

LÖSEMİ TEDAVİSİ GÖREN ÇOCUKLARDA ÖFKE, DIŞSALLAŞTIRMA PROBLEMLERİ VE ANNE -ÇOCUK İLİŞKİ ÖZELLİKLERİ İLE ANNELERİNİN DUYGU-DURUM VE STRES DAVRANIŞLARININ İNCELENMESİ

Arzu ÇIRPAN KANTARCIOĞLU*, Melike EVİM SEZGİN**

Biol B AYTAN***, Adalet Meral GÜNEŞ****

ÖZET

Amaç: Bu araştırmanın amacı, lösemi tanısı almış çocukların dışsallaştırma problemleri ile annelerinin duygu-durum özelliklerinin araştırılarak, anne-çocuk ilişkisinin tedavi başında ve tedavinin ilerleyen dönemlerinde gösterdiği özellikleri incelemektir. **Yöntem:** Bu çalışmaya, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi çocuk hematoloji kliniğinde lösemi tedavisi gören 27 çocuk ve anneleri katılmıştır. Çocuklara; Sürekli Öfke-Öfke Tarz Ölçeği, ergen aile süreci ölçeği annelere; Turgay DSM-IV Yıkıcı Davranışlar Ölçeği, Beck Depresyon ve Anksiyete Ölçeği, Algılanan Stres Ölçeği, tanı anında ve tedavinin 6./8. ayında uygulanmıştır. **Bulgular:** Annelerinin, tedavi sürecinde duygu durumlarının olumsuz etkilendiği ve ciddi düzeyde stres yaşadıkları gözlenmiştir. Çocukların ise sürekli öfke ve kontrol altına alınmış öfke ile dışsallaştırma problemlerinde anlamlı bir artış gözlenmiştir. Tedavi boyunca anne-çocuk ilişkisi özellikleri farklılaşmış, yakınlık, yakın iletişim ve akran kabulü boyutlarında düşüş, destek, izleme ve çatışma boyutlarında artış gözlenmiştir. Annenin depresyon ve anksiyete ile stres puanlarında ki yükselmeye birlikte dışsallaştırma problemlerinde artan, yakınlık ve yakın iletişim alanlarında gerileyen, çatışma, izleme ve destek alanlarında ise artan bir ilişki gözlenirken, sürekli öfke ve öfke kontrolü puanları da annenin duygu durum puanlarında ki yükselmeye ilişkili bulunmuştur. **Sonuç:** Lösemi tedavisinin getirdiği fiziksel ve ruhsal yüklerle baş etmede, devamlı bir ruh sağlığı hizmeti gerekli görülmektedir. Ebeveynlerle ve çocukla hatta kardeş(ler)le tedaviye uyumu artırıcı ve bilgilendirici eğitim verilmesinin yanında, ruhsal değerlendirmeler, müdahaleler ve yönlendirmeler yapılması önemlidir.

Anahtar sözcükler: Lösemi, dışsallaştırma problemleri, ebeveynlik boyutları, öfke, duygudurum, stres.

SUMMARY: EVALUATION OF ANGER, EXTERNALIZING PROBLEMS, FEATURES OF MOTHER-CHILD RELATIONSHIP AND MATERNAL MOOD AND STRESS BEHAVIOR OF PEDIATRIC LEUKEMIA PATIENTS

Objective: The aim of the present study was to investigate externalizing problems and maternal mood properties of mothers as well as determining features of mother-child relationship at the beginning and during the course of the treatment of children diagnosed with leukemia. **Method:** 27 children that were diagnosed as leukemia and their mothers who were being followed up in Uludağ University Medical School Hospital Pediatric Hematology Unit were included in the study. Beck Depression and Anxiety Inventory, Perceived Stress Scale, Turgay DSM-IV-Based Child and Adolescent Disruptive Behavioral Disorders Screening and Rating Scale, Adolescent Family Process Scale were applied to the mother while Trait and State Anger Scale was applied to the children in the study in the beginning and at 6/8th month of treatment. **Results:** It was observed that mothers' moods were negatively affected and they went through a lot of stress during the course of treatment while children had significant increase in trait and controlled anger as well as externalizing problems. During the course of treatment, mother-child relationship properties altered in the sense that as closeness, close communication and peer acceptance dimensions decreased, support, conflict and monitoring dimensions increased. While there was an inclining relationship between the increase in mother's depression and anxiety with stress scores na increase in externalizing problems while declining relationship in closeness and close communication domains as well as an inclining relation within conflict, monitoring and support domains, trait anger and anger control scores were also found related to the increase in mother's mood scores. **Conclusions:** A continuous aid involving psychiatric services seems as a management tool for overcoming physical and mental burden caused by the treatment of leukemia. Along with education that increases the information levels as well as adjustment to the parents, the child and even the sibling(s), carrying out psychiatric evaluations, interventions and referrals also is of vital importance.

Key words: Leukemia, externalizing problems, parenting dimensions, anger, mood, stress.

GİRİŞ

Ülkemizde her yıl 18 yaş altı 2500-3000 çocuk ve ergen kanser tanısı almaktadır (Kutluk

*Uzman Psikolog, Uludağ Üniversitesi, Pediatrik Hematoloji-Onkoloji BD., Bursa.

**Uzman Doktor, Uludağ Üniversitesi, Pediatrik Hematoloji-Onkoloji BD., Bursa.

***Doç. Dr., Uludağ Üniversitesi, Pediatrik Hematoloji-Onkoloji BD., Bursa.

**** Prof.Dr., Uludağ Üniversitesi, Pediatrik Hematoloji-Onkoloji BD., Bursa.

2009). Çocukluk çağı kanserleri içinde en sık gözlenen hastalık % 15-30'luk görülme sıklığı ile lösemidir (Yarış 2007). Lösemi tedavisinde son 10-20 yılda gözlenen sağ kalım oranlarında ki artış (%75-95) araştırmacıları tedavinin çocuk ve aile üzerinde bıraktığı olası etkileri inceleme-

ye itmiştir (Zebrack ve ark. 2002). Konuyla ilgili yaygın olarak kabul edilen bulgulardan biri, çocuğun kanser tanısı almasının her aile için ciddi bir stres kaynağı olduğudur. Birçok çalışma, tanı konulduktan sonra hem ebeveynlerde hem de çocuklarda depresyon ve anksiyete semptomları saptamıştır (Kazak ve ark. 2006, Pai ve ark. 2007; Rabineau ve ark. 2008, Eremiş ve ark. 2013, Myers ve ark. 2014).

Çocuğu kanser tanısı almış ebeveynlerde en sık gözlenen sorunlar yoğun stres, şok, korku, kendini suçlama ve öfke olarak bildirilmiştir (van Dongen-Melman ve ark. 1998, Othman ve ark. 2011). Tedavi sonlarına doğru ve tedavi bitiminde ebeveynlerde, hastalığın tekrarlama olasılığına bağlı korku ve kaygı, depresyon, anksiyete, stres, yalnızlık ve yalıtılmışlık duyguları ve ailevi psikopatolojiler de bildirilmiştir (Norberg ve ark. 2008, Toros ve ark. 2002).

Kanser gibi kronik rahatsızlığa sahip çocukların ebeveynlerinde, tedavi uyumunu etkileyebilecek ve anormal davranış için risk oluşturabilecek bazı davranış özellikleri gözlenmiştir. Bunlar aşırı koruma (overprotection), çocuğun kolay incinebilir olduğu algısı (perceived child vulnerability) ve yoğun strestir.

Çocuğun gelişimsel düzeyine uygun olmayacak biçimde abartılmış koruma davranışları olarak tanımlanan (Thomasgaard ve ark. 1995) aşırı koruyuculuğun çocuktaki özerkliği azalttığı ve dışsallaştırma problemlerinde artışa neden olduğu (Holmbeck ve ark. 2002) bildirilmiştir. Bunun yanında çocuğun abartılmış biçimde korunma ve gözlenme ihtiyacı olarak tanımlanan, çocuğun kolay incinebilirliği algısının da çocuktaki içselleştirme problemleriyle ilişkili olduğu (Mullins ve ark. 2002) bulunmuştur.

Genel olarak ebeveyn (özellikle anne) ve çocuğun davranışları karşılıklı ve duygu durumları ile ilişkilidir. Örneğin, kronik rahatsızlığı olan çocuklar ve anneleriyle yapılan bir çalışmada, annenin duygudurum problemlerindeki artış ile

çocuğun davranış problemlerindeki artış arasında bir ilişki bulunmuştur (Klassen ve ark. 2008).

Ebeveynlerin duygudurumları yanında çocuk ve ebeveynin karşılıklı tutumlarının da çocuğun davranışını etkilediği bilinmektedir. Ebeveynlik tutumları olarak adlandırılan bu tutumlar, zaman içinde ve kuramcılar arasında farklı boyut ve tiplerde değerlendirilmiştir; örneğin, demokratik, otoriter, izin verici ebeveynlik stilleri ve kabul ve ilgi boyutları gibi. Bu çalışmada ebeveyn çocuk ilişkisini değerlendirmek için Steinberg ve Silk (2002) tarafından önerilen 3 boyut kullanılmıştır. Bunlar uyum (harmony), otonomi ve çatışmadır. Uyum; çocuk ile ebeveynin duygusal ilişkisini içerip kabul, yakınlık, sıcaklık, ilgi ve iletişim alt boyutlarından oluşur. Otonomi boyutu, çocuğa yakınlık korunarak bağımsızlığın ve sınırların bir dengede sunulmasıdır ve psikolojik kontrol, kısıtlayıcılık, izleme, rehberlik etme, destek olma ve akran onayını içerir. Çatışma boyutu ise ebeveyn ve çocuk arasındaki ortak gerilime işaret eder ve bir miktar çatışma ergenin bireysel gelişimi için gerekli iken aşırı çatışma ileride olumsuz gelişimsel sonuçlara neden olmaktadır (akt. Vazsonyi 2003). Bu üç boyutun sosyal yeterlik ile pozitif, içselleştirme ve dışsallaştırma davranış problemleri ile negatif korele olduğu gözlenmiştir (Holden ve Miller 1999, Rothbaum ve Weisz 1994).

Bizler de kliniğimizde en sık gözlenen problem davranışlar olarak annelerde yoğun stres davranışları ve çocuğa aşırı koruyucu yaklaşım ile çocuklarda kontrolsüz öfke, inatlaşma, söz dinlememe ve çatışmayı gözlemektediriz. Anne ve çocuk ilişkisinin karşılıklı olduğu ve kronik rahatsızlığı olan çocuğun ebeveynlerindeki aşırı koruyucu davranış özellikleri ile çocuğun kolay incinebilir olduğu algısının çeşitli davranışsal problemler için risk faktörü olduğu bilgisinden yola çıkarak bu araştırmanın amacı, lösemi tanısı almış çocukların dışsallaştırma problemleri ile annelerinin duygu-durum özelliklerinin araştırılarak, anne-çocuk ilişkisinin tedavi başında ve tedavinin ilerleyen dönemlerinde gösterdiği özellikleri incelemektir.

YÖNTEM

Örnekleme

Bu araştırmaya, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi çocuk hematoloji kliniğinde lösemi tedavisi alan 27 çocuk ve anneleri katılmıştır. Çocukların yaşları, 10 ile 16 yaş arasındadır (10-12 yaş; 6 kişi, 13-14 yaş; 14 kişi, 15-16 yaş; 7 kişi) ve 20 erkek ile 7 kızdan oluşmaktadır. Hastaların 22'si ALL (akut lenfoblastik lösemi) 5'i AML (akut myeloblastik lösemi) tanısı almış hastalardır. Annelerin yaşları 26-45 yaş arasındadır ve yaş ortalaması 37.1 olarak hesaplanmıştır. Annelerden 3'ü yükseköğrenim mezunu, 5'i lise mezunu ve 19'u ilköğretim mezunudur. Çocuklardan 1'inin hiç, 8'inin 1, 15'inin 2, 3'ünün 3 kardeşi vardır.

Ölçüm Araçları

Annelere verilen demografik bilgiler formunun sonunda hastalıkla ilgili kendilerini suçlayıp suçlamadıkları, yakın çevresinin kendisini suçlayıp suçlamadığı ve çocuğuna hastalık öncesine göre farklı davranıp davranmadığı sorulmuştur.

Tüm ölçek puanları SPSS'e kaydedilirken, 0 puan kayıp veri olarak alınabildiği ve bazen 0 olarak veri girildiğinde, analiz esnasında problemler yaşanabildiğinden, varsa tüm 0 puanlar 1, ve diğer puanlar da 1'er artırılarak kaydedilmiştir.

Annelere Uygulanan Ölçekler

Beck Depresyon Ölçeği

Özgün ölçek Beck (akt. Hisli 1988) tarafından erişkinlerde depresyon riskini, depresif belirtilerin düzeyini ve şiddetinin değişimini ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçek 21 maddeden oluşmakta ve orijinalinde her bir madde 0 ile 3 puan arasında puanlanmaktadır. Bu çalışmada envanterden alınabilecek en düşük puan 21, en yüksek puan ise 84'tür (SPSS'e göre ayarlanmış puan girişine göre). Toplam puanın yüksek olu-

şu depresif belirtilerin düzeyinin yüksek olduğu anlamına gelmektedir.

Beck Anksiyete Ölçeği

Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, Ulusoy ve arkadaşları (1993) tarafından yapılmıştır. Bireyin yaşadığı anksiyete belirtilerinin sıklığı değerlendirilmektedir. Ölçek 21 maddeden oluşmakta ve orijinalinde her bir madde 0 ile 3 puan arasında puanlanmaktadır. Bu çalışmada ölçekten alınabilecek en düşük puan 21, en yüksek puan ise 84'tür (SPSS'e göre ayarlanmış puan girişine göre). Toplam puanın yüksek oluşu anksiyete belirtilerin düzeyinin yüksek olduğu anlamına gelmektedir.

Algılanan Stres Düzeyi Ölçeği

Cohen, Kamarck ve Mermelstein (akt. Eskin ve ark. 2013) tarafından geliştirilmiştir. Toplam 14 maddeden oluşan ASO kişinin hayatındaki birtakım durumların ne derece stresli algılandığını ölçmek için tasarlanmıştır. Stres algısı ve yetersizlik algısı olarak 2 alt ölçekten oluşmaktadır. Her bir madde ölçeğin orijinalinde 0 ile 4 arasında puanlanmaktadır. Maddelerden olumlu ifade içeren 7'si tersten puanlanmaktadır. Bu çalışmada her iki alt ölçekten alınabilecek toplam en düşük puan 14, en yüksek puan ise 56'dır. (SPSS'e göre ayarlanmış puan girişine göre).

Turgay DSM-IV Yıkıcı Davranış Bozuklukları Tarama Ölçeği

Turgay tarafından (akt. Ercan ve ark, 2001) geliştirilen ölçek aşırı hareketlilik ve dürtüsellik (9 madde), dikkat eksikliği (9 madde), karşıt olma-karşı gelme (8 madde) ve davranım bozukluğu (15 madde) belirtilerini tarayan maddelerden oluşmaktadır. Her madde ölçeğin orijinalinde, 0-3 arasında puanlanmaktadır. Bu çalışmada ölçekten alınabilecek en düşük puan aşırı hareketlilik ve dürtüsellik alt ölçeği ile dikkatsizlik için 9, karşıt olma-karşı gelme için 8 ve davranım bozukluğu alt ölçeği için ise 15'tir. En yüksek

puanlar ise aşırı hareketlilik ve dürtüsellik alt ölçeği ile dikkatsizlik için 36, karşı olma-karşı gelme için 32 ve davranım bozukluğu alt ölçeği için ise 60'dir (SPSS'e göre ayarlanmış puan girişine göre).

Puanların yüksek oluşu belirti düzeyinin yüksek olduğu anlamına gelir. Ölçek çocuklar hakkında bilgilerin annelerden alınarak doldurulduğu bir ölçektir.

Çocuklara Uygulanılan Ölçekler

Sürekli Öfke- Öfke Tarz Ölçeği (SÖÖTÖ)

Geçerliği ve güvenilirliği A. Kadir Özer (1994) tarafından yapılmıştır. Ölçek 34 maddeden oluşmakta olup, sürekli öfke, kontrol altına alınmış öfke, dışa vurulmuş öfke, bastırılmış öfke alt ölçekleri bulunmaktadır. Sürekli öfkeden alınan yüksek puanlar, öfke düzeyinin yüksek olduğunu; kontrol altına alınmış öfke ölçeğinden alınan yüksek puanlar öfkenin kontrol edilebildiğini, öfke dışavurum ölçeğinden alınan yüksek puanlar öfkenin kolayca ifade edilebiliyor olduğunu ve öfke içe yönelim alt ölçeğinden alınan yüksek puanlar ise öfkenin bastırılmış olduğunu göstermektedir. Araştırmamızda, sürekli öfke ve öfke kontrolü alt ölçekleri kullanılmıştır. Ölçekteki puanlar orijinalinde 0-3 arasında puanlanmaktadır. Bu çalışmada sürekli öfke alt ölçeğinden alınabilecek en düşük puan 10, öfke kontrolü ölçeğinden ise 9'dur. Alınabilecek en yüksek puanlar ise sırayla 40 ve 36'dır (SPSS'e göre ayarlanmış puan girişine göre).

Ergen Aile Süreci Ölçeği

Ölçeğin orijinal formu, Cernkovich ve Giardino tarafından geliştirilmiştir. Daha sonra ölçeğe, Vazsonyi ve arkadaşları (2003) tarafından 6 madde daha eklenerek 25 maddeli bir ölçek haline dönüştürülmüştür. Her madde, 1 ile 5 arası puan almaktadır. Ölçek 6 alt boyuttan oluşmaktadır; yakınlık, destek, izleme, yakın iletişim, akran onayı ve çatışma. Yüksek puanlar o alt boyutla ilgili yüksek ebeveyn uygulamasına işaret

etmektedir. Ölçeğin alt boyutlarından alınabilecek en düşük ve en yüksek puanlar sırası ile yakınlık için; 6-30, destek; 4-20, izleme; 4-20, yakın iletişim; 5-25, çatışma; 3-15 ve akran kabulü alt boyutu için, 3-15'dir.

İşlem

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Hematoloji bölümünde en fazla bir hafta önce lösemi tanısı almış çocuk ve annelerinden ilk değerlendirme verileri toplanmıştır. Hem annelere hem de çocuklara hastaneye yatıştan 1 ay öncesini düşünüp soruları yanıtlamaları istenerek, annelere Beck Depresyon ve Anksiyete ölçeği, Turgay DSM-IV Yıkıcı Davranış Bozuklukları Tarama Ölçeği ile Algılanan Stres Düzeyi Ölçeği verilmiştir. Çocuklara ise sürekli öfke -öfke tarz ölçeği ile ergen aile süreci ölçeği verilmiştir. Tedavilerinin 6 ile 8. ayında olan çocuklar ve anneleri 2. kez değerlendirmeye alınmış ve ilk değerlendirmede verilen ölçeklerin aynuları -son bir haftayı düşünerek doldurmaları gerektiği bilgisi belirtilerek- anne ve çocuklara yeniden verilmiştir.

İlk ve ikinci değerlendirmeye alınan çocuklar, tedavilerinde kranial radyoterapi almayan, bulantı, kusma, iştahsızlık, kilo kaybı, saç dökülmesi ve enfeksiyon dışında ilaç yan etkisi görülmeyen çocuklardır.

Annelere tedavinin 6 ile 8 aylık döneminde, hastalıkla ilgili kendilerini suçlayıp suçlamadıkları, yakın çevrelerinin kendilerini suçlayıp suçlamadığı ve tedavi döneminde çocuğuna farklı davranıp davranmadıkları sorulmuş ve yanıtlar evet /hayır olarak kaydedilmiştir.

İstatistiksel analizlere geçilmeden önce elde edilen veriler çok değişkenli istatistiğin temel sayıltılarından olan normallik, doğrusallık, varyansların homojenliği açısından test edilmiş ve veri setinin bahsi geçen sayıltılardan, normal dağılıma sahip olmadığı ve varyansların homojen

olmadığı gözlemlendiğinden, veriler arası karşılaştırma yapmak için parametrik olmayan istatistiksel analiz yöntemi seçilmiştir (Wilcoxin testi). Değişkenler arası ilişkilere Pearson korelasyon analizi ile bakılmıştır. Verilerin analizleri SPSS 20.0 kullanılarak yapılmıştır. Veriler SPSS'e girilirken programda 0 puan kodlanmasında sorunlar yaşanabildiğinden, ölçekte 0 maddesi varsa; 0 puan 1, 1 puan 2, 2 puan 3, 3 puan 4, 4 puan 5 olarak veri girişi yapılmıştır.

BULGULAR

Araştırmanın sonunda, hastalık nedeniyle kendisini suçladığını bildiren annelerin sayısı 23'tür ve grubun %85'ine karşılık gelmektedir. Yakın çevresinin hastalık nedeniyle kendisini suçladığını bildiren anne sayısı 8'dir ve grubun % 30 unu oluşturmaktadır. Son olarak tedavi boyunca çocuğuna tedavi öncesine göre farklı davrandı-

ğını bildiren annelerin sayısı ise 17'dir ve grubun %63'ünü oluşturmaktadır.

Tablo 1'de görüldüğü gibi, tanı anından 1 ay önceye göre, tedavinin 6. İle 8. ayı arasında annelerin aldıkları depresyon, anksiyete ve stres puanları farklıdır. Her 4 değişkenden de 2. ölçümde yüksek puan almışlardır.

Tablo 2'de görüldüğü gibi annelerin tanı anında ve 6/8 ay sonra aldıkları depresyon, anksiyete ve stres puanları arasında ki fark anlamlıdır. İlk veri toplandığı döneme göre annelerin, tedavinin 6./8. ayında depresyon, anksiyete ve stres ölçeğinden aldıkları puanlar anlamlı olarak fazladır.

Tablo 3. te görüldüğü gibi, lösemi tanısı almış çocukların tedavi başlamadan önceki dönem ile tedavinin 6.-8. ayı arası ergen aile süreci ölçe-

Tablo 1. Annelerin Tanı Anında ve 6-8 Ay Sonra Aldıkları, Depresyon, Anksiyete ve Stres Puan Ortalamaları, Standart Sapmaları ve Alınabilecek En Küçük ve En Büyük Puanlar

	Depresyon1	Anksiyete1	Yetersizlik Algısı 1	Stres Algısı1	Depresyon 2	Anksiyete 2	Yetersizlik Algısı 2	Stres Algısı 2
N	27	27	27	27	27	27	27	27
Ortalama	24.67	29.74	8.62	8.74	33.56	38.04	17.96	17.33
SS	4.76	8.22	1.74	1.85	10.13	12.84	6.49	6.67
Testlerden Alınabilecek En küçük puan	21	21	7	7	21	21	7	7
En büyük puan	84	84	28	28	84	84	28	28

Tablo 2. Annelerin Tanı Anında ve 6-8 Ay Sonra Aldıkları Depresyon, Anksiyete ve Stres Puanlarının Karşılaştırılması.

	Depresyon 1- Depresyon 2	Anksiyete 1- Anksiyete 2	Yetersizlik Algısı 1- Yetersizlik Algısı 2	Stres Algısı 1- Stres Algısı 2
Z	-3.95	-4.38	-4.20	-3.48
Asymp.Sig (2-tailed)	.000*	.000*	.000*	.001*

*p < .05

Tablo 3. Lösemi Tanısı Almış Çocukların Ergen Aile Süreci Ölçeği Alt Testlerinden Tanı Anında ve 6-8 Ay Sonra Aldıkları Puanların Ortalamaları, Standart Sapma Puanları ve Alınabilecek En Küçük ve En Büyük Puanlar

	Yakınlık 1	Destek 1	İzleme 1	Yakın iletişim 1	Çatışma 1	Akran Kabulü 1	Yakınlık 2	Destek 2	İzleme 2	Yakın iletişim 2	Çatışma 2	Akran Kabulü 2
N	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27
Ortalama	22.89	9.18	13.07	16.96	6.14	10.26	20.56	12.11	14	9	8.74	8.26
SS	2.44	1.96	4.01	3.32	1.85	3.17	4.95	3.99	4	3.71	3.68	8.26
Testlerden Alınabilecek En küçük puan	6	4	4	5	3	3	6	4	4	5	3	3
En büyük puan	30	20	20	25	15	15	30	20	20	25	15	15

Tablo 4. Lösemi Tanısı Almış Çocukların Turgay DSM-IV Yıkıcı Davranış Bozuklukları Tarama Ölçeği ve Sürekli Öfke Ve Öfke İfade Tarzı Ölçeğinden Tanı Anında ve 6-8 Ay Sonra Aldıkları Ortalama Puanlar, Standart Sapma Puanları ve Alınabilecek En Küçük En Büyük Puanlar

	Aş.Hareket-Dürtüsellik 1	Dikkatsizlik 1	Karşıt olma-karşı gelme 1	Davranım-boz. 1	Aş.Hareket-Dürtüsellik 2	Dikkatsizlik 2	Karşıt olma-karşı gelme 2	Davranım boz. 2	Sürekli öfke 1	Öfke kontrol 1	Sürekli öfke 2	Öfke kontrol 2
N	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27
Ortalama	11.63	9.74	12.22	15.52	17.48	15	20.37	16.78	12.60	9.63	14.67	21.56
Standart sapma	4.08	1.46	4.39	1.01	6.87	5.99	9.24	2.41	5.14	3.53	6.18	8.85
Testlerden Alınabilecek En küçük puan	9	9	8	15	9	9	8	15	10	9	10	9
En büyük puan	36	36	32	60	36	36	32	60	40	36	40	36

ğinden aldıkları puanlar farklıdır. İlk ölçüme göre yakınlık, yakın iletişim ve akran kabulü puanlarında düşüş; destek, izleme ve çatışma puanlarında artış vardır.

karşıt olma-karşı gelme ve davranım bozukluğu puanları ve sürekli öfke ve öfke kontrolü puanları arasında fark vardır. Tüm değişkenlerde ilk ölçüme göre ikinci ölçümde puan artışı vardır.

Tablo 4'te görüldüğü gibi lösemi tanısı almış çocukların tanı anında ve tedavinin 6-8. Ayında aşırı hareketlilik ve dürtüsellik, dikkatsizlik,

Tablo 5'te görüldüğü gibi lösemi tanısı almış çocuklar, tanı anında ve tedavinin 6-8. ayına göre, yakınlık, yakın iletişim, akran kabulü alt

Tablo 5. Lösemi Tanısı Almış Çocukların, Tanı Anında ve 6/8 Ay Sonra Aldıkları, Ergen Aile Süreci Ölçeği, Sürekli Öfke Ve Öfke Tarzı Ölçeği ile Turgay DSM IV Yıkıcı Davranış Bozuklukları Tarama Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

	Yakınlık1-Yakınlık 2	Destek1-Destek 2	İzleme1-İzleme 2	Y.iletimis 1-Y.iletimis 2	Çatışma1-Çatışma 2	Akran kabulü 1-Akran kabulü 2	S.öfke 1-S.öfke 2	Öfke Kont.1-Öfke Kont.2	Har.dürt 1-Har.dürt 2	Dikkat 1-Dikkat 2	KOKGB1-KOKGB2	Davrbzk1-Davrbzk2
Z	-2.87	-1.72	-3.21	-4.33	-3.27	-3.24	-3.81	-3.99	-3.63	3.77	-4.04	-2.37
Asymp.sig.(2-tailed)	.004*	.086	.001*	.000*	.001*	.001*	.000*	.000*	.000*	.000*	.000*	.018*

*p<.05

boyutlarında azalma, destek, izleme ve çatışma alt boyutlarında artma bildirmişlerdir. Sürekli öfke ve öfke kontrolü puanları arasındaki artan puan farkı anlamlıdır. Hareketlilik ve dürtüsellik, dikkat, karşıt olma-karşı gelme ile davranım bozukluğu davranış özelliklerindeki puan artışı anlamlıdır.

Tablo 6'da görüldüğü üzere, çocuğun yakınlık puanları; annenin depresyon, anksiyete ve stres puanlarıyla negatif, çocuğun izleme puanları; annenin depresyon ve anksiyete puanlarıyla negatif, çocuğun destek, kontrole alınmış ve sürekli öfke ile dikkat puanları annenin depresyon ve anksiyete puanlarıyla pozitif, çocuğun çatış-

Tablo 6. Annelerin Tanıdan 6/8 Ay Sonra Aldıkları Depresyon, Anksiyete ve Stres Puanları İle Lösemi Tanısı Almış Çocuklarının, Tanıdan 6/8 Ay Sonra, Ergen Aile Süreci Ölçeği, Sürekli Öfke ve Öfke Tarzı Ölçeği ile Turgay DSM-IV Yıkıcı Davranış Bozuklukları Tarama Ölçeğinden Aldıkları Puanların Korelasyonları

	Depresyon 2	Anksiyete 2	Yetersizlik algısı 2	Stres algısı 2
Yakınlık 2 Pearsonkorelasyonu Sig.(2-tailed)	-.69 .00**	-.57 .00**	-.44 .02*	-.46 .02*
Destek 2 Pearsonkorelasyonu Sig.(2-tailed)	.45 .02*	.50 .00**	.32 .10	.33 .09
İzleme 2 Pearsonkorelasyonu Sig.(2-tailed)	-.49 .01*	-.61 .00**	-.27 .17	-.25 .20
Yakın iletişim 2 Pearsonkorelasyonu Sig.(2-tailed)	.71 .00**	.46 .01*	.44 .02*	.42 .03*
Çatışma 2 Pearsonkorelasyonu Sig.(2-tailed)	.65 .00**	.70 .00**	.56 .00**	.59 .00**
Akran kabulü 2 Pearsonkorelasyonu Sig.(2-tailed)	-.27 .17	-.59 .00**	-.14 .50	-.14 .50
Sürekli öfke 2 Pearsonkorelasyonu Sig.(2-tailed)	.45 .02*	.71 .00**	.30 .13	.35 .07
Kontrole alınmış öfke 2 Pearsonkorelasyonu Sig.(2-tailed)	.54 .00**	.68 .00**	.29 .15	.32 .10
Aş.hareketlilik- dürtüsellik2 Pearsonkorelasyonu Sig.(2-tailed)	.72 .00**	.44 .02*	.39 .04*	.38 .04*
Dikkat 2 Pearsonkorelasyonu Sig.(2-tailed)	.57 .00**	.65 .00**	.33 .09	.33 .09
KOKGB 2 Pearsonkorelasyonu Sig.(2-tailed)	.76 .00*	.54 .00*	.46 .02*	.45 .02*
Davr.Bzk.2 Pearsonkorelasyonu Sig.(2-tailed)	.29 .14	.29 .15	-.11 .60	-.12 .54

*p< .05, **p< .01

ma puanları ile annenin depresyon anksiyete ve stres puanları pozitif, çocuğun akran kabulü ile annenin anksiyete puanları pozitif, hareket ve dürtüsellik, karşıt olma-karşı gelme ile yakın iletişim puanları annenin depresyon, anksiyete ve stres puanları ile pozitif korelasyonludur.

TARTIŞMA

Bir ailede, çocuğun kanser tanısı alması, hastalığın kendisine ve tedaviye bağlı olarak, her aile bireyi için zorlayıcıdır. Hastanede hasta çocuğuyla kalan annenin bir yandan hastalık ve tedaviyle ilgili bir yandan da evde kalan çocuklarla ilgili endişeleri ciddi stres kaynağıdır (Gerali ve ark. 2011). Aile tanı anında yaşadığı şok, korku ve üzüntüyü atlatsa da tedavi devam ederken karşılaşılan zorluklar (tedaviye bağlı fiziksel acı, hastanede yatmaya ve çalışma hayatının sekteye uğramasına bağlı mali kayıplar, diğer çocuklarla ilgilenememe gibi)ciddi bir yük oluşturmaya devam etmektedir.

Bu araştırmada görüldüğü gibi annelerin % 85'i kendini hastalıkla ilgili suçlamaktadır. Annelerin, hastalık ve çocuğun enfeksiyon kapması, iştahsızlığıyla ilgili kendilerine suçlamalar yönelttikleri gözlenmiştir. Anneleri hastalık nedeniyle suçladığı ileri sürülen yakın çevrenin oranı da %30 civarındadır. Annelerin hastalığın kendi yaptıkları bir şeyden kaynaklanabileceği dair inançları güçlü gözükmektedir.

Annelerin, tanıdan önce ve tedavinin 6./8. ayında depresyon, anksiyete ve stres puanlarında anlamlı bir artış bulunmuştur. Bu artış birçok araştırmada gösterilmiştir (Vrijmoet-Wiersma ve ark. 2008, Norberg ve ark. 2008, Phipps ve ark. 2005). Tedavi boyunca, kendini çaresiz hissetmek, tedaviye dahil olmadığı ve elinden bir şey gelmediği duygusu, hem hasta çocuğuna iyi bakamadığı hem de evdeki çocuğun yanında olamadığı gibi düşünceler ve eşinden uzaklaştığını hissetme, tedaviye bağlı mali kayıplar, annelerin duygu durumunu olumsuz etkiliyor olabilir.

Çocuklardan elde edilen sonuçlara göre ise, lösemi tedavisi gören çocukların, tedavinin 6./8. ayında, sürekli öfke ve öfke kontrolü puanlarında anlamlı bir artış vardır. Sürekli öfke puanlarındaki artış aynı zamanda, aile ve arkadaş çevresiyle görüşmemeye, okul ve sosyal faaliyetlere katılmanın oldukça sınırlanmasıyla ilgili olabilir. Sosyal açıdan kendini yetersiz hissetme ile öfke davranışı arasındaki ilişki önceki çalışmalarda da gösterilmiştir (Hubbard 2001, Little ve Garber 2000). Hasta çocuk, tedavi boyunca anneye bağımlı hale gelmiş, anneye hastanede ve evde çok zaman geçirmeye başlamıştır ki bu durum çocuğun içinde bulunduğu ergenlik döneminin özerklik ihtiyacına da ters düşmektedir. Allan ve arkadaşları (1997) özerklik ihtiyacı karşılanmadığında, öfke davranışlarındaki artışa işaret etmektedir.

Her ne kadar sürekli öfke puanlarında anlamlı bir artış gözlenirse de öfke kontrolü puanlarında da anlamlı bir artış vardır. Çalışmamıza katılan lösemi tedavisi gören çocuklar, bir yandan kendini öfkeli hissetmekte bir yandan da bunu kontrol etmeye çalışmaktadır ki bu bulgu, kronik rahatsızlığı olan ya da ilerleyen yaşlarda (çocukluktan ergenliğe doğru) kabul gören bir davranış olduğu için (Jenkins ve Ball 2000, Phipps ve Steele 2002) öfkenin gizlendiğini ileri süren çalışmalarla uyumludur.

Lösemi tedavisi görmekte olan çocuklarla ilgili diğer bulgulara göre, tedavinin 6.-8. Ayında, dikkat, aşırı hareketlilik ve dürtüsellik, karşıt olma-karşı gelme puanlarında da anlamlı bir yükselme bulunmuştur. Önceki çalışmalarda da, dikkat (Buizer ve ark. 2006, Buizer ve ark. 2009), aşırı hareketlilik ve dürtüsellik semptomlarındaki anlamlı artış, özellikle glukokortikoid grubu kemoterapi ilaçlarına bağlanmıştır (Hill ve ark. 1998, Weber ve ark. 2007). Bununla birlikte, annelerin tedavi altındaki çocuklarını nadiren uyardıkları, hemen hemen hiç ceza vermedikleri ve her istediklerini yapmaya çalıştıkları gözlenmiştir. Böylece hem daha iyi bir anne olmaya çalıştıkları hem de hastalığın, çocuğu

uyarma ve ikaz etmeye izin vermeyen bir durum olduğunu düşündüklerini bildirmişlerdir. Bu durum hastalıkla ilgili kendini suçlamadan kaynaklanabilir ancak, çocuğun karşı olma-karşı gelme puanlarındaki artışı da açıklayabilir. Otorite figürü tanımayan ve her dediği yapılan çocuk, ebeveynle uzlaşmaya dayalı bir diyaloga girmede zorlanabilir. Davranım bozukluğu ile ilgili alınabilecek en düşük puan 15 iken (SPSS 'e veri girilirken 0 test puanı 1 olarak girilmiş ve diğer puanlarda 1 arttırılarak kaydedilmiştir) birinci ölçümde alınan ortalama puan 15.52, ikinci ölçümde ise 16.78 olarak hesaplanmıştır. Birinci ve ikinci davranım bozukluğu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Davranım bozukluğu puanlarındaki artışa ilişkin anlamlılık hem daha önceki çalışmalarla gösterilmeyen bir bulgu olması hem de çocukların klinik açıdan ruhsal değerlendirmeye alınmaması nedeniyle, ileride yapılacak araştırmalarla birlikte yorumlanması uygun görünmektedir.

Anne ile lösemi tedavisi gören ergenin ilişki biçimlerinde tanı anıyla, tedavinin 6.-8. ayları arasında anlamlı farklar vardır. Ergenler, tedavi boyunca, anneye yakınlık, yakın iletişim ve akran kabulü alt alanlarında azalan, destek, izleme ve çatışma alanlarında artan bir ilişki biçimi tanımlamışlardır. Anneye geçirilen zamandaki artış, özerklik ihtiyacının yeterince sağlanamaması, anne ve ergenin yakın ilişkilerini olumsuz etkilemiş olabilir. Akran kabulündeki azalma ise annenin aşırı koruyucu tutumları, ergenin sosyalleşmesine müdahale edilmesiyle (enfeksiyon riski ile misafir kabul etmeme, dışarıda zaman geçirememesi, okula devam etmeme gibi) ilgili olabilir.

İletişimin iki yönlü olduğu, anne ve çocuk arasında karşılıklı bir ilişki olduğu uzun bir süredir yaygın biçimde kabul gören bir bilgidir (Bell 1979). Annenin duygudurum özellikleri ve anne-çocuğun iletişim özellikleri çocuğun davranışlarını birçok açıdan etkilemektedir. Annede ki depresyon ile çocuğun dışsallaştırma problemleri ile öfke davranışları arasında ki ilişkiler önceki çalışmalarda da gösterilmiştir (Cole ve ark. 2003, Munson ve ark. 2001).

Ergen ve ebeveyn arasındaki iletişimin, psikopatolojiyle ilişkisini değerlendiren bazı çalışmalarda da örneğin; ebeveynin mesafeli ve olumsuz yaklaşımları (Fabes, 2001) ile tenkit edici ve devamlı eleştirir tarzının (Cole ve ark. 2003) çocukta öfkeyi arttırdığı, otoriter ebeveynlik tutumunun çocuktaki öfkeyle (Strayer ve Roberts 2004) otoriter ya da izin verici stilde ebeveynliğin çocukta dışsallaştırma problemleriyle ilişkili olduğu (Rankin ve ark. 2009) gözlenmiştir.

Bu çalışmada ise, annenin duygudurum özellikleri ile çocuğun ölçülen davranışları arasındaki ilişkiye bakıldığında, annenin depresyon, anksiyete ve stres puanlarındaki artış ile yakınlık, izleme ve akran kabulü ilişki boyutlarında negatif, yakın iletişim, çatışma, sürekli ve kontrol edilen öfke, dikkatsizlik, aşırı hareketlilik- dürtüsellik ve karşı olma-karşı gelme puanlarında pozitif bir ilişki gözlenmiştir. Her ne kadar ilişki analizi, bir neden sonuç ilişkisi ileri sürmeye uygun değilse de annenin olumsuz duygulanımının çocuğun problem davranışlarındaki artış ile ilişkili olduğu söylenebilir. Ayrıca, annenin olumsuz duygulanımı ile destek alanında pozitif bir ilişki gözlenmiştir. Destek alt alanı sorularındaki puan artışı olumsuz yorumlanmaktadır (örneğin alt boyutun bir sorusu şu şekildedir; bazen annem insanların içinde beni küçük düşürür). Destek puanındaki artış ile annenin duygudurum puanlarındaki artış arasındaki pozitif ilişki beklenen bir bulgudur. Destek, olumsuz duygulanımla azalıyor algılanmaktadır.

Sonuç olarak, lösemi tedavisi olan çocukların annelerinin tedavi sürecinde duygudurumlarının olumsuz etkilendiği ve ciddi düzeyde stres yaşadıkları gözlenmiştir. Çocukların ise sürekli öfke, hareketlilik-dürtüsellik, dikkatsizlik, karşı olma-karşı gelme ve davranım bozukluğu davranışlarında anlamlı bir artış gözlenmiştir.

Her ne kadar ülkemizde çocuk hematolojik-onkoloji dalında, ruh sağlığı alanında hizmet veriliyor olsa da, tedavinin ve olası yan etkilerinin getirdiği fiziksel ve ruhsal yüklerle baş etmede, tanılayıcı ve müdahale edici devamlı

bir ruh sağlığı hizmeti gerekli gözükmektedir. Ebeveynlerle ve çocukla hatta kardeş(ler)le tedaviye uyumu arttırıcı ve bilgilendirici eğitim verilmesinin yanında, ruhsal değerlendirmeler, müdahaleler ve yönlendirmeler (örneğin gerektiğinde özel eğitime yönlendirme) yapılması önemlidir.

Bu araştırma bilindiği kadarı ile konusu ve kapsamı açısından ülkemizde yapılan alanındaki ilk araştırmadır ve bir izlem çalışması olarak tasarlanmıştır. Bununla birlikte araştırmanın çeşitli sınırlılıkları da vardır; öncelikle katılımcı sayısı azdır. Ancak hastanemize bir yılda 0-18 yaş arası lösemi tanısıyla yatan yeni hasta sayısı 40 civarında olduğundan, ülke çapındaki hasta gurubundan veri toplanmasıyla katılımcı sayısı arttırılabilir. Bunun yanında araştırmaya babaların ve kardeşlerin de dahil edilmesi, hastalığın ve tedavinin aileyi nasıl etkilediğini gözleme fırsatı sağlayabilir. Aynı zamanda aile üyelerinin de öfke davranışlarının ve hasta çocukların duygudurumlarının hem bilimsel ölçme araçları hem de klinik değerlendirmelerle yapılması araştırma sonuçlarına güvenilirliği arttırabilir.

KAYNAKLAR

Bell RQ (1979) Parent, child and reciprocal influences. *American Psychologist* 34 (10):821-836.

Buizer AI de Sonnevile LMJ, van den Heuvel-Eibrink MM (2006) Behavioral and educational limitations after chemotherapy for childhood acute lymphoblastic leukemia or Wilms tumor. *Cancer* 106:2067-2075.

Buizer AI, de Sonnevile LMJ, Veerman AJP (2009) Effects of chemotherapy on neurocognitive function in children with acute lymphoblastic leukemia: A critical review of the literature. *Pediatr Blood Cancer* 52:447-454.

Cole, PM Teti, LO, Zahn-Waxler C (2003) Mutual emotion regulation and the stability of conduct problems between preschool and early age. *Development and Psychopathology* 15:1-18.

van Dongen-Melman JEW, van Zuuren FJ, Verhulst FC (1998) Experiences of parents of childhood cancer survi-

vors: A qualitative analysis. *Patient Education and Counseling* 34:185-200.

Ercan ES, Amado S, Somer O (2001) Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve yıkıcı davranış bozuklukları için bir test bataryası geliştirme çalışması. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* 8:132-144.

Ereymiş S, Küçükköse M, Özbaran B, Köse E (2013) Çocukluk çağı kanserlerinde ruhsal sorunlar ve antidepresan kullanımı. *Türkiye Klinikleri J Pediatr* 22(1):18-26.

Eskin M, Harlak H, Demirkıran F, Dereboy Ç (2013) Algılanan Stres Ölçeğinin Türkçeye uyarlanması: Güvenirlik ve geçerlik analizi. *New Symposium Journal* 51(3):132-140.

Fabes RA, Leonard SA, Kupanoff K, Martin CL (2001) Parental coping with children's negative emotions: Relations with children's emotional and social responding. *Child Development* 72:907-920.

Gerali M, Servitzoglou M, Paikopoulou D, Theodosopoulou H, Madianou M, Kosmidis H (2011) Psychological problems in children with cancer in the initial period of treatment. *Cancer Nurs* 34(4):269-276.

Hill JM, Kornblith AB, Jones D (1998) A comparative study of the long term psychosocial functioning of childhood acute lymphoblastic leukemia survivors treated by intrathecal methotrexate with or without cranial irradiation. *Cancer* 82:208-218.

Hisli N (1988) Beck Depresyon Envanteri'nin üniversite öğrencileri için geçerliği, güvenirligi, *Psikoloji Dergisi* 7 (23): 3-13.

Holden GW, Miller PC (1999) Enduring and different: A meta-analysis of the similarity in parents' child rearing. *Psychological Bulletin* 125(2):223-254.

Holmbeck GN, Johnson SZ, Wills KE (2002) Observed and perceived parental overprotection in relation to psychosocial adjustment in preadolescents with a physical disability: the mediational role of behavioral autonomy. *J Consult Clin Psychol* 70:96-110.

Hubbard JA (2001) Emotion expression processes in children's peer interaction: The role of peer rejection, aggression, and gender. *Child Development* 72:1426-1438.

- Jenkins JM, Ball S (2000) Distinguishing between negative emotions: Children's understanding of the social-regulatory aspects of emotion. *Cognition and Emotion* 14:261-282.
- Kazak AE, Boeving CA, Alderfer MA (2006) Posttraumatic stress symptoms during treatment in parents of children with cancer. *Journal of Clinical Oncology* 23:7405-7410.
- Klassen AF, Klaassen R, Dix D, Pritchard S, Yanofsky R, O'Donnell M, Scott A, Sung L (2008) Impact of caring for a child with cancer on parents' health-related quality of life. *Journal of Clinical Oncology* 26:5884-5889.
- Kutluk T (2009) Çocukluk çağı kanserlerinin epidemiyolojisi ve Türkiye'deki durum. *Türkiye Klinikleri Pediatrik Bilimler Dergisi* 5(4):1-8.
- Little SA, Garber J (2000) Interpersonal and achievement orientations and specific stressors predicting depressive and aggressive symptoms in children. *Cognitive Therapy and Research* 24:651-67.
- Luthar SS, Burack JA, Cicchetti D, Weisz JR (1997) Developmental approach to understanding adolescent deviance. In: Allen JP, Moore CM, Kupermine GP. *Developmental Psychopathology*. 555p. Cambridge University Press, UK.
- Mullins LL, Wolfe-Christensen C, Hoff Pai AL (2007) The relationship of parental overprotection, perceived child vulnerability, and parenting stress to uncertainty in youth with chronic illness. *J Pediatr Psychol* 32:973-982.
- Munson JA, McMAhon RJ, Spieker SJ (2001) Structure and variability in the developmental trajectory of children's externalizing problems: Impact of infant attachment, maternal depressive symptomatology, and child sex. *Development and Psychopathology* 13: 277-296.
- Myers RM, Balsamo L, Lu X, Devidas M, Hunger SP, Carroll WL, Winick NJ, Maloney KL, Kadan-Lottick NS (2014) A prospective study of anxiety, depression, and behavioral changes in the first year after a diagnosis of childhood acute lymphoblastic leukemia. *Cancer* 1425-1417.
- Norberg AN, Boman KK (2008) Parent distress in childhood cancer: A comparative evaluation of posttraumatic stress symptoms, depression and anxiety. *Acta Oncologica* 47:267-274.
- Othman A, Mohamad N, Hussin ZA, Blunden S (2011) Psychological Distress and Associated Factors in Parents of Children with Cancer. *International Journal of Social Science and Humanity* 1(1):37-42.
- Özer AK (1994) Sürekli Öfke (SL-ÖFKE) ve Öfke İfade Tarzı (ÖFKE-TARZ) ölçekleri ön çalışması. *Türk Psikoloji Dergisi* 31:26-35.
- Pai ALH, Greenley RN, Lewandowski A (2007) A meta-analytic review of the influence of pediatric cancer on parent and family functioning. *J Fam Psychol* 21:407-415.
- Phipps S, Steele R (2002) Repressive adaptive style in children with chronic illness. *Psychosomatic Medicine* 64:34-42.
- Phipps S, Dunavant M, Lensig S (2005) Psychosocial predictors of distress in parents of children undergoing stem cell or bone marrow transplantation. *J Pediatr Psychol* 30:139-153.
- Rabineau KM, Mabe PA, Vega RA (2008) Parenting stress in pediatric oncology populations. *J Pediatr Hematol Oncol* 30:358-365.
- Rankin WL, Degnan WL, Perez Edgar KE, Henderson HE, Rubin KH, Pine DS, Steinberg L, Fox NA (2009) Impact of behavioral inhibition and parenting style on internalizing and externalizing problems from early childhood through adolescent. *Journal of Abnormal Child Psychology* 37 (8):1063-1075.
- Rothbaum F, Weisz JR (1994) Parental caregiving and child externalizing behavior in nonclinical samples: A meta-analysis. *Psychological Bulletin* 116:55-74.
- Strayer J, Roberts W (2004) Empathy and Observed Anger and Aggression in Five-Year-Olds. *Social Development* 13:1-13.
- Thomasgard M, Metz WP, Edelbrock C (1995) Parent-child relationship disorders. Part I. Parental overprotection and the development of the Parent Protection Scale. *J Dev Behav Pediatr* 16:244-250.
- Toros F, Tot Ş, Düzovalı Ö (2002) Kronik hastalığı olan çocuklar, anne ve babalarındaki depresyon ve anksiyete düzeyleri. *Klinik Psikiyatri* 5:240-247.
- Weber DP, Turek J, Catania L (2007) Neuropsychological outcomes from a randomized trial of triple intrathecal che-

ÇIRPAN KANTARCIOĞLU VE ARK.

motherapy compared with 18 Gy cranial radiation as CNS treatment in acute lymphoblastic leukemia: Findings from Dana-Farber Cancer Institute ALL Consortium Protocol 95-01. J Clin Oncol 25:4914-4921.

Ulusoy M (1993) Beck Anksiyete Envanteri: Geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Yayınlanmamış uzmanlık tezi. Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, İstanbul. Vazsonyi AT, Hibbert JR, Snider JB (2003). Exotic Enterprise No More? Adolescent Reports of Family and Parenting Processes From Youth in Four Countries. *Journal of Research on Adolescent* 13(2):129-160.

Vrijmoet-Wiersma JMC, van Klink JMM, Kolk AM, Koopman HM, Ball LM, Egeler RM (2008) Assessment of parental psychological stress in pediatric cancer: A review. *Journal of Pediatric Psychology* 33(7):694-706.

Yarış N (2007) Adölesan kanserlerinin epidemiyolojisi. *Güncel Pediatri* 5:105-110.

Zebrack BJ, Gurney JG, Oeffinger K (2004) Psychological outcomes in long-term survivors of childhood brain cancer: A report from the childhood cancer survivors study. *J Clin Oncol* 22:999-1006.