

İSTANBUL BİLGİ ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ PROGRAMLAR ENSTİTÜSÜ
TRAVMA VE AFET ÇALIŞMALARI UYGULAMALI RUH SAĞLIĞI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

ÇOCUKLUK ÇAĞI ÖRSELENME YAŞANTILARI İLE KANSER ARASINDAKİ
İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Barış ERİŞ
118507019

Prof. Dr. Zeynep Şimşek

İSTANBUL
2021

ÖNSÖZ

Zihin ve beden ayrılmaz iki parça, aslında bir bütün. Psikoloji lisans yaşamım boyunca bu bilgi beni hep ürküttü. Yaşadığımız veya yaşayacağımız o zorlu deneyimler hayatımızın her noktasına temas edecekse, etkileyecekse nasıl iyileşeceğiz veya nasıl ayağı kalkacağız? Bu deneyimlerin bir de en savunmasız ve en masum olduğumuz çocukluk yıllarda olduğunu düşündüğümde ise derin bir kısır döngüye girmiştım. Çünkü insan anlam arayan ve anlam yaratan bir varlıktır. Bu anlamı göremedikçe bir şeyleri aşmak için neyin gerekli olduğunu bilemez.

Bugün neredeyse hayatımın üçte birini geçirmiş, bu süreçte kanseri anlatmış, bir çok zorlukla halen mücadele eden ben! Kendime dair anlam arayışında bu teze giriştim. Umuyorum ki benimle birlikte anlam arayan birçok insana ışık olur. Çünkü Jung'un dediği gibi 'anlamsızlığın, yaşamı dolu dolu yaşamayı engellediği için hastalıktan farkı yoktur.'

Bu tezi bitirirken çok zorlandım. Tezin ağırlığından değil kendi ağırlığımdan ve anlam arayışı sırasında çoğu kez kaybolduğumdan. Bu şekilde büyümeyi ben seçmedim, kanseri ben seçmedim, yaşadığım çoğu zorluğun böyle olmasını asla istemedim. Ama yaşadığım bu zorlu olaylarda her ne kadar kalplerini kırdığım insanlar olsa da bana hep ışık oldular. Onların ışığı sayesinde bu tezi bitirebiliyorum. Onların gözlerindeki umut ve koşulsuz sevgileri sayesinde. O kadar çok teşekkür etmek istediğim insan var ki sayfalara sığmayacak. Bu yüzden herkesin isimlerini tek tek yazamasam da bana bu yolda eşlik ettikleri için minnettar olduğumu bilmelerini isterim. Yolumu aydınlattınız, yolunuz daima aydınlık olsun.

Bu süreçte bana daima destek veren düştüğümde kaldıran, gerek akademik gerekse insani olarak benim için çok ayrı bir yerde olan hocam Prof. Dr. Zeynep ŞİMŞEK' e çok teşekkür ederim. Umarım sizin o aydınlık yolunuzdan gidebilirim.

Yüksek lisansım boyunca kendisini daima örnek aldığım, bilgisi ve tecrübesi ile bize her zaman destek olan hocam Prof. Dr. A.Tamer AKER'e,

Lisans hayatımda bana çok şey öğreten bir hoca gibi değil bir arkadaş gibi yaklaşan Doç. Dr. Gamze ER'e

Bugün sahip olduğum çoğu şeyi için borçlu olduğum Travma Odaklı Psikososyal Destek Ekibi'ne (Yakup Dalkılıç, Cansu Sünbül, Fatma Tufan, Kübra Sezikli, Ahmet Faruk Akfırat, Gizem Ölmez Akfırat ve adını yazamadığım diğer ark.),

Hem iyi bir arkadaş, hem iyi bir meslektaş olan her dair yanımda olan beni destekleyen, varlıkları ile güç veren Ezginur Kaya ve Gizem Uymaz'a

Destekleri ve varlıkları için yürekten teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ.....	iii
TABLolar LİSTESİ	viii
ABSTRACT.....	x
ÖZET	xi
GİRİŞ	1
BÖLÜM 1	4
KANSER VE RUH SAĞLIĞI.....	4
1.1 Kanser	4
1.2 Kanserin Tanımı	4
1.3 Kanserin Tarihçesi.....	5
1.4 Kanserin Epidemiyolojisi (Türkiye ve Dünya)	6
1.5 Kanserin Etiyolojisi	7
1.6 Kanserde Tedavi Yaklaşımları	10
1.7 Kanser ve Psikolojik Süreçleri.....	11
BÖLÜM 2	14
ÇOCUKLUK ÇAĞI ÖRSELENMELERİ	14
2.1 Çocukluk Çağı Örselenmeleri ve İlişkin Kavramlar	14
2.1.1 Örselenme Kavramı	14
2.2 Travma	17
2.2.1 Travma Tanımı ve Tarihçesi.....	17
2.2.2 Travma Sonrası Stres Bozukluğu ve Akut Stres Bozukluğu	18

2.2.3 Travma Sonrası Stres Bozukluğu Yaygınlığı	20
2.3 Çocukluk Çağı Örselenmeleri Yaşantıları Epidemiyolojisi	21
2.4 Çocukluk Çağı Örselenme Yaşantılarının Etkileri.....	23
2.4.1 Psikolojik Etkiler	24
2.4.2 Biyolojik Etkiler.....	25
2.4.3 Sosyal Etkiler	27
2.5 Çocukluk Çağı Örselenmeleri ve Kanser	28
BÖLÜM 3	31
GEREÇ VE YÖNTEM	31
3.1 Araştırmanın Yöntemi	31
3.2 Araştırmanın Soruları.....	31
3.3 Evren ve Örneklem.....	31
3.4 Veri Toplama Araçları.....	32
3.4.1 Sosyo-Demografik Bilgi Formu	32
3.4.2 Sağlık Bilgiler Formu	32
3.4.3 Kanser Tanısı ile ilgili Form	32
3.4.4 Çocukluk Dönemi Örselenme Yaşantıları Ölçeği Kısa Formu.....	32
3.5 Verilerin İstatistiksel Analizi.....	33
BULGULAR	35
4.1 Vaka ve Kontrol Grubunun Demografik Özellikleri	35
4.2 Çocukluk Dönemi Örselenme Yaşantıları Ölçeğinden Alınan Puanların Dağılımı	37
4.3 Vaka Grubundan Yer Alan Bireylerin Çocukluk Dönemi Örselenme Yaşantıları Ölçeğinden Almış Oldukları Puanların Demografik Özelliklere Göre Dağılımı	38
4.4 Araştırmada Kontrol Grubunda Yer Alan Bireylerin Çocukluk Dönemi	

Örselenme Yaşantıları Ölçeğinden Almış Oldukları Puaların Demografik Özelliklere Göre Dağılımı	41
5. SONUÇ VE TARTIŞMA	44
Kaynakça	49
EKLER.....	67
EK 1: Başakşehir Cam ve Sakura Şehir Hastanesi izin onayı.....	67
EK 2: Sosyodemografik Veri ve Sağlık bilgileri Formu	68
EK 3: Çocukluk Dönemi Örselenmeleri Kısa Formu	69
EK 4: Etik Kurul Onayı	71

TABLO LİSTESİ

Tablo 4.1 Vaka ve Kontrol Gruplarında Yer Alan Bireylerin Demografik Özelliklerinin Dağılımı

Tablo 4.2 Vaka ve Kontrol Gruplarında Yer Alan Bireylerin Akrabalarının Kanser Geçmiş Olma Durumu Dağılımı

Tablo 4.3 Vaka Grubunda Yer Alan Bireylerin Kanser Hastalığı İle İlgili Süreçlerine Ait Özelliklerin Dağılımı

Tablo 4.4 Vaka ve Kontrol Gruplarına Göre Çocukluk Dönemi Örselenme Yaşantıları Ölçeğinden Alınan Puanların Karşılaştırılması

Tablo 4.4.1 Duygusal İstismar, Duygusal İhmal ve Fiziksel İhmal Alt Ölçeklerine Göre Tahmini Rölatif Risk

Tablo 4.5 Vaka Grubunda Yer Alan Bireylerin Çocukluk Dönemi Örselenme Yaşantıları Ölçeğinden Almış Oldukları Puanların Cinsiyete Göre Dağılımı

Tablo 4.6 Vaka Grubunda Yer Alan Bireylerin Çocukluk Dönemi Örselenme Yaşantıları Ölçeğinden Almış Oldukları Puanların Yaş ile İlişkisi

Tablo 4.7 Vaka Grubunda Yer Alan Bireylerin Çocukluk Dönemi Örselenme Yaşantıları Ölçeğinden Almış Oldukları Puanların Öğrenim Durumuna Göre Farklılaşma Durumları

Tablo 4.8 Vaka Grubunda Yer Alan Bireylerin Çocukluk Dönemi Örselenme Yaşantıları Ölçeğinden Almış Oldukları Puanların Aylık Kazancın İhtiyacı Karşılama Durumuna Göre Farklılaşma Durumları

Tablo 4.9 Kontrol Grubunda Yer Alan Bireylerin Çocukluk Dönemi Örselenme Yaşantıları Ölçeğinden Almış Oldukları Puanların Cinsiyete Göre Dağılımı

Tablo 4.10 Kontrol Grubunda Yer Alan Bireylerin Çocukluk Dönemi Örselenme Yaşantıları Ölçeğinden Almış Oldukları Puanların Yaş ile Olan İlişkisi

Tablo 4.11 Kontrol Grubunda Yer Alan Bireylerin Çocukluk Dönemi Örselenme Yaşantıları Ölçeğinden Almış Oldukları Puanların Öğrenim Durumuna Göre Farklılaşma Durumları

Tablo 4.12 Kontrol Grubunda Yer Alan Bireylerin Çocukluk Dönemi Örselenme Yaşantıları Ölçeğinden Almış Oldukları Puanların Aylık Kazancın İhtiyacı Karşılama Durumuna Göre Farklılaşma Durumları

ABSTRACT

Childhood mental traumas are one of the most frequent and an important social environment factors that negatively affect the growth and development of the child. The purpose of this study is to examine the relation between childhood maltreatments and cancer. Although cancer and the mental distress it causes have been a subject that has been studied for years, there are limited number of studies examining the relationship between cancer and child meltreatments. The sample of this case-control study consisted of cancer patients and individuals who were treated for different reasons but not diagnosed with cancer in the same hospital. The case group consisted of individuals over the age of 18 who diagnosed cancer, who can read and write because data will be collected with a self-report scale, and the control group consisted of healthy individuals at the age of 18 years and above, who have not been diagnosed with cancer, have no diagnosis of cancer in their first degree relatives, and who can read and write. The number of individuals in the case group is 63 people. The individuals in the control group consisted of 89 people who have not been diagnosed with cancer in the past or present. Socio-Demographic Information Form, Health Information Form, Cancer Diagnosis Form, Childhood Trauma Questionnaire Short Form were used in data collection. 52.4% of the participants in the case group and 49.4% of the control group are women. Gender, educational level and economic status of the individuals in the case and control groups were similar ($P>0.05$). In this study, emotional abuse, emotional neglect, and physical neglect were associated with having cancer (respectively RRR= 2.48, 1.86, 3.42), all metioned maltreatment types were increased odds of having cancer. The rate of receiving psychological support was 12.7%. The results of the study showed that the importance of individual and community-based studies to prevent childhood maltreatment and the need for trauma-sensitive approaches in the treatment process.

Keywords: *Childhood trauma, cancer, case-control research, abuse, neglect*

ÖZET

Çocukluk çağındaki ruhsal travmalar çocuğun büyüme ve gelişimini olumsuz etkileyen, görülme sıklığı yüksek önemli sosyal çevre faktörlerinden biridir. Bu çalışmanın amacı, çocukluk çağı örselenmeleri ile kanser arasındaki ilişkinin incelenmesidir. Kanser ve sebep olduğu ruhsal sıkıntılar yıllardır çalışılan bir konu olmakla birlikte, kanser ile çocukluk çağı örselenmeleri arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar sınırlı sayıdadır. Vaka-kontrol araştırma yöntemiyle yürütülen bu araştırmanın örneğini tedavi gören kanser hastaları ve aynı hastanede farklı sebeplerle tedavi görüp kanser tanısı almamış bireyler oluşturmaktadır. Vaka grubunu kanser geçmişi olan, öz bildirim ölçeği ile veri toplanacağı için okuma yazma bilen 18 yaş üzeri bireyler, kontrol grubunu ise kanser tanısı almamış, bildirimlerine dayalı birinci derece yakınlarında kanser tanısı olmayan, 18 yaş ve üzeri okuma yazma bilen sağlıklı bireyler oluşturmaktadır. Vaka grubunda bulunan bireylerin sayısı 63 kişidir. Kontrol grubunda yer alan bireyler ise geçmişte ya da hali hazırda kanser tanısı almamış toplam 89 kişiden oluşmaktadır. Veri toplamada, Sosyo-Demografik Bilgi Formu, Sağlık Bilgileri Formu, Kanser Tanısı İle İlgili Form, Çocukluk Dönemi Örselenme Yaşantıları Ölçeği Kısa Formu kullanılmıştır. Vaka grubunda yer alan katılımcıların %52,4'ü, kontrol grubunun %49,4'ü kadındır. Vaka ve kontrol grubunda yer alan bireylerin cinsiyet, öğrenim durumu ve ekonomik durumları benzerdir ($P>0.05$). Araştırmada duygusal istismar, duygusal ihmal ve fiziksel istismar kanser ile ilişkili olduğu (sırasıyla TRR= 2.48, 1.86, 3.42), belirtilen üç örselenme türünün kanser olma riskini artırdığı saptanmıştır. Kanser hastalarının psikolojik destek alma sıklığı ise %12,7'dir. Araştırma bulgularına dayalı olarak, çocukluk dönemi örselenmelerinin önlenmesi için birey odaklı ve topluma dayalı çalışmaların artırılmasına, ayrıca travmaya duyarlı tedavi yaklaşımının geliştirilmesine ihtiyaç olduğu düşünülmektedir.

Anahtar kelimeler: *Çocukluk dönemi örselenmeleri, kanser, vaka-kontrol araştırması, ihmal, istismar*

GİRİŞ

Yirminci yüzyıl çocukların en fazla etkilendiği örseleyici yaşam olaylarının olduğu bir zaman dilimi olarak geride kalırken, bilim dünyasına ruhsal travmaların olumsuz sonuçlarını gözleyebilme olanağını da vermiştir (Zoroğlu, 2001). Örselenme kavramı kişinin ruhsal ve bedensel varlığını sarsan, inciten, yaralayan her türlü olay için kullanılmaktadır (Öztürk ve Uluşahin, 2008). Örselenme yaşantıları literatürde ihmal ve istismar olarak adlandırılmaktadır. En genel tanımı ile çocuk istismarı, çocuğun fiziksel ve ruhsal gelişimine, düşüncelerine, yaşantısına ve değerlerine zarar veren, fiziksel, cinsel ve/veya duygusal kötü davranışı, maddi çıkarlar için çocuğun kullanılmasını kapsayan davranışlardır. Çocuk ihmali ise, çocuğun sağlığı, fiziksel veya psikolojik gelişimi için gerekli olan ve ihtiyaç duyduğu gereksinimlerin yerine getirilmemesi veya bu duruma kayıtsız kalma durumudur (Dörtbudak ve ark., 2016).

Çocuğun ihtiyaç duyduğu sevgiyi, korumayı ve desteği, gelişimin ilerleyen yıllarındaysa özgürleşmesini ve bireyselleşmesini sağlamakla yükümlü en önemli kişi çocuğa bakım verendir. Sağlıksız bir gelişim ortamında büyüyen ve yetişen kişilerin daha sonraki yıllarda gelişimsel, ruhsal, kişilerarası ve toplumsal sorunlarla karşılaşma olasılıkları yüksektir. Bu sebeple, çocukluk dönemi örselenme yaşantıları, sağlıksız gelişim ortamlarında en çok ele alınan ve dikkat çeken konulardan biridir (Büyükcebeci, 2019).

Çocukluk dönemi örselenme yaşantılarının çocuğun ruhsal dünyasındaki yıkıcılığı, çocuğun ileriki yaşamında yoğun veya hafif düzeyde etkisini sürdürmektedir. Yapılan pek çok ampirik çalışma çocukluk dönemi örselenme yaşantılarının uzun vadedeki bu etkilerini ortaya koymaktadır. Çocukluk döneminde örselenme yaşantıları olan bireylerin, yaşamın ilerleyen yıllarında günlük stresörlere daha yoğun olarak duygusal ve psikotik tepkiler verdiği belirtilmektedir (Lardinois, Lataster, Mengelers, Van Os, Myin-Germeys, 2011; akt. Kaya, 2014).

Olumsuz çocukluk çağı örselenme yaşantılarının kişilerin yaşamları boyunca ortaya çıkabilecek farklı boyutlardaki sağlık sorunları, engellilik ve erken ölümlerle belirgin şekilde bağlantılı olduğu gösterilmiştir (Gündüz ve ark, 2018). Özellikle son yıllarda yapılan araştırmalarda (Felliti ve ark. 1998; Hertzman, 1999; Afifi ve ark. 2016; Clemensa ve ark. 2018) çocukluk döneminde maruz kalınan istismar ve ihmalin yetişkin döneminde, obezite, iskemik kalp hastalığı, kanser, kronik akciğer hastalığı, iskemik kalp hastalığı ve karaciğer hastalığı gibi rahatsızlıklarla güçlü bir ilişkisi bulunmuştur. Kanser doğrudan ölümlerle ilişkili olması, sinsice ve sessizce hareket etmesi, nedenlerinin genelde açıklanamaması, büyük ızdıraplara neden olması, bireyi sosyal yönden damgalaması ve izole etmesi nedeniyle diğer kronik hastalıklardan daha tehdit edicidir (Gyllensköld, 1974).

Son zamanlarda kanserin tanı ve tedavisinde önemli gelişmeler ve çalışmalar olmasına karşın istatistikler, kanser sıklığının ve kansere bağlı ölümlerin zamanla arttığını göstermektedir. Dünya Sağlık Örgütü tarafından 2018 yılında 9,6 milyon ölümün kanser nedeniyle olduğu ve dünyada ikinci ölüm nedeni olduğu bildirilmektedir (WHO; 2021). Günümüz bilim dünyasının ve insanın en önemli ve güncel sorunlarından olan kanser fiziksel bir hastalık olduğu kadar ruhsal ve psikososyal bileşenleri de olan bir sorundur (Özkan, 1998). Geçmişte araştırmacılar ve bilim insanları, kanserle birlikte yaşam sürecini, olumsuz etkileri ve bu durumun yaratabileceği olası psikososyal sorunlara, kanserle baş etme ve hastalık sürecine uyum gibi konulara odaklanmışlardır (Parry, 2005). Son yıllarda yapılan araştırmalar ile birlikte kanser ve öncesi psikolojik sorunlar da merak konusu olmaya başlamıştır. Özellikle kanserin sebep olduğu ölüm oranlarının artması sebebi ile klinisyenler daha çok risk faktörlerine yönelmekle birlikte, bu alanda ilk çalışmalar Felliti ve arkadaşları (1998) tarafından başlamıştır (Fuller, 2009). Brown ve arkadaşlarının (2010) yapmış oldukları prospektif kohort çalışmasında, ACE (Olumsuz çocukluk çağı deneyimleri ölçeği) puanları ile akciğer kanseri arasında orta dereceli bir ilişki olduğunu, ayrıca akciğer kanserinden ölenler arasında ACE puanı 6 veya daha fazla olan kişilerin ACE puanı düşük

olanlara göre ortalama 13 yıl önce öldüğü saptanmıştır. 13,092 kişinin katıldığı bir başka çalışmada da kanser ve olumsuz çocukluk çağı deneyimleri arasında pozitif bir ilişki olduğu bulunmuştur (Fuller, 2009).

Kanser ve sebep olduğu ruhsal sıkıntılar yıllardır çalışılan bir konu olmakla birlikte, çocukluk çağı örselenme yaşantıları ve travmatik durumlar ile kanser arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar son yıllarda artmış olmakla birlikte sınırlı sayıdadır. Kanserin yaygınlığı ve ölüm oranları göz önüne alındığında bu alanda yapılacak araştırmalar önemlidir. Bu nedenle araştırmada çocukluk çağı örselenmeleri ile kanser arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır.

BÖLÜM I

KANSER VE RUH SAĞLIĞI

1. 1 Kanser

İnsan biyo-psiko-sosyal bir varlıktır. Bu üç boyut insanoğlunun yaşamında büyük rol oynar. Biyolojik olarak metabolizma ve hormonların salınması bireyin psikolojisi ve sosyal hayatında etkili olduğu gibi diğer boyutlar da bireyin biyolojisinde etki sahibidir. Bir bütün olarak düşünüldüğünde birey bu üç boyutun iş birliği ile denge halindedir. Eğer stres yaratan bir durumla karşılaşırsa bu denge bozulur (Bayraktar, 2011). Kuşkusuz en büyük stres yaratan durumlardan biri de bireyin sağlığının tehlikede olduğunu öğrendiği andır. Bu tehlike kanser teşhisi içeriyorsa yaşam sorgulanmaya başlanır.

Kanser bireyin yaşamını tüm yönleriyle etkileyen güçlü bir stres ve kriz yaratıcı sorundur (Aydın, 2004). Kanser; çok hücreli canlılarda görülen ve organizma hücrelerinin anormal biçimlerinin organizma içinde denetlenmesi olanaksız bir biçimde çoğalmasıyla belirlenen hastalıklardır. Kronik bir hastalık olması itibariyle de sadece fiziksel, psikolojik ve sosyal açıdan değil, bireyi ve ailesini ekonomik açıdan da sarsmaktadır. Hastanın dünyasındaki bu değişiklikler geçici veya kalıcı olabilmektedir (Micheal, Taylor, Absolom ve Eiser, 2009). Bu bilgiler doğrultusunda ifade etmek gerekirse kanser, başlangıç evresinden hastalık son bulana kadar insanları birçok farklı açıdan yıpratıcı bir hastalıktır ve bu süreçlerin daha iyi anlaşılabilmesi adına daha detaylı incelenmesi gerekmektedir. Aşağıda kanser hastalığına ilişkin daha detaylı bilgiler yer almaktadır.

1.2 Kanserin Tanımı

Kanser, değişim geçirmiş hücrelerin vücuttaki bölgelerde, istemsiz çoğalıp büyümeleri sonucunda oluşan hastalıklar grubudur. Bu çoğalmalar ile kanserli hücrelerde meydana gelen yapısal farklılıklar hücrelerin işlevselliklerinde farklılıklar oluşmasına neden olabilmektedir (Savcı, 2006). Kanser, vücudun bir noktasında oluşan anomali olmaktan çok, 100'den farklı bölgede oluşabilen, geç kalındığında ya da tedavi edilemediğinde genellikle ölüme yol açabilen, önemli bir sağlık sorunu olarak tanımlanmaktadır (Özet vd., 2012). Başka bir tanımda ise kanser hastalığı tedavisi zaman alan, ölüm oranı ve tedavi

harcamalarının yüksek olması ile iyileşme süresinin uzunluğu açısından önemli bir sağlık problemi olarak ifade edilmektedir (Haydaroğlu, Bölükbaşı ve Özşaran, 2007).

Dünyadaki en ciddi hastalıklardan olan kanserin, iki yüzü aşan türü olmakla beraber hücre kontrolü bozulan organ veya dokulara göre isimlendirilmektedir. Bu yüzden tanı ve tedavi şekilleri kanser türüne göre değişiklik göstermektedir. Bu hastalığın yüzde 30'nun sebepleri bilinmekle birlikte, bu alanda araştırmalar devam etmektedir. Çevresel etkenler (sigara içmek, alkol kullanımı, obezite, hareketsizlik, hava kirliliği, yeterince emzirmemek), bazı virüsler, X ışınları ve kalıtsal etkenler bilinenler arasındadır (Savcı, 2006; Yıldız, 2015).

Günümüzde kronik hastalık olarak kabul edilen kanser, vücutta normal şekilde bölünmesi gereken hücrelerin yapı ve kontrollerinin bozulması sonucunda vücudun ihtiyacına uyumsuz şekilde çoğalmalarıyla oluşan bir hastalıktır. Çoğalan bu hücrelerin milyonlarcası bir araya gelerek tümör oluştururlar (Üzüm ve Türkmen, 2018). Bu tümörlerin normal hücrelerden oluşan, diğer bir ifadeyle iyi huylu (benign) olanlarının, genellikle tedavi edilmesi gerekmekte ve başka dokulara yayılmamaktadırlar. Fakat kanser hücrelerinden oluşan anormal görünümlü ve kötü huylu (malign) olanları, başladıkları yerde büyümeye devam etmekte, etrafına ya da vücudun diğer bölgelerine yayılmaktadırlar. Yakın ve uzak doku ve organlara sıçrayabilen kötü huylu bu tümörlere kanser adı verilmektedir (Tuncer, 2014). Kanserler köken aldıkları doku ve organlara göre isim alırlar (Baykara, 2016).

1.3 Kanser Tarihçesi

“Modern çağın hastalığı” olarak bilinen kanser, insanlığın toplumsal hayat düzenine geçmesiyle birlikte ortaya çıkan bir hastalık değildir. Kanser her çağ ve uygarlıkta mevcut olan bir hastalıktır. Arkeolojik bulgular sırasında insan mumyalarında ve dinazor fosillerinde kanser olgusuna rastlanmıştır. Ancak belirti ve bulguların yetersiz olması kanserin insidans oranını da düşürmektedir. Oldukça eski zamanlara dayanan kansere, ilk olarak Mısır'da 1500 yıllarında tıp alanında yazılmış kaynakların bir derlemesi olan Ebers papirüsünde rastlanmıştır (Rice ve Whitehead, 2006). Burada kansere benzer bilgiler yer almaktadır. Literatürde ise kanser sözcüğü ilk olarak Hipokrat (M.Ö. 460-377) tarafından organizmanın iyileşmeyen yapıları için kullanılmıştır. Tarsuslu Osman Hayri Efendi ise

kanser sözcüğüne 1298 yılında yazdığı “Kenzüsıhhatül Ebdaniye” adlı kitabında değinmiştir (Atıcı, 2007).

Birinci Dünya Savaşı sırasında ilk kez kimyasal silahların kullanılması ve gelişen teknolojiyle birlikte bilim insanları 1940’ların sonlarında ABD’de kemoterapi ilaçları ile ilgili araştırmalar yapmaya başlamıştır. Vitaminlerle ilgili çalışmalar sırasında bulunan anti-kanser kemoterapi maddeleriyle birlikte kanser kemoterapisinin temelleri atılmıştır (Airley, 2009). Günümüzde ise dünyadaki ölümlerin %12’sinden sorumlu olduğu söylenen ciddi bir sağlık sorunudur (Gültekin, 2016).

Kanserin tarihsel gelişimi Türkiye özelinde incelendiğinde Türkiye’de kanserle savaş mücadelesi 1947 yılında Türk Kanser Araştırma ve Savaş Kurumu’nun kurulması ile başlamıştır 1962 yılında Ankara’da kurulan Ahmet Andıçen Onkoloji Hastanesi ile birlikte kanser mücadelesinde önemli adımlar atılmıştır. 1970 yılında ise Sağlık Bakanlığı bünyesinde teşhis ve tedavi edici hizmetleri vermek üzere Kanser Savaş Müdürlüğü kurulmuştur. Aynı yıl 1-7 Nisan “Kanser Haftası” olarak ilan edilmiş ve bu tarih aralığının “Kanser Haftası” olarak kabul edilmesi günümüze dek sürdürülmüştür. Ülkemizde daha sağlıklı veriler elde edebilmek amacıyla 1992 yılında Kanser Kayıt ve İnsidans Projesi çalışmaları başlatılmıştır (Atasever ve Özsarı, 2005).

WHO uygulamaya koyduğu kanser kontrol programları ile her ülkenin bütçe yapısına uygun katkılar sağlamaktadır. Ülkemiz içinde kanser programları oluşturmuştur. Bu kapsamda Türkiye’de kanser kontrol programlarına önem verilerek her ilde kanser tarama merkezleri kurulmuştur (Tuncer, 2007: 8). Ülkemizde 2016 yılında sayısı 197 olan Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri (KETEM) ile tarama programları verilerinin sağlıklı bir şekilde düzenlenmesi ve hedeflerin gerçekleştirilmesi amaçlanmaktadır (Keskinkılıç vd., 2016). Günümüzde ise bu rakam 254’e yükselmiştir.

1.4 Kanserin Epidemiyolojisi

Kanser hastalığı günümüzde milyonlarca insanın ölmesine sebep olan öncelikli sağlık sorunlarından biridir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)’ne bağlı Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı (IARC) tarafından yapılan araştırmaya göre 2018 yılında dünya genelinde 18,1 milyon tanı konulmuş yeni kanser vakasına rastlanmış, 9,5 milyon vaka kanser nedeniyle yaşamını yitirmiştir. Araştırmaya göre dünya genelinde en sık rastlanan kanser türü 2,1 milyon

vaka ile akciğer kanseridir ve 1,7 milyon kanser hastası akciğer kanseri nedeniyle hayatını kaybetmiştir (IARC, 2020). Ayrıca 2020’de, 1.806.590 yeni kanser vakası ve 606.520 kanser ölümünün ABD’de meydana geleceği öngörülmektedir (Siegel vd., 2020: 7-30). Kanserde benzer seyir devam ettiği takdirde, 2030 yılında 22 milyon yeni vaka ortaya çıkması beklenmektedir. Dünya genelinde erkeklerde en sık görülen kanser türleri; akciğer, prostat, kolorektal, mide ve karaciğer kanseridir. Kadınlarda en sık görülen kanser türleri; meme, kolorektal, akciğer, serviks ve mide kanseridir (Gültekin ve Boztaş, 2014).

Batı ülkelerinde kanser hastalığı ikinci sırada ölüm nedeni olarak gösterilmektedir. Araştırmacılar, hastaların yaşam tarzını değiştirerek %50 oranında iyileşme sağlanabileceğini bildirmektedirler (Barinkova, 2013: 135). Dünya nüfusunun %9’unu oluşturan Avrupa kıtası, dünyada teşhis edilen kanser vakalarının %23,4’ünü, kanser nedeniyle ölümlerin ise %20,3’ünü oluşturmaktadır. Amerika kıtası ise dünya nüfusunun %13,3’üne sahiptir. Dünyada tespit edilen kanser vakalarının ise %21’ini Amerika kıtası oluşturmakta olup kanser nedeniyle ölümlerin ise %14,4 ’ünü oluşturmaktadır (DSÖ, 2019).

Türkiye’de 2018 yılında en sık rastlanan (34.703 vaka) ve en fazla ölüme neden olan (33.683 vaka) kanser türünün akciğer kanseri olduğu tespit edilmiştir. Türkiye’de erkekler arasında en fazla akciğer kanseri (%24,7); kadınlarda ise en fazla meme kanseri (%24,4) görülmektedir (DSÖ, 2019). Genel olarak bakıldığında ise Türkiye’de yılda 163.500 civarında yeni kanser vakası teşhis edildiği, bir günde yaklaşık 450 kişinin kanser teşhisi aldığı söylenebilir (Sağlık Bakanlığı Kanser İstatistikleri, 2016). Bunun yanında Türkiye, DSÖ verilerine göre kanser görülme sıklığının en yüksek olduğu 65’inci ülke, tahmini yeni kanser vakası sayısı bakımından ilk 15 ülke içindedir.

1.5 Kanserın Etiyolojisi

Kanser gelişimi bireyin genleri, çevresi ve yaşama alışkanlıkları gibi pek çok faktörle ilişkilidir (Aslan vd., 2014: 183-210). Aşağıda bu faktörlere ilişkin daha detaylı bilgiler yer almaktadır. Kanser gelişim nedenlerinden en önemlisi olan sigara tüketimi, aynı zamanda kanserin önlenmesi için önemli nedenleri arasında yer alır. Sigara kullanımı ile kanser gelişimi arasındaki ilişki bilimsel araştırmalarda açıkça ortaya konmuştur. Dünya Sağlık Örgütü, var olan eğilimlerin devam etmesi durumunda, tütün tüketimine bağlı olarak

21. yüzyılda milyarlarca ölüm olacağını öngörmektedir (Forman, 2014). İngiltere’de her 4 kanser hastasından biri sigara kullanımına bağlı yaşamını yitirirken, kanser tanısı koyulan 20 olgudan 3’üne kanser tanısı tütün kullandığı için koyulmuştur (Brown vd., 2018). Türkiye’de, kansere bağlı ölüm oranlarına bakıldığında ise sigara kullanımı bu ölümlerin %20’sinden sorumlu tutulmaktadır.

İnsanlarda kanser gelişim riskini artıran nedenlerden biri de alkol tüketimidir. Alkol kullanımının, Amerika Birleşik Devletleri’nde her yıl tüm kanser ölümlerinin yaklaşık %3 ila %4’ünü oluşturduğu düşünülmektedir (Ungan ve Aydın, 2013). Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı 1988’den beri alkolü yüksek riskli kanserojen maddeler arasında değerlendirmiştir. Alkol tüketimine bağlı olarak farinks, larenks, meme, özofagus, ağız boşluğu, karaciğer ve mesane kanseri gibi 7 farklı kanser gelişebilir. Brown ve diğerleri (2018) tarafından yapılan bir çalışmada, çok fazla alkol tüketiminin İngiltere’de her yıl 11.900 olguda kanser tanısı koyulmasına neden olduğu saptanmıştır (Brown, 2018).

Yapılan bazı çalışmalar alkol tüketimi sonrası tükrükte bulunan asetaldehit seviyesinin arttığını ve yüksek DNA hasarı oluştuğunu kaydetmişlerdir (Yeşilbalkan, 2015). Bu durum alkol tüketimi ile ağız, larenk, farenks kanserlerinin gelişimi arasındaki ilişkiyi açıklamaktadır. Ayrıca alkol tüketimi sonucunda östrojen gibi hormonların düzeylerinde görülen artışa bağlı olarak özellikle kadınlarda meme kanseri gibi kanserlerin gelişim riski artmaktadır (Hormones vd., 2011).

Alkol ve sigara tüketimine ek olarak 20. yüzyılda hayvanlar üzerinde yapılan deneyler sonucunda bazı enfeksiyon ajanlarının da kansere yol açtığı saptanmıştır. Virüsler, hücrelerin büyümesini kontrol eden genleri etkileyebilir ya da kendi genetik materyalini hücrelere aktararak hücrenin kontrolden çıkmasına neden olur (Siegel, DeSantis ve Jemal, 2014: 104-117). Örneğin; Human Papilloma Virüsü’ne (HPV) maruz kalınması sonucunda en sık görülen kanser türü serviks kanseri ortaya çıkmaktadır (Yeşilbalkan, 2015: 380-406). HPV ayrıca vajina, vulva, penis ve anüs gibi diğer genital bölgelerde ya da ağız ve boğazın bazı kanser türlerine de neden olabilir. Bir bakteri türü olan ve kansere neden olabilen başka bir enfeksiyon ajanı ise *Helicobacter pylori*dir. *Helicobacter pylori* mide tabakasını infekte ederek midede ülser gelişimine ve sonrasında da kanser gelişimine neden olabilmektedir (American Cancer Society 2018).

Yukarıdaki bilgilere ek olarak kanserin nedenleri arasında genetik yatkınlık yer

almaktadır. Kanser türleri açısından riskli olarak değerlendirilmesi genetik yatkınlık olarak adlandırılır. Kalıtsal hatalı genle doğmak bireyde kanser gelişiminin kesin olacağı anlamına gelmemekte, ancak hatalı genli bireylerin diğer insanlara göre belirli kanser türlerine yakalanma riski yüksektir. Özellikle genetik yatkınlığı olan bireylerde, meme kanseri, kolon kanseri ve prostat kanseri gibi kanser türlerinde risk oranı göreceli olarak 2-2,5 kat artmıştır (Boyle ve Levin, 2008).

Son olarak, kimyasal pestisitler başta olmak üzere birçok kimyasal faktörle kanser arasındaki ilişki de açıklanmıştır. Özellikle insanların çalışma alanları içerisinde karşılaştıkları aflatoxin, arsenik, aromatik amin ve anilin boyaları, katran, kloro metil eter, benzen, kloro etil sülfat ve nikel bileşikleri, çinko, rafine olmayan parafin yağı berilyum, hardal gazı, kobalt, mazot ve kuruma benzer maddeler kansere yol açabilmektedir. Bunun yanında tedavi için kullanılan birçok ilaçta kansere yol açabilmektedir (Siegel, DeSantis ve Jemal, 2014: 104-117).

Aşağıda kanser türleriyle ilişkisi kanıtlanmış risk faktörleri ve koruyucu faktörler verilmiştir (Yokuş ve Çakır, 2012; Yıldız, 2015; Akdemir ve Birol, 2011; Yeşilbalkan, 2015):

- **Alkol:** Aşırı miktarda ve uzun süreli alkol kullanımı ağız, yutak, gırtlak ve yemek borusu kanserleri oluşum riskini arttırmaktadır.
- **Beslenme Faktörleri:** Sindirim sistemi kanserlerine karşı yüksek lif ve düşük yağdan oluşan diyet programları önerilmektedir.
- **Cinsel Sağlık ve Doğurganlık:** Erken evlilik veya erken dönem cinsel ilişki, çoklu ilişki serviks kanserin oluşumunda önemli risk faktörleri olarak bilinmektedir. Ayrıca emzirmemek de kadınlarda en önemli meme kanseri risklerinden biridir.
- **Genetik ve Ailesel Özellikler:** Kanserlerin %10-15'inin kalıtsal olduğu yani anne-babadan gelen genlerle aktarıldığı bilinmektedir.
- **Hormonal Dengesizlik:** Hormon bozukluğunun malign tümör oluşumu ve gelişimi üzerinde önemli etkiye sahip olduğu araştırmalarla gösterilmiştir.
- **İmmün Sistem Bozukluğu:** Bağışıklık sisteminin genetik veya çevresel faktörlerle baskılanmasının da kansere neden olduğu bilinmektedir.
- **İyonize Radyasyon:** Araştırmalara göre aşırı derecede radyasyon dozunun

kansere neden olduğu ispatlanmıştır.

- **Kanserojen Kimyasallar:** Çalışma koşullarına bağlı olarak, “katran”, “kömür”, “benzen”, “naftilamin”, “asbest”, “krom” vb. kimyasallarla ve pestisitlerle uzun süreli temasın kansere yol açtığı bilinmektedir.
- **Sigara:** DSÖ verileri göstermektedir ki gelişmiş ülkelerde tüm kanserlerin %25-30 oranının tütün ile ilgili olduğu tahmin edilmektedir. Sigara ile akciğer kanseri arasındaki ilişkinin kesin olarak kanıtlandığı, ayrıca sigaranın ağız boşluğu, yutak, larenks, pankreas ve mesane kanseri riskini de arttırdığı bilinmektedir.
- **Ultraviyole Işınlara:** Güneş ışınlarına uzun süreli maruz kalma sonucu cilt kanserlerinde artış gözlenmektedir.
- **Hava Kirliliği:** Akciğer kanserlerinin birinin tek başına hava kirliliği veya hava kirliliği ve sigara kullanımının ortak etkisi ile meydana geldiği bilinmektedir.
- **Virüsler:** En küçük mikroorganizmalar olan virüslerin kanserle ilişkili olduğu bilinmektedir. Özellikle “Helicobacter pylori”, “T hücreli lösemi virüsü”, “human papilloma” ve bakteriler hücre kültürlerini dönüştürerek kanser oluşumuna neden olmaktadır.

1.6 Kanserde Tedavi Yaklaşımları

Kanser tedavi edilebilir bir hastalık olup günümüzde kanser tedavisine yönelik çalışmalar artış göstermektedir. Kanser tedavisi konu ile ilgili birden fazla uzmanın işbirliği içerisinde olmasını gerektirir. Kanser evresi hastalığın seyri ile ilgili olup hastalığın evresine göre seçilen tedavi farklılık gösterir (Tuncay, 2009: 31). Kanser tedavisindeki amaç tam iyileşme sağlamak veya belirtilerin azaltılması olarak tanımlanır (Can, 2017: 367-399). Erken teşhiste cerrahi başta olmak üzere, tümörün yerleştiği doku ve evresine göre radyoterapi, kemoterapi ve immünoterapi kanser tedavi yöntemlerindedir. Birçok durumda hastalığın türüne ve yaygınlığına göre bu yöntemler birlikte kullanılabilirler. Aşağıda bu yöntemler ile ilgili bilgilere yer verilmiştir.

- **Cerrahi:** Kanser erken tanısında başvurulan yöntem olan cerrahi aynı zamanda kanser tedavisinde %75-80’e ulaşan başarı oranı ile en önemli tedavi yöntemidir. Cerrahi yöntem tanı amaçlı olabildiği gibi önleyici, küratif ve palyatif amaçlarla da

uygulanmaktadır (Akram, Iqbal ve Daniyal, 2017: 50-33).

- **Radyoterapi:** Radyoterapi, cerrahi veya kemoterapi terapisi ile birlikte başvuru olan bir tedavi yöntemi olup, kanser hastalarının %50 veya %60'ında küratif veya palyatif amaçlı olarak gerek duyulmaktadır. İşleyiş olarak kanser hücrelerinin iyonize radyasyon ile yok edilmesi prensibine dayanmaktadır (Can, 2017: 367-399).
- **Hormon Tedavisi:** Hormon tedavisi tümör büyümelerinin hormonlarla ilişkili olduğu düşünülen kanser tiplerinde kullanılmaktadır (Arjmandi vd., 2016: 141- 148). Hormonal terapi gibi birkaç uygulamanın bir arada olması, kullanılan ilaçların bir çoğunun ciddi nöropsikiyatrik yan etkilerinin görülmesi gibi etkenler de savunma düzeneklerinin ortaya çıkmasındaki faktörler olarak tanımlanabilir (Baykara, 2016: 154-165).
- **Kemoterapi:** Kemoterapi, tümörlü hücrelerin ilaç yoluyla yok edildiği bir yöntemdir. Özellikle lenfoma ile lösemi türü kanserlerde tedavi etkisi oldukça yüksektir (Baykara, 2016: 154-165). Vücuda çeşitli yollar ile alınabilen kemoterapi ilacının temel amacı kanserli hücreleri ortadan kaldırarak ilerlemelerinin durdurulması olmasına rağmen, ilacın lokal olarak uygulanamayışından dolayı vücudun çoğu bölümünü etkilemektedir (Oylar ve Tekin, 2011).

1.7 Kanser ve Psikolojik Süreçleri

Kanser bireyin psikolojisinde derin izler bırakan ve bireyin psiko-sosyal güçlerine etki etme potansiyeli en yüksek olan hastalık grubudur. Tedavisinin neredeyse hastalığın semptomlarından daha zorlu yan etkilere sahip olması ve uzun sürmesi gibi kanser hastalığına dair bilinen genel geçer bilgiler, hastalığa yakalanan kişi ve yakınları için çoğu zaman büyük bir travma yaratmaktadır (Özdemir ve Taşcı, 2013). Bu travmalarda genellikle hastalığın duyulduğu andan itibaren; çaresizlik, suçluluk, acı, ölüm, terk edilme gibi düşüncelere dayanmaktadır (Kelleci, 2005). Birey burada ifade edilen ve psikolojik açıdan oldukça zorlu bir hastalık olan kanserle başa çıkmamakta, aynı zamanda kanserin yan etkileri ile de mücadele etmek zorunda kalmaktadır. Örneğin; kemoterapi ve radyoterapi sonrası meydana gelen saç dökülmeleri, iştahsızlık, bulantı, kusma, yorgunluk ve anksiyete kanser hastalarının yoğun bir biçimde mücadele etmek zorunda kaldıkları başlıca semptomlardır (Akçay ve Gözüm, 2012).

Kanserle birlikte başlayan ve psikolojik açıdan oldukça zorlu olan süreç, yalnızca kanserli hastayı etkilemez, bu süreç hastanın yakınlarını da farklı şekillerde etkileyebilmektedir. Değişen yaşam standartları, rol değişikliği, ekonomik sorunlar, hastada

beliren bakım ihtiyacı, geleceğe ilişkin planlamalardaki belirsizlik hastanın yakınlarında korku ve kaygıya sebebiyet veren faktörlerin başında gelmektedir. Kanserli bireye bakım verme hastalığın ilk evresinde sonuçlanan bir durum olmayıp aktif tedavi süreci tamamlanıncaya kadar süregelen belirsiz bir süreçtir (Haun vd., 2014: 275). Bu nedenle kanserli bireyin bakım sorumluluğunu üstlenmek hasta yakını için başlı başına bir stres faktörü olabilmektedir. Bu stres faktörleri arasında aile içi rollerde meydana gelen değişimler, hastanın ağrılarının artması, sosyo-ekonomik güçlükler, hastalığa uyum sürecinde yaşanan kötü psikolojik süreç gösterilebilir (Karakartal, 2017: 96-109). Bu bilgiler doğrultusunda ifade etmek gerekirse birey, kanser tanısı aldığı andan itibaren hem kendi psikolojisi ile hem de yakınlarının psikolojisi ile olumsuz düşüncelere kapılabilmektedir. Aşağıda kanserin psikolojik etkilerinin incelendiği bazı çalışmalar yer almaktadır.

Özkan ve Alçalar (2009)'a referansla “yaşamsal bir kriz” olarak nitelediği kanserin bireyin iç dünyasında meydana getirdiği yansımalarına değinmekte oldukça yararlı olacaktır. Kanser teşhisi alan bireyler tanı anından itibaren bu zorlu sürece bir dizi tepkiyle karşılık verirler (Özkan ve Alçalar, 2009: 60-64). Bu tepkilere ilişkin Elisabeth Kübler Ross tarafından 1997 yılında yapılan sınıflandırma günümüzde halen geçerliliğini korumaktadır (Tuncay, 2010: 28). Kübler-Ross'un evreleri şüphesiz kansere verilen tepkiler söz konusu olduğunda üzerinde en çok durulandır. Beş farklı evreden bahseden Kübler-Ross (1997), bu evrelerin ayrı ayrı birbirini takip edecek şekilde ya da aynı anda da deneyimlenebilecek evreler olduğuna dikkat çeker. Yapılan araştırmalar, bazı evrelerin her hasta tarafından eşit ağırlıkta geçirilmemekte olduğuna ve bazı hastaların kabullenme aşamasına daha çabuk ulaştığına dikkat çeker (akt. Özkan, 1999: 154-158).

İlk evre, inkârdır. Hastaya tanıyı ilk öğrendiği an uğradığı şok karşısında başa çıkma mekanizmalarının devreye girmesi için zaman kazandırır. Bu evre birkaç saat veya bir hafta kadar bile sürebilir. İkinci evre, öfkedir. Bu evrede ‘niye ben’ duygusu yaşanır. Hastanın içindeki öfke, hastanın çevresindeki sağlık uzmanları ve yakın çevresine yansıyabilmektedir. Üçüncü evre, pazarlıktır. Bu süreçte hasta hastalığının getirebileceği ölüm gerçeğini kabullenmeye başlar ve kendisi, çevresi, inançları ile pazarlık sürecine girerek ölümü geciktirme yolları arar. Dördüncü evre, depresyondur. Bu evre hastanın tedavi süreci uzadıkça ve nüks yaşandıkça geri döndüğü evredir. Son evre ise kabullenmedir. Bu evrede ölüm kavramı biraz daha benimsenmiş olup, hastanın duygusal mücadelesi bitmiştir. Artık

kişi kaderini kabullenmiş ve kaderine öfkeyle veya depresif bir şekilde yaklaşmaktadır (Bahar, 2007: 105-106).

Rivera (1992), tarafından yapılan çalışmada ise kanser hastalarına bakım veren aile üyelerinin depresyon düzeylerinin yüksek olduğu ve depresyona bağlı yorgunluk ve uykusuzluk, konsantrasyon bozukluğu yaşadıkları belirtilmiştir. Kanser teşhisi alan hastanın ve yakın çevresinin bilişsel, psikolojik, spiritüel ve sosyal alanlarında meydana gelecek olumsuz etkiler kaçınılmaz bir durumdur (Akt. Tuncay, 2010: 240) Kanserli bireye bakım verenlerin bu olumsuz durumları en aza indirgeyebilmesinde sosyal destek önemli bir faktördür. Son yıllarda teknolojiye bağlı gelişmelere paralel olarak kanserin tedavi sürecinde de bir takım olumlu gelişmeler yaşanmıştır. Fakat kanser halen, ölüm, acı, umutsuzluk kelimeleri ile eş değer tutulmaktadır (Işıkhan, 2007: 17). Hastaların hayatta kalım sürelerinin uzaması bakım veren hasta yakınlarının sosyal ortamlarından uzaklaşmalarına ve bu süreçte hastanın bakımı ile yakından ilgilenmelerini gerekli kılmıştır (Kitrungroter ve Cohen, 2006).

BÖLÜM II

ÇOCUKLUK ÇAĞI ÖRSELENMELERİ

Bu bölümde çocukluk çağı örselenmeleriyle ilgili kavramlar tanımlanarak, çocukluk çağı örselenmelerinin epidemiyolojisi açıklanacaktır.

2.1. Çocukluk Çağı Örselenmelerine İlişkin Kavramlar

Çocuğa kötü muamele /örseliyi davranış, 18 yaşın altındaki bir kişiye karşı çocuğun sağlığına, hayatta kalmasına, gelişimine veya haysiyetine fiili veya potansiyel zarar veren ve o çocuğun hayatında sorumluluk sahibi, güvenen veya güç sahibi bir kişi tarafından yapılan davranışlardır ("World Health Organization, Child maltreatment, "2016).

Çocukluk dönemi örselenme yaşantıları kavramı, çocuk ihmal ve istismarını kapsamaktadır. Her ne kadar çocuk istismarı veya ihmali olguları hem bilimsel hem de toplumsal olarak sıklıkla tartışılan konulardan biri olsa da tanımı üzerinde bir uzlaşma yoktur. Günümüzde bunun esas sebebi, olguyu operasyonel olarak tanımlamanın zorluğudur. Araştırmacıların net bir tanım üzerinde uzlaşmamış oluşu alana dair eleştirilerden birisidir. Farklı araştırmalar olgunun farklı boyutlarını ön plana çıkararak tanımlamalar yapmaktadırlar (Oral, vd., 2001; Taner ve Gökler, 2004; Tiftik, 2012).

2.1.1. Örselenme Kavramı

Türkçede örselenme, kötü muamele, ezim, istismar gibi kelimeler birbirinin yerine kullanılmaktadır (Siyez, 2003). İngilizcede çocuk istismarı ve ihmali (child abuse and neglect) olan kavramın, Türkçede en yaygın kullanımı çocuk istismarı ve ihmali'dir. İstismar ve ihmal ise yetişkinlerin çocuğa karşı göstermiş oldukları, toplum ve yasalar tarafından uygun görülmeyen, çocukların gelişimine ket vuran veya gelişiminde kısıtlılığa neden olan davranışlar olarak tanımlanmaktadır (Tıraşçı ve Gören, 2007).

Çocuğa yönelik örselenmenin bilim dünyasına konu edilişi son yüzyıl içerisinde olmakla birlikte, örselenme ile aynı anlama sahip çocuk istismarının tarihi ise insanın var oluşundan beri söz konusudur. İnsanlık tarihi boyunca çocukların çeşitli biçimlerde kötüye kullanıldığı görülmüştür (Onur, 2005). Eski çağlarda istenmeyen çocukların ölüme terk

edilmesi, Roma döneminde yeni doğan çocuklara sağlamlık ve çalışma durumuna göre yaşama hakkının verilmesi, çocukların öldürülmesinin yaygın olduğu dönemler ve toplumların inançlarına göre çocukların örselenmesi çocuk istismarının uzun bir geçmişe sahip olduğunu göstermektedir (Polat, 2007).

Çocukluk örselenme yaşantılarının, çocuğun fiziksel, ruhsal, cinsel veya toplumsal açıdan, güvenlik ve sağlığının zarar görmesine yol açmasının yanı sıra kaçınma/yadsıma gibi duygu odaklı başa çıkma tutumlarına başvurulmasına sebep olarak günlük yaşamın zorlayıcı unsurlarıyla baş etmede yetersizliğe de sebep olduğu bilinmektedir (Taner ve Gökler, 2004: 82). Bunun yanında günlük hayatta sıklıkla karşılaşılan fakat genellikle gizli tutulan veya nadiren açığa çıkarılan istismar türünün duygusal kötüye kullanım olduğu belirtilmektedir (Covell ve Howe, 2012: 2). Çocukluk örselenme yaşantıları ya da başka bir deyişle istismar ve ihmal tek bir kategoride incelenemeyecek kadar çeşitlilik gösteren davranışları içermektedir. Bu nedenle zaman içerisinde bu yaşantıları incelemek için kullanılan birkaç alt kategori ortaya çıkmıştır. Bu alt boyutlar Chadwick (1991) tarafından fiziksel istismar, cinsel istismar, duygusal istismar ve ihmal olarak sınıflandırılmıştır (Akt. Polat, 2007).

Fiziksel istismar; yaşı 18'den küçük olan çocuğun ya da gencin bakımından sorumlu kişi ve/veya kişiler tarafından sağlığına zarar verici şekilde fiziksel olarak (vurma, ısırma, yakma vb.) hasara uğramasıdır (Taner ve Gökler, 2004: 82-86). Fiziksel istismarın çocuklukta ortaya çıkan sonuçları arasında yüksek kaygı düzeyi ve sosyal ilişkilerde bozukluklar görülürken, yetişkinlikte de kişilerarası ilişkilerde sorunlar ve psikiyatrik bozukluklarla ilişkili bulunmuştur. Fiziksel istismara uğrayan kimseler, bu şiddeti sorun çözme yöntemi olarak kullanmayı öğrendiğinde yine kendisi de şiddet uygulayan bir eş ya da anne-baba olabilmektedirler (Çelik ve Hocaoğlu, 2018).

Duygusal istismar; çocuğun duygusal gelişimine potansiyel olarak zarar verebilecek küçük düşürme, suçlama, tehdit etme veya reddetme gibi durumları kapsamaktadır. Duygusal istismarın çok yaygın olduğu tahmin edilmektedir, ancak yaygınlık oranı eksik bildirim, kültürel farklılıklar gibi sebeplerle tam olarak bilinmemektedir ve sıklıkla diğer istismar ve ihmal tiplerine eşlik etmektedir (Brown vd., 2018). Duygusal istismar ve ihmalin varlığında çocukluk döneminde sosyal ilişkilerde bozukluk, davranış sorunları, intihar davranışları görülebilirken, ileriye dönük kişilik bozukluklarının gelişiminde önemli bir risk

etmenidir (Taner ve Gökler, 2004).

Cinsel istismar; bir yetişkinin kendine tatmin sağlamak amacıyla çocuğun ya da gencin cinsel kötüye kullanımı olarak tanımlanmaktadır. Cinsel istismarın çocuk ve ergenlerdeki yaygınlığı ile ilgili olarak bildirim zorlukları ve kültürel normlar gibi sebeplerle sayısal veriler çok değişmekle birlikte, çocukların yaklaşık %8,5'inin cinsel istismara uğradığı tahmin edilmektedir (Çelik ve Hoccoğlu, 2018). Cinsel istismar, çoğu kez çocuk fiziksel olarak zarar gördüğünde ortaya çıkmakta aksi takdirde, çocuğun cezalandırılmaktan korkması, utanç ve suçluluk duyması nedeniyle uzun zaman ve bazen yetişkinliğe dek gizli kalabilmektedir. Bu durum cinsel istismarın aynı kişi ya da farklı kişilerce tekrar edilmesine de neden olmaktadır (Yurdakök, 2010).

Çocuk ihmali; çocuğun temel ihtiyaçları olan bakım ve korunmanın sağlanamaması, kötü niyet ya da eğitimsizlikten kaynaklı fiziksel, duygusal ve eğitimsel ihtiyaçlarının giderilmemesi durumu olup, "kötü bakım" olarak da adlandırılmaktadır (Polat, 2007). Duygusal ve fiziksel olmak üzere iki başlık altında ele alınmaktadır. *Fiziksel ihmali;* çocuğun temel ihtiyaçlarının karşılanmaması, ihtiyacı olan sağlık hizmetinin verilmemesi, sahip olduğu hastalığın ya da yaralanmanın önemsenmemesi, evden kovulması, yalnız bırakılması, gerekli olan sağlık kontrollerinin yaptırılmamasıdır (Avcı ve Tahiroğlu, 2007). *Duygusal ihmali* ise çocuğun sevgi ihtiyacından mahrum bırakılması, duygusal tepkilerden yoksun bırakılması, çocuğun istek ve davranışlarına tepkisiz kalınması, çocuğun yanındayken anne-babanın birbirlerine olumsuz tepkiler vererek çocuğun etkilenmesine neden olması durumlarıdır (Taner ve Gökler, 2004).

Özetle ifade etmek gerekirse çocuk örselenmesi / çocuğa kötü muamele "çocuğun sağlığını, fiziksel, sosyal ve psikolojik gelişimini olumsuz yönde etkileyen bir yetişkin, toplum veya ülke tarafından bilerek veya bilmeyerek yapılan davranış veya durumlardır." şeklinde tanımlanmaktadır. Çocuk ihmali ise "Çocuğa bakmakla yükümlü kimsenin, çocuğun gelişimi için gerekli ihtiyaçları karşılamaması veya bu ihtiyaçları dikkate almaması sonucu çocuğun fiziksel, sosyal ve psikolojik olarak olumsuz etkilenmesidir" (Dünya Sağlık Örgütü, 2014).

Çocuk örselenmesi, eski tarihlere dayanan, günümüzde de bildirim sorunları yaşanan önemli bir sorundur. Tekrarlanabilirliği, çocuğun en yakını tarafından uygulanıyor olması

ve etkisinin uzun yıllar boyunca devam ediyor olması nedeni ile tedavisi en zor travma türüdür (Yıldız, 2007). Bu noktada örselenmenin ruhsal bir travma olarak daha detaylı incelenmesi gerekmektedir.

2.2. Travma

Travmalar, bireyin bedensel bütünlüğünü tehdit eden, zarar verici davranışlardır. Travmatik yaşantılar içinde en zor olanı, kuşkusuz yeterli baş etme gücünün olmadığı çocukluk döneminde karşılaşılan travmalardır (Ruppert, 2011). Çocukluk döneminde karşılaşılan travmatik yaşantılar, bakım veren ya da diğer yetişkinler tarafından, çocuğun fiziksel, psikolojik ya da sosyal gelişimini olumsuz etkileyen, ihmal ve ticari amaçlı uygulanan sömürülerdir (Şahin, 2008). Çocukluk dönemi travmaları, değişik sebeplerle aile içinde olumsuzluklara neden olan, fizyolojik, hukuki, gelişimsel ve psikososyal açıdan da olumsuz etkilere yol açan önemli sorunlar olarak tanımlanır (Kara, Biçer ve Gökalp, 2004).

Çocuklara yönelik travmalar farklı şekillerde ortaya çıkar. Çocukluk dönemi travmalarından olan çocuk ihmali ve istismarı, erişkinler tarafından çocuğa gösterilen, toplumsal kurallar dışında yer alan ve profesyonellerce uygun görünmeyen, sonucunda çocukta hasar oluşturabilecek eylemlerin tümüdür. Bu davranışlar sonucunda çocuk, ruhsal, cinsel, fiziksel ve sosyal açıdan zarar görür (Taner ve Gökler, 2014).

2.2.1. Travma Tanımı ve Tarihçesi

Travma, beden bütünlüğüne zarar veren ya da ölüm riski içeren olağan dışı bir olay ya da durum yaşanması veya tanık olunması sonrası baş etme mekanizmalarının yetersiz gelmesi olarak tanımlanmaktadır (Amerikan Psikoloji Derneği, 2013). Travma, ruhsal ve/veya fiziksel olarak gerçekleştiği için hem ruhsal bütünlüğe hem fiziksel bütünlüğe önemli oranda hasar veren bütün yaşantıları kapsamaktadır (Öztürk ve Uluşahin, 2016). “Travma” kelimesi antik Yunanca ’da yara, yaralanma ve bıçak gibi delme anlamlarına gelmektedir. Travmanın tanımında yer alan yara sözcüğü ile hem fiziksel hem de ruhsal örselenmeler kastedilmektedir. Fiziksel travmalara daha çok tıp alanında rastlanmaktadır. Bir doku veya organın yapısını, şeklini bozan ve dıştan alınan bir darbe sonucu belirli bir bölgede oluşan yara anlamını taşımaktadır (Ruppert, 2011).

Travma kavramının birçok farklı tanımı mevcuttur. Psikolojik travmanın kavramsallaştırılmasında önemli katkıları olan Judith Herman (2007), psikolojik travmayı güçsüzlük olarak belirtmiştir. Travmatik olay ya insan eliyle ya da doğal olaylara bağlı afetlerle ortaya çıkabilmektedir. Herman (2007), bireylerin travmaya maruz kaldıklarında karşılaştıkları çaresizlik ve kontrol kaybı duygularına odaklanmıştır. Ayrıca, bireylerin travmaya maruz kalması neticesinde dünyaya ilişkin varsayımlarının değiştiğini öne sürmektedir. Psikolojik travma, kişinin başa çıkma kaynaklarının yetersiz olduğu durumlarda görülebilen stresli durumlar olarak tanımlanmaktadır (Jones ve Wessely, 2005). Bunun yanında bir yaşantının travmatik olarak kabul edilebilmesi açısından, ani başlangıçlı olması, önceden herhangi bir hazırlığın yapılamaması ve rutin yaşamın dışında gelişen bir olay olması, üzerinde en fazla uzlaşılan tanımlayıcı özellikler olarak ön plana çıkmaktadır.

Travmanın tarihsel gelişimine bakıldığında ruh sağlığı üzerine olan etkilerinin araştırılmasından daha öncelere dayandığını söylemek mümkündür. 18. yy. ve öncesinde travma sonrasında psikolojik problemler yaşayan bireylerin zihinsel bir hastalığa sahip olduğu düşünülmüş ve travmanın psikolojik bir etkisinin olabileceğine inanılmamıştır. Psikolojik probleme sahip olan kişinin kişiliğinde bir sorun vardır veya rahatsızlığı biyolojik temellidir. Yani her açıdan sorunun sebebi olarak kişinin kendisi görülmektedir (Kellerman ve Hudgings, 2013). Bu durum 1870 yılına kadar devam etmiştir. Fakat 1870 yılında yaşanan Fransa Prusya savaşına kadar bu sarsan, örseleyen hayat olaylarının kalıcı psikiyatrik bir soruna neden olmasının mümkün olmayacağı düşünülmüş, ancak savaşa katılan askerlerin psikolojik problemler göstermeleri, bu durumdan şikayetçi olmaları psikiyatristlerin travma ile ilgili çalışmalarının artmasını sağlamıştır (Pervanidou ve Chrousos, 2007). Bu gelişmelere ek olarak da rahatsızlığı olmayan askerlerin savaştan döndükten sonra yaşadıkları olayları tekrar tekrar tecrübe etmeleri, tepkilerinin azalması daha önceleri yapmaktan keyif aldığı aktivitelerle ilgilenmedikleri psikiyatristler tarafından gözlenmiştir (Jones ve Wessely, 2005).

2.2.2. Travma Sonrası Stres Bozukluğu ve Akut Stres Bozukluğu

Travmatik maruziyet sonrası kişilerin tanısal anlamda sıkıntı çekebileceği sınırlar Akut Stres Bozukluğu (ASB) ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) olarak betimlenmektedir. Travma sonrası stres kavramı; ciddi biçimde strese yol açan veya trajik

bir olaya tanık olan veya olay sonrası yardım ve kurtarma çalışmalarında yer alan kişilerin tepkisi olarak isimlendirilmiştir (Lerias ve Byrne, 2003). Travma sonrası stres bozukluğu, kişiler için ağır stres sayılabilecek olağandışı fiziksel yâda ruhsal travmayla karşı karşıya geldikten sonra, olayın tekrar etmesi, tepkilerde yavaşlama, dış dünyayla iletişimin azalması, duygusal semptomların değişik derecelerde bulunması ile belirli ruhsal bozukluklardır (Tural vd., 2001). Travma kişiler üzerinde sosyal, psikolojik ve işlevsel yönden birtakım etkileri olan, kişilerde uyum sorunu oluşturan ve başa çıkmayı zorlaştıran olağan dışı durumlardır (Aker ve Önder, 2003).

Amerika ile Vietnam arasında uzun yıllar süren savaş sonrasında da birçok askerde görülen psikolojik travma neticesinde Amerika Psikiyatri Birliği ilk kez DSM III'de TSSB tanımına yer vererek siviller arasında da bu tanı konulmaya başlanmıştır. Sonrasında yapılan araştırmalar TSSB tanı ve tedavisi yönünde ilerleme göstermiştir (Herman, 2007). Sigmund Freud kişinin savaş sonrası görülen bu durumunu yaşamı tehdit eden dış etkenler neticesinde yaşanan olay olarak tanımlayıp, ruhsal travma tanımını kullanmıştır (Jones ve Wessely, 2007: 168-170).

Travma sonrası stres bozukluğu, kişilerde travmatik olay esnasında ve travma sebebi ortadan kalktıktan sonra gözlenen çeşitli psikiyatrik belirtiler ile teşhis edilmektedir (Yıldırım ve Tosun, 2012). Travma sonrası stres bozukluğu gözlenen kişiler, bütün bunların yanı sıra dış çevrelerinden uzaklaşabilirler ve dış çevredeki etkinliklere, insanlara karşı ilgi yitimi ile bir izolasyon sürecine girebilmektedirler. Ayrıca bu kişiler hep tedirgin olduklarından çıkan yüksek bir ses karşısında kolay irkilme ve duygu boşalımı yaşayabilmektedirler (Iverson vd., 2011). Bunun yanında TSSB'nin ASB'yi arttırdığı da ifade edilmektedir (Figley, 2013).

TSSB belirtilerinin bir aydan daha uzun sürmesiyle ASB'den ayrılmaktadır ve ASB panik atak, dissosiyasyon, derealizasyon, dağınık dikkat, mekân ve zaman algısında bozulma gibi psikiyatrik belirtilerle gözlemlenen ruhsal bozukluktur. Ayırıcı tanı olarak, TSSB'den farklı ASB'de affallama, uyuşma-yabancılaşma, derealizasyon, depersonalizasyon, dissosiyatif amnezi belirtilerinden en az üçünün bulunması gerekmektedir (Bilgiç, 2011). DSM-V'te ASB tanı ölçütleri ise kişinin travmatik olayla karşılaşması, en az üç dissosiyatif belirti göstermesi, travmatik olay ile ilgili uyanarlardan kaçınması, olayı bilişsel olarak tekrar tekrar yaşaması, işlevsellikte bozulma ile belirtilerin

en az iki gün- en fazla dört hafta sürmesi, kaygı ya da artan uyarılmışlık seviyesi, olaydan en fazla dört hafta içinde ortaya çıkması ve başka bir psikolojik bozuklukla durumun daha iyi açıklanamaması bulunmaktadır (Amerikan Psikoloji Derneği, 2013).

ASB'nin tedavisi için öncelikle gerekli olan vakanın travmanın yaşadığı çevreden uzaklaştırılmasıdır. Daha hafif belirtilerle seyreden ASB bilişsel-davranışçı terapiler, göz hareketleriyle duyarsızlaştırma ve yeniden işleme (EMDR), grup terapileri ve gevşeme egzersizleri yararlı olabilmektedir (Tamer, 2018). Anksiyeteyi azaltmak ve psikoterapiyi kolaylaştırmak için daha ağır vakalar için ise psikoterapi ile birlikte ilaç tedavisi de gerekli olabilmektedir.

2.2.3. Travma Sonrası Stres Bozukluğu Yaygınlığı

TSSB'nin başka psikiyatrik bozukluklarla görülme olasılığı da oldukça yüksektir. TSSB tanısı almış kişilerin ikinci bir psikiyatrik tanı alma olasılıklarının, bu tanıyı almamış kişilerden %80 daha fazla olduğu düşünülmektedir (Amerikan Psikoloji Derneği, 2013). TSSB örnekleminde içinde anksiyete bozukluklarının yaygınlığının %59, duygu durum bozukluklarının yaygınlığının ise %61,5 olduğu bulunmuştur (Pietrzak vd., 2011).

Her bireyin genetik özellikleri, fiziksel yapısı, psikolojik geçmişi ve yaşanan durumla ilgili motivasyonu, belirli stresörlerle baş etme düzenekleri değişkendir. Bundan dolayı TSSB yaygınlığı da farklılık göstermektedir. Tüm bu karıştırıcı etkenlere rağmen, dünya genelinde yapılan çalışmalardan elde edilen veriler ışığında TSSB'nin yaşam boyu görülme sıklığının %1 ile %14 arasında değiştiği bildirilmektedir (Kessler vd., 1995). Breslau ve diğerleri (2014) tarafından ABD'de yapılan çalışmada TSSB oranının %9,2 olduğunu bildirmişlerdir. ABD'de yapılan bir başka genel toplum çalışmasında ise TSSB oranı %7,8 olarak belirtilmiştir. Brezilya'da TSSB yaygınlığı %10, Kuzey İrlanda'da %8,8, Norveç'te %2,6'dır (Amstadter vd., 2013: 215-223).

Türkiye'de yapılan benzer çalışmada TSSB yaygınlığı %9,9 bulunmuştur (Karancı vd., 2012: 1-14). Gül tarafından (2014) yapılan çalışma ise TSSB yaygınlığının %10,8 olduğunu göstermiştir. Buna ek olarak belirli bir travmatik olaya maruz kalmış örneklem grupları ile yapılan çalışmalarda daha yüksek yaygınlık oranları rapor edilmiştir. Örneğin, 1999 Marmara Depremine maruz kalmış kişilerde ilk bir yıl içerisinde TSSB yaygınlığının

%43 ile %63 arasında değiştiği, dahası olayın ardından üç ve dört yıl geğtikten sonra bile yaygınlığın halen %25 civarında seyrettiği saptanmıştır (Kılıç, 2018).

TSSB tanısı almış kişilerin %50'si aynı zamanda depresyon bozukluğu, %40'ı yaygın anksiyete bozukluğu, %46,4'ü alkol ve madde kullanım bozukluğu ve %23,5'i bipolar bozukluğu tanısı almaktadır. Buna göre, travma veya stres verici bir olaya maruz kalmanın TSSB ile beraber diğer çeşitli psikolojik sıkıntıları da beraberinde getirdiği görölmektedir (Milanak vd., 2013).

2.3. Çocukluk Çağı Örselenmelerinin Epidemiyolojisi

Çocukluk dönemi örselenmeleri literatürde sıklıkla araştırılmıştır. Cinsel istismar üzerine ilk prevalans çalışması Finkelhor'un 1990 yılında ABD'de cinsel istismar üzerine yaptığı çalışma olarak kabul edilir. Burada katılımcı kadınların %27'sinin, erkeklerin de %16'sının cinsel istismara maruz kaldıkları saptanmıştır. Aynı araştırmacı, 1994 yılında aynı araştırmayı 19 ölkede yapmış ve kadınların %7-%36 arasında, erkeklerin de %3-%29 arasında çocukluklarında cinsel istismara maruz kaldıklarını saptamıştır (Finkelhor, 1994). Aynı çalışma 2009 yılında tekrarlanmış ve benzer sonuçlar elde edilmiştir (Pereda vd., 2009).

Kuzey Amerika'da yapılan 69 araştırmanın bulgularının incelendiği bir meta-analizde toplum örnekleminin %15,4'nün ciddi duygusal istismar, %13,1'nin ciddi duygusal ihmal bildirdiğini belirlemişlerdir. Klinik örnekleme ise örneklemin %32,2'sinin ciddi duygusal istismar, %19,1'nin ciddi duygusal ihmal bildirdiği görölmüştür. Elde edilen bu bulgular yetişkin nüfusunun %15'i ile üçte biri arasında bir oranının psikolojik kötü muamelenin iki formundan birini veya her ikisini çocukluk döneminde yaşadığını göstermektedir (Baker ve Maiorino, 2010). Cinsiyet özelliklerine bakıldığında kız ve erkek çocuklarının fiziksel istismara uğrama oranlarının aynı olduğu fakat cinsel istismara maruz kalanların %56,8 'inin kız olduğu belirlenmiştir (Koç vd., 2012). Bir diğer çalışmada erkek çocuklarının kız çocuklarına göre daha çok fiziksel istismar bildirdikleri ihmal açısından bakıldığında ise cinsiyet farkı bulunmamıştır (Cui vd., 2016).

Stoltenborgh ve diğerleri (2011) tarafından yapılan çalışmada 1980-2008 yılları arasında yayımlanan 217 araştırma metaanaliz yöntemi ile incelenmiştir. Araştırma

sonucunda toplamda 9 milyon katılımcının cinsel istismara maruz kalma oranının %11,8 olduğu tespit edilmiştir. Benzer bir şekilde cinsel istismarı araştıran beş farklı çalışmanın kümülatif sonuçlarını rapor eden Herman (2012) ise 5,000'den fazla katılımcı üzerinden, kadınların %20'si ile %33'ü arasında bir kesiminin çocukluklarında bir yetişkin erkekle cinsel bir deneyim yaşadıklarını belirtmektedir.

Akmatov (2010) tarafından yapılan çalışmada; gelişmekte olan 28 ülkede 2-14 yaş grubundan 124,916 çocuk örselenme yaşantıları çerçevesinde incelenmiştir. Öz bildirim dayalı bu çalışmada, Afrika ülkelerindeki katılımcıların %83, %64 ve %43'ünün sırasıyla psikolojik, orta derece fiziksel istismar ve yüksek derece fiziksel istismar gösterdiklerini; aynı rakamların diğer gelişmekte olan ülkeler için %56, %46 ve %9 olduğunu rapor etmiştir. Başbakanlık Aile Araştırma Kurumunun yaptığı bir araştırmaya göre ise çocukların %46'sının bir istismar hikayesi bulunduğu saptanmıştır (Pelendecioğlu ve Bulut, 2009).

Örsel ve diğerleri (2011) tarafından yapılan çalışmada; 183 psikiyatri hastası çocuk, katılımcı olarak seçilmiştir ve katılımcıların %66'sı fiziksel, duygusal veya cinsel istismar yaşantılarından en az birine maruz kaldıkları belirtilmiştir. Aynı çalışmada fiziksel istismar %34, duygusal istismar %56, cinsel istismar %11 olarak saptanmıştır. UNICEF (2018)'in Türkiye'de altı ilden 7-18 yaş grubunda 235 katılımcıyla yaptığı bir çalışmada ise duygusal istismar %49, fiziksel istismar %56 ve cinsel istismarı %10 olarak saptanmıştır.

Dünya Sağlık Örgütü tarafından;

- Dünyada 2-4 yaş arası 4 çocuktan üçünün düzenli olarak anne-babaları veya bakıcıları tarafından fiziksel cezaya ve / veya psikolojik şiddete maruz kaldığı,
- Her 5 kadından birinin ve 13 erkekten birinin 0-17 yaşları arasında çocukken cinsel istismara uğradığı,
- 20 yaşın altındaki 120 milyon kız çocuğu ve genç kadının zorla cinsel ilişkiye maruz kaldığı bildirilmektedir (WHO, 2020).

Küresel olarak, 2019 yılında 2-17 yaş arası 1 milyar kadar çocuğun fiziksel, cinsel veya duygusal şiddet veya ihmal yaşadığı tahmin edilmektedir (Hillis vd., 2016). Araştırmalar, örselenme, kötü muamele için aşağıdakilerin önemli risk faktörleri olduğunu göstermektedir;

- ✓ Cinsiyet ve yaş gibi biyolojik ve kişisel yönler

- ✓ Daha düşük eğitim seviyeleri
- ✓ Düşük gelir
- ✓ Engelli veya davranışsal, duygusal, zihinsel sorunları olanlar,
- ✓ Lezbiyen, gey, biseksüel veya transseksüel olarak tanımlanmak,
- ✓ Madde kullanımı,
- ✓ Şiddete maruz kalma geçmişi,
- ✓ Çocuklar ve anne-babaları/bakım verenleri arasındaki duygusal bağ eksikliği,
- ✓ Zayıf anne-babalık becerisi,
- ✓ Ailenin işlevselliğinin bozulması ve ayrılık,
- ✓ Suçlu akranlarla ilişkilendirilmek,
- ✓ Erken veya zorla evlilik,
- ✓ Düşük sosyal uyum ve göçmen olmak,
- ✓ Alkol ve ateşli silahlara kolay erişim,
- ✓ Şiddetin normalleştiği bir iklim yaratan sosyal ve cinsiyet normları,
- ✓ Ekonomik, cinsiyet ve sosyal eşitsizlikleri koruyan sağlık, ekonomik, eğitimsel ve sosyal politikalar,
- ✓ Yetersiz sosyal koruma,
- ✓ Doğal olaylara ve insan eliyle yapılan afetler,
- ✓ Yetersiz yasal düzenlemeler veya uygulama yetersizliği,
- ✓ Kurumsal kapasitelerin, hizmet sunucuların bilgi ve beceri eksikliğidir.

2.4. Çocukluk Çağı Örselenme Yaşantılarının Etkileri

Örselenmenin kişi üzerinde yaratacağı etkiler, örselenmeye maruz kalanın kişisel özellikleri kadar yaşadığı toplumun örselenmeye verdiği tepkilerle de ilişkilidir. Örselenme sonucu bireyin aile, okul, iş gibi yaşam alanları etkilenebilmekte, bu da olaya toplumsal bir boyut katmaktadır. Çocukluk döneminde yaşanan olumsuz deneyimler her zaman örselenmeye dönüşmez. Öte yandan, yaşanan deneyimin şiddeti, örselenen bireyin yaşı, ego gücü, aile yapısı ve çevre koşulları, bu gibi yaşantıları örseleyici bir sürece dönüştürebilir ve bu örselenmelerin ciddi ve çok çeşitli sonuçları saptanmıştır (Çuhadaroğlu vd., 2008).

Çocukluk çağı örselenmesine maruz kalan gruplarda psikopatolojik ve fiziksel sorunların görüldüğü bildirilmektedir. Bunun nedeni, travmatik olayların bedenin işleyiş biçimini etkilemesi; bedenin tehditlere ve daha sonraki stres uyaranlarına karşı daha hassas

ve kırılğan hale gelmesidir (Kendall-Tackett, 2012). Geriatri araştırmaları, çocukluk çağı istismarının 65 yaş ve üzerinde dahi etkisini sürdürdüğünü ve kognitif performansı olumsuz yönde etkilediğini saptamıştır (Ritchie vd., 2011). Aşağıda bu etkilerin daha detaylı sonuçları incelenmeye çalışılmıştır.

2.4.1. Psikolojik Etkiler

Erken dönem öğrenmelerin gelecekteki öğrenmeler açısından da belirleyici oluğu, çocukların yetişkinlere oranla daha kırılğan ve güçsüz bir yapıda olmaları ve birçok psikopatolojinin kökeninin yaşamın erken dönemleri ile ilişkili olması çocukluk çağı örseleyici yaşantılarını psikopatolojiler için bir risk faktörü haline getirmektedir. O nedenle çocuklukta deneyimlenen yaşantılar, yetişkinlik dönemindeki fiziksel ve ruhsal sağlık açısından oldukça önemlidir (Aaltonen vd., 2017).

Çocuklar, maruz bırakıldıkları örseleyici yaşantılar karşısında onları durdurabilecek ve onlarla baş edebilecek düzeyde gelişmiş bir benliğe sahip değildir. Yanı sıra ruhsallığa ait uyarım kalkanları, dışarıdan gelen bu örseleyici yaşantıyı kapsamakta yetersiz kalmaktadır. O nedenle, çocukluk çağında maruz kalınan örseleyici yaşantılar duygusal gelişim ve duygu düzenleme süreçleri için önemli bir risk faktörüdür (Marusak vd., 2015). Bu gibi durumlarda çocukluk çağında örseleyici yaşantılara maruz kalan kişi, uyum sağlamasını kolaylaştıracak kimi savunmalara başvurmakla birlikte geçici ya da uzun süreli psikolojik belirtiler gösterebilmektedir (Roques vd., 2014).

Gibson ve diğerleri (2017)'nin araştırmasında örselenme yaşantıları ve psikopatolojiler arasındaki ilişki incelenmiştir. Araştırmanın sonuçlarına göre travmatik yaşantılar ile travma sonrası stres bozukluğu, borderline kişilik bozukluğu ve psikozun pozitif belirtileri arasında güçlü bir ilişki saptanmıştır. Travmatik yaşantılar sonucunda görülen yaygın ve sosyal endişe ve depresyonun travma sonrası stres bozukluğu, borderline kişilik bozukluğu ve psikozun pozitif belirtileri ile ilgili olabileceği üzerinde durmuşlardır. Bunun yanında yapılan farklı bir çalışmada; dissosiyatif belirtiler, kişiler arası ilişkilerde bozulmalar, psikosomatik yakınmalar çocukluk çağı örselenme yaşantılarının kısa ya da uzun vadede görülen olumsuz psikolojik sonuçlarından bazılarıdır (Aktepe, 2009; Bilim, 2012).

Ay (2003)'ın şizofreni ve çocukluk çağı örselenmelerine ilişkin çalışmasında, çocukluk çağı örselenme yaşantıları olan katılımcılarda şizofreninin daha erken yaşta görülmeye başladığı saptanmıştır. Aynı çalışmada çocukluk çağı örselenme yaşantıları olan şizofreni tanılı grubun, olmayan gruba oranla sanrı ve varsanılarının daha şiddetli olduğu belirtilmiştir. Benzer bir çalışma Ertürk (2014) tarafından yapılmıştır ve bu çalışmada; şizofreni tanısı alan katılımcıların çocukluk çağı örselenme yaşantıları hiçbir tanı olmayan kontrol grubuna oranla anlamlı düzeyde yüksek çıkmıştır.

Yücel (2014) yürüttüğü çalışmada, çocukluk döneminde fiziksel, cinsel veya duygusal istismara maruz kalmış katılımcıların yetişkinlikte görülen psikopatolojileri incelemiştir. Çalışmanın sonuçlarına göre Kısa Semptom Envanteri aracılığıyla elde edilen verilerden hareketle yetişkinlik döneminde görülen somatizasyon, obsesif- kompulsif bozukluk, kişilerarası duyarlılık, depresyon, anksiyete bozukluğu, hostilete, fobik anksiyete, paranoid düşünce ve psikotizm ile üç istismar tipi arasında anlamlı ve olumlu yönde bir ilişki saptanmıştır.

Hovens ve diğerleri (2010)'nin çalışmasında da çocukluk çağı örselenme yaşantılarının yetişkin dönemde anksiyete ve depresyon için önemli bir risk faktörü olduğu saptanmıştır. İstismar yaşantılarının, ebeveyn boşanması ya da kaybı gibi diğer örseleyici yaşantılara göre çok daha riskli olduğu bildirilmiştir.

Grover ve diğerleri (2007) tarafından yürütülen bir araştırmada; çocukluk çağı istismar yaşantısı olan katılımcılarda olmayanlara oranla paranoid, narsisistik, borderline, antisosyal, obsesif-kompulsif, depresif ve pasif-agresif kişilik özellikleri anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Benzer bir çalışma ise Turner ve diğerleri (2017) tarafından yapılmıştır. Bu çalışmada, çocuk istismarına maruz kalan erkek popülasyonu ile yaptıkları araştırmada, erkeklerde çocukluk çağı istismar yaşantılarının, şizoid ve borderline kişilik bozukluğu dışındaki kişilik bozuklukları ile endişe ve duygudurum bozuklukları, madde kötüye kullanımı ve intihar girişimleri için risk faktörü olduğu bildirilmiştir.

2.4.2. Biyolojik Etkiler

Tüm örseleyici yaşam olaylarında olduğu gibi, istismarın da kişinin hayatında uzun süreli yansımaları vardır; çünkü bu durum bireyi psikolojik, sosyal ve gelişimsel anlamda

son derece zorlayan bir yaşantıdır. Dünyanın her yerinde ve her kesiminde görülebilen örselenme yaşantıları etkisini yıllar sonra bile gösterebilmektedir. Yapılan çalışmalar incelendiğinde, mağdurların bir kısmının istismar olayından 50 yıl sonra bile bu olayın üstesinden gelemediklerini göstermektedir (Chapman vd., 2004). Kendall-Tackett (2012) tarafından istismarın uzun süreli etkileri çocukluk döneminde istismara maruz kalan ve kalmayan yetişkinlerin karşılaştırılması ile incelenmiştir. Çalışmaya göre istismara maruz kalmış kişilerde travmatik olayların bedenini işleyişini etkilemesinden dolayı beden tehditlerine ve stres uyaranlarına karşı hassas hale gelmektedir ve bunun sonucunda da biyolojik ve fizyolojik problemler ortaya çıkmaktadır.

Çocukluk çağında örselenme davranışlarına maruz kalan bireyler, bu istismar ve ihmal davranışlarının sona ermesinden sonra bile biyolojik açıdan birçok sağlık sorunu ile karşı karşıya kalabilmektedir. Bu tür mağduriyetler yaşayanlar, daha sık hasta olmakta ve doktora daha sık gitmektedir. Bunun yanı sıra daha fazla semptom bildirmekte, sağlıklarını daha az “iyi” olarak bildirmekte ve daha fazla ameliyat geçmişine sahip olabilmektedirler (Kendall-Tackett, Marshall ve Ness, 2000). Konuyla ilgili yapılan çalışmalarda; çocukluk örselenme yaşantıları olan yetişkinlerin, bir veya birden fazla kronik ağrı sendromları olan artmış risk altında buldukları tespit edilmiştir (Laffaye ve Kennedy, 2003).

Felitti ve diğerleri (2002), olumsuz çocukluk örselenmelerini araştırdıkları çalışmalarında; dört veya daha fazla türde olumsuz çocukluk olayı yaşayan deneklerin, iskemik kalp hastalığı, kanser, felç, kronik bronşit, amfizem, şeker hastalığı, kemik kırıkları ve hepatit gibi sayısız artan risk durumları altında olduklarını saptamıştır. Bu çalışmalarda incelenen çocukluk örselenme olayları; psikolojik istismar, fiziksel istismar, cinsel istismar, madde bağımlılığına maruz kalma, ebeveynde ruhsal hastalık, anne veya bakım veren tarafından şiddete maruz kalma ve kriminal davranışa maruz kalma şeklinde sıralanmaktadır. Bunun yanında bazı araştırmacılar, yetişkinlikte intihar girişimleri ve kendine zarar verme davranışının çocukluk dönemi cinsel örselenmesinin bir sonucu olduğunu teyit etmişlerdir (Çankaya vd., 2012).

Yukarıdaki araştırmaların yanı sıra çocukluk çağı örselenmelerinin cinsel yönelimi etkilediği de ifade edilmektedir (Alvy vd., 2013). Özellikle cinsel istismara maruz kalmış çocukların, ilerleyen yaşlarda cinsel suçlara karışma, yeme bozuklukları, kardiyovasküler sorunlar, obezite, hipertansiyon ve diyabet gibi fiziksel hastalıklarla karşılaşma konusunda

daha riskli oldukları ifade edilmektedir (Tuscic vd., 2013). Bunun yanında yetişkinlikteki uyku bozuklukları, çocukluk örselenmelerinin tüm alt gruplarının uzun vadeli bir sonucu olarak belirlenmiştir (Greenfield vd., 2011).

Cinsel istismarın etkilerine ek olarak yaşanan duygusal istismarında biyolojik açıdan birçok olumsuz etkisi bulunmaktadır. Örneğin; dikkat sorunları, aşırı hareketlilik, uyku bozuklukları, yeme bozuklukları, hırsızlık, suça bulaşma, madde kullanımı, alkol ve sigara kullanımı, intihar ve kendine zarar verme duygusal istismarın etkileri olarak değerlendirilmektedir (Goldstein, Faulkner ve Wekerle, 2013; Hibbard vd., 2012).

Sonuç olarak çocuklar fiziksel, psikolojik ve cinsel istismar gibi korku/kaygı yaratan olaylara sürekli maruz kaldıklarında, adrenal hormonu yükselmekte, kalp atımı hızlanmakta, stres hormonu yükselerek vücudu yöneten beynin yapısı ve işleyişi bozulabilmekte ve buna bağlı gelişimsel ve fiziksel sağlık sorunları ortaya çıkabilmektedir. Özellikle erken çocukluk yıllarında karşılaşılan ciddi ve tekrarlayan ya da sürekli ihmal ve istismar / travmatik yaşantılar, beyni hızlı cevap vermeye yönlendirmekte, planlama ve dürtü kontrolünden uzaklaştırmaktadır.

2.4.3. Sosyal Etkiler

İstismar ve ihmal davranışları kişinin toplumdaki yerini ve topluma bakışını da etkilemektedir. Kişi yaşadığı olumsuzlukları topluma ve kurallara atfedip antisosyal eğilimler içerisine girebilir. Çoğu zaman yanlış savunma mekanizmaları kullanarak (saldırganla özdeşleşme gibi) kişinin kendisi de istismarcı olabilir. Bu durum sosyal yönden yıkımları da beraberinde getirmektedir (Kara, Biçer ve Gökalp, 2004). Ayrıca kolay ilişkiler kuramama ve toplumdan kendini geri çekme yalıtılmışlık duygusunu da beraberinden getirmektedir. Bu kişiler başkaları ile duygusal ve fiziksel ilişki kurma noktasında çekingen davranmaktadır (Örsel vd., 2011).

Çocukluk çağı travmaları kişilerin bağlanma biçimlerine de etkisi bulunmaktadır. Bu kişiler travmatik olayların sonucu olarak kaçınan ve kaygılı bağlanma geliştirmektedir. Bu durum karşı cinse veya hemcinsine güvenme ve sağlıklı ilişki kurma noktasında sorunlar oluşturmaktadır. İlgili durumun bir sonucu olarak sosyal ilişkilerin az olması veya hiç

olması, istismar ve ihmalin sosyal sonuçları olarak görülebilir (Şenkal ve Işıklı, 2015).

Çocukluk döneminde yaşanan istismar ve ihmal yaşantıları, duygusal, sosyal, gelişimsel ve ruh sağlığı açısından, erken dönemde ve ilerleyen dönemlerde etkili olduğu gibi, aynı zamanda yakın ilişkiler ve evlilik yaşantısı açısından da yetişkinlere olumsuz etkileri vardır. Çocukluk döneminde istismar ve ihmale bağlı olarak sağlıklı kurulan bağların, yetişkinlikte ilişkisel deneyimlerde kendini gösterdiği ve sosyal açıdan kişileri olumsuz etkilediği düşünülmektedir (Huh vd., 2014). Mason ve diğerleri (2005) benzer şekilde, çocuklukta geçirilen olumsuz yaşantıların, yetişkinlikte kişilerarası ilişkilere olumsuz olarak yansıdığını söylemişlerdir. Bu çalışmalarda görüldüğü üzere, çocukluk dönemi olumsuz yaşantılar ve bağlanma sorunları, yetişkinlik döneminde kişiler arası ilişkileri önemli ölçüde etkiler.

2.5. Çocukluk Çağı Örselenmeleri ve Kanser

Hastalık, genel olarak her çocuğun karşılaşılabileceği yaygın bir stres kaynağıdır. Artık kronik bir hastalık olarak kabul edilen kanser, tüm çocuklar için oldukça travmatik ve zor bir yaşantıdır (Kudubeş ve Bektaş 2017). Kanser, bedensel bir hastalık olmasının yanında psikososyal ve ruhsal açıdan pek çok sorunu da beraberinde getiren, aynı zamanda ölüm sebebi olarak düşünülen, psikiyatrik bozukluğun ortaya çıkma durumunun yüksek olduğu kronik bir hastalıktır (Ülger vd., 2014).

Tıbbi gelişmelerle birlikte mortalitede azalma olmasına rağmen kanser, tıbbi girişimler, tedavi yan etkileri, yaşanan semptomlar, sosyal yaşam ve bu değişimlerin birlikte getirdiği korku ve gelecek hakkında belirsizliğin hakim olduğu bir süreçtir. (Stanton vd., 2015). Bu zorlu hastalığın birçok sebebi olabilmektedir ve bu sebeplerin bir boyutunun da çocukluk çağı örselenmeleri ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Konuyla ilgili yapılan çalışmalarda çocukluk çağı örselenme yaşantılarının; ilişki sorunlarına, alkol ve madde bağımlılığına, kişilik bozukluklarına, kalp hastalığına ve kansere neden olabildiği belirtilmektedir (Cohen, 2004; Dubowitz, 2009).

2016 yılında Yapılan sistematik bir inceleme çocukluk çağı örselenme yaşantılarının kanser riskini arttırdığı görülmüştür (Holman,2016). Yine yapılan başka bir çalışmada çocukluk çağı örselenmelerinin alkol ve sigara kullanımını arttırarak kanser riskini arttırdığı,

alkolün ve sigaranın çocukluk çağı örselenmeler ve kanser arasında aracı değişken olduğu görülmüştür (Corrao,2014). Yine yapılan başka bir çalışmadan depresyon'nun çocukluk çağı örselenmeleri ile kanser arasında aracı değişken olduğu, örselenme yaşantıları ile depresyon düzeyinin ilişkili olduğu bulunmuştur (Currier,2004) Örselenmelerin yoğunluğu ve siddeti arttıkça aracı değişkenlerin (Alkol ve sigara kullanımı, madde kullanımı, depresyon, obezite, algılanan stres düzeyi) düzeylerinde arttı bununda kanser riskini arttırdığı görülmüştür (Morton, 2012)

Yang Zhang ve Ge (2013) tarafından yapılan bir çalışmaya bakıldığında; duygusal ve fiziksel istismara maruz kalmış çocukların kanser hastası olma olasılıklarının arttığı sonucuna ulaşılmıştır (Yang vd., 2013). Tokgöz ve diğerleri (2008), kemoterapinin yaşanan travmayı tekrar hatırlatıcı bir durum olduğunu belirtmektedir. Bu noktada kanser hastalığının da başlı başına bir örselenme olduğu düşünüldüğünde (Odağ, 2005: 174) bunun da travmatik strese ilişkin sorunların sürmesini sağlayabildiğini, bu nedenle kemoterapi gören hastalara daha yoğun ve etkili psikolojik yaklaşımların gerekli olduğunu ileri sürmektedirler.

Sonuç olarak çocukların kötü muameleye, örselenmeye, bir başka ifadeyle ihmal ve istismara maruz kalmaları;

- Ölümle sonuçlanır. Genellikle bıçak ve ateşli silah gibi silahların kullanıldığı cinayetler, ergenlerde ilk dört ölüm nedeni arasında yer alırken, erkek çocuklar mağdur ve faillerin % 80'inden fazlasını oluşturmaktadır,
- Ağır yaralanmalara neden olur,
- Beyin ve sinir sistemi gelişimini olumsuz etkiler,
- Endokrin, dolaşım, kas-iskelet sistemi, üreme, solunum ve bağışıklık sistemlerine ömür boyu sürecektir zararlar verir,
- Olumsuz başa çıkma ve sağlık riski davranışlarıyla sonuçlanır. Şiddete ve diğer olumsuzluklara maruz kalan çocukların sigara içme, alkol ve uyuşturucu kullanma ve yüksek riskli cinsel davranışlarda bulunma olasılıkları büyük ölçüde daha yüksektir. Ayrıca daha yüksek anksiyete, depresyon, diğer ruh sağlığı sorunları ve intihar oranlarına sahiptirler,
- İstenmeyen gebeliklere, nedenli düşüklere, jinekolojik sorunlara ve HIV dahil cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlara yol açar,
- Yetişkinlik döneminde kardiyovasküler hastalık, kanser, diyabet ve diğer sağlık koşulları

için risk artar,

- Çocukların okulu bırakma olasılıkları yükselir, böylece iş bulmakta ve bu işte kalmakta güçlük çekerler.

Çocukluk dönemi örselenmelerinin yaşamı tehdit eden sonuçları nedeniyle Sürdürülebilir Kalkınma Hedeflerinden 16.2 “çocuklara yönelik istismar, sömürü, kaçakçılık ve her türlü şiddete ve işkenceye son vermek” şeklinde ifade edilmiş ve yedi temel strateji belirlenmiştir. Bunlar;

- Yasalar boşlukların giderilmesi yasal düzenlemelerin uygulanması (örneğin, şiddetli disiplinin yasaklanması ve alkol ve ateşli silahlara erişimin kısıtlanması),
- Çocuk yetiştirme normları ve değerlerinin değiştirilmesi (örneğin, kızların cinsel istismarına veya erkekler arasında saldırgan davranışa göz yuman normlar),
- Güvenli ortamların oluşturulması,
- Anne-babalık ve bakım verenin eğitimleri,
- Ekonomik güçlenmenin sağlanması,
- Hızlı yanıt sistemlerinin ve müdahale programlarının geliştirilmesi (örneğin şiddete maruz kalan çocukların etkili acil bakım hizmetlerine erişebilmelerini ve uygun psikososyal desteği almalarının sağlanması),
- Eğitime erişim sağlanması ve yaşam becerilerinin geliştirilmesi (çocukların okula devam etmesini sağlamak, yaşam ve sosyal beceri eğitimi vermek gibi).

Son yıllarda dünyada çocukluk çağı örselenmeleri ile yetişkinlik dönemindeki fiziksel sağlık sorunlarına ilgi artmıştır. Ancak Türkiye’de sınırlı sayıda araştırma vardır. Bu nedenle araştırmada çocukluk çağı örselenmeleri ile kanser arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır. Kanser tedavisi sırasında travmaya duyarlı yaklaşım açısından bu çalışmanın klinik ve topluma dayalı programlarda yararlı olacağı düşünülmektedir.

BÖLÜM III

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın bu bölümünde araştırmanın modeli, soruları, evren ve örneklem, veri toplama araçları ve verilerin istatistiksel analizi ile ilgili bilgilere yer verilmiştir.

3.1 Araştırmanın Yöntemi

Bu çalışma epidemiyolojik araştırma tiplerinden gözlemsel araştırma olan vaka-kontrol tipinde yürütülmüştür. Vaka-kontrol araştırmalarında bir sağlık problemini yaşayanlar ile bu sağlık problemine sahip olmayanlar ilişkili faktörler açısından karşılaştırılmaktadır (Güven Tezcan, 2017).

3.2 Araştırmanın Soruları

Bu araştırmada kanser tanısı almış hastaların çocukluk döneminde karşılaştıkları örselenme davranışları ile kanser tanısı alma arasındaki ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır. Buna göre araştırmanın soruları şu şekildedir:

1. Bireylerin, Çocukluk Dönemi Örselenme Yaşantıları Ölçeği'nin fiziksel istismar puanları vaka ve kontrol grubuna göre farklılık göstermekte midir?
2. Bireylerin, Çocukluk Dönemi Örselenme Yaşantıları Cinsel İstismar boyutu puanları vaka ve kontrol grubuna göre farklılık göstermekte midir?
3. Bireylerin, Çocukluk Dönemi Örselenme Yaşantıları Ölçeği'nin Duygusal İstismar boyutu puanları vaka ve kontrol grubuna göre farklılık göstermekte midir?
4. Bireylerin, Çocukluk Dönemi Örselenme Yaşantıları Ölçeği'nin Fiziksel İhmal boyutu puanları vaka ve kontrol grubuna göre farklılık göstermekte midir?
5. Bireylerin, Çocukluk Dönemi Örselenme Yaşantıları Ölçeği'nin Duygusal İhmal boyutu puanları vaka ve kontrol grubuna göre farklılık göstermekte midir?

3.3 Evren ve Örneklem

Araştırmanın amacına yönelik vaka ve kontrol grupları oluşturulmuştur. Vaka grubunu kanser geçmişi olan, öz bildirim ölçeği ile veri toplanacağı için okuma yazma bilen 18 yaş üzeri bireyler, kontrol grubunu ise kanser tanısı almamış, birinci derece yakınlarında kanser tanısı olmayan, 18 yaş ve üzeri okuma yazma bilen sağlıklı bireyler oluşturmaktadır. Vaka grubunda bulunan bireylerin sayısı 63 kişidir. Kontrol grubunda yer alan bireyler ise geçmişte ya da hali hazırda kanser tanısı bulunmayan toplamda 89 kişiden oluşmaktadır. Kontrol grubu ile vaka grubu Başakşehir Cam ve Sakura Şehir Hastanesinden seçilmiştir. Kontrol grubu daha önce (yaklaşık 2 ay içinde) Pet, Mr, Biyopsi gibi testleri yapılmış, sonucu negatif (Kanser değil) kişilerden oluşmaktadır. Vaka grubu ise aynı hastanede kanser tedavisi almakta olan hastalardan seçilmiştir.

3.4 Veri Toplama Araçları

Araştırmada kullanılan anket formu 4 bölümden oluşmaktadır.

3.4.1 Soyo-Demografik Bilgi Formu

Anket formunun bu bölümünde katılımcıların yaş, cinsiyet, eğitim durumu, meslek ve aylık kazancın ihtiyacı karşılama durumu ile ilgili cevapların alınabilmesi için 5 adet soru yer almaktadır.

3.4.2 Sağlık Bilgileri Formu

Anket formunun bu bölümünde katılımcıların kanser geçmişi, akrabalarının kanser geçmişinin olma durumu ve doktor tarafından belirtilen başka bir hastalığın olma durumu hakkında bilgi edinilmesi için 3 adet soru yer almaktadır.

3.4.3 Kanser Tanısı İle İlgili Form

Anket formunun bu bölümünde kanser tanısı almış olan katılımcıların tanı yaşları, kendisine uygulanan tedavi biçimi ve tedavi sırasında psikolojik destek alma durumu ile ilgili toplamda 3 adet soru yer almaktadır.

3.4.4 Çocukluk Dönemi Örselenme Yaşantıları Ölçeği Kısa Formu

Ölçek Bernstein ve ark. (2003) tarafından geliştirilmiş olup, Kaya (2014) tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır. Ölçek çocukluk dönemindeki istismar geçmişini gözden geçirmeye yönelik retrospektif bir ölçme aracı olarak geliştirilmiştir. Ölçek toplam 28 ifadeden oluşmaktadır. Ölçek 5'li likert tipi (Kesinlikle Katılmıyorum (1), Katılmıyorum (2), Biraz Katılıyorum (3), Katılıyorum (4) ve Kesinlikle Katılıyorum (5) ile derecelendirilmiştir.

Ölçekten alınan puanın artması, çocukluk döneminde yaşanan istismar yaşantılarının yoğunlaştığı anlamını taşımaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 25, en yüksek puan ise 125'tir. Ölçekte 2., 5., 7., 13., 26. ve 28 maddeler ters kodlanmıştır. Ölçekte kontrol amaçlı 3 madde (10., 16. ve 22.madde) bulunmaktadır. Ölçek 5 alt boyuttan oluşmaktadır. Bunlar; fiziksel istismar (9., 11., 12., 15. ve 17. maddeler), cinsel istismar (20., 21., 23., 24. ve 27. maddeler), duygusal istismar (3.,8., 14., 18. ve 25. maddeler), fiziksel ihmal (1., 4., 6., 2. ve 26. maddeler) ve duygusalihmal (5., 7., 13., 19. ve 28. maddeler) şeklindedir. Kaya (2014)'ün çalışmasında ölçeğin iç tutarlık katsayıları farklı gruplarda duygusal istismar için 0.84-0.89 arasında, fiziksel istismar için 0.81-0.86 arasında, cinsel istismar için 0.92-0.95 arasında, duygusal ihmal için 0.85-0.91 arasında ve fiziksel ihmal için 0.61-0.78 arasında olacak biçimde hesaplanmıştır. Bu araştırmada ölçeğin Cronbach Alpha katsayısı 0.82 olarak bulunmuştur.

3.5 Verilerin İstatistiksel Analizi

Araştırmanın verilerinin analizinde SPSS 20 istatistik programı kullanılmıştır. Vaka ve kontrol gruplarında yer alan bireylerin demografik ve sağlıkla ilgili özelliklerinin dağılımı yüzde ve frekans ile, katılımcıların ölçekten almış oldukları puanların dağılımı ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değer olarak gösterilmiştir. Analizlerde t testi, ki-kare gibi biyoistatistik yöntemlerinin yanısıra mutlak karşılaştırma yöntemlerinden tahmini risk oranı kullanılmıştır. Ölçekten alınan puanların normal dağılıma uygunluğu basıklık ve çarpıklık değerleri ile incelenmiştir. Araştırmada vaka ve kontrol grubundaki bireylerin ölçekten aldıkları puanların karşılaştırılmasında bağımsız gruplar için t testi, kesikli değişkenler arasındaki ilişki ki-kare analizi ile incelenmiştir. Üç ve üçten fazla gruba sahip değişkenlere göre (eğitim durumu vb.) ortalamaların farklılık gösterip göstermediğini

belirlemek için tek yönlü varyans analizi ile kullanılmıştır. Araştırmada yaş gibi sürekli değişkenlerin ölçeklerden alınan puanlar ile ilişkisi Pearson korelasyon analizi ile incelenmiştir. Araştırmada %95 güven düzeyi esas alınmıştır.

BÖLÜM IV

BULGULAR

4.1 Vaka ve Kontrol Grubunun Demografik Özellikleri

Araştırmada vaka (kanser tanısı olan) ve kontrol (kanser tanısı olmayan) gruplarında yer alan bireylerin demografik özelliklerinin dağılımı Tablo 4.1'de gösterilmiştir. Cinsiyet dağılımı incelendiğinde; vaka grubunda yer alan katılımcıların %52,4'ü, kontrol grubunun %49,4'ü kadındır ve cinsiyet dağılımı benzerdir ($P>0.05$).

Öğrenim durumuna bakıldığında, %36,8'inin ilkokul, %19,1'inin ortaokul, %21,7'sinin lise ve %22,4'ünün üniversite mezunu olduğu ve öğrenim durumunun vaka ve kontrol grubuna göre anlamlı farklılık göstermediği saptanmıştır ($P>0.05$). Vaka ve kontrol gruplarının ekonomik durumlarının benzer olduğu ($P>0.05$), her iki grup birlikte değerlendirildiğinde %13,8'inin aylık gelirlerinin ihtiyaçlarını karşıladığı, diğerlerinin ise kısmen ya da ihtiyaçlarını karşılamadığı bildirilmiştir.

Araştırmada vaka grubunda yer alan kişilerin yaş ortalaması $55,03\pm 10,66$, kontrol grubunda $50,07\pm 11,39$ olarak saptanmış ve vaka grubundaki kişilerin yaş ortalamasının ortalama 5 yaş daha yüksek olduğu görülmüştür ($t=2.710$; $p=0.008$).

Tablo 4.1 Vaka ve Kontrol Gruplarında Yer Alan Bireylerin Demografik Özelliklerinin Dağılımı

Demografik Özellikler		Vaka Grubu (n=63)		Kontrol Grubu (n=89)		Genel (n=152)	
		n	%	n	%	n	%
Cinsiyet	Kadın	33	52,4	44	49,4	77	50,7
	Erkek	30	47,6	45	50,6	75	49,3
<i>Ki-kare= 0.128; sd=1; P=0.721</i>							
Yaş ($X\pm ss$)		55,03±10,66		50,07±11,39		52,13±11,32	
Öğrenim Durumu	İlkokul	27	42,9	29	32,6	56	36,8
	Ortaokul	13	20,6	16	18,0	29	19,1
	Lise	8	12,7	25	28,1	33	21,7
	Üniversite	15	23,8	19	21,3	34	22,4

Ki-kare= 1.132; sd=3; P=0.150

Aylık Kazancın İhtiyacı Karşılama Durumu							
	Evet	10	15,9	11	12,4	21	13,8
	Kısmen	35	55,6	24	60,7	89	58,6
	Hayır	18	28,6	54	27,0	42	27,6

Ki-kare= 0.529; sd=2; P=0.0.768

Araştırmada vaka (kanser tanısı olan) ve kontrol (kanser tanısı olmayan) gruplarında yer alan bireylerin akrabalarının kanser geçmişi olma durumu dağılımı Tablo 4.2'de gösterilmiş olup, bildirimlere göre aralarında anlamlı farklılık bulunmamıştır ($P>0.05$).

Tablo 4.2 Vaka ve Kontrol Gruplarında Yer Alan Bireylerin Akrabalarının Kansere Geçmiş Olma Durumu Dağılımı

		Vaka Grubu (n=63)		Kontrol Grubu (n=89)		Genel (n=152)	
		n	%	n	%	n	%
Akrabalarda							
Kansere Geçmiş Olma Durumu	Evet	35	55,6	46	51,7	81	53,3
	Hayır	28	44,4	43	48,3	71	46,7

Ki-kare=0.222; df=1; P=0.742

Araştırmada vaka (kanser tanısı olan) grubunda yer alan bireylerin kanser hastalığı ile ilgili süreçlerine ait özelliklerin dağılımı Tablo 4.3'te gösterilmiştir. Katılımcıların %44,4'ü kemoterapi ve radyoterapi tedavilerini birlikte almışlardır. Kansere tanısı olan hastaların %87,3'ü tedavi sürecinde psikolojik yardım almadıklarını bildirmişlerdir.

Tablo 4.3 Vaka Grubunda Yer Alan Bireylerin Kansere Hastalığı İle İlgili Süreçlerine Ait Özelliklerin Dağılımı

Hastalık ile ilgili Süreçler	Ortalama / standart sapma	
Tanı Alma Yaşı (X±ss)	52,58±10,65	
	n	%

Tedavi Şekli	Kemoterapi	10	15,9
	Radyoterapi	25	39,7
	İkisi de	28	44,4
<hr/>			
Tedavi Sürecinde Psikolojik Yardım Alma Durumu	Evet	8	12,7
	Hayır	55	87,3

4.2 Çocukluk Dönemi Örselenme Yaşantıları Ölçeğinden Alınan Puanların Dağılımı

Vaka ve kontrol grubunda yer alan bireylerin Çocukluk Dönemi Örselenme Yaşantıları Ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar, standart sapmaları ve t testi sonuçları Tablo 4.4'de gösterilmiştir. Tabloda izlendiği gibi, vaka grubunun Duygusal İstismar, Fiziksel İhmal, Duygusal İhmal alt ölçeklerinden aldıkları puanların ortalamaları kontrol grubuna göre anlamlı ölçüde yüksektir ($P < 0.05$). Vaka ve kontrol grubunun Fiziksel ve Cinsel İstismar alt ölçeklerinden aldıkları puanların ortalaması anlamlı farklılık göstermemiştir ($P > 0.05$).

Tablo 4.4 Vaka ve Kontrol Gruplarına Göre Çocukluk Dönemi Örselenme Yaşantıları Ölçeğinden Alınan Puanların Karşılaştırılması

Alt boyutlar n	Vaka grubu 63		Kontrol Grubu 89		t	P
	\bar{X}^2	ss	\bar{X}^2	ss		
Fiziksel İstismar	8,59	1,40	8,62	1,31	-0,138	0,890
Cinsel İstismar	7,38	1,36	7,43	1,61	-0,185	0,854
Duygusal İstismar	10,52	2,06	9,67	1,91	2,617	0,010
Fiziksel İhmal	10,25	1,65	9,12	1,59	4,249	0,001
Duygusal İhmal	13,38	1,90	12,16	1,66	4,214	0,001
Toplam puan	50,13	4,45	47,00	3,66	4,743	0,001

Vaka ve kontrol grubuna göre anlamlı farklılık gösteren ‘Duygusal İstismar, Fiziksel İstismar ve Duygusal İhmal’ alt test puanları ortanca değerini altı ‘etkenle karşılaşmayan’, ortanca değerini üzeri ‘etkenle karşılaşan’ şeklinde gruplanarak tahmini rölatif risk hesaplanmıştır. Tablo 4.4.1’de izlendiği gibi, kanser gelişme riskini duygusal istismar 2.48 kat, duygusal ihmal 1.86 kat, fiziksel ihmal 3.42 kat artırmaktadır.

Tablo 4.4.1 Duygusal İstismar, Duygusal İhmal ve Fiziksel İhmal Alt Ölçeklerine Göre Tahmini Rölatif Risk

Alt ölçekler	Vaka		Kontrol		TRR	%95 Güven Aralığı	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde			
Duygusal İstismar							
Karşılaşan	31	55.4	25	44.6	2.48	1.26	4.87
Karşılaşmayan	32	33.3	64	66.7			
Duygusal İhmal							
Karşılaşan	17	53.1	15	46.9	1.86	1.01	4.83
Karşılaşmayan	46	38.3	74	61.7			
Fiziksel İhmal							
Karşılaşan	27	62.8	16	37.2	3.42	1.63	7.14
Karşılaşmayan	36	33.0	73	67.0			

TRR; Tahmini Rölatif Risk

4.3 Vaka Grubunda Yer Alan Bireylerin Çocukluk Dönemi Örselenme Yaşantıları Ölçeğinden Almış Oldukları Puanların Demografik Özelliklere Göre Dağılımı

Tablo 4.5’de izlendiği gibi, vaka grubunda yer alan bireylerin Çocukluk Dönemi Örselenme Yaşantıları Ölçeğinin tümünden ve alt ölçeklerden aldıkları puan ortalamaları cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermemiştir ($P>0.05$).

Tablo 4.5 Vaka Grubunda Yer Alan Bireylerin Çocukluk Dönemi Örselenme Yaşantıları Ölçeğinden Almış Oldukları Puanların Cinsiyete Göre Dağılımı

Alt Boyutlar	Cinsiyet	N	X	ss	t	p
Fiziksel İstismar	Kadın	33	8,67	1,43	0,469	0,640
	Erkek	30	8,50	1,38		

Cinsel İstismar	Kadın	33	7,30	1,61	-0,474	0,637
	Erkek	30	7,47	1,04		
Duygusal	Kadın	33	10,55	2,12	0,087	0,931
İstismar	Erkek	30	10,50	2,03		
Fiziksel İhmal	Kadın	33	10,42	1,68	0,859	0,393
	Erkek	30	10,07	1,62		
Duygusal İhmal	Kadın	33	13,15	1,60	-1,008	0,318
	Erkek	30	13,63	2,17		
Toplam Puan	Kadın	33	50,09	4,84	-0,067	0,947
	Erkek	30	50,17	4,07		

Araştırmada vaka grubunda yer alan bireylerin Çocukluk Dönemi Örselenme Yaşantıları Ölçeğinden almış oldukları puanların yaş ile olan ilişkisinin belirlenmesi için yapılan Pearson Korelasyon analizi sonuçları Tablo 4.6'da gösterilmiştir. Tabloda izlendiği gibi Fiziksel İhmal alt ölçeğinden alınan puan yaş ilerledikçe anlamlı ölçüde düşerken ($P < 0.05$), diğer alt ölçeklerle yaş arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır ($P > 0.05$).

Tablo 4.6 Vaka Grubunda Yer Alan Bireylerin Çocukluk Dönemi Örselenme Yaşantıları Ölçeğinden Almış Oldukları Puanların Yaş ile İlişkisi

		Fiziksel İstismar	Cinsel İstismar	Duygusal İstismar	Fiziksel İhmal	Duygusal İhmal	Toplam
Yaş	r	-0,013	-0,168	-0,059	-0,286	-0,146	-0,251
	p	0,918	0,189	0,648	0,023*	0,254	0,048*

Tablo 4.7'de izlendiği gibi vaka grubunda yer alan bireylerin Çocukluk Dönemi Örselenme Yaşantıları Ölçeğinden almış oldukları puanlar öğrenim durumuna göre anlamlı farklılık göstermemiştir ($P > 0.05$).

Tablo 4.7. Vaka Grubunda Yer Alan Bireylerin Çocukluk Dönemi Örselenme Yaşantıları Ölçeğinden Almış Oldukları Puanların Öğrenim Durumuna Göre Farklılaşma Durumları

Alt Boyutlar	Kareler Toplamı	df	Kareler Ortalaması	F	p	Fark
Fiziksel İstismar	Gruplararası	1,32	3	0,44	0,216	0,885
	Grup içi	119,95	59	2,03		
	Toplam	121,27	62			
	Gruplararası	1,30	3	0,43		

Cinsel İstismar	Grup içi	113,55	59	1,92	0,226	0,878
	Toplam	114,86	62			
Duygusal İstismar	Gruplararası	7,65	3	2,55	0,588	0,626
	Grup içi	256,06	59	4,34		
	Toplam	263,71	62			
Fiziksel İhmal	Gruplararası	7,02	3	2,34	0,858	0,468
	Grup içi	160,91	59	2,73		
	Toplam	167,94	62			
Duygusal İhmal	Gruplararası	14,65	3	4,88	1,384	0,257
	Grup içi	208,21	59	3,53		
	Toplam	222,86	62			
Toplam	Gruplararası	52,40	3	17,47	0,876	0,459
	Grup içi	1176,58	59	19,94		
	Toplam	1228,98	62			

Araştırmada vaka grubunda yer alan bireylerin Çocukluk Dönemi Örselenme Yaşantıları Ölçeğinden almış oldukları puanların aylık kazancın ihtiyacı karşılama durumuna göre farklılaşma durumlarının incelenmesi için yapılan tek yönlü varyans analizi sonuçları Tablo 4.8'de gösterilmiştir. Tabloda zıtlığı gibi, kanser tanılı bireylerin ölçeğin genelinden ve alt boyutlarından almış oldukları puanların aylık kazancın ihtiyacı karşılama durumuna göre istatistiksel bakımdan farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p>0,05$).

Tablo 4.8 Vaka Grubunda Yer Alan Bireylerin Çocukluk Dönemi Örselenme Yaşantıları Ölçeğinden Almış Oldukları Puanların Aylık Kazancın İhtiyacı Karşılama Durumuna Göre Farklılaşma Durumları

Alt Boyutlar		Kareler	df	Kareler	F	p	Fark
		Toplamı		Ortalaması			
Fiziksel İstismar	Gruplararası	0,15	2	0,08	0,038	0,963	
	Grup içi	121,12	60	2,02			
	Toplam	121,27	62				
Cinsel İstismar	Gruplararası	2,91	2	1,45	0,779	0,463	
	Grup içi	111,95	60	1,87			
	Toplam	114,86	62				
Duygusal İstismar	Gruplararası	7,82	2	3,91	0,916	0,405	
	Grup içi	255,90	60	4,26			
	Toplam	263,71	62				
Fiziksel İhmal	Gruplararası	9,66	2	4,83	1,831	0,169	
	Grup içi	158,28	60	2,64			

	Toplam	167,94	62			
Duygusal İhmal	Gruplararası	1,47	2	0,74		
	Grup içi	221,38	60	3,69	0,200	0,819
	Toplam	222,86	62			
Toplam	Gruplararası	51,21	2	25,61		
	Grup içi	1177,77	60	19,63	1,304	0,279
	Toplam	1228,98	62			

4.4 Araştırmada Kontrol Grubunda Yer Alan Bireylerin Çocukluk Dönemi Örselenme Yaşantıları Ölçeğinden Almış Oldukları Puanların Demografik Özelliklere Göre Dağılımı

Araştırmada kontrol grubunda yer alan bireylerin Çocukluk Dönemi Örselenme Yaşantıları Ölçeğinden almış oldukları puanların cinsiyete göre farklılaşma durumlarının incelenmesi için yapılan bağımsız örneklem için t testi sonuçları Tablo 4.9'da gösterilmiştir. Kontrol grubunda yer alan kadınların erkeklere göre Cinsel İstismar puan ortalamalarının anlamlı olarak yüksek olduğu ($P < 0.05$), diğer alt testler açısından ise ortalamalar arasında farklılık olmadığı belirlenmiştir ($P > 0.05$).

Tablo 4.9 Kontrol Grubunda Yer Alan Bireylerin Çocukluk Dönemi Örselenme Yaşantıları Ölçeğinden Almış Oldukları Puanların Cinsiyete Göre Dağılımı

Fiziksel	Kadın	44	8,59	1,37	-0,192	0,848
İstismar	Erkek	45	8,64	1,26		
	Kadın	44	7,82	1,90		
Cinsel İstismar	Erkek	45	7,04	1,17	2,324	0,022
	Kadın	44	9,50	1,66		
Duygusal İstismar	Erkek	45	9,84	2,12	-0,851	0,397
	Kadın	44	9,23	1,74		
Fiziksel İhmal	Erkek	45	9,02	1,45	0,604	0,547
	Kadın	44	11,93	1,63		
Duygusal İhmal	Erkek	45	12,38	1,68	-1,268	0,208
	Kadın	44	47,07	3,74		
Toplam Puan	Erkek	45	46,93	3,61	0,173	0,863

Araştırmada kontrol grubunda yer alan bireylerin Çocukluk Dönemi Örselenme Yaşantıları Ölçeğinden almış oldukları puanların yaş ile olan ilişkisinin kontrol edilmesi için

yapılan Pearson Korelasyon analizi sonuçları Tablo 4.10'da gösterilmiş olup, yaş ile alt ölçeklerden alınan puanlar arasında anlamlı ilişki olmadığı belirlenmiştir ($P>0.05$).

Tablo 4.10. Kontrol Grubunda Yer Alan Bireylerin Çocukluk Dönemi Örselenme Yaşantıları Ölçeğinden Almış Oldukları Puanların Yaş ile Olan İlişkisi

		Fiziksel İstismar	Cinsel İstismar	Duygusal İstismar	Fiziksel İhmal	Duygusal İhmal	Toplam Puan
Yaş	r	0,058	0,063	0,038	-0,014	0,099	0,108
	p	0,587	0,556	0,721	0,899	0,357	0,315

Araştırmada kontrol grubunda yer alan bireylerin Çocukluk Dönemi Örselenme Yaşantıları Ölçeğinden almış oldukları puanların öğrenim durumuna göre farklılaşma durumlarının incelenmesi için yapılan tek yönlü varyans analizi sonuçları Tablo 4.11'de gösterilmiştir. Bireylerin ölçeğin genelinden ve alt boyutlarından almış oldukları puanların öğrenim durumuna göre %95 güven düzeyinde istatistiksel bakımdan farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p>0,05$).

Tablo 4.11 Kontrol Grubunda Yer Alan Bireylerin Çocukluk Dönemi Örselenme Yaşantıları Ölçeğinden Almış Oldukları Puanların Öğrenim Durumuna Göre Farklılaşma Durumları

Alt Boyutlar		Kareler Toplamı	df	Kareler Ortalaması	F	p	Fark
Fiziksel İstismar	Gruplararası	10,56	3	3,52	2,131	0,102	
	Grup içi	140,45	85	1,65			
	Toplam	151,01	88				
Cinsel İstismar	Gruplararası	3,83	3	1,28	0,485	0,694	
	Grup içi	223,94	85	2,63			
	Toplam	227,78	88				
Duygusal İstismar	Gruplararası	6,26	3	2,09	0,566	0,639	
	Grup içi	313,29	85	3,69			
	Toplam	319,55	88				
Fiziksel İhmal	Gruplararası	10,01	3	3,34	1,327	0,271	
	Grup içi	213,63	85	2,51			
	Toplam	223,64	88				
	Gruplararası	0,71	3	0,24			

Duygusal İhmal	Grup içi	243,09	85	2,86	0,082	0,970
	Toplam	243,80	88			
Toplam	Gruplararası	20,58	3	6,86		
	Grup içi	1155,42	85	13,59	0,505	0,680
	Toplam	1176,00	88			

Araştırmada kontrol grubunda yer alan bireylerin Çocukluk Dönemi Örselenme Yaşantıları Ölçeğinden almış oldukları puanların aylık kazancın ihtiyacı karşılama durumuna göre farklılaşma durumlarının incelenmesi için yapılan tek yönlü varyans analizi sonuçları Tablo 4.12'de gösterilmiştir. Bireylerin ölçeğin genelinden ve alt boyutlarından almış oldukları puanların aylık kazancın ihtiyacı karşılama durumuna göre %95 güven düzeyinde istatistiksel bakımdan farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p>0,05$).

Tablo 4.12 Kontrol Grubunda Yer Alan Bireylerin Çocukluk Dönemi Örselenme Yaşantıları Ölçeğinden Almış Oldukları Puanların Aylık Kazancın İhtiyacı Karşılama Durumuna Göre Farklılaşma Durumları

Alt Boyutlar		Kareler Toplamı	df	Kareler Ortalaması	F	p	Fark
Fiziksel İstismar	Gruplararası	1,56	2	0,78	0,448	0,641	
	Grup içi	149,45	86	1,74			
	Toplam	151,01	88				
Cinsel İstismar	Gruplararası	4,68	2	2,34	0,903	0,409	
	Grup içi	223,09	86	2,59			
Alt Boyutlar	Cinsiyet	n	X ²	ss	t	p	
Duygusal İstismar	Toplam	227,78	88		0,226	0,798	
	Gruplararası	1,67	2	0,84			
	Grup içi	317,88	86	3,70			
Fiziksel İhmal	Gruplararası	4,25	2	2,12	0,832	0,439	
	Grup içi	219,39	86	2,55			
	Toplam	223,64	88				
Duygusal İhmal	Gruplararası	16,24	2	8,12	3,068	0,052	
	Grup içi	227,56	86	2,65			
	Toplam	243,80	88				

Toplam	Gruplararası	66,16	2	33,08	2,563	0,083
	Grup içi	1109,84	86	12,91		
	Toplam	1176,00	88			

TARTIŞMA ve SONUÇ

Bu araştırmada vaka-kontrol araştırma yöntemiyle çocukluk döneminde karşılaşılan örseleyici davranışların kanser ile ilişkisi incelenmiştir. Bebeklerin ve küçük çocukların tepkileri daha büyük çocuklardan farklı olabileceğinden ve çocuklar tehdit edici veya tehlikeli olaylara tepkilerini sözlü olarak ifade edemedikleri için, birçok insan küçük yaşın çocukları travmatik deneyimlerin etkisinden koruduğunu varsaymaktadır. Ancak travmatik olayların küçük çocuklar üzerinde derin duygusal etkileri ve fiziksel sağlık sonuçları araştırmalarla gösterilmiştir. Araştırma kapsamında kanser tanılı 18 yaş üzerinde bulunan 63 kişi vaka grubunu, kanser tanısı almamış ve birinci derece yakınlarında kanser tanısı olmayan 18 yaş ve üzeri 89 kişi ise kontrol grubunu oluşturmuştur.

Araştırmada vaka grubunda yer alan kanser tanılı hastaların duygusal istismar, fiziksel ihmal ve duygusal ihmal alt boyutu puanlarının kontrol grubunda yer alan kanser tanısı almamış ve ailesinde kanser tanısı olmayan hastalardan yüksek olduğu saptanmıştır. Fiziksel ihmalin 3.42 kat (%95 GA 1.63-7.14), duygusal istismarın 2.48 kat (%95 GA 1.26-4.87), duygusal ihmalin ise 1.86 kat (%95 GA 1.01-4.83) kanser gelişme riskini artırdığı hesaplanmıştır. Felitti ve arkadaşları (1998) tarafından çocukluk çağı örseleme davranışlarının yetişkinlik döneminde ortaya çıkan hastalıklar üzerindeki etkisinin incelendiği araştırmada fiziksel, psikolojik ve cinsel istismara maruz kalma ile yetişkinlerde önde gelen ölüm nedenleri arasında ilişki tespit edilmiştir. Clemanda ve arkadaşlarının (2018) Almanya’da kesitsel araştırma yöntemiyle temsili örnekleme yürüttükleri araştırmada çocuk örselemesinin obezite’yi 1.8 kat, diyabeti 1.26 kat, kanseri 1.28 kat, hipertansiyonu 1.16 kat, kronik obstrüktif akciğer hastalığını 1.51 kat, miyokard enfarktüsünü 1.29 kat, inmeyi 1.31 kat artırdığı saptanmıştır. Benzer şekilde literatürde metaanaliz çalışmasında, çocukluk dönemindeki travmatik deneyimlerin obezite riskini (Danese ve Tan’ın (2014), kardiyovasküler hastalıkları (Doom, Mason, Suglia ve Clark, 2017) ve hipertansiyonu (Suglia vd., 2014) artırdığı saptanmıştır. Goldsmitha ve arkadaşları (2010) çok değişkenli analizlerinde çocuklukta duygusal istismarın meme kanseriyle ilişkili olduğunu saptamışlardır. Bu çalışmanın sonuçları da literatür ile uyumludur.

Araştırmacılar, çocukluk çağı istismarı ve diğer travmalardan kurtulanlarda gözlemlenen duygulanım, biliş ve nörobiyolojik sistemlerdeki düzensizlikler için birkaç olası mekanizma önermişlerdir. Briere (2002), istismarla ilgili uyarılara yanıt olarak

koşullu duygusal tepkilerin oluştuğunu, tekrarlanan istismarın duygusal tepkilerin şiddetini artırdığını, sempatik sinir sistemi hiperaktivitesi ve nörotransmitter ve nöroendrisin aktivitesindeki anormallikler dahil olmak üzere travmaya biyopsikolojik tepkileri vurgulamaktadır. Bremner (2003), beyin bölgelerinde ve nörokimyasal sistemlerde uzun vadeli değişikliklerin, çocukluk çağı istismar mağdurlarında travma sonrası semptomların devam etmesine katkıda bulunabileceğini belirtmiştir. Çocukluk çağı örselenme geçmişinin artmış travma sonrası stres semptomları ve sonraki stresörlere yanıt olarak uyumsuz başa çıkma ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (Bremner vd., 1993; Leitenberg, Gibson ve Novy 2004). Örselleyici yaşantıların güvenli olmayan fiziksel ve sosyal çevrede görülme sıklığının yüksek olduğu bildirilmektedir. Ports ve arkadaşlarının yaptıkları metaanalizde de, alkol, çevresel kanserojenler, kronik inflamasyon, immünosupresyon, enfeksiyöz ajanlar, obezite, radyasyon, ultraviyole (UV) ve sigaranın kesin kanser risk faktörü olduğu gösterilmiştir. Dolayısıyla fiziksel ihmailin doğrudan fizyolojik etkileri yanısıra, belirtilen faktörlere maruziyeti artırması açısından önemi büyüktür. Özellikle olumsuz çocukluk deneyimlerine yüksek düzeyde maruz kalmak çocuklarda anksiyete, öfke ve depresyona neden olabilmektedir. Sigara, alkol veya uyuşturucu kullanımı gibi davranışlar da bu olumsuz çocukluk deneyimleriyle başa çıkma araçları olarak kullanılabilen, dolayısıyla maruziyet riskini yükseltebilmektedir. Dolayısıyla örselenme yaşayan çocukların olumsuz fiziksel, sosyal ve kimyasal risklere maruz kalma riski artarken, immun sistemin zayıfladığı da bilinmektedir.

Vaka grubunda yer alan bireylerin çocukluk dönemi örselenme yaşantıları ölçeğinden almış oldukları puanlar demografik açıdan incelendiğinde, toplam puanın ve alt boyut puanlarının cinsiyete, eğitim durumuna ve aylık kazanç durumuna göre farklılık göstermediği görülmektedir. Yaş açısından incelendiğinde ise, fiziksel ihmal alt boyutunda yaş ile ölçekten alınan puanlar arasında negatif yönlü ve düşük düzeyde ilişki söz konusudur. Yaş ile fiziksel istismar, cinsel istismar, duygusal istismar ve duygusal ihmal alt boyutları arasında ilişki tespit edilmemiştir. Benzer şekilde kontrol grubunda yer alan bireylerin çocukluk dönemi örselenme yaşantıları ölçeğinden almış oldukları puanlar demografik açıdan incelendiğinde ise puanların ve alt boyut puanlarının yaşa göre, eğitim durumuna göre ve aylık gelire göre farklılık göstermediği tespit edilmiştir. Cinsiyet açısından incelendiğinde ise cinsel istismar alt boyut puanlarının kadınlarda erkeklerden daha yüksek olduğu görülmüştür. Özcan (2010) ve Akgün ve Kayaarslan (2019) tarafından üniversite öğrencilerine yönelik yapılan çalışmada ÇDÖYÖ puanlarının cinsiyet açısından farklılık

göstermediği görülmüştür. Bazı çalışmalar ise ergenlerdeki fiziksel istismar alt boyutunun erkeklerde kızlara oranla daha yüksek olduğunu göstermektedir (Aslan ve Alparslan, 1990; Ziyalar, 1993; Horton ve Cruise, 2001). Eroğul ve Türk (2013) tarafından yapılan çalışmada ise fiziksel istismar alt boyutunda cinsiyetler açısından farklılık bulunmamış; duygusal ve cinsel istismar alt boyutlarında ise erkeklerin daha yüksek puan aldığı tespit etmiştir. Bazı çalışmalar ise cinsel istismar puanlarının kızlarda daha yüksek olduğunu ortaya koymaktadır (Keskin ve Çam, 2005). Birlik (2019) tarafından yetişkinlere yönelik yapılan çalışmada ise cinsiyet ile ÇDÖYÖ puanlarının tüm alt boyutlarda farklılaştığı görülmektedir. Erkeklerin yüksek daha yüksek puan aldığı araştırmalarda kız çocuklarının kendini yeterince ifade edemedikleri belirtilmiştir (Zeren vd., 2012: 539).

Kanser tanısı almış katılımcılarda ÇDÖYÖ puanları yaş açısından fiziksel ihmal alt boyutunda farklılaşırken; kanser tanısı almamış ve ailesinde kanser tanısı olmayan katılımcılarda ise yaşa göre farklılaşma bulunmamaktadır. Akgün ve Kayaarslan (2019) tarafından üniversite öğrencilerine yönelik yapılan bir çalışmada duygusal istismar alt boyutunun yaş grubuna göre farklılaştığı görülmüştür. Buna göre 21-23 yaş grubundaki bireylerin duygusal istismar puanları 18-20 yaş grubundakilerinden yüksek tespit edilmiştir. Benzer şekilde Çağatay (2014) tarafından yapılan çalışmada cinsel istismar ve duygusal istismar alt boyutlarının yaşa göre farklılaştığı tespit edilmiştir. Buna göre 18-21 yaş grubundakilerin 22-33 yaş gurubuna göre daha yüksek cinsel istismar ve duygusal istismar puanları elde ettiği görülmüştür. Birlik (2019) tarafından yetişkinlere yönelik yapılan çalışmada ise yaş ile ÇDÖYÖ puanlarının tüm alt boyutlarda farklılaşmadığı görülmektedir. Literatürdeki çalışmalar yaş grubu arttıkça ÇDÖYÖ alt boyutu puanlarının düşüş gösterdiğini ortaya çıkarmaktadır. Bunun nedeni bireylerin yaşları arttıkça kendilerini daha iyi savunabildiği ve istismarlara daha az maruz kaldığı olarak açıklanabilir (Zeren vd., 2012: 539).

ÇDÖYÖ puanlarının tüm alt boyutlarda eğitim düzeyi açısından hem kanser tanısı almış katılımcılarda hem de kanser tanısı almamış ve ailesinde kanser tanısı olmayan katılımcılarda farklılaşmadığı görülmektedir. Birlik (2019) tarafından yetişkinlere yönelik yapılan çalışmada ise eğitim düzeyi ile ÇDÖYÖ puanlarının tüm alt boyutlarda farklılaştığı görülmektedir. Buna göre eğitim düzeyi yükseldikçe ÇDÖYÖ alt boyutu puanlarının düştüğü görülmektedir. 18-25 yaş grubunun çocukluk dönemi örseleme davranışlarını araştıran Aydın ve İşmen (2003) da benzer sonuçlara ulaşarak eğitim düzeyi ile ÇDÖYÖ alt boyutu puanları arasında negatif bir ilişki tespit etmiştir. Bu çalışmalarda eğitim düzeyi ile

çocukluk dönemi örseleme davranışları puanları arasındaki ilişkinin nedeni, eğitim düzeyinin artması ile bireylerin kendini daha iyi ifade edebilmesi ve çevresindeki sorunlara karşı daha bilinçli olması olarak açıklanabilmektedir (Birlik, 2019: 125). Literatürdeki araştırmalar eğitim düzeyinin çocukluk çağı örselenme yaşantısı üzerinde etkisi olduğunu tespit ederken, çalışmamızda bu ilişkinin ortaya çıkmama nedeni örneklem grubunun farklılığından kaynaklanabilir.

ÇDÖYÖ puanlarının tüm alt boyutlarda gelir açısından hem kanser tanısı almış katılımcılarda hem de kanser tanısı almamış ve ailesinde kanser tanısı olmayan katılımcılarda farklılaşmadığı görülmektedir. Zeren vd. (2012) tarafından yapılan çalışmada gelirleri ihtiyaçlarını karşılayamayan bireylerin duygusal istismar alt boyutu puanlarının yüksek olduğu tespit edilmiştir. İme (2018) tarafından yapılan bir çalışmada ise düşük gelir grubundakilerin fiziksel ve duygusal istismar düzeylerinin, orta ve yüksek gelir grubuna göre yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Araştırmadan elde edilen temel bulgu fiziksel ihmal, duygusal istismar ve ihmalin kanser gelişim riskini artırdığını göstermektedir. Son yıllarda toksik stres olarak ifade edilen çocukluk dönemi örselenmelerinin önlenmesi büyük önem taşımaktadır. Çocuğun olduğu her yerde (ev, okul, hastane gibi) çocukla ilgilenen veya ona bakım veren, hizmet sunan insanların travmaya duyarlı yaklaşımları çocuklar için güvenli bağlar, anlamlı ve tatminkar ilişkilerin temelini oluşturacaktır.

Çocuğun fiziksel ve duygusal ihmal ve istismarını önlemek için; Sosyal Hizmet Merkezleri tarafından, Sosyal Hizmet Merkezleri Yönetmeliği'nde belirtildiği gibi risk altındaki grupların belirlenmesi ve önleyici nitelikte psikososyal ve ekonomik destek hizmetlerinin hızlı ve nitelikli şekilde sunulması, anne-baba eğitimlerinin yapılması, birinci basamağın (Aile Sağlığı Merkezi, Toplum Sağlığı Merkezi, Göçmen Sağlığı Merkezi) esas görevi olan ve sağlam çocuk izlem protokollerinde yer aldığı gibi ihmal ve istismar bulgularının erken dönemde saptanması ve uygun girişimlerin yapılması önemlidir. Dolayısıyla yasal düzenlemelere uygun hizmetlerin verilmesi öncelikli yaklaşımdır.

Araştırmanın bir diğer önemli bulgusu kanser tedavisi görev hastaların yaklaşık %13'ünün psikolojik destek aldıklarını bildirmiş olmalarıdır. Bu bulgu, kanser tedavisi

süreçlerinde travmaya duyarlı yaklaşımların ve psikososyal desteklerin tedavi protokollerine entegre edilmesinin önemini göstermektedir.

Bu çalışma vaka-kontrol araştırma yöntemiyle çocukluk çağı örselenmeleri ile kanser arasındaki ilişkiyi araştırmak için yapılmıştır. Vaka-kontrol araştırması, etkenle karşılaştıktan sonra hastalığın gelişimi uzun süre alan hastalıklarda etyolojiyi belirlemek için kullanılmaktadır. Ancak ilişkinin zamana uyumunu, yani etkene maruziyet zamanını her zaman belirlemek mümkün olamamaktadır. Bu nedenle farklı gruplarda aynı araştırmaların tekrarlanması nedenselliği belirlemede önemlidir. Dolayısıyla çocukluk dönemi örselenme yaşantıları ile kanser arasındaki ilişkiyi araştıran benzer araştırmaların farklı gruplarda tekrarlanması önerilmektedir. Bu araştırmada hatırlamada yanlılığı önlemek için kontrol grubu da kanser dışında başka hastalığı olan bireylerden seçilmiştir. Ancak araştırma sonuçları yorumlanırken örselenme davranışlarının öz bildirim dayalı olduğu ve unutkanlık / hatırlayamama faktörü göz önüne alınmalıdır. Bu nedenle benzer araştırmaların tekrarlanması yararlı olacaktır.

KAYNAKÇA

- Aaltonen, K. I., Rosenström, T., Baryshnikov, I., Karpov, B. ve Melartin, S. K. (2017). Mediating role of borderline personality traits in the effects of childhood maltreatment on suicidal behaviour among mood disorder patients, *Journal of European Psychiatry*, 3507, 1-8.
- Airley, R. (2009). Health professionals in the treatment of cancer and principles of cancer chemotherapy. *Cancer Chemotherapy-Basic Science to the Clinic UK. Vancouver: Wiley-Blackwell.*
- Akçay, D. ve Gözüm, S. (2012). Kemoterapi alan meme kanserli hastalarda, kemoterapinin yan etkilerine ilişkin verilen eğitim ve evde izlemin yaşam kalitesine etkisinin değerlendirilmesi. *Meme Sağlığı Dergisi*, 8(4), 191- 199.
- Akdemir, N. ve Birol, L. (2011). Kanser ve hemşirelik bakımı. İçinde: İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. Ankara: Sistem Ofset.
- Aker, T. ve Önder, M. (2003). Psikolojik Travma ve Sonuçlar. Ankara: Epsilon Reklamcılık.
- Akmatov, M. (2010). Child abuse in developing and transitional countries-results from the Multiple Indicator Cluster Surveys. *International journal of epidemiology*. 40. 219-227.
- Akram, M., Iqbal, M., Daniyal, M. ve Khan, A. U. (2017). Awareness and current knowledge of breast cancer. *Biological research*, 50(1), 33-50
- Akgün, R. (2019). Sosyal Hizmet Lisans Ve Ön Lisans Okuyan Öğrencilerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Çocukluk Dönemi Örselenmişliklerinin Belirlenmesi. *Social Mentality And Researcher Thinkers Journal*, 5(25), 1579–1599.
- Aktepe, E. (2009). Çocukluk çağı cinsel istismarı. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 1, 95-119.
- Alvy, L. M., Hughes, T. L., Kristjanson, A. F. ve Wilsnack, S. C. (2013). Sexual identity

group differences in child abuse and neglect. *Journal of Interpersonal Violence*, 20, 1-24.

American Cancer Society (2018). Bacteria That Can Lead to Cancer Erişim Tarihi: Kasım 23,2020, <https://www.cancer.org/cancer/cancer-causes/infectious-agents/infections-that-can-lead-to-cancer/bacteria.html>

Amerikan Psikoloji Derneği. (2013). Ruhsal bozuklukların tanıs ve sayımsal elkitabı tanı ölçütleri başvuru el kitabı (DSM-V) (E. Köroğlu, Çev.) Ankara: Hekimler Yayın Birliği.

Amstadter, A. B., Aggen, S. H., Knudsen, G. P., Reichborn-Kjennerud, T. ve Kendler,

K. S. (2013). Potentially Traumatic Event Exposure, Posttraumatic Stress Disorder, and Axis I and II comorbidity in a population-based study of Norwegian young adults. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48(2), 215-223.

Arjmandi, M. K., Moslemi, D., Zarrini, A. S., Gorji, M. E., Mosapour, A., Haghhighi, A., ... Parsian, H. (2016). Pre and post radiotherapy serum oxidant/antioxidant status in breast cancer patients: impact of age, *BMI and clinical stage of the disease*. *Reports of Practical Oncology & Radiotherapy*, 21(3), 141-148.

Aslan, F., Olgun, N., Uzun, Ö. ve Uslu, Y. (2014). Onkoloji, In: Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Ankara: Özyurt Matbaacılık.

Aslan, H., & Alparslan, N. (1999). Çocuk ve ergenlerdeki korkularla, kaygı ile depresyon düzeyleri ve fiziksel kötüye kullanım arasındaki ilişki. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 6(2), 75-82.

Atasever, L. ve Özsarı, S. H. (2005). Kanser Savaş Sağlık Projesi Daire Başkanı Genel Koordinatörü. Erişim Tarihi: Kasım 21, 2020, <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/kanser.pdf>,

Atıcı, E. (2007). Tıp tarihinde kanser ve lösemi. *Türk onkoloji dergisi*, 22(4), 197-204.

- Avcı, A. ve Tahiroğlu, A. Y. (2007). İstismar ve ihmal. Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi. *Türkiye Klinikleri Pediatrik Bilimler*, 3(3), 713-717.
- Ay, N. D. (2013). Çocukluk çağı travmasının şizofreni kliniği ile ilişkisi. Uzmanlık Tezi, On Dokuz Mayıs Üniversitesi, Samsun.
- Aydın, D. (2004). Kanser hastalarında posttravmatik stres bozukluğu, sosyal destek ve stresle başa çıkma arasındaki ilişki. Yüksek Lisans Tezi. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Sivas.
- Aydın, O., & İşmen, A. E. (2003). 18-25 yas grubu erkeklerde çocukluk çağı örselenme yasantisinin incelen-mesi. *MÜ Atatürk Eğitim Fak Eğitim Bil Der*, 18, 7-20.
- Aydoğan, F. ve Uygun, K. (2011). Kanser Hastalarında Palyatif Tedaviler. *Klinik Gelişim*. 24(3), 4-8.
- Bahar, A. (2007). Kanser hastalarına psikososyal yaklaşım, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 10(1), 105-111.
- Baker, A. J. ve Maiorino, E. (2010). Assessments of emotional abuse and neglect with the CTQ: Issues and estimates. *Children and Youth Services Review*, 32(5), 740-748.
- More Common in Urban Than Rural Areas of the United States? *Journal of Psychiatric Research*, 56, 50-55.
- Brown, K.F. (2018). The Fraction of Cancer Attributable to Modifiable Risk Factors in England, Wales, Scotland, Northern Ireland, and The United Kingdom in 2015. *Cancer* 118(8), 1130-1141
- Brown, S., Fite, P.J., Stone, K., Richey, A. ve Bortolato, M. (2018). Associations between emotional abuse and neglect and dimensions of alexithymia: The moderating role of sex. *Psychol Trauma Theory, Res Pract Policy*. 10(3), 300-308.
- Büyükcebeci, A. (2019). Çocukluk Çağı Örselenme Yaşantılarının Yaratıcı Kişilik

Özellikleri ve Aleksitimi İle İlişkisi. *Manas Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 8(4), 3187-3213.

Çağatay, S. E. (2014). *Üniversite öğrencilerinin çocukluk çağı travmatik yaşantı düzeyi ile bağlanma stilleri ve savunma mekanizmaları arasındaki ilişkinin incelenmesi* (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Arel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü).

Can, G. (2017). Onkoloji. In: *İç Hastalıkları Hemşireliği*, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.

Clemensa, V., Huber-Langb, M., Plenera, P.L., Brählerc, E., Brown, R.C., Fegert, J.M. Association of child maltreatment subtypes and long-term physical health in a German representative sample. *European Journal of Psychotraumatology* 2018, VOL. 9, 1510278 <https://doi.org/10.1080/20008198.2018.1510278>

Chapman, Daniel P., Whitfield, Charles L., Felitti, Vincent J., Dubea, Shanta R., Edwards, Valerie J. ve Anda, Robert F. (2004). Adverse Childhood Experiences And The Risk Of Depressive Disorders In Adulthood. *Journal of Affective Disorders*. 82(2), 217-225.

Cohen, J. A., Deblinger, E., Mannarino, A. P., Steer ve R. A. (2004). A multisite, randomized controlled trial for children with sexual abuse-related PTSD symptoms. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 43, 393-402.

Covell, K. ve Howe, R.B. (2012). Psychological maltreatment and children's right to health, Nova Scotia, Canada, 1-5.

Cui, N., Xue, J., Connolly, C.A. ve Liu, J. (2016). Does the gender of parent or child matter in child maltreatment in China?, *Child Abuse and Neglect*, 54, 1-9.

Çankaya, B., Talbot. N. L., Ward, E. A. ve Duberstein, P. R. (2012). Parental sexual abuse and suicidal behavior among women with major depressive disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*, 57, 45-51.

Çelik, F.G.H. ve Hocaoğlu, Ç. (2018). Çocukluk çağı travmaları: Bir gözden geçirme.

Sakarya Tıp Dergisi; 8(4), 695-711.

Çuhadaroğlu, Ç. F., Pehlivan Türk, B., Ünal, F., Uslu, R., İşeri, E., Türkbay, T., Coşkun, A., Miral, S. ve Motavalli, N. (2008). Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı, 462-488, Ankara: Yayın Birliği

Danese, A., & Tan, M. (2014). Childhood maltreatment and obesity: Systematic review and meta-analysis. *Molecular Psychiatry*, 19(5), 544–554.

Doom, J. R., Mason, S. M., Suglia, S. F., & Clark, C. J. (2017). Pathways between childhood/adolescent adversity, adolescent socioeconomic status, and long-term cardiovascular disease risk in young adulthood. *Social Science & Medicine*, 188, 166–175.

Dubowitz, H., Feigelman, S., Lane, W. ve Kim, J. (2009). Pediatric primary care to help prevent child maltreatment: The Safe Environment for Every Kid (SEEK) model. *Pediatrics*. 123, 858-864

Dursunkaya, D. (2007). Duygusal Örselenme ve İhmal. Çocuk ve ergen psikiyatrisi. *Türkiye Klinikleri Pediatrik Bilimler*, 3(3), 478-487.

Eroğul, A., & Türk, S. B. (2013). An investigation of the relationship between childhood trauma experience of adolescents and the anger expression styles, self-esteem, life satisfaction Ergenlerde çocukluk örselenme yaşantıları ve öfke ifade tarzları ile benlik saygısı ve yaşam doyumu arasındaki ilişkilerin incelenmesi. *Journal of Human Sciences*, 10(1), 1421-1439.

Ertürk, A. (2014). Çocukluk çağı travmaları, travma sonrası stres bozukluğu, depresyon ve disosiyatif yaşantıların şizofreninin klinik özellikleri üzerindeki etkileri. Uzmanlık tezi, Gazi Üniversitesi, Ankara.

Evren, C., & Ögel, K. (2003). Alkol/madde bağımlılarında dissosiyatif belirtiler ve çocukluk çağı travması, depresyon, anksiyete ve alkol/madde kullanımı ile ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 4(1), 30-37.

- Felitti, V. J. (2002). The relationship of adverse childhood experiences to adult health: Turning gold into lead/Belastungen in der Kindheit und Gesundheit im Erwachsenenalter: die Verwandlung von Gold in Blei. *Zeitschrift für psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 359-369.
- Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American journal of preventive medicine*, 14(4), 245-258.
- Figley, C. R. (2013). Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized. *Routledge*.
- Finkelhor, D. (1994). The international epidemiology of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 18(5), 409-417.
- Forman, D., Ferlay, J., Stewart, B. W. ve Wild, C. P. (2014). The global and regional burden of cancer. *World cancer report*, 2014, 16-53.
- Gilbert, R., Widom, C. S., Browne, K., Fergusson, D., Webb, E., & Janson, S. (2009). Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet*, 373(9657), 68–81.
- Gibson, L. E., Cooper, S., Reeves, L. E., Anglin, D. M. ve Ellman, L. M. (2017). The association between traumatic life events and psychological symptoms from a conservative, transdiagnostic perspective. *Psychiatry Research*, 252, 70-74.
- Goldsmitha ve arkadaşları (2010) çok değişkenli analizlerinde çocuklukta duygusal istismarın meme kanseriyle ilişkili olduğunu saptamışlardır.
- Goldstein, A. L., Faulkner, B. ve Wekerle, C. (2013). The relationship among internal resilience, smoking, alcohol use, and depression symptoms in emerging adults transitioning out of child welfare. *Child Abuse & Neglect*, 37(1), 22-32.
- Greenfield, E. A., Lee, C., Friedman, E. L.ve Springer, K. W. (2011). Childhood abuse as a risk factor for sleep problems in adulthood: Evidence from a U.S. national study.

Annals of Behavioral Medicine, 42, 245-256.

Grover, L. R. ve Nangle, D. W. (2007). Introduction to the special section on adolescent romantic competence: Development and adjustment implications. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 36(4), 485-490.

Gunnar, M. R. (2003). Integrating neuroscience and psychological approaches in the study of early experiences. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1008(1), 238-247.

Gül, E. (2014). Prevalence Rates of Traumatic Events, Probable PTSD and Predictors of Posttraumatic Stress and Growth in a Community Sample from Izmir (Doctoral dissertation). Ankara, Middle East Technical University.

Gültekin, M. (2016). Türkiye’de ve Dünyada Kanser, Erişim Tarihi: Kasım 20, 2020, <https://www.antalyasihorta.com/wpcontent/uploads/2017/02/kanser-kontrol-faliyetleri.pdf>,

Gültekin, M. ve Boztaş, G. (2014). Türkiye kanser istatistikleri. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 43, 12-32

Güven Tezcan,S.(2017). Temel Epidemiyoloji, Hipokrat Kitapevi:Ankara.

Haun, M. W., Sklenarova, H., Villalobos, M., Thomas, M., Brechtel, A., Löwe, B., ... Hartmann, M. (2014). Depression, anxiety and disease-related distress in couples affected by advanced lung cancer. *Lung Cancer*, 86(2), 274-280.

Haydaroğlu, A., Bölükbaş,ı Y. ve Özsaran, Z. (2007). Analysis of cancer registration data in Ege University: Evaluation of 34134 cases. *Türk Onkoloji Dergisi* 22,22-8.

Herman, J. L. (2007). Travma ve İyileşme: şiddetin sonuçları ev içi istismardan siyasi teröre. (T. Tosun, Çev.) İstanbul: Literatür.

Herman, J. L., & Harvey, M. R. (1997). Adult memories of childhood trauma: A naturalistic clinical study. *Journal of Traumatic Stress*, 10(4), 557-571.

- Herman, J. L. (2012). *Father-Daughter Incest*. Cumberland: Harvard University Press.
- Hibbard, R., Barlow, J., MacMillan, H., Christian, C. W., Crawford-Jakubiak, J. E. Flaherty, E. G. ve Sege, R. D. (2012). Psychological maltreatment. *Pediatrics*, 130(2), 372-378.
- Hormones, E., Key, T. J., Appleby, P. N., Reeves, G. K., Roddam, A. W., Helzlsouer, K. J., ... Overvad, K. (2011). Circulating sex hormones and breast cancer risk factors in postmenopausal women: reanalysis of 13 studies. *British journal of cancer*, 105(5), 709.
- Horton, C. B., & Cruise, T. K. (2001). *Child abuse and neglect: The school's response*. Guilford Press.
- Hovens, J. G. F. M., Wiersma, J. E., Giltay, E. J., van Oppen, P., Spinhoven, P., Penninx, B. ve diğerleri (2010). Childhood life events and childhood trauma in adult patients with depressive, anxiety and comorbid disorders vs. controls, *Acta Psychiatr Scand*, 122, 66-74
- Huh, H. J., Kim, S. Y., Yu, J. J., & Chae, J. H. (2014). Childhood trauma and adult interpersonal relationship problems in patients with depression and anxiety disorders. *Annals of general psychiatry*, 13(1), 1-13.
- IARC, (2020). International agency for research on cancer, global cancer observatory, cancer today, cancer fact sheets, breast cancer, Erişim Tarihi: Kasım 22, 2020, <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/20-Breast-fact-sheet.pdf> .
- Isikhan, V. (2007). Kanser ve sosyal destek. Ankara, *Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi*, 18(1), 17-32.
- Iverson, K. M., Gradus, J. L., Resick, P. A., Suvak, M. K., Smith, K. F. ve Monson, C. M. (2011). Cognitive-behavioral therapy for PTSD and depression symptoms reduces

risk for future intimate partner violence among interpersonal trauma survivors. *Journal of consulting and clinical psychology*, 79(2), 193.

Hillis, S., Mercy, J., Amobi, A., & Kress, H. (2016). Global prevalence of past-year violence against children: a systematic review and minimum estimates. *Pediatrics*, 137(3).

İme, Y. (2018). *Ergenlerin çocukluk örselenme yaşantıları ile öz-anlayışları arasındaki ilişkinin incelenmesi* (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı).

Jones, E., & Wessely, S. (2005). *Shell shock to PTSD: Military psychiatry from 1900 to the Gulf War*. Psychology Press.

Jones, E. ve Wessely, S. (2007). A paradigm shift in the conceptualization of psychological trauma in the 20th century. *Journal of anxiety disorders*, 21(2), 164-175.

Kara, B., Biçer, Ü. ve Gökalp, A. S. (2004). Çocuk istismarı. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 47(2), 140-151.

Karakartal, D. (2017). Tedavi Sürecindeki Kanserli Hastaya Bakım Veren Hasta Yakınlarının Yaşadıkları Sorunların İncelenmesi. *Uluslararası Beşerî Bilimler ve Eğitim Dergisi*, 3(2), 96-109.

Karancı, A. N., Aker, T., Işıklı, S., Erkan, B. B. Gül, E. ve Yavuz, H. (2012). *Türkiye’de Travmatik Yaşam Olayları ve Ruhsal Etkileri*. Kocaeli: Matus Basımevi.

Kalkan, M., & Özbek, S. K. (2011). Çocukluk çağı örselenme yaşantıları ergenlerdeki flört kaygısını yordar mı. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 18(1), 35-44.

Kaya, S. (2014). *Çocukluk Dönemi Örselenme Yaşantıları Ölçeği Kısa Formunun Türkçeye uyarlanması*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Muğla Sıtkı Kocaman Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Muğla.

Hatfield, L. A., Murphy, N., Karp, K., & Polomano, R. C. (2019). A systematic review of

behavioral and environmental interventions for procedural pain management in preterm infants. *Journal of pediatric nursing*, 44, 22-30.

Oral, R. ve Diğerleri (2001): Child abuse in Turkey: An Experience in Overcome Denial and A Description of 50 Cases, *Child Abuse Neglect*, (25).

Oylar, Ö. ve Tekin, İ. (2011). Kanserin teşhis ve tedavisinde nanoteknolojinin önemi. *Uludağ Üniversitesi Mühendislik-Mimarlık Fakültesi Dergisi*, 16(1), 148- 149.

Örsel, S., Karadağ, H., Kahiloğulları, A. K. ve Aktaş, E. A. (2011). Psikiyatri hastalarında çocukluk çağı travmalarının sıklığı ve psikopatoloji ile ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 12, 130-136.

Özbaran, B. ve Eeremiş, S. (2006). Kanser tedavisi gören çocuk ve gençlerde uzun süreli izlem sürecinde psikososyal özelliklerin tanımlanması ve genel yaklaşım ilkeleri. *Klinik Psikiyatri*, 9(4), 185-190.

Özdemir, Ü. ve Taşçı, S. (2013). Kronik hastalıklarda psikososyal sorunlar ve bakım. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(1), 57-69.

Özet, A., Öztürk, B., Borazan, E., Sağlam, K., Koçak, N., Kömürçü, Ş., ... Doğaner, Y. Ç. (2012). Kanser hastalarında depresyon ve anksiyete düzeyleri ve hastalıkla başa çıkma tutumlarının ilişkisi. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 16(2), 55-60.

Özcan Can, M. (2010). *İstismar ve İhmalin Çocuklar Üzerindeki Fiziksel ve Psikolojik Etkilerinin İncelenmesi* (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü).

Özkan, M. (1999). Kanser hastalarında psikolojik tedavi. *Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Kongre Kitabı 1998-1999*. 154-158.

Özkan, S. ve Alçalar, N. (2009). Meme kanserinin cerrahi tedavisine psikolojik tepkiler. *Meme Sağlığı Dergisi* 5:60-64.

Öztürk, M.O. ve Uluşahin, N.A. (2016). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. Ankara: BAYT

Pelendecioğlu, B. ve Bulut, S. (2009). Çocuğa Yönelik Aile İçi Fiziksel İstismarı.

Abant İzzet Baysal Üniversitesi Dergisi, 9(1), 49-55.

Pereda, N., Guilera, G., Forns, M. ve Gómez-Benito, J. (2009). The international epidemiology of child sexual abuse: a continuation of Finkelhor. *Child Abuse Negl* 33(6), 331-342.

Kelleci, M. (2005). Kanser hastalarının umudunun geliştirilmesine yönelik hemşirelikgirişimleri/Nursing intervention to increase hope in cancer patients. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 6(1), 41-47.

Kellerman, P. F. ve Hudgings, M. K. (2013). Trafik kazazedeleri ile psikodrama içinde: Travmadan sağ kalanlarla psikodrama acıyı eyleme dökmek, Yası Kolaylaştırıcı Psikodrama Yöntemleri (T. Çak ve D. Ergün, Çev.). Ankara: Nobel Yayınları.

Kendall-Tackett, K. (2012). The Long-term health effects of child sexual abuse. *Handbook of Child Sexual Abuse. Identification, Assessment and Treatment*, 49-70. New Jersey: John Wiley & Sons.

Kendall-Tackett, K. A., Marshall, R., & Ness, K. E. (2000). Victimization, healthcare use, and health maintenance. *Family Violence & Sexual Assault Bulletin*, 16, 18-21.

Keskinkılıç, B., Gültekin, M., Karaca, A. S., Öztürk, C., Boztaş, G., Karaca, M., ... DüNDAR, S. (2016). Türkiye kanser kontrol programı. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Yayın, (987), 18-49.

Keskin, G., & Çam, O. (2005). Çocuk Cinsel İstismarına Psikodinamik Hemşirelik Yaklaşımı. *Yeni Symposium*, 43(3), 118-125.

Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M. ve Nelson, C. B. (1995).

Posttraumatic Stress Disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52(12), 1048-1060.

Kılıç, A. (2018). Gelişmiş ülkelerde ve Türkiye’de yangın istatistikleri. *Yang. Gv. Dergisi*, 199, 8-10.

Kırımsoy, E. (2003) “Suç İşlemiş V-ve İşlememiş Ergenlerin Algıladıkları Duygusal Kötüye Kullanımın ve Benlik Saygılarının Karşılaştırmalı Olarak İncelenmesi”, *Yüksek Lisans Tezi*, Ankara Üniversitesi.

Kitrungroter, L. ve Cohen, M.Z. (2006). Quality of life of family caregivers of patients with cancer: A literature review. *Oncology Nursing Forum*, 33, 625-632.

Koç, F., Aksit, S., Tomba, A., Aydın, C. Koturoğlu, G., Turhan, T., Çelik, A., şenol, E., Kara, S. ve Solak, U. (2012). Çocuk İstismarı ve İhmali Olgularının Demografik ve Klinik Özellikleri: Ege Üniversitesi Çocuk Koruma Birimi'nin Bir Yıllık Deneyimi. *Türk Pediatri Arşivi*. 47, 119-124.

Koyuncu, A., Mırsal, H., Yavuz, M. F., Kalyoncu, . A., & Beyazyürek, M. (2003). Eroin bağımlılarında intihar düşüncesi, planı ve girişimi. *Bağımlılık Dergisi*, 4(3), 101-104.

Kudubeş, A. A. ve Bektaş. M. (2017). Effect of fatigue on quality of life in pediatric oncology patients. *The Journal of Pediatric Research*, 4(3), 96.

Laffaye, C., Kennedy, C., & Stein, M. B. (2003). Post-traumatic stress disorder and health-related quality of life in female victims of intimate partner violence. *Violence and Victims*, 18(2), 227-238.

Lochner, C., du Toit, P. L., Zungu-Dirwayi, N., Marais, A., van Kradenburg, J., Seedat, S., & Stein, D. J. (2002). Childhood trauma in obsessive-compulsive disorder, trichotillomania, and controls. *Depression and anxiety*, 15(2), 66-68.

Lerias, D. ve Byrne, M.K. (2003). Vicarious traumatization: Symptoms and Predictors.

Stress and Health, 19, 129-138.

Marusak, H. A., Martin, K. R., Etkin, A. ve Thomason, M. E. (2015). Childhood trauma exposure disrupts the automatic regulation of emotional processing. *Neuropsychopharmacology*, 40, 1250-1258.

Mason, O., Platts, H., ve Tyson, M. (2005). Early Maladaptive Schemas And Adult Attachment In A UK Clinical Population. *Psychology And Psychotherapy: Theory, Research And Practice*. 78(4), 549-564.

Myers, J. E., Berliner, L., Briere, J., Hendrix, C. T., Reid, T., & Jenny, C. (2001). The APSAC handbook on child maltreatment. SAGE Publications, Incorporated. p. 175-203

Micheal, G., Taylor, N., Absolom, K. ve Eiser, C. (2009). Benefit finding in survivors of childhood cancer and their parents: further empirical support for the benefit finding scale for children, *Child: Care, Health and Development*, 36, 123-129.

Milanak, M. E., Gros, D. F., Magruder, K. M., Brawman-Mintzer, O. ve Frueh, B. C. (2013). Prevalence and features of generalized anxiety disorder in Department of Veteran Affairs primary care settings. *Psychiatry research*, 209(2), 173-179.

Odağ, C. (2005). Örselenme-Düşler. Ergenler Bizi Örnek Alanlar, İzmir: Psikanaliz ve Psikoterapi Vakfı Yayınları Meta Basım.

Onur, B. (2005). Türkiye’de çocukluğun tarihi. Ankara: İmge Yayınevi.

Pervanidou, P. ve Chrousos, G.P. (2007). Post-traumatic stress disorder in children and adolescents: from Sigmund Freud’s “trauma” to psychopathology and the (Dys) metabolic syndrome. *Hormone and Metabolic Research*, 39, 413-419.

Pietrzak, R. H., Goldstein, R. B., Southwick, S. M. ve Grant, B. F. (2011). Prevalence and Axis I Comorbidity of Full and Partial Posttraumatic Stress Disorder in the United States: Results from Wave 2 of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Anxiety Disorders*, 25(3), 456-465.

- Polat, O. (2007). Tüm boyutlarıyla çocuk istismarı. Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Rice, S. ve Whitehead, S. A. (2006). Phytoestrogens and breast cancer—promoters protectors?. *Endocrine-Related Cancer*, 13(4), 995-1015.
- Ritchie, K., Jausse, I., Stewart, R., Dupuy, A. M., Courtet, P., Malafosse, A. ve Ancelin, M. L. (2011). Adverse childhood environment and late-life cognitive functioning. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 26, 503-510.
- Roques, M., Pommier, F. ve Mazoyer, A. V. (2014). Çocuklukta istismara uğramış yetişkinlerin somatik dağılım durumundaki yılmazlıklarına projektif yaklaşım. (Z. Okçuoğlu Kadioğlu, çev.) *Yansıtma Psikopatoloji ve Projektif Testler Dergisi*, 22, 35-45.
- Ruppert F. (2011). *Travma, bağlanma ve aile konstelasyonları ruhun yaralarını anlamak ve iyileştirmek*. İstanbul: Kaknüs Yayınları.
- Şahin, Ş. (2008). Beden eğitimi öğretmenlerinin tükenmişlik ve yaşam doyumu düzeyleri. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Mersin.
- Sağlık Bakanlığı Kanser İstatistikleri (2020) 2016 Yılı Türkiye Kanser İstatistikleri, Erişim Tarihi: Kasım 22, 2020, <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-istatistikleri/yillar/2016-yili-turkiye-kanser-i-istatistikleri.html> .
- Savcı, A. B. (2006). Kanserli hastalarda yaşam kalitesini ve sosyal destek düzeyini etkileyen faktörler. Atatürk Üniversitesi, SABE.
- Şenkal, İ. ve Işıklı, S. (2015). Çocukluk çağı travmalarının ve bağlanma biçiminin depresyon belirtileri ile ilişkisi: Aleksitiminin aracı rolü. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 26(4), 261-67.
- Siegel, R., DeSantis, C. ve Jemal, A. (2014). Colorectal Cancer Statistics, 2014. CA:

cancer journal for clinicians, 64(2), 104-117.

Siegel, R.L, Miller, K.D. ve Jemal, A. (2020). Cancer statistics, *CA Cancer Clin*, 69,7- 34.

Siyez, D. M. (2003). Duygusal istismara maruz kalan ve kalmayan ergenlerin benlik algıları ile depresyon ve kaygı düzeylerinin karşılaştırılması. Yüksek lisans tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, İzmir.

Stanton, B., Li, X., Chi, P., Sherr, L. ve Cluver, L. (2015). Psychological resilience among children affected by parental HIV/AIDS: a conceptual framework. *Health psychology and behavioral medicine*, 3(1), 217-235.

Stoltenborgh, M., van IJzendoorn, M. H., Euser, E. M. ve Bakermans-Kranenburg, M.

J. (2011). A global perspective on child sexual abuse: meta-analysis of prevalence around the world. *Child Maltreatment*, 16(2), 79-101.

Suglia, S. F., Clark, C. J., Boynton-Jarrett, R., Kressin, N. R., & Koenen, K. C. (2014). Child maltreatment and hypertension in young adulthood. *BMC Public Health*, 14, 1149.

Traumatic stress symptoms and breast cancer: The role of childhood abuse. *Child Abuse Negl.* 2010 June ; 34(6): 465–470. doi:10.1016/j.chiabu.2009.10.007.

Tamer, İ. (2018). Akut Stres Reaksiyonu. *Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics*, 9(3), 220-223.

Taner, Y. ve Gökler, B. (2004). Çocuk istismarı ve ihmali: Psikiyatrik yönleri.

Hacettepe Tıp Dergisi, 35, 82-86.

Tıraşçı, Y. ve Gören, S. (2007). Çocuk istismarı ve ihmali. *Dicle Tıp Dergisi*, 34, 7074.

Tiftik, N. (2012). Adam Öldürme Eylemi Nedeniyle Hüküm Giymiş Kadınlarda

Çocukluk Örselenme Yaşantılarına Maruz Kalma, Adil Dünya İnancı ve Öfke İfade

Tarzları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Tokgöz, G., Yaluğ, İ., Özdemir, S., Yazıcı, A., Uygun, K. ve Aker, T. (2008). Kanserli Hastalarda Travma Sonrası Stres Bozukluğunun Yaygınlığı ve Ruhsal Gelişim. *Yeni Symposium*. 46, 51-61.

Tuncay, T. (2009). Genç kanser hastalarının hastalık deneyimlerinin güçlendirme yaklaşımı temelinde analizi: bir model önerisi. Yüksek Lisans Tezi. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Ankara.

Tuncay, T. (2010). Kanserle başetmede destek grupları. *Journal of Society ve Social Work*, 21(1).

Tuncer, M. (2007). Kanserın ülkemiz ve dünyadaki önemi, hastalık yükü ve kanser kontrol politikaları. Türkiye’de Kanser Kontrolü, *Sağlık Bakanlığı Yayınları*, (707), 5-9.

Tuncer, S. (2014). Çoklu ilaca dirençli kanser hücre hattına nanopartiküllerle ilaç aktarımı. Yüksek Lisans Tezi. Hacettepe Üniversitesi Nanoteknoloji ve Nanotıp, Ankara.

Tural, Ü., Tolun, H.A., Karakay, I., Erol, A., Yıldız, M. ve Erdoğan, S. (2001). Marmara depremzedelerinde travma sonrası stres bozukluğuna eşlik eden başka bir ruhsal hastalık gelişiminin yordayıcıları. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 12(3), 175-183.

Turner, S., Taillieu, T., Cheung, K. ve Afifi, T. O. (2017). The relationship between childhood sexual abuse and mental health outcomes among males: Results from a nationally representative United States sample. *Child Abuse and Neglect*, 66, 64-72.

Tuscic, J. S., Flander, G. B. ve Mateskovic, D. (2013). *The consequences of childhood abuse. Pediatrics Today*, 9, 24-35

Ungan, M. ve Aydın, T. (2013). Alkol ve kanser ilişkisi, Yaşamayı Seç, 1-7 Mart

YeşilayHaftası. Erişim Tarihi: Kasım 23, 2020, [content/uploads/sites/581/2019/04/Alkol-ve-Kanser- %C4%B0li%C5%9Fkisi.pdf](content/uploads/sites/581/2019/04/Alkol-ve-Kanser-%C4%B0li%C5%9Fkisi.pdf),

UNICEF. (2018). Türkiye'de Çocuk İstismarı ve Aile İçi Şiddet Araştırması Raporu

Usta Yeşilbalkan Ö. (2015). Hücresel Bozukluklar (Onkoloji). In: Dahiliye ve Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık Eğitim Danışmanlık.

Ülger, E., Alacacioğlu, A., Gülseren, A.Ş., Zencir, G., Demir, L., ve Tarhan, M.O. (2014). D.E.Ü. *Tıp Fakültesi Dergisi*. 28(2), 85-92.

Üzüm, G. ve Türkmen, N. S. (2018). Kanser hastalarında psiko eğitimin problem çözme becerisine etkisi, *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 10(1), 75-81.

World Health Organization (2020). Child maltreatment. Erişim Tarihi: Nisan 1, 2021, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>

World Health Organization (2020). Violence against children, Erişim Tarihi: Nisan 4, 2021, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-children>.

World Health Organization (2019). Kanser İstatistikleri, Erişim Tarihi: Kasım 22 , 2020, https://www.who.int/health-topics/cancer#tab=tab_1.

WHO. Child maltreatment. 2016. Erişim Tarihi Ağustos 16, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/en/>

Yang, B. Z., Zhang, H. ve Ge, W. (2013). Child abuse and epigenetic mechanisms of disease risk. *Am J Prev Med* 44, 101-107.

Yıldırım, G. ve Tosun, A. (2012). Cognitive processes in post- traumatic stress disorder. *Journal of Human Sciences*, 9(2).

Yıldız, S. (2007). İlköğretim II. kademesindeki çocuklara yönelik istismarın ve ihmalin çeşitli değişkenler yönünden incelenmesi. Yüksek lisans tezi. Sakarya

Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sakarya.

Yıldız, S. (2015). Kanser türlerine yönelik kümelenme ve küme bulmaya yönelik alançalışması. *SSTB International Refereed Academic Journal of Sports, Health & Medical Sciences*, 14(5).

Yokuş, B. ve Çakır, D. Ü. (2012). Kanser biyokimyası. *Dicle Üniversitesi Veteriner Fakültesi Dergisi*, (1), 7-18.

Yurdakök, K. (2010). Çocuk İstismar ve İhmali, Tanım ve Risk Faktörleri. *Katkı Pediatri Dergisi*, 32(5), 537-546.

Yücel, D. (2014). Çocukluk çağı istismar yaşantılarının genç yetişkinlik dönemindeki bağlanma süreçleri, psikopatolojik semptomlar, ilişki yeterlilikleri ve aşk tutumları ile ilişkilerinin incelenmesi. Doktora tezi. İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü, İstanbul.

Zeren, C., Yengil, E., Çelikel, A., Ayşegül, A. R. I. K., & Arslan, M. (2012). Üniversite öğrencilerinde çocukluk çağı istismarı sıklığı. *Dicle Tıp Dergisi*, 39(4), 536-541.

EKLER

EK 1: Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi İzin Onayı

İSTANBUL BAŞAKŞEHİR ÇAM VE SAKURA ŞEHİR HASTANESİ

RADYASYON ONKOLOJİSİ'NE

İstanbul Bilgi Üniversitesi Travma ve Afet Çalışmaları Ruh Sağlığı Programında master öğrencisiyim.Şu an tez aşamasındayım. Tez konum “Çocukluk çağı örselenme yaşantıları ile kanser arasındaki ilişkinin incelenmesi” bu bağlamda kanser veya kanser geçmişi olan ve sağlık bireylere, çocukluk çağı örselenme yaşantıları ölçeğini uygulamaya ihtiyacım var. Bu çalışmayı hastanenesiniz onkoloji bölümünde yapmak için izniniz ve onayınıza istiyorum.

İlginize arz ederim.

Adres: Fikirtepe Mahallesi, Mandıra caddesi,
Mandarins Yapıtları, Kat: 12 A Blok, Daire: 133,
Kadıköy/İstanbul

Bariş ERİŞ

İletişim: 0541650 52 44

Uygundur.
19.08.2020

Dr. Sağlık Bakanlığı
BAŞAKŞEHİR ÇAM VE SAKURA
ŞEHİR HASTANESİ
Doç. Dr. Didem KARACETİN*
*Ulusal Onkoloji Kliniği Eğitim Görevlisi
Tic. Sic. No. 49283/46761

EK 2: Sosyodemografik Veri ve Sağlık Bilgileri Formu

DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

Anket no:.....

Demografik Bilgiler

1. Bitirdiğiniz yaşı yazınız?....
2. Cinsiyetiniz: 1. Kadın 2. Erkek
3. Eğitim Durumunuzu işaretleyiniz?
1. İlkokul 2. Ortaokul 3. Lise 4. Üniversite
4. Mesleğinizi yazınız?
5. Aylık kazancınız ihtiyaçlarınızı karşılıyor mu? 1. Evet 2. Hayır 3.
Kısmen

Sağlık Bilgileri

6. Herhangi bir kanser geçmişiniz var mı? 1. Evet 2. Hayır
7. Akrabalarınızda kanser hastalığını geçiren ya da kanser olan var mı? 1. Evet
2. Hayır
8. Doktor tarafından söylenmiş başka bir hastalığınız var mı? 1. Evet 2.
Hayır

Evet ise hastalığınızı yazar mısınız?.....

Kanser geçirdiyseniz;

9. Kanser tanısını aldığınızda kaç yaşındaydınız?.....
10. Hangi tedaviler yapıldı? 1. Kemoterapi 2. Radyoterapi 3. İkisi de
11. Tedavi sırasında psikolojik bir yardım aldınız mı? 1. Evet 2. Hayır

EK 3:Çocukluk Dönemi Örselenmeri Kısa Formu

Çocukluk Dönemi Örselenme Yaşantıları Ölçeği Kısa Formu'nun Türkçe'ye Uyarlanan Formu

- 1-Kesinlikle Katılmıyorum
2-Katılmıyorum
3-Biraz katılıyorum
4-Katılıyorum 5-Kesinlikle Katılıyorum

1. Çocukluğumda, yeterli düzeyde beslendiğime inanmıyorum.	1	2	3	4	5
2. Çocukluğumda, benimle ilgilenen ve beni koruyan birinin/birilerinin olduğunu bilirdim.	1	2	3	4	5
3. Çocukluğumda, ailemdeki kişiler bana “aptal”, “tembel” ya da “çirkin” diye hitap ederlerdi.	1	2	3	4	5
4. Çocukluğumda, annem ve babam ailemize ilgilenemeyecek kadar sarhoş ya da uyuşturucunun etkisi altındaydı.	1	2	3	4	5
5. Çocukluğumda, ailemde kendimi önemli ya da özel hissetmemi sağlayan biri/birileri vardı.	1	2	3	4	5
6. Çocukluğumda, kirli giysiler giymek zorunda kalırdım	1	2	3	4	5
7. Çocukluğumda, sevildiğimi hissederdim.	1	2	3	4	5
8. Çocukluğumda, annem ve babamın benim hiç doğmamış olmamı dilediklerini düşünürdüm.	1	2	3	4	5
9. Çocukluğumda, ailemdeki kişilerden, bir doktora ya da hastaneye gitmek zorunda kalacak kadar kötü dayak yediğim oldu.	1	2	3	4	5
10. Çocukluğumda, ailemle ilgili değiştirmek istediğim hiçbir şey yoktu.	1	2	3	4	5
11. Çocukluğumda, ailemdeki fertler beni, yara bere içinde bırakacak kadar kötü döverlerdi.	1	2	3	4	5
12. Çocukluğumda, kemer, sopa, kablo ya da benzeri sert cisimlerle dövülerek cezalandırıldım.	1	2	3	4	5
13. Çocukluğumda, ailemdeki fertler birbirlerini koruyup kollarlardı.	1	2	3	4	5

14. Çocukluğumda, ailemde fertler bana incitici veya aşağılayıcı şeyler söylediler.	1	2	3	4	5
15. Çocukluğumda, fiziksel olarak istismar edildiğime inanıyorum	1	2	3	4	5
16. Mükemmel bir çocukluğum oldu.	1	2	3	4	5
17. Çocukluğumda, öğretmen, komşu ya da doktor gibi kişiler tarafından fark edilecek kadar kötü dayak yedim.	1	2	3	4	5
18. Çocukluğumda, ailemde benden nefret eden birisi/birileri olduğunu hissedirdim	1	2	3	4	5
19. Çocukluğumda, ailemdeki fertler birbirlerine yakındılar.	1	2	3	4	5
20. Çocukluğumda, birisi/birileri bana cinsel amaçla dokunmayı ya da ona/onlara dokundurtmayı denedi.	1	2	3	4	5
21. Çocukluğumda, birisi/birileri, cinsel içerikli taleplerini karşılamazsam, bana zarar vermekle ya da hakkımda yalanlar söylemekle beni tehdit etti.	1	2	3	4	5
22. Dünyadaki en iyi aileye sahiptim.	1	2	3	4	5
23. Çocukluğumda, birisi/birileri beni cinsel içerikli eylemlerde bulunmaya veya cinsel içerikli şeyler izlemeye zorladı.	1	2	3	4	5
24. Çocukluğumda, birisi/birileri bana cinsel tacizde bulundu.	1	2	3	4	5
25. Çocukluğumda, duygusal olarak istismar edildiğime inanıyorum.	1	2	3	4	5
26. Çocukluğumda, ihtiyacım olduğunda beni doktora götürecek birisi/birileri vardı.	1	2	3	4	5

EK 4:Etik Kurul Onayı

ETİK KURUL ONAYI

Etik Kurulu Onayı, bu tezin basılı halinde mevcuttur.