

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

KANSER TANISI İLE HASTANEDE YATAN
ÇOCUKLAR VE ANNELERİNDE DEPRESYON
BELİRTİLERİNİN İNCELENMESİ

(YÜKSEK LİSANS TEZİ)

YEŞİM AKBULUT ÖZLÜ
Çocuk Sağlığı ve Eğitimsi

TEZ DANIŞMANI:
Prof.Dr.AYSEL EKŞİ

İSTANBUL - 1996

İÇİNDEKİLER

Sayfa No:

I.	AMAÇ.....	1
II.	ARAŞTIRMA İLE İLGİLİ GENEL BİLGİLER.....	3
•	Çocukluk Çağı Kanseri.....	3
•	Hastalıkların Çocuk ve Aile Üzerine Etkileri.....	7
•	Depresyon.....	19
	MATERYAL VE METOD.....	25
	A- Örneklem.....	25
	B- Veri Toplama Araçları.....	26
	a- Demografik Özellikler İçeren Bilgi Formu.....	27
	b- Beck Depresyon Envanteri.....	27
	c- Depresyon Self Rating Skalası.....	29
	d- Ana Baba Tutum Ölçeği (PARI).....	30
	C- Verilerin Analizi ve Değerlendirilmesi.....	33
IV.	BULGULAR.....	34
V.	TARTIŞMA.....	47
VI.	ÖNERİLER.....	59
VII.	ÖZET.....	61
VIII.	İNGİLİZCE ÖZET.....	62
IX.	KAYNAKLAR.....	63
X.	EKLER.....	72

TABLÖLAR DİZİNİ

TABLO 1	: Deney ve Kontrol Grubundaki Çocukların Cinsiyete Göre Dağılımları	34
TABLO 2	: Deney ve Kontrol Grubundaki Çocukların Yaşa Göre Dağılımları	34
TABLO 3	: Deney ve Kontrol Grubundaki Ebeveynlerin Yaş Ortalamalarının Dağılımları	35
TABLO 4	: Deney ve Kontrol Grubundaki Ebeveynlerin Eğitim Durumlarının Dağılımı	36
TABLO 5	: Deney ve Kontrol Grubundaki Ebeveynlerin Mesleklerine Göre Dağılımı	37
TABLO 6	: Deney ve Kontrol Grubundaki Ailelerin Yapılarına Göre Dağılımları	38
TABLO 7	: Deney ve Kontrol Grubundaki Ailelerin Gelir Dağılımları	38
TABLO 8	: Deney ve Kontrol Grubundaki Ailelerin Sosyal Güvence Dağılımları	39
TABLO 9	: Deney ve Kontrol Grubundaki Çocukların Tanılara Göre Dağılımı	39
TABLO 10	: Deney Grubundaki Çocukların Hastalıkları Hakkında Bilgilendirilmelerinin İncelenmesi	40
TABLO 11	: Deney Grubundaki Çocukların Tıbbi İşlemler Konusunda Bilgilendirilmelerinin İncelenmesi	40
TABLO 12	: Deney Grubundaki Annelerin Çocukların Hastalıklarını Konusunda Bilgilendirilmesinin İncelenmesi	42

TABLO 13 : Deney ve Kontrol Grubundaki Annelerin Beck Depresyon Envanteri Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	42
TABLO 14 : Deney ve Kontrol Grubundaki Çocukların Depresyon Self Rating Skalasından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	43
TABLO 15 : Deney Grubundaki Çocukların Depresyon Puan Ortalamalarını Cinsiyete Göre Dağılımı	45
TABLO 16 : Deney ve Kontrol Grubundaki Annelerin Anne Baba Tutum Ölçeği (PARI) Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	45

TEŞEKKÜR

Tez çalışmam sırasında her konuda büyük yardımlarını gördüğüm sayın hocam, Prof. Dr. Aysel Ekşi'ye, Prof. Dr. Ömer Devecioğlu'na, Uzm. Psikolog Gülcan Peykerli'ye, Dr. Levent Kayaalp'e Doç. Dr. Beyhan Tüysüz'e, Kadriye Bilgi'ye, Şule Yılmaz'a ve Hilal Bozdereli'ye, ayrıca istatistiksel değerlendirmelerimin yapılmasında yardımlarını gördüğüm Doç. Dr. Uğur Atik'e, Dr. Galip Ekuklu'ya, tez çalışmam sırasında gösterdikleri anlayış ve yardımlarından dolayı Merkez Müdürüm Prof. Dr. Kemal Kutlu'ya ve bütün çalışma arkadaşlarıma, Hayatımın her aşamasında destekleri ile ilerlediğim aileme, Sonsuz Teşekkürler.

Yeşim Akbulut Özlü

I - ARAŞTIRMANIN AMACI

Son yıllarda kanserin tedavisi için yapılan kemik iliği transplantasyonu, radyoterapi, kemoterapi alanındaki gelişmelere bağlı olarak, hastalık geçmişe oranla çok daha tedavi edilebilir bir nitelik kazanmıştır. Buna rağmen, büyük bir olasılıkla bu çocukların tüm yaşamı temelden değişeceğinden, tedavi sırasında yoğun ağrılı, sıkıntılı korkulu günler geçirmeleri kaçınılmaz olacaktır. Bu durum onların psikolojik dünyasını etkileyebilir. Bunun doğal uzantısı olarak ciddi hastalıkları olan çocuklarda depresif belirtiler, çeşitli uyum ve davranış problemleri, regresyon gibi tepkiler gözlenebilir. Hiç kuşkusuz çocuğun hastalığa gösterdiği tepkiler: İçinde bulunduğu gelişim dönemine, çocuğun kişilik özelliklerine, aile yapısına ve ailenin çocuğa karşı tutumuna, hastalığın evrelerine, süresine ve aldığı tedavinin niteliğine göre değişim gösterebilir.

Çocuktaki kanser hastalığı, ebeveynler açısından da çeşitli zorluklar yaratabilir. Çocuklarının kanser tanısı ile karşı karşıya kalan ailenin hastalığa uyum sağlaması için belirli aşamalardan geçmesi gerekir. Bütün bu dönemler süresince anne-babalar, umutla yeni bir tedavi, mucize beklerler, Ailelerde görülen tepkiler genellikle ;şok, inkar, kızgınlık veya pişmanlık, pazarlık, keder, depresyon, durumu kabullenme gibi çeşitli dönemlerden geçer.

Yapılan tüm çalışmalar ve uygulamalar gösterir ki, çocuktaki kanserin tedavisinde, ailenin hastalığı psikolojik anlamda kabulü ve tedaviye katılımı çok önemlidir. Bu nedenle hastalığın medikal tedavisi yapılırken psikososyal yönü ihmal edilmemelidir. Hastalığın tedavisi süresince çocuk ve aile tedavinin her aşamasına psikolojik yönden hazırlanmalı ve tıbbi işlemler konusunda bilgilendirilmelidir.

Maddi açıdan da sarsılan aile yapısında parçanmalar, çeşitli çatışmalar yaşanabilir.

Hastalığa bağlı bu çok faktörlü Problemler çocuk ve aile üzerindeki stresi artırıcı yöndedir. O nedenle aile dinamiklerini, ailenin sosyo ekonomik özelliklerini göz önüne alan çok yönlü psiko sosyal destek, ailenin hastalık sürecini en az zararla atlatması açısından önemlidir.

Bu çalışma, kanser tanısı ile hastanede yatan 9-12 yaş dönemi çocuklarda ve annelerinde depressif belirtilerin gelişeceği varsayımı ile yapılmıştır. Böylece hasta çocuk ve annelerinin depresif belirtiler yönünden incelenmesi, annedeki depresif belirtilerin çocuktaki depresif belirtilerle ilişkisinin ve hastalık dönemindeki anne tutumlarının incelenmesi planlanmıştır.

II - ARAŞTIRMA İLE İLGİLİ GENEL BİLGİLER

A- ÇOCUKLUK ÇAĞI KANSERLERİ

Çocuklar büyüme süreci içinde çeşitli hastalıklarla karşı karşıya kalırlar. Bu hastlığın tipi, süresi, çocuğun yaşı, kişiliği, gördüğü tedavinin niteliği, ailenin tutumu, hastalığın yarattığı engeller, bıraktığı sekeller gibi pek çok etkene bağlı olarak hastalığın çocuk ve ailesi üzerine az veya çok etkileri olabilir. Bu etkiler geçici veya kalıcı olabilir. Bu hastalıklar arasında çocukluk çağı kanserleri prognozlarının iyi olmaması nedeni ile önemle üzerinde durulması gereken bir gruptur (48).

LÖSEMİLER

Çocukluk çağı kanserlerinin %40'ını akut lösemiler oluşturmaktadır. Lösemi lökositlerin olgunlaşmadan anormal, hızlı ve kontrolsüz biçimde çoğalarak kemik iliği, vücut dokuları, kan ve lenf sisteminde birikmesiyle karakterize ölümcül olabilen neoplastik bir hastalıktır (3, 72).

Normal kemik iliğinde eritroit, miyeloid ve megakaryositler serilerin ana ara olgun hücreleri periferik kanda da yine bu serilerin olgun şekilleri bulunur. Akut lösemide ise, normal kemik iliği hücrelerinin yerini blast adı verilen farklılaşmamış ana hücreler almıştır. Çocuklarda en sık görünen bu lösemi tipinin belirlenmesinde hücreler morfolojik, stoşimik ve imünolojik sitogenetik marker'lara göre değerlendirilir (3, 72).

İnsidans: Bütün lösemilerin yıllık görünme sıklığı 100 bin nüfusta 5-6'dır. Bunların yarısı akut, yarısı kronik lösemidir. Çeşitli akut lösemilerin görülme sıklığı yaşa, ırka, coğrafi konuma göre değişmektedir (72).

Çocuklarda lösemnin görülme sıklığı batı ülkelerinde yılda 3,45/100.000 olarak bildirilmektedir. Beyaz çocuklar için bu oran biraz daha

yüksek, zenciler için daha düşüktür. Ancak bazı çocuklarda lösemi görülme sıklığı normal popülasyondan daha yüksektir. Lösemili çocukların tek yumurta ikiz eşlerinde ve kardeşlerinde ataksitelanjiyektazi, Down sendromu, Bloom sendromu, Fankoni anemisi gibi kromozom bozukluklarına bağlı olan bazı doğumsal anomali sendromlarında ve radyasyon, ya da kimyasal karsinojenlerin etkisinde kalmış çocuklarda lösemi olasılığı daha fazladır.

Etiyoloji: Bugün lösemilerin etyolojisi kesin olarak bilinmemekle beraber, multipl faktöriyel olduğu düşünülmektedir. İyonize edici ışınlar, kimya-karsinojenler ve infeksiyöz ajanlar özellikle, virüsler akut löseminin etiyolojisinden sorumlu tutulan çevre faktörleridir.

Sınıflama: Lösemi tedavisinde prognoz açısından sınıflamanın çok büyük önemi vardır. Çocukluk çağı lösemilerinin %97'si akut lösemi, %3'ü kronik miyelositer lösemidir. Akut lösemi olgularının %80'ini akut lenfoblastik lösemi, %5'i farklılaşmamış veya sistem hücreli lösemiden oluşur (3).

AKUT LENFOBLASTİK LÖSEMİ (ALL)

Çocukluk çağı lösemilerinin %80'ini ALL (akut lenfoblastik lösemi) grubu meydana getirir. ALL çocukluk döneminde, özellikle bir yaşından sonra en fazla 3,5 yaşlarında görülmektedir. Erkek çocuklarda ve beyaz ırkta görülme oranı daha fazladır.

Son yıllarda kemoterapi alanındaki büyük gelişmeler sayesinde ALL tedavi edilebilir bir hastalık olmuştur. Tedavide amaç lösemik blastların oluşumunu durdurmak, bunları yok etmek ve normal kemik iliği hücrelerinin çoğalıp görev yapmalarını sağlamaktır.

ALL tedavisi üç bölümde ele alınabilir.

1. Kemoterapi
2. Kemoterapi dışı tedavi
3. Psikoterapi.

Kemoterapi: Kemoterapide amaç en az zararla mümkün olduğunca çok atipik hücreyi yok etmektir. Bunun için prognozu iyi olan vakalarda daha az ilaç, prognozu kötü olan vakalarda ise, daha yoğun biçimde ilaç uygulanmaktadır.

Kemoterapinin,

- 1) Remisyon indüksiyonu
- 2) MSS profilaksisi ve konsolidasyonu
- 3) İdame tedavisi olmak üzere dönemleri vardır.

ALL'de remisyon lösemiye ait bütün fizik bulgu ve belirtilerin kaybolması, periferik kanda bulguların normale dönmesi, kemik iliğinde blast sayısının %5 veya daha az olması veya normal hücrelerin tekrar ortaya çıkması şeklinde tanımlanır. Remisyon elde edildikten sonra hasta MSS profilaksisine alınır. Bundan sonra belirli bir süre hastalığın yeniden çıkışını önlemek üzere idame tedavisine geçilir. İdame tedavisinin süresine ilişkin kesin bir görüş yoktur. Hastalık nüks etmezse 2, bazen de 3 yıl sürdürülebilir.

Kemoterapi Dışı Tedavi: Bu tedavinin bölümlerini infeksiyonlarla mücadele, hematolojik eksikliklerin yerine konulması, acil sorunların giderilmesi, kusma ve ağrıyla mücadele ve beslenme meydana getirir. Her biri ayrı bir ihtisas konusu olan bu bölümlerin detayına girilmeyecektir (3).

Psikoterapi: Tedavideki üçüncü bölüm psikolojik destekle ilgilidir. Hastaneye yatış, evde bırakılanların bakımı, hastaneden çıkış, sonraki dönemde ev yaşamına ve okula uyum, hastalığın nüksü veya ölüm olayı her zaman psikolojik destekle aşılması gereken problemlerdir. Tüm bunlara hastalığın büyük maliyetler içerdiği de eklenirse ALL tedavisinde her aşamanın psikolojik sorunlar demek olduğu anlaşılır (3).

AKUT NON-LENFOSİTİK LÖSEMİ (ANLL)

Çocukluk çağı lösemi olgularının %15'ini oluşturan ANLL, her yaştaki erkek ve kız çocuklarında aynı sıklıkla görülür. Fankoni anemisi, Bloom sendromu gibi kromozom bozukluğu ve özellikle lösemiye eğilimi olan çocuklarda ANLL'ye daha sık rastlanır (3).

KRONİK MİYOLESİTER LÖSEMİ (KML)

Çocuklarda görülen lösemi olgularının %3'ünü oluşturan KML, periferik kanda çok sayıda olgunlaşmamış miyoloit seri hücrelerinin bulunmasıyla belirlenir. Adült ve jüvenil olmak üzere iki tipi vardır (3).

KONJENİTAL VE NEONATAL LÖSEMİ

Lösemi çok ender de olsa çocukların yeni doğan döneminde de görülebilir. Hastalığın belirtileri doğumda dikkati çekerse konjenital, doğumdan sonra ilk haftalar içinde başlarsa neonatal olarak tanımlanır.

Yeni doğan lösemisinin daha büyük yaştaki çocuklarda ortaya çıkan lösemiden en önemli farkı, vakaların %80'inin akut miyeloblastik lösemi olmasıdır (3).

LÖSEMİ TEDAVİSİNDE KEMİK İLİĞİ TRANSPLANTASYONU

Lösemili ya da aplastik anemili hastaların tedavisinde son şans olarak ele alınan kemik iliği transplantasyonu (KİT) günümüzde deneysel bir işlem olmaktan çıkmış ve son 20 yıl içinde bir hayli ilerlemeler kaydetmiştir (57).

Lösemi tedavisinde ise, allojenik kemik iliği transplantasyonu özellikle remisyonda ve hastalık süresi fazla uzamadan yapılabilirse başarı oranı %60'dır.

Otolog transplantasyon, remisyon döneminde hastadan alınan kemik iliğinin daha sonra yine aynı hastaya verilmesi ile gerçekleşir. Buna karşın allojenik transplantasyon için histocompatibility kompleksiyonundan genotipi eş bir verici bulunması gerekir (3).

Kanserli çocuklar tedavileri sırasında bir çok ağır verici tıbbi işlemlerle karşı karşıya kalırlar. Bu işlemler arasında en önemli yeri kemik iliğinden materyal almak işlemi tutar. Bu işlemin genel anestezi yapılmadan uygulandığı durumlar hem çocuk hem de aile için travmatik bir olaydır. Transplantasyon için hastanede kalınan süre, hasta ve aile için ümit ve anksiyete karışımı anlarla doludur. Kısıtlı bir yerde aileden uzak kalmak yalnızlık hissi verebilir ve ürkütücü olabilir. Böyle bir ortamda hastanın zaman zaman kendisini depresif, heyecanlı ve sinirli hissetmesi çok doğaldır. KİT'nun da hastanın fiziksel ve psikolojik sorunların üstesinden gelmesi için bir ekip çalışmasının yapılması şarttır. (Psikiyatrist, fizik tedavi uzmanı, sosyal hizmet uzmanı, diyetisyen gibi). Hasta ve ailesinin sorduğu tüm sorulara açık ve tatmin edici yanıtlar vererek, onların cesaret ve güvenini arttırmaya yardımcı olunmalıdır. (34).

B. HASTALIKLARIN ÇOCUK VE AİLE ÜZERİNE ETKİLERİ

Hastalıkların, çocuk ve ailesinin ruhsal dengesi üzerinde olumsuz etkileri olabilmektedir. Ancak tıp alanındaki son gelişmelere bağlı olarak çocukluk çağındaki kronik ve öldürücü hastalıkların büyük bir bölümü tedavi edilebilir olmuştur. Daha önceki dönemlerde ölümcül hastalığı olan çocukların tedavi edilmesi ön planda iken, günümüzde tıbbi tedavi ile psikososyal tedavinin paralelliği önem kazanmıştır (48, 83, 84).

a-) KANSER HASTALIĞININ KANSERLİ ÇOCUKLAR ÜZERİNE ETKİLERİ:

Hastalığa bağlı olarak; çocukta aktivitelerde azalma, zayıflama, saçların dökülmesi gibi fiziksel değişiklikler oluşur. Erkek çocuklar hastalığın ortaya çıkarabileceği değişikliklere bağlı olarak vücut yapılarının ve erkekliklerinin etkileneneğinden endişe duyarlar. Bu tür durumlar çocuklarda yeni endişelerin oluşmasına neden olabilir. Çocuklar bunu davranışlarındaki ve duygularındaki değişikliklerle dışa yansıtır (11, 12, 13, 72).

Son yıllarda, Lösemili çocuklarla ilgili çalışmalarda daha çok hekimleri ilgilendiren tedavi stratejilerinin yanısıra, doğrudan çocuğu ve aileyi ilgilendiren "hastalıkla başa çıkma stratejileri" araştırmalara konu olmaktadır (67, 74, 78).

Yavaş ve arkadaşları, kanserli çocukları değerlendirirken çalışmalarını çocukluk depresyonu üzerinde yoğunlaştırmışlardı. Çocuklarda hastalık döneminde depresif belirtilerin oluştuğunu tespit etmiş, kanser hastalıklarında uyum güçlüklerinden bahsetmişlerdir (83, 84).

Kayaalp, çocuk hastalar, anne babalar ve hekimler arasındaki iletişimin hastalıkla başa çıkma konusunda en önemli unsur olduğunu belirtmiştir (48).

Çocuk ve ailenin kanseri nasıl yaşadığı ve bu olayla nasıl başa çıktığı hekimler ve sosyal çevre tarafından anlaşılmaya çalışılmalıdır. Kanser tanısı aileye bildirildikten sonra, çocuk bu hastalığın daha önce geçirdiği hastalıklar gibi olmadığını anlamaya başlayacaktır. Çocuğu yaşının elverdiği ölçüde hastalığın tanısından haberdar etme kararı aileye aittir. Ailelerin çoğu da çocuğu bu bilgilerden mahrum etmeyi tercih eder. Buna bağlı olarak çocukların önemli bir bölümü hastalıklarının adını bilmediği gibi kendilerini nelerin beklediğini de bilmezler. Bu durum çocukta davranış problemleri ve depresif belirtilerin oluşmasına neden olabilir. Hasta çocuklar bu tür

durumlarla başa çıkmak için çeşitli savunma mekanizmalarını kullanabilirler. En sık kullanılan savunma mekanizmalarından biri de regresyon'dur. O nedenle hasta çocuklarda altını ıslatma, bebeksi davranma, huysuzluk, saldırganlık gibi hastalığa bağlı tepkiler görülebilir (25, 31, 44, 48).

Çocukların hastalığa gösterdiği tepkiler, çocuğun yaşına ve içinde bulunduğu gelişim evresine, çocuğun adaptasyon yeteneğine, ailenin yapısına ve tutumuna, çocuğun kişiliğine, emosyonel durumuna, tedavi gördüğü yerin fiziksel koşullarına, hastalığın çocuğa getirdiği psikolojik ve fiziksel kısıtlamalara göre değişmektedir (7, 15, 48,84).

1-) Çocuğun Gelişim Dönemine Göre Hastalığın Etkisi:

Süt Çocukluğu Dönemi (1-12 ay): Bu dönemde çocuğu yetiştirme şekli ve onunla kurulan duygusal iletişim, çocukta güven ya da güvensizlik duygularının oluşması açısından önemlidir. Bu evrede anne tarafından verilen duygusal beslenme ve anneye etkileşim büyük önem taşır. Yeni doğan dönemdeki hasta çocuk kendisine bakan kişinin psikolojik durumundan etkilenir. Hayatın ilk yıllarında bebeğin psiko-sosyal görevi güvenmeyi öğrenmektir. Bebek ve annesi arasındaki ilişkilerden doğan güven duygusu insanın ileride kuracağı kişiler arası ilişkilerin temelini oluşturur. Erikson'a göre ilk 18 aylık dönem içinde çocuğun temel bağımlılık gereksinimleri karşılanmışsa, o kendini güvende ve ikinci bir döneme geçmeye hazır hisseder.

Oyun Çocukluğu Dönemi (1-3 yaş): 1-3 yaş arasında çocukta sosyal duygusal alandaki değişimler belirgin hale gelir. Erikson bu dönemi otonomi evresi olarak tanımlar. Bu evrede çocuk anneye bağımlılıktan bağımsızlığa doğru geçiş yapar. Çocukların fiziksel olarak olgunlaşması, emekleyebilmeye, yürüyüp koşabilmeye olanak sağlarken kişilik açısından özerk olmalarını da sağlamıştır. Bu dönem çocuğunun hastalık nedeni ile hareketliliğinin

kısıtlanması, çocuğun özerk olma isteğini engelleyebilir, bu da çocukta huzursuzluk yaratabilir (85).

Okul Öncesi Önem (3-6 Yaş) : Çocuk bu dönemde hastalık nedeni ile büyük bir engelleme ile karşılaştığında sosyal uyum ve motor kontrol yeteneğinin gelişmesi engellenebilir. Çocuğun ilkokula başlama yaşı gecikebilir. Bu durum çocukta bağımlılığın artması ve diğer çocuklar gibi olamamanın verdiği kırgınlık ve küskünlükle sonuçlanabilir. Okul öncesi dönemde çocuklar için en önemli sorun hospitalizasyondur. Yapılacak tıbbi işlemler konusunda çocuk yaşına uygun olarak bilgilendirilmelidir. Çocuğu bilgilendirmek onun yaşadığı ağrıların ve rahatsızlığının nedenini anlamasına ve anksiyetesinin birazda olsa azalmasına yardımcı olacaktır. 3-5 yaşındaki çocuklar hastalığı ve yaşadıkları ağrıları kendilerinin hatalı davranışları sonucunda onlara verilen bir ceza olarak algılayabilirler. Bu dönemde çocukta ölüm kavramı, yokluk, uzağa gitme olarak algılanmaktadır. Üç yaşına kadar çocuğun ölüm hakkında hiçbir düşüncesi yoktur. Onun gözünde bütün objeler canlıdır. Hastalığa bağlı olarak çocuğun hareketlerinde kısıtlamalar olabilir. Bu durumda okul öncesi dönemdeki çocukların girişim duygusununun sağlıklı gelişimini sarsabilir (48, 76).

İlkokul Dönemi (6-11 Yaş) : Hastalık bu dönem çocuklarının akademik başarılarını ve yaşıtları ile ilişkilerini etkileyebilir. Çocuklar için bu dönemde en önemli dış dünya okuldur. Hastalık çocuğun okula devamını etkileyebilir. Devamsızlık çocuğun bilgi edinmesinde ve zihinsel olgunlaşmasında duraklama yapabilir (7, 14).

İlkokul dönemini içine alan bu dönemde çocuğun en büyük özelliği aşırı duyarlı olmasıdır. Çocuk için kendi akranlarının görüşleri ve düşünceleri çok önemlidir. Bununla birlikte yetişkinlerin düşünceleri ile çatışmalar başlar. Çocukta bu dönemde negativist düşünce ve davranışlar gözlenebilir (85).

Erikson'a göre normalde, kişilik gelişiminin bu döneminde çocuk için dış çevredeki, özellikle okuldaki kişiler önem kazanmıştır. Çocuk bu dönemde öğrenmeye, sorumluluk almaya hazır hale gelir (25, 85).

İlkokul dönemindeki çocuğun hastalık gibi bir engelleme ile karşılaşması çocukta iç denetim zorluğunun oluşmasına neden olabilir. Veya bu durum çocuğun yetenek ve becerilerini geliştirmeye çalışmasına engel olabilir. Buna bağlı olarak da çocukta aşırı denetim mekanizması oluşabilir (86).

Çocukta ölüm kavramının üçüncü gelişim evresi 6-9 yaş dönemini içine almaktadır. Bu dönemde yaşam hareketle özdeşleştirildiğinden konuşamama ve dolayısı ile suskunluk, ölümü ve ölüyü tarifetmede kullanılan özelliklerdir. Bundan dolayı bu dönemde lösemili çocukların çoğu, hastalıkları konusundaki soruları yanıtsız bırakan erişkinleri şaşırtacak biçimde ölümle karşı karşıya olduklarını bilirler. Her birinin ölüm hakkında yaşlarına göre değişen bilgileri vardır. Bu bilgiler erişkinin ölüm hakkındaki bilgisinden pek farklı değildir. Çünkü başkasının ölümü ile ilgili bilgilerdir. Hastalıkla ilgili açıklayıcı kuramların genellikle suçluluk teması taşıması ve hastalığa ceza anlamı yüklenmesi nedeni ile bu dönemdeki çocukların asıl öğrenmek istedikleri anne babalarının kendilerini sevip sevmedikleridir. Ailelerin hasta çocuklarına olan sevgilerini ifade etmeleri önemlidir (48, 63, 76).

Adolesan Dönemi (11-18 Yaş) : Bu çağ çocuğun beden değişimlerinin, bağımsızlık kazanma sorunlarının daha yoğun yaşandığı bir dönemdir. Bu dönemde adolesanlar kendi kimliklerini araştırma ile yoğun biçimde ilgilidir. Bu nedenle hastalık diğer yaşlarda görüldüğünden daha farklı sorunlar yaratma eğilimindedir. Çeşitli ilaçların alımına bağlı olarak özellikle kemoterapi sonrası adolesanın dış görünüşünde değişiklikler olabilir. Bu değişiklikler onun kendi beden algısının gelişimini ve arkadaş

ilişkilerini etkileyebilir. Bağımsızlığı kazanma aşamasındaki adolesana diyet kısıtlamaları, doktorların ve ailenin özel yaşamına karışması büyük bir huzursuzluk verebilir. Bu durumda bazı adolesanlar tüm tedavileri redederek kendi bağımsızlıklarını kanıtlama çabası içine girerler. Bir kısmı ise tamamen boyun eğerek hatta aşırı titiz biçimde kendilerine her söylenene aynen uyma eğilimi gösterirler (28).

Hind ve arkadaşları yaptıkları bir çalışmada gençlerin ölümcül bir hastalık karşısında gösterdikleri tepkileri, 4 ana fazda açıklamışlardır: 1- Düşünsel rahatsızlık yaşama fazı: Bu faz hastalık hakkındaki olumsuz düşüncelerin farkına varılmasını içerir. 2- İkinci fazda genç, hayatını tehdit eden bu hastalığın sürekliliğinden kurtulmak için, olumlu düşünsel ve fiziksel aktivitelerle uğraşma yoluna gider. 3- Düşünsel rahatlık : Hastalık ve tedavi süresince geleceğe yönelik planlar yapmak ümitli olmak ve daha az gerginlik hali yaşamak için genç, huzura ulaşma yollarını arar. 4- Bireysel yeterlik : Bu fazda kanserli genç hastalığa uyum sağlamayı başarmıştır. Tedavisine aksatmadan devam eder. Hastalığının semptomlarına alışmıştır, sorunları ile uğraşacak yeterliliktedir (37).

Adolesan çağı gencin, yaşamı ile ilgili yeni birçok özelliğin ortaya çıktığı çağdır. Artan sorunlar ve azalan yaşam olasılığı adolesanlarca anlaşılır. Fakat derinliğini kavrayabilme kapasitesine karşın ölüm olayı inkar edilir. Genç ergen için vaktinden önce gelen ölüm, yaşamdan beklenen hedeflerin gerçekleşme olanağından yoksun olma anlamına geldiği için, çaresizlik duygusuna yol açar. Hastalığa bağlı olarak ölme ihtimali olan ergen bu durumu kendisine verilmiş bir ceza gibi algılayabilir. Ergen kendini güçsüz hisseder, bir savunma olarak inkar mekanizmasını kullanır. Olayı inkar etme eğilimi içine girer (6, 84).

Bu yaş grubundaki gençler hastalığa ve prognoza karşı korku, hastalığın kendinden saklandığı endişesini yaşayabilirler. Bu dönemde

hastalık ve tedavisi hakkında bilgilendirilme isteği yoğun ve ön plandadır. Kanserli adolesanlar sağlıklı adolesanlarla karşılaştırıldığında daha stresli bulunmuşlardır. Bunun yanında kanserli adolesanlarda depresyon da gözlenmiştir (6, 36, 47).

2-) Çocuğun Kişiliğine Göre Hastalığın Etkisi :

Çocuğun kişiliği de, lösemi ve kronik hastalıkların yol açtığı sorunlara gösterdiği tepki biçimini belirler. Olayların kendisini etkilemesine izin vermeyen, dışa dönük çocukların içe dönük narsistik çocuklara göre daha az psikososyal sorunları olabilir (7).

Hasta çocuklarda uyum, iki değişik anlamda kullanılabilir. İlki hastalığın kabul edilmesi ve hastalığa en iyi şekilde nasıl uyum sağlayacağını öğrenilmesi, ikincisi ise psikolojik dengeyi kurmaktır. Bazı çocuklar için bu durum hastalığı ve onun getirdiği sorunları reddetme şeklinde olabilir. Hastalık karşısında oluşan üç tip tepki vardır. Bunlar çekilme, inkar ve kabullenmedir (7).

3-) Tedavi Aşamalarına Göre Hastalığın Etkisi :

Tedavinin değişik aşamalarının olması ve tedavi sırasındaki yoğun ağrılar çocukta depresif belirtilerin oluşmasına yol açabilir. 2-6 yaş arasında 80 kanserli çocuk üzerinde yapılan bir araştırmada ağrısı çok olan çocuklarda depresif belirtilerin daha yoğun gözlemlendiği saptanmıştır. Blount ve arkadaşları, yaptıkları çalışmada kanserli çocuklarda tedavilerin başlangıcı ile sonraki ağrı verici işlemlerin yoğun olduğu dönemlerde tepkilerinin farklılık gösterdiğini saptamışlardır. Ağrı verici tıbbi işlemlerde çocuğun sıkıntısının maksimum düzeye ulaştığını belirtmişlerdir (11, 42, 43, 45, 58).

Kanser hastalığının tedavi edilmesinde kullanılan kemik iliği transplantasyonu (KİT) kanserli çocuğun uzun süre hastanede kalmasını gerektiren ağır ve yorucu bir tedavi yöntemidir. Bu süre, hasta için ümit ve anksiyete karışımı anlarla doludur. Hastanede kalma süresi, KİT’de çoğu izole odada en az 4-5 hafta olmakla birlikte gelişen komplikasyonlar nedeni ile 100 güne hatta çok daha uzun sürelerle uzayabilir. Uzun bir süre hoş olmayan bir ortamda izolasyon tıbbi durumda oluşan hızlı ve belirsiz dalgalanmalar, uzamış hospitalizasyon, acı verici medikal girişimler tedaviye bağlı rahatsız edici yan etkiler her aşamada ölüm olasılığının olması KİT sürecindeki psikolojik ve psikososyal streslerdendir. Böyle bir ortamda hastanın zaman zaman kendini depresif, sinirli ve heyecanlı hissetmesi çok doğaldır. Bu nedenle pek çok KİT hastasında depresyon, uyku güçlükleri, uyum güçlükleri gibi bir dizi stres kökenli reaksiyonlar oluşabilmektedir. Benzer tablolara hastanın yakınlarında da rastlanabilir. Hastalığın her aşamasında bir ekip çalışmasının yapılması fiziksel ve psikolojik sorunların üstesinden gelinmesinde önemlidir. Hastane ekibi olarak, hasta ve ailesine psikososyal destek verilmeli, onların cesaret ve güvenini artırmaya yardımcı olunmalıdır (34, 43, 58).

b-) AİLENİN YAPISINA VE TUTUMUNA GÖRE HASTALIĞIN ETKİSİ

Çocuğun hastane yaşantısına gösterdiği tepkiler anne-babası ve hastanedeki ilişkileri ile bağlantılıdır. Anne babaları olumlu ve destekleyici yaklaşımda bulunan çocuklar, daha düşük düzeyde depresif davranış belirtileri ve anksiyete göstermektedirler. Kanserli çocuğun mümkün olabilecek en iyi psikososyal uyumu gösterebilmesi için hastalığın teşhisi ve tedavisi boyunca aile ve çocukla psikososyal görüşmeler ihmal edilmemelidir (18).

Aile sosyal, kültürel ve ekonomik bütünlüğü içeren bir sistemdir. Çocuğun psikososyal gelişimi, başarıları ve davranışları üzerinde ailenin doğrudan etkisi vardır. Çeşitli araştırmalarda anne baba tutumu ve aile desteğinin, psikolojik sağlıkla ilişkili olduğu açıklanmıştır. Ailenin sosyalleşme süreci içinde bireyin kişilik özelliklerini ve davranış tutumlarını biçimlendiren, onları toplum içindeki gelecekteki rollerine hazırlayan önemli sosyal bir kurum olduğu vurgulanmıştır (18, 46).

Çocuğun psikososyal gelişimi üzerinde anne babaların tutumlarının yanısıra, ailelerin yapısı ve aile içindeki üyelerin etkileşimi de önemli rol oynamaktadır. Aile yapılarını; Çekirdek, geniş, parçalanmış olarak 3 grupta toplayabiliriz. Çocuğun aile yapısı içinde etkileşimde olduğu bireylerle ilişkileri, davranışlarına ve psikososyal durumuna yansır (18).

Aile üyeleri arasındaki etkileşimde problem varsa, yani aile işlevlerini beklenen düzeyde yerine getiremeyen bir aile ise hastalıktan şiddetli düzeyde etkilenecektir (27, 43).

Ölüm kavramı ile kanser hastalığı arasında bir çağrışım yapıldığından, çocuk ve ailesinde buna bağlı çeşitli duygusal tepkiler oluşabilir. Bu durum çocuğu ve aileyi anksiyete ve depresyona sokabilir. Sıkıntıların en önemli sebebi hastalığın ölümle olan ilişkisi ailelerin çocuklarını kaybetme korkusudur. Sıkıntıya bağlı olarak ailelerin düşünce ve davranışlarını kontrol etmede zorluk çekmelerinin, çocuklar üzerine olumsuz etkileri olabilir. Aile ve çocuk bu hastalık periyodu süresince kendilerini dış dünyadan izole edebilir dış dünya ile ilişki kurmak istemeyebilirler. Bu dönemde ailelerin ve çocukların kendilerinin ifade etmeleri ve yardımcı olunmalı, problemlerinin çözümü için yoğun psikolojik destek verilmelidir(17, 23, 54, 55).

Kanserli çocukların aileleri ile yapılan çalışmalar ailelerin çocuklarının hastalığından değişik şekillerde etkilendiklerini göstermektedir. Kanser tanısı, aile için bir çok problemi de beraberinde getirebilir. Örneğin ailenin

yaşam stili tamamen değişebilir, kişiler arası iletişim bozulabilir, ailedeki roller değişime uğrayabilir. Bu tür değişimler de aile ortamında stres yaratabilir. Yapılan çalışmaların bir kısmı kanserin aileyi bir araya getirdiği, bir kısımda stresi arttırdığı ve aile üyeleri arasında mesafe yarattığını bildirmektedir (18, 23, 43).

Ailelerin kanser hastalığına gösterdiği tepkiler, aile üyeleri arasındaki etkileşimin niteliği, aile üyelerinin başa çıkma stratejilerini kullanma derecesi, hasta çocuğun kişilik özellikleri, yaşı, cinsiyeti, kaçınıcı çocuk olduğu, ailenin sosyo kültürel ve ekonomik durumu, çocuğun hastalığının evresi, ailenin çocukla etkileşimine göre değişim gösterebilir.

Çocukları kanser tanısı ile karşı karşıya kalan ailelerin hastalığa uyum sağlamaları, belirli aşamalardan geçmelerini gerektirir. Hastalık süresince aileler yeni bir tedavi umudu ve mucize beklerler. Bu dönemde ailelerde görülen tepkiler genellikle şu sırayı izler:

Şok, inkar, kızgınlık veya pişmanlık, pazarlık, keder, depresyon, durumu kabullenme.

İlk tepki genellikle şok ve inkardır. Hastalığın prognozundan kaynaklanan korku ve anksiyete içeren bir dönemdir. Bu dönemde aileler hastalığa inanmama ve inkar gibi tepkiler verirler. Hastalığın zamanla ilerlemesi ile inkarın yerini kızgınlık alır. Aile üyeleri çevrelerine ve birbirlerine kızgınlık duyabilirler. Hatta bu duygularını sağlık ekibine de yansıtabilirler. Bu dönemde sağlık personeli ile aile arasında çeşitli anlaşmazlıklar ve çatışmalar olabilir. Anne babanın bu kızgınlığı sağlık ekibi ile ilişkili olmayabilir. Onların yaşadığı umutsuzluk ve isyanın doğal bir yansımasıdır. Bu dönemde sağlık personeli aileye karşı anlayışlı davranmalı ve onların duygusal olarak rahatlamaları sağlanmalıdır. Bazı ailelerde kızgınlıkla birlikte pişmanlık da görülebilir. Aileler çocukları ile gerektiği kadar ilgilenmedikleri, zamanında doktora götürmedikleri gibi benzer nedenleri öne

sürerek bir suçluluk duygusu içine girebilirler. Ailelerin öz güvenlerinde azalma, karar verme güçlüğü çekme gibi problemleri olabilir. Kızgınlığı ve pişmanlığı azalan aileler pazarlık dönemine girerler. Hastalığın ilerlemesi ile kederleri artar, yoğun bir yas depresyon dönemine geçiş olur. Bu dönemde aileler suskun ve tepkisizlerdir. Yakınlarının teselli sözlerine kayıtsız kalırlar. Büyük bir boşuk ve ruhsal çöküntü içine girerler. Kanserde uyum güçlüğü ve çaresizlik algısı, depresyonun gelişmesine yol açan en önemli unsurdur. Kanseri çocuğa sahip ailelerde görülen depresyon belirtileri şu şekildedir:

- a) Kederli duygu durumu
- b) Doyumsuzluk, isteksizlik, ilgisizlik
- c) Dikkatsizlik, unutkanlık
- d) Neşesizlik, karamsarlık
- e) Geleceğe ilişkin olumsuz beklentiler
- f) Kararsızlık ve kuşku.

Depresif kişilerde bir çökkünlük durumu vardır. Hareketlerde yavaşlama, baş ağrıları, uykusuzluk, iştahsızlık, genel yorgunluk gibi somatik belirtilerde görülebilir (8, 19, 64, 71).

Hastalık ölümcül bir gidiş gösteriyorsa, aileler çocuğun hastalığını kabullenir ve çocuğun öleceğinin farkına varırlar. Tek amaçları ona yardım edebilmek, çocuk için birşeyler yapabilmektir. Çocuğun ve kendilerinin daha fazla acı çekmemesi için onun ölmesini istemek ve bundan dolayı suçluluk duymak gibi duyguları birlikte yaşarlar. Bu durumda çocuğun doktoru ile konuşmaya, acılarını paylaşmaya çok gereksinim duyarlar (18).

Hanford ve arkadaşlarının yapmış oldukları bir araştırmada, ailelerin çocukların hastalıklarına bağlı büyük sıkıntılar yaşadıklarını ve sıkıntı ile başa çıkmak için inkar mekanizmasını yoğun olarak yullandıklarını

belirtmişlerdir. Ailenin hastalık sırasındaki psikolojik durumu ile çocuğun anksiyete düzeyini ilişkili olduğunu açıklamışlardır (33).

Anne ve babalar çocuğun hastalığı fatal gidiş gösteriyorsa, potansiyel bir kayıpla karşı karşıya olduklarını anlarlar. Hastalığa karşı koyamama, kendini yetersiz hissetme duygular içine girerler. En yoğun psikolojik sorunlar daha önceden de sorunlu olan ailelerce yaşanır. Hastalığın aile ilişkileri bozuk olan bir çocukta görülmesi ailede bir krize yol açabilir. Bu durumda çocuğu olumsuz yönde etkilenmekte çocukta çeşitli sorunların oluşmasına neden olmaktadır. Kanseri hastalığının rehabilitasyonunda ana hedef bu tür aile yapılarının anlaşılması ve rehabilitasyonun bütün aile üyelerini içermesidir (52).

Hastalığın evresine göre yapılan değerlendirmeler de yeni tanı konulduğunda ana-babalardan depresyon anksiyete düzeyinde artış gözlenirken, tedavisi sonlanmış grupta depresyonun daha az olduğu tespit edilmiştir. Hastalık tanısı konulduktan bir yıl sonra DSM-III-R-tanı ölçütlerine göre babalarda %17 oranında, annelerde ise %34 oranında depresyon bulunmuştur. Tanının konulmasından sonra ise, babalardaki depresyon düzeyinde azalma gözlenmiştir. Babalardaki bu yoğun stresin nedeni aile hayatında daha aktif bir rol almak durumunda olmaları ve yeni ihtiyaçlardan dolayı artan mali yükümlülüklerin bu durumu artırması olarak saptanmıştır (18, 83).

Çeşitli araştırmalarda aileler kanser tanısını ilk duydukları anın başa çıkılması en güç dönem olduğunu açıklamışlardır. Hastalığın teşhisinden sonraki bir hafta içinde çocukların ailelerinde çok önemli depresyon, somatik belirtiler, sosyal gerilemeler gözlenmiştir. Bu belirtiler teşhis anından itibaren bir yıl süre ile takip edildiğinde kanserli çocukların annelerinde önemli depresyon belirtilerinin diğer aile bireylerine oranla daha fazla görüldüğü saptanmıştır. İlk tanının konulduğu bu dönemde hasta ve ailesinin hastalıkla

başı çıkmasına yardımcı olunabilmesi için: Tıbbi konularda yeterli bilgi verilmesi, hasta çocuk ve kardeşlerine hastalıkla ilgili yaşlarına uygun açıklamaların yapılması, emosyonel tepkilerin ifade edilmesinin sağlanması, tedavinin gereklerine uygun olarak ailenin yeniden organize edilmesi, okul çağındaki çocukların okula ve eski ortamlarına yeniden dönüş için hazırlanmasının önemli olduğu vurgulanmıştır (18, 35, 53, 69).

Kanser hastalığının remisyon döneminde çocuklar diğer dönemlere göre daha rahattır. Buna rağmen bu dönemin süresinin belirsizliği ve hastalığın tekrar alevlenme olasılığı gibi nedenlerden ötürü, bir çok anne baba bu dönemin kendileri için en zor dönem olduğunu ifade etmektedir. Hastalığın remisyon döneminde uyum güçlükleri ön plana çıkmaya başlar. Yeni bir nüksün ortaya çıkması ile kanserin ilk teşhis edildiği dönemlerdekine benzer hatta daha şiddetli reaksiyonlar görülebilir (62, 70, 83).

Kanser hastalığının terminal dönemi ailenin yoğun acılar yaşadığı bir dönemdir. Bu dönem süresince kanserli çocukların annelerinde depresif belirtiler gözlenebilir. Terminal dönemde ailenin yaşayacağı psikolojik stresin düzeyi ailenin bu durumla başa çıkma yeteneğine bağlıdır (62, 67, 70, 71, 83).

Yavaş ve arkadaşları, ailenin sosyo ekonomik düzeyinin hastalıktan etkilenmede önemli bir unsur olduğunu belirtmişler. İyi eğitilmiş ailelerin problemleri inkar yerine, konuşarak çözme eğiliminde olduklarını ve daha az evlilik çatışmaları yaşadıklarını açıklamışlardır (83).

C-) DEPRESYON

Depresyon dünyaya karşı ilgi azalması ve kaybı, diğer insanlara yatırım yapma ve bağlanma kapasitesinin kaybolması gibi benzer acı dolu duyguları içeren klinik görünümle tanılanır(17).

Depresyon, derin üzüntülü bir duygu durumu içinde olma, düşünce, konuşma, hareketlerde yavaşlama, durgunluk, değersizlik, küçüklük, güçsüzlük, isteksizlik, karamsarlık, duygu ve düşünceler ile fizyolojik işlevlerde yavaşlama gibi belirtileri içeren bir sendromdur(63).

Depresyonun yaygınlık oranı erkeklerde %3, kadınlarda %5-9 olarak verilmektedir. Depresyonlarda, kadınlarda en çok 35-45 yaşlarında, erkeklerde 55 yaşlarından sonra görülmektedir. 5-12 yaşları arasında, hatta daha küçük çocuklarda da yetişkinlerdeki klinik görünüme uyan depresyon görülmektedir. Sosyo ekonomik düzey ile ilişki açısından depresyon da önemli bir farklılık görülmemektedir (63).

a) DEPRESYON NEDENLERİ:

Biyolojik ve psikososyal etkenler birbirleri ile etkileşerek depresyona neden olurlar.

1- Biyolojik Etkenler

a-) Kalıtım : Aile ve kalıtım araştırmaları, depresyonlu hastaların birinci derece akrabalarında hastalanma riskinin belirgin olarak daha yüksek olduğunu göstermektedir.

b-)Biyo Kimyasal Etkenler : Duygulanım bozuluklarında ilaçların etkinliği anlaşıldığından beri, biyokimyasal araştırmalar hız kazanmıştır. Depresyonda henüz biyokimyasal bir bozukluk saptanmıştır.

2- Psiko-sosyal Etkenler: Depresyonda psiko-sosyal etkenlerin yeri küçümsenemez. Önemli ekonomik sorunlar, aile bunalımları, iş yaşamındaki çatışmalar, sevgi nesnesinin yitimi, beden sağlığının bozulması, benliği örseleyen inciten onur kırıcı durumlarla karşılaşmak, depresyonun oluşmasına neden olabilir (63).

b-) Çocuklukta Depresyon :

Erişkinde depresyon yıllardır araştırıldığı halde, 1960'lı yıllara kadar çocukluk depresyonu üzerinde pek durulmamış, bebeklik ve erken çocuklukdaki depresyon, bu dönemdeki önemli nesne kayıpları ile ilişkili olarak ortaya çıkan depresif durumlar şeklinde tanımlanmışlardır.

Çocuklarda Depresyon Belirtileri:

- Umutsuzluk, ağlama eğilimi, çabuk alevlenme, tedirginlik
- Umutsuzluk, ölüm düşünceleri, kendini olduğundan aşağı görme, okul başarısında düşme, dikkatini toplamada güçlük
- İçeride kapanıklık, hareketlerde azalma, sessiz sakin durma veya hareketlerde aşırı artma, saldırganlık, vurucu, kırıcılık
- Uyku problemleri, enüresiz veya enkapresiz şeklinde kendisini gösterebilir (26).

Çocuklardaki depresyon, yetişkinlerdeki depresyonla aynı görünümde değildir, maskelenmiştir. Psiko-somatik hipo kondirik belirtiler gösterebilir. İlkokul çocuklarında görülen depresyon, çabuk uyarılma, kendinden emin olmama, oyun oynamama, ağlama, bağırma, kramplar, cinsel organı ile oynama şeklinde görülür. Daha büyük çocuklarda depresyon, yetişkinde görüldüğü gibidir. Bu çocuklarda intihar teşebbüsü, aşağılık kompleksi, organlara ait yorumlar, baş ağrıları görülür (21, 22).

Araştırmalar yeni doğanların veya küçük çocukların ailelerinde ayrılımlarının birbirlerini takip eden protesto, depresyon, kapanma, geri çekilme gibi tipik bir sıra ile hüznün reaksiyonlarına yol açtığını göstermiştir. Ölüm ve boşanma ile bağlantılı ayrılıklarda çocuklarda depresyonla birlikte sıkıntının olması da beklenebilir. Özellikle bir çocuğun anne babasından uzun süreli ayrılığı depresyona yol açabilir. Bu reaksiyondan çocuğun

kurtulabilmesi için anneye alternatif bir kişinin olması ya da çocuğun başka şeyler tarafından güçlendirilmesi gerekir (8).

Günümüzde artık çocukluk depresyonunun var olduğu, erişkinlerde görülen depresif belirtilerle ortaya çıktığı, yaşa özgü bazı değişiklikler gözönüne alınarak erişkin depresyon ölçütlerinin çocuklar için geçerli olduğu kabul edilmektedir (11,65, 59).

c-) Adolesan Dönemde Depresyon:

Adolesan döneminde depresyon belirtileri içe kapanma, insanlardan kaçma, şeklinde başlayabilir. Bu dönemi büyük enerji, patlamaları çöşku, insanlarla çok iyi ve sıcak ilişkilere girme izleyebilir. Adolesan döneminde sağlığı veya beden biçimi ile devamlı uğraşma, zaman zaman ilgisizlik, bıkkınlık, sıkılma, kederlenme, insanlardan uzaklaşma, kendini aşağı görme, umutsuzluk, sosyal yaşama uyum sağlayamama, anne ve babaya karşı gelme eğilimleri, çabuk öfkelenme, sabırsızlık, huzursuzluk nadir olmayan belirtilerdir. Tüm bu belirtilerin mutlaka psikiyatrik bozukluğun göstergesi olduğu söylenemez. Ancak belirtilerin süresi ve devamlılığı ciddi bir psiko patoloji düşündürmelidir. İntihar riski açısından,

- I. Geçmişte intihar girişiminde bulunmuş veya intihar eğilimi göstermiş olan,
- II. Çabuk alevlenen, impulsiv davranışlar gösteren,
- III. Ölümle ilgili düşünceler taşıyan,
- IV. Depresif belirtiler gösteren adolesanlar çok yakından izlenmelidir (26, 27).

d-) Çocuk ve Ergenlik Depresyonunda Risk Etkenleri:

Aile İçi İlişki Sorunları:

Çeşitli çalışmalarda aile içi ilişki bozukluğu ve çatışmaların varlığında çocuk ve ergenlerde depresif belirtilerin arttığı gözlenmiştir. Quay ve Werry ergenlerin anne ve babaları tarafından reddedildikleri algılamalarının depresyonu hem doğrudan, hemde benlik saygısını düşürerek dolaylı olarak arttığını saptamışlardır (58,65).

Ana babada Psiko Patoloji:

Çeşitli çalışmalardaki çocuk ve ergenlerde depresyonun, ana babada depresyon, annede ruhsal bozukluk, ya da duygusal sorunların ilişkili olduğunu göstermiştir (58).

Olumsuz Yaşam Olayları:

Birçok araştırmada, aile üyelerinin ölümü, boşanmaları, hastalığı, ekonomik güçlükler gibi olumsuz yaşam olaylarının çocuk ve ergenlerde depresyona neden olduğu belirtilmiştir(58, 59, 60).

Düşük Benlik Saygısı:

Pek çok araştırmacı, yaptıkları çalışmalarında düşük benlik saygısı ile depresyonun ilişkisini açıklamışlardır. Düşük benlik saygısının depresyon için bir risk faktörü olduğunu bulmuşlardır (58, 59, 60).

Okul Başarısızlığı:

Bazı çalışmalarda okul başarısızlığının çocuk ve ergenlerde depresif belirtileri artırdığı saptanmıştır (14).

Ölümöl ve Kronik Hastalıklar:

Hastanede yatan çocuk ve ergenlerde depresyon görünebilir. Ama görünen bu depresyon süreksizdir. Çocukların hastaneye yatırılışından bir süre sonra ailelerinden ayrı olma zorunluluğu depresyona girmelerine neden olabilir. Ziyaret saatleri sırasında depresyon daha fazla görünebilir. Depresif çocuklar tepkilerini birçok şekilde ortaya koyarlar. Arkadaşları ile birlikte olmaktan kaçınırlar, yalnız kalmayı tercih ederler, yemek yemeyi reddedebilirler (39, 40, 41, 48).



III - MATERYAL VE METOD

Bu araştırma kanser tanısı nedeni ile hastanede yatan 9-12 yaş dönemi çocuklarda ve annelerinde, depresyon belirtilerinin incelenmesi amacı ile yapılmıştır.

A- ÖRNEKLEM:

İstanbul Üniversitesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Pediatrik Hematoloji/Onkoloji Ana Bilim Dalı, Bizim Lösemili Çocuklar Vakfı, SSK Bakırköy Doğum Evi ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi araştırmanın evrenini oluşturmaktadır.

Araştırma örneklemini oluşturan denekler tabakalı rastgele örnekleme yöntemi kullanılarak belirlendi. Deney grubunu oluşturan 30 hasta çocuk ve annesi aşağıdaki kriterlere göre belirlendi:

1) 9-12 yaş aralığında olan çocuklar çalışma grubuna alındı. Bu yaş aralığındaki çocuklarda almamızın nedeni, çocukların depresif davranışlarını belirlemek üzere kullandığımız Depresyon Self Rating Skalası'nın 9-12 yaş dönemindeki çocukların depresif bozukluklarını belirlemek üzere hazırlanmış olmasıdır.

2) Hastalığın tanısının konulduğu ilk dönem olan 2 ay ile 1 yıllık periyod içinde hastanede yatmakta olmaları.

3) Hasta çocukların veya annelerin daha önce psikiyatrik veya psikolojik bir tedavi görmemesi.

4) Çocukta hastalığına ayrıca, mental retardasyon, otizm, cerabral palsy gibi çocuk ve aile üzerinde ek bir kaygı oluşturabilecek gelişimsel bir bozukluk olmamasına dikkat edilmiştir.

5) Orta ve alt sosyo ekonomik düzeyden gelmeleri koşulu aranmıştır.

Deney grubunu oluşturan 30 çocukta 11'i kız, 19'u erkekti. Çocukların 13'ü 9 yaşında, 5'i 10 yaşında, 7'si 11 yaşında, 5'i 12 yaşındaydı. Deney grubunu oluşturan çocukların 22'si ALL (Akut lenfoblastik lösemi), 7'si AML (Akut miyeloblastik lösemi), 1'i lenfoma teşhisiydi.

Kontrol grubunu daha önce hiç hastane yaşantısı olmayan 9-12 yaş arasındaki sağlıklı çocuklar oluşturdu. Kontrol grubu bu kriterler çevresinde belirlendi: Çocuk veya annenin daha önce hastane yaşantısı olmamasına, çocuk veya annenin psikiyatrik veya psikolojik tedavi görmemesine, çocuklarda aile üzerinde ek bir kaygı yaratacak, mental retardasyon, otizm, cerebral palsy ve gelişimsel bir bozukluğun olmamasına, çocukların yaşlarının 9-12 arasında olması ve ailelerin alt veya orta sosyo-ekonomik düzeyden gelmelerine göre belirlendi.

Kontrol grubunu oluşturan 30 çocuktan 11'i kız, 19'u erkekti. Çocuklarda 10'u 9 yaşında, 8'i 10 yaşında, 6'sı 11 yaşında, 6'sı 12 yaşındaydı.

Kanser hastalığı olan çocuk ve annesi ile çocuğun hastaneye yattığı ve ilk tanının konulduğu 2 ay ile bir yıllık dönemde görüşüldü. Görüşmeler çocuk ve anneleri teke tek, ayrı ayrı, Şubat-Nisan 1996 tarihleri arasında yapılmıştır.

B- VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Görüşmeler sırasında çocuklara Depresyon Self Raiting Skalası uygulanmıştır. Annelere Beck Depresyon envanteri, Ana baba tutum ölçeği, demografik özellikleri içeren bilgi formu verilmiştir. Görüşmelerde mekan olarak servisteki oyun odaları ve hastane odaları kullanıldı. Yapılan her görüşme yaklaşık bir saat kadar sürdü. Çocukların ve annelerin tedirgin

olmaması için görüşmelerin doğal sohbet ortamında yapılmasına dikkat edildi.

Kontrol grubundaki çocuklarla, devam ettikleri ilkokuldaki öğretmenleri aracılığı ile görüşüldü. Her çocukla bireysel olarak görüşülüp Depresyon Self Raiting Skalası uygulandı. Çocukların ev adresleri belirlenip ailelerinden randevu alındı. Annelerde Beck Depresyon Envanteri, Ana Baba Tutum Ölçeği ve demografik özellikleri içeren bilgi formu uygulandı.

Deney grubundaki çocuk ve anneler görüşmeye alınırken, çocuk ve annesinin görüşmeye istekli ve uygun durumda olmasına dikkat edildi. Araştırma verilerinin toplanmasında anket ve gözlem yöntemleri kullanıldı.

a- Demografik Özellikler İçeren Bilgi Formu: Bu form ailenin sosyo-ekonomik ve demografik özellikleri hakkındaki bilgileri içeren 33 sorudan oluşmaktadır (Ek-1).

b- Beck Depresyon Envanteri: Beck Depresyon Envanteri, Beck (1961) tarafından geliştirilmiştir. Beck Depresyon ölçeği, depresyonda görülen vebadatif, duygusal, bilişsel ve motivasyonel alanlarda ortaya çıkan belirtileri ölçeye yarayan 21 maddeden oluşmuş kendini değerlendirme türü ölçektir. Ölçeğin amacı çeşitli tipte depresyon tanıları ya da diğer psikiyatrik tanılar arasında bir ayırım yapmak değil depresyonun derecesini objektif olarak sayılara dökmektir.

Beck Depresyon Envanterindeki her madde depresyona özgü davranışsal bir örüntüyü belirlemektedir ve azdan çoğa giden dört derecelik kendini değerlendirme cümlesini içermektedir. Sıfırdan üçe kadar depresyonun ciddiyetine göre sıralanmış bu cümleler, depresyonda görülebilecek belirtileri içerecek şekilde düzenlenmiştir. Beck Depresyon

Envanteri'nin itemleri her hangi bir kuramsal görüş temel alınarak değil, klinik gözlem ve verilere dayanılarak hazırlanmıştır (38).

Beck depresyon iç ölçek puanlarına göre şu sınıflamayı yapmıştır:

0-13 puan : Depresyon yok

14-24 puan : Orta derecede depresyon

25 > puan : Ciddi depresyon

Ölçek aşağıda belirtilen 21 belirti katagorisinden oluşmuştur.

1. Duygu durumu (mood)
2. Karamsarlık (pessimism)
3. Başarısızlık duygusu (sense of failure)
4. Doyumsuzluk (lack of stisfaction)
5. Suçluluk duyugusu (quilty feeling)
6. Kendinden hoşnutsuzluk (self dislike)
7. Kendini suçlama (self occutation)
8. İntihar istekleri (suicida wishes)
9. Ağlama nöbetleri (crying spells)
10. Sinirlilik (irritability)
11. Sosyal geri çekime (social whitdarwal)
12. Kararsızlık (Indecisiveness)
13. Beden imgesinin çarpıtılması (distortion of body image)
14. Çalışma kenetlenmesi (work inhibition)

15. Uyku bozukluğu (sleep disturbance)
16. Yorgunluk (fatigability)
17. İştah azalması (loss of appatite)
18. Kilo kaybı (weight loss)
19. Bedensel yakınmalar (somatik preoccupations)
20. Cinsel dürtü kaybı (loss of libido)
21. Cezalanma duyumu (sens of punishment)

Beck Depresyon Envanterini dilimize çevirisi ve geçerlilik güvenirlik çalışmaları, ülkemizde Teğın (1980) tarafından yapılmıştır. Teğın 40 üniversite öğrencisinde 15 gün ara ile test tekrar test yöntemi ile yaptığı çalışmada 0.65 güvenirlik katsayısı elde etmiştir. Ölçeğın iç tutarlılığı (internal consistensy) iki yarım korelasyon yöntemi ile üniversite öğrencileri için 0.78 ve depresif hastalar için 0.61 olarak bulunmuştur. Ölçek eş zamanlı geçerlik (concurrent validitiy) yöntemi ile değerlendirildiğinde depresyon tanısı konan hastaların tanıları ile Beck Depresyon Envanteri puanlarının paralellik gösterdiği bulunmuştur (Ek-2).

c- Depresyon Self Rating Skalası (DSRS): Araştırmada kullanılan DSRS ilk kez Birleson (1981) tarafından 9-12 yaş grubu çocuklarda depresif bozukluk tanısı için geliştirilerek uygulanan ve 37 maddeden oluşan bir depresyon skalasıdır (Ek-3). DSRS'nin geçerlik güvenirlik çalışmaları Ege Üniversitesi Tıp Fakóltesi Çocuk Psikiyatrisi Bölümü tarafından sürdürölmektedir. Self-Report tekniğine dayanan skalada yer alan cümleler, çocukluk dönemi depresif bozukluk semptomlarına yönelik olarak hazırlanmış kolay anlaşılabilir nitelikte düzenlenmiştir.

Denekler skalada yer alan cümlelerin uyup uymadığına göre “çoğu zaman”, “bazen”, “hiçbir zaman” seçeneklerinden birini işaretlemeleri istenmektedir. Yanıtlar semptomun şiddetine göre 0-1-2 puan değerine sahiptir. Ancak cümlelerden bir kısmı pozitif bir kısmı negatif anlam taşıdığından, pozitif anlamlı cümleler, çoğu zaman = 2, bazen = 1, hiçbir zaman = 0 olarak negatif anlamlı cümleler çoğu zaman = 0, bazen = 1, hiçbir zaman = 2 olarak puanlanmaktadır. Deneğin skaladan alacağı toplam puan depresif semptomların varlığı konusunda bilgi vermektedir.

Birleson (1981) 37 maddelik skaladan 18 maddenin depresif çocukları depresif olmayan çocuklardan ayırtedici olduğunu belirterek skalanın kısaltılmış formunu önermiş kısa form için depresyon kesim (cut-off) puanını 13 olarak bildirmiştir. Araştırmada orijinal skalanın dilimize çevirisi kullanılmıştır (Ek-3), (9, 10).

d- Ana Baba Tutum Ölçeği (PARI): Schafer ve Bell tarafından, herbiri beş maddelik 23 alt kümeden oluşan, 15 itemden meydana gelen, özgün adı “Parent Attitude Research Instrument” olan bir ölçek hazırlanmıştır. Bu ölçek Le Compte ve Özer tarafından Türk toplumuna uyarlanmıştır. Yapılan madde ve faktör analizleri sonucunda 45 maddelik 4 ana boyut ve bir de 15 maddelik artık alt ölçekten oluşmuştur. Ölçek 60 itemden oluşmaktadır. “Çok uygun buluyorum”, “Oldukça uygun buluyorum”, “Biraz uygun buluyorum”, “Hiç uygun bulmuyorum”, şeklinde dört seçenek vardır. Denek kendi düşüncesini en iyi ifade ede seçeneği işaretler PARI beş alt kümeden oluşur (32).

Ev Kadını Reddetme Boyutu: Kadının kendi annesi ya da başkalarına bağımlılığını, sinirlilik, çocuklarla uzun süre bir arada kalmaktan

hoşlanmamak, yeni doğan bebeğin bakımından ürkmek gibi konuları içeren 13 itemden oluşur.

Karı Koca Geçimsizliği Boyutu: Eşler arasındaki geçimsizliğin çocuk yetiştirmedeki rolü, kocanın düşüncesizliği, anneye yardımcı olmayışı gibi konuları içeren 6 itemden oluşur.

Baskı Disiplin Boyutu: Olumsuz bir çocuk yetiştirme tutumuna işaret eden, saldırganlığı bastırma, sıkı disipline inanma gibi konuları içeren 16 itemden oluşur.

Aşırı Koruyucu Annelik: Bu boyuttaki alt ölçekler; aşırı kontrol, müdahalecilik, çocuktan bağımlı faal ve çalışkan olmasını isteme, annenin son derece fedakar olması, çocuğun bunu anlaması gereğine inanma gibi konuları içeren 16 itemden oluşur.

Demokratik Tutum ve Eşitlik Tanıma Boyutu: Çocuğa eşit haklar tanımak fikirlerini açıkça belirtmesini desteklemek, onunla arkadaşlık etmek ve bir çok paylaşma gibi konuları içeren 9 itemden oluşur.

Verilen cevaplara göre her boyutun puanı ayrı ayrı hesaplanır. Puanlar şöyledir:

Çok uygun buluyorum = 4, Oldukça uygun buluyorum = 3, Biraz uygun buluyorum = 2, Hiç uygun bulmuyorum = 1. Fakat 22 ve 44. itemlere verilen yanıtlar tersine puanlanır. Yani 1 puanlık yanıt 4 puan, 2 puanlık yanıt 3 puan, 3 puanlık yanıt 2 puan, 4 puanlık yanıt 1 puan alır. Her boyutun toplam puanlarının yüksekliği o boyutun içerdiği özelliklerinde yüksek olduğunu gösterir. Ölçek Le Compte ve Özer tarafından Türkçe'ye çevrilmiş ve 151 itemin anlaşılabilirliği saptanmıştır. Sonra bağımsız hakemler tarafında itemler tekrar İngilizceye çevrilmiş ve anlam kaybı olmamasına dikkat edilmiştir. Ölçeğin Türkçe formu 10 kişilik bir anne grubunda uygulanmış ve

itemlerin anlaşılmayan kısımları düzeltilmiştir. Daha sonra ölçek 34 kız öğrenciye üç hafta ara ile iki kez uygulanmış, Spearman Korelasyon Katsayısı 23 alt test için 58 ile 88 arasında bulunmuştur.

Yapı Geçerliliği: Üç farklı sosyo-ekonomik gruptan 179 annenin ölçek puanlarına uygulanan faktör analizi sonucu yukarıda değindiğimiz 5 faktör ortaya çıkmıştır.



C- VERİLERİN ANALİZİ VE DEĞERLENDİRİLMESİ

Çalışmamızdan elde ettiğimiz sonuçlar, Kolmogrov Smirnov testi, Student's-t testi (iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi), Korrelasyon analizi yapılarak ve Spss bilgisayar programı kullanılarak değerlendirilmiştir.



IV. BULGULAR

TABLO-1: Deney ve Kontrol Grubundaki Çocukların Cinsiyete Göre Dağılımları.

	DENEY n=30		KONTROL n=30	
	Sayı	(%)	Sayı	(%)
KIZ	11	36.6	11	36.6
ERKEK	19	63.3	19	63.3

Tablo 1’de deney ve kontrol grubunu oluşturan çocukların cinsiyete göre dağılımı görülmektedir. Deney grubunu oluşturan vakaların 11 kız (%36.6), 19’u erkekti (%63.3), kontrol grubunu oluşturan vakaların 11 kız (%36.6), 19’u erkekti (%63.3).

TABLO-2: Deney ve Kontrol Grubundaki Çocukların Yaşa Göre Dağılımları.

DENEY n=30	KONTROL n=30
Ortalama $\pm$ S. Sapma	Ortalama $\pm$ S. Sapma
9.9 $\pm$ 0.9	10.2 $\pm$ 1.1

(P>0.05)

Tablo 2’de deney ve kontrol grubundaki çocukların yaşlara göre dağılımları görülmektedir. Deney grubundaki çocukların yaş ortalamaları 9.9

± 0.9 'dur. Kontrol grubundaki çocukların yaş ortalamaları 10.2 ± 1.1 'dir. ($P>0.05$) istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur.

TABLO-3: Deney ve Kontrol Grubundaki Ebeveynlerin Yaş Ortalamalarının Dağılımı.

	DENEY	KONTROL	
	Ortalama $\pm$ S. Sapma	Ortalama $\pm$ S. Sapma	P
ANNE YAŞ	32.8 ± 3.8	33.6 ± 3.8	0.44
BABA YAŞ	38.2 ± 3.8	38.5 ± 4.3	0.78

Tablo 3'de, deney ve kontrol grubundaki anne ve babaların yaş ortalamaları görülmektedir. Deney grubundaki annelerin yaş ortalaması 32.8 ± 3.8 'dir. Kontrol grubundaki annelerin yaş ortalamaları 33.6 ± 3.8 'dir. Bu fark ($t=0.78$, $P>0.05$) istatistiksel olarak anlamsızdır. Deney grubundaki babaların yaş ortalaması 38.2 ± 3.8 'dir. Kontrol babaların yaş ortalaması 38.5 ± 4.3 'dür. Deney ve Kontrol grubundaki ebeveynlerin yaşları arasındaki fark anlamsızdır ($t=0.27$, $P>0.05$).

TABLO-4: Deney ve Kontrol Grubundaki Ebeveynlerin, Eğitim Durumlarının Dağılımı.

	DENEY n=30				KONTROL n=30				
	ANNE		BABA		ANNE		BABA		P
	sayı	%	sayı	%	sayı	%	sayı	%	
Okuma yazma bilmiyor	1	3.3	1	3.3	3	10	3	10	0.95
Okur Yazar	4	13.3	2	6.6	5	6.6	4	13.3	0.59
İlkokul	17	56.6	9	30	16	53.3	6	20	
Ortaokul	4	13.3	4	13.3	6	20	5	16.6	
Lise	4	13.3	14	46.6	-	-	12	12	

Tablo 4’de deney ve kontrol grubundaki ebeveynlerin eğitim durumları karşılaştırılmıştır. Deney grubundaki annelerin %33 okuma yazma bilmiyor, %13.3’ü okur yazar, %56.6’sı ilkokul mezunu, %13.3’ü ortaokul mezunu, %13.3’ü lise mezunudur. Kontrol grubundaki annelerin %10’u okuma yazma bilmiyor, %6.6’sı okur yazar, %53.3’ü ilkokul mezunu, %20’si ortaokul mezunudur. Annelerin eğitim durumları karşılaştırıldığında; ($z=0.51$ ve $P>0.05$) önemli bir farklılık saptanmamıştır.

Deney grubundaki babaların %3.3’ü okuma yazma bilmiyor, %6.6’sı okur yazar, %30’ ilkokul mezunu %13.3’ü ortaokul mezunu, %46.6’sı lise mezunudur. Kontrol grubundaki babaların %10’u okuma yazma bilmiyor, %13.3 okur yazar, %20’si ilkokul mezunu %16.6’sı ortaokul mezunu %12’si lise mezunudur. Deney ve kontrol grubundaki babaların eğitim durumları

karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan farklılık bulunmamıştır ($z=0.76$ ve $P>0.05$).

TABLO-5: Deney ve Kontrol Grubundaki Ebeveynlerin Mesleklerine Göre Dağılımı.

	DENEY n=30				KONTROL n=30				
	ANNE		BABA		ANNE		BABA		P
	sayı	%	sayı	%	sayı	%	sayı	%	
EV HANIMI	28	93.3			25	83.3			0.99
İŞÇİ			9	30	2	6.6	11	36.6	0.98
MEMUR	2	6.6	9	30	3	10	8	26.6	
SERBEST			11	36.6			11	36.6	
İŞSİZ			1	3.3					

Tablo 5'de Deney ve kontrol grubundaki ebeveynlerin mesleklerinin dağılımı görülmektedir. Deney grubundaki annelerin %93.3'ü ev hanımı, %6.6'sı memurdur. Kontrol grubundaki annelerin %83.3'ü ev hanımı, %6.6'sı işçi, %10'u memurdur. Deney ve kontrol grubundaki annelerin mesleklere göre dağılımları karşılaştırıldığında ($z=0.38$ ve $P>0.05$) istatistiksel olarak farksız bulundu.

Deney grubundaki babaların %30'u işçi, %30'u memur, %36.6'sı serbest meslek %3.3'ü işsizdir. Kontrol grubundaki babaların %11'i işçi, %26.6'sı memur, %36.6'sı serbest meslek sahibidir. Deney ve kontrol grubundaki babaların meslek dağılımları istatistiksel olarak ($z=0.44$ ve $P>0.05$) farksız bulundu.

TABLO-6: Deney ve Kontrol Grubundaki Ailelerin Yapılarına Göre Dağılımları.

	DENEY n=30		KONTROL n=30	
	sayı	%	sayı	%
ÇEKİRDEK	21	70	23	76.6
GENİŞ	8	26.6	7	23.3
PARÇALANMIŞ	1	3.3	-	-

P=1 z=0.12

Tablo 6'da deney ve kontrol grubundaki ailelerin yapısı gösterilmektedir. Deney grubunu oluşturan ailelerin %70'ı çekirdek, %26.6'sı geniş, %3.3'ü parçalanmış yapıdadır. Kontrol grubunu oluşturan ailelerin %76.6'sı çekirdek, %23.3'ü geniş yapıdadır. Aile yapıları kontrol ve deney grubunda karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamsızdır (z=0.12, P>0.05).

TABLO-7: Deney ve Kontrol Grubundaki Ailelerin Gelir Dağılımları

	5-10 milyon		11-20 milyon		21-30 milyon		31 milyon ve üstü	
	sayı	%	sayı	%	sayı	%	sayı	%
DENEY	8	26.6	13	43.3	4	13.3	5	16.6
KONTROL	9	30	12	40	6	20	3	10

P=0.99 z=0.38

Tablo 7'de deney ve kontrol grubundaki ailelerin gelir dağılımları görülmektedir. Deney grubundaki ailelerin %26.6'sı 5-10 milyon, %43.3'ü 11-

20 milyon, %13.3'ü 21-30 milyon, %16.6'sı 31 milyon ve üstü gelirleri vardır. Kontrol grubundaki ailelerin %30'u 5-10 milyon, %40'ı 11-20 milyon, %20'si 21-30 milyon, %10'u 31 milyon ve üstü geliri vardır. İki grup gelir durumları açısından karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamsız bulundu ($z=0.38$ $P>0.05$).

TABLO-8: Deney Grubundaki Ailelerin Sosyal Güvence Dağılımları.

	Sayı	%
EMEKLİ SANDIĞI	6	20
SİGORTA	18	60
BAĞKUR	-	-
YOK	6	20

Tablo 8'de deney grubundaki ailelerin sosyal güvence açısından dağılımları görülmektedir. Ailelerin %20'si emekli sandığı, %60'ı sigortalı, %20'sinin ise hiç bir sosyal güvencesi yoktur.

TABLO-9: Deney Grubundaki çocukların Tanılarına Göre Dağılımı (n=30).

	Sayı	%
ALL	22	73.3
AML	7	23.3
Lenfoma	1	3.3

Tablo 9’da Deney grubunu oluşturan çocukların tanılarına göre dağılımı görülmektedir. Çocukların %73.3’ü ALL’li, %23.3’ü AML’li, %3.3 Lenfoma teşhislidir.

TABLO-10: Deney Grubundaki Çocukların Hastalıkları Hakkında Bilgilendirilmelerinin İncelenmesi.

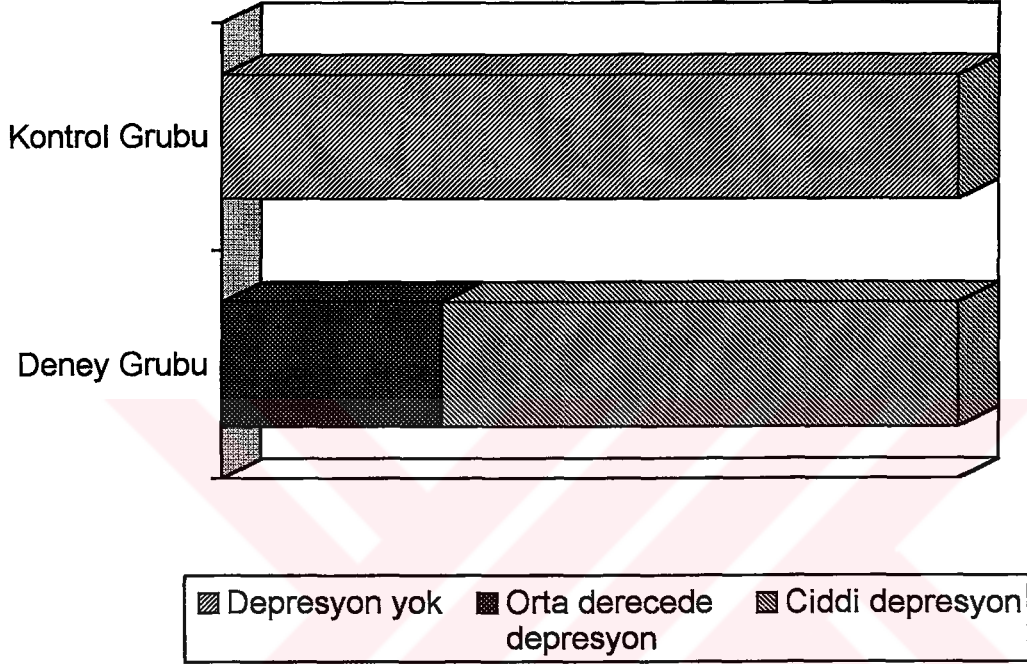
Bilgi Veren	Sayı	%
Doktor + Psikolog	1	3.3
Psikolog	3	10
Doktor	6	20
Diğer	2	6.6
Bilgilendirilmedi	18	60

Tablo 10’da Deney grubundaki çocukların hastalıkları konusunda bilgilendirilmelerinin incelenmesi gösterilmiştir. Çocukların %3.3’ü doktor + psikolog, %10’u psikolog, %20’si doktor, %6.6’sı diğer kişiler tarafından bilgilendirilmiş, %18’i bilgilendirilmemiştir.

TABLO-11: Deney Grubundaki Çocukların Tıbbi İşlemler konusunda Bilgilendirilmelerinin İncelenmesi.

Bilgi Veren	Sayı	%
Doktor + Psikolog	2	6.6
Psikolog	2	6.6
Doktor	6	20
Aile	6	20
Hemşire	1	3.3
Bilgilendirilmedi	13	43.3

**Deney ve Kontrol Grubundaki Annelerin
Beck Depresyon Envanteri Puanlarının Dağılımı.**



Tablo 11’de Deney grubundaki çocukların Tıbbi işlemler konusunda bilgilendirilmeleri incelenmiştir. Çocukların %6.6’sı doktor + psikolog tarafından, %6.6’sı psikolog, %20’si doktor %20’si aile, %3.3’ü hemşire tarafından bilgilendirilmiştir. %43.3’ünde bilgilendirilmemiştir.

TABLO-12: Deney Grubundaki Annelerin Çocuklarının Hastalıkları Konusunda Bilgilendirilmelerinin İncelenmesi.

Bilgi Veren	Sayı	%
Doktor + Psikolog	1	3.3
Psikolog	1	3.3
Doktor	22	73.3
Diğer	3	10
Bilgilendirilmedi	3	10

Tablo 12’de Deney grubundaki annelerin hastalık konusunda bilgilendirilmeleri incelenmiştir. Annelerin %3.3’ü doktor + psikolog, %3’ü psikolog, %73.3’ü doktor, %10’u diğer kişiler tarafından bilgilendirilmiştir. Annelerin %10’uda bilgilendirilmemiştir.

TABLO-13: Deney ve Kontrol Grubundaki Annelerin Beck Depresyon Envanteri Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.

	Ortalama $\pm$ St. Sapma
DENEY n=30	32.4 $\pm$ 12.3
KONTROL n=30	7.2 $\pm$ 3.4

P=0.000 t=10.7

Tablo 13’de Deney ve Kontrol grubundaki annelerin Beck Depresyon Envanteri Puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. Deney grubundaki annelerin depresyon puanı ortalamaları 32.4 ± 12.3 , kontrol grubundaki annelerin depresyon puan ortalamaları 7.2 ± 3.4 olarak bulundu. Deney ve kontrol grubu karşılaştırıldığında; deney grubundaki annelerde kontrol grubundaki annelere göre daha fazla depresif belirti gözlemlendi. Bu farklılık istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ($t=10.7$ ve $P<0.05$).

TABLO-14: Deney ve Kontrol Grubundaki Çocukların Depresyon Self Rating Skalasından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.

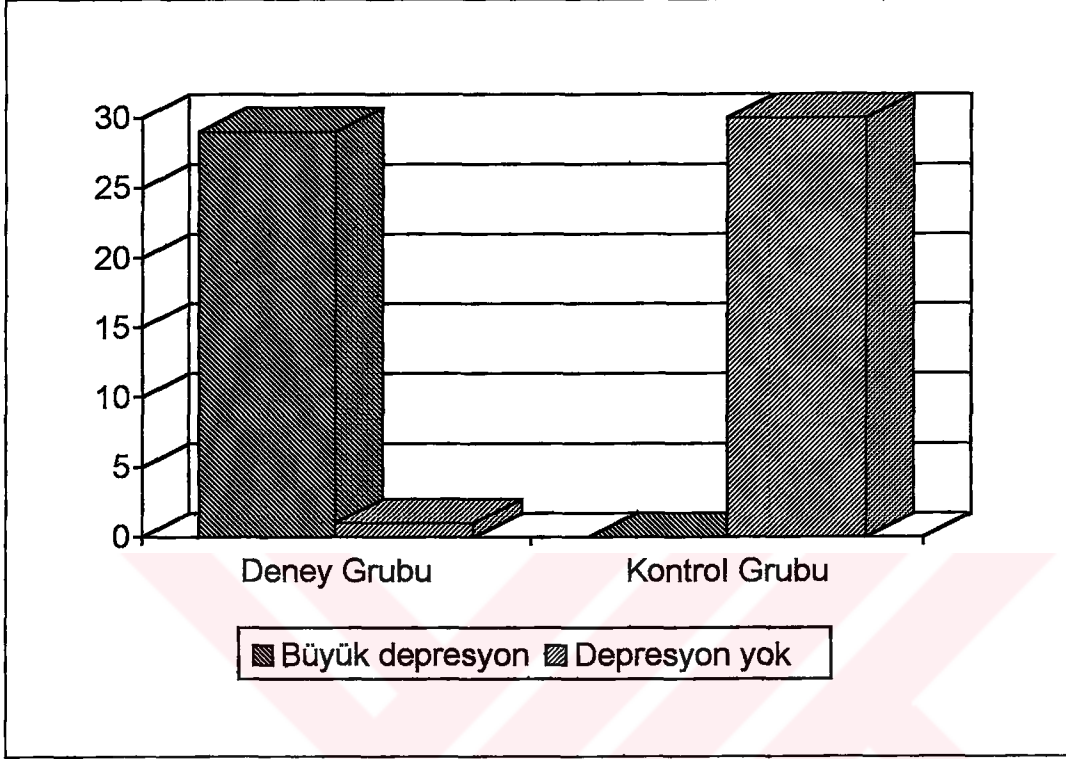
	Ortalama $\pm$ S. Sapma
DENEY n=30	22.1 ± 5.3
KONTROL n=30	6.3 ± 2.6

$P=0.000$ $t=14.2$

Tablo 14’de deney ve kontrol grubundaki çocukların Depresyon Self Rating skolasından aldıkları puan ortalamaları görülmektedir. Deney grubundaki çocukların depresyon puan ortalaması (22.1 ± 5.3) kontrol grubundaki çocukların depresyon puan ortalamasına (6.3 ± 2.6) göre daha yüksek bulundu. Aralarındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı idi ($t=14.2$ ve $P<0.05$).

*Deney grubundaki anneler ile çocukların depresyon puanlarını karşılaştırıldığında, anne ve çocuk depresyon puanları arasında pozitif bir korelasyon bulundu. Anne depresyon puanı arttıkça, çocuğun depresyon puanında da bir artış gözlemlendi ($r=0.57$ $P=0.001$).

**Deney ve Kontrol Grubundaki Çocukların
Depresyon Self Rating Skalası Puanlarının Dağılımı.**



0-13 puan : depresyon yok
13'ten büyük puan : depresyon var

TABLO-15: Deney Grubundaki Çocukların Depresyon Puan Ortalamalarının Cinsiyete Göre Dağılımı.

	Ortalama $\pm$ S. Sapma
KIZ n=11	21.7 $\pm$ 5.1
ERKEK n=19	22.2 $\pm$ 5.6

P= 0.79 t= 0.26

Tablo 15'de deney grubundaki çocukların depresyon puan ortalamalarının cinsiyete göre dağılımı gösterilmiştir. Puan farkları istatistiksel açıdan anlamlı değildir (t= 0.26 P> 0.05).

TABLO-16: Deney ve Kontrol Grubundaki Annelerin Anne Baba Tutum Ölçeği (PARI) Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.

	DENEY n=30	KONTROL n=30		
	Ort. $\pm$ S. Sapma	Ort. $\pm$ S. Sapma	P	t
Ev Kadınlığını Red	32.5 $\pm$ 8.7	43.3 $\pm$ 4.5	*0.00	0.59
Karı Koca Geçimsizliği	22.4 $\pm$ 6.3	27.1 $\pm$ 2.7	*0.01	0.36
Baskı Disiplin	36.3 $\pm$ 9.1	53.6 $\pm$ 4.5	*0.00	0.93
Aşırı Koruyuculuk	49.9 $\pm$ 6.4	42.1 $\pm$ 7.9	*0.00	3.83
Demokrat	22.2 $\pm$ 6.4	22.5 $\pm$ 2.7	0.79	0.29

*P $\leq$ 0.05 anlamlı

Tablo 16’da deney ve kontrol grubundaki annelerin, anne-baba tutum ölçeği (PARI) puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. Deney grubundaki annelerin evkadınlığını reddetme puan ortalamaları (32.5 + 8.7), kontrol grubundaki annelerin puanına (43.3 + 4.5) göre daha düşük bulundu. Farklılık istatistiksel açıdan ($P<0.05$ ve $t=0.59$) anlamlıdır. Deney grubundaki annelerin karı koca geçimsizliği puan ortalaması (22.4 + 6.3) kontrol grubundaki annelerin puan ortalamasına göre (27.1 + 2.7) daha düşük bulundu. Bu fark istatistiksel açıdan ($P<0.05$ $t=0.36$) anlamlıdır.

Deney grubundaki annelerin baskı disiplin puan ortalaması (36.3 + 9.1) kontrol grubundaki annelerin puan ortalamasına (53.6 + 4.5) göre daha düşük bulundu. Bu farklılık istatistiksel açıdan ($P<0.05$ $t=0.93$) anlamlıdır.

Deney grubundaki annelerin aşırı koruyuculuk puan ortalaması (49.9 + 6.4) kontrol grubundaki annelerin aşırı koruyuculuk puan ortalamalarına (42.1 + 7.9) göre daha yüksektir. Bu farklılık istatistiksel açıdan ($t= 3.83$ $P<0.05$) anlamlıdır.

Deney grubundaki annelerin demokrat tutum puan ortalaması (22.2 + 6.4) kontrol grubundaki annelerin demokrat tutum puan ortalaması (22.5 + 2.7) iki ortalama arasındaki fark ($t=0.29$ $P>0.05$) istatistiksel açıdan anlamsızdır.

V- TARTIŞMA

Bu araştırmada, kanser tanısı ile hastanede yatan, 9-12 yaş arasında 30 çocuk ve annesinde hastalığın ilk tanısının konulduğu dönemdeki (2 ay ile 1 yıl) depresyon belirtileri incelenmiştir. Elde edilen bulgular daha önce hastane yaşantısı olmamış 30 sağlıklı çocuk ve annesinden oluşan kontrol grubu ile karşılaştırılmıştır.

Kanser tanısı ile hastanede yatan çocukların yaş ortalaması 9.9 ± 0.9 'dır. Kontrol grubunu oluşturan çocukların yaş ortalaması 10.2 ± 1.1 'dir. (Tablo 2). Araştırmamızda deney ve kontrol grubunu oluşturan ebeveynlerin sosyo-demografik özellikleri benzer bulunmuştur.

Ebeveynlerin eğitim seviyesi Türkiye ortalamasına göre düşük değildir(87). Bu nedenle gerek hasta çocuk ailelerinin gerekse kontrol grubundaki ailelerin eğitim düzeylerinin, kendilerine verilen bilgileri anlamaları için yeterli olduğu söylenebilir. Kanser tedavisinde ailenin tedaviye katılımı çok önemlidir. Ailenin hastalıkla mücadelesinde ve duruma uyum sağlamasında ailenin eğitim ve anlama düzeyi önemli rol oynar. Kupst ve Eden gibi bir çok araştırmacı, ailelerin eğitim özellikleri ile sağlık ekibi tarafından verilen bilgilerin anlaşılıp uygulanabilmesi arasındaki ilişkiyi incelemişlerdir. Buna göre, ailelerin düşük eğitim ve gelir düzeyinde bulunmalarının kendilerine verilen bilgiyi anlamakta, sosyal ilişkilerini düzenlemede ve hastalığın maddi yükünü taşımakta zorluk çekmelerine neden olduğu sonucuna ulaşmışlardır (24, 49).

Araştırmamızdaki annelerin büyük çoğunluğu ev hanımı, babaların çoğu ise memur ve işçidir. Kanser tedavisi büyük bir maddi yükü de

beraberinde getirmektedir. Hastalığa bağlı olarak ailenin harcamalarında artış olmaktadır. Ailenin gelirinin sabit olup harcamalarının artması ile ailenin ekonomik dengesi bozulur. Baysal, yaptığı bir araştırmada tedavilere bağlı olarak artan maddi harcamaların aile ve özellikle babalar üzerinde olumsuz etkilere yol açtığını, ailenin bu dönemde hastalığın ruhsal ve ekonomik yükünü taşımakta zorlandığını saptamıştır(6).

Hastalığın tedavisine bağlı olarak, harcamalarının artması ailelerin maddi sıkıntı içine girmelerine neden olabilmektedir. Hastanede tedavi gören çocukların Sosyal güvencelerinin olması ailenin maddi yükünü biraz da olsa hafifletmektedir. Araştırma grubumuza aldığımız ailelerin %80'ninin Sosyal güvencesi vardı. Ancak %20'sinin hiçbir sosyal güvencesi yoktu.

Bu araştırmadaki ailelerin büyük bir bölümü çekirdek yapıdadır. %53.3'ünün evleri tedavi oldukları hastane ile aynı şehirdedir. %46.6'sı ise yaşadıkları yerden uzak bir ilde tedavi görmektedir. Hasta çocukları ile birlikte hastanede kalan ailelerin diğer çocukları ile, %56.6'sının birinci derece akrabaları (anneanne, babaanne), %26.6'sının ikinci derece akrabaları (teyze, hala), ilgilenmektedir. Kardeşlerin %16.6'sı ise evde yalnız başlarına kalmaktadırlar. Annelerin evlerinden uzak ve diğer çocuklarından uzun süre ayrı kalmalarını farklı bir stres etmeni olarak düşünülebilir.

Yapılan çalışmalar sonucunda, çocukluk kanserinin ailenin tümünü doğrudan etkilediği, ailelerde depresyon, anksiyete, uyum problemleri görüldüğü bilinmektedir. Hastalık veya ölüm, hasta çocuk kardeşleri üzerinde de adaptasyon bozukluklarına, suçluluk duygularının gelişmesine ve Self İmajlarının Zayıflamasına neden olmaktadır (68,80,52).

Araştırmamızdaki hasta çocukların %73.3'ü ALL (Akut lenfo blastik Lösemi), %23.3'ü AML (Akut miyelo blastik Lösemi), %3.3'ü Lenfoma tanısı almıştı (Tablo-9). Bu çocukların 10'u 2-3 aydır, 15'i 4-5 aydır, 3'ü 6-7 aydır, 2'si de 9-12 aydır yani toplam olarak 25'i 2-5 ay arasında, 5'i de 6 ay ile 12 ay arasında bir süredir tedavi görmekteydi. Buna göre incelediğimiz çocuklar

ve anneleri kanser tanısının ilk teşhis edildiği dönemde bulunuyordu.Yayın taramaları göstermektedir ki, aile ve çocuk üzerindeki olumsuz etkiler, hastalığın hemen her dönemi için söz konusudur. Örneğin;

Peykerli de yaptığı bir araştırmada, lösemili çocukların ailelerini ilk tanı, 1. relaps (hastalığın tekrar nüksü) ve terminal döneminde depresif belirtiler yönünden incelemiştir. Buna göre lösemide 1. relaps ilk tanıya oranla aile üzerinde olumsuz etkilere yol açmış, fakat çocukları terminal dönemde olan ailelerin 1. relapsa göre depresyon düzeyinin daha yüksek olduğu bulunmuştur(64).

Baral ve arkadaşları yapmış olduğu bir çalışmada hastalığın ilk tanısının konulduğu dönemde hasta yakınlarında görülen depresif belirtileri incelemişler, depresif belirtilerin bu dönemde yoğun olarak görüldüğünü bulmuşlardır (5).Bizim araştırmamızın sonuçları da benzerdir.

Yavaş ve arkadaşları, kronik ve ölümcül hastalığı olan çocukların anne babaları ile sağlıklı çocukların anne babalarının depresyon düzeylerini incelemişler ve ilk teşhis döneminde hasta çocukların ailelerinin depresyon düzeyini sağlıklı çocukların ailelerine göre daha yüksek bulmuşlardır (82).

Sawyer ve arkadaşları kanser hastalığının teşhisinden sonraki bir hafta içinde kanserli çocukların anneleri ile görüşmüş annelerde çok önemli depresyon, anksiyete belirtileri, somatik problemler, sosyal gerilikler saptamışlardır. Bu problemler annelerde diğer aile üyelerine oranla daha fazla bulunmuştur.(70).

Bizim araştırmamızda , tanının ilk konulduğu dönemde depresif belirtilerin daha fazla olabileceği varsayılmış ve inceleme özellikle bu dönemde yapılmıştır.Oysa ki Yancey ve arkadaşları kanser hastalığının terminal döneminde ve kanserden çocuklarını kaybeden aileler üzerinde bir araştırma yapmış , ailenin hastalık ve ölümden etkilene derecesinin hastanın ölüm yeri ,kanser hastalığının süresi, çevreden sosyal destek

görme, hastane bakım hizmetlerinin sosyal desteği , niteliği ve sevdikleri kişinin ölüm biçimi ile ilişkili bulmuşlardır(82).

Araştırmamızda deney grubundaki Beck Depresyon Envanteri Puan ortalamaları Kontrol grubuna göre daha yüksek bulundu (Tablo-13). Deney grubundaki annelerde depresif belirtilerin yoğun olarak görülmesini şu şekilde açıklayabiliriz; Kabuledilmiştir ki kronik veya ölümcül hastalığı olan bir çocuğa sahip olmak aile üzerinde olumsuz etkiler yaratır. Ailelerde yaşamlarındaki bu yeni değişikliğe bağlı olarak, uyum güçlükleri, korku, kızgınlık, saldırganlık ve depresyon gözlenmiştir. Çeşitli Araştırmacılar hastalığın aile üzerindeki etkilerini incelemişler, bizim çalışmamızda olduğu gibi anneyi odak noktası olarak almışlardır. Annelerde hastalık döneminde yoğun depresyon belirtileri gözlemlenmiştir (7,64, 79).

Annelerde depresif davranışların görülmesi, annenin duygusal durumu ile doktorları ve diğer sağlık personelinin hastalıkla ilgili açıklamalarını yeterli düzeyde algılamaları ile de ilişkili olabilir. Bizim çalışmamızda annelerin büyük bir bölümü (%73.3'ü) doktorlar ve sağlık personeli tarafından hastalık konusunda bilgilendirilmişlerdir.

Ailelerin bilgilendirilmelerinin yanısıra, başa çıkılması çok güç olan bu durumla mücadele etmeleri ve psikososyal açıdan desteklenmeleri de önemlidir (4, 24). Eden ve arkadaşları da yapmış oldukları bir çalışmada bu bilgilendirme üzerinde durmuşlar, hastalığın teşhisi ile ilgili kötü haberin iletilmesinde uzman medikal personelin gerekliliğinden bahsetmişlerdir (24).

Adams da yaptığı bir çalışmada ailelerin gelecekle ve çocukları ile ilgili planlar yapması, çocukların tekrar sağlığına döneceği umudunu kaybetmemesi için desteklenmesi gerektiğini vurgulamıştır. Hastane ortamındaki psikososyal desteğin çocuk ve ailenin uyum güçlüklerini azalttığını belirtmiştir (1).

Lauer ve arkadaşları da hastalığın terminal dönemi boyunca terapi programlarına katılan ailelerdeki ölümle ilişkili depresyonun uzun süreli programa katılmayanlara göre daha düşük tespit etmişlerdir (51).

Speechley ve Noh, kanserli çocukların ailelerine verilen sosyal destekle depresyon ilişkisini incelemek amacı ile bir araştırma yapmış ve sağlıklı çocuğa sahip ailelerle kanserli çocuğa sahip olan aileleri karşılaştırmışlardır. Araştırmalar sonucunda sosyal desteğin yeterli olduğu durumlarda, kanserli çocuk ailelerinin depresyon düzeyi ile sağlıklı çocuğa sahip olan ailelerin depresyon düzeyleri çok farklı bulunmasına rağmen sosyal desteğin yetersiz olduğu durumlarda kanserli çocuk ailelerinin depresyon düzeyi sağlıklı çocuk ailelerine göre oldukça yüksek bulunmuştur (75).

Crom ve arkadaşları, Güney Amerikalı kanserli çocuk anneleri üzerinde hastalığın etkisini araştırmışlar. Kanserlin diağnozunun çocuk ve ailesi üzerinde olumsuz etkileri olduğunu bulmuşlardır (20).

Eiser ve arkadaşları kanserli çocuğa sahip 30 aileye "Coping health inventory for parents" envanterini uygulayarak ailelerin hastalığın tanısını kabul etme ve hastalıkla ilgili sorumluluk almalarını incelemişlerdir. Sonuçta; babaların çocuklarının hastalığını annelerden daha iyi kabul ettiğini ve ailelerin çocuğun hastalığından dolayı başkalarını suçladıklarını belirtmişlerdir (29).

Thoma ve arkadaşlarının yapmış oldukları bir çalışmada kanserli çocuğa sahip olan ailelerle sağlıklı çocuğa sahip olan ailelerin yaşamlarında karşılaştıkları heyecan verici olaylara tepkilerini "Crisis Oriented Evulation" skalası kullanılmış ve kanserlin olumsuz etkilerinden dolayı, kanserli çocuğa sahip olan aileler daha stresli ve problemlili bulunmuştur(77).Bu bağlamda bizim sonuçlarımızda benzerdir.

Özetle, bizim araştırmamız bu alanda yapılan pek çok araştırma ile paralel olarak annelerde yoğun depresif belirtiler ortaya koymuştur. Baysal,

kronik ve ölümcül hastalığı olan çocukların ailelerine depresyon durumlarını belirlemek üzere Beck Depresyon envanteri uyguladığında ailelerin %9.5'inde ağır, %23.8'de orta derecede depresyon saptamıştı (6). Bizim araştırmamızda ise annelerin %3.3'ünde depresyon bulunmamış. %30'unda orta derecede, %67.7'sinde ise ileri derecede depresyon bulunmuştu. Kontrol grubundaki annelerde ise depresyon belirtileri saptanmamıştır. (Grafik-1)

Araştırmamızda hasta çocuk annelerinde depresif belirtilerin yoğun olarak görülmesinin nedenleri annelerin %46.6'sının evlerinin hastanenin bulunduğu şehirden farklı bir yerde olması ve annelerin büyük çoğunluğunun evlerinde kalan diğer çocuklarından uzun süredir ayrı olmaları gibi stres yaratan faktörlerdir. Kanseri çocuğa sahip olan ailelere bu durumla başa çıkmaları için sosyal destek sağlamak , hastane ortamını çocuk ve ailenin kendilerini daha iyi hissedebilecekleri bir düzene sokmak ailenin ve çocuğun hastalığa bağlı yaşayacakları problemleri azaltabilir ama tamamen yok etmeyebilir. Çünkü ailenin problemlerinin asıl kaynağını çocuğun hastalığı oluşturmaktadır. Çocuk iyileşmedikçe ve ailenin hayatı rutin düzene girmedikçe bu problemlerin yok olması mümkün olmayabilir.

Kanser hastalığı aile ve özellikle annelerin duygusal durumları üzerinde olumsuz etkiler yarattığı gibi hastalığı yaşayan çocuklarda da hastalığa bağlı problemler gözlenebilir.

Araştırmamızda hasta çocuklarla kontrol grubundaki sağlıklı çocukların depresyon düzeyini "Depresyon Self Rating Scale for Children" kullanarak karşılaştırdığımızda, hasta çocukların depresyon puan ortalamalarını kontrol grubuna göre daha yüksek bulunduk (Tablo-14). Bunun çok yönlü nedenlerine ek olarak, çocukların aile ortamından uzaklaşmaları, tamamen yabancıları oldukları hastane ortamında bulunmaları, büyük çoğunluğunun (%60'ı) hastalıkları ve tedavileri sırasında gerekli olan tıbbi işlemlerle ilgili olarak önceden bilgilendirilmemeleri ve psikolojik açıdan

hazırlanmamaları da önemli etkenler olarak düşünülebilir. Çocukların tedavi sırasındaki streslerinin azaltılmasında tıbbi işlemlerden önce bilgilendirilmeleri de önemlidir (73). Bizim çalışmamızda depresif belirtiler gözlediğimiz hasta çocukların %43'ü tedavi sırasında yapılacak tıbbi işlemler konusunda bilgilendirilmemişlerdir. Hastaneye yatan çocuklar genellikle korku ve kaygı içinde olabilirler. Hastane personelinden çekinebilir, tedavi sırasında kullanılan tıbbi cihazlardan korkabilirler. Bu faktörler de çocuğun tedavi sırasında büyük bir strese girmesine neden olur. O nedenle çocuk hastaneye kabul edildiği günden itibaren hastaneye hazırlayıcı eğitim programına alınmalıdır. İlk defa hastaneye gelen bir çocuk yabancı olduğu bu ortam ve yaşantıya alıştırılırsa ve çocuğa uygulanacak tıbbi işlemler konusunda bilgi verilirse çocuğun korku ve problemleri azalabilir (8).

Angela ve Gills yaptıkları çalışmalarında hastanede, planlı oyun programına katılan çocukların katılmayanlara göre daha uyumlu olduklarını saptamışlardır (2).

Çakıroğlu yaptığı bir araştırmada pediatrik onkoloji servislerindeki çocukların tıbbi işlemlere hazırlanmasında oyunun öneminden bahsetmiştir. Oyun terapisi ile çocuğun hastane malzemelerini incelemesine fırsat verebileceğini ve tıbbi işlemlere uyumunu kolaylaşacağını belirtmiştir (16, 61).

Çocukların tedavilere bağlı olarak hareket kısıtlılıklarının olması, okul ve sosyal çevrelerinden ayrı kalmaları onların içine kapanmalarına depresif davranış belirtileri göstermelerine neden olabilir (50). Bizim çalışmamızda da çocukların büyük çoğunluğu okula devam etmiyordu (%83.3'ü). %16.6'sı da servise gelen öğretmenle eğitimini devam ettiriyordu.

İlkokul döneminde, en önemli sosyal çevre okul, öğretmen ve arkadaşlardır. Akademik başarı ilkökul dönemindeki çocuklar için önemlidir. Bizim araştırmamızdaki çocuklar ilk okul döneminde olmaları ve hastalık nedeni ile okuldan ayrı kalmaları yaşam tarzlarının bozulması, çeşitli

aktivitelerinin engellenmesi onların depresif davranış belirtileri göstermesine neden olabilir.

Haber ve arkadaşları yapmış oldukları bir çalışmada malin tümörlü adölesan ve çocukların hastaneye yatma ile yaşam tarzlarında oluşan değişikliklerin duygusal ve sosyal problemlere yol açtığını tespit etmişlerdir (31).

Greenberg ve arkadaşları 8-16 yaş arası kanserli çocuk ve ailesini, sağlıklı çocuk ve annesi ile depresif belirtiler yönünden karşılaştırılmış depresif belirtileri, hasta grupta sağlıklı gruba göre daha yüksek bulunmuştur (30).

Hockenberry ve arkadaşları, iki klinik ziyaret etmiş çocukların kanser hastalığı sırasındaki duygu durumlarını belirlemiş çocuklarda depresyon anksiyete, somatik problemler, uyum güçlükleri saptamışlardır. Çocukları, stresten koruyucu faktörleri ise; kendi duygu durumları, başa çıkma stratejilerini kullanmaları ile aile ve çevrenin sosyal desteğini algılamaları olarak belirlendi (39).

Hockenberry ve arkadaşlarının farklı bir çalışmasında da 7-13 yaş arası 21 çocuktan kanserli olmaya gösterdikleri tepkileri incelemişlerdir. Çocuklarda görülen problemlerin ağırlı tedaviler sırasında maximum düzeye ulaştığını çocuklarda kognitif değişikliklerin oluştuğunu tespit etmişlerdir (40).

Bossert ve Martinson yaptıkları çalışmada spinettanın geliştirdiği "Family Drawing Revised" kullanarak kanserin çocuk ve aile üzerindeki etkilerini araştırdılar. 6-18 yaş arasındaki çocukların testlerinin yorumlanmasından; çocuklarda, iletişim bozukluğu, self imajda zayıflama, duygusallıkta artış gözlenmiştir (13).

Masiak ve arkadaşları 31 kanserli hastada psikiyatrik semptomların çeşitlerini ve sıklıklarını araştırmak için yaptıkları bir çalışmada, hastaların ruhsal durumlarını tespit etmek için, "Depresyon Self Rating Skalası"nı

uyguladılar. Hastaların %29'unun psikiyatrik problemlerle karşılaştığını 2'sinde majör depresyon, 7'sinde uyum bozukluğu, 3'ünde depresif ruh hali, 2'sinde anksiyete ruh hali tablosu ortaya çıktığını tespit ettiler (56). Bizim çalışmamızda hasta çocukların %96.6'sında depresif davranışlar gözlenirken %3.3'ünde depresif belirti saptanmadı (Grafik-2).

Özetle, kanserli çocuklarda hastalığa bağlı depresif belirtilerin incelenmesi ile ilgili bulgularımız bu konudaki pek çok araştırma ile paraleldir.

Araştırmamızda deney grubundaki annelerin depresyon puanları ile çocukların depresyon puanı arasında pozitif korrelasyon bulunmuştur. Annelerdeki depresyona paralel olarak çocuğun depresyonunda artış gözlenmiştir.

Literatürdeki bulgular da çalışmamızın sonuçlarını desteklemektedir. Hymovic ve arkadaşlarının yapmış oldukları bir çalışmada ailede özellikle annenin yaşadığı stresin çocuğun stres düzeyinde etkili olduğunu açıklamışlardır. Çocuğun yaşadığı stres; anne babanın görünümünü, ailenin başa çıkma stratejilerini kullanımı, aile çocuk etkileşiminin düzeyi, ailenin çocukları ile konuşması alternatif sunması çocukların bakımını düzenlemesi eşlerin karşılıklı etkileşimi ile ilişkili olduğu bulunmuştur (43).

Hastalık döneminde annenin çocuğa destek olması, annenin kendi duygularını kontrol edip, çocuğunun bu zor durumla mücadele etmesine yardımcı olması, çocuğun hastanede kaldığı bu dönemin en az zararlarla atlatılması bakımından önemlidir. Ayrıca bu dönemde çocuk ve annenin, anne ile babanın ilişkilerinde hastalığa bağlı değişimler olabilmektedir(32).

Araştırmamızda kanserli çocuğa sahip annelerin hastalık sırasında çocuklarına karşı tutumlarını belirlemek için anne baba tutum ölçeği (PARI) de uygulanmıştır. Deney grubundaki, annelerin PARI'nin ev kadınlığını red etme boyutundan aldıkları puan ortalaması, kontrol grubundaki annelerin puan ortalamasından daha düşük bulundu. Bu bulgular hasta çocuk

annelerinin, çocukları ile bir arada kalmaya ve ev kadınlığı alanındaki sorumlulukları almaya kontrol grubundaki annelerden daha istekli olduklarını düşündürmektedir.

Çalışmamızda deney grubundaki annelerin karı koca geçimsizliği puan ortalamaları, kontrol grubundaki annelerin karı koca geçimsizliği puan ortalamasından daha düşük bulunmuştur (Tablo-16). Hasta çocuk annelerinde karı koca geçimsizliğinin kontrol grubuna göre daha az görülmesinin nedeni, eşlerin çocuklarının hastalığına bağlı olarak birbirlerine yakınlaşmalarına aralarında eskiden var olan problemleri çocuğun hastalığından dolayı görmezden gelmeleri ile açıklayabiliriz. Bizim çalışmamızın sonuçları ile paralel olarak, Peykerli de yapmış olduğu bir araştırmada hastalığın ilk tanısının konulduğu dönemde anne babaların ilişkilerinde bozulma olmadığını, hastalığın şok yapıcı etkisine karşın aile işlevlerinin bozulmadığını tespit etmiştir (64).

Wittmeyer ve arkadaşlarının yapmış oldukları bir çalışmada kanserli çocuğa sahip ailelere verilen psiko-sosyal desteğin önemini vurgulamışlar. Hastalığın teşhisi ile birlikte ailenin yaşantısı ile ilgili yeni düzenlemelerin gerekliliğinden bahsetmişlerdir. Hastalık öncesinde problemleri olan ailelerin daha yoğun desteğe ihtiyaçları olduğunu belirtmişlerdir. Hasta çocukların ailelerinde hastalığa uyum problemleri, anksiyete depresyon gözlemlemişlerdir (81).

Çalışmamızda hasta çocukların annelerinin "baskı-disiplin" puan ortalaması, kontrol grubundaki annelerin "baskı-disiplin" puan ortalamasına göre daha düşük bulundu (Tablo-16). Hasta çocuğa sahip ailelerde normal çocuklar için geçerli olan disiplin kuralları uygulanmayabilir. Bizim çalışmamızla benzer olarak Çolağın yaptığı bir çalışmada da aile üyelerinin davranışlarında hastalığa bağlı olarak çeşitli değişimler olduğu, anne babaların çocuklarına karşı tutumlarının ve disiplin saplama biçimlerinin teşhis ve tedavisinin ilk döneminde farklılık gösterdiğini belirtmiştir (18).

Çalışmamızda deney grubundaki annelerin aşırı koruyuculuk puan ortalaması, kontrol grubundaki annelerin aşırı koruyuculuk puan ortalamasından daha yüksek bulundu. Anneler çocuğun hastalığından dolayı çocuklarına karşı daha bağımlı ve daha koruyucu olabilmektedir. Ekşi'de hastanede hasta çocukları ile kalan annelerde yağıtı bir grup çalışmasında aile bireylerinde aşırı bağımlılık ve anne babaların hasta çocuklarına karşı aşırı koruyucu olduğunu bulmuştur (28).

Çalışmamızda deney grubundaki annelerin "demokratik tutum" puan ortalamaları, kontrol grubundaki annelerle karşılaştırıldığında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. O nedenle hasta çocuk annelerimizde hastalığa bağılı olarak çocuklarına karşı demokratik tutumlarının değışim göstermediğini söyleyebiliriz.

Araştırmamızdan elde edilen sonuçları şöyle özetleyebiliriz:

- 1- Deney grubundaki annelerin depresyon düzeyleri kontrol grubundaki annelerin depresyon düzeyinden yüksek bulunmuştur.
- 2- Hasta çocukların depresyon puan ortalaması, kontrol grubundaki çocukların puan ortalamasından yüksek bulunmuştur .
- 3- Hasta çocuk annelerinin depresyon düzeyi ile hasta çocukların depresyon düzeyi arasında pozitif korrelasyon bulunmuştur. Annenin depresyonu artıkça çocuğun depresyon düzeyide artmaktaydı.
- 4- Hasta Çocuk annelerinin PARI testinin "ev kadınlığı red etme" boyutundan aldıkları puanların ortalaması, kontrol grubundaki annelerin puanından daha düşük bulunmuştur.
- 5- Hasta çocuk annelerinin PARI testinin "karı koca geçimsizliği" puan ortalaması kontrol grubundaki annelerin puanından daha düşük bulunmuştur.

6- Hasta çocuk annelerinin PARI testinin “baskı disiplin” puan ortalaması kontrol grubundaki annelerin puanından daha düşük bulunmuştur (Tablo-16).

7- Hasta çocuk annelerinin kontrol grubundaki annelere göre daha koruyucu olduğu bulunmuştur.



VII - ÖNERİLER

Kanser tanısı nedeniyle hastanede yatan çocukların ve onların ailelerinin tıbbi bakım ve tedaviden sonra psikolojik ihtiyaçları da vardır. Özellikle kanser tanısı konulduktan sonra büyük bir olasılıkla aile ve çocuk bir çaresizlik ve karamsarlık dönemine girer, hastalığı kabul etmek istemezler. Çocuklarda ve ailelerinde bu duruma bağlı olarak depresyon, uyum problemleri gözlenmektedir.

Ailenin ve çocuğun bu dönemde yaşayacağı problemleri en aza indirmek için hastalığın başlangıcından itibaren yoğun psikolojik destekleme programlarına yer verilmesi uygundur.

Bunun için hasta çocuğa sahip ailelerle ilgili psikolojik destek grupları düzenlenmeli ailelerin düşüncelerini ifade etmelerine birbirleri ile sorunlarını paylaşmalarına fırsat verilmelidir. Kısaca, aile tedaviye katılım ve çocuğun hastalıkla başa çıkmasına destek verme açısından desteklenmelidir. Ailenin ve çocuğun bu dönemi en az zararla atlattırması için psiko sosyal destek çok önemlidir. Hastanede uygulanan aile destek programlarında, daha önceden hastalanmış ve hastalığı yenmiş ailelerden, geçmiş çalışmaların video kayıtlarından yararlanılabilir.

Ailenin ve çocuğun hastanede bulundukları dönem içinde, tıbbi işlemler konusunda bilgilendirilmeleri de çok önemlidir. Çocuklar hastaneye yatmakla bilgileri içeren hazırlayıcı eğitim programına alınmalıdır. Hastanelerde "acı ile baş etme" destek ekipleri kurulmalı, çocukların tedaviler sırasında karşılaştıkları sıkıntılarla baş etmelerine yardımcı olunmalıdır.

Çocukların sosyal aktivitelerine devam edecekleri uğraş ve oyun odalarına servislerde yer verilmelidir. Çocuklara oyun oynama, kendini ifade etme, kitap okuma, televizyon seyretme, müzik dinleme gibi aktivitelerini devam ettirme fırsatı verilmelidir. Pediatrik hemotoloji / onkoloji servisinde

Çocukların teke tek iletişime girebilecekleri pedagog,  ocuk sağlığı ve eğitim uzmanlarına yer verilmelidir.



VIII - ÖZET

Bu araştırma kanser tanısı nedeni ile hastane de yatan 9-12 yaş dönemi çocukları ve annelerinin hastalıktan etkilenmelerini incelemek amacı ile planlanmıştır.

Araştırmamızda, İ. Ü. Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Pediatrik Hemololoji / Onkoloji Bilim Dalı, Bizim Lösemili Çocuklar Vakfı, SSK Bakırköy Doğum Evi ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinden, 30 hasta çocuk ve annesi araştırmanın deney grubunu ve daha önce hastane yaşantısı olmayan 30 sağlıklı çocuk ve anneleri kontrol grubunu oluşturdu.

Hastalığın ilk teşhis edildiği dönemde, (2 ay ile 1 yıl) hastanede yatan çocuklara; Depresyon Self Rating Skalası; annelere ise Beck Depresyon Envanteri ile anne-baba tutum ölçeği (PARI) ve Demografik özellikler içeren bilgi formu uygulandı. Kontrol grubunu oluşturan çocuk ve annelere aynı skalalar uygulandı. İki grup depresif belirtileri ve anne tutumları açısından karşılaştırıldı.

Sonuçlar, Kolmogorov Smirnov testi, Student's t testi (Bağımsız gruplarda iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi) Korrelasyon analizi yapılarak Spcc paket programında değerlendirildi.

Araştırmamızda kanserli çocuklarda ve annelerinde depresif belirtilerin, kontrol grubu çocuklardan ve annelerinden anlamlı şekilde daha fazla olduğu bulundu. Ayrıca hasta çocuk annelerinin çocuklarına karşı tutumlarının kontrol grubu annelerden farklı olduğu saptandı.

SUMMARY

The aim of this study was to investigate the psychosocial problems and the symptoms of depression in children with cancer and in their mothers. In our study, 30 children and their mothers were investigated; children were aged 9-12 years and diagnosis of cancer was made within the period of 2-12 months.

Depression Self Rating Scales were applied to sick and control children; mothers of each group were interviewed concerning Social-economic Characteristics and Beck Depression Inventory and PARI were applied to the mothers in both groups.

The results were assessed by using Kolmogorov-Smirnov Test, Student's t-Test, the Correlation analysis. Spss computer programme was used.

The results of our study indicated that the diagnosis of cancer had negative effects on children and on their mothers. The children with cancer and their mothers had more depressive symptoms than the control group. Besides, PARI showed that attitudes of mother of sick children on various subscale were different from the attitudes of control group.

IX - KAYNAKLAR

- 1- Adams, G. M., (1991). Psychosocial Assesment and Intervention at Initial Diagnosis. Pediatrician, 18(1): 3-10.
- 2- Angela, Y., Gillis, R. N., (1989). The Effect of Play on İmmobilized Children in hospital. International Journal of Nursing Studies, 26 (3): 261-269.
- 3- Ağaoğlu, L., Gedikoğlu, G.,Anak, S., (1990). Neoplastik Hastalıklar. Pediatric, (Ed) Neyzi, O., Ertuğrul, T. C. II, Nobel Tıp Kitabevi, s:1143-1150 İstanbul.
- 4- Ashby, M. A., (1991). An enquiry into Death and Dying at The Adelaide Children's Hospital: A useful model. Medical Journal of Australia, 154 (3): 165-70.
- 5- Baral, I., Enderer, M., Turgay, M., (1995). "Kanserli Hastaların Yakınlarında Hastalığın Çeşitli Evrelerinde Saptanan Psikiyatrik Durum. Nöro Psikiyatri Arşivi, 32 (3): 141-146.
- 6- Baysal, Z. B., (1993). Kronik Hastalıkların Çocuk ve Aile üzerine Psikososyal Etkileri. Türk Psikiyatri Dergisi, 2 (3): 127-130.
- 7- Baysal, Z. B., (1993). Çocukluk Çağındaki Kronik Hastalıkların Psiko-sosyal Etkileri. Psikiyatri Bülteni, 2 (3):127-130.
- 8- Bilir, Ş., Baykoç, N., (1987). Çocuk ve Hastane, Ayyıldız Matbaası, Ankara.
- 9- Birleson, P., (1981). The Validity of a Self Rating scala: A research report. Journal of Child Psychology and Psychiatry 22 (1): 73-88.
- 10- Birleson, P., (1981). Depression in Childhood. Developmental, Medicine and Child Neurology, 22 (4): 518-21
- 11- Blount, R., Sturge, I., (1990). Analysis of Child and Medical procedure. Association for Advancement of Behavior Therapy, 21:33-48.

12- Boesenecker, U., Haffmeister, M., Niethammer, D., (1992). How do Parents Adjust to A Child With Cancer? A Clinical study of The psychosocial Status of Parents of Children With Cancer. Monotsschi. Kinderheilkd, 140 (6): 330-5.

13- Bossert, E., Martinson, I. M., (1990). Kinetic Family Drawings Revised: A method of Determining the Impact of Cancer on The familiy as perceived by the child with Cancer. J. Pediatry. Nurs, 5 (3): 204-13.

14- Bose, S ve Ark., (1994). Psychologic Adjustment of Human İmmunodeficiency Virus İnfected School Age Children. Journal of Developmental and Behovioral Pediatrics, 15 (3): 26-33.

15- Bruno, Y., (1992). Cancer in Children, Today and Tomorrow Psychological Aspects. Ann. Pediatry, 39 (3): 207-12.

16- Çakıroğlu, S., (1991). Pediatrik Onkoloji Kiliniklerinde Oyunun Önemi. Hemşirelik Bülteni, 5 (22): 7-11.

17- Çevik, A., Volkan, V., (1993). Depresyonun Psikodinamik Etyolojisi. Depresyon Monogrofları Serisi. No:2 : 109-122, Hekimler Yayın Birliği, İstanbul.

18- Çolak, G., (1992). Lösemili Çocukların Ailelerinin Teşhis Tedavi Sürecinin Meydana Getirdiği Yapısal Değişiklikleri ve Kaygı Düzeylerinin Psiko-sosyal Açıdan İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Üniversitesi Onkoloji Enstitüsü.

19- Corman, B. J., (1993). Childhood Cancer: Differantial Effect on The Family Member. Oncol. Nurs. Forum. 20 (10): 1559-66.

20- Crom, D.B., (1995).The Experience of South American Mothers who Have Child Being Treated for Malignancy in The United States. J. Pediatric. Oncol. Nurs. 12 (3): 104-12.

21- Çuhadaroğlu, F., (1993). Adolesanlarda, Depresyon ve Anksiyetenin Birlikte Görülmesi. Türk Psikiyatri Dergisi. 4(3): 188.

- 22- Destounis. N., (1993). Lizeyon Psikiyatrisi Sempozyumu I-II, (çev.) Hale İmre, İstanbul Üniversitesi Basım evi, İstanbul.
- 23- Dufour, D. F., (1989). Home or Hospital care for the Child with end - stage Cancer. Effects on the Family. Issues. Compr. Pediatr. Nurs, 12 (5): 371-83.
- 24- Eden, O. B., (1984). Communication with Parents of Children With Cancer. Palliat. Med, 8 (2): 105-14.
- 25- Ekşi, A ; Doganay, M; (1988). Kronik Hastalığı Olan Çocukların Hastalığa ve Hastaneye Yatmaya Tepkileri. Yükseklisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Çocuk sağlığı Enstitüsü.
- 26- Ekşi, A., (1990). Kronik ve Fetal Hastalıklara Yaklaşım. Pediatric. (Ed) Neyzi, O., Ertuğrul, T., C: II, Nobel Tıp Kitap Evi, s : 1484-1488, İstanbul.
- 27- Ekşi, A., (1990). Çocuk, Genç, Ana Babalar, Bilgi Yayınevi, s: 155-167. İstanbul.
- 28- Ekşi, A., (1994). Fiziksel Hastalığı olan Çocuk ve Ergenlerle ve Hastanede Hasta Çocukları ile Kalan Annelerle Grup Çalışmaları. Türk Psikiyatri Dergisi, 5 (2): 97-98.
- 29- Eiser, C., Havermans, T., Eiser, J. R., (1995). Parent attributions About Childhood Cancer: Implications for Relationship With Medical Staff. Child. Care Health and Development, 21 (1): 31-42.
- 30- Greenberg, H. S., Kazak, A. E., (1989). Psychologic Functioning in 8 to 16 years old Cancer Survivors and Their Parents. Journal of Pediatrics, 114 (3): 488-93.
- 31- Haberle, H. ve ark. (1990). Life Style and Quality of Life of Children and Adolescent Following Malignant Tumor Disease. Zentrabl. Chir. 115 (15): 925-32.

- 32- Haberle, H. ve ark. (1991). Family Oriented After care as a means of Rehabilitations and Scondary Prevention for Children with Cancer and Their Families. Klinische Peadiatry, 203 (4): 206-10.
- 33- Hanford, H. A., Moyers, S. D., Bixler, E. O., (1986). Relationship Between Variations İn Parents Attitudes and Personality trails of Hemophilic Boys. American Journal of Ortho Psychiatry. 56: 424-434.
- 34- Haznedaroğlu, C., Özdemir, O., (1995). Kemik İliği Transplantasyonunda Psikiyatrik yaklaşım. Psycomed, 1 (1).
- 35- Heiney, S. P., (1991). "Sibling grief: A cose Report. Arch. Psychiatry. Nurs.; 5 (3): 121-7.
- 36- Heiney S. P., Wells, L. M., Gunn, J., (1993). The Effects of Group Therapy on Bereaved Extended Family of Children With Cancer. J. Pediatr. Oncol. Nurs. 10 (3): 99-104.
- 37- Hinds, S., Janni, M., (1988). Hope fulness and The Self Sustaining Process in Adolecent With Cancer. Nursing Research 37 (6): 336-340.
- 38- Hisli, N., (1988). Beck Depresyon Envanterinin Gerekliliği üzerine bir çalışma. Psikoloji Dergisi 4 (22): 18-127.
- 39- Hockenberry, E., Kemp, V., Dilorio. C., (1994). Cancer Stressors and Protective Factors: Predictors of Stress Experienced During Treatment for Childhood Cancer. Research in Nursing and Heath, 17 (5): 351-61.
- 40- Hockenberry, E., Minick, P., (1994). Living with Cancer: Children with Extraordinary Courage. Oncol. Nurs. Forum. 21 (6): 1025-31.
- 41- Hosako, T., Aoki, T., Ichikowo, Y., (1994). Emotional States Patients With Hemotological Malignancies Preliminary Study. Jpn. J. Clin. Oncol. 24 (4): 1986-90.
- 42- Hubert, N., (1988). Appraoch Avoidance and Distress in Children Undergoing Preparations for Painful Medical Procedures. Journal of Cilinical Child Psychology 17 (3): 194-202.

- 43- Hymovich, D. P., (1993). Child rearing Concerns of Parent With Cancer. Oncol. Nurs. Forum: 20 (9): 1355-60.
- 44- Hymovich, D. P., (1995). The Meaning of Cancer to Children. Semin. Oncol. Nurs. 11 (1): 51-8.
- 45- Kanabar, D. J., ve ark ;(1995). Quality of life in Survivors of Childhood Cancer After Megatherapy with Autologous Bone Morrow Rescue. Pediatric Hematology and Oncology, 12 (1): 29-36.
- 46- Karadayı, F., (1994). Üniversite Gençlerinin Algılanan Ana Baba Tutumları, Ana Baba İle İlişkileri ve Bunların Bazı Kişilik Özellikleri İle İlişkisi. Türk Psikoloji Dergisi 32: 15-26.
- 47- Kazak, A. E., Meadows, A.T; (1989). Families of Young Adolescents Who have Survived Cancer: Social Emotional Adjustment Adaptability and Social Support. Journal of Pediatric Psychology. 14 (2): 175-91.
- 48- Kayaalp, L., (1995). Yaşamı Tehdit eden Hastalığın Ruhsal Yaşam üzerine Etkileri: Lösemili Çocuk ve Ailesi. Türk Psikiyatri Dergisi, 6 (2): 113-117.
- 49- Kupst, M. J., (1993). Family Coping Supportive and Obstructive Factors. Cancer Supplement, 71 (10).
- 50- Larcombe, I. J. ve ark., (1990). Impact of Chidhood Cancer on return to Normal Schooling. British Medical Journal, 21; 301 (6744): 169-71.
- 51- Lauer, M. E., ve ark., (1989). Long Term Follow up of Parental Adjustment Following a Childs Death at Home or Hospital. Cancer, 63 (5): 988-94.
- 52- Latkowski, M., (1988). The child Behavior Check List Normativ Information for Inpatients. Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry., 27 (5): 632-635.
- 53- Martinson, I. M. ve ark. (1990). Impact of Childhood Cancer on Healty School Age Sibling. Cancer. Nurs. 13 (3): 183-90.

54- Martinson, I. M., Su, X. Y., Liong. Y. H., (1993). The Impact of Childhood Cancer on 50 Chinese Families. J. Pediatrics Oncol. Nurs., 10 (1): 13-8.

55- Martinson, I. M. ve ark., (1994). Changes Over Time: A study of Family Bereavment following Childhood Cancer. J. Palliat. Care, 10 (1): 19-25.

56- Maisak, M.S ve ark., (1983). Personality Disorders in Adolescent. Probl. Med. Wiek. Rozwoj., 12: 83-98.

57- Mossie, M., Holland, C., (1993). Kanserin Psikiyatrik Yönleri. Lizeyon Psikiyatrisi Sempozyumu (I-II). (Çev.) Elbi, H., İstanbul Üniversitesi Basımevi, İstanbul.

58- Öy, B., (1994). Çocukluk Depresyonu Tanısı Koymanın Güçlükler. Türk Psikiyatri Dergisi, 5 (11): 40-44.

59- Öy, B., (1995). Çocuk ve Ergenlerde Depresyon Epidemiyolojisi ve Risk Etkenleri. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi, 2 (1): 40-46.

60- Özer, A. K., (1994). Öfke Kaygı ve Depresyon Eğilimlerinin Bilişsel Alt Yapısı İle İlgili Bir Çalışma. Türk Psikoloji Dergisi, 9 (31): 12-25.

61- Özdoğan, B., (1988). Çocuk ve Oyun Terapisi, Yargıçoğlu Matbaası, Ankara.

62- Özkan, S., (1993). Psikiyatrik Tıp Konsültasyon Liyezyon Psikiyatrisi, Roche Mustahzorları Sanayi A.Ş., İstanbul.

63- Öztürk, M., (1988). Ruh sağlığı ve Bozuklukları. Nural Matbaacılık.

64- Peykerli, G., (1994). Lösemili Çocukların Ailelerinin Hastalığın İlk Tanı J. Relaps, Terminal Dönemdeki Psiko-sosyal Uyum ve Depresyon Düzeylerinin Akut Romatizmal Ateş Tanılı Çocukların Aileleri İle Karşılaştırılması. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

65- Quay, H., Werry. J., (1979). Psychopathological Disorders of Childhood. John Wiley and Sons, inc, s:285-287, United States of America.

66- Rigopoulou, Xenikaki. E., (1992). Experience and Feelings of The Nurse in The Pediatric Oncology Unit. Noseleutike. 31 (139): 55-60.

67- Rochester. C., (1989). The Child and Family Facing Death. Issues in Comprehensive Pediatric Nursing, 12 (4): 261-7.

68- Saiki, S. C., Mortinson, I. M., (1984). Japones Families Who have Last Children to Cancer: Aprimory Study. J. Pediatr. Nurs. 9 (4): 239-50.

69- Sanger, M. S., Copleland, D. R., Davidson, E. R. (1991). Psychosocial Adjustment Among Pediatric Cancer Patient: A multimensional Assesmet. Journal of Pediatric Psychology, 16 (4): 463-74.

70- Sawyer, M. G. ve ark;(1993). A Prospective Study of The psychological Adjustment of Paretns and Familes of Children with Cancer. Journal of Pediatric Child and Health. 29 (5): 352-6.

71- Schwamborn, D., Wendel. K., (1993). A Child Centered Manegment Concept for families of Children With Cancer in The Terminal Phase. Cooperation with the Established Phsicion. Monotsschr. Kinderheildkd. 141 (4): 272-6.

72- Sherman, C. D., Calman, K. C. (ed), (1990). Klinik Onkoloji Sağlık Bakanlığı Türk Kanser Araştırma ve Savaş Kurumu Ortak Yayını, 4. bs.

73- Sholle, S., (1988). Adaptive Futianing in Children Hospitolized for Psychiatry Disturubances. Journal of the American Academey of Child and A dolecent Psychiatry., 27: 636-641.

74- Sloper, T., Lorcambe., I. J., Chorlton, A., (1994). Psychosociol Adjustment of Five Year Survivors of Childhood Cancer. Journal of Cancer Education, 9 (3): 163-9.

75- Speechley, K. N; Noh, S., (1992). Surviving Childhood Cancer Social Support, and Parents Psychological Adjustment. Journal of Pediatric Psychology. 17 (1): 15-31.

76- Şanlı, H., (1981). Dr. Sami Ulus Çocuk Hastanesinde 4-11 yaş ölümcül hastalığı olan çocukların aileleri ile ilgili Sağlık Personeli arasındaki ilişkilerin incelenmesi. Bilim Uzmanlığı Tezi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

77- Thoma, M. E. ve ark., (1993). Life Change Events and Coping Behaviors in families of Children With Cancer. J. Pediatric. Oncol. Nurs. 10 (3): 105-11.

78- Van, D., Melman, J. E., (1988). Late Sequelae of Leukemia In Childhood Psychosocial Aspect. Tijdschr. Kindergeneesk., 56 (2): 90-4.

79- Waterworth, S., (1992). Long. Term Effects of Cancer on Children And Their Families. British Journal of Nurs. 1 (8): 373-4.

80- Walker, C. L. (1990). Sibling of Children With Cancer. Oncol. Nurs. Forum., 17 (3): 355-60.

81- Wittmeyer, H., Koufman, U., (1989). Psychological Management of Children With Cancer and Their Families. Klinische Pediatie, 201 (4): 350-4.

82- Yancey, D., Greger, H. A., Caburn, P., (1990). Determinants of Grief Resolution In Cancer Death. Journal of Palliat. Care, 6 (4): 24-31.

83- Yavaş, İ., Söhmen, G., (1994). Kronik ve Ölümcül Hastalığı Olan Çocukların Ana babalarının Ruhsal Durumlarının Değerlendirilmesi. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi. 1 (2): 96-104.

84- Yavaş, İ., Söhmen. G., (1994). Kanser Hastalığı Olan Çocukların Ruhsal Durumlarının Değerlendirilmesi. Türk Psikiyatri Dergisi, 5 (3):210-212.

85- Yavuzer, H., (1988). Gelişimin Evreleri. Çocuk Psikolojisi, s:31-49, Remzi Kitapevi, İstanbul.

86- Yörükoğlu, A. (1986). Hastalık ve Çocuk. Çocuk Ruh Sağlığı, s:187-194, Türkiye İş bankası Yayınları, Ankara

87- Türkiye’de Anne ve Çocukların Durum Analizi. T.C. Hükümeti - UNICEF İşbirliği Ülke Programı 1991-95, Seri:2, s:119, 1991 Ankara



EK - 1

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ ÇOCUK SAĞLIĞI ENSTİTÜSÜ AİLE ANKET FORMU

1. Çocuğun adı soyadı:
2. Çocuğun cinsiyeti:
 1. Kız ()
 2. Erkek ()
3. Çocuğun doğum tarihi:
4. Çocuğun hastalığının tanısı:
5. Çocuğun hastalığı ne zaman başladı:
6. Hastalığın tanısı hakkında ailenin bilgisi var mı?
 1. Evet ()
 2. Hayır ()
7. Aile hastalığın tanısı konusunda kim tarafından bilgilendirildi?
 1. Doktor + psikolog
 2. Doktor
 3. Psikolog
 4. Diğer
8. Çocuk hastalık konusunda bilgilendirildi mi?
 1. Evet ()
 2. Hayır ()
9. Çocuk hastalık konusunda kim tarafından bilgilendirildi?
 1. Doktor + psikolog
 2. Doktor
 3. Psikolog
 4. Aile

5. Diğer
10. Çocuğunuz kendisine uygulanabilecek tıbbi işlemler konusunda bilgilendiriliyor mu?
1. Evet ()
 2. Hayır ()
11. Çocuk tıbbi işlemler konusunda kim tarafından bilgilendiriliyor
1. Doktor + psikolog
 2. Doktor
 3. Psikolog
 4. Aile
 5. Diğer
12. Çocuğın okul devamlılığı nasıl?
1. Devam ediyor ().
 2. Arasıra devam ediyor ().
 3. Servise öğretmen geliyor ().
 4. Devam etmiyor ().
13. Çocuğunuzun hastalanmadan önceki okul başarısı nasıldı?
1. İyi ()
 2. Orta ()
 3. Kötü ()
14. Çocuğunuzun şimdiki okul başarısı nasıl?
15. Çocuğın eğitim durumu:
16. Çocuğunuz hastalanmadan önce psikolojik ve psikiyatrik tedavi gördü mü?
1. Evet ()
 2. Hayır ()
17. Hasta çocuk kaçınıcı çocuk?
18. Kardeş sayısı:
19. Annenin yaşı:

20. Annenin öğrenim durumu

1. Okuma yazma bilmiyor
2. Okuz yazar
3. İlkokul mezunu
4. Ortaokul mezunu
5. Lise mezunu
6. Üniversite mezunu

21. Annenin mesleği

22. Anne veya çocuk hastalanmadan önce psikolojik veya psikiyatrik tedavi gördü mü?

1. Evet ()
2. Hayır ()

23. Evlilik hayatınızdan memnun musunuz?

24. Babanın yaşı:

25. Babanın eğitim durumu

1. Okuma yazma bilmiyor
2. Okuz yazar
3. İlkokul mezunu
4. Ortaokul mezunu
5. Lise mezunu
6. Üniversite mezunu

26. Babanın mesleği

27. Aylık geliriniz:

1. 5-10.000.000
2. 11-20.000.000
3. 21-30.000.000
4. 31.000.000 ve üstü

28. Baba çocuk hastalanmadan önce psikolojik ve psikiyatrik tedavi gördü mü?

1. Evet ()
2. Hayır ()

29. Aile yapısı

1. Çekirdek
2. Geniş
3. Geçici geniş
4. Parçalanmış

30. Eviniz hastane ile aynı şehirde mi?

1. Evet ()
2. Hayır ()

31. Evinizde kalan çocuklarınıza kim bakıyor?

1. Birinci derece akraba (annane, babanne)
2. İkinci derece akraba (teyze, hala)
3. Komşu
4. Çocuklar yalnızlar

32. Sosyal güvenceniz var mı?

1. Emekli sandığı ()
2. Sigorta ()
3. Bağkur ()
4. Yok ().

EK - 2
BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ

Adı Soyadı:

Hasta No :.....

Tarih :.....

DİKKAT!

Aşağıda gruplar halinde bazı cümleler yazılıdır. Her gruptaki cümleleri dikkatle okuyunuz. BUGÜN DAHİL GEÇEN HAFTA içinde kendinizi nasıl hissettiğinizi en iyi anlatan cümleyi seçiniz. Seçtiğiniz cümlelerin yanındaki numarayı daire içine alınız. Bir grupta, durumunuzu tanımlayan birden fazla cümle varsa, birbirini daire içine alarak işaretleyiniz.

Seçiminizi yapmadan her gruptaki cümlelerini hepsini dikkatle okuyunuz.

A. 0 Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.

1 Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.

2 Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.

3 O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.

B. 0 Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.

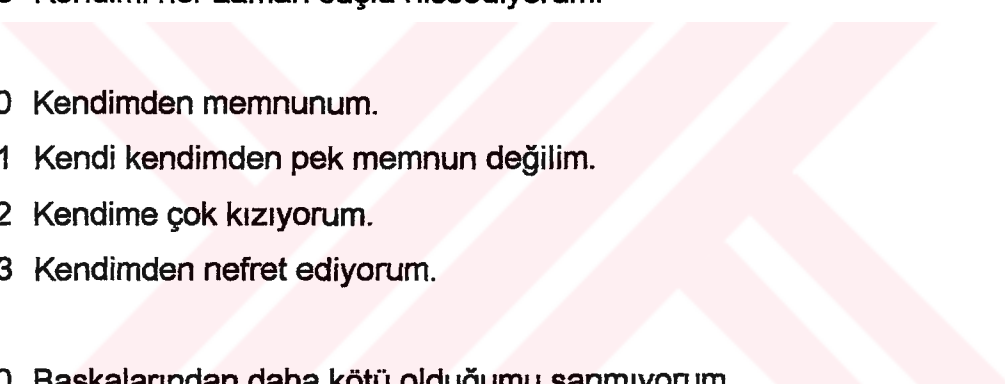
1 Gelecek hakkında karamsarım.

2 Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.

3 Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.

C. 0 Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.

1 Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıkların olmuş gibi hissediyorum.

- 
- 2 Geçmişime baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
- 3 Kendimi tümüyle başarısız bir kişi olarak görüyorum.
- D. 0 Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
- 1 Eskiden olduğu gibi herşeyden hoşlanmıyorum.
- 2 Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
- 3 Herşeyden sıkılıyorum.
- E. 0 Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.
- 1 Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
- 2 Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
- 3 Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
- F. 0 Kendimden memnunum.
- 1 Kendi kendimden pek memnun değilim.
- 2 Kendime çok kızıyorum.
- 3 Kendimden nefret ediyorum.
- G. 0 Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
- 1 Zayıf anlarım ya da hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.
- 2 Hatalarımdan dolayı her zaman kendimi kabahatli bulurum.
- 3 Her aksilik karşısında kendimi kabahatli bulurum.
- H. 0 Kendimi öldürmek gibi bir düşüncelerim yok.
- 1 Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor fakat yapmıyorum.
- 2 Kendimi öldürmek isterdim.
- 3 Fırsatımı bulsam kendimi öldürürüm.
- I. 0 Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.

- 1 Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
 - 2 Çoğu zaman ağlıyorum.
 - 3 Eskiden ağlayabilirdim şimdi istemeden ağlayamıyorum.
- J. 0 Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim.
- 1 Eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.
 - 2 Şimdi hep sinirliyim.
 - 3 Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.
- K. 0 Başkaları ile görüşmek, konuşmak, isteğimi kaybetmedim.
- 1 Başkaları ile eskisinden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.
 - 2 Başkaları ile konuşma, görüşme isteğimi kaybettim.
 - 3 Hiç kimseyle konuşmak, görüşmek istemiyorum.
- L. 0 Eskiden olduğu kadar kolay karar verebiliyorum.
- 1 Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
 - 2 Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.
 - 3 Artık hiç karar veremiyorum.
- M. 0 Aynada kendime baktığımda bir değişiklik görmüyorum.
- 1 Daha yaşlanmışım ve çirkinleşmişim gibi geliyor.
 - 2 Görünüşümün çok değiştiğini ve daha çirkinleştiğimi hissediyorum.
 - 3 Kendimi çok çirkin buluyorum.
- N. 0 Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
- 1 Birşeyler yapabilmek için gayret göstermek gerekiyor.
 - 2 Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.
 - 3 Hiçbir şey yapamıyorum.
- O. 0 Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.

- 1 Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.
 - 2 Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
 - 3 Her zamankinden çok daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
- P. 0 Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.
- 1 Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.
 - 2 Yaptığım hemen herşey beni yoruyor.
 - 3 Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.
- R. 0 İştahım her zamanki gibi.
- 1 İştahım eskisi kadar iyi değil.
 - 2 İştahım çok azaldı.
 - 3 Artık hiç iştahım yok.
- S. 0 Son zamanlarda kilo vermedim.
- 1 İki kilodan fazla kilo verdim.
 - 2 Dört kilodan fazla kilo verdim.
 - 3 Altı kilodan fazla kilo verdim.
- () Daha az yiyerek kilo vermeye çalışıyorum.
- () Daha az yiyerek kilo vermeye çalışmıyorum.
- T. 0 Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.
- 1 Ağrı, sancı, mide bozukluğu gibi rahatsızlıklar beni endişelendiriyor.
 - 2 Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zorlaşıyor.
 - 3 Sağlığım hakkında o kadar endişeleniyorum ki başka hiçbir şey düşünemiyorum.

U. 0 Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir deęişme farketmedim.

- 1 Cinsel konularda eskisinden daha az ilgiliyim.
- 2 Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim.
- 3 Cinsel konulara olan ilgimi tamamen kaybettim.

V. 0 Bana cezalandırılmışım gibi gelmiyor.

- 1 Cezalandırılabilceğimi seziyorum.
- 2 Cezalandırılmayı bekliyorum.
- 3 Cezalandırıldığımı hissediyorum.



EK - 3

DEPRESYON SELF RATING SKALASI

	Çoğu zaman	Bazen	Hiçbir zaman
1. Eskisinden çok daha fazla olayları sabırsızlıkla bekliyorum.			
2. Ödevlerimi yapmakta çok güçlük çekiyorum.			
3. Çok yorgunum.			
4. Hareketsiz oturmayı çok güç buluyorum.			
5. Ağlıyacak gibi hissediyorum.			
6. Kaçmak istiyorum.			
7. Karın ağrılarım var.			
8. Dışarı çıkmayı ve oynamayı severim.			
9. İyi uyurum.			
10.Okula gitme konusunda endişeliyim.			
11.Ailemi merak ediyorum (anne babamı).			
12.Diğer çocukların beni istemediğini düşünüyorum.			
13.Diğer çocukların beni konuştuklarını düşünüyorum.			
14.Enerjimi kaybettim.			
15.Bir çok şeyden korkuyorum.			
16.İnsanlara kızıyorum.			
17.Yemekten hoşlanırim.			

	Çoğu zaman	Bazan	Hiçbir zaman
18.Kendime destek olabiliyorum. Kendime güveniyorum.			
19.Bir çok şey için kendimi suçluyorum.			
20.Hayatın yaşamaya değer olduğunu düşünmüyorum.			
21.Okulu astım.			
22.Yaptığım şeylerde başarılıyım.			
23.Ölüm ve ölmekten endişeliyim.			
24.Karanlıktan korkarım.			
25.Eskiden olduğu gibi yaptığım şeylerden zevk alıyorum.			
26.Ailem ile konuşmayı severim.			
27.Başım ağrır.			
28.Kendimi kötü bir insan gibi düşünürüm.			
29.Ruh halim değişici ve hırçınım.			
30.Kendi yolumda gitmeyi tercih ederim.			
31.Korkunç rüyalar görüyorum.			
32.Herşeyi yeniden gözden geçirme ihtiyacındayım.			
33.Çok yalnızlık duyarım, kendimi yalnız hissedirim.			
34.Eskiden olduğundan daha çok insanlarla kavga ediyorum.			
35.Kolaylıkla neşelenebiliyorum.			

	Çoğu zaman	Bazan	Hiçbir zaman
18.O kadar kederliyim ki ona güçlükle göğüs geriyorum.			
19.Çok canım sıkılıyor.			



EK - 4
ANA BABA TUTUM ÖLÇEĞİ
(PARI)

YÖNERGE

Soru listesindeki ifadeler hakkındaki görüşünüzü, her ifadenin karşısındaki sayılardan birini işaretleyerek belirtiniz. Bu ifadelerden doğru ya da yanlış yoktur. Sadece kendi görüşünüzü işaretlemeniz gerekmektedir. İfadelerin karşısındaki sayılar şunların yerine kullanılmıştır: (4) Çok uygun buluyorum, (3) oldukça uygun buluyorum, (2) biraz uygun buluyorum, (1) hiç uygun bulmuyorum.

	4	3	2	1
1. ÇOCUK YORUCU VE ZOR İŞLERDEN KORUNMALIDIR				
2. ANNE VE BABALAR, ÇOCUKLARINI DERTLERİNİ ANLAMAYA TEŞVİK EDERLER FAKAT BAZAN ÇOCUKLARIN DERTLERİNİN HİÇ AÇILMAMASI GEREKTİĞİNİ ANLAYAMAZLAR				
3. ÇOCUK BOŞA GEÇEN DAKİKALARIN BİR DAHA HİÇ GERİ GELMEYECEĞİNİ NE KADAR ÇABUK ÖĞRENİRSE, KENDİSİ İÇİN O KADAR İYİ OLUR.				
4. BİR ANNE ÇOCUĞUNUN DÜŞ KIRIKLIĞINA UĞRAMAMASI İÇİN ELİNDEN GELENİ YAPMALIDIR.				
5. ÇOCUK NE KADAR ERKEN YÜRÜMEYİ ÖĞRENİRSE O KADAR İYİ TERBİYE EDİLEBİLİR.				
6. ÇOCUK YETİŞTİRMEK SİNİR BOZUCU, YIPRATICI BİR İŞTİR.				

	4	3	2	1
7. ÇOCUĞUN HAYATTA ÖĞRENMESİ GEREKEN O KADAR ÇOK ŞEY VARDIR Kİ, ZAMANIN BOŞA GEÇİRMESİ AFFEDİLMEZ.				
8. BABALAR BİRAZ DAHA ŞEVKATLİ OLSALAR, ANNELER ÇOCUKLARINI DAHA İYİ YÖNETEBİLİRLER.				
9. ÇOCUK YETİŞTİRMENİN KÖTÜ TARAFLARINDAN BİRİ DE, ANNE YA DA BABANIN İSTEDİĞİNİ YAPABİLMESİ İÇİN YETERİNCE ÖZGÜN OLMAMASIDIR.				
10.SIKI KURALLARLA YETİŞTİRİLEN ÇOCUKLARDAN EN İYİ YETİŞKİNLER ÇIKAR.				
11.BİR ANNE ÇOCUĞUNUN MUTLUĞU İÇİN KENDİ MUTLULUĞUNU FEDA ETMESİNİ BİLMELİDİR.				
12.DAİMA KOŞTURAN, HAREKETLİ BİR ÇOCUK BÜYÜK BİR OLASILIKLA, MUTLU BİR KİŞİ OLACAKTIR.				
13.BÜYÜKLER ÇOCUKLARIN ŞAKALARINA GÜLER, ONLARA EĞLENDİRİCİ ÖYKÜLER ANLATIRSA, EVDEKİ DÜZEN DAHA DÜZGÜN, DAHA AKICI OLUR.				
14.ÇOCUĞUN EN GİZLİ DÜŞÜNCELERİNİ KESİNLİKLE BİLMEK, BİR ANNENİN GÖREVIDİR.				
15.ANNE BABALAR ÇOCUKLARINA, SORGUSUZ SUALSİZ KENDİLERİNE SADIK KALMALARINI ÖĞRETMELİDİRLER.				
16.BÜTÜN GENÇ ANNELER, BEBEK BAKIMINDA BECERİKSİZ OLACAKLARINDAN KORKARLAR.				
17.EĞER BÜTÜN GÜNÜNÜ ÇOCUKLARLA GEÇİRMEK ZORUNDA KALIRSA, HANGİ ANNE OLURSA OLSUN SONUNDA ÇOCUKLAR SINIRINE DOKUNUR.				

	4	3	2	1
18. ANNE VE BABALAR HER ZAMAN ÇOCUKLARININ KENDİLERİNE UYMASINI BEKLEMEMELİ, BİRAZ DA KENDİLERİ ÇOCUKLARINA UYMALIDIR.				
19. EĞER ANNELER DİLEKLERİNİN KABUL EDİLECEĞİNİ BİLSELERDİ, BABALARIN DAHA ANLAYIŞLI OLMALARINI DİLERLERDİ.				
20. BİR ÇOCUĞA NE OLURSA OLSUN DÖVÜŞMEKTEN KAÇINMASI GEREKTİĞİ ÖĞRETİLMELİDİR.				
21. ÇOCUKLARIN BENCİL OLDUKLARINDA, HEP BİRŞEYLER İSTEDİKLERİNDE, ANNENİN TEPESİNİN ATMASI ÇOK NORMALDİR.				
22. EĞER ÇOCUKLAR AİLEDEKİ KURALLARI UYGUN BULMUYORLARSA BUNU ANNE BABALARINA SÖYLEMEKLERİ HOŞ KARŞILANMALIDIR.				
23. ANNELER ÇOĞU ZAMAN ÇOCUKLARINA BİR DAKİKA DAHA DAYANAMAYACAKLARI DUYGUSUNA KAPILIRLAR.				
24. ÇOCUĞU SIKI TERBİYE EDERSENİZ SONRA SİZE TEŞEKKÜR EDER.				
25. KÜÇÜK BİR ÇOCUK, CİNSİYET KONUSUNDAN SAKINILMALIDIR.				
26. BİR ANNENİN ÇOCUĞUNUN HAYATI HAKKINDAN HERŞEYİ BİLMESİ HAKKIDIR ÇÜNKÜ ÇOCUĞU ONUN BİR PARÇASIDIR.				
27. UYANIK BİR ANNE VE BABA ÇOCUĞUNUN TÜM DÜŞÜNCELERİNİ ÖĞRENMEYE ÇALIŞMALIDIR.				
28. ÇOCUKLAR, ANNE BABALARININ KENDİLERİ İÇİN NELER FEDA ETTİKLERİNİ DÜŞÜNMELİDİRLER.				

	4	3	2	1
29.EĞER ÇOCUKLARIN DERTLERİNİ SÖYLEMELERİNE İZİN VERİLİRSE BÜSBÜTÜN ŞİKAYETÇİ OLURLAR.				
30.SERT TERBİYE, SAĞLAM VE İYİ KARAKTER GELİŞTİRİR.				
31.GENÇ BİR KADIN HENÜZ GENÇKEN YAPMAK İSTEDİĞİ PEK ÇOK ŞEY OLDUĞU İÇİN, ANNE OLUNCA KENDİSİNİ TUTUKLANMIŞ DUYGUSUNA KAPTIRIR.				
32.ANNELER ÇOCUKLARI İÇİN HEMEN BÜTÜN EĞLENCELERİNİ FEDA EDERLER.				
33.BABALAR DAHA AZ BENCİL OLSALAR KENDİLERİNE DÜŞEN GÖREVİ YAPARLARDI.				
34.İYİ BİR ANE ÇOCUĞUNU UFAK TEFEK GÜÇLÜKLERDEN KORUMALIDIR.				
35.BİR ÇOCUĞA ANNE VE BABASI HERKESTEN ÜSTÜN GÖRMESİ ÖĞRETİLMELİ				
36.ÇOCUK HİÇBİR ZAMAN AİLESİNDEN SIR SAKLAMAMALIDIR.				
37.ÇOCUKLARDAN SIK SIK ÖDÜN VERMELERİNİ, ANNE BABAYA UYMALARINI İSTEMEK DOĞRU DEĞİLDİR.				
38.ÇOĞU ANNE BABEKLERİNE BAKARKEN ONU İNCİTECEKLERİNDEN KORKARLAR.				
39.BİR ÇOCUĞA BAŞI DERDE GİRDİĞİNDE DÖĞÜŞMEK YERİNE BÜYÜKLERİNE BAŞVURMASI ÖĞRETİLMEKİDİR.				
40.ANNE BABA ARASINDAKİ BAZI KONULAR HAFİF BİR TARTIŞMA İLE ÇÖZÜMLENEMEZ.				
41.EV BAKIMINDA VE İDARESİNDE EN KÖTÜ ŞEYLERDEN BİRİ DE, KİŞİNİN KENDİNİ EVİNDE TUTUKLANMIŞ GİBİ HİSSETMESİDİR.				

	4	3	2	1
42.HİÇBİR KADINDAN YENİ DOĞMUŞ BİR BEBEĞE TEK BAŞINA BAKMASI BEKLENMEMELİDİR.				
43.OĞLAN VE KIZ ÇOCUKLARININ BİRBİRLERİNİ SOYUNURKEN GÖRMELERİ GEREKİR.				
44.ÇOCUKLARIN SORUNLARINA EĞİLİRSENİZ SİZİ OYALAMAK İÇİN BİRÇOK MASAL UYDURURLAR.				
45.EĞER ANNE BABALAR ÇOCUKLARI İLE ŞAKALAŞIP BERABER EĞLENİRLERSE, ÇOCUKLAR ONLARIN ÖĞÜTLERİNİ DİNLEMeye DAHA ÇOK YÖNELİRLER.				
46.ANNELERİ KENDİLERİ YÜZÜNDEN ZORLUK ÇEKTIĞİ İÇİN ÇOCUKLAR, ONLARA KARŞI DAHA ANLAYIŞLI OLMALIDIR.				
47.BİR ÇOCUK ENİNDE SONUNDA ANNE BABASININKİNDEN DAHA ÜSTÜN BİR AKILA SAHİP OLAMAYACAĞINI ÖĞRENİR.				
48.EĞER BİR ANNE ÇOCUKLARINI İYİ YETİŞTİRMİYORSA BELKİ DE BU, BABANIN EVDE KENDİNE DÜŞEN GÖREVİ İYİ YAPMAMASINDAN İLERİ GELİYORDUR.				
49.GENÇ BİR ANNE İÇİN İLK BEBEĞİN BAKIMI SIRASINDA YALNIZ KALMAKTAN DAHA KÖTÜ BİRŞEY OLAMAZ.				
50.BİR ÇOCUĞUN DİĞER BİR ÇOCUĞA VURMASI HİÇBİR ŞEKİLDE HOŞGÖRÜYLE KARŞILANAMAZ.				
51.ANNEBABALAR ÇOCUKLARINA HAYATTA İLERLEYEBİLMELERİ İÇİN HEP BİRŞEYLER YAPMALARI VE BOŞA ZAMAN GEÇİRMEMELERİ GEREKTİĞİNİ ÖĞRETMELİDİRLER.				

	4	3	2	1
52.AKILLI BİR KADIN YENİ BİR BEBEĞİ DOĞUMUNDAN ÖNCE VE SONRA YALNIZ KALMAMAK İÇİN ELİNDEN GELENİ YAPAR.				
53.EVDE OLUP BİTENLERİ SADECE ANNE BİLDİĞİ İÇİN EV HAYATINI ONUN PLANLAMASI LAZIMDIR.				
54.KENDİ HAKLARINA SAHİP OLABİLMESİ İÇİN, BAZAN BİR KADININ KOCASINI TERSLEMESİ GEREKİR.				
55.BÜTÜN ZAMANINI ÇOCUKLARIYLA GEÇİRMEK BİR KADINA KANADI KOPMUŞ KUŞ DUYGUSUNU VERİR.				
56.EĞER ANNE KOLLARINI SIVARI BÜTÜN YÜKÜ SIRTINA ALIRSA TÜM AİLE RAHAT EDER.				
57.ANNE BABALAR ÇOCUKLARINI KENDİ KENDİLERİNE OLUŞTURDUKLARI GÜVENİ SARSABİLECEK BÜTÜN GÜÇ İŞLERDEN SAKINMALIDIRLAR.				
58.ÇOCUKLAR ASLINDA SIKI DİSİPLİN İÇİNDE MUTLU OLURLAR				
59.ÇOCUKLARIN TOPLANTILARIYLA, KIZ ERKEK ARKADAŞLIKLARIYLA VE EĞLENCELERİYLE İLGİLENEN ANNE BABALAR ONLARIN İYİ YETİŞMELERİNİ SAĞLARLAR.				
60.ANNE BABAYA SADAKAT HERŞEYDEN ÖNCE GELİR.				