

**T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**KANSER TANISI ALAN ÇOCUKLARIN SAĞLIKLI
KARDEŞLERİNİN YAŞADIĞI UYUM GÜÇLÜĞÜ VE
TRAVMATİK ETKİLENME DÜZEYLERİ**

AYŞEGÜL DEŞAT

**DANIŞMAN
PROF. DR. BEHİYE ALYANAK**

**PREVANTİF ONKOLOJİ ANA BİLİM DALI
PSİKO-SOSYAL ONKOLOJİ VE EĞİTİM PROGRAMI**

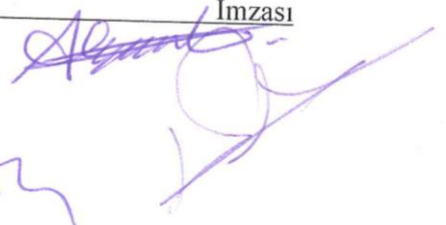
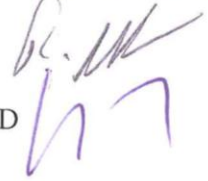
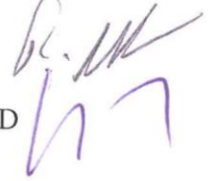
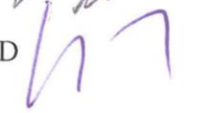
İSTANBUL-2014

TEZ ONAYI

İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Prevanatif Onkoloji Anabilim Dalı Psikososyal Onkoloji ve Eğitim Programında Ayşegül DEŞAT tarafından hazırlanan KANSER TANISI ALAN ÇOCUKLARIN SAĞLIKLI KARDEŞLERİNİN YAŞADIĞI UYUM GÜÇLÜĞÜ VE TRAVMATİK ETKİLENME DÜZEYLERİ başlıklı Yülsek Lisans tezi, yapılan tez sınavında Jürimiz tarafından başarılı bulunarak kabul edilmiştir.

02 / 05 / 2014

Tez Sınav Jürisi

<u>Ünvanı Adı Soyadı (Üniversitesi, Fakültesi, Anabilim Dalı)</u>	<u>İmzası</u>
1.Prof.Dr. Behiye ALYANAK/Çocuk Psikiyatri ABD	
2.Prof.Dr. Esra KAYTAN SAĞLAM/Radyasyon Onkoloji ABD	
3.Prof.Dr. Canan ALATLI/ Klinik Onkoloji ABD	
4.Prof.Dr. Rasim MERAL/Klinik Onkoloji ABD	
5.Prof.Dr. Sıdıka KURUL/ Prevanatif Onkoloji ABD	

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmayla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

Ayşegül Deşat

TEŞEKKÜR

Tezimi hazırlarken motivasyon ve katkılarından, deneyimlerinden faydalandığım tez Danışmanım, sevgili hocam Sayın Doç. Dr. Behiye Alyanak’a;

Tezimde yardımcı olan başta Prof. Dr. Rejin Kebudi ve Prof. Dr. Bülent Zülfikar olmak üzere İstanbul Tıp Fakültesi Onkoloji Enstitüsü Pediatrik Hematoloji Onkoloji Bilim Dalı öğretim üyeleri ve çalışanlarına;

Teze başlamam ve bitirmemde yoğun çabası ve emeği olan aileme;

Son olarak da bu tezin ortaya çıkmasını değerli katılımlarıyla mümkün kılan sevgili çocuklara ve saygıdeğer ebeveynlerine sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Ayşegül Deşat

Mart 2014

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI.....	İİ
BEYAN.....	İİİ
TEŞEKKÜR.....	İV
İÇİNDEKİLER.....	V
TABLolar LİSTESİ.....	Vİİ
KISALTMALAR LİSTESİ.....	Vİİİ
ÖZET.....	İX
ABSTRACT.....	X
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	7
2.1. Kanserin Aile Üzerindeki Etkileri.....	7
2.2. Annelerde Travma Sonrası Stres Bozukluğu.....	8
2.3. Kanseri Yaşantısı ve Kardeşler.....	9
2.4. Kardeşlerin Hastalığa Tepkileri.....	10
a. Duygusal Tepkiler.....	10
b. Sosyal Davranışsal Tepkiler.....	12
c. Fiziksel Tepkiler.....	13
d. Olumlu Etkiler.....	14
2.5. Kardeşlerde Öz Kavramı.....	15
2.6. Kardeşlerde Travma Sonrası Stres Bozukluğu.....	17
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	21
3.1. Yöntem.....	21
3.2. Gereçler.....	21
3.2.1. Demografik Bilgi Formu.....	21
3.2.2. Çocuk ve Ergenler için Davranış Değerlendirme Ölçeği.....	21
3.2.3. Aile Değerlendirme Ölçeği.....	22
3.2.4. Piers-Harris Çocuklar için Öz Kavramı Ölçeği.....	24
3.2.5. Çocuklar için Travma Sonrası Stres Tepki Ölçeği.....	25
3.2.6. Kısa Semptom Envanteri.....	26
3.2.7. Gözden Geçirilmiş Olayların Etkisi Ölçeği.....	27
4. BULGULAR.....	28
5. TARTIŞMA.....	48

KAYNAKLAR.....	57
FORMLAR.....	70
ÖZGEÇMİŞ.....	87

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1. Demografik Özellikler.....	29
Tablo 2. Annelerde Kısa Semptom Envanteri'nin gruplara göre dağılımı.....	31
Tablo 3. Annelerde Olayların Etkisi Ölçeği'nin gruplara göre dağılımı.....	32
Tablo 4. Kardeşlerde Piers-Harris Öz Kavram Ölçeği'nin gruplara göre dağılımı.....	32
Tablo 5. Kardeşlerde Çocuk ve Ergenler için Davranış Değerlendirme Ölçeği'nin gruplara göre dağılımı.....	33
Tablo 6. Kardeşlerde Çocuklar için Travma Sonrası Stres Tepki Ölçeği'nin gruplara göre dağılımı.....	34
Tablo 7. Hasta grubundaki çocukların travma sonrası stres bozukluğu ölçütünü karşılama durumu.....	34
Tablo 8. Annelerde Kısa Semptom Envanteri ile Olayların Etkisi Ölçeği ilişkisi.....	36
Tablo 9. Aile Değerlendirme Ölçeği ile Olayların Etkisi Ölçeği ilişkisi.....	38
Tablo 10. Aile Değerlendirme Ölçeği ile kardeşlerde Piers-Harris Öz Kavram Ölçeği ilişkisi.....	39
Tablo 11. Aile Değerlendirme Ölçeği ile kardeşlerde Piers-Harris Öz Kavram Ölçeği ilişkisi.....	40
Tablo 12. Annelerde Olayların Etkisi Ölçeği ile kardeşlerde Çocuklar için Travma Sonrası Stres Tepki Ölçeği ilişkisi.....	41
Tablo 13. Kardeşlerde Piers-Harris Öz Kavram Ölçeği ile Çocuk ve Ergenler için Davranış Değerlendirme Ölçeği ilişkisi.....	42
Tablo 14. Kardeşlerde Piers-Harris Öz Kavram Ölçeği ile Çocuklar için Travma Sonrası Stres Tepki Ölçeği ilişkisi.....	43
Tablo 15. Kardeşlerde Çocuk ve Ergenler için Davranış Değerlendirme Ölçeği ile Çocuklar için Travma Sonrası Stres Tepki Ölçeği ilişkisi.....	44

KISALTMALAR LİSTESİ

ADÖ: Aile Değerlendirme Ölçeği

APA: American Psychological Assosiation

CBCL: Çocuk ve Gençler için Davranış Değerlendirme Ölçeği

ÇTSS-TÖ: Çocuklar için Travma Sonrası Stres Tepki Ölçeği

DSM: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

KSE: Kısa Semptom Envanteri

OEÖ: Olayların Etkisi Ölçeği

PHÖKÖ: Piers-Harris Öz Kavram Ölçeği

TSSB: Travma Sonrası Stres Bozukluğu

ÖZET

Deşat, A. (2013). Kanser Tanısı Alan Çocukların Sağlıklı Kardeşlerinin Yaşadığı Uyum Güçlüğü ve Travmatik Etkilenme Düzeyleri. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikososyal Onkoloji ve Eğitim/Prevantif Onkoloji ABD. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

Bu çalışmada kanser olgusunun sağlıklı kardeşler ve anneler üzerinde yarattığı psikolojik etkiler çeşitli açılardan incelenmiştir. Kanserli çocukların kardeşlerinde davranış sorunları, travma sonrası stres tepkileri, öz kavramı araştırılmış, aile işlevsellikleri değerlendirilmiş; ayrıca anneler gösterdikleri psikiyatrik semptomlar açısından incelenmiş ve travma sonrası stres bozukluğu belirtileri araştırılmıştır.

Katılımcılar, kanserli çocuğa sahip olan ve olmayan anneler olmak üzere iki gruba ayrılmıştır. Her iki gruptaki annelerin de sağlıklı en az bir çocuğu daha bulunmaktadır. Araştırma grubunu kanser tanısı almasının üzerinden en az 1 ay geçmiş olan, sağlıklı kardeşi olan çocuk ve ergenlerin anneleri oluşturmaktadır. Kontrol grubunu ise en az iki sağlıklı çocuğu olan anneler oluşturmaktadır. Araştırmaya dahil edilen toplam 80 sağlıklı kardeşin 46'sı kız (%57,5), 34'ü erkektir (%42,5) ve tümü 9-18 yaş aralığındadır.

Veri toplama aracı olarak annelerle görüşmede *Sosyodemografik Veri Formu*, *Kısa Semptom Envanteri*, *Gözden Geçirilmiş Olayların Etkisi Ölçeği*, *Çocukluk Çağı Davranış Değerlendirme Ölçeği*, ve *Aile Değerlendirme Ölçeği* doldurulmuş, onlara sağlıklı kardeşin evde doldurması için *Piers Harris Çocuklar İçin Öz Kavramı Ölçeği* ve *Çocuklar İçin Travma Sonrası Stres Tepki Ölçeği* verilmiş ve bir sonraki görüşmede geri toplanmıştır.

Hasta grubunda kanserli kardeşe sahip sağlıklı çocukların travma sonrası stres tepki toplam puanları kontrol grubundaki kardeşlerin travma sonrası stres tepki toplam puanlarından yüksek bulunmuştur. Olguların 2'si (% 5,3) orta düzeyde, 29'u (% 76,3) ağır düzeyde, 7'si (% 18,4) çok ağır travma sonrası stres bozukluğu tanısı alma ölçütünü karşılamaktadırlar. Sağlıklı kardeşlerin kaygı düzeyleri, sosyal içe çekilme, anksiyete-depresyon, dikkat sorunları ve içe yönelim düzeyleri kontrol grubundaki kardeşlere oranla anlamlı düzeyde yüksektir.

Çalışmaya katılan kanserli çocuk annelerinin depresyon ve anksiyete düzeyleri, travma sonrası stres bozukluğu alt boyutu olan kaçınma düzeyleri kontrol grubundaki annelere göre yüksektir. Annedeki somatizasyon ve depresyon arttıkça ailedeki problem çözme, iletişim ve duygusal tepki verebilme azalmakta, kardeşlerde mutluluk-doyum azalmakta; travma sonrası stres, kaygı, sosyal içe çekilme, içe yönelim artmaktadır.

Anahtar Kelimeler : Kanser, çocuk, kardeş, travma sonrası stres bozukluğu

ABSTRACT

Deşat, A. (2013). Adjustment Difficulties of Healthy Siblings of Children Diagnosed with Cancer and their Traumatic Influence Levels. Istanbul University Health Sciences Institute, Psychosocial Oncology and Educational/Preventative Oncology USA. Master's Thesis. Istanbul.

This study examines the psychological effects of the cancer phenomenon on healthy siblings and mothers in different dimensions. Behavioral problems, post-traumatic stress reactions, self-concept in the siblings of children with cancer was researched, their family functioning was evaluated; in addition, mothers were examined regarding their psychiatric symptoms and signs of post-traumatic stress disorder signs were explored.

Participants were divided into two groups based on mothers having a child with cancer and not having a child with cancer. Mothers in both groups had at least one healthy child. The sample is composed of mothers of children and adolescents having a healthy siblings and who were diagnosed at least 1 month ago. Control group consists of mothers having at least two healthy children. From 80 healthy siblings in the study, 46 of them are female (57,5%), 37 of them are male (42,5%) and all siblings are between the ages of 9-18.

For data collection, *Sociodemographic Data Form*, *Brief Symptom Inventory*, *Revised Incident Effects Scale*, *Childhood Behavior Evaluation Scale* and *Family Assessment Scale* were completed; they were given the *Piers Harris Self Concept Scale for Children* and *Post-Traumatic Stress Reaction Scale for Children* for the healthy sibling to fill at home and were collected at the next meeting.

In the patient group, post-traumatic stress reaction total scores of healthy children who have a sibling with cancer were found to be higher than the post-traumatic stress reaction total scores of siblings in the control group. 2 of the cases (5,3%) meet the diagnosis of post-traumatic stress disorder at a medium level, 29 of the cases (76,3%) at intense level and 7 of the cases (18,4%) at a very intense level. Anxiety level, social withdrawnness, anxiety-depression, inattention and internal orientation of healthy siblings are significantly higher than the siblings in the control group.

Depression and anxiety levels, avoidance levels as the sub-dimension of post-traumatic stress disorder of mothers of children with cancer are higher than the mothers in the control group. As somatization and depression increases in mothers, problem solving, communication, emotional reactivity in the family decreases; siblings happiness-satisfaction decreases; post-traumatic stress, anxiety, social withdrawnness and internal orientation increases.

Keywords: Cancer, child, siblings, posttraumatic stress disorders

1. GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Süreğen hastalık, hastalıkla ilişkili patolojik değişiklikler sonucunda oluşan, normalden sapma veya bozukluk gösteren, kalıcı yetersizlik bırakan, geriye dönüşü olmayan, hastanın rehabilitasyonu için özel eğitim gerektiren, uzun süre boyunca bakım, gözetim ve denetim gerektireceği beklenen durum olarak tanımlanmaktadır (Grant, 1987). Süreğen çocukluk hastalıkları, doğuştan anomaliler, kalp hastalıkları, epilepsi, böbrek yetmezliği, kanserler, hemofili, diyabet, kistik fibrozis, astım gibi çeşitlilik gösterir. Yapılan epidemiyolojik çalışmalar çocukların %5 ile %40'ının kronik bir hastalığı olduğunu, bunların %10'unun ileri engellilik oluşturan derecede olduğunu göstermektedir (Newacheck ve ark., 1998).

Son 30-40 yıl içerisinde, çocukluk çağı kanserleri ölümcül olmaktan çıkıp süreğen hastalıklar haline gelmeye başlamıştır. 0-14 yaş arası çocuklarda, kanser tanısı konduktan sonra beş yıllık yaşam oranı 1960'lı yıllarda %28 iken tedavi yöntemlerindeki gelişmelerle, günümüzde bu oran %75-80'e kadar yükselmiştir (Smith ve ark, 2002). Amerikan Ulusal Kanser Enstitüsü'ne (NCI) göre, çocuklarda en sık görülen kanser tipleri Hodgkin lenfoma (%16.1), germ hücreli tümörler (%15.2), santral sinir sistemi tümörleri (%10.0), non-Hodgkin lenfoma (NHL) (%7.6), tiroid kanseri (%7.2), malign melanoma (%7.0) ve akut lenfoblastik lösemidir (ALL) (%6.4) (8). Türkiye'de çocukluk çağı kanserlerinin dağılımında ise lösemi, lenfoma ve santral sinir sistemi tümörleri ilk üç sırayı almaktadır. Kanser Amerika Birleşik Devletleri'nde 1-14 yaş grubu çocuklarda 2. ölüm nedeni iken Türkiye'de 4. sırada yer almaktadır (Büyükpamukçu, 2007). Bununla birlikte, tedavi başarısının yüksekliği erken ve etkin tedaviyi, en iyi hizmete erişimi, yaşam kalitesini, psikososyal yaklaşımı daha da önemli hale getirmektedir.

Kanser, hastalar için olduğu kadar aileleri için de zorlu bir deneyimdir. Çünkü aile sadece bir arada yaşayan insanlardan oluşan bir grup değil; karmaşık, güçlü ve dinamik bir etkileşim sistemidir. Genel sistem teorisine göre, sosyal bir sistemin herhangi bir

üyesinin yaşadığı bir stres, sistemin bütün üyelerini etkiler (Lovejoy, 1986). Bu durumda hastalığa sahip olan yalnız hasta değildir, aile de hastalığı yaşamaktadır.

Bir çocuğun kanser tanısı alması sıklıkla tüm aile sisteminde krize yol açar. Kriz karşılaşılan sorununun var olan baş etme yöntemleri ile çözümlenemediği zaman ortaya çıkan dengesizlik süreci olarak tanımlanabilir (Çavuşoğlu, 2001). Kanser, hasta çocuğun olduğu kadar ailesinin de yaşam koşullarını bir anda değiştirir. Bu ailelerde maddi güçlükler, sosyal izolasyon, aile içi ilişkilerde bozulma, diğer sağlıklı çocuklara ayrılan zamanın azalması gibi sorunlar yaşanmaktadır (Beatrix ve ark., 1985; Clubb, 1991; Nehring ve ark., 1995)

Hastalığın uzun tedavi sürecinde aile bütünlüğü bozulur. Annenin sürekli hastanede refakatçi kalması nedeniyle ev içinde annenin yokluğu ile bazı rol değişiklikleri olur. Baba ve diğer çocuklar farklı bir düzen kurarlar. Çoğunlukla diğer aile üyeleri ve yakın akrabalar oluşturulan bu yeni düzende rol sahibidirler.

Aile bütünlüğünün ve işlevselliğinin bozulması, ebeveyn rollerindeki değişimler, ebeveynlerin ortaya çıkan hastalık nedeniyle çaresizlik ve yalnızlık duyguları yaşaması, birbirlerini suçlaması, öfke ve üzüntüyle başa çıkamaması söz konusudur. Bununla birlikte ve başta depresyon ve travma sonrası stres bozukluğuna varan anksiyete bozuklukları olmak üzere bazı psikiyatrik bozukluklar ortaya çıkabilir. Bu ailelerde boşanma oranlarının yüksek olduğu bildirilmektedir. Bütün bu nedenlerden dolayı ailelerin psikolojik ve psikiyatrik olarak desteklenmesi çok büyük önem taşımaktadır (Lansky ve ark., 1978; McGrath ve ark., 2005). Hasta olan çocuğun ebeveynlerinde çocuğun tedavisi süresince suçluluk duyguları görülebilmektedir. Ebeveynlerde çocuklarının remisyona sonrası uzun dönem kontrollerinde bile travma sonrası stres bozukluğu belirtileri görüldüğü bildirilmiştir (Langeveld ve ark., 2004).

Özellikle anneler hastalık süresince çocuğun bakımına daha çok katılmakta, çalışan anneler işlerini bırakmak zorunda kalmaktadırlar. Bu anneler kendilerine yeterince zaman ayıramadıkları gibi diğer çocuklarının bakımını da aksatmakta, ev işlerini ya da diğer sosyal aktivitelerini yerine getirememektedir ve bu durum onların bakım yükünün artmasına neden olmaktadır (Yavaş ve ark., 1994; Hoekstra ve ark., 2001; Last ve ark., 1998). Anne rolünde, annenin çocuğu ile özdeşleştiği ve çocuğu sadece bir birey olarak değil, kendisinin bir uzantısı olarak algıladığı vurgulanmaktadır. Annenin ve çocuğun duyguları arasında oldukça geçirgen bir sınır olduğu, çocuğun deneyimlerinin anne

tarafından kendisininmiş gibi algılandığı vurgulanmaktadır. Çocuğun vücuduna müdahaleyi gerektiren tıbbi işlemler de anne tarafından oldukça stresli olarak algılanmaktadır (Riddle ve ark., 1989). Kanseri çocuklarını üzgün ve çaresiz görmek, sonunun ne olacağını bilememek de annelerde stres yaratmaktadır. Brown ve arkadaşları (1993) lösemili çocuğu olan annelerin 1/3'ünde DSM-III-R tanı ölçütlerine göre en az bir ruhsal bozukluk olduğunu bildirmişlerdir.

Çocukluk çağı kanserlerinin hasta çocuk ve ebeveynler üzerindeki etkileri uzun yıllardır araştırılmaktadır. Ancak kardeşler üzerinde yapılan araştırmalar yetersizdir. Günümüzde sağlık profesyonelleri arasında kardeşlerin psikososyal ihtiyaçlarının diğer aile üyeleri düzeyinde karşılanmadığı konusunda artan bir farkındalık oluşmaktadır (Murray, 1998). Kardeşler depresyon, öfke, kaygı, suçluluk duyguları ve sosyal izolasyon gibi uyum güçlüklerine yatkın olabilmekte ve hasta kardeş kadar strese maruz kalabilmektedirler (Murray, 1998). Kardeşler kanser hastalığı süresince ailenin duygusal olarak en ihmal edilen ve en mutsuz üyesi olarak tanımlanmaktadır (Murray, 1998; Chesler ve ark., 1987).

Kanser hastası olan bir kardeşe sahip çocuklar, sağlıklı kardeşleri olan çocuklara göre psikolojik sorunlar yaşama açısından daha fazla risk altındadır. Yapılan bir araştırmada kardeşleri kanser tanısı almadan önce herhangi bir psikososyal sorun yaşamayan çocukların kanser tanısından sonra, genel popülasyona oranla iki kat daha fazla duygusal ve davranışsal problem yaşadıkları ortaya konmuştur (Sahler ve ark., 1994). Aile bu dönemde hasta çocuğa çok fazla ilgi göstermekte ve sağlıklı kardeşi duygusal açıdan ihmal etmektedir. Hastane yatışları süresince ebeveynlerden birinin hastanede refakatçi kalması ve diğer ebeveynin de zamanının büyük çoğunluğunu onların yanında geçirmesi sağlıklı kardeşin fiziksel olarak anne babasından ayrı kalmaktadır. Anne babanın üzüntü ve stres altında olması ve tüm dikkatlerini hasta çocuk üzerinde yoğunlaşmış olması ise kardeşin duygusal olarak onlara ulaşamamasına, onlarla eskisi gibi ilişki kuramamasına yol açmaktadır. Bu duruma bağlı olarak meydana gelen belirsizlik, güvensizlik, ilgi ve statü kaybı, hasta kardeşin arkadaşlığının kaybı kardeşlerde yalnızlık, üzüntü, alınganlık ve öfkeye sebep olmaktadır (Sloper, 2000a).

Kardeşin kanser tanısı alması ile ailenin ve diğer kardeşin günlük rutinlerinde de değişiklikler olmaktadır. Sık yapılan hastane ziyaretleri, sağlıklı çocuğa akrabaların bakım sunması, hasta çocuğun katılamayacağı için aile etkinliklerinde yapılan

kısıtlamalar yapılması, enfeksiyon riski nedeniyle arkadaşların eve gelememesi kardeşlerin sosyal aktivitelerinde azalmaya, akran grubundan uzaklaşmaya hatta okul başarılarında azalmaya yol açmaktadır (Sloper, 2000a).

Sağlıklı kardeşler kendilerine kardeşlerinin hastalığının nedeni, bulaşıcı olup olmadığı ve tedavinin sonucu olarak meydana gelen fiziksel değişikliklerle ilgili bilgi verilmediğinde bununla baş etmekte zorlanırlar. Hastalığın sebebini kendileri bulmak zorunda kaldıklarında ailelerini ya da kendilerini suçlama eğilimine girebilirler (Sloper, 2000a; Murray; 2001a). Belirsizlik içinde kalan çocuklar korku ve endişe yaşarlar. Bu hastalığın kendilerinin de başına geleceğini, bunun için artan bir risk altında olduklarını düşünebilirler. Bu durum çocuklarda güvenlik hissinin kaybolmasına bağlı olarak anksiyeteye yol açmaktadır (Sloper, 2000a).

Kardeşteki kronik hastalık nedeniyle tüm düzeni değişen çocuğun öz kavramında da değişiklikler meydana gelebilmektedir. Öz kavramı bireyin kendisi hakkındaki yargılarından oluşmaktadır. Kişinin kendini nasıl değerlendirdiği, nasıl algıladığı biçiminde tanımlanmaktadır. Araştırmalar göstermektedir ki aile içinde açık iletişimin olmaması, çocuğun kendini aileye ait hissedememesi, sosyal ilişkilerindeki azalmalar sağlıklı kardeşin olumsuz öz kavramı geliştirmesine yol açmaktadır (Asada, 1986). Kardeşin kanser yaşantısına uyum sağlayamamasının en önemli sebeplerinden biri olumsuz öz kavramına sahip olmasıdır. Çocuğun öz kavramının geliştirilmesinin onun uyum yapabilme kapasitesinin artmasına yardım edeceği düşünülmektedir (Asada, 1986; Dyson ve ark., 1989).

Hastalığın tanı aşaması ve tedavisi süresince anne babanın fiziksel olarak yanlarında olmayışı, aile içi roller ve sorumluluklardaki değişiklikler, hasta kardeşin ölmek üzere olduğu düşüncesi ve yaşadıkları yoğun stres, kaygı ve korku sonucunda kardeşlerde travma sonrası stres bozukluğu belirtileri ortaya çıkabilmektedir. Bir çalışmada sağlıklı kardeşlerde annelerden daha az, ama kanserli çocuklardan ve babalardan daha fazla travma sonrası stres bozukluğu belirtileri görülmüştür (Alderfer ve ark., 2003). Kardeşin kanser tanısı alması ve ailenin bu zorlu yaşam dönemine girmesi tüm aile üyeleri için olduğu gibi sağlıklı kardeş için de travmatik bir deneyimdir. Literatürde kardeşlerin travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) tepkileri üzerinde yapılan araştırmalar çok kısıtlıdır. Alderfer ve arkadaşları 2003 yılında ergenlik çağındaki kardeşlerde travma sonrası stres tepkilerini araştırmışlardır. Kardeşlerin %49'u orta düzeyde stres rapor ederken %32'si ciddi stres rapor etmişlerdir. Bu araştırmaya katılanların dörtte biri

kardeşlerinin tedaviler sırasında öleceğine inandıklarını; yarısından fazlası da kanseri korkutucu ve zor bir deneyim olarak nitelendirdiklerini ifade etmektedirler. Araştırmacılar yaşanan travmatik stresin bu algılar ile ilişkili olduğunu savunmuşlardır (Alderfer ve ark., 2003).

Kardeşlerde TSSB ile ilgili yapılmış diğer bir çalışmada ise Packman ve arkadaşları (1997), kemik iliği naklinin kardeşler üzerindeki psikososyal etkilerini incelemişler ve kendisinden ilik nakli yapıp yapılmaması fark etmeksizin sağlıklı kardeşlerin üçte birinde travma sonrası stres belirtileri olduğunu saptamışlardır.

Kanser hastalığından kurtulan çocukların kardeşleriyle yapılan bir diğer çalışmada, kardeşlerin yarısına yakınında orta düzeyde TSSB, %32'sinde ağır düzeyde TSSB saptanmıştır. Kardeşlerin kansere karşı tepkileri konusunda daha fazla çalışmanın yapılarak ihtiyaçlarının belirlenmesi önemli bir gerekliliktir (İles, 1979).

Kanserli çocukların sağlıklı kardeşlerine yönelik yurt dışındaki uygulamalarda, onkoloji servislerinde kardeş destek ünitelerinin kurulduğu, web sitelerinin oluşturulduğu görülmektedir. Bu ortamlarda kardeşler kendilerine benzer durumda olan çocuklarla yaşantılarını paylaşabilmekte, hastalıkla ilgili bilgi edinebilmektedir. Ayrıca hasta çocuğun kardeşlerinin yaşayabileceği sorunlar ve çözümlerine ilişkin olarak ebeveynler de rehberlik hizmeti alabilmektedir (www.hmc.psu.edu/pedsonco; www.onconurse.com). Ülkemizdeki uygulamalara bakıldığında ise kanserli çocukların sağlıklı kardeşlerinin yaşadıkları sorunların sağlık personeli tarafından ele alınmadığı ve sağlıklı kardeşlere yönelik bir destek sisteminin olmadığı görülmektedir. Ayrıca kanserli çocukların sağlıklı kardeşlerinin yaşadığı sorunlarla ilgili yapılmış herhangi bir çalışmaya da rastlanmamıştır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Kanser yaşantısının sağlıklı kardeşler üzerinde ne gibi etkileri olduğunu anlamak onların yaşadığı stresi azaltacak ve uyum sağlayabilmelerine yardımcı olacak uygun müdahale yöntemleri geliştirebilmek açısından büyük önem taşımaktadır. Bu amaçla kanser olgusunun sağlıklı kardeşler ve anneler üzerinde yarattığı psikolojik etkiler çeşitli açılardan incelenecektir. Kanserli çocukların kardeşlerinde davranış sorunları, travma sonrası stres tepkileri, öz kavramı araştırılacak, aile işlevsellikleri değerlendirilecek; ayrıca anneler gösterdikleri psikiyatrik semptomlar açısından

incelenecek ve travma sonrası stres bozukluğu belirtileri araştırılacaktır. Anneden alınan bilgilere göre aileden kaynaklanan faktörler ile sağlıklı kardeşlerin psikolojik durumu arasındaki ilişki incelenecektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kanserin Aile Üzerindeki Etkileri

Çocuktaki kanser tanısı sadece hastalığa yakalanan çocukta değil tüm aile bireylerinde çeşitli psikososyal sorunlara yol açmaktadır. Hastalık hem ekonomik hem de ruhsal açıdan ailenin tüm bireylerini etkilemekte ciddi uyum sorunlarına ve ruhsal bozukluklara neden olmaktadır. Çocuklarına kanser tanısı konması ebeveynler için korkutucu, kaygı verici bir durumdur. Ailelerde en sık rastlanan tepkiler; inkar, suçluluk duygusu, depresyon ve öfkedir. Ailenin yaşadığı uyum güçlüğüne şiddeti; hastalığın derecesine, aile bireylerinin ruhsal olgunluklarına, aile işlevselliğine, maddi kaynaklara ve ailenin sosyal destek sistemine göre değişmektedir (Yavaş ve ark., 1994).

Anne babanın karşılaştığı zorluklardan biri hasta çocuğa bakım verirken yaşanan güçlüklerdir. Kanserli çocuğa bakım verme, aile üyelerinin günlük düzenlerinin ve yaşam aktivitelerinin bozulmasına yol açmaktadır (Çavuşoğlu, 2001). Çocuğun günlük bakımı ebeveynlerin kendi aralarındaki ilişkiyi ve aile yaşamını etkilemektedir. Günlük sağlık bakım uygulamaları zaman alıcı, dikkat gerektiren uygulamalardır ve aile yaşamına bir takım zorluklar getirmektedir. Günlük bakımın maddi yönü aile için bir diğer önemli sorundur. Kanserli çocuklar uzun ve pahalı tedavilere, tekrarlayan hastane yatışlarına ve uzun dönem bakıma gereksinim duyarlar. Sadece sağlık bakımı değil aynı zamanda ev ve diğer yaşam koşullarının çocuğun hastalığına göre değiştirilmesi, özel aletler vb. durumlar önemli ekonomik sıkıntılara yol açabilmektedir (Melnky ve ark., 2001). Bütün bunlar aile içi dengelerin değişmesine, ruhsal olarak yaşanan gerginliklerin artmasına neden olmaktadır.

Yaşanan tüm bu güçlükler hasta çocuğun anne ve babasında bazı ruhsal bozuklukların meydana gelmesine yol açmaktadır. Kanser hastalığı olan çocukların anne babalarında depresyon ve anksiyete düzeylerinin arttığını bildirilmektedir. Aile üyelerinin hastalardan daha fazla anksiyete, depresyon, yorgunluk, rol çatışması, sosyal izolasyon ve sıkıntı yaşadığı da belirtilmektedir (Cimete, 1998).

Tanı ve tedavi aşamasında iyi uyum sağlayamayan ve daha fazla stres yaşayan anne babaların, tedavi tamamlandıktan sonra da uyum güçlükleri yaşayacakları yönündeki klinik gözlemlere kanıt oluşturacak çalışma 1996'da Kazak & Barakat'dan gelmiştir. Onların araştırmasında çocuklarının tedavisi süresince daha yüksek düzeyde stres yaşayan anne ve babaların, çocuklarının tedavisinin tamamlanmasından sonraki süreçte

durumluluk anksiyete puanlarının kontrol grubuna göre yüksek olduğu bildirilmektedir (Kazak ve ark., 1997a).

Ailenin yaşadığı stresin artmasına sebep olan risk faktörleri bazı araştırmalarla ortaya konmuştur. Tedavinin uzun sürmesi, sık ve uzun hastane yatışlarının olması ve hastalığın nüksetmesi bu risk faktörlerinden bir kaçıdır. Çocuğa sağlanan bakımın maddi yükü ve işsizlik gibi finansal güçlükler de önemli birer stres faktörüdür (Sloper, 1996). Sloper (2000), anne babaların stres düzeylerini araştırdığı çalışmasında, annelerin stres düzeylerinin yüksek olmasının hastalığa attettikleri anlam, kendi başa çıkma tutumları, aile bağlarının güçlülüğü ile ilişkili olduğunu; babaların stres düzeylerinin yüksek olmasının ise hastalığa attettikleri anlam ve aile bağlarının güçlülüğü yanında iş durumları ve çocuklarının hastaneye yatış sayısı ile ilişkili olduğunu bulmuştur.

Tedavinin sonlandırılmasından sonra bile ebeveynler uzun vadede belirsizlik ve hastalığın tekrar etme ihtimali gibi zorluklarla baş etmeye çalışmaktadırlar (Sloper, 1996). Bazı ebeveynler tedavinin kesilmesini takip eden birkaç yıl boyunca travma sonrası stres bozukluğu belirtileri göstermektedirler (Kazak ve ark., 1997a; Barakat ve ark., 1997). Kazak ve arkadaşları (1997) lösemi hastalığını yenen 130 çocuğun ebeveynlerini kazalar ve şiddet gibi daha düşük seviyeli stres yaşayan ebeveynlerle karşılaştırdığı çalışmasında, çalışma grubunda anlamlı düzeyde yüksek travma sonrası stres bozukluğu belirtisi saptamıştır. Ayrıca bu çalışmada annelerde babalara oranla daha ciddi düzeyde travma sonrası stres bozukluğu bulunmuştur (Kazak ve ark., 1997b).

2.2. Annelerde Travma Sonrası Stres Bozukluğu

Travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), kişinin yaşamını ve fiziksel bütünlüğünü tehdit eden bir travmayı yaşaması ya da buna tanık olması sonucunda gelişen bilişsel, duygusal, davranışsal ve sosyal bozuklukları içeren psikiyatrik belirtileri tanımlamaktadır. DSM-IV' e göre TSSB tanısının konulabilmesi için yeniden yaşantılama belirtilerinden en az birinin, kaçınma ve genel tepki düzeyinde azalma belirtilerinden en az üçünün ve aşırı uyarılmışlık belirtilerinden en az ikisinin bulunması 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 (APA, 1994).

Kanser hastalığının yaşamı tehdit edici yönü, yoğun ve ağırlı tedaviler gerektirmesi nedeniyle araştırmacılar hastalığın tanısının ve tedavisinin aile üzerindeki travmatik etkilerini değerlendirmeye çalışmaktadırlar. Kanser tanısı ve tedavisi, tanı ve ilk tedavi girişimini içeren bir akut faz ve onu takip eden; süreğen tedavi, yan etkiler ve nüks ihtimalini içeren kronik fazı ile bir travma olarak kabul edilebilir (Barakat ve ark., 1997). Anneler için çocuklarına yapılan ağırlı tıbbi müdahalelere, ameliyatlara tanık olmak, kemoterapinin yan etkilerini görmek travmatik etki oluşturmaktadır. Kazak ve arkadaşlarının (1997b) aktardığına göre 1985’de Nir ve 1989’da Pot-Mees’in çocukluk çağı kanserinden kurtulan kişilerde ilk kez travma sonrası stres bozukluğunu tanımlamalarının ardından, DSM-IV, ‘kişinin kendisinin ya da çocuğunun yaşamı tehdit edici bir hastalığı olduğunu öğrenmesi’ni, travma sonrası stres bozukluğuna sebep oluşturacak bir olay olarak tanımlamıştır (APA, 1994). Bu tanımlamadan sonra araştırmacılar annelerin travma tepkilerine daha fazla yoğunlaşmışlardır. Çocuklarına kanser teşhisi konulduktan sonra annelerde görülen yeniden yaşantılama, olaya eşlik eden uyaranlardan sürekli kaçınma, konsantrasyonda güçlük, irkilme tepkisi gibi aşırı uyarılmışlık semptomları değerlendirilmeye başlanmıştır. 1998’de Manne ve arkadaşlarının yürüttüğü araştırmaya katılan annelerin %20’sinde kısmi travma sonrası stres bozukluğu bulunmuştur. Bu anneler DSM-IV’de travma sonrası stres bozukluğunu karşılayan dört tanı kümesinden ikisini karşılamıştır (A,B). Kazak ve arkadaşlarının (2001) araştırmasında ise kanser tanısı almış çocukları olan annelerin %95’i yeniden yaşantılama kriterini, %53’ü ise artmış uyarılmışlık kriterini karşılamıştır.

2.3. Kanser Yaşantısı ve Kardeşler

Yaklaşık 40 yıldır çocukluk çağı kanserlerinin psikososyal yönü hasta çocuk ve ailesi açısından araştırılmaktadır; ancak sağlıklı kardeşin yaşadığı sorunlara yönelik çok az sayıda çalışma bulunmaktadır (Murray, 2001a). Günümüzde sağlık profesyonelleri arasında sağlıklı kardeşlerin psikososyal ihtiyaçlarının diğer aile üyeleri gibi yeterli düzeyde karşılanmadığı konusunda artan bir bilinç oluşmaktadır (Murray, 1998). Araştırmalar çocukluk çağı kanserlerinin sağlıklı kardeşlerin psikososyal işleyişi üzerinde yoğun bir etki yarattığını göstermektedir (Sahler ve ark., 1994). Kardeşler

depresyon, öfke, kaygı, suçluluk duyguları ve sosyal izolasyon gibi uyum güçlüklerine yatkın olabilmekte ve en az hasta kardeş kadar strese maruz kalabilmektedirler (Murray, 1998).

Kardeşler, birbirleri için hem bir özdeşim modeli oluşturur, hem de sosyal etkileşimlerin gerçekleştiği sevgi, güven, sevecenlik ve rekabet duygularının paylaşımı için uygun bir ortam sağlarlar. Kardeşler; paylaşma, görüş alışverişi, empati duygusu geliştirme ve yardımlaşma gibi toplumsal ilişkileri birbirlerinden öğrenirler. Kardeşin hastalığı ile sağlıklı kardeş sınırlarını paylaştığı, oyun oynadığı, ailesi hakkında konuşabildiği kişiyi de kaybetmektedir. Ayrıca kardeşine duyduğu sevgiyi de kısıtlı imkanlar içinde ona ifade edebilme fırsatı bulabilmektedir (Rollins, 1990).

Cohen 1985’de yaptığı araştırmada, sağlıklı kardeşin kansere uyumunda en önemli belirleyici faktörler olarak: Ebeveyndeki depresyon, evlilik ilişkisinin uyumu, ebeveyn-sağlıklı kardeş arasındaki iletişim ve gerekli desteğin olması bulunmuştur (akt. Murray, 1998). Sağlıklı kardeşin kanser yaşantısına uyumunda çeşitli değişkenlerin rol oynadığını belirten başka bir araştırmada değişkenler üç ana başlıkta incelenmiştir. 1-Sağlıklı kardeşle ilgili değişkenler (kardeşin daha önceki psikolojik durumu, kardeşin hastalığı kabullenışı ve hastalığa atıfları, baş etme stratejileri, sosyodemografik özellikler), 2-ailesel değişkenler (ebeveynlerin başa çıkma stratejileri, aile içi ilişkilerin niteliği, ebeveynlerin yaşadığı stresin düzeyi, aile dinamikleri, aile işlevselliği ve daha önce yaşanmış olan problemlerin varlığı), 3-hastalıkla ilgili değişkenler (hastane yatışlarının sıklığı, hastalığın şiddeti, remisyonlar) (Houtzager ve ark., 1999).

2.4. Kardeşlerin Hastalığa Tepkileri

a. Duygusal Tepkiler

Kardeşlerin kanser yaşantısına tepkilerini inceleyen araştırmalar genellikle yalnızlık, izolasyon, kaygı, korku, kıskançlık, suçluluk, öfke, engellenmişlik, reddedilmişlik duyguları üzerinde durmuşlardır (Murray, 1998; 2001a; Sloper, 2000a; Kramer, 1981; Cairns ve ark., 1979; Houtzager ve ark., 1999). Cairns ve arkadaşları (1979) kardeşlerin bazı alanlarda hasta çocuktan daha fazla stres yaşadığı sonucuna varmışlardır. Kardeşlerin duygusal ihtiyaçlarının aile üyeleri tarafından nadiren karşılandığı, yüksek derecede kaygı, kendi sağlıklarının bozulacağına dair aşırı korku hissettikleri; aileden ve akran grubundan izole oldukları belirtilmiştir.

Sağlıklı kardeşlerin hastalığa en sık verdikleri tepkilerden biri korkudur. Kardeşler hastalığın nedenine ilişkin yeterli bilgiye sahip olmadığında, kanserin bulaşıcı bir hastalık olduğunu düşünerek korkmakta, kendilerinin ya da diğer aile üyelerinin de kanser olacağı düşüncesiyle endişe duymaktadırlar. Kardeşlerin hastalıkla ilgili sorularının yanıtsız kalması, hastalık süresince çocukta meydana gelen kilo kaybı, saçların dökülmesi gibi fiziksel değişiklikler de sağlıklı kardeşler için korkutucu olabilmektedir (Çavuşoğlu, 2001; Rollins, 1990). Ayrıca sağlıklı kardeşler, hastalığın sonunda kardeşlerini kaybedeceklerini de düşünebilmektedirler (Murray, 2001a). Sloper'in (2000) kanserli çocukların kardeşlerinin yaşadıkları sorunları saptamak amacıyla yaptığı çalışmada; sağlıklı çocuklar, kardeşlerinin hastalığı ile ilgili korku ve endişe yaşadıklarını ve kardeşlerinin ölmesinden korktuklarını ifade etmişlerdir.

Kıskançlık duygusu da sağlıklı kardeşlerin hastalık süresince yoğun yaşadığı duygulardan biridir. Hasta kardeşin kanser tanısı almasıyla birlikte, ebeveynlerin zaman ve enerjilerinin büyük bir kısmını hasta çocuğa ayırmaları, tekrarlayan hastane yatışları sırasında hasta çocukla birlikte hastanede kalmaları, hasta çocuğa daha fazla oyuncaklar, hediyeler alınması, aile içinde akraba çevresinde sürekli hasta çocuk ile ilgili konuşulması, tüm ilgi ve alakanın onun üzerinde yoğunlaşması ile kardeşlerin doğal rekabet duygusu kıskançlığa dönüşebilmektedir (Murray, 2001a; Rollins, 1990).

Murray (1998), niteliksel araştırmasında sağlıklı kardeşlerin kanser yaşantısı süresince yaşadıkları deneyimleri daha iyi anlamayı amaçlamış ve kanser hastası kardeşi olan 14 yaşındaki bir kız çocuğu ile görüşme yapmıştır. Bu görüşme sonucunda en çok tekrarlayan temanın duygusal yoğunluk olduğu görülmüştür. Sağlıklı kardeş korku, öfke, kıskançlık ve izolasyon hislerine neden olan bir çok olay yaşadığını ifade etmiştir.

Sağlıklı kardeşin hastalık nedeni ile yaşam şekli ve günlük rutinlerinin değişmesi onun öfke duygusuna kapılmasına neden olabilmektedir. Hastalık süresince sağlıklı kardeşlerin bakımlarının aile dışındaki bireylere bırakılması, ebeveynlerin hasta ve sağlıklı kardeşler arasında adil davranmaması, sağlıklı kardeşlerin ev içinde üstlendikleri ek sorumluluklar da kardeşlerin öfke yaşamasına sebep olmaktadır (Rollins, 1990).

Sağlıklı kardeşin hasta kardeşe yönelik kıskançlık ve öfke duyması ile birlikte suçluluk duygusu oluşabilmektedir. Sağlıklı kardeş hasta kardeşe yönelik bu olumsuz duyguları nedeniyle suçluluk hissetmektedir. Houtzager ve arkadaşlarının (1999) belirttiğine göre Schuler ve arkadaşları (1985) boylamsal araştırmalarında hastalık süresince sağlıklı kardeşlerin genel adaptasyon sorunu yaşadıklarını bulmuşlardır. Bu araştırmaya göre kardeşler kaygı, suçluluk duygusu, utanç, kaçınma davranışları ve ebeveynlerden yabancılaşıma göstermişlerdir.

b. Sosyal Davranışsal Tepkiler

Okul başarısında azalma, evde ve okulda disiplinle ilgili olarak yaşanan güçlükler, davranış problemleri, agresif davranışlar, akran ilişkilerinde güçlük sosyal-davranışsal tepkiler başlığı altında toplanabilmektedir (Houtzager ve ark., 1999).

Lahteenmaaki ve arkadaşları (2004) bir Finlandiya örnekleminde kardeşe kanser tanısı konmasından 3 ay sonra sağlıklı kardeşlerde yaptıkları ölçümlerde, kardeşlerin kontrol grubuna göre daha fazla davranım bozukluğu, öğrenme problemleri ve hiperaktif-dürtüsel davranış örüntüsü gösterdiğini; oyun ve aktivitelerde, akranlara ve yetişkinlere karşı davranışlarda ise daha olumsuz puanlar aldıklarını rapor etmişlerdir. Araştırmacılar tanıdan 1 yıl sonra aynı örneklemlerle yaptıkları ölçümlerde ise bu problemlerin azaldığını belirtmişlerdir. Nehring ve Cohen (1995) kanserli çocukların 4-16 yaş grubundaki sağlıklı kardeşleri ile yaptığı araştırmada, normal popülasyonla karşılaştırıldığında sağlıklı kardeşlerde daha fazla davranış problemleri görüldüğünü saptamıştır.

Kanserli çocuklarının kardeşlerinin uyum güçlükleri yaşamalarının önemli bir nedeni, ihtiyaçları olan sosyal desteğin kendilerine sağlanamamasıdır. Sosyal destek kişilerin başkaları tarafından sevildiğini, saygı duyulduğunu ve kabul edildiğini hissetmesini sağlayan önemli bir kaynaktır ve kişilerin stres yaratan yaşam olayları ile baş etmelerine, kişisel işlevlerinin artmasına yardımcı olur (Alderfer ve ark., 2010). Aile çocuk için birincil sosyal destek sistemini oluşturur. Kanserli çocuğu olan aileler zaman ve enerjilerinin çoğunu hasta çocuk için harcamakta ve dolayısıyla sağlıklı kardeş ihtiyacı olan sosyal destekten yoksun kalmaktadır. Bu durum kardeşlerin uyum bozuklukları yaşamalarına sebep olmaktadır. Alderfer ve Hodges (2010), sosyal desteğin kardeşlerin kanser yaşantısına uyumuna etkisini araştırdıkları çalışmada, ailesel

sosyal desteğin yetersiz olması ile kuralları ihlal etme ve agresif davranışları, dikkat eksikliğini ilişkili bulmuşlardır.

Özellikle okul çağındaki çocuklar için akran gruplarının önemi büyüktür. Bu dönemde aileden çok arkadaşlarla güçlü özdeşim kurmaya doğru yöneliş vardır. Arkadaşlar, okul çağındaki çocukların kendilerine bakış açılarını ve öz saygılarını önemli bir şekilde etkilemektedir. Onları farklı olarak etiketleyen herhangi bir şey, gruba ait olma duygularını olumsuz yönde etkileyebilir. Bu ait olma duygusu kanserli çocukların kardeşlerinin, arkadaşları ile okul dışı etkinliklerine katılamaması ile zedelenabilir. Kardeşlerin zamanla akran gruplarından daha da çok uzaklaşmaya başlamasıyla, gruba ait olma hissi azalır; yalnızlık ve izole olmuşluk hissi artar (Kramer, 1981).

Sağlıklı kardeşler birçok açıdan olumsuz bir yaşam dönemi geçirdikleri bu süreçte okulla ilgili bir takım sorunlarla da yüz yüze gelmektedirler. Houtzager ve arkadaşlarının (1999) belirttiğine göre Fife ve arkadaşları (1987), kanserli çocukların kardeşlerinin işlevselliğini bir de okul ortamında değerlendirmişlerdir. Okula olan ilgi ve akademik performans öğretmenlerle yapılan görüşmelerle değerlendirilmiştir. Tanı öncesi sağlıklı kardeşlerin durumu, tanı sonrası durumları ile karşılaştırılmış, buna göre %19’unda okula devamsızlıkta artış, %55’inde ders başarısında düşüş, %55’inde ise davranış problemleri görülmüştür. Bu problemler çocuklarda geri çekilme reaksiyonları, kaygı ve kendine güvende azalma ile ilişkilendirilmiştir.

c. Fiziksel Tepkiler

Kardeşteki kanser tanısına karşı oluşan fiziksel tepkiler arasında baş ve karın ağrısı, uyku ve iştah güçlükleri sıktır (Walker, 1988; Zeltzer ve ark., 1996). Yapılan bir çalışmada, kanser hastası kardeşi olan sağlıklı çocuklar, sağlıklı kardeşi olan çocuklara göre daha fazla somatizasyon belirtileri göstermektedirler. Anneler bu somatik yakınmalara yeterince önem vermemekte, ya da psikolojik kaynaklı olduğunu düşünerek daha az tıbbi yardım aramaktadırlar. Ayrıca kanserli çocukların kardeşlerinden kişilerarası ve içsel zorluklar yaşayanlar, reddedilmişlik hisleri içinde olanlar ve kanserle ilgili korku duyanlar daha fazla fiziksel belirti rapor etmişlerdir (Zeltzer ve ark., 1996).

Kanserli çocukların sağlıklı kardeşlerinde ortaya çıkan bu fiziksel tepkilere birer bilinçdışı duygusal tepki, regresif davranış, ya da dikkat çekmek için ortaya çıkan davranışlar olarak bakılabilir (Walker, 1988). Ne var ki Zeltzer ve arkadaşlarının önerisine göre kardeşlerin içsel zorluklarını dışa vurma yöntemi olan fiziksel yakınmaları çoğu zaman ebeveynlerin onlara olan ilgisinin artmasıyla sonuçlanmamaktadır. Sağlıklı kardeşlerin yakınmaları kanserli çocuğunkilerin yanında sönük kalmaktadır (Zeltzer ve ark., 1996).

d. Olumlu Etkiler

Araştırmalar kanserin sağlıklı kardeşler üzerindeki olumsuz etkileri ve yol açtığı psikolojik sorunları tanımlamaktadır. Ancak 1980'lerin başında bazı araştırmacılar kanser hastalığının kardeşler üzerindeki olumlu etkilerini de tanımlamaya başlamıştır (Iles, 1979; Kramer, 1981). Kramer (1981), kanserin kardeşler üzerindeki olumlu etkilerini gösteren ilk araştırmacılardan biridir. Ona göre kanser tanısının konmasının ardından birinci ay ile ikinci yıllar arasında hastalığın kardeş üzerinde yarattığı etki açısından farklılıklar vardır. Tanıdan uzun zaman sonra, sağlıklı kardeşin duyarlı davranışlarının artması, hastalar ve diğerlerine karşı empati kurabilme, sabırlı olabilme ve yaşamın değerini bilme, olgunluk kazanma, daha yakın aile ilişkilerine sahip olma gibi olumlu etkilerinin görüldüğü vurgulanmaktadır.

Horwitz ve Kazak'ın (1990) araştırmalarında kanser hastası çocukların kardeşlerinin, sağlıklı çocukların kardeşlerine göre daha yüksek seviyede sosyal yetenek gösterdikleri bulunmuştur. Sonuçlara göre okul öncesi dönemdeki sağlıklı kardeşler, kontrol grubuna göre daha yüksek düzeyde empati ve duyarlılık rapor etmişlerdir.

Sargent ve arkadaşları (1995), kanserin kendileri ve aileleri üzerindeki etkileri hakkındaki düşüncelerini öğrenmek amacıyla kardeşlerle yapılandırılmış görüşmeler gerçekleştirmiştir. Sonuç olarak kardeşler kanser tanısından sonra kendilerinin daha şefkatli olduğunu ve başka şekilde edinemeyecekleri tecrübeler edindiklerini; aile üyelerinin ise birbirine bağlılıklarının arttığını vurgulamışlardır. Bu araştırmaya göre sağlıklı kardeşin hasta kardeşten yaşça büyük olması verdiği tepkiler açısından önemli bir belirleyicidir. Hasta kardeşten yaşça büyük olan kardeşler küçük olan kardeşlere göre daha fazla olumlu etki ifade etmişlerdir. Bunun sebebi olarak olgunluk düzeyinin çocuğun yaşadığı stresi azaltıcı etkisi üzerinde durulmuştur (Sargent ve ark., 1995).

Murray (1998) de niteliksel araştırmasında benzer sonuçlara ulaşmıştır. Kanseri hastası kardeşi olan sağlıklı bir çocukla yaptığı görüşme sonucunda, sağlıklı kardeşin insanlara yardım etme isteğinin arttığını, kişisel olgunluğunun arttığını, başkalarını daha iyi anlayabildiğini ve başkaları ile daha fazla empati kurabildiğini vurgulamaktadır.

2.5. Kardeşlerde Öz Kavramı

Öz kavramı bireyin kendisi hakkındaki yargılarından oluşmaktadır. Kişinin kendini nasıl değerlendirdiği, nasıl algıladığı biçiminde tanımlanmaktadır. Yıldız ve Fer'in aktardığına göre Rosenberg (1975) öz kavramı, bireyin kendi algısına göre fiziksel özelliklerini, kişisel becerilerini, kişisel özelliklerini, rollerini ve sosyal statüsünü nasıl gördüğü şeklinde tanımlanmaktadır. Öz kavramını çok yönlü bir olgu olarak belirten Gecas ve Mortimer'e (1987) göre öz kavram, bireyin tutumlarını, inanışlarını, değerlerini, deneyimlerini, bunların bireydeki etkilerini ve birey tarafından yapılan değerlendirmelerini içermektedir (Yıldız ve Fer, 2008).

Öz kavramı psikolojik yapılar içinde en çok kuramsal ve deneysel ilgiyi gören yapılardan biridir. İnsan davranışının ve mutluluğunun odağında bireyin öz algılarının büyük rolü vardır. Kişilerin geliştirdiği öz kavramı kalıtım ve çevrenin etkisiyle ortaya çıkmaktadır. İnsan çevre ile etkileşimi sırasında çeşitli eylemlerde bulunmakta, böylece yaşanan, duyulan, hissedilenler benlik kavramını oluşturmaktadır. Çocuk çevresiyle etkileşimi sonucu kendisi hakkında olumlu ve olumsuz düşünceler geliştirir. Çocuğun kendisi hakkında geliştirdiği düşünceler çevresindeki kişilerin onu değerlendirme şekline göre belirlenmektedir. Çocuk önce anne, baba ve kardeşlerini gözleyerek onların davranışlarını oyun içinde taklit etmekte, kendisi için önemli olan bu kişilerin davranışlarını özümseyerek kendisiyle özdeşleştirmektedir. Bu süreç çocuğun büyürken çevresinden öğrenip kendine mal ettiği tüm tutum, davranış ve değerlerin temelinde yatmaktadır. Özdeşleşme sürecinde çocukla anne-baba arasındaki ilişkinin olumlu olması öz kavramının da olumlu olmasını sağlayacaktır. Kaygı yaratan cezalandırıcı, uzak bir anne-baba-çocuk ilişkisi ise olumlu bir öz kavramı gelişimini engelleyecektir (Baran, 1999). Çocuklardaki öz kavramı ile ilişkili faktörler arasında ebeveyn tutumları en önemlisidir. İlk (1994), dokuz-on bir yaş grubundaki çocukların kendilerini nasıl algıladıklarını incelemeyi amaçladığı çalışmada ebeveynin koyduğu kurallar ve bunun sonuçları açıkça belirlendiğinde çocukların kendilik kavramlarının da olumlu

olarak geliştiği sonucuna varmıştır. Güçray (1989), çocuk yuvalarının kendine özgü koşulları ile ana-baba ve ana-baba yerine geçen bireylerin tutumlarının çocuğun özsaygı gelişimi üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yaptığı çalışmada, yetişkinlerin demokratik tutumlarının özsaygıyı olumlu yönde etkilerken, otoriter ve ilgisiz tutumlarının olumsuz yönde etkilediği sonucuna ulaşmıştır. Ebeveyn tutumlarının yanı sıra çocukların aile sistemini nasıl algıladıklarının da öz kavramı gelişiminde etkili olduğu bilinmektedir. Özellikle aile sistemlerini olumlu algılayanların öz kavramlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (şahin, 1995). Cooper ve arkadaşları ise (1983), beşinci ve altıncı sınıfa devam eden çocuklar üzerinde yaptıkları çalışmalarında aile ilişkilerini algılama ile özsaygı gelişimi arasındaki ilişkinin önemli olduğu; ebeveynler arasında veya kendisi ile ebeveynleri arasında bir çatışma olduğunu algılayan çocukların düşük özsaygıya sahip olduğu görülmüştür.

Okul hayatına başlamadan önce çocuğun çevresi anne, baba ve kardeşlerle sınırlı iken, öz kavramının sosyal etkileşimle gelişen bir kişilik boyutu olması nedeniyle okul döneminde aile çevresi dışında ğretmen, arkadaşlar gibi ocuk için önemli olan kişilerin görüşleri, düşünce ve davranışlarının da öz kavramının gelişiminde etkili olduğu savunulmaktadır. Çocuğun arkadaşları tarafından kabul ya da reddedilmesi öz kavramını, buna bağlı olarak da kişiliği etkilemektedir. Okuldaki başarısızlık da çocukta yetersizlik duygusu yaratmakta ve olumsuz öz kavramının gelişimine neden olmaktadır (Baran, 1999).

Çocuklukta yaşanan olumsuz olayların da öz kavramının gelişimine etki ettiği vurgulanmaktadır. Beardsall (1992), ocuklukta yaşanan olumsuz olayların (lm, boşanma, ayrılık, hastalık, taşınma v.b.) benlik tasarımına etkisini incelemek amacıyla üç yıl süren boylamsal bir çalışma yapmıştır. Sonuçlar, bu tür olumsuz yaşantıların artmasıyla çocuğun kendini algılaması arasında ters yönde bir ilişki olduğunu ortaya koymuştur. Olumsuz yaşantılar arttıķa çocuğun benlik algısının düştüğü; fakat aynı olayların kardeşin başına gelmesinin benlik algısı üzerinde pek etkili olmadığı gözlenmiştir.

z kavramı ile depresyon ve anksiyete arasında da anlamlı ilişki bulunmuştur. Gürkan (1990), niversite ğrencilerinde benlik saygısı ile depresyon ve anksiyete düzeyinin ilişkisini araştırmış, benlik saygısı ile anksiyete ve depresyon düzeyleri arasında negatif ilişki olduğunu saptamıştır.

Çocukluk çağı kanserleri alanında gerek hasta çocuk gerekse sağlıklı kardeşlerin öz kavramını araştıran çalışmalar oldukça kısıtlıdır. 1986 yılında Asada, kardeşlerin hastalığa adaptasyonunu etkileyebilecek kişisel, ailesel, çevresel faktörleri bulmak için kanserli çocukların sağlıklı kardeşleri ile çalışmıştır. Araştırmacının hipotezi hastalık yaşantısı ile daha uyumlu başa çıkabilen kardeşlerin daha olumlu öz kavramlarına sahip olacakları; aile bağlarının güçlü ve aile bireylerin birbirleri ile açık iletişim içinde olacakları ve daha az davranış problemi (eyleme dönük davranışlar, ders başarısında azalma, korku, öfke, uyumada güçlük, sebepsiz yere ağlama) yaşayacakları şeklinde idi. Sonuçlar göstermektedir ki, daha olumlu öz kavramına sahip olan ve aile bağlarını güçlü olarak nitelendiren kardeşler daha az adaptasyon sorunu yaşamakta idi (Asada, 1986).

Öz kavramı ile sosyal destek arasında güçlü bir ilişki olduğunu gösteren araştırmalar da yapılmıştır. Murray (2001b), kanser hastası kardeşi olan 7-12 yaşları arasındaki sağlıklı çocuklarla yaptığı araştırmada yaz kampına katılan ve katılmayan kardeşleri öz kavramı açısından karşılaştırmıştır. Yaz kampı uygun bir sosyal destek programı olarak düşünülmektedir. Buna göre yaz kampına katılan kardeşler katılmayanlara göre öz kavramı açısından çok daha yüksek puanlar almışlardır. Sosyal destek ile öz kavramı arasındaki ilişkiyi destekleyen başka araştırmalar Murray tarafından aktarılmıştır (Murray, 2001b). Buna göre South (1995) ve Roberts (1988) kanserli çocuklarla yaptıkları araştırmalarda zayıf sosyal destek sistemine sahip çocukların aynı zamanda olumsuz öz kavramı rapor ettikleri vurgulanmaktadır. Olumlu bir öz kavramı geliştirmek için sosyal destek sistemlerinin gerekli olduğu başka çalışmalarda da vurgulanmaktadır (İlkin, 1994).

2.6. Kardeşlerde Travma Sonrası Stres Bozukluğu

Travma sonrası stres bozukluğu, çocuk ve ergenlerde, kendisinin ya da yakınlarının yaşamını tehdit eden travmatik bir yaşantıya maruz kalma sonucu ortaya çıkan psikolojik bir durumdur. Çocuk travmatik olay karşısında yoğun korku ve çaresizlik yaşar. Travmatik olay; yaşamı tehdit edici, beden bütünlüğünü bozucu bir durumdur (cinsel veya fiziksel istismar, araba kazaları, yangınlar, savaş, ciddi hastalık tanısı almak, acı verici tıbbi tedavilere maruz kalmak) (Scheeringa ve ark., 1995). Yaşanan

şiddetli travma çocuğun gelişimi üzerinde olumsuz etkiler yaratabilir. En büyük etki, çocuğun güvenli, makul bir dünyada yaşadığı ve anne babasının onu tehlikelerden koruduğu inancının sarsılmasıdır. TSSB' nin yaşam boyu prevalansı %1-14 arasında değişmektedir. Travmaya maruz kalan çocukların yaklaşık %30'unda TSSB' nin olduğu bildirilmektedir (Perry ve Azad, 1999).

Çocuklarda TSSB tanısını koymada DSM-IV ölçütleri kullanılmakta ise de çocukluk çağına uygun tanı ölçütleri hala tartışmalıdır (APA, 1994). Çocukların bilişsel ve sözel anlatım yeteneklerinin sınırlı olması düşünce ve duygularını ifade etmelerine engel olabilir.

Scheeringa ve arkadaşları (1995), küçük çocukları değerlendirirken onların semptomlarının özelliklerini ve bunları ifade edebilirliklerini de hesaba katarak TSSB kriterlerinde değişiklik yapılmasını önermişlerdir. Değiştirilen kriterlere göre küçük çocukların travmatik olaya tepki olarak korku, çaresizlik ve dehşet ifade etmelerine gerek yoktur. Küçük çocukların TSSB tanı kriterlerini aşağıdaki şekilde karşılıyor olmaları gerekmektedir.

- Aşağıdaki yeniden yaşantılama durumlarından birini yaşıyor olması yeterlidir:

- Travma ile ilgili tekrarlayan oyunlar
- Oyunun içinde travmatik olayın canlandırılması
- Travmatik olayın sıklıkla hatırlanması
- Kabuslar
- Tekrarlayıcı ses, görüntü ve düşünceler
- Travmayı hatırlatıcı durumlarda yoğun stres yaşama

- Aşağıdaki kaçınma tepkilerinden sadece birini karşılıyor olması yeterlidir:

- Oyunlarında kısıtlama ve azalma
- Duygu ifadesinde kısıtlılık
- Sosyal olarak geri çekilme
- Kazanılmış gelişimsel becerileri kaybetme

- Aşağıdaki aşırı uyarılmışlık semptomlarından sadece birini karşılıyor olması yeterlidir:

- Gece terörü

- Kabus göreceği korkusu ya da karanlık korkusu ile ilişkili olmadığı halde uykuya dalmakta güçlük yaşaması
- Gece terörü ya da kabus ile ilişkili olmadığı halde gece uyanmalar
- Konsantrasyonda azalma
- Hipervijilans (aşırı uyanıklık)
- Abartılı ürkme tepkileri
- Scheeringa ve arkadaşları (1995), hafifletilen C ve D kriterlerinin yerine yeni bir semptom kümesi eklemişlerdir. Buna göre aşağıdaki korku ve agresyon semptomlarından birini karşılıyor olmak gerekmektedir:
 - Yeni oluşan agresyon
 - Yeni oluşan ayrılma anksiyetesi
 - Tuvalete yalnız girmekten korkma
 - Karanlıktan korkma
 - Açıkça travmayla ilişkili olmayan şeylerden ve durumlardan korkma

Okul çağı çocuklarında ise yetişkinlerdekinin aksine, flaşbekler yerine hafızada boşluklar, travmayı unutma tepkileri görülebilir. Onlar da küçük yaş çocukları gibi travmayı oyunlarında oynayabilir ya da resimlerinde canlandırabilir. TSSB geliştirme ihtimali en yüksek olan çocuğun kolay incinebilir yapıda olan kaygılı çocuk olduğu bilinmektedir (Kılıç ve ark., 1999).

Ergenlerin TSSB tepkileri erişkinlerinkine en yakın olandır. Dürtüsel ve saldırgan davranışlar önemli TSSB tepkilerindendir. King (2000), yargı önünde, travmaya maruz kalmış çok sayıda gencin bulunduğunu, ve bunların TSSB, madde bağımlılığı ve çeşitli ruhsal bozukluklar geliştirmiş olduklarını gözlemlemiştir. Bu ergenlerin birçoğunun karşıt olma karşıt gelme bozukluğu ya da uyum bozukluğu tanısı almış olmasına rağmen TSSB tanısı alabileceklerini tartışılmaktadır. TSSB'yi gözden kaçırmak uygun olmayan tedavilerin yapılmasına yol açmaktadır.

2.7. Travma Sonrası Stres Bozukluğu Gelişimi için Risk Faktörleri

Çocuk ve ergenlerde TSSB gelişiminde payı olan birçok faktör bulunmaktadır. Kılıç ve arkadaşlarının (1999) aktardığına göre, Haizlip ve Corder 1996 yılında neden bazı çocukların travmalardan etkilendiğini ve diğerlerinin etkilenmediğini araştırmışlar ve etkilenmeyen çocukların çevreden yardım isteme becerileri olan ve kendi çevreleri

üzerinde kontrol sahibi olabilen çocuklar olduğunu bulmuşlardır. Bu çocukların olumlu benlik algısı olduğu, çevrelerini olumlu algıladıkları belirtilmiştir. Yaş, cinsiyet, çocuğun içinde bulunduğu gelişimsel dönem, çocuğun ve annenin psikiyatrik eş tanıları, aile işlevselliği ve bütünlüğü diğer önemli risk faktörleridir (Goenjian ve ark., 1995; Gren ve ark., 1991).

Ebeveynlerin çocuğa güçlü bir şekilde destek olması, TSSB oluşumunu engelleyebilir veya şiddetini azaltabilir. Foa (2000), ebeveynlerin çocuklarındaki TSSB semptomlarını en aza indirebileceğini belirtmektedir; ancak ebeveynler de aynı olaydan travmatize olmuşlarsa, onların yaşadığı travmatik etkilenmenin yoğunluğu çocuğunkini de artırabilmektedir. Ladakakos (2000), ebeveynlerin travmatize olmasının çocuklarının yaşadığı duygusal ve davranışsal güçlükleri tanımalarına engel olduğunu ve travmatize olma şiddeti oranında etkilenen çocuklarının ihtiyaçlarına duyarsız kaldıklarını belirtmektedir. Böylece çocuk yaşadığı travmanın etkileri yanında bir de anne ve babasının kendisinden uzaklaşmasıyla baş etmeye çalışmaktadır.

Çocuğun travmatik olaya yakınlığı da bir risk faktörüdür. Travmaya direkt olarak maruz kalan çocuğun, tanık olan çocuktan daha fazla TSSB geliştirme olasılığı vardır. Ancak TSSB geliştirmesi için çocuğun mutlaka travmaya direkt olarak maruz kalması şart değildir, bir cinayeti ya da tecavüzü görmek, aile içi şiddete tanık olmak, televizyonda travmatik olayları izlemek, savaşın içinde yaşamak gibi deneyimler TSSB gelişimini tetikleyebilmektedir (Scheeringa ve ark., 1995).

TSSB'nin küçük çocuklarda ve erkeklerde daha seyrek olduğu bulunmuştur. Ayrıca küçük çocuklar TSSB'yi ergen ve yetişkinlerden farklı tarzda yaşarlar. Anksiyete ve depresyon komorbiditesi yüksek görülür (Green ve ark., 1991). Küçük yaştaki çocukların TSSB semptomları daha çok travma temalı oyunlar oynamaktır.

March ve arkadaşları (1997), çıkan büyük bir yangında birçok kişinin hayatını kaybetmesinin ardından bu olaydan etkilenen çocuk ve ergenler üzerinde çalışmışlardır. Bulgular TSSB tanısına eşlik eden içsel ve dışsal davranış bozukluklarının (anksiyete ve depresyon, öfke ve karşı gelme davranışları) TSSB ile orantılı bir şekilde yükseldiğini göstermektedir. Bu eşlik eden bozuklukların TSSB ile güçlü bir ilişki içinde olduğu belirtilmektedir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Yöntem:

Katılımcılar, kanserli çocuğa sahip olan ve olmayan anneler olmak üzere iki gruba ayrılmıştır. Her iki gruptaki annelerin de sağlıklı en az bir çocuğu daha bulunmaktadır. İlk grubu İstanbul Üniversitesi Çapa Tıp Fakültesi Onkoloji Enstitüsü Pediatrik Hematoloji-Onkoloji Bilim Dalı'nda, Şubat-Haziran 2012 tarihleri arasında yatarak ve ayaktan tedavi gören, kanser tanısı almasının üzerinden en az 1 ay geçmiş olan, 9-18 yaş arası sağlıklı kardeşi olan çocuk ve ergenlerin anneleri oluşturmaktadır. Kontrol grubunu ise biri 9-18 yaş grubunda olmak üzere en az iki çocuğu olan anneler oluşturmaktadır. Anneler tarafından bazı ölçekler, araştırmacı ile yapılan görüşmede doldurulmuş, onlara sağlıklı kardeşlerin evde doldurması için ölçekler verilmiş ve bir sonraki görüşmede geri toplanmıştır. Annelere çalışmanın amacı ve içeriği anlatılmış, gönüllü olan ve çalışmaya dahil edilme kriterlerini karşılayanlarla görüşmeler yapılmıştır.

3.2. Gereçler:

3.2.1. Demografik Bilgi Formu

Veri formunda öncelikle olgunun sosyodemografik özellikleri tanımlanmıştır. Annenin ad-soyadı, yaşı, eğitim durumu, çalışma durumu; babanın yaşı, eğitim durumu; sağlıklı kardeşin yaşı, cinsiyeti, doğum sırası; hasta kardeşin ne zaman tanıldığı, nerede tedavi gördüğü; ailedeki toplam çocuk sayısı sorgulanmıştır.

3.2.2. Çocuk ve Ergenler için Davranış Değerlendirme Ölçeği (CBCL)

Orijinal ismi Child Behavior Checklist / 4-18 olan Çocuk ve Ergenler için Davranış Değerlendirme Ölçeği 4-18 yaş arası çocuk ve gençlerin sorun yeterlik alanları ile sorun davranışlarını, annelerden elde edilen bilgiler doğrultusunda belirleyebilmek için Achenbach ve Edelbroch tarafından geliştirilmiştir. 1983 yılında Türkçe'ye ilk çevirisi ve güvenilirlik çalışması, Akçakın ve Savaşır tarafından 1981 formu baz alınarak yapılmıştır. Çalışmada kullanılan 1991 formu ise Neşe Erol ve Melda Akçakın tarafından çevrilmiştir.

Ölçek, sosyal içe dönüklük, somatik yakınmalar, anksiyete-depresyon, sosyal sorunlar, düşünce sorunları, dikkat sorunları, suça yönelik davranışlar, saldırgan davranışları, cinsel sorunlar, içe yönelim bozuklukları ve dışa yönelim bozuklukları gibi çeşitli alt boyutların değerlendirilebilmesini ve bunların yanında bir toplam puanın elde edilmesini sağlayacak biçimde tasarlanmıştır.

4-18 Yaş Çocuk ve Gençler için Davranış Değerlendirme Ölçeği'nden "İçe Yönelim" ve "Dışa Yönelim" olmak üzere iki ayrı davranış belirti puanı elde edilmektedir. İçe yönelim grubu; sosyal içe dönüklük, somatik yakınmalar, anksiyete-depresyon alt ölçeklerinin toplanması ile elde edilirken, dışa yönelim grubu; suça yönelik davranışlar ve saldırgan davranışlar alt ölçeklerinin toplanması ile elde edilir. Ayrıca sosyal sorunlar, düşünce sorunları, dikkat sorunları, cinsel sorunları değerlendiren alt ölçekler de bulunmaktadır. Bütün alt ölçeklerden elde edilen puanların toplamından "Toplam Sorun" puanı elde edilmektedir.

4-18 Yaş Çocuk ve Gençler için Davranış Değerlendirme Ölçeği'nde ayrıca çocukların bedensel aktiviteler, sosyal aktiviteler ve okul aktiviteleri olmak üzere belli başlı alanlardaki yeterliliklerini de değerlendirmeyi amaçlayan; "etkinlik", "sosyallik" ve "okul" alt ölçeklerini kapsayan bir de Sosyal Yeterlik bölümü bulunmaktadır.

Ölçeğin test-tekrar test güvenirliği; yeterlilik puanı için 0,70 ve toplam sorun puanı için 0,84; iç tutarlılık değerleri ise yeterlik puanı için 0,39 ve toplam sorun puanı için 0,86 olarak bulunmuştur (Erol ve ark., 1995).

Alt ölçeklerde 70 puan klinik olarak ayırt edici sınır iken, 70'in üzerindeki T puanları klinik olarak ruhsal bir problemin varlığına işaret etmektedir. Toplam sorun puanı, dışa yönelim ve içe yönelim puanları için ise 63 T puan ayırt edici olmakta, 63 T puanı üzerindeki ortalamalar klinik olarak ruhsal bir problemin varlığına göstermektedir.

3.2.3. Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ) (Family Assesment Device)

Ailenin işlevlerini hangi alanlarda yerine getirdiğini ya da getiremediğini, ailelerin algılamalarına göre değerlendirmeyi sağlayan bir kendini bildirim (self Report) ölçeğidir. ADÖ, ABD'de Brown Üniversitesi ve Butler Hastanesi'nde Epstein, Baldwin ve Bishop tarafından 1983 yılında geliştirilmiş olup, Mc Master Aile İşlevleri Modeli'nin klinik olarak aileler üzerinde uygulanmasıyla elde edilmiştir (Epstein ve

ark., 1983). Ölçeğin ülkemizdeki geçerlik ve güvenilirlik çalışması Bulut tarafından yapılmıştır (Bulut, 1990).

12 yaş üzerindeki tüm aile bireylerine uygulanabilen bu ölçek toplam 60 madde içerir ve aile işlevselliğinin yedi boyutunu tanımlayan yedi alt ölçekten oluşmaktadır. Bunlar; problem çözme, iletişim, roller , duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterebilme, davranış kontrolü ve genel işlevlerdir. Problem çözme, ailenin etkin aile işlevselliğini sürdürebilecek şekilde sorun çözme becerilerini ifade eder. Sorunun ortaya çıkışından çözülmesine kadar olan dönemi kapsar. İletişim, bir ailede bilgilerin sözel yolla nasıl iletildiğini gösterir. Burada ailenin etkili bir iletişim içinde olup olmadığı ölçülmek istenmektedir. Bu nedenle üyeler arası sözlü iletişimin açık olup olmaması, kişilerin söylemek istediklerini doğrudan doğruya ifade edip edememeleri üzerinde durulmaktadır. Etkili iletişim açık ve dolaysız olmalıdır. Roller, ailenin maddi manevi ihtiyaçlarını karşılayan davranış kalıplarıdır. Ailenin, kaynakların kullanımı, bakıp büyütme, destekleme ve kişisel gelişim sağlama, aile sistemini idare etme gibi konularda davranış kalıbı geliştirip geliştirmediklerini araştırır. Para, konut, giyim, yeme gibi maddi ihtiyaçların karşılanması rollere bağlı olarak ele alınmaktadır. Bu konuda işlevsel bir aile çocukların ve ebeveynin bakımı, beslenme ve gelişmesini sağlayacak şekilde rollerini benimsemiş olan ailedir. İşlevler para, sağlık gibi konularda kural koymayı ve karar vermeyi gerektirir. Duygusal tepki verebilme, duygusal bir yaşantı olup ailenin çeşitli uyaranlara uygun nicelik ve nitelikte duygularla yanıt verebilme yetisi olarak açıklanabilir. Sevgi, mutluluk, neşenin yanı sıra kızgınlık , üzüntü, korku, utanç gibi duyguların sözle veya davranışlarla ifade edilebilir olması sağlıklılığı gösterir. Gereken ilgiyi gösterebilme ailenin bütün olarak bir üyesinin etkinlikleri ve ilgileri ile ilgilenebilme ve değer verme derecesini yansıtır. En sağlıklı aileler birbirleriyle orta derecede ilgilenirler. Az veya çok ilgilenen aileler bu konudaki işlevlerini yeterince yerine getiremiyorlar demektir. Davranış kontrolü, aile üyelerinin davranışlarına standart koyma ve disiplin sağlama biçimidir. Bu alt ölçekte psikolojik ve sosyal tehlike karşısındaki davranışlar değerlendirilir. Ayrıca kontrolün esnek, katı, serbest, düzensiz, oluşu da bu alt ölçekte yer almaktadır. Son olarak Genel İşlevler ailenin genel sağlığı/patolojisinin ölçütüdür.

Aile üyelerinden okudukları test maddelerinden kendilerine uygun olanı seçmeleri istenir. Seçenekler dört grupta toplanmıştır: ‘aynen katılıyorum’, ‘büyük ölçüde katılıyorum’, ‘biraz katılıyorum’, ‘hiç katılmıyorum’. Elde edilen puanlar her alt

boyut için toplanarak ortalaması alınır. Kuramsal olarak 2 sınır değerdir ve 2'nin üzerindeki puan ortalamaları aile işlevlerinde sağlıksızlık göstergesi olarak kabul edilmiştir (Miller ve ark., 1985).

3.2.4. Piers – Harris Çocuklar için Öz Kavramı Ölçeği (PHÖKÖ)

Bu ölçek Piers ve Harris (1969) tarafından çocukların öz güvenlerini ve öz kavramlarını, kendileriyle ilgili algılamalarını ve değerlendirmelerini ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Bu ölçek temel olarak bireyle ilgili evrensel olan bilişsel temsilleri kapsamaktadır. Öz kavramı ölçümlerinde yaygın olarak kullanılan bir ölçektir (Marsh, 1990). Ölçek 9 ila 20 yaş arasında olan bireylere uygulanan bir kağıt-kalem ölçeğidir. Uygulama süresinde bir sınırlama olmamasına rağmen yaklaşık önerilen süre 15 ila 20 dakika arasındadır. 80 maddeden oluşan ölçeğin 6 alt ölçeği vardır. Bu alt ölçekler; davranış ve uyma, zihinsel ve okul durumu, fiziksel görünüm, kaygı, popülerite ya da gözde olma, mutluluk- doyumdur.

Ölçeğin materyali soru formudur. Bireyin kendi kendine uygulayabileceği, uygulaması kolay olan, uygulayıcının uzman olmasını gerektirmeyen bir testtir. Uygulama sırasında katılımcıdan her madde için 'evet' ya da 'hayır' seçeneklerinden birini seçmesi istenir ve her maddenin yanıtlanması önemli olduğu vurgulanır. Ölçeğin puanlaması yanıt anahtarına göre yapılır. Yorumlanmasında ölçekten yüksek puan alan bireylerin kendisi hakkında olumlu, düşük puan alanların ise olumsuz düşünce ve duygulara sahip olduğu ortaya çıkar.

Türkçe'ye Çataklı ve Öner (1986-1987) tarafından çevrilmiş ve uyarlanmıştır (Öner, 1997). Türkçe adaptasyonunun test-tekrar test aracılığıyla yapılan güvenilirliği yüksek oranlar vermiş Pearson Momentleri Çarpımı korelasyon tekniğiyle hesaplanan oranlarda ilkokullar için .72 ile .91; ortaokullar için .79 ile .98 arasında değişmiştir. Kuder- Richardson güvenilirliği, Kuder- Richardson 20 formülünün genişletilmiş bir formu olan alfa korelasyonları ile belirlenen iç tutarlılık kat sayıları ilkokullar için .87, ortaokullar için .86 olarak hesaplanmıştır. Madde toplam puan güvenilirliği nokta çift-seri korelasyonları ile madde toplam puan ilişkileri .09 ile .50 arasında bulunmuştur. ortalanca korelasyon değerlerinin düşük sosyo-ekonomik gruplar için .32, yüksek sosyo-ekonomik gruplar için .28 olduğu görülmüştür. Standart hata puanı örneklemdeki her sınıf için hesaplanan ölçemenin standart hatası 1.55 ile 5.13 puan arasında bulunmuştur.

Yapı geçerliliği ise ölçeğin faktör analizi ilkokulla üniversite örneklemelerini kapsayan 800 öğrenci grubu üzerinde yapılmıştır. Özgün ölçek çalışmasına paralel, 6 faktörlü model sınanarak farklı madde kümelerinden oluşan 6 faktör elde edilmiştir. Ancak bu faktörlerin ölçek puanına katkı oranları değişik çıktığından faktörlerin önem sıralarında farklı yerlere girdiği saptanmıştır. toplam 1388 öğrenciye Pers-Harris Çocuklar için Öz Kavram Ölçeği ile Sınav Kaygısı Envanteri uygulanmıştır. İki ölçek arasındaki korelasyonlar kuramsal beklentiler doğrultusunda ortaokullar için -.50i liseler için -.47, .01 anlam düzeyinde bulunmuştur.

3.2.5. Çocuklar için Travma Sonrası Stres Tepki Ölçeği (ÇTSS-TÖ)

ÇTSS-TÖ, okul çağındaki çocuk ve ergenlerin travmatik bir olay karşısında ortaya çıkan özgül stres belirtilerini değerlendirmek için kullanılmaktadır. Ölçek çocuk ve ergenlerin travma sonrası stres tepkilerini ölçmede kullanılan en yaygın ölçeklerden biridir.

20 maddelik bu ölçek TSSB DSM-III tanı ölçütlerine uygun olarak Pynoos ve arkadaşları (1987) tarafından geliştirilmiştir. Bir hafta arayla yapılan iki değerlendirmede puanlayıcılar arası ölçüt geçerliliği %94, Cohen Kapa katsayısı .878 bulunmuştur.

ÇTSS-TÖ Pynoos ve Nader (1988) tarafından tekrar gözden geçirilmiş ve her madde için 5 puanlı Likert tipi puanlama geliştirilmiştir: 0-hiçbir zaman, 1-peki az, 2-arada bir, 3-çoğu zaman, 4-hemen her zaman. Toplam puan 0-80 arasında dağılım gösterir. Ölçekteki 7., 12. ve 15. maddeler ters puanlanmaktadır. Ayrıca klinik uygulamalar sonucunda elde edilen puanlar için belirlenen ölçütler şöyle belirlenmiştir:

12-24 puan arası: Hafif düzeyde TSSB

25-39 puan arası: Orta düzeyde TSSB

40-59 puan arası: Ağır düzeyde TSSB

60 ve üstü puanlar: Çok ağır TSSB (Erden, 1999).

Ölçeğe ilişkin geçerlilik çalışması TSSB DSM-III-R tanı ölçütleri ile tanı konulmuş Ermenistan depremini yaşamış çocuklarda yapılmış ve ölçeğin ölçüt geçerliliği TSSB DSM-III-R tanı ölçütleri ile ölçekten elde edilen bulgular arasında .91 bulunmuştur. Pynoos ve arkadaşlarının çalışmasında ‘ağır’ ve ‘çok ağır’ kategorisine giren çocukların tüm grupta TSSB tanısı konanların %78’ini oluşturduğu görülmüştür (Pynoos, 1993).

ÇTSS-TÖ Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Erden ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Erden, 1999). Örneklem grubunu Kırıkkale ilinde bir fabrikada meydana gelen patlama sırasında şehirde olup patlamaya tanık olan 8-12 yaşlarında 60 öğrenciden oluşturmuştur. Zaman içindeki tutarlılığı test-tekrar test yöntemi ile sınanan ölçeğin güvenilirliği .86, Cronbach alfa .75, puanlayıcılar arası tutarlılık Cappa .87 bulunmuştur. Travma sonrası stres bozukluğu DSM-IV tanı ölçütleri ile ÇTSS-TÖ puanlarına ilişkin ölçütlerin tutarlılığı ($p < .000$ ile $p < .01$) bulunmuştur. Bu çalışmada DSM-IV'e göre TSSB tanısı konan grubun %80'i orta ve ağır ÇTSS-TÖ kategorisinde bulunmuştur.

3.2.6. Kısa Semptom Envanteri

Kısa Semptom Envanteri (KSE) (Brief Symptom Inventory), Derogatis (1992) tarafından geliştirilmiş 53 maddelik kendini değerlendirme türü bir envanterdir. Normal örneklemelerde olduğu gibi, çeşitli psikiyatrik ve medikal hastalarda da ortaya çıkabilecek bazı psikolojik semptomları yakalamak amacıyla geliştirilmiş çok boyutlu bir semptom tarama ölçeğidir. KSE, SCL-90 olarak bilinen 90 maddelik Symptom Belirleme Listesi'nin kısaltılmış, yaklaşık olarak 5-10 dakika içinde doldurulabilen bir formudur. Tıpkı SCL-90'da olduğu gibi 9 alt ölçek ve 3 global indeksten oluşmaktadır. Bu kısa formun daha güçlü psikometrik özelliklere sahip olduğu ve 26 dile çevrilerek yaygın bir biçimde kullanıldığı belirtilmektedir (Derogatis, 1992). Daha önce de belirtildiği gibi KSE, 53 maddeden oluşan Likert tipi bir ölçektir. Maddeler “hiç” ve “çok fazla” ifadelerine karşılık gelen 0- 4 değerleri arasında derecelendirilmiştir. Dokuz alt ölçek, üç global indeks ve ek maddelerden oluşmaktadır. Ölçeğin orijinalinde yer alan alt ölçekler, “somatizasyon”, “obsesif-kompulsif bozukluk”, “kişilerarası duyarlılık”, “depresyon”, “anksiyete”, “hostilite”, “fobik anksiyete”, “paranoid düşünceler” ve “psikotizm”dir. Global indeksler ise “rahatsızlık ciddiyeti indeksi”, “belirti toplamı” ve “semptom rahatsızlık indeksi” olarak adlandırılmaktadır.

Ölçeğin geçerliği ve güvenilirliği ile ilgili yapılmış pek çok araştırma mevcuttur. Derogatis (1992), 719 psikiyatrik hasta üzerinde yapmış olduğu bir çalışmada, dokuz alt ölçek için iç tutarlılık katsayılarının .71 (psikotizm) ile .85 (depresyon) arasında değiştiğini belirtmektedir. Ayrıca 60 normal yetişkin üzerinde iki hafta ara ile yapılan test-tekrar test güvenilirlik katsayıları, $r = .68$ (somatizasyon) ve $r = .91$ (fobik anksiyete) arasında değişmektedir. Üç global rahatsızlık ölçeğinde ise bu katsayıların $r = .90$ (GSI),

$r = .87$ (PSDI) ve $r = .80$ (PST) oldukları görülmüştür. KSE'nin Türkiye uyarlaması üç ayrı çalışma ile Şahin ve Durak (1994) tarafından gerçekleştirilmiştir.

3.2.7. Gözden Geçirilmiş Olayların Etkisi Ölçeği (The Impact of Events Scale- Revised)

İlk biçimi Horowitz ve arkadaşları (1979) tarafından geliştirilmiş olan Olayların Etkisi Ölçeği (OEÖ), bir kişide belirli travmatik etkenlere bağlı olarak son yedi günde ortaya çıkmış olan şikayetleri değerlendiren ve kişinin kendisi tarafından uygulanan bir ölçektir. Weiss ve Marmar (1997), TSSB belirti gruplarından sadece ikisini (yeniden yaşama ve kaçınma) sorgulayan ilk OEÖ'yü yeniden gözden geçirerek tüm TSSB belirti gruplarını sorgulayacak şekilde OEÖ-G oluşturmuşlardır. Ölçekte son yedi gündeki belirtilerin şiddetinin 0 (hiç), 1 (biraz), 2 (orta), 3 (fazla), 4 (çok fazla) şeklinde puanlandığı 22 soru bulunmaktadır. OEÖ-G; yeniden yaşama (1,2,3,6,9,14,16,20. sorular), kaçınma (5,7,8,11,12,13,17,22. sorular) ve aşırı uyarılma (4,10,15,18,19,21. sorular) olmak üzere üç alt ölçeğin birleşmesinden oluşmaktadır (Çorapçıoğlu ve ark., 2006). Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Aytül Çorapçıoğlu ve arkadaşları (2006) tarafından yapılmıştır.

2. BULGULAR

Çalışmada elde edilen bulgular bilgisayar ortamında değerlendirilmiştir. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodlar (frekans, yüzde, ortalama, standart sapma) kullanılmıştır.

Niceliksel verilerin karşılaştırılmasında iki grup durumunda, Kolmogorov-Smirnov testi ile normal dağılıma uygunluk değerlendirilmiştir. Normal dağılım göstermeyen parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Mann Whitney U test kullanılmıştır. Ölçekler arası ilişkileri saptamak için Spearman Korelasyon analizi kullanılmıştır. Sosyo-demografik özelliklerin karşılaştırılmasında Pearson kare analizi uygulanmıştır.

Sonuçlar % 95 güven aralığında, anlamlılık $p < 0,05$ düzeyinde çift yönlü olarak değerlendirilmiştir.

Tablo 1. Demografik Özellikler

		Kanserli çocuğa sahip		Kontrol grubu		p
		n	%	n	%	
Anne yaş	30-39	16	40,0	18	45,0	$X^2=0,342$ $p=0,843$
	40-49	21	52,5	20	50,0	
	50 ve üstü	3	7,5	2	5,0	
Anne okula devam süresi	1-5 yıl	12	30,0	9	22,5	$X^2=0,659$ $p=0,719$
	6-10 yıl	10	25,0	10	25,0	
	11 yıl ve üstü	18	45,0	21	52,5	
Çalışma durumu	Ev hanımı	33	82,5	25	62,5	$X^2=4,013$ $p=0,045$
	Çalışıyor	7	17,5	15	37,5	
Baba yaş	30-39	6	15,0	7	17,5	$X^2=0,117$ $p=0,943$
	40-49	21	52,5	21	52,5	
	50 ve üstü	13	32,5	12	30,0	
Baba okula devam süresi	1-5 yıl	7	17,5	6	15,0	$X^2=1,360$ $p=0,507$
	6-10 yıl	13	32,5	9	22,5	
	11 yıl ve üstü	20	50,0	25	62,5	
Sağlıklı kardeşin cinsiyeti	Kız	24	60,0	22	55,0	$X^2=0,205$ $p=0,651$
	Erkek	16	40,0	18	45,0	
Hasta kardeşe tanı konma zamanı	bir yıldan az süre önce	29	72,5			
	bir yıldan fazla süre önce	11	27,5			

Çalışmaya dahil edilen 80 çocuk ve ebeveynlerine ait demografik bilgiler Tablo 1'de gösterilmektedir. Kanserli çocuğa sahip olan annelerin 16'sı (%40,0) 30-39, 21'i (%52,5) 40-49, 3'ü (%7,5) 50 ve üstü yaş grubundaydı. Kontrol grubundaki annelerin 18'i (%45,0) 30-39, 20'si (%50,0) 40-49, 2'si (%5,0) 50 ve üstü yaş grubundaydı.

Kanserli çocuğa sahip olan annelerin 12'si (%30,0) 1-5 yıl, 10'u (%25,0) 6-10 yıl, 18'i (%45,0) 11 yıl ve üstü okula devam ettiğini söyledi. Kontrol grubundaki

annelerin 9'u (%22,5) 1-5 yıl, 10'u (%25,0) 6-10 yıl, 21'i (%52,5) 11 yıl ve üstü okula devam ettiğini söyledi.

Kanserli çocuğa sahip olan annelerin 33'ü (%82,5) ev hanımı, 7'si (%17,5) çalışandı. Kontrol grubundaki annelerin 25'i (%62,5) ev hanımı, 15'i (%37,5) çalışandı. Annelerin çalışma durumları arasındaki bu anlamlı farklılığın, çocuklarına kanser tanısı konmasıyla annelerin çoğunun çalışma hayatını bırakması nedeniyle olduğu anlaşılmıştır.

Kanserli çocuğa sahip olan babaların 6'sı (%15,0) 30-39, 21'i (%52,5) 40-49, 13'ü (%32,5) 50 ve üstü yaş grubundaydı. Kontrol grubundaki babaların 7'si (%17,5) 30-39, 21'i (%52,5) 40-49, 12'si (%30,0) 50 ve üstü yaş grubundaydı.

Kanserli çocuğa sahip olan babaların 7'si (%17,5) 1-5 yıl, 13'ü (%32,5) 6-10 yıl, 20'si (%50,0) 11 yıl ve üstü okula devam ettiğini söyledi. Kontrol grubundaki babaların 6'sı (%15,0) 1-5 yıl, 9'u (%22,5) 6-10 yıl, 25'i (%62,5) 11 yıl ve üstü okula devam ettiğini söyledi.

Hasta grubundaki sağlıklı kardeşlerin 24'ü (%60,0) kız, 16'sı (%40,0) erkekti. Kontrol grubundaki kardeşlerin 22'si (%55,0) kız, 18'i (%45,0) erkekti.

Hasta grubundaki kanserli kardeşlerin 29'u (%72,5) bir yıldan az süre önce, 11'i (%27,5) bir yıldan fazla süre önce tanı almıştı.

Tablo 2. Annelerde Kısa Semptom Envanterinin Gruplara Göre Dağılımı

	Kanserli çocuğa sahip (n=40)		Kontrol Grubu (n=40)		Mann Whitney U	p
	Ort	Ss	Ort	Ss		
Somatizasyon	1,925	3,647	1,300	2,255	777,5	0,799
Obsesif-Kompulsif Bozukluk	2,025	2,957	2,075	2,990	785,5	0,880
Kişiler Arası Duyarlılık	2,400	2,036	2,925	2,433	708,0	0,370
Depresyon	9,025	4,886	6,825	4,094	545,0	0,014*
Anksiyete Bozukluğu	6,600	3,185	4,675	2,291	506,0	0,004**
Hostilite	2,550	3,029	2,975	3,482	755,5	0,663
Fobik Anksiyete	1,625	1,675	1,575	1,615	788,5	0,907
Paranoid Düşünceler	0,950	1,552	0,700	1,381	738,5	0,486
Psikotizm	1,950	1,894	1,350	1,388	663,5	0,173
Ek Maddeler	3,175	2,024	2,775	2,190	703,5	0,339

*p<0,05 **p<0,01

Kanserli çocuğa sahip annelerin depresyon puanları (x=9,025), kontrol grubundaki annelerin depresyon puanlarından (x=6,825) yüksek bulunmuştur (Tablo 2).

Kanserli çocuğa sahip annelerin anksiyete bozukluğu puanları (x=6,60), kontrol grubundaki annelerin anksiyete bozukluğu puanlarından (x=4,675) yüksek bulunmuştur (Tablo 2).

Kanserli çocuğa sahip anneler ile kontrol grubundaki anneler arasında diğer kısa semptom envanteri alt boyutları açısından anlamlı fark bulunmamıştır (p>0,05).

Aile işlevselliğinin değerlendirildiği Aile Değerlendirme Ölçeği sonuçlarına bakıldığında, kanserli aileler ile kontrol grubundaki aileler arasında anlamlı fark bulunmamıştır (p>0,05).

Tablo 3. Annelerde Olayların Etkisi Ölçeğinin Gruplara Göre Dağılımı

	Kanserli çocuğa sahip (n=40)		Kontrol Grubu (n=40)		Mann Whitney U	p
	Ort	Ss	Ort	Ss		
Yeniden yaşama	3,604	0,556	3,539	0,603	762,000	0,711
Kaçınma	4,577	0,886	3,563	0,991	406,500	<0,001**
Aşırı uyarılma	2,167	0,394	2,302	0,526	709,500	0,373

*p<0,05

**p<0,01

Kanserli çocuğa sahip annelerin kaçınma alt boyut puanları ($4,577 \pm 0,886$), kontrol grubundaki annelerin kaçınma alt boyut puanlarından ($3,563 \pm 0,991$) yüksek bulunmuştur (Tablo 3). Kaçınmanın yüksek olmasının bu annelerin, yas sürecinin ilk evresi olan inkar tepkisi ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür.

Kanserli çocuğa sahip anneler ile kontrol grubundaki anneler arasında diğer OEÖ alt boyutları açısından anlamlı fark bulunmamıştır.

Tablo 4. Kardeşlerde Piers-Harris Öz Kavramı Ölçeğinin Gruplara Göre Dağılımı

	Hasta grubu (n=40)		Kontrol Grubu (n=40)		Mann Whitney U	p
	Ort	Ss	Ort	Ss		
Mutluluk-doyum	1,538	0,096	1,738	0,599	731,000	0,494
Kaygı	1,547	0,129	1,444	0,186	558,000	0,017*
Popülerite ya da gözde olma	1,507	0,123	1,510	0,129	791,000	0,929
Davranış ve uyma	1,564	0,148	1,548	0,143	760,000	0,696
Fiziksel görünüm	1,426	0,209	1,426	0,175	763,000	0,719
Zihinsel ve okul durumu	1,768	0,246	1,733	0,261	737,000	0,530

*p<0,05

**p<0,01

Sağlıklı kardeşlerin kaygı puanları ($x=1,547$), kontrol grubundaki kardeşlerin kaygı puanlarından ($x=1,444$) yüksek bulunmuştur (Tablo 4).

Kanserli kardeşi olan çocuklar ile kontrol grubundaki çocuklar arasında diğer Piers-Harris ölçeği alt boyutları açısından anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 5. Kardeşlerde CBCL'nin Gruplara Göre Dağılımı

	Hasta Grubu (n=40)		Kontrol Grubu (n=40)		Mann Whitney U	p
	Ort	Ss	Ort	Ss		
Sosyal içe çekilme	0,663	0,310	0,493	0,286	536,500	0,011*
Somatik yakınmalar	0,160	0,185	0,197	0,200	704,500	0,341
Anksiyete-depresyon	0,548	0,218	0,342	0,201	398,000	<0,001**
Sosyal sorunlar	0,325	0,204	0,341	0,194	753,500	0,649
Düşünce sorunları	0,164	0,147	0,173	0,175	795,000	0,960
Dikkat sorunları	0,682	0,275	0,515	0,317	516,000	0,006**
Suça yönelik davranışlar	0,215	0,154	0,234	0,171	770,000	0,770
Saldırgan davranışlar	0,496	0,342	0,489	0,345	781,000	0,854
İçe yönelim	0,524	0,218	0,372	0,225	501,000	0,004**
Dışa yönelim	0,356	0,228	0,373	0,231	770,500	0,776
Davranış değerlendirme toplam	0,367	0,135	0,333	0,121	675,500	0,230

* $p<0,05$

** $p<0,01$

Sağlıklı kardeşlerin sosyal içe çekilme ($x=0,663$), anksiyete- depresyon ($x=0,548$), dikkat sorunları ($x=0,682$) ve içe yönelim puanları ($x=0,524$), kontrol grubundaki kardeşlerin sosyal içe çekilme ($x=0,493$), anksiyete-depresyon ($x=0,342$), dikkat sorunları ($x=0,515$) ve içe yönelim puanlarından ($x=0,372$) yüksek bulunmuştur (Tablo 5).

Hasta çocuk grubundaki sağlıklı kardeşler ile kontrol grubundaki kardeşler arasında diğer CBCL alt boyutları açısından anlamlı fark bulunmamıştır. ($p>0,05$).

Tablo 6 . Kardeşlerde Travma Sonrası Stres Tepki Ölçeğinin Gruplara Göre Dağılımı

	Hasta Grubu (n=40)		Kontrol Grubu (n=40)		Mann Whitney U	p
	Ort	Ss	Ort	Ss		
Travma sonrası stres tepki toplam	2,94	0,43	2,70	0,46	577,50	0,03*

*p<0,05

**p<0,01

Hasta grubunda kanserli kardeşe sahip sağlıklı çocukların travma sonrası stres tepki toplam puanları ($x=2,94$), kontrol grubundaki kardeşlerin travma sonrası stres tepki toplam puanlarından ($x=2,70$) yüksek bulunmuştur (Tablo 6).

Tablo 7. Hasta grubundaki kardeşlerin TSSB ölçütünü karşılama durumu

	Frekans	Yüzde (%)
Orta düzeyde TSSB	2	5,3
Ağır düzeyde TSSB	29	76,3
Çok ağır TSSB	7	18,4

Çalışmaya katılan 40 kardeşin 38'inde TSSB bulunmuştur. Bunların 2'si (% 5,3) orta düzeyde TSSB, 29'u (% 76,3) ağır düzeyde TSSB, 7'si (% 18,4) çok ağır TSSB idi (Tablo 7).

Kanserli çocuğu olan ailelere uygulanan Aile Dğerlendirme Ölçeği sonuçları ile bu ailelerdeki annelerin Kısa Semptom Envanteri sonuçları karşılaştırıldığında annedeki somatizasyon alt boyut puanları ile ailedeki problem çözme ($r=-0,460$; $p=0,003<0,05$), iletişim ($r=-0,282$; $p=0,030<0,05$), duygusal tepki verebilme ($r=-0,195$; $p=0,039<0,05$) alt boyut puanları arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda puanlar arasında sırasıyla %46,0; %28,2; %19,5 negatif yönde anlamlı ilişki

bulunmuştur. Buna göre annedeki somatizasyon alt boyut puanı arttıkça ailedeki problem çözme, iletişim ve duygusal tepki verebilme alt boyut puanları azalmaktadır.

Annedeki obsesif-kompulsif bozukluk alt boyutu ile ailedeki problem çözme ($r=-0,344$; $p=0,031<0,05$) ve gereken ilgiyi gösterme ($r=-0,675$; $p=0,000<0,05$) alt boyutu arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında sırasıyla %34,4 ve %67,5 negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Buna göre annede obsesif kompulsif bozukluk alt boyut puanı arttıkça problem çözme ve gereken ilgiyi gösterme alt boyut puanları azalmaktadır.

Annedeki depresyon alt boyutu ile ailedeki problem çözme ($r=-0,459$; $p=0,003<0,05$), iletişim ($r=-0,234$; $p=0,027<0,05$) ve duygusal tepki verebilme ($r=-0,298$; $p=0,000<0,05$) alt boyutları ile arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında sırasıyla %45,9; %23,4; %29,8 negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Buna göre annedeki depresyon alt boyut puanı arttıkça ailedeki problem çözme, iletişim ve duygusal tepki verebilme alt boyut puanları azalmaktadır.

Annedeki anksiyete bozukluğu alt boyutu ile ailedeki roller ($r=-0,410$; $p=0,009<0,05$), duygusal tepki verebilme ($r=-0,437$; $p=0,005<0,05$), gereken ilgiyi gösterme ($r=-0,327$; $p=0,039<0,05$) ve davranış kontrolü ($r=-0,100$; $p=0,541>0,05$) alt boyutları ile arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında sırasıyla %41,0; %43,7; %32,7 ve %10,0 negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Buna göre annedeki anksiyete bozukluğu alt boyut puanı arttıkça ailedeki roller, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterme ve davranış kontrolü alt boyut puanları azalmaktadır.

Annelere uygulanan Kısa Semptom Envanteri sonuçları ile Aile Değerlendirme Ölçeği sonuçlarına bakıldığında diğer alt boyutlarda puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunmamıştır.

Tablo 8. Annelerdeki KSE ile OEÖ İlişkisi

		Yeniden yaşama	Kaçınma	Aşırı uyarılma
Somatizasyon	r	-0,309	0,638	-0,187
	p	0,052	0,002	0,247
Obsesif-Kompulsif Bozukluk	r	-0,118	-0,017	0,033
	p	0,470	0,918	0,840
Kişiler Arası Duyarlılık	r	0,305	-0,034	0,373
	p	0,056	0,833	0,018
Depresyon	r	0,536	-0,169	0,624
	p	<0,001	0,298	<0,001
Anksiyete Bozukluğu	r	0,225	-0,203	0,204
	p	0,163	0,208	0,206
Hostilite	r	0,135	0,002	0,469
	p	0,407	0,992	0,538
Fobik Anksiyete	r	-0,062	-0,088	-0,266
	p	0,704	0,587	0,098
Paranoid Düşünceler	r	-0,307	0,160	-0,189
	p	0,054	0,324	0,244
Psikotizm	r	0,200	-0,176	0,303
	p	0,216	0,279	0,057
Ek Maddeler	r	0,012	-0,061	0,123
	p	0,942	0,709	0,449

Hasta kardeş grubunda annelere uygulanan Kısa Semptom Envanteri ve Olayların Etkisi Ölçeği'nden alınan puanlar karşılaştırıldığında yeniden yaşama ile depresyon ($r=0,536$; $p=0,000<0,05$), kaçınma ile somatizasyon ($r=0,638$; $p=0,002<0,05$), aşırı uyarılma ile kişiler arası duyarlılık ($r=0,373$; $p=0,018<0,05$) ve depresyon ($r=0,624$; $p=0,000<0,05$) alt boyutları arasında istatistiksel açıdan anlamlı

ilişki bulunmuştur (Tablo 8). Buna göre kanserli çocuğu olan annelerde yeniden yaşama arttıkça depresyon da artmakta; kaçınma arttıkça somatizasyon da artmakta ve aşırı uyarılma arttıkça kişiler arası duyarlılık ve depresyon da artmaktadır.

Kanserli çocuk grubunda annelerin Kısa Semptom Envanteri'nden aldıkları puanlar ile sağlıklı kardeşlerin Piers Harris Öz Kavramı Ölçeği'nden aldıkları puanlar arasındaki ilişkiye bakıldığında annelerin somatizasyon ($r=-0,765$; $p=0,005<0,05$) ve depresyon ($r=-0,05$; $p=0,000<0,05$) alt boyutlarından aldıkları puanlarla sağlıklı kardeşlerin mutluluk-doyum alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında negatif yönde anlamlı ilişki olduğu görülmüştür. Buna göre annelerde somatizasyon ve depresyon arttıkça çocuklarda mutluluk- doyum azalmaktadır.

Sağlıklı kardeşlerin Piers Harris Ölçeği'nde kaygı alt boyutundan aldıkları puanlarla annelerin depresyon ($r=0,624$; $p=0,02<0,05$) ve anksiyete bozukluğu ($r=-0,469$; $p=0,04<0,05$) alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında da sırasıyla %62,4 ve %46,9 pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Buna göre annelerde depresyon ve anksiyete bozukluğu arttıkça çocuklarda kaygı artmaktadır.

Kanserli çocuk grubunda annelerin Kısa Semptom Envanteri puanlarıyla sağlıklı kardeşlerin CBCL puanlarının karşılaştırılması sonucunda annelerde somatizasyonun artmasıyla çocuklarda somatik yakınmalar ($r=0,822$; $p=0,031<0,05$), içe yönelim ($r=0,265$; $p=0,000<0,05$) puanların arttığı görülmüştür.

Annelerin depresyon alt boyutundan aldıkları puanlar ile çocukların sosyal içe çekilme ($r=0,25$; $p=0,02<0,05$), içe yönelim ($r=0,32$; $p=0,01<0,05$) alt boyutlarından aldıkları puanlar arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda puanlar arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Annelerde depresyon puanları arttıkça çocuklarda sosyal içe çekilme, içe yönelim puanları da artmaktadır.

Annelerin anksiyete bozukluğu puanlarının çocukların sosyal sorunlar ($r=0,975$; $p=0,018<0,05$), dikkat sorunları ($r=0,292$; $p=0,012<0,05$) alt boyut puanları ile pozitif yönde ilişkili olduğu bulunmuştur. Buna göre annelerde anksiyete bozukluğu arttıkça çocuklarda sosyal sorunlar, dikkat sorunları da artmaktadır.

Annelerin Kısa Semptom Envanteri'nden aldıkları puanlar ile sağlıklı kardeşlerin Travma Sonrası Stres Tepki Ölçeği'nden aldıkları puanlar arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda annelerin somatizasyon ($r=0,341$; $p=0,031<0,05$) ve depresyon ($r=0,484$; $p=0,002<0,05$) alt boyutlarından aldıkları puanlar ile çocukların travma sonrası stres tepki toplam puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Buna göre annelerde somatizasyon ve depresyon arttıkça çocuklarda travma sonrası stres de artmaktadır.

Tablo 9. Aile değerlendirme ölçeği ile Annelerde Olayların Etkisi Ölçeği ilişkisi

		Yeniden yaşama	Kaçınma	Aşırı uyarılma
Problem çözme	r	0,387	-0,238	0,170
	p	0,138	0,014	0,295
İletişim	r	0,347	-0,320	0,119
	p	0,512	0,044	0,465
Roller	r	0,264	-0,429	-0,107
	p	0,100	0,075	0,511
Duygusal tepki verebilme	r	0,073	-0,302	0,017
	p	0,656	0,006	0,917
Gereken ilgiyi gösterme	r	-0,106	-0,284	-0,201
	p	0,514	0,076	0,214
Davranış kontrolü	r	0,204	-0,137	0,299
	p	0,206	0,398	0,061
Genel işlevler	r	0,275	-0,385	0,111
	p	0,086	0,014	0,493

Aile işlevselliğinin ölçüldüğü Aile Değerlendirme Ölçeği sonuçları ile annelerin ne derece travmatize olduğunun ölçüldüğü Olayların Etkisi Ölçeği sonuçları arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, annelerin kaçınma alt boyutundan aldıkları puanlar ile Aile Değerlendirme Ölçeği'nin problem çözme ($r=-0,238$; $p=0,014<0,05$) ve duygusal tepki verebilme ($r=-0,302$; $p=0,006<0,05$) alt boyutlarından alınan puanlar arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Buna göre ailelerde problem çözme ve duygusal tepki verebilme azaldıkça annelerde kaçınma artmaktadır (Tablo 9).

Tablo 10. Aile Değerlendirme Ölçeği ile Kardeşlerde PHÖKÖ İlişkisi

		Mutluluk- doyum	Kaygı	Popularite- gözde olma	Davranış ve uyma	Fiziksel görünüm	Zihinsel ve okul durumu
Problem çözme	r	0,007	-0,680	0,462	-0,036	0,263	0,138
	p	0,964	0,014	0,675	0,825	0,101	0,397
İletişim	r	0,450	-0,114	0,346	-0,193	0,266	0,133
	p	0,003	0,484	0,736	0,233	0,097	0,415
Roller	r	0,041	0,012	0,144	-0,089	0,166	0,131
	p	0,804	0,943	0,374	0,586	0,307	0,421
Duygusal tepki verebilme	r	-0,004	-0,385	0,112	-0,115	0,235	0,046
	p	0,980	0,029	0,490	0,479	0,145	0,779
Gereken ilgiyi gösterme	r	0,960	-0,444	-0,458	-0,143	0,062	-0,265
	p	0,025	0,555	0,808	0,379	0,704	0,128
Davranış kontrolü	r	-0,390	-0,512	-0,119	-0,066	0,207	-0,093
	p	0,745	0,950	0,464	0,684	0,200	0,567
Genel işlevler	r	0,015	-0,061	0,274	-0,205	0,195	0,753
	p	0,925	0,708	0,087	0,205	0,228	0,548

Kanserli çocuk grubunda Aile Değerlendirme Ölçeği sonuçları ile sağlıklı kardeşlere uygulanan Piers Harris Öz Kavramı Ölçeği sonuçları karşılaştırıldığında çocukların mutluluk-doyum alt boyutu ile Aile Değerlendirme Ölçeği'nin iletişim ($r=0,45$; $p=0,003<0,05$) ve gereken ilgiyi gösterme ($r=0,96$; $p=0,025<0,05$) alt boyutları arasında pozitif yönde; çocukların kaygı puanları ile ailenin problem çözme ($r=-0,68$; $p=0,014<0,05$) ve duygusal tepki verebilme ($r=-0,385$; $p=0,029<0,05$) puanları arasında ise negatif yönde ilişki olduğu görülmüştür. Bu sonuçlara göre ailede iletişim ve gereken ilgiyi gösterme arttıkça çocukta mutluluk-doyum da artmaktadır. Bunun

yanında ailede problem çözme ve duygusal tepki verebilme azaldıkça çocukta kaygı artmaktadır (Tablo 10).

Sağlıklı kardeşlere uygulanan Çocuk ve Gençler için Davranış Değerlendirme Ölçeği'nden alınan puanlar ile Aile Değerlendirme Ölçeği'nden alınan puanlar arasındaki ilişkiye bakıldığında ailenin problem çözme becerileri ile çocuğun somatik yakınmaları ($r=-0,611$ $p=0,03<0,05$) arasında %61,1 negatif yönde anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. Buna göre ailede problem çözme becerileri azaldıkça çocukta somatik yakınmaları artmaktadır.

Ailede iletişim ($r=-0,369$; $p=0,019<0,05$) ve duygusal tepki verebilme ($r=-0,372$; $p=0,018<0,05$) alt boyut puanları azaldıkça çocukta anksiyete bozukluğu görülme sıklığının artmasıyla birlikte, ailedeki iletişim eksikliğinin aynı zamanda çocuğun içe yönelim puanlarını da arttırdığı bulunmuştur ($r=-0,31$; $p=0,01<0,05$).

Ailede gereken ilgiyi gösterme puanları ile çocukta dikkat sorunları arasında da %48 negatif yönde anlamlı ilişki vardır. Ailede gereken ilgiyi gösterme azaldıkça çocukta dikkat sorunları artmaktadır ($r=-0,458$; $p=0,009<0,05$).

Tablo 11. Aile değerlendirme ölçeği ile Kardeşlerde Travma Sonrası Stres Tepki Ölçeği ilişkisi

		Travma sonrası stres tepki toplam
Problem çözme	r	0,185
	p	0,254
İletişim	r	-0,217
	p	0,002
Roller	r	0,050
	p	0,759
Duygusal tepki verebilme	r	-0,368
	p	0,024
Gereken ilgiyi gösterme	r	-0,066
	p	0,686
Davranış kontrolü	r	0,336
	p	0,588
Genel işlevler	r	0,059
	p	0,715

Aile Değerlendirme Ölçeği ile sağlıklı kardeşlere uygulanan Travma Sonrası Stres Tepki Ölçeği Sonuçları arasındaki ilişkiye bakıldığında travma sonrası stres tepki toplam alt boyutu ile iletişim ($r=-0,217$; $p=0,002<0,05$) ve duygusal tepki verebilme ($r=-0,368$; $p=0,024<0,05$) alt boyut puanları arasında, negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Ailede iletişim ve duygusal tepki verebilme alt boyut puanları düştükçe, sağlıklı kardeşlerde travma sonrası stres tepki puanı yükselmektedir (Tablo 11).

Annelerin travmatik yaşam olaylarından etkilenme düzeyleri ile sağlıklı kardeşlerin öz kavramları arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere iki ölçek arasında yapılan korelasyon analizi sonuçlarına göre annelerin kaçınma alt boyut puanları arttıkça çocukların mutluluk-doyum puanları azalırken ($r=-0,019$; $p=0,026<0,05$), kaygı puanları artmaktadır ($r=0,039$; $p=0,01<0,05$).

Annelerin Olayların Etkisi Ölçeği'nden aldıkları puanlar, sağlıklı kardeşlerin Çocuk ve Gençler için Davranış Değerlendirme Ölçeği'nden aldıkları puanlar ile karşılaştırıldığında annelerin kaçınma puanlarına bakıldığında bu boyutun çocukların sosyal içe çekilme ve anksiyete-depresyon puanlarıyla ilişkili olduğu görülmüştür. Annelerde kaçınma arttıkça çocuklarda sosyal içe çekilme ($r=0,17$; $p=0,03<0,05$), anksiyete-depresyon ($r=0,00$; $p=0,02<0,05$) artmaktadır.

Tablo 12. Annelerde Olayların Etkilerini Değerlendirme Ölçeği ile Kardeşlerde Travma sonrası stres tepki ölçeği ilişkisi

		Travma sonrası stres tepki toplam
Yeniden yaşama	r	0,208
	p	0,022
Kaçınma	r	0,350
	p	0,034
Aşırı uyarılma	r	0,361
	p	0,197

Anneler ile sağlıklı kardeşlerin travmatize olmuşluk dereceleri arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere annelerin Olayların Etkilerini Değerlendirme Ölçeği'nden aldıkları

puanlar ile çocukların Travma Sonrası Stres Tepki Ölçeği'nden aldıkları puanlar karşılaştırıldığında annelerin yeniden yaşama ve kaçınma alt boyutlarından aldıkları puanlar ile çocukların travma sonrası strese tepki toplam puanlarıyla pozitif yönde ilişki içinde olduğu görülmüştür. Buna göre annelerde yeniden yaşama ($r=0,208$; $p=0,022<0,05$) ve kaçınma ($r=0,35$; $p=0,034<0,05$) arttıkça çocuklarda travma sonrası strese tepki puanları da artmaktadır (Tablo 12).

Tablo 13. Kardeşlerde PHÖKÖ ile CBCL ilişkisi

		Mutluluk-doyum	Kaygı	Popülerite-gözde olma	Davranış ve uyma	Fiziksel görünüm	Zihinsel ve okul durumu
Sosyal içe çekilme	r	-0,257	-0,252	-0,215	0,057	0,081	-0,044
	p	0,035	0,117	0,182	0,726	0,621	0,785
	N	40	40	40	40	40	40
Somatik yakınmalar	r	-0,216	0,356	-0,086	-0,084	0,243	0,058
	p	0,181	0,024	0,599	0,607	0,131	0,724
	N	40	40	40	40	40	40
Anksiyete Depresyon	r	-0,334	0,210	0,070	-0,264	-0,186	-0,242
	p	0,109	0,008	0,667	0,100	0,250	0,132
	N	40	40	40	40	40	40
Sosyal sorunlar	r	-0,192	-0,238	-0,032	-0,442	0,130	0,238
	p	0,236	0,139	0,842	0,933	0,423	0,139
	N	40	40	40	40	40	40
Düşünce sorunları	r	-0,201	-0,375	-0,413	0,294	-0,054	-0,497
	p	0,214	0,068	0,782	0,066	0,740	0,678
	N	40	40	40	40	40	40
Dikkat sorunları	r	-0,150	-0,267	-0,279	-0,447	-0,046	0,014
	p	0,355	0,095	0,081	0,805	0,779	0,933
	N	40	40	40	40	40	40
Suça yönelik davranışlar	r	0,019	-0,040	0,327	-0,658	-0,034	-0,112
	p	0,910	0,807	0,040	0,113	0,836	0,493
	N	40	40	40	40	40	40
Saldırgan davranışlar	r	0,114	0,078	0,024	-0,481	-0,080	0,000
	p	0,484	0,632	0,883	0,034	0,624	0,999
	N	40	40	40	40	40	40
İçe yönelim	r	-0,249	-0,188	0,122	-0,467	-0,020	-0,084
	p	0,023	0,246	0,454	0,512	0,903	0,607
	N	40	40	40	40	40	40
Dışa yönelim	r	0,092	0,045	0,129	-0,584	-0,071	-0,038
	p	0,573	0,782	0,429	0,052	0,662	0,818
	N	40	40	40	40	40	40
Davranış değerlendirme toplam	r	-0,291	-0,270	-0,043	-0,486	0,013	-0,036
	p	0,649	0,092	0,793	0,605	0,935	0,824
	N	40	40	40	40	40	40

Kanserli kardeşi olan sağlıklı çocuklarda öz kavramı ile davranış bozuklukları arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla Çocuk ve Gençler için Davranış Değerlendirme Ölçeği ile Piers Harris Öz Kavramı Ölçeği'nden aldıkları puanlar karşılaştırıldığında öz kavramı ölçeğinin mutluluk- doyum alt boyutu ile davranış değerlendirme ölçeğinin sosyal içe çekilme, içe yönelim alt boyutlarının ilişkili olduğu görülmüştür. Buna göre sosyal içe çekilme($r=-0,257$ $p=0,035<0,05$), içe yönelim ($r=-0,249$; $p=0,023<0,05$) alınan puanlar arttıkça mutluluk-doyum alt boyutundan alınan puanlar düşmektedir.

Öz kavram ölçeğinin kaygı alt boyutu ile davranış değerlendirme ölçeğinin somatik yakınmalar ($r=0,356$; $p=0,024<0,05$) ve anksiyete depresyon ($r=0,21$; $p=0,008<0,005$) alt boyutu arasında pozitif yönde ilişki bulunmuştur. Buna göre çocuklarda kaygı arttıkça somatik yakınmalar ve anksiyete depresyon da artmaktadır (Tablo 13).

Tablo 14. Kardeşlerde PIER-S-HARRIS ölçeği ile Travma Sonrası Stres Tepki Ölçeği ilişkisi

		Travma sonrası stres tepki toplam
Mutluluk-doyum	r	-0,329
	p	0,001
Kaygı	r	0,231
	p	0,004
Popülarite - gözde	r	0,186
	p	0,249
Davranış ve uyuma	r	-0,166
	p	0,305
Fiziksel görünüm	r	0,043
	p	0,791
Zihinsel ve okul durumu	r	-0,246
	p	0,126

Travma sonrası stres tepki toplam alt boyutu ile mutluluk-doyum alt boyutu arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında %32,9 negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=-0,329$; $p=0,001<0,05$). Buna göre mutluluk-doyum arttıkça travma sonrası strese tepki toplam puan azalmaktadır (Tablo 14).

Travma sonrası stres tepki toplam alt boyutu ile kaygı alt boyutu arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında %23,1 pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=0,231$; $p=0,004<0,05$). Buna göre kaygı arttıkça travma sonrası strese tepki toplam puanı da artmaktadır.

Travma sonrası stres tepki toplam alt boyutu ile zihinsel ve okul durumu alt boyutu arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunmamıştır ($r=-0,246$; $p=0,126>0,05$).

Tablo 15. Kardeşlerde CBCL ile Travma Sonrası Stres Tepki Ölçeği İlişkisi

		Travma sonrası stres tepki toplam
Sosyal içe çekilme	r	0,294
	p	0,005
Somatik yakınmalar	r	0,326
	p	0,040
Anksiyete Depresyon	r	0,245
	p	0,002
Sosyal sorunlar	r	0,173
	p	0,285
Düşünce sorunları	r	0,040
	p	0,808
Dikkat sorunları	r	0,181
	p	0,263
Suça yönelik davranışlar	r	0,003
	p	0,987
Saldırgan davranışlar	r	-0,091
	p	0,577
İçe yönelim	r	0,321
	p	0,000
Dışa yönelim	r	-0,067
	p	0,680
Davranış değerlendirme toplam	r	0,161
	p	0,320

Travma sonrası stres tepki toplam alt boyutu ile sosyal içe çekilme alt boyutu arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında %29,4 pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=0,294$; $p=0,005<0,05$). Buna

göre sosyal içe çekilme arttıkça travma sonrası strese tepki toplam puanı da artmaktadır (Tablo15).

Travma sonrası stres tepki toplam alt boyutu ile somatik yakınmalar alt boyutu arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında %32,6 pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=0,326$; $p=0,04<0,05$). Buna göre travma sonrası stres tepki toplam alt boyutu puanı arttıkça somatik yakınmalar alt boyutu puanı da artmaktadır.

Travma sonrası stres tepki toplam alt boyutu ile anksiyete depresyon alt boyutu arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında %24,5 pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=0,245$; $p=0,002<0,05$). Buna göre anksiyete depresyon arttıkça travma sonrası stres tepki toplam alt boyutu puanı da artmaktadır.

Travma sonrası stres tepki toplam alt boyutu ile içe yönelim alt boyutu arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında %32,1 pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=0,321$; $p=0,000<0,05$). Buna göre içe yönelim arttıkça travma sonrası stres tepki toplam alt boyutu puanı da artmaktadır (Tablo 15).

Kardeşlerin sahip oldukları öz kavramının ve davranış bozukluklarının cinsiyete göre dağılımına bakıldığında, kız kardeşler ile erkek kardeşler arasında PHÖKÖ alt boyutları ve CBCL alt boyutları açısından anlamlı fark bulunamamıştır ($p>0,05$). Bunun anlamı kız ya da erkek olmanın çocukların öz kavramlarında ya da davranış sorunlarında her hangi bir farklılığa sebep olmadığıdır.

Cinsiyetin travma sonrası stres tepkileri üzerindeki etkisine bakıldığında erkek kardeşlerin travma sonrası stres tepki toplam puanları ($x=3,088$), sağlıklı kız kardeşlerin Travma sonrası stres tepki toplam puanlarından ($x=2,846$) yüksek bulunmuştur (Mann Whitney U=117,50; $p=0,039<0,05$). Erkek çocuklar kızlardan daha fazla TSSB belirtisi göstermektedir.

Hasta Grubunda Kısa Semptom Envanterinin tanı süresine göre dağılımına bakıldığında tanısı 1 yıldan az bir süre önce konulan çocukların annelerinin

Somatizasyon puanları ($x=2,448$), tanısı bir yıldan uzun zaman önce konulan çocukların annelerinin Somatizasyon puanlarından ($x=0,545$) yüksek bulunmuştur (Mann Whitney $U=104,00$; $p=0,04<0,05$).

Tanısı 1 yıldan az bir süre önce konulan çocukların annelerinin Obsesif-Kompulsif Bozukluk puanları ($x=2,655$), tanısı bir yıldan uzun zaman önce konulan çocukların annelerinin Obsesif-Kompulsif Bozukluk puanlarından ($x=0,364$) yüksek bulunmuştur (Mann Whitney $U=75,00$; $p=0,00<0,05$).

Tanısı 1 yıldan az bir süre önce konulan çocukların annelerinin Fobik Anksiyete puanları ($x=1,966$), tanısı bir yıldan uzun zaman önce konulan çocukların annelerinin Fobik Anksiyete puanlarından ($x=0,727$) yüksek bulunmuştur (Mann Whitney $U=90,00$; $p=0,02<0,05$).

Tanısı 1 yıldan az bir süre önce konulan çocukların annelerinin Paranoid Düşünceler puanları ($x=1,207$), tanısı bir yıldan uzun zaman önce konulan çocukların annelerinin Paranoid Düşünceler puanlarından ($x=0,273$) yüksek bulunmuştur (Mann Whitney $U=100,00$; $p=0,03<0,05$).

Hasta Grubunda Aile Değerlendirme Ölçeğinin tanı süresine göre dağılımına bakıldığında, tanısı bir yıldan daha uzun zaman önce konulan çocukların ailelerinin problem çözme puanları ($x=2,758$), tanısı 1 yıl içinde konulan çocukların ailelerinin problem çözme puanlarından ($x=2,333$) yüksek bulunmuştur (Mann Whitney $U=84,00$; $p=0,02<0,05$).

Tanısı bir yıldan daha uzun zaman önce konulan çocukların ailelerinin genel işlevler puanları ($x=2,492$), tanısı 1 yıl içinde konulan çocukların ailelerinin genel işlevler puanlarından ($x=2,167$) yüksek bulunmuştur (Mann Whitney $U=93,50$; $p=0,04<0,05$).

Hasta Grubunda Olayların Etkilerini Değerlendirme Ölçeğinin tanı süresine göre dağılımı incelendiğinde hasta grubunda tanısı 1 yıldan kısa bir zaman önce konulan çocukların anneleri ile tanısı bir yıldan daha uzun zaman önce konulan çocukların annelerinin arasında Olayların Etkilerini Değerlendirme ölçeği alt boyutları açısından anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Hasta grubunda CBCL Ölçeğinin tanı süresine göre dağılımına bakıldığında, tanısı 1 yıldan kısa bir süre önce konulan çocukların sağlıklı kardeşlerinin düşünce sorunları puanları ($x=0,202$), tanısı bir yıldan daha uzun zaman önce konulan çocukların kardeşlerinin düşünce sorunları puanlarından ($x=0,065$) yüksek bulunmuştur (Mann Whitney $U=74,00$; $p=0,00<0,05$).

Tanısı 1 yıl içinde konulan çocukların sağlıklı kardeşlerinin içe yönelim puanları ($x=0,648$), tanısı bir yıldan daha uzun zaman önce konulan çocukların kardeşlerinin içe yönelim puanlarından ($x=0,477$) yüksek bulunmuştur (Mann Whitney $U=77,00$; $p=0,01<0,05$).

Travma Sonrası Stres Tepki Ölçeği ile tanı süresi arasındaki ilişkiye bakıldığında ise, tanısı en fazla 1 yıl önce konulan sağlıklı kardeşler ile tanısı bir yıldan daha uzun zaman önce konulan kardeşler arasında Travma sonrası stres tepki ölçeği açısından anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

3. TARTIŞMA

Kanser hastası olan bir kardeşin varlığı, bir çocuk için karşılaşılabilecek en büyük zorluklardan biri olarak değerlendirilmektedir (Sharpe ve Rossiter 2002). Kanser tedavisi esnasında karşılaşılan fiziksel ve duygusal zorluklarla başa çıkmada sağlıklı kardeşin de yoğun bir stres altına girdiği kabul edilmektedir (Shannon, Barbarin, McManus ve Freeman 1994). Buradan hareketle, bu çalışmada, kanser olgusunun sağlıklı kardeşler üzerinde yarattığı psikolojik etkileri incelemek amaçlanmıştır. Amaç kapsamında, 24 kız, 16 erkek sağlıklı kardeş ve 40 anne toplam 80 çocuk ve ebeveyn ile çalışılmıştır. Kanserli çocuğa sahip olan annelerin 16'sı (%40,0) 30-39, 21'i (%52,5) 40-49, 3'ü (%7,5) 50 ve üstü yaş grubunda iken kontrol grubundaki annelerin 18'i (%45,0) 30-39, 20'si (%50,0) 40-49, 2'si (%5,0) 50 ve üstü yaş grubundadır.

Kanser ve bu gibi kronik hastalıkların çocuk açısından fizyolojik ve ruhsal birçok probleme yol açtığı bilindiği gibi, hastalık teşhisi ve tedavisi süresince ailenin tüm üyelerinin de birçok problem yaşamasına sebebiyet verdiği kabul edilmektedir (Dongen-Melman 1997). Bu tür hastalıkların uzun süreli olduğu ve kimi zaman bütün yaşam süresince etkilerinin sürdüğü, ölümcül sonuçları olabildiğinden, yaşam kalitesinde azalma ve birçok benzeri olumsuz faktörün artış gösterdiği görülmektedir (Kazak ve Barakat 1997). Bu doğrultuda, çalışma kapsamındaki kanserli çocuk annelerinin depresyon ve anksiyete düzeylerinde kontrol grubuna oranla anlamlı oranda yüksek düzey saptanmış olması şaşırtıcı olmamıştır ve literatür ile uyumludur (DuHamel ve ark. 1999). Çocuğun tedavi süresince karşılaşılabileceği her türlü zorluk anksiyete ve depresyon düzeyini artırabilmektedir. Bunun yanı sıra kanserin ölümcül bir hastalık olarak kabulü de söz konusu olabilmektedir. Bu doğrultuda, Wolfe ve meslektaşlarının (2000) kanser tanısı almış çocuklarda yalnızca %25'inin tedaviye yanıt vermediğini ve kaybının gerçekleştiğini belirtmiş olmalarına rağmen ebeveynler de yoğun olarak kaygı ve korku yaşandığı görülmektedir. Literatürde, genel olarak kanser teşhisini duyan ebeveynlerin şok, inkar, inanamama ve korku hissi belirttikleri görülmektedir (Er 2006).

Yaşanan duygulara bağlı olarak, kanserli çocuğa sahip olan annelerde kaçınma davranışının kontrol grubuna nazaran yüksek çıkmış olması da anlamlıdır. Manne ve

arkadaşlarının (1998) ifade etmiş olduğu üzere TSSB kapsamında önem kazanan kaçınma davranışı, stres ile başa çıkma doğrultusunda istem dışı ya da bilinçli bir davranıştır. Anne, yaşanan olayın gerçekliği ile yüzleşmek istememekte, doğal olarak üzerine düşünmemeye çalışmakta ve böylelikle anksiyete düzeyini daha aşağı çekmeyi amaçlamaktadır. Bu durum kısa süreli ve geçici bir çözüm olarak görülse de aslında yüzeysel bir çözüm oluşturmakta ve anksiyete ile sağlıklı başa çıkılmasını sağlayamamaktadır.

Barakat ve diğerleri (2006) ebeveynin çocuklarındaki kanser tanısıyla mücadelesinde kaçınmanın önemli bir yer işgal ettiğini ifade etmeleri ve bunun TSSB kapsamında değerlendirilmesi gerekliliğini vurgulamaları da ayrıca çalışma bulguları ile paralellik göstermektedir. Çalışma kapsamında, yeniden yaşama, depresyon ve kaçınma-somatizasyon ilişkilerinin anlamlı düzeyde saptanmış olması da bu sebeple şaşırtıcı olmamıştır. Annenin kaçınma davranışı arttıkça anksiyete yaratan sorunlar yüzeysel olarak çözümlendiğinden somatizasyon düzeylerinin artıyor olması söz konusudur. Bu açıdan, annelerin daha sağlıklı bir şekilde sorunları ile başa çıkmalarının sağlanması önem taşımaktadır çünkü yine annenin depresyon ve somatizasyon düzeyi arttıkça sağlıklı kardeşlerin mutluluk ve doyum düzeyleri azalmaktadır. Bunun nedeni muhtemelen, annelerin sorunları ile sağlıklı şekilde başa çıkamamaları sebebiyle insan ilişkilerine yansıyan problemleri olabilir. Ayrıca, annenin yaşam kalitesi düzeyi ve bireysel motivasyonu azaldığından sağlıklı çocuğu ile ilgilenmesi de mümkün olamayabilmektedir. Bunun yanı sıra, hasta çocuğun ilgi ve ihtiyacının artıyor olması annenin sağlıklı çocuğuna yönelik bakım ve ilgi sorumluluğu zorunluluk neticesinde azalabilmektedir. Martinson, Gilliss, Collaizzo, Freeman ve Bossert (1990) bu açıdan, sağlıklı kardeşte artabilecek kıskançlık, kırgınlık ve yalnızlığa dikkat çekmişlerdir.

Annelerin somatizasyon, depresyon ve anksiyete düzeyleri arttıkça kardeşlerin de somatik yakınmalarının ve içe yönelimlerinin arttığı görülmektedir. Bu hem beklenildiği gibi bir sonuçtur hem de literatür ile benzerlik göstermektedir (Jaser ve ark., 2005; Kazak ve ark. 1997). Anne sürekli olarak kanserli çocuğun tedavi süreciyle ilgilenmek zorunda kalmakta ve genellikle evden uzaklaşmaktadır (Haberle ve ark. 1997). Sürekli değişen düzene ayak uydurma çabası, çocuğunun başına gelebileceklerle yönelik kaygı, evde kalan eş ve diğer çocuklara yönelik ilgilenememeye bağlı suçluluk, merak ve endişe hissi annenin fizyolojik ve ruhsal bütünlüğüne zarar verebilmektedir

(Özbaran ve Erermiş 2006). Buradan hareketle elde edilen sonuçların literatür ile uyumlu olması yanı sıra birçok sebepten ötürü mantık dahilinde olması da ifade edilebilir. Annenin sahip olduğu somatizasyon ve depresyon düzeyi arttıkça sağlıklı çocuğun travma sonrası stres düzeyinin de artış gösterdiği görülmektedir. Bunun sebebi; annenin tavır ve tutumları dolayısıyla sağlıklı çocuğun da adaptasyon problemi yaşayıp stresi ile sağlıklı bir şekilde başa çıkamaması olabilir.

Ailelerde problem çözme ve duygusal tepki verebilme düzeyleri azaldıkça annelerin kaçınma düzeylerindeki artış dikkat çekmiştir. Adaletli (2009) ailelerde kanserle mücadele sürecindeki ruhsal destek ihtiyacını araştırmış ve sonuç olarak hem ebeveynler hem de kardeşler için ruhsal destek ihtiyacını %70,2 olarak ifade etmiştir. Çalışma kapsamında elde edilen sonuç doğrultusunda, problem çözmede yaşanan sıkıntıların ruhsal destek ihtiyacı kapsamında değerlendirilmesi olasıdır. Annelerdeki kaçınma düzeyini aşağı çekme ve böylelikle sağlıklı çocukların fizyolojik ve ruhsal bütünlüklerine gelebilecek her türlü zararı önleme mümkün olabilecektir. Dolayısıyla tüm aile bireylerini içeren sosyal destek programları hem aile değerlendirmesindeki işlevsellik oranlarını olumlu şekilde etkileyecek, hem de aile üyelerinin problemlerle sağlıklı bir şekilde başa çıkabilmesini mümkün kılacaktır (Demaray, Malecki, Davidson, Hodgson, ve Rebus, 2005; Jackson ve Frick, 1998).

Literatürde, kanserli çocuğa sahip annelerde en çok TSSB üzerine çalışılmış olduğu görülmektedir (Kazak ve ark., 1997; Manne, DuHamel, Gallelli, Sorgen, ve Redd, 1998). Çocuğun kanser teşhisinin anne ve baba için travmatik bir durum olduğu ve bununla sağlıklı bir şekilde başa çıkabilmenin zorlaştığı ifade edilmektedir. Çocuğun tedavi sürecinde, anne ve babanın kendi ruhsal ve fizyolojik problemlerine özen gösteremedikleri bu sebeple de yeteri kadar sağlıklı stratejiler geliştiremedikleri dikkat çekmektedir (Stein ve ark., 1997). Çocukluk kanserlerinin ebeveynler üzerinde yarattığı travma sonrası stres bozuklukları (TSSB) ve travma sonrası stres semptomlarının (TSSS) araştırıldığı bir diğer çalışmada, Lee ve meslektaşları (2004) da annelerin TSSB oranını %6,2, babaların TSSB oranını %7,1, annelerin TSSS oranını %54, babaların TSSS oranının %28,3 olarak ifade etmişlerdir. Burada çalışma dahilinde olduğu gibi kaçınma önemli bir olgu olarak değerlendirilmekte ve ailenin diğer üyeleri olan sağlıklı çocukların olumsuz etkilenişleri vurgulanmaktadır. Çalışma bulguları annelerin artan travma sonrası stres düzeylerinin çocuklarda içe yönelimi arttırdığını ve iletişim

problemlerini beraberinde getirdiğini göstermektedir. Bu bulgular, kendi içinde ailenin gereken ilgiyi gösterebildiği durumlarda çocuklarda ilgili negatif durumların azalması ile tutarlıdır. Sonuç olarak, çocukla sağlıklı bir iletişim kurulabildiği ve sosyal destek bağlamında sağlıklı başa çıkma yöntemlerinin kullanıldığı durumlarda hem aile değerlendirilmesi oranının yüksek olacağı hem de fizyolojik ve ruhsal bütünlüklerin zarar görmeyeceğini ifade etmek mümkündür.

Çalışmaya katılan 40 kardeşin 38'inde TSSB bulunmuştur. Bunların 2'si orta düzeyde TSSB, 29'u ağır düzeyde TSSB, 7'si çok ağır TSSB idi. Genellikle travma ile ilişkili tüm öğeler var olan çatışma, rekabet, saldırganlık veya geri çekilmeyi artırıcı etki sahibi olarak nitelendirilmektedir. Bu doğrultuda, her çocuğun travma ile başa çıkmada farklı davranışlar sergilediği görülebilmektedir. Bazı çocuklar devamlı kardeşlerinin hastalığına yönelik konuşmak isteyip bunu detaylandırırken, bazıları hiçbir şey olmamış gibi davranmaya devam edebilir. Her iki grup için de değişen düzen ekstra kaygı sebebi olarak değerlendirilmektedir. Benzer şekilde sadece kardeşe yönelik değil kendi ihtiyaç ve niteliklerine karşı da aşırı endişe ve hassasiyet duygusu geliştirerek, devamlı birinin varlığına yönelik ihtiyaç hissedebilirler. Farklı noktalara dağılan ilgi ve konsantrasyon okuldaki başarıyı azaltabilir (Barbarin ve ark., 1995). Bu açıdan, odak noktasını değiştiren yapıcı ve aktif davranışlar geliştirmeye yönelik çalışmalar önem kazanmaktadır ve öneriler başlığı altında detaylandırılmıştır.

Sağlıklı kardeşlerde, sosyal içe çekilme, anksiyete- depresyon, dikkat sorunları ve içe yönelim problemleri anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Bu da literatür ile benzerlik göstermektedir. Lahteenmaki, Sjoblom, Korhonen ve Salmi (2004) 33 kanserli kardeşi olan çalışma grubu ve 357 sağlıklı katılımcı bulunan kontrol grubu ile 1 yıllık izleme çalışması yürüterek bu çalışma kapsamında elde edilen bulgular ile benzer noktaları ifade etmişlerdir. Kardeşlerin, sağlıklı gruba nazaran davranış ve sağlıkla ilgili problemler geliştirmede daha yüksek düzey sahibi olacaklarını öngörmüşlerdir. Sonuç olarak, tavır problemleri, psikosomatik problemler ve çeşitli davranış problemleri geliştirmede daha yüksek düzeyde sorun yaşadıkları görülmüştür. Bu çalışma sonuçları ile uyumlu olarak, kanserli kardeşi olan çocukların dikkat ve sosyal ilişki problemleri geliştirdikleri dolayısıyla okullarında ve sosyal yaşamlarında problem yaşamalarının büyük bir risk taşıdığı ifade ettikleri görülmektedir.

Literatürde, kanserli çocuk kardeşlerine yönelik çalışmalar genellikle kısa süreli etkilerine odaklanmakta ve özellikle güçsüzlük, yalnızlık, anksiyete, depresyon ve kıskançlık faktörlerinden bahsetmektedir (Barbarin ve ark., 1995; Martinson, Gilliss, Collaizzo, Freeman ve Bossert, 1990). Bu açıdan, çalışma kapsamında elde edilen sağlıklı kardeşlerin kontrol grubundaki kardeşlere nazaran kaygılı, içe çekilen, depresif ve dikkat problemleri olan profilleri şaşırtıcı olmamıştır. Hatta literatürde bu problemlerden ötürü akademik yaşam ve okul dahilinde düşük performans, sosyal ilişkilerde zorluklar ve ruhsal çatışmalar yaşanma olasılığından da bahsedilmektedir (Barbarin ve ark., 1995; Sahler ve ark., 1994). Okuldaki durumlarından ziyade aile içi iletişim ve mutluluk doyum düzeylerinin incelendiği bu çalışmada travma sonrası stres faktörleri bu faktörler ile negatif ilişkili olarak tariflendiğinden literatür ile uyumlu bir sonuç alındığını ifade etmek mümkündür (Horwitz ve Kazak, 1990).

Avrupa’da yürütülmüş bir başka benzer çalışmada da (Sahler ve ark. 1994) kardeşin kanser tanısı almasından sonra sağlıklı kardeşin duygusal veya davranış problemlerinin dikkat çekici oranda (% 40) arttığı ifade edilmiştir. Hatta, psikososyal ilgi ve yönelim gerektirecek tanı sonrası ciddi psikososyal uyum sorunları ifade edilmiştir.

Çalışma kapsamında özellikle içe dönme, sosyal ilişkilerde zayıflamaya yönelik bulgular anksiyete ve depresyon düzeyleri ile ilişkili ifade edilmekteyken, literatür ile uyumlu bu durum (Houtzager ve ark. 2004; Bendor 1990) ayrıca dışa dönük problemler ile de detaylandırılmaktadır (Heffernan ve Zanelli 1997). Yani çalışma kapsamında ilgili herhangi bir spesifik olgudan bahsedilmemiş olsa da saldırganlık ve yalan söyleme gibi davranış problemleri tanı ve tedavi sürecinde gözlemlenebilir.

Salzer ve Bickman (1999) sosyal desteğin depresyon, anksiyete ve somatizasyon gibi psikolojik rahatsızlıklar ile travmatik bir olayın bir hafta sonrasında istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde ilişkili olmadığını, fakat felaket sonrasındaki 6. 11. ve 16. haftalarda anlamlı düzeye ulaştığını ifade etmişlerdir. Bunun sebebi, olayın ilk şoku ve yakın çevrenin tavır ve tutumlarının etkisi olarak açıklanmıştır. Travmanın birinci haftasında, sosyal destek düzeyi düşük olanlara kıyasla, destek düzeyi yüksek olanların psikolojik rahatsızlıklarının karşılaştırılabilir düzeyde olmadığı fakat zamanla hissedilen sıkıntıların düzeyinde keskin bir düşüş sergilediği görülmüştür. Çalışma kapsamında

aile içindeki iletişimin ve ilginin arttıkça azalan travmatik stres bulguları ve anksiyete düzeyleri bu açıdan uyumludur. Bu bulgular, post-travmatik stres belirtilerinin sosyal destek ile ilişkisine yönelik, sadece gelişim gösterilmesine değil önlenmesine olan etkisini de ifade etmektedir. Dolayısıyla, kanser tanısı ile beraber sosyal desteğin önemi de gözler önüne serilmektedir.

Sosyal desteğin, TSSB gelişimi içinde bir koruyucu faktör olarak saptanmış olmasından (Vanderwerker ve Prigerson, 2003) günümüze hem insan eliyle hem doğal yollarla yaşanan travmalardan sonra geliştirilmiş çalışmalarda, mümkünse yakın çevre ve özellikle ailenin, değilse dışarıdan alınabilecek her türlü sosyal desteğin travma ile başa çıkmada etkisi ifade edilmektedir (Murphy ve ark, 1999;. Dyregrov ark, 2003). Sağlıklı kardeşlerin içe yönelimleri ve sosyal ilişkilerinde problem yaşamaları bu açıdan önlemlenebilir bir durum olarak değerlendirilmelidir. Ayrıca, çocukların izole olarak, paylaşım içine girmedikleri durumlarda, TSSB ile başa çıkmalarının daha da zorlaştığı görülmektedir. Anne ve çocuk etkileşiminin önemli olduğu saptanmış olduğundan sosyal desteğin yeteri kadar sağlanabildiği çocuklarda, travma ile başa çıkabilmenin kolaylaşacağı, böylelikle yaşama dair oluşturdıkları olumsuz etkilerin azalacağını söylemek mümkündür.

Araştırmacılar, olumsuz sosyal etkileşimlerin söz konusu olduğu durumlarda, pozitif sosyal destek ile kıyaslandığında, TSSB için güçlü bir farklılaşma yarattığını belirtmişlerdir (Tarrier, Sommerfield, ve Pilgrim, 1999). Duyguların dışa vurumu ve kişiler arası etkileşimler açısından sosyal desteğin olumlu ya da olumsuz etkisi travmanın yorumlanması adına önem taşıması bu açıdan aile içi iletişimin güçlendirilmesi önem kazanmaktadır.

Sonuç ve Öneriler

Kanserli çocuğa sahip ailelerde;

1. Annelerin depresyon ve anksiyete düzeyleri kontrol grubundaki annelere nazaran anlamlı düzeyde yüksektir.

2. Annelerin kaçınma düzeyleri kontrol grubundaki annelere nazaran anlamlı düzeyde yüksektir.

3. Sağlıklı kardeşlerin kaygı düzeyleri kontrol grubundaki kardeşlere oranla anlamlı düzeyde yüksektir.

4. Sağlıklı kardeşlerin sosyal içe çekilme, anksiyete- depresyon, dikkat sorunları ve içe yönelim düzeyleri kontrol grubundaki kardeşlere oranla anlamlı düzeyde yüksektir.

5. Annedeki somatizasyon alt boyut düzeyi arttıkça ailedeki problem çözme, iletişim ve duygusal tepki verebilme düzeyleri de azalmaktadır.

6. Annedeki depresyon düzeyi arttıkça ailedeki problem çözme, iletişim ve duygusal tepki verebilme düzeyleri azalmaktadır.

7. Annedeki anksiyete bozukluğu düzeyi arttıkça ailedeki roller, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterme düzeyleri azalmaktadır.

8. Annelerde yeniden yaşama arttıkça depresyon da artmakta; kaçınma arttıkça somatizasyon da artmakta ve aşırı uyarılma arttıkça kişiler arası duyarlılık ve depresyon da artmaktadır.

9. Annelerde somatizasyon ve depresyon arttıkça çocuklarda mutluluk- doyum azalmakta, travma sonrası stres düzeyi de artmaktadır.

10. Annelerde depresyon ve anksiyete bozukluğu arttıkça çocuklarda kaygı ve sosyal içe çekilme, içe yönelim de artmaktadır.

11. Ailelerde problem çözme ve duygusal tepki verebilme azaldıkça annelerde kaçınma artmakta, çocukta kaygı ve somatik yakınmalar artmaktadır.

12. Annelerde kaçınma arttıkça çocuklarda sosyal içe çekilme, anksiyete-depresyon ve travma sonrası strese tepki puanları artmaktadır.

Tanısı 1 yıldan kısa bir süre önce konulan çocukların sağlıklı kardeşlerinin düşünce sorunları ve içe yönelim düzeyleri, tanısı bir yıldan daha uzun zaman önce konulan çocukların kardeşlerinin düşünce sorunları ve içe yönelim düzeylerinden yüksektir.

Hem anne hem de kanserli kardeş sahibi çocuklarda travma öğeleri ön plana çıktığından öneriler adına üzerinde durulması gereken kavram “travma sonrası gelişim” olmaktadır. Tedeschi, Park ve Calhoun (1998), travma sonrası gelişim kavramını “kişinin kendi benliğini algılayışı, kişiler arası ilişkiler ve kişinin yaşam felsefesinin değişimi” olarak ifade etmişlerdir (Tedeschi ve ark., 1998).

Travmatik olayların, travma geçirmiş kişiler üzerinde hem fizyolojik hem de psikolojik olarak birçok problem yarattığı ve genellikle kolay kolay çözümlenemediği görülmektedir. Söz konusu çocuklar olunca, kardeşin tanısından sonra aile içinde meydana gelecek her türlü olumsuz değişikliklerin yarattığı olumsuz etkiler gözle görülür olabileceği gibi kanserli çocuk ile özellikle ilgilenildiğinden kimi zaman göz ardı edilebilmektedir. Bu sebeple koruyucu faktörler özellikle ön plana çıkmaktadır. Travmatize olmuş çocuk ve anne de, özellikle sosyal destek ve kişisel gelişim programları ile travmanın etkilerinin azaltılması amaç edinilmelidir (Tedeschi ve Calhoun, 1996). Böylelikle ileriye dönük olarak çocukların psikososyal gelişimlerinin herhangi bir zarar görmemesi ve özgüvenli olmaları beklenilebilecektir (Karancı, 2009).

Yaşanan travma, anksiyete, sosyal ilişkilerde bozulma, depresyon ve içe çekilme gibi türlü problemlerin çocukların gelişimini önlememesi adına kardeşlere özel programlar yapılandırılmalı ve kanserli çocuğun tedavi programına dahil edilmelidir. Böyle bir düzen dahilinde, çocuğun kendini güçlü hissetmesine imkan tanınabilecektir.

Annenin ruhsal çöküntüsü ile beraber gelebilecek her türlü negatif duygu ya da davranış durumu diğer sağlıklı çocuk davranış ve duyguları ile anlamlı düzeyde ilişkili olduğundan annenin kişisel gelişimi ve profesyonel ruhsal desteğine yönelik de destek programları oluşturmak faydalı olacaktır. Bu doğrultuda araştırma yapmış olan Cohen ve Willis (1985) kanserli çocuklar ve ebeveynleri ile çalışmış; ebeveynlerin,

Çevrelerindeki diğer insanlar tarafından algıladıkları sosyal destek sayesinde, hastalığın fiziksel ve psikolojik sorunlarından kendilerini daha kolay koruyabildiklerini ifade etmişlerdir. Böylelikle daha az zarar görülen ve aile üyelerinin birbirlerini olumsuz olarak etkilemedikleri bir yapı söz konusu olabilecektir.

Çalışmadan elde edilen bulgular, kaçınma davranışının annelerde yüksek oranda gözlemlendiğini göstermektedir. Anne ve çocuk değerlerinin birbiri ile ne denli ilişki olduğu saptanmıştır. Bu doğrultuda anksiyete ve benzeri korkular ile başa çıkmakta daha sağlıklı stratejiler izlenmesi sağlanmalıdır. Stresle başa çıkabilme, öfke kontrolü ve iletişimi güçlendirme adına paylaşımlara imkan verecek grup çalışmaları bu açıdan faydalı olabilecektir.

KAYNAKLAR

Adaletli, H. (2009). Kanser hastalığı olan çocuklarda psikiyatrik tanılar ve yaşam kalitesi üzerine etkisi Uzmanlık Tezi. İstanbul.

Alderfer, M.A., Labay, L.E., Kazak, A.E. (2003). Brief Report: Does Posttraumatic Stress Apply to Siblings of Childhood Cancer Survivors? *Journal of Pediatric Psychology*, Vol.28(4), 281-286.

Alderfer, M.A., Hodges, J.A. (2010). Supporting Siblings of Children with Cancer: A Need for Family–School Partnerships. *School Ment Health*. 1; 2(2): 72–81.

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.

Asada, C. (1986). The identification of siblings of pediatric cancer patients at risk for maladaptive coping responses. *Dissertation Abstracts International*, 47, 3507 (University Microfilms No. AAT 86-26126, 8602).

Barakat, L.P., Kazak, A. E., Meadows, T., Casey, R., Meeske, K., Stuber, M.L. (1997). Families Surviving Childhood Cancer: A Comparison of Posttraumatic Stress Symptoms with Families of Healthy Children. *Journal of Pediatric Psychology*, Vol. 22, No. 6, pp. 843-859.

Barakat LP, Alderfer MA et al (2006) Posttraumatic growth in adolescent survivors of cancer and their mothers and fathers. *J Pediatr Psychology* 31(4) 413–419.

Baran, G. (1999). Korunmaya muhtaç çocuk ve benlik kavramı. Yaysan Matbaacılık A.S.,Ankara.

Barbarin, O., Sargent, J., Sahler, O., Carpenter, P., Copeland, D., Dolgin, M., ve ark. (1995). Sibling adaptation to childhood cancer collaborative study: Parental views of pre- and postdiagnosis adjustment of siblings of children with cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 13, 1–20.

Beardsall, L. (1992). Adversities in childhood: Siblings experiences and their relations to self-esteem. *Journal Child Psychology*, 33(2):349- 359, Cambridge, UK.

Beatrix, C., Houston, T. (1985). Psychological Impact of Long Illness and Death of a Child on the Family Circle. *The Journal of Pediatrics*, 746-751.

Bendor SJ. (1990). Anxiety and isolation in siblings of pediatric cancer patients: the need for prevention. *Soc Work Health Care*;14(3):17–35.

Brown, R.T., Kaslow, N.J., Madan-Swain, A., Doepke, K.J., Sexson, S.B., Hill, L.J. (1993). Parental psychopathology and children's adjustment to leukemia. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 32:554-561.

Bulut I. (1990). Aile değerlendirme ölçeği (ADÖ) el kitabı. Özgüzel Matbaası, Ankara.

Büyükpamukçu, M. (2007). Çocukluk çağı kanserlerinde epidemiyoloji. *Güncel Pediatri* 5:138-9.

Cairns, N.U., Clark, G.M., Smith, S.D., Lansky, S.B. (1979). Adaptation of siblings to childhood malignancy. *J Pediatr* 95 :484–487.

Chesler, M., Barbarin, O. (1987). *Childhood cancer and the family: Meeting the challenge of stress and support*. New York: Brunner/Mazel.

Cimete, G. (1998). Evde Sağlık Bakım Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi ve Evde Bakımda Hemşirenin Yeri, Marmara Üniversitesi 1. Ulusal Evde Bakım Kongresi Kitabı; 7-16.

Clubb, R.L. (1991). Chronic Sorrow: Adaptation Patterns of Parents with Chronically Ill Children. *Pediatric Nursing*, 17(5), 461-466.

Cohen, S., Wills, T.A., Stress, social support, and the buffering hypothesis, *Psychological Bulletin.*, 98 (2), 310-357, 1985.

Cooper, J. E., Holman, J., Braithwaite, V.A. (1983). Self-esteem and family cohesion; the child's perspective and adjustment. *Journal of Marriage and The Family* 34; 153-159.

Çavuşoğlu, H. (2001). Çocuk Sağlığı Hemşireliği, Cilt 1, 5, Baskı, Bizim Büro Basımevi, Ankara.

Çorapçıoğlu, A., Yargıç, İ., Geyran, P., Kocabaşoğlu, N. (2006). Olayların Etkisi Ölçeği (IES-R) Türkçe versiyonunun geçerlilik ve güvenilirliği. *Yeni Symposium*; 44:14-22.

Demaray MK, Malecki CK, Davidson LM, Hodgson KK, Rebus PJ. (2005). The relationship between social support and student adjustment: A longitudinal analysis. *Psychology in the Schools*;42:691– 706.

Derogatis, LR. (1992). The Brief Symptom Inventory-BSI administration, scoring and procedures manual-II. USA, Clinical Psychometric Research Inc.

DuHamel KN, William HR, Vickberg MJ. (1999). Behavioral interventions in the diagnosis, treatment and rehabilitation of children with cancer. *Acta Oncol*, 38:719-734.

Dyregrov, K., Nordanger, D., & Dyregrov, A. (2003). Predictors of psychosocial distress after suicide, SIDS and accidents. *Death Studies*, 27, 143–165.

Dyson, L., Fewell, R. (1989). The self-concept of siblings of handicapped children: A comparison. *Journal of Early Intervention*, 13, 230–238.

Epstein NB, Baldwin LM, Bishop DS. (1983). The McMaster family assesment device, *Journal of Marital and Family Therapy* 9:171-180.

Er, M. (2006). Çocuk, hastalık, anne- babalar ve kardeşler, *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 49,155-168.

Erden G. (1999). Çocuklar için Travma Sonrası Stres Tepki Ölçeği: Türkçe Geçerlilik ve Güvenilirlik Ön Çalışması, *Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Dergisi*, 6(3), 143-148.

Erol, N., Arslan B. L., Akçakın M. (1995). The adaptation and standardization of the Child Behavior Checklist among 6-18 year-old Turkish children. İçinde J. Sergeant (ed.), *Eunethydis: European Approaches to Hyperkinetic Disorder* (97-113). Zurich: Fotoratar.

Foa, E. (2000). Psychological treatment of post-traumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61 suppl, (5): 43-48, discussion 49-51.

Grant, M. (1987). *Handbook of Community Health* (4th ed). Philadelphia: Lea and Febiger, 42.

Green, B., Korol, M., Grace, M. C., Vary, M.G., Leonard, A.C., Gleser, G.C., Smitson-Cohen, S. (1991). Children and disaster: Age, gender, and parental effects on PTSD symptoms. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30 (6): 945-951.

Goenjian, A. K., Pynoos, R. S., Steinberg, A. M., Najarian, L.M., Asarnow, J.R., Karayan, I., Ghurabi, M., Fairbanks, L.A. (1995). Psychiatric co-morbidity in children after the 1988 earthquake in Armenia. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34: 1174-1184.

Güçray, S.S. (1989). Çocuk yuvalarında ve ailesi yanında kalan dokuz, on, onbir yaş çocuklarının özsaygı gelişimini etkileyen bazı faktörler. Doktora tezi(basılmamış), Hacettepe Üniversitesi, Ankara.

Gürkan, H.K. (1990). Üniversite öğrencilerinde kendilik saygısı ile depresyon ve anksiyete ilişkilerinin karşılaştırılması.Yüksek lisans tezi (basılmamış), Akdeniz Üniversitesi, Antalya.

Haberle H, Schwarz R, Mathes L. (1997). Family-oriented management of children and adolescents with cancer *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr*, 46(6):405-419.

Heffernan SM, Zanelli, AS. (1997). Behavior changes exhibited by siblings of pediatric oncology patients: a comparison between maternal and sibling description. *J Pediatr Oncol Nurs*;14:3–14.

Hoekstra-Weebers, J.E., Jaspers, J.P., Kamps, W.A., Klip, E.P. (2001). Psychological Adaptation and Social Support of Parents of Pediatric Cancer Patients: A Prospective Longitudinal Study. *Journal of Pediatric Psychology*; 26: 225-35.

Horwitz, W.A., Kazak, A.E. (1990). Family adaptation to childhood cancer: sibling and family systems variables. *J Clin Child Psychol* 19 : 221–228.

Houtzager, B.A., Grootenhuis, M.A., Last, B.F. (1999). Adjustment of siblings to childhood cancer: a literature review. *Support Care Cancer* 7 :302–320.

Houtzager BA, Grootenhuis MA, Caron HN, Last BF. (2004). Quality of life and psychological adaptation in siblings of pediatric cancer patients, two years after diagnosis. *Psycho-Oncology*;13:499–511.

Houtzager BA, Grootenhuis MA, Hoekstra-Weebers JEH, Last BF. (2005). One month after diagnosis: quality of life, coping and previous functioning in siblings of children with cancer. *Child: Care, Health and Development* 31(1):75-87.

Iles, P. (1979). Children with cancer: Healthy siblings' perception during the illness experience. *Cancer Nurs*; 2: 371-377.

İlkin, Z. (1994). İlkokul çağındaki çocuklarda kendilik algısı. Yüksek Lisans Tezi (basılmamış). Hacettepe Üniversitesi, Ankara.

Jackson Y, Frick PJ. (1998). Negative life events and the adjustment of school-age children. *Journal of Clinical Child Psychology*;27:370–380.

Kazak, A.E., Barakat, L.P. (1997). Brief Report: Parenting stress and quality of life during treatment of childhood leukemia predicts child and parent adjustment after treatment ends. *Journal of Pediatric Psychology*, 22, 749-758.

Kazak, A. E., Barakat, L. P., Meeske, K., Christakis, D., Meadows, A. T , Casey, R., Penati, B., & Stuber, M. L. (1997). Post traumatic stress, family functioning, and social support in survivors of childhood leukemia and their mothers and fathers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 120-129.

Kazak, A., Barakat, L., Alderfer, M., Rourke, M., Meeske, K., Gallagher, P., Cnaan, A., Stuber, M.L. (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.

Kazak, A.E., Alderfer, M., Rourke, M.T., Simms, S., Streisand, R., Grossman, J.R. (2004). Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) and Posttraumatic Stress Symptoms (PTSS) in Families of Adolescent Childhood Cancer Survivors. *Journal of Pediatric Psychology* 29(3) pp. 211–219.

Kılıç, E.Z., Uslu, U.İ., Erde, G., Kerimoğlu, U.E. (1999). Çocuklarda travma sonrası stres bozukluğu belirtilerini sürdüren ailesel etmenler. *Kriz Dergisi* 7 (2): 1-8.

King, S.A. (2000). PTSD: An overlooked diagnosis among adjudicated juvenile delinquents. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 61 (3-B): 1638, US: University of Microfilms.

Kramer, R.F. (1981). Living with childhood cancer: healthy siblings' perspective. *Issues Compr Pediatr Nurs*;5: 155-165.International.

Ladakakos, C. A. (2000). Reporting Discrepancies between Parent and Child Reports of Child's Post Traumatic Stress Symptoms in Pediatric Trauma Patients. *Dissertation Abstracts International*, 61 (5-b): 2767, US: University Microfilms International.

Lahteenmaki, P.M., Sjöblom, J., Korhonen, T., Salmi, T.T. (2004). The siblings of childhood cancer patients need early support: a follow up study over the first year. *Arch Dis Child* 2004;89:1008–1013.

Langeveld, N.E., Grootenhuis, M.A., Voute, P.A., de Haan, R.J. (2004). Posttraumatic stress symptoms in adult survivors of childhood cancer. *Pediatr Blood Cancer*, 42(7):604-610.

Lansky, S.B., Cairns, N.U., Hassanein, R., Hassanein, R., Wehr, J., Lowman, J.T. (1978) Childhood cancer: Parental discord and divorce. *Pediatrics*, 62(2):184-188.

Last, B.F., Grootenhuys, M.A. (1998). Emotions, Coping and the Need for Support in Families of Children with Cancer: A Model for Psychosocial Care. *Patient Education and Counseling*; 33: 169-79.

Lee, I., Lee, E., Kim, H., Park, Y., Song, M., Park, H. (2004). Concept development of family resilience: a study of Korean families with a chronically ill child, *Journal of Clinical Nursing*., 13, 636–645.

Lovejoy, N.C.(1986). Family Responses to Cancer Hospitalization. *Oncology Nursing Forum*, 13(2):33-37.

Manne, S., DuHamel, K, Gallelli, K., Sorgen, K., & Redd, W. (1998). Posttraumatic stress disorder among mothers of pediatric cancer survivors: Diagnosis, comorbidity, and utility of the PTSD checklists as a screening instrument. *Journal of Pediatric Psychology*, 23, 357–366.

March, J. S., Amaya-Jackson, L., Terry, R., Costanzo, P. (1997). Post-traumatic symptomatology in children and adolescents after an industrial fire. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36 (8): 1080-1088. 1997.

Marsh, HW, (1990). Confirmatory factor analysis multitrait multimethod data: The construct validation of multidimensional self concept responses. *Journal of Personality*, 58 (4), 661 – 692.

Martinson, I. M., Gilliss, C., Collaizzo, D. C., Freeman, M., ve Bossert, E. (1990). Impact of childhood cancer on healthy school-age siblings. *Cancer Nursing*, 13, 183–190.

McGrath, P., Paton, M.A., Huff, N. (2005). Beginning treatment for pediatric acute myeloid leukemia: the family connection. *Issues Compr Pediatr Nurs*, 28(2):97-114.

Melnyk, B.M., Feinstein, N.F., Moldenhouer, Z., Small, L. (2001). Coping In Parents Of Children Who Are Chronically Ill: Strategies For, Assesment and Intervention. *Pediatric Nursing*, November-December; 27(6): 548-556.

Miller, IW., Epstein, NB., Bishop, DS., Keitner, GI. (1985). The McMaster family assesment device: reliability and validity. *Journal of Marital and Family Therapy* 11:345-356.

Murray, J.S. (1998). The lived experience of childhood cancer: one sibling's perspective. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 21:217–227.

Murphy, S. A., Braun, T., Tillery, L., Cain, K. C., Johnson, L. C., & Beaton, R. D. (1999). Post-homicide reactions: Grief, mourning and post-traumatic stress R. Hibberd et al. disorder following a drunk driving fatality. *Omega: Journal of Death and Dying*, 37, 41–58.

Murray, J.S. (2001a). Social support for school aged siblings of children with cancer: a comparison between parent and sibling perceptions. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 18(3), 90-104.

Murray, J.S. (2001b). Self-concept of siblings of children with cancer. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 24:85-94.

Nehring, W.M., Cohen, F.L. (1995). The Developement of an Instrument to Measure the Effects of a Parent's Chronic Illness on Parenting Task. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 18,111-123.

Newacheck, P.W., Halfon, N. (1998). Prevalence and impact of disabling chronic conditions in childhood. *American Journal of Public Health*, 88, 610–617.

Öner, N. (1997). Türkiye’de kullanılan psikolojik testler: Bir başvuru kaynağı. İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayınları.

Özbaran B. ve Erermiş S. (2006). Kanser Tedavisi Gören Çocuk ve Gençlerde Uzun Süreli İzlem Sürecinde Psikososyal Özelliklerin Tanımlanması ve Genel Yaklaşım İlkeleri Klinik Psikiyatri; 9:185-190.

Packman, W.L., Crittenden, M.R., Schaeffer, E., Bongar, B., Fischer, J.B., Cowan, M.J. (1997). Psychosocial consequences of bone marrow transplantation in donor and nondonor siblings. J Dev Behav Pediatr; 18:244–253.

Perry, B.D., Azad, T. (1999). Posttraumatic stres disorder in children and adolescents. Current Opin Pediatr; 11:310-316.

Pynoos, RS. (1993). Post-traumaticstress reactions in children after the 1988 Armenian eartquake. British Journalof Psychiatry, 163, 239-247.

Ries, L.A.G., Smith, M.A., Gurney, J.G., Linet, M., Tamra, T., Young, J.L., Bunin, G.R. (1999). Cancer incidence and survival among children and adolescents: United States SEER Program 1975–1995, National Cancer Institute, SEER Program. NIH Pub. No. 99–4649.

Riddle, I.I., Hennessey, J., Eberly, T.W., Carter, M.C., Miles, M.S. (1989). Stressors in the pediatric intensive care unit a perceived by mothers and fathers. MCN Am J Matern Child Nurs; 18: 221-233.

Rollins, J.A. (1990). Childhood cancer: siblings draw and tell. Pediatric Nursing, 16(1), 21-27.

Sahler, O.J., Roghmann, K.J., Carpenter, P.J., Mulhern, R.K., Dolgin, M.J., Sargent, J.R., Barbarian, O.A., Copeland, D.R., Zeltzer L.K. (1994). Sibling adaptation to childhood cancer collaborative study: Prevalence of sibling distress and definition of adaptation levels. *Journal of Developmental and Behavioural Pediatrics*, 15(5), 353-366.

Salzer, M. and Bickman, L. (1999). The short and long term psychological impact of disasters: implications for mental health interventions and policy. In *Response to Disaster: Psychosocial, Community, and Ecological Approaches*, ed. R. Gist and B. Lubin, pp. 63–82. Philadelphia: Brunner/Maze.

Sargent, J.R., Sahler, O.J.Z., Roghmann, K.J., Mulhern, R.K., Barbarin, O.A., Carpenter, P.J., Copeland, D.R., Dolgin, M.J., Zeltzer, L.K. (1995). Sibling adaptation to childhood cancer collaborative study: siblings' perceptions of the cancer experience. *J Pediatr Psychol* 20:151–164.

Scheeringa, M.S., Zeanah, C.H., Drell, M.J., Larrieu, J.A. (1995). Two approaches to the diagnosis of posttraumatic stress disorder in infancy and early childhood. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. Feb; 34(2):191-200.

Shannon, P. J., Barbarin, O. A., McManus, M. M., ve Freeman, K. S. (1994). Family stress and coping with childhood cancer: II. Psychosocial impact through the eyes of siblings. Family Development Project, University of Michigan, Ann Arbor.

Sharpe, D., ve Rossiter, L. (2002). Siblings of children with chronic illness: A meta-analysis. *Journal of Pediatric Psychology*, 27, 699–710.

Sloper, P. (1996). Needs and responses of parents following the diagnosis of childhood cancer. *Child: Care, Health and Development*, 22, 187-202.

Sloper, P. (2000a). Experiences and support needs of siblings of children with cancer. *Health Soc Care Community*; 8: 298-306.

Sloper, P. (2000b). Predictors of distress in parents of children with cancer: a prospective study. *Journal of Pediatric Psychology*, 25, 79-91.

Smith, M.A., Lynn, A.G. (2002). *Childhood Cancer: Incidence, Survival and Mortality. Principles and Practice of Pediatric Oncology*, Pizzo PA, Poplack D (Ed), 4. Baskı, Philadelphia Lippincott Williams & Wilkins, s.1-13.

Stein, M., Walker, J., Hazen, A., ve Forde, D. (1997). Full and partial posttraumatic stress disorder: Findings from a community study. *American Journal of Psychiatry*, 154, 1114-1119.

Şahin, A.(1995). Perceived family system and self-concept of gifted and nongifted children: A comparative study:Yüksek lisans tezi(basılmamış),Bogaziçi Üniversitesi, İstanbul.

Tarrier, N., Pilgrim, H., Sommerfield, C., Faragher, B., Reynolds, M., Graham, E., & Barrowclough, C. (1999). A randomized trial of cognitive therapy and imaginal exposure in the treatment of chronic posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 13-18.

Tedeschi, R. G., Park, C. L., & Calhoun, L. G. (1998). *Posttraumatic growth: Positive changes in the aftermath of crisis*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

Vanderwerker, L. C., Prigerson, H. G. (2003). Social support and technological connectedness as protective factors in bereavement. *Journal of Loss and Trauma*, 9, 45–57. Walker, C.L. (1988). Stress and coping in siblings of childhood cancer patients. *Nurs Res* 37: 208–212.

Yavaş, İ., Söhmen G., Söhmen T. (1994). Kronik ve ölümcül hastalığı olan çocukların ana babalarının ruhsal durumlarının değerlendirilmesi. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi. 1(2), 96-103.

Yıldız, G., Fer, S. (2008). Öz Kavram Envanteri-I'in geçerlik ve güvenirlik çalışması. Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Eğitim Fakültesi Dergisi. Cilt:V, Sayı:II, 209-232.

Zeltzer, L.K., Dolgin, M.J., Sahler, O.J., Roghmann, K., Barbarin, O.A., Carpenter, P.J., Copeland, D.R., Mulhern, R.K., Sargent, J.R. (1996). Sibling adaptation to childhood cancer collaborative study: health outcomes of siblings of children with cancer. Med Pediatr Oncol 27:98–107.

FORMLAR
AİLE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

	Aynen	Büyük Ölçüde	Biraz	Hiç
1. Ailece ev dışında program yapmada güçlük çekeriz, çünkü aramızda fikir birliği sağlayamayız				
2. Günlük hayatımızdaki sorunların (problemlerin) hemen hepsini aile içinde hallederiz				
3. Evde biri üzgün ise, diğer aile üyeleri bunun nedenini bilir.				
4. Bizim evde, kişiler verilen her görevi düzenli bir şekilde yerine getirmezler				
5. Evde birinin başı derde girdiğinde , diğerleri de bunu kendilerine fazlasıyla dert ederler				
6. Bir sıkıntı ve üzüntü ile karşılaştığımızda , birbirimize destek oluruz.				
7. Ailemizde acil durum olsa şaşırıp kalırız.				
8. Bazen evde ihtiyacımız olan şeylerin bittiğinin farkına varmayız				
9. Birbirimize karşı olan sevgi , şefkat gibi duygularımızı açığa vurmaktan kaçınırız.				
10. Gerektiğinde aile üyelerine görevlerini hatırlatır, kendilerine düşen işi yapmalarını sağlarız				
11. Evde dertlerimizi, üzüntülerimizi birbirimize söylemeyiz				
12. Sorunlarımızın çözümünde genellikle ailece aldığımız kararları uygularız				
13. Bizim evdekiler , ancak onların hoşuna giden şeyler söylendiğinde sizi dinlerler				
14. Bizim evde bir kişinin söylediklerinden ne hissettiğini anlamak pek kolay değildir.				
15. Ailemizde eşit bir görev dağılımı yoktur.				
16. Ailemiz üyeleri , birbirlerine hoş görülme davranırlar				
17. Evde herkes başına buyruktur				
18. Bizim evde herkes söylemek istediklerini üstü kapalı değil de doğrudan birbirlerinin yüzüne söyler				

19.Ailede bazılarımız duygularımızı belli etmeyiz				
20.Acil bir durumda ne yapacağımızı biliriz				
21.Ailece, korkularımızı ve endişelerimizi birbirimizle tartışmaktan kaçınırız				
22.Sevgi şefkat gibi olumlu duygularımızı birbirimize belli etmekte güçlük çekeriz				
23.Gelirimiz (ücret , maaş) ihtiyaçlarımızı karşılamaya yetmiyor				
24.Ailemiz bir problemi çözdükten sonra , bu çözümün işe yarayıp yaramadığını tartışır.				
25.Bizim ailede herkes kendini düşünür				
26.Duygularımızı birbirimize açıkça söyleyebiliriz				
27. Evimizde banyo ve tuvalet (yüz numara) bir türlü temiz durmaz				
28.Aile içinde birbirimize sevgimizi göstermeyiz				
29.Evde herkes başına buyruktur.				
30.Ailemizde, her birimizin belili görev ve sorumlulukları vardır.				

	Aynen	Kısmen Büyük Ölçüde Katılmıyorum	Biraz Katılmıyorum	Hiç Katılmıyorum
31. Aile içinde birbirimizle ilgilenmeye pek zaman bulamıyoruz				
32.Evde genellikle söylediklerimizle, söylemek istediklerimiz birbirinden farklıdır.				
33. Aile içinde genellikle birbirimizle pek iyi geçinmeyiz				
34.Ailemizle sert-kötü davranışlar ancak belli durumlarda gösterilir.				
35.Ancak hepimizi ilgilendiren bir durum olduğu zaman birbirimizin işine karışırız.				
36. Aile içinde birbirimize hoşgörülü davranırız.				
37.Evde birbirimize , ancak sonunda kişisel bir yarar sağlayacaksa ilgi gösteririz				
38. Ailemizde bir dert varsa, kendi içimizde hallederiz.				
39.Ailemizde sevgi, şefkat gibi güzel duygular ikinci plandadır				
40. Ev işlerinin kimler tarafından yapılacağını hep birlikte konuşarak kararlaştırırız.				

41. Ailemizde herhangi bir şeye karar vermek her zaman sorun olur				
42. Bizim evdekiler sadece bir çıkarları olduğu zaman birbirlerine ilgi gösterirler				
43. Evde birbirimize karşı açık sözlüyüzdür				
44. Ailemizde hiçbir kural yoktur				
45. Evde birinden bir şey yapması istendiğinde mutlaka takip edilmesi ve kendine hatırlatılması gerekir.				
46. Aile içinde, her hangi bir sorunun (problemin) nasıl çözüleceği hakkında konuşarak karar verebiliriz.				
47. Evde kurallara uyulmadığı zaman ne olacağını bilmeyiz.				
48. Bizim evde aklınıza gelen her şey olabilir.				
49. Sevgi, şefkat gibi olumlu duygularımızı birbirimize ifade edebiliriz				
50. Ailede her türlü problemin üstesinden gelebiliriz				
51. Evde birbirimizle pek iyi geçinemeyiz.				
52. Sinirlenince birbirimize küseriz				
53. Ailede bize verilen görevler pek hoşumuza gitmez çünkü , genellikle umduğumuz görevler verilmez.				
54. Kötü bir niyetle olmasa da evde birbirimizin hayatına çok karışıyoruz.				
55. Ailemizde kişiler herhangi bir tehlike karşısında (yangın, kaza gibi) ne yapacaklarını bilirler çünkü, böyle durumlarda ne yapılacağı aramızda konuşulmuş ve belirlenmiştir				
56. Aile içinde birbirimize güveniriz				
57. Ağlamak istediğimizde birbirimizden çekinmeden rahatlıkla ağlayabiliriz.				
58. İşimize (okulumuza) yetişmekte güçlük çekiyoruz				
59. Aile içinde birisi, hoşlanmadığımız bir şey yaptığında ona bunu açıkça söyleriz				
60. Problemlerimizi çözmek için ailece çeşitli yollar bulmaya çalışırız.				

ÇOCUK VE GENÇLER İÇİN DAVRANIŞ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

Aşağıda çocukların özelliklerini tanımlayan bir dizi madde bulunmaktadır. Her bir madde çocuğunuzun şu andaki ya da son 6 ay içindeki durumunu belirtmektedir. Bir madde çocuğunuz için çok ya da sıklıkla doğru ise 2 bazen ya da biraz doğru ise 1, hiç doğru değilse 0 sayılarını yuvarlak içine alınız.

	Hiç	Bazen	Sıklıkla
1.Yaşından daha küçük bir çocuk gibi davranır	0	1	2
2.Allerjisi vardır (Yeme, koklama ile, tozlu bir yerde bulunmakta kaşıntı, döküntü, göz yaşarması vs.olması).....	0	1	2
3.Çok tartışır	0	1	2
4. Astımı (nefes darlığı) vardır	0	1	2
5.Karşı cinsten biri gibi davranır	0	1	2
6.Kakasını tuvaletten başka yerlere yapar	0	1	2
7.Övünür, yüksekte atar, hava yapar	0	1	2
8.Dikkatini uzun süre bir konu üzerinde toplayamaz	0	1	2
9.Bazı düşünceleri kafasına takar ve bunları aklından çıkaramaz (açıklayınız).....	0	1	2
10.Yerinde rahat duramaz, çok hareketlidir	0	1	2
11.Yetişkinlerin dizinin dibinden ayrılmaz, onlara çok bağımlıdır	0	1	2
12.Yalnızlıktan yakınıır	0	1	2
13.Kafası karışıktır, şaşkın görünür	0	1	2
14.Çok ağlar	0	1	2
15.Hayvanlara eziyet eder	0	1	2
16.Başkalarına eziyet eder, zalimce ve kötü davranır	0	1	2
17.Hayale dalıp gider, kendini unuttur	0	1	2
18.Bile bile kendine zarar verir ya da intihar girişiminde bulunur	0	1	2
19.Hep dikkat çekmek ister	0	1	2
20. Eşyalarına zarar verir	0	1	2
21.Ailesine ya da başkalarına ait eşyalara zarar verir	0	1	2
22.Evde söz dinlemez	0	1	2
23.Okulda söz dinlemez	0	1	2
24.İştahsızdır, az yemek yer	0	1	2
25.Diğer çocuklarla geçinemez	0	1	2
26.Yanlış davranışından dolayı suçlanmış gibi görünmez	0	1	2
27.Genellikle kıskançtır	0	1	2
28.Yenilip içilmeyecek şeyleri yer yada içer (kum, kil, kalem, silgi gibi) (açıklayınız).	0	1	2
29.Bazı hayvanlardan ve okul dışı ortamlardan ya da yerlerden korkar (açıklayınız)	0	1	2
30.Okula gitmekten korkar	0	1	2
31.Kötü bir şey düşünmek ya da yapmaktan korkar	0	1	2
32.Mükemmel olmasının gerektiğine inanır	0	1	2
33.Kimsenin onu sevmediğine inanır ve bundan yakınıır	0	1	2
34.Başkalarının ona zarar vereceğini, kötülük yapacağını düşünür	0	1	2
35.Kendisini değersiz hisseder	0	1	2
36.Çok sık bir yerlerini incitir, başı kazadan kurtulmaz	0	1	2
37.Çok kavga, dövüş eder	0	1	2
38.Onunla çok alay edilir (Arkadaşları onunla çok alay eder)	0	1	2
39.Başı belada olan kişilerle dolaşır	0	1	2
40.Olmayan sesler işitir	0	1	2

(açıklayınız).....			
41.Düşünmeden ya da aniden hareket eder (aklına eseni yapar)	0	1	2
42.Başkalarıyla beraber olmaktansa yalnız kalmayı tercih eder	0	1	2

	Hiç	Bazen	Sıklıkla
43.Yalan söyler ve hile yapar	0	1	2
44.Tırnaklarını yer	0	1	2
45.Sinirli ve gergindir	0	1	2
46.Kaş seğirmeleri, tikleri vardır.....	0	1	2
47.Gece kabusları, korkulu rüyaları vardır	0	1	2
48.Diğer çocuklar tarafından sevilmez	0	1	2
49.Kabızlık çeker	0	1	2
50.Çok korkak ve kaygılıdır	0	1	2
51.Baş dönmesi vardır	0	1	2
52.Kendini çok suçlu hisseder	0	1	2
53.Aşırı yemek yer	0	1	2
54.Aşırı yorgundur	0	1	2
55.Çok kiloludur	0	1	2
56.Tıbbi nedeni bilinmeyen bedensel şikayetleri vardır:	0	1	2
a. Ağrılar, sızılar	0	1	2
b. Baş ağrıları	0	1	2
c. Bulantı, kusma hissi	0	1	2
d. Gözle ilgili şikayetler (açıklayınız).....	0	1	2
e.Döküntüler ya da başka cilt sorunları	0	1	2
f. Mide-karın ağrısı ve kramplar	0	1	2
g. Kusma	0	1	2
h. Diğer (açıklayınız).....	0	1	2
57.İnsanlara fiziksel saldırıda bulunur	0	1	2
58.Burnuyla, cildiyle vücudunun başka kısımlarıyla oynar ve yolar (açıklayınız).....	0	1	2
59.Herkesin ortasında cinsel organlarıyla oynar	0	1	2
60.Cinsel organlarıyla çok fazla oynar	0	1	2
61.Okul başarısı düşüktür	0	1	2
62.Dengesiz ve sakardır	0	1	2
63.Kendisinden büyük çocuklarla olmayı tercih eder	0	1	2
64.Kendisinden küçük çocuklarla olmayı tercih eder	0	1	2
65.Konuşmayı reddeder	0	1	2
66.Bazı hareketleri tekrar tekrar yapar (tanımlayınız).....	0	1	2
67.Evden kaçır	0	1	2
68.Çok bağırır çağırır	0	1	2
69.Sır vermez, düşüncelerini kendisine saklar	0	1	2
70.Olmayan şeyleri görür (açıklayınız).....	0	1	2
71.Sıkılğan ve utangaçtır	0	1	2
72.Yangın çıkartır	0	1	2
73.Cinsel sorunları vardır (açıklayınız).....	0	1	2
74.Gösterişten hoşlanır, maskaralık yapar	0	1	2
75.Çekingen ve ürkektir	0	1	2
76.Çocukların çoğundan daha az uyur	0	1	2
77.Çocukların çoğundan gece ve gündüz daha çok uyur (açıklayınız).....	0	1	2
78.Kakasıyla oynar ya da etrafa bulaştırır	0	1	2

79.Konuşma güçlüğü vardır (açıklayınız).....	0	1	2
80.Boş gözlerle uzun uzun bakar	0	1	2
81.Evden çalmaları vardır	0	1	2
82.Evin dışında çalmaları vardır	0	1	2
83.İhtiyacı olmayan nesneleri toplar, biriktirir (tanımlayınız).....	0	1	2
	Hiç	Bazen	Sıklıkla
84.Acayip, tuhaf davranışları vardır (açıklayınız).....	0	1	2
85.Acayip, tuhaf düşünceleri vardır (açıklayınız).....	0	1	2
86.Duygu durumunda ani değişiklikler olur	0	1	2
87.Çok sık küser	0	1	2
88.Şüphedir	0	1	2
89.Küfürlü ve açık saçık konuşur	0	1	2
90.Kendini öldürmekten söz eder	0	1	2
91.Uykuda yürür ve konuşur (açıklayınız).....	0	1	2
92.Çok fazla konuşur	0	1	2
93.Başkalarıyla çok dalga geçer, alay eder	0	1	2
94.Öfke nöbetleri vardır, çok çabuk öfkelenir	0	1	2
95.Cinsel konuları fazlaca düşünür	0	1	2
96.İnsanları tehdit eder	0	1	2
97.Parmak emer	0	1	2
98.Temizliğe ve titizliğe aşırı düşkündür	0	1	2
99.Uyku sorunu vardır.....	0	1	2
100.Okuldan kaçır, dersini asar	0	1	2
101.Hareketsiz ve yavaştır, enerjik değildir	0	1	2
102.Mutsuz, üzgün, çökkün ve bezgindir	0	1	2
103.Çok gürültücüdür	0	1	2
104.Tıbbi amaç dışında alkol ya da ilaç kullanır (açıklayınız).....	0	1	2
105.Etrafındaki eşyalara amaçsız olarak zarar vermekten zevk alır	0	1	2
106. Gündüz altını ıslatır	0	1	2
107.Yatağını ıslatır	0	1	2
108.Sızlanır, mızırdanır	0	1	2
109.Karşı cinsten olmayı ister	0	1	2
110.İçe kapanıktır, başkalarıyla birlikte olmak istemez	0	1	2
111.Evhamlıdır, her şeyi dert edinir	0	1	2
112.Çocuğunuzun yukarıdaki listede belirtilmeyen başka sorunu varsa lütfen yazınız.....	0	1	2

ÇOCUKLAR İÇİN TRAVMA SONRASI STRES TEPKİ ÖLÇEĞİ

Ad ve Soyad:

Tarih:

Yaş:

0	Hiçbir zaman (Hiç)	(hiç)
1	Pek az (10-14 günde bir kez)	(zaman %15 inden az)
2	Arada bir (5-10 günde bir kez)	(zaman%15-30 u)
3	Çoğu zaman (2-5 günde bir kez)	(zamanın %30-50 si)
4	Hemen her zaman (Haftada 3 günden fazla veya ayda 15 günden fazla)	(zamanın %50 den fazlası)

1. Olay, senin yaşındaki çocukların çoğunu çok üzecek ya da rahatsız edecek türden miydi?	0	1	2	3	4
2.Olayı düşündüğünde korku, endişe ya da sıkıntı hissediyor musun?	0	1	2	3	4
3.Olanlar aklından tekrar tekrar geçiyor mu? Yani olayla ilgili gözünün önünde görüntüler beliriyor mu ya da aklına sesler geliyor mu?	0	1	2	3	4
4.Olayla ilgili düşünceler istemediğin halde tekrar tekrar aklına geliyor mu?	0	1	2	3	4
5. Olayla ilgili güzel ya da kötü rüyalar görüyor musun?	0	1	2	3	4
6. Sana olayın yine olabileceğini düşündüren şeyler var mı? Neler?	0	1	2	3	4
7. Arkadaşlarınla oynamak, spor yapmak ya da okuldaki etkinliklere katılmak gibi olaydan önce yapmaktan hoşlandığın şeyleri yapmayı şimdi de aynı şekilde sevmediğin oluyor mu?	0	1	2	3	4
8. İçin için kendini daha yalnız hissettiğin (ya da kendine kalmış gibi hissettiğin) oluyor mu?	0	1	2	3	4
Sanki başkaları senin neler çektiğini gerçekte hiç anlamıyorlarmış gibi geliyor mu?	0	1	2	3	4
9. Kendini nasıl hissettiğini düşünmek bile istemeyecek kadar korku, sıkıntı ya da üzüntü duyduğun oluyor mu?	0	1	2	3	4
10. Konuşamayacak ya da ağlamayacak kadar korku sıkıntı ya da üzüntü duyduğun oluyor mu?	0	1	2	3	4

11. Eskisine göre (olaydan öncesine göre) şimdi daha kolay yerinden sıçırıyor musun ya da daha tedirgin ve huzursuz bir halde misin?	0	1	2	3	4
12. İyi uyumadığın oluyor mu?	0	1	2	3	4
13. (Olayla ilgili) “Keşke yapsaydım” dediğin bir şey var mı? Bunu yapmamış olduğun için kendini kötü ya da suçlu hissediyor musun? Ya da “Keşke yapmasaydım” diye düşündüğün bir şeyi yapmış olduğun için kendini kötü ya da suçlu hissediyor musun	0	1	2	3	4
14.Olanlarla ilgili düşünceler ve duygular örneğin okulda ya da evde öğrendiğin şeyler gibi başka şeyleri hatırlamana engel oluyor mu?	0	1	2	3	4
15. Eskisi (olay öncesi) kadar kolaylıkla dikkatini toplayamadığın oluyor mu?	0	1	2	3	4
16. Başından geçenleri sana hatırlatan şeylerden uzak durmak istiyor musun?	0	1	2	3	4
17. Bir şey sana olayı anımsattığında ya da düşünmene neden olduğunda gerginlik ya da sıkıntı hissediyor musun?	0	1	2	3	4
18. Küçükken yaptığın ama bıraktığın bazı şeyleri olaydan beri yine yapmaya başladın mı?					
Örneğin, birisinin hep yanında olmasını istemek, birisiyle uyumak istemek, parmağını emmek, tırnaklarını yemek , ya da yatağına daha sık ciş kaka kaçırmak?	0	1	2	3	4
19. Olaydan beri eskisine göre daha fazla karın ağrısı baş ağrısı çektiğin ya da kendini daha sık hasta hissettiğin oluyor mu?	0	1	2	3	4
20. Eskiden olsa yapmayacağın, davranışları şimdi yapmaktan kendini alıkoyamadığın oluyor mu?					
Örneğin, daha çok kavga etmek, daha az söz dinlemek, bisikletine daha dikkatsizce binmek, bir yerlere tırmanmak, birisine küfretmek, oyun sırasında ya da caddeden karşıya geçerken daha dikkatsiz davranmak	0	1	2	3	4

OLAYLARIN ETKİSİ ÖLÇEĞİ

Aşağıda yaşamdaki sıkıntı verici olaylardan sonra insanların yaşayabileceği güçlüklerin bir listesi verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyarak geçtiğimiz 7 gün boyunca her bir güçlüğüne sıklıkta yaşadığınızı işaretleyiniz.

	Hiç	Biraz	Orta	Fazla	Çok fazla
1. Olayı hatırlatan herhangi bir şey olay hakkındaki duygularımı yeniden canlandırdı.					
2. Uykuyu sürdürmekte güçlük çektim.					
3. Başka şeyler sürekli olayı düşünmeme neden oldu.					
4. Sinirli ve kızgındım					
5. Olayı düşündüğümde ya da hatırlatıldığında altüst olmaktan kaçındım.					
6. İstemediğim halde olayı düşündüm.					
7. Sanki bu olay hiç olmamış ya da gerçek değilmiş gibi hissettim.					
8. Olayı hatırlatan şeylerden uzak durdum.					
9. Olayla ilgili görüntüler aklıma gelmedi					
10. Gergindim ve kolayca irkiliyordum.					
11. Olayla ilgili düşünmemeye çalıştım					
12. Olayla ilgili hala bir çok duygumum var olduğunu, ancak bu duygularımın üstesinden gelemediğimi fark ettim.					
13. Olayla ilgili hislerim bir çeşit donukluk haliydi					
14. Kendimi olayın olduğu zaman geri gitmişim gibi hareket ederken ya da hissederken buldum					
15. Uykuya dalmakta güçlük çektim					
16. Olayla ilgili yoğun duygu seli yaşadım					
17. Olayı hafızamdan uzaklaştırmaya çalıştım					
18. Konsantre olmakta güçlük çektim					
19. Olayı hatırlatan şeyler terleme, mide bulantısı, nefes alma güçlüğü ve çarpıntı gibi fiziksel tepkiler göstermeme neden oldu					
20. Olayla ilgili rüyalar gördüm					
21. Çevremi dikkatle gözlemlediğimi ve tetikte olduğumu hissettim					
22. Olayla ilgili konuşmamaya çalıştım					

PIERS-HARRIS ÇOCUKLAR İÇİN ÖZ KAVRAMI ÖLÇEĞİ

		EVET	HAYIR
1	İyi resim çizerim.	()	()
2	Okul ödevlerimi bitirmem uzun sürer.	()	()
3	Ellerimi kullanmada becerikliyimdir.	()	()
4	Okulda başarılı bir öğrenciyimdir.	()	()
5	Aile içinde önemli bir yerim vardır.	()	()
6	Sınıf arkadaşlarım benimle alay ediyorlar	()	()
7	Mutluyum	()	()
8	Çoğunlukla neşesisizim.	()	()
9	Akıllıyım.	()	()
10	Öğretmenler derse kaldırıncı heyecanlanırım.	()	()
11	Dış (fiziki) görünüşüm beni rahatsız ediyor.	()	()
12	Genellikle çekingenim.	()	()
13	Arkadaş edinmekte güçlük çekiyorum.	()	()
14	Büyüdüğümde önemli bir kimse olacağım.	()	()
15	Aileme sorun yaratırım.	()	()
16	Kuvvetli sayılırım.	()	()
17	Sınavlardan önce heyecanlanırım.	()	()
18	Okulda terbiyeli, uyumlu davranırım.	()	()
19	Herkes tarafından pek sevilen biri değilim.	()	()
20	Parlak, güzel fikirlerim var.	()	()
21	Genellikle kendi dediklerimin olmasını isterim.	()	()
22	İstediğim bir şeyden kolayca vazgeçerim.	()	()
23	Müzikte iyiyim.	()	()

		EVET	HAYIR
24	Hep kötü şeyler yaparım.	()	()
25	Evde çoğu zaman huysuzluk ederim.	()	()
26	Sınıfta arkadaşlarım beni sayarlar.	()	()
27	Sinirli biriyim.	()	()
28	Gözlerim güzeldir.	()	()
29	Derse kalktığımda bildiklerimi sıkılmadan anlatırım.	()	()
30	Derslerde sık sık hayal kurarım.	()	()
31	(Kardeşiniz varsa) kardeş(ler)ime sataşırım	()	()
32	Arkadaşlarım fikirlerimi beğenir.	()	()
33	Başım sık sık belaya girer.	()	()
34	Evde büyüklerimin sözünü dinlerim.	()	()
35	Sık sık üzülür, meraklanırım.	()	()
36	Ailem benden çok şey bekliyor.	()	()
37	Halimden memnunum	()	()
38	Evde ve okulda pek çok şeyin dışında bırakıldığını hissedirim.	()	()
39	Saçlarım güzeldir	()	()
40	Çoğu zaman okul faaliyetlerine gönüllü olarak katılırım.	()	()
41	Şimdiki halimden daha başka olmayı isterdim.	()	()
42	Geceleri rahat uyuyorum.	()	()
43	Okuldan hiç hoşlanmıyorum.	()	()
44	Arkadaşlar arasında oyunlara katılmak için bir seçim yapılırken, en son seçilenlerden biriyim.	()	()
45	Sık sık hasta olurum.	()	()
46	Başkalarına karşı iyi davranmam.	()	()

		EVET	HAYIR
47	Okul arkadaşlarım güzel fikirlerim olduğunu söylerler.	()	()
48	Mutsuzum.	()	()
49	Çok arkadaşım var.	()	()
50	Neşeliyim.	()	()
51	Pek çok şeye aklım ermez.	()	()
52	Yakışıklıyım/güzelim.	()	()
53	Hayat dolu bir insanım.	()	()
54	Sık sık kavgaya karışırim.	()	()
55	Erkek arkadaşlarım arasında sevilirim.	()	()
56	Arkadaşlarım bana sık sık sataşırlar.	()	()
57	Ailemi düş kırıklığına uğrattım.	()	()
58	Hoş bir yüzüm var.	()	()
59	Evde hep benimle uğraşırlar.	()	()
60	Oyunlarda ve sporda başı hep ben çekerim.	()	()
61	Ne zaman bir şey yapmaya kalksam her şey ters gider.	()	()
62	Hareketlerimde hantal ve beceriksizim.	()	()
63	Oyunlarda ve sporda, oynamak yerine seyredirim.	()	()
64	Öğrendiklerimi çabuk unuturum.	()	()
65	Herkesle iyi geçinirim.	()	()
66	Çabuk kızarım.	()	()
67	Kız arkadaşlarım arasında sevilirim.	()	()

68	Çok okurum.	()	()
69	Bir grupta birlikte çalışmaktansa tek başıma çalışmaktan hoşlanırım.	()	()
70	(Kardeşiniz varsa) Kardeş(ler)imi severim.	()	()
71	Vücutça güzel sayılırım.	()	()
72	Sık sık korkuya kapılırım.	()	()
73	Her zaman bir şeyler düşünür ve kurarım.	()	()
74	Güvenilir bir kimseyim.	()	()
75	Başkalarından farklıyım.	()	()
76	Kötü şeyler düşünürüm.	()	()
77	Kolay ağlarım.	()	()
78	İyi bir insanım.	()	()
79	İşler hep benim yüzümden ters gider.	()	()
80	Şanslı bir kimseyim.	()	()

KISA SEMPTOM ENVANTERİ

Aşağıda, insanların bazen yaşadıkları belirtilerin ve yakınmaların bir listesi verilmiştir. Listedeki her maddeyi lütfen dikkatle okuyun. Daha sonra o belirtinin SİZDE BUGÜN DAHİL, SON BİR HAFTADIR NE KADAR VAR OLDUĞUNU YANDAKİ BÖLMEDE UYGUN OLAN YERDE İŞARETLEYİN. Her belirti için sadece bir yeri işaretlemeye ve hiçbir maddeyi atlamamaya özen gösterin. Yanıtlarınızı kurşun kalemle işaretleyin. Eğer fikir değiştirirseniz ilik yanıtınızı silin.

Yanıtlarınızı aşağıdaki ölçeğe göre değerlendirin:

Bu belirtiler son bir haftadır sizde ne kadar var?

O. Hiç yok 1. Biraz var 2. Orta derecede var 3. Epey var 4. Çok fazla var

	Bu belirtiler son bir haftadır sizde ne kadar var?				
	Hiç			Çok fazla	
1. İçimizdeki sinirlilik ve titreme hali	0	1	2	3	4
2. Baygınlık, baş dönmesi	0	1	2	3	4
3. Bir başka kişinin sizin düşüncelerinizi kontrol edeceği fikri	0	1	2	3	4
4. Başınıza gelen sıkıntılardan dolayı başkalarının suçlu olduğu duygusu	0	1	2	3	4
5. Olayları hatırlamada güçlük	0	1	2	3	4
6. Çok kolayca kızım öfkelenme	0	1	2	3	4
7. Göğüs (Kalp) bölgesinde ağrı	0	1	2	3	4
8. Meydanlık (açık) yerlerden korkma duygusu	0	1	2	3	4
9. Yaşamınıza son verme düşünceleri	0	1	2	3	4
10. İnsanların çoğuna güvenilmeyeceği hissi	0	1	2	3	4
11. İştahta bozukluklar	0	1	2	3	4
12. Hiçbir nedeni olmayan ani korkular	0	1	2	3	4
13. Kontrol edemediğiniz duygu patlamaları	0	1	2	3	4
14. Başka insanlarla beraberken bile yalnızlık hissetmek	0	1	2	3	4

15. İşleri bitirme konusunda kendini engellenmiş hissetmek	0	1	2	3	4
16. Yalnızlık hissetmek	0	1	2	3	4
17. Hüzünlü, kederli hissetmek	0	1	2	3	4
18. Hiçbir şeye ilgi duymamak	0	1	2	3	4
19. Ağlamaklı hissetmek	0	1	2	3	4
20. Kolayca incinebilme, kırılmak	0	1	2	3	4
21. İnsanların sizi sevmediğine, kötü davrandığına inanmak	0	1	2	3	4

	Bu belirtiler son bir haftadır sizde ne kadar var?				
	Hiç			Çok fazla	
22. Kendini diğerlerinden daha aşağı görme	0	1	2	3	4
23. Mide bozukluğu, bulantı	0	1	2	3	4
24. Diğerlerinin sizi gözlediği ya da hakkınızda konuştuğu duygusu	0	1	2	3	4
25. Uykuya dalmada güçlük	0	1	2	3	4
26. Yaptığınız şeyleri tekrar tekrar doğru mu diye kontrol etmek	0	1	2	3	4
27. Karar vermede güçlükler	0	1	2	3	4
28. Otobüs, tren, metro gibi umumi vasıtalarla seyahatlerden korkmak	0	1	2	3	4
29. Nefes darlığı, nefessiz kalmak	0	1	2	3	4
30. Sıcak soğuk basmaları	0	1	2	3	4
31. Sizi korkuttuğu için bazı eşya, yer yada etkinliklerden uzak kalmaya çalışmak	0	1	2	3	4
32. Kafanızın “bomboş” kalması	0	1	2	3	4
33. Bedeninizin bazı bölgelerinde uyuşmalar, karıncalanmalar	0	1	2	3	4
34. Günahlarınız için cezalandırılmanız gerektiği	0	1	2	3	4
35. Gelecekle ilgili umutsuzluk duyguları	0	1	2	3	4
36. Konsantrasyonda (dikkati bir şey üzerinde toplama) güçlük/zorlanmak	0	1	2	3	4
37. Bedenin bazı bölgelerinde zayıflık, güçsüzlük hissi	0	1	2	3	4
38. Kendini gergin ve tedirgin hissetmek	0	1	2	3	4

39.Ölme ve ölüm üzerine düşünceler	0	1	2	3	4
40. Birini dövme, ona zarar verme, yaralama isteği	0	1	2	3	4
41. Bir şeyleri kırma, dökme isteği	0	1	2	3	4
42. Diğerlerinin yanındayken yanlış bir şeyler yapmamaya çalışma	0	1	2	3	4
43. Kalabalıklarda rahatsızlık duymak	0	1	2	3	4
44. Bir başka insana hiç yakınlık duymamak	0	1	2	3	4
45. Dehşet ve panik nöbetleri	0	1	2	3	4
46. Sık sık tartışmaya girmek	0	1	2	3	4
47. Yalnız bırakıldığında/kalındığında sinirlilik hissetmek	0	1	2	3	4
48.Başarılarınız için diğerlerinden yeterince takdir görmemek	0	1	2	3	4
49. Yerinde duramayacak kadar tedirgin hissetmek	0	1	2	3	4
50. Kendini değersiz görmek/değersizlik duyguları	0	1	2	3	4
51. Eğer izin vererseniz insanların sizi sömüreceği duygusu	0	1	2	3	4
52.Suçluluk duyguları	0	1	2	3	4
53.Aklınızda biraz bozukluk olduğu fikri	0	1	2	3	4

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Ayşegül	Soyadı	Deşat
Doğ.Yeri	İstanbul	Doğ.Tar.	11.04.1984
Uyruğu	TC	TC Kim No	33502765146
Email	aysegul_desat@hotmail.com	Tel	0532 321 65 86

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mez. Yılı
Doktora		
Yük.Lis.		
Lisans	İstanbul Üniversitesi Psikoloji Bölümü	2008
Lise	İstanbul Erkek Lisesi	2004

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1.	Psikolog	Özel Avrupa Elit Anaokulu	2012-
2.	Psikolog	Özel BJK Koleji Anaokulu	2009-2011
3.	Psikolog	Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumu	2008-2009

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*	KPDS/ÜDS Puanı	(Diğer) Puanı
İngilizce	Çok iyi	iyi	Çok iyi		
Almanca	iyi	orta	iyi		

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
LES Puanı			
(Diğer) Puanı			

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi