar oluşturmaktadır (12, 72). Yine yapılan bazı çalışmalarda kanser hastalarının %25'nin hastalıklarının bir döneminde majör depresif bozukluk geçirebilecekleri öngörülmektedir (73). Kanser hastalarında depresyon oluşmasında belli başlı risk faktörleri bulunmaktadır. Bunlardan bazıları bireyde normalde bulunan psikiyatrik bir hastalığın varlığı, düşük benlik saygısı, yetersiz ve kötü fiziksel koşullar, tanı döneminde duygusal stres ve yetersiz sosyal destek sayılabilir. Ayrıca diğer risk faktörleri arasında; kanserin ileri evre olması, ağrı kontrolünün yeterince yapılamıyor olması, eşlik eden fiziksel hastalıklar ve kullanılan kemoterapi ilaçlarının depresyonu tetikleyen yan etkilerinin bulunması sayılabilmektedir (74).

2.9. **Travma Sonrası Stres Bozukluğu**

Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB), önemli bir olay sonrası kişide travma yaratan ve en az bir ay boyunca süren mental bir bozukluktur. Bu dönemde kişide aşırı uyarılma hali (hipervizilans), travmayı hatırlatan ya da çağrıştıran uyananlarla karşılaşmaktan kaçınma, travmatik olayı rüyalar ve/veya geçmiş anımsamaları aracılığıyla yeniden yaşama sayılabilir (75, 76, 77).

Kişinin hayatını tehdit eden bir hastalık tanısı alması, kaçırılması, tecavüze uğraması, işkence mağduru veya tanığı olması; ölümcül bir saldırıya maruz kalması, askeri çatışmaya girmesi, deprem, sel baskını gibi doğal felaketleri yaşaması gibi olaylar travmatik etki yaratabilecek durumlardır. Aynı zamanda bu tür olayların sadece kişiye yönelik olması gerekmeyip, başkasının yaşadığı bu tür bir olaya tanık olmak da travmatik etki kabul edilir. Travmatik etki ile karşılaşan kişilerde TSSB gelişme riski vardır (76). Ancak kişilerin her birinin bu tür yaşanmış deneyimlere karşı verdikleri ruhsal tepkiler farklıdır. Aynı yoğunlukta bir travmatik etkiye neden olabilecek durum bir bireyde TSSB bulguları yaratabilirken, farklı bir bireyde aynı bulgulara rastlanılmayabilir. Birçok araştırmacıya göre, kişilik yapısı, kişide travmaya maruz

kalmadan önce de var olan ve süregelen diğer ruhsal rahatsızlıklar travmatik olaya verilen tepkileri etkilemektedir (77, 78, 79).

TSSB olan kişiler, travmatik olayı çağrıştıran olaylardan, kişilerden ve ipuçlarından kaçınma çabası içinde olurlar. Travmatik olayı yeniden yaşama ve kaçınma, aşırı irkilme, anksiyete ve bilişsel bozukluklar dahil olmak üzere birçok engelleyici faktör varlığı ile TSSB hastaları günlük işlerini yapmakta zorlanırlar hatta yapamaz hale gelebilirler (80).

2.9.1.Travma Sonrası Stres Bozukluğu Tarihçesi ve Epidemiyolojisi

TSSB ilk defa 1980 yılında Amerikan Psikiyatri Birliğince düzenlenen Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) III'de tanımlanmıştır. DSM-III'de travma tanımı; 'olağan insan yaşamı dışında kalan ve hemen herkes için önemli bir sıkıntı kaynağı olabilecek bir olay' şeklinde yapılmıştır (77). ABD'de 18-45 yaş arası yetişkinlerde yapılan çalışmada TSSB görülme oranı %3.6 olarak belirlenmiştir. TSSB'nin yaşam boyu prevalansı %7' nin üzerinde olduğu belirlenmiş olup TSSB'nin cinsiyete göre görülme oranı, erkeklerde %0.5; kadınlarda %1.3 olarak açıklanmıştır. Depresyonla beraber süregenleşme göstermesi kadınlarda daha yaygındır (78).

2.9.2.Travma Sonrası Stres Bozukluğunun Klinik Belirtileri

TSSB' nin belirtileri arasında öncelikle sayılması gereken kişinin travmatik olayı uyanıkken çeşitli uyanların etkisi ile hatırlaması veya rüyalarında olayı tekrar yaşantılmasıdır. Kişi sürekli bir uyarılmışlık halinde, travmatik olay her an tekrarlayacakmış gibi gergin ve tetikte beklemektedir. Aynı zamanda travmaya eşlik eden uyanlardan kaçınma eğilimini sürekli göstermektedir. En sık karşılaşılan belirtilerden biri de kişinin uykuya dalmakta veya uykuyu sürdürmekte zorluk çekmesidir. Daha önce hoşlandığı etkinliklerden uzaklaşıp, yakın çevresiyle duygusal ilişkilerinde zorlanma yaşayabilir. TSSB saptanan kişiler dikkat dağınıklığı, konsantrasyon bozukluğundan dolayı, işlerini veya eğitimlerini sürdürmekte de zorlanabilirler. TSSB olan kişilerde normalde var olmayan, panik duygular, karamsarlık, anksiyete ve suçluluk duyguları oluşabilir. Aynı zamanda kişi bu olumsuz

duygularla başedebilmek için; alkol, uyuşturucu madde, sakinleştiricileri yoğun bir şekilde kullanabilir (77, 79).

2.9.3.Travma Sonrası Stres Bozukluğu' nun DSM-IV Tanı Kriterleri (80)

A. Kişi; aşağıdakilerden her ikisinin de bulunduğu travmatik bir olay yaşamıştır.

1. Gerçek bir ölüm ya da ölüm tehdidi alma, ağır yaralanma, kendisinin ya da başkasının fiziksel bütünlüğüne karşı bir tehdit yaşama, böyle bir olaya tanık olma ya da karşı karşıya gelme
2. Kişinin tepkileri arasında çaresizlik, aşırı korku ya da dehşete düşme vardır. (Çocuklar bunların yerine dezorganize ya da ajite davranışla tepkilerini dışa vurabilirler).

B. Travmatik olay aşağıdakilerden en az biri (ya da daha fazlası) yoluyla sürekli olarak yeniden yaşanmaktadır.

1. Düşünce ve algıları kapsayan olayı yeniden yaşatan sıkıntı veren anların olması (Küçük çocukların travmanın kendisini ya da değişik yönlerini konu alan oyunları tekrar tekrar oynaması)
2. Olayı sık sık rüyalarda tekrar sıkıntı veren şekilde görme (Çocuklar içeriğini tam anlamaksızın korkunç rüyalar görebilir.)
3. Travmatik olay tekrar oluyormuş gibi hissetme ve/veya davranma (uyanmak üzereyken ya da sarhoşken ortaya çıkıyor olsa bile, o yaşantıyı yeniden yaşıyor gibi olma duygusunu, illüzyonları, halüsinasyonları ve dissosiyatif 'flashback' epizodlarını kapsar)
4. Travmatik olayın herhangi bir yönünü çağrıştıran iç ya da dış olaylarla karşılaşma üzerine yoğun bir psikolojik sıkıntı duyma.
5. Travmatik olayın herhangi bir bölümünü çağrıştıran iç ya da dış uyaranlara karşı fizyolojik tepki gösterme.

C. Aşağıdakilerden en az üçünün (ya da daha fazlasının) bulunması ile belirli, travmayı anımsatan uyarlardan sürekli kaçınma ve travmadan önce olmayan genel tepki düzeyinde azalma

1. Travma ile ilgili duygu, düşünce ve konuşmalardan kaçınma çabaları

2. Travma ile ilgili anıları çağrıştıran ortamlardan, etkinliklerden ya da kişilerden kaçınma
 3. Travmanın önemli bir bölümünü anımsayamama
 4. Önemli etkinlikler ve yapmaktan hoşlanılan eylemlere karşı katılımın ve ilginin azalması
 5. Etrafındaki insanlardan uzaklaşma ve onlara karşı yabancılaştığı duygusunu barındırma
 6. Duygulanımda güçlük çekme (örneğin, sevgi duymada güçlük çekme, mutlu olamama, üzülememe vs.)
 7. Bir geleceği kalmadığı endişesi taşıma (çocukları, mesleği, evliliği ya da olağan bir yaşam süresi olacağı beklentisi içerisinde olmama)
- D. Aşağıdakilerden en az ikisini (ya da daha fazlasının) bulunması ile belirli, artmış uyarılmışlık belirtilerinin sürekli olması
1. Uykuya dalmakta ya da uykuyu sürdürmekte güçlük
 2. Öfke patlamaları ve irritabilite
 3. Konsantrasyon güçlüğü
 4. Aşırı uyanıklık durumu (Hipervizilans)
 5. Aşırı irkilme tepkisi verme
- E. Bu bozukluk (B, C ve D tanı ölçütlerindeki belirtiler) bir aydan daha uzun sürmektedir.
- F. Bu bozukluk, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, sosyal, mesleki ya da diğer alanlarda işlevselliğin bozulmasına yol açmalıdır.

DSM-IV'e göre TSSB tanısının konulabilmesi için yeniden yaşama belirtilerinden en az bir ölçütün, kaçınma ve genel tepki düzeyinde azalma belirtilerinden en az üç ölçütün ve aşırı uyarılmışlık belirtilerinden en az iki ölçütün karşılanması gerekmektedir. Bu klinik durum bir aydan uzun sürmeli ve işlevsellikte bozulmaya neden olmalıdır. Belirtiler üç aydan kısa sürerse akut, daha uzun sürerse kronik, stres etkeninden en az altı ay sonra başlamışsa gecikmiş TSSB olarak tanımlanır (77, 80).

2.9.4 Literatürde Kanser ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu

Literatürde kanser ve travma sonrası stres bozukluğu ilişkisinin değerlendirildiği çok sayıda çalışma bulunmaktadır (81, 82, 83). Yetişkin hastalar ile yapılan, Tokgöz ve ark. (81)'nin çalışmasında kanser hastalarının %19'u TSSB tanı ölçütlerini karşılamakla beraber TSSB görülme sıklığı ile cinsiyet, meslek, eğitim düzeyi, yaş, medeni durum, sosyal destek ve çocuk sahibi olma gibi değişkenler açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır. Çalışmada tedavi olarak kemoterapi alan hastalarda, almayanlara göre TSSB oranı daha yüksek saptanmıştır. Hiçbir hastada intihar girişimi olmamakla birlikte, hastaların %11'inde intihar düşüncesinin olduğu belirlenmiştir. Kemoterapi alan hastalarda kemoterapinin travmayı hatırlatıcı bir durum olduğunu bunun da travmatik strese ilişkin sorunların sürmesine neden olabildiği, bu nedenle de kemoterapi gören hastalara daha etkili ve yoğun psikolojik yaklaşımların gerekli olduğu ileri sürülmektedir (10, 81).

Maliynite tanısı olan çocuklar ve aileleri ile sağlıklı çocuklar ve ailelerinin değerlendirildiği, Okado ve ark. (82)'nin çalışmasında depresyon, anksiyete ve travma sonrası stres bozukluğu karşılaştırılmıştır. Çalışmanın sonucunda TSSB'nin tanı yaşı ile pozitif korelasyon, tedavinin tamamlanma yaşı ile negatif korelasyon gösterdiği saptanmış olup, kanser tipleri ile ilişkisi olmadığı saptanmıştır. Çocuk ve ebeveyn belirtileri arasında pozitif korelasyon hasta grubunda varken, kontrol grubu çocuk ve ebeveyn belirtileri arasında korelasyon saptanmamıştır. Çalışmaya göre, pediatrik kanser hastalarının ailelerinde kontrol grubuna göre çocukların stresinden etkilenme daha fazla oranda saptanmıştır (82). Diğer bir çalışmada da, Taşkıran ve ark. (83) kemik iliği transplantasyonu (KİT) yapılan 27 hasta ve onların anneleri ile 28 sağlıklı çocuk ve annesindeki travma sonrası stres bozukluğu istatistiksel olarak karşılaştırılmıştır. Çalışmanın sonucunda KİT yapılan çocuk grubunda sağlıklı çocuklara göre TSSB daha fazla saptanmıştır. Hasta çocukların %48'inde orta dereceli TSSB, %14.8'inde ılımlı TSSB, %3.7'sinde ciddi TSSB saptanmıştır. Hasta grubu çocukların %33.3'ünde TSSB saptanmamıştır. Hasta annelerinin %26.9'unda travma sonrası stres belirtileri kısmi olarak saptanırken, %30.7'sinde TSSB tanı kriterleri karşılanmıştır. Travma öyküsü olan kontrol grubu annelerinin ise sadece %3.5'inde TSSB saptanmıştır. İstatistiksel olarak TSSB için cinsiyet, çocukların yaşları, KİT ünitesine yatış süreleri, tanı zamanı,

ailelerin memleketleri açısından anlamlı fark saptanmamıştır. Zorlu tedavi süreci, hastanede izole kalmak, bilinmeyen prognoz ile yaşamak annelerde ve çocuklarda stres yaratarak travma sonrası stres belirtileri ve TSSB neden olabilmekte olup, medikal tedavi ile eş zamanlı hastalara ve onlara bakım sağlayan annelerine psikososyal destek sağlanması gerektiği belirtilmiştir (83).

Çalışmalardan da anlaşılabildiği gibi kanser hastalığının zorlu tedavi ve izlem süresince hem çocuklar hem de onlara bakım veren annelerinde psikolojik ve psikiyatrik desteğe ihtiyaç duyulmaktadır. Bu nedenle kanser hastalığının tedavisi ve tedavi sonrası dönem süresince çocuk ve gençlerde ortaya çıkabilecek duygusal ve davranışsal problemleri belirlemek, psikiyatrik tanı alan vakaları uygun şekilde tedavi etmek, eşik altı belirtileri olanları ise yakından izleyip, destekleyici psikoterapötik yaklaşımlardan faydalanmalarının sağlamak gerekmektedir.

Çalışmamızın Amacı; hastanemiz Çocuk Onkoloji Bölümünde maliynite tanısı ile izlenen çok yoğun tetkik ve tedavi dönemlerinden geçmekte olan hastaların ve onlara bakım sağlayan annelerinin psikolojik ve psikiyatrik desteğe ihtiyaçlarının olup olmadığını belirlemek, gelişebilecek psikolojik bozuklukların erken tespit edilip, gerekli önlemlerin alınmasını sağlamak olmuştur. Psikososyal desteğin artırılarak hastalıkla başa çıkma yöntemlerinin geliştirilmesi ve ileride oluşturulacak rehberlere de bu çalışmanın kaynak oluşturabilecek nitelikte olacağı düşünülmüştür.

Bu araştırmada aşağıda verilen sorulara yanıt aranmıştır.

1. Çocuk Onkoloji Bölümünde maliynite tanısı ile takipli olup aktif tedavi gören hasta çocuklar ile remisyonda izlenen hasta çocukların depresyon, kaygı düzeyleri ve travma sonrası stres bozukluğu açısından aralarında fark var mıdır?
2. Çocuk Onkoloji Bölümünde maliynite tanısı ile takipli olup aktif tedavi gören hasta çocukların anneleri ile remisyonda izlenen hasta çocukların annelerinin, anksiyete, depresyon, tükenmişlik ve travma sonrası stres bozukluğu açısından aralarında fark var mıdır?
3. Hasta çocuklar ile kontrol grubundaki çocukların (travma yaşamamış) anksiyete, depresyon düzeyleri açısından aralarında fark var mıdır?
4. Aktif tedavi gören hasta çocuklar ile travma öyküsü olan sağlıklı kontrol grubu çocukları arasında travma sonrası stres bozukluğu açısından fark var mıdır?

5. Aktif tedavi gören **hasta çocukların anneleri** ile travma öyküsü olan sağlıklı **kontrol grubu çocukların anneleri** arasında travma sonrası stres bozukluğu açısından fark var mıdır?
6. Remisyonndaki hasta çocuklar ile travma öyküsü olan sağlıklı kontrol grubu çocukları arasında travma sonrası stres bozukluğu açısından fark var mıdır?
7. Remisyonndaki hasta çocukların anneleri ile travma öyküsü olan sağlıklı kontrol grubu çocuklarının **anneleri** arasında travma sonrası stres bozukluğu açısından fark var mıdır?
8. Hasta çocuk anneleri ile kontrol grubu **anneleri** arasında depresyon, anksiyete, tükenmişlik açısından anlamlı fark var mıdır?
9. Hasta grubunun **annelerinin** sosyal destek düzeyleri ile tükenmişlik, anksiyete, depresyon ve travma sonrası stres bozukluğu arasında negatif korelasyon var mıdır?
10. Hasta grubunun **annelerinin** problem çözme becerisi ile anksiyete, depresyon, tükenmişlik ve travma sonrası stres bozukluğu arasında korelasyon var mıdır?
11. Hasta çocuklar ve anneleri arasında depresyon, anksiyete, travma sonrası stres bozukluğu açısından korelasyon var mıdır?

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu bölüm; ilgili araştırmanın yeri, zamanı, uygulama şekli, çalışma gruplarının seçilmesi, örnekleme, kullanılan ölçme araçları ve araştırma sonucundan elde edilen bulguların çözümlenmesine ilişkin verilerden oluşmaktadır.

3.1. Hasta ve Kontrol Gruplarının Seçilmesi

Araştırmanın örneklem grubu, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi (GÜTF) Çocuk Onkoloji Hastalıkları Bilim Dalında maliynite tanısı ile takipli aktif tedavi gören 8-18 yaş aralığındaki hastalar ve anneleri ile tedavisi bitmiş, remisyonda (3 ay ile 60 ay) izlenen 8-18 yaş aralığındaki hastalar ve annelerini kapsamaktadır. Araştırma grubu, GÜTF Çocuk Onkoloji polikliniğine başvuran ve Çocuk Onkoloji servisinde yatarak tedavi gören maliynite tanılı hastaların gönüllü olanlarından ardışık muayene başvuruları sırasında ve yatış sırasında seçilmiştir. Kontrol grubu ise; GÜTF Genel Çocuk Polikliniğine annesiyle başvuran, hayatı tehdit eden veya kronik hastalık öyküsü olmayan ve çalışmaya katılmak için gönüllü olan 8-18 yaş çocuk ve anneleri arasından seçilmiştir. Kontrol grubundaki çocuklara/ergenlere ve annelerine travma olarak nitelendirdikleri herhangi bir olay yaşayıp yaşamadıkları sorgulanmış travma yaşamamış olanlar birinci kontrol grubu olarak, travma yaşamış olanlar ise travma sonrası stres bozukluğu karşılaştırması için ikinci kontrol grubu olarak alınmıştır. Örneklem grubunda hasta grubunu; maliynite tanılı aktif tedavi gören 30 çocuk/ergen ve annesi (n: 60), maliynite tanısı olup remisyonda izlenen 31 çocuk ve annesi (n: 62) oluşturmaktadır. Kontrol grubunu ise; herhangi bir travma öyküsü olmayan sağlıklı 30 çocuk/ergen ve annesi (n: 60) ve travma öyküsü olan 15 sağlıklı çocuk ve annesi (n: 30) oluşturmaktadır.

Tablo 2. Örneklem Grubu Dağılımı

Çalışma Merkezi	Çocuk	Anne	Toplam
Aktif tedavi Gören Gönüllü Hasta	30	30	60
Remisyonda İzlenen Gönüllü Hasta	31	31	62
Travma öyküsü olmayan Sağlıklı Kontrol	30	30	60
Travma öyküsü olan Sağlıklı Kontrol	15	15	30

3.2. Materyal ve Yöntem

Tez kapsamında konuyla ilgili olarak; çalışmaya alınan annelere; demografik bilgilerin yer aldığı Kişisel bilgi formu, Problem Çözme Envanteri (PÇE), Maslach Tükenmişlik Ölçeği (Maslach Burnout Inventory) (MBI/MTÖ), Beck Depresyon Ölçeği (Beck Depression Inventory / BDÖ), Sosyal Destek Ölçeği (Social Provisions Scale / SDÖ), Durumluluk (STAI-1)-Sürekli Anksiyete (STAI-2) Ölçeği, Klinisyen tarafından uygulanan TSSB Ölçeği/ TSSB-Ö (clinician-administered PTSD scale-CAPS) anketleri, çocuklara ise; Çocuklar için Durumluluk-Sürekli Kaygı Envanteri (State-Trait Anxiety Inventory For Children) (ÇDSKE/STAIC) “nasıl hissediyorum anketi”, Çocuklar için Depresyon Ölçeği (Children’s Depression Inventory / ÇDÖ), çocuk ve gençler için klinisyen tarafından uygulanan travma sonrası stres bozukluğu ölçeği (TSSB-ÖÇE) (Clinician-Administered PTSD Scale for Children and Adolescents, CAPS-CA) kullanılmıştır.

3.2.1. Verilerin Toplanması

Çalışma grubu bilgilendirilmiş gönüllü onam formu ile bilgilendirildikten sonra hasta grubu ve kontrol grubundaki 8-10 yaş aralığındaki çocuklara; çocuklar için durumluk-sürekli kaygı envanteri (State-Trait Anxiety Inventory For Children)(ÇDSKE/ STAIC) “nasıl hissediyorum anketi”, çocuklar için depresyon ölçeği (Children’s Depression Inventory / ÇDÖ) 11-18 yaş aralığındaki ergenlere; çocuklar için durumluk-sürekli kaygı envanteri (State-Trait Anxiety Inventory For Children) (ÇDSKE / STAIC) “nasıl hissediyorum anketi”, çocuklar için depresyon ölçeği (Children’s Depression Inventory / ÇDÖ) ve problem çözme envanteri (Problem Solving Inventory) (PÇE) anketleri kendileri tarafından doldurularak uygulanmıştır. Annelere de ayrı bir odada demografik bilgilerin yer aldığı kişisel bilgi formu, Maslach tükenmişlik ölçeği (Maslach Burnout Inventory) (MBI/MTÖ), Beck depresyon ölçeği (Beck Depression Inventory / BDÖ), sosyal destek ölçeği (Social Provisions Scale / SDÖ), durumluluk-sürekli kaygı envanteri (State-Trait Anxiety Inventory) (STAI-I / STAI-II) kendileri tarafından doldurularak uygulanmıştır. Her ölçek uygulaması öncesinde araştırmacı tarafından katılımcılara ölçeği nasıl yanıtlayacağına dair bilgi verilmiştir. Özbildirim formları doldurulduktan sonra çocuklara Çocuk ve Gençler için Klinisyen Tarafından Uygulanan Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği (TSSB-ÖÇE) (Clinician-Administered PTSD Scale for Children and Adolescents, CAPS-CA); annelere ve ergenlere klinisyen tarafından uygulanan travma sonrası stres bozukluğu ölçeği (Clinician Administered PTSD Scale) (TSSB-Ö/CAPS) karşılıklı birebir görüşme yapılarak ayrı odalarda uygulanmıştır.

Kontrol grubu ise; Genel Çocuk Polikliniğine annesi ile başvurmuş çocuklar/ergenler arasından seçilmiştir. Annelere ve çocuklara çalışma hakkında bilgi verilerek gönüllü olarak katılmak isteyip istemedikleri sorulmuştur. Çalışmaya gönüllü katılmak isteyenlerde; 8-18 yaş arası çocuk veya ergen olması, kronik hastalık öyküsü olmaması, mental gerilik bulunmaması, okuma yazma bilmesi şartı aranmıştır. Kontrol grubundaki çocuklara ve annelerine hayatlarında travma olarak nitelendirdikleri bir olay yaşayıp yaşamadıkları sorgulanmış, travma yaşayanlar ikinci kontrol grubuna dahil edilmiştir. Hasta grubu ve annelerine verilen anketlerin aynıları kontrol grubuna da verilerek özbildirim şeklinde doldurmaları istenmiştir. Kontrol grubunun ilk grubunda anksiyete, depresyon, tükenmişlik açısından anket değerlendirmesi yapılırken, ikinci

kontrol grubunda travma sonrası stres bozukluğu değerlendirmek için anne ve çocuğun yaşadığı, travma olarak nitelendirdikleri bir olay (trafik kazası, anne-baba ayrılığı, yakın ölümü, terör olayları, doğal afetler vb...) üzerinden anket soruları birebir görüşme yapılarak sorulmuştur.

Örneklem grubunun isim ve soy isimleri, anketin uygulandığı tarihteki hasta yaşları, tanı tarihi, hasta grubu için aktif tedavi alıp almadığı, remisyonda yada relaps olup olmadığı, tedavi süresi, remisyonda ise remisyon süresi retrospektif dosya incelemesinden ve hastane bilgi yönetim sistemi veri tabanından incelenerek elde edilmiştir.

Gönüllüleri Dahil Etme Kriterleri: Gazi Üniversitesi Çocuk Onkoloji Bölümünde en az 2 aydır maliynite tanısı ile izlenen hasta ve hastaların annesi olmak.

Remisyonda izlenen hastalar için remisyon süresinin 3ay-60ay arasında olması.

Gönüllüleri Dışlama Kriterleri: Çalışmaya katılmak istememek, tanı alma ve tedavi süresinin 1 aydan az olması, mental geriliği olup maliynite tanısı ile izlenen hasta çocuk veya mental geriliği olan anne

Gönüllülerin Araştırmadan Çıkarılma Kriterleri: Kendi isteği ile ayrılmak

3.2.2. Veri Toplama Araçları

Aşağıda çalışmada kullanılan ölçeklerden bahsedilmiştir.

3.2.2.1. Kişisel Bilgi Formu (Bkz. Ek-2)

Çalışma grubundaki çocuk ve annelerin demografik özelliklerini belirlemek üzere araştırmacı tarafından araştırmanın amaçlarına uygun olarak bir bilgi formu hazırlanmıştır. (Bkz. Ek-2)

3.2.2.2. Maslach Tükenmişlik Ölçeği (Maslach Burnout Inventory) (MBI/MTÖ) (Bkz. Ek-3)

Annelerin bakım veren olarak tükenmişlik düzeylerini belirlemek amacıyla Maslach Tükenmişlik Ölçeği kullanılmıştır.

Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ); 1981 yılında Maslach ve Jackson (41) tarafından geliştirilmiş, Ergin (46) tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır. Türkçe'ye çevirilen MTÖ'nin uygulaması 235 kişilik doktor, hemşire, öğretmen, avukat, polis ve memurlardan oluşan 6 farklı meslek grubundan kişilere yapılmıştır ve bu gruptan elde edilen verilerin analizi sonucuna göre ölçekte bazı değişikliklere gidilmiştir. Çalışmaya göre MTÖ'nin Türkçe uyarlamasının, özgün İngilizce ölçek ile tamamen tutarlı olduğunu ortaya konulmuştur (46).

MTÖ; duyarsızlaşma, kişisel başarıda düşme hissi, duygusal tükenme durumunu en yüksek güvenilirlikte gösteren 22 maddeden oluşan bir ölçektir. Tutarlılığı, tekrarlanabilirliği ve geçerliliği uygun sayıda örnekleme gösterilmiş olup; annelerin çocuklarındaki kanser gibi kronik bir hastalığa bağlı tükenmişliklerini göstermek için uygun ölçek olduğu düşünülmüş ve alınmıştır.

MTÖ'nin orijinal ilk formu 47 maddeden oluşan bir ölçektir. Maslach ve ark. (41) tarafından yapılan çalışmanın istatistiksel analiz sonucunda 10 faktör ortaya çıkmıştır. Madde sayısı da 47'den 25'e düşürülmüştür. Buna göre 25 maddenin 9'u duygusal tükenme, 5'i duyarsızlaşma, 8 madde de kişisel başarı ile ilişkilidir. Hem duygusal tükenme hem de duyarsızlaşma maddelerinin yüksek ortalama puanları vardır (41). MTÖ'den toplam puan ve alt ölçek puanları elde edilmektedir. Duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt ölçeklerinden alınan yüksek, kişisel başarı alt ölçeğinden alınan düşük puanlar, tükenmişlik olarak kabul edilmektedir (46).

Duygun ve Sezgin (84)'nin yaptığı çalışmada zihinsel engelli çocuk annelerinden oluşan bir örneklem grubu ele alınmıştır. MTÖ' nin Türkçe formunun duygusal tükenmişlik ve kişisel başarı olarak iki faktörden oluştuğu anlaşılmıştır. Bu örnekleme duyarsızlaşma alt boyutundaki maddeler, duygusal tükenmişlik faktörü içinde yer almaktadır. Özgün formdaki kişisel başarı alt boyutunda yer alan maddelerin tümü, ölçeğin Türkçe formunda yer alırken, duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma alt ölçeklerinin birleşiminden oluşan diğer faktör duygusal tükenmişlik olarak adlandırılmıştır. Duygusal tükenmişlik olarak adlandırılan birinci faktör 13 maddeden; kişisel başarı olarak adlandırılan ikinci faktör ise 8 maddeden oluşmaktadır (84).

Alt ölçekler için iç tutarlılık güvenilirlik katsayıları; duygusal tükenme için 0.90; Duyarsızlaşma için 0.79 ve kişisel başarı için 0.71 olarak bulunmuştur (41). Test-tekrar test güvenilirliği alt ölçekler için duygusal tükenme için 0.82; duyarsızlaşma için 0.60 ve

kişisel başarı için 0.80'dir (41). Çam (45)' in yaptığı çalışmada MTÖ'nin güvenilirliği Kuder- Richardson 20 formülüne göre ve yarıya bölme tekniğine göre güvenilirlik katsayıları hesaplanarak değerlendirilmiştir. Kuder-Richardson 20 formülüne göre güvenilirlik katsayıları: Duyarsızlaşma alt ölçeği için; 0.71, Duygusal Tükenme alt ölçeği için; 0.89, Kişisel başarı alt ölçeği için; 0.72 olarak saptanmıştır (45). MTÖ'nin alt ölçeklerinin yarıya bölme tekniği ile saptanan korelasyon katsayılarının Spearman-Brown düzeltmesi yapıldıktan sonra elde edilen güvenilirlik katsayıları: Duygusal tükenme için; 0.84, Duyarsızlaşma için; 0.78, Kişisel başarı için; 0.72'dir (45).

3.2.2.3. Sosyal Destek Ölçeği (Social Provisions Scale / SDÖ) (Bkz. Ek-4)

Çalışmada annelerin algıladıkları sosyal destek düzeylerini belirlemek ve bu sosyal destek düzeyinin annelerdeki anksiyete, depresyon ve TSSB ile ilişkisini değerlendirmek için Sosyal Destek Ölçeği (SDÖ) kullanılmıştır.

SDÖ, Weiss tarafından tanımlanmış ve ölçek sosyal destek türlerini ölçmek için Cutrona ve Russell tarafından geliştirilmiştir (85). SDÖ, 1998'de Işıklı tarafından lisansüstü tez çalışmasında kullanılmış ve Duru ve Balkıs tarafından Türkçeye uyarlanması yapılmıştır (86, 87). SDÖ'nin Türkçe formunda doğrulayıcı faktör analizi (confirmatory factor analysis) sonucunda orijinal formunda olduğu gibi 6 faktör saptanmıştır. Alt ölçekler için Cronbach-Alpha güvenilirliği 0.54 ile 0.74 arasında bulunmuştur. Tüm ölçek için ise 0.90 olarak bulunmuştur (87).

3.2.2.4. Problem Çözme Envanteri (Problem Solving inventory) (PÇE) (Bkz. Ek-5)

Örneklem grubundaki annelerin ve ergenlerin günlük yaşantılarında karşılaştıkları problemlere karşı tepki ve yaklaşımlarını, problem çözme yeteneklerini ölçmek amacıyla Problem Çözme Envanteri (PÇE) kullanılmıştır. Heppner ve Petersen tarafından 1982 yılında geliştirilmiş ve Türk kültürüne uyarlama çalışmaları Taylan, Şahin ve Heppner tarafından yapılmıştır (88). Katılımcılar her maddeyi 6'lı Likert tipi ölçek üzerinde değerlendirmektedir. Ölçekten alınabilecek toplam puan 32-192 arasında değişmektedir. Alınan yüksek puan problem çözme becerisi algısının düşük olduğuna işaret etmektedir (88).

3.2.2.5. Durumluluk - Sürekli Kaygı Envanteri (State-Trait Anxiety Inventory STAI-I, STAI-II) (Bkz. Ek-6)

Durumluluk-Sürekli Kaygı Envanteri araştırma kapsamına alınan annelerin durumluluk-sürekli kaygı düzeylerini incelemek amacı ile kullanılmıştır. Envanterin asıl formu İngilizce olarak Durumluluk-Sürekli Kaygı Envanter (State-Trait Anxiety Inventory) 1970 yılında C.D. Spielberger, R.L. Gorsuch ve R.E. Lushene tarafından geliştirilmiştir. N. Öner ve A. Le Compte tarafından 1974-1977 yılları arasında Türkçe'ye çevrilerek geçerlilik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır (89).

Ölçek her biri 20 maddelik toplam 40 maddeden oluşan iki ayrı ölçeği içeren likert tipi bir öz değerlendirme anketidir. 1-*Durumluluk Kaygı Ölçeği*: Belirli bir anda ve belirli koşullarda bireyin kendini nasıl hissettiğini belirler. 2- *Sürekli Kaygı Ölçeği*: Bireyin içinde bulunduğu durum ve koşullardan bağımsız olarak, kendini nasıl hissettiğini belirler. Maddelere verilen yanıtlar 1 ile 4 arasında puanlanmaktadır. Ölçeklerde doğrudan ve tersine çevrilmiş ifadeler vardır. Doğrudan ve tersine çevrilmiş ifadelerin toplam ağırlıklarının saptanması için iki ayrı anahtar hazırlanır. Doğrudan ifadeler için elde edilen toplam ağırlıklı puandan, ters ifadelerin toplam ağırlıklı puanı çıkartılır ve bu sayıya değişmeyen bir değer eklenir. Bu değer Durumluluk Kaygı Ölçeği için 50, Sürekli Kaygı Ölçeği için ise 35'tir. En son elde edilen değer bireyin kaygı puanıdır. Her iki ölçekten elde edilen toplam puan değeri 20 ile 80 arasında değişir. Kesme puanı olarak 45 alınır. Elde edilen yüksek puan, yüksek sürekli kaygıya işaret etmektedir (89).

3.2.2.6. Beck Depresyon Ölçeği (Beck Depression Inventory) (BDÖ/BDI) (Bkz. Ek-7)

Depresyonda görülen duygusal, somatik, bilişsel ve motivasyona dayalı belirtileri ölçen, klinik gözlemlerden elde edilen veriler üzerine oluşturulmuştur. Çalışmada annelerin depresyon düzeylerini ölçmek amacıyla uygulanmıştır. Ölçeğin amacı depresyon tanısı koymak değil, depresyon belirtilerinin derecesini objektif olarak belirlemektir. Beck Depression Inventory (BDI)' nın Türkiye'de iki uyarlaması bulunmaktadır. Bunlardan biri 1961 yılında geliştirilmiş olan formu Buket Tegin (ERKAL) tarafından yapılmış uyarlamadır. Diğeri ise BDI 'nın 1978 formunun Beck

Depresyon Envanteri (BDE) adı altında Nesrin Şahin (Hisli) tarafından yapılmış olan uyarlamadır. 259 üniversite öğrencisi ile yapılan bir araştırmada iki yarım test güvenilirlik katsayısı 0.74 olarak bulunmuştur. Güvenirlilik çalışmasında, Cronbach alfa katsayısı 0.80 olarak bulunmuştur (90, 91).

Ölçek duygu durum, kötümserlik, başarısızlık duygusu, doyumsuzluk, suçluluk duygusu, cezalandırılma duygusu, kendinden nefret etme, kendini suçlama, kendini cezalandırma arzusu, ağlama nöbetleri, sinirlilik, sosyal içedönüklük, kararsızlık, bedensel imge, çalışabilirliğin ketlenmesi, uyku bozuklukları, yorgunluk, bitkinlik, iştahın azalması, kilo kaybı, somatik yakınmalar, cinsel dürtü kaybı olarak 21 belirti kategorisinden oluşmaktadır. Ölçekteki sorular 0-3 puan arasında puanlanır. Kesme puanı 17 olarak belirtilmiştir. Alınabilecek en yüksek puan 63'tür (92).

3.2.2.7. Klinisyen tarafından uygulanan travma sonrası stres bozukluğu ölçeği (Clinician Administered PTSD Scale) (TSSB-Ö/CAPS)

Çalışmadaki annelerin ve 16-18 yaş arasındaki ergenlerin, travma sonrası stres bozukluğunun değerlendirilmesi amacıyla kullanılmıştır. Ölçek Blake ve arkadaşları tarafından 1990 yılında geliştirilmiştir (93). Günümüzde hem araştırma, hem de klinik uygulamalarda kullanılan klinisyen tarafından uygulanan bir ölçektir. Ölçek uygulama sırasında yarı yapılandırılmış amaca yönelik bir görüşme ile doldurulur. Ölçeğin Türkiye'deki geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 1999 yılında Aker ve ark. (94) tarafından yapılmıştır. Türkçe formunun güvenilirliği; ölçeğin tümü için Cronbach alfa kat sayısı 0.91, travmatik olayın yaşantılanması alt ölçeği için 0.78, travma ile ilgili uyanlardan kaçınma ve tepkisizlik alt ölçeği için 0.78 ve artmış uyarılmışlık hali belirtileri alt ölçeği için 0.82 olarak hesaplanmıştır (94).

TSSB-Ö toplam 25 soru içerir. Bu ölçekteki soruların on yedisi DSM III-R'deki TSSB belirtilerini temel alırken (TSSB-Ö-1) diğer sekiz soru ise TSSB' ye eşlik eden belirtilerin (TSSB-Ö-2) değerlendirilmesini sağlar. TSSB-Ö-1 gerek son 1 ay gerekse yaşam boyu TSSB' nu değerlendiren bir tanı aracıdır. TSSB-Ö-2 ise yalnızca son 1 hafta içindeki TSSB belirtilerini araştırır. Her maddede bozukluğun belirti sıklığının ve şiddetinin derecelendirmesi sağlanır. Bunların dışında, ölçekte belirtilerin toplumsal ve mesleki işlevsellik üzerine olan etkisi, bir önceki değerlendirmeye veya altı ay öncesine

göre TSSB belirtilerinin durumu, TSSB şiddetinin bütünsel değerlendirilmesi, TSSB değerlendirmenin tahmini geçerliği ile ilgili sorular da yer almaktadır. Görüşmeci kendisine verilen bilginin güvenilirliğini de ölçek içinde değerlendirebilmektedir. Toplam ölçek puanı daha çok bozukluğun şiddetiyle ilgili bir fikir verip belirtilerin sıklık ve şiddet puanlarının toplanmasıyla elde edilir ve 0 ile 136 arasında değişir. TSSB-Ö niceliksel değerlendirme dışında niteliksel bir değerlendirmeye de olanak veren, şimdiki ve yaşam boyu TSSB tanısını koydurabilen bir ölçektir. Herhangi bir TSSB belirtisinin sıklığının en az 1, şiddetinin ise en az 2 olduğu durumlarda, yani o belirtiyeye ait sıklık ve toplam puanı en az 3 ise belirtiyeye “var” olarak kabul edilmektedir. Belirti varlığını değerlendirmede başka yöntemler de olmasına karşın en sık 1+2 yöntemi kullanılmaktadır. Travmatik bir olayın tanımlanması (TSSB-Ö A) ile birlikte en az bir tekrar yaşantılama belirtisi (TSSB-Ö B), 3 kaçınma veya küntleşme belirtisi (TSSB-Ö C) ve 2 tane de uyarılmışlık hali belirtisinin (TSSB-Ö D) varlığıyla TSSB tanısı konulabilmektedir (95).

3.2.2.8. Çocuklar için Depresyon Ölçeği (*Children's Depression Inventory*)(ÇDÖ/CDI) (Bkz. Ek-8)

Beck Depresyon Envanteri temel alınarak yapılmış olan Çocuklar için Depresyon Ölçeği (Children's Depression Inventory), 1981 yılında Kovacs (96) tarafından geliştirilmiştir. Türkçe'ye 1990 yılında Öy (97) tarafından kazandırılmış ve çeşitli araştırmacılar tarafından çok sayıda araştırmada kullanılmıştır. Ölçek, 380 öğrenciyeye ilk uygulamadan bir hafta sonra ikinci kez uygulanmış ve test-tekrar test güvenilirliği 0.80 olarak bulunmuştur (97). Klinik olarak depresyon tanısı alan, ancak ölçeğe göre depresyon tanısı almayanların oranı %66.67, klinik olarak depresyon tanısı almayan ancak ölçeğe göre depresyon tanısı alanların oranı %12.5, ölçeğin doğru tanı koyma oranı ise % 84.75 olarak bildirilmiştir (98).

ÇDÖ 27 maddeden oluşan kendini değerlendirme ölçeğidir. Ölçek 6-17 yaş aralığındaki çocuk ve ergenlere uygulanabilir. Beck Depresyon Envanteri'nde olduğu gibi tanı koymak amacını değil depresif belirtileri ve şiddetini değerlendirmeyi amaçlamaktadır. Ölçek durum ile ilgilidir, sürekli bir özelliği değerlendirmeye uygun değildir. Çocuğun son 15 günü düşünerek soruları cevaplaması istenir (98). Ölçek

çocuğa okunarak ya da çocuğun kendisi tarafından okunarak doldurulur. Ölçeğe verilen cevaplara 0 ile 2 arasında değişen puanlar verilir. Bu puanların tamamının toplanması ile elde edilen puan depresyon puanıdır. Ölçeğin kesim noktası 19’ dur. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 54’tür. Toplam puanın yüksek oluşu, depresyon düzeyinin ya da şiddetinin yüksekliğini gösterir (98).

3.2.2.9. Çocuklar için Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri (State-Trait Anxiety Inventory for Children)(ÇDSKE/STAIC) “Nasıl Hissediyorum Anketi”

Ölçek çocukların kaygı düzeylerini belirlemek amacıyla kullanılmıştır. Çocuklar için Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri (ÇDSKE)’nin orijinal adı “State-Trait Anxiety Inventory For Children (STAIC)’dir. Çocuklar İçin Sürekli Kaygı Ölçeği “Nasıl Hissediyorum Anketi” Spielberger tarafından 1973 yılında geliştirilmiştir (98).

Kaygı yatkinlığında kalıcı bireysel farklılıkları ölçmeyi amaçlayan ölçeğin 1995 yılında Özusta tarafından geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır (99).Çocuklar için Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri (ÇDSKE), 2 ölçekten oluşur. Sürekli Kaygı Ölçeği yirmi maddeden oluşur ve çocuktan kendini “genellikle” nasıl hissettiğini değerlendirip, madde olarak verilen durumun oluş sıklığına göre en uygun seçeneği belirtmesi istenir. Sürekli Kaygı Ölçeğinden en düşük toplam puan 20, en yüksek toplam puan 60’tır (99).

ÇDSKE’ nin Durumluluk Kaygı Ölçeği’nde; çocuklardan, içinde bulundukları ‘o anda’ kendilerini nasıl hissettiklerini değerlendirmeleri ve ilgili 3 seçenekten birini işaretlemeleri istenmektedir. Ölçek yirmi maddeden oluşmaktadır ve ölçek, gerginlik, telaş, sinirlilik, tedirginlik gibi durumluk kaygıyla ilişkili duyguların değerlendirilmesini amaçlar. Bu duyguların varlığı çocuk tarafından ‘çok’ olarak bildirildiği durumda en yüksek puan olan 3, olmadığının bildirilmesi durumunda ise en düşük puan olan 1 verilir. Durumluk Kaygı Ölçeğinden en düşük toplam puan 20, en yüksek toplam puan 60’tır (98).

3.2.2.10. Çocuk ve Gençler için Klinisyen Tarafından Uygulanan Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği (TSSB-ÖÇE) (Clinician-Administered PTSD Scale for Children and Adolescents, CAPS-CA)

Çocuk ve ergenlerin DSM-III ve DSM-IV tanı ölçütlerine göre geçmişteki ve şu andaki travmalara bağlı travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) belirtilerinin değerlendirilmesi, sıklığının ve şiddetinin saptanması, herhangi bir tedavinin etkisinin izlenmesi ve hasta gruplarına TSSB tanısının konması amacıyla geliştirilmiş yarı yapılandırılmış bir tanı görüşmesidir. Nader ve ark. (100) tarafından 1996 yılında "Klinisyen Tarafından Uygulanan Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği'nden (TSSB-Ö, CAPS)" uyarlanmıştır.

Orijinal hali DSM-III (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- 22 Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı) (American Psychiatric Association- APA 1980) ve DSM-III-R (APA 1987) ölçütlerine göre düzenlenmiştir (100, 101). 2007 yılında Karakaya ve ark. tarafından Türkçe'ye uyarlanmış ve ölçeğin geçerlik-güvenirlik çalışması yapılmıştır (102). Çalışmaya göre TSSB-ÖÇE' nin iç tutarlılığı 0.83 bulunmuştur. Çalışmanın sonucuna göre TSSB-ÖÇE' nin çocuk ve ergenlerde TSSB' yi değerlendirmek için geçerli ve güvenilir bir görüşme ölçeği olduğu düşünülmüştür (102).

Ölçekte bulunan toplam 36 soru başlığından on yedisi TSSB belirtilerini değerlendirirken, sekiz tanesi suçluluk, bağlanma davranışında değişiklik, travma ile ilişkili korkular, dissosiasyon gibi TSSB ile ilişkili diğer belirtileri sorgulamaktadır. TSSB-ÖÇE-1, gerek son bir ay, gerekse yaşam boyu için TSSB' yi değerlendiren bir tanı aracıdır. TSSB-ÖÇE-2 ise, TSSB belirtilerini sadece son bir hafta için değerlendirip bu belirtilerin kısa aralıklarla incelenmesine olanak vermektedir. Görüşmeci kendisine verilen bilginin güvenilirliğini de ölçek içinde değerlendirebilmektedir. Ölçek klinisyen ve örneklem grubundaki kişi ile birebir karşılıklı görüşme şeklinde uygulanır. Çocuklar için beşli sembolik cevap anahtarları da bulunmaktadır. Bu özellik, hastalığın belirti şiddetinin ve belirti sıklığının daha iyi derecelendirilebilmesini sağlar. Toplam ölçek puanı daha çok bozukluğun şiddeti ile ilgili bir fikir verip belirtilerin sıklık ve şiddet puanlarının toplanması ile elde edilir. Toplam puan 0 ile 136 arasında değişir. Niceliksel değerlendirme dışında, TSSB-ÖÇE niteliksel bir değerlendirmeye de olanak sağlar,

şimdiki ve yaşam boyu TSSB tanısını koydurur. Belirtinin "var" kabul edilebilmesi için herhangi bir TSSB belirtisinin sıklığının en az 1, şiddetinin ise en az 2 olması, yani o belirtiye ait sıklık ve şiddetin toplam puanının en az 3 olması gerekmektedir. En az bir tekrar yaşantılama belirtisi, üç kaçınma ya da küntleşme belirtisi ve 2 tane de uyarılmışlık hali belirtisinin varlığı TSSB tanısı koydurabilmektedir (102).

3.3. İstatistik Analizler

İstatistik değerlendirmeler SPSS 21.0 IBM paket programı kullanılarak yapılmıştır. Tüm değerlendirmelerde non-parametrik testler kullanılmıştır. Sosyodemografik verilerin değerlendirilmesinde betimsel analiz yöntemleri, gruplar arası karşılaştırma yaparken, T-Testi analiz yöntemi, örnekleme oluşturan gruplar 30 kişinin altında ise gruplar arasında karşılaştırmada *Mann Whitney U* ve *Ki-Kare* analiz yöntemleri kullanılmıştır. Bağımlı değişkenler arasındaki ilişkiyi incelemek için ise Pearson Korelasyon Yöntemi kullanılmıştır.

4. BULGULAR

Bu bölümde onkolojik hastalığı olan ve olmayan çocuklar ile annelerine uygulanan kaygı, depresyon, tükenmişlik, problem çözme, sosyal destek ve TSSB ölçeklerine ait verilerin sonuçları verilecektir. Örneklem grubunu oluşturan çocuklara ait sosyodemografik veriler **Tablo 3**'de gösterilmiştir. Gruplar arasında cinsiyet dağılımı açısından anlamlı bir fark yokken ($X^2=3.655$, $p=.301$), yaş dağılımları açısından anlamlı bir fark olduğu ($X^2=15.243$, $p<.01$) bulunmuştur. Yapılan Post-Hoc analizi sonucunda remisyonda olan çocukların yaş ortalaması (13.90 ± 3.44), hem aktif tedavi gören çocukların (11.67 ± 3.49) hem de kontrol grubundaki sağlıklı çocukların (10.77 ± 2.75) yaş ortalamasından anlamlı olarak daha fazladır.

Aktif tedavi gören çocuklardan %21.4' ü (n:6) son 6 ay içinde aile düzenini etkileyecek bir sorun yaşadığını belirtmişken, çocuklardan %78.6'sı (n:22) böyle bir sorun yaşamadığını belirtmiştir. Remisyonda olan çocukların % 13.8' i (n: 4) son 6 ay içinde aile düzenini etkileyecek sorun yaşadığını, %86.2'si (n:25) ise sorun yaşamadığını ifade etmiştir. Travma öyküsü olan sağlıklı çocukların %20'si (n:3) son 6 ay içinde aile düzenini etkileyecek sorun yaşadığını, %80'i (n:12) ise böyle bir sorun yaşamadığını belirtmiştir. Kontrol grubunda yer alan sağlıklı çocuklardan ise sadece 1 çocuk (%3.3) son 6 ay içinde aile düzenini etkileyecek sorun yaşadığını ifade etmiştir.

Çocukların okul başarısı incelendiğinde; aktif tedavi gören çocukların %7.7' sinin (n:2) kötü, %19.2'sinin (n:5) orta ve %73.1'inin (n:19) iyi düzeyde okul başarısına sahip olduğu görülmüştür. Bu oranlar remisyondaki hasta çocuklarda, %33.3' ü (n:10) orta, %60'ı (n:18) iyi ve %6.7'si (n:2) zaman zaman iyi şeklindedir. Travma öyküsü olan sağlıklı çocuklardan %13.3' ünün (n:2) okul başarısı kötü, %13.3' ünün (n:2) okul başarısı orta, %66.7'sinin (n:10) okul başarısı iyi ve %6.7'sinin (n:1) okul başarısı zaman zaman iyi olarak saptanmıştır. Kontrol grubunda yer alan sağlıklı çocukların %16.7' sinin (n:5) orta, %80'inin (n:24) iyi ve %3.3' ünün (n:1) zaman zaman iyi derecede okul başarısı vardır.

Okuldaki sorun alanları incelendiğinde; aktif tedavi gören çocukların, %3.8'i (n:1) arkadaş ilişkilerinde, %3.8'i (n:1) öğretmen ilişkilerinde, %3.8'i (n:1) hem arkadaş ilişkilerinde hem ders başarısında, %3.8'i (n:1) hem ders başarısı, hem de arkadaş ve öğrenmen ilişkilerinde sorun yaşarken; %84.6'sı (n:22) okulda herhangi bir sorun

yaşamadığını ifade etmiştir. Remisyondaki hasta çocukların %3.3'ü (n:1) arkadaş ilişkilerinde, %3.3'ü (n:1) ders başarısında, %3.3'ü (n:1) hem arkadaş hem de öğretmen ilişkilerinde, %3.3'ü (n:1) ders başarısında ve arkadaş ilişkilerinde sorun yaşarken, %86.7'si (n:26) okulda herhangi bir sorun yaşamadığını belirtmiştir. Travma öyküsü olan sağlıklı çocukların %13.3'ü (n:2) öğretmen ilişkilerinde, %6.7'si (n:1) hem arkadaş ilişkilerinde hem de ders başarısında, %13.3'ü (n:2) ders başarısı, arkadaş ve öğretmen ilişkilerinde sorun yaşamaktadır. Bu çocukların %66.7'si (n:10) okulda herhangi bir sorun yaşamamaktadır. Kontrol grubunda yer alan sağlıklı çocuklardan % 6.7'si (n:2) arkadaş ilişkilerinde, başka %6.7'si (n:2) ders başarısında, %3.3'ü (n:1) öğretmen ilişkilerinde sorun yaşarken, %83.3'ü okulda herhangi bir sorunu olmayan çocuklardır.

Örneklem grubunu oluşturan çocuklara ait sosyodemografik veriler **Tablo 3**'de gösterilmiştir.

Tablo 3. Örneklem Grubunu Oluşturan Çocuklara Ait Sosyodemografik Özellikler

Değişkenler	Aktif Tedavi Gören (N=30)		Remisyonda Olan (N=31)		Travma Yaşantısı Olan (N=15)		Kontrol (N=30)	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Cinsiyet								
Kadın	8	26.7	15	48.4	6	40	14	46.7
Erkek	22	73.3	16	51.6	9	60	16	53.3
Çocuk Eğitim								
İlkokul	14	46.7	9	29	5	33.3	18	60
Ortaokul	3	10	10	32.3	1	6.7	5	16.7
Lise	9	30	10	32.3	9	60	7	23.3
Okula gitmeyen	4	13.3	2	6.5	0	0	0	0
	Ortalama	Standart Sapma	Ortalama	Standart Sapma	Ortalama	Standart Sapma	Ortalama	Standart Sapma
Çocuk Yaş	11.67	3.49	13.90	3.44	13.33	3.27	10.77	2.75
Kaçıncı Çocuk	2.13	1.38	2.10	1.16	1.80	0.86	1.87	1.22

Örneklem grubunu oluşturan çocukların annelerine ait sosyodemografik veriler **Tablo 4'**de gösterilmiştir.

Tablo 4. Örneklem Grubunu Oluşturan Çocukların Annelerine Ait Sosyodemografik Özellikler

Değişkenler	Aktif Tedavi Gören (N=30)		Remisyonunda Olan (N=31)		Travma Yaşantısı Olan (N=15)		Kontrol (N=30)	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Anne Eğitim								
Yok	1	3.3	1	3.2	0	0	1	3.3
Okur-yazar	1	3.3	2	6.5	0	0	0	0
İlkokul	18	60	11	35.5	4	26.7	7	23.3
Ortaokul	3	10	4	12.9	3	20	7	23.3
Lise	3	10	8	25.8	6	40	6	20
Üniversite	4	13.3	5	16.1	2	13.3	9	30
Anne Meslek								
Ev Hanımı	23	76.7	24	77.4	4	26.7	23	76.7
İşçi	3	10	1	3.2	9	60	2	6.7
Memur	3	10	4	12.9	2	13.3	5	16.7
Serbest	1	3.3	2	6.5	0	0	0	0
	Ortalama	Standart Sapma	Ortalama	Standart Sapma	Ortalama	Standart Sapma	Ortalama	Standart Sapma
Anne Yaş	38.73	5.34	41.81	6.71	39.87	6.95	40.63	5.76

Örneklem grubunu oluşturan çocukların babalarına ait sosyodemografik özellikler **Tablo 5'**de gösterilmiştir.

Tablo 5. Örneklem Grubunu Çocukların Babalarına Ait Sosyodemografik Özellikler

Değişkenler	Aktif Tedavi Gören (N=30)		Remisyonda Olan (N=31)		Travma Yaşantısı Olan (N=15)		Kontrol (N=30)	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Baba Eğitim								
Yok	0	0	0	0	0	0	0	0
Okur-yazar	0	0	1	3.2	0	0	0	0
İlkokul	9	30	11	35.5	4	26.7	8	26.7
Ortaokul	5	16.7	5	16.1	2	13.3	3	10
Lise	10	33.3	4	12.9	6	40	4	13.3
Üniversite	6	20	10	32.3	3	20	15	50
Baba Meslek								
İşsiz	4	13.8	1	3.2	2	13.3	0	0
İşçi	11	37.9	7	22.6	4	26.7	8	26.7
Memur	3	10.3	8	25.8	5	33.3	11	36.7
Emekli	3	10.3	4	12.9	2	13.3	1	3.3
Serbest	8	27.6	11	35.5	2	13.3	10	33.3
	Ortalama	Standart Sapma	Ortalama	Standart Sapma	Ortalama	Standart Sapma	Ortalama	Standart Sapma
Baba Yaş	42.25	4.33	44.87	6.40	44.93	7.33	43.57	6.65

Örneklem grubunu oluşturan çocukların ailelerine ait sosyodemografik özellikler **Tablo 6'**da gösterilmiştir.

Tablo 6. Örneklem Grubunu Oluşturan Çocukların Ailelerine Ait Sosyodemografik Özellikler

Değişkenler	Aktif Tedavi Gören (N=30)		Remisyonunda Olan (N=31)		Travma Yaşantısı Olan (N=15)		Kontrol (N=30)	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Gelir								
Asgari Ücret Altı	8	26.7	3	9.7	5	33.3	1	3.3
Asgari Ücret-2000 TL	11	36.7	13	41.9	3	20	9	30
2000 TL ve üstü	11	36.7	15	48.4	7	46.7	20	66.7
Anne Babada Akrabalık								
Var	7	23.3	5	16.1	1	6.7	4	13.3
Yok	23	76.7	26	83.9	14	93.3	26	86.7
Aile Tipi								
Çekirdek	22	73.3	21	67.7	8	53.3	25	83.3
Geniş	7	23.3	9	29	4	26.7	5	16.7
Parçalanmış	1	3.3	1	3.2	3	20	0	0

Aktif tedavi gören çocukların %6.7'sinin (n:2) tanıli psikiyatrik hastalık (majör depresyon) öyküsü olduğu öğrenilmişken, %93.3'ünde (n:28) bilinen psikiyatrik hastalık öyküsü olmadığı öğrenilmiştir. Remisyonunda olan çocukların %3.2'sinde (n:1) tanıli psikiyatrik hastalık öyküsü olduğu (panik atak) öğrenilmişken, %96.8'inde (n:30) bilinen psikiyatrik hastalık öyküsü olmadığı öğrenilmiştir. Travma öyküsü olan çocukların ise % 6.7'sinde (n:1) tanıli psikiyatrik hastalık öyküsü varken %93.3'ünde (n:14) bilinen psikiyatrik hastalık yoktur.

Aktif tedavi gören çocukların %20'si (n:6) psikiyatrik yardım alırken, %80'i (n:24) psikiyatrik yardım almamaktadır. Remisyonda olan çocukların %6.5'i (n:2) psikiyatrik yardım aldığını, %93.5'i (n:29) psikiyatrik yardım almadığını belirtmiştir. Travma öyküsü olan sağlıklı çocukların ise %33.3'ü (n:2) psikiyatrik yardım alırken, %86.7'si (n:13) psikiyatrik bir yardım almamaktadır. Aktif tedavi gören çocukların %33.3'ü (n:2) anne-baba rehberliği, %16.7'si (n:1) ilaç tedavisi (Selektif Serotonin Reuptake Inhibitörü / SSRI), %16.7'si (n:1) hem anne-baba rehberliği hem bireysel terapi, %33.3'ü (n:2) hem bireysel tedavi hem ilaç tedavisi almaktadır. Remisyondaki hasta çocukların % 6.5 'i (n:2) anne-baba rehberliği aldığını belirtmiştir.

Travma öyküsü olan sağlıklı çocuklardan psikiyatrik yardım alan iki çocuktan biri (%50) anne-baba rehberliği, biri de (%50) ilaç tedavisi (SSRI) almaktadır. Aktif tedavi alan çocukların %10'u (n:3) SSRI kullanırken %90'nı (n:27) herhangi bir psikiyatrik ilaç kullanmamaktadır. Remisyonda olan çocukların hiçbirisi psikiyatrik ilaç kullanmamaktadır. Travma öyküsü olan sağlıklı çocukların ise %6.7'si (n:1) SSRI kullanırken %93.3'ü (n:14) psikiyatrik ilaç kullanmamaktadır.

Aktif tedavi gören çocuklardan birisi 7 gündür, diğeri 11 aydır psikiyatrik ilaç kullandığını belirtmişken, ilaç kullanan çocuklardan birisi ilaç kullanım süresini belirtmemiştir. Travma öyküsü olan ve ilaç kullanan sağlıklı çocuklardan biri ise 6 aydır ilaç tedavisi aldığını belirtmiştir.

Hasta grubunda yer alan çocukların hastalık tanılarının dağılımı **Tablo 7**'de gösterilmiştir.

Tablo 7. Hasta Gruba Ait Hastalık Özellikleri

Hastalıklar	Aktif Tedavi Gören		Remisyon	
	N	%	N	%
Hodgkin Lenfoma	0	0	4	12.9
Hodgkin dışı Lenfoma	6	20.3	7	22,6
Diffüz pons gliomu	1	3.3	0	0
Ewing Sarkom	2	6.7	1	3.2
Germ hücreli testis tümörü	2	6.7	0	0
Glioblastome multiforme	1	3.3	0	0
Alveolar soft part sarkom	1	3.3	1	3.2
İntrakranial malign germ hücreli tümör	0	0	1	3.2
Langerhans hücreli histiyositoz	2	6.7	1	3.2
Malign mezenkimal tümör	1	3.3	0	0
Medulloblastom	4	13.3	2	6.5
Nazofarenks karsinomu	1	3.3	2	6.5
Nöroblastom	4	13.3	1	3.2
Osteosarkom	1	3.3	1	3.2
Over germ hücreli tümör	1	3.3	1	3.2
Rabdomiyosarkom	1	3.3	3	9.7
Renal hücreli karsinom	0	0	1	3.2
Sertoli Leyding hücreli tümör	1	3.3	0	0
Sinovyal sarkom	0	0	2	6.5
Tiroid papiller karsinom	0	0	1	3.2
Wilms Tümörü	1	3.3	2	6.5

Travma öyküsü olan çocukların ve annelerinin, %20'sinin (n:6) araç içi trafik kazası yaşadığı, %13.3'ünün (n:4) anne babasının boşandığı, %20'sinin (n:6) darbe girişiminden etkilenmiş olduğu, %6.7'sinin (n:2) ailesinde kronik hastalığa sahip, bakıma muhtaç birey olduğu, %6.7'sinin (n:2) terörden etkilenmiş olduğu ve %33.3'ünün (n:10) yakınının vefatından etkilenmiş olduğu belirtilmiştir.

Aktif tedavi gören çocukların annelerinin %90'nı (n:27) sağlıklı olup, %6.7'sinin (n:2) ruhsal hastalığı ve %3.3'ünün (n:1) hem bedensel hem de ruhsal hastalığı vardır. Remisyonunda olan çocukların annelerinin %96.7'si (n:29) sağlıklı iken %3.3'ünün (n:1) bedensel hastalığı varken, ruhsal hastalığı olan yoktur. Travma öyküsü olan çocukların

annelerinin ise %80'i (n:12) sağlıklı, %13.3'ü (n:2) bedensel hastalığı olan ve %6.7'si (n:1) hem ruhsal hem de bedensel hastalığı olan kişilerdir.

Aktif tedavi gören hasta çocuklar/ergenler ile remisyonunda olan hasta çocuklar/ergenler depresyon ve kaygı ölçek puanları açısından karşılaştırılmış ve sonuçlar **Tablo 8**'de gösterilmiştir. **Tablo 8** incelendiğinde, gruplar arasında depresyon ve kaygı ölçek puanları açısından anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür.

Tablo 8. Aktif Tedavi Gören Hasta Çocuklar ile Remisyonunda İzlenen Hasta Çocukların Depresyon ve Kaygı Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Ölçekler	Grup	N	Ortalama	Standart Sapma	Serbestlik Derecesi	t	p
ÇDÖ Toplam	Aktif	30	10.27	5.69	58.87	0.943	.350
	Remisyon	31	8.90	5.61			
ÇDSKE-Durumluk Kaygı	Aktif	30	33.33	6.71	58.85	0.581	.563
	Remisyon	31	32.29	7.30			
ÇDSKE-Sürekli Kaygı	Aktif	30	34.13	6.39	57.74	-0.480	.633
	Remisyon	31	35	7.67			

ÇDÖ: Çocuklar için Depresyon Ölçeği, ÇDSKE: Çocuklar için Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri

Aktif tedavi gören hasta çocuk ve ergenler ile remisyonunda olan hasta çocuk ve ergenler TSSB ölçek puanları açısından da karşılaştırılmıştır (**Tablo 9, Tablo 10**). Benzer şekilde gruplar arasında hem şimdi hem de yaşam boyu TSSB puanları açısından anlamlı bir fark yoktur.

Tablo 9. Aktif Tedavi Gören Hasta Çocuklar ile Remisyonda İzlenen Hasta Çocukların TSSB Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Ölçekler	Grup	N	Sıra Ortalaması	Ortalama Toplamı	U	p
TSSB-ÖÇE Şimdiki B Toplam	Aktif	25	24.06	601.5	173.5	.200
	Remisyon	18	19.14	344.5		
TSSB-ÖÇE Yaşam Boyu B Toplam	Aktif	25	19.04	476	151	.067
	Remisyon	18	26.11	470		
TSSB-ÖÇE Şimdiki C Toplam	Aktif	25	24.16	604	171	.182
	Remisyon	18	19	342		
TSSB-ÖÇE Yaşam Boyu C Toplam	Aktif	25	20.40	510	185	.324
	Remisyon	18	24.22	436		
TSSB-ÖÇE Şimdiki D Toplam	Aktif	25	23.32	583	192	.415
	Remisyon	18	20.17	363		
TSSB-ÖÇE Yaşam Boyu D Toplam	Aktif	25	19.42	485.5	160.5	.111
	Remisyon	18	25.58	460.5		
TSSB-ÖÇE Şimdiki Toplam	Aktif	25	22.96	551	181	.373
	Remisyon	18	19.56	352		
TSSB-ÖÇE Yaşam Boyu Toplam	Aktif	25	20.36	509	184	.312
	Remisyon	18	24.28	437		

TSSB-ÖÇE: Çocuk ve Gençler için Klinisyen Tarafından Uygulanan Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği TSSB-ÖÇE B: Tekrar yaşantılama Belirtileri, TSSB-ÖÇE C: Kaçınma veya küntleşme belirtileri, TSSB-Ö D: Uyarılmışlık hali belirtileri

Tablo 10. Aktif Tedavi Gören Hasta Ergenler ile Remisyonda İzlenen Hasta Ergenlerin TSSB Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Ölçekler	Grup	N	Sıra Ortalama	Ortalama Toplamı	U	p
TSSB-Ö Şimdiki B Toplam	Aktif	5	10.60	53	27	.585
	Remisyon	13	9.08	118		
TSSB-Ö Yaşam Boyu B Toplam	Aktif	5	8.60	43	28	.656
	Remisyon	13	9.85	128		
TSSB-Ö Şimdiki C Toplam	Aktif	5	9.5	47.5	32.5	1.000
	Remisyon	13	9.5	123.5		
TSSB-Ö Yaşam Boyu C Toplam	Aktif	5	9.2	46	31	.881
	Remisyon	13	9.62	125		
TSSB-Ö Şimdiki D Toplam	Aktif	5	8.9	44.5	29.5	.766
	Remisyon	13	9.73	126.5		
TSSB-Ö Yaşam Boyu D Toplam	Aktif	5	8.9	44.5	29.5	.766
	Remisyon	13	9.73	126.5		
TSSB-Ö Şimdiki Toplam	Aktif	5	8.6	43	28	.657
	Remisyon	13	9.85	128		
TSSB-Ö Yaşam Boyu Toplam	Aktif	5	8.3	41.5	26.5	.566
	Remisyon	13	9.96	126.5		

TSSB-Ö: Klinisyen Tarafından Uygulanan Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği, TSSB-Ö B: Tekrar yaşantılamaya belirtileri, TSSB-Ö C: Kaçınma veya küntleşme belirtileri, TSSB-Ö D: Uyarılmışlık hali

Hasta çocuklar ile sağlıklı çocuklar arasında ÇDÖ, ÇDSKE-Durumluk Kaygı ve ÇDSKE-Sürekli Kaygı puanları açısından anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. Hasta çocuklar sağlıklı çocuklardan anlamlı olarak daha depresiftir. Hasta çocuklar sağlıklı çocuklardan anlamlı olarak daha fazla ÇDSKE-Durumluk kaygı puanı ve hasta çocuklar sağlıklı çocuklardan anlamlı olarak daha fazla ÇDSKE-Sürekli kaygı puanı almışlardır.

Özetle; hasta çocukların sağlıklı çocuklardan anlamlı olarak daha depresif ve kaygılı olduğu saptanmıştır.

Hasta çocuklar sağlıklı kontrol grubundaki çocuklarla, depresyon ve kaygı puanları açısından karşılaştırılmış ve verilere ait sonuçlar **Tablo 11**'de gösterilmiştir.

Tablo 11. Hasta Çocuklar Sağlıklı Çocukların Depresyon ve Kaygı Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Ölçekler	Grup	N	Ortalama	Standart Sapma	Serbestlik Derecesi	t	P
ÇDÖ Toplam	Hasta	61	9.57	5.64	72.24	3.468*	.001
	Sağlıklı	30	5.83	4.39			
ÇDSKE-Durumluk Kaygı	Hasta	61	32.8	6.98	89	3.344*	.001
	Sağlıklı	30	29.17	3.39			
ÇDSKE-Sürekli Kaygı	Hasta	61	34.57	7.02	78.18	2.862*	.005
	Sağlıklı	30	30.93	4.93			

*p<.01 ÇDÖ: Çocuklar için Depresyon Ölçeği, ÇDSKE: Çocuklar için Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri

Aktif tedavi gören hasta çocuk ve ergenler ile travma öyküsü olan sağlıklı çocuklar/ ergenler TSSB ölçek puanları açısından **Tablo 12** ve **Tablo 13**'de karşılaştırılmıştır.

Aktif tedavi gören hasta çocuklar/ergenler ile travma öyküsü olan çocuklar/ergenler arasında TSSB'nin tüm alt ölçek ve toplam puanları açısından anlamlı bir fark varken ergen grup arasında hiçbir ölçek puanı açısından anlamlı bir fark yoktur. Aktif tedavi gören hasta çocuklar travma öyküsü olan sağlıklı çocuklardan anlamlı olarak daha fazla TSSB-ÖÇE şimdiki B toplam puanı almışlardır. TSSB-ÖÇE yaşam boyu B toplam puanları açısından da aktif tedavi gören hasta çocuklar travma öyküsü olan sağlıklı çocuklardan anlamlı olarak daha fazla puan almışlardır. Buna göre aktif tedavi gören hasta çocuklar, travma öyküsü olan sağlıklı çocuklardan daha fazla hem şimdiki hem de yaşam boyu travmaya ait tekrar yaşantılamalara sahiptir. Aktif tedavi gören hasta çocuklar travma öyküsü olan sağlıklı çocuklardan anlamlı olarak daha fazla TSSB-ÖÇE şimdiki C toplam puanı almışlardır. Yine TSSB-ÖÇE yaşam boyu C toplam puanları açısından da aktif tedavi gören hasta çocuklar travma öyküsü olan sağlıklı çocuklardan anlamlı olarak daha fazla puan almışlardır. Aktif tedavi gören hasta

çocuklar, travma öyküsü olan sağlıklı çocuklardan daha fazla hem şimdiki hem de yaşam boyu travmaya ait kaçınma davranışı göstermektedir. Benzer şekilde, aktif tedavi gören hasta çocuklar travma öyküsü olan sağlıklı çocuklardan anlamlı olarak daha fazla TSSB-ÖÇE şimdiki D toplam ve TSSB-ÖÇE yaşam boyu D toplam puanları açısından da aktif tedavi gören hasta çocuklar travma öyküsü olan sağlıklı çocuklardan anlamlı olarak daha fazla puan almışlardır. Aktif tedavi gören hasta çocuklar, travma öyküsü olan sağlıklı çocuklardan daha fazla hem şimdiki hem de yaşam boyu travmaya ait aşırı uyarılmışlık göstermektedir.

Özetle, aktif tedavi gören hasta çocukların, travma öyküsü olan sağlıklı çocuklardan daha fazla travmaya ait kaçınma davranışı ve aşırı uyarılmışlık belirtileri gösterdikleri, aynı zamanda daha fazla hem şimdiki hem de yaşam boyu travmaya sahip oldukları saptanmıştır.

Tablo 12. Aktif Tedavi Gören Hasta Çocuklar ile Travma Yaşamış Kontrol Grubundaki Çocukların TSSB Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Ölçekler	Grup	N	Sıra Ortalama	Ortalama Toplamı	U	P
TSSB-ÖÇE Şimdiki B Toplam	Aktif	25	23.74	593.5	56.5**	.001
	Travma	13	11.35	147.5		
TSSB-ÖÇE Yaşam Boyu B Toplam	Aktif	25	22.84	571	79**	.009
	Travma	13	13.08	170		
TSSB-ÖÇE Şimdiki C Toplam	Aktif	25	23.08	577	73**	.006
	Travma	13	12.62	164		
TSSB-ÖÇE Yaşam Boyu C Toplam	Aktif	25	22.74	568.5	81.5*	.012
	Travma	13	13.27	172.5		
TSSB-ÖÇE Şimdiki D Toplam	Aktif	25	23.84	596	54**	.001
	Travma	13	11.15	145		
TSSB-ÖÇE Yaşam Boyu D Toplam	Aktif	25	22.24	556	94*	.034
	Travma	13	14.23	185		
TSSB-ÖÇE Şimdiki Toplam	Aktif	25	24.1	578.5	33.5***	.000
	Travma	13	9.58	124.5		
TSSB-ÖÇE Yaşam Boyu Toplam	Aktif	25	24.32	608	42***	.000
	Travma	13	10.23	133		

*p<.05, **p<.01, ***p<.001 TSSB-ÖÇE: Çocuk ve Gençler için Klinisyen Tarafından Uygulanan Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği TSSB-ÖÇE B: Tekrar yaşantılama Belirtileri, TSSB-ÖÇE C: Kaçınma veya küntleşme belirtileri, TSSB-Ö D: Uyarılmışlık hali belirtileri

Aktif tedavi gören hasta ergenler ile travma öyküsü olan sağlıklı ergenler TSSB ölçek puanları açısından **Tablo 13**'de karşılaştırılmıştır.

Tablo 13. Aktif Tedavi Gören Hasta Ergenler ile Travma Yaşamış Kontrol Grubundaki Ergenlerin TSSB Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Ölçekler	Grup	N	Sıra Ortalama	Ortalama Toplamı	U	p
TSSB-Ö Şimdiki B Toplam	Aktif	5	4.8	24	1	.105
	Travma	2	2	4		
TSSB-Ö Yaşam Boyu B Toplam	Aktif	5	4.4	22	3	.421
	Travma	2	3	6		
TSSB-Ö Şimdiki C Toplam	Aktif	5	4.8	24	1	.108
	Travma	2	2	4		
TSSB-Ö Yaşam Boyu C Toplam	Aktif	5	4.8	24	1	.108
	Travma	2	2	4		
TSSB-Ö Şimdiki D Toplam	Aktif	5	4.8	24	1	.108
	Travma	2	2	4		
TSSB-Ö Yaşam Boyu D Toplam	Aktif	5	4.8	24	1	.108
	Travma	2	2	4		
TSSB-Ö Şimdiki Toplam	Aktif	5	5	25	0	.051
	Travma	2	1.5	3		
TSSB-Ö Yaşam Boyu Toplam	Aktif	5	4.6	23	2	.241
	Travma	2	2.5	5		

TSSB-Ö: Klinisyen Tarafından Uygulanan Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği TSSB-Ö B: Tekrar yaşantılamaya Belirtileri, TSSB-ÖÇE C: Kaçınma veya küntleşme belirtileri, TSSB-Ö D: Uyarılmışlık hali belirtileri

Remisyonunda olan hasta çocuklar ile travma öyküsü olan sağlıklı çocuklar arasında TSSB-ÖÇE Şimdiki C Toplam alt ölçek puanı tüm alt ölçek ve toplam puanları açısından anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir.

Remisyonda olan çocuklar travma öyküsü olan sağlıklı çocuklardan anlamlı olarak daha fazla TSSB-ÖÇE Şimdiki B Toplam puanı almışlardır. TSSB-ÖÇE Yaşam Boyu B Toplam puanları açısından da remisyonda olan çocuklar travma öyküsü olan sağlıklı çocuklardan anlamlı olarak daha fazla puan almışlardır. Buna göre remisyonda olan çocuklar, travma öyküsü olan çocuklardan anlamlı olarak daha fazla hem şimdiki hem de yaşam boyu travmaya ait tekrar yaşantılamalara sahiptir. Remisyonda olan çocuklar travma öyküsü olan sağlıklı çocuklardan anlamlı olarak daha fazla TSSB-ÖÇE Yaşam Boyu C toplam puanı almışlardır. Remisyonda olan çocuklar, travma öyküsü olan sağlıklı çocuklardan daha fazla yaşam boyu travmaya ait kaçınma davranışı göstermektedir. Benzer şekilde, remisyonda olan çocuklar travma öyküsü olan sağlıklı çocuklardan anlamlı olarak daha fazla TSSB-ÖÇE Şimdiki D Toplam ve TSSB-ÖÇE yaşam boyu D toplam puanları açısından da remisyonda olan çocuklar travma öyküsü olan sağlıklı çocuklardan anlamlı olarak daha fazla puan almışlardır. Remisyonda olan çocuklar, travma öyküsü olan sağlıklı çocuklardan daha fazla hem şimdiki hem de yaşam boyu travmaya ait aşırı uyarılmışlık göstermektedir.

Son olarak, remisyonda olan çocuklar, hem TSSB-ÖÇE şimdiki toplam hem de TSSB-ÖÇE yaşam boyu toplam puanları açısından travma öyküsü olan sağlıklı çocuklardan anlamlı olarak daha fazla puan almışlardır. Bu da, remisyonda olan çocukların, travma öyküsü olan sağlıklı çocuklardan daha fazla hem şimdiki hem de yaşam boyu travmaya sahip olduğunu belirtmektedir.

Remisyonda olan ergenler, travma öyküsü olan sağlıklı ergenlerden anlamlı olarak daha fazla TSSB-Ö Şimdiki B Toplam puanı almışlardır.

Özetle; remisyonda olan ergenlerde, travma öyküsü olan sağlıklı ergenlerden anlamlı olarak daha fazla şimdiki travmaya ait tekrar yaşantılama, kaçınma davranışı, aşırı uyarılmışlık ve daha fazla travma sonrası stres belirtisi olduğu saptanmıştır.

Remisyonda olan hasta çocuklar ile travma öyküsü olan sağlıklı çocuklar TSSB ölçek puanları açısından karşılaştırılmış ve sonuçlar **Tablo 14**'de gösterilmiştir.

Tablo 14. Remisyonda Olan Çocuklar ile Travma Yaşamış Kontrol Grubundaki Çocukların TSSB Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Ölçekler	Grup	N	Sıra Ortalama	Ortalama Toplamı	U	p
TSSB-ÖÇE Şimdiki B Toplam	Remisyon	18	19.83	357	48*	.005
	Travma	13	10.69	139		
TSSB-ÖÇE Yaşam Boyu B Toplam	Remisyon	18	20.14	362.5	42.5*	.003
	Travma	13	10.27	133.5		
TSSB-ÖÇE Şimdiki C Toplam	Remisyon	18	18.36	330.5	74.5	.084
	Travma	13	12.73	165.5		
TSSB-ÖÇE Yaşam Boyu C Toplam	Remisyon	18	20.31	365.5	39.5*	.002
	Travma	13	10.04	130.5		
TSSB-ÖÇE Şimdiki D Toplam	Remisyon	18	20.08	361.5	43.5*	.003
	Travma	13	10.35	134.5		
TSSB-ÖÇE Yaşam Boyu D Toplam	Remisyon	18	20.22	364	41*	.002
	Travma	13	10.15	132		
TSSB-ÖÇE Şimdiki Toplam	Remisyon	18	20.86	375.5	29.5**	.000
	Travma	13	9.27	120.5		
TSSB-ÖÇE Yaşam Boyu Toplam	Remisyon	18	21.25	382.5	22.5**	.000
	Travma	13	8.73	113.5		

*p<.01, **p<.001 TSSB-ÖÇE: Çocuk ve Gençler için Klinisyen tarafından Uygulanan Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği TSSB-ÖÇE B: Tekrar yaşantılamaya Belirtileri, TSSB-ÖÇE C: Kaçınma veya küntleşme belirtileri, TSSB-ÖÇE D: Uyarılmışlık hali belirtileri

Remisyonda olan hasta ergenler ile travma öyküsü olan sağlıklı ergenler TSSB ölçek puanları açısından karşılaştırılmış ve sonuçlar **Tablo 15** 'de gösterilmiştir.

Tablo 15. Remisyonda Olan Ergenler ile Travma Öyküsü Olan Sağlıklı Kontrol Grubundaki Ergenlerin TSSB Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

TSSB-Ö Şimdiki B Toplam Ergen	Remisyon	13	9	117	0*	.026
	Travma	2	1.5	3		
TSSB-Ö Yaşam Boyu B Toplam Ergen	Remisyon	13	8.54	111	6	.229
	Travma	2	2	4		
TSSB-Ö Şimdiki C Toplam Ergen	Remisyon	13	8.92	116	1*	.040
	Travma	2	2	4		
TSSB-Ö Yaşam Boyu C Toplam Ergen	Remisyon	13	8.69	113	4	.114
	Travma	2	3.5	7		
TSSB-Ö Şimdiki D Toplam Ergen	Remisyon	13	8.92	116	1*	.039
	Travma	2	2	4		
TSSB-Ö Yaşam Boyu D Toplam Ergen	Remisyon	13	8.77	114	3	.084
	Travma	2	3	6		
TSSB-Ö Şimdiki Toplam Ergen	Remisyon	13	9	117	0*	.027
	Travma	2	1.5	3		
TSSB-Ö Yaşam Boyu Toplam Ergen	Remisyon	13	8.77	114	3	.088
	Travma	2	3	6		

*p<.05 TSSB-Ö: Klinisyen tarafından Uygulanan Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği, TSSB-ÖÇE B: Tekrar yaşantılama Belirtileri, TSSB-ÖÇE C: Kaçınma veya küntleşme belirtileri, TSSB-Ö D: Uyarılmışlık hali belirtileri

Aktif tedavi gören hasta çocukların anneleri ile remisyonda olan hasta çocukların anneleri, depresyon, kaygı, problem çözme, sosyal destek düzeyleri, tükenmişlik ve TSSB ölçek puanları açısından karşılaştırılmıştır. Gruplar arasında STAI 1-Durumluk Kaygı, TSSB-Ö Şimdiki B Toplam, TSSB-Ö Şimdiki D Toplam ve TSSB-Ö Şimdiki Toplam puanları açısından anlamlı bir fark varken diğer ölçek puanları arasında anlamlı bir fark yoktur. Buna göre aktif tedavi gören hasta çocukların anneleri remisyonda olan çocukların annelerinden anlamlı olarak daha fazla STAI 1-Durumluk Kaygı ölçek puanına sahiptir. Aktif tedavi gören hasta çocukların anneleri, remisyonda olan çocukların annelerinden anlamlı olarak daha fazla durumluk kaygıya sahiptir. Benzer şekilde, aktif tedavi gören hasta çocukların anneleri remisyonda olan çocukların

annelerinden anlamlı olarak daha fazla travmalara ait aşırı uyarılmışlık yaşamaktadır. Yine aktif tedavi gören hasta çocukların anneleri remisyonda olan çocukların annelerinden anlamlı olarak daha fazla TSSB-Ö Şimdiki Toplam puanına sahip olup, anlamlı olarak daha fazla şimdiki travmaya sahip oldukları saptanmıştır.

Özetle; aktif tedavi gören hasta çocukların anneleri, remisyonda olan çocukların annelerinden anlamlı olarak daha fazla durumluk kaygıya sahiptir. Ayrıca aktif tedavi gören hasta çocukların anneleri, remisyonda olan çocukların annelerinden travmaya ait tekrar yaşantılama ve travmaya ait aşırı uyarılmışlık belirtileri daha fazla olup, şimdiki travma sonrası stres bozukluğuna da daha fazla sahip oldukları saptanmıştır.

Aktif tedavi gören hasta çocukların anneleri ile remisyonda olan hasta çocukların anneleri, depresyon, kaygı, problem çözme, sosyal destek düzeyleri, tükenmişlik ve TSSB ölçek puanları açısından karşılaştırılmış ve sonuçlar **Tablo 16** ve **Tablo 17**'de belirtilmiştir.

Tablo 16. Aktif Tedavi Gören Hasta Çocukların Anneleri ile Remisyonda İzlenen Hasta Çocukların Annelerinin Tükenmişlik, Sosyal Destek Düzeyleri, Problem Çözme, Depresyon, Kaygı Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Ölçekler	Grup	N	Ortalama	Standart Sapma	Serbestlik Derecesi	t	p
BDÖ	Aktif	30	16.57	9.61	57.55	1.717	.091
	Remisyon	31	12.58	8.47			
STAI 1-Durumluk Kaygı	Aktif	30	54.33	10.63	58.91	3.021*	.004
	Remisyon	31	45.81	11.42			
STAI 2-Sürekli Kaygı	Aktif	30	46.03	10	57.59	1.427	.159
	Remisyon	31	42.58	8.84			
PÇE Toplam	Aktif	30	96.3	20.38	59	0.445	.658
	Remisyon	31	93.94	21.10			
MTÖ-DT	Aktif	30	12.43	7.64	58.4	0.638	.526
	Remisyon	31	11.23	7.14			
MTÖ-KB	Aktif	30	24.80	4.83	58.38	-0.410	.684
	Remisyon	31	25.29	4.5			
MTÖ Toplam	Aktif	30	18.83	9.47	59	0.155	.878
	Remisyon	31	18.45	9.81			
SDÖ Toplam	Aktif	30	74.3	10.84	58.78	0.286	.776
	Remisyon	31	73.52	10.54			
	Aktif	30	11.47	5.32			

*p<.01 BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği, STAI-I / STAI-II: Durumluluk-Sürekli Kaygı Envanteri, PÇE: Problem Çözme Envanteri, MTÖ: Maslach Tükenmişlik Ölçeği MTÖ-DT: Maslach Tükenmişlik Ölçeği -Duygusal Tükenmişlik MTÖ-KB: Maslach Tükenmişlik Ölçeği-Kişisel Başarı, SDÖ: Sosyal Destek Ölçeği.

Tablo 17. Aktif Tedavi Gören Hasta Çocukların Anneleri ile Remisyonda İzlenen Hasta Çocukların Annelerinin TSSB Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Ölçekler	Grup	N	Ortalama	Standart Sapma	Serbestlik Derecesi	t	p
TSSB-Ö Şimdiki B Toplam	Aktif	30	11.47	5.32	58.66	2.841**	.006
	Remisyon	31	7.68	5.1			
TSSB-Ö Yaşam Boyu B Toplam	Aktif	30	10.57	10.09	57.85	-1.804	.076
	Remisyon	31	15	9.06			
TSSB-Ö Şimdiki C Toplam	Aktif	30	17.67	10.87	58.35	1.915	.060
	Remisyon	31	12.52	10.11			
TSSB-Ö Yaşam Boyu C Toplam	Aktif	30	14.67	16.33	57.44	-1.863	.068
	Remisyon	31	22	14.31			
TSSB-Ö Şimdiki D Toplam	Aktif	30	17.53	10.62	54.04	2.475*	.016
	Remisyon	31	11.55	8.04			
TSSB-Ö Yaşam Boyu D Toplam	Aktif	30	13.7	13.79	55.74	-0.574	.568
	Remisyon	31	15.55	11.15			
TSSB-Ö Şimdiki Toplam	Aktif	30	69.48	31.02	57.11	2.034*	.047
	Remisyon	31	53.61	29.29			
TSSB-Ö Yaşam Boyu Toplam	Aktif	30	38.93	37.44	57.31	-1.514	.136
	Remisyon	31	52.55	32.55			

*p<.05, **p<.01 TSSB-Ö: Klinisyen tarafından uygulanan travma sonrası stres bozukluğu ölçeği, TSSB-Ö ÇE B: Tekrar yaşantılama belirtileri, TSSB-Ö ÇE C: Kaçınma veya küntleşme belirtileri, TSSB-Ö D: Uyarılmışlık hali belirtileri

Sonuçta, gruplar arasında, Duygusal Tükenmişlik ve Kişisel Başarı alt ölçek puanları hariç diğer ölçek puanları açısından anlamlı bir fark olduğu gözlenmiştir. Hasta çocukların anneleri sağlıklı çocukların annelerinden anlamlı olarak daha fazla Beck Depresyon Ölçeği puanı almıştır. Benzer şekilde, hasta çocukların anneleri sağlıklı

çocukların annelerinden anlamlı olarak daha fazla STAI 1-Durumluk Kaygı puanları almıştır. Yine hasta çocukların anneleri sağlıklı çocukların annelerinden anlamlı olarak daha fazla STAI 2-Sürekli Kaygı puanına sahiptir. Hasta çocukların anneleri sağlıklı çocukların annelerinden anlamlı olarak daha fazla Maslach Tükenmişlik Ölçeği toplam puanı almışlardır.

Özetle; hasta çocuklarının annelerinde sağlıklı çocukların annelerine göre daha fazla depresif, durumluk-sürekli kaygı ve tükenmişlik belirtileri görülmektedir.

Hasta çocukların anneleri ile sağlıklı çocukların anneleri depresyon, kaygı ve tükenmişlik ölçek puanları açısından karşılaştırılmış ve sonuçlar **Tablo 18**'de gösterilmiştir.

Tablo 18. Hasta Çocukların Anneleri ile Sağlıklı Çocukların Annelerinin Depresyon, Kaygı ve Tükenmişlik Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Ölçekler	Grup	N	Ortalama	Standart Sapma	Serbestlik Derecesi	t	p
BDÖ	Hasta	61	14.54	9.19	88.82	6.098*	.000
	Sağlıklı	30	5.93	4.27			
STAI 1-Durumluk Kaygı	Hasta	61	50	11.76	80.96	11.723*	.000
	Sağlıklı	30	30.53	3.84			
STAI 2-Sürekli Kaygı	Hasta	61	44.28	9.51	86.85	8.897*	.000
	Sağlıklı	30	30.3	5.44			
MTÖ-DT	Hasta	61	11.82	7.35	88.59	5.297	.000
	Sağlıklı	30	5.6	3.85			
MTÖ-KB	Hasta	61	25.05	4.64	75.9	-1.226	.224
	Sağlıklı	30	26.1	3.39			
MTÖ Toplam	Hasta	61	18.64	9.57	82.64	4.280*	.000
	Sağlıklı	30	11.53	6.14			

*p<.001 BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği, STAI-I / STAI-II :Durumluluk-Sürekli Kaygı Envanteri, MTÖ: Maslach Tükenmişlik Ölçeği MTÖ-DT: Maslach Tükenmişlik Ölçeği -Duyusal Tükenmişlik MTÖ-KB: Maslach Tükenmişlik Ölçeği-Kişisel Başarı.

Aktif tedavi gören hasta çocukların anneleri ile travma öyküsü olan sağlıklı çocukların anneleri de TSSB ölçek puanları açısından karşılaştırılmıştır (Tablo 19). Aktif tedavi gören hasta çocukların anneleri ile travma öyküsü olan sağlıklı çocukların anneleri arasında TSSB 'nin tüm alt ölçek ve toplam puanları açısından anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur. Aktif tedavi gören hasta çocukların anneleri, travma öyküsü olan çocukların annelerinden anlamlı olarak daha fazla TSSB-Ö Şimdiki B Toplam puanı almışlardır. TSSB-Ö Yaşam Boyu B Toplam puanları açısından da aktif tedavi gören hasta çocukların anneleri travma öyküsü olan çocukların annelerinden anlamlı olarak daha fazla puan almışlardır. Buna göre aktif tedavi gören hasta çocukların anneleri, travma öyküsü olan sağlıklı çocukların annelerinden anlamlı olarak daha fazla hem şimdiki hem de yaşam boyu travmaya ait tekrar yaşantılamalara sahiptir. Aktif tedavi gören hasta çocukların anneleri, travma öyküsü olan çocukların annelerinden anlamlı olarak daha fazla hem şimdiki hem de yaşam boyu travmaya ait aşırı uyarılmışlık göstermektedir. Son olarak, aktif tedavi gören hasta çocukların anneleri, hem TSSB-Ö Şimdiki Toplam hem de TSSB-Ö Yaşam Boyu Toplam puanları açısından travma öyküsü olan çocukların annelerinden anlamlı olarak daha fazla puan almışlardır.

Özetle; aktif tedavi gören hasta çocukların annelerinin, travma öyküsü olan sağlıklı çocukların annelerinden daha fazla hem şimdiki hem de yaşam boyu daha fazla travmaya ait tekrar yaşantılama, travmaya ait kaçınma davranışı, travmaya ait aşırı uyarılmışlık ve daha fazla travma sonrası stres bozukluğuna sahip olduğu saptanmıştır.

Tablo 19. Aktif Tedavi Gören Hasta Çocukların Anneleri ile Travma öyküsü olan Kontrol Grubundaki Çocukların Annelerinin TSSB Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Ölçekler	Grup	N	Sıra Ortalama	Ortalama Toplamı	U	p
TSSB-Ö Şimdiki B Toplam	Aktif	30	29.58	887.5	27.5**	.000
	Travma	15	9.83	147.5		
TSSB-Ö Yaşam Boyu B Toplam	Aktif	30	25.6	768	147	.058
	Travma	15	17.8	267		
TSSB-Ö Şimdiki C Toplam	Aktif	30	30.3	909	6**	.000
	Travma	15	8.4	126		
TSSB-Ö Yaşam Boyu C Toplam	Aktif	30	26.03	781	134*	.023
	Travma	15	16.93	254		
TSSB-Ö Şimdiki D Toplam	Aktif	30	29.55	886.5	28.5**	.000
	Travma	15	9.9	148.5		
TSSB-Ö Yaşam Boyu D Toplam	Aktif	30	26.28	788.5	126.5*	.015
	Travma	15	16.43	246.5		
TSSB-Ö Şimdiki Toplam	Aktif	30	29.78	863.5	6.5**	.000
	Travma	15	8.43	126.5		
TSSB-Ö Yaşam Boyu Toplam	Aktif	30	25.78	773.5	141.5*	.044
	Travma	15	17.43	261.5		

*p<.05, **p<.001 TSSB-Ö: Klinisyen tarafından uygulanan travma sonrası stres bozukluğu ölçeği, TSSB-ÖÇE B: Tekrar yaşantılama Belirtileri, TSSB-ÖÇE C: kaçınma veya küntleşme belirtileri, TSSB-Ö D: Uyarılmışlık hali belirtileri

Remisyonda olan çocukların anneleri ile travma öyküsü olan sağlıklı çocukların anneleri de TSSB ölçek puanları açısından karşılaştırılmıştır (**Tablo 20**). Remisyonda olan çocukların anneleri ile travma öyküsü olan çocukların anneleri arasında TSSB'nin tüm alt ölçek ve toplam puanları açısından anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur. Remisyonda olan çocukların anneleri travma öyküsü olan çocukların annelerinden

anlamli olarak daha fazla TSSB-Ö Şimdiki B Toplam puanı almışlardır. TSSB-Ö Yaşam Boyu B Toplam puanları açısından da remisyonda olan çocukların anneleri travma öyküsü olan çocukların annelerinden anlamli olarak daha fazla puan almışlardır. Buna göre remisyonda olan çocukların anneleri, travma öyküsü olan çocukların annelerinden anlamli olarak daha fazla hem Şimdiki hem de yaşam boyu travmaya ait tekrar yaşantılamalara sahiptir. Aynı zamanda, remisyonda olan çocukların anneleri, travma öyküsü olan sağlıklı çocukların annelerinden daha fazla hem Şimdiki hem de yaşam boyu travmaya ait kaçınma davranışı göstermektedir. Benzer Şekilde, remisyonda olan çocukların anneleri, travma öyküsü olan çocukların annelerinden anlamli olarak daha fazla puan almışlardır ve hem Şimdiki hem de yaşam boyu travmaya ait aşırı uyarılmışlık göstermektedir.

Özetle; remisyonda olan çocukların anneleri, travma öyküsü olan sağlıklı çocukların annelerinden daha fazla hem Şimdiki hem de yaşam boyu daha fazla travmaya ait tekrar yaşantılama, travmaya ait kaçınma davranışı, travmaya ait aşırı uyarılmışlık ve daha fazla travma sonrası stres bozukluğuna sahip olduğu saptanmıştır.

Tablo 20. Remisyonadaki Çocukların Anneleri ile Travma öyküsü olan Sağlıklı Kontrol Grubundaki Çocukların Annelerinin TSSB Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Ölçekler	Grup	N	Sıra Ortalama	Ortalama Toplamı	U	p
TSSB-Ö Şimdiki B Toplam	Remisyon	31	28.29	877	84*	.000
	Travma	15	13.6	204		
TSSB-Ö Yaşam Boyu B Toplam	Remisyon	31	28.31	877.5	83.5*	.000
	Travma	15	13.57	203.5		
TSSB-Ö Şimdiki C Toplam	Remisyon	31	28.84	894	67*	.000
	Travma	15	12.47	187		
TSSB-Ö Yaşam Boyu C Toplam	Remisyon	31	28.81	893	68*	.000
	Travma	15	12.53	188		
TSSB-Ö Şimdiki D Toplam	Remisyon	31	28.63	887.5	73.5*	.000
	Travma	15	12.9	193.5		
TSSB-Ö Yaşam Boyu D Toplam	Remisyon	31	28.24	875.5	85.5*	.000
	Travma	15	13.7	205.5		
TSSB-Ö Şimdiki Toplam	Remisyon	31	30.06	932	29*	.000
	Travma	15	9.93	149		
TSSB-Ö Yaşam Boyu Toplam	Remisyon	31	28.31	877.5	83.5*	.000
	Travma	15	13.57	203.5		

*p<.001 TSSB-Ö: Klinisyen tarafından uygulanan Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği, TSSB-ÖÇE B: Tekrar yaşantılama Belirtileri, TSSB-ÖÇE C: Kaçınma veya küntleşme belirtileri, TSSB-Ö D: Uyarılmışlık hali belirtileri

Hasta olan çocukların annelerinde sosyal destek düzeyleri, tükenmişlik, kaygı, depresyon, problem çözme ve TSSB puanları arasında ilişki olup olmadığı incelenmiş ve sonuçlar **Tablo 21**'de gösterilmiştir. Tablo incelendiğinde Sosyal Destek Ölçeği (SDÖ) puanları ile Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ($r=-.496$, $p<.01$), STAI 1-Durumluk Kaygı ($r=-.289$, $p<.05$), STAI 2-Sürekli Kaygı ($r=-.417$, $p<.01$), MTÖ-DT ($r=-.439$, $p<.01$), MTÖ toplam ($r=-.499$, $p<.01$), TSSB-Ö Şimdiki Toplam ($r=-.273$, $p<.05$) ve Problem Çözme Envanteri (PÇE) ($r=-.448$, $p<.01$) puanları arasında negatif yönde anlamlı korelasyon varken, MTÖ-KB ($r=.375$, $p<.01$) puanları ile pozitif yönde anlamlı korelasyon olduğu saptanmıştır.

Buna göre hasta çocukların annelerinde sosyal destek düzeyi azaldıkça, depresyon, kaygı, duygusal tükenmişlik ve toplam tükenmişlik, şimdiki travma sonrası stres belirti düzeylerinin arttığı ve problem çözme becerilerinin ve kişisel başarılarının azaldığı bulunmuştur.

BDÖ puanları ile STAI 1-Durumluk Kaygı ($r=.655$, $p<.01$), STAI 2-Sürekli Kaygı ($r=.607$, $p<.01$), MTÖ-DT ($r=.556$, $p<.01$), MTÖ toplam ($r=.606$, $p<.01$), TSSB-Ö Şimdiki Toplam ($r=.578$, $p<.01$) ve PÇE ($r=.542$, $p<.01$) puanları arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon olduğu, MTÖ-KB ($r=-.499$, $p<.01$) puanları ile negatif yönde anlamlı korelasyon olduğu gözlenmiştir. Buna göre hasta çocukların annelerinde depresif belirtileri arttıkça, kaygı, duygusal tükenmişlik ve şimdiki travma sonrası stres belirti düzeylerinin arttığı, problem çözme becerilerinin ve kişisel başarılarının azaldığı saptanmıştır. Ayrıca, hasta çocukların annelerinin kaygıları arttıkça, duygusal tükenmişlik ve toplam tükenmişlik, şimdiki ve yaşam boyu travma sonrası stres belirti düzeylerinin arttığı, problem çözme becerileri ve kişisel başarılarının azaldığı da saptanmıştır.

Tablo 21. Hasta Çocukların Annelerinde Sosyal Destek Düzeyleri, Tükenmişlik, Kaygı, Depresyon, Problem Çözme ve TSSB Puanları Arasındaki İlişki

	SDÖ	BDE	STAI 1-Durumluk Kaygı	STAI 2-Sürekli Kaygı	MTÖ-DT	MTÖ-KB	MTÖ Toplam	PÇE Anne	TSSB-Ö Şimdiki Toplam	TSSB-Ö Yaşam Boyu Toplam
SDÖ	1									
BDE	-.496**	1								
STAI 1-Durumluk Kaygı	-.289*	.655**	1							
STAI 2-Sürekli Kaygı	-.417**	.607**	.572**	1						
MTÖ-DT	-.439**	.556**	.388**	.550**	1					
MTÖ-KB	.375**	-.499**	-.176	-.478**	-.438**	1				
MTÖ Toplam	-.499**	.606**	.371**	.596**	.925**	-.672*	1			
PÇE Anne	-.448**	.542**	.379**	.483**	.496**	-.620**	.603**	1		
TSSB-Ö Şimdiki Toplam	-.273*	.578**	.547**	.532**	.359**	-.046	.318*	.248	1	
TSSB-Ö Yaşam Boyu Toplam	-.081	.177	.174	.277*	.166	-.026	.163	.082	.339**	1

*p<.05,**p<.01 SDÖ: Sosyal Destek Ölçeği, BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği, STAI-I/STAI-II: Durumluluk-Sürekli Kaygı Envanteri, MTÖ-DT: Maslach Tükenmişlik Ölçeği -Duygusal Tükenmişlik, MTÖ-KB: Maslach Tükenmişlik Ölçeği-Kişisel Başarı, PÇE: Problem Çözme Envanteri, TSSB-Ö: Klinisyen tarafından uygulanan Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği

Hasta çocukların depresyon puanları ile o çocukların annelerinin depresyon puanları arasında ilişki olup olmadığına bakılmış, sonuçta aralarında anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür ($r=.233$, $p=.070$).

Hasta çocukların kaygı puanları ile o çocukların annelerinin kaygı puanları arasında ilişki olup olmadığı da incelenmiş ve sonuçlar **Tablo 22**'de gösterilmiştir. Buna göre STAI 2 puanları ile ÇDSKE-Durumluk kaygı ve ÇDSKE-Sürekli kaygı puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Annelerin sürekli kaygıları arttıkça çocukların da kaygı düzeylerinde artış olduğu saptanmıştır.

Tablo 22. Hasta Çocuklar ile Annelerinin Kaygı Puanları Arasındaki İlişki

	STAI 1-Durumluk Kaygı Anne	STAI 2-Sürekli Kaygı Anne
ÇDSKE-Durumluk Kaygı Çocuk	.110	.345*
ÇDSKE-Sürekli Kaygı Çocuk	.016	.347*

* $p<.01$ STAI-I / STAI-II: Durumluluk-Sürekli Kaygı Envanteri (State-Trait Anxiety Inventory), ÇDSKE: Çocuklar için Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri

Hasta çocuklar ile o çocukların anneleri TSSB puanları arasındaki ilişki de araştırılmış ve sonuçlar **Tablo 23**'de belirtilmiştir. Annelere uygulanan TSSB-Ö yaşam boyu toplam puanları ile TSSB-ÖÇE yaşam boyu toplam ve ergenlere uygulanan TSSB-Ö yaşam boyu toplam puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki varken diğer ölçümler arasında, anlamlı bir ilişki belirlenmemiştir. Annelerin yaşam boyu travma sonrası stres belirtileri arttıkça, çocuk ve ergenlerde de bu deneyimlerin arttığı bulunmuştur.

Tablo 23 . Hasta Çocuklar ile Annelerinin TSSB Puanları Arasındaki İlişki

	TSSB-Ö Şimdiki Toplam (Anne)	TSSB-Ö Yaşam Boyu Toplam (Anne)
TSSB-ÖÇE Şimdiki Toplam (Çocuk)	.239	.024
TSSB-ÖÇE Yaşam Boyu Toplam (Çocuk)	.078	.334*
TSSB-Ö Şimdiki Toplam(Ergen)	.271	.175
TSSB-Ö Yaşam Boyu Toplam(Ergen)	.279	.532*

*p<.05 TSSB-Ö: Klinisyen tarafından uygulanan travma sonrası stres bozukluğu ölçeği, TSSB-ÖÇE: Çocuk ve Gençler için Klinisyen Tarafından Uygulanan Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği

Örneklem grubuna ait anksiyete ve depresyon dağılımları **Tablo 24**'te gösterilmiştir.

Tablo 24. Örneklem Grubu Anksiyete ve Depresyon Dağılımları

Ölçekler	Grup	Aktif Tedavi Gören		Remisyon		Travma		Sağlıklı Kontrol	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Çocuk Depresyon (ÇDÖ)	Var	4	13.3	4	12.9	1	6.7	0	0
	Yok	26	86.7	27	87.1	14	93.3	30	100
Anne Depresyon (BDÖ)	Var	15	50	12	38.7	5	33.3	0	0
	Yok	15	50	19	61.3	10	66.7	30	100
Anne Durumluk Kaygı STAI-I	Var	27	90	15	48.4	6	40	0	0
	Yok	3	10	16	51.6	9	60	30	100
Anne Sürekli Kaygı STAI-II	Var	20	66.7	14	45.2	5	33.3	0	0
	Yok	10	33.3	17	54.8	10	66.7	30	100

ÇDÖ: Çocuklar için Depresyon Ölçeği, SDÖ: Sosyal Destek Ölçeği, BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği, STAI-I/STAI-II: Durumluluk-Sürekli Kaygı Envanteri, MTÖ-DT: Maslach Tükenmişlik Ölçeği -Duyusal Tükenmişlik, MTÖ-KB: Maslach Tükenmişlik Ölçeği-Kişisel Başarı, PÇE: Problem Çözme Envanteri, TSSB-Ö: Klinisyen tarafından uygulanan Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği

Hasta ve Travma grubundaki çocuk ve annelerine ait TSSB ortalama ve standart sapmaları **Tablo 25**'te gösterilmiştir.

Tablo 25. Örneklem grubunun Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

Travma	Aktif Tedavi Gören		Remisyon		Travma	
	Ortalama	Standart Sapma	Ortalama	Standart Sapma	Ortalama	Standart Sapma
Çocuk Şimdiki	31.29	17.8	26.06	13.48	9.23	10.5
Çocuk Yaşam Boyu	29.2	18.62	36	20.54	11.31	13.76
Anne Şimdiki	69.48	31.01	53.61	52.55	12.47	9.44
Anne Yaşam Boyu	38.93	37.43	52.55	32.55	8	8.44
Ergen Şimdiki	42.2	31.49	42.15	27.45	2	0
Ergen Yaşam Boyu	33	28.7	38.69	31.21	2	0

Hasta ve Travma grubundaki çocuk ve annelerine uygulanan klinik ölçek puanlarının ortalama ve standart sapmaları **Tablo 26**'da gösterilmiştir.

Tablo 26. Örneklem Grubu Annelerinin Depresyon, Anksiyete, Sosyal Destek Düzeyi, Tükenmişlik Düzeyi, Problem Çözme Becerisi Ortalaması ve Standart Sapması

	Aktif Tedavi Gören		Remisyon		Travma	
	Ortalama	Standart Sapma	Ortalama	Standart Sapma	Ortalama	Standart Sapma
Anne Depresyon BDÖ	16.57	9.61	12.58	8.47	10.8	7.58
Anne-Durumluk Kaygı STAI-1	54.33	10.63	45.81	11.42	41.73	9.94
Anne-Sürekli Kaygı STAI-2	46.03	10	42.58	8.83	41.73	7.21
Anne Tükenmişlik MTÖ Toplam	18.83	9.47	18.45	9.81	16.67	7.11
Anne Sosyal Destek SDÖ Toplam	74.3	10.84	73.52	10.54	75.6	7.96
Anne Problem Çözme (PÇE)	96.3	20.38	93.94	21.1	92.73	25.7

SDÖ: Sosyal Destek Ölçeği, BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği, STAI-I/STAI-II: Durumluluk-Sürekli Kaygı Envanteri, MTÖ-DT: Maslach Tükenmişlik Ölçeği, PÇE: Problem Çözme Envanteri

Hasta ve Travma grubundaki çocuk/ergenlere uygulanan klinik ölçek puanlarının ortalama ve standart sapmaları **Tablo 27**'de gösterilmiştir.

Tablo 27. Örneklem Grubu Çocukların /Ergenlerin Depresyon, Anksiyete, Problem Çözme Becerisi Ortalaması ve Standart Sapması

	Aktif Tedavi Gören		Remisyon		Travma	
	Ortalama	Standart Sapma	Ortalama	Standart Sapma	Ortalama	Standart Sapma
Çocuk/Ergen- Durumluk Kaygı (ÇDSKE-1)	33.33	6.71	32.29	7.3	36.67	7.56
Çocuk/Ergen-Sürekli Kaygı (ÇDSKE-2)	34.13	6.39	35	7.67	39.93	8.17
Çocuk/Ergen Depresyon (ÇDÖ)	10.27	5.69	8.9	5.61	10.07	5.97
Ergen Problem Çözme (PÇE)	89.11	18.83	98	21.33	96.45	16.56

ÇDSKE-1:Çocuklar için Durumluk Kaygı Envanteri, ÇDSKE-2:Çocuklar için Durumluk Kaygı Envanteri, ÇDÖ: Çocuklar için Depresyon Ölçeği, PÇE: Problem Çözme Envanteri

5. TARTIŞMA

Çocuklar için hastalıklar, hastanede olmak ve hastalıkların tedavileri üzücü deneyimlerdir. Kanser tanısı da çocuklar üzerinde kuşkusuz travmatik bir olaydır. Günümüzde çocukluk çağı kanserleri, tedavi seçeneklerinin ve tedavi olanaklarının çoğalması ile ölümcül olmaktan çıkıp kronik hastalıklar haline gelmeye başlamıştır. Kanser; ağrı veren, suçluluk ve kaygı yaratan, panik ve karışıklığa neden olan, acı içinde ölümü hatırlatan ve birçok psikopatolojiye neden olan kronik bir hastalıktır (103). Günümüzde kanser tek bir kişinin hastalığı değil ailenin hastalığı olarak ele alınmaktadır. Hastalık ekonomik, aile içi ilişkiler ve beklentiler, karı-koca ilişkileri, ailenin ortak amaçları olmak üzere birçok alanda aileyi etkiler ve bunlar ailenin o güne kadar kurmuş olduğu ruhsal ve sosyal dengeyi sarsabilir (104). Son yıllarda gün geçtikçe önem kazanan psiko-onkoloji alanında çok sayıda çalışma yapılmıştır. Kanserde sağ kalım oranlarının artmasıyla hastaların ve ailelerinin ruhsal, sosyal dengelerini sağlamak ve yaşam kalitelerini arttırmak daha önemli hale gelmiştir. Bu çalışmada bu nedenle; GÜTF Çocuk Onkoloji Bölümü'nde takipli aktif tedavi gören ve remisyonda izlenen kanser tanısı almış çocukların/ergenlerin ve onlara bakım sağlayan annelerinin anksiyete, depresyon ve travma sonrası stres bozukluğu belirtileri değerlendirilip kontrol grubu ile karşılaştırılmıştır. Elde edilen bulgular, konuyla ilgili olarak yapılmış diğer çalışmalarla karşılaştırılarak tartışılmıştır.

Literatürdeki çalışmalardan da anlaşılabacağı üzere kanser hastalarında duygusal, davranışsal problemler ve psikiyatrik hastalıklar sıklıkla görülmektedir (63, 73, 81, 83). Kanser hastalığının teşhisinden sonra hasta bireylerde herhangi bir depresif bozukluğun görülme olasılığı %40 olarak ifade edilmektedir. Bu oranın yarısı yaklaşık %20'si ağır depresif bozukluklar, diğer yarısı ise hafif depresif bozukluklardır (12, 72). Bhattacharyya ve ark. (63)'nın kemoterapi alan kanserli hastalarda depresyonun boyutunu ve depresyon ile ilişkili faktörleri belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmalarında 174 kanser hastasının % 55.7'sinde depresyon saptanmıştır. Çalışma, bu alanda kemoterapi alan kanser hastalarında depresyonun önemli ölçüde yüksek olduğunu ortaya koymakla birlikte kanser hastalarının teşhisi ve tedavisi ile eş zamanlı psikolojik olarak desteklenmeleri gerektiği belirtilmiştir. Bizim çalışmamızda hasta grubundaki depresyon oranı Bhattacharyya ve ark.(63)'nın çalışmasından daha az

saptanmakla birlikte; aktif tedavi gören hasta grubunun %13,3'ünde depresyon saptanmıştır.

Kanser hastalarında anksiyete, depresyona göre daha az çalışılmış olmasına rağmen gözlenme sıklığı gittikçe artmaktadır. Kanser hastalarında son yıllarda anksiyete görülme sıklığı %50'nin üzerindedir ve bu hastaların %30'unda kronik yani sürekli anksiyete görülmektedir (105). Kanser hastalarında ortaya çıkan anksiyete atakları, kişinin hastalığını kabullenmesini, hastalıkla savaşıma yeteneğini, tedaviye uyumunu ve hayat kalitesini olumsuz şekilde etkilemektedir (106, 107). Bu nedenle hastaların anksiyete düzeyinin belirlenmesi ve yüksek anksiyete düzeyine yönelik destekleyici psikolojik tedavilerin yapılmasının önemi gün geçtikçe artmaktadır (74).

Karabulutlu ve ark.(107) kanser hastalarındaki stres kaynaklarından bazılarını; hasta için belirlenen tanıyı kabullenme zorluğu, tedavi sürecinin belirsizliği ve ölüm olasılığının gelişebileceğine dair endişe olarak bahsetmişlerdir. Aynı çalışmada kanser hastalarının % 61,5'inde anksiyete, %81,3'ünde depresyon saptanmıştır.

Literatürde, kanserli çocuklarda depresyon ve anksiyete değerlendirmesi tedavi süresince ve uzun dönem psikososyal etkiler olarak ele alınmış olsa da aktif tedavi dönemindeki kanserli çocuk/ergenler ile remisyonda izlenen çocuk/ergen karşılaştırmasını içeren çok az sayıda çalışma mevcuttur (82, 108).

Çalışmamızda aktif tedavi gören kanserli çocuklar/ergenler ile remisyonda izlenen kanserli çocuklar/ergenler depresyon ve anksiyete açısından karşılaştırıldığında her iki grup arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Collins ve ark. (109)'nın 10-18 yaş grubu 160 kanser tanılı çocuk üzerinde yaptıkları çalışmalarında ise bizim çalışmamızdan farklı olarak, kanser tedavisi gören çocuklarda anksiyete düzeyinin yakın zamanda kanser tanısı alan ve tedavisi bitmiş olan çocuklara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Bizim çalışmamızda hasta grubu çocuklar/ergenler, kontrol grubu çocuklar/ergenler ile anksiyete ve depresyon açısından karşılaştırıldığında anlamlı olarak hasta grup çocukların/ergenlerin daha kaygılı ve depresif oldukları saptanmıştır. Literatürde kanser tanısı almış çocuk hastalar ile sağlıklı çocukların karşılaştırmasının yapıldığı ve kanserli hasta grubunda depresyon ve anksiyetenin anlamlı yüksek saptandığı çok sayıda çalışma vardır (82, 110, 111, 112, 113, 114).

Çalışmamızda kanserli hasta grubu ile sağlıklı kontrol grubu, anksiyete ve depresyon açısından karşılaştırıldığında hasta grubunun anlamlı olarak daha fazla kaygılı ve depresif olduğu saptanmıştır. Mattson ve ark. (113) akut olarak tanı alan ve tanı anından sonra belirli zaman diliminde olan adölesanların psikosoyal durumunu karşılaştırdıkları çalışmalarında, akut dönemde (tanı anından sonraki 4-8 hafta içinde olan) kanser tanısı almış adölesanların çoğunun anksiyete ve depresyon düzeylerinin yüksek ve mental iyilik hallerinin düşük olduğunu belirlemişlerdir. Bu bulgular bizim çalışmamızın bulgularını destekler niteliktedir. Ancak Canning ve ark. (115)' nın çalışmasında bizim çalışmamızın bulgularından farklı olarak kanserli çocuklarda sağlıklı kontrole göre daha az depresyon görüldüğünü saptanmıştır. Bu çalışmadaki sonuçlar, hem hastaların uyum tarzı farklılıkları ile hem de kanser hastalarındaki adaptasyon mekanizmaları ile açıklanmıştır.

Toros ve ark. (110)'nın kronik hastalığı olan, kanser tanısı ile izlenen ve kronik hastalık öyküsü olmayan 9-17 yaş çocukların/ergenlerin ve onların ebeveynlerinin anksiyete ve depresyon açısından değerlendirildiği çalışmasında, kanser tanısı olan çocuklardaki depresyon düzeyi, diğer iki grup ile karşılaştırıldığında daha yüksek saptanmıştır. Aynı zamanda kanserli çocuklarda diğer kronik hastalığı olanlardan daha yüksek anksiyete düzeyi beklenmesine rağmen kronik hastalar ve kanserli hastalar arasında durumluk ve sürekli anksiyete düzeyleri açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır. Çalışmadaki bulgular bizim çalışmamızın sonucunu destekler nitelikte olup, her üç grup karşılaştırmasında en yüksek depresyon düzeyi kanser tanısı olan çocuklarda saptanmıştır (110). Yine farklı bir çalışmada kanser tedavisi görüp remisyon sağlanan ergenleri, akranları ile karşılaştırdığında, kanserli hastaların anksiyete ve depresyon düzeyi, sağlıklı akranlarına göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuş olup bizim çalışmamızın sonuçları ile benzerlik göstermektedir (111).

Larsson ve ark. (112) 13-19 yaş grubu kanserli ergenlerin depresyon ve anksiyete düzeylerini incelenmiş olup, yeni kanser tanısı alan ergen hastaların, onkolojik tedavi sonrası altıncı ayında olan göre daha yüksek depresyon ve anksiyete düzeyinin olduğunu bulmuşlardır. Büyükpamukçu ve ark. (114)' nın 8-18 yaş grubu 50 kanserli çocuk ile yaptıkları çalışmalarında ise, çocukların tedavinin üçüncü ayındaki depresyon ve anksiyete düzeylerinin, ilk tanı dönemindeki depresyon ve anksiyete düzeylerinden belirgin şekilde yüksek olduğu, onkolojik tedavi öncesinde hastaların %18'inde

depresyon saptanırken, tedavinin üçüncü ayında %36'sında depresyon olduğundan bahsedilmiştir. Bizim çalışmamızın örneklem grubu, tedavi ve izlemlerinin farklı zamanlarındaki hastalardan oluşturulmuştur. Bu da çalışma örneklem grubunun boylamsal olarak psikiyatrik belirtilerini izleme olanağını kısıtlamıştır. Gelecek çalışmalarda psikiyatrik belirtilerin zaman içinde değişimini değerlendirebilmeye yönelik, aynı hasta üzerinden yapılacak izlem çalışmalarına yer verilmesinin, rehberlere katkı sağlayabileceğini düşündürmüştür.

Literatürdeki izlem çalışmalarında kanser hastalarındaki kaygı ve depresyonun tedavi edilebilir olduğundan bahsedilmektedir. Bu çalışmalarda tedavilerin, hastalardaki yaşam kalitesini ve hastalıkla başa çıkma mekanizmalarını olumlu yönde etkilediğinden de bahsedilmektedir (12).

Bizim çalışmamızın ve literatürdeki çalışmaların da sonuçları değerlendirildiğinde, kanserli çocuklar/ergenlerde sağlıklı kontrol grubuna göre anksiyete ve depresyon görülme riski daha fazladır. Hastalardaki depresif ve anksiyöz belirtilerin önceden farkedilip erken önlem alınmasının, hastaların tedaviye uyumunu, yaşam kalitesini ve tedavi başarısını arttıracaklarını düşündürmektedir.

Kişinin yaşam bütünlüğünü tehdit eden olaylar travmatik olay olup, bu tür olayların doğrudan yaşanması kadar başkasının başına gelmesine tanık olunması da travmatize edici olabilir (80). Ruhsal travma yanıt ölçütleri; yaşamı tehdit eden hastalıkları da kapsayacak şekilde genişletilmiş ve “kanseri tanısı almak” TSSB’ye yol açabilme kapasitesi taşıyan bir travmatik olay olarak tanımlanmıştır (81). Birçok araştırmacı, tedaviyi takiben pediatrik kanserden kurtulanların, travmatik strese adaptasyon reaksiyonlarını anlamak için çalışmalar yapmıştır (116, 117). Taieb ve ark. (115) tarafından, 1991-2001 yılları arasında maliyite tanılı hasta ve ailelerindeki TSSB’nin değerlendirilmesinin yapıldığı çalışmada, kanserli çocukların/ergenlerin TSSB’nin yaygınlığının %2-20 arasında olduğu saptanmıştır. Langeveld ve ark. (8)’nin çocukluk çağı kanseri tanısı ile uzun dönem takipli 500 hastanın (16-49 yaş aralığında, %47’si kadın cinsiyet) travma sonrası stres belirtileri ve TSSB’nin değerlendirildiği çalışmalarında, hastaların % 28’inde (n:137) orta şiddetli TSSB, %12’ sinde (n: 62) ise ciddi TSSB saptamıştır. Kızlarda erkeklere oranla daha fazla TSSB olduğu görülmüştür.

Çalışmamızda aktif tedavi gören hastalar ile remisyonundaki hastalar, TSSB açısından karşılaştırıldığında travma sonrası stres belirtilerinde ve TSSB tanısı açısından

anlamli fark saptanmamıştır. Ancak literatürde tedavisi biten kanserli çocukların, travma sonrası stres bozukluğu belirtilerini daha yüksek oranda yaşadıklarını belirten çalışmalar bulunmaktadır (118, 119).

Çalışmamızda aktif tedavi gören hastalar ile travma öyküsü olan sağlıklı kontrol grubu karşılaştırıldığında ise; aktif tedavi gören hasta grubunun daha fazla travma sonrası stres belirtileri ve TSSB tanısına sahip oldukları saptanmıştır. Aynı zamanda aktif tedavi gören hasta grubunda, kaçınma davranışı ve aşırı uyarılmışlık hali artmış olarak bulunmuştur. Remisyonda olan hasta grubu ile travma öyküsü olan sağlıklı kontrol grubu karşılaştırıldığında da, remisyonda olan hasta grubunun anlamli olarak daha fazla aşırı uyarılmışlık hali, daha fazla yaşam boyu travmaya ait kaçınma davranışına sahip olduğu saptanmıştır. Çalışmamızda aktif tedavi gören hasta çocukların %12'sinde, ergenlerin %25 inde şimdiki TSSB tanısı; çocukların %8'inde, ergenlerin %80'inde yaşam boyu TSSB tanısı saptanmıştır. Remisyondaki hasta grubundaki çocuklarda; şimdiki TSSB tanısı hiç saptanmamışken, ergenlerin %33.3'ünde şimdiki TSSB tanısı saptanmıştır. Remisyondaki çocukların % 11.1'inde yaşam boyu TSSB tanısı saptanmışken, ergenlerin %45.5'inde yaşam boyu TSSB tanısı saptanmıştır. Bizim çalışmamızda remisyondaki hasta grubundaki ergenlerde TSSB tanısı, travma öyküsü olan sağlıklı ergenlere göre daha yüksek saptanmakla birlikte, örneklem grubundaki ergen sayısının az olması nedeniyle, hasta ergenlerdeki TSSB tanısının daha fazla olduğu genellemesinin yapılamayacağı da düşünülmüştür.

Literatürde, kanserli çocuklar ve travma öyküsü olan sağlıklı kontrol grubu karşılaştırması yapılan çok sayıda çalışma bulunmasına rağmen, aktif tedavi dönemi ve remisyon dönemi karşılaştırmasının yapıldığı çok az sayıda çalışma bulunduğu görülmektedir (82, 108).

Schwartz L ve ark. (117)' nin çalışmasında 4-18 yaşları arasında çocukluk çağı kanseri tanısı ile takip edilmiş, tedavi bitiminden en az bir yıl geçmiş, remisyonda izlenen 18-28 yaş arasındaki ergen ve genç erişkin hastalar, kontrol grubu ile karşılaştırıldığında; kanser tanısı ile takipli grubun TSSB açısından anlamli olarak daha fazla TSSB ve travma sonrası stres belirtisine sahip olduğu saptanmıştır. Bulgular bizim çalışmamızdaki remisyonda izlenen kanserli hasta çocuk/ergen ve travma öyküsü olan sağlıklı çocuk/ergen karşılaştırması sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir. Phipps ve ark. (108) 7-18 yaş kanserli çocuk (n:199) ve travma öyküsü olan sağlıklı kontrol grubu

çocukları (n:108) ile yaptığı %36' sının aktif tedavi gören, %64 ünün remisyonda izlendiği ve %15.1'inin relaps olduğu örneklem grubunda, aktif tedavi gören hastalar ile remisyondaki hastalar karşılaştırıldığında, bizim çalışmamızda olduğu gibi TSSB açısından anlamlı fark saptanmamıştır. Aynı çalışmada kanserli çocuklar, travma öyküsü olan sağlıklı kontrol grubuna göre daha fazla kaçınma ve küntleşme belirtileri gösteriyorken, bizim çalışmamızda da hem aktif tedavi gören hem remisyondaki hasta grubunda travma öyküsü olan sağlıklı kontrole göre daha fazla duygusal küntleşme ve kaçınma belirtisi saptanmıştır. Aynı çalışmada, relaps olgularda hangi dönemde olursa olsun (tedavi sırasında ya da remisyonda izlenirken) TSSB belirtileri artmış olarak saptanmıştır. Bizim çalışmamızda örneklem grubundaki relaps olguların sayısının az sayıda (n:5) (%16.67) olması nedeniyle karşılaştırma yapmanın istatistiksel olarak anlamlı olmayacağı düşünülerek relaps olan hastalar ayrı bir grup olarak değerlendirmeye alınmamıştır. Yine bizim çalışmamızın sonucuna benzer şekilde Taşkiran ve ark. (83) kemik iliği transplantasyonu (KİT) yapılmış 5-18 yaş hastalar (n:30) ve onların annelerindeki travma sonrası stres düzeylerinin, travma öyküsü olan sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırmasında KİT yapılmış hasta çocuk/ergenlerde TSSB tanısı anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır.

Literatürde bizim çalışmamızdan farklı olarak kanserli hastalarda kontrol grubu ile karşılaştırıldığında anlamlı TSSB farkı saptanmayan çalışmalar da bulunmaktadır. Okado ve ark. (82), Kazak ve ark. (120), Stuber ve ark. (121), Brown ve ark. (122), Bruce ve ark. (123), Phipps ve ark. (124)' nın çalışmalarında kanserli hasta ile kontrol grubu arasında TSSB açısından anlamlı fark saptanmamıştır. Bu çalışmalarda kanserli hasta grubunda TSSB'nin sağlıklı kontrole göre daha fazla olmamasını, adaptasyon mekanizmalarının kanserli hasta grubunda daha etkin olduğunu vurgulayarak savunmuşlardır.

5.1. Annelerin Depresyon, Anksiyete, Tükenmişlik ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu Açısından Tartışılması

Pediyatrik kanserle mücadelenin başarısı için, tıbbi bakım ve ilaçların yan etkileri yanı sıra, aile üyelerinin birbirleriyle olan ilişkileri de rol oynamaktadır. Örneğin aile üyelerinden herhangi birinde önceden var olan psikopatoloji, yakınlarındaki kanser gibi

hayatı tehdit eden bir hastalık karşısında artabilir (35). Aynı zamanda günümüzde kanser tek bir kişinin hastalığı değil ailenin hastalığı olarak ele alınmaktadır. Hastalık ekonomik, aile içi ilişkiler, beklentiler, karı-koca ilişkileri, ailenin ortak amaçları olmak üzere birçok alanda aileyi etkiler ve bunlar ailenin o güne kadar kurmuş olduğu ruhsal ve sosyal dengeyi sarsabilir (104). Akut ya da kronik hastalığı olan bireyle ilgilenmek, ona yardım etmek, onun ihtiyaçlarını karşılamak, ailesi ve yakınları için fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik zorlanmaları da beraberinde getirebilmektedir (64). Cinsiyet rollerinin kazanılma sürecinde ve kültürel beklentiler bağlamında bakım verme sorumluluğu sıklıkla kadınlara yüklenmektedir. Bu bağlamda süregen rahatsızlığı olan çocukların bakımı da bu beklentiler çerçevesinde annelere düşmektedir. Ayrıca ülkemizde kanser tedavisi gören çocukların büyük kısmının yanında kalan refaketçinin babadan çok anne olması, çocuğun bakımının çoğunlukla annenin görevi olarak ele alınması ve annelerin tüm tedavi sürecinin zorluklarını çocukları ile beraber deneyimlemeleri bu bulgunun sebebi olarak ele alınabilir. Literatürdeki çalışmalar, çalışmamızda hasta çocuklar ve annelerini birlikte değerlendirmenin daha faydalı olacağını düşündürmüştür (110, 125, 126).

Literatürde kanserli hastaya bakımverenlerle ilgili birçok araştırma yapılmıştır. Karabulutlu ve ark. (62) tarafından yapılan çalışmada bakım verenlerin %46'sında anksiyete, %72'sinde depresyon tespit edilmiştir. Ayrıca çeşitli araştırmaların sonuçlarında da; kanserli çocukların ailelerinde ciddi düzeyde duygusal bozukluklar, anksiyete, depresyon, sağlık sorunları ve alkolizm saptanmıştır (29, 127, 128). Yapılan çalışmalarda hastalık tanısı konmasından bir yıl sonra dahi ailelerde görülen depresyon devam etmektedir (38).

Çalışmamızda aktif tedavi gören hasta anneleri ile remisyonadaki hastaların anneleri depresyon açısından karşılaştırıldığında anlamlı farklılık saptanmamıştır. Örneklem grubundaki aktif tedavi gören kanserli çocuk annelerinin %50'sinde (n:15), remisyonadaki kanserli çocuk annelerinin %38.7'sinde (n:12) depresyon saptanmıştır. Hasta grubu annelerinin % 44.2'sinde (n:27) depresyon saptanmıştır. Bu bulgulara, annelerin depresif duygu durumunun çocukların hastalık tanısı almasından sonra süreklilik gösterdiği hipotezimizi desteklemektedir. Aktif tedavi gören hasta anneleri ve remisyonadaki hasta anneleri anksiyete açısından karşılaştırıldığında, aktif tedavi gören hasta annelerinde daha fazla kaygı düzeyi saptanmıştır. Örneklem grubundaki

dağılımına bakıldığında aktif tedavi gören kanserli çocuğu olan annelerin %90'ında (n:27), remisyondaki kanserli çocuk annelerinin % 48.4'ünde (n:15) kaygı saptanmıştır. Hasta grubu anneleri ile sağlıklı kontrol grubu anneleri depresyon ve anksiyete açısından karşılaştırıldığında hasta grubu annelerinin anlamlı olarak daha çok depresif ve kaygılı oldukları saptanmıştır. Örneklem grubundaki aktif tedavi gören kanserli çocuğu olan annelerin % 66.7'sinde (n:20), remisyondaki kanserli çocuk annelerinin %45.2'sinin (n:14) süreklilik gösteren kaygıya sahip olduğu saptanmıştır. Bulguların sonuçları değerlendirildiğinde hastalığın gidişi, zorlu tedavi sürecinin getirecekleri, hastanede kalma süresi, gelecekte neler olacağına dair belirsizliklerin annelerin kaygı düzeyini arttırdığını düşündürmektedir. Ancak bulgularımızda remisyonda olan hastaların annelerinin yaklaşık yarısında süreklilik kaygı saptanmıştır. Bu bulgulara, annelerin çocuklarındaki hastalık tanısı ile yaşamının zorluğu, tedavi bitmiş olsa bile çocuklarında hastalığın tekrarlama olasılığı ve hastaneden daha uzun süre uzak kalma ile ilgili kaygılarının devam ettiğini göstermektedir. Aktif tedavi dönemindeki hasta annelerinin bir kısmı hastanede kendisini ve çocuğunu daha güvende hissettiğini hastaneden uzaklaştığı zamanlarda kaygı düzeyinin daha fazla olduğunu belirtmiştir.

Literatürdeki araştırmalarda özellikle kanser hastalığı olan çocukların yanı sıra anne-babalarının kronik hastalığı olmayan çocuğa sahip anne-babalara göre daha sık depresyon ve anksiyete bozuklukları tanısı aldıkları vurgulanmıştır. Bizim çalışmamızda da benzer olarak kanser tanılı çocuğu olan anneler, sağlıklı çocuğu olan kontrol grubu annelerine göre daha depresif ve kaygılı olarak saptanmıştır (129, 130, 131).

Toros ve ark. (110) çalışmasında kronik hastalık ile takipli çocukları olan anne-babalar, sağlıklı çocukları olan anne-babalarla depresyon ve anksiyete açısından karşılaştırılmış ve kronik hastalığa sahip çocuğu olan ebeveynlerde anlamlı olarak daha yüksek depresyon ve anksiyete düzeyleri saptanmıştır.

Duran ve ark. (132)'nin kemoterapi alan hastalar ve anneleri ile yaptıkları, hastaların ve annelerinin depresyon ve yaşam doyumu düzeylerinin belirlenmesi amaçlanan çalışmalarında annelerin %88.2'sinde, çocukların %100'ünde depresyon olduğu tespit edilmiştir. Araştırmaya katılan annelerin öğrenim düzeyleri yüksek olanlarında ve evli olanlarında yaşam kalitesi daha yüksek bulunmuştur. Hastalık süresince, hasta çocuğun biyolojik etkilenimlerinin yanı sıra psiko-sosyal

etkilenimlerinin de belirlenmesi ve buna yönelik girişimlerin planlanması ve uygulanmasının çocuk ve ailenin yaşam kalitesini arttırarak tedaviye olumlu katkı sağlayacağı düşünülmüştür.

Yıldırım ve ark. (133) kaygı düzeylerini belirlemek amacı ile yaptıkları çalışmada, kemoterapi gören çocukların annelerinde (n:80) %51.3 oranında kaygı düzeylerinin orta derecede olduğu saptanmıştır. Bizim çalışmamızda da benzer olarak kanserli ve aktif tedavi gören çocuk/ergen annelerindeki kaygı düzeyi remisyonda izlenen hasta grup annelerinden ve kontrol grubundaki sağlıklı çocuk annelerinden anlamlı olarak daha fazla saptanmıştır.

McCarthy ve ark. (134)'nın 15-25 yaş arası ergen ve genç erişkin kanser hastası (n:196) ve onların ebeveynleri (n:204) ile yaptıkları çalışmasında hastaların ve ebeveynlerin yaklaşık üçte birinde de (hasta grup%31, ebeveyn %28) orta ve ciddi düzeyde anksiyete ve depresyon saptanmıştır.

Literatürdeki birçok çalışmayı destekler nitelikte çalışmamızda da kanser hastalarına bakım verenlerin depresyon, anksiyete düzeyleri yüksek saptanmıştır. Çalışmamızın sonucuna göre bakım verenlerdeki psikolojik problemlerin yıkıcı etkilerinin bakım verenlerin hem kendi sağlığını hem de hastasına bakım verme yeteneğini etkileyerek hastanın tedaviye uyumunu azalttığını ve buna bağlı olarak da tedavinin etkinliğini azalttığını düşündürmektedir.

Kronik hastalıklı çocuğa bakım verme, ebeveynlerin hem fiziksel sağlığına hem de psikolojik iyilik haline zarar verebilir (48). Birçok araştırmacıya göre anneler birinci bakımveren kişiler oldukları için hem psikolojik hem de sosyal olarak daha fazla tükenmektedirler (49). Bizim çalışmamızda, aktif tedavi gören hastaların anneleri ile remisyonda izlenen hastaların annelerinin tükenmişlik düzeyi açısından anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır. Hasta grubu anneleri ile sağlıklı kontrol grubu anneleri tükenmişlik açısından karşılaştırıldığında; hasta grubu annelerinde tükenmişlik anlamlı olarak daha fazla saptanmıştır. Literatürde bizim çalışmamızın sonucuyla benzerlik gösteren birçok çalışma bulunmaktadır. Duygun ve ark. (84) zihinsel engelli çocuk anneleri ile sağlıklı çocuk annelerinin tükenmişlik düzeylerinin karşılaştırıldığı çalışmalarında duygusal tükenmişlik açısından iki grup arasında fark olduğu ve zihinsel engelli çocuk annelerinin sağlıklı çocuk annelerine göre daha fazla düzeyde tükenmişlik yaşadıkları, ancak kişisel başarı açısından iki grup arasında anlamlı bir farklılık

olmadığı görülmüştür. Yine benzer şekilde Norberg ve ark. (135) santral sinir sistemi (SSS) tümörü nedeniyle tedavisini tamamlamış çocukların anne (n:24) ve babaları (n:20) ile yaptığı çalışmada, tükenmişlik açısından SSS tümörlü çocukların ebeveynlerinde, özellikle de anne ebeveynde tükenmişlik düzeyleri bizim çalışmamızda olduğu gibi kontrol grubu annelerinden daha fazla saptanmıştır. Özdemir ve ark.(136) çalışmada, maliyite tanısı olan çocuğu olan annelerde bakım veren yükü araştırılmış, gelir düzeyi düşük olan annelerde yükün daha fazla olduğu ve diğer çalışmalarla uyumlu olarak annelerin bakımverme görevinden sonra kendi sağlıklarında bozulma yaşadıkları saptanmıştır.

5.2. Annelerdeki Travma Sonrası Stres Bozukluğu Belirtilerinin Karşılaştırılması

Kanser tanısı almak, hasta için travmatik bir olay olduğu kadar onlara bakım veren ebeveynleri için de travmatiktir. Genel erişkin nüfusta TSSB'nin yaşam boyu yaygınlığının %1-%14 arasında değiştiği bildirilmiştir (80). Yapılan birçok araştırma sonucunda TSSB'nin yaşam boyu prevalansı %1-% 9 arasında bulunmuştur (137, 138). Bu oran erkeklerde %5 ile % 6, kadınlarda %10 ile %14 arasında değişmektedir. TSSB her yaşta görülebilmekle birlikte, yaşları nedeniyle ortaya çıkartıcı durumlarla daha çok karşılaşan genç erişkinlerde daha yaygın olarak ortaya çıkmaktadır (137, 138).

Literatürde doğuştan hastalığı yüzünden ameliyat geçiren çocukların ebeveynlerinin %20'sinde (139), epilepsili çocukların ebeveynlerinde %31.5 (140) maliyite hastası çocukların ebeveynlerinde ise %6.2 ile %25 oranında TSSB belirtileri görüldüğü belirlenmiştir (123). Moğulkoç ve ark. (141) ise kanser hastası çocukların ebeveynlerinin %17'sinin TSSB belirtilerine sahip olduklarını çalışmalarında göstermişlerdir. McCarthy ve ark. (134)'nın 15-25 yaş arası ergen ve genç erişkin kanser hastası (n:196) ve onların ebeveynleri (n:204) ile yaptıkları çalışmada hastaların ve ebeveynlerin yaklaşık yarısında (%48 hasta grup, %42 ebeveyn) TSSB saptanmıştır.

Bizim çalışmamızda, travma öyküsü olan sağlıklı kontrol grubu anneleri ile kanserli çocuk/ergen anneleri karşılaştırıldığında, hasta grubunun TSSB belirtileri bahsedilen çalışmalara benzer olarak yüksek saptanmıştır. Aktif tedavi gören hasta çocukların anneleri ile travma öyküsü olan sağlıklı kontrol grubu anneleri

karşılaştırıldığında, aktif tedavi gören hasta grubu anneleri; daha fazla travmaya ait kaçınma davranışı, aşırı uyarılmışlık ve tekrar yaşantılama belirtileri göstermektedirler. Çalışmamızda aktif tedavi gören hasta grubu annelerinin %33.3'ünde (n:3) şimdiki TSSB tanısı, %36.7'sinde (n: 11) yaşam boyu TSSB tanısı saptanmıştır. Remisyonda olan hasta çocuk anneleri ile travma öyküsü olan sağlıklı çocuk anneleri TSSB açısından karşılaştırıldığında anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. Remisyonda olan hasta anneleri, travma yaşantısı olan sağlıklı çocuk annelerinden daha fazla travmaya ait kaçınma davranışı, aşırı uyarılmışlık ve tekrar yaşantılama belirtileri göstermektedirler. Remisyonda olan hasta grubu annelerinin %21.4'ünün (n:6) şimdiki TSSB tanısı, %58.1'inin (n:18) yaşam boyu TSSB tanısı aldığı görülmüştür. Travma öyküsü olan sağlıklı çocukları olan kontrol grubu annelerinin hiçbirisinde TSSB tanısı saptanmamıştır. Bu da hastalık travmasının diğer travmatik olaylara göre daha fazla travma sonrası stres belirtisi ve TSSB tanısına neden olduğunu düşündürmektedir.

Literatürde kanserli çocuk ebeveynlerinin, travma öyküsü olan sağlıklı kontrol grubu ebeveynlerine göre daha fazla travma sonrası stres belirtileri gösterdiklerini ve TSSB tanısı aldıklarını gösteren pek çok çalışma vardır (83, 116, 121, 141, 142, 143).

Kazak ve ark. (142)'nin 66 kanserli çocuk ve onların 64'ünün anneleri ile yaptıkları çalışmada kanserli çocuk annelerinin %11'inin klinik görüşmelere dayanarak TSSB tanısı için kriterleri karşıladıkları bulmuştur. Aynı çalışmada kanserli çocuk annelerinin % 95'inin tekrar yaşantılama belirtilerini gösterdikleri, %53'ünün aşırı uyarılmışlık halinin olduğu saptanmıştır. Bizim çalışmamızda da kanserli çocuk annelerinde aşırı uyarılmışlık hali, yeniden yaşantılama ve kaçınma davranışı kontrol grubuna göre daha fazla çıkmıştır.

Taieb ve ark. (116), 1991-2001 yılları arasında kanserli hasta ve ailelerindeki TSSB ve travma sonrası stres belirtilerinin araştırıldığı 20 çalışmanın gözden geçirilmesinde; kanserli çocuk/ergen ebeveynlerinin TSSB yaygınlığı %10-30 arasında saptanmıştır.

Bruce ve ark. (123)'nin kanser hastası çocukların ebeveynlerinde TSSB düzeylerinin araştırıldığı çalışmalardan yaptığı derlemede; çift ebeveynlerle yapılan çalışmaların tümünde annelerin babalara göre daha yüksek TSSB düzeylerine sahip oldukları belirtilmiştir. Hasta grubu annelerinin %26.9'unda travma sonrası stres belirtileri saptanmış olup, %30.7'sinde TSSB saptanmıştır. Kontrol grubu annelerinin

ise % 3.5’unda TSSB saptandığı bildirilmiştir. Moğulkoç ve ark. (141)’nın kanser hastası çocukların ebeveynlerinin PTST ve travma sonrası gelişim (TSG) düzeylerini ve bunlarla ilişkili değişkenleri belirlemek amacıyla 78 anne ve 34 babadan oluşan toplam 117 ebeveynle gerçekleştirdikleri çalışmalarına göre; ebeveynlerin TSSB belirtilerinin orta düzeyde olduğu, travma sonrası stres bozukluğu düzeylerinde ebeveynlerin cinsiyeti açısından herhangi bir farklılık olmadığı bulunmuştur.

5.3. Annelerdeki ve Çocuk Hastalardaki Anksiyete, Depresyon, Tükenmişlik ile Travma Sonrası Stres Bozukluğunun Korelasyonu

Çalışmamızda, annelerdeki tükenmişlik ile depresyon arasındaki korelasyona bakıldığında; pozitif korelasyon olduğu saptanmıştır. Literatürde, Taycan ve ark. (144)’nin hastalara bakımveren hemşireler ile yaptığı çalışmasında da tükenmişlik ile depresyon arasında pozitif yönde korelasyon saptanmıştır. Bu sonuç, annelerdeki tükenmişlik düzeyinin artmasıyla, depresyonun tetiklendiğini düşündürmektedir.

Çalışmamızda, annelerdeki anksiyete, depresyon ve TSSB korelasyonuna bakıldığında anlamlı olarak pozitif yönde korelasyon saptanmıştır. Harper ve ark. (144)’nin 101 kanserli çocuğun anne ve babasından oluşan örneklem grubunda ebeveynlere, 3 aylık periyodlarla kaygı, depresyon ve travma değerlendirmesinin yapıldığı çalışmasında anksiyete, depresyon, travma sonrası stres belirtileri arasında pozitif korelasyon olduğu saptanmıştır. Çocukların yaşları ve sosyal durumları ile ilişki saptanmamıştır. Biz çalışmamız da ebeveynlerin sürekli anksiyete ve depresyonunun kansere ikincil travma sonrası stres bozukluğunu tetiklediğini düşündürmektedir. Literatürde kanser tanısı bulunan çocuk ve onların ebeveynleri arasında depresyon ve anksiyete açısından pozitif yönde korelasyon saptanan pek çok çalışma vardır (82, 111, 145). Toros ve ark. (110)’nin çalışmasında 3 farklı grup (kronik hastalığı olan çocuklar ve ebeveynleri, kanserli çocuklar ve ebeveynleri ve kronik hastalığı olmayan çocuklar ve ebeveynleri) alınarak tüm gruptakilerin anksiyete, depresyon düzeylerine bakılmıştır. Aynı zamanda ebeveynler ile çocuklar arasında anksiyete, depresyon açısından korelasyona bakılmıştır. Çalışmaya alınan tüm çocuklar değerlendirildiğinde; çocuklardaki depresyon ile annelerdeki depresyon düzeyleri arasında pozitif korelasyon saptanmıştır (110). Bizim çalışmamızda ise, annelerin depresyonu ile kanserli

çocuk/ergenlerin depresyonu arasında korelasyon saptanmamıştır. Çocuklarda depresyon gelişmesinde, annelerin duygu durumu dışında okul, arkadaş ilişkileri, aile ilişkileri gibi daha birçok çevresel faktörden de etkileniyor olabileceği düşünülmüştür.

Çalışmamızda, hasta grubu annelerinin sürekli kaygı düzeyleri ile kanserli çocuk /ergen kaygı düzeyleri arasında pozitif korelasyon saptanmıştır. Literatürde bizim çalışmamızın bulgularını destekler nitelikte, kanserli çocuk ve ebeveynleri arasında anksiyete açısından pozitif korelasyon saptanan çalışmalar bulunmaktadır (82, 110).

Okado ve ark (82)'nin çalışmasında da kanserli çocuklar ve ebeveynleri anksiyete, depresyon açısından karşılaştırıldığında, birbirleriyle pozitif korelasyon gösterdikleri saptanmıştır. Ancak tüm örneklem grubu ele alındığında ise ebeveyn depresyonu ve anksiyetesi ile çocuk/ergen depresyon, anksiyetesi karşılaştırıldığında zayıf bağlantı olduğu görülmüştür.

Literatürde, kanserli çocuklar ile onların ebeveynlerinin TSSB ve travma sonrası stres belirtileri açısından aralarındaki korelasyonu araştıran çalışmalar bulunmaktadır (82, 110, 146, 147).

Clawson ve ark. (148)'nin kanserli çocuk (n:199) ve sağlıklı kontrol grubu (n:108) anneleriyle birlikte alınarak TSSB açısından, anne-çocuk arasında ilişki olup olmadığı araştırılmış; kanserli grupta anne ve çocuk arasında TSSB açısından pozitif yönde korelasyon saptanmıştır. Aynı korelasyon travma öyküsü olan sağlıklı kontrol grubu çocukları ve anneleri arasında saptanmamıştır.

Çalışmamızda, annelerin yaşam boyu TSSB ve travma sonrası stres belirtileri ile çocuk /ergen TSSB ve travma sonrası stres belirtileri arasında pozitif korelasyon saptanmıştır. Aile üyesinin, yakın bir arkadaşın ya da eşin başına gelen stresli bir olay, aynı zamanda yakın aile üyelerinin üzerinde de olumsuz etki yaratmakta ve bu durum onların sosyal desteğe gereksinim duymalarına yol açmaktadır; ancak bu gereksinim çoğu zaman karşılanamamaktadır. Bu durumda, ihtiyaçlar karşılanmazsa kişi stres yaşar ve uzun süreli yaşanan stres de tükenmişlikle son bulmaktadır (149). Hastalara bakım veren aile üyelerinin çocuklarının bu zorlu tedavi ve izlem süresince sosyal desteğe ihtiyaç duydukları ve sosyal desteği yeterli sağlanamayan bakım verenlerin, psikiyatrik semptomlara ve hastalıklara daha yatkın olduğu düşünülmüştür.

Sosyal destek düzeyleri ile tükenmişlik, depresyon ve TSSB korelasyonunu değerlendiren literatürde çalışmalar bulunmaktadır (148, 149, 150, 151). Florian ve

Krulik'e (148) göre, kronik hastalığı olan çocukların anneleri algıladıkları sosyal desteği yetersiz bulduklarında bakım vermayla ilgili daha fazla tükenmişlik yaşadıklarını ifade etmektedirler. Çalışmamızda, sosyal destek ile tükenmişlik arasında ters yönde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olduğu görülmektedir. Literatürde sosyal destek ve tükenmişliğin negatif korelasyon gösterdiğini savunan birçok çalışma bulunmaktadır. Bizim çalışmamızda da, hasta grubu annelerinin sosyal destek düzeyleri ile anksiyete depresyon durumları arasında negatif korelasyon saptanmıştır. Kişinin çevreden aldığı sosyal destek arttıkça tükenmişlik düzeyinin azalabileceği kanıtlanmıştır. (149, 150, 151, 152). Aynı zamanda çalışmamızda, tükenmişlikte olduğu gibi, hasta grubu annelerinin sosyal destek düzeyi ile TSSB ve travma sonrası stres belirtileri açısından negatif yönde korelasyon saptanmıştır. Literatürde bizim çalışmamızdan farklı olarak, sosyal destek düzeyi ile TSSB düzeyleri arasında ilişki olmadığını gösteren çalışmalar olduğu gibi bizim çalışmamızı destekler nitelikte literatürler de bulunmaktadır (153, 154, 155).

Çalışmamızda hasta grubu annelerinin problem çözme yetenekleri ile anksiyete, depresyon, tükenmişlik düzeyleri ve travma sonrası stres belirtileri arasında negatif yönde korelasyon saptanmıştır. Literatürde Tezel ve ark. (156)'nın hemşirelik öğrencilerinin problem çözme becerileri ile depresyon düzeylerinin incelendiği çalışmada problem çözme becerisi ile depresyon arasında negatif korelasyon saptanmıştır. Yıldız ve ark. (157)'nin hemşirelerin tükenmişlik düzeyleri ve problem çözme becerileri ile ilgili çalışmasında hemşirelerin tükenmişlik düzeyleri ve problem çözme becerileri arasında ilişki olduğu; problem çözme becerileri arttıkça duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma düzeylerinin azaldığı, kişisel başarı düzeylerinin ise arttığı bulunmuştur. Bu literatür bilgileri, bizim çalışmamızın sonucunu destekler niteliktedir.

Sonuç olarak; bu çalışmanın literatür kısmında çocukluk çağı kanser tanımlı hastaların zorlu tedavi ve izlem süresince karşılaştıkları psikososyal sorunlarla birlikte psikiyatrik hastalıklardan ve onlara bakım verenlerindeki psikososyal ve psikiyatrik etkilerinden bahsedilmektedir. Bakım veren olarak sıklıkla anne figürünün olması çocuk/ergen psikolojisinin anne ile bağlantılı olabileceği düşünülerek çocuk/ergen ve annenin birlikte değerlendirilmesi, çalışmanın kapsamını genişletmiş, çalışmada

ebeveyn ile ilgili daha çok bilgi sağlanabilmiş ve bu konuda ilerde yapılacak çalışmalara rehberlik edeceği düşünülmüştür.

Kanserli çocukların hastalığa ve tedaviye karşı oluşabilecek uyum sorunları ve ruhsal problemlerini saptayabilmek için hem tedavi süresince psikiyatrik konsültasyon hizmetlerinin düzenli olarak sürdürülmesi hem de remisyon döneminde kontrollerde aralıklı olarak Çocuk Psikiyatrisi pollinik kontrolü şeklinde izlemin devam ettirilmesi sağlanmalıdır. Bakımverenin ruhsal problemlerinin çocuğun ruhsal problemlerini tetiklediği ve tedaviye uyumunu azalttığı çalışmamızın sonucu ile doğrulanmıştır. Bu da bakımverenlere de eş zamanlı psikiyatrik değerlendirmenin gerekliliği ve bu konuda belli zaman aralıklarında Psikiyatri bölümüne yönlendirilmeleri gerektiğini düşündürmüştür.

Bu çalışmada kanserli çocukların hastalık ve tedavisinin oluşturabileceği ruhsal problemlerden depresyon, anksiyete ve travma sonrası stres bozukluğuna tedavi dönemi ve remisyon döneminin herhangi bir zamanında bakılmıştır. Hastaların tanı anından tedavinin birinci, üçüncü, altıncı ayı gibi aralıklı dönemlerinde çocuk psikiyatrisi konsültasyonu yapılarak semptomlarındaki değişikliklerin fark edilmesinin, erken psikiyatrik tanı ve tedavi açısından da erken tanınmasının anlamlı olacağı görüşünderiz. Çalışmamız hastanemiz Çocuk Onkoloji Bölümü servisi ve pollinik ile sınırlı kalmıştır. Psikososyal sorunlar ve psikiyatrik hastalıkların başa çıkma yöntemlerinin yetiştirilme tarzı, kültür ve sosyoekonomik düzeyden önemli derecede etkilendiği düşünülmektedir. Bu sebeple araştırmanın daha genel bir sonuca ulaşması, konu ile ilgili rehberlerin geliştirilmesi amacıyla farklı kültürel özelliklere sahip şehirlerden de veri toplanması daha faydalı olabilir.

6. SONUÇLAR

1. Aktif tedavi gören hasta çocuklar ile remisyonda olan hasta çocuklar, depresyon ve kaygı ölçek puanları açısından karşılaştırılmış olup gruplar arasında depresyon ve kaygı ölçek puanları açısından anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür.
2. Aktif tedavi gören hasta çocuk ve ergenler ile remisyonda olan hasta çocuk ve ergenler karşılaştırıldığında; gruplar arasında hem şimdiki hem de yaşam boyu travma sonrası stres bozukluğu açısından anlamlı fark saptanmamıştır.
3. Hasta çocuklar, depresyon ve kaygı puanları açısından sağlıklı kontrol grubundaki çocuklarla, karşılaştırılmış olup hasta çocukların sağlıklı çocuklardan anlamlı olarak daha depresif ve daha fazla kaygılı oldukları saptanmıştır.
4. Aktif tedavi gören hasta çocuklar, travma öyküsü olan çocuklardan daha fazla hem şimdiki hem de yaşam boyu travmaya ait tekrar yaşantılama, travmaya ait kaçınma davranışı ve aşırı uyarılmışlık göstermektedir. Buna göre de aktif tedavi gören hasta çocukların, travma öyküsü olan çocuklardan daha fazla hem şimdiki hem de yaşam boyu travmaya sahip olduğunu söylemek mümkündür.
5. Remisyonda olan çocuklar/ergenler, travma öyküsü olan çocuklardan anlamlı olarak daha fazla hem şimdiki hem de yaşam boyu travmaya ait tekrar yaşantılamalara, yaşam boyu travmaya ait kaçınma, travmaya ait aşırı uyarılmışlık göstermektedir.
6. Aktif tedavi gören hasta çocukların anneleri, remisyonda olan çocukların annelerinden anlamlı olarak daha fazla kaygıya sahiptir.
7. Hasta çocukların anneleri ile sağlıklı çocukların anneleri depresyon, kaygı ve tükenmişlik ölçek puanları açısından karşılaştırılmış, hasta çocuklarının annelerinde sağlıklı çocukların annelerine göre daha fazla depresif, durumluk ve sürekli kaygı, tükenmişlik belirtileri görülmektedir.
8. Aktif tedavi gören hasta çocukların anneleri ile travma öyküsü olan çocukların anneleri de TSSB ölçek puanları açısından karşılaştırılmıştır. Aktif tedavi gören hasta çocukların anneleri, travma yaşantısı olan çocukların annelerinden anlamlı olarak daha fazla hem şimdiki hem de yaşam boyu travmaya ait tekrar

yaşantılama, travmaya ait kaçınma davranışı, travmaya ait aşırı uyarılmışlık göstermektedir. Buna göre aktif tedavi gören hasta çocukların anneleri, travma öyküsü olan çocukların annelerinden daha fazla hem şimdiki hem de yaşam boyu travmaya sahip olduğunu belirtmektedir.

9. Remisyonda olan çocukların anneleri, travma öyküsü olan çocukların annelerinden anlamlı olarak daha fazla hem şimdiki hem de yaşam boyu travmaya ait tekrar yaşantılamalara, travmaya ait kaçınma davranışı, travmaya ait aşırı uyarılmışlık göstermektedir.
10. Hasta çocukların annelerinde sosyal destek düzeyi azaldıkça, depresyon, kaygı, duygusal tükenmişlik ve toplam tükenmişlik, şimdiki travma sonrası stres bozukluğu düzeylerinin arttığı ve problem çözme becerilerinin ve kişisel başarılarının azaldığı bulunmuştur.
11. Hasta çocukların annelerinde, tükenmişlik düzeyleri arttıkça, problem çözme becerilerinin ise azaldığı görülmüştür.
12. Hasta çocuklar ile anneleri arasında depresyon puanları açısından ilişki olup olmadığına bakılmış, sonuçta aralarında anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür.
13. Hasta çocuklar ile anneleri arasında kaygı puanları açısından ilişki olup olmadığı da incelenmiş, pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Annelerin sürekli kaygıları arttıkça, çocukların da kaygı düzeylerinde artış olduğu görülmüştür. Annelerin yaşam boyu travma öyküsü arttıkça, çocuk ve ergenlerde de bu deneyimlerin arttığı bulunmuştur.

7. KAYNAKLAR

1. Özkan A. Pediatrik Onkoloji. İstanbul Nobel Tıp Kitabevleri. 2009. 3- 13. 10.
2. Bajin İ.Y, Kutluk M.T, Kanser Gündemi Dergisi. Çocukluk Çağı Kanserlerinin Epidemiyolojisi ve Risk Faktörleri. Türkiye Kanseri Savaş Vakfı Volume: 4/1 - 2, Ocak -Nisan 2016.
3. Greenlee R.T, Murray T., Bolden S., Wingo P.A. Cancer statistics, 2000. CA Cancer J Clin 2000; 50: 7-33.
4. Impach P., Kuhne T., Arceci RJ. "Incidence and Management of Childhood Cancer", P. Imbach, T. Kühne, & R. J. Arceci içinde, Pediatric Oncology: A Comprehensive Guide, 2011 ss. 1-5. New York: Springer.
5. Van Dongen-Melman J.E. (1997); Information booklet for parents of children surviving cancer. Leukemia, 11(11):1799-806.
6. Eser E. Yaşam kalitesinin Sınıflandırılması ve Sağlıkla ilgili Yaşam Kalitesinin Ölçümü. 1. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyum Program ve Özet Kitabı 2004.s: 4-6.
7. Özbaran B., Erermiş S. Kanseri Tedavisi Gören Çocuk ve Gençlerde Uzun Süreli İzlem Sürecinde Psikososyal Özelliklerin Tanımlanması ve Genel Yaklaşım ilkeleri Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatri Anabilim Dalı, Klinik Psikiyatri 2006; 9: 185-190.
8. Langeveld N.E., Grootenhuys M.A., Voute P.A. Posttraumatic stress symptoms in adult survivors of childhood cancer. Pediatr Blood Cancer, (2004) 42(7):604-610.
9. Kadan-Lottick N.S., Vanderwerker L.C., Bkock S.D., Zhang B., Prigerson H.G. Psychiatric disorders and mental health service use in patients with advanced cancer. Cancer 2005; 104:2872-2881.
10. Güleç G., Büyükkınacı A. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry 2011; 3(2):343-367© 2011, eISSN:1309-0674 pISSN:1309-0658.
11. Tuncer A.M. Cancer Report. Ankara, Asian Pacific Organization for Cancer Prevention, 2010.
12. Bag B. "Depression in cancer patients." Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry 6.2 (2014): 186-198.
13. WHO World Cancer Report 2014.
14. Steliarova-Foucher E., Stiller C., Lacour B., Kaatsch P. International Classification of Childhood Cancer, Third Edition. Cancer 2005; 103:1457-67.

15. Kramárová E., Stiller C.A., Ferlay J., Parkin D.M., Draper G.J., Michaelis J.et al. "The international classification of childhood cancer." International journal of cancer 68.6 (1996): 759-765
16. ACCIS-Childhood cancer incidence and survival. www-dep.iarc.fr/accis.htm
17. Kaatsch P. "Epidemiology of childhood cancer." Cancer treatment reviews 36.4 (2010): 277-285.
18. Fidaner C., Eser S.Y., Parkin D.M. "Incidence in Izmir in 1993–1994: first results from Izmir Cancer Registry." European Journal of Cancer 37.1 (2001): 83-92.
19. Kutluk T. Kanser yükü 2006. Hacettepe Üniversitesi Onkoloji Enstitüsü Yıllık Sempozyumu. 23-25 Kasım 2006, Ankara Bildiri Kitabı syf 9-11.
20. Center for Disease Control and Prevention (CDC), National Center for Health Statistics, National Vital Statistics System
21. Kutluk T., 'Çocukluk Çağı Kanserlerinin Epidemiyolojisi.' Özkan A(ed), Pediatrik Onkoloji Kitabı Nobel Tıp Kitabevleri, 2009 syf 3-13.
22. Kutluk M.T., Yeşilipek A. "Turkish National Pediatric Cancer Registry 2002-2008 (Turkish Pediatric Oncology Group and Turkish Pediatric Hematology Society)". J Clin Oncol 31, 2013
23. Coebergh J.W.W., Capocaccia R., Gatta G., Magnani C., Stiller C.A. Childhood cancer survival in Europe, 1978–1992: the EURO CARE study. (2001).
24. Acar A.Ş. Yurdakök Pediatri kitabı. İçinden: Yurdakök M. (ed) 'Hastalıklar Karşısında Çocuk ve Ergen' 1. Baskı Güneş Tıp Kitapevleri(2017): 506-508.
25. Er M. Child, illness, parent siblings. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2006; 49: 155-168.
26. Schonfeld DJ, Perrin EC, Adaptation to illness. In Rudolph CD(ed).Rudolph's Pediatrics (22nd ed), New York McGraw-Hill, 2011.
27. İnal N., Pekcanlar A. Kronik Hastalıklar, hastaneye yatış ve çocuk. DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi 2008;22: 99-105
28. Anuk D. Kanser, Kanserli Hasta Ailesi ve Tedavi Ekibi Etkileşimi. Konsültasyon-liyezon Psikiyatrisi Roche. 1999; 166–173.
29. Gökler B. Ben Hasta Değilim. İçinde: A Ekşi (ed). 'Ölümcül Hastalık Karşısında Çocuk, Aile ve Hekim'. İstanbul: Nobel Kitapevleri,1999: 471-475.

30. Ekşi A. Ben Hasta Değilim. İçinde: A Ekşi(ed). Fiziksek Hastalığı Olan Çocuk ve Adolesanlara ve Hastanede Refakat Kalan Annelere Psikolojik Yaklaşım. İstanbul: Nobel Kitapevleri,1999:620-630.
31. Rosenbaum P. Some psychosocial interventions can help children and families cope with chronic health conditions. Evidence Based Mental Health 1998; 1:48-48.
32. Melnyk B.M. Coping with unplanned childhood hospitalization: Effects of informational interventions on mothers and children. Nurs Res 1994; 43:50-55.
33. Özkan M. Kanser Hastalarında Psikolojik Tedavi. Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Roche 1998-1999; 154-158.
34. Sloper P. "Needs and responses of parents following the diagnosis of childhood cancer." Child: care, health and development 22.3 (1996): 187-202.
35. Ağaoğlu L., Nogay G. Ben Hasta Değilim. İçinde: A Ekşi (ed). Kanserin Psikososyal Yönü. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri 2. Baskı 2011: 445-453.
36. Pirl W.F., Roth A. Diagnosis and treatment of depression in cancer patients. Oncology (1999) 13:1293-1301.
37. Hersh S.P., Wiener L.S. Psychosocial Support for the Family of the Child with Cancer, Pizzo, P.A, Pooplack, D.G. ed.: Principles and Practice of Pediatric Onkolology, kitabında. J.P Lippincott Comp, Philedelpiha. 1993.
38. Sourkes B.M. (1993). Psychological aspects of leukemia and other hematologic disorders. Nathan D.G., Oski F.A., (ed) Hematology of infancy and childhood,kitabında sayfa 1721-1727, 4. Baskı, Mexico.
39. Wasserman A.L. (1990). Principles of Psychiatric Care of Children and Adolescents with Medical Illnesses, ed: Garfinkel M, Psychiatric Disorders in Children and Adolescents. Kitabında Bölüm 28. WB. Saunders Company, Philadelphia. Sayfa 486-503.
40. Gudas L., Koocher G.P. Palliative and end of life care for children and families. IN: Carey W, Crocker A, Coleman W, Elias ER, Feldman HM (eds). Developmental-Behavioral Pediatrics (4th Ed.) Philadelphia, Saunders Elsevier, 2009, 366-372.
41. Maslach C., Jackson, S.E. (1981) The Measurement of experienced burnout. Journal of Occupational Behaviour, (2); 99-113.
42. Maslach C., Leiter M.P. (1997). The Truth About Burnout-How Organizations Cause Personal Stress and What to Do About It San Francisco: Jossey-Bass Publisher.
43. Leiter M.P., Maslach C. "The impact of interpersonal environment on burnout and organizational commitment." Journal of organizational behavior 9.4 (1988): 297-308.

44. Budak G., Sürgevil O. (2005). Tükenmişlik ve tükenmişliği etkileyen örgütsel faktörlerin analizine ilişkin akademik personel üzerine bir uygulama. Dokuz Eylül Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 20(2) 95-108.
45. Çam O. Tükenmişlik Envanterinin Geçerlik ve Güvenirliğinin Araştırılması. Rüveyda Bayrakçı, İhsan Dağ (Ed) 7. Ulusal Psikoloji Kongresi Bilimsel Çalışmaları. (s. 155-160) (1993) Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları
46. Ergin C. (1993). Doktor ve Hemşirelerde Tükenmişlik ve Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin Uyarlanması. Rüveyda Bayrakçı, İhsan Dağ (Ed). 7. Ulusal Psikoloji Kongresi Bilimsel Çalışmaları. (s. 143-154). Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları
47. Kaçmaz N. (2005). Tükenmişlik (burnout) sendromu. "İstanbul Üniversitesi, Tıp Fakültesi Dergisi, 68(1):29-32.
48. Raina P., O'Donnell M., Rosenbaum P., Brehaut, J., Walter S.D., Russell D. et al. (2005). The health and well-being of caregivers of children with cerebral palsy. Pediatrics, 115(6), e626-e636.
49. Chumbler N.R., Grimm J.W., Cody M., Beck C. (2003). Gender, kinship and caregiver burden: the case of community-dwelling memory impaired seniors. International journal of geriatric psychiatry, 18: 722-732.
50. Pines A.M., Ben-Ari A., Utasi A., Larson D. (2002). A Cross-Cultural Investigation of Social Support and Burnout. European Psychologist, 7(4):256-264.
51. Abatan E. Çarpıntı Yakınması ile Kardiyoloji Polikliniğe Başvurmuş Hastalardan Eps Uygulanan ve Uygulanmayan Gruplar ve Sağlıklı Kontrollerde Bedensel Duyguları Algılama, Kaygı ve Depresyon Düzeylerinin Karşılaştırılması. Uzmanlık Tezi, Bolu: Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi, 2013.
52. Ülev E. Üniversite Öğrencilerinde Bilinçli Farkındalık Düzeyi İle Stresle Başa Çıkma Tarzının Depresyon, Kaygı Ve Stres Belirtileriyle İlişkisi. Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 2014.
53. Tunç A. Meme Kanseri Tanısı Almış Kadınların Hastalık Temsilleri, Başa Çıkma Stratejileri, Kaygı Ve Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi ile Psiko-Sosyal İhtiyaçlarının Belirlenmesi. Eğitim Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi, Mersin: Mersin Üniversitesi, 2014.
54. Tunay Ş. Depresyon ve Kaygı Belirtilerinde Örtüşen ve Ayrışan Özelliklerin Endişe Olgusu Açısından İncelenmesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 2006.
55. Clementi M.A., Alfano C.A. 'Disorders Targeted Behavioral Therapy for Childhood generalized anxiety disorder: A time-series analysis of changes in anxiety and sleep' Journal of anxiety disorders 282 (2014): 215-222.

56. Keeton C.P., Kolos A.C., Walkup J.T. Pediatric generalized anxiety disorder: epidemiology, diagnosis, and management. *Pediatr Drugs* 2009; 11: 171-183.
57. Parlak S.Ç. (2011). Aşk İçim Çaresiz Bir Yakarış: İbn-İ Sina'dan Psikanalize Depresyonun Tarihsel Öyküsü. *Yansıtma Psikopatoloji ve Projektif Testler Dergisi*, 15, 9-18.
58. Budak S. (2000). *Psikoloji sözlüğü*. Ankara: Bilim ve Sanat Yayınları.
59. Başoğlu C., Buldukoğlu K. (2015). Depresif Bozukluklarda Psikososyal Girişimler. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*, 7(1), 1-15.
60. Sadock B.J., Ruiz R., Sadock V.A. Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/clinical Psychiatry. 2014: Lippincott Williams & Wilkins.
61. Akdemir D. (2017). Duygudurum Bozuklukları. M. Yurdakök içinde, *Yurdakök Pediatri* (s. 555-558). Ankara: Güneş Tıp Kitapevleri.
62. Karabulutlu E.Y., Akyıl R., Karaman S., Karaca M; Kanser hastalarına bakım verenlerin uyku kalitesi ve psikolojik sorunlarının incelenmesi. *Türk Onkoloji Dergisi* 2013;28(1):1-9.
63. Bhattacharyya S., Bhattacharjee S., Mandal T., & Das D.K. (2017). Depression in cancer patients undergoing chemotherapy in a tertiary care hospital of North Bengal, India. *Indian Journal of Public Health*, 61(1), 14-18
64. Dökmen Z.' Yakınlarına Bakımverenlerin Ruh Sağlıkları ile Sosyal Destek Algıları Arasındaki İlişkiler' *Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* 2012;3(1):3-38.
65. Atagün İ.M., Balaban Ö.D, Atagün Z., Elagöz M., Özpolat A.Y. Kronik hastalıklarda bakım veren yükü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2011;3(3):513-552.
66. Görgülü Ü., Akdemir N. İleri Evre Kanser Hastalarına Bakım Verenlerin Yorgunluk ve Uyku Kalitesinin Değerlendirilmesi. *Genel Tıp Dergisi* 2010;20(4):125-32.
67. Corà A., Partinico M., Munafò M., Palomba D. Health risk factors in caregivers of terminal cancer patients: a pilot study. *Cancer Nurs* 2012;35(1):38-47.
68. Terakye G. Kanserli hasta yakınlarıyla etkileşim. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi* 2011;4(2):78-82.
69. Grov E.K., Dahl A.A., Moum T., Fosså S.D. Anxiety, depression, and quality of life in caregivers of patients with cancer in late palliative phase. *Ann Oncol* 2005;16(7):1185-91.
70. Wilkinson A. The carer experience in end-of-life cancer caregiving: a discussion of the literature. *Cancer Forum* 2010;34(2):1-4.

71. Rivera HR, McMillan SC. Predictors of depression symptoms in hospice caregivers. *Journal of Hospice and Palliative Nursing* 2010;12(6):345-57.
72. T.C Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Türkiye Onkoloji Hizmetleri Yeniden Yapılanma Programı 2010- 2023. Ankara, T.C. Sağlık Bakanlığı, 2010.
73. Bottomley A. (1998). Depression in cancer patients: a literature review. *Eur J Cancer*, 7: 181-191.
74. Aydoğan Ü., Doğaner, Y.Ç., Borazan, E., Kömürcü, Ş., Koçak, N., Öztürk, B. Ve diğerleri (2012). Kanser Hastalarında Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri ve Hastalıkla Başa Çıkma Tutumlarının İncelenmesi, *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 16(2), 55-60.
75. Yehuda R. (2004). Risk and resilience in post traumatic stress disorder. *J Clin Psychiatry*, 65: 26-36. Schiraldi GR. (2009).
76. Speckens A.E., Ehlers A., Hackmann A., Ruths F.A., Clark D.M. (2007) *The Post Traumatic Stress Disorder SourceBook*. 2nd ed, Mc Graw Hill, p.3-12.
77. Şuer T. (2005). Posttravmatik Stres Bozukluğu. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Medikal Açıdan Stres ve Çareleri Sempozyum Dizisi No: 47, Aralık 2005 syf. 205-210.
78. Breslau N., Kessler R.C., Chilcoat H.D. (1998). Trauma and post traumatic stress disorder in the community. *Arch Gen Psychiatry*, 55: 626-63.
79. Doctor R.M., Shiromoto F.N. (2010). *The Encyclopedia of Trauma and Traumatic Stress Disorder*. In: Entries A to Z. Facts On File, New York, p.202-207.
80. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed). Revised (DSM-IV) Washington, DC: (1994) APA
81. Tokgöz G., Yaluğ İ., Özdemir S., Yazıcı A., Uygun K., Aker T. Kanserli hastalarda travma sonrası stres bozukluğunun yaygınlığı ve ruhsal gelişim. *Yeni Symposium* 2008; 46: 51-61.
82. Okado Y., Long A.M, Phipps S.(2014) Department of Psychology, St. Jude Children's Research Hospital *Journal of Pediatric Psychology* 39(9) pp.1049-1060,2014.
83. Taşkiran G., Sürer Adanır A., Özatalay E.(2016). Living with the unknown. Posttraumatic stress disorder in pediatric bone marrow transplantation survivors and their mothers. *Pediatric hematology and oncology*, 33(3), 209-218.
84. Duygun T., Sezgin N. (2003). Zihinsel engelli ve sağlıklı çocuk annelerinde stres belirtileri, stresle başa çıkma tarzları ve algılanan sosyal desteğin tükenmişlik düzeyine olan etkisi. *Türk Psikoloji Dergisi*, 18(52): 37-52.

85. Weiss R. S. (1973). Loneliness: The experience ve emotional social isolation. Cambridge, MA: MIT Press. Cutrona C.E., ve Russel D.W. (1987). The Provision of Social Relationships and Adaptation to Stres. In. W.H. Jones ve D. Perlman (Eds.), Advances in personal relationships (pp.37-67) Greenwich, CT: LAI Press.
86. Duru E. ve Balkis M. (2007) Sosyal Destek ölçeğinin psikometrik özellikleri: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi, 3(27), 79-88
87. Işıklı S. (1998). A prospective study of life stres, social support and assertiveness among Turkish university student. ODTÜ, yayınlanmamış yüksek lisans tezi.
88. Şahin N., Sahin N.H., Heppner P.P. (1993) Psychometric properties of the problem solving inventory in a group of Turkish university students. Cognitive Therapy and Resarch, 17(4), 379-396.
89. Öner N., Lecompte A. (1983) Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı, Boğaziçi Üniversitesi Yayınları, No:333, 1. Baskı, İstanbul:1-26
90. Hisli N. (1988). Beck Depresyon Envanteri'nin geçerliği üzerine bir çalışma. Psikoloji Dergisi, 6 (22),118-122
91. Hisli N. (1989). Beck Depresyon Envanteri'nin Üniversite Öğrencileri için Geçerliği Güvenirliği. Psikoloji Dergisi,7 (23),3-13.
92. Akay A., Ercan E. (2016) Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği Yayın No: 9 Ankara (121-122)
93. Blake D.D., Weathers F.W., Nagy L.M. (1990) A clinician rating scale for assessing current and lifetime PTSD: the CAPS-1. Behavior Therapist, 13: 187-188
94. Aker T., Özeren M., Başoğlu M., Kaptanoğlu C., Erol A., Buran B. Klinisyen Tarafından Uygulanan Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği (TSSB-Ö) Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi 1999; 10: 286-93
95. Aydemir Ö., Köroğlu E. Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler Kitabı Hekimler Yayın Birliği, 2006.
96. Kovacs M. Rating scale to assess depression in school aged children. Acta Pedopsyhiatr 1981; 46: 305-15
97. Öy B. (1990).Çocuklar için Depresyon Ölçeği geçerlik ve güvenirlik çalışması. 26. Ulusal Psikiyatrik ve Nörolojik Bilimler Kongresi Bilimsel Yayın Kitapları, 13-23
98. Savaşır I. Şahin N.H (Ed.) (1997) Bilişsel-Davranışçı Terapilerde Değerlendirme: Sık Kullanılan Ölçekler, Türk Psikologlar Derneği Yayınları, No:9, Ankara: (16,136-138)

99. Özusta Ş.H. (1995). Çocuklar İçin Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri Uyarlama, Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Türk Psikoloji Dergisi. Cilt 10. Sayı 34. Sayfa 32-44. (Haziran, 1995).
100. Nader K.O., Kriegler J.A., Blake D.D. ve ark (1996) Clinician Administered PTSD scale for children and adolescents. National center for PTSD, Boston Veterans Administration Medical Center, Boston, MA.
101. Nader K.O., Newman E., Weathers F.W. ve ark (1998) Clinician Administered PTSD scale for children and adolescents for DSM-IV, CAPS-CA. White River Junction, VT: National Center for PTSD and UCLA Trauma Psychiatry Program.
102. Karakaya I., Çocuk ve gençler için Klinisyen Tarafından Uygulanan Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği (TSSB-ÖÇE) Geçerlik Güvenirlik Çalışması. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi 2007; 14(3): 125-132.
103. Karakaya B. Meme, Tiroid, Kolorektal ve Over Kanseri Nedeni ile Cerrahi Uygulanmış Kadın Hastalarda Depresyon, Anksiyete ve Benlik Saygısının Değerlendirilmesi. Tıpta Uzmanlık Tezi, Konya: Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, 2014.
104. Barbara E. Sabeth, Leventhal. J. Marital (1984). Adjustment to Chronic Childhood İllness: A Critique of the Literature, Pediatrics, Vol 73, No:6.
105. Marrs J.A.(2006). Stress, Fears, and Phobias: The Impact of Anxiety. Clinical Journal of Oncology Nursing, 10(3),319-322.
106. Smith E.M., Gomm S.A., Dickens C.M. (2003). Assessing the Independent Contribution to Quality of Life From Anxiety and Depression in Patients With Advanced Cancer. Palliative Medicine, 17, 509-513. Scheier A.M., Williams, S.A. (2004). Anxiety and Quality of Life of Women Who Receive Radiation or Chemotherapy for Breast Cancer. Oncology Nursing Forum, 31(1), 127-130.
107. Karabulutlu E.Y., Bilici, M., Çayır, K., Tekin, S.B., Kantarcı, R. (2010). Coping, Anxiety and Depression in Turkish Patients with Cancer. European Journal of General Medicine, 7(3), 296-302.
108. Phipps S., Juerbergs N., Long A. (2009). Symptoms of post-traumatic stress in children with cancer: does personality trump health status? Psycho-Oncology. 18(9). 922-1002.
109. Collins J.J., Byrnes M.E., Dunkel I.J., Lapin J., Nadel T., Thaler H.T. ve diğerleri (2000). The measurement of symptoms in children with cancer. Journal of Pain and Symptom Management, 19(5), 363-377.
110. Toros F, Tot Ş, Düzovalı Ö. Kronik Hastalığı olan Çocuklar, Anne ve Babalarındaki Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri. Klinik Psikiyatri 2002;5: 240-247.

- 111.Schultz K.A.P., Ness K.K., Whitton J., Recklitis C., Zebrack B., Robison L.L. ve diğerleri (2007). Behavioral and Social Outcomes in Adolescent Survivors of Childhood Cancer: A Report From the Childhood Cancer Survivor Study. *American Journal of Clinical Oncology*, 24(25), 3649-3656
- 112.Larsson G., Mattsson E. ve von Essen L. (2010). Aspects of quality of life, anxiety, and depression among persons diagnosed with cancer during adolescence: a long-term follow-up study. *European Journal of Cancer*, 46(6), 1062-1068
- 113.Mattsson E., El-Khouri B., Ljungman G. ve von Essen L. (2009). Empirically derived psychosocial states among adolescents diagnosed with cancer during the acute and extended phase of survival. *Annals of Oncology*, 20(10), 1722-1727.
- 114.Büyükpamukçu M. (2012). Türkiye’de Pediatrik Onkoloji, TPOG Ulusal Pediatrik Kanseri Kongresi, Bolu.
- 115.Canning E.H., Canning R.D., Boyce W.T. Depressive symptoms and adaptive style in children with cancer. *J Amer Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1992; 31: 1120-1124.
- 116.Taïeb O., Moro M.R., Baubet T ve diğerleri. (2003) Posttraumatic stress symptoms after childhood cancer. *European Child & Adolescent Psychiatry* 12: 255–264.
- 117.Schwartz L., Drotar D. (2006). Posttraumatic stress and related impairment in survivors of childhood cancer in early adulthood compared to healthy peers. *Journal of Pediatric Psychology* 31: 356–366
- 118.Hobbie W.L., Stuber M., Meeske K., Wissler K., Rourke M.T., Ruccione K., Kazak A.E. (2000). Symptoms of posttraumatic stress in young adult survivors of childhood cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 18(24), 4060-4066
- 119.Lee Y.L., Santacroce S.J. (2007). Posttraumatic stress in long-term young adult survivors of childhood cancer: a questionnaire survey. *International journal of nursing studies*, 44(8), 1406-1417.
- 120.Kazak A. E., Barakat, L. P., Meeske, K., Christakis, D., Meadows, A. T., Casey, R., ... & Stuber, M. L. (1997). Posttraumatic stress, family functioning, and social support in survivors of childhood leukemia and their mothers and fathers. *Journal of consulting and clinical psychology*, 65(1), 120-129.
- 121.Stuber M.L., Kazak A.E., Meeske K., Barakat L., Guthrie D., Garnier, H., Meadows A. (1997). Predictors of posttraumatic stress symptoms in childhood cancer survivors. *Pediatrics*, 100(6), 958-964.
- 122.Brown R.T., Madan-Swain A., Lambert R. (2003). Posttraumatic stress symptoms in adolescent survivors of childhood cancer and their mothers. *Journal of traumatic stress*, 16(4), 309-318.

123. Bruce M. (2006). A systematic and conceptual review of posttraumatic stress in childhood cancer survivors and their parents. *Clinical psychology review*, 26(3), 233-256.
124. Phipps S., Srivastava D.K. Repressive adaptation in children with cancer. *Health Psychol.* 1997; 16: 521–528. [PubMed: 9386997]
125. Sloper P. (2000) Predictors of distress in parents of children with cancer: A prospective study. *Journal of Pediatric Psychology*, 25 (2): 79-91.
126. Eiser C., Eiser J.R., Stride C.B. (2005). Quality of life in children newly diagnosed with cancer and their mothers. *Health and quality of life outcomes*, 3(1),29.
127. Manne S., DuHamel K., Ostraff J., Parson S., Martini D.R., Williams S.E., Rini C. (2004). Anxiety, depressive and posttraumatic stress disorders among mothers of pediatric survivors of hematopoietic stem cell transplantation. *Pediatrics*, 113(6), 1700-1708.
128. Lucksic M., Michele P., Javornisky D. (2000) Assessment of stress in mothers of children with severe breath-holding spells. *Pediatrics*, 106 (1): 1-5.
129. Van Dongen-Melman J.E. (2000). Developing psychosocial aftercare for children surviving cancer and their families. *Acta oncologica*, 39(1), 23-31.
130. Yeh CH, Lee TT, Chen ML (2000) Adaptational process of parents of pediatric oncology patients. *Pediatr Hematol Oncol*, 17: 119-131.
131. Compas B.E., Bemis H., Gerhardt C.A., Dunn M.J., Rodriguez E.M., Desjardins L., Vannatta K. (2005). Mothers and fathers coping with their children's cancer. Individual and interpersonal processes. *Health Psychology*, 34(8), 783.
132. Duran S., Aksakal F.N Ankara'da bir Üniversite Hastanesi'nde Takip Edilen Çocuk Hematoloji Onkoloji Hastalarında ve Annelerinde depresyon sıklığı ve yaşam kalitesi değerlendirmesi. T.C. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi Ankara Temmuz 2009.
133. Yıldırım G., Göktaş S.B., Köse S., Yıldız T. (2014). Kemoterapi Tedavisi Gören Çocukların Annelerindeki Kaygı Düzeyleri. *International Journal of Basic and Clinical Medicine*, 2 (2).
134. McCarthy M.C., McNeil R., Drew S., Dunt D., Kosola S., Orme L., Sawyer S.M. (2016). Psychological distress and posttraumatic stress symptoms in adolescents and young adults with cancer and their parents. *Journal of adolescent and young adult oncology*, 5 (4), 322-329.
135. Norberg A.L. Burnout in Mothers and Fathers of Children Surviving Brain Tumour. *J Clin Psychol Med Settings* (2007) 14: 130–137.
136. Özdemir F.K., Şahin Z.A., Küçük D. Kanserli çocuğu olan annelerin bakım verme yüklerinin belirlenmesi. *Yeni Tıp Dergisi* 2009; 26: 153-158.

- 137.Davidson J.R., Hughes D., Blazer D.G, and George LK. Post-traumatic stress disorder in the community: an epidemiological study. Psychol Med 1991; 21(3): 713-21.
- 138.Kessler R.C., Sonnega A., Bromet E., Hughes M., and Nelson C.B. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry 1995; 52(12): 1048-60.
- 139.Nagata S.İ., Funakosı S., Amae S., Yoshida S., Ambo H., Kudo A. (2008), "Posttraumatic Stress Disorder in Mothers of Children Who Have Undergone Surgery for Congenital Disease at a Pediatric Surgery Department", Journal of Pediatric Surgery, (43), ss. 1480-1486.
- 140.Iseri P.K., Özten E., Aker A.T. (2006), "Posttraumatic Stress Disorder and Major Depressive Disorder is Common in Parents of Children with Epilepsy", Epilepsy & Behavior, 8, ss. 250-255.
- 141.Moğulkoç H., Dirik G.,Kanser Hastası Çocuk ve Ergenlerin Ebeveynlerinde Travma Sonrası Stres Bozukluğunun ve Travma sonrası Gelişimin Belirleyicileri: Sosyal Destek, Ruminasyon ve Yükleme Biçimleri. Uludağ Üniversitesi Psikoloji Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi Bursa-2014.
- 142.Kazak A.E., Alderfer M., Rourke M., Simms S., Streisand R., Grossman J.R. (2004). Posttraumatic stress disorder and posttraumatic stress symptoms in families of adolescent childhood cancer survivors. Journal of pediatric psychology, 29 (3), 211-219.
- 143.Kazak A., Barakat, L., Alderfer, M., Rourke., M.,Meeske, K., Gallagher, P., et al. (2001). Posttraumatic stress in survivors of childhood cancer and mothers: Development and validation of the Impact of Traumatic Stressors Interview Schedule (ITSIS). Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 8, 307–323.
- 144.Taycan O., Kutlu L., Çimen S., Aydın N. Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerde depresyon ve tükenmişlik düzeyinin sosyodemografik özelliklerle ilişkisi *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2006,7(2): 100-108.
- 145.Harper F.W.K., Peterson A.M., Albrecht T.L., Taub J.W., Phipps S., Louis L.A.,Posttraumatic Stress Symptoms in Parents of Pediatric Cancer Patients: A Mediation Analysis . J Trauma Stress Disord Treat. 2014; 3(4)
- 146.Jörngården A., Mattsson, E. ve von Essen, L. (2007). Health-related quality of life, anxiety and depression among adolescents and young adults with cancer: a prospective longitudinal study. European Journal of Cancer, 43(13), 1952- 1958
- 147.Phipps S., Long A., Hudson M. ve diğerleri. (2005) Symptoms of post-traumatic stress in children with cancer and their parents: Effects of informant and time from diagnosis. Pediatric Blood and Cancer 45: 952–959.
- 148.Clawson A., Jurbergs N., Lindall J. Ve diğerleri. (2013) Concordance of parent proxy report and child self-report of posttraumatic stress in children with cancer and healthy children: Influence of parental posttraumatic stress. Psycho-Oncology 22: 2593–2600.

149. Prag P.W. (2003). Stress, Burnout and Social Support: A review and call for research. *Air Medacal Journal*, 22(4): 18-22.
150. Florian V., Krulik, T. (1991). Loneliness and Social Support of Mothers of Chronically ill. Children. *Social Science Medical*, 32(11): 1291-1296.
151. Marin J.A., Garcia-Ramirez M. (2005). Social support and emotional exhaustion among hospital nursing staff. *European Journal of Psychiatry*, 19(2): 96-106.
152. Akmeşe P, Kayhan N. Erken Çocukluk Döneminde Serebral Palsili Çocuğu Olan Annelerin Algıladıkları Sosyal Destek Düzeylerinin İncelenmesi, *Sakarya University Journal of Education*, 6/3 (Aralık/December 2016) ss. 146-161
153. Dürü Ç. (2006), Travma Sonrası Stres Belirtileri ve Travma Sonrası Büyümenin Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi ve Bir Model Önerisi. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı Klinik Psikolojisi Bilim Dalı, (Yayınlanmamış Doktora Tezi). Ankara.
154. Pelcovitz D., Libov B.G., Mandel F., Kaplan S., Weinblatt M., Septimus A. (1998). Posttraumatic stress disorder and family functioning in adolescent cancer. *Journal of traumatic stress*, 11 (2), 205-221.
155. Libov B.G., Nevid J.S., Pelcovitz D., Carmony T.M. (2010), "Posttraumatic Stress Symptomatology in Mothers of Pediatric Cancer Survivors", *Psychology & Health*, 17 (4), ss. 501-511.
156. Tezel A., Arslan S., Topal M., Aydoğan Ö., Koç Ç., Şenlik M. (2009). Hemşirelik öğrencilerinin problem çözme becerileri ve depresyon düzeylerinin incelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12(4), 1-10.
157. Yıldız H., Güven M. Hemşirelerin Tükenmişlik düzeylerinin ve Problem Çözme Becerilerinin incelenmesi *e-Journal of New World Sciences Academy* 2009, Volume: 4, Number: 4, Article Number: 4B0001

8. ÖZET

Amaç: Çocuk Onkoloji hastalarındaki ve onlara bakım veren annelerindeki anksiyete, depresyon ve travma sonrası stres bozukluğunun (TSSB), sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Hastalar ve Yöntem: Çalışmamızda Gazi Üniversitesi Çocuk Onkoloji Bölümünde maliynite tanısı ile takipli 8-18 yaş aralığındaki aktif tedavi gören ve remisyonda izlenen hastalar ve anneleri (n:122) örneklem grubu olarak alınmıştır. Kontrol grubu olarak ise genel çocuk polikliniğine başvuran sağlıklı çocuklar ve anneleri (n=60) anksiyete, depresyon ve tükenmişlik açısından karşılaştırılmıştır. TSSB karşılaştırması için travma öyküsü olan çocuk ve anneleri (n:30) ikinci kontrol grubu olarak alınmıştır. Hasta grubu; aktif hastalar ve remisyon hastaları kendi aralarında, hasta grubu ve kontrol grubu da kendi aralarında karşılaştırılarak anksiyete, depresyon ve TSSB açısından değerlendirilmiştir. Annelere ve çocuklara anketler klinisyen eşliğinde uygulanmış ve ölçek formları; klinisyen, çocuk psikiyatristi ve psikolog eşliğinde değerlendirilmiş ve anket sonuçları istatistiksel olarak karşılaştırılmıştır.

Bulgular: Hasta grupta; aktif tedavi alanlar ile remisyondakiler arasında depresyon anksiyete ve TSSB açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır. Hasta grup çocukları anlamlı olarak daha fazla depresif ve kaygılı olarak saptanmıştır. Aktif tedavi gören hasta grubu annelerinde, remisyondaki hasta grubu annelerine göre daha fazla durumluluk kaygı ve TSSB tanısı saptanmış olup, tükenmişlik düzeyleri arasında fark saptanmamıştır. Hasta grubu anneleri, sağlıklı kontrol grubu annelerine göre daha fazla kaygılı, depresif ve tükenmiş olarak saptanmıştır. Aktif tedavi gören hasta grubunda, travma öyküsü olan sağlıklı kontrol grubundan daha fazla travma sonrası stres belirtisi ve TSSB tanısı olduğu görülmüştür. Benzer şekilde, aktif tedavi gören çocukların anneleri de travma öyküsü olan kontrol grubu annelerinden daha fazla TSSB tanısı almıştır. Hasta grubunun anneleri ile çocuklarının depresyon, anksiyete ve TSSB açısından korelasyonlarına bakılmıştır. Anne çocuk arasında depresyon açısından korelasyon saptanmamışken, anksiyete ve TSSB açısından pozitif yönde korelasyon saptanmıştır.

Sonuç: Bu bulgular, pediatrik kanserin hem çocuklarda hem de annelerde önemli bir stres faktörü olduğuna işaret etmektedir. Klinisyenler, zorlu tedavi sürecindeki kanserli çocukların psikiyatrik semptomlarının farkında olmalıdırlar. Psikososyal destek tıbbi tedavi ile eş zamanlı uygulanmalıdır. Bakımveren ebeveynlere de eş zamanlı psikolojik değerlendirme yapılmalı ve psikolojik destek sağlanmalıdır.



9. SUMMARY

Objective : The aim of this prospective study is to investigate the prevalence of anxiety, depression, burnout and posttraumatic stress disorder in pediatric oncology patients and their mothers compared with the healthy controls.

Method: All children and adolescents (n: 61) aged 8-18 years who were actively treated and followed up in remission at Gazi University Pediatric Oncology Department, and their mothers (n: 61) were recruited as the study group. As the first comparison group was consist of children without chronic disease and their mothers who were admitted to General Pediatric clinic. As the second control group for PTSD comparison was consist of children and their mothers (n: 30) with a trauma story. Self-report questionnaires were administered to the children and mothers measuring anxiety and depression. And post-traumatic stress disorder scale for children and mothers were be administered as face-to-face surveys in the presence of the clinician. The results of the survey actively treated and patients in remission were statistically compared with control groups.

Results: There was no significant difference in terms of any scale score between children with remission and children with active treatment. The mothers of active treatment children were significantly more traumatized and more anxious than those of children in remission. But there was no significant difference in burnout symptoms between with mothers of active treatment children and mothers of remission children. Children with cancer were more depressed and worried then control group's children. Mothers of healthy children were significantly less depressed and anxious than both active treatment and remission children's mothers. Mothers of healthy children have significantly less persistent anxiety than those of both active and remissioned children's mothers. It was found that there were significantly more PTSD symptoms than children who were traumatized with active treatment children. Similarly, mothers of active treatment children have significantly more symptoms of PTSD than mothers of traumatized children. There was no correlation between depression of children with cancer and their mothers depression. However, there was a correlation between anxiety

symptoms and posttraumatic stress disorders between children with cancer and their mothers.

Conclusions: These findings suggest that pediatric cancer is a significant stressor for both children and mothers. Clinicians should be aware of psychiatric symptoms of children who underwent such a life-threatening condition. Combination of medical treatment with psychosocial support is imperative.



10. EKLER

Ek-1. Etik Kurul Onayı

Evrak Tarih ve Sayısı: 20/03/2017-E.41646



T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Etik Komisyonu



Sayı : 77082166-302.08.01-
Konu : Bilimsel ve Eğitim Amaçlı

Sayın Yrd.Doç.Dr. Arzu OKUR
Çocuk Hematoloji Bilim Dalı Başkanlığı - Öğretim Üyesi

Tez danışmanı olduğunuz, Üniversitemiz Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Arş.Gör.Dr. Ezgi Özlem ÖZMEN'in uzmanlık tez çalışması olan "*Çocuk Onkoloji Bölümünde İzlenen Hastaların ve Annelerinin Anksiyete, Depresyon ve Post Travmatik Stres Bozukluğunun Değerlendirilmesi*" adlı çalışması ile ilgili konu Komisyonumuzun 07.03.2017 tarih ve 03 sayılı toplantısında görüşülmüş olup,

İlgilinin çalışmasının, Üniversitemiz Tıp Fakültesi Çocuk Onkoloji Anabilim Dalı ve Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda yapılmasında etik açıdan bir sakınca bulunmadığına oy birliği ile karar verilmiş ve karara ilişkin imza listesi ekte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim.

e-imzalıdır
Prof. Dr. Alper CEYLAN
Komisyon Başkanı

Araştırma Kod No: 2017-108

Ek:1 Liste

Ankara
Tel:0 (312) 202 20 57 Faks:0 (312) 202 20 63
İnternet Adresi :<http://etikkomisyon.gazi.edu.tr/>

Bilgi için :Ayfer Çekmez
Genel Evrak Sorumlusu
Telefon No:202 18 07

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-2. Kişisel Bilgi Formu

Bu soru paketinde size ve çevrenizdeki kişilerle ilişkilerinize yönelik sorular bulunmaktadır. Lütfen, her soru grubundan önce verilen yönergeleri çok dikkatli okuyunuz ve bu yönergeler temelinde değerlendirmelerinizi yapınız. Her bir soru grubunun başındaki yönerge diğerlerinden farklıdır. Sizin görüş ve değerlendirmeleriniz bu araştırma için çok büyük değer ve önem taşımaktadır. Bu nedenle lütfen değerlendirmelerinizi sizi yansıtacak şekilde yapınız. Vereceğiniz cevaplar yalnızca araştırma amacına yönelik olarak kullanılacak ve kesinlikle gizli tutulacaktır. Soru paketinin herhangi bir yerine isminizi yazmayınız. Katıldığınız için teşekkür ederiz.

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Tarih:

Çocuğun,

Adı-Soyadı : Cinsiyeti : Doğum Tarihi :

Onkolojik tanısı ve tanı zamanı

Aktif tedavi alıyor mu? EVET HAYIR Tedavinin kaçınıcı ayı?

Remisyonunda mı? EVET HAYIR Remisyon süresi?

ANNE HAKKINDA ÖZ ÜVEY Yaşı

Eğitimi : Yok Okur-yazar İlkokul Ortaokul Lise Üniversite

Meslek : Ev Hanımı İşçi Memur Emekli Serbest Meslek

Sağlık : Sağlıklı

Bedensel hastalık a. Onkolojik b. Diğer (belirtiniz)

Ruhsal hastalık a. Var b. Yok

(Ruhsal hastalık varsa belirtiniz / Ne kadar zamandır tedavi görüyorsunuz

BABA HAKKINDA

ÖZ ÜVEY

11. Son 6 ay içerisinde aile ve yakın çevrenizde ölüm, boşanma, hastalık, kaza, yangın gibi aile düzenini etkileyecek herhangi bir sorun oldu mu?

Evet Hayır

(Varsa Belirtiniz)

ÇOCUĞUN OKUL DURUMU

Sınıfı :

Okul başarısı : Kötü Orta İyi Zaman zaman iyi

Okul sorunu : Yok Arkadaş ilişkileri Öğretmen ilişkileri Ders

başarısı (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz.)

Son zamanlarda akademik başarısında değişim oldu mu?

Evet oldu (Olumlu yönde) Evet oldu (Olumsuz yönde) Hayır olmadı

Çocukta eşlik eden ruhsal hastalık Var Yok (Varsa belirtiniz)

Psikiyatrik yardım: Var a. Anne-baba rehberliği Yok

b. Bireysel terapi
c. Grup terapisi
d. Psikiyatrik yardım süresi
e. İlaç kullanımı
f. Kullandığı ilaç
g. İlaç kullanım süresi

Yaşı :

Eğitimi : Yok Okur-yazar İlkokul Ortaokul Lise Üniversite

Meslek : İşsiz İşçi Memur Emekli Serbest Meslek Diğer

Sağlık : Sağlıklı

Bedensel hastalık a. Onkolojik b. Diğer (belirtiniz)

Ruhsal hastalık a. Var b. Yok

(Ruhsal hastalık varsa belirtiniz / Ne kadar zamandır tedavi görüyorsunuz

AİLE ÖZELLİKLERİ

1. Anne-baba arasında akrabalık Var Yok (Varsa belirtiniz)

2. Ailede ruhsal hastalık Var Yok (Varsa belirtiniz)

3. Ailede ~~ruhsal~~ hastalık Var Yok (Varsa belirtiniz)

4. Aile tipi Çekirdek Geniş Parçalanmış

5. Ailenin gelir durumu Asgari ücret altı

Asgari ücret -2000 tl

2.000 tl ve üzeri

6. Toplam çocuk sayısı :

7. Çocuklarınızın yaşları :

8. Çocuklarınızın eğitim durumu :

9. Kaçınıcı çocuk :

10. Çocuğunuzla sizden başka ilgilenen var mı? Var Yok (Varsa belirtiniz)

EK-3. Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ)

	Hiçbir zaman	Çok Nadir	Bazen	Çoğu Zaman	Her Zaman
19. Çocuğumun bakımına yönelik olarak birçok kayda değer başarı elde ettim.	0	1	2	3	4
20. Yolum sonuna geldiğimi hissediyorum	0	1	2	3	4
21. Çocuğumla ilgili duygusal sorunlara serinkanlılıkla yaklaşıyorum.	0	1	2	3	4
22. Çocuğumun, kendisinin bazı problemlerini sanki ben yaşamışım gibi davrandığını hissediyorum.	0	1	2	3	4

MBI-Ç
Bu araştırmada, annelerin yaşamlarındaki sıkıntılar, stresler ve yorgunluklar incelenmektedir. Bu amaçla hazırlanan elinizdeki ankette, bu konuları yanstan ifadeler yer almaktadır. Sizden istenen, her bir ifadenin örnektediği durumu ne kadar sıklıkla yaşadığınızı uygun yanıt aralığına çarpı (X) işareti koyarak belirtmenizdir.

	Hiçbir zaman	Çok Nadir	Bazen	Çoğu Zaman	Her Zaman
1. Çocuğumdan sağduygumu hissediyorum.	0	1	2	3	4
2. Gün sonunda kendimi rüken tüketmiş hissediyorum.	0	1	2	3	4
3. Sabah kalktığımda bir gün daha bu işi kaldırmayacağımı hissediyorum.	0	1	2	3	4
4. Çocuğumun ne hissettiğini hemen anlıyorum.	0	1	2	3	4
5. Çocuğuma sanki insan değilimiş gibi davrandığımı fark ediyorum.	0	1	2	3	4
6. Bütün gün çocuğumla uğraşmak benim için gerçekten çok yıpratıcı.	0	1	2	3	4
7. Çocuğumun sorunlarına en uygun çözüm yollarını bulurum.	0	1	2	3	4
8. Çocuğumun bakımına yönelik olarak yaptığım işlerden tükendiğimi hissediyorum.	0	1	2	3	4
9. Yaptığım şeylerle çocuğumun yaşamına katkıda bulunduğuma inanıyorum.	0	1	2	3	4
10. Çocuğumla birlikte olmaya başladığımdan beri insanlara karşı sekteşim.	0	1	2	3	4
11. Çocuğumun/çocuklarımanın bakımının benini giderek katlaştırmasından korkuyorum.	0	1	2	3	4
12. Çok şeyler yapabileceğim güteşim.	0	1	2	3	4
13. Çocuğumun beni kısıtladığını hissediyorum.	0	1	2	3	4
14. Çocuğumun bakımı konusunda çok fazla çalıştığımı hissediyorum.	0	1	2	3	4
15. Çocuğuma ne olduğun umurunda değil.	0	1	2	3	4
16. Doğrudan doğruya çocuğumla ilgilenmek bende çok fazla stres yaratıyor.	0	1	2	3	4
17. Çocuğumla aramda rahat bir hava yaratıyorum.	0	1	2	3	4
18. Çocuğumla birlikte olduğuktan sonra kendimi canlanmış hissedirim.	0	1	2	3	4

EK-4. Sosyal Destek Ölçeği (SDÖ)

	Hiç kullanmıyorum	Kullanmıyorum	Kullanılırlık	Kullanıyorum
17. En azından bir kişiyle güçlü duygusal bir bağın olduğunu hissediyorum.	1	2	3	4
18. Gerçekten ihtiyacım olduğunda yardım için güvenebileceğim hiç kimse yok.	1	2	3	4
19. Sorunlar hakkında rahat konuşabildiğim hiç kimse yok.	1	2	3	4
20. Benim yetenek ve becerilerime hayranlık duyan insanlar var.	1	2	3	4
21. Başka bir insanla yakın bir ilişkimin olmamasının eksikliğini hissediyorum.	1	2	3	4
22. Benim yaptığım şeyleri yapmaktan hoşlanan kimse yok.	1	2	3	4
23. Acil bir durumda güvenebileceğim insanlar var.	1	2	3	4
24. Artık kimsenin bana ihtiyacı yok.	1	2	3	4

SDÖ
Aşağıda, kişilerin diğer insanlarla ilişkilerine yönelik bir takım olumlu ve olumsuz cümleler verilmiştir. Lütfen bu cümleleri dikkatlice okuyunuz. Daha sonra her cümlemin size ne kadar uygun olduğunu aşağıdaki ölçekte yaratılarak cümlelerin yanındaki uygun sayısı çarpı (X) işaretli koyarak belirleyiniz.

	Hiç kullanmıyorum	Kullanmıyorum	Kullanılırlık	Kullanıyorum
1. Gerçekten ihtiyacım olduğunda bana yardım edecek insanlar var.	1	2	3	4
2. Diğer insanlarla yakın ilişkilerim yokmuş gibi hissediyorum.	1	2	3	4
3. Stresli zamanlarda yol göstermesi için başvurabileceğim kimse yok.	1	2	3	4
4. Yardım için bana ihtiyaç duyan insanlar var.	1	2	3	4
5. Benimle aynı sosyal etkinliklerden hoşlanan insanlar var.	1	2	3	4
6. Başkaları beni yeterli biri olarak görmüyorlar.	1	2	3	4
7. Başka bir insanın iyiliği için kendimi sorumlu tutuyorum.	1	2	3	4
8. Kendimi, aynı tutum ve inançları paylaşan bir grubun parçası olarak hissediyorum.	1	2	3	4
9. Başka insanların benim yetenek ve becerilerime saygı duyduğunu düşünmüyorum.	1	2	3	4
10. Bir şeyler ters giderse kimse yardımına gelmez.	1	2	3	4
11. Kendimi duygusal açıdan güvenli ve iyi hissedemem sağlayacak yakın ilişkilerim var.	1	2	3	4
12. Yaşamımdaki önemli kararlar hakkında konuşabileceğim biri var.	1	2	3	4
13. Benim yetenek ve becerilerimin dikkate alındığı ilişkilerim var.	1	2	3	4
14. İlgili ve meraklarımı paylaşacak hiç kimse yok.	1	2	3	4
15. Kendi iyiliği için bana ihtiyaç duyan kimse yok.	1	2	3	4
16. Sorunlarım olduğunda danışabileceğim güvenilir bir insan var.	1	2	3	4



GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK PSİKİYATRİ A.D.
PROBLEM ÇÖZME ENVANTERİ (PÇE) 1



GAZİ HASTANESİ

Bu envanterin amacı, günlük yaşamınızda karşılaştığınız problemlerinizi (sorunlarınızı) genel olarak nasıl tepki gösterdiğinizizi belirlemeye çalışmaktır. Sözü ettiğimiz bu problemler, matematik yada fen derslerindeki alışmış olduğunuz problemlerden farklıdır. Bunlar, kendinizi karamsar hissetme, arkadaşlarla geçinememe, bir mesleğe yönelme konusunda yaşanan belirsizlikler yada boşanma gibi karar verilmesi zor konularda ve hepinizin başına gelebilecek türden sorunlardır. Lütfen aşağıdaki maddeleri elinizden geldiğince samimiyetle ve bu tür sorunlara karşılaştığınızda tipik olarak nasıl davrandığınızı göz önünde bulundurarak cevaplandırın. Cevaplarınızı, bu tür problemlerin nasıl çözülmesi gerektiğini düşünerek değil, böyle sorunlarla karşılaştığınızda gerçekten ne yaptığınızı düşünerek vermeniz gerekmektedir. Bunu yapabilmek için kolay bir yol olarak her soru için kendinize şu soruyu sorun : "Burada sözü edilen davranışı ben ne sıklıkla yaparım?"

Yanıtlarınızı aşağıdaki biçimce göre değerlendirin :

1. Her zaman böyle davranırım.
2. Çoğunlukla böyle davranırım.
3. Sık sık böyle davranırım.
4. Arada sırada böyle davranırım.
5. Ender olarak böyle davranırım.
6. Hiçbir zaman böyle davranmam.

Ne kadar sıklıkla böyle davranırsınız?

	1	2	3	4	5	6
1. Bir sorunu çözme için kullandığım çözüm yolları başarısız ise bunların neden başarısız olduğunu araştırmam.	1	2	3	4	5	6
2. Zor bir soruna karşılaştığımda ne olduğuna tam olarak belirleyebilmek için nasıl bilgi toplayacağımı uzun boylu düşünmem.	1	2	3	4	5	6
3. Bir sorunu çözme için gösterdiğim ilk çabalar başarısız olursa o sorun ile başa çıkabileceğimden şüpheye düşerim.	1	2	3	4	5	6
4. Bir sorunu çözme için gösterdiğim ilk çabalar başarısız olursa o sorun neyin yaradığını ayrıntılı olarak düşünmem.	1	2	3	4	5	6
5. Sorunlarımı çözme konusunda genellikle yaratıcı ve etkili çözümler üretebilirim.	1	2	3	4	5	6
6. Bir sorunu çözme için belli bir yolu denedikten sonra durur ve ortaya çıkan sonuç ile olması gerektiğini düşündüğüm sonucu karşılaştırım.	1	2	3	4	5	6
7. Bir sorunu çözme için başa çıkabileceğim yolların hepsini düşünmeye çalışırım.	1	2	3	4	5	6
8. Bir soruna karşılaştığımda neler hissettiğimi anlamak için duygularımı incelerim.	1	2	3	4	5	6
9. Bir sorun kafamı karıştırdığında duygu ve düşüncelerimi somut ve açık seçik terimlerle ifade etmeye uğraşmam.	1	2	3	4	5	6
10. Başlangıçta çözümünü fark etmesem de sorunlarımı çözme yeteneğim vardır.	1	2	3	4	5	6
11. Karşılaştığım sorunların çoğu, çözebileceğimden daha zor ve karmaşıktır.	1	2	3	4	5	6
12. Genellikle kendimle ilgili kararlarımı verebilirim ve bu kararlardan hoşnut olurum.	1	2	3	4	5	6
13. Bir soruna karşılaştığımda onu çözme için genellikle aklıma gelen ilk yolu izlerim.	1	2	3	4	5	6

EK-5. Problem Çözme Envanteri (PÇE)

14. Bazen durup sorunların üzerinde düşünmek yerine gelişigüzel sürüklenip giderim.	1	2	3	4	5	6
15. Bir soruna ilgili olası bir çözüm yolu üzerinde karar vermeye çalışırken seçeneklerimin başarı olasılığını tek tek değerlendirmem.	1	2	3	4	5	6
16. Bir soruna karşılaştığımda başka konuya geçmeden önce durur ve o sorun üzerinde düşünürüm.	1	2	3	4	5	6
17. Genellikle aklıma gelen ilk fikir doğrultusunda hareket ederim.	1	2	3	4	5	6
18. Bir karar vermeye çalışırken her seçeneğin sonuçlarını ölçer, tartar.	1	2	3	4	5	6
19. Bir sorunu çözme için önce plan yaparken o planı yürütebileceğime güvenirim.	1	2	3	4	5	6
20. Belli bir çözüm planını uygulamaya koymadan önce, nasıl bir sonuç vereceğimi tahmin etmeye çalışırım.	1	2	3	4	5	6
21. Bir soruna yönelik olası çözüm yollarını düşünürken çok fazla seçenek üretmem.	1	2	3	4	5	6
22. Bir sorunu çözme için sık sık kullandığım bir yöntem; daha önce başıma gelmiş benzer sorunları düşünmektir.	1	2	3	4	5	6
23. Yeterince zamanım ve çaba gösterilse karşılaştığım sorunların çoğunu çözebileceğime inanıyorum.	1	2	3	4	5	6
24. Yeni bir durumda karşılaştığımda ortaya çıkabilecek sorunları çözebileceğime inanmam vardır.	1	2	3	4	5	6
25. Bazen bir sorunu çözme için çabaladığım halde, bir türlü esas konuya giremediğim ve gereksiz ayrıntılara uğraştığım duygusunu yaşıyorum.	1	2	3	4	5	6
26. Anı kararlar verir ve sonra pişmanlık duyarım.	1	2	3	4	5	6
27. Yeni ve zor sorunları çözebilme yeteneğime güvenirim.	1	2	3	4	5	6
28. Elimdeki seçenekleri karşılaştırken ve karar verirken kullandığım sistematik bir yöntem vardır.	1	2	3	4	5	6
29. Bir soruna başa çıkma yollarını düşünürken çeşitli fikirleri birleştirmeye çalışmam.	1	2	3	4	5	6
30. Bir soruna karşılaştığımda bu sorunun çıkmasında katkısı olabilecek benim düşündüğüm etmenleri genellikle dikkate almam.	1	2	3	4	5	6
31. Bir konuyla karşılaştığımda ilk yaptığım şeylerden biri, durumu gözden geçirmek ve konuyla ilgili olabilecek her türlü bilgiyi dikkate almaktır.	1	2	3	4	5	6
32. Bazen duygusal olarak öylesine etkilenirim ki, sorunuma başa çıkma yollarından pek çoğunu dikkate bile almam.	1	2	3	4	5	6
33. Bir karar verdikten sonra, ortaya çıkan sonuç genellikle benim beklemediğim sonuca uyar.	1	2	3	4	5	6
34. Bir soruna karşılaştığımda, o duruma başa çıkabileceğimden genellikle pek emin değilimdir.	1	2	3	4	5	6
35. Bir sorunu farkna vardığımda, ilk yaptığım şeylerden biri, sorunun tam olarak ne olduğunu anlamaya çalışmaktır.	1	2	3	4	5	6

EK-6. Durumluluk (STAI-1)-Sürekli Anksiyete (STAI-2) Ölçeği

 GAZİ HASTANESİ	ÇOCUK RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI A.D. KENDİNİ DEĞERLENDİRME ANKETİ		DOKÜMAN KODU	POL.FR.052
	STAI FORMU TX-2		YAYIN TARİHİ	11.11.2013
			REVİZYON NO	0
			REVİZYON TARİHİ	-
			SAYFA SAYISI	1/1

İsim : _____ Cinsiyeti : _____ Tarih : _____
 Sınıf : _____ Okul : _____ Yaş : _____

YÖNERGE : Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyan, sonrada genel olarak nasıl hissettiğini, ifadelerin sağ tarafındaki alternatiflerden en uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtir. Doğru yada yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarf etmesizin genel olarak nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

	Nadiren	Bazen	Çoğu Zaman	Hemen Her Zaman
1. Keyfim yerindedir	(1)	(2)	(3)	(4)
2. Çabuk yorulurum	(1)	(2)	(3)	(4)
3. Olur olmaz hallerde ağlayacak gibi olurum	(1)	(2)	(3)	(4)
4. Diğerleri kadar mutlu olmayı isterdim	(1)	(2)	(3)	(4)
5. Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçırm	(1)	(2)	(3)	(4)
6. Kendimi zinde hissederim	(1)	(2)	(3)	(4)
7. Sakin, kendime hakim ve soğukkanlıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
8. Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktigini hissederim	(1)	(2)	(3)	(4)
9. Gerçekte çok önemli olmayan şeyler için endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
10. Mutluyum	(1)	(2)	(3)	(4)
11. Herşeyi kötü taraftan alırım	(1)	(2)	(3)	(4)
12. Kendime güvenim yok	(1)	(2)	(3)	(4)
13. Kendimi emniyette hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
14. Sıkıntı ve güçlük veren durumlardan kaçınırm	(1)	(2)	(3)	(4)
15. Kendimi hüzünlü (kederli) hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
16. Hayatımdan memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
17. Akıldan bazen önemsiz düşünceler geçer ve beni rahatsız eder	(1)	(2)	(3)	(4)
18. Haval kırıklığı öylesine ciddiye alırım ki unutamam	(1)	(2)	(3)	(4)
19. Tutarlı bir insanım	(1)	(2)	(3)	(4)
20. Son zamanlarda beni düşündüren konular yüzünden gerginlik ve huzursuzluk içindeyim ...	(1)	(2)	(3)	(4)



GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
 ÇOCUK PSKIYATRİ A.D.
 KENDİNİ DEĞERLENDİRME ANKETİ
 STAI FORMU TX-1



GAZİ HASTANESİ

İsim : _____ Cinsiyeti : _____ Tarih : _____
 Yaş : _____

YÖNERGE : Aşağıdaki kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyan, sonra da o anda nasıl hissettiğini, ifadelerin sağ tarafındaki alternatiflerden en uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtir. Doğru yada yanlış cevap yoktur, herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarf etmesizin şu anda nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

	Havır	Biraz	Oldukça	Çok fazla
1. Kendimi sakın hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
2. Kendimi emniyette hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
3. Huzursuzum	(1)	(2)	(3)	(4)
4. Pişmanlık duygusu içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
5. Kendimi rahat hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
6. İçimde bir sıkıntı hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
7. İlerde olabilecek kötü olayları düşünerek üzülüyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
8. Kendimi kaygılı hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
9. Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
10. Kendimi rahatlık içinde hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
11. Kendime güvenim olduğumu hissediyorum ...	(1)	(2)	(3)	(4)
12. Kendimi sinirli hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
13. Çok gergin olduğumu hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
14. İçimde bir huzursuzluk var	(1)	(2)	(3)	(4)
15. Sükunet içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
16. Halimden memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
17. Endişe içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
18. Kendimi fazlasıyla heyecanlı ve şaşkın hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
19. Kendimi neşeli hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
20. Keyfim yerinde	(1)	(2)	(3)	(4)

EK-7.Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)



GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI A.D.
BECK DEPRESYON ENVANTERİ



GAZİ HASTANESİ

İsim :

Cinsiyet :

Doğum tarihi:

Eğitim durumu :

Aşağıda kişilerin ruh durumlarını ifade ederken kullandıkları bazı cümleler verilmiştir. Her madde bir çeşit ruh durumunu anlatmaktadır. Her maddede o ruh durumunun derecesini belirleyen 4 seçenek vardır. Lütfen bu seçenekleri dikkatle okuyunuz. Son bir hafta içindeki (şu an dahil) kendi ruh durumunuzu göz önünde bulundurarak size en uygun olan ifadeyi bulunuz. Daha sonra o maddenin yanındaki harfi yuvarlak içine alınız.

1. (a) Kendimi üzgün hissetmiyorum.
(b) Kendimi üzgün hissediyorum.
(c) Her zaman için üzgünüm ve kendimi bu duygudan kurtaramıyorum.
(d) Öylesine üzgün ve mutsuzum ki dayanamıyorum.
2. (a) Gelecekte umutsuz değilim.
(b) Geleceğe biraz umutsuz bakıyorum.
(c) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
(d) Benim için bir gelecek yok ve bu durum düzelmeyecek.
3. (a) Kendimi başarısız görmüyorum.
(b) Çevremdeki birçok kişiden daha fazla başarısızlığımı oldu sayılır.
(c) Geriye dönüp baktığımda, çok fazla başarısızlığım olduğunu görüyorum.
(d) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.
4. (a) Her şeyden eskisi kadar zevk alabiliyorum.
(b) Her şeyden eskisi kadar zevk alamıyorum.
(c) Artık hiçbir şeyden gerçek bir zevk alamıyorum.
(d) Bana zevk veren hiçbir şey yok. Herşey çok sıkıcı.
5. (a) Kendimi suçlu hissetmiyorum.
(b) Arada bir kendimi suçlu hissettiğim oluyor.
(c) Kendimi çoğunlukla suçlu hissediyorum.
(d) Kendimi her an için suçlu hissediyorum.
15. (a) Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
(b) Bir işe başlayabilmek için eskisine göre kendimi daha fazla zorlamam gerekiyor.
(c) Hangi iş olursa olsun, yapabilmek için kendimi çok zorluyorum.
(d) Hiçbir iş yapamıyorum.
16. (a) Eskisi kadar rahat uyuyabiliyorum.
(b) Şu sıralarda eskisi kadar rahat uyuyamıyorum.
(c) Eskisine göre 1 veya 2 saat erken uyanıyor ve tekrar uyumakta zorluk çekiyorum.
(d) Eskisine göre çok erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.
17. (a) Eskisine kıyasla daha çabuk yorulduğumu sanıyorum.
(b) Eskisinden daha çabuk yoruluyorum.
(c) Şu sıralarda neredeyse herşey beni yoruyor.
(d) Öyle yorgunum ki hiç birşey yapamıyorum.
18. (a) İştahım eskisinden pek farklı değil.
(b) İştahım eskisi kadar iyi değil.
(c) Şu sıralarda iştahım epey kötü.
(d) Artık hiç iştahım yok.
19. (a) Son zamanlarda pek fazla kilo kaybettiğimi sanmıyorum.
(b) Son zamanlarda istemediğim halde üç kilodan fazla kaybettim.
(c) Son zamanlarda istemediğim halde beş kilodan fazla kaybettim.
(d) Son zamanlarda istemediğim halde yedi kilodan fazla kaybettim.
Daha az yemeye çalışarak kilo kaybetmeye çalışıyorum. Evet () Hayır ()
20. (a) Sağlığım beni pek endişelendirmiyor.
(b) Son zamanlarda ağrı, sızi, mide bozukluğu, kabızlık gibi sorunlarım var.
(c) Ağrı, sızi gibi bu sıkıntılarım beni epey endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zor geliyor.
(d) Bu tür sıkıntılar beni öylesine endişelendiriyor ki, artık başka hiç birşey düşünmüyorum.
21. (a) Son zamanlarda cinsel yaşamımda dikkatimi çeken birşey yok.
(b) Eskisine oranla cinsel konularda daha az ilgilieniyorum.
(c) Şu sıralarda cinsellikle pek ilgili değilim.
(d) Artık, cinsellikle hiçbir ilgim kalmadı.
6. (a) Cezalandırıldığımı düşünmüyorum.
(b) Bazı şeyler için cezalandırılabilirim hissediyorum.
(c) Cezalandırılmayı bekliyorum.
(d) Cezalandırıldığımı hissediyorum.
7. (a) Kendimden hoşnudum.
(b) Kendimden pek hoşnut değilim.
(c) Kendimden hiç hoşlanmıyorum.
(d) Kendimden nefret ediyorum.
8. (a) Kendimi diğer insanlardan daha kötü görmüyorum.
(b) Kendimi zayıflıklarım ve hatalarım için eleştiriyorum.
(c) Kendimi hatalarım için çoğu zaman suçluyorum.
(d) Her kötü olayda kendimi suçluyorum.
9. (a) Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
(b) Bazen kendimi öldürmeyi düşünüyorum, fakat bunu yapmam.
(c) Kendimi öldürebilmeyi isterdim.
(d) Bir fırsatı bulsam kendimi öldürürdüm.
10. (a) Her zamankinden daha fazla ağladığımı sanmıyorum.
(b) Eskisine göre şu sıralarda daha fazla ağlıyorum.
(c) Şu sıralarda her an ağlıyorum.
(d) Eskiden ağlayabilirdim, ama şu sıralarda istesem de ağlayamıyorum.
11. (a) Her zamankinden daha sinirli değilim.
(b) Her zamankinden daha kolayca sinirleniyor ve kızıyorum.
(c) Çoğu zaman sinirliyim.
(d) Eskiden sinirlendiğim şeylere bile artık sinirlenemiyorum.
12. (a) Diğer insanlara karşı ilgimi kaybetmedim.
(b) Eskisine göre insanlara daha az ilgiliiyim.
(c) Diğer insanlara karşı ilgimin çoğunu kaybettim.
(d) Diğer insanlara karşı hiç ilgim kalmadı.
13. (a) Kararlarımı eskisi kadar kolay ve rahat verebiliyorum.
(b) Şu sıralarda kararlarımı vermeyi erteliyorum.
(c) Kararlarımı vermekte oldukça güçlük çekiyorum.
(d) Artık hiç karar veremiyorum.
14. (a) Dış görüntümün eskisinden daha kötü olduğunu sanmıyorum.
(b) Yaşlandığımı ve çekiçliliğimi kaybettiğimi düşünüyorum ve üzülüyorum.
(c) Dış görüntümden artık değiştirilmesi mümkün olmayan olumsuz değişiklikler olduğunu hissediyorum.
(d) Çok çirkin olduğumu düşünüyorum.

EK-8. Çocuk Depresyon Ölçeği (ÇDÖ)



GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI A.D.
ÇOCUKLARDA DEPRESYON FORMU



GAZİ HASTANESİ

EK:II

Adı Soyadı : Tarih : .../.../200...
Cinsiyeti : Okul :
Doğum Tarihi : Sınıf :

Sevgili Öğrenciler ;

Aşağıda gruplar halinde bazı cümleler yazılmıştır. Her gruptaki cümleleri dikkatlice okuyunuz. Her grup için, bugün dahil son iki hafta içinde size en uygun olan cümlelerin yanındaki numarayı daire içine alınız.

Teşekkürler

- A) 1-Kendimi arada sırada üzgün hissederim.
2-Kendimi sık sık üzgün hissederim.
3-Kendimi her zaman üzgün hissederim.

- B) 1-İşlerimin hiçbir zaman yolunda gitmeyecek.
2-İşlerimin yolunda gidip gitmeyeceğinden emin değilim.
3-İşlerimin yolunda gidecek.

- C) 1-İşlerimin çoğunu doğru yaparım.
2-İşlerimin çoğunu yanlış yaparım.
3-Herşeyi yanlış yaparım.

- D) 1-Birçok şeyden hoşlanırım.
2-Bazı şeylerden hoşlanırım.
3-Hiçbir şeyden hoşlanmam.

- E) 1-Her zaman kötü bir çocuğum.
2-Çoğu zaman kötü bir çocuğum.
3-Arada sırada kötü bir çocuğum.

- F) 1-Arada sırada başıma kötü birşeylerin geleceğini düşünürüm.
2-Sık sık başıma kötü birşeylerin geleceğinden endişelenirim.
3-Basıma çok kötü şeyler geleceğinden eminim.

- G) 1-Kendimden nefret ederim.
2-Kendimi beğenmem.
3-Kendimi beğenirim.

- R) 1-Ağrı ve sızılardan endişe etmem.
2-Çoğu zaman Ağrı ve sızılardan endişe etmem.
3-Herzaman ağrı ve sızılardan endişe ederim.

- S) 1-Kendimi yalnız hissetmem.
2-Çoğu zaman kendimi yalnız hissederim.
3-Herzaman kendimi yalnız hissederim.

- Ş) 1-Okuldan hiç hoşlanmam.
2-Arada sırada okuldan hoşlanırım.
3-Çoğu zaman okuldan hoşlanırım.

- T) 1-Birçok arkadaşım var.
2-Birçok arkadaşım var ama daha fazla olmasını isterdim.
3-Hiç arkadaşım yok.

- U) 1-Okul başarımlı iyi.
2-Okul başarımlı eskisi kadar iyi değil.
3-Eskiden iyi olduğum derslerde çok başarısızım.

- Ü) 1-Hiçbir zaman diğer çocuklar kadar iyi olamıyorum.
2-Eğer istersem diğer çocuklar kadar iyi olurum.
3-Diğer çocuklar kadar iyiyim.

- V) 1-Kimse beni sevmez.
2-Beni seven insanların olup olmadığından emin değilim.
3-Beni seven insanların olduğundan eminim.

- Y) 1-Bana söyleneni genellikle yaparım.
2-Bana söyleneni çoğu zaman yaparım.
3-Bana söyleneni hiçbir zaman yapmam.

- Z) 1-İnsanlarla iyi geçinirim.
2-İnsanlarla sık sık kavga ederim.
3-İnsanlarla her zaman kavga ederim.

- H) 1-Bütün kötü şeyler benim hatam.
2-Kötü şeylerin bazıları benim hatam.
3-Kötü şeyler genellikle benim hatam değil.

- I) 1-Kendimi öldürmeyi düşünmem.
2-Kendimi öldürmeyi düşünürüm ama yapmam.
3-Kendimi öldürmeyi düşünüyorum.

- J) 1-Hergün içimden ağlamak gelir.
2-Birçok günler içimden ağlamak gelir.
3-Arada sırada içimden ağlamak gelir.

- K) 1-Herşey hergün beni sıkır.
2-Herşey sık sık beni sıkır.
3-Herşey arada sırada beni sıkır.

- L) 1-İnsanlarla beraber olmaktan hoşlanırım.
2-Çoğu zaman insanlarla birlikte olmaktan hoşlanmam.
3-Hiçbir zaman insanlarla birlikte olmaktan hoşlanmam.

- M) 1-Herhangi birşey hakkında karar veremem.
2-Herhangi birşey hakkında karar vermek zor gelir.
3-Herhangi birşey hakkında kolayca karar veririm.

- N) 1-Güzel/Yakışıklı sayılırım.
2-Güzel/Yakışıklı olmayan yanlarım var.
3-Çirkinim.

- O) 1-Okul ödevlerimi yapmak için her zaman kendimi zorlarım.
2-Okul ödevlerimi yapmak için çoğu zaman kendimi zorlarım.
3-Okul ödevlerimi yapmak sorun değil.

- P) 1-Her gece uyumakta zorluk çekerim.
2-Birçok gece uyumakta zorluk çekerim.
3-Oldukça iyi uyurum.

- Q) 1-Arada sırada kendimi yorgun hissederim.
2-Birçok gün kendimi yorgun hissederim.
3-Herzaman kendimi yorgun hissederim.

- R) 1-Hemen hergün canım yemek yemek istemez.
2-Çoğu gün canım yemek yemek istemez.
3-Oldukça iyi yemek isterim.

11. ÖZGEÇMİŞ

Adı : Ezgi Özlem

Soyadı : ÖZMEN

Doğum Yeri ve Tarihi : ANKARA, 1987

Telefon : 0538 880 51 14

E-posta : ezgiozlem@gmail.com

Eğitimi :

2013-2017 Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları

2011-2012 İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi (Farabi Değişim Programı)

2006-2011 Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi

2002-2006 Ankara Ayrancı Süper Lisesi

1994-2002 Türk-İş Blokları İlköğretim Okulu

Yabancı Dili : İngilizce

Bilimsel Etkinlikler :

Ünlüsoy A., Özmen E.Ö., Demir Ş., Sarı S., Dalgıç B. Çocukluk çağında tanı alan H tipi trakeoözefagial fistül. 4. PUADER Kongresi, 29 Nisan – 3 Mayıs 2015, Antalya.

Ünlüsoy A., Demir Ş., Özmen E.Ö., Biral B., Sarı S., Dalgıç B. Sindirim yolunda radyoopak madde. 4. PUADER Kongresi, 29 Nisan – 3 Mayıs 2015, Antalya.

Özmen E.Ö., Orgun L.T., Öztürk Z., Arhan E., Aydın K. Febril nöbet ile başvuran glutarik asidüri tip 1 olgusu. 18. Ulusal Çocuk Noroloji Kongresi, 20-24 Nisan 2016, Belek, Antalya.

Kaya Z., Alıcı N., Özmen Ö.E., Akgül M., Topuz B., & Akkuzu E. (2017). Identification of renal infiltration based on urinary findings in a child with Burkitt leukemia/lymphoma. *American Journal of Hematology*.