

T.C.

İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

**KANSERLİ ÇOCUKLARIN OTOMATİK DÜŞÜNCELERİ İLE
DUYGUSAL VE DAVRANIŞSAL SORUNLARI ARASINDAKİ
İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

**PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ BİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

Hazırlayan

Sümevra Bilge KORKMAZ

Tez Danışmanı

Dr. Öğr. Üyesi Yasin GENÇ

İSTANBUL-2020

TEZ TANITIM FORMU

- YAZAR ADI SOYADI** : Sümeyra Bilge Korkmaz
- TEZİN DİLİ** : Türkçe
- TEZİN ADI** : Kanserli çocukların otomatik düşünceleri ile duygusal ve davranışsal sorunları arasındaki ilişkinin incelenmesi
- ENSTİTÜ** : İstanbul Gelişim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
- ANABİLİM DALI** : Psikoloji
- TEZİN TÜRÜ** : Yüksek Lisans
- TEZİN TARİHİ** : 01.07.2020
- SAYFA SAYISI** : 97
- TEZ DANIŞMANLARI** : Dr. Öğr. Üyesi Yasin GENÇ
- DİZİN TERİMLERİ** : Kanserli Çocuklar, Otomatik Düşünceler, Duygusal ve Davranışsal Sorunlar
- TÜRKÇE ÖZET** : Yaptığımız araştırmanın amacı kanserli çocukların otomatik düşünceleri ile duygusal ve davranışsal sorunları arasındaki ilişkinin incelenmesidir. Çocukların otomatik düşünceleri, duygusal ve davranışsal sorunları bazı demografik değişkenlere göre incelenmiştir.
- DAĞITIM LİSTESİ** : 1. İstanbul Gelişim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsüne
2. YÖK Ulusal Tez Merkezine

Sümeyra Bilge Korkmaz

T.C.
İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

**KANSERLİ ÇOCUKLARIN OTOMATİK DÜŞÜNCELERİ İLE
DUYGUSAL VE DAVRANIŞSAL SORUNLARI ARASINDAKİ
İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ BİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

Hazırlayan
Sümevra Bilge Korkmaz

Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Yasin GENÇ

İSTANBUL-2020

BEYAN

Bu tezin hazırlanmasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğu, başkalarının ederlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunulduğu, kullanılan verilerde herhangi tahrifat yapılmadığını, tezin herhangi bir kısmının bu üniversite veya başka bir üniversitedeki başka bir tez olarak sunulmadığını beyan ederim.

Sümevra Bilge Korkmaz

./ ./2020



JÜRİ ÜYELERİNİN KABUL VE ONAY SAYFASI
İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Sümevra Bilge KORKMAZ 'nın “**Kanserli Çocukların Otomatik Düşünceleri ile Duygusal ve Davranışsal Sorunları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi**” adlı tez çalışması, jürimiz tarafından Psikoloji Anabilim Dalı Klinik Psikoloji Bilim Dalı YÜKSEK LİSANS tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan

Dr. Öğr. Üyesi Yasin GENÇ

(Danışman)

Üye

Dr. Öğr. Üyesi Hakan KARAŞ

Üye

Dr. Öğr. Üyesi Necmettin AKSOY

ONAY

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylım.

.... / / 2020

Prof. Dr. İzzet GÜMÜŞ

Enstitü Müdürü

ÖZET

Giriş: Çağımız, sağlık alanının ve insanımızın en büyük ve devam eden problemlerinden biri kanserdir. Kanser, bir grup anormal hücrenin normal hücre bölünmesi kurallarını reddedip kontrolsüz bir biçimde bölündüğü ve büyüdüğü bir hastalıktır. Normal hücreler; hücre bölünmesi, başka bir hücreye ayrılması ya da ölmesi gibi işleyişleri için sürekli olarak sinyal alırlar. Kanser hücreleri ise bu uyarıların aksine işleyişleri için bir otonomi geliştirip, kontrolsüz büyüme ve çoğalmaya başlarlar. Kanser hücrelerinin bu çoğalmalarının devam edip yayılmalarının önüne geçilmezse, sonuç ölümcül olabilir. Kanser, hücrelerin denetimsiz bir şekilde belirginleşmesi ve sıradan olmayan bir tarzda yayılmasıyla beraber karakterize olmuş hastalıklar kümesini açıklamakta ve sağlık sorunları kategorisinde dünyada çok önemli bir durum teşkil etmektedir. Kanserli bireylerde maruz kaldıkları fiziksel ve duygusal değişimler sonucunda kendileriyle, çevresiyle ve dünyayı algılamasıyla ilgili otomatik düşünceler oluşabilir. Temel inanç ve ara inançların sonucunda oluşan otomatik düşünceler, bilişsel kuramın başlıca kavramları arasında yer almaktadır. Günümüz insanların hemen hepsi giderek karmaşıklaşan toplum içinde problem çözmeye yönelik birçok durumla karşı karşıya kalmaktadırlar. Kişilerin koşulları, ihtiyaçları ve beklentilerine göre değişiklik gösteren problem kavramı çok geniş kapsamlıdır. Bireylerin hayat deneyimleri ile devam eden değişikliklerle birlikte ilerlemenin yarattığı tabii güçlüklerle kendini gösteren olumsuz reaksiyonlara uyum ve davranış problemleri tanımlaması yapılmaktadır.

Amaç: Yapılan bu çalışmanın amacı kanserli çocukların otomatik düşünceleri ile duygusal ve davranışsal sorunları arasındaki ilişkinin incelenmesidir. Araştırmamızda çocukların otomatik düşüncelerini, duygularını davranışlarını etkileyebilecek bazı demografik değişkenlere göre incelenecektir.

Yöntem: Bu araştırma ilişkisel tarama modeli baz alınarak uygulanmıştır. Örneklem seçimi basit-rastgele örneklem seçimi türüne göre yapılmıştır. Araştırmanın evrenini İstanbul'da yaşayan 8-12 yaş aralığındaki çocuklardan oluşmaktadır. Araştırmanın örneklemini ise İstanbul'da yaşayan 8-12 yaş aralığındaki 50 sağlıklı çocuk ile devlet hastanelerinde tedavi gören 50 kanser tanısı almış çocuktan meydana gelmektedir. Tüm katılımcılar araştırma hakkında katılımcı kabul etiklerine dair aydınlatılmış ve onayı alınmıştır. Katılımcılara kişisel bilgi formu, çocukların otomatik düşünceleri ölçeği, güçler ve güçlükler anketi uygulanmıştır.

Çalışma verileri İstanbul'da 50 sağlıklı çocuk ve İstanbul'da tedavi gören, yaş aralığı açısından örneklem ile eşleşen 50 kanser tanısı almış denekten oluşmuştur. Araştırma veri toplama süreci Ağustos 2019 – Ekim 2019 tarihleri arasındadır. Katılımcı olma kriterleri; 8-12 yaş arası ve kontrol grubu içinde kanser tanısı almış çocuk bireyler olarak belirlenmiştir. Veri toplama süreci her bir katılımcı için 15 dakika sürmüştür.

Bulgular: Örneklem grubunun güçler ve güçlükler anketinden almış oldukları puanlar arasında anlamlı bir farklılaşma olduğu görülmektedir. Hasta olan grubun güç ve güçlükler anketinden ve duygusal sorunlar alt boyutundan aldıkları puanın hasta olmayan gruba göre daha fazla olduğu sonucu elde edilmiştir. Örneklem grubunun çocuklarda otomatik düşünceler ve alt boyutlarından almış oldukları puanlarda anlamlı farklılaşma olduğu görülmektedir. Hasta olan grubu otomatik düşünceleri ve alt boyutları olan kişisel başarısızlık, düşmanlık, fiziksel ve sosyal tehdidin yüksek olduğu sonucu elde edilmiştir. Güçler ve Güçlükler Anketi toplam puanı ile Çocuklarda Otomatik Düşünceler ve alt boyutu olan kişisel başarısızlık, fiziksel tehdit, sosyal tehdit, arasında zayıf düzeyde ve pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Katılımcıların cinsiyet değişkenine göre güçler ve güçlükler ölçeği ve alt boyutu dikkat eksikliği, akran sorunlarında anlamlı farklılık elde edilmiştir. Erkeklerin kızlara oranla daha yüksek puan aldıkları görülmektedir

Anahtar Kelimeler: Kanserli Çocuklar, Otomatik Düşünceler, Duygusal ve Davranışsal Sorunlar

SUMMARY

Introduction: One of the biggest and continuing problems of our age, health field and people is cancer. Cancer is a disease in which a group of abnormal cells deny the rules of normal cell division and divide and grow uncontrollably. Normal cells; cell division, separation or death to another cell. In contrast to these stimuli, cancer cells develop an autonomy for their functioning and begin to grow and grow uncontrolled. If the proliferation and proliferation of cancer cells is not prevented, the result can be fatal. Cancer describes the cluster of diseases characterized by the uncontrolled manifestation and uncommon spread of cells and is a very important situation in the world in the category of health problems. As a result of the physical and emotional changes they are exposed to, people with cancer may have automatic thoughts about themselves, their environment and their perception of the world. Automatic thoughts that are the result of basic beliefs and intermediate beliefs are among the main concepts of cognitive theory. Almost all of today's people are faced with many problem-solving situations in an increasingly complex society. The concept of the problem, which varies according to the conditions, needs and expectations of the people, is very comprehensive. Adaptation and behavioral problems are defined in the negative reactions that are manifested by the natural difficulties of progress and the ongoing changes with the life experiences of individuals

Aim: The aim of this study is to investigate the relationship between automatic thoughts and emotional and behavioral problems of children with cancer. In our study, automatic thoughts, feelings and behaviors of children will be examined according to some demographic variables.

Method: This research was applied based on relational survey model. Sample selection was made according to simple-random sample selection type. The population of the study consisted of children aged 8-12 living in Istanbul. The sample of the study consists of 50 healthy children between the ages of 8-12 living in Istanbul and 50 children diagnosed with cancer treated in public hospitals. All participants were informed about the research ethics and accepted. Personal information form, children's automatic thoughts scale, powers and difficulties questionnaire were applied to the participants. The study data consisted of 50 healthy children in Istanbul and 50 subjects who were treated in Istanbul and diagnosed with cancer in the age range matched to the sample. The research data collection process is between August 2019 - October 2019. The criteria for being a

participant are; Children between the ages of 8-12 and diagnosed as cancer in the control group. The data collection process took 15 minutes for each participant.

Results: It is seen that there is a significant difference between the scores of the sample group obtained from the powers and difficulties questionnaire. It was concluded that the scores of the patient group from the power and difficulties questionnaire and the emotional problems sub-dimension were higher than the non-patient group. It was seen that there was a significant difference in the scores obtained from the automatic thoughts and sub-dimensions of the sample group in children. The patient group was found to have a high level of personal failure, hostility, physical and social threat with automatic thoughts and sub-dimensions. A weak and positive correlation was found between the Powers and Difficulties Questionnaire total score, and Automatic Thoughts in Children and personal failure, physical threat, social threat, and lower botoot. Significant differences were found in the power and difficulties scale and sub-dimension attention deficit and peer problems according to the gender variable of the participants. It is seen that boys score higher than girls.

Key Words: Cancer Children, Automatic Thoughts, Emotional and Behavioral Problems

İÇİNDEKİLER

SAYFA

| | |
|---|----------|
| ÖZET..... | i |
| SUMMARY | iii |
| İÇİNDEKİLER..... | v |
| KISALTMALAR LİSTESİ | viii |
| TABLolar LİSTESİ | ix |
| EKLER LİSTESİ..... | x |
| ÖNSÖZ..... | xi |
| GİRİŞ..... | 1 |
| BİRİNCİ BÖLÜM | 4 |
| 1.1. ARAŞTIRMANIN PROBLEMLERİ | 4 |
| 1.1.1. Alt Problemler | 4 |
| 1.2. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ | 4 |
| 1.3. ARAŞTIRMANIN AMACI | 5 |
| 1.4. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ..... | 5 |
| 1.5. ARAŞTIRMANIN SAYILTI LARI | 6 |
| 1.6. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIK LARI..... | 6 |
| İKİNCİ BÖLÜM | 7 |
| KURAMSAL VE KAVRAMSAL ÇERÇEVE | 7 |
| 2.1. KANSER | 7 |
| 2.1.1.Kanserin Epidemiyolojisi | 8 |
| 2.1.2.Kanser Etiyolojisi | 10 |
| 2.1.3.Kanser Hastası Olan Çocuklarda Psikolojik Belirtiler..... | 12 |
| 2.1.4.Kanser Hastalarının Verdikleri Tepkiler | 13 |
| 2.1.5.Çocuklarda Kanser | 15 |
| 2.1.6.Çocukluk Çağı Kanseri Türleri | 16 |
| 2.1.7.Çocukluk Çağı Kanseri Uzun Süreli İzlemede Görülen Ruhsal Sorunlar..... | 18 |

| | |
|---|-----------|
| 2.1.8.Kanser Hastalarındaki Bilişsel Süreçler..... | 19 |
| 2.1.9.Kanser Hastalarında Otomatik Düşünceler | 20 |
| 2.1.10.Kanser Risk Faktörleri..... | 21 |
| 2.2. Otomatik Düşünce..... | 22 |
| 2.2.1. Bilişsel Modele Göre Otomatik Düşünce | 26 |
| 2.2.2. ABC Modeline Göre Otomatik Düşünce | 26 |
| 2.2.3. Otomatik Düşüncede Ara İnançlar | 27 |
| 2.2.4. Otomatik Düşüncede Temel İnançlar | 28 |
| 2.2.5. Otomatik Düşünceler ve Psikolojik Problemler | 29 |
| 2.2.6. ABC Modeli..... | 29 |
| 2.3. Davranış Problemleri..... | 31 |
| 2.3.1. Davranış Problemlerinin Bilişsel Etkisi | 33 |
| 2.3.2. Duygusal Zeka ve Davranış Problemleri | 33 |
| 2.3.3. Dışa Yönelim Davranış Problemleri | 36 |
| 2.3.2.İçe yönelim davranış problemleri..... | 40 |
| ÜÇÜNCÜ BÖLÜM | 42 |
| YÖNTEM VE TEKNİKLERİ | 42 |
| 3.1. ARAŞTIRMANIN MODELİ..... | 42 |
| 3.2. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ..... | 42 |
| 3.3. İŞLEM | 42 |
| 3.4. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI | 43 |
| 3.4.1. Kişisel Bilgi Formu | 43 |
| 3.4.2. Çocukların Otomatik Düşünceleri Ölçeği (ÇODÖ)..... | 43 |
| 3.4.3. Güçler Ve Güçlükler Anketi (GGA)..... | 43 |
| 3.5. VERİ ANALİZİ | 44 |
| DÖRDÜNCÜ BÖLÜM..... | 45 |
| BULGULAR | 45 |
| BEŞİNCİ BÖLÜM..... | 61 |
| TARTIŞMA VE YORUM | 61 |

| | |
|---|-----------|
| 5.1. Örneklemin Grup Değişkenine Göre Güçler ve Güçlükler Anketi ve Alt Boyutlarının Değerlendirilmesi..... | 61 |
| 5.2. Örneklemin Grup Değişkenine Göre Otomatik Düşünceler ve Alt Boyutlarının Değerlendirilmesi | 63 |
| 5.3. Güçler ve Güçlülükler Anketi ve Alt Boyutları ile Çocuklarda Otomatik Düşünceler Arasındaki İlişkinin İncelenmesi..... | 64 |
| 5.4. Normal Grubun Cinsiyet Değişkenine Göre Güçler ve Güçlükler Anketi ve Alt Boyutlarının Değerlendirilmesi..... | 65 |
| 5.5. Hasta Grubun Cinsiyet Değişkenine Göre Güçler ve Güçlükler Anketi ve Alt Boyutlarının Değerlendirilmesi..... | 66 |
| 5.6. Normal Grubun Cinsiyet Değişkenine Göre Çocuklarda Otomatik Düşünceler Ölçeği ve Alt Boyutlarının Değerlendirilmesi..... | 66 |
| 5.7. Hasta Grubun Cinsiyet Değişkenine Göre Çocuklarda Otomatik Düşünceler Ölçeği ve Alt Boyutlarının Değerlendirilmesi..... | 66 |
| SONUÇ VE ÖNERİLER..... | 68 |
| KAYNAKÇA..... | 69 |
| EKLER | - |

KISALTMALAR LİSTESİ

DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

BDT: Bilişsel Davranışçı Terapi

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

KLL: Kronik Lenfositik Lösemi

GS: Gliomatozis Serebri

WS: Wilms tümörü

ÇODÖ: Çocukların Otomatik Düşünceleri Ölçeği

GGA: Güçler Ve Güçlükler Anketi

TABLolar LİSTESİ

| TABLO | SAYFA |
|--|-------|
| Tablo 4.1. Normal Grubun Demografik Değişkenlere Göre Dağılımı | 45 |
| Tablo 4.2. Hasta Grubun Demografik Değişkenlere Göre Dağılımı | 46 |
| Tablo 4.3. Hasta Grubun Demografik Değişkenlere Göre Dağılımı | 48 |
| Tablo 4.4 Güçler ve Güçlülükler Anketi ve Alt Boyutlarının Betimsel İstatistikleri | 48 |
| Tablo 4.5 Çocuklarda Otomatik Düşünceler Ölçeği ve Alt Boyutlarının Betimsel İstatistikleri..... | 49 |
| Tablo 4.6 Örneklemin Grup Değişkenine Göre Güçler ve Güçlülükler Anketi ve Alt Boyutlarının Puanları Arasındaki Farkın Anlamlılığını Test Etmek İçin Yapılan Bağımsız Grup t testi Sonuçları | 49 |
| Tablo 4.7 Örneklemin Grup Değişkenine Göre Güçler ve Güçlülükler Anketi ve Alt Boyutlarının Puanları Arasındaki Farkın Anlamlılığını Test Etmek İçin Yapılan Bağımsız Grup t testi Sonuçları | 51 |
| Tablo 4.8 Güçler ve Güçlülükler Anketi ve Alt Boyutları ile Çocuklarda Otomatik Düşünceler Ölçeği ve Alt Boyutu Puanları Arasındaki İlişkiyi Belirlemek Üzere Yapılan Pearson Korelasyon Analizi Sonuçları | 52 |
| Tablo 4.9 Otomatik Düşüncelerin Güçler ve Güçlülükler Etkisi | 54 |
| Tablo 4.10 Normal Grubun Cinsiyet Değişkenine Göre Güçler ve Güçlülükler Anketi ve Alt Boyutlarının Puanları Arasındaki Farkın Anlamlılığını Test Etmek İçin Yapılan Bağımsız Grup t testi Sonuçları | 55 |
| Tablo 4.11 Hasta Grubun Cinsiyet Değişkenine Göre Güçler ve Güçlülükler Anketi ve Alt Boyutlarının Puanları Arasındaki Farkın Anlamlılığını Test Etmek İçin Yapılan Bağımsız Grup t testi Sonuçları | 56 |
| Tablo 4.12 Normal Grubun Cinsiyet Değişkenine Göre Çocuklarda Otomatik Düşünceler Ölçeği ve Alt Boyutlarının Puanları Arasındaki Farkın Anlamlılığını Test Etmek İçin Yapılan Bağımsız Grup t testi Sonuçları | 58 |
| Tablo 4.13 Hasta Grubun Cinsiyet Değişkenine Göre Çocuklarda Otomatik Düşünceler Ölçeği ve Alt Boyutlarının Puanları Arasındaki Farkın Anlamlılığını Test Etmek İçin Yapılan Bağımsız Grup t testi Sonuçları | 59 |

EKLER LİSTESİ

EK-A: Veli Onam Formu

EK-B: Kişisel Bilgi Formu

EK-C: Çocuklar İçin Otomatik Düşünceler Ölçeği

EK-D: Güçler ve Güçlükler Anketi



ÖNSÖZ

Bu tez çalışması; kanserli çocukların otomatik düşünceleri ile duygusal ve davranışsal sorunları arasındaki ilişkinin incelenmesi için yapılmıştır.

Tez danışmanlığımı yürüten psikiyatri hekimi Dr. Öğr. Üyesi Yasin GENÇ'e göstermiş olduğu ilgiden dolayı en içten dileklerle teşekkür ederim.

Eğitim öğretim hayatım boyunca bana destek olan beni cesaretlendiren, ebeveyn şefkati ve eğitimci yönleriyle bir an olsun yardımlarını esirgemeyen aileme teşekkürü borç bilir, şükranlarımı sunarım.

Eğitim hayatım boyunca desteklerinden ötürü hep yanımda olup yol gösteren hekim olan ablam Dr. Duygu YAMAN'a teşekkür ederim.

Lisans ve yüksek lisans eğitim hayatım boyunca aynı yollarda yürüdüğüm arkadaşım ve aynı zamanda meslektaşım Psk. Abakay Bengisu AYDIN'a desteklerinden dolayı teşekkür ederim.

GİRİŞ

Çağımız, sağlık alanının ve insanımızın en büyük ve devam eden problemlerinden biri kanserdir.¹ Kanser, bir grup anormal hücrenin normal hücre bölünmesi kurallarını reddedip kontrolsüz bir biçimde bölündüğü ve büyüdüğü bir hastalıktır. Normal hücreler; hücre bölünmesi, başka bir hücreye ayrılması ya da ölmesi gibi işleyişleri için sürekli olarak sinyal alırlar. Kanser hücreleri ise bu uyarıların aksine işleyişleri için bir otonomi geliştirip, kontrolsüz büyüme ve çoğalmaya başlarlar. Kanser hücrelerinin bu çoğalmalarının devam edip yayılmalarının önüne geçilmezse, sonuç ölümcül olabilir. Kanser, hücrelerin denetimsiz bir şekilde belirginleşmesi ve sıradan olmayan bir tarzda yayılmasıyla beraber karakterize olmuş hastalıklar kümesini açıklamakta ve sağlık sorunları kategorisinde dünyada çok önemli bir durum teşkil etmektedir.²

Dünyada kanserin insanlar için önemli bir ölüm nedeni olduğunun belirtilmesiyle beraber aynı zamanda çeşitli psikiyatrik sorunların oluşmasında önemli bir etkisinin olduğu da açıklanmaktadır. Kanserin süreğen bir hastalık olduğu ve hastayla beraber yakınlarının da bu süreçten etkilendiği görülmektedir. Kanser teşhisi olan bir hastada en çok gözlemlenen tepki aşırı kızgınlık halidir. Bu kızgınlık aslında hastalığı karşıdır ama bunun doktorlara, sağlık çalışanlarına ve sosyal çevresine de aktardığı görülmektedir. Çoğunlukla görülen bir başka tepkiye suçluluktur; hasta, kansere yakalandığı için ne gibi bir suç işlediğini irdelemeye çalışır. Kişiler kanseri yapmış oldukları bir hatadan dolayı ceza olarak değerlendirebilirler.³ Bir yandan da beden imajı bozulan hasta bu dönemden itibaren asla fiziksel olarak kendini tam hissedemeyebilir. Kendi eski fiziksel görüntüsünü tekrar kazanamama korkusu, hastayı ruhsal olarak yaralayabilir. Kanser teşhisi olan bir kişi, olmayan kişilerle ve hayat öykülerine hakim olma da sıkıntılar yaşayabilir. Kanser hastalarının hayat öykülerinde meydana gelen problemleri başta uykusuzluk olmak üzere, ağrı, yorgunluk gibi kişilerin günlük hayatlarını olumsuz etkileyen faktörler oluşturmaktadır.⁴

¹ Sedat Özkan, *Psiko-Onkoloji*, Form Reklam Hizmetleri, İstanbul, 2007.

² The Top Ten Causes of Death 2017. World Health Organization. İnternet Erişim Adresi: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/>. Erişim Tarihi: 12.12.2019

³ Gülcan Güleç ve Alev Büyükkınacı, *Kanser ve psikiyatrik bozukluklar*, Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 3(2), 2011, s.343-367.

⁴ Sheau-Yan Ho vd., *A longitudinal study of depression, fatigue, and sleep disturbances as a symptom cluster in women with breast cancer.* *Journal of pain and symptom management*, Journal of Pain and Symptom Management, 49(4), 2015, s.707-715.

Kanser, fiziksel rahatsızlıkların arasında etkili bir rolü vardır. Kanser, bulundurduğu riskten daha çok endişe yaratan, bireyi içinde bulunduğu durumdan, ilişkilerden ayıran bir tehdittir. Başka bir ifadeyle kanser, önemli ve sürekliliği bulunan bir hastalık olmasından daha da önemli korku, belirsizlik, ümitsizlik, suçluluk, bir çözüm yolu bulamamak, sabredememek, ayrılma ve ölüm duygularını, fikirlerini anımsatır. Bireyin oluşuna ve var oluşuyla bağlantılı problemleri açığa çıkarır. Hastalar bakımından hastalığı idrak etme çok ciddidir. Yaşadıkları bu problemler hastaların yaşam kalitesini düşürmekte, artan duygusal sosyal güçlükler hastalık etkilemektedir. Bu yüzden hemşireler; hastalara yönelik eğitim, sosyal destek, danışmanlık hizmetlerini içeren yaklaşımları kullanabilir.⁵

Hastalar kanser sürecinde rol beklentilerini yerine getirememeye, kendine ve başkalarına yönelik yıkıcı davranış, geleceğe dair planlar yapmak konusunda endişe, kanser tedavisi ve yan etkileri hakkında korku, anksiyete, sosyal aktiviteye katılımda azalma, temel ihtiyaçları karşılamada yetersizlik gibi etkisiz baş etme yöntemleri kullanabilmektedir. Bu süreçte hastaların problem çözme becerisinin geliştirilmesi hastalar için önemlidir.^{6 7} Kanserli bireylerde maruz kaldıkları fiziksel ve duygusal değişimler sonucunda kendileriyle, çevresiyle ve dünyayı algılamasıyla ilgili otomatik düşünceler oluşabilir.

Hastaların tanılarını kabul etmeleri, tedavide üzerine düşenleri yerine getirmeleri ve tedavi ekibiyle güven ilişkisi içinde olmaları tedavi uyumlarının yüksek olduğunu gösterir. Tedavi uyumunu etkileyen en önemli faktörlerden biri de hastalık algısı olarak kavramlaştırılmıştır. Hastalık algısı, hastalık ve belirtilerini anlayıp bunlarla baş edebilmek için kullanılan zihinsel temsillerden oluşur ve bu zihinsel temsiller otomatik düşünceleri meydana getirir.⁸ Temel inanç ve ara inançların sonucunda oluşan otomatik düşünceler, bilişsel kuramın başlıca kavramları arasında yer almaktadır.⁹ Günümüz insanların hemen hepsi giderek karmaşıklaşan toplum içinde problem çözmeye yönelik birçok durumla karşı karşıya kalmaktadırlar. Kişilerin koşulları, ihtiyaçları ve beklentilerine göre değişiklik gösteren problem kavramı çok geniş kapsamlıdır. Her bireye göre problemi algılama durumu değişiklik

⁵ Meltem Gürçan ve Sevcan Atay Turan, *Kanser Tedavisi Alan Çocuklarda Bulantı-Kusmaya Yönelik Semptom Yönetimi: Kanıt Temelli Uygulamalar*, Güncel Pediatri, 17(1), 2019, s.170-182.

⁶ Jolien Admiraal vd., *Web-Based Tailored Psychoeducation for Breast Cancer Patients at the Onset of the Survivorship Phase: A Multicenter Randomized Controlled Trial*, Journal of pain and symptom management, 54(4), 2017, s.466-475.

⁷ Ly Thuy Nguyen vd., *Psychoeducational intervention for symptom management of fatigue, pain, and sleep disturbance cluster among cancer patients: a pilot quasi-experimental study*, Journal of pain and symptom management, 55(6), 2018, s.1459-1472.

⁸ Olga Husson vd., *Illness perceptions in cancer survivors: what is the role of information provision?*, Psycho-Oncology, 22(3), 2013, s.490-498.

⁹ Nancy Murdock, *Psikolojik danışma ve psikoterapi kuramları*, F. Akkoyun, Çev. Edt.: Nobel Yayınevi, Ankara, 2012.

göstereceğinden dolayı, problemi çözme davranışları da buna bağlı olarak değişecektir. Bir problemin çözümündeki başarı problemin ele alınış biçimine göre kişiden kişiye değişiklik göstermektedir. Burada bireyin problemle başa çıkmadaki becerisi kadar, probleme eşlik eden diğer kişilik özellikleri ve yaşam koşulları da önemli rol oynamaktadır. Birey problemini çözmede yetersiz kalması çevresinde gittikçe artan problemler, kaygı ve depresyon gibi sonuçlara da yol açabilmektedir.¹⁰

Bireylerin hayat deneyimleri ile devam eden değişikliklerle birlikte ilerlemenin yarattığı tabii güçlüklerle kendini gösteren olumsuz reaksiyonlara uyum ve davranış problemleri tanımlaması yapılmaktadır.¹¹ Davranış sorunları, farklı ortamlarda gözlenen klinik olarak önemli davranış kalıpları olan davranış bozukluklarının öncüleridir. Bu sorunlu davranışları sınıflandırmanın sistematik bir yolu yoktur; ancak, genellikle kontrolsüz davranışlar olarak kabul edilirler ve dışsal bozukluklar olarak adlandırılan daha genel bir şekilde davranış bozuklukları kategorisine girerler.¹² Kanserli çocuklarda en yaygın saldırganlık gibi davranış sorunları görülmektedir.¹³

¹⁰ Songül Tümkaya ve Ayten İflazoğlu, *Çukurova Üniversitesi Sınıf Öğretmenliği Öğrencilerinin Otomatik Düşünce ve Problem Çözme Düzeylerinin Bazı Sosyo Demografik Değişkenlere Göre İncelenmesi*, Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 6(6), 2000, s.143-158

¹¹ Fatih Kılıçarslan, *Çocuk ve Aile Sorunlarının Terapi ile Tedavisi*, Nobel, Ankara, 2006, s.87

¹² Şengül Hafizoğlu, *The Relationship Among Emotional Intelligence, Psychological Adjustment And Behavior Problems During Adolescence*, Boğaziçi Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, 2007, s.23 (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi).

¹³ Bar-on, a.g.e., 2005, s.41-62

BİRİNCİ BÖLÜM

1.1. ARAŞTIRMANIN PROBLEMLERİ

Araştırmanın problemi kanserli çocukların otomatik düşünceleri ile duygusal ve davranışsal sorunlar arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

1.1.1. Alt Problemler

1. Güç ve güçlükler anketine göre normal grup ile hasta grup arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?

2. Otomatik düşünceler ölçeğine göre normal grup ile hasta grup arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?

3. Güç ve güçlükler anketi ve alt boyutları ile otomatik düşünceler ve alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

4. Kanser hastası olmayan çocukların cinsiyet değişkeni ile güçler ve güçlükler anketi ve alt boyutları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?

5. Kanser hastası olan çocukların cinsiyet değişkeni ile güçler ve güçlükler anketi ve alt boyutları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?

6. Kanser hastası olmayan çocukların cinsiyet değişkeni ile otomatik düşünceler ve alt boyutları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?

7. Kanser hastası olan çocukların cinsiyet değişkeni ile otomatik düşünceler ve alt boyutları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?

1.2. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ

1. Güç ve güçlükler anketine göre normal grup ile hasta grup arasında anlamlı bir farklılık vardır.

2. Otomatik düşünceler ölçeğine göre normal grup ile hasta grup arasında anlamlı bir farklılık vardır.

3. Güç ve güçlükler anketi ve alt boyutları ile otomatik düşünceler ve alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki vardır.

4. Kanser hastası olmayan çocukların cinsiyet değişkeni ile güçler ve güçlükler anketi ve alt boyutları arasında anlamlı bir farklılık vardır.

5. Kanser hastası olan çocukların cinsiyet değişkeni ile güçler ve güçlükler anketi ve alt boyutları arasında anlamlı bir farklılık vardır.

6. Kanser hastası olmayan çocukların cinsiyet değişkeni ile otomatik düşünceler ve alt boyutları arasında anlamlı bir farklılık vardır.

7. Kanser hastası olan çocukların cinsiyet değişkeni ile otomatik düşünceler ve alt boyutları arasında anlamlı bir farklılık vardır.

1.3. ARAŞTIRMANIN AMACI

Yapılan bu çalışmanın amacı kanserli çocukların otomatik düşünceleri ile duygusal ve davranışsal sorunları arasındaki ilişkinin incelenmesidir. Araştırmamızda çocukların otomatik düşünceleri, duygularını davranışlarını etkileyebilecek bazı demografik değişkenlere göre incelenecektir.

1.4. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ

Kanser, kronik bir rahatsızlık olarak önemli bir sağlık sorunudur ve yaygınlığı tüm dünyada her geçen gün artmaktadır. Kanser tanısı alan ya da olasılığı olan hastalarda olumsuz duygu ve düşüncelerin gelişmesi neredeyse kaçınılmazdır. Çünkü kanser tanısı, psikolojik sıkıntı, fiziksel acı ve gelecekle ilgili olasılıkları beraberinde getiren hayatın en rahatsız edici ve moral bozucu olaylarından birisidir. Tanıya verilen ilk tepkilerden sonra kanser hastasının ve hasta ailesinin tedavi süreci ile ilgili kararlar vermesi, uzun ve zorlayıcı tedaviler ile baş etmesi gerekir. Çünkü kanser, hastalar üzerinde uzun süre devam edebilecek ve hastanın hayatını ciddi bir şekilde etkileyip yaşam kalitesini bozabilecek bir hastalık olduğu için hasta ve yakınlarının hastalığı kabul edip hastalığa uyum sağlamayı öğrenmeleri gerekmektedir. Bu uyum sürecinde kişilerde buldukları konum ve gelecekle ilgili olumsuz beklentilerin etkisiyle otomatik düşünceler meydana gelebilir. Otomatik düşünce bilinçliliğin akışında istemeden ortaya çıkan düşünceler ve imgeler olarak tanımlanabilir. Yani otomatik düşünce kanser hastası olan çocuklarda fonksiyonel olmayan inançlar, yaşam boyu gelişen, genellikle değişmez ve kalıcı özellikte olan uygulamaları kapsayabilir. Bu durumda çocukların duygularının ve davranışlarının etkilenmesi muhtemeldir. Yapılan bu araştırma, bu engellere ve çözüm önerilerine yer verdiği için de önemlidir ve bu konuda yapılan çalışmaların yetersiz olması nedeniyle de yapılacak başka çalışmalara da kaynak olma özelliği taşır.

1.5. ARAŞTIRMANIN SAYILTIARI

Araştırmamızın varsayımları;

1. Araştırmaya katılacak kişilerin soruları iÇtenlikle cevaplayacakları varsayılmaktadır.

2. Bu araştırmanın örneklem grubu 8-12 yaş grubu çocuklarda kanser tanısı almış ve hastalığı atlamıŐ, tedavisi devam eden katılımcıları iÇermektedir.

3. Araştırmanın örneklem grubu 8-12 yaş grubu kanserli çocuklar evreni temsil etmektedir.

4. Araştırmamızın ölçekleri kişisel bilgi formu, çocuklarda otomatik düşünceler ölçeği, güçler ve güçlükler anketi ile ilgili değişkenler; geçerli ve güvenilir olarak ölçmektedir.

1.6. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

1. Bu araştırmanın evreni İstanbul ilindeki belirlenen devlet hastanelerindeki 8-12 yaş grubu çocuklar ve aileleri ile sınırlıdır.

2. Araştırmada kullanılan ölçekler, kişisel bilgi formu, çocuklarda otomatik düşünceler ölçeği, güçler ve güçlükler anketi ile sınırlıdır.

3. Araştırmamızın literatürü ulaŐılabilen makaleler, kitaplar, yayınlamıŐ tezler ve dergiler ile sınırlıdır.

İKİNCİ BÖLÜM

KURAMSAL VE KAVRAMSAL ÇERÇEVE

2.1. KANSER

Kanser, günümüzün en sık görülen sağlık problemlerinden biridir. Kanser hastalığı hasta ve hasta yakınlarını fiziksel ve ruhsal olarak etkileyen zorlu bir süreç olduğu bilinmektedir. Tıbbi gelişmelere rağmen kanser hala hasta ve yakınları için korkulan bir hastalık olarak algılanmaktadır. Kanser acı çekme, umutsuzluk, sona yaklaşım ve ölüm ile zaman zaman aynı anlama geldiği düşünülmektedir.¹⁴

Kanser, bir grup anormal hücrenin normal hücre bölünmesi kurallarını reddedip kontrolsüz bir biçimde bölündüğü ve büyüdüğü bir hastalıktır. Normal hücreler; hücre bölünmesi, başka bir hücreye ayrılması ya da ölmesi gibi işleyişleri için sürekli olarak sinyal alırlar. Kanser hücreleri ise bu uyarıların aksine işleyişleri için bir otonomi geliştirip, kontrolsüz büyüme ve çoğalmaya başlarlar. Kanser hücrelerinin bu çoğalmalarının devam edip yayılmalarının önüne geçilmezse, sonuç ölümcül olabilir. Aslında, kansere bağlı ölümlerin %90'ı, tümörün vücuda yayılması yani metastaz sonucu gerçekleşmektedir. Kanseri en kısa, hücrelerin kontrol edilemeyen bir şekilde çoğalması olarak tanımlayabiliriz. Kanser hücreleri çoğalma esnasında, normal hücrelere kıyasla yapısal ve işlevsel açıdan farklılıklar göstermektedir. Bazen hücre normalde yaptığı işlevleri yapmamaya başlarken, bazen de normalde olmayan bazı işlevleri yapmaya başlayabilir. Anormal olarak çoğalan bu hücreler bulunduğu yerdeki doku ve organları etkileyecek hatta uzakta bulunan organlara da etki göstererek görevlerine engel olabilecektir. Hücre kontrolünün bozularak bir hastalık olan kansere dönüşme süresi, kanserin türüne göre değişmekle birlikte ortalama 15 - 20 yıldır. Kanserin nedeni ve oluş mekanizması tam olarak bilinmemektedir. Kanseler köken aldıkları doku ve organlara göre isim alırlar.¹⁵

Kanser, hücrelerin denetimsiz bir şekilde belirginleşmesi ve sıradan olmayan bir tarzda yayılmasıyla beraber karakterize olmuş hastalıklar kümesini açıklamakta ve sağlık sorunları kategorisinde dünyada çok önemli bir durum teşkil etmektedir. Gelişmiş ülkelerinde yapılan araştırmalarda kanserin kalp rahatsızlıklarından sonra ölüme sebebiyet veren ikinci neden olduğu belirlenmiştir ve dünyada görülen

¹⁴ Gülsüm Üzüm ve Sevgi Nehir Türkmen, *Kanser hastalarında psiko eğitimin problem çözme becerisine etkisi*, Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 10(1), 2018, s.75-81.

¹⁵ Onur Baykara, *Kanser Tedavisinde Güncel Yaklaşımlar*, Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi, 5(3), 2016, s.154-165.

ölümlerin %22,3 ünün kanserden kaynaklandığı ifade edilmektedir.¹⁶ Bu oranın Türkiye’de yüz binde 55,77 olduğu gözlemlenmekte ve aktarılmayan olaylar eklendiğinde de bu oranın daha yüksek olabileceği ifade edilmektedir.¹⁷

Dünyada kanserin insanlar için önemli bir ölüm nedeni olduğunun belirtilmesiyle beraber aynı zamanda çeşitli psikiyatrik sorunların oluşmasında önemli bir etkisinin olduğu da açıklanmaktadır. Kanserin süregelen bir hastalık olduğu ve hastayla beraber yakınlarının da bu süreçten etkilendiği görülmektedir. Kanseri teşhisi olan bir hastada en çok gözlemlenen tepki aşırı kızgınlık halidir. Bu kızgınlık aslında hastalığı karşıdır ama bunun doktorlara, sağlık çalışanlarına ve sosyal çevresine de aktardığı görülmektedir. Çoğunlukla görülen bir başka tepkiyse suçluluktur; hasta, kansere yakalandığı için ne gibi bir suç işlediğini irdelemeye çalışır. Kanseri bir hatasından dolayı ceza olarak değerlendirebilir.¹⁸ Bir yandan da beden imajı bozulan hasta bu dönemden itibaren asla fiziksel olarak kendini tam hissedemeyebilir. Kendi eski fiziksel görüntüsünü tekrar kazanamama korkusu, hastayı ruhsal olarak yaralayabilir. Kanseri teşhisi olan bir kişi, olmayan kişilerle ve hayat öykülerine hakim olma da sıkıntılar yaşayabilir.¹⁹ Bu dönemde görülen stresin bir diğer nedenleri, ölümün her an gelebileceği ve yapılacak olan tedavi teknikleridir. Hasta olan bireyin tedaviye uygunluğu etkileyen özellikler; fiziksel hastalığın düzeyi, devam süreci ve tedaviye yanıtına etki edebilecek ruhsal durumların öğrenilmesi olarak sıralanmaktadır. Dolayısıyla devam eden tıbbi tedaviyle birlikte hastayı psikososyal sürece dahil etmenin de çok önemli olduğu belirtilmektedir. Majör depresyona benzer psikiyatrik rahatsızlıkların çoğunluk göstermesi ve kendini gösteren bu tür psikolojik rahatsızlıkların hastalığı olan bireyde oluşabilecek psikososyal farklılıklar bakımında doktorların farkındalıklarının olmasının önemli olduğu ifade edilmektedir.²⁰

2.1.1.Kanserin Epidemiyolojisi

Değişen ve gelişen dünyada yeni tedavi yöntemlerinin keşfedilmesi ile birlikte çocukluk çağı kanserlerinde sağ kalım oranı önemli ölçüde artmıştır. Ancak, hastalığın uzun dönem etkilerinin de ele alınması gerekliliği her evrede bütüncül olarak sunulacak psikososyal bakımı önemli hale getirmektedir.^{21 22}

¹⁶ Onur, a.g.e., 2000, s.445- 446.

¹⁷ T.C. S.B. Kanser Savaş Daire Başkanlığı 1998 Yılı Türkiye Kanser İstatistikleri, 2002.

¹⁸ Ulutin, a.g.e., s.39-41.

¹⁹ Mete ve Önen, a.g.e., 2001, s.184-191.

²⁰ Stephen Lepore ve James Coyne, *Psychological interventions for distress in cancer patients: a review of reviews*, Annals of Behavioral Medicine, 32(2), 2006, s.85-92.

²¹ American Cancer Society. Cancer Facts & Figures 2018. Atlanta, American Cancer Society [İnternet]. 2018 Erişim adresi: <https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts->

Globocan verilerine göre, dünya genelinde 18,1 milyon yeni kanser vakası görüleceği ve 9,6 milyon kanser nedeniyle ölüm olacağı belirtilmektedir. En çok görülen beş kanser türü olarak akciğer, meme, kolorektal, prostat ve mide şeklinde iken; kanser nedeniyle olan ölümlerden en yaygın görülenler akciğer, kolorektal, mide, karaciğer ve meme olarak sıralanmaktadır. Dünyada erkeklerde en sık görülen ilk beş kanser türü akciğer, prostat, kolorektal, mide, karaciğer kanseri iken kadınlarda meme, kolorektal, akciğer, uterus serviksi, tiroid kanseri olarak sıralanmaktadır.²³

Globocan, verilerine göre Türkiye’de 210.537 yeni kanser vakası görüldüğü 116.710 kansere bağlı ölümler olduğu belirtilmiştir. En çok görülen ilk beş kanser türü; akciğer meme, kolorektal, prostat ve tiroid kanseri olduğu görülmektedir. Erkeklerde en çok akciğer, prostat, kolorektal, mesane ve mide görülürken kadınlarda ise meme, tiroid, kolorektal, korpus uteri ve akciğer görülmektedir.²⁴

Global Cancer Observatory’ın 2018 verilerine göre; en sık görülen kanser türleri sırasıyla; akciğer(2.1 milyon),meme (2.09 milyon),kalın bağırsak (1.8 milyon),prostat (1.3 milyon),mide (1 milyon) kanseridir. Kansere bağlı ölümlere göre ise; akciğer (1.8 milyon), kolorektal (881 bin), mide (783 bin), karaciğer (782 bin) ve meme (267 bin) sıralanmaktadır. Cinsiyete göre görülme sıklığı sırasıyla; erkeklerde, akciğer, prostat, kolorektal, mide, karaciğer; ölüme bağlı olarak ise akciğer, karaciğer, mide kolorektal, prostat olarak sıralanmaktadır. Kadınlarda görülme sıklığı meme, kolorektal, akciğer, serviks, tiroid; ölüme neden olma durumuna göre; meme, akciğer, kolorektal, serviks, mide kanserleri olarak bildirilmektedir. Çocukluk çağı kanserlerinde ise lösemi en sık görülen kanser türüdür. Gençlerde ise (15-24 yaş grubu) erkeklerde testis kanseri, kadınlarda ise tiroid kanseri ilk sıraları yer almaktadır. Dünya Kanser Araştırma Fonu’nun 2018’de yayınladığı verilerde en çok kanser vakası 100 binde yaklaşık 470 kişi ile Avustralya’da, 438 ile Yeni Zelanda’da, 374 ile de İrlanda’da bulunmaktadır. Ülkemizde, Sağlık Bakanlığının verilerine göre

andstatistics/annual-cancer-facts-and-figures/2018/cancer-facts-and-figures2018.pdf, Erişim Tarihi: 12.12.2019

²² Noone, A. M. vd., *SEER cancer statistics review, 1975-2015*, Bethesda, MD: National Cancer Institute, 2018.

²³ Freddie Bray vd., *Global Cancer Statistics 2018: Globocan Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries*, Cancer Cytopathology: a Cancer Journal for Clinicians, 68(6), 2018, s.394- 424

²⁴ Bray vd., a.g.e., 2018, s.394-424

her yıl yaklaşık 163 bin yeni kanser teşhisi konulmakta ve yaklaşık olarak günde 450 yeni kanser vakası bildirilmektedir.²⁵

2.1.2.Kanser Etiyolojisi

Bütün kanser çeşitlerinin rastlanma ve ölüm düzeyi ülkeler, kıtalar ve bölgelerde çeşitlilik içermektedir. Çok fazla nedenden dolayı bu çeşitlilikler gelişme gösterebilir. Bunlar;²⁶

Virüsler, bakteriler, parazitler

Fiziksel faktörler

Sigara

Kimyasal faktörler

Cinsel sağlık ve doğurganlıklar

Kalıtım ve ailesel faktörler

Beslenme

Hormonal faktörler

Emmünolojik faktörler olarak açıklanmaktadır.

Virüsler, Bakteriler ve Parazitler: Retrovirüslerin onkogen aktivasyonuna yol açtığı hayvanlarda kanser sebebiyet verdiği birkaç virüsün ise insanlarda kansere neden olduğu da görülmektedir. Bu virüslerden birkaçı; DNA virüsü olan Epstein Barr Virüsü, Herpes Simpleks, sitomegalovirüsler, Hepatit B-C virüsü ve HIV'dir. Kanserin ortaya çıkmasında birkaç bakteri ve parazitlerinde önemli bir etkisinin olduğu da gözlemlenmektedir.²⁷

Fiziksel Faktörler: Fiziksel faktörlerin kanser etiolojisinde çok önemli bir yerinin olduğu bilinmektedir. Yapılan bu sınıflandırmadaki nedenler içinde; iyonize radyasyon, X ışınları (röntgen), noniyonize radyasyon (solar), güneş ışınları (mor ve ötesi ışınlar), elektrik ve manyetik alanlar (alfa, beta, gama ışınları), hipertemi, kronik iritasyon veya inflamasyon ve sigara kullanımı olabilir.²⁸

²⁵ Tuba Ülgen, *Kanser Hastasına Bakım Verenlerin Evdeki Bakım Uygulamaları Ve Algılanan Sosyal Desteğin Bakım Yüküne Etkisi*, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Onkoloji Hemşireliği, İzmir, 2019, s.9 (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi).

²⁶ Fatma Eti Aslan vd., *Onkoloji, In: Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım*, 2. Baskı, Editör: Karadakovan A. Fatma Eti Aslan, Özyurt Matbaacılık, Ankara, 2014, s.183- 210

²⁷ Öznur Usta Yeşilbalkan, *Hücrel Bozukluklar*, 3. Baskı, Editör: Çelik S, Usta Yeşilbalkan Ö (eds), Nobel Akademik Yayıncılık Eğitim Danışmanlık, Ankara 2015, s.380- 406

²⁸ Ahmedin Jemal vd., *Kanser Atlası*, Amerikan Kanser Derneği, Atlanta, 2014, s.18-33

Sigara: Akciğer, larenks, oral aktivite, farenks, pankreas, böbrek, mesane, serviks tümörlerinden dolayı kaynaklanan ölümlerde de önemli bir etkisinin olduğu ifade edilmektedir.²⁹

Kimyasal Faktörler: İnsanların çalışma alanlarının içerisinde olan aflatoxin aromatik amin ve anilin boyaları, arsenik, katran, yağ, asbest, benzen, kloro metil eter, kloro etil sülfat, krom ve nikel bileşikler, vinil klorid, çinko, berilyum, kobalt, rafine edilmemiş parafin yağı, mazot, 5 hardal gazı ve kuruma benzer maddeler kansere yol açabilir. Bundan ayrı olarak birçok hastalığı tedavi etmek için kullanılan ilaçların kansere yol açtığı da bilinmektedir.³⁰

Cinsel Sağlık ve Doğurganlık: Serviks kanseri tehlikesi bulunan evli kadınlarda, erken yaşta evlilik yapanlarda, birden fazla erkekle beraberliği bulunanlarda, sıklıkla ve erken yaşta cinsel beraberliğe giren kadınlarda bu oran yükselmektedir. Doğurganlık ve menstruasyon hikayesi, menarş ve menepoz yaşı, birinci doğum yaşı, doğum sayısı, hiç doğum yapmış olmamaya benzer özellikler çok önemlidir ve tehlike oranını yükseltmektedir.³¹

Genetik ve Ailesel Özellikler: Kanser türlerinin ortalama %2'si genetik özelliklerden kaynaklandığı saptanmıştır. Birtakım ailelerde kansere yakalanma durumuna yatkınlıklarının olduğu görülmüştür. Bunun sebebinin; genetik örgü, benzer ortamlarda bulunma ve hayat tarzına benzer ilişkisel nedenlerden dolayı gerçekleşebileceği söylenmiştir.³²

Beslenme Faktörü: Kanserinin etiyolojik özelliklerinin istatistiksel olarak yarısından kaynaklı olduğu ifade edilmektedir. Beslenmeyle kanser arasında; gıdalardaki mikotoksinler, saf karsinojen maddeler, gıdalara etki edilen işlemler, sarf edilen gıdaların içeriği ve ölçüsü etki etmektedir. Birçok gıdasal özelliklerin sebep olduğu kanser çeşitlerinde; yağ oranı yüksek kalori tüketimi, hayvansal protein, alkol ve tuzlanmış maddeler bulunmaktadır.³³

Hormonal Faktörler: Birkaç kanser vakalarında hormonlar önemli bir rol oynamaktadır. Hormonal denge bozuklarıyla tümör oluşumu ve gelişmesi arasında önemli bir bağlantı olduğu saptanmıştır.

Emmünolojik Faktörler: Emmün sistemin genetik veya edinsel sebeplerle zorlanması, örnek olarak; trasnplantasyon ve AIDS hastalarında, bağışıklık

²⁹ Eti-Aslan vd., a.g.e., 2006, s.183- 210

³⁰ Jemal vd., a.g.e., 2014, s.18-33

³¹ Jemal vd., a.g.e., 2014, s.18-33

³² Jemal vd., a.g.e., 2014, s.18-33

³³ Usta-Yeşilbalkan, a.g.e., 2015, s.380- 406

sisteminin kötü olduğu çocukluk ve yaşıllık evresinde, otoimmün hastalarında kanser görölme tehlikesi yükselmektedir.^{34 35}

2.1.3.Kanser Hastası Olan Çocuklarda Psikolojik Belirtiler

Çocukluk çağı kanserlerinin psikososyal boyutunda ele alınan bir diğerkavram iyilik hali olmuştur. Kanser tanısı alan çocukların fiziksel, duygusal ve psikososyal iyilik hallerini çok yönlü biçimde değerlendiren bir çalışmada; bu çocukların depresyon ve anksiyete düzeylerinin yüksek olduğu ve her iki parametre arasında pozitif bir ilişki olduğu, öz denetim kaybı ve akademik performans kaygısının duygusal anlamda çocukları zorlarken tanı ve tedavi prosedürlerinin fiziksel iyilik halini olumsuz yönde etkilediği saptanmıştır.³⁶ Psikososyal iyilik haline etki eden stresörlerin ise enfeksiyon riski nedeniyle yapılan kısıtlamalardan, yabancılaşma hissinden ve saç dökülmesi gibi görünümdeki değişikliklerden oluştuğu ortaya konmuştur. Hastalığın psikososyal iyilik haline olan etkileri uzun dönemde de devam etmektedir. Sağ kalanların önemli bir kısmının benlik saygısında düşüklük olduğu, yüksek düzeyde depresyon yaşadıkları ve yüksek oranda görülen depresyon belirtilerinin düşük yaşam kalitesi, düşük benlik saygısı ve yüksek anksiyete düzeyiyle ilişkili olduğu saptanmıştır.³⁷

Çocukluk çağı kanseri geçirmiş olan ergenlerle ve genç yetişkinlerle yapılan bir başka niteliksel çalışma, iyi hissetmeme, yorgun ve güçsüz olma gibi kanserin doğrudan ya da tedavi yan etkilerinin katılımcılarda zorlanmalara yol açtığını iş, okul, sosyal yaşantılarının devam eden tedavi-takip prosedürlerinden çok etkilendiğini; izolasyon ve yalnızlık yaşadıklarını; geleceğin belirsizliği konusunda endişeli olduklarını ortaya koymuştur. Hastalığın çocukların yaşantısında meydana getirdiği psikososyal işlevselliği bozan bu kısa ve uzun dönem etkiler, aynı zamanda aile dinamiklerini de olumsuz olarak etkilemektedir.³⁸

Kanser tanısını ve tedavisini tam olarak anlasa bile bu durumla sağlıklı bir şekilde başa çıkamayabilir ve duygu durum problemleri yaşayabilir. Kanser tedavisi gören ergenlerde depresyon ve anksiyetenin sıkça gözleendiğini ve sağlıkla ilişkili

³⁴ Jemal vd., a.g.e., 2014, s.18-33

³⁵ Gülbeyaz Can, **Onkoloji**, 2. Baskı, Editör: Enç N, Uysal H, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul 2017, s.367-399

³⁶ Ho Cheung William Li vd., **The impact of cancer on children's physical, emotional, and psychosocial well-being**, Cancer nursing, 33(1), 2010, s.47-54.

³⁷ Ho Cheung William Li vd., **A descriptive study of the psychosocial well-being and quality of life of childhood cancer survivors in Hong Kong**, Cancer nursing, 35(6), 2012, s.447-455.

³⁸ Yuko Takei vd., **Psychosocial difficulties in adolescent and young adult survivors of childhood cancer**, Pediatrics international, 57(2), 2015, s.239-246.

yaşam kalitelerinin düşük olduğunu gösteren çalışmalar olmakla birlikte,³⁹ duygu durumlarının normal olduğunu gösteren çalışmalar da vardır. Ancak depresyon ve anksiyetesi olan hastaların hastalık algılarının olumsuz olduğu gösterilmiştir.⁴⁰

2.1.4.Kanser Hastalarının Verdikleri Tepkiler

İnkâr ve Yalıtma

İlk olarak verilen tepki kalıcı olmayan şok durumudur ve bu durum kademli olarak azalır. Oluşan ilk uyuşukluk durumu kaybolmaya başladığında ve hasta normale döndüğünde çoğunlukla verilen ilk tepki “Hayır bu bana olamaz” olur. İlk başta verilen inkâr tepkisi, hastalığı daha başlangıcından itibaren bilgisi olanlar kadar, hastalık hakkında açıklama yapılmayan ve bu durumu kendileri tarafından ortaya çıkarırlar bakımından da kabul görür. Kanser hastalarının bu tür tepkileri sadece hastalığın ilk dönemlerinde değil ara sıra diğer dönemlerde de görüldüğü gözlemlenmiştir. Aniden oluşan bu hastalıktan sonra verilen inkâr tepkisi bireyin normale dönmesine ve belli bir aralıktan sonra çok daha düşük seviyede köktenci savunma mekanizmalarına onay veren bir tampon rolü üstlenmesini sağlar.⁴¹

Öfke

Görülen ilk inkâr evresi kaybolduktan sonra yerini kızgınlık, kıskançlık ve içerleme gibi duygulara bırakır; “Neden ben, neden o değil”. Tedaviyi gerçekleştiren kişiler bakımından öfke dönemi, inkâr dönemine kıyasla güçlükle geçer. Bu durumun en önemli sebebi kızgınlık halinin her yere aktarılması ve sosyal ortamına ara sıra çoğunlukla spontane bir şekilde iletmesidir. Görülen bu durumdaki temel problem hastanın çevresindeki kişilerin çok azının kendini hastanın yerine koyması ve bu durumun nerden kaynaklandığı bulmaya odaklanmasıdır. Bu evrede hasta nereye bakarsa baksın sadece ona mutsuzluk veren şeyler bulacaktır. Hastanın çevresindeki insanlar gösterilen öfke duygusunu sadece kendilerine yönelik olduğu sanırlarsa, onların tepkileri de öfkeli bir duruma gelir ve buda hasta tarafından daha da düşmanca tavırlar sergilemesine ortam hazırlar.⁴²

Pazarlık

³⁹ Ashley Wilder Smith vd., *Health-related quality of life of adolescent and young adult patients with cancer in the United States: the Adolescent and Young Adult Health Outcomes and Patient Experience study*, Journal of clinical oncology, 31(17), 2013, s.2136.

⁴⁰ Line Wisting vd., *Adolescents with type 1 diabetes—the impact of gender, age, and health-related functioning on eating disorder psychopathology*, PloS one, 10(11), 2015.

⁴¹ Pei-Fan Mu vd., *The experiences of family members in the year following the diagnosis of a child or adolescent with cancer: a qualitative systematic review*, JBI database of systematic reviews and implementation reports, 13(5), 2015, s.293-329.

⁴² Münevver Tünel vd., *Meme kanserli hastalarda psikiyatrik sorunlar*, Arşiv Kaynak Tarama Dergisi, 21(3), 2012, s.189-219.

Diğerlerini göre pek fazla bilinmeyen bu dönem kısa sürse de kanser tanısı konan kişiye diğer dönemler kadar destek sağlayabilir. Başlangıç evresinde görülen üzücü durumlarla yüzleşmediyse ve sonraki dönemde çevresindeki kişilere ve tanrıya kızgınlığı varsa, bu durumu sonraya atmak için bir çeşit sözleşmeye girişilebilir: “Eğer tanrı bizi bu dünyadan almaya karar verdiyse ve öfkeli yakarıtlara yanıt vermiyorsa, belki de iyilikle istersek daha olumlu davranabilir.” Burada hasta bir çeşit anlaşma yapar. Bu durum tedaviye katılma ve gayret verme evresidir.⁴³

Depresyon

Birey bir süre sonra kanser oluşunu inkar edemez duruma getirdiğinde, yeni ameliyatlara alınması ya da sürekli olarak hastaneye kaldırılmak zorunda olduğunda, semptomlarda daha da kötüleştiğinde ya da ruhsal ve fiziksel olarak daha kötü bir duruma düştüğünde, bir süre sonra hastalığının gerçekliğine boyun eğmek zorunda kalır. Gevşeklik ve aldırmaçlılığının, kızgınlığıyla öfkesinin yerine bir süre sonra kayıp duygusu geçer. Fiziksel görüntülerindeki değişimler, organ kayıplarıyla beraber ödenmesi gereken hastane harcamaları veya iş ve verim kaybıyla ilgili olarak maddi durumun yetersizliği hasta yakınlarınca öğrenilmiş olup bu yetersizliğin neden olduğu depresyona reaktif (tepkise) depresyon tanımlaması yapılır. Hayati durumlar çözüme kavuşturulduğunda hastanın çok çabuk bir şekilde tedavi olduğu gözlemlenebilir.⁴⁴

Kabullenme

Şu ana kadar yaşadıklarını, hayatta olan ve çevresindeki sağlıklı insanlara karşı hissettiği kıskançlık ve ölümü onunki gibi erken gelmemiş kişilere karşı sezgilediği öfkeyi aktarabilmiş hasta kabullenme evresine geçecektir. Onun için değerli kişileri ve mekanları ileride yitireceğinde dolayı yas dönemine girecek ve belli bir seviyeye kadar sessiz bir şekilde gerçekleşecek ölümünü idrak edebilecektir. Kabullenme dönemi hastaya mutluluk veren bir dönem olarak görülmemelidir. Bu dönemi hasta duygudan mahrum bırakılmış bir şekilde yaşar. Hasta ağrıyı sanki ortadan kaybolmuş, savaş bitmiştir şeklinde algılar. “Uzun yolculuktan önceki son istirahat” zamanıdır. Bu evre aslında hastanın ailesinin olağandan çok bir şekilde yardıma ve desteğe gereksinim duyduğu evredir. Hasta çoğunlukla yalnız kalmak ister ve dışarda olup bitenlerle pek fazla ilgilenmez. Görüşmeye gelen yakınlarıyla

⁴³ Tünel vd., a.g.e., 2012, s.189-219.

⁴⁴ Wolfgang Söllner vd., *Providing psychosocial support for breast cancer patients based on screening for distress within a consultation-liaison service*, Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer, 13(12), 2004, s.893-897.

ilgilen ve onlara pek diyaloga girmez. Televizyon hasta için ilgi çekici gelmez. Konuşma sırasında sözel olmayan iletişimi seçer. Birine ihtiyaç duyduğu sadece bir el hareketini kullanabilir. Yanındaki kişinin elini tutup sessiz bir şekilde oturmasını ifade edebilir. Bu tür durumlarda hastanın ölebilmek ihtimalini sezgileyenler için çok iyi bir iletişim türüdür. O yerde oluşumuz her zaman orda bulunacağımızın teminatıdır.⁴⁵

2.1.5.Çocuklarda Kanser

Kanserin varlığı tereddütsüz bütün çocuklara büyük bir sarsıntı dönemi yaşatır. Kanserin tıbbi-fiziksel bir hastalık grubuna dahil olmasıyla beraber, ruhsal ve psikososyal bakımdan birden fazla problemi içeren bir vakadır. Bununla birlikte kanser psikolojik zorluk ve bozukluklara ortam hazırlama ihtimali en fazla olabilecek hastalık türlerindedir. Bu tür sorunların sebepleri genel olarak; saçların dökülmesi, fiziksel aktivitelerde güçlük ve yaşam stiline de değiştirilmesidir.⁴⁶

Ülkemizde çocuklarda kanser görülme sıklığı 15 yaş altında milyonda 120'dir.⁴⁷ Her yıl ülkemizde 150.000 civarında erişkin kanser olgusu beklenirken, 0-14 yaş grubunda 2500 civarında kanser olgusunun görülmesi beklenmektedir.⁴⁸ Çocuklarda kanser erişkinlere kıyasla daha nadir olup tüm kanserlerin %0.5-2'si pediatrik yaş grubunda görülmektedir. Ülkemizde yapılan epidemiyolojik çalışmalara bakıldığında; sık görülen çocukluk çağı kanserleri sırasıyla lösemiler, lenfomalar, santral sinir sistemi tümörleri, nöroblastom, Wilm's tümörü, kemik ve yumuşak doku kanserleri, retinoblastom ve karaciğer tümörleridir.^{49 50}

Tüm bu çocukluk çağı kanserlerine bakıldığında, sisplatin ve karboplatin; SSS tümörleri, nöroblastom, retinoblastom, germ hücreli tümörler, karaciğer tümörleri, kemik ve yumuşak doku tümörlerinden oluşan yaygın bir kullanım alanına sahiptirler. Platin grubu ilaçların en önemli yan etkilerinden biri kulak ve işitme üzerinedir.^{51 52}

Kanser ve devamlılığı bulunan birçok hastalıkta çocuklar hem fiziksel hem de ruhsal bakımından güçlüklerle uğraşırken, çocuğun ailesini ekonomik ve ruhsal

⁴⁵ Tünel vd., a.g.e., 2012, s.189-219.

⁴⁶ Serap Sezgin vd., *Kanserli çocukların yaşadıkları psikososyal problemler ve hemşirelik yaklaşımları*, Journal of Experimental and Clinical Medicine, 24(3), 2007, s.107-112

⁴⁷ Charles Stiller, *Epidemiology and genetics of childhood cancer*, Oncogene, 23(38), 2004, s.6429.

⁴⁸ ACCIS (The Automated Cancer Information System) -Childhood cancer incidence and survival <http://www.dep.iarc.fr/accis.htm>

⁴⁹ Kutluk, M. T. Vd., *Hospital based cancer registry for childhood cancer in Turkey. Porto, Portugal, 18-21 September 2002*, Med Ped Oncol, 39, 2002, s.317.

⁵⁰ Kutluk T., *First national pediatric cancer registry in Turkey: A Turkish pediatric oncology group study*, Ped Blood and Cancer, 43, 2004, s.452.

⁵¹ Kutluk vd., a.g.e., 2004, s.317

⁵² Kutluk, a.g.e., 2004, s.452.

yönden yaralayabilmektedir. Bu yüzden de önemli uyum problemlerine ve ruhsal sorunlara yol açabilmektedir. Çocukluk döneminde çocuk hastalıkları polikliniğine gitmekte olan hastalarda kanser, diyabet, böbrek hastalıkları, sorunlu doğumlara benzer süreğen hastalıkların oranının %15-50 civarında olduğu ifade edilmektedir. Sürekliliği bulunan kanser hastası çocukların hastalığın şiddetlenme dönemleri yoğunlaşıp arttıkça, hastalık gelişme gösterdikçe, çocuklarda ölüm hakkında korku ve kaygı sorunları artış göstermektedir. Ölümcül hastalığı yakalanmış bireyler arasında gelecek kaygısı, umarsızlık, bunalım, öfke ve ölüm korkusu en ön sıralarda yer alanlardır. Kronik hastalığı bulunan çocukların ruhsal problemlerinin artış göstermesi için çocukların ebeveynleriyle kalıyor olmaması, erkek olması, sosyoekonomik olarak sıkıntıda olması, anne eğitiminin kötü olması ve anne yaşının düşük olması tehlike unsurları olarak açıklanmıştır.⁵³

Cerrahi, radyoterapi ve kemoterapideki gelişmelerden dolayı çocukluk dönemi kanserleri ölümcül bir sorundan çok kronik bir hastalık olarak kabul edilmeye başlanmıştır. Sağlık sektöründeki bu ilerlemeler sayesinde kanserli çocukların ve ailelerin psikososyal ihtiyaçlarında da değişimler görülmüştür. Kanserli hastalarda yapılan psikolojik tedavi, tedavinin tamamlayıcı ve tek başına işlevi olmayan bir bölümü olup, hastaların fiziksel tedavisini desteklemektedir.⁵⁴

2.1.6.Çocukluk Çağı Kanser Türleri

2.1.6.1.Kronik Lenfositik Lösemi

Kelime anlamı “kanda beyazlaşma “olan lösemi, normal myeloid ya da lenfoid hematopoezin spesifik bir kademesindeki duraklama ve klonal çoğalma sonucu neoplastik hücrelerin kemik iliği ve diğer dokuları kaplaması ve periferik kanda birikmesi ile karakterize, etyolojisi tam olarak bilinmeyen ve tedavi edilmediğinde ölümlle sonuçlanan geniş bir hastalık grubudur.⁵⁵

Kronik Lenfositik Lösemi (KLL), olgun görünümlü neoplastik B lenfositlerin periferik kan, kemik iliği, lenf düğümü, dalak ve karaciğer gibi lenfoid bileşimi olan dokularda artışı ile karakterize batı ülkelerinde erişkin dönemde en sık karşılaşılan lösemi türüdür. KLL hücreleri monoklonal B lenfositlerdir. Yüzeylerinde CD19, CD5, CD23 antijenlerini bulundururken; yüzey immunglobulini, CD20, CD79b ve FMC7 antijenlerini ya çok az miktarlarda bulundururlar ya da hiç bulundurmazlar. KLL de

⁵³ Toros vd., a.g.e., 2002, s.240-247.

⁵⁴ Sezgin vd., a.g.e., 2007, s.107-112.

⁵⁵ Robert Arceci vd., *Pediatric hematology*, John Wiley and Sons, 2007, s.96.

tanı; tam kan sayımı, periferik yayma, periferik kanın akım sitometrik incelemesi ve mutlak gerekli olmasa da kemik iliği incelemesiyle konulmaktadır.⁵⁶

Lösemik hücrelerin kemik iliği (Kİ) dışındaki dokularda birikmesiyle oluşan kitleler miyeloblastom veya lenfoblastom olarak tanımlanmış olup bu ekstramedüller tutulumun en sık görüldüğü yerler; merkezi sinir sistemi (MSS), kemikler, meme dokusu, gonadlar ve lenf nodülleri, cilt, paranasal sinüslerdir.

KLL hastalarında yaşam süresi geniş çapta değişiklikler gösterir. Bazı hastalarda uzun süreli sağ kalım hatta nadir de olsa spontan remisyon görülürken, bazılarında ise ölümlerle sonuçlanan hızlı bir ilerleme meydana gelmektedir. Rai ve Binet evreleme sistemleri prognozu belirlemede kullanılan, fizik muayene ve tam kan sayımı bulgularına dayanan basit ve güvenilir yöntemlerdir. Ancak düşük evredeki hastalarda da kötü prognoz görülebilmesi evreleme ile diğer prognostik faktörlerin birlikte kullanımını gerektirmektedir.⁵⁷

Çocuklarda akut lösemiler ortalama 1/25000 çocuk/yıl oranında görülür. ALL çocuklarda en sık görülen kanser türüdür. Tüm çocukluk çağı kanserlerinin %25-30'unu oluşturmaktadır. Yeni tanı almış lösemilerin %75' ini, akut lösemilerin ise %80 'ini oluşturmaktadır. Ancak bu sıklık başta genetik ve çevresel faktörler olmak üzere birçok nedene bağlı olarak değişebilmektedir. ABD' de 15 yaşından küçüklerde ALL görülme sıklığı 3.4/100.000'dir. Ülkemizde Tübitak'ın dahil olduğu 5 büyük pediatri merkezinde incelenen toplam 10548 pediatik malignite arasında lösemiler ilk sırada yer almaktadırlar. ALL ve AML insidansı tüm toplum ele alındığında yaklaşık olarak eşittir. Fakat ALL çocukluk döneminde, AML erişkin dönemde daha siktir. ABD'de 1 yılda tanı alan olguların 3/4' ü ALL, kalanı AML'dir.⁵⁸

2.1.6.2.Merkezi Sinir Sistemi Tümörleri

Gliomatozis serebri (GS), santral sinir sisteminde (SSS) anatomik ve nöronal yapıyı bozmadan ve tümör kitlesi oluşturmadan, beynin en az 2 lobunu tutan, gliyal hücrelerin diffüz neoplastik proliferasyonu ile karakterize bir hastalıktır. Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre GS, orijini belli olmayan, yüksek gradeli nöroepitelyal tümör olarak sınıflandırılmaktadır. Cinsiyet ayrımı gözetmeyen bu tümör tüm yaş

⁵⁶ Michael Hallek vd., *Guidelines for the diagnosis and treatment of chronic lymphocytic leukemia: a report from the International Workshop on Chronic Lymphocytic Leukemia updating the National Cancer Institute-Working Group 1996 guidelines*, Blood, 111(12), 2008, s.5446-5456.

⁵⁷ Emili Montserrat, *New prognostic markers in CLL*, ASH Education Program Book, 2006(1), 2006, s.279-284.

⁵⁸ Kebudi R vd., *Pediatric Hematoloji-Pediatric Onkoloji Merkezlerinde Febril Nötropeni Tanı ve Tedavi Uygulamaları, Çalışmalar ve Sonuçları Kitabı*. İstanbul Üniversitesi, İstanbul, 2004, s.5-9

gruplarında rapor edilmiş olmakla birlikte, 5. dakikada görülme sıklığı daha yüksektir. Kaynak hücre tipi hala tartışmalıdır fakat histolojik bulguların çoğunluğu bu patolojinin astrositik orijinli olduğunu ve düşük “grade” astrositomaldakine benzer proliferasyon gösterdiğini ortaya koymuştur. Klinik bulgular nonspesifik olup, kişide davranış değişiklikleri, bayılma nöbetleri, baş ağrısı, fokal nörolojik bulgular şeklinde kendini gösterebilir. Bilgisayarlı tomografide (BT) genellikle özgül morfolojik değişiklikler gösterilememektedir. Hastalığın diffüz karakterizasyonu ve spesifik görüntüleme bulgularının olmayışı manyetik rezonans görüntüleme (MRG) ile tanı konulmasını da güçleştirmektedir. Bu çalışmada, MRG bulguları ile primer santral sinir sistemi lenfoması düşünülen GS’li bir olguda FDG PET çalışmasının hasta yönetimine katkısı vurgulanmaktadır.⁵⁹

2.1.6.3.Wilms Tümörü

Wilms tümörü (WT) çocukluk çağının en sık görülen böbrek tümörüdür. Ortalama görülme yaşı erkeklerde 36,5 ay, kızlarda 42,5 aydır. Erişkinlerde ise ender görülür ve insidansı yılda 0.2/1.000.000’den azdır. Histolojik özellikleri çocukluk çağında görülenler ile aynıdır. Erişkin WT’nin kabul edilen tanı kriterleri şunlardır: 1) Primer böbrek tümörü, 2) Primitif blastemal iğsi veya yuvarlak hücre komponenti, 3) Abortif veya embriyonal tübül ve glomerül yapıları, 4) Böbrek hücreli karsinom açısından şüpheli alan bulunmaması, 5) Yaşın 15’den büyük olmasıdır.⁶⁰

2.1.7.Çocukluk Çağı Kanserlerinde Uzun Süreli İzlemde Görülen Ruhsal Sorunlar

Kanser hastası çocuklarda devam eden tedavileri sonunda bilişsel sorunlar ve okul hayatında problemler saptanmaktadır. Buna benzer problemleri hastalık öncesi veya sonrası testler aracılığıyla öğrenme olanağı olmadığından dolayı araştırmalarda çoğunlukla hastalık öncesi ve sonrası akademik hayatı ile ilgili çözüm bulmaya çalışılabilmektedir. Kanserli remisyon vakalarının bilişsel işlevlerinde olup çocukluk yaşlarında verilen yüksek derece kraniyal radyoterapi ve intratekal kemoterapiyle bağlantılıdır. Akademik hayatta başarısızlık, dikkat problemleri, testlerde yoksulluk bu tür sorunları olan çocuk bireylerde çok görülmeyle beraber hayat standartlarını kötü bir şekilde değiştirmektedir.⁶¹

⁵⁹ Hatice Gul Hatipoğlu vd., *Primer Santral Sinir Sistemi Lenfoması: Difüzyon Ağırlıklı Görüntüleme ve Spektroskopi*, Journal of Neurological Sciences, 27(1), 2010, s.290-293

⁶⁰ Emmanuel Mitry vd., *Incidence of and survival from Wilms’ tumour in adults in Europe: data from the EUROCARE study*, European journal of cancer, 42(14), 2006, s.2363-2368.

⁶¹ Burcu Özbaran ve Serpil Eremiş, *Kanser Tedavisi Gören Çocuk ve Gençlerde Uzun Süreli İzlem Sürecinde Psikososyal Özelliklerin Tanımlanması ve Genel Yaklaşım İlkeleri*, Klinik Psikiyatri, 9(4), 2006, s.185-190.

2.1.8.Kanser Hastalarındaki Bilişsel Süreçler

Kanser tanısı olan bireylerde aynı zamanda distres ve olumsuz düşüncelerde görülmektedir.⁶² Bunun nedeni kanserin fiziksel görüntü düşüncesinde kaygılar yaratmasından dolayı hasta kendini bir bütün olarak idrak edemez. Hastanın inançları, umutları, değişme ve bozulmalar, ağrıyla başa çıkma kabiliyeti, yakınlarının destekleri, ağrıyı denetlemede etkindir. Hastanın yıkım düşünceleri kanseri kötü yöne doğru yönlendirir.⁶³ Kanser tanısı konan bireylerde ağrıyı denetlememe durumunda kaygı bozukluğu görülebilmektedir. Bu gibi durumlarda hasta ağrıyı her şeyin kötü yönde ilerlediğini, tedaviden herhangi bir sonuç alınmadığını, ölümün gelmek üzere olduğunu düşünebilir. Böyle bir durumda bireyde tedirginlik, sessizlik ve içe dönüklük görülür. Sosyal izolasyonda dolayı emosyonel tepkiler ortaya çıkabilir. Bu duruma ilave olarak kaşeksi, bitkinlik ve depresyonlar görülür. Görülen bu tür anormallikler, stres seviyesinin yükselmesine, sempatik sinir sistemindeki sorunlara, uyumadan kaynaklı kas gerginliğine ve stres hormonlarının çoğalmasına benzer fizyolojik yanıtların gerçekleşmesine ve bununla birlikte de kaygı bozukluğu, sinirlilik ve ağrıların çoğalmasına ortam hazırlar. Sağlık hizmetlerini veren buna benzer durumlara kayıtsız kalırsa hastada kaygı bozukluğu ve ağrıların çoğalması, tedavi sürecini devam ettirmeme ya da intihar etmeye çalışma gibi durumlar ortaya çıkabilir. Kanser ağrıların arttıran bu tür bilişsel ve emosyonel özelliklerden dolayı hasta öfke, ağrı, kaygı bozukluğu, depresyon, uykusuzluk gibi içinden çıkılmaz durumlara yakalanabilir.⁶⁴ Bundan dolayı, sağlık hizmetleri verenlerin kanser tanısı konan bireylerde saptanan kaygı bozukluğu, depresyon, çaresizlik, bağımlılık, içe kapanma, sinirlilik ve gerginliğe benzer kanser ağrıların arttıran, ağrıyla baş etmeyi düşüren, acı çekmesini sağlayan ve ağrıların çözümünü çok dikkatli bir şekilde kontrol etmelidir.⁶⁵

Kanser tanısı konana bireylere verilen BDT, bilişsel ve davranışsal yöntemleri uygulayarak duygu, düşünce, davranış ve bedensel semptomları açıklamaya ve aralarındaki ilişkiyi izah etmeyi hedefleyen psikolojik bir süreçtir.⁶⁶ Kanser tanısı konan bireylerin hastalıklarına verdikleri negatif yorumları ve anlamları açıklayıp yeni

⁶² Shirley Otis-Green vd., *An Integrated Psychosocial-Spiritual Model for Cancer Pain Management*, Cancer Practice, 10, 2002, s.58-65.

⁶³ Meltem Uyar ve Rüçhan Uslu, *Kanser ve palyatif bakım*, Meta Basım, 2006, s.29-45.

⁶⁴ Fatma Eti-Aslan, *Ağrı: Doğası ve kontrolü*, Avrupa Tıp Kitapçılık, İstanbul, 2006. s. 221-250.

⁶⁵ Çiğdem Papila, *Kanserli hastada psikososyal problemler*, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Türkiye'de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi No:62 2008, s.197-200

⁶⁶ Stirling Moorey ve Steven Greer, *Cognitive behaviour therapy for people with cancer*, Oxford University Press, Oxford, 2002, s.3-24.

çözüm yolları belirlemeyi, tedavi evresiyle verimli olarak başa çıkabilmek için başa çıkma davranışları edinmeyi ve bu davranışları etkin bir şekilde kullanmayı hedeflemektedir. BDT çeşitli kanser vakalarında ve hastalık dönemlerin uygulanırken sadece psikiyatrik bozukluğu bulunanlar için normal bir tedavi olarak uygulamaktan çok kanser hastalarına kontrolü verecek bir tarzda amacı ve düzeni bazı yönden varyasyona uğratılabilir. Diğer bir yandan kanser vakalarının beliren psikiyatrik bozukluklara ve hastalık çeşitlerine has birçok BDT türü çıkarılmıştır.^{67 68}

BDT çeşitlerinin genel hedefleri kanserin teşhisi, dönemi ve hastada gözlemlenen psikolojik şikayetlere göre farklılıkları işaret eder. Diğer bir yandan teşhisi yeni konan ve erken döneminde bulunan kanser hatalarıyla alakalı bulguları ve tedavinin doğurduğu yan etkileri indirmeyi amaçlamak için oluşturulmuşken terminal döneminde bulunan bireylerde kaygı bozukluğu seviyesini düşürmek için baş etme tekniklerini öğrenmek ve kaygıları indirmeye yönelik ortaya çıkarılmıştır.

69

2.1.9.Kanser Hastalarında Otomatik Düşünceler

Kanserin doğası gereği şiddetlenmesi olağan olduğunda kanser teşhisi konduğunda tahmini olarak yarısının ölebilme ihtimalinden dolayı, kanser hastaları için psikososyal desteğin verilmesi gerekli bir hal almıştır.⁷⁰ Kanser tanısı konmuş bireyler için genel olarak psikolojik uygulamalar; bilişsel davranışçı terapi (BDT), grup bilişsel davranışçı terapi (Grup BDT), psikoeğitim, destekleyici tedavi, sorun çözme ve sosyal beceri eğitimi olarak açıklanmaktadır.^{71 72} BDT'de bulunan bilişsel ölçü derinlerde bulunan olumsuz duyguları saptamak, olumsuz otomatik düşünceleri gözlemlenmek ve daha düzenli seçenekler aramak olarak ifade edilmektedir.⁷³ Bilişsel yöntemler içinde zihinsel oyalama, yeniden çerçeveleme, sorun çözme karar verme yolları kabul edilebilir. Davranışsal yöntemlerse, davranışsal oyalama, günlük yazma, aktiviteleri düzenleme ve huzurlu olmaya benzer yöntemler olarak açıklanmaktadır.

⁶⁷ Derek Hopko vd., *Cognitive-behavior therapy for depressed cancer patients in a medical care setting*, Behavior therapy, 39(2), 2008, s.126-136.

⁶⁸ Marieke Gielissen vd., *Cognitive behaviour therapy for fatigued cancer survivors: long-term follow-up*, Br J Cancer, 97, 2007, s.612-618

⁶⁹ Joseph Greer vd., *Tailoring cognitive-behavioral therapy to treat anxiety comorbid with advanced cancer*, Journal of cognitive psychotherapy, 24(4), 2010, s.294.

⁷⁰ Antonella Ciaramella ve David Spiegel, *Psychiatric disorders among cancer patients*, Handb Clin Neurol,106, 2012, s.557-572.

⁷¹ Uitterhoeve RJ vd., *Psychosocial interventions for patients with advanced cancer - a systematic review of the literature*, Br J Cancer, 91, 2004, s.1050-1062.

⁷² Paul Jacobsen ve Heather Jim, *Psychosocial interventions for anxiety and depression in adult cancer patients: achievements and challenges*, CA: a cancer journal for clinicians, 58(4), 2008, s.214-230.

⁷³ Moorey, Stirling, Steven Greer, and Steven Greer, *Cognitive behaviour therapy for people with cancer*, Oxford: Oxford University Press, 2002, s.98

Kanser tanısı konan bireylere verilen BDT’de, endişe duygularını veya somatik anksiyete semptomlarıyla beraber oluşan otomatik düşünceleri gözlemlemek amaçlanır. Örnek vermek gerekirse, çoğalan ağrıları bir terapist doku kaybını temsile benzer bir kanaate ya da herhangi bir kötüleşmenin otomatik ve endişeli duygulardan önce bildirerek bir hastaya katkıda bulunabilir. Kanser tanısı konmuş bireye eğreti otomatik düşüncelerin ne şekilde anlamlandırılabilirliği ve bir süre sonra bu tür yanlış değerlendirmelerini, endişe duygularını ya da fiziksel semptomlarını ne şekilde çözüme kavuşturabileceği aktarılabilir.⁷⁴

2.1.10.Kanser Risk Faktörleri

Genellikle insan vücudunun kanseri nasıl geliştirdiğini bilmemiz mümkün değildir. Yapılan araştırmalar, bazı risk faktörleri kişide kanser gelişme olasılığını arttırabileceği yönündedir. Bu risk faktörleri, bazen kişinin kontrol edebileceği kendi davranışlarına bağlı gelişirken, bazen de yaş ve aile geçmişi gibi insanın kontrol edemediği faktörlerle de gelişebilir. Kanser risk faktörlerinin bilinmesi kansere yakalanma olasılığı yüksek olan insanların bilinmesini kolaylaştırır. Örneğin anne ve teyzesinde meme kanseri olan birinin meme kanserine yakalanma riski daha yüksektir. Bu kişiler daha sık kontrole gidip genetik testlerini aksatmadan yaptırmaları gerekmektedir.⁷⁵

Risk faktörleri dört grupta toplanır;

1. Davranışsal; Sigara içmek, egzersiz yapmak gibi değiştirebileceğimiz risk faktörleridir.

2. Biyolojik risk faktörleri; Cinsiyet, ırk, yaş, cilt rengi gibi kişisel özelliklerdir. Bu özelliklerin kanser çeşidine göre kanser risk faktörü olup olmayacağı değişmektedir. Örneğin; prostat bezi sadece erkeklerde olduğu için prostat kanserine sadece erkekler yakalanır.

3. Çevresel risk faktörleri: Yaşanılan ya da çalışılan çevre koşulları kanser oluşumu için risk teşkil etmektedir. Hava kirliliği, sigaraya maruz kalma durumu vb. ya da diyetle alınan besinler kanser yapıcı etki oluşturmaktadır. Arsenik; akciğer kanserine, asbest; akciğer kanseri ve mezotelyomaya, benzen; lösemiye, dizel egzoz gazı; akciğer kanserine, iyonize radyasyon; lösemiye, nikel; akciğer ve nazal

⁷⁴ Ajay Wasan vd., *Delirium, depression, and anxiety in the treatment of cancer pain*, Techniques in Regional Anesthesia and Pain Management, 9(3), 2005, s.139-144.

⁷⁵ <https://www.cancer.gov/about-cancer/causesprevention/risk> Erişim: 18.10.2019

sinüs kanserlerine, radon; akciğer kanserine, UV radyasyon; cilt kanserine sebep olmaktadır.

4. Genetik risk faktörleri: Genler aracılığıyla bazı kanser türleri taşınmaktadır. Ancak bazen aile bireyleri arasında birden fazla kanser çeşidi olsa bile kalıtsal olmayabilir. Ailesinde üç kuşaktır süregelen aynı tür kanser öyküsünün olması, anne ve babasında üçten fazla kanser olgusu bulunanlarda, aile bireyinden birinde iki tür kanser bulunan bireylerde, kanser gelişme riski fazladır. Bu kişilerin genetik tarama testlerinin yapılması gerekmektedir.

AACR raporuna göre kanser risk faktörleri; sedanter yaşam, diyet, alkol, endüstriyel maruziyet, hormonlar, UV ışına maruz kalmak, radyasyon, çevresel etmenlerdir.⁷⁶

2.2. Otomatik Düşünce

Temel inanç ve ara inançların sonucunda oluşan otomatik düşünceler, bilişsel kuramın başlıca kavramları arasında yer almaktadır.⁷⁷ Bilişsel kuramın önemli temsilcilerinden biri olan Beck ve arkadaşları; otomatik düşünceleri, kişinin yaşadığı duruma özgü olarak kendiliğinden meydana gelen düşünceler olarak tanımlamaktadır. Otomatik düşünceler, olumlu veya olumsuz bir şekilde tüm bireylerde bulunmakta ve davranışlar üzerinde önemli bir etkiye sahip olmaktadır.⁷⁸

Günümüz insanların hemen hepsi giderek karmaşıklaşan toplum içinde problem çözmeye yönelik birçok durumla karşı karşıya kalmaktadırlar. Kişilerin koşulları, ihtiyaçları ve beklentilerine göre değişiklik gösteren problem kavramı çok geniş kapsamlıdır. Her bireye göre problemi algılama durumu değişiklik göstereceğinden dolayı, problemi çözme davranışları da buna bağlı olarak değişecektir. Bir problemin çözümündeki başarı problemin ele alınış biçimine göre kişiden kişiye değişiklik göstermektedir. Burada bireyin problemle başa çıkmadaki becerisi kadar, probleme eşlik eden diğer kişilik özellikleri ve yaşam koşulları da önemli rol oynamaktadır. Birey problemini çözmede yetersiz kalması çevresinde gittikçe artan problemler, kaygı ve depresyon gibi sonuçlara da yol açabilmektedir.⁷⁹

Çeşitli tanımlamaları bulunan otomatik düşüncelerin yapısı ise konuşma dilinin aksine, kısa cümle şeklinde, gramer kurallarına uygun olmayan ve telegrafik bir

⁷⁶ American Association for Cancer Research Cancer Progress Report 2015, Erişim: 18.10.2019

⁷⁷ Murdock, a.g.e., 2012, s.140.

⁷⁸ Aaron Beck vd., *Cognitive therapy of personality disorders*, 2. Baskı, The Guilford Press, New York, 2004.

⁷⁹ Tümkeya ve İflazoğlu, a.g.e.,2000, s.143-158

biçimdedir. Ayrıca otomatik düşünceler, genellikle görsel veya sözel bir biçimde meydana gelebilmektedir.⁸⁰ Otomatik düşünceler; bir refleks gibi aniden meydana geldiği için birey otomatik düşüncelerin farkında olmamakta, devamında oluşan duyguları fark etmekte ve bu duygu durumun oluşturduğu biçimde davranış sergilemektedir. Bu anlamda bireyin hissettiği duygular, otomatik düşüncelerin içeriği ile bağlantılı olmaktadır. Dolayısıyla otomatik düşünceler; bireyin üzüntü, anksiyete, mutluluk ve öfke yaşamasına sebep olan önemli faktörlerden biri olarak karşımıza çıkmaktadır.⁸¹

Çocukluk dönemi olumsuz yaşantı ve ihmalleri ile şemaların arasındaki bağlantıyı inceleyen kısıtlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Erken çocukluk dönemi ihmallerinin depresyon ve anksiyete belirtileriyle giden kendini eleştirme, duygusal inhibisyon ve negatif bilişsel stil üzerinde bir mediatör etkisi olduğu gösterilmiştir.⁸² Otomatik düşünceler olumlu ya da olumsuz biçimde bütün insanlarda bulunmakta ve davranışlar üzerinde etkili olmaktadır. Genellikle bireyin kendini değerlendirmesi, olayları yorumlaması ve sosyal çevreden aldığı uyarıcılarla, sözel veya hayali formda ve bilinçle uyum içinde, hızlı, seri ve spontane bir şekilde ortaya çıkmaktadır. Otomatik düşünceler özellikle bireyin kendisini rahatsız hissettiği olaylar karşısında, hiçbir çaba harcamadan kendi kendine ortaya çıkmaktadır. Duygusal bozuklukların altında ise olumsuz otomatik düşünceler yatmaktadır.⁸³

Otomatik düşünceler, geçerlilikleri ve yararlılıklarına göre değerlendirildiğinde üç türü görülmektedir: Birinci türü, gerçeklikle ilişkisi olmayan düşünceler olarak tanımlanmakta ve en sık görülen otomatik düşünce türü olmaktadır. Otomatik düşüncenin ikinci türünde ise düşüncenin doğru olma olasılığı bulunmakla birlikte, kişinin bu olaydan çıkardığı sonuç yanlış olarak tanımlanmaktadır. Son olarak üçüncü türünde ise otomatik düşünceler, doğrudur ancak bu düşüncelerin işlevselliği bozulmuştur.⁸⁴ Bu otomatik düşünce türleri, bireyin kaygısının arttırmakta ve odaklanmasını güçleştirerek hedeflerine ulaşmasını engellemektedir.⁸⁵ Otomatik

⁸⁰ Judith Beck, *Bilişsel Terapi Temelleri ve Ötesi*, Nobel Yayınları, Ankara, 2015.

⁸¹ Gökdağ, C., *Otomatik Düşünceler, Fonksiyonel Olmayan Tutumlar ve Mizaç ve Karakterler Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi*, Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2014 (**Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi**).

⁸² Traue, H. C. Vd., *Chapter 28-Emotional Inhibition A2-Fink, George*, 2016, s.262-263.

⁸³ Aaron Beck vd., *Cognitive Therapy of Personality Disorders*, 2. Baskı. The Guilford Press, New York, 2004, s.31.

⁸⁴ Şahin Kapıkıran, *Ergenlerde olumsuz otomatik düşünceler ve içsel güdülenme arasındaki ilişkinin aracı ve farklılaştırıcısı olarak başarı yönelimi ve kendini engelleme davranışlarının sınanması*, Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimleri, 12(2), 2012, s.695-711

⁸⁵ Murdock, a.g.e., 2012, s.225.

düşüncelerin kaynağında sözel olarak ifade edilmeyen inanç, kural ve sayılı olarak adlandırılan ara inançları bulunmaktadır.⁸⁶

İnsanın duygularını ve bununla ilişkili davranışsal tepkilerini etkileyen şeyin, herhangi bir durumun kendisi değil, genellikle otomatik düşüncelerle kendisini belli eden, o duruma ilişkin yaptığı yorumlar olduğu vurgulanmaktadır.⁸⁷ Otomatik düşünceler kişilerin belli durumlarda kendi kendilerine söyledikleri, tekrarlayan, olumlu ya da olumsuz otomatik benlik ifadeleri olarak tanımlanır. Söz konusu düşünceler, daha belirgin düşüncelerle birlikte bir akış içindedirler; bilinçli bir çaba olmaksızın herhangi bir durum karşısında aniden ve kendiliğinden ortaya çıkarlar. Kişiler genellikle bu düşüncelerini üzerinde durmadan ve değerlendirmeden doğru olarak kabul ederler. Otomatik düşünceler genellikle olumsuzdur ve seçici soyutlama, aşırı genelleme veya keyfi çıkarsama gibi bir veya daha fazla ön yargı ya da mantık hataları içerir.⁸⁸

Beck birçok rahatsızlığın, bireylerin kendileri, çevresi ve geleceğiyle ilgili olumsuz düşüncelerinden kaynaklandığına inanır. Beck'in modelindeki bilişsel yapı daha çok depresyon, anksiyete gibi bozukluklar için oluşturulduğundan, bu yapının dışı vuruk bozukluklarla ilişkisini inceleyen çalışma oldukça azdır.⁸⁹ Bu çalışmalarda düşmanlık ve intikamla ilişkili otomatik düşüncelerin saldırganlığın en güçlü yordayıcıları olduğu ve pasif agresif davranış bozukluğu olan bireylerin düşmanlık ve intikamla ilişkili otomatik düşüncelere sahip oldukları bildirilmektedir.⁹⁰

Bilişsel terapide yer alan bilişsel işlemlerin; eksiklikler (deficiencies) ve çarpıtmalar (distortions) olarak temelde iki kategoriye ayrıldıkları ifade edilmektedir. Bilişsel çarpıtmalar; bilgi işleminin yanlış ya da etkisiz olduğunda ortaya çıkan, bireylerin önemli inançlarının ya da şemalarının yol açtığı bilişsel yapılar olarak ifade edilmektedir. Bu yapılara göre, alınan yeni bilgi bilimsel olarak işlenirken var olan şemaya uydurulmak için sıklıkla çarpıtılır. Bu çarpıtılmış değerlendirmeler otomatik düşünceler ya da imgeler olarak bilinç düzeyine ulaşır.⁹¹ Bilişsel yapıda yer alan

⁸⁶ Duygu Hiçdurmaz ve Ö. Z. Fatma, *Benliğin bilişsel yaklaşımla güçlendirilmesi*, Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 18(2), 2011, s.68-78.

⁸⁷ Judith Beck, *Bilişsel Terapi: Temel İlkeler ve Ötesi*, Çev. N Hisli Şahin, Türk Psikologlar Derneği Yayınları, Ankara, 2006.

⁸⁸ Beck, a.g.e., 2006.

⁸⁹ Aaron Beck, *Cognitive therapy and the emotional disorders*, Çev. A. Türkcan, V. Öztürk, Bilişsel Terapi ve Duygusal Bozukluklar, Litera Yayıncılık, İstanbul, 2008.

⁹⁰ Kurtoğlu E, Lise öğrencilerinde gözlenen saldırganlık düzeylerinin otomatik düşünceler, cinsiyet ve sınıf düzeyi açısından incelenmesi, Yayımlanmamış Yüksek Lisans tezi, 19 Mayıs Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Samsun, 2009.

⁹¹ Hicran Kılıç ve Seher Sevim, *Ergenlerde yalnızlık ve bilişsel çarpıtmalar*, Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi, 38(2), 2005, s.69-88.

işlevsiz inançlar bireyin düşüncesini biçimler ve psikopatolojiye özgü bilişsel hatalara yol açar. Buradaki bilişsel hataları, bilgiyi işleme sürecindeki özgün yanlılıklar ve eğilimler olarak görebiliriz. Bilişsel hatalar bilginin hatalı işlenmesi sonucunda duruma uygun olmayan ve duygusal sıkıntıya yol açan otomatik düşüncelere yol açarlar. Bir diğer deyişle, duruma uygun olmayan olumsuz otomatik düşüncelerde görülen özelliklerin sınıflandırılmasıyla, çeşitli bilişsel çarpıtma kategorileri ortaya çıkar.⁹²

Otomatik düşünceler, planlanmadan, yargılanmadan, düşünmeden, çabuk ve otomatik olarak ortaya çıkan düşüncelerdir. Doğrudan daha temel işlevsel olmayan şemaları ya da sayıltıları yansıtır ve hasta tarafından doğru olarak kabul edilirler. Bu düşünceler, bazen o kadar çabuk oluşurlar ki kişi bunların farkında olamayabilir.⁹³ Otomatik düşünceler, daha belirgin düşüncelerle birlikte bir akış içindedirler. Kişinin belirgin sorunlarına ilişkin olan bu düşünceler, içeriğinin ve anlamının ne olduğuna bağlı olarak belirli duygularla ilişkilidirler. Kişiler genellikle bunlarla ilişkili olan duyguların farkındadırlar. Biraz eğitimle bu düşüncelerinin de farkına varabilirler. Genellikle çok kısa, seri ve örtüktürler. Sözcükler ya da imajlar şeklinde oluşurlar.⁹⁴

Otomatik düşüncelerin özelliklerini şu şekilde sıralamaktadır:

- Açık ve biçimlenmişler.
- Spesifikler
- Süreklilikleri yoktur
- Telgraf ifadelerine benzerler
- Amaç yönelimli düşünme ya da sorun çözmede olduğu gibi mantıklı bir sıralama izlemezler

Bilişsel terapi sürecinde, başlangıçta, daha yüzeyde ve kolay erişilebilir olan otomatik düşünceler üzerinde durulur. Terapist, hastalık belirtilerinin hafifletilmesini sağlamak için hastasına bu düşünceleri belirlemeyi, değerlendirmeyi ve değiştirmeyi öğretir. Otomatik düşüncelerimizin belirlenmesi, değerlendirilmesi ve onlarla daha

⁹² Tuba Oruç, *Üniversite öğrencilerinde psikososyal değişkenlere göre yalnızlık ile otomatik düşünceler ilişkisinin incelenmesi*, Dokuz Eylül Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Aile Eğitimi Ve Danışmanlığı Anabilim Dalı, 2013, s.19 (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi).

⁹³ Savaşır ve Baturı, a.g.e., s.14-46.

⁹⁴ Beck, a.g.e., 2008.

işlevsel bir şekilde yüzleşilmesi genellikle duygularda olumlu yönde bir değişme ile sonuçlanır. Daha sonra tedavinin odağına, bu işlevsel olmayan otomatik düşüncelerin daha derinlerindeki ve pek çok durum için geçerli olan inançlara geçilir.⁹⁵ Otomatik düşünceler özellikle duygusal bozukluklarda görülen ve çeşitli bilişsel çarpıtmalar sonucunda ortaya çıkan ve olumsuz özellikleriyle, bilişsel düzeyde kararsızlık, dikkati toplayamama, bellekte zayıflama oluşturmaktadır.⁹⁶

2.2.1. Bilişsel Modele Göre Otomatik Düşünce

Bilişsel model, bir durum karşısında bireylerin verdikleri tepkilerin birbirinden farklı olduğunu, bunun nedenin ise her bir bireyin olayı yorumlamalarında meydana gelen farklılıklar olduğunu; bu bireysel farklılıkların ise temelde bir olaylar karşısında bireyin aklından geçen düşüncelerin, bireyin duygu ve davranışlarını etkilediğini öne sürmektedir.⁹⁷ Kuramın geliştirilmesi oldukça geriye dayanmaktadır, Beck 1967-1976 tarihleri arasında klinik çalışmaları sırasında bilişsel şemayı, bilişsel çarpıtmayı, bilişsel üçlüyü ve otomatik düşünceleri kapsayan bilişsel bir model oluşturmuştur.⁹⁸ Kuramın bir tedavi aracı olarak kullanıldığı terapilerde hedef, bireyin karşılaştığı olaylar esnasında ortaya çıkan otomatik düşünceleri fark etmeleri, bu düşüncelerini alternatif oluşturabilecek farklı düşüncelerle değiştirmeleridir.

Bilişsel kurama göre otomatik düşünceler, psikolojik rahatsızlıkların ve duygusal bozuklukların meydana gelmesinde önemli rol oynamakta ve bireyler, istikrarlı bir şekilde olumsuz otomatik düşüncelere sahip olduğunda psikolojik rahatsızlıklar meydana gelmektedir. Otomatik düşünceler, sadece psikolojik sorun yaşayan bireylerin aksine tüm bireylerde bulunmakta ancak psikolojik sorunu olan bireylerin otomatik düşüncelerinin daha hızlı, katı ve kusurlu olduğu görülmektedir.⁹⁹

2.2.2. ABC Modeline Göre Otomatik Düşünce

Ellis, duygu, düşünce ve davranışları birbirinden bağımsız olmadıklarını açıkladığı ABC modelinde;. A, ortaya çıkarıcı olay; B bilişsel değerlendirme sistemi; C, duygusal ve davranışsal olarak ortaya çıkan sonuçlar ya da bireyin duruma

⁹⁵ Beck, a.g.e., 2008.

⁹⁶ Ferda Aysan Ve Nergüz Bozkurt, *Okul Psikolojik Danışmanlarının Yaşam Doyumu, Stresle Başa Çıkma Stratejileri İle Olumsuz Otomatik Düşünceleri: İzmir İli Örnekleme*, XIII. Ulusal Eğitim Bilimleri Kurultayı, 6-9 Temmuz 2004 İnönü Üniversitesi, Eğitim Fakültesi, Malatya, 2004, s.1-15.

⁹⁷ Beck, a.g.e., 2006.

⁹⁸ Beck, a.g.e., 2008.

⁹⁹ Berna Güloğlu ve Aydın Gül, *İlköğretim 5. sınıf öğrencilerinin öğrenilmiş güçlülük ve otomatik düşünce biçimi arasındaki ilişki*, Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 33(33), 2007, s.157-168.

verdiği tepkiyi ele almak gerektiğini önermektedir.¹⁰⁰ Karşılaştığı her olay bireyin bazı temel inançlar, varsayımlar, düşünceler ve genellemeler yapmasına neden olur. B varsayımlar zaman içerisinde pekişmekte ve şemaya dönüşerek, kendini, dünya ve yaşantıları ve geleceği olumsuz olarak algılamalarına neden olmaktadır. Şemalar da kendi içinde ara inançlar ve temel inançlar olarak iki gruba ayrılmaktadır. Bu şemaların oluşmasına neden olan ise otomatik düşüncelerdir. Otomatik Düşünceler, bir durum karşısında hızla bireyin aklından geçen, bireyin bilinçli bir çaba olmaksızın fark edemediği ortama ve duruma has bilişler şeklinde açıklanmaktadır.^{101 102}

Bu modelin içinde yer alan otomatik düşünce, seansları sırasında düşüncelerini sansürlemeden ifade etmeleri üzerine çalışırken danışanlarının ifade edemedikleri düşünce akışlarının olduğunu fark etmesiyle ortaya çıkmıştır. Otomatik düşünceler belli bir duruma özgüdür, somutturlar ve amaca yönelik mantıksal adımları takip etmedikleri için hızlı bir şekilde ortaya çıkarlar. Birey oluşan bu düşüncelerin gerçeklik düzeyini sorgulamadan kabul etme eğilimindedir. Düşüncelerin gerçekliği sorgulandığında bile otomatik düşüncelere inanmaya devam edilebilir.¹⁰³

2.2.3. Otomatik Düşüncede Ara İnançlar

Otomatik düşüncelerin ortaya çıkmasına yol açan ara inançlar; zihnin derinliklerinde bulunan, genellikle sözel ifade şeklinde olmayan, kişinin kendisine, çevresine ve dünyaya karşı algıları veya fikirleri olarak tanımlanmaktadır.¹⁰⁴ Gözlemler, deneyimler ve çevreden öğrenilen bilgilerle şekillenen ara inançlar; değişmesi zor ve katı bilişlerdir.¹⁰⁵ Ara inançlar, söze dökülmeseler bile davranışların soyut düzenleyicileri olarak ifade edilmektedir.¹⁰⁶ Bu anlamda ara inançlar, bireyin olaya karşı görüşünü etkilemekte ve bu yüzden düşünceleri, davranışları ve duyguları belirlemede önemli rol oynamaktadır.

Otomatik düşünceler gibi ara inançlar da sadece psikolojik sorunları olan bireylerin aksine, tüm bireylerde görülmektedir. Psikolojik sorunları olan bireylerde

¹⁰⁰ Hakan Türkçapar, *Bilişsel Terapi Temel İlkeler ve Uygulama*, 1. Basım, HYB Yayın, Ankara, 2018.

¹⁰¹ Beck, a.g.e., 2006

¹⁰² Türkçapar, a.g.e., 2008.

¹⁰³ Hakan Türkçapar, *Bilişsel Terapi*, 7. Basım, Boylam Psikiyatri Enstitüsü, HYB Yayıncılık, Ankara, 2014.

¹⁰⁴ Fikret Karahan ve Mehmet E. Sardoğan, *Psikolojik danışma ve psikoterapide kuramlar*, Deniz Kültür Yayınları, 2012.

¹⁰⁵ Aaron Beck ve Emery, G., *Anksiyete bozuklukları ve fobiler: Bilişsel bir bakış açısı*, 4. Baskı, Çeviren: Özakkaş, T., ve Öztürk, V., Litera yayıncılık, İstanbul, 2017.

¹⁰⁶ Ertuğrul Köroğlu, *Psikiyatri El Kitabı*, 2. Baskı, HYB Basım Yayın, Ankara, 2009.

bulunan ara inançlar, yoğun ve olumsuz bir şekilde olmaktadır.¹⁰⁷ Ara inanç olarak adlandırılan kural, sayılı ve tutumlar; bireyin bilişlerinin daha derinlerinde bulunan temel inançlardan kaynağını almaktadır.

2.2.4. Otomatik Düşüncede Temel İnançlar

Bilişsel yapının en önemli basamağı olan temel inançlar, otomatik düşüncelerin ve ara inançların kaynağını oluşturmaktadır.¹⁰⁸ Temel inançlar; kişinin kendisi, çevresi ve dünyası hakkındaki başlıca sayılılarını kapsayan, geçmiş yaşantı ve deneyimler sonucunda meydana gelen bilişsel yapılar olarak tanımlanmaktadır. Zihnin en derinlerinde bulunan temel inançlar; katı, değişime karşı dirençli, aşırı genellenmiş bir yapı göstermekte ve herhangi bir koşul veya olayla ilgili olmadan meydana gelmektedir.¹⁰⁹ Ayrıca temel inançların oluşumunda, bireyin erken çocukluk yaşantısındaki deneyimleri ve kendisi için önemli insanlar ile kurduğu ilişkileri, etkili olmaktadır.¹¹⁰

Temel inançlar bireylerde olumlu ve olumsuz çiftler şeklinde (sevilme/sevilmeme gibi) görülmektedir. Yaşamın çoğu döneminde olumlu temel inançlar hakim olmaktadır; psikolojik problemin olduğu zamanlarda ise olumsuz temel inançlar etkin olmaktadır.¹¹¹

Sonuç olarak otomatik düşünceler, temel ve ara inançların bir sonucu olarak meydana gelmektedir. Bu bağlamda en temelde bulunan temel inançlar, ara inançlara; ara inançlar ise otomatik düşüncelere neden olarak bireyin farklı duygular hissedip farklı davranmasına neden olmaktadır.¹¹² Kişilerin olumsuz otomatik düşünceleri ve fonksiyonel olmayan ara inançları, birtakım psikolojik rahatsızlıkların nedeni olarak görülmektedir. Bireylerin olumsuz otomatik düşüncelerin geliştirmesinin kaynağında ise olumsuz temel inançları veya kişinin gelişim sürecinde meydana gelen hatalı ve eksik öğrenmeleri vardır. Bu bağlamda ara inanç

¹⁰⁷ Karahan ve Sardoğan, a.g.e.

¹⁰⁸ Süleyman Barbaros Yalçın, *Bilişsel Terapi*, (A. Akın, & R. Şahin, Eds.), Psikolojik Danışma Kuramları, Lisans Yayıncılık, İstanbul, 2004, s.219- 251.

¹⁰⁹ Hakan Türkçapar vd., *Bilişsel davranışçı terapiler*, Psikoterapi Yöntemleri (Eds E Köroğlu, MH Türkçapar), 2009, s.115- 116.

¹¹⁰ DeRubeis, R. J. Vd., *Cognitive Therapy*. In K.S. Dobson (Ed.), Handbook of Cognitive-Behavioral Therapies. USA: Guilford Press, 2009, s.277-316.

¹¹¹ Ergin, D. A. (). Ankara'da Yaşayan İlköğretim Öğrencilerinde Olumsuz Otomatik Düşüncelerin İncelenmesi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2013 (**Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi**).

¹¹² Murdock, a.g.e., 2012, s.117.

ve temel inançların yol açtığı otomatik düşüncelerin değiştirilmesinin, bilişsel terapinin temel amacını oluşturduğu söylenebilir.¹¹³

2.2.5. Otomatik Düşünceler ve Psikolojik Problemler

Otomatik düşünceler; odaklanamama, umutsuzluk, kaygı, bellekte zayıflama, kararsızlık gibi çeşitli psikolojik sorunlara sebep olmaktadır.¹¹⁴ Ayrıca depresyon ve anksiyete düzeyi yüksek olan kişilerin otomatik düşünceleri; yoğun bir şekilde olmakta, tedavi döneminde ise bu düzey azalmaya başlamaktadır. Bireylerin otomatik düşüncelerinin yoğunluğu ile psikolojik rahatsızlıklarının düzeyi arasında ilişki olduğunu ve otomatik düşüncelerin yoğunluğu arttıkça psikolojik rahatsızlıkların düzeyinin de artış gösterdiğini belirtmektedir. Buradan yola çıkarak otomatik düşüncelerin şiddeti ve sıklığının psikolojik sorunların gelişiminde önemli bir etkiye sahip olduğu sonucuna ulaşılabilmektedir.¹¹⁵

Psikolojik sorunların gelişiminde önemli rol oynayan otomatik düşüncelerin temelinde erken çocukluk dönemindeki yaşantılarla oluşan şemalar bulunmaktadır. Çocukluk döneminde gelişmeye başlayan bu şemaların kişinin kendisine, çevresine ve dünyasına ilişkin davranışları üzerinde önemli bir etkisi olmaktadır. Bununla birlikte işlevsel olmayan inançlar veya şemalar; bilgi işleme sürecinde bilişsel çarpıtmalara sebep olmakta, bunların sonucunda ise otomatik düşünceler meydana gelmektedir.¹¹⁶

2.2.6. ABC Modeli

Ellis de irrasyonel inanışların varlığına ve önemine değinmektedir. Ellis'e göre düşünceler, duygular ve davranışlar üzerinde belirleyici bir role sahip olmakta ve deneyimlenen duygusal sorunların özünde irrasyonel inançların olduğunu belirtmektedir.¹¹⁷ Ellis davranışı, geliştirdiği A, B, C modelini esas alarak açıklamaktadır. Bu model; bir olaydan (A) sonra meydana gelen duygusal ve davranışsal tepkileri (C), bireyin bu duruma yönelik çıkarımları ve inanışlarıyla (B)

¹¹³ Türkçapar, a.g.e.

¹¹⁴ Aysan, F. ve Bozkurt, N. *Okul psikolojik danışmanlarının yaşam doyumu, stresle başa çıkma stratejileri ile olumsuz otomatik düşünceleri*, İzmir ili örnekleme. XIII. Ulusal Eğitim Bilimleri Kurultayı, İnönü Üniversitesi, Eğitim Fakültesi, 6-9 Temmuz, 2004, s.1-15.

¹¹⁵ Güven, N. (). İlişkilerle ilgili bilişsel çarpıtmalar ve evlilikte problem çözme becerilerinin evlilik doyumu ile ilişkisi, Ankara Üniversitesi, Ankara, 2005 (**Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi**).

¹¹⁶ Kristina Fuhr vd., *Attachment, dysfunctional attitudes, self-esteem, and association to depressive symptoms in patients with mood disorders*, Journal of affective disorders, 212, 2017, s.110-116.

¹¹⁷ Albert Ellis, *The theory of rational-emotive therapy*, A. Ellis & J.M. Whiteley. (Ed.), Theoretical and empirical foundations of rationalemotive therapy. California: Brooks/Cole Publishing Company, 2007, s. 33- 60.

açıklamaktadır. Bununla birlikte, bu kuramda istenilen davranış değişikliğinin olmasının irrasyonel inanışların değişimiyle mümkün olacağı savunulmaktadır.¹¹⁸

REBT'e göre ABC teorisi kişiliğin merkezidir. A, bir insanın bir durumunun, bir olayının, bir davranışının veya tutumunun varlığıdır (A harekete geçiren olaydır, bir gerçeği veya olayın veya bir kişinin davranışını veya tutumunu içerir.) C, insanın duygusal ve davranışsal sonuç ya da tepkisidir. Reaksiyon sağlıklı veya sağlıklı olmayan olabilir. A (harekete geçiren olay), C (duygusal sonuç)'nin nedeni değildir.¹¹⁹ Başlatan olay duygusal sonuca direk olarak katkıda bulunur, fakat tek ve tamamen nedeni değildir. Dolayısıyla A ve C ilişkisine bakıldığında bu ilişkide etken olan başka bir faktör görülür. A ve C arasında davranışı etkileyen bir düşünce süreci vardır. Bu da B yani inanç sistemidir. İnsanlar gelişimi esnasında karar vermelerine ve durumları, diğer insanları ve olayları değerlendirmelerine yardımcı olacak bir inanç sistemi geliştirirler. Böylece yaşamımızda bizi harekete geçiren çeşitli olayların duygusal ve davranışsal sonuçları inanç sistemimiz tarafından kontrol edilmektedir.¹²⁰ Bu inanç sistemi de C'yi ve buradaki tepkileri etkileyebilir.¹²¹ Bu nedenle $A \times B = C$ olarak ifade edildi. A, B ve C'nin göründüklerinden daha komplikedirler. Birincisi birbirleri ile etkileşim içindedirler ve birbirlerinin izlerini taşırlar, ikincisi özellikle B bireyin sadece inanç sistemini, içermez aynı zamanda duygusal ve davranışsal sisteminin bütünleştirici yönlerini de içerir. Tüm bunlar açık (bilinçli) veya üstü kapalı (Bilinçdışı) bilişsel, duygusal ve davranışsal öğeler taşırlar. Bu nedenle bunlara mantık dışı inanç denmektedir. İnsanlar harekete geçirici (A) ile karşılaştıklarında ve bununla ilgili fonksiyonel olmayan duygusal ve davranışsal sonuç (C) yaşadıklarında A ile ilgili rasyonel olmayan inançlara olduğu kadar rasyonel inançlara da sahiptirler. Bu nedenle $A \times B = C$. Bu formül teorinin temelidir.¹²² D noktasında bireye akılcı olmayan inançları ile tartışması (D –dispute) öğretilmektedir. E noktasında birey akılcı olmayan inançları ile tartışarak bilişsel ve davranışsal bir etki (E- effect) oluşturmaktadır. Böylece, birey kendisine, başkalarına ve yaşadığı dünyaya ilişkin felsefi tutumlarında kökten bir değişim yaşayacak, akılcı olmayan inançlarının daha az etkisinde kalarak akılcı inançlarını oluşturabilecek ve kaygı, öfke nefret kendine acıma gibi zarar verici duyguları daha az yoğunlukta

¹¹⁸ Albert Ellis ve Dryden, W., *The Practice of Rational Emotive Therapy*, New York: Springer Publishing Company, 1987, s.87

¹¹⁹ Corey, M. S., *Psikolojik Danışma, Psikoterapi Kuram ve Uygulamalar*, Mentis Yayıncılık, Ankara, 2005, s.105.

¹²⁰ Corey, a.g.e., 2005, s.142.

¹²¹ Albert Ellis, *Overcoming Destructive Beliefs, Feelings and Behaviors*, New York: Prometheus Books, 2001, s.201.

¹²² Ellis, a.g.e., 2001, s.220.

yaşayacaktır. Sağlıksız düşüncelerin sağlıklı olanlarla yer değiştirmesiyle yeni ve etkili bir akılcı felsefe olduğu zaman kaygı depresyon gibi duyguların yerine F noktasında daha sağlıklı yeni duygular (F- feelings) meydana gelecektir.¹²³ Bu inanç sistemi öfke yaşantısı üzerinde de aynı şekilde işler. Bu açıklamaya göre A, öfkeyi başlatıcı durumdur. C, öfke kaynağı olan olaydan sonra uygun olan ya da olmayan duyusal ve davranışsal tepkilerdir. B ise bireyin A olayı hakkındaki düşüncesi ya da geliştirdiği inançtır.¹²⁴

2.3. Davranış Problemleri

Bireylerin hayat deneyimleri ile devam eden değişikliklerle birlikte ilerlemenin yarattığı tabii güçlüklerle kendini gösteren olumsuz reaksiyonlara uyum ve davranış problemleri tanımlaması yapılmaktadır.¹²⁵ Davranış problemleri olan çocukların genellikle farkına varılmamış ve stresle iç içe olmuş olan çocuklar olarak ifade eden Wolff bu davranışları çevresinden aldığı olumsuz reaksiyonlardan dolayı normale göre daha çok eyleme döktüklerini ifade etmiştir.¹²⁶ Fiziksel şiddet, belli bir dengesi olmayan aile davranışı, zararlı huylara yatkınlık, sosyoekonomik durumun iyi olmayışı ve aileden gelen genetik aktarım davranış bozukluklarına sebebiyet verebilmektedir.¹²⁷ Yapılan birkaç araştırmada olumsuz anne-baba davranışları, gebelik zamanında sigara alışkanlığının devam etmesi, çocuğun benlik saygısı seviyesi, çocuğun öğrenim döneminde uygulanan sözlü ve fiziksel yaptırımlar, kaygılı bağlanma tarzı, girişkenlik seviyesindeki azlık davranış bozukluğuyla ilgili olduğu ifade edilmektedir.¹²⁸

Çocuklarda davranış sorunları, sürekli dikkat gerektiren, kendine ve başkalarına karşı saldırganlık gösterme, aşırı ağlama, uyumsuz davranışlar sergileme, yalan, zarar verme ve öfke nöbetine sahip olma gibi çevreyi ve kendini etkileyen davranışları gösterme olarak tanımlanır. Çocukların sosyal beklentilere, öfkeye, olumsuzluğa, dürtüselliklere göre kendi davranışlarını kontrol edememeleri ve düzenleyememeleri de birçok araştırmacı tarafından davranış problemlerinin tanımına dahil edilmiştir.¹²⁹

¹²³ Corey, a.g.e., 2005, s.110.

¹²⁴ Ellis, a.g.e., 2001, s.124.

¹²⁵ Kılıçarslan, a.g.e., 2006, s.87

¹²⁶ Sula Wolff, **Problem Çocuklar: Stres Altındaki Çocukları Tedavi Etme Yöntemleri**, Çev: Ayhan Oral ve Seçkin Kara, Say Yayınları, İstanbul, 2009, s.221.

¹²⁷ Spencer Ratus, **Childhood: Voyages in Development**. Belmont, CA: Thomson/Wadsworth, 2. Baskı, 2006, s.103.

¹²⁸ Sertbaş, N. Ç. (2006). İlköğretim Öğrencilerinde Davranış Problemleri Ve Yordayan Değişkenler. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, İzmir.

¹²⁹ Thomas Oltmanns ve Emery, R.E., **Abnormal Psychology**, 3. Baskı, Prentice Hall New Jersey, 2001, s. 548- 583.

Davranış sorunları, farklı ortamlarda gözlenen klinik olarak önemli davranış kalıpları olan davranış bozukluklarının öncüleridir. Bu sorunlu davranışları sınıflandırmanın sistematik bir yolu yoktur; ancak, genellikle kontrolsüz davranışlar olarak kabul edilirler ve dışsal bozukluklar olarak adlandırılan daha genel bir şekilde davranış bozuklukları kategorisine girerler.¹³⁰

Dışsallaştırma sorunları, davranışsal sorunların iki boyutundan biridir, diğer boyut ise içselleştirilmektedir. Bununla birlikte, davranış problemlerinden bahsedildiğinde, genel olarak dışsallaştırıcı problemler olarak adlandırılır.¹³¹ Sorunların dışsallaştırılması ve içselleştirilmesi, uyumsuzluğun göstergesi olarak gösterilmektedir.¹³² Buna göre, gençliğin ayarlanması herhangi bir içselleştirici veya dışsallaştırıcı düzensizliğin olmaması anlamında tanımlanmaktadır. Problemlerin içselleştirilmesi (depresyon ve endişe belirtileri gibi) çocuğun iç dünyasını etkiler, ancak dışsallaştırıcı problemler diğer insanları da etkiler. Çocuklukta davranış sorunlarının dışsallaştırılması, davranış bozukluğuna yol açabilir: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), Davranış Bozukluğu, Karşı Gelme Bozukluğu¹³³

Çocukların yıkıcı davranış sorunları, gelişim yolundaki bazı noktalarda normal olarak kabul edilir. Ancak; bu zamana kadar, çocukların artan öz kontrollerini kullanarak davranış sorunlarının azalması beklenmektedir. Çocuklarda kendi kendini kontrol etme gelişimi, ebeveyn yetiştirme uygulamalarından, çocuk yetiştirme uygulamaları yoluyla içsel öz kontrolüne doğru ilerler.¹³⁴ İlk başta, çocuklar bir şeyler yapmaktan kaçınırlar çünkü ebeveynler oradadır; ebeveynler görüş alanı dışındayken yapılan davranışlar sorun değildir. Bununla birlikte, çocuklar ebeveynlerinin kurallarını içselleştirip kendi davranışlarını kontrol etmeye başladıklarında, yalnız oldukları zaman bile, ne yapacaklarını ve ne yapmamalarını bilmektedir, çünkü eylemden kaçınmanın gerekçesini içselleştirmişlerdir. Çocukların sosyalleşmesi, içselleştirilmiş kendi kendini kontrol etme yoluyla davranışların düzenlenmesi için nihai amaçtır. Oltmanns ve Emery, dışsallaştırmanın ve öz kontrolün birbirleriyle ilişkili olduğunu belirtmektedirler. Çocuklar dışsallaştırıcı problemleri olanlar, kendi kontrolleri aracılığıyla hazzı daha az geciktirebilirler.¹³⁵

¹³⁰ Hafızoğlu, a.g.e., 2007, s.23

¹³¹ Oltmans ve Emery, a.g.e., 2001, s.548-583.

¹³² Jean Gerard ve Cheryl Buehler, *Cumulative environmental risk and youth problem behavior*, Journal of Marriage and Family, 66(3), 2004, s.702-720.

¹³³ Oltmans ve Emery, a.g.e., 2001, s.548-583.

¹³⁴ Oltmans ve Emery, a.g.e., 2001, s.548-583.

¹³⁵ Oltmans ve Emery, a.g.e., 2001, s.548-583.

Aile, çocuğun hayatındaki en önemli sosyalleşme aracıdır. Aileden sonra, çocukların sosyalleşmesinde ikinci önemli kısım ise okula devam etmektir. Akademik yaşam, öğrencilerin taleplerini arttırır; yapısal bir ortamda talebi karşılamak için öğrencilerin hem akademik hem de sosyal becerileri gerekir. Akademik olarak başarılı olmaları ve özellikle istenmeyen ve stresli yaşam olaylarıyla uğraşırken sosyal olarak uygun bir şekilde davranmaları beklenir. Aslında, akademik yaşamın bu iki talebi tamamen bağımsız değildir; saldırgan davranış ve akademik başarı ilişkisine dürtüsellik, dikkat eksikliği sorunları ve hiperaktivite aracılık eder.¹³⁶

2.3.1. Davranış Problemlerinin Bilişsel Etkisi

Moffit, davranış problemlerinin, nöropsikolojik testlerle değerlendirildiği üzere, sözel ve bilişsel eksikliklerle ilişkili olduğunu önermektedir. Yürütücü bilişsel işlevlerin nörolojik bozuklukları, öz kontrol, çevreye uygunsuz tepki, dürtü kontrolü ve dikkat kontrolündeki eksiklikleri açıklar. Örneğin; yaygın davranış bozukluğu biçimlerinden biri olan antisosyal davranış, zayıf iletişim becerileri, hazı geciktirememe ve kendini kontrol etmeme ile ilgilidir. Yeni Zelanda'da yapılan bir çalışmada, Davranış Bozukluğu ve Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu semptomları olan erkeklerde, nöropsikolojik testlerin sözel ve yürütücü işlevlerinde puanlar daha düşük olduğu görülmüştür. Sözel becerilerdeki eksiklikler; alıcı dinleme, okuma, ifade edici konuşma ve yazma, hafıza ve problem çözme etkilemektedir. Buna göre, davranış problemi olanlar, başkalarını anlamada, kendilerini ifade etmede, istenmeyen olaylarla etkin bir şekilde başa çıkmada zorluk çekmektedirler. Davranış sorunu yaşayanların karşılaştıkları zorlukların bir kısmı, sosyal durumları anlama ve kendilerini bu durumlarda kendilerini ifade etme güçlüklerinden kaynaklanabilir.¹³⁷ Bu zorluklar, sosyalleşme olan temel ihtiyaçlarından birini engelleyebilir.

2.3.2. Duygusal Zeka ve Davranış Problemleri

Davranışlar, duygusal zekanın anlaşılmasında esastır, çünkü duygusal zeka doğrudan ölçülmez, fakat bireyin davranışına yansıdığı için dolaylı olarak değerlendirilir. Bar-On, duygusal (sosyal) zekanın, insan davranışını belirleyen birçok yeteneğin bir birleşimi olduğunu savunur. Dürtü kontrolü, iyi sosyal ilişkiler, iddialılık duygusal zekanın değerlendirilmesinde alt boyutlar arasında yer alır ve

¹³⁶ Daniel Connor, *Aggression and antisocial behavior in children and adolescents: Research and treatment*, Guilford Press, 2012, s.113-161.

¹³⁷ Sara Friedman vd., *Aspects of social and emotional competence in adult attention-deficit/hyperactivity disorder*, *Neuropsychology*, 17(1), 2003, s.50.

hepsi davranış yoluyla gözlemlenir. Dürtü kontrolü, El'nin Goleman modelinde davranışla olan güçlü bağlantısı nedeniyle özellikle vurgulanır.¹³⁸

Obiakor, makalesinde, öğrencilerin davranış problemlerinin duygusal zeka ışığında görülmesi gerektiğini belirtmektedir. Sosyal durumlarda uygunsuz tepkiler olan davranış sorunları, kişinin duygularını kontrol edememekten kaynaklanır.¹³⁹

Davranış sorunları ile tanımlanan öğrencilerin sosyal normları dikkate almayacak şekilde davrandığı gösterilmiştir.¹⁴⁰ Başarılı sosyalleşme, biri sinirlendiğinde ve sinirlendiğinde olumsuz duygularını ifade etmenin kabul edilebilir yollarını geliştirmeyi gerektirir.¹⁴¹ Adaletsiz bir davranışa maruz kaldığına inandığı için danışmanını öldüren bir doktora öğrencisi, sosyal olarak uygunsuz yollarla olumsuz duygularla baş etmenin çarpıcı bir örneğidir. Obiakor, eğitimsel başarı seviyesinden bakıldığında öğrenciyi zeki olarak değerlendirmiştir. Ancak, öğrencinin sahip olmadığı şeyin duygusal zeka olduğunu da ekledi. Davranışını kontrol edememe, hayal kırıklığını sosyal olarak kabul edilebilir şekillerde ifade edememe ve hareketinin sonuçlarını göz ardı edememe, öğrencinin hareketini duygusal olarak anlamsız kılan şeydi. Her sorunun kabul edilebilir bir şekilde çözülmesi fırsatı vardır; hangi eylem yolunu izleyeceğine karar veren kişidir.¹⁴²

Saldırganlık, küfretmek, alay etmek, yumruklamak, tehdit etmek, taciz etmek, zorbalık, korkutmak gibi davranış sorunları, duygusal düzenlemelerin zayıf yönetiminin bir işaretidir. Duygusal düzenleme duygusal zekanın önemli yönlerinden biridir.¹⁴³

Sapkın davranışlar disiplini bozmaktan dolayı okulu terk etme ve okuldan dışlama yoluyla değerlendirildi. Çalışmanın sonuçlarına göre, duygusal zeka puanları düşük olan öğrencilerin dışarı atılma olasılıkları daha yüksek ve duygusal zeka puanları yüksek olan akranlarına göre daha fazla okulu kaçmada yer aldılar. Çalışmanın sonuçları, ergenlikte duygusal refahın önemini vurguladı ve düşük duygusal zeka, zayıf sosyal beceriler ve dürtüsellikten sapma ve antisosyal davranışların olası korelasyonları olduğunu öne sürülmektedir. Petrides ve diğerleri,

¹³⁸ Reuven Bar-On, *The impact of emotional intelligence on subjective well-being*, Perspectives in Education, 23(1), 2005, s.41-62.

¹³⁹ Festus Obiakor, *Developing emotional intelligence in learners with behavioral problems: Refocusing special education*, Behavioral Disorders, 26(4), 2001, s.321-331.

¹⁴⁰ Obiakor, a.g.e., 2001, s.321-331.

¹⁴¹ Schroeder ve Gordon, a.g.e., 2002, s.87.

¹⁴² Obiakor, a.g.e., 2001, s.321-331.

¹⁴³ Bar-on, a.g.e., 2005, s.41-62

iyi sosyal becerileri olanların ve daha iyi duygu düzenleme becerileri olanların stresi çok fazla tecrübe etmediklerini ve dışlamadıklarını belirtmektedir.¹⁴⁴

Brackett ve arkadaşları duygusal zekanın uyumsuzluk ve erkekler için olumsuz davranışlarla ilişkili olduğu sonucunu elde etmişlerdir. Çalışmalarında duygusal zeka, Mayer-SaloveyCaruso Duygusal Zeka testi ile ölçülmüştür. Günlük davranışları değerlendirmek için Üniversite Öğrencisi Yaşam Alanı Ölçeği kullanılmıştır. Sapkın Davranış (savaşır, mülke zarar verir) ölçeği CSLSS ölçekleri arasındaydı. Katılımcılar 17-20 yaş arası 330 üniversite öğrencisiydi. Çalışmalarının sonuçlarına göre, sapma davranışı duygusal zeka ile negatif yönde korele idi. Çalışma sonuçları, düşük EI'nin düşük kişilerarası ilişkilerin ve sapkın davranışların öngörüsü olabileceğini, özellikle de çalışmadaki düşük EI'ye sahip erkeklerin, örneğin yasadışı ilaçlar, alkol kötüye kullanımı, saldırgan davranışlar gibi daha zararlı davranışlarda bulunduğunu göstermektedir.¹⁴⁵

Davranış sorunu olan çocuklar, kendi kendilerini kontrol etmekten yoksundurlar ve davranışlarını sosyal beklentilere göre düzenlemekte zorluk çekerler ve buna "dürtüsellik" olarak tanımlanmaktadır. Dürtüsellik, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, Davranış Bozukluğu, Muhalif Bozukluk Bozukluğu olan çocukların birçok davranış sorununun tanımına dahil edilmiştir. Çoğu insan davranışımızı kontrol etmenin tamamen elimizde olduğuna inanıyor, ancak bunun nörolojik bir temeli vardır.¹⁴⁶

Karar verme, yargılama ve duygusal zeka ilişkisi Bar-On, Tranel, Denburg ve Bechara tarafından incelenmiştir.¹⁴⁷ Araştırmacılar, amigdala veya ventromedial prefrontal korteks lezyonları olanların, amigdala veya ventromedial prefrontal kortekse zarar vermeyen diğer hastalardan farklı olup olmadığını görmek için bir çalışma yaptılar. Ventromedial prefrontal korteks, karar verme ve karar verme kalitesi ile ilgilidir. Deney grubundaki hastalarda ventromedial prefrontal korteks (VM) veya amigdala lezyonları vardı; Kontrol grubu hastalarında karar verme ve yargılamayı etkileyen duygusal devre dışında lezyonlar vardı. Katılımcılar bilişsel zeka, algı, bellek ve yönetici işlevi, psikopatoloji belirtileri, sosyal işlevsellik, kişisel yargılama ve karar verme ve duygusal zeka için test edildi. Çalışmanın sonuçları,

¹⁴⁴ K. V. Petrides vd., *Trait emotional intelligence and children's peer relations at school*, Social Development, 15(3), 2006, s.537-547.

¹⁴⁵ Marc Brackett vd., *Emotional intelligence and its relation to everyday behaviour*, Personality and Individual differences, 36(6), 2004, s.1387-1402.

¹⁴⁶ Oltmans ve Emery, a.g.e., 2001, s.548-583.

¹⁴⁷ Reuven Bar-On vd., *Exploring the neurological substrate of emotional and social intelligence*. Brain, 126(8), 2003, s.1790-1800.

kontrol ve deney gruplarının bilişsel zeka, yürütücü işlevsellik, algı, bellek ya da psikopatoloji belirtileri açısından farklı olmadığını göstermiştir. Ancak karar vermede deney grubu, kontrol grubuna kıyasla zaman geçtikçe yanlış kararlar vermiştir; deneyimden öğrenmekten faydalanamadılar. VM veya amigdala lezyonu olan hastalarda Bar-On EQ-i ile ölçülen duygusal ve sosyal zeka puanları daha düşüktü. İki grup arasında demografik özellikler, bilişsel zeka, algı, hafıza, psikopatoloji bulguları veya yürütücü işlevsellik açısından bir fark bulunmadığına dikkat etmek önemlidir: iki grup arasındaki farklar duygusal ve sosyal zeka üzerindedir. Çalışma sonuçları, EQ ve IQ'nun klinik popülasyonla ilişkili olmadığını göstermiştir: karar verme ve yargılama yetenekleri duygusal ve sosyal zeka ile ilgilidir.¹⁴⁸

2.3.3. Dışa Yönelim Davranış Problemleri

Bireyin kendine ve etrafına hasar verme durumunun görülmesinin sebeplerinden biri; hasar veren, risk içeren, tahripkâr, düzensiz ve saldırganlık barındıran dışa yönelimli davranış problemleridir.¹⁴⁹ Yapılan birkaç araştırmada dışa yönelim davranış problemlerinin duyguları şekillendirme yoksunluğuyla alakalı olduğunu belirtirken, diğer birkaç araştırmalarda ise akademik problemlerle bağlantılı olduğu ifade edilmiştir. Bu tanımlamada dışa yönelim davranış bozukluğunun özelliklerinden olan; karşı gelme bozukluğu, saldırganlık, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunun açıklaması tek tek yapılmıştır.¹⁵⁰

2.3.1.1. Karşı Gelme Bozukluğu

Karşı gelme bozukluğu, söz dinlememe, aşırı seviyede olumsuzluk ve nefret unsurları bulunduran davranışlar olarak ifade edilmektedir. Bireyin yaşça büyük kişilerle inatlaşması, kurallarına uymaması ve onları sinirlendirmesi, herhangi bir yanlışında onları sebep olarak göstermesi, aniden sinirlenme ve intikam almaya yönelik tutumlar patolojik inadın özellikleri olarak açıklanmaktadır.¹⁵¹ Biyolojik ve çevresel unsurların, patolojik inadın kendini göstermesiyle beraber etki ettiği savunulan fikirler arasındadır.¹⁵² Fikir üretme, sorun halletme, kendini eleştirme

¹⁴⁸ Bar-On vd., a.g.e., 2005, s.1790-1800

¹⁴⁹ Kenneth Merrell, *Behavioral, Social and Emotional Assessment of Children and Adolescents*, 2. Baskı, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, 2003, s.54-58

¹⁵⁰ Carroll Izard vd., *Emotions and developmental psychopathology*, Developmental Psychopathology. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc, s.244-292.

¹⁵¹ Vance Austin ve Daniel Sciarra, *Çocuk ve Ergenlerde Duygusal ve Davranışsal Bozukluklar*, Çev. Mustafa Özkes, Nobel Akademik Yayıncılık, Ankara, 2012, s.69

¹⁵² Gökmen Arslan, *Psychological maltreatment, emotional and behavioral problems in adolescents: The mediating role of resilience and self-esteem*, Child Abuse & Neglect, 52, 2016, s.200-209.

kabiliyeti ve çalışan bellek kusurlulukları Greene tarafından patolojik inadın özellikleri olarak ifade edilmektedir.¹⁵³

Karşı gelme bozukluğuyla beraber devam eden herhangi bir başka sorun görülmediğinde çocuğun fikirlerinde, duygularında ve söylemlerinde bir sorun saptanmamaktadır. Fakat yüksek düzeye çıkmışsa çocuğun kendini anlamlandırmasında ve konuşma yeteneğinde problemler görülebilmektedir.¹⁵⁴ Semptomların, bir teşhis koymak için araştırılmasında gelişme çağındaki faktörlerden dolayı olup olmadığına kesinlikle özen gösterilmelidir. Bir model belirtmek gerekirse; ilkokul çağındaki bir çocuğun, ailesi aracılığı ile kavgacı bir çocuk olduğu nitelendirilebilmekte ve bu, çocuğun ailesiyle anlaşmazlıklar yaşamasına neden olabilmektedir. Daha doğrusu bu anlaşmazlıklar çocuğun kendi kimliğini belirleme güdüsünden veya kişisel görüşlerini belirtmek istemesinden dolayı kendini gösterir.¹⁵⁵ Patolojik inadın insanlarda genellilik düzeyi %1 ile %16 arasından çeşitlilik göstermektedir. Patolojik inadın bu düzeyde genellilik görülmesindeki sebebin, sinirlenme, yüksek sesle konuşma, ağlama tarzında sıradan davranışlarla ilişkilendirmesinden kaynaklanan kendini tarif etme zorluğundan dolayı olabileceği ifade edilmiştir.¹⁵⁶

2.3.1.2. Davranım bozukluğu

İnsanlara ve hayvanlara yönelik şiddet, kurallara karşı itaatsizlik, dolandırıcılık ya da çalma, eşyalara zarar vermeye çalışma DSM-5'te davranım bozukluğunun dört özelliği olarak sınıflandırılmaktadır.¹⁵⁷ Kuralları hiçe sayma, okuldan kaçma, uydurma söylemlerde bulunma, etrafına kötü sonuçlar doğurabilecek davranışlar sergileme, yaralamaya ya da öldürmeye yönelik eşyalar bulundurma, hırsızlık, başkalarına maddi açıdan zarar verme, insanlara ve hayvanlara yönelik şiddet, tacize benzer davranışlarla görülmektedir.¹⁵⁸ Aile ortamında hiçe sayılma, ağır yaptırımları olan anne-baba, anne ve babanın çocukla ilişki kurmaması, ebeveynler arası problemler, sadece anne veya sadece babanın oluşuna benzer özellikler davranım bozukluğuna ortam hazırlayan en önemli özelliklerdir. Biyolojik nedenler ise; hormonlar, sinir sistemi, kalıtım ve hamilelik döneminde kullanılan zararlı

¹⁵³ Ross Greene, *Oppositional defiant disorder*, R. T. Ammerman (Ed.), Comprehensive Handbook of Personality and Psychopathology, New Jersey: John Wiley & Sons, s.285-298.

¹⁵⁴ Rasim Bakırcıoğlu, *Çocuk ve Ergenlerde Ruh Sağlığı*, 5. Baskı, Anı Yayınları, Ankara, 2013, s.324-326

¹⁵⁵ Bakırcıoğlu, a.g.e., 2013, s.324-326.

¹⁵⁶ Greene, a.g.e., s.285-298.

¹⁵⁷ American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5 (DSM-V). Washington DC: American Psychiatric Association.

¹⁵⁸ Özgür Öztürk vd., *İnternet bağımlılığı: Kliniği ve tedavisi*, Bağımlılık Dergisi, 8(1), 2007, s.36-41.

maddeler olarak listelenmektedir. ¹⁵⁹ Birkaç görüşte, patolojik inadın davranım bozukluğuna ortam hazırladığı ifade edilmektedir. Çocuklar ve ergenlerde davranım bozukluğu bulunma yüzdesi %2 ile %4 olarak değişkenlik göstermektedir. Kızlarda davranım bozukluğu görülme oranı erkeklere oranla daha azdır. ¹⁶⁰ Davranım bozukluğu yaş olarak farklılık göstermektedir. Çocukluk döneminde kendini gösteren davranım bozukluğu, ergenlik dönemine kıyasla daha fazla saldırganlıkla birlikte akıl ve ruh sağlığı sorunlarına neden olmaktadır. Dolayısıyla olgunlaşmış bir bireyde anti sosyal tutumlar sergileme ve kanunlara uymama beklentisinin daha fazla olacağı ifade edilmektedir. ¹⁶¹

2.3.1.3. Saldırganlık

Etraftaki insanlara şiddete yönelik eylemler, saldırganlık olarak tanımlanır. Çocukluk çağında görülen saldırganlık, sosyal hayatındaki kişilerle sağlıklı bir bağ oluşturamama, şiddete yatkınlık, belirlenen kuralları hiçe sayma, kolaylıkla sinirlenme, seviyesiz davranışlar, çocukta herhangi bir pişmanlık olsa dahi davranışı yineleme ve cezalandırılmaktan kurtulamamaya benzer olayları içinde barındırmaktadır. Çocukluk çağında birçok bireyde gözlemlenen yaramazlık veya arada sırada görülen çocuklar arası tartışmalar saldırgan davranışlara örnek gösterilmemektedir. Saldırganlık içerebilmesi için buna benzer davranışların devamlılığı olmalıdır. ¹⁶²

Saldırgan davranışların oluşmasının önemli bir nedeni olan dışsal özellikler; ebeveyn davranışları, kötü aile ortamı, kötü ebeveyn bağları ve sosyal çevre riskleri diye belirtilmektedir. Bilgi'nin, İlkokul çağındaki çocuklarla gerçekleştirdiği bir araştırmasında, bilgisayarla vakit geçirmeyle saldırgan davranışların pozitif bir bağlantısının olduğu görülmüştür. ¹⁶³ Saldırgan davranışlar, çocuğun içsel veya dışsal nedenler sonrasında önünde bir bariyer varmış gibi algılamasından, ebeveynlerinin ağır yaptırımlarından ve suçlayıcı davranışlarından dolayı artış gösterebilir. ¹⁶⁴

¹⁵⁹ Mina Dulcan ve Jerry M. Wiener, *Essentials of child and adolescent psychiatry*, American Psychiatric Pub, 2006, s.357-387.

¹⁶⁰ Rolf Loeber vd., *Oppositional defiant and conduct disorder: a review of the past 10 years, part I*, Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 39(12), 2000, s.1468-1484.

¹⁶¹ Mash, E. J., and D. A. Wolfe, *Abnormal Child Psychology*, Custom Edition, Boston, MA: Cengage Learning, 2016, s.142

¹⁶² Kılıçarslan, a.g.e., s.88

¹⁶³ A. Bilgi, Bilgisayar Oyunu Oynayan ve Oynamayan İlköğretim Öğrencilerinin Saldırganlık, Depresyon ve Yalnızlık Düzeylerinin İncelenmesi., Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2005 (**Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi**)

¹⁶⁴ Laura Berk, *Child Development*, Boston, MA: Pearson, 2013, s.96.

İtelemek, zarar vermeye yönelik hareket ve kavga saldırganlık davranışında fiziksel; lakap koyma benzer ise ilişki saldırganlık diye ifade edilmektedir.¹⁶⁵ İlk çocukluk dönemindeki fiziksel saldırganlık, okul dönemi ve öncesine göre düzeyi daha fazladır.¹⁶⁶

2.3.1.4. Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB)

DEHB çocukluk döneminde daha çok görülen ve bundan dolayı da araştırmalarda en çok değinilen bozukluk olarak belirtilmektedir.¹⁶⁷ Dikkati kontrol etme zamanının az olması, bulunan durumdan rahatsızlık ve düşüncelerde kontrolü sağlanamayan bir hareketlilik saptanmaktadır. Kalıtım, doğum ve öncesindeki olaylar, başkalarını örnek alma, travmalar ve diğer insanlarla kaynaşmaya benzer durumlar sınıflandırılabilir. ¹⁶⁸ Aynı zamanda beyindeki dopamin seviyesindeki düşüklüğüyle taşıyıcı nöronların azlığından dolayı, dikkati toplama, benliğini kontrol etme ve görüşlere açık olmaya benzer düşünsel kabiliyetlerde görevi olan beynin kontrol mekanizmasının ön lobunun işlevinin zarar görmesi diye ifade edilen biyolojik ve nörolojik değerlendirmelerde belirtilmektedir.¹⁶⁹

DEHB'si bulunan çocukta düşünce kabiliyetsizliği, öğrenme zorlukları, akademik zorluklar, düzensiz benlik algısı, sürdürme kabiliyetinde bozukluğa benzer toplumsal normlara adapte olabilmeye karşılaştığı zorluklar yüzünden yaşlılarıyla ve kendinden büyükleriyle zorluklar çekmeye benzer toplumsal sorunlar; sesli iletişim ve dil sorunlar, nörolojik ve fiziksel problemler gözlemlenebilmektedir.¹⁷⁰ DEHB semptomlarının yetişkinlikte seyrekleştiği fikirleriyle birlikte yetişkinlikte süren bir örüntüsünün de olduğunu belirten fikirlerde olmaktadır. DEHB teşhisi bulunan çocuklarda olgunlaşma çağında anti sosyal kişilik bozukluğu ve zararlı madde alışkanlığı gibi sorunlarda yüksek bir seviyede risk altında oldukları ifade edilmektedir. Ancak yapılması ihtiyaç duyulan anne-baba, öğretmen dayanağı olan; eğitim ve ruh sağlığı desteğine olanağı olan çocuklarda çok daha olumlu neticeler gözlemlenebilmektedir.¹⁷¹

¹⁶⁵ Melike Yumuş, Okul Öncesi Eğitimcilerinin 36 - 72 Ay Aralığındaki Çocukların Davranış Problemleri İle İlgili Görüşlerinin İncelenmesi ve Başa Çıkma Stratejilerinin Belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2013 (**Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi**)

¹⁶⁶ Yumuş, a.g.e.

¹⁶⁷ Mash ve Wolfe, a.g.e., 2016, s.54

¹⁶⁸ Bedriye Öncü ve Selahattin Şenol, **Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun etiyolojisi: Bütüncül yaklaşım**, Klinik Psikiyatri Dergisi, 5(2), 2002, s.111-119.

¹⁶⁹ Lydia Furman, **What is attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD)?**, Journal of child neurology, 20(12), 2005, s.994-1002.

¹⁷⁰ Mash ve Wolfe, a.g.e., 2016, s.56.

¹⁷¹ Ronald Kessler vd., **Patterns and predictors of attention-deficit/hyperactivity disorder persistence into adulthood: results from the national comorbidity survey replication**, Biological psychiatry, 57(11), 2005, s.1442-1451.

2.3.2.İçe yönelim davranış problemleri

Bunalım, kaygı ve somatik yakınmaları bünyesinde bulunduran içe yönelim davranış problemleri kişilikte barındırdığı sorunlar olmasından dolayı çok daha saklı ve bu sebeple de saptanması çok zordur.¹⁷² Ümitsizlik, olumsuz benlik algısı ve dışarıdan kendini izole etme içe yönelim davranış problemi olan çocuklarda ilişkisel bir bağlantısının olduğu gözlemlenmektedir. İçe yönelim davranış problemleri çoğunlukla çocuk sorununu dışarıya aktaracak seviyeye varmadan farkına varılmamaktadır. Sorunu çocuk dışarıya aktardığıdaysa çok vakit harcanmakta ve çocukta özgüven olumsuz etkilenebilmektedir. Belli bir süre sonra temelli olduğu ve çok fazla bir şekilde yayılmış olan içe yönelim davranış problemleri çocuğun yetişkinlik döneminde de deneyimleyeceği sorunlar için de risk içermektedir. İçe yönelim davranış problemleri olan kaygı bozukluğu ve depresyonu aşağıda bulabilirsiniz.¹⁷³

2.3.2.1. Kaygı bozuklukları

İnsanlara sorun doğurabilecek kişi, durum ve objelere gücünün yetmesine olanak sağlayan, fiziksel ve psikolojik bakımdan sağlıklı olmalarına ortam teşkil eden duygu kaygı olarak tanımlanmaktadır. Kaygı normal bir seviyede kişiye yarar sağlar ama aşırı derecede olması kişiye kötü sonuçlar doğurabilmektedir. Savaş/kaç reaksiyonuyla birlikte fiziksel, düşünsel ve davranışsal tepkiler kaygı tarafından çalışır duruma getirilmektedir. Kaygı kişide kalp atış hızının artması, nefes alıp verme düzeyinin yükselmesiyle boğulma, adrenalin salgılanması ve göğüste ağrı, terleme, göz bebeklerinin büyümesi, ağızda tükürük bezlerinin çalışmaması, mide bulantısı, kaslarda esneklik sorunu ve yorgunluğa benzer durumlar gözlemlenmektedir. Davranışsal reaksiyonlar arasında, dikkati toplayamama ve huzursuzluğa benzer kaygı oluşturan olayları sonraya bırakma veya kaçınma ve şiddete yönelik tutumlarda gözlemlenmektedir. Kaçınma durumunun fazlalık göstermesiyle birlikte çocukta hayati etkinliklerini devam ettirememesi durumu görülmektedir.¹⁷⁴

Anksiyete bozukluklarının arasında obsesif kompulsif bozuklukta bulunmaktadır. Obsesif kompulsif bozuklukta kişi arzulanmayan, inatçı ve denetlemesi çok güç olduğundan dolayı kişide sıradan tutumlarını sergilemek

¹⁷² Linda Wilmschurs vd., *Resilience and well-being in college students with and without a diagnosis of ADHD*, Journal of Attention Disorders, 15(1), 2011, s.11-17.

¹⁷³ S Yüksek, Hacettepe Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2014, Usta Okul Öncesi Dönem Çocuklarda Davranış Problemlerinin Anne-Çocuk ve Öğretmen Çocuk İlişkileri Açısından İncelenmesi, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi)

¹⁷⁴ Mash ve Wolfe, a.g.e., 2016, s.67

zorunluğu oluşturmaktadır. Sıradanlaşan bu tutumlar arzulanmayan fikirlerin azalmasını ve kişiye huzur verdiği ifade edilmektedir. Bu takıntı ve sıradanlaşan tutumlara kişi günde en az 1 saatini harcar ve kişiye normal hayatında zorluklar çıkarır. ¹⁷⁵

2.3.2.2. Depresyon

Çoğunlukla yetişkinlik döneminde rastlanan depresyon çocukluk döneminde de görülmektedir. Depresyonun her yaşta da görülebileceğini belirten Austin ve Sciarra teşhisinde yaşın çok büyük önem teşkil ettiğini de ifade etmiştir. Çocukluk döneminde görülen depresyonun çoğunlukla yaşamdan keyif alamama, uyku ve yemek düzeninin bozuk olması, ümitsizlik, kişinin kendisiyle alakalı memnuniyetsizlik, dikkati toplayamama, yorgunluk, ara sıra şiddete yönelik eylemler, okul başarısında farklılıklar, aktivitelere karşı isteksizlik, risk almaya yatkın olma ve ikili bağlarda problemler görülebilmektedir. ¹⁷⁶

Duygu, düşünce ve tutumlarda çocukluk çağında birkaç problem gözlemlenebilmektedir. Düşünce problemlerinin içinde dikkati toplayamama problemi, ölümle ilgili fikirler, kabahatli olma, değersizlik düşünceleri bulunmaktadır. Duygusal problemlerin kuşku içinde olma, duygularını belirtmede zorluk çekme, depresyon ve aktivitelere karşı isteksizlik gibi özellikler olduğu ifade edilmektedir. Beğeni duygusunda fazlalık, uyku düzeni problemleri, yorgunluk ve halsizlik gibi özelliklerse davranışsal problemler olarak belirtilmektedir. Buna benzer problemleri olan çocuk veya anne-babası depresyonun semptomları fark etmesi güçleşmektedir.

¹⁷⁷

¹⁷⁵ Wilmshurst vd., a.g.e., 2011, s.11-17.

¹⁷⁶ Austin ve Sciarra, a.g.e., 2012, s.75-79

¹⁷⁷ Jeffrey Miller, **Çocuklarda Depresyon**, Çev: Müjde Işık, 1. Baskı, Özgür Yayınları, İstanbul, 2002, s.143-144

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

YÖNTEM VE TEKNİKLERİ

3.1. ARAŞTIRMANIN MODELİ

Bu araştırma, “ilişkisel tarama modeli”ne uygun olarak hazırlanmıştır. İki veya daha çok değişken arasında birlikte değişim varlığını ve/veya derecesini belirlemeyi amaçlamaktadır.¹⁷⁸

3.2. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ

Örneklem seçimi basit-rastgele örneklem seçimi türüne göre yapılmıştır.¹⁷⁹ Araştırmanın evreni İstanbul’da yaşayan 8-12 yaş aralığındaki çocuklardan oluşmaktadır. Araştırmanın örneklemini ise İstanbul’da yaşayan 8-12 yaş aralığındaki 50 sağlıklı çocuk ile Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çapa Devlet hastanesinde tedavi gören 50 kanser tanısı almış çocuktan meydana gelmektedir. Tüm katılımcılar araştırma hakkında katılımcı kabul etiklerine dair aydınlatılmış ve onayı alınmıştır.

3.3. İŞLEM

Çalışma verilerinin elde edilmesi için Ağustos 2019 ile Ekim 2019 tarihleri arasında Ümraniye, Sarıyer, Fatih semtlerindeki Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çapa Devlet hastanesinde ayakta tedavi görmek için başvuran kanser tanılı hastalara ve bakım verenlerine çalışma konusunda bilgi verilmiştir. Araştırmamızın normal grubu için yaş aralığı açısından kontrol grubu ile eşleşen 50 kanser tanısı almamış katılımcıdan oluşmaktadır.

Katılımcı olma kriterleri; 8-12 yaş arası ve kontrol grubu içinde kanser tanısı almış çocuk bireyler olarak belirlenmiştir. Veri toplama süreci her bir katılımcı için 15 dakika sürmüştür.

Kontrol grubunda, klinik görüşme esnasında kanser öyküsü olan ancak hastalığı atlatıp tedavisi devam etmeyen katılımcılar araştırma dışında bırakılmıştır.

Çalışmamızın katılımcılarına kişisel bilgi formu ile Güç ve Güçlükler Anketi bakım verenleri tarafından doldurulmuştur. Ayrıca çocukların otomatik düşünceler ölçeği 8-12 yaş arasındaki çocuklar tarafından doldurulmuştur.

¹⁷⁸ Niyazi Karasar, *Bilimsel araştırma yöntemi*, Nobel Yayın Dağıtım, Ankara, 2005.

¹⁷⁹ Rauf Arıkan, *Araştırma teknikleri ve rapor hazırlama*, Asil Yayın Dağıtım, Ankara, 2004, s.141.

3.4. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

3.4.1. Kişisel Bilgi Formu

Kişisel bilgi formu araştırmacı tarafından hazırlanan çocuklara ve aileye sosyo-demografik bilgileri içeren sorular yöneltilmiştir. Bu sorular çocuğun cinsiyeti, yaşı, ailenin gelir durumu, aile yapısı, kardeş sayısı, fiziksel engel vb.

3.4.2. Çocukların Otomatik Düşünceleri Ölçeği (ÇODÖ)

Bu ölçek çocuk ve ergenlerde olumsuz düşünceleri geniş bir yelpazede değerlendirmek için tasarlanmış bir kişisel bildirim aracıdır. ÇODÖ toplam 40 maddeden ve dört faktörden oluşmaktadır. Bu faktörler, fiziksel tehdit (Örn; 'Bir kaza geçireceğim'), sosyal tehdit (Örn; 'Çocuklar benim aptal olduğumu düşünecek'), kişisel başarısızlık (Örn; 'Hiçbir şeyi doğru dürüst yapamam') ve düşmanlık (Örn; 'Eğer hak ederlerse insanlardan öcümü alma hakkım vardır') olarak adlandırılmıştır. Ölçekteki her bir maddeye verilecek yanıtlar 0-4 arasında puanlanmaktadır (0 = hiçbir zaman, 1 = bazen, 2 =sık sayılır, 3 = sık sık ve 4 = her zaman). Çocuktan son bir hafta içerisinde her bir maddede yer alan düşüncenin aklına ne kadar sıklıkla geldiğini düşünerek işaretlemesi beklenmektedir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan 160'tır. Ölçekten ve her bir alt ölçekten alınan toplam puanın yüksekliği olumsuz düşüncelerdeki artışa işaret etmektedir. Ölçeğin tümüve alt-ölçekleri için bir ve üç ay aralıklarla gerçekleştirilen analizler, ölçeğin test-tekrar test güvenilirliğine sahip olduğunu göstermiştir (ölçeğin tümü için bir ay test-tekrar test $r=.79$ üç ay test-tekrar test $r=.76$; fiziksel tehdit bir ay test-tekrar test $r=.74$ üç ay test-tekrar test $r=.77$; sosyal tehdit bir ay test-tekrar test $r=.78$ üç ay test-tekrar test $r=.73$; kişisel başarısızlık bir ay test-tekrar test $r=.80$ üç ay test-tekrar test $r=.74$ ve düşmanlık bir ay test-tekrar test $r=.66$ üç ay test-tekrar test $r=.68$).

3.4.3. Güçler Ve Güçlükler Anketi (GGA)

GGA Anne-Baba/Öğretmen ve Ergen Formları, İngilizce eğitim görmüş ve üçü çocuk psikiyatrisi, biri uzman psikolog, dört akademisyen tarafından ayrı ayrı İngilizceden Türkçe'ye çevrilmiş ve çeviriler karşılaştırılıp tartışılarak her maddeyi en iyi temsil eden karşılıkları ile Türkçe metin elde edilmiştir. Daha sonra bu metinler iki profesyonel tercüman tarafından İngilizceye geri çevrilmiş ve başta çeviriyi yapan akademisyenler tarafından karşılaştırılarak anketlerin son hali oluşturulmuştur. GGA Ergen Formu Türkçe uyarlaması ile İngilizce orijinali arasındaki eş-değerliliğinin saptanması için, her iki dili iyi düzeyde bilen, İngilizce eğitim veren özel bir okulun Lise-2 sınıf öğrencilerinden oluşan 40 kişilik grubun yarısına Türkçe, diğer yarısına İngilizce olarak ölçek uygulanmış, bir hafta sonra bu uygulama ters biçimde

yenilenmiştir. Anne baba formu için çalışmanın yapıldığı tıp fakültesi hastanesinde görevli olan ve her iki dili iyi derecede bilen, 4- 16 yaşlar arası çocuk sahibi 20 akademisyenin bir hafta arayla anketin İngilizce ve Türkçe uyarlamalarını doldurmaları istenmiştir. İngilizce orijinali ve Türkçe uygulamalarına verilen yanıtlar Pearson korelasyonu aracılığıyla değerlendirilmiş, çeviri ve orijinal form arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamış ve korelasyon katsayısı (r) 0.3 ile 1.0 arasında değişiklik göstermiştir. İstatistiksel olarak anlamlı fark gösteren ve korelasyon katsayısı 0.2 ile 0.3 arası değişen, ebeveyn formuna ait 5 ve 15. maddeler ve kendini değerlendirme formuna ait 7, 9 ve 11. maddelerin çevirisinde bazı değişikliklere gidilmiştir (Smedje ve ark 1999).

3.5. VERİ ANALİZİ

Bu çalışmadan elde edilen verilerin analizi yapılırken, veriler bilgisayara sayısal ifade olarak girilmiş ve bu veriler Sosyal Bilimler için İstatistik Paket Programı (Statistical Program for Social Sciences-SPSS 25.0) kullanılarak istatistiksel analizleri yapılmıştır. Analizlere başlamadan önce veriler normal dağılım açısından incelenmiştir. Araştırma değişkenlerinin örneklem grubunda normallik dağılımının analizi için yapılan Basıklık-Çarpıklık değerleri kontrolünde bütün ölçeklerin normal dağılım gösterdiği görülmüştür Bütün ölçekler ve alt ölçeklerde değerler -2, +2 arasında olduğundan kaynaklı normal dağılımı göstermektedir (George & Mallery, 2010). Uygulanan analizinde %95 güvenilirlik düzeyi esas alınmıştır. Niceliksel verilerin karşılaştırılmasında parametrik iki grup arasındaki farkı analiz etmek için iki bağımsız değişken testi olan T-Testi kullanılmıştır. Ölçekler arasındaki ilişki Pearson Korelasyon analizi ile test edilmiştir. Bağımsız değişkenlerin bağımlı değişkene etkisini görmek Çoklu Doğrusal Regresyon kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık için $p < 0,05$ olarak alındı.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

Bu bölümde araştırmacı tarafından hazırlanan demografik bilgi formundan elde edilen bulgular yer almaktadır.

Tablo 4.1. Normal Grubun Demografik Değişkenlere Göre Dağılımı

| | | F | % |
|---------------------|--------------------|----|-------|
| Cinsiyet | Kız | 30 | 60,0 |
| | Erkek | 14 | 28,0 |
| | Toplam | 44 | 88,0 |
| Kayıp Toplam | | 6 | 12,0 |
| | | 50 | 100,0 |
| Yaş | 9 | 10 | 20,0 |
| | 10 | 16 | 32,0 |
| | 11 | 9 | 18,0 |
| | 12 | 8 | 16,0 |
| | Toplam | 43 | 86,0 |
| Kayıp Toplam | | 7 | 14,0 |
| | | 50 | 100,0 |
| Aile Gelir | Düşük | 5 | 10,0 |
| | Orta | 34 | 68,0 |
| | Yüksek | 5 | 10,0 |
| | Toplam | 44 | 88,0 |
| Kayıp Toplam | | 6 | 12,0 |
| | | 50 | 100,0 |
| Aile Yapısı | Anne-Baba Birlikte | 42 | 84,0 |
| | Boşanmış | 1 | 2,0 |
| | Ayrı | 1 | 2,0 |
| | Toplam | 44 | 88,0 |
| Kayıp Toplam | | 6 | 12,0 |
| | | 50 | 100,0 |
| Kaç Kardeş | Tek Çocuk | 2 | 4,0 |
| | 2 | 12 | 24,0 |
| | 3 | 11 | 22,0 |
| | 4 | 11 | 22,0 |
| | 5 | 6 | 12,0 |
| | 6 Ve Üzeri | 2 | 4,0 |
| | Toplam | 44 | 88,0 |
| Kayıp Toplam | | 6 | 12,0 |
| | | 50 | 100,0 |
| Anne Eğitim | İlkokul Mezunu | 13 | 26,0 |
| | Ortaokul Mezunu | 2 | 4,0 |
| | Lise Mezunu | 15 | 30,0 |
| | Üniversite Mezunu | 7 | 14,0 |
| | Toplam | 37 | 74,0 |
| Kayıp Toplam | | 13 | 26,0 |
| | | 50 | 100,0 |
| Baba Eğitim | İlkokul Mezunu | 7 | 14,0 |
| | Ortaokul Mezunu | 4 | 8,0 |
| | Lise Mezunu | 20 | 40,0 |
| | Üniversite Mezunu | 8 | 16,0 |
| | Toplam | 39 | 78,0 |
| Kayıp Toplam | | 11 | 22,0 |
| | | 50 | 100,0 |

| | | | |
|-------------------------|--------|----|-------|
| Fiziksel Engel | Hayır | 44 | 88,0 |
| Kayıp | | 6 | 12,0 |
| Toplam | | 50 | 100,0 |
| Çocuk Psikiyatri | Evet | 4 | 8,0 |
| | Hayır | 40 | 80,0 |
| | Toplam | 44 | 88,0 |
| Kayıp | | 6 | 12,0 |
| Toplam | | 50 | 100,0 |
| Psikolojik İlaç | Evet | 2 | 4,0 |
| | Hayır | 42 | 84,0 |
| | Toplam | 44 | 88,0 |
| Kayıp | | 6 | 12,0 |
| Toplam | | 50 | 100,0 |
| Sürekli İlaç | Evet | 3 | 6,0 |
| | Hayır | 41 | 82,0 |
| | Toplam | 44 | 88,0 |
| Kayıp | | 6 | 12,0 |
| Toplam | | 50 | 100,0 |

Tabloda görüldüğü üzere, normal grubun %60.0'ı kız,%28.0'ı erkek,%20.0'ı 9 yaşında,%32.0'ı 10 yaşında,%18.0'ı 11 yaşında,%16.0'ı 12 yaşında, ailelerinin %10.0'ı düşük gelire sahip,%68.0'ı orta gelire sahip,%10.0'ı yüksek gelire sahip,%84.0'ının anne-babası birlikte,%2.0'ının boşanmış,%2.0'ının ayrı yaşıyor,%4.0'ı tek çocuk,%24.0'ı 2 kardeş,%22.0'ı 3 kardeş,%22.0'ı 4 kardeş,%12.0'ı 5 kardeş,%4.0'ı 6 ve üzeri kardeş, annelerin %26.0'ı ilkokul mezunu,%4.0'ı ortaokul mezunu,%30.0'ı lise mezunu,%14.0'ı üniversite mezunu, babaların %14.0'ı ilkokul mezunu,%8.0'ı ortaokul mezunu,%40.0'ı lise mezunu,%16.0'ı üniversite mezunu,%88.0'ının fiziksel engeli yok,%8.0'ı çocuk psikiyatriye gitmiştir,%80.0'ı çocuk psikiyatriye gitmemiştir,%4.0'ı psikolojik ilaç kullanmıştır,%84.0'ı psikolojik ilaç kullanmamıştır,%6.0'ı sürekli ilaç kullanmaktadır,%82.0'ı sürekli ilaç kullanmamaktadır.

Tablo 4.2. Hasta Grubun Demografik Değişkenlere Göre Dağılımı

| | | F | % |
|-------------------|--------|----------|----------|
| Cinsiyet | Kız | 22 | 44,0 |
| | Erkek | 28 | 56,0 |
| | Toplam | 50 | 100,0 |
| Yaş | 8 | 3 | 6,0 |
| | 9 | 13 | 26,0 |
| | 10 | 7 | 14,0 |
| | 11 | 11 | 22,0 |
| | 12 | 16 | 32,0 |
| | Toplam | 50 | 100,0 |
| Aile Gelir | Düşük | 4 | 8,0 |

| | | | |
|-------------------------|------------------------|----|-------|
| | Orta | 43 | 86,0 |
| | Yüksek | 3 | 6,0 |
| | Toplam | 50 | 100,0 |
| Aile Yapısı | Anne-Baba Birlikte | 47 | 94,0 |
| | Boşanmış | 2 | 4,0 |
| | Ayrı | 1 | 2,0 |
| | Toplam | 50 | 100,0 |
| Kaç Kardeş | Tek Çocuk | 6 | 12,0 |
| | 2 | 12 | 24,0 |
| | 3 | 7 | 14,0 |
| | 4 | 14 | 28,0 |
| | 5 | 9 | 18,0 |
| | 6 Ve Üzeri | 2 | 4,0 |
| | Toplam | 50 | 100,0 |
| Anne Eğitim | İlkokul Mezunu | 16 | 32,0 |
| | Ortaokul Mezunu | 5 | 10,0 |
| | Lise Mezunu | 11 | 22,0 |
| | Üniversite Mezunu | 10 | 20,0 |
| | Toplam | 42 | 84,0 |
| Kayıp Toplam | Toplam | 8 | 16,0 |
| | Toplam | 50 | 100,0 |
| Baba Eğitim | İlkokul Mezunu | 7 | 14,0 |
| | Ortaokul Mezunu | 6 | 12,0 |
| | Lise Mezunu | 17 | 34,0 |
| | Üniversite Mezunu | 10 | 20,0 |
| | Yüksek Lisans Ve Üzeri | 2 | 4,0 |
| | Toplam | 42 | 84,0 |
| Kayıp Toplam | Toplam | 8 | 16,0 |
| | Toplam | 50 | 100,0 |
| Fiziksel Engel | Hayır | 50 | 100,0 |
| Çocuk Psikiyatri | Hayır | 50 | 100,0 |
| Psikolojik İlaç | Hayır | 50 | 100,0 |
| Sürekli İlaç | Evet | 50 | 100,0 |

Tabloda görüldüğü üzere, hasta grubun %44.0'ı kız,%56.0'ı erkek,%6.0'ı 8 yaşında,%26.0'ı 9 yaşında,%14.0'ı 10 yaşında,%22.0'ı 11 yaşında,%32.0'ı 12 yaşında,%8.0'ı düşük gelire sahip;%86.0'ı orta gelire sahip,%6.0'ı yüksek gelire sahip,%94.0'ı anne-babası birlikte,%4.0'ı boşanmış,%2.0'ı ayrı,%12.0'ı tek çocuk,%24.0'ı 2 kardeş,%14.0'ı 3 kardeş,%28.0'ı 4 kardeş,%18.0'ı 5 kardeş,%4.0'ı 6 ve üzeri, annelerin %32.0'ı ilkokul mezunu,%10.0'ı ortaokul mezunu,%22.0'ı lise mezunu,%20.0'ı üniversite mezunu, babaların %14.0'ı ilkokul mezunu,%12.0'ı ortaokul mezunu,%34.0'ı lise mezunu,%20.0'ı üniversite mezunu,%4.0'ı yüksek lisans ve üzeri,%100.0'ı fiziksel engele sahip değil,%100.0'ı çocuk psikiyatrye gitmemiştir,%100.0'ı psikolojik ilaç kullanmıyor,%100.'ı sürekli ilaç kullanıyor.

Tablo 4.3. Hasta Grubun Demografik Değişkenlere Göre Dağılımı

| | | f | % |
|--------------------------------|--------|----|-------|
| Hastalık Başlangıç Yaşı | 6 | 1 | 2,0 |
| | 7 | 14 | 28,0 |
| | 8 | 6 | 12,0 |
| | 9 | 18 | 36,0 |
| | 10 | 10 | 20,0 |
| | 11 | 1 | 2,0 |
| | Toplam | 50 | 100,0 |
| İzlem Süresi Ay | 3 | 13 | 26,0 |
| | 4 | 14 | 28,0 |
| | 5 | 12 | 24,0 |
| | 6 | 11 | 22,0 |
| | Toplam | 50 | 100,0 |
| İzlem Tanısı | lösemi | 39 | 78,0 |
| | tümör | 5 | 10,0 |
| | Toplam | 50 | 100,0 |

Tabloda görüldüğü üzere hasta başlangıç yaşının %2.0'ı 6 yaş,%28.0'ı 7 yaş,%12.0'ı 8 yaş,%12.0'ı 9 yaş,%36.0'ı 10 yaş,%20.0'ı 11 yaş, izlem süresinin %2.0'ı 3 ay,%26.0'ı 4 ay,%28.0'ı 5 ay,%24.0'ı 6 ay, izlenim tanısının %22.0'ı lösemi,%39.0'ı , %10'ı tümördür.

Tablo 4.4 Güçler ve Güçlülükler Anketi ve Alt Boyutlarının Betimsel İstatistikleri

| | N | \bar{X} | Ss. |
|-------------------------------------|-----|-----------|------|
| Güçler ve Güçlülükler Anketi | 100 | 1,91 | 0,55 |
| Sosyal Davranışlar | 100 | 2,46 | 0,73 |
| Dikkat Eksikliği | 100 | 1,94 | 0,65 |

| | | | |
|---------------------------|-----|------|------|
| Duygusal Sorunlar | 100 | 1,86 | 0,63 |
| Davranış Sorunları | 100 | 1,94 | 0,68 |
| Akran Sorunları | 100 | 1,88 | 0,62 |

Tabloda görüldüğü üzere, Güçler ve Güçlülük Anketi ortalaması 1.91(ss=0.55), Sosyal Davranışlar alt boyutu ortalaması 2.46(ss=0.73), Dikkat ve Hareketlilik ortalaması 1.94(ss=0.65), Duygusal Sorunlar alt boyutu ortalaması 1.86(ss=0.63), Davranış Sorunları alt boyutu ortalaması 1.94(ss=0.68), Akran Sorunları alt boyutu ortalaması 1.88(ss=0.62),

Tablo 4.5 Çocuklarda Otomatik Düşünceler Ölçeği ve Alt Boyutlarının Betimsel İstatistikleri

| | N | \bar{X} | Ss. |
|--|----------|-----------------------------|------------|
| Çocuklarda Otomatik Düşünceler Ölçeği | 100 | 1,85 | 0,42 |
| Kişisel Başarısızlık | 100 | 1,94 | 0,47 |
| Düşmanlık | 100 | 1,81 | 0,44 |
| Fiziksel Tehdit | 100 | 1,80 | 0,50 |
| Sosyal Tehdit | 100 | 1,84 | 0,45 |

Tabloda görüldüğü üzere çocuklarda Otomatik Düşünceler Ölçeği ortalaması 1,85(ss=0,42), Kişisel Başarısızlık alt boyutu ortalaması 1,94(ss=0,47), Düşmanlık alt boyutu ortalaması 1,81(ss=0,44), Fiziksel Tehdit alt boyutu ortalaması 1,80(ss=0,50), Sosyal Tehdit alt boyutu ortalaması 1,84(ss=0,45)'dir

Tablo 4.6 Örneklemin Grup Değişkenine Göre Güçler ve Güçlülükler Anketi ve Alt Boyutlarının Puanları Arasındaki Farkın Anlamlılığını Test Etmek İçin Yapılan Bağımsız Grup t testi Sonuçları

| | | N | \bar{X} | Ss. | t | Sd. | P |
|-------------------------------------|-------------|----------|-----------------------------|------------|----------|------------|----------|
| Güçler ve Güçlülükler Anketi | Normal Grup | 50 | 1,7350 | 0,35113 | -3,824 | 98 | 0,000 |
| | Hasta Grup | 50 | 2,1260 | 0,63199 | | | |
| Sosyal Davranışlar | Normal Grup | 50 | 2,5520 | 0,86526 | 1,233 | 98 | 0,220 |
| | Hasta Grup | 50 | 2,3720 | 0,56281 | | | |
| Dikkat Eksikliği | Normal Grup | 50 | 1,9040 | 0,48020 | -,585 | 98 | 0,560 |

| | | | | | | | |
|---------------------------|-------------|----|--------|---------|--------|----|-------|
| | Hasta Grup | 50 | 1,9800 | 0,78376 | | | |
| Duygusal Sorunlar | Normal Grup | 50 | 1,5120 | 0,47836 | -6,677 | 98 | 0,000 |
| | Hasta Grup | 50 | 2,2120 | 0,56628 | | | |
| Davranış Sorunları | Normal Grup | 50 | 1,8760 | 0,71359 | -0,995 | 98 | 0,322 |
| | Hasta Grup | 50 | 2,0120 | 0,65204 | | | |
| Akran Sorunları | Normal Grup | 50 | 1,6480 | 0,33457 | -4,051 | 98 | 0,000 |
| | Hasta Grup | 50 | 2,1160 | 0,74515 | | | |

Tablodan da anlaşılacağı üzere, örneklem grubunun güçler ve güçlükler anketinden almış oldukları puanların grup değişkenine göre anlamlı bir şekilde farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzere yapılan bağımsız Grup t testi sonucunda, gruplar arasında hasta olan grubun daha fazla puan aldığından dolayı istatistiksel açıdan $p < 0.01$ düzeyinde anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

Tablodan da anlaşılacağı üzere, örneklem grubunun sosyal davranışlar alt boyutundan almış oldukları puanların, grup değişkenine göre anlamlı bir şekilde farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzere yapılan bağımsız Grup t testi sonucundan, istatistiksel açıdan $p > 0.05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Tablodan da anlaşılacağı üzere, örneklem grubunun dikkat eksikliği alt boyutundan almış oldukları puanların, grup değişkenine göre anlamlı bir şekilde farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzere yapılan bağımsız Grup t testi sonucundan, istatistiksel açıdan $p > 0.05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Tablodan da anlaşılacağı üzere, örneklem grubunun duygusal Sorunları alt boyutundan almış oldukları puanların grup değişkenine göre anlamlı bir şekilde farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzere yapılan bağımsız Grup t testi sonucunda, gruplar arasında hasta olan grubun daha fazla puan aldığından dolayı istatistiksel açıdan $p < 0.01$ düzeyinde anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

Tablodan da anlaşılacağı üzere, örneklem grubunun davranış Sorunları alt boyutundan almış oldukları puanların, grup değişkenine göre anlamlı bir şekilde

farklılaşp farklılaşmadığını belirlemek üzere yapılan bağımsız Grup t testi sonucundan, istatistiksel açıdan $p>0.05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Tablodan da anlaşılacağı üzere, örneklem grubunun akran Sorunları alt boyutundan almış oldukları puanların, grup değişkenine göre anlamlı bir şekilde farklılaşp farklılaşmadığını belirlemek üzere yapılan bağımsız Grup t testi sonucundan, istatistiksel açıdan $p>0.05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Tablo 4.7 Örneklemin Grup Değişkenine Göre **Çocuklarda Otomatik Düşünceler Ölçeği** ve Alt Boyutlarının Puanları Arasındaki Farkın Anlamlılığını Test Etmek İçin Yapılan Bağımsız Grup T Testi Sonuçları

| | | | N | \bar{X} | Ss. | t | Sd. | P |
|-------------------------------------|-----------------|-------------|----|-----------|---------|-------|-----|-------|
| Çocuklarda Düşünceler Ölçeği | Otomatik | Normal Grup | 50 | 1,6830 | 0,50016 | - | 98 | 0,000 |
| | | Hasta Grup | 50 | 2,0115 | 0,23086 | 4,217 | | |
| Kişisel Başarısızlık | | Normal Grup | 50 | 1,8420 | 0,56500 | - | 98 | 0,034 |
| | | Hasta Grup | 50 | 2,0420 | 0,33992 | 2,145 | | |
| Düşmanlık | | Normal Grup | 50 | 1,6200 | 0,52489 | - | 98 | 0,000 |
| | | Hasta Grup | 50 | 2,0060 | 0,20545 | 4,842 | | |
| Fiziksel Tehdit | | Normal Grup | 50 | 1,5500 | 0,55851 | - | 98 | 0,000 |
| | | Hasta Grup | 50 | 2,0420 | 0,26271 | 5,637 | | |
| Sosyal Tehdit | | Normal Grup | 50 | 1,7200 | 0,51230 | - | 98 | 0,008 |
| | | Hasta Grup | 50 | 1,9560 | 0,35060 | 2,688 | | |

Tablodan da anlaşılacağı üzere, örneklem grubunun çocuklarda otomatik düşünceler ölçeğinden almış oldukları puanların grup değişkenine göre anlamlı bir şekilde farklılaşp farklılaşmadığını belirlemek üzere yapılan bağımsız Grup t testi

sonucunda, gruplar arasında hasta olan grubun daha fazla puan aldığından dolayı istatistiksel açıdan $p < 0.01$ düzeyinde anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

Tablodan da anlaşılacağı üzere, örneklem grubunun kişisel başarısızlık alt boyutundan almış oldukları puanların grup değişkenine göre anlamlı bir şekilde farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzere yapılan bağımsız Grup t testi sonucunda, gruplar arasında hasta olan grubun daha fazla puan aldığından dolayı istatistiksel açıdan $p < 0.01$ düzeyinde anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

Tablodan da anlaşılacağı üzere, örneklem grubunun düşmanlık alt boyutundan almış oldukları puanların grup değişkenine göre anlamlı bir şekilde farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzere yapılan bağımsız Grup t testi sonucunda, gruplar arasında hasta olan grubun daha fazla puan aldığından dolayı istatistiksel açıdan $p < 0.01$ düzeyinde anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

Tablodan da anlaşılacağı üzere, örneklem grubunun fiziksel tehdit alt boyutundan almış oldukları puanların grup değişkenine göre anlamlı bir şekilde farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzere yapılan bağımsız Grup t testi sonucunda, gruplar arasında hasta olan grubun daha fazla puan aldığından dolayı istatistiksel açıdan $p < 0.01$ düzeyinde anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

Tablodan da anlaşılacağı üzere, örneklem grubunun sosyal tehdit alt boyutundan almış oldukları puanların grup değişkenine göre anlamlı bir şekilde farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzere yapılan bağımsız Grup t testi sonucunda, gruplar arasında hasta olan grubun daha fazla puan aldığından dolayı istatistiksel açıdan $p < 0.01$ düzeyinde anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

Tablo 4.8 Güçler ve Güçlülükler Anketi ve Alt Boyutları ile Çocuklarda Otomatik Düşünceler Ölçeği ve Alt Boyutu Puanları Arasındaki İlişkiyi Belirlemek Üzere Yapılan Pearson Korelasyon Analizi Sonuçları

| | | Çocuklarda Otomatik Düşünceler Ölçeği | Kişisel Başarısızlık | Düşmanlık | Fiziksel Tehdit | Sosyal Tehdit |
|---|---|--|---------------------------------|------------------|----------------------------|--------------------------|
| Güçler ve Güçlülükler Anketi | r | ,265** | ,211* | 0,196 | ,215* | ,339** |
| | p | 0,008 | 0,035 | 0,050 | 0,032 | 0,001 |
| | N | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| Sosyal Davranışlar | r | -0,015 | 0,069 | -0,106 | -0,071 | 0,055 |
| | p | 0,886 | 0,498 | 0,295 | 0,485 | 0,587 |

| | | | | | | |
|---------------------------|---|--------|--------|--------|--------|--------|
| | N | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| Dikkat Eksikliği | r | ,201* | ,224* | 0,114 | 0,105 | ,287** |
| | p | 0,045 | 0,025 | 0,258 | 0,297 | 0,004 |
| | N | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| Duygusal Sorunlar | r | ,293** | 0,195 | ,214* | ,343** | ,300** |
| | p | 0,003 | 0,052 | 0,033 | 0,000 | 0,002 |
| | N | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| Davranış Sorunları | r | 0,066 | 0,022 | 0,065 | -0,020 | 0,179 |
| | p | 0,517 | 0,826 | 0,518 | 0,847 | 0,075 |
| | N | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| Akran Sorunları | r | ,364** | ,293** | ,289** | ,327** | ,404** |
| | p | 0,000 | 0,003 | 0,003 | 0,001 | 0,000 |
| | N | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |

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

Tabloda görüldüğü üzere Güçler ve Güçlükler Anketi ve Alt Boyutları ile Çocuklarda Otomatik Düşünceler Ölçeği ve Alt Boyutları arasındaki ilişkiyi ölçmek amacıyla yapılan Peaarson Korelasyon analizi sonucunda;

Güçler ve Güçlükler Anketi toplam puanı ile Çocuklarda Otomatik Düşünceler Ölçeği puanı arasında zayıf düzeyde ve pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur (r= 265, p<.01).

Güçler ve Güçlükler Anketi toplam puanı ile Kişisel Başarısızlık Alt Boyutu puanı arasında zayıf düzeyde ve pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur (r= 211, p<.01).

Güçler ve Güçlükler Anketi toplam puanı ile Fiziksel Tehdit Alt Boyutu puanı arasında zayıf düzeyde ve pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur (r= 215, p<.01).

Güçler ve Güçlükler Anketi toplam puanı ile Sosyal Tehdit Alt Boyutu puanı arasında orta düzeyde ve pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur (r= 339, p<.01).

Dikkat Eksikliği Alt Boyutu toplam puanı ile Çocuklarda Otomatik Düşünceler Ölçeği puanı arasında zayıf düzeyde ve pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur (r= 201, p<.01).

Dikkat Eksikliği Alt Boyutu toplam puanı ile Kişisel Başarısızlık Alt Boyutu puanı arasında zayıf düzeyde ve pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur (r= 224, p<.01).

Dikkat Eksikliği Alt Boyutu toplam puanı ile Sosyal Tehdit Alt Boyutu puanı arasında zayıf düzeyde ve pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r= 287, p<.01$).

Duygusal Sorunları Alt Boyutu toplam puanı ile Çocuklarda Otomatik Düşünceler Ölçeği puanı arasında zayıf düzeyde ve pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r= 293, p<.01$).

Duygusal Sorunları Alt Boyutu toplam puanı ile Düşmanlık Alt Boyutu puanı arasında zayıf düzeyde ve pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r= 214, p<.01$).

Duygusal Sorunları Alt Boyutu toplam puanı ile Fiziksel Tehdit Alt Boyutu puanı arasında orta düzeyde ve pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r= 343, p<.01$).

Duygusal Sorunları Alt Boyutu toplam puanı ile Sosyal Tehdit Alt Boyutu puanı arasında orta düzeyde ve pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r= 300, p<.01$).

Akran Sorunları Alt Boyutu toplam puanı ile Çocuklarda Otomatik Düşünceler Ölçeği puanı arasında orta düzeyde ve pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r= 364, p<.01$).

Akran Sorunları Alt Boyutu toplam puanı ile Kişisel Başarısızlık Alt Boyutu puanı arasında zayıf düzeyde ve pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r= 293, p<.01$).

Akran Sorunları Alt Boyutu toplam puanı ile Düşmanlık Alt Boyutu puanı arasında zayıf düzeyde ve pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r= 289, p<.01$).

Akran Sorunları Alt Boyutu toplam puanı ile Fiziksel Tehdit Alt Boyutu puanı arasında orta düzeyde ve pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r= 327, p<.01$).

Akran Sorunları Alt Boyutu toplam puanı ile Sosyal Tehdit Alt Boyutu puanı arasında orta düzeyde ve pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r= 404, p<.01$).

Tablo 4.9 Otomatik Düşüncelerin Güçler ve Güçlülere Etkisi

| | B | Standart Hata | Beta | t | P | R2 | F |
|-----------------------------|----------|----------------------|-------------|----------|----------|-----------|----------|
| (Sabit) | 1,241 | 0,242 | | 5,119 | 0,000 | 0,126 | 3,439 |
| Kişisel Başarısızlık | -0,009 | 0,185 | -0,008 | -0,048 | 0,962 | | |

| | | | | | |
|------------------------|--------|-------|--------|--------|-------|
| Düşmanlık | -0,200 | 0,227 | -0,160 | -0,881 | 0,380 |
| Fiziksel Tehdit | -0,016 | 0,187 | -0,015 | -0,086 | 0,932 |
| Sosyal Tehdit | 0,585 | 0,206 | 0,480 | 2,834 | 0,006 |

Tabloda görüldüğü üzere çocuklarda otomatik düşüncelerin alt boyutu olan kişisel başarısızlık, düşmanlık, fiziksel tehdit, sosyal tehdit güçler ve güçlükleri anlamlı düzeyde yordadığı görülmektedir ($R^2=.126$, $p<.01$). Adı geçen değişkenler birlikte güçler ve güçlüklerin toplam varyansın yaklaşık %13'ünü açıklamaktadır. Standardize edilmiş regresyon katsayısına (β) göre, yordayıcı değişkenlerin güçler ve güçlükler üzerindeki görece önemi sosyal tehdit, düşmanlık, fiziksel tehdit, kişisel başarısızlıktır. Regresyon katsayılarının anlamlılığına ilişkin t-testi sonuçları incelendiğinde ise sosyal tehditlerin güçler ve güçlükler üzerinde anlamlı bir yordayıcı olduğu görülmektedir. Diğer değişkenlerin önemli bir etkisi yoktur.

Tablo 4.10 Normal Grubun Cinsiyet Değişkenine Göre Güçler ve Güçlükler Anketi ve Alt Boyutlarının Puanları Arasındaki Farkın Anlamlılığını Test Etmek İçin Yapılan Bağımsız Grup t testi Sonuçları

| Cinsiyet | | N | \bar{X} | Ss. | t | Sd. | P |
|-----------------------------------|-------|----|-----------|------|--------|-----|-------|
| Güçler ve Güçlükler Anketi | Kız | 30 | 1,78 | 0,17 | -2,584 | 42 | 0,013 |
| | Erkek | 14 | 1,96 | 0,30 | | | |
| Sosyal Davranışlar | Kız | 30 | 2,83 | 0,79 | 0,889 | 42 | 0,379 |
| | Erkek | 14 | 2,63 | 0,36 | | | |
| Dikkat Eksikliği | Kız | 30 | 1,95 | 0,36 | -2,243 | 42 | 0,030 |
| | Erkek | 14 | 2,20 | 0,33 | | | |
| Duygusal Sorunlar | Kız | 30 | 1,55 | 0,44 | -0,586 | 42 | 0,561 |
| | Erkek | 14 | 1,64 | 0,54 | | | |
| Davranış Sorunları | Kız | 30 | 1,92 | 0,34 | -1,084 | 42 | 0,284 |
| | Erkek | 14 | 2,16 | 1,10 | | | |
| Akran Sorunları | Kız | 30 | 1,69 | 0,21 | -2,023 | 42 | 0,049 |
| | Erkek | 14 | 1,84 | 0,28 | | | |

Tablodan da anlaşılacağı üzere, örneklem grubunun Güçler ve Güçlükler ölçeğinden almış oldukları puanların cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir şekilde farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzere yapılan bağımsız Grup t testi sonucunda, gruplar arasında Erkek grubun daha fazla puan aldığından dolayı istatistiksel açıdan $p<0.05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

Tablodan da anlaşılacağı üzere, örneklem grubunun Sosyal Davranışlar Alt Boyutundan almış oldukları puanların, cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir şekilde

farklılaşp farklılaşmadığını belirlemek üzere yapılan bağımsız Grup t testi sonucundan, istatistiksel açıdan $p>0.05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Tablodan da anlaşılacağı üzere, örneklem grubunun Dikkat Eksikliği Alt Boyutundan almış oldukları puanların cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir şekilde farklılaşp farklılaşmadığını belirlemek üzere yapılan bağımsız Grup t testi sonucunda, gruplar arasında Erkek grubun daha fazla puan aldığından dolayı istatistiksel açıdan $p<0.05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

Tablodan da anlaşılacağı üzere, örneklem grubunun Duygusal Sorunlar Alt Boyutundan almış oldukları puanların, cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir şekilde farklılaşp farklılaşmadığını belirlemek üzere yapılan bağımsız Grup t testi sonucundan, istatistiksel açıdan $p>0.05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Tablodan da anlaşılacağı üzere, örneklem grubunun Davranış Sorunları Alt Boyutundan almış oldukları puanların, cinsiyet değişkenine göre yapılan bağımsız Grup t testi sonucundan, istatistiksel açıdan $p>0.05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Tablodan da anlaşılacağı üzere, örneklem grubunun Akran Sorunları Alt Boyutundan almış oldukları puanların cinsiyet değişkenine göre Grup t testi sonucunda, gruplar arasında Erkek grubun daha fazla puan aldığından dolayı istatistiksel açıdan $p<0.05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

Tablo 4.11 Hasta Grubun Cinsiyet Değişkenine Göre Güçler ve Güçlükler Anketi ve Alt Boyutlarının Puanları Arasındaki Farkın Anlamlılığını Test Etmek İçin Yapılan Bağımsız Grup t testi Sonuçları

| | | cinsiyet | N | \bar{X} | Ss. | t | Sd. | P | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------------------|-------|----------|----|-----------|------|-------|-----|-------|---------------------------|-----|--|----|------|------|-------|----|-------|-------|--|----|------|------|---------------------------|-----|--|----|------|------|-------|----|-------|-------|--|----|------|------|---------------------------|-----|--|----|------|------|-------|----|-------|-------|--|----|------|------|---------------------------|-----|--|----|------|------|-------|----|-------|-------|--|----|------|------|------------------------|-----|--|----|------|------|-------|----|-------|-------|
| Güçler ve Güçlükler Anketi | Kız | | 22 | 2,22 | 0,60 | 1,376 | 48 | 0,175 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Erkek | | 28 | 1,97 | 0,69 | | | | Sosyal Davranışlar | Kız | | 22 | 2,54 | 0,44 | 1,877 | 48 | 0,067 | Erkek | | 28 | 2,24 | 0,62 | Dikkat Eksikliği | Kız | | 22 | 2,07 | 0,74 | 0,738 | 48 | 0,464 | Erkek | | 28 | 1,91 | 0,82 | Duygusal Sorunlar | Kız | | 22 | 2,37 | 0,52 | 1,821 | 48 | 0,075 | Erkek | | 28 | 2,09 | 0,58 | Davranış Sorunları | Kız | | 22 | 2,16 | 0,55 | 1,475 | 48 | 0,147 | Erkek | | 28 | 1,89 | 0,71 | Akran Sorunları | Kız | | 22 | 2,28 | 0,67 | 1,409 | 48 | 0,165 | Erkek |
| Sosyal Davranışlar | Kız | | 22 | 2,54 | 0,44 | 1,877 | 48 | 0,067 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Erkek | | 28 | 2,24 | 0,62 | | | | Dikkat Eksikliği | Kız | | 22 | 2,07 | 0,74 | 0,738 | 48 | 0,464 | Erkek | | 28 | 1,91 | 0,82 | Duygusal Sorunlar | Kız | | 22 | 2,37 | 0,52 | 1,821 | 48 | 0,075 | Erkek | | 28 | 2,09 | 0,58 | Davranış Sorunları | Kız | | 22 | 2,16 | 0,55 | 1,475 | 48 | 0,147 | Erkek | | 28 | 1,89 | 0,71 | Akran Sorunları | Kız | | 22 | 2,28 | 0,67 | 1,409 | 48 | 0,165 | Erkek | | 28 | 1,99 | 0,79 | | | | | | | | | | |
| Dikkat Eksikliği | Kız | | 22 | 2,07 | 0,74 | 0,738 | 48 | 0,464 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Erkek | | 28 | 1,91 | 0,82 | | | | Duygusal Sorunlar | Kız | | 22 | 2,37 | 0,52 | 1,821 | 48 | 0,075 | Erkek | | 28 | 2,09 | 0,58 | Davranış Sorunları | Kız | | 22 | 2,16 | 0,55 | 1,475 | 48 | 0,147 | Erkek | | 28 | 1,89 | 0,71 | Akran Sorunları | Kız | | 22 | 2,28 | 0,67 | 1,409 | 48 | 0,165 | Erkek | | 28 | 1,99 | 0,79 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Duygusal Sorunlar | Kız | | 22 | 2,37 | 0,52 | 1,821 | 48 | 0,075 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Erkek | | 28 | 2,09 | 0,58 | | | | Davranış Sorunları | Kız | | 22 | 2,16 | 0,55 | 1,475 | 48 | 0,147 | Erkek | | 28 | 1,89 | 0,71 | Akran Sorunları | Kız | | 22 | 2,28 | 0,67 | 1,409 | 48 | 0,165 | Erkek | | 28 | 1,99 | 0,79 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Davranış Sorunları | Kız | | 22 | 2,16 | 0,55 | 1,475 | 48 | 0,147 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Erkek | | 28 | 1,89 | 0,71 | | | | Akran Sorunları | Kız | | 22 | 2,28 | 0,67 | 1,409 | 48 | 0,165 | Erkek | | 28 | 1,99 | 0,79 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Akran Sorunları | Kız | | 22 | 2,28 | 0,67 | 1,409 | 48 | 0,165 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Erkek | | 28 | 1,99 | 0,79 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Tablodan da anlaşılacağı üzere, örneklem grubunun Güçler ve Güçlükler Anketinden almış oldukları puanların, cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir şekilde farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzere yapılan bağımsız Grup t testi sonucundan, istatistiksel açıdan $p>0.05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Tablodan da anlaşılacağı üzere, örneklem grubunun Sosyal Davranışlar Alt Boyutundan almış oldukları puanların, cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir şekilde farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzere yapılan bağımsız Grup t testi sonucundan, istatistiksel açıdan $p>0.05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Tablodan da anlaşılacağı üzere, örneklem grubunun Dikkat Eksikliği Alt Boyutundan almış oldukları puanların, cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir şekilde farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzere yapılan bağımsız Grup t testi sonucundan, istatistiksel açıdan $p>0.05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Tablodan da anlaşılacağı üzere, örneklem grubunun Duygusal Sorunlar Alt Boyutundan almış oldukları puanların, cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir şekilde farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzere yapılan bağımsız Grup t testi sonucundan, istatistiksel açıdan $p>0.05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Tablodan da anlaşılacağı üzere, örneklem grubunun Davranış Sorunları Alt Boyutundan almış oldukları puanların, cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir şekilde farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzere yapılan bağımsız Grup t testi sonucundan, istatistiksel açıdan $p>0.05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Tablodan da anlaşılacağı üzere, örneklem grubunun Sosyal Davranışlar Alt Boyutundan almış oldukları puanların, cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir şekilde farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzere yapılan bağımsız Grup t testi sonucundan, istatistiksel açıdan $p>0.05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Tablo 4.12 Normal Grubun Cinsiyet Değişkenine Göre Çocuklarda Otomatik Düşünceler Ölçeği ve Alt Boyutlarının Puanları Arasındaki Farkın Anlamlılığını Test Etmek İçin Yapılan Bağımsız Grup t testi Sonuçları

| | cinsiyet | N | \bar{X} | Ss. | t | Sd. | P |
|-------------------------------------|--------------|----|-----------|------|---|-----|-------|
| Çocuklarda Düşünceler Ölçeği | Otomatik Kız | 30 | 1,62 | 0,53 | - | 42 | 0,735 |
| | Erkek | 14 | 1,68 | 0,52 | | | |
| Kişisel Başarısızlık | Kız | 30 | 1,80 | 0,63 | - | 42 | 0,627 |
| | Erkek | 14 | 1,89 | 0,56 | | | |
| Düşmanlık | Kız | 30 | 1,56 | 0,58 | - | 42 | 0,823 |
| | Erkek | 14 | 1,60 | 0,47 | | | |
| Fiziksel Tehdit | Kız | 30 | 1,47 | 0,54 | - | 42 | 0,782 |
| | Erkek | 14 | 1,52 | 0,64 | | | |
| Sosyal Tehdit | Kız | 30 | 1,67 | 0,50 | - | 42 | 0,802 |
| | Erkek | 14 | 1,71 | 0,63 | | | |

Tablodan da anlaşılacağı üzere, örneklem grubunun Çocuklarda Otomatik Düşünceler Ölçeğinden almış oldukları puanların, cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir şekilde farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzere yapılan bağımsız Grup t testi sonucundan, istatistiksel açıdan $p>0.05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Tablodan da anlaşılacağı üzere, örneklem grubunun Kişisel Başarısızlık Alt Boyutundan almış oldukları puanların, cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir şekilde farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzere yapılan bağımsız Grup t testi sonucundan, istatistiksel açıdan $p>0.05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Tablodan da anlaşılacağı üzere, örneklem grubunun Düşmanlık Alt Boyutundan almış oldukları puanların, cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir şekilde farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzere yapılan bağımsız Grup t testi sonucundan, istatistiksel açıdan $p>0.05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Tablodan da anlaşılacağı üzere, örneklem grubunun Fiziksel Tehdit Alt Boyutundan almış oldukları puanların, cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir şekilde farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzere yapılan bağımsız Grup t testi sonucundan, istatistiksel açıdan $p>0.05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Tablodan da anlaşılacağı üzere, örneklem grubunun Sosyal Tehdit Alt Boyutundan almış oldukları puanların, cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir şekilde farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzere yapılan bağımsız Grup t testi sonucundan, istatistiksel açıdan $p>0.05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık saptanmamıştır

Tablo 4.13 Hasta Grubun Cinsiyet Değişkenine Göre Çocuklarda Otomatik Düşünceler Ölçeği ve Alt Boyutlarının Puanları Arasındaki Farkın Anlamlılığını Test Etmek İçin Yapılan Bağımsız Grup t testi Sonuçları

| | | N | \bar{X} | Ss. | t | Sd. | P |
|-------------------------------------|---------------------|----|-----------|------|-------|-----|-------|
| Çocuklarda Düşünceler Ölçeği | Otomatik Kız | 22 | 2,04 | 0,16 | 0,858 | 48 | 0,395 |
| | Erkek | 28 | 1,99 | 0,27 | | | |
| Kişisel Başarısızlık | Kız | 22 | 2,03 | 0,29 | - | 48 | 0,789 |
| | Erkek | 28 | 2,05 | 0,38 | | | |
| Düşmanlık | Kız | 22 | 2,03 | 0,16 | 0,785 | 48 | 0,437 |
| | Erkek | 28 | 1,99 | 0,23 | | | |
| Fiziksel Tehdit | Kız | 22 | 2,06 | 0,13 | 0,512 | 48 | 0,611 |
| | Erkek | 28 | 2,03 | 0,33 | | | |
| Sosyal Tehdit | Kız | 22 | 2,05 | 0,30 | 1,713 | 48 | 0,093 |
| | Erkek | 28 | 1,88 | 0,38 | | | |

Tablodan da anlaşılacağı üzere, örneklem grubunun Çocuklarda Otomatik Düşünceler Ölçeğinden almış oldukları puanların, cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir şekilde farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzere yapılan bağımsız Grup t testi sonucundan, istatistiksel açıdan $p>0.05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Tablodan da anlaşılacağı üzere, örneklem grubunun Kişisel Başarısızlık Alt Boyutundan almış oldukları puanların, cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir şekilde farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzere yapılan bağımsız Grup t testi sonucundan, istatistiksel açıdan $p>0.05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Tablodan da anlaşılacağı üzere, örneklem grubunun Düşmanlık Alt Boyutundan almış oldukları puanların, cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir şekilde farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzere yapılan bağımsız Grup t testi sonucundan, istatistiksel açıdan $p>0.05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Tablodan da anlaşılacağı üzere, örneklem grubunun Fiziksel Tehdit Alt Boyutundan almış oldukları puanların, cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir şekilde

farklılaşp farklılaşmadığını belirlemek üzere yapılan bağımsız Grup t testi sonucundan, istatistiksel açıdan $p>0.05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Tablodan da anlaşılacağı üzere, örneklem grubunun Sosyal Tehdit Alt Boyutundan almış oldukları puanların, cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir şekilde farklılaşp farklılaşmadığını belirlemek üzere yapılan bağımsız Grup t testi sonucundan, istatistiksel açıdan $p>0.05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.



BEŞİNCİ BÖLÜM

TARTIŞMA VE YORUM

Yapılan bu çalışmanın amacı kanserli çocukların otomatik düşünceleri ile duygusal ve davranışsal sorunları arasındaki ilişkinin incelenmesidir. Bu bölümde elde edilen sonuçlar literatür ışığında karşılaştırılıp değerlendirilecektir.

5.1. Örneklem Grup Değişkenine Göre Güçler ve Güçlükler Anketi ve Alt Boyutlarının Değerlendirilmesi

Örneklem grubunun güçler ve güçlükler anketinden almış oldukları puanlar arasında anlamlı bir farklılaşma olduğu görülmektedir. Hasta olan grubun güç ve güçlükler anketinden ve duygusal sorunlar alt boyutundan aldıkları puanın hasta olmayan gruba göre daha fazla olduğu sonucu elde edilmiştir. Kanser süreğen ve ölümcül bir hastalık olmasının yanı sıra duygusal, ruhsal ve davranışsal tepkilere yol açan önemli bir sorundur. Kanser, ruhsal problemlerin risk faktörlerinden biri olarak değerlendirilen ve yaşamı tehdit eden fiziksel sağlık problemleri arasında yer almaktadır. Korku ve anksiyetenin de bu dönemde yaşanan duygusal sorunlardan biri olduğu bilinmektedir. Yüksek düzeyde algılanan belirsizliğin kanser hastası çocuklar üzerinde sıkıntı yaratabileceği düşünülmektedir. Kanser tanısı, hastalar için stres verici bir olaydır. İlk aşamada verilen en yaygın tepki, şok ve inanmama durumudur. Bu dönemde görülen semptomlar; tanının yadsınması, katlanılması güç olan gerçeğin yarattığı kaygı ve çaresizlik duygularına karşı bir savunmadır. Bunun etkisiyle kanser hastası çocuklarda saldırganlık ve depresyonun da gelişmesi beklenebilir.¹⁸⁰ Ayrıca hasta bakımı veren konumda olmak, hasta yakınına alışmış olmanın dışında roller ve sorumluluklar yüklemekte ve duygusal yükü arttırmaktadır. Kanserli hastalarda özellikle depresyon ve anksiyete gibi psikiyatrik bozuklukların yüksek oranda gözüktüğü saptanmaktadır. Bu bozukluklar tedavi edilmediği zaman tedavi uyumunda bozulma, hastanede kalış sürelerinde artış ve yaşam kalitesinde bozulma olabilmektedir. Ateşçi ve arkadaşlarının (2003) yaptıkları çalışmada kanser hastalarında Depresif duygudurum ile giden uyum bozukluğu (%14) ve majör depresif bozukluğunun (%11.3) en sık karşılaşılan tanılar olduğu belirlenmiştir.¹⁸¹ Bu durumda kişilerin duygusal sorunların daha fazla meydana gelebileceğini düşünebilmektedir. Her çocuğun karşılaştığı en yaygın stres, hastalıktır. Bu stres ve stresin belirtileri hastalığın ne olduğuna, süresine, çocuğun yaşamında yarattığı

¹⁸⁰ Figen Ateşçi vd., *Kanser hastalarında psikiyatrik bozukluklar ve ilişkili etmenler*, Türk Psikiyatri Dergisi, 14, 2003, s.145-152.

¹⁸¹ Ateşçi vd., a.g.e., 2003, s.145-152.

değişime, çocuğun yaşına, kişiliğine ve içinde bulunduğu koşullara göre çok farklılık göstermektedir. Kanserli çocuk ve ailesinin tanı, tedavi, remisyon, relaps ve terminal dönemi gibi çeşitli dönemlerden geçtiklerini ve bu dönemlere ait bir takım belirtiler gösterdikleri araştırmalarla desteklenmiştir. Bu çalışmalara göre daha çok korku, anksiyete ve depresyonu deneyimledikleri belirlenmiştir.¹⁸² Curt ve arkadaşlarının (2000) çalışma bulguları kanserden kaynaklanan yorgunluk sorununun hastaların % 90'nın da duygusal ve bilişsel alanda sınırlılıklar oluşturduğunu saptamaktadır. Genç hastaların yaşlı hastalara oranla iki kat daha fazla yorgunluk yaşadıklarını dile getirmişlerdir. Ayrıca bu hastalarda yaşlılara oranla daha fazla depresyon, umutsuzluk ve yaşamdan zevk almama gibi duygusal problemler saptanmıştır.¹⁸³ Arıkan (2001) yaptığı çalışmada kanser hastası bireylerin aile ve arkadaşlarından gen çekileceğini, duygusal gerileme olacağını ve bazen de eşine ve ailesine suçlamalarda bulunabileceğini belirtmişlerdir.¹⁸⁴ Özçetin ve Durmaz yaptıkları çalışmada psikolojik sağlamlık ve travma sonrası büyüme kavramlarının ve bu iki kavramın kanser deneyimini ile ilişkisinin araştırılmasını amaçlamışlardır. Araştırmadan elde edilen sonuçlara göre Kanser gibi yaşam tehdit edici hastalıklara başarılı uyumun sağlanması psikolojik sağlamlığı içermektedir. Travma sonrası büyüme bireylerde travmatik olayın ardından daha derin bir bakış açısı ve güçlenme ortaya çıkmasını sağlamaktadır. Bu nedenle, travma sonrası büyüme düzeyi yüksek olan bireyler kendilerini, karşılaştıkları yaşam problemlerinin üstesinden gelebilecek güçte hissetmekte, gelişmiş baş etme becerilerine sahip olmakta, travmanın olumlu yönlerine odaklanarak kanser süreci ile daha kolay baş edebilmekte ve gelişmiş bir psikososyal iyi-oluş düzeyine ulaşmaktadırlar. Psikolojik sağlamlık ve travma sonrası büyüme arasında güçlü bir ilişkisi olduğu sonucu elde edilmiştir.¹⁸⁵ Yapılan araştırmalar göstermektedir ki; kanserin kişiler ve özellikle çocuklar üzerinde psikolojik dayanıklılıklarını olumsuz yönde bir etkiye sahiptir. Kanser hastalığı olan çocukların uzun süreli izleminde duygusal ve bilişsel alanlarda etkilenmeler yaşanabilmektedir. Kanser hastası çocukların psikolojik dayanıklılıklarının azalması ile kişilerde duygusal problemler oluşabilmekte ve bunun yanı sıra depresyon, kaygı gibi ruhsal çöküntüler meydana gelebilmektedir.

¹⁸² Sezgin vd., a.g.e., 2007, s.107-112.

¹⁸³ Gregory Curt vd., *Impact of cancer-related fatigue on the lives of patients: new findings from the Fatigue Coalition*, The oncologist, 5(5), 2000, s.353-360.

¹⁸⁴ Ruşen Nur Arıkan, *Travmatik Bir Yaşantı: Meme Kanseri Ve Mastektomi*, Kriz Dergisi, 9(1), 2001, s.39-46

¹⁸⁵ Yeter Sinem Üzar Özçetin ve Duygu Hiçdurmaz, *Kanser Deneyiminde Travma Sonrası Büyüme ve Psikolojik Sağlamlık*, Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 9(4), 2017, s.388-397.

5.2. Örneklemin Grup Değişkenine Göre Otomatik Düşünceler ve Alt Boyutlarının Değerlendirilmesi

Örneklem grubunun çocuklarda otomatik düşünceler ve alt boyutlarından almış oldukları puanlarda anlamlı farklılaşma olduğu görülmektedir. Hasta olan grubun otomatik düşünceleri ve alt boyutları olan kişisel başarısızlık, düşmanlık, fiziksel ve sosyal tehdidin yüksek olduğu sonucu elde edilmiştir. Manevi değerlere sahip olan hastalar hastalıkları, ağrıları ve yaşam stresleri ile baş etmede ve iyileşme süreçlerinde inançlarından yararlanabilmektedir. Ülkemiz insanı hasta olduğu zaman bir taraftan tıbbın olanaklarından yararlanırken maneviyatı ve inancıyla yaşamını tehdit eden bu duruma direnmeye çalışmaktadır.^{186 187} Bu yaştaki çocuklar ölümcül bir hastalığa yakalanmanın haksızlık olduğunu düşünebilmekte ve öfke duyabilmektedirler. Okul çağı çocukları hala duygusal yönden olgunlaşmamış oldukları için, öleceklerini anladıkları zaman kendi duyguları ile baş etmede güçlük yaşayabilmektedirler. Bir gün pasif bir şekilde içe kapanırken ertesi gün aşırı tepki gösterebilmektedirler.¹⁸⁸ Özbaran ve Eremiş'in (2006) yaptıkları çalışma sonuçlarına göre bu çocuklarda normal yaşama geri dönüş, sosyal ortama uyum sağlama gibi aşamalarda zorlukların olduğu görülmüştür.¹⁸⁹ Dünya Sağlık Örgütü'nün raporunda; Ruh sağlığını koruyucu faktörleri açıklanmaktadır. Yararı kanıtlara dayalı olarak belgelenmiş ruh sağlığını koruyucu faktörün "ailenin ve dostların sosyal desteği" olduğu açıklanmaktadır.¹⁹⁰ Jinekolojik kanserli hastaların algıladıkları sosyal destek düzeyini belirlemek amacıyla 200 hastaya Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği uygulanmıştır. Elde edilen bulgulara göre, algıladıkları sosyal desteğin iyi düzeyde olduğunu ve hastaların öğrenim düzeyi, çalışma durumu, ekonomik durum ve tanısını bilme gibi özelliklerinin algılanan sosyal desteği etkilediğini göstermektedir.¹⁹¹ Sosyal tehdit kadar fiziksel tehdidin de kanser hastalarının otomatik düşüncelerinin oluşmasında etkili olduğu görülmektedir. Kanser tanısı birçok birey için varoluşun tehdidi anlamına gelmektedir. Hastalık bireyin yaşamına, yaşamı tehdit edici bir güç olarak girip

¹⁸⁶ Filiz Adana, *Cerrahi hemşirelik bakımının manevi boyutu*, Hemşirelik Forumu, 2006,

¹⁸⁷ Aştı Nesrin vd., *Cerrahi Hemşirelik Bakımının Manevi Boyutu*, Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi, 13(54), 2005, s.27-34.

¹⁸⁸ Hicran Çavuşoğlu, *Çocuk Sağlığı ve Hemşireliği*, Bizim Büro Basım Evi, 1997, s.239-316

¹⁸⁹ Burcu Özbaran ve Serpil Eremiş, *Kanser Tedavisi Gören Çocuk ve Gençlerde Uzun Süreli İzlem Sürecinde Psikososyal Özelliklerin Tanımlanması ve Genel Yaklaşım İlkeleri*, Klinik Psikiyatri, 9(4), 2006, s.185-190.

¹⁹⁰ World Health Organization, *Prevention of Mental Disorders*, Effective Interventions and Policy Options, 2004

¹⁹¹ Sultan Ayaz vd., *Jinekolojik kanserli hastaların algıladıkları sosyal destek düzeyleri ve etkileyen faktörler*, Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences, 28(6), 2008, s.880-885.

kişinin hem fiziksel hem de ruhsal dünyasını tehdit etmeye başlamaktadır.¹⁹² Literatür çalışmaları incelendiğinde; Karabulutlu ve Karaman yaptıkları çalışma sonucunda hematolojik kanser hastalarının %69' unda yorgunluğun görüldüğünü tespit edilmiştir. Kanser hastalarının yaşadığı fiziksel yorgunluk ve güçsüzlük; beden işlevlerinde zayıflama ve duygusal alanda çevreye olan algısı ortalama puanları düşük bulunmuştur.¹⁹³ Kanser hastası çocuklarda oluşabilecek bir diğer önemli otomatik düşüncenin ise başarısızlık olduğu bilinmektedir. Başarısızlık ise 8-12 yaş grubundaki çocuklarda akademik alanda kendini gösterebilmektedir. Kanserli çocuklardaki bilişsel sorunların nedeninin sadece fizyolojik sorunlar olmadığı bilinmektedir. Çocuğun tedavi, kontrol ya da hastaneye yatma nedeniyle okula devamsızlığının artması, öğrenme fırsatlarını azaltmakta ve akademik başarısızlığa neden olmaktadır.¹⁹⁴ Aynı sınıfın tekrarlanması çocukta yetersizlik, başarısızlık ve utanma duygularının gelişmesine neden olabilmektedir.¹⁹⁵ ¹⁹⁶ Farklı kanser tanısı alan 43 çocuk üzerinde yapılan bir araştırmada kanserli çocukların diğer sağlıklı yaşlıtlarına göre okula devamsızlıklarının daha fazla olduğu ve matematik, yabancı dil gibi ders notlarının daha kötü olduğu sonucu elde edilmiştir.¹⁹⁷

5.3. Güçler ve Güçlülükler Anketi ve Alt Boyutları ile Çocuklarda Otomatik Düşünceler Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Güçler ve Güçlülükler Anketi toplam puanı ile Çocuklarda Otomatik Düşünceler ve alt boyutu olan kişisel başarısızlık, fiziksel tehdit, sosyal tehdit, arasında zayıf düzeyde ve pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Yaşamı tehdit eden hastalıklar sıklıkla manevi olarak stres durumu yaratmaktadır. Hastalık durumundaki hastalar genellikle, "Neden ben? Bunu hak etmek ve yaşamak için ben ne yaptım? Tanrı beni cezalandırıyor mu? Öldükten sonra bana ne olacak? Ben kaybolduktan sonra ailem nasıl yaşayacak? Yokluğum fark edilecek mi? Özlenecek miyim? Hatırlanacak

¹⁹² Beyhan Bag, *Kanser Hastalarında Uzun Dönemde Görülen Psikososyal Sorunlar/Long-Term Psychosocial Problems in Cancer Patients*, Psikiyatride Guncel Yaklasimler, 5(1), 2013, s.109.

¹⁹³ Elanur Yılmaz Karabulutlu Ve Seda Karaman, *Kanser Hastalarında Hastalık Algısının Değerlendirilmesi*, Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi, 2(3), 2015, s.271-284.

¹⁹⁴ Frances Prevatt vd., *A review of school reintegration programs for children with cancer*, Journal of School Psychology, 38(5), 2000, s.447-467.

¹⁹⁵ Deborah Mayer vd., *School re-entry after a cancer diagnosis: physician attitudes about truth telling and information sharing 1*, Child: care, health and development, 31(3), 2005, s.355-363.

¹⁹⁶ Lalita Suzuki ve Pamela M. Kato, *Psychosocial support for patients in pediatric oncology: the influences of parents, schools, peers, and technology*, Journal of Pediatric Oncology Nursing, 20(4), 2003, s.159-174.

¹⁹⁷ P. M. Lähteenmäki vd., *Childhood cancer patients at school*, European journal of cancer, 38(9), 2002, s.1227-1240.

mıyım? Yaşamdaki işlerimi bitirmek için yeterli zamanım olacak mı?” gibi sorularla yüzleşmektedirler.¹⁹⁸

Dikkat Eksikliği Alt Boyutu toplam puanı ile Çocuklarda Otomatik Düşünceler ve alt boyutları kişisel başarısızlık, sosyal tehdit arasında zayıf düzeyde ve pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Kanserli çocuklarda öğrenme güçlüğü, hafızada zayıflama, konuşamama gibi bazı bilişsel sorunlar görülmektedir.^{199 200 201}

Duygusal Sorunları Alt Boyutu toplam puanı ile Çocuklarda Otomatik Düşünceler ve alt boyutları (düşmanlık, fiziksel tehdit ve sosyal tehdit) arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur.

Akran Sorunları Alt Boyutu toplam puanı ile Çocuklarda Otomatik Düşünceler ve alt boyutları (kişisel başarısızlık, düşmanlık, fiziksel tehdit, sosyal tehdit) arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Vannatta ve arkadaşları tarafından yapılan araştırmada beyin tümörü olan çocukların arkadaşları tarafından kabul edilme durumları ve davranışları değerlendirilmiştir. Öğretmen ve arkadaşları kanserli çocukların daha az arkadaşına sahip olduklarını belirtmişlerdir. Ayrıca kanser hastası çocukların 10.5, sınıftaki diğer çocukların ise 5.4 gün okul devasızlıklarının olduğu belirlenmiştir.²⁰²

5.4. Normal Grubun Cinsiyet Değişkenine Göre Güçler ve Güçlükler Anketi ve Alt Boyutlarının Değerlendirilmesi

Katılımcıların cinsiyet değişkenine göre güçler ve güçlükler ölçeği ve alt boyutu dikkat eksikliği, akran sorunlarında anlamlı farklılık elde edilmiştir. Erkeklerin kızlara oranla daha yüksek puan aldıkları görülmektedir. Seven yaptığı çalışmada altı yaşındaki anasını öğrencilerinin sosyal davranış problemleri üzerinde ailesel faktörlerin etkisinin belirlenmesini amaçlamıştır. Araştırmadan elde edilen sonuçlara göre; cinsiyet ile davranış problemlerinde anlamlı farklılıkların olduğu ve erkeklerin daha yüksek puan aldıkları görülmektedir.²⁰³ Derman ve Başal yaptıkları çalışmada 5-6 yaş çocuklarda gözlenen davranış problemlerini ve anne baba tutumları ile

¹⁹⁸ Arndt Büssing vd., *Role of religion and spirituality in medical patients: confirmatory results with the SpREUK questionnaire*, Health and quality of life outcomes, 3(1), 2005, s.10.

¹⁹⁹ Robert Butler ve Raymond Mulhern, *Neurocognitive interventions for children and adolescents surviving cancer*, Journal of Pediatric Psychology, 30(1), 2005, s.65-78.

²⁰⁰ Andrea Farkas Patenaude ve Mary Jo Kupst, *Psychosocial functioning in pediatric cancer*, Journal of pediatric psychology, 30(1), 2005, s.9-27.

²⁰¹ Kathryn Vannatta vd., *A controlled study of peer relationships of children surviving brain tumors: teacher, peer, and self ratings*, Journal of pediatric psychology, 23(5), 1998, s.279-287.

²⁰² Vannatta vd., a.g.e., 1998, s.279-287.

²⁰³ Serdal Seven, *Ailesel faktörlerin altı yaş çocuklarının sosyal davranış problemlerine etkisi*, Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi, 51(51), 2007, s.477-499.

problem davranışlar arasındaki ilişkiyi belirlemeyi amaçlamıştır. Araştırma sonuçlarına göre cinsiyet değişkeni ile davranış problemleri arasında anlamlı bir farklılık olduğu, davranış problemi gösteren çocukların % 53.6'sının erkek, % 46.4'ünün kız olduğu belirlenmiştir.²⁰⁴ Çocuklarda oluşan davranış problemleri akran ilişkilerini etkileyeceğini düşündürmektedir. Aktepe yaptığı çalışmada dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) tanısı konan çocuk ve ergenlerin eş tanılarını ve sosyo-demografik özelliklerini belirlemeyi amaçlamıştır. Kızlarda en sık görülen alt tip DEHB dikkat eksikliği tipi, erkeklerde en sık görülen alt tip ise DEHB bileşik tip olarak tespit edilmiştir.²⁰⁵

5.5. Hasta Grubun Cinsiyet Değişkenine Göre Güçler ve Güçlükler Anketi ve Alt Boyutlarının Değerlendirilmesi

Hasta grubundaki katılımcıların cinsiyet değişkenine göre güçler ve güçlükler ölçeği ve alt boyutları (dikkat eksikliği, sosyal davranışlar, akran sorunları, duygusal sorunlar, davranış sorunları) arasında anlamlı farklılık elde edilmemiştir. Kanser hastalığı sonucunda çocukların çevreye ve kendilerine bakışlarında duygusallık durumları görülmektedir. Rahatsızlığın getirdiği fizyolojik ve duygusal değişimler bu bireylerin akranlarıyla problemler yaşamasına ve sosyal bozulmalara neden olmaktadır.

5.6. Normal Grubun Cinsiyet Değişkenine Göre Çocuklarda Otomatik Düşünceler Ölçeği ve Alt Boyutlarının Değerlendirilmesi

Katılımcıların cinsiyet değişkenine göre çocuklarda otomatik düşünceler ve alt boyutları (kişisel başarısızlık, düşmanlık, fiziksel tehdit, sosyal tehditte) arasında anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır. Örneklem grubunun az kişiden oluşması cinsiyet değişkeni arasında anlamlı bir farklılık çıkmasında önemli bir etken olarak görülmektedir.

5.7. Hasta Grubun Cinsiyet Değişkenine Göre Çocuklarda Otomatik Düşünceler Ölçeği ve Alt Boyutlarının Değerlendirilmesi

Hasta grubundaki katılımcıların cinsiyet değişkenine göre çocuklarda otomatik düşünceler ve alt boyutları (kişisel başarısızlık, düşmanlık, fiziksel tehdit, sosyal tehditte) arasında anlamlı bir farklılık elde edilmemiştir. Kanser hastası çocuklarda ölme korkusu ve düşüncesi, rahatsızlığı geçse bile tekrar başlayacağı endişesi,

²⁰⁴ Meral Taner Derman ve Handan Asude Başal, *Okulöncesi çocuklarında gözlenen davranış problemleri ile ailelerinin anne-baba tutumları arasındaki ilişki*, Amasya Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 2(1), 2013, s.115-144.

²⁰⁵ Evrim Aktepe, *Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanısı Konan Çocuk ve Ergenlerde Eş Tanılar ve Sosyodemografik Özellikleri*, Yeni Symposium, 49(4),4, 2011, s.201-208.

evresine zarar vereceği dşnncesi gibi genel otomatik düşünceler görülmektedir. Bu durumda aynı hastalığa maruz kalan çocuklarda kız veya erkek fark etmeksizin benzer ve birbirine yakın otomatik düşüncelerin oluşabileceğini düşündürtmektedir.



SONUÇ VE ÖNERİLER

Yapılan bu çalışmanın amacı kanserli çocukların otomatik düşünceleri ile duygusal ve davranışsal sorunları arasındaki ilişkinin incelenmesidir.

Kanserli çocuklarda özellikle ölecekleri ya da sağlıklı bir yaşam süremeyecekleri otomatik düşünceleri vardır. Çocuklarda oluşan bu otomatik düşünceler okul yaşantılarıyla akranlarıyla problemlere, akademik gerilemeye ve bazı davranışsal sorunlara da yol açabilir. Çocuklarda oluşabilecek bu problemlere yönelik okulun rehberlik bölümünde kanserli çocukların otomatik düşüncelerini ortadan kaldırmak için gerekli destek verilmesi gerekmektedir. Ayrıca okuldaki diğer çocuklara kanserli çocuklara yönelik nasıl davranması gerektiği konusunda eğitimler verilip çocuklarda oluşabilecek otomatik düşüncelerin azalmasında etkili olabileceğini düşünebiliriz.

Sosyal hizmet kurumlarının kanserli bireylerle ilgili çalışmaları mevcut olmakla birlikte toplumun ihtiyaçlarını yeteri kadar karşılayamamaktadır. Bundaki önemli faktör toplumdaki bireylerin konuyla ilgili yeteri bilgiye ve eğitime sahip olmamasından kaynaklanmaktadır. Özellikle çocukluk çağında ki kanserli bireyler için toplumun tutum, davranış ve desteği önemli bir yer tutmaktadır. Bu konuyla ilgili sosyal hizmet kurumlarının toplumun farkındalığını arttırmak için seminer ve konferanslar düzenleyip konuyla ilgili farkındalığın artmasında etkili olabilir.

Kanserli çocukların aileleri kanserli bireyler kadar otomatik düşünceler ve davranışsal bozulmalar meydana gelebilir. Bu durumda devletin ilgili kuruluşlarının yönlendirilmesi ile ailelere terapi desteğinin yanında psikoeğitim verilip hem kendileriyle ilgili hem de çocuklarıyla ilgili daha fazla bilgi sahibi olmaları ve farkındalıklarının artmasında etkili olduğunu düşünebiliriz.

Yaptığımız bu çalışma kanserli çocukların otomatik düşüncelerini saptamada ve çocukların bu otomatik düşüncelerinin farkında olması, baş etmesi ve çözüm araması ile önem taşımaktadır. Yaptığımız çalışma üç kanser tipi çocukları kapsamaktadır. Yapılacak olan ileriki çalışmalarda spesifik türlere ve daha geniş bir örneklem ve katılımcıyla yapılması otomatik düşüncelerin elde edilmesinde faydalı olacağını düşünebiliriz. Ancak literatürde kanserli çocukların psikolojik süreçleriyle ilgili yeteri kadar araştırma yer almamaktadır. Kanserli çocukların kendi durumlarının farkındalığı ve psikolojik süreçlerinin etkisini anlaması ve farkındalığının artması için literatürde daha fazla araştırmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

KAYNAKÇA

KİTAPLAR

American Association for Cancer Research Cancer Progress Report 2015.

American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5 (DSM-V). Washington DC: American Psychiatric Association.

ADANA Filiz, Cerrahi hemşirelik bakımının manevi boyutu, Hemşirelik Forumu, 2006.

AKDEMİR Nuran ve BİROL Leman, İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı, Sistem Ofset, Ankara, 2004.

ARCECI Robert, Pediatric hematology, John Wiley and Sons, 2007.

ARIKAN Kemal, Kanser hastalarında psikolojik destek, Klinik Gelişim, 2004.

ARIKAN Rauf, Araştırma teknikleri ve rapor hazırlama, Asil Yayın Dağıtım, Ankara, 2004.

AUSTIN Vance ve SCIARRA Daniel, Çocuk ve Ergenlerde Duygusal ve Davranışsal Bozukluklar, Çev. ÖZEKES Mustafa, Nobel Akademik Yayıncılık, Ankara, 2012.

BAKIRCIOĞLU Rasim, Çocuk ve Ergenlerde Ruh Sağlığı, 5. Baskı, Anı Yayınları, Ankara, 2013.

BALCI Nurgül, BALCI Metin, SARGUT K K. Onkolojik Hastalıklar ve Hemşirelik Bakımı El Kitabı, Mavi Ambalaj, Ankara, 2005.

BECK Aaron ve EMERY G., Anksiyete bozuklukları ve fobiler: Bilişsel bir bakış açısı, Çeviren: Özakkaş, T., ve Öztürk, V., Litera yayıncılık, İstanbul, 2006.

BECK Aaron, Cognitive therapy and the emotional disorders, Çev. A. Türkcan, V. Öztürk, Bilişsel Terapi ve Duygusal Bozukluklar, Litera Yayıncılık, İstanbul, 2008.

BECK Aaron, Cognitive therapy of personality disorders, 2. Baskı, The Guilford Press, New York, 2004.

BECK Judith, Bilişsel Terapi Temelleri ve Ötesi, Nobel Yayınları, Ankara, 2015.

BECK Judith, Bilişsel Terapi: Temel İlkeler ve Ötesi, Çev. N Hisli Şahin, Türk Psikologlar Derneği Yayınları, Ankara, 2006.

BERK Laura, Child Development, Boston, MA: Pearson, 2013.

CONNOR Daniel, Aggression and antisocial behavior in children and adolescents: Research and treatment, Guilford Press, 2012.

COREY Mark, Psikolojik Danışma, Psikoterapi Kuram ve Uygulamalar, Mentis Yayıncılık, Ankara, 2005.

ÇAVUŞOĞLU Hicran, Çocuk Sağlığı ve Hemşireliği, Bizim Büro Basım Evi, 1997.

ÇİVİTÇİ Nazmiye ve ÇİTİTÇİ Asim, Okullarda Akılcı Duygusal Davranış Terapisine Dayalı Uygulamalar, Pegem Akademi, Ankara, 2009.

DERUBEİS Rofit, Cognitive Therapy. In K.S. Dobson (Ed.), Handbook of Cognitive-Behavioral Therapies. USA: Guilford Press, 2009.

DULCAN Mina ve WIENER Jerry M., Essentials of child and adolescent psychiatry, American Psychiatric Pub, 2006.

ELBİ Hayriye Mete ve ÖNEN Ö, Kanserli hastalarda depresyon, Duygudurum Dizisi, 4, 2001.

ELLIS Albert ve DRYDEN, W., The Practice of Rational Emotive Therapy, New York: Springer Publishing Company, 1987.

ELLIS Albert, Overcoming Destructive Beliefs, Feelings and Behaviors, New York: Prometheus Books, 2001.

ELLIS Albert, The theory of rational-emotive therapy, A. Ellis & J.M. Whiteley. (Ed.), Theoretical and empirical foundations of rationalemotive therapy. California: Brooks/Cole Publishing Company, 1979.

ETİ-ASLAN Fatma, Ağrı: Doğası ve kontrolü, Avrupa Tıp Kitapçılık, İstanbul, , 2006.

Franklin Daniel John, Cognitive therapy for depression, 2005.

GİELİSSEN Marieke, Cognitive behaviour therapy for fatigued cancer survivors: long-term follow-up, Br J Cancer, 2007.

GREENE Ross, Oppositional defiant disorder, R. T. Ammerman (Ed.), Comprehensive Handbook of Personality and Psychopathology, New Jersey: John Wiley & Sons.

IZARD Carroll, Emotions and developmental psychopathology, Developmental Psychopathology. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.

KARAHAN Fikret ve SARDOĞAN Mehmet E., Psikolojik danışma ve psikoterapide kuramlar, Deniz Kültür Yayınları, 2004.

KARASAR Niyazi, Bilimsel araştırma yöntemi, Nobel Yayın Dağıtım, Ankara, 2005.

KEBUDİ Rejin, MAGRATH Lan, EPELMAN Sidnei, Pediatrik Hematoloji-Pediatrik Onkoloji Merkezlerinde Febril Nötropeni Tanı ve Tedavi Uygulamaları, Çalışmalar ve Sonuçları Kitabı. İstanbul Üniversitesi, İstanbul, 2004.

KILIÇARSLAN Fatih, Çocuk ve Aile Sorunlarının Terapi ile Tedavisi, Nobel, Ankara, 2006.

KÖROĞLU Ertuğrul, Psikiyatri El Kitabı, 2. Baskı, HYB Basım Yayın, Ankara, 2009.

MASH Eric ve WOLFE David Alen, Abnormal Child Psychology, Custom Edition, Boston, MA: Cengage Learning, 2016.

MERRELL Kenneth, Behavioral, Social and Emotional Assessment of Children and Adolescents, 2. Baskı, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, 2003.

MILLER Jeffrey, Çocuklarda Depresyon, Çev: Müjde Işık, 1. Baskı, Özgür Yayınları, İstanbul, 2002.

MOOREY Stirling ve GREER Steven, Cognitive behaviour therapy for people with cancer, Oxford University Press, Oxford, 2002.

MURDOCK Nancy, Psikolojik danışma ve psikoterapi kuramları, F. Akkoyun, Çev. Edt.: Nobel Yayınevi, Ankara, 2012.

MURDOCK Nancy, Theories of counseling and psychotherapy: A Case approach. New Jersey. Pearson Merrill Prentice Hall, 2004.

OLTMANN Thomas ve EMERY, R.E., Abnormal Psychology, 3. Baskı, Prentice Hall New Jersey, 2001.

ONUR Handan, Kanser Epidemiyolojisi, Klinik Bilimlere Giriş:7, Candan, İ. ve ark.(Ed.), Antıp A.Ş. Yayınları, Ankara, 2000.

OTIS-GREEN Shirley, SHERMAN Rohanda, Perez Martin An Integrated Psychosocial-Spiritual Model for Cancer Pain Management, Cancer Practice, 2002.

ÖZKAN Sedat, Psiko-Onkoloji, Form Reklam Hizmetleri, İstanbul, 2007.

RATHUS Spencer, Childhood: Voyages in Development. Belmont, CA: Thomson/Wadsworth, 2. Baskı, 2006.

SCHROEDER Carolyn ve GORDON Betty N., Assessment and treatment of childhood problems: A clinician's guide, Guilford Press, 2002.

STIRLING Moorey, STEVEN Greer, Cognitive behaviour therapy for people with cancer, Oxford: Oxford University Press, 2002.

T.C. S.B. Kanser Savaş Daire Başkanlığı 1998 Yılı Türkiye Kanser İstatistikleri, 2002.

TAŞ Faruk ve AYDINER Adnan, Kanserin nedenleri, sigara ve kanser ilişkisi, diyet ve kanser, Topuz E, Aydiner A, Karadeniz NA (Editörler), Klinik Onkoloji, Tunç Matbaası, İstanbul, 2000.

TÜRKÇAPAR Hakan, Bilişsel davranışçı terapiler, Psikoterapi Yöntemleri (Eds E Köroğlu, MH Türkçapar), 2009.

TÜRKÇAPAR Hakan, Bilişsel Terapi Temel İlkeler ve Uygulama, 1. Basım, HYB Yayın, Ankara, 2008.

TÜRKÇAPAR Hakan, Bilişsel Terapi, 7. Basım, Boylam Psikiyatri Enstitüsü, HYB Yayıncılık, Ankara, 2014.

UYAR Meltem ve USLU Rüçhan, Kanser ve palyatif bakım, Meta Basım, 2006.

WOLFF Sula, Problem Çocuklar: Stres Altındaki Çocukları Tedavi Etme Yöntemleri, Çev: Ayhan Oral ve Seçkin Kara, Say Yayınları, İstanbul, 2009.

World Health Organization, Prevention of Mental Disorders, Effective Interventions and Policy Options, 2004

YALÇIN Süleyman Barbaros, Bilişsel Terapi, (A. Akın, & R. Şahin, Eds.), Psikolojik Danışma Kuramları, Lisans Yayıncılık, İstanbul, 2004.

YAMAZHAN Tansu ve TUNÇEL Mürşide, Bakteri-Kanser İlişkisi, İnfeksiyon, 2003.

MAKALELER

ARIKAN Ruşen Nur, Travmatik Bir Yaşantı: Meme Kanseri Ve Mastektomi, Kriz Dergisi, 9(1), 2001, s.39-46

ARSLAN Gökmen, Psychological maltreatment, emotional and behavioral problems in adolescents: The mediating role of resilience and self-esteem, Child Abuse & Neglect, 52, 2016, s.200-209.

AŞTI Nesrin, PEKTEKİN Çaylan, ADANA Filiz, Cerrahi Hemşirelik Bakımının Manevi Boyutu, Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi, 13(54), 2005, s.27-34.

ATEŞÇİ Figen, OĞUZHANOĞLU Nalan, BALTALARLI Bahar, Kanser hastalarında psikiyatrik bozukluklar ve ilişkili etmenler, Turk Psikiyatri Dergisi, 14, 2003, s.145-152.

AYSAN Ferda Ve BOZKURT Nergüz, Okul Psikolojik Danışmanlarının Yaşam Doyumu, Stresle Başa Çıkma Stratejileri İle Olumsuz Otomatik Düşünceleri: İzmir İli Örnekleme, XIII. Ulusal Eğitim Bilimleri Kurultayı, 6-9 Temmuz 2004 İnönü Üniversitesi, Eğitim Fakültesi, Malatya, 2004, s.1-15.

AYSAN Ferda ve BOZKURT Nergüz, Okul psikolojik danışmanlarının yaşam doyumu, stresle başa çıkma stratejileri ile olumsuz otomatik düşünceleri, İzmir ili örnekleme. XIII. Ulusal Eğitim Bilimleri Kurultayı, İnönü Üniversitesi, Eğitim Fakültesi, 6-9 Temmuz, 2004, s.1-15.

BAG Beyhan, Kanser Hastalarında Uzun Dönemde Görülen Psikososyal Sorunlar/Long-Term Psychosocial Problems in Cancer Patients, Psikiyatride Guncel Yaklaşımlar, 5(1), 2013, s.109.

BAR-ON Reuven, The impact of emotional intelligence on subjective well-being, *Perspectives in Education*, 23(1), 2005, s.41-62.

BAR-ON Reuven, TRANEL Daniel, DENBURG Natalie, Exploring the neurological substrate of emotional and social intelligence. *Brain*, 126(8), 2003, s.1790-1800.

BRACKETT Marc, MAYER John, WARNER Rebecca, Emotional intelligence and its relation to everyday behaviour, *Personality and Individual differences*, 36(6), 2004, s.1387-1402.

BUTLER Robert ve MULHERN Raymond, Neurocognitive interventions for children and adolescents surviving cancer, *Journal of Pediatric Psychology*, 30(1), 2005, s.65-78.

BÜSSING Arndt, OSTERMANN Thomas, MATTHIESSEN Peter, Role of religion and spirituality in medical patients: confirmatory results with the SpREUK questionnaire, *Health and quality of life outcomes*, 3(1), 2005, s.10.

CALVETE Esther ve JENNİFER K. Connor-Smith, Automatic thoughts and psychological symptoms: A cross-cultural comparison of American and Spanish students, *Cognitive Therapy and Research*, 29(2), 2005, s.201-217.

CALVETE Esther, ESTEVEZ Ana, RUIZ Pilar, The schema questionnaire short form: Structure and relationship with automatic thoughts and symptoms of affective disorders, *Eur J Psychol Assess*, 21(2), 2005, s.90-9.

CIARAMELLA Antonella ve SPIEGEL David, Psychiatric disorders among cancer patients, *Handb Clin Neurol*, 106, 2012, s.557-572.

CURT Gregory, BREİTBART William, CELLA David, Impact of cancer-related fatigue on the lives of patients: new findings from the Fatigue Coalition, *The oncologist*, 5(5), 2000, s.353-360.

DOĞU Gamze Gököz, ÇİTİL Rıza, DİKİLİTAŞ Mustafa, ÖZKAN Metin, Kemoterapi alan hastaların sosyodemografik ve tanısal özellikleri, *Erciyes Tıp Dergisi*, 29(2), 2007, s.132-138.

FRİEDMAN Sara, Aspects of social and emotional competence in adult attention-deficit/hyperactivity disorder, *Neuropsychology*, 17(1), 2003, s.50.

FURMAN Lydia, What is attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD)?, *Journal of child neurology*, 20(12), 2005, s.994-1002.

GERARD Jean ve BUEHLER Cheryl, Cumulative environmental risk and youth problem behavior, *Journal of Marriage and Family*, 66(3), 2004, s.702-720.

GREER Joseph, PARK Elise, SAFREN Steven Tailoring cognitive-behavioral therapy to treat anxiety comorbid with advanced cancer, Journal of cognitive psychotherapy, 24(4), 2010, s.294.

otomatik düşünce biçimi arasındaki ilişki, Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 33(33), 2007, s.157-168.

HALLEK Michael, CHESON Bruce, CATOVSKY Daniel, Guidelines for the diagnosis and treatment of chronic lymphocytic leukemia: a report from the International Workshop on Chronic Lymphocytic Leukemia updating the National Cancer Institute-Working Group 1996 guidelines, Blood, 111(12), 2008, s.5446-5456.

HATİPOĞLU Hatice Gul, ERGÜNGÖR Mehmet Fikret, DAĞLIOĞLU Ergün, Primer Santral Sinir Sistemi Lenfoması: Difüzyon Ağırlıklı Görüntüleme ve Spektroskopi, Journal of Neurological Sciences, 27(1), 2010, s.290-293

HİÇDURMAZ Duygu, Benliğin bilişsel yaklaşımla güçlendirilmesi, Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 18(2), 2011, s.68-78.

HOPKO Derek, BELL John, ARMENTO Maria, Cognitive-behavior therapy for depressed cancer patients in a medical care setting, Behavior therapy, 39(2), 2008, s.126-136.

İZMİRLİ Mustafa, SSK Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Onkoloji Merkezi'nin 1999-2004 yılları kanser istatistikleri, Türk Onkoloji Dergisi, 22(4), 2007, s.172-182.

JACOBSEN Paul ve HEATHER Jim, Psychosocial interventions for anxiety and depression in adult cancer patients: achievements and challenges, CA: a cancer journal for clinicians, 58(4), 2008, s.214-230.

KAPIKIRAN Şahin, Ergenlerde olumsuz otomatik düşünceler ve içsel güdülenme arasındaki ilişkinin aracı ve farklılaştırıcısı olarak başarı yönelimi ve kendini engelleme davranışlarının sınanması, Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimleri, 12(2), 2012, s.695-711

KARABULUTLU Elanur Yılmaz ve KARAMAN Seda, Kanser Hastalarında Hastalık Algısının Değerlendirilmesi, Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi, 2(3), 2015, s.271-284.

KATHRYN Vannatta, GARTSTEİN Maria, AMY short, A controlled study of peer relationships of children surviving brain tumors: teacher, peer, and self ratings, Journal of pediatric psychology, 23(5), 1998, s.279-287.

KESSLER Ronald, ADLER Lenard, BARKLEY Russel, Patterns and predictors of attention-deficit/hyperactivity disorder persistence into adulthood: results from the national comorbidity survey replication, *Biological psychiatry*, 57(11), 2005, s.1442-1451.

KILIÇ Hicran ve SEHER Sevim, Ergenlerde yalnızlık ve bilişsel çarpıtmalar, *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 38(2), 2005, s.69-88.

KUTLUK Tezer M., Hospital based cancer registry for childhood cancer in Turkey. Porto, Portugal, 18-21 September 2002, *Med Ped Oncol*, 39, 2002, s.317.

KUTLUK Tezer, First national pediatric cancer registry in Turkey: A Turkish pediatric oncology group study, *Ped Blood and Cancer*, 43, 2004, s.452.

Lähteenmäki Peter, Childhood cancer patients at school, *European journal of cancer*, 38(9), 2002, s.1227-1240.

LEPORE Stephen ve COYNE James, Psychological interventions for distress in cancer patients: a review of reviews, *Annals of Behavioral Medicine*, 32(2), 2006, s.85-92.

MAYER Deborah, School re-entry after a cancer diagnosis: physician attitudes about truth telling and information sharing 1, *Child: care, health and development*, 31(3), 2005, s.355-363.

MİTRY Emmanuel, CİCCOLALLO Laura, COLEMAN Micheal, Incidence of and survival from Wilms' tumour in adults in Europe: data from the EURO CARE study, *European journal of cancer*, 42(14), 2006, s.2363-2368.

MONTSERRAT Emili, New prognostic markers in CLL, *ASH Education Program Book*, 2006(1), 2006, s.279-284.

MURTHY Sanjeeva ve MATHEW Aleyamma, Cancer epidemiology, prevention and control, *Current Science*, 86(4), 2004, s.518-527.

O'CONNOR Lynn, BERRY Jack, WEİSS Joseph, Guilt, fear, submission, and empathy in depression, *Journal of affective disorders*, 71(1-3), 2002, s.19-27.

OBI AKOR Festus, Developing emotional intelligence in learners with behavioral problems: Refocusing special education, *Behavioral Disorders*, 26(4), 2001, s.321-331.

ONUR Baykara, Kanser Tedavisinde Güncel Yaklaşımlar, *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(3), 2016, s.154-165.

ÖNCÜ Bedriye ve ŞENOL Selahattin, Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun etiyojisi: Bütüncül yaklaşım, *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 5(2), 2002, s.111-119.

ÖNEN Özen Sertöz ve ELBİ Mete Hayriye, Bedensel hastalıklarda depresyon, Klinik Psikiyatri Dergisi, 7(2) 2004, s.63-S9.

ÖZBARAN Burcu ve ERERMİŞ Serpil, Kanser Tedavisi Gören Çocuk ve Gençlerde Uzun Süreli İzlem Sürecinde Psikososyal Özelliklerin Tanımlanması ve Genel Yaklaşım İlkeleri, Klinik Psikiyatri, 9(4), 2006, s.185-190.

ÖZÇETİN Yeter Sinem Üzar ve HİÇDURMAZ Duygu, Kanser Deneyiminde Travma Sonrası Büyüme ve Psikolojik Sağlık, Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 9(4), 2017, s.388-397

ÖZKAN Sibel, Meme kanserli hastaya psikolojik yaklaşım. VIII. Ulusal Meme Hastalıkları Kongresi Özet Kitabı, 21–24 Eylül 2005, İstanbul, 165.

ÖZTÜRK Özgür, İnternet bağımlılığı: Kliniği ve tedavisi, Bağımlılık Dergisi, 8(1), 2007, s.36-41.

PAPİLA Çiğdem, Kanserli hastada psikososyal problemler, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi No:62 2008, s.197-200

PATENAUE Andrea Farkas ve JO KUPST Mary, Psychosocial functioning in pediatric cancer, Journal of pediatric psychology, 30(1), 2005, s.9-27.

PETRİDES Konstantine, Trait emotional intelligence and children's peer relations at school, Social Development, 15(3), 2006, s.537-547.

PREVATT Frances, HEFFER Robert, LOWE Patricia, A review of school reintegration programs for children with cancer, Journal of School Psychology, 38(5), 2000, s.447-467.

RANDY Berard, Depression and anxiety in oncology: the psychiatrist's perspective, The Journal of clinical psychiatry, 62, 2001, s.58-61.

ROLF Loeber, BURKE Jeffrey, LAHEY Benjamin, Oppositional defiant and conduct disorder: a review of the past 10 years, part I, Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 39(12), 2000, s.1468-1484.

SAVAŞIR Işık ve S Batur. Depresyonun Bilişsel-Davranışçı Tedavisi, Bilişsel-Davranışçı Terapiler, Ankara, Türk Psikologlar Derneği Yayınları, 2003, s.17-46.

SCHNİERİNG Carolyn ve RONALD M. Rapee, The relationship between automatic thoughts and negative emotions in children and adolescents: a test of the cognitive content-specificity hypothesis, Journal of Abnormal Psychology, 113(3), 2004, s.464.

SEZGİN Serap, ENGİN Mehmet, OKANLI Ahmet, Kanseri çocukların yaşadıkları psikososyal problemler ve hemşirelik yaklaşımları, *Journal of Experimental and Clinical Medicine*, 24(3), 2007, s.107-112.

SÖLLNER Wolfgang, MAİSLINGER Susanne, KÖNİG Alexandra, Providing psychosocial support for breast cancer patients based on screening for distress within a consultation-liaison service, *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 13(12), 2004, s.893-897.

STILLER Charles, Epidemiology and genetics of childhood cancer, *Oncogene*, 23(38), 2004, s.6429.

SULTAN Ayaz, YAMANEFE Şengül, KORUKLUOĞLU Sinan, Jinekolojik kanserli hastaların algıladıkları sosyal destek düzeyleri ve etkileyen faktörler, *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 28(6), 2008, s.880-885.

SUZUKI Lalita ve M Pamela. Kato, Psychosocial support for patients in pediatric oncology: the influences of parents, schools, peers, and technology, *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 20(4), 2003, s.159-174.

TOROS Fevziye, TOT Şenel, DÜZOVALI Öznur, Kronik hastalığı olan çocuklar, anne ve babalarındaki depresyon ve anksiyete düzeyleri, *Klinik Psikiyatri*, 5, 2002, s.240-247

TUNCER Murat, Kanserin Ülkemiz ve Dünyada Önemi, Hastalık Yükü ve Kanser Kontrol Politikaları, İçinde Tunçer, A. M. (Ed.), *Türkiye’de Kanser Kontrolü*. Ankara: T.C Sağlık Bakanlığı Yayınları No: 707, 2007.

TÜMKAYA Songül ve İFLAZOĞLU Ayten, Çukurova Üniversitesi Sınıf öğretmenliği öğrencilerinin otomatik düşünce ve problem çözme düzeylerinin bazı sosyo demografik değişkenlere göre incelenmesi, *Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 6(6), 2000, s.143-158

TÜNEL Münevver, VURAL Ayşe, EVLİCE Yunus Emre, Meme kanserli hastalarda psikiyatrik sorunlar, *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 21(3), 2012, s.189-219.

UITTERHOEVE Robert, Psychosocial interventions for patients with advanced cancer - a systematic review of the literature, *Br J Cancer*, 91, 2004, s.1050–1062

ULUTİN Cüneyt, Kanseri Hastalarda Psikolojik Sorunlar, *FTR Bil Der-J PMR SCD*, 9(1), 2006, s.39-41.

WASAN Ajay, ARTAMONOV Mikhail, NEDELJKOVIĆ Srdjan, Delirium, depression, and anxiety in the treatment of cancer pain, *Techniques in Regional Anesthesia and Pain Management*, 9(3), 2005, s.139-144.

WILMSHURS Linda, PEELE Marella, WILMSHURT Luke, Resilience and well-being in college students with and without a diagnosis of ADHD, Journal of Attention Disorders, 15(1), 2011, s.11-17.

TEZLER

BİLGİ Aysel, Bilgisayar Oyunu Oynayan ve Oynamayan İlköğretim Öğrencilerinin Saldırganlık, Depresyon Ve Yalnızlık Düzeylerinin İncelenmesi, Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2005 (**Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi**).

ERGİN ATALAN Derya, Ankara'da Yaşayan İlköğretim Öğrencilerinde Olumsuz Otomatik Düşüncelerin İncelenmesi, Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2013 (**Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi**).

GÖKDAĞ Ceren, Otomatik Düşünceler, Fonksiyonel Olmayan Tutumlar ve Mizaç ve Karakterler Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi, Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2014 (**Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi**).

GÜVEN Nurdan, İlişkilerle ilgili bilişsel çarpıtmalar ve evlilikte problem çözme becerilerinin evlilik doyumu ile ilişkisi, Ankara Üniversitesi, Ankara, 2005 (**Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi**).

HAFIZOĞLU Şengül, The Relationship Among Emotional Intelligence, Psychological Adjustment And Behavior Problems During Adolescence, Boğaziçi Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, 2007, s.23 (**Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi**).

KURTOĞLU Eray, Lise öğrencilerinde gözlenen saldırganlık düzeylerinin otomatik düşünceler, cinsiyet ve sınıf düzeyi açısından incelenmesi, 19 Mayıs Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Samsun, 2009 (**Yayımlanmamış Yüksek Lisans tezi**).

ORUÇ Tuba, Üniversite öğrencilerinde psikososyal değişkenlere göre yalnızlık ile otomatik düşünceler ilişkisinin incelenmesi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Aile Eğitimi Ve Danışmanlığı Anabilim Dalı, 2013 (**Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi**).

SERTBAŞ Necla Çimen, İlköğretim Öğrencilerinde Davranış Problemleri Ve Yordayan Değişkenler., Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, İzmir, 2006 (**Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi**).

ÜLGEN Tuba, Kansere Hastasına Bakım Verenlerin Evdeki Bakım Uygulamaları Ve Algılanan Sosyal Desteğin Bakım Yüküne Etkisi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Onkoloji Hemşireliği, İzmir, 2019 (**Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi**).

YUMUŞ Melike, Okul Öncesi Eğitimcilerinin 36 - 72 Ay Aralığındaki Çocukların Davranış Problemleri İle İlgili Görüşlerinin İncelenmesi ve Başa Çıkma Stratejilerinin Belirlenmesi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2013 **(Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi)**

YÜKSEK USTA Semiha, Okul Öncesi Dönem Çocuklarda Davranış Problemlerinin Anne-Çocuk ve Öğretmen Çocuk İlişkileri Açısından İncelenmesi, Hacettepe Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2014 **(Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi)**

İNTERNET KAYNAKLARI

ACCIS (The Automated Cancer Information System) -Childhood cancer incidence and survival <http://www.dep.iarc.fr/accis.htm>

GÜRKAN Şefik, Kanserden Korunma, Gülhane Tıp Dergisi, 47, 2005, s.324-326

<https://www.cancer.gov/about-cancer/causesprevention/risk>
18.10.2019

Erişim:

EKLER

EK-A: ARAŞTIRMA AMAÇLI ÇALIŞMA İÇİN EBEVEYN RIZA FORMU

Sevgili Anne/Baba,

Bu çalışma İstanbul Gelişim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü öğretim elemanı Dr. Öğr. Üyesi Yasin GENÇ ve İstanbul Gelişim Üniversitesi Klinik Psikoloji Yüksek Lisans öğrencisi Sümeyra Bilge KORKMAZ tarafından yürütülmektedir.

Bu amaç doğrultusunda, çocuğunuzdan Kişisel Bilgi Formu, Çocuklarda Otomatik Düşünceler Ölçeği ve Güçler ve Güçlükler Anketi'nden oluşan bir anket formunu yapmasını isteyeceğiz. Çocuğunuzun anketi uygulaması okulun ders saatinde sağlanacak ve yaklaşık 15 dakika sürecektir.

Çocuğunuzun kimlik bilgileri ve vereceği cevaplar tamamen gizli tutulacaktır. Elde edilecek bilgiler sadece bilimsel amaçla kullanılacak, kimseyle paylaşılmayacaktır. Bu araştırma için İstanbul Gelişim Üniversitesi Etik Kurulu'ndan gerekli izinler alınmıştır.

Çocuğunuz ya da siz çalışmayı yarıda kesme özgürlüğüne sahipsiniz.

Bu çalışmaya katılımınız için şimdiden teşekkür ederiz.

Yukarıdaki bilgileri okudum ve çocuğumun bu çalışmada yer almasını onaylıyorum. (Lütfen alttaki iki seçenekten birini işaretleyiniz.)

Evet, onaylıyorum___

Hayır, onaylamıyorum___

Katılımcı velisinin adı-soyadı:_____

Çocuğun adı soyadı:_____

(Formu doldurup imzaladıktan sonra araştırmacıya ulaştırınız).

Araştırmacı: Sümeyra Bilge KORKMAZ

İstanbul Gelişim Üniversitesi

pskbilgekorkmaz@hotmail.com

EK-B: KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Sayın katılımcılar;

Aşağıda sizi tanımamıza yönelik bazı sorular bulunmaktadır. Sorulara içtenlikle cevap vermeniz araştırmanın güvenilirliği açısından önem taşımaktadır. Test üzerinde kimliğinizi belirten herhangi bir soru bulunmamaktadır. Bu nedenle her soru için mümkün olduğunuzca samimi bir şekilde size uyan cevabı işaretleyiniz. Lütfen her maddeyi cevaplandırduğunuzdan emin olun. Katılımınız için teşekkür ederim.

Çalışmaya katılmayı onaylıyorum. evet hayır

1) Cinsiyetiniz:

Kız Erkek

2) Yaşınız:

8 9 10 11 12

3) Ailenin aylık gelir durumu.

Düşük Orta Yüksek

4) Aile Yapısı

anne baba birlikte boşanmış boşanmamış ama ayrı yaşıyor

5) Kaç kardeşsiniz?

Tek çocuğum 2 3 4 5 6 ve üzeri

6)Eğitim (yıl):

Çocuk:

Anne:

Baba:

7)Hastalık başlangıç yaşı:**8)Hastalık tanı yaşı:****9)İzlem süresi (ay olarak):****10)İzlem tanısı:****11)Tedavi süresi (ay olarak):**

12)Fiziksel bir engeliniz/sakatlığınız var mı?

Evet () Hayır ()

13)Hiç çocuk psikiyatriye başvurduunuz mu?

Evet () Hayır ()

14)Son 3 ayda psikiyatrik bir ilaç (**ritalin, concerta ve antidepresan vb. gibi**) kullandınız mı?

Evet () Hayır ()

15)Yukarıda soruların dışında düzenli olarak hastaneye gitmeyi gerektiren bir durum/hastalığınız var mı? (varsa belirtiniz):

Sürekli kullandığınız bir ilaç var mı?

Evet () Hayır ()

EK-C: ÇOCUKLARDA OTOMATİK DÜŞÜNCELER ÖLÇEĞİ

| Çocuklarda Otomatik Düşünceler Ölçeği | Hiçbir Zaman | Bazen | Sık Sayılır | Sık Sık | Her Zaman |
|--|--------------|-------|-------------|---------|-----------|
| 1. Çocuklar benim aptal olduğumu düşünecek. | | | | | |
| 2. Bana sataşacaklar diye endişeleniyorum. | | | | | |
| 3. Çocuklar bana gülecek. | | | | | |
| 4. Salak gibi görüneceğim | | | | | |
| 5. İnsanlar benim hakkımda kötü şeyler düşünüyor | | | | | |
| 6. Diğer çocukların hakkımda ne düşüneceği beni korkutuyor. | | | | | |
| 7. Aptal biri gibi görünüyorum. | | | | | |
| 8. Diğer çocuklar benimle dalga geçiyor. | | | | | |
| 9. Herkes bana bakıyor | | | | | |
| 10. Kendimi salak durumuna düşüreceğim diye korkuyorum. | | | | | |
| 11. Hiçbir şeyi doğru dürüst yapamam. | | | | | |
| 12. Değersizim | | | | | |
| 13. Artık hiçbir şeyin bana yararı olmaz. | | | | | |
| 14. İşlerin ters gitmesi benim hatam. | | | | | |
| 15. Hayatımı karmakarışık bir hale getirdim. | | | | | |
| 16. Hiçbir zaman diğer insanlar kadar iyi olamayacağım. | | | | | |
| 17. Başarısız biriyim. | | | | | |
| 18. Hayat yaşamaya değmez. | | | | | |
| 19. Hiçbir zaman problemlerimin üstesinden gelemeyeceğim. | | | | | |
| 20. Kendimden nefret ediyorum | | | | | |
| 21. Eğer hak ederlerse insanlardan öcümü alma hakkım vardır | | | | | |
| 22. Diğer çocuklar aptal. | | | | | |
| 23. Çoğu insan bana karşı. | | | | | |
| 24. Bana takanların yaptıkları yanlarına kar kalmayacak. | | | | | |
| 25. Eğer biri bana zarar verirse benim de O'na zarar verme hakkım vardır | | | | | |
| 26. Bazı insanlar başına gelen şeyleri hak eder | | | | | |
| 27. Benim hatam olmayan şeylerden dolayı her zaman suçlanırım | | | | | |
| 28. İnsanlar her zaman beni bir belaya bulaştırmaya çalışıyor. | | | | | |
| 29. Bazı insanlar kötüdür. | | | | | |
| 30. Kötü insanlar cezalandırılmayı hak eder. | | | | | |
| 31. Bir kaza geçireceğim. | | | | | |
| 32. Delireceğim. | | | | | |
| 33. Öleceğim. | | | | | |
| 34. Annem veya babam zarar görecektir | | | | | |
| 35. Kontrolümü kaybetmekten korkuyorum | | | | | |
| 36. Zarar göreceğim. | | | | | |
| 37. Çok kötü bir şey olacak | | | | | |
| 38. Biri ölebilir diye korkuyorum. | | | | | |
| 39. Bende bir terslik var | | | | | |
| 40. Değer verdiğim birinin başına bir şey gelecek | | | | | |

EK-D: GÜÇ VE GÜÇLÜKLER ANKETİ

| | Doğru Değil | Kısmen Doğru | Kesinlikle Doğru |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Diğer insanların duygularını önemser. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Huzursuz, aşın hareketli, uzun süre kıpırdamadan duramaz. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sıkça baş ağrısı, karın ağrısı ve bulantıdan yakınır. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Diğer çocuklarla kolayca paylaşır. (yiyecek, oyuncak, kalem v.s.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sıkça öfke nöbetleri olur ya da aşın sinirlidir. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Daha çok tek başınadır, yalnız oynama eğilimindedir. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Genellikle söz dinler, erişkinlerin isteklerini yapar. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Birçok kaygısı vardır. Sıkça endişeli görünür. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Eğer birisi incinmiş, morali bozulmuş ya da kendini kötü hissediyor ise ona yardımcı olur. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sürekli elleri ayaklan kıpır kıpırdır ya da oturduğu yerde kıpırdanıp durur. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| En az bir yakın arkadaşı vardır. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sıkça diğer çocuklarla kavga eder ya da onlarla alay eder. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sıkça mutsuz, kederli ya da ağlamaklıdır. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Genellikle diğer çocuklar tarafından sevilir. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dikkati kolayca dağılır. Yoğunlaşmakta güçlük çeker. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Yeni ortamlarda gergin ya da huysuzdur. Kendine güvenini kolayca kaybeder. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kendinden küçüklere iyi davranır. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sıkça yalan söyler ya da hile yapar. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Diğer çocuklar ona takarlar ya da onunla alay ederler. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sıkça başkalarına (anne baba, öğretmen, diğer çocuklar) yardım etmeye istekli olur. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bir şeyi yapmadan önce düşünür. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ev, okul ya da başka yerlerden çalar. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Erişkinlerle çocuklardan daha iyi geçinir. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pek çok korkusu var. Kolayca ürker. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Başladığı işi bitirir, dikkat süresi iyidir. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |