

**T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK VE ERGEN RUH
SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI**

Tez Yöneticisi
Doç. Dr. Işık GÖRKER

**KANSERLİ ÇOCUK VE ERGENLER İLE
BAKIMVERENLERİNDE ORTAYA ÇIKABİLECEK
RUHSAL BELİRTİLERİN VE BAKIM VERENLERİNİN
STRESLE BAŞA ÇIKMA TARZLARININ İNCELENMESİ**

(Uzmanlık Tezi)

Dr. Cansın CEYLAN

EDİRNE-2015



TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince bana her türlü destek sağlayan, yardımını ve zamanını esirgemeyen, bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım, aynı zamanda tez danışmanım olan değerli hocam Doç. Dr. Işık Görker'e, tezimin hazırlanmasında destek ve katkılarından dolayı Çocuk Hematoloji Bilimdalı'ndan değerli meslektaşlarım Uzm. Dr. Tuba Eren ve Uzm. Dr. Ferit Durankuş'a, uzmanlık eğitimimde önemli katkıları bulunan Psikiyatri Anabilim Dalı öğretim üyelerine ve kliniğimizde birlikte çalışmaktan keyif aldığım çocuk psikiyatrisi ekibine teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
GENEL BİLGİLER.....	3
ÇOCUKLUK ÇAĞI KANSERLERİ	3
KANSERLİ ÇOCUK VE ERGENLERDE GÖZLENEN PSİKİYATRİK BELİRTİLER.....	5
KANSERLİ ÇOCUKLARDA YAŞAM KALİTESİ.....	13
KANSERLİ ÇOCUK VE ERGENLERİN AİLELERİNDE GÖZLENEN PSİKİYATRİK BELİRTİLER.....	13
STRES VE STRESLE BAŞA ÇIKMA.....	16
GEREÇ VE YÖNTEMLER	18
BULGULAR.....	26
TARTIŞMA	56
SONUÇLAR.....	68
ÖZET	71
SUMMARY	73
KAYNAKLAR.....	75
EKLER	

SİMGE VE KISALTMALAR

AAB	: Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu
ALL	: Akut Lenfoblastik Lösemi
AML	: Akut Myeloid Lösemi
BDE	: Beck Depresyon Envanteri
BTL - 90 - R	: Belirti Tarama Listesi - 90 - Revize Edilmiş
ÇDŞG - ŞY	: Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli
ÇİYKÖ	: Çocuklar için Yaşam Kalitesi Ölçeği
DEHB	: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu
DKÖ	: Durumluk Kaygı Ölçeği
DSKÖ	: Durumluk Sürekli Kaygı Ölçeği
DSM - 5	: Mental bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Beşinci Basım
DSM - IV	: Mental bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Dördüncü Basım
DUB	: Depresif Özellikli Uyum Bozukluğu
GGA	: Güçlük Güçlükler Anketi
KOKGB	: Karşıt Olma Karşıt Gelme Bozukluğu
MDB	: Major Depresif Bozukluk
OKB	: Obsesif Kompulsif Bozukluk
PBD	: Pozitif Belirti Düzeyi
SBTÖ	: Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği
SKÖ	: Sürekli Kaygı Ölçeği
TSSB	: Travma Sonrası Stres Bozukluğu

GİRİŞ VE AMAÇ

Kanser, anormal hücrelerin kontrolsüz çoğalması ve yayılması ile karakterize bir grup hastalıktır. Dünyada her sene 10 milyon yeni kanser olgusu görülmekte ve bu sayının yaklaşık %2'si çocukluk çağı kanserlerini kapsamaktadır (1). Çocuklarda kanser görülme sıklığı 15 yaş altında, milyonda 110-150 arasındadır (2). Kanser, çocuklarda ölüm nedenleri arasında dördüncü sıradadır. Bununla birlikte son 40 yılda çocukluk çağı kanserlerinin tedavisinde önemli aşamalar kaydedilmiştir. Çocukluk çağı kanser tedavisiyle iyileşme oranı 1960'lı yıllarda % 25-30 iken 2000'li yıllarda % 78-80'lere ulaşmıştır. Bu gelişmeyle çocukluk çağı kanserleri ölümcül olmaktan çıkıp kronik hastalıklar haline gelmeye başlamıştır (3, 4).

Tedavi yöntemleri kemoterapi, radyoterapi, cerrahi ve immünoterapi olup kanser tanısı konan hastaların bireysel özellikleri ve hastalık durumuna göre bu yöntemlerin biri ya da birkaçı tedavide kullanılmaktadır. İnvaziv tedavilere bağlı oluşabilen bulantı, kusma, saç dökülmesi, diyare, ağrı ve uykusuzluk, çocuklarda yoğun psikiyatrik yük oluşturmaktadır. Kanser hastalığı olan çocuklarda depresyon, anksiyete ve uyum güçlüğü sık karşılaşılan psikiyatrik bozukluklardandır. Psikiyatrik belirtiler tanınıp tedavi edilmediğinde hastanede yatış süresinin uzamasına, tıbbi tedaviye uyumsuzluğa, morbidite ve mortalitede artışa neden olmaktadır (5, 6).

Çocukluk çağı kronik ve ölümcül hastalıklarını incelerken çocuk ve aileyi bağımsız düşünmemek gerekir. Hastalığın her döneminde aile de çocukla birlikte çeşitli zorluklarla karşı karşıya gelir. Kanser hastalığının belirti ve bulguları, tedavi yöntemi, uzun dönem etkileri, günlük aktivite kısıtlaması gibi sebepler aileye özellikle bakım verene psikiyatrik yük oluşturmaktadır (7).

Bakım veren için kanser tanı ve tedavisi önemli bir stres kaynağı olmaktadır. Uzun sürebilen invazif tedaviler ve ciddi yan etkiler nedeniyle hem kendilerinin hem de çocuklarının duygusal tepkileriyle başa çıkmaları gerekmektedir. Bakım verenler çoğunlukla etkin başa çıkma stratejilerini kullanabilme açısından yetersiz kalmaktadır (8, 9). Bu sebeple hastanelerde zamanının çoğunu çocuklarıyla birlikte geçirmelerinin ruhsal hastalıklar açısından risk oluşturduğu belirtilmektedir (10).

Kanserli çocuk ve ergenlerin tıbbi tedavileriyle birlikte, psikiyatrik belirtilerinin de erken fark edilerek tedavi edilmesinin ve çocuk ile bakım verene psikososyal destek sağlanmasının, çocuk ve ailenin yaşam kalitesini yükselteceği ve bakım verenin sorunlarla başa çıkma becerilerini güçlendireceği düşünülmektedir (11).

Bu bilgilere dayanarak, çalışmamızda kanser tanısı almış çocuk ve ergen hastalarda ortaya çıkabilecek ruhsal belirti ve bozukluklar ile yaşam kalitesini değerlendirmek amaçlanmış ve bununla birlikte olguların bakım verenlerinde ortaya çıkabilecek ruhsal belirtiler ile stresle başa çıkma tarzlarının değerlendirilmesi düşünülmüştür.

GENEL BİLGİLER

ÇOCUKLUK ÇAĞI KANSERLERİ

Çocuklarda kanser görülme sıklığı 15 yaş altında milyonda 110-150 arasındadır. Çocuklarda kanser erişkinlere göre çok daha nadir olup tüm kanserlerin %0,5'i, 15 yaşından küçük çocuklarda görülmektedir (2). Çocukluk çağı kanserleri embriyolojik köken, doku tipi ve etiyolojik risk faktörleri açısından erişkin dönem kanserlerinden farklılık göstermektedir. Kanser tanısı ve tedavi uygulamalarındaki yenilikler, destek tedavilerinin gelişmesi ve daha etkili ilaç kombinasyonlarının uygulamaya girmesi gibi son 20 yılda oluşan gelişmeler, hastaya özgü tedavilerinin seçilebilmesini ve daha uzun süre yaşama şansı sağlarken, diğer yandan da daha az ilaç toksisitesi sağlamaktadır. Ek olarak çocukların verilen tedaviyi tolere edebilme yeteneklerinin fazla olmasından dolayı, yaşam süresinde önemli oranda iyileşme sağlanırken kansere ve tedaviye bağlı morbiditenin önlenmesi önem kazanmıştır (3, 4).

Çocukluk çağı kanserleri özellikle erken çocukluk ve ergenlik döneminde artış göstermektedir. Nöroblastom, retinoblastom, medullablastom, hepatoblastom, Wilms' tümörü ve rabdomyosarkom gibi embriyonel kökenli kanserler yaşamın ilk yıllarında daha sıktır. Akut lenfoblastik lösemi (ALL), Akut myeloid lösemi (AML), beyin tümörleri 15 yaş altında daha sık gözlenirken, Hodgkin lenfoma, osteosarkom, Ewing sarkomu, yumuşak doku tümörleri ve karsinomlar 15 yaşından sonra daha sık görülmektedir (12).

Normal kemik iliğinde eritroid, myeloid ve megakaryositer serilerin ana, ara ve olgun hücreleri, periferik kanda da yine bu serilerin olgun şekilleri bulunmaktadır. Akut lösemide normal kemik hücrelerinin yerini blast adı verilen farklılaşmamış ana hücreler almaktadır. Blastlar, kemik iliğinden periferik kana ve diğer sistemlere yayılarak akut lösemiye özgü ağır klinik tablonun oluşmasına yol açarlar. Tüm yaş grupları ele alındığında çocukluk çağında en

sık görülen kanser türü lösemiler olup, kanserlerin yaklaşık %40'ını oluşturmaktadır. ALL çocukluk çağı lösemilerinin yaklaşık %80'ini oluşturmaktadır. AML daha nadir olup lösemilerin yaklaşık %11'ini oluşturmaktadır (12).

Akut lenfoblastik lösemi beyaz ırkta, siyah ve sarı ırka göre daha sık gözlenmekte, yıllık insidansı ABD'de 4/100.000 olarak belirtilmektedir. En sık 1-4 yaş arasında saptanmaktadır. Kız/erkek oranı 1/1,2-1,3 olarak belirtilmektedir. T hücreli ALL erkek çocuklarda daha sık izlenmekte olup kız/erkek oranı 1/4'dür. Akut lösemilerde cinsiyet, prognoz açısından önemli bir gösterge olup, kızlarda yaşam şansı daha yüksektir (12).

Akut myeloid lösemi gelişmiş ülkelerde ve beyaz ırkta daha sık görülmektedir. İnsidansı 4-10/1.000.000 olup, her yaşta görülebilmekle birlikte yenidoğan ve ergenlik dönemlerinde pik yapmaktadır. AML insidansı açısından her iki cins arasında farklılık bulunmamaktadır (12)

Günümüzde lösemilerin etiyolojisi kesin olarak bilinmemekle beraber, multifaktöryel olduğu, hasta ile içinde bulunduğu çevresel etmenler arasındaki karşılıklı etkileşim sonucunda ortaya çıktığı düşünülmektedir. İyonize radyasyon, kimyasal karsinojenler, enfeksiyöz ajanlar özellikle virüsler akut lösemi oluşumunda sorumlu tutulan çevre faktörleridir. Fanconi anemisi, Bloom sendromu gibi kromozom bozuklukları ile giden hastalıklar özellikle AML için risk taşımaktadır (12).

Akut lösemilerden sonra ikinci sıklıkla gözlenen çocukluk çağı kanserleri merkezi sinir sistemi (MSS) tümörleri olup, 15 yaş altında görülen kanserlerin yaklaşık %20'sini oluşturmaktadır. Çocukluk çağı kanserleri içinde %45 mortalite oranı ile en ölümcül kanserlerdir. İnsidansı 25-40/100.0000 olarak bildirilmektedir. Erkeklerde daha sık gözlenmektedir. Başta nörokanöz sendromlar (Nörofibromatozis tip 1, tüberoskleroz) olmak üzere bazı ailesel sendromlar ve immün yetersizlik sendromlarında risk fazladır. Yerleşim yerine göre supratentoryel bölgede en sık astrositom, infratentoryel bölgede en sık medullablastom görülmektedir (12, 13).

Üçüncü sıklıkla gözlenen çocukluk çağı kanseri lenfomadır. Lenfomalar çocukluk çağı kanserlerinin yaklaşık %10'unu oluşturmaktadır. Hodgkin lenfoma ve non-Hodgkin lenfoma olarak iki ana gruba ayrılmaktadır. Hodgkin lenfoma bölgesel lenf bezlerinin genellikle tek taraflı, tek merkezli, ağrısız, ilerleyici büyümesiyle ortaya çıkan ve komşuluk yoluyla diğer lenf bezlerine yayılan bir hastalıktır. 2 yaş altında oldukça seyrek, 9-12 yaşları arasında en sık gözlenmektedir. Kız/erkek oranı 1:3'dür. etiyolojisi kesin olarak bilinmemekle birlikte immün yetmezliklerde, romatolojik hastalıklarda görülme sıklığı artar. Enfeksiyöz mononukleöz etkeni Epstein-Barr virüsü ile ilişkisi gösterilmiştir. Non-Hodgkin lenfoma 15 yaş altı

çocuklarda Hodgkin lenfomadan 1,5 kat daha sık gözlenmektedir. Kız/erkek oranı 1:3'dür. NHL az diferansiye veya diferansiye olmamış hücrelerden oluşmaktadır. Erken, yaygın infiltrasyon göstermekte ve tedaviye yanıtları kötüdür. Etiyolojisinde konjenital immün yetmezlik sendromları (ataksi-telenjiektazi, Wiskott-Aldrich sendromu, ağır kombine immün yetersizlik vb.), immünsupresif ajanlar bulunmaktadır. Kombine kemoterapi tedavi uygulamalarının 15 yıl sonrasında sekonder malignite olarak non-Hodgkin lenfoma gelişme ihtimali %17'dir (12).

Çocukluk çağında daha nadir görülen kanserler arasında nöroblastom, Wilms' tümörü , osteosarkom, Ewing sarkomu ve rabdomyosarkom bulunmaktadır. Nöroblastom, sempatik sinir sistemini yapan primitif sinir hücrelerinden kaynaklanan, embriyonel kökenli bir kanser türüdür. Çocuklarda en sık görülen ekstrakranyal kökenli solid tümördür. Tüm çocukluk çağı kanserlerinin %8-10'unu oluşturmaktadır. 15 yaş altı çocuklarda görülme sıklığı yıllık 1/100.000'dir. Prognozu kötü seyreden solid tümörlerden biridir. Ortalama tanı yaşı 2'dir ve olguların %90'ına tanı 5 yaşından önce konmaktadır (12).

Çocukluk çağında primer malign böbrek tümörlerinin %90'ını Wilms' tümörü oluşturmaktadır. 16 yaş altı çocuklarda yıllık insidans 7/1.000.000 olarak belirtilmektedir. Olguların çoğu 1-5 yaş arası tanı almaktadır. Wilms' tümörünün önemli bir özelliği olguların yaklaşık %15'inde konjenital malformasyonların (atnalı böbrek, hipospadias, hemihipertrofi vb.) ve bazı sendromların (WAGR sendromu, Beckwith-Wiedemann sendromu vb.) eşlik etmesidir (12).

Çocukluk çağında en sık görülen malign kemik tümörleri osteosarkom ve Ewing sarkomudur. Osteosarkomun yıllık insidansı 2-3/1.000.000 olup en sık görüldüğü yaşlar 10-20 yaş arasındır. Metastaz olan osteosarkom vakalarında prognoz kötüdür. Ewing sarkomu sıklıkla 10-20 yaş arası erkeklerde gözlenir ve prognozu kötüdür (12).

Rabdomyosarkom çizgili kasların malign tümörüdür ve çocukluk çağında en sık görülen yumuşak doku tümörü olarak bilinmektedir. Çocuklarda en sık embriyonal tipe rastlanır ve sıklıkla baş-boyun bölgesinden köken alır.Yerleşim yerine ve kanser tipine göre prognoz değişkendir (12).

KANSERLİ ÇOCUK VE ERGENLERDE GÖZLENEN PSİKIYATRİK BELİRTİLER

Hastalıkların çocuklar için travmatik olduğu bilinmektedir. Bir çocuğun hastalığa ve hastaneye yatışa tepkisini birçok faktör belirler. Hastalığın akut ya da kronik olması, hayatı tehdit edici olması, görünür veya kalıcı engele neden olması gibi hastalıkla ilgili etkenler her

çocuğu farklı etkileyebilmektedir. Yapılan araştırmalar, kronik hastalığı olan çocuk ve ergenlerde, hastalığı olmayan yaşıtlarına oranla daha fazla duygusal ve davranışsal sorunlar geliştiğini ortaya koymaktadır (14).

Kanser ve diğer ciddi kronik hastalıklar çocuk yaş grubu için fiziksel, psikolojik ve sosyal stresördür. Bu stresörler çocuğın ruhsal durumunu etkileyerek psikiyatrik bozukluk ortaya çıkarabilmektedir. Kanserın çocukta oluşturduğu etki; çocuğa, aileye, hastalığa ve çevreye ilişkin, birbirini etkileyen birçok değişkene bağlıdır. Her etkenin birbiriyle ilişkisi ve özelliği, hastalığın seyrini etkileyecek potansiyele sahiptir.

Kanserın Çocukta Oluşturabileceği Ruhsal Hastalık Riski İçin Önemli Faktörler (15-17);

Çocuğa ait faktörler:

1. Gelişim dönemi özellikleri
2. Hastalık dönemindeki gelişim düzeyi
3. Mizaç özellikleri
4. Premorbid psikopatoloji
5. Uyum kapasitesi
6. Stresle başa çıkma yolları

Aileye ait faktörler:

1. Evlilik ilişkisinin kalitesi
2. Ebeveynliğin kalitesi
3. Ebeveynin hastalığı anlaması ve hastalığa karşı tutumu
4. Çocuk - ebeveyn ilişkisi
5. Ebeveynde psikiyatrik bozukluk
6. Ebeveynin beklentileri
7. Hastalık nedeni ile oluşan kısıtlama ve işlev kaybı
8. Hastalığı algılama biçimi ve çocuğa yansıtma şekli
9. Stresle başa çıkma yolları

Hastalığa ait faktörler:

1. Hastalığın şiddeti ve süresi
2. Hastalığın türü
3. Hastalığın lokalizasyonu

4. Hastalığın prognozu
5. Hastalığın başlama yaşı
6. Tanı sürecinin uzaması
7. Tedavi süreci ve kullanılan ilaçlar
8. Yeti kaybı ve fiziksel görünümde yaptığı değişiklikler
9. Fiziksel ve psikolojik kısıtlılıklar
10. Ağrının olup olmaması

Çevresel faktörler:

1. Tıbbi ekip kalitesi
2. Hastane ortamının kalitesi
3. Çocuğun arkadaş ilişkisi

Yaş Gruplarına Göre Hastalığın Çocuğu Etkileme Biçimi

Kanser hastalığı kuşkusuz bütün çocuklar için travmatiktir. Fakat çocuğun yaşı ve gelişim evresi, hastalıktan ve tedavi yöntemlerinden farklı şekilde etkilenmesine yol açar. Bebeklik ve okul öncesi yaş grubundaki çocuklar hastanede yatmaktan, aileden ayrılmaktan ve tıbbi işlemlerden aşırı korku ve kaygı duyarlar. Bu dönemlerde çocuğun emniyetli bir dünyada olduğu duygusunu yaşaması çok önemlidir. Özellikle ayrılıklara ve alışkın oldukları ortamların değişmesine çocuklar çok hassastır. Ağrılı ve invazif tıbbi girişimler çocuğun korku ve endişesini arttırabilir. Bunun yanı sıra hastalanmanın getirdiği yoğun anksiyete çocukta regresyona sebep olabilmektedir. Regresyona bağlı olarak o güne kadar olan kazanılmış becerilerde (tuvalet eğitimi, konuşma, kendi kendine beslenme vb.) gerileme olabilmektedir. Birincil bağlanma figüründen ayrılmalar ve kazanılan özerklik duygusunun zarar görmesi gibi nedenler, bu yaş grubu çocuklarının hastanede yatarak tedavi görme açısından oldukça duyarlı olduklarını düşündürmektedir. 3-6 yaş arası çocuklarda ebeveynlerinden ayrılma ve bireyselleşmeyi öğrenme, semboller ve dili kullanmaya başlama en önemli özelliklerdir. Terk edilme ve bedensel zarar görme ile ilgili kaygılar bu dönemde çok fazla görülmektedir. Benmerkezcilik ön plandadır. Çocuk bu dönemde hastalığı, hastaneye yatışı ya da uygulanan ağrılı işlemleri kötü davranışının sonucu olarak görmektedir. Hastalığı kendilerine yönelik bir ceza olarak algıladığı, dolayısıyla hastalığın adı ve niteliğinden çok, anne babanın sevgisini kaybedip kaybetmedikleri, onlardan ayrı kalıp kalmayacakları, onlara acı veren bir işlem yapıp yapılmayacağı ile ilgili kaygılar ön plandadır (18, 19).

Okul çağı yaş grubundaki çocuklarda deneyimleri düzenleme, sıraya koyma ihtiyacı ve kurallar öncelik kazanır. Kontrolü kaybetme ve ölüm korkusu bu dönemde gelişir. Hastalığı anlamada artış ile birlikte gerekli işlemleri ya da hastaneye yatış ihtiyacını kabul edebilirler. Okul çağı dönemindeki çocuklarda tanı ve tedavinin başlangıç dönemlerinde okul öncesi dönemdeki çocuklara benzer korkular gözlenebilmektedir. Aileden ayrılık, yabancı insanlar, tanımadıkları bir çevre, terk edilme korkusu ve vücut bütünlüğünün tehdit edilmesi bu dönemdeki çocukların en önemli endişesidir ve çocuklar çeşitli yollar deneyerek stresle başa çıkmaya çalışırlar. Normal koşullarda bu dönemdeki çocuklar için en önemli aktivite okuldur. Okul aileden bağımsızlığı, yeni ilişkiler kurmayı, akademik beceriler elde etmeyi sağlar. Oysa hayatı tehdit eden kanser hastalığı bu becerilerin kazanılmasında sorunlar oluşturabilmektedir (19).

Ergenlik döneminde ikincil ayrılma-bireyleşme gerçekleşmektedir. Ergenler akranlarına daha çok bağımlıdır ve onlardan oldukça etkilenmektedirler. Ergenlik döneminde ciddi bir hastalık başlangıcı; beden imajı, kimlik oluşumu, yaşlıları tarafından kabul edilme gibi nedenlerle stres yaratmaktadır. Tüm otorite figürlerine karşı özerklik kazanmaya çalışan ergen, tedavi sürecini travmatik olarak yaşayabilir. Olumsuz beden imgesi, ara verilen akran ilişkileri ergenin kendilik değerinin gelişimini olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Hastalığın getirdiği kısıtlamalar, yoğun ilaç kullanımı, hastane ziyaretleri, ebeveynlerin yoğun müdahalesi ergenlerde öfke ve karşı gelme davranışlarına sebep olabilmektedir. Bunun yanı sıra depresyon ve ajitasyon sık görülmektedir. Ergenlik dönemi geleceğe odaklı bir dönemdir. Kişinin kendi yeteneklerini tanıdığı, geleceğe ait kararlar verdiği bu dönemde ortaya çıkan kronik ciddi hastalıklar, mesleki plan yapma ve aile kurma ile ilgili kaygılara yol açabilmektedir. Oluşturulmaya çalışılan kimlik ve yaşam planları çerçevesinde hastalık daha ağır ve yıkıcı olarak algılanabilmektedir (18, 19).

Kanserli Çocuk ve Ergenlerde Gözlenen Psikiyatrik Bozukluklar

Kanser hastalığının akut dönem tedavisinin yapıldığı dönemde çocuk genellikle uzun süre toplumdan izole olup zamanını hastanede geçirmekte, invazif tıbbi girişimlere, kemoterapi ve radyoterapi gibi ciddi yan etkilere sahip uygulamalara maruz kalmaktadır. Bu dönemde ortaya çıkan psikiyatrik belirtileri ve bozuklukları tanımak oldukça önemlidir. Kanser tedavisi sonrasında çocuk ve ergenlerin psikiyatrik durumları ve işlevselliği konularında yapılan birçok çalışma bulunmaktadır. Yapılan çalışmaların sonuçları birbirleriyle tutarsızlık göstermektedir. Literatürde yapılan çalışmaların çoğunda kanserli çocuklarda sağlıklı akranlarına göre daha sık psikiyatrik bozukluk olduğu saptanmıştır (20,

21). Kanserli çocukların sağlıklı akranlarıyla, psikiyatrik bozukluk ve uyum sorunları anlamında önemli bir fark olduğunu saptamayan çalışmalar da bulunmaktadır (22, 23). Kanserli çocukların sağlıklı akranlarına göre daha iyi ruhsal durum ve sosyal uyuma sahip olduğunu, depresif bozuklukların sağlıklı akranlarında daha sık izlendiğini bildiren çalışmalar da bulunmaktadır (24, 25).

Uyum bozuklukları, depresyon, anksiyete bozuklukları ve davranış bozuklukları sık görülen psikiyatrik bozukluklar olarak bildirilmektedir (21).

Uyum bozuklukları: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı Beşinci Baskı'da (DSM-5) uyum bozuklukları, travma ve stresörle ilişkili bozukluklar bölümünde yer almaktadır. DSM-5 tanı kriterlerinde uyum bozukluklarının doğası; stresörün ağırlığı ya da yoğunluğuyla orantısız belirgin sıkıntının olması ve toplumsal, iş veya diğer alanlarda işlevsellikte belirgin bir düşme olarak tanımlanmıştır.

Uyum bozukluklarının temel özelliği, tanımlanabilir tetikleyici psikososyal stres etkeni ya da etkenlerine tepki olarak gösterilen duygusal veya davranışsal belirtilerin gelişimidir. Tetikleyici etken tek bir olay ya da çok sayıda olayı içerebilir. Etkenler tekrarlayıcı ya da sürekli olabilir. Ruhsal belirtiler stres etkeninin başlangıcından sonraki üç ay içinde gelişmelidir. Tetikleyici etken veya sonuçlarının ortadan kalkmasından sonra en fazla altı ay süreyle devam eder. Kronik bir stresör mevcutsa ya da stresörün etkileri uzun süreliyse semptomlar uzun sürebilir.

Uyum bozuklukları sık görülse de, yaygınlığı incelenen nüfusun işlevselliği ve kullanılan yöntemler açısından oldukça çeşitlilik göstermektedir. Ruh sağlığı açısından ayakta tedavi gören ve uyum bozukluğu tanısı konan kişilerin oranı %5 ile %20 arasında değişmektedir. Erişkinlerde psikiyatri konsültasyonları açısından %50'ye yaklaşan oranıyla en yaygın tanıdır.

Uyum bozukluğunun DSM-5'de depresyon ile, anksiyete ile, depresyon anksiyete birlikteliği ile, davranım bozukluğu ile, duygu ve davranım bozukluğu birlikteliği ile giden ve tanımlanmamış olmak üzere altı alt tipi bulunmaktadır (26).

Uyum bozukluğunun çocuklardaki klinik görünümü ile ilgili çalışmalar ve bilgiler yetersizdir. Çocukluk döneminde depresif belirtilerin, uyum bozukluğunun karakteristik özelliği olduğu ileri sürülmektedir. Cinsiyet olarak değerlendirildiğinde depresif duygudurum, somatik yakınmalar, anksiyete, sosyal içe çekilme kız çocuklarda daha sık görülürken, saldırganlık, davranım sorunları ve hiperaktivite erkek çocuklarında daha sık görülmektedir (27).

Major depresyon: Major depresif bozukluk (MDB) çocuk ve ergenlerde oldukça sık görülen, belirgin sıkıntı ve işlev bozukluğuna yol açan, sıklıkla başka ruhsal bozukluklarla birlikte olan, intihar girişimi ve madde kullanımı gibi ciddi sonuçlar doğurabilen, çoğu zaman tekrarlayan, erişkin dönemde de devam edebilen, bütün bu nedenlerle erken tanı ve tedavinin önemli olduğu ciddi ruhsal bozukluktur (28).

Literatürde depresif belirtileri inceleyen çalışmalarda depresif belirtilerin çocuklarda %10-13 arasında görüldüğü bildirilmiştir (29). Değişik çalışmalarda ergenlerde bu oran %21 ile %56 arasında değişen oranlarda bulunmuştur (30, 31).

Ülkemizde ilköğretim öğrencilerinde yapılan bir çalışmada %30 oranında orta, %6 oranında ağır depresif belirtiler saptanmıştır (32). Lise öğrencilerinde yapılan bir çalışmada ise depresyon oranı %18 olarak bulunmuştur (33).

Çocuk ve ergenlerde depresif bozukluğun sıklığını inceleyen çalışmalar gözden geçirildiğinde, depresif bozukluğun yaşla artış gösterdiği, okul öncesi çocuklarda %1'den az, okul çağında %3'den az olduğu, ergenlerde ise bu oranın %20'ye kadar çıktığı görülmektedir (34-40).

Yapılan çalışmalarda çocukluk döneminde depresif bozukluk ve depresif belirtiler açısından cinsiyet farkı bulunmamıştır (32, 37, 41). Ergenlik döneminden itibaren hem depresif belirtilerin hem de depresif bozukluğun kızlarda erkeklerden daha fazla görüldüğü bildirilmiştir (42, 43)

Depresif duygudurum, irritabilite, anhedoni, uyku ve iştah değişiklikleri, değersizlik ya da suçluluk duyguları, düşünceleri yoğunlaştırmada güçlük, intihar ve ölüm düşünceleri depresif bozuklukta temel belirtilerdir. Okul öncesi çocuklarda ağlama, gülümsememe, üzgün görünme, mızımızlanma, kilo almama, hareketlerde yavaşlama, oyuna ve etkinliklere ilgisizlik gibi depresif belirtilerin yanı sıra ayrılık anksiyetesinde artış, karın ağrısı, kendine ve çevreye yönelik agresyon gibi depresyon için tipik olmayan belirtiler de görülebilmektedir. Okul çağı çocuklarında ağlama, üzgün görünme, irritabilite, can sıkıntısı, dikkati toplamakta zorlanma, arkadaşlardan ve sevilen etkinliklerden uzaklaşma, alçak sesle konuşma, kendini suçlama, okul başarısında düşme, anksiyete belirtileri, baş ağrısı ve karın ağrısı gibi somatik belirtiler görülebilmektedir. Ergenlik döneminde can sıkıntısı, içe kapanma, arkadaş ve etkinliklere ilgi kaybı, okul başarısında düşme, dikkat eksikliği, psikomotor yavaşlama, aşırı yeme ve aşırı uyuma, düşük benlik saygısı, sanrılar, intihar düşüncesi ve girişimleri görülebilmektedir. Okuldan ve evden kaçma, alkol madde kullanımı hatta hırsızlık gibi davranış sorunları depresyonu maskeleyebilmektedir (36).

Çocukluktan erişkinliğe depresif belirtilerin incelendiği bir çalışmada; depresif duygudurum, dikkat eksikliği, uyku bozukluğu ve intihar düşüncelerinin her yaşta benzer oranda görüldüğü, yaş arttıkça depresif görünüş ve somatik yakınmaların azalıp, anhedoni, umutsuzluk, psikomotor retardasyon ve sanrılarının arttığı bildirilmiştir (44).

DSM-5'de çocuk ve ergenler için ayrı ölçütler bulunmamakta, erişkinler için olan kriterler küçük değişikliklerle çocuk ve ergenler için de kabul edilmektedir.

DSM-5'e Göre MDB Tanı Kriterleri

1. Depresif duygudurum (çocuk ve ergenlerde irritabilite olabilir.)
2. Anhedoni
3. Kilo verme ya da kilo alma, iştahta azalma ya da artma (çocuklarda beklenen kilo alımının olmaması olabilir.)
4. Uykusuzluk ya da aşırı uyuma
5. Psikomotor ajitasyon ya da retardasyon
6. Enerji kaybı
7. Değersizlik ya da suçluluk duyguları
8. Düşünceleri odaklamada güçlük çekme
9. Yineleyici ölüm ve intihar düşünceleri, intihar girişi

Major depresif bozukluk (MDB) tanısı için iki haftalık dönem içinde belirtilerden en az beşi ya da fazlası bulunmalıdır. Bu belirtilerden en az biri ya depresif duygudurum ya da anhedoni olmalıdır. Bu belirtiler klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya yol açması gerekmektedir. Belirtiler madde kullanımına ya da başka sağlık durumunun fizyolojik etkilerine bağlı olmaması gerekmektedir (26).

Literatürde kanserli çocuklarda depresyon sıklığını araştıran çalışmalar oldukça sınırlı sayıdadır. Yapılan çalışmalarda kanser hastalığı olan çocuk ve ergenlerde MDB sıklığı %11-%17 arasında değişmektedir (45, 46).

Depresif belirtiler kanser hastaları için çok doğal bir belirtiymiş gibi kabul edilir. Ancak kanser hastalarının klinik olarak fark edilir bir depresyon yaşamaları hiçbir zaman doğal kabul edilmemelidir. Kanser hastalarında depresyon mutlaka tedavi edilmelidir. Erişkinde yapılan çalışmalarda depresyon tedavi edilmediği takdirde hastanede kalış sürelerinde uzama, kanser tedavisine uyumda bozulma, fiziksel aktivitelerde kötüleşme, ilişki sorunları, uyku bozukluğu, kanser belirtilerinde hızlı ilerleme, daha fazla ağrı, morbiditede ve mortalitede artış bildirilmiştir (47).

Kanserli hastalarda pek çok tıbbi durum depresif belirtilere katkıda bulunur, artırır ya da taklit eder. Bu tıbbi durumlar arasında kontrol edilmeyen ağrı, hiperkalsemi, anemi, endokrinolojik anormallikler, santral sinir sistemi metastazı, glukokortikoid, interferon, bazı kemoterapötik ajanların yan etkileri bulunmaktadır (48).

Kemoterapötik ajanlar, metabolik anormalliklere sebep olarak, organ işlevlerini bozarak ya da toksisite ile nöropsikiyatrik sorunlara neden olabilirler. Birçok ajan genelde iyi tolere edilmesine rağmen bazı ajanların çeşitli nöropsikiyatrik komplikasyonları olabilmektedir. Kanserde depresyona yol açabilen ilaçlar arasında prednizon, deksametazon, prokarbazin, vinkristin, vinblastin, L-asparajinaz, tamoksifen, interferon, antihipertansifler, narkotikler, beta blokerler, benzodiazepinler ve antiparkinson ajanlar sayılabilir (49).

Anksiyete bozuklukları: Kanser gibi ciddi bir hastalık ölüm tehdidini de beraberinde getirmektedir. Anksiyete bu gibi tehdit durumlarında normal bir tepkidir. Fakat bazı hastalarda hastalığın etkilerine ve işlevsellikteki bozulmalara tepki olarak abartılı semptomlar görülebilmektedir. Yoğun anksiyete kanser tedavisinde özellikle kriz ya da dönüm noktalarında izlenmektedir. Kanser tedavisinde anksiyete sıklıkla; tanı aşamasında, tetkik sonuçlarını beklerken, yeni bir tedavi öncesinde, tedavi değişimlerinde, yan etki ortaya çıktığında ve nüks olduğunda ortaya çıkmaktadır (50).

Weisman'a göre; kanser tanısı alan nüksü ya da tedavinin amacına ulaşmadığını öğrenen kişide birincil olarak şok yaşanır ve ardından güvensizlik, inançsızlık duygularına bağlı anksiyete, irritabilite ve depresyon gibi problemler ortaya çıkabilmektedir (51).

Holland ve arkadaşlarına göre kanserli hastalardaki en önemli korkular; ölüm, beden görünüşünde bozulma, aileye bağımlı hale gelme, sosyal yaşamda sıkıntı yaşama, arkadaş ilişkisinde bozulma ve ağrı yaşama korkularıdır (52).

Kanser hastalığı olan çocuklarda hastalığın alevlenme evreleri sıklaşıp uzadıkça, hastalık ilerledikçe, çocukların ölümle ilgili korku ve kaygıları artmaktadır. Ölümcül hastalığa ilişkin ortaya çıkan duygusal tepkiler arasında gelecek kaygısı, çaresizlik, öfke ve ölüm korkusu en önde gelen tepkilerdir. Anksiyete belirtileri; sürekli ölümü düşünme, kanserle ilgili düşüncelerden uzaklaşamama ve bedenin hasar göreceği düşünceleri ile birlikte olabilir. Anksiyete yıkıcı düzeyde yaşanabilir, şaşkınlık ve çaresizlik duygularına somatik belirtiler eşlik edebilir (53).

Kanserli çocuklarda fobik ve anksiyöz semptomlar gözlenmiştir. Ayrılık anksiyetesi ve tedavilerle ilgili korkular tanımlanmıştır. Anksiyete aynı zamanda deliryuma sekonder olarak,

uygulanan tedavinin yan etkileri olarak, enfeksiyon ya da diğer metabolik nedenlere bağlı olarak oluşabilmektedir (50).

Kanserli çocuklarda anksiyete bozukluğu gelişimi konusunda literatürde çalışmalar oldukça kısıtlıdır. Erişkin kanser hastalarında yapılan çalışmalarda herhangi bir anksiyete bozukluğuna sahip olma oranı %6 ile %33 arasında değişmektedir (54).

KANSERLİ ÇOCUKLARDA YAŞAM KALİTESİ

Yaşam kalitesi, kişinin içinde yaşadığı kültürel yapı ve değerler sistemi, amaçları, beklentileri, standartları ve endişeleri açısından yaşamdaki durumu ile ilgili algısı olarak tanımlanmaktadır. Kısaca kişisel iyilik hali denilen bireyin yaşamdan sağladığı doyumun bir bütün şeklinde ifade edilmesi olarak özetlenmektedir (55).

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ise bir hastalığın ve tedavisinin yarattığı etkilerin hasta tarafından algılanışı olarak tanımlanmaktadır (55, 56).

Dünya Sağlık Örgütü sağlığı; sadece hastalık ve sakatlığın olmaması değil, fiziksel, ruhsal ve toplumsal yönden tam bir iyilik hali olarak tanımlamaktadır. Bu tanımın kanserli çocuklara ve çocukluk kanserinden kurtulanlara yönelik önemi fiziksel duruma ek olarak, sırasıyla tüm alanlardaki yaşam kalitesini etkilemesidir (57).

Yaşam kalitesi, kanser hastalığının uzun süreli etkileri (organ fonksiyon bozuklukları, iskelet deformitesi, skarlar, infeksiyöz komplikasyonlar, hormonal bozukluklar gibi) ile ilişkilidir. Bununla beraber bilişsel ve akademik alanlardaki güçlükler çocukların yaşam kalitesini bozmaktadır (58-60).

Literatürdeki çalışmalarda çocukluk çağı kanserlerinden lösemi, nöroblastom ve SSS tümör tanısıyla takip edilen çocukların yaşam kalitesi skorları, sağlıklı kontrol gruplarıyla karşılaştırıldığında önemli ölçüde düşük bulunmuştur. Uygulanan tedavinin tipi ile yaşam kalitesi skorlarında belirgin bir değişiklik bulunmamıştır. Yaşam kalitesi skoru kızlarda erkeklerden daha yüksek tespit edilmiştir. Fiziksel sağlık sorunları klinik olarak daha çok ortaya çıkarken psikososyal farklılıklar daha az gözlenmektedir (61, 62).

KANSERLİ ÇOCUK VE ERGENLERİN AİLELERİNDE GÖZLENEN PSİKIYATRİK BELİRTİLER

Hastalık ve tedavinin psikolojik etkilerinin sadece hastayı değil, aileyi ve çevresindeki kişileri de etkilediği bilinmektedir. Çocukluk çağı kanserlerinde tanıyı ilk duyan ve onun anlamının farkında olan ebeveynlerdir (63).

Çocuğa kanser tanısı konulduktan sonra ailelerde şok, inkar, suçluluk, kızgınlık ve korku gibi duygusal tepkiler görülebilmektedir. Şok ilk aşamada görülen ilk tepkidir. Kabullenme aşamasına kadar ebeveynler tanıyı anlama ve tedaviyi yorumlamakta oldukça zorlanmaktadır. İkinci tepki inkardır. İnkâr, ciddi tehdit algısı sonucu benliğin kendini korumak için devreye soktuğu bir savunma mekanizmasıdır. İnkâr, bireylerin kendilerini toparlayarak, başa çıkma mekanizmalarını devreye sokmaları ve tehdit yaratan duruma uyum sağlamaları için zaman kazandırır. Savunma olarak inkarın kullanılması anksiyete, suçluluk ve kızgınlığı azaltabilmektedir. Suçluluk ve öfke aşamasına gelindiğinde ebeveynler birbirlerini ve kendilerini suçlayabilmektedirler. Öfke duyguları doktora, diğer sağlık elemanlarına hatta bütün hastaneye yönelebilmektedir. Bu aşamada öfkenin yanı sıra ebeveynlerde mutsuzluk, depresyon ve somatik şikayetler görülebilmektedir. En son aşama ise hastalığın kabul edilip enerjinin, ruhsal gücün kanser ile mücadeleye ve yeni hayat biçimine uyum sağlamaya harcandığı, hastalık ile yaşamının öğrenilmeye başlandığı kabullenme dönemidir (18).

Kanser hastalığı olan çocuğun ebeveynlerinin en önemli kaygı ve endişe kaynağı kanser hastalığıdır. Bu kaygı ve endişe düzeyi hastalığın derecesine, aile bireylerinin psikolojik olgunluklarına, sosyoekonomik düzeye ve çevre desteğine bağlı olarak değişmektedir. Tanıya ve tedaviye uyum sağlamak aileler için oldukça zordur. Bir çalışmada hastalığa karşı ailelerin gösterdiği en sık tepkiler inkar, suçluluk ile birlikte depresyon, gerçeği kabullenme, aşırı koruyucu tutum, öfke ve öfkenin başkasına yansıtılması olarak sıralanmaktadır (63).

Kanser hastalığı olan çocukların anne ve babalarında psikiyatrik bozuklukların yüksek oranda görüldüğü bildirilmektedir. Bir çalışmada, lösemili çocukların annelerinin depresyon ölçeği skorlarında duygulanım açısından depresif belirtiler taşıdıkları belirtilmiştir (64). Başka bir çalışmada ise, ailede yüksek oranda depresyon, anksiyete, obsesyon ve uyku bozuklukları saptanmıştır (65).

Kronik hastalığı olan çocuklarının ve ebeveynlerinin fonksiyonlarını inceleyen bir çalışmada tanı ve tedaviye bağlı olarak gelişen ebeveyn stresinin; ebeveynlerin ruhsal dengesine, çocukların duygusal, sosyal ve davranışsal uyumuna ve hastalığın tedavisine olumsuz etki ettiği bildirilmiştir (66).

Çeşitli araştırmalarda kanser tanısı olan çocukların ebeveynlerinin, özellikle tanı konulduktan sonraki ilk yılda duygusal belirtilerinin sıklığında artış olduğu belirtilmiş ve çocuğun sağlığının kötüleşeceği korkusu ile ilgili yoğun kaygılarının olduğu bildirilmiştir. Ebeveynlerin kaygı ve korkularının, kanser hastası olan diğer çocukların sıkıntılı durumlarıyla ve kanserden ölen çocuklarla karşılaşmalarından dolayı daha çok arttığı gösterilmiştir (10).

Ayrıca kanseri nüks eden ya da uzun süre tedavi gören kanserli çocukların ebeveynlerinde ruhsal sorunların devam ettiğine dair veriler bulunmaktadır (67, 68). Yapılan araştırmalarda ebeveynlerin %25-33'ünde tanı ve tedaviden uzun yıllar sonrasında bile ruhsal problemlerin devam ettiği belirtilmektedir (69).

Araştırmalarda çocuğun sağlık durumunun kötü olması, hastalık nüksü, düşük sosyoekonomik düzey ve anne olmak gibi demografik ve tıbbi değişkenlerin iyileşen kanserli çocukların ebeveynlerinde uyum sorunlarının ortaya çıkmasında risk faktörleri olduğu belirtilmektedir (67, 70).

Literatürde ebeveyn stresi ve çocuğun problemli davranışları arasındaki ilişkinin karşılıklı etkileşim içerisinde olduğu öne sürülmektedir. Ebeveyndeki artmış stres reaksiyonun çocuğun mizacını daha fazla zorladığı, zor mizacın ise ebeveynin stresini daha da arttırdığı belirtilmiştir (71). Kanserli çocuklarda yapılan çalışmalarda da karşılıklı etkilerin olduğu öne sürülmektedir. Stresi yüksek olan ebeveynlerin çocuklarında daha çok problemli davranışlar olduğu belirtilmiştir (72). Bazı çalışmalarda kanserli çocukların yaşadıkları stresin, ebeveyn stresi ile ilgili olduğu ileri sürülmüştür. Kanser tanısı konulduktan sonra ebeveynlerin anksiyete, depresyon, uykusuzluk, somatik yakınmalar ve sosyal disfonksiyon gibi stres belirtilerinin çocuğun ruhsal durumunda önemli derecede etkili olduğu, bu belirtilerin artışının çocukta içe yönelim ve dışa yönelim davranışlarında artış ile uyumlu olduğu bildirilmiştir (73).

Kanser ve tedavisinin yarattığı psikolojik ve sosyoekonomik zorlanmaya sadece hasta çocuk ve ebeveynleri değil, sağlıklı kardeşleri de maruz kalmaktadır. Kanser tedavisi sırasında genelde anne çocukla birlikte uzun süre hastanede yatmakta, baba ise zamanını ilaç, kan ve kan ürünleri sağlamak için harcamaktadır. Dolayısıyla hem anne hem de baba evde kalan sağlıklı çocuğa çok az zaman ayırabilmektedir. Bu durum ebeveynlerin sağlıklı çocuklarına karşı suçluluk duymalarına yol açarken, çocuklarda ise ihmal edilmiş olma duygusuna sebep olmaktadır. Eğer sağlıklı kardeş kanserin doğasını anlayamayacak kadar küçük yaştaysa öfke, korku, üzüntü gibi tepkiler gösterebilmektedir. Hastalığı anlayacak yaşta olanlarda ise endişe ve korku ön plandadır. Sağlıklı kardeşte psikiyatrik oluşumunda önemli risk faktörleri; yaş, cinsiyet, kardeş sayısı, hasta olan kardeşle kurulan ilişkinin niteliğidir. Çalışmalarda kanserli çocukların kardeşlerinde okulda akademik problemler, tırnak yeme ve psikosomatik yakınmalar gibi belirtilerin sık olduğu bildirilmiştir (18).

STRES VE STRESLE BAŞA ÇIKMA

Stres, bireyin fizik ve ruhsal sınırlarının zorlanması ve tehdit edilmesiyle ortaya çıkan bireysel bütünlüğü zorlayıcı ve bozucu etkenler olarak tanımlanabilir. Stres belirtileri fiziksel, duygusal, zihinsel ve davranışsal olmak üzere dört kategoride toplanabilir. Stresin fiziksel belirtileri; bas ağrısı, çarpıntı hissi ve huzursuzluk gibi somatik yakınmalardır. Kolayca sinirlenme, öfkelenme, mutsuzluk ve isteksizlik stresin duygusal belirtileridir. Stresin zihinsel belirtileri, bellekte ve yargılama yeteneğinde bozulma olarak söylenebilir. Uyku düzeninde bozukluk, iştah değişiklikleri, sigara ve alkol kullanımında artış ise stresin davranışsal belirtileri arasında yer almaktadır. Strese yol açan durumların yarattığı duygular ve psikolojik uyarılma son derece rahatsız edicidir ve bu rahatsızlık kişiyi bunu azaltmak için bir şeyler yapmaya güdüler. Bir kişinin stres yaratan durumlarla uğraşma sürecine başa çıkma denir (74).

Baş çıkma, bireyin psikolojik olarak kendini iyi hissetmesini sağlamaya yönelik kullanacağı uygun davranışsal yaklaşımları ya da kendini kötü hissetmemesini sağlayacak uygun kaçma davranışlarını içermektedir. Kişinin yaşantısını tehdit edici olarak algıladığı bir durumda, kendisini daha iyi bir duruma getirmek için durumu kontrol etmesini sağlayan davranışları içeren çabaların tümüdür. Tarihsel açıdan bakıldığında stresle başa çıkma mekanizmalarını beş farklı açıdan ele alındığı görülmektedir. Bunlar:

1. Freud'un psikoanalitik kuramda belirttiği bilinçdışı savunma mekanizmaları
2. Eriksson'un "yaşam dönemleri" yaklaşımında belirttiği özgüven, özyeterlilik ya da içsel kontrol gibi bireysel kaynaklar
3. Evrim kuramı ve davranışçı akımdaki problem çözme çabaları
4. Cannon ve Selye gibi araştırmacıların ileri sürdüğü, hem hayvanların hem de insanların stres karşısında gösterdiği genetik olarak programlanmış bir tepki
5. Organizmanın fizyolojik ve psikolojik kaynaklarının zorlanıp tükenmesi karşısında gösterdiği, uyum yapmaya yönelik, sürekli değişen, bilişsel ve davranışsal çabalar olarak sıralanabilir (75).

Baş çıkma mekanizmaları ayrıca kaynaklar, tarzlar ve çabalar olarak da sınıflandırılmaktadır. Baş çıkma kaynaklarına örnek olarak; bireyin problem çözme becerileri, kişiler arası ilişkilerdeki becerileri, olumlu benlik kavramı gibi kişiliğinin bazı yönleri ve sosyal destekler örnek verilebilir. Baş çıkma tarzları, bireyin belli durumlarda genellikle kullandığı ya da benzer durumlarda zaman içinde tekrarladığı başa çıkma yöntemlerini kapsamaktadır. Bunlar aynı zamanda kişinin tercihlerinin, dolaylı olarak da

inançlarının ve değerlerinin yansımasıdır. Başa çıkma çabaları ise belirli bir strese karşı kullanılan bilişsel ya da davranışsal stratejilerdir ve stresli olaya göre değişmektedir (76).

Yapılan çalışmalar sonucunda başa çıkma stratejilerinin genel olarak iki grupta toplandığı görülmektedir. Probleme yönelik başa çıkma ve duygulara yönelik başa çıkma olarak isimlendirilen bu stratejilerin sorunlara, kişilere ve durumlara göre değiştiği ve başa çıkma mekanizmalarını ölçmek üzere geliştirilen ölçeklerin hemen hepsinde yer aldığı belirtilmektedir. Problem odaklı başa çıkma; durumu değiştirmeye yönelik, mantıklı, soğukkanlı ve bilinçli aktif çabaları içermektedir. Duygulara yönelik başa çıkma ise; uzaklaşma, kendini kontrol etme, sosyal destek arama ve kabullenme gibi pasif davranışları içermektedir. Birey eğer yaşadığı stresli durumu kontrol edemeyeceğini düşünüyor ise duygusal odaklı başa çıkma tutumlarına yönelir iken, durum üzerinde kontrol edilebilirlik inancına sahip olduğunu düşünüyorsa bilişsel çabalara ve problem odaklı başa çıkma tutumlarına yönelmektedir (77).

Başa çıkma tarzları aktif ve pasif tutumlar olarak da sınıflandırılmaktadır. Aktif başa çıkma tutumları doğrudan stres kaynağını hedef olarak alıp ve stresörün ortadan kaldırılmasını hedeflerken, pasif başa çıkma tutumlarında stres kaynağından uzaklaşma çabası temeldir. Aktif başa çıkma tutumları, duygusal ya da davranışsal stresli durumlarla başa çıkmak için daha iyi bir yol olarak görülürken pasif başa çıkma tutumları, psikolojik risk faktörü veya stresli yaşam durumlarına karşı ters tepkilerin işareti olarak ortaya çıkmaktadır (78).

GEREÇ VE YÖNTEMLER

OLGULAR

Çalışmaya araştırma grubu olarak, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Hematoloji-Onkoloji Bilim Dalı'nda kanser tanısıyla yatarak ya da ayaktan takip ve tedavi edilen, 8-16 yaşları arasındaki 45 olgu alınmıştır. Kontrol grubu olarak, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Genel Pediatri Polikliniği'ne ebeveynleri tarafından getirilen kronik tıbbi ve nörogelişimsel hastalığı olmayan 80 olgu alınmıştır. Çalışmanın yürütülmesi için Trakya Üniversitesi Yerel Etik Kurulu'ndan etik onayı alınmıştır. (Ek 1).

Olgu Grubunda Gönüllülerin Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

1. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hematoloji-Onkoloji Bilim Dalı'nda yatarak ve ayaktan kanser tanısıyla takip ve tedavi ediliyor olması.
2. 8-16 yaş arasında olması.
3. En az bir bakım verene sahip olması.
4. Bakım verenlerin okuma yazmayı bilmesi.
5. Çalışmaya katılmak için gönüllü olunması.

Kontrol Grubunda Gönüllülerin Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

1. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim dalı Genel Pediatri Polikliniği'ne basit üst solunum yolu enfeksiyonu nedeniyle başvurulmuş olması.

2. Başka kronik herhangi kronik tıbbi ve psikiyatrik hastalık öyküsü olmaması.
3. 8-16 yaş arasında olması.
4. En az bir bakım verene sahip olması.
5. Bakım verenlerin okuma yazmayı bilmesi.
6. Çalışmaya katılmak için gönüllü olunması.

Gönüllülerin Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri

1. Psikotik bozukluk, otizm spektrum bozukluğu ve mental retardasyon tanılarını almış olması.
2. Araştırmada kullanılacak psikiyatrik değerlendirmeler için gerekli işbirliğine engel olacak bilinç ve yönelim bozukluğu gibi tıbbi bir soruna sahip olunması.
3. Çalışmaya katılmak için gönüllü olunmaması.
4. Bakım verenlerin psikotik bozukluk, iki uçlu bozukluk, mental retardasyon, alkol-madde bağımlılığı tanılarını almış olması.

VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Sosyodemografik Veri Formu

Pediyatrik onkoloji hekimlerinin de görüşü alınarak hazırlanan veri formu, araştırmacı tarafından olgulardan, aileden ve tedavisini sürdüren hekimden bilgi alınarak doldurulmuştur. Olgu ve kontrol grubu için ad-soyad, yaş, cinsiyet, anne ve babanın yaşları, meslek ve eğitim durumları, psikiyatrik ve tıbbi özgeçmişleri, ailenin sosyoekonomik durumu ve kardeşler ile ilgili bilgiler sorgulanmıştır. Sadece olgu grubuna hastalığının tanısı, kanser nedeniyle okula gidemediği süre, tanı konulma yaşı, tanı konulana kadar geçen süre, hastanede yatış süresi, radyoterapi ve intratekal tedavi alıp almadığı, operasyon yapıp yapılmadığı, çocuk psikiyatrisi konsültasyonu istenip istenmediği gibi hastalık ile ilgili bilgileri içeren bir bölüm eklenmiştir (Ek 2).

Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi – Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli (ÇDSG-ŞY) (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Age Children – Present and Lifetime Version, K-SADS-PL)

Bu form, Kaufman ve arkadaşları tarafından, çocuk ve ergenlerin DSM – III – R ve DSM – IV tanı ölçütlerine göre geçmişteki ve şimdiki psikopatolojilerini saptamak amacıyla geliştirilmiş olan, yarı yapılandırılmış bir görüşme formudur (79).

Form üç bölümden oluşmaktadır. ‘Yapılandırılmamış başlangıç görüşmesi’ olarak adlandırılan ilk bölümde çocuğun demografik bilgileri, sağlık durumu, şu andaki yakınması, geçmişte aldığı psikiyatrik tedavilere ilişkin bilgilerle çocuğun okuldaki durumu, hobileri ve arkadaş ilişkileri gibi bilgiler edinilir. İkinci bölüm olan ‘tanı amaçlı tarama görüşmesi’ yaklaşık 200 tane özgül belirti ve davranışı değerlendirir. Her bir belirtiyi değerlendirmek için, belli tarayıcı sorular ve değerlendirme ölçütleri mevcuttur. Tarama görüşmesi ile pozitif belirtiler varsa tanıyı doğrulamak amacıyla 5 tanı alanında ek puanlama yapılmaktadır. Bunlar, duygulanım bozuklukları, psikotik bozukluklar, anksiyete bozuklukları, davranış bozuklukları, madde kötüye kullanımı ve diğer bozukluklar. Her bir ek belirti listesi, tarama soruları ile bozukluğun şimdiki ve geçmişteki en ağır ataklarını değerlendirmek üzere ölçütler içermektedir. Her bir tanı için DSM-III-R ve DSM-IV için tanı ölçütleri verilmiştir. Çocuğun şu andaki işlev düzeyini belirlemek için düzenlenen üçüncü bölüm ise ‘çocuklar için genel değerlendirme ölçeği’ olarak adlandırılır. ÇDSG-ŞY, belirti şiddetini “yok”, “eşik altı” ve “eşik” şeklinde derecelendirir. ÇDSG-ŞY, tanı konulan bireylerde belirtilerin varlığına dair bilgi verir, belirtilerin şiddetini değerlendirmez. ÇDSG-ŞY, ebeveyn ve çocuğun kendisiyle görüşme yoluyla uygulanır ve en sonunda tüm kaynaklardan (anne, baba, çocuk, okul, v.b.) alınan bilgiler doğrultusunda değerlendirme yapılır. Ergenlik öncesi döneme uygulanırken önce anne-baba ile görüşme yapılır. Ergenlerle çalışılıyorsa önce ergenin kendisiyle görüşülür. Eğer farklı kaynaklardan gelen bilgiler arasında uyumsuzluk varsa klinisyen kendi klinik yargısını kullanır.

Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi – Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli (ÇDSG-ŞY); major depresyon, distimi, mani, hipomani, siklotimi, bipolar bozukluk, şizoaffektif bozukluklar, şizofreni, şizofreniform bozukluk, kısa tepkisel psikoz, panik bozukluk, agorafobi, ayrılık anksiyetesi bozukluğu, kaçınma bozukluğu, basit fobi, sosyal fobi, yaygın anksiyete bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, davranım bozukluğu, karşı gelme karışık olma bozukluğu, enürezis, enkoprezis, anoreksiya nervoza, bulimiya, geçici tik bozuklukları,

Tourette Bozukluğu, kronik motor ya da vokal tik bozukluğu, alkol kötüye kullanımı, madde kötüye kullanımı, travma sonrası stres bozukluğu ve uyum bozukluğu temel tanılarını içerir. Çocuk psikiyatrisinde sık görülen birçok hastalık açısından güvenilir bir tanı aracı olduğu belirtilen ÇDSG-ŞY'in Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Gökler ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (80).

Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği Ebeveyn Formu (ÇİYKÖ-Ebeveyn Formu)

Bu ölçek Varni ve arkadaşları tarafından, 2-18 yaşlar arasındaki çocuk ve ergenlerin sağlıkla ilgili yaşam kalitelerini ölçebilmek için, yaklaşık 15 yıllık çalışma sonucu 1999 yılında geliştirilmiş bir yaşam kalitesi ölçeğidir (81).

Çocuklar için Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇİYKÖ), 2-4, 5-7, 8-12, 13-18 yaşları arasındaki çocuk ya da ergenler için ebeveyn formu ve 5-7, 8-12, 13-18 yaşları arasındaki çocuk ya da ergenler için öz bildirim formu olmak üzere toplam yedi formdan oluşmaktadır. Çocuk ve ergen formları birbirine benzer olmasına rağmen, bilişsel gelişim düzeylerindeki farklılıktan dolayı, çocuk formlarında daha basit sözcükler kullanılmıştır.

Genel yaşam kalitesi ölçeklerinden olan ÇİYKÖ, hastane ve okul gibi geniş popülasyonlarda, hem hastalığı olan hem de sağlıklı çocuk ve ergenlerde kullanımı uygun olan bir yaşam kalitesi ölçeğidir. Bu ölçek, çocuk ve ergenlerin son bir aydaki durumunu sorgulamaktadır. 5-7 yaşları arasındaki çocuklar için üç seçenekli, 8-18 yaşları arasındaki çocuk ve ergenler için 5 seçenekli likert tipi ölçek şeklinde geliştirilmiştir. Maddeler 0-100 arasında puanlanmaktadır. Sorunun yanıtı “hiçbir zaman” olarak işaretlenmişse 100, “nadiren” olarak işaretlenmişse 75, “bazen” olarak işaretlenmişse 50, “sıklıkla” olarak işaretlenmişse 25, “hemen her zaman” olarak işaretlenmişse 0 puan almaktadır. Puanlar toplanıp doldurulan madde sayısına bölünerek toplam puan elde edilmektedir. Ölçeğin %50'sinden fazlası doldurulmamış ise ölçek değerlendirmeye alınmamaktadır. Ölçekte eksik doldurulan maddelerin olması halinde doldurulmuş maddelerin puanları toplanmakta ve işaretlenmiş madde sayısına bölünmektedir. Sonuç olarak ÇİYKÖ toplam puanı ne kadar yüksek ise, sağlıkla ilgili yaşam kalitesi de o kadar iyi algılanmaktadır.

Çocuklar için Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇİYKÖ) 23 maddeden oluşmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımladığı sağlıklılık halinin özellikleri olan fiziksel sağlık, duygusal işlevsellik ve sosyal işlevsellik alanlarını sorgulamaktadır. Bunun yanında okul işlevselliği de sorgulanmaktadır. Puanlama 3 alanda yapılmaktadır. İlk olarak ölçek toplam puanı (ÖTP), ikinci olarak fiziksel sağlık toplam puanı (FSTP), üçüncü olarak duygusal, sosyal ve okul işlevselliğini değerlendiren madde puanlarının hesaplanmasından oluşan psikososyal sağlık

toplam puanı (PSTP) hesaplanmaktadır. Ölçeğin 13-18 yaş ergen formunun geçerlik ve güvenilirliği 2007 yılında, 8-12 yaş çocuk formunun geçerlik ve güvenilirliği 2008 yılında Memik ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (82, 83) (Ek 3).

Güçler Güçlükler Anketi (GGA) - Anne Baba Versiyonu

Orijinal adı “Strengths And Difficulties Questionnaire” (SDQ) olan Güçler ve Güçlükler Anketi (GGA) Goodman tarafından 1997 yılında çocuk ve ergenlerde ruhsal sorunların taranması amacıyla geliştirilmiştir (84).

Bu anketin 4-16 yaşlar için anne-baba ve okul formu ile 11-16 yaşlar için ergenin kendisinin doldurduğu ergen formu bulunmaktadır. Her iki formu da aynı maddeleri içermektedir. Ölçeğin anne baba versiyonu ebeveynler tarafından doldurulmaktadır. Pek çok maddedeki tek fark, üçüncü tekil şahıs yerine birincil tekil şahsın kullanılmasıdır.

Güçler Güçlükler Anketi (GGA) 25 sorudan oluşur. Önergelerin bazıları olumlu bazıları olumsuz davranış özelliklerini sorgular. Anket kendi içinde; davranış sorunları, dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik, duygusal sorunlar, akran sorunları, sosyal davranışlar olmak üzere 5 alt başlıkta toplanmıştır. Her başlık kendi içinde değerlendirildiği gibi sosyal davranışlar puanı hariç diğerlerinin puanlarının toplamı toplam güçlük puanını vermektedir. Sosyal davranışlar alt ölçeğinde düşük puan, diğer alt ölçeklerde ise yüksek puan, o alan için sorun olduğunu gösterir.

Ölçek, Güvenir ve arkadaşları tarafından Türkçe'ye çevrilmiş, geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (85) (Ek 4).

Belirti Tarama Listesi-90-Revize Edilmiş (BTL-90-R) (Symptom Check List - 90 - Revised)(SCL-90-R)

Belirti tarama listesinin temeli Wilder tarafından 1948 yılında geliştirilmiş olan ve olumsuz stres tepkilerinin düzeyini ölçmeyi amaçlayan Cornell Medical Index'e dayanmaktadır. Bu liste üzerinde yaptıkları bazı değişikliklerle 1976 yılında Derogatis ve arkadaşları önce SCL-90'ı sonra da 1992 yılında BTL-90-R'yi geliştirmişlerdir (86, 87).

Psikolojik ve bedensel belirtileri, kişinin içinde bulunduğu zorlanmanın ya da yaşadığı olumsuz stres tepkisinin düzeyini ölçmeye yönelik psikiyatrik bir tarama aracı olan ölçek 90 maddeden oluşmaktadır. Maddelerin cevaplandırılması “hiç”, “çok az”, “orta derecede”, “oldukça fazla” ve “ileri derecede” seçeneklerinden oluşan 5’li Likert tipi bir ölçek üzerinde yapılmaktadır. Böylece her madde için 0 ile 4 arasında bir puan elde edilmektedir. Ters yönde puanlanan bir madde yoktur.

Ölçeğin; somatizasyon, obsesif-kompulsif, kişiler arası duyarlılık, depresyon, anksiyete, öfke-düşmanlık, fobik anksiyete, paranoid düşünce ve psikotizm belirti gruplarını yansıtan 9 alt ölçeği bulunmaktadır. Ölçeğin ayrıca genel belirti düzeyi (GBD), pozitif belirti toplamı (PBT) ve pozitif belirti düzeyi (PBD) olmak üzere üç indeksi ve suçluluk duyguları, yeme sorunları ve uyku ile ilgili sorunları değerlendiren maddelerden oluşan bir ek skalalar ölçeği bulunmaktadır. Genel belirti düzeyi (GBD) puanı, her madde için elde edilen puanların madde sayısı olan 90'a bölünmesi şeklinde hesaplanmakta ve 0 ile 4 arasında değişmektedir. Pozitif belirti toplamı (PBT) ise kişide kaç tane belirti olduğu ölçülmeye çalışılmaktadır. Pozitif belirti düzeyi (PBD) ise maddelerden alınan toplam puanın pozitif belirti toplamına bölünmesiyle elde edilen ve belirtilerin şiddetini gösteren bir ortalama değerdir. PBT puanı 0 ile 90 arasında ve PBD puanı ise 0 ile 4 arasında değişmektedir.

Ölçeğin ülkemizdeki geçerlik güvenirlik çalışmaları Dağ tarafından yürütülmüştür (88). Ölçek ülkemizde de pek çok çalışmada kullanılmaktadır (Ek 5).

Beck Depresyon Envanteri (BDE)

1961 yılında geliştirilmiş olan Beck depresyon envanteri (BDE), 21 maddeden oluşan bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Ölçek, depresyonda gözlenen belirtilerin şiddetini ölçmeyi amaçlar (89). Bireyden 4 seçeneği olan her bir madde için, son bir hafta içerisinde kendi durumunu en iyi tanımlayan cümleyi işaretlemesi istenir. Her seçenek, yanında yazan rakamla puanlanır. Ölkekten alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan 63'tür. Bu ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Hisli tarafından yapılmış ve kesme puanının 17 olarak kabul edildiği belirtilmiştir (90) (Ek 6).

Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği (DSKÖ) (Spielberger State Trait Anxiety Inventory) (STAI)

Spielberger, Gorsuch ve Lushene tarafından 1970 yılında durumluk ve sürekli kaygıyı ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Her biri Likert tipi, 1-4 arasında puanlanan 20 maddelik durumluk kaygı ölçeği ve 20 maddelik sürekli kaygı ölçeği olmak üzere iki ölçekten oluşmaktadır. Durumluk kaygı alt ölçeği (DKÖ) maddelerinde ifade edilen duygu ve davranışlar, bu tür yaşantıların şiddet derecesine göre; "hiç", "biraz", "çok" ve "tamamıyla" seçeneklerinden biri seçilerek belirtilir. Sürekli kaygı alt ölçeği (SKÖ) maddelerinde ifade edilen duygu ve davranışlar ise, sıklık derecelerine göre; "hemen hiçbir zaman", "bazen", "çok zaman" ve "hemen her zaman" şeklinde işaretlenir. Her bir alt ölçekten alınan yüksek puanlar, kaygı düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir (91).

Ölçeğin Türkçe'ye uyarlaması ile geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 1983 yılında Öner ve Le Compte tarafından yapılmıştır (92) (Ek 7).

Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ)

Bireylerin genel ya da belirgin stres durumlarıyla başa çıkmada kullandıkları yolları belirleyebilmek amacıyla 1980 yılında Folkman ve Lazarus tarafından geliştirilmiştir (93). Ölçek kendine güvenli yaklaşım, çaresiz yaklaşım, boyun eğici yaklaşım, iyimser yaklaşım ve sosyal destek arama yaklaşımı olmak üzere beş alt gruptan oluşmaktadır. Ölçek 0-3 arası puanlanarak değerlendirilir (0=%0, 1=%30, 2=%70, 3=%100). Ölçekteki 1., 9., 29., 30. maddeler ters olarak puanlanmaktadır. Toplam 30 maddeden oluşan ölçekte toplam puan hesaplanmamakta her alt gruba ait puanlar ayrı ayrı hesaplanmaktadır. Alt ölçeklerden alınan puanların yüksek oluşu stresle başa çıkmada o alt ölçekteki yaklaşımın daha çok kullanıldığını göstermektedir. Ölçeğin değerlendirmesinde kendine güvenli, iyimser ve sosyal desteğe başvurma faktörlerinden elde edilen puanlar arttıkça stresle başa çıkmanın etkili olduğu; çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım faktörlerinden elde edilen puanların artması ise stresle başa çıkmada etkisiz yöntemlerin kullanıldığını belirtmektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Şahin ve Durak tarafından yapılmıştır (75) (Ek 8).

VERİLERİN TOPLANMASI

Çalışmaya katılan kanser tanısı almış olgularla ve bakım verenleriyle Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk Hematoloji-Onkoloji servis ve polikliniklerinde psikiyatrik görüşmeye uygun odalarda klinik görüşme yapılmıştır. Olgu grubunun hem kendileriyle hem de bakım verenleriyle görüşme yapılarak anabilim dalımızda oluşturulan sosyodemografik veri formu doldurulmuş, geçmişteki ve şimdiki psikopatolojilerini saptamak amacıyla yarı yapılandırılmış bir görüşme formu olan ÇDŞG-ŞY uygulanmıştır.

Çalışmaya katılan kontrol grubuyla ve bakım verenleriyle Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Genel Pediatri Polikliniği'nde psikiyatrik görüşmeye uygun odalarda araştırmacı tarafından sosyodemografik veri formu doldurulmuştur.

Hem olgu grubu hem de kontrol grubunun bakım verenlerine araştırmacı eşliğinde çeşitli öz bildirim ölçekleri uygulanmıştır. Çocuğun sağlıkla ilgili yaşam kalitesini ölçmek için ÇİYKÖ-EF, ruhsal sorunlarının taranması amacıyla GGA-anne baba versiyonu uygulanmıştır. Bakım verenlerin ruhsal belirtilerini taramak için BTL-90-R, anksiyete düzeyini değerlendirmek için DSKÖ, depresyon düzeyini değerlendirmek için BDE, stresle başa çıkma tarzlarını değerlendirmek için ise SBTÖ uygulanmıştır.

VERİLERİN ANALİZİ

İstatistiksel değerlendirme, SPSS 20.0 (Lisans No: 10240642) istatistik programı kullanılarak yapıldı. Verilerin tanımlayıcı istatistiklerinde ortalama, standart sapma, medyan en düşük, en yüksek, frekans ve oran değerleri kullanıldı. Değişkenlerin dağılımı Kolmogorov Simirnov testi ile ölçüldü. Nicel verilerin analizinde Mann Whitney U testi kullanıldı. Nitel verilerin analizinde ki-kare test, ki-kare test koşulları sağlanmadığında Fischer test kullanıldı. Sürekli değişkenler arası ilişkilerin varlığını ya da yokluğunu sınamak amacıyla normal dağılıma uymadığı tespit edilen veri setinde spearman korelasyon analizi kullanıldı. İstatistiksel olarak anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak belirlendi.



BULGULAR

Bu çalışmada araştırma grubu, kanser tanısı olan 45 çocuktan, kontrol grubu ise kronik hastalığı olmayan 80 çocuktan oluşmaktadır. Çalışmaya katılan olguların en küçüğü 8, en büyüğü 16 yaşındadır. Araştırma grubundaki olguların yaş ortalaması $11,7 \pm 3,1$ yıl, kontrol grubundaki olguların yaş ortalaması $11,8 \pm 2,8$ yıldır. Araştırma grubundaki olguların 23'ü (%51,1) çocuk yaş grubunda, 22'si (%48,9) ergen yaş grubundadır. Kontrol grubundaki olguların 40'ı (%50) çocuk yaş grubunda, 40'ı (%50) ergen yaş grubundadır. Araştırma grubu ile kontrol grubunun yaş ortalamaları ve yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p > 0,05$). Araştırma grubundaki olguların 25'i (%55,6) erkek çocuklardan, 20'si (%44,4) kız çocuklardan oluşmaktadır. Kontrol grubundaki olguların 39'u (%48,8) erkek çocuklardan, 41'i (%51,2) kız çocuklardan oluşmaktadır. Araştırma grubu ile kontrol grubu arasında cinsiyet bakımından anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p > 0,05$) (Tablo 1).

Tablo 1. Olguların yaş, yaş grubu ve cinsiyet dağılımları

		Araştırma Grubu(n=45)		Kontrol Grubu(n=80)		p
		AO±SS Ort	Sayı (yüzde)	AO±SS Ort	Sayı (yüzde)	
Yaş		11,7±3,1 11,0		11,8±2,8 11,5		0,866*
Yaş Grup	Çocuk		23 (51,1)		40 (50)	0,905**
	Ergen		22 (48,9)		40 (50)	
Cinsiyet	Erkek		25 (55,6)		39 (48,8)	0,465**
	Kız		20 (44,4)		41 (51,3)	

AO: Aritmetik Ortalama, SS: Standart Sapma, Ort: Ortanca.

*: Mann Whitney U testi **: Ki kare testi.

Çalışmaya katılan araştırma ve kontrol gruplarındaki olguların hepsinin bakım verenleri anneleriydi. Araştırma grubundaki olguların annelerinin yaş ortalaması 37,8±6,7 yıl, kontrol grubundaki olguların annelerinin yaş ortalaması 37,2±4,8 yıldır. Araştırma grubundaki olguların babalarının yaş ortalaması 41,7±6,9 yıl, kontrol grubundaki olguların babalarının yaş ortalaması 41,1±4,9 yıldır. Araştırma grubundaki olguların ortalama kardeş sayısı 1,6±1,6 olarak, kontrol grubundaki olguların ortalama kardeş sayısı 1,1±0,9 olarak bulunmuştur. Araştırma ve kontrol grupları arasında anne ve baba yaş ortalamaları ve kardeş sayıları bakımından anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 2).

Tablo 2. Olguların anne-babalarının yaş ortalamalarının ve kardeş sayılarının araştırma ve kontrol grupları arasında karşılaştırılması

	Araştırma Grubu(n=45) A.O±S.S Ort (Min-Mak)	Kontrol Grubu(n=80) A.O±S.S Ort (Min-Mak)	p*
Anne Yaşı	37,8±6,7 39 (27-51)	37,2±4,8 37 (27-47)	0,528
Baba Yaşı	41,7±6,9 40 (29-56)	41,1±4,9 41 (31-52)	0,928
Kardeş Sayısı	1,6±1,6 1 (0-9)	1,1±0,9 1 (0-4)	0,053

AO: Aritmetik Ortalama, SS: Standart Sapma, Ort: Ortanca, (Min-Mak): (Minimum - Maksimum).

*: Mann Whitney U testi.

Olguların anne ve babalarının eğitim ve ailelerin gelir durumları bakımından araştırma ve kontrol grubu arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 3).

Tablo 3. Olguların anne-babalarının eğitim düzeylerinin ve gelir düzeylerinin araştırma ve kontrol grupları arasında karşılaştırılması

		Araştırma Grubu(n=45) Sayı (Yüzde)	Kontrol Grubu(n=80) Sayı (Yüzde)	p*
Anne Eğitimi	Okuryazar	2 (4,4)	3 (3,8)	0,781
	İlköğretim	23 (51,1)	42 (52,5)	
	Ortaokul	6 (13,3)	12 (15,0)	
	Lise	8 (17,8)	17 (21,3)	
	Üniversite	6 (13,3)	6 (7,5)	
Baba Eğitimi	Okuryazar	1 (2,2)	2 (2,5)	0,916
	İlköğretim	21 (46,7)	38 (47,5)	
	Ortaokul	4 (8,9)	7 (8,8)	
	Lise	8 (17,8)	25 (31,3)	
	Üniversite	11 (24,4)	8 (10,0)	
Gelir Düzeyi	Düşük	6 (13,3)	15 (18,8)	0,669
	Orta	32 (71,1)	51 (63,8)	
	Yüksek	7 (15,6)	14 (17,5)	

*: Fisher's kıkare testi

Çalışmada araştırma ve kontrol grubu arasında, olguların anne ve babalarının tıbbi hastalık öyküsü, psikiyatrik hastalık öyküsü, sigara ve alkol kullanımı bakımından anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4).

Tablo 4. Araştırma ve kontrol grupları arasında olguların anne-babalarının tıbbi hastalık öyküsü, psikiyatrik hastalık öyküsü, sigara ve alkol kullanımı açısından karşılaştırılması

		Araştırma Grubu(n=45) Sayı (Yüzde)	Kontrol Grubu(n=80) Sayı (Yüzde)	p*
Anne Hastalık	Var	11 (24,4)	20 (25,0)	0,945
Baba Hastalık	Var	6 (13,3)	13 (16,3)	0,663
Anne Psikiyatrik Hastalık	Var	12 (26,7)	16 (20,0)	0,391
Baba Psikiyatrik Hastalık	Var	2 (4,4)	6 (7,5)	0,503
Anne Sigara Kullanımı	Var	13 (28,9)	21 (26,3)	0,750
Baba Sigara Kullanımı	Var	22 (48,9)	36 (45,0)	0,676
Anne Alkol Kullanımı	Var	2 (4,4)	3 (3,8)	1,000
Baba Alkol Kullanımı	Var	8 (17,8)	12 (15,0)	0,684

*: Fisher's kıkare testi

Çalışmamızda araştırma grubundaki olguların %62,2'si lösemi-lenfoma tanısıyla izlenirken %37,8'i solid tümör tanısıyla izlenmektedir. Olguların %60'ı yatarak takip edilen hastalardan oluşurken, %40'ı poliklinikten takip edilen hastalardan oluşmaktadır. Olguların kanser tanısı konulma yaşı ortalaması 10,3±3,2 yıldır. Olgulara kanser tanısı konuluncaya kadar geçen süre ortalama 8,0±13,4 haftadır. Olguların tamamı yatarak tedavi görmüştür. Olguların hastanede yatarak tedavi gördüğü süre ortalama 9,0±7,1 aydır. Yatarak tedavi sırasında olguların %42,2'sinden çocuk psikiyatri konsültasyonu istenmiştir. Olguların

%33,3'üne radyoterapi, %40'ına operasyon, %35,6'sına intratekal tedavi uygulanmıştır. Kanser hastalığı nedeniyle olguların okula devam edemediği süre ortalama 12,4±8,1 aydır (Tablo 5).

Tablo 5. Araştırma grubundaki olguların tanı, tedavi ve izlemleri ile ilgili veriler

		Araştırma Grubu(n=45) Sayı (yüzde)	Araştırma Grubu(n=45) AO±SS Ort (Min-Mak)
Kanser tipi	Lösemi-Lenfoma	28 (62,2)	
	Solid Tümör	17 (37,8)	
Tedavi uygulanan yer	Yatarak	27 (60,0)	
	Ayaktan	18 (40,0)	
Tanı Yaşı Ortalaması			10,3±3,2 11 (6-16)
Tanı Konulma Süresi (hafta)			8,0±13,4 2 (1-72)
Tanı Konulma Süresi	1 Aya Kadar	27 (60,0)	
	1-6 Ay	13 (28,9)	
	6 Aydan Fazla	5 (11,1)	
Hastaneye yatış süresi (ay)			9,0±7,1 6 (1-36)
Hastaneye yatış süresi	6 Aya Kadar	22 (48,9)	
	6 Aydan Fazla	23 (51,1)	
Konsültasyon istenme	Var	19 (42,2)	
Radyoterapi	Var	15 (33,3)	
Operasyon	Var	18 (40,0)	
İntratekal tedavi	Var	16 (35,6)	
Okula Gidemediği Süre Ortalaması (ay)			12,4±8,1 12 (2-36)
Okula Gidememe Süresi	1 Dönemden Az	11 (24,4)	
	1 Seneye Kadar	11 (24,4)	
	1 Seneden Fazla	23 (51,1)	

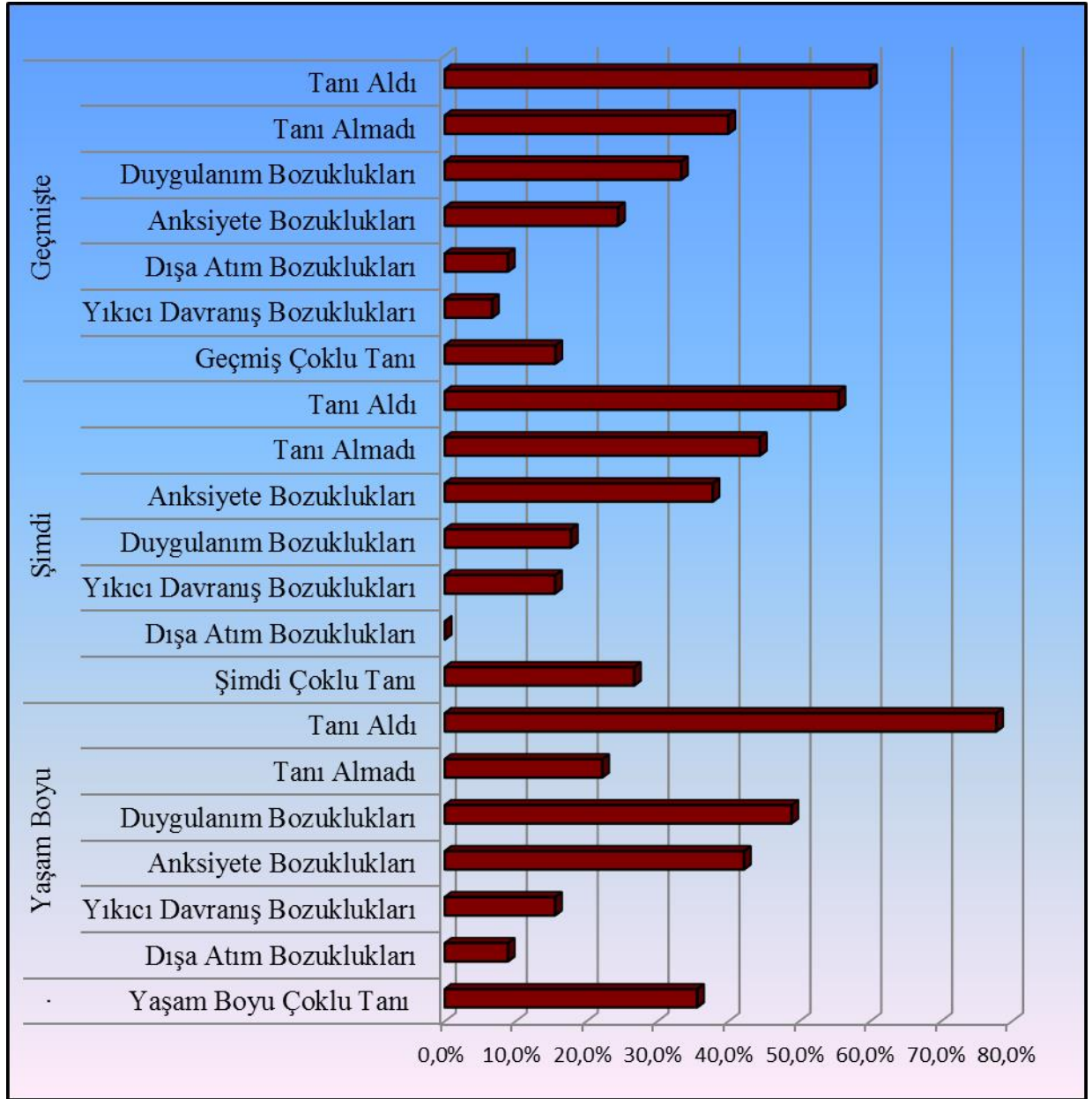
AO: Aritmetik Ortalama, **SS:** Standart Sapma, **Ort:** Ortanca, **(Min-Mak):** (Minimum - Maksimum).

Çalışmada tüm kanserli olgular değerlendirildiğinde, ÇDSG-ŞY'ye göre yaşam boyu tanı alma sıklığı %77,8, geçmişte tanı alma sıklığı %60,0, şimdi tanı alma sıklığı ise %55,6 olarak saptandı. Yaşam boyu tanı alma sıklığı sırasıyla %48,9 ile duygulanım bozuklukları,

%42,2 ile anksiyete bozuklukları, %15,6 ile yıkıcı davranış bozuklukları, %8,9 ile dışa atım bozuklukları olarak saptandı. Yaşam boyu çoklu tanı alma oranı %35,6 olarak saptandı. Geçmişte tanı alma sıklığı sırasıyla %33,3 ile duygulanım bozuklukları, %24,4 ile anksiyete bozuklukları, %8,9 ile dışa atım bozuklukları, %6,7 ile yıkıcı davranış bozuklukları olarak saptandı. Geçmişte çoklu tanı alma oranı %15,6 olarak saptandı. Şimdiki zaman tanı alma sıklıkları sırasıyla %37,8 ile anksiyete bozuklukları, %17,8 ile duygulanım bozuklukları, %15,6 yıkıcı davranış bozuklukları olarak saptandı. Şimdiki zaman çoklu tanı alma oranı %26,7 olarak saptandı (Tablo 6) (Şekil 1).

Tablo 6. Araştırma grubundaki olguların ÇDSG-ŞY'ye göre geçmiş, şimdi ve yaşam boyu tanı dağılımları

		Araştırma Grubu(n=45) Sayı (yüzde)
Geçmişte Tanı	Tanı Aldı	27 (60,0)
	Tanı Almadı	18 (40,0)
	Duygulanım Bozuklukları	15 (33,3)
	Anksiyete Bozuklukları	11 (24,4)
	Dışa Atım Bozuklukları	4 (8,9)
	Yıkıcı Davranış Bozuklukları	3 (6,7)
Geçmiş Çoklu Tanı		7 (15,6)
Şimdi Tanı	Tanı Aldı	25 (55,6)
	Tanı Almadı	20 (44,4)
	Anksiyete Bozuklukları	17 (37,8)
	Duygulanım Bozuklukları	8 (17,8)
	Yıkıcı Davranış Bozuklukları	7 (15,6)
	Dışa Atım Bozuklukları	0 (0)
Şimdi Çoklu Tanı		12 (26,7)
Yaşam Boyu Tanı	Tanı Aldı	35 (77,8)
	Tanı Almadı	10 (22,2)
	Duygulanım Bozuklukları	22 (48,9)
	Anksiyete Bozuklukları	19 (42,2)
	Yıkıcı Davranış Bozuklukları	7 (15,6)
	Dışa Atım Bozuklukları	4 (8,9)
Yaşam Boyu Çoklu Tanı		16 (35,6)



Şekil 1. Araştırma grubundaki olguların ÇDSG-ŞY'ye göre geçmiş, şimdi ve yaşam boyu tanı dağılımlarının grafik düzeni ile gösterilmesi

Çalışmada ÇDSG-ŞY'ye göre yaşam boyu en az bir tanı alan olgular ve hiç tanı almayan olgular olmak üzere 2 grup belirlenmiştir. Bu 2 grup arasında cinsiyet, yaş grubu, tanı grubu, tanı süresi, yatış süresi, tedavi yeri, okula gidilemeyen süre, radyoterapi, operasyon ve intratekal tedavi alıp almaması bakımından istatistiki olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 7).

Tablo 7. Araştırma grubunda ÇDSG-ŞY'ye göre yaşam boyu en az bir tanı alan grup ile tanı almayan grubun sosyodemografik ve kanser hastalığıyla ilgili özelliklerinin karşılaştırılması

		Yaşam boyu en az bir tanı alan olgular (n=35) Sayı (yüzde)	Yaşam boyu tanı almayan olgular (n=10) Sayı (yüzde)	p*
Cinsiyet	Erkek	18 (51,4)	7 (70,0)	0,297
	Kız	17 (48,6)	3 (30,0)	
Yaş Grubu	Çocuk	16 (45,7)	7 (70,0)	0,175
	Ergen	19 (54,3)	3 (30,0)	
Tanı Grubu	Lösemi- Lenfoma	21 (60,0)	7 (70,0)	0,565
	Solid Tümör	14 (40,0)	3 (30,0)	
Tanı Süresi	1 Aya Kadar	19 (54,3)	8 (80,0)	0,143
	1-6 Ay	11 (31,4)	2 (20,0)	
	6 Aydan Fazla	5 (14,3)	0 (0,0)	
Yatış Süresi	6 Aya Kadar	15 (42,9)	7 (70,0)	0,130
	6 Aydan Fazla	20 (57,1)	3 (30,0)	
Tedavi	Yatarak	22 (62,9)	5 (50,0)	0,464
	Ayaktan	13 (37,1)	5 (50,0)	
Okula Gidememe Süresi	1 Dönemden Az	6 (17,1)	5 (50,0)	0,097
	1 Seneye Kadar	9 (25,7)	2 (20,0)	
	1 Seneden Fazla	20 (57,1)	3 (30,0)	
Radyoterapi	Var	13 (37,1)	2 (20,0)	0,310
	Yok	22 (62,9)	8 (80,0)	
Operasyon	Var	14 (40,0)	4 (40,0)	1,000
	Yok	21 (60,0)	6 (60,0)	
İntratekal	Var	11 (31,4)	5 (50,0)	0,279
	Yok	24 (68,6)	5 (50,0)	

*: Ki kare testi

Çalışmada ÇDSG-ŞY'ye göre şimdiki zamanda en az bir tanı alan olgular ve hiç tanı almayan olgular olmak üzere 2 grup belirlenmiştir. Bu 2 grup arasında cinsiyet, yaş grubu, tanı grubu, tanı süresi, yatış süresi, tedavi yeri, okula gidilemeyen süre, radyoterapi, operasyon ve intratekal tedavi alıp almaması bakımından istatistiki olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 8).

Tablo 8. Araştırma grubunda ÇDSG-ŞY'ye göre şimdiki zamanda en az bir tanı alan grup ile tanı almayan grubun sosyodemografik ve kanser hastalığıyla ilgili özelliklerinin karşılaştırılması

		Şimdiki zaman en az bir tanı alan olgular (n=25) Sayı (yüzde)	Şimdiki zaman tanı almayan olgular (n=20) Sayı (yüzde)	p*
Cinsiyet	Erkek	13 (52,0)	12 (60,0)	0,592
	Kız	12 (48,0)	8 (40,0)	
Yaş Grubu	Çocuk	12 (48,0)	11 (55,0)	0,641
	Ergen	13 (52,0)	15 (75,0)	
Tanı Grubu	Lösemi-Lenfoma	13 (52,0)	5 (25,0)	0,114
	Solid Tümör	12 (48,0)	3 (30,0)	
Tanı Süresi	1 Aya Kadar	14 (56,0)	13 (65,0)	0,099
	1-6 Ay arası	6 (24,0)	7 (35,0)	
	6 Aydan Fazla	5 (20,0)	0 (0,0)	
Yatış Süresi	6 Aya Kadar	9 (36,0)	13 (65,0)	0,053
	6 Aydan Fazla	16 (64,0)	7 (35,0)	
Tedavi	Yatarak	16 (64,0)	11 (55,0)	0,540
	Ayaktan	9 (36,0)	9 (45,0)	
Okula Gidememe Süresi	1 Dönemden Az	4 (16,0)	7 (35,0)	0,284
	1 Seneye Kadar	6 (24,0)	5 (25,0)	
	1 Seneden Fazla	15 (60,0)	8 (40,0)	
Radyoterapi	Var	10 (40,0)	5 (25,0)	0,289
	Yok	15 (60,0)	15 (75,0)	
Operasyon	Var	12 (48,0)	6 (30,0)	0,221
	Yok	13 (52,0)	14 (70,0)	
İntratekal	Var	8 (32,0)	8 (40,0)	0,587
	Yok	17 (68,0)	12 (60,0)	

*: Ki kare testi

Çalışmada ÇDSG-ŞY'ye göre yaşam boyu duygudurum bozukluğu tanısı alan ve almayan olgular 2 grup olarak belirlenmiştir. Bu 2 grup arasında cinsiyet, tanı grubu, tanı süresi, yatış süresi, tedavi yeri, okula gidilemeyen süre, operasyon ve intratekal tedavi alıp almaması bakımından istatistiki olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Ergen yaş grubunda, çocuk yaş grubuna göre; radyoterapi tedavisi alanlarda, almayanlara göre duygudurum bozukluğu sıklığı anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 9).

Tablo 9. Araştırma grubunda ÇDSG-ŞY'ye göre yaşam boyu duygudurum bozukluğu tanısı alan ve almayan grubun sosyodemografik ve kanser hastalığıyla ilgili özelliklerinin karşılaştırılması

		Duygudurum bozukluğu tanısı alan olgular (n=22) Sayı (yüzde)	Duygudurum bozukluğu tanısı almayan olgular (n=23) Sayı (yüzde)	p*
Cinsiyet	Erkek	10 (45,5)	15 (65,2)	0,182
	Kız	12 (54,5)	8 (34,8)	
Yaş Grubu	Çocuk	7 (31,8)	16 (69,6)	0,011
	Ergen	15 (68,2)	7 (30,4)	
Tanı Grubu	Lösemi- Lenfoma	11 (50,0)	17 (73,9)	0,098
	Solid Tümör	11 (50,0)	6 (26,1)	
Tanı Süresi	1 Aya Kadar	15 (68,2)	12 (52,2)	0,548
	1-6 Ay arası	5 (22,7)	8 (34,8)	
	6 Aydan Fazla	2 (9,1)	3 (13,0)	
Yatış Süresi	6 Aya Kadar	10 (45,5)	12 (52,2)	0,652
	6 Aydan Fazla	12 (54,5)	11 (47,8)	
Tedavi	Yatarak	16 (72,7)	11 (52,2)	0,088
	Ayaktan	6 (27,3)	12 (47,8)	
Okula Gidememe Süresi	1 Dönemden Az	5 (22,7)	6 (26,1)	0,180
	1 Seneye Kadar	3 (13,6)	8 (34,8)	
	1 Seneden Fazla	14 (63,6)	9 (39,1)	
Radyoterapi	Var	11 (50,0)	4 (17,4)	0,020
	Yok	11 (50,0)	19 (82,6)	
Operasyon	Var	11 (50,0)	7 (30,4)	0,181
	Yok	11 (50,0)	16 (69,6)	
İntratekal	Var	8 (36,4)	8 (34,8)	0,912
	Yok	14 (63,6)	15 (65,2)	

*: Ki kare testi

Çalışmada ÇDSG-ŞY'ye göre yaşam boyu anksiyete bozukluğu tanısı alan ve almayan olgular 2 grup olarak belirlenmiştir. Bu 2 grup arasında cinsiyet, yaş grubu, tanı grubu, tanı süresi, yatış süresi, tedavi yeri, okula gidilemeyen süre, radyoterapi, operasyon ve intratekal tedavi alıp almaması bakımından istatistiki olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 10).

Tablo 10. Araştırma grubunda ÇDSG-ŞY'ye göre yaşam boyu anksiyete bozukluğu tanısı alan ve almayan grubun sosyodemografik ve kanser hastalığıyla ilgili özelliklerinin karşılaştırılması

		Anksiyete bozukluğu tanısı alan olgular (n=19) Sayı (yüzde)	Anksiyete bozukluğu tanısı almayan olgular (n=26) Sayı (yüzde)	p*
Cinsiyet	Erkek	8 (42,1)	17 (65,4)	0,121
	Kız	11 (57,9)	9 (34,6)	
Yaş Grubu	Çocuk	10 (52,6)	13 (50,0)	0,862
	Ergen	9 (47,4)	13 (50,0)	
Tanı Grubu	Lösemi-Lenfoma	10 (52,6)	18 (69,2)	0,257
	Solid Tümör	9 (47,4)	8 (30,8)	
Tanı Süresi	1 Aya Kadar	10 (52,6)	17 (65,4)	0,192
	1-6 Ay arası	5 (26,3)	8 (30,8)	
	6 Aydan Fazla	4 (21,1)	1 (3,8)	
Yatış Süresi	6 Aya Kadar	8 (42,1)	14 (53,8)	0,436
	6 Aydan Fazla	11 (57,9)	12 (46,2)	
Tedavi	Yatarak	12 (63,2)	15 (57,7)	0,712
	Ayaktan	7 (36,8)	11 (42,3)	
Okula Gidememe Süresi	1 Dönemden Az	4 (21,1)	7 (26,9)	0,739
	1 Seneye Kadar	4 (21,1)	7 (26,9)	
	1 Seneden Fazla	11 (57,9)	12 (46,2)	
Radyoterapi	Var	7 (36,8)	8 (30,8)	0,670
	Yok	12 (63,2)	18 (69,2)	
Operasyon	Var	9 (47,4)	9 (34,6)	0,388
	Yok	10 (52,6)	17 (65,4)	
İntratekal	Var	4 (21,1)	12 (46,2)	0,082
	Yok	15 (78,9)	14 (53,8)	

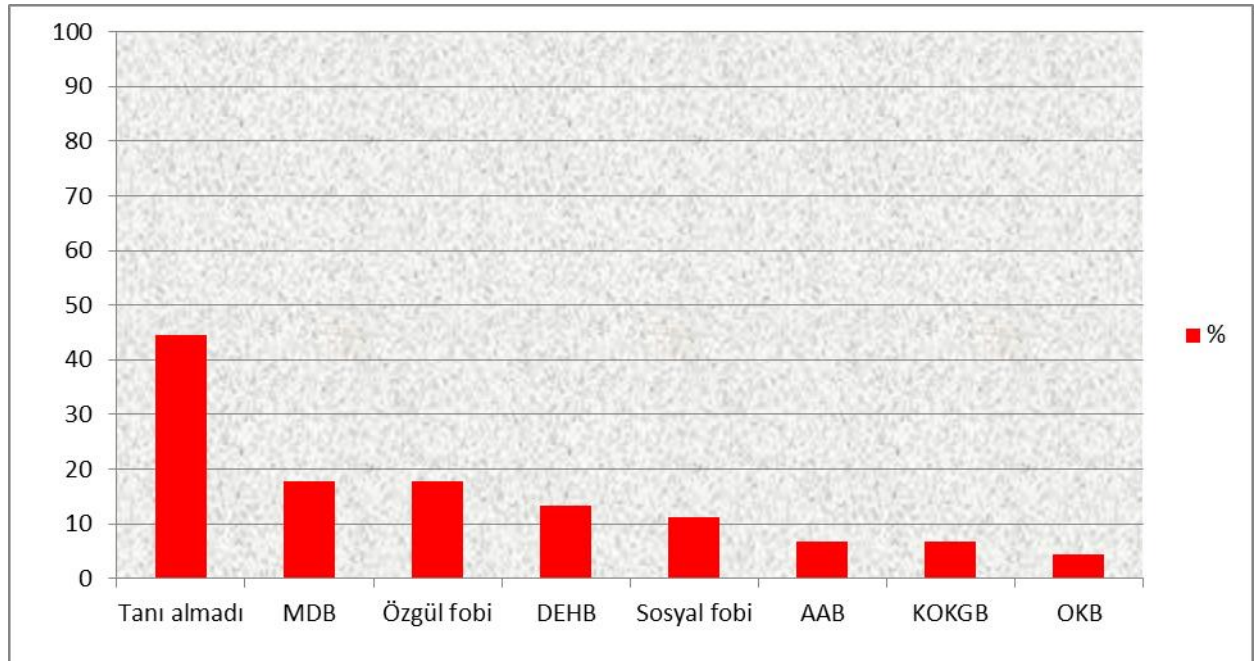
*: Ki kare testi

Çalışmada ÇDSG-ŞY'ye göre şimdiki zamanda konulan tanılar ayrı ayrı değerlendirildiğinde olgularda sırasıyla % 17,8 MDB, %17,8 özgül fobi, %13,3 dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB), %11,1 sosyal fobi, %6,7 ayrılık anksiyetesi bozukluğu (AAB), %6,7 karşıt olma karşıt gelme bozukluğu (KOKGB) ve %4,4 obsesif kompulsif bozukluk (OKB) saptandı (Tablo 11) (Şekil 2).

Tablo 11. Araştırma grubundaki olguların ÇDSG-ŞY'ye göre şimdiki zaman tanı dağılımları

	Araştırma Grubu(n=45) Sayı (yüzde)
Tanı almadı	20 (44,4)
MDB	8 (17,8)
Özgül Fobi	8 (17,8)
DEHB	6 (13,3)
Sosyal fobi	5 (11,1)
AAB	3 (6,7)
KOKGB	3 (6,7)
OKB	2 (4,4)

MDB: Major depresif bozukluk, **DEHB:** Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, **AAB:** Ayrılık anksiyetesi bozukluğu, **KOKGB:** Karşıt olma karşıt gelme bozukluğu, **OKB:** Obsesif kompulsif bozukluk.



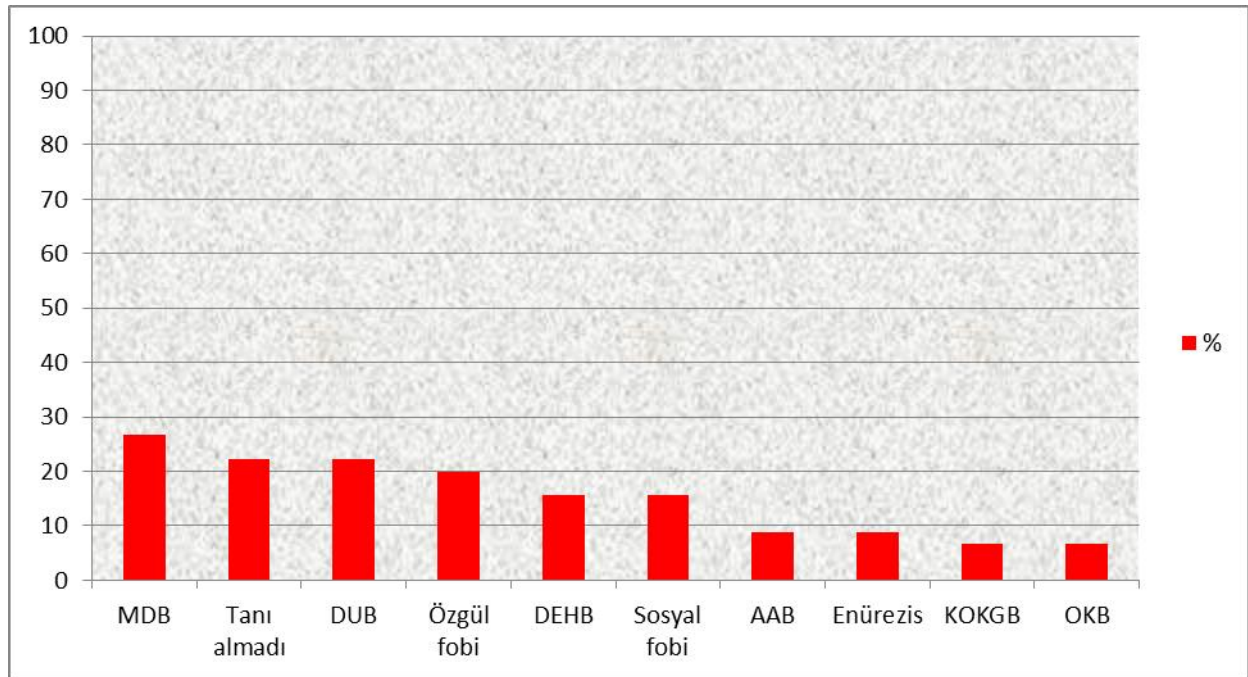
Şekil 2. Araştırma grubundaki olguların ÇDSG-ŞY'ye göre şimdiki zaman tanı dağılımlarının grafik düzeni ile gösterilmesi

Çalışmada ÇDSG-ŞY'ye göre yaşam boyu konulan tanılar ayrı ayrı değerlendirildiğinde olgularda sırasıyla % 26,7 MDB, %22,2 depresif özellikli uyum bozukluğu (DUB), %20 özgül fobi, %15,7 DEHB, %15,7 sosyal fobi, %8,9 AAB , %8,9 enürezis, %6,7 KOKGB ve %6,7 OKB saptandı (Tablo 12) (Şekil 3).

Tablo 12. Araştırma grubundaki olguların ÇDSG-ŞY'ye göre yaşam boyu tanı dağılımları

	Araştırma Grubu(n=45) Sayı (yüzde)
MDB	12 (26,7)
Tanı almadı	10 (22,2)
DUB	10 (22,2)
Özgül fobi	9 (20,0)
DEHB	7 (15,7)
Sosyal fobi	7 (15,7)
AAB	4 (8,9)
Enürezis	4 (8,9)
KOKGB	3 (6,7)
OKB	3 (6,7)

MDB: Major depresif bozukluk, **DUB:** Depresif özellikli uyum bozukluğu. **DEHB:** Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, **AAB:** Ayrılık anksiyetesi bozukluğu, **KOKGB:** Karşıt olma karşıt gelme bozukluğu, **OKB:** Obsesif kompulsif bozukluk.



Şekil 3. Araştırma grubundaki olguların ÇDSG-ŞY'ye göre yaşam boyu tanı dağılımlarının grafik düzeni ile gösterilmesi

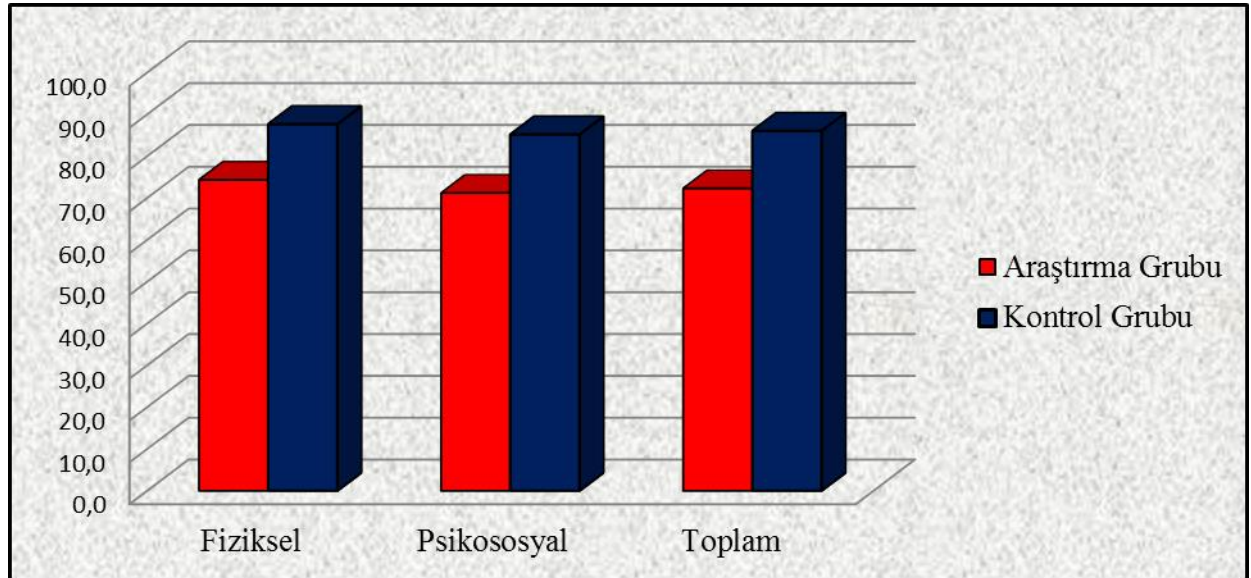
Çalışmada ÇİYKÖ'ye göre araştırma grubunun fiziksel, psikososyal ve toplam yaşam kalitesi skorları kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha düşük bulundu ($p<0,05$) (Tablo 13) (Şekil 4).

Tablo 13. Olguların ÇİYKÖ skorlarının araştırma ve kontrol grubu arasında karşılaştırılması

	Araştırma Grubu(n=45)		Kontrol Grubu(n=80)		p*
	AO±SS	Ort	AO±SS	Ort	
FSTP	74,4±18,6	75,0	87,7±9,3	87,5	0,000
PSTP	71,2±15,3	71,7	85,2±9,0	85,8	0,000
ÖTP	72,3±15,3	72,8	86,1±8,2	88,0	0,000

AO: Aritmetik Ortalama, **SS:** Standart Sapma, **Ort:** Ortanca **FSTP:** Fiziksel Sağlık Toplam puanı **PSTP:** Psikososyal Sağlık Toplam Puanı **ÖTP:** Ölçek Toplam Puanı

*: Mann Whitney U testi.



Şekil 4. Olguların yaşam kalitesi skorlarının grafik düzeni ile gösterilmesi

Çalışmada olguların yaşı, annelerinin yaşı, okula gidemediği süre ve tanı konulma süresi ile ÇİYKÖ toplam skoru arasında yapılan Spearman korelasyon analizinde korelasyon saptanmadı (Tablo 14).

Tablo 14. Olguların bazı demografik ve kanser hastalığı ilgili özelliklerinin ÇİYKÖ toplam skoru ile ilişkisinin incelenmesi

	ÇİYKÖ toplam skoru	
	Rho (r)	p*
Olguların yaşı	-0,197	0,194
Anne yaşı	-0,232	0,125
Okula gidemediği süre	-0,165	0,279
Tanı konulma süresi	-0,006	0,967

ÇİYKÖ: Çocuklar için yaşam kalitesi ölçeği

*: Spearman korelasyon testi

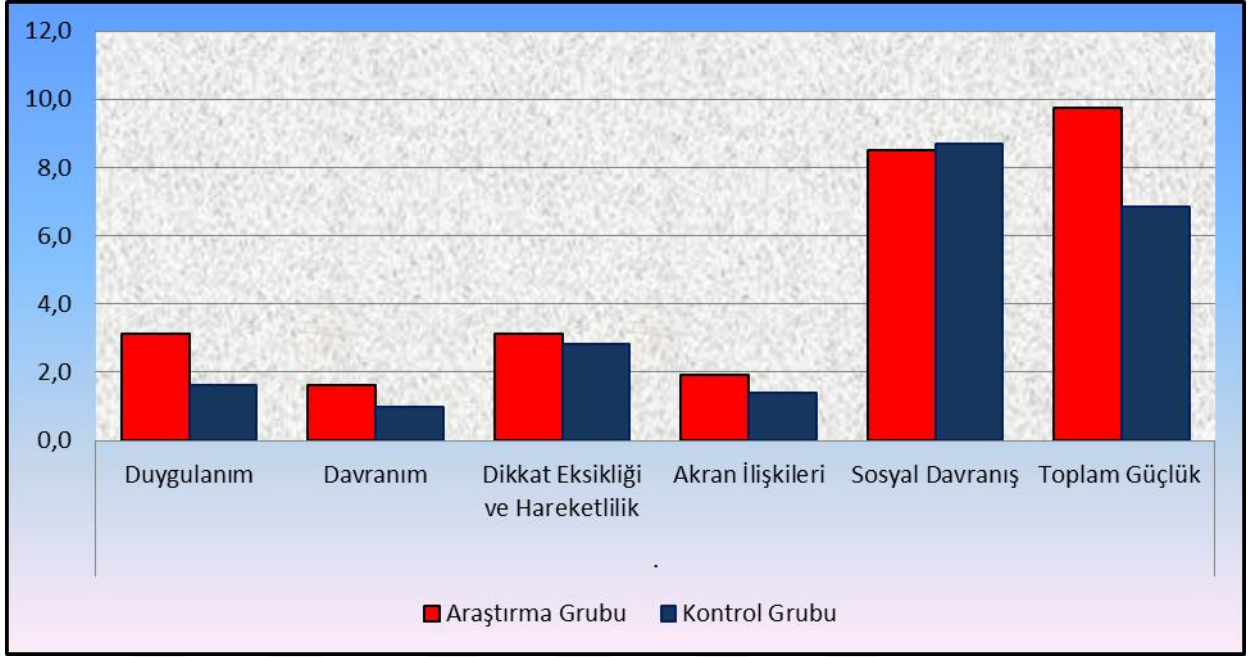
Çalışmada GGA skorlarına göre araştırma grubundaki olguların duygulanım sorunu, akran ilişkileri sorunu ve toplam güçlük skorları kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yüksekti ($p<0,05$). Araştırma ve kontrol grubu arasında davranım sorunu, dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik sorunu, sosyal davranışlar sorunu skorları bakımından anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 15) (Şekil 5).

Tablo 15. Olguların GGA skorlarının araştırma ve kontrol grubu arasında karşılaştırılması

	Araştırma Grubu (n=45)		Kontrol Grubu (n=80)		p*
	AO±SS	Ort	AO±SS	Ort	
Duygulanım	3,1±2,8	2,0	1,6±1,5	1,0	0,006
Davranım	1,6±1,8	1,0	1,0±0,9	1,0	0,187
Dikkat eksikliği ve hareketlilik	3,1±2,4	2,0	2,8±1,7	3,0	0,900
Akran İlişkileri	1,9±1,4	2,0	1,4±1,0	1,5	0,040
Sosyal Davranış	8,5±1,4	9,0	8,7±1,2	9,0	0,459
Toplam Güçlük	9,8±5,7	9,0	6,9±3,9	6,5	0,006

AO: Aritmetik Ortalama, SS: Standart Sapma, Ort: Ortanca,

*: Mann Whitney U testi.



Şekil 5. Olguların GGA-anne baba versiyonu skorlarının grafik düzeni ile gösterilmesi

Çalışmada olguların yaşı, annelerinin yaşı, okula gidemediği süre ve tanı konulma süresi ile GGA toplam skorları arasında yapılan Spearman korelasyon analizinde korelasyon saptanmadı (Tablo 16).

Tablo 16. Olguların bazı demografik ve kanser hastalığı ilgili özelliklerinin GGA toplam skoru ile ilişkisinin incelenmesi

	GGA toplam skoru	
	Rho (r)	p*
Olguların yaşı	0,084	0,582
Anne yaşı	0,147	0,335
Okula gidemediği süre	0,189	0,199
Tanı konulma süresi	-0,041	0,787

GGA: Güçlük güçlükler anketi.

***:** Spearman korelasyon testi.

Çalışmada BTL-90-R'ye göre araştırma grubunun bakım verenlerinin ruhsal belirtilerinden obsesyon, kişiler arası duyarlılık, depresyon, anksiyete, öfke-düşmanlık, fobik anksiyete, ek skala, genel belirtiler düzeyi, toplam puan ve pozitif belirti düzeyi skorları kontrol grubundan anlamlı olarak daha yüksekti ($p < 0,05$). Araştırma ve kontrol grubu

arasında bakımverenlerin ruhsal belirtilerinden somatizasyon, paranoid, psikotizm, pozitif belirtiler toplamı skorlarında anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 17).

Tablo 17. Olguların bakımverenlerinin BTL-90-R skorlarının araştırma ve kontrol grupları arasında karşılaştırılması

	Araştırma Grubu(n=45)		Kontrol Grubu(n=80)		p*
	AO±SS	Ort	AO±SS	Ort	
Somatizasyon	0,9±0,9	0,5	0,5±0,4	0,5	0,076
Obsesyon	0,9±0,6	0,7	0,5±0,4	0,5	0,001
Kişiler Arası Duyarlılık	0,9±0,8	0,7	0,6±0,4	0,6	0,023
Depresyon	1,1±1,0	0,7	0,6±0,4	0,5	0,046
Anksiyete	0,9±0,8	0,5	0,5±0,5	0,4	0,023
Öfke Düşmanlık	0,8±0,8	0,3	0,4±0,5	0,2	0,048
Fobik Anksiyete	0,5±0,7	0,3	0,3±0,3	0,1	0,040
Paranoid	0,8±0,7	0,5	0,5±0,4	0,5	0,102
Psikotizm	0,5±0,6	0,3	0,3±0,3	0,2	0,149
Ek Skalalar	0,8±0,8	0,4	0,5±0,4	0,4	0,024
Genel Belirti Düzeyi	0,8±0,7	0,5	0,5±0,3	0,4	0,037
Toplam Puan	74,4±62,8	43,0	42,6±28,6	37,5	0,037
Pozitif Belirti Toplamı	35,3±22,0	29,0	29,2±19,0	26,0	0,210
Pozitif belirti düzeyi	1,9±0,5	1,7	1,4±0,2	1,4	0,000

AO: Aritmetik Ortalama, SS: Standart Sapma, Ort: Ortanca.

*: Mann Whitney U testi.

Çalışmada olguların yaşı, annelerinin yaşı, okula gidemediği süre ve tanı konulma süresi ile annelerin PBD skorları arasında yapılan Spearman korelasyon analizinde korelasyon saptanmadı (Tablo 18).

Tablo 18. Olguların bazı demografik ve kanser hastalığı ilgili özelliklerinin pozitif belirti düzeyi skoru ile ilişkisinin incelenmesi

	Annelerin PBD skoru	
	Rho (r)	p*
Olguların yaşı	0,062	0,686
Anne yaşı	-0,026	0,865
Okula gidemediği süre	0,113	0,458
Tanı konulma süresi	-0,083	0,589

PBD: Pozitif belirti düzeyi.

*: Spearman korelasyon testi.

Çalışmada BDE'ye göre araştırma grubunun bakım verenlerinin depresyon skorları kontrol grubundan anlamlı olarak daha yüksek bulundu ($p<0,05$) (Tablo 19). BDE'ye göre kesim puanı 17 alındığında; depresyon tanısı alanların oranı araştırma grubunda %33,3, kontrol grubunda %12,5 olarak saptandı.

Tablo 19. Olguların bakımverenlerinin Beck depresyon envanteri skorlarının araştırma ve kontrol grupları arasında karşılaştırılması

	Araştırma Grubu (n=45)		Kontrol Grubu (n=80)		p*
	AO±SS	Ort	AO±SS	Ort	
Beck Depresyon Skoru	13,1±11,1	11,0	6,6±5,9	5,0	0,001

AO: Aritmetik Ortalama, SS: Standart Sapma, Ort: Ortanca.

*: Mann Whitney U testi.

Çalışmada olguların yaşı, annelerinin yaşı, okula gidemediği süre ve tanı konulma süresi ile annelerin BDE skorları arasında yapılan Spearman korelasyon analizinde korelasyon saptanmadı (Tablo 20).

Tablo 20. Olguların bazı demografik ve kanser hastalığı ilgili özelliklerinin Beck depresyon envanteri skoru ile ilişkisinin incelenmesi

	Annelerin BDE skoru	
	Rho (r)	p*
Olguların yaşı	0,103	0,500
Anne yaşı	0,126	0,409
Okula gidemediği süre	0,241	0,110
Tanı konulma süresi	-0,017	0,909

BDE: Beck Depresyon Envanteri.

*: Spearman korelasyon testi.

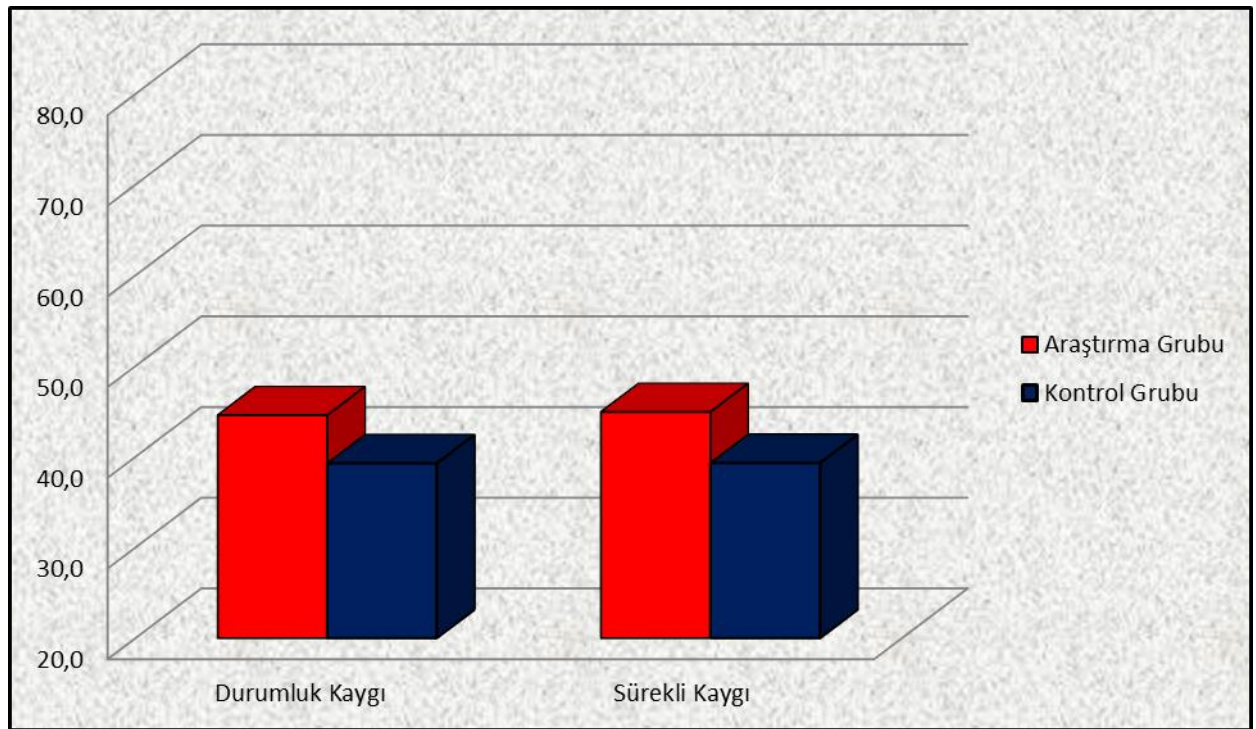
Çalışmada DSKÖ'ye göre araştırma grubunun bakım verenlerinin durumluk ve sürekli kaygı skorları kontrol grubundan anlamlı olarak daha yüksek bulundu ($p<0,05$) (Tablo 21) (Şekil 6).

Tablo 21. Olguların bakımverenlerinin durumluk sürekli kaygı ölçeği skorlarının araştırma ve kontrol grupları arasında karşılaştırılması

	Araştırma Grubu(n=45)		Kontrol Grubu(n=80)		p*
	AO±SS	Ort	AO±SS	Ort	
Durumluk Kaygı	44,6±12,1	43,0	39,3±8,1	38,0	0,023
Sürekli Kaygı	44,9±9,7	42,0	39,3±7,0	38,0	0,002

AO: Aritmetik Ortalama, SS: Standart Sapma, Ort: Ortanca.

*: Mann Whitney U testi.



Şekil 6. Olguların bakım verenlerinin durumluk sürekli kaygı ölçeği skorlarının grafik düzeni ile gösterilmesi

Çalışmada olguların yaşı, annelerinin yaşı ve tanı konulma süresi ile annelerin durumluk kaygı ve sürekli kaygı skorları arasında yapılan Spearman korelasyon analizinde korelasyon saptanmadı.

Olguların okula gidemediği süre ile bakımverenlerinin sürekli kaygı skorları arasında korelasyon bulunamazken, durumluk kaygı skorları arasında $p=0,05$ anlamlılık düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ve "düşük düzeyde" [$r=0,341$ $p=0,022$] korelasyon saptandı (Tablo 22).

Tablo 22. Olguların bazı demografik ve kanser hastalığı ilgili özelliklerinin durumluk sürekli kaygı ölçeği skorları ile ilişkisinin incelenmesi

	Durumluk Kaygı Skoru		Sürekli Kaygı Skoru	
	Rho (r)	p*	Rho (r)	p*
Olguların yaşı	0,081	0,597	0,014	0,929
Anne yaşı	0,014	0,929	0,032	0,832
Okula gidemediği süre	0,341	0,022	0,280	0,063
Tanı konulma süresi	-0,095	0,536	0,104	0,497

*: Spearman korelasyon testi.

Çalışmada araştırma grubunun GGA ve ÇİYKÖ toplam skorları ile bakım verenlerin BDE, DSKÖ, PBD skorları arasındaki ilişki Spearman korelasyon analiziyle araştırıldı.

Olguların GGA toplam skorları ile:

Bakımverenlerin BDE skorları arasında $p=0,01$ anlamlılık düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ve "yüksek düzeyde" [$r=0,464$ $p=0,001$] korelasyon saptandı.

Bakımverenlerinin DKÖ skorları arasında $p=0,01$ anlamlılık düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ve "yüksek düzeyde" [$r=0,493$ $p=0,001$] korelasyon saptandı.

Bakımverenleri SKÖ skorları arasında $p=0,01$ anlamlılık düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ve "yüksek düzeyde" [**$r=0,562$ $p=0,000$**] korelasyon saptandı.

Bakımverenleri PBD skorları arasında $p=0,01$ anlamlılık düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ve "yüksek düzeyde" [$r=0,527$ $p=0,000$] korelasyon saptandı.

Olguların ÇİYKÖ skorları ile:

Bakımverenlerin BDE skorları arasında $p=0,01$ anlamlılık düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ve "yüksek düzeyde" [$r=-0,493$ $p=0,001$] korelasyon saptandı.

Bakımverenlerin DKÖ skorları arasında $p=0,01$ anlamlılık düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ve "yüksek düzeyde" [$r=-0,472$ $p=0,001$] korelasyon saptandı.

Bakımverenlerin SKÖ skorları arasında $p=0,05$ anlamlılık düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ve "düşük düzeyde" [$r=-0,371$ $p=0,012$] korelasyon saptandı.

Olguların ÇİYKÖ toplam skorları ile bakımverenlerinin PBD skorları arasında korelasyon saptanmadı (Tablo 23).

Tablo 23. Araştırma grubundaki olguların güçlük güçlükler anketi ve çocuklar için yaşam kalitesi ölçeği toplam skorları ile bakım verenlerinin Beck depresyon envanteri, durumluk kaygı ölçeği, sürekli kaygı ölçeği ve pozitif belirti düzeyi skorları arasındaki ilişkisinin incelenmesi

	GGA		ÇİYKÖ	
	Rho (r)	p*	Rho (r)	p*
BDE	0,464	0,001	-0,493	0,001
DKÖ	0,493	0,001	-0,472	0,001
SKÖ	0,562	0,000	-0,371	0,012
PBD	0,527	0,000	-0,089	0,559

GGA: Güçlük güçlükler anketi, **ÇİYKÖ:** Çocuklar için yaşam kalitesi ölçeği, **BDE:** Beck Depresyon Envanteri, **DKÖ:** Durumluk kaygı ölçeği, **SKÖ:** Sürekli kaygı ölçeği **PBD:** Pozitif belirti düzeyi.

*: Spearman korelasyon testi.

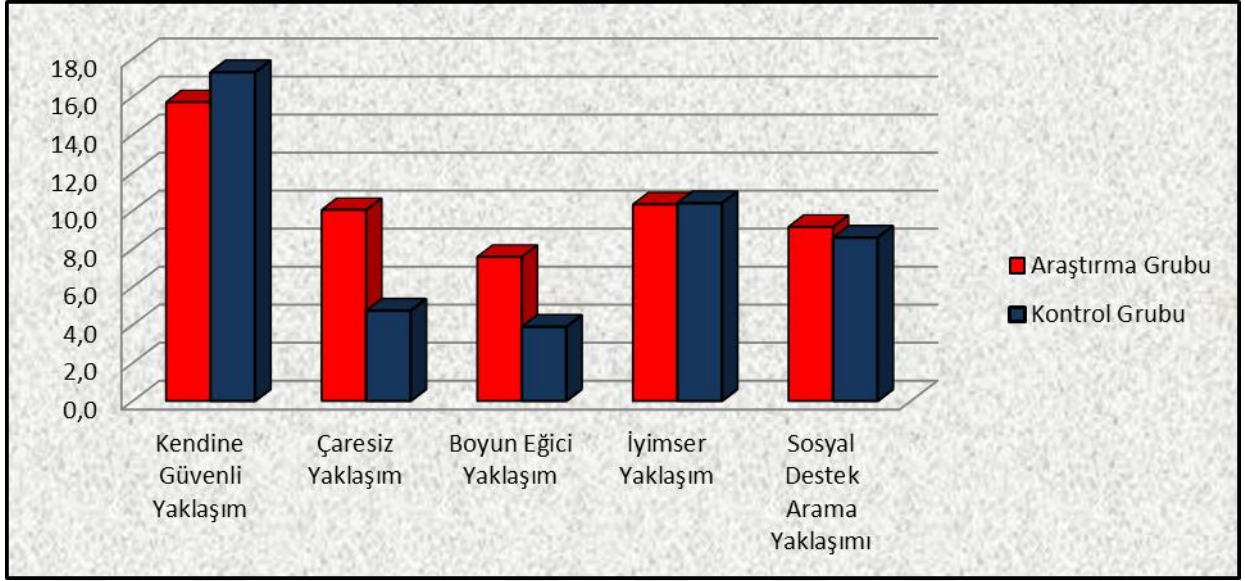
Çalışmada SBTÖ'ye göre araştırma grubunun bakım verenlerinin kendine güvenli yaklaşım skorları kontrol grubundan anlamlı olarak daha düşük bulundu ($p<0,05$). Araştırma grubunun bakım verenlerinin çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım skorları kontrol grubundan anlamlı olarak daha yüksek bulundu ($p<0,05$). Araştırma ve kontrol grupları arasında bakımverenlerin iyimser yaklaşım ve sosyal destek arama skorları bakımından anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 24) (Şekil 7).

Tablo 24. Olguların bakımverenlerinin SBTÖ skorlarının araştırma ve kontrol grupları arasında karşılaştırılması

	Araştırma Grubu(n=45)		Kontrol Grubu (n=80)		p*
	AO±SS	Ort	AO±SS	Ort	
Kendine Güvenli Yaklaşım	15,7±4,0	15,0	17,3±3,5	18,0	0,030
Çaresiz Yaklaşım	10,0±6,5	8,0	4,8±3,4	4,5	0,000
Boyun Eğici Yaklaşım	7,6±3,8	7,0	3,9±2,8	3,5	0,000
İyimser Yaklaşım	10,3±3,0	10,0	10,4±2,3	10,0	0,928
Sosyal Destek Arama	9,2±2,5	10,0	8,6±2,3	9,0	0,144

AO: Aritmetik Ortalama, **SS:** Standart Sapma, **Ort:** Ortanca.

*: Mann Whitney U testi.



Şekil 7. Olguların bakım verenlerinin SBTÖ skorlarının grafik düzeni ile gösterilmesi

Çalışmada araştırma grubundaki kız ve erkek olguların bakım verenlerinin SBTÖ ölçek sonuçları kıyaslanmıştır. SBTÖ ölçeğinin tüm alt ölçeklerinin sonuçlarına göre araştırma grubunda kız ve erkek olgular arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 25).

Tablo 25. Araştırma grubundaki olguların bakımverenlerinin stresle başa çıkma tarzları ölçeği skorlarının erkek ve kız grupları arasında karşılaştırılması

	Erkek (n=25)		Kız (n=20)		p*
	AO±SS	Ort	AO±SS	Ort	
Kendine Güvenli Yaklaşım	15,6±4,1	16,0	15,8±4,0	15,0	0,991
Çaresiz Yaklaşım	10,2±7,5	7,0	9,9±5,3	8,5	0,689
Boyun Eğici Yaklaşım	7,1±4,4	5,0	8,2±3,0	8,0	0,142
İyimser Yaklaşım	10,2±3,2	11,0	10,5±2,8	10,0	0,945
Sosyal Destek Arama	9,0±2,6	10,0	9,4±2,3	9,5	0,729

AO: Aritmetik Ortalama, SS: Standart Sapma, Ort: Ortanca.

*: Mann Whitney U testi.

Çalışmada araştırma grubundaki çocuk ve ergen olguların bakım verenlerinin SBTÖ ölçek sonuçları kıyaslanmıştır. SBTÖ ölçeğinin tüm alt ölçeklerinin sonuçlarına göre

araştırma grubunda çocuk ve ergen olgular arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 26).

Tablo 26. Araştırma grubundaki olguların bakımverenlerinin stresle başa çıkma tarzları ölçeği skorlarının çocuk ve ergen grupları arasında karşılaştırılması

	Çocuk (n=23)		Ergen (n=22)		p*
	AO±SS	Ort	AO±SS	Ort	
Kendine Güvenli Yaklaşım	16,6±3,7	17,0	14,8±4,2	14,5	0,186
Çaresiz Yaklaşım	9,9±6,7	8,0	10,2±6,5	8,0	0,891
Boyun Eğici Yaklaşım	7,6±4,1	6,0	7,5±3,7	7,0	0,855
İyimser Yaklaşım	10,8±2,9	12,0	9,9±3,1	9,0	0,196
Sosyal Destek Arama	8,9±2,5	9,0	9,5±2,5	10,0	0,370

AO: Aritmetik Ortalama, SS: Standart Sapma, Ort: Ortanca.

*: Mann Whitney U testi.

Çalışmada araştırma grubundaki yatarak tedavi gören olgular ile ayakta tedavi gören olguların bakım verenlerinin SBTÖ ölçek sonuçları kıyaslanmıştır. SBTÖ ölçeğinin tüm alt ölçeklerinin sonuçlarına göre araştırma grubunda ayakta ve yatarak tedavi gören olgular arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 27).

Tablo 27. Araştırma grubundaki olguların bakımverenlerinin stresle başa çıkma tarzları ölçeği skorlarının yatarak ve ayakta tedavi görenler arasında karşılaştırılması

	Yatarak tedavi (n=27)		Ayaktan tedavi (n=18)		p*
	AO±SS	Ort	AO±SS	Ort	
Kendine Güvenli Yaklaşım	15,6±4,5	16,0	15,9±3,3	15,0	0,870
Çaresiz Yaklaşım	10,3±7,0	8,0	9,6±5,9	8,0	0,944
Boyun Eğici Yaklaşım	7,8±4,2	7,0	7,2±3,4	6,5	0,667
İyimser Yaklaşım	10,3±3,4	11,0	10,4±2,3	10,0	0,889
Sosyal Destek Arama	9,1±2,9	10,0	9,3±1,8	9,0	0,805

AO: Aritmetik Ortalama, SS: Standart Sapma, Ort: Ortanca.

*: Mann Whitney U testi.

Çalışmada araştırma grubundaki olgular hastanede yatış sürelerine göre, 6 aydan daha kısa ve 6 aydan daha uzun süre yatanlar olarak 2 gruba ayrılmıştır. 2 grup arasında olguların bakım verenlerinin SBTÖ ölçek sonuçları kıyaslanmıştır. SBTÖ ölçeğinin kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım ve sosyal destek arama alt ölçeklerinde anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). 6 aydan daha uzun süre yatarak tedavi gören grupta çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım alt ölçek puanları diğer gruba göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 28).

Tablo 28. Araştırma grubundaki olguların bakımverenlerinin stresle başa çıkma tarzları ölçeği skorlarının hastaneye yatış sürelerine göre karşılaştırılması

	6 Aya Kadar (n=22)		6 Aydan Fazla (n=23)		p*
	AO±SS	Ort	AO±SS	Ort	
Kendine Güvenli Yaklaşım	16,4±4,2	18,5	15,0±3,8	15,0	0,321
Çaresiz Yaklaşım	7,8±5,2	6,5	12,2±7,1	12,0	0,034
Boyun Eğici Yaklaşım	6,4±3,2	5,5	8,7±4,1	8,0	0,038
İyimser Yaklaşım	11,0±2,7	11,5	9,7±3,2	10,0	0,160
Sosyal Destek Arama	9,5±1,8	9,5	8,9±3,0	10,0	0,818

AO: Aritmetik Ortalama, SS: Standart Sapma, Ort: Ortanca.

*: Mann Whitney U testi.

Çalışmada araştırma grubundaki olguların yaşı, annelerinin yaşı ve tanı konulma süresi ile annelerin SBTÖ tüm alt grup skorları arasında yapılan Spearman korelasyon analizinde korelasyon saptanmadı.

Olguların okula gidemediği süre ile:

Bakımverenlerinin boyun eğici yaklaşım skorları arasında $p=0,01$ anlamlılık düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ve "yüksek düzeyde" [$r=0,382$ $p=0,01$] korelasyon saptandı.

Bakımverenlerin çaresiz yaklaşım skorları arasında $p=0,05$ anlamlılık düzeyinde "düşük düzeyde" [$r=0,337$ $p=0,024$] korelasyon saptandı.

Bakımverenlerin kendine güvenli yaklaşım skorları arasında $p=0,05$ anlamlılık düzeyinde "düşük düzeyde" [$r=-0,316$ $p=0,035$] korelasyon saptandı.

Olguların okula gidemediği süre ile iyimser yaklaşım ve sosyal destek arama yaklaşımı arasında korelasyon saptanmadı (Tablo 29).

Tablo 29. Olguların bazı demografik ve kanser hastalığı ile ilgili özelliklerinin DSKÖ skorları ile ilişkisinin incelenmesi

	Yaş		Anne yaşı		Okula Gidemediği Süre		Tan konulma Süresi	
	Rho (r)	p*	Rho (r)	p*	Rho (r)	p*	Rho (r)	p*
Kendine Güvenli Yaklaşım	-0,230	0,129	-0,264	0,080	-0,316	0,035	-0,231	0,127
Çaresiz Yaklaşım	0,020	0,898	0,005	0,976	0,337	0,024	0,049	0,748
Boyun Eğici Yaklaşım	-0,070	0,649	0,028	0,855	0,382	0,010	-0,004	0,978
İyimser Yaklaşım	-0,129	0,398	-0,060	0,696	-0,095	0,536	-0,075	0,625
Sosyal Destek Arama	0,274	0,069	0,055	0,722	0,035	0,821	-0,059	0,699

*: Spearman korelasyon testi.

Çalışmada araştırma grubunun ÇİYKÖ toplam skor, GGA toplam skor, bakım verenlerinin BDE, DKÖ, SKÖ ve PBD skorları ile bakım verenlerinin SBTÖ tüm alt ölçek skorları arasındaki ilişki Spearman korelasyon analiziyle araştırıldı.

Araştırma grubunun bakım verenlerinin kendine güvenli yaklaşım skoru ile:

Olguların ÇİYKÖ toplam skorları arasında $p=0,05$ anlamlılık düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ve "düşük düzeyde" [$r=0,311$ $p=0,037$] korelasyon saptandı.

Olguların GGA toplam skorları ile $p=0,01$ anlamlılık düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ve "yüksek düzeyde" [$r=-0,505$ $p=0,000$] korelasyon saptandı.

Bakımverenlerin BDE skorları arasında $p=0,01$ anlamlılık düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ve "yüksek düzeyde" [$r=-0,547$ $p=0,000$] korelasyon saptandı.

Bakımverenlerin DKÖ skorları arasında $p=0,01$ anlamlılık düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ve "yüksek düzeyde" [$r=-0,578$ $p=0,000$] korelasyon saptandı.

Bakımverenlerin SKÖ skorları arasında $p=0,01$ anlamlılık düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ve "yüksek düzeyde" [$r=-0,640$ $p=0,000$] korelasyon saptandı.

Bakımverenlerin PBD skorları arasında $p=0,01$ anlamlılık düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ve "yüksek düzeyde" [$r=-0,407$ $p=0,006$] korelasyon saptandı (Tablo 30).

Tablo 30. Araştırma grubundaki bakım verenlerin kendine güvenli yaklaşım skorları ile çocuklar için yaşam kalitesi ölçeği, günlük güçlükler anketi, Beck depresyon envanteri, durumluk kaygı ölçeği, sürekli kaygı ölçeği, pozitif belirti düzeyi skorları arasındaki ilişkisinin incelenmesi

	Kendine Güvenli Yaklaşım Skoru	
	Rho (r)	p*
ÇİYKÖ	0,311	0,037
GGA	-0,505	0,000
BDE	-0,547	0,000
DKÖ	-0,578	0,000
SKÖ	-0,640	0,000
PBD	-0,407	0,006

GGA: Güçlük güçlükler anketi, **ÇİYKÖ:** Çocuklar için yaşam kalitesi ölçeği, **BDE:** Beck Depresyon Envanteri, **DKÖ:** Durumluk kaygı ölçeği, **SKÖ:** Sürekli kaygı ölçeği **PBD:** Pozitif belirti düzeyi.

*: Spearman korelasyon testi.

Araştırma grubunun bakım verenlerinin çaresiz yaklaşım skoru ile:

Olguların ÇİYKÖ toplam skorları arasında $p=0,05$ anlamlılık düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ve "düşük düzeyde" [$r=-0,356$ $p=0,017$] korelasyon saptandı.

Olguların GGA toplam skorları ile $p=0,01$ anlamlılık düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ve "yüksek düzeyde" [$r=0,635$ $p=0,000$] korelasyon saptandı.

Bakımverenlerin BDE skorları arasında $p=0,01$ anlamlılık düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ve "yüksek düzeyde" [$r=0,540$ $p=0,000$] korelasyon saptandı.

Bakımverenlerin DKÖ skorları arasında $p=0,01$ anlamlılık düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ve "yüksek düzeyde" [$r=0,717$ $p=0,000$] korelasyon saptandı.

Bakımverenlerin SKÖ skorları arasında $p=0,01$ anlamlılık düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ve "yüksek düzeyde" [$r=0,766$ $p=0,000$] korelasyon saptandı.

Bakımverenlerin PBD skorları arasında $p=0,01$ anlamlılık düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ve "yüksek düzeyde" [$r=0,501$ $p=0,000$] korelasyon saptandı (Tablo 31).

Tablo 31. Araştırma grubundaki bakım verenlerin çaresiz yaklaşım skorları ile çocuklar için yaşam kalitesi ölçeği, güçlük güçlükler anketi, Beck depresyon envanteri, durumluk kaygı ölçeği, sürekli kaygı ölçeği, pozitif belirti düzeyi skorları arasındaki ilişkisinin incelenmesi

	Çaresiz Yaklaşım Skoru	
	Rho (r)	p*
ÇİYKÖ	-0,356	0,017
GGA	0,635	0,000
BDE	0,540	0,000
DKÖ	0,717	0,000
SKÖ	0,766	0,000
PBD	0,501	0,000

GGA: Güçlük güçlükler anketi, **ÇİYKÖ:** Çocuklar için yaşam kalitesi ölçeği, **BDE:** Beck Depresyon Envanteri, **DKÖ:** Durumluk kaygı ölçeği, **SKÖ:** Sürekli kaygı ölçeği **PBD:** Pozitif belirti düzeyi.

*: Spearman korelasyon testi.

Araştırma grubunun bakım verenlerinin boyun eğici yaklaşım skoru ile:

Olguların ÇİYKÖ toplam skorları arasında $p=0,01$ anlamlılık düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ve "yüksek düzeyde" [$r=-0,501$ $p=0,000$] korelasyon saptandı.

Olguların GGA toplam skorları ile $p=0,05$ anlamlılık düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ve "düşük düzeyde" [$r=0,352$ $p=0,018$] korelasyon saptandı.

Bakımverenlerin BDE skorları arasında $p=0,01$ anlamlılık düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ve "yüksek düzeyde" [$r=0,601$ $p=0,000$] korelasyon saptandı.

Bakımverenlerin DKÖ skorları arasında $p=0,01$ anlamlılık düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ve "yüksek düzeyde" [$r=0,716$ $p=0,000$] korelasyon saptandı.

Bakımverenlerin SKÖ skorları arasında $p=0,01$ anlamlılık düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ve "yüksek düzeyde" [$r=0,640$ $p=0,000$] korelasyon saptandı.

Bakımverenlerin PBD skorları arasında $p=0,01$ anlamlılık düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ve "yüksek düzeyde" [$r=-0,416$ $p=0,005$] korelasyon saptandı (Tablo 32).

Tablo 32. Araştırma grubundaki bakım verenlerin boyun eğici yaklaşım skorları ile çocuklar için yaşam kalitesi ölçeği, güçlük güçlükler anketi, Beck depresyon envanteri, durumluk kaygı ölçeği, sürekli kaygı ölçeği, pozitif belirti düzeyi skorları skorları arasındaki ilişkisinin incelenmesi

	Boyun Eğici Yaklaşım Skoru	
	Rho (r)	p*
ÇİYKÖ	-0,501	0,000
GGA	0,352	0,018
BDE	0,601	0,000
DKÖ	0,716	0,000
SKÖ	0,640	0,000
PBD	0,416	0,005

GGA: Güçlük güçlükler anketi, **ÇİYKÖ:** Çocuklar için yaşam kalitesi ölçeği, **BDE:** Beck Depresyon Envanteri, **DKÖ:** Durumluk kaygı ölçeği, **SKÖ:** Sürekli kaygı ölçeği **PBD:** Pozitif belirti düzeyi.

*: Spearman korelasyon testi.

Araştırma grubunun bakım verenlerinin iyimser yaklaşım skoru ile:

Olguların ÇİYKÖ toplam skorları arasında $p=0,05$ anlamlılık düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ve "düşük düzeyde" [$r=0,315$ $p=0,035$] korelasyon saptandı.

Olguların GGA toplam skorları ile $p=0,01$ anlamlılık düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ve "yüksek düzeyde" [$r=-0,528$ $p=0,000$] korelasyon saptandı.

Bakımverenlerin BDE skorları arasında $p=0,01$ anlamlılık düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ve "yüksek düzeyde" [$r=-0,665$ $p=0,000$] korelasyon saptandı.

Bakımverenlerin DKÖ skorları arasında $p=0,01$ anlamlılık düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ve "yüksek düzeyde" [$r=-0,568$ $p=0,000$] korelasyon saptandı.

Bakımverenlerin SKÖ skorları arasında $p=0,01$ anlamlılık düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ve "yüksek düzeyde" [$r=-0,655$ $p=0,000$] korelasyon saptandı.

Bakımverenlerin PBD skorları arasında $p=0,01$ anlamlılık düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ve "yüksek düzeyde" [$r=-0,583$ $p=0,000$] korelasyon saptandı (Tablo 33).

Tablo 33. Araştırma grubundaki bakım verenlerin iyimser yaklaşım skorları ile çocuklar için yaşam kalitesi ölçeği, günlük güçlükler anketi, Beck depresyon envanteri, durumluk kaygı ölçeği, sürekli kaygı ölçeği, pozitif belirti düzeyi skorları skorları arasındaki ilişkisinin incelenmesi

	İyimser Yaklaşım Skoru	
	Rho (r)	p*
ÇİYKÖ	0,315	0,035
GGA	-0,528	0,000
BDE	-0,665	0,000
DKÖ	-0,568	0,000
SKÖ	-0,655	0,000
PBD	-0,583	0,000

GGA: Günlük güçlükler anketi, **ÇİYKÖ:** Çocuklar için yaşam kalitesi ölçeği, **BDE:** Beck Depresyon Envanteri, **DKÖ:** Durumluk kaygı ölçeği, **SKÖ:** Sürekli kaygı ölçeği **PBD:** Pozitif belirti düzeyi.

*: Spearman korelasyon testi.

Araştırma grubunun bakım verenlerinin sosyal destek arama yaklaşımı skoru ile

Olguların GGA toplam skorları ile $p=0,05$ anlamlılık düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ve "düşük düzeyde" [$r=-0,349$ $p=0,019$] korelasyon saptandı.

Bakımverenlerin BDE skorları arasında $p=0,01$ anlamlılık düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ve "yüksek düzeyde" [$r=-0,417$ $p=0,004$] korelasyon saptandı.

Bakımverenlerin DKÖ skorları arasında $p=0,05$ anlamlılık düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ve "düşük düzeyde" [$r=-0,299$ $p=0,046$] korelasyon saptandı.

Bakımverenlerin SKÖ skorları arasında $p=0,01$ anlamlılık düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ve "yüksek düzeyde" [$r=-0,536$ $p=0,000$] korelasyon saptandı.

Araştırma grubunun bakım verenlerinin sosyal destek arama yaklaşımı skoru ile olguların ÇİYKÖ toplam skorları ve bakım verenlerin PBD skorları arasında korelasyon saptanmadı (Tablo 34).

Tablo 34. Araştırma grubundaki bakım verenlerin sosyal destek arama yaklaşımı skorları ile çocuklar için yaşam kalitesi ölçeği, güçlük güçlükler anketi, Beck depresyon envanteri, durumluk kaygı ölçeği, sürekli kaygı ölçeği, pozitif belirti düzeyi skorları skorları arasındaki ilişkisinin incelenmesi

	Sosyal Destek Arama Yaklaşımı Skoru	
	Rho (r)	p*
ÇİYKÖ	0,022	0,788
GGA	-0,349	0,019
BDE	-0,417	0,004
DKÖ	-0,299	0,046
SKÖ	-0,536	0,000
PBD	-0,242	0,102

GGA: Güçlük güçlükler anketi, **ÇİYKÖ:** Çocuklar için yaşam kalitesi ölçeği, **BDE:** Beck Depresyon Envanteri, **DKÖ:** Durumluk kaygı ölçeği, **SKÖ:** Sürekli kaygı ölçeği **PBD:** Pozitif belirti düzeyi.

*: Spearman korelasyon testi.

TARTIŞMA

Çalışmamız, kanser tanılı çocukların psikopatolojisi açısından yarı yapılandırılmış klinik görüşme formu ile değerlendirildiği, sağlıklı akranlarıyla yaşam kalitesi ve psikiyatrik belirtilerinin karşılaştırıldığı, bakım verenlerinin psikiyatrik belirtilerinin ve stresle başa çıkma tarzlarının incelendiği kesitsel bir çalışmadır.

Kanser hastalığı olan çocuk ve ergenlerde, hem akut dönemde, hem de uzun süreli izlemde, bilişsel ve duygusal alanda çeşitli psikiyatrik belirtiler ortaya çıkabilmektedir (21) .

Literatürde kanserli çocuklarda ortaya çıkabilecek psikiyatrik hastalıklar üzerine yayınlanmış çalışmalar kısıtlı ve çelişkilidir. Çalışmalarda çoğunlukla major depresif bozukluk, anksiyete bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu gibi özgül tanıların varlığı, yaşam kalitesi ve uzun süreli izlemde gözlenen bilişsel fonksiyon bozuklukları araştırılmıştır. Çalışmaların çoğunda kanserli çocuklarda ruhsal bozukluklar ve belirtiler sağlıklı akranlarından daha sık gözlenmektedir (20, 21). Bir kısmında ise, kanserli çocukların sağlıklı akranları ile ruhsal gelişim ve uyum sorunları açısından önemli bir farklılık bulunmamıştır (22, 94, 95). Bazı çalışmalarda ise, kanserli olguların sağlıklı akranlarına göre ruhsal durum ve uyum açısından daha iyi durumda oldukları gösterilmiştir (23, 24).

Çalışmamızda kanserli tüm olgular değerlendirildiğinde, ÇDSG-ŞY'ye göre yaşam boyu tanı alma sıklığı %77,8, geçmişte tanı alma sıklığı %60,0, şimdi tanı alma sıklığı ise %55,7 olarak saptandı. Yaşam boyu tanı alma sıklığı sırasıyla %48,9 ile duygudurum bozuklukları, %42,2 ile anksiyete bozuklukları, %15,7 ile yıkıcı davranış bozuklukları, %8,9 ile dışa atım bozuklukları olarak bulundu. Tanılar ayrı ayrı değerlendirildiğinde olgularda sırasıyla % 26,7 MDB, %22,2 DUB, %20 özgül fobi, %15,7 DEHB, %15,7 sosyal fobi, %8,9 AAB , %8,9 enürezis, %6,7 KOKGB ve %6,7 OKB saptandı.

Kashani ve arkadaşları, kanserli çocuklarda MDB prevalansını %17 oranında olduğunu bildirmiştir (45). Bagur ve arkadaşları kanserli çocuklarda yarı yapılandırılmış bir görüşme formuyla yaptıkları psikiyatrik komorbidite çalışmasında MDB oranını %24,6 olarak saptamışlardır (96). Massie ve arkadaşlarının kanserli erişkinlerde yaptığı bir çalışmada MDB prevalansı %9–58 olarak bulunmuştur (97). Citero ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada erişkin kanserli hastalarda psikiyatrik tanı alma sıklığı %59, MDB sıklığı %30,5 bulunmuştur (98). Ülkemizde yapılan bir çalışmada erişkin kanser hastalarında MDB prevalansı %22 olarak belirtilmiştir (99). Çalışmamızda MDB prevalansı %26,7 olarak belirlenmiş olup, bu sonuç literatürde olan çocuk ve erişkin çalışmalarına benzer bulunmuştur.

Çalışmamızda araştırma grubundaki olguların cinsiyet grupları ile en az bir psikiyatrik tanı alma arasındaki ilişkiyi saptayamadık. Benzer şekilde duygudurum bozukluğu ve anksiyete bozuklukları açısından da her iki cinsiyet arasında anlamlı bir fark yoktu. Barakat ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada kanserli çocuklarda her iki cinsiyet arasında anksiyete ve travma sonrası stres semptomları açısından anlamlı farklılık bulunmamıştır (100). Zebrack ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada kanserli çocuklarda her iki cinsiyet arasında depresyon ve somatik semptom açısından fark bulunmamıştır (21). Literatürdeki bulgular ile çalışmamızın sonuçları uyumludur.

Duygudurum bozuklukları açısından cinsiyet farkı olmasa da yaş grupları arasında belirlenen sonuçlarda farklılık bulundu. Kanser hastalığı olan ergen olgular, çocuk olgulara göre daha sık duygudurum bozukluğu tanısı aldı. Çocuk ve ergenlerde depresif bozukluğun sıklığını inceleyen toplum çalışmaları gözden geçirildiğinde, depresif bozukluğun yaşla artış gösterdiği, okul öncesi çocuklarda %1'den az, okul çağında %3'den az olduğu, ergenlerde ise bu oranın %20'ye kadar çıktığı görülmektedir (34-40). Çalışmamızın sonuçlarına bakıldığında, çocuk ve ergenlerde kanser hastalığının varlığının duygudurum bozukluğu görülme sıklığını arttırdığı ve özellikle ergen olguların MDB açısından risk altında olduğu söylenebilir.

Literatürde kanserli çocuk ve ergen hastalarda uyum bozukluğu komorbiditesi ile ilgili yapılan çalışmalar oldukça sınırlıdır. Rait ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada kanserli çocuklarda depresif özellikli uyum bozukluğu tanısı alanların oranı %31 olarak bildirilmiş, uyum bozukluğunda depresif semptomların anksiyöz semptomlara göre daha sık gözlendiği vurgulanmıştır (101). Razavi ve arkadaşları erişkin kanserli hastalarda uyum bozukluğu sıklığını %11-21 olarak bildirmişlerdir. Mitchell ve arkadaşlarının yaptığı kapsamlı bir meta-analiz çalışmasında kanserli erişkin hastalarda uyum bozukluğu prevalansı %14-24 olarak bildirilmiştir (102). Çalışmamızda kanserli çocuklarda saptanan uyum bozukluklarının

tamamı depresif özellikte olup, prevalansı %22,2 olarak bulunmuştur. Çalışmamızdaki bu sonuç, literatürdeki çalışmalar ile uyumludur.

Anksiyete bozukluğu ile ilgili yapılan çalışmalarda, çoğunlukla kanserli hastalarla sağlıklıların anksiyete düzeyi karşılaştırılmıştır. Yapılan çalışmaların çoğunda kanserli hastaların anksiyete düzeyi sağlıklılara göre yüksek bulunmuştur (103, 104). Kanserli hastalarda anksiyete bozukluğu için prevalans çalışmaları ise oldukça sınırlıdır. Erişkin çalışmalarında anksiyete bozukluğu %5-17 arasında bulunmuştur (102). Bagur ve arkadaşlarının kanserli çocuklarda yarı yapılandırılmış bir görüşme formuyla yaptıkları prevalans çalışmasında, anksiyete bozuklukları %39,2 olarak saptanmıştır (96).

Çalışmamızda anksiyete bozuklukları prevalansı %42,2 bulunmuştur. Bu sonuç çocukluk dönemini araştıran çalışmadaki sonuçlara benzerdir. Kanserli çocuk ve ergenlerde anksiyete bozukluğunun erişkin döneme göre daha sık saptanması; tanı özelliği gereği çocuktaki bilgi eksikliğinin getirdiği kaygılara, hospitalize edilmenin yaşattığı kaygılara, ayrılık anksiyetesi ve özgül fobinin daha çok görülüyor olması gibi faktörlere bağlanabilir.

Literatürde DEHB ile ilgili yapılan epidemiyolojik çalışmalarda prevalans %1-20 arasında belirtilmiştir (105, 106). Schultz ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada kanser öyküsü olan çocukların sağlıklılara göre DEHB sıklığının daha yüksek olduğu saptanmıştır (107). Çalışmamızda kanserli olguların %15,7'si DEHB tanısı almıştır. Çalışmamızdaki bu sonuç, literatürdeki çalışmalar ile uyumludur.

Literatürde kanserli çocuklarda travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) prevalansı %4-14,7 arasında değişmektedir (108-110). Çalışmamızda ÇDŞY-ŞY kullanılırken kanser tanısı konulduğu dönemdeki travmatik deneyimlere odaklanılsa da, olguların getirdiği semptomlar TSSB tanısı koymada yeterli olmadığından TSSB tanısı alan olgu yoktu.

Çalışmamızda lösemi-lenfoma ile solid kanserli olgular arasında psikiyatrik tanı alma açısından anlamlı farklılık bulamadık. Literatürde yapılan çalışmalarda tanı grupları arasında psikiyatrik belirti açısından farklılık bulunmamıştır (111, 112). Bu bulgulara göre literatürdeki çalışmaların sonuçları ile çalışmamızın sonuçları uyumludur. Lösemi-Lenfoma tanılı olgular, daha uzun süre hastanede yatarak tedavi görmekte olup, prognozları solid kanserlere göre daha iyi seyretmektedir. Ancak solid kanserli olguların yatış süresi daha kısa olmasına rağmen, oldukça fazla girişimsel müdahalelere ve cerrahi operasyonlara maruz kalmaktadırlar. İki grup arasında psikiyatrik bozukluk açısından fark bulunmaması bu etkenlerin birleşimine bağlı olabilir.

Çalışmamızda yatarak ve ayaktan tedavi gören olgular arasında psikiyatrik tanı alma açısından anlamlı farklılık bulamadık. Kanser hastalığının ayaktan takip süreci de, hastanede

yatarak tedavi görme kadar hastalar üzerinde olumsuz etkilere neden olmaktadır. Ayaktan tedaviyi sürdüren olguların enfeksiyon bulaşma riskinden dolayı akran ilişkilerinden uzak tutulması ve kemoterapi yan etkilerine uzun süre maruz kalmaları gibi stresörler psikiyatrik bozukluk gelişiminde etkili olabilmektedir. Literatürdeki çalışmalarda genellikle tedavisi süren ya da remisyondaki çocuklar değerlendirilmiş, ayaktan ve yatarak tedavi gören çocuklarda psikiyatrik hastalıklar değerlendirilmemiştir.

Çalışmamızda kanser tanısı konulmasına kadar geçen süre anlamında olgular gruplandırılmış olup, psikiyatrik bozukluk açısından gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Bu bulgu ile literatürdeki bazı çalışma sonuçları uyumludur (21, 100).

Çalışmamızda olguların hastanede toplam yatış sürelerine göre psikiyatrik bozukluk varlığını karşılaştırdık. Yatış süresi 6 aydan uzun olanlar ile 6 aydan daha az olanlar arasında psikiyatrik bozukluk açısından anlamlı farklılık bulunmadı. Literatürde yapılan çalışmaların çoğunda yatış süresi uzadıkça psikiyatrik hastalık gelişme riskinin arttığı belirtilmektedir (21, 113, 114). Çalışmamızdaki sonucun farklı çıkmasının sebepleri; yatış süresince tıbbi ekibin psikiyatrik belirtileri tanınması, riskli olgulardan çocuk psikiyatrisi konsültasyonu istenmesi ve psikiyatrik desteğin sürekliliğinin sağlanması olabilir.

Olgularımız radyoterapi, operasyon ve intratekal tedavi öyküsü olanlar ve olmayanlarda psikiyatrik bozukluk açısından karşılaştırıldı. En az bir tanı alma ve anksiyete bozukluğu tanısı alma bakımından gruplar arasında anlamlı fark saptanmadı. Ancak radyoterapi alan olgularda, almayanlara göre duygudurum bozukluğu tanısı anlamlı olarak daha sıkı. Çalışmamıza benzer şekilde Glover ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada radyoterapi alan kanserli olguların almayanlara göre daha sık duygudurum bozukluğu tanısı aldığı bildirilmiştir (114).

Literatürde kanserli çocuklarla yapılan çalışmalarda sıklıkla belirli tanı grupları değerlendirilmiş olup, tam bir psikiyatrik durum değerlendirilmesi yapılan çalışma sayısı oldukça azdır. Çalışmamızda vaka sayısı kısıtlı olsa da çocuğun ve ergenin psikiyatrik durumunu, psikiyatrik tanılarının çoğunu kapsayacak şekilde ayrıntılı değerlendirdik. Kapsamlı inceleme; risk faktörlerinin ortaya konması, komorbiditesinin belirlenmesi ve çocuğun psikiyatrik tedavisinin uygun bir şekilde düzenlenmesi bakımından daha yararlı olmaktadır.

Hastanede yatış dönemlerinde kanserli olgularımızdan istenen çocuk psikiyatri konsültasyonu oranı %42,2 olarak saptandı. Ülkemizde yapılan çalışmalarda çocuk hastalıkları birimlerinin çocuk psikiyatri konsültasyon isteme oranı %2,6 olarak bildirilmiştir (115). Yurtdışında yapılan çalışmalarda çocuk psikiyatri konsültasyon isteme oranı %3,4-14

arasında bildirilmiştir (116, 117). Bu sonuca göre kanserli çocukların psikiyatrik destek ihtiyacının diğer hastalıklara göre daha çok olduğu sonucu çıkarılabilir.

Son yıllarda çeşitli tedavi yöntemleri ile kanserli hastaların sağ kalım oranlarında artış sağlanmıştır. Ancak birçok tıbbi girişime maruz kalmanın yanında uygulanan çeşitli tedavi yöntemlerine bağlı gelişen komplikasyonların uzun dönemde ortaya çıkma ihtimali, yaşam kalitesi ile ilgili yapılan çalışmaların artmasına neden olmuştur. Çalışmamızda ÇİYKÖ'ye göre araştırma grubunun fiziksel, psikososyal ve toplam yaşam kalitesi skorları, kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha düşük bulundu. Bulduğumuz sonuca benzer şekilde, Pogorzola ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada kanserli çocuklar ile sağlıklı kontrol grubu yaşam kalitesi açısından karşılaştırılmış ve hem ebeveyn hem de çocuk öz bildirimlerinde duygusal, fiziksel, sosyal ve okul durumları açısından daha düşük puanlar aldıkları saptanmıştır (118). Magal-Vardi ve arkadaşları; kanserli çocuklarda hastalık şiddeti ile yaşam kalitesi ölçek skorlarını ilişkili bulmuşlar, yüksek risk grubundaki çocukların yaşam kalitesinin, düşük ve orta risk grubundaki çocuklara göre daha kötü olduğunu saptamışlardır (119). Çalışmamızın sonuçları ile literatürdeki bu çalışmaların sonuçları uyumludur. Kanser tedavisine bağlı sağ kalım oranları artsa da, çocuk ve ergenlerin yaşam kalitesi olumsuz etkilenmektedir. Bu olumsuz etkilenme, psikopatoloji gelişiminde önemli bir faktör olabilir.

Waters ve arkadaşlarının ALL'li çocuklarla yaptıkları çalışmada çocuk, ebeveyn ve klinisyenin doldurdıkları yaşam kalitesi ölçekleri karşılaştırılmış, ebeveynlerin daha düşük fonksiyon ve iyilik hali bildirdikleri saptanmıştır (58). Çalışmamızda çocuklarda yaşam kalitesi sorgulanırken ölçeğin sadece ebeveyn formu kullanılmış olup, bu durum sonucumuzu etkilemiş olabilir.

Literatürdeki bazı çalışmalarda kanser tanısı konulduktan uzun süre sonra remisyondaki hastalarda yaşam kalitesi değerlendirilmiş, olgu grubunun sağlıklı gruba göre yaşam kalitesinde daha yüksek skorlar bildirilmiştir (120-122). Sonuçlardaki farklılık çalışmamızda, olguların tedavi sırasında değerlendirilmesiyle açıklanabilir.

Çalışmamızda araştırma grubundaki olguların toplam yaşam kalitesi skorları ile olguların yaşı, okula gidemediği süre, kanser tanısı konulana kadar geçen süre ve annelerinin yaşı arasında ilişki saptayamadık. Speechly ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada kanserli çocuklarda yaş ve cinsiyet gibi değişkenlerin yaşam kalitesi skorlarını etkilemediği bildirilmiştir (123). Bu bulgu çalışmamızın bulgularıyla uyumludur.

Çalışmamızda GGA-anne baba versiyonu skorlarına göre araştırma grubundaki olguların duygulanım sorunu, akran ilişkileri sorunu ve toplam güçlük skorları kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek bulundu. Davranım sorunları, sosyal davranış

sorunları, dikkat eksikliği ve hareketlilik sorunları açısından araştırma ve kontrol grupları arasında fark bulunmadı. Eilertsen ve arkadaşlarının yaptığı bir vaka kontrol çalışmasında, GGA ile kanserli çocukların psikolojik iyilik hali araştırılmış, çalışmamıza benzer bulgular bulunmuştur. Tek fark, dikkat eksikliği ve hareketlilik skorlarının da kanserli çocuklarda sağlıklı akranlarına göre yüksek bulunmasıdır. Ek olarak olguların GGA toplam güçlük skorları ile olguların yaş, cinsiyet ve ailelerinin sosyoekonomik durumları ile ilişki saptanmamıştır (124). Çalışmamızda da benzer olarak olguların GGA toplam skoru ile olguların yaşları ve annelerinin yaşları ile anlamlı ilişki saptayamadık. Emiroğlu ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada okul işlevselliğinin azalmasının çocuklarda psikiyatrik belirtilerin ortaya çıkmasında önemli bir risk faktörü olduğu belirtilmiştir (19). Ancak çalışmamızda kanserli olguların GGA toplam skoru ile okula gidemediği süre arasında ilişki saptayamadık.

Ülkemizde Keser ve arkadaşları, kanser dışında bazı kronik hastalığa sahip çocukların duygusal ve davranışsal sorunlarını araştırmıştır. Uygulanan GGA ölçeğine göre kronik hastalığa sahip çocukların sağlıklı çocuklara göre duygulanım, akran ilişkileri ve sosyal davranış güçlük skorları anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Dışa yönelim sorunları olan davranım, dikkat eksikliği ve hareketlilik skorlarında anlamlı farklılık saptanmamıştır (125). Bu bulgular, çalışmamızdaki bulgular ile uyumlu olup, kanser hastalığının çocukta sebep olduğu duygusal ve davranışsal sorunların diğer kronik hastalıkların yarattığı sorunlarla benzerlik gösterdiğini düşündürülebilir.

Kanser hastalığı, sadece çocukların ruhsal durumunu değil, ebeveynlerin özellikle bakım verenlerin ruhsal durumunu etkileyebilmekte, ebeveynlerde psikiyatrik belirtilere neden olmaktadır. Literatürde çalışmaların büyük çoğunluğunda kanser hastalığı olan çocukların ebeveynlerinin, sağlıklı çocukların ebeveynlerine göre daha sık depresyon ve anksiyete belirtileri gösterdiği vurgulanmıştır (126-129). Yeh ve arkadaşlarının anne ve babalar arasındaki farklılıkları incelendiği bir çalışmada, annelerin babalara göre daha çok psikiyatrik sıkıntı yaşadıkları belirtilmiştir (9). Annelerin babalara göre daha fazla stres yaşadıkları, bunun anne ve iş rolünün sorumluluğundan kaynaklandığı savunulmaktadır. Anne rolünde, annenin çocuğu ile özdeşleştiği ve çocuğu sadece bir birey olarak değil, kendisinin bir uzantısı olarak algıladığı vurgulanmaktadır. Annenin ve çocuğun duyguları arasında sınırların belirsiz olduğu, çocuğun deneyimlerinin anne tarafından kendisininmiş gibi algılandığı vurgulanmaktadır. Çocuğun vücuduna müdahaleyi gerektiren tıbbi işlemler de anne tarafından oldukça stresli olarak algılanmaktadır (17). Çalışmamızda kanserli çocukların bakım verenlerine odaklanılmış olup, olguların bakım verenlerinin tamamı annelerdi. Bu

durum, sosyokültürel olarak genellikle ailenin geçimi ile ilgili maddi sorumlulukları babaların üstlenmesi, annelerin ise daha çok evde veya hastanede hasta çocuklarının bakımını üstlenmesinden kaynaklanabilir.

Literatürde birçok çalışmada kanserli çocukların annelerinin depresyon skorları sağlıklı olanların annelerine göre yüksek bulunmuştur (130-132). Toros ve arkadaşlarının ülkemizde yaptığı bir çalışmada kanser hastalığı olan çocukların ebeveynlerinin depresyon skoru, kanser dışında kronik hastalığa sahip ve sağlıklı çocukların ebeveynlerin depresyon skoruna göre yüksek bulunmuştur (53). Çalışmamızda BDE ve BTL-90-R depresyon alt grubuna göre araştırma grubunun annelerinin depresyon skorları, kontrol grubundaki annelere göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Çalışmalarda bulunan sonuçlar ile çalışmamızın sonuçları benzerlik göstermektedir. Araştırmalar, kanserle ilgili tutumlar arasında karamsarlık ve çaresizliğin yaygın olduğunu, kanserin bir yıkım gibi algılandığını göstermektedir. Çocukluk çağı kanserleri tedavi edilebilmesine rağmen ebeveynlerde kanserin ölümle eş olduğu düşüncesi mevcuttur (133). Toplumdaki olumsuz stigmatizasyon, çalışmamızın araştırma grubundaki annelerin yüksek depresyon skorunun nedenlerinden biri olabilir. Bununla beraber uzun süreli hastane yatışlarından dolayı evinden ve işinden ayrı kalmak, gün boyu hasta çocuğunun bakımıyla ilgilenmek zorunda olmak ve aile bütünlüğünün bozulması gibi nedenler de bu sonuçta etken olabilir.

Wijnberg-Williams ve arkadaşlarının yaptığı bir izlem çalışmasında kanser tanılı çocukların ebeveynlerinin, özellikle tanı konulduktan sonraki ilk yılda depresif belirtilerinin sıklığında artış olduğu ve çocuğunun hastalığının kötüleşmesi ile ilgili yoğun kaygılarının olduğu belirtilmiştir. Ayrıca kanser öyküsü olan çocukların annelerinin normal popülasyondaki annelere göre anksiyete ve depresyon belirtilerinin daha yüksek oranda olduğu belirtilmiştir (70). Benzer olarak Madalynn ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada ALL'li çocukların annelerinde anksiyete ve depresyon skorları sağlıklı çocukların annelerine göre yüksek bulunmuştur (131). Çalışmamızda BTL-90-R anksiyete alt grubu ve DSKÖ ölçeklerine göre araştırma grubunun annelerinin anksiyete skorları kontrol grubuna göre anlamlı yüksek bulunmuştur. Çalışmamızın bulguları ile literatürdeki bilgiler uyumlu olarak değerlendirilebilir.

Demirtepe ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada kanserli çocukların bakım verenlerinin yaşının genç olması, depresyon ve anksiyete düzeylerinin yüksekliği ile ilişkili bulunmuştur (134). Bu bulgudan farklı olarak çalışmamızda, bakım verenlerin yaşı ile depresyon ve anksiyete düzeyleri arasında ilişki yoktu.

Çalışmamızda bakım verenlerin durumluk kaygı skorları ile çocukların kanser hastalığından dolayı okula gidemediği süre arasında anlamlı ilişki bulduk. Çocukların okula gidemediği süre arttıkça annelerin kaygısı artmaktadır. Benzer ilişkiyi sürekli kaygı ve depresyon skorlarında bulamadık.

Literatürde kanserli çocuklarının ebeveynlerinde depresyon ve anksiyete dışında psikiyatrik belirtilerin değerlendirildiği çalışma oldukça sınırlıdır. Magni ve arkadaşlarının BTL-90-R ölçeğini kullanarak yapmış olduğu bir çalışmada kanserli çocukların annelerinde obsesyon, depresyon ve anksiyete skorları sağlıklı gruba göre anlamlı yüksek bulunmuştur. Bununla beraber BTL-90-R ölçeğinde uyku ve iştah gibi özelliklerin sorgulandığı ek skalalar skoru da sağlıklı gruba göre anlamlı yüksek bulunmuştur. Ölçeğin diğer alt gruplarında anlamlı farklılık bulunmamıştır (135). Çalışmamızda BTL-90-R'ye göre araştırma grubunun annelerinin obsesyon, kişiler arası duyarlılık, depresyon, anksiyete, öfke-düşmanlık, fobik anksiyete ve ek skala skorları kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Aynı zamanda genel belirti düzeyi, ölçek toplam puan ve pozitif belirti düzeyi skorları, kontrol grubundan anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. BTL genel belirti düzeyi ve ölçek toplam puanlarının fazla olması araştırma grubundaki annelerin psikiyatrik belirtilerden duyduğu sıkıntının kontrol grubuna kıyasla artmış olduğuna işaret etmektedir. Ayrıca araştırma grubunun annelerindeki pozitif belirti düzeyi puanlarının kontrol grubuna kıyasla anlamlı yüksek olması; annelerin kendisinde var olduğunu algıladığı belirtilerden duyduğu sıkıntının ağırlıklı ortalamasının, kontrollere kıyasla daha yüksek olması anlamına gelmektedir. Çalışmamızda BTL-90 pozitif belirti toplamı skorları açısından araştırma grubu ve kontrol grubu arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Bu bulguya göre araştırma grubundaki anneler ile kontrol grubundaki anneler arasında psikiyatrik semptom çeşitliliği açısından anlamlı fark olmadığı sonucu çıkarılabilir.

Çalışmamızda araştırma grubunun annelerinin depresyon, anksiyete ve bazı psikiyatrik belirtilerinin düzeyleri kontrol grubuna göre daha çok olsa da, annelerin özgeçmişlerinde psikiyatrik hastalık öyküsü olması açısından araştırma ve kontrol grupları arasında bir fark yoktu. Bu psikiyatrik belirtilerin devamlılığının olması, annelerin çocuklarının ciddi bir hastalığa yakalanmasına bağlı olarak onların yanından ayrılmak istememesine, çocuğun klinik takibini yapan tıbbi ekibin annenin sıkıntı ve sorunlarını daha az tanıyor olmasına ve dolayısıyla annenin ruhsal destek açısından kendini ihmal etmesine bağlanabilir.

Çalışmamızda kanserli olguların yaşam kalitesi ile bakım verenlerin psikiyatrik belirtileri arasındaki ilişki araştırılmıştır. Bakım verenin anksiyete ve depresyon skorları arttıkça olguların yaşam kalitesi toplam skorlarının azaldığını saptadık. Roddenberry ve

arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada; annelerin depresyon, anksiyete düzeyi ve ebeveyn stresinin artmasının kanserli çocuklarının yaşam kalitesine olumsuz etki ettiği bildirilmiştir (136). Bu bulgu çalışmamızın bulguları ile uyumludur. Annenin psikiyatrik belirtileri, psikolojik stresi artırıp çocuğun yaşam kalitesini düşürebilir ya da çocukların yaşam kalitesini etkileyen unsurların çok olması (hastalık şiddeti, tedavi yan etkileri vb.), annenin psikiyatrik belirtilerinin düzeyini arttırabilir. Dolayısıyla annenin psikiyatrik belirtisi ve çocuğun yaşam kalitesi arasındaki etkileşimin karşılıklı olduğu yorumu yapılabilir.

Literatürde sağlıklı ve hastalığı olan çocuklarda yapılan çalışmalarda, artmış ebeveyn stresinin ve psikiyatrik belirtilerinin, çocuklarda daha sık psikiyatrik belirtilere neden olduğu belirtilmektedir (137, 138). Kanserli veya diğer kronik hastalıklara sahip çocuklarla yapılan çalışmalarda, çocuk ve ebeveyn arasında karşılıklı etkileşimin olduğu öne sürülmektedir. Ebeveynin anksiyete, depresyon, uykusuzluk gibi psikiyatrik belirtilerinin ve yoğun stresin, çocuğun psikiyatrik durumunda önemli derecede etkili olduğu, bu belirtilerin artışının çocukta içe yönelim ve dışa yönelim davranışlarında artış ile uyumlu olduğu bildirilmiştir. Benzer şekilde çocukların yaşadıkları stresin ve psikolojik etkilenmenin, ebeveynde psikiyatrik belirtilere neden olduğu ileri sürülmüştür (66, 73, 129). Çalışmamızda, literatürde yapılan çalışmalarla uyumlu bulgular elde edilmiştir. Kanserli olguların GGA'ya göre toplam güçlük skorları ile bakım verenlerinin depresyon skorları, durumluk kaygı skorları, sürekli kaygı skorları ve birçok psikiyatrik belirtiyi inceleyen BTL-90-R'nin en önemli belirteci olan PBD skorları arasında pozitif korelasyon saptadık. Bu bulgu literatürdeki diğer çalışmalar ile uyumlu gözükmektedir. Bu durum bize, kanserli çocukların ve ebeveynlerinin psikiyatrik belirti düzeyleri arasında karşılıklı etkileşim olduğu sonucunu gösterebilir.

Son yıllarda yapılan çalışmalarda, kronik hastalığı olan çocukların ailelerinin hastalığa karşı uyum sağlamalarında ve psikiyatrik sorunlarında kullandıkları başa çıkma yöntemlerinin önemi vurgulanmaktadır (17). Grootenhuis ve arkadaşlarının yapmış olduğu gözden geçirme çalışmasında, başa çıkma yöntemlerini değerlendirmek için kullanılan ölçeklerde kanserli çocukların annelerinde; duygusal - problem odaklı başa çıkma, pozitif - negatif tip başa çıkma, aktif - pasif rol oynama tarzı başa çıkma yöntemleri karşılaştırılmıştır. Bazı çalışmalarda kanserli çocuğa sahip ebeveynlerin sağlıklı çocuğa sahip ebeveynlere göre pasif başa çıkma yöntemlerini daha sık kullandıkları, bunun da hem ebeveyninde hem de çocukta anksiyete ve depresyonun daha sık görülmesine etkisi olduğu belirtilmiştir (139, 140). Carver ve arkadaşlarının başa çıkma yöntemlerinin durumsal değişkenlerle olan ilişkisini incelediği bir çalışmada, içinde bulundukları durumu değiştirilebilir olarak algılayanların, problem çözme odaklı başa çıkma yöntemlerini (kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım vb.) daha

fazla kullandıkları; içinde bulundukları durumu değiştiremez olarak algılayanların ise duygusal başa çıkma yöntemlerini (çaresiz yaklaşım, boyun eğici yaklaşım vb.) daha fazla kullandıkları belirtilmiştir. Bunun yanı sıra problem çözme odaklı başa çıkma yöntemlerini kullananların algıladığı stresin azaldığı, duygusal odaklı yöntemleri kullananların algıladığı stresin arttığı belirtilmiştir (141).

Literatürde çelişkili sonuçlar da mevcuttur. Baskin ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada duygusal başa çıkma yöntemlerinin uyum sorunlarıyla ilişkili olduğu, problem çözmeye odaklı yaklaşımların uyum sağlama ile ilişkili olmadığı belirtilmiştir (142). Bearison ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, kanserli çocukların ebeveynlerinde daha sık mizah ve destek arama yöntemlerinin kullanıldığı belirtilmiştir (143). Çalışmamızda SBTÖ'ye göre; araştırma grubunun annelerinin kendine güvenli yaklaşım skorları kontrol grubundan anlamlı olarak daha düşük, çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım skorları ise kontrol grubundan anlamlı olarak daha yüksek bulundu. Araştırma ve kontrol grupları arasında, annelerin iyimser yaklaşım ve sosyal destek arama skorları bakımından anlamlı farklılık bulunmadı. Bu sonuca göre kanserli çocukların annelerinin stresle başa çıkma tarzı olarak pasif yöntemleri daha çok kullandıkları, problemi çözmeye yönelik aktif yöntemleri daha az kullandıkları söylenebilir. Çalışmamızın sonuçları literatürdeki bazı çalışmaların bulguları ile uyumludur.

Çalışmalarda kanserli çocukların annelerinde stresle başa çıkma yöntemi olarak sosyal destek arayışının önemi vurgulanmıştır. Ailenin diğer bireylerinden, arkadaşlardan ve tıbbi personelden alınan sosyal desteğin, kanserli çocuğu olan annenin stresle başa çıkması için oldukça yardımcı olduğu belirtilmiştir. Kronik hastalığı olan çocukların ailelerinin sosyal desteğe olan gereksinimleri sağlıklı çocuğu olan ailelere göre çok daha fazladır (17). Çalışmamızda SBTÖ'ye göre araştırma grubundaki annelerin sosyal destek arama yaklaşımı skorlarının kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu, fakat bunun istatistiki olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur.

Çalışmamızda SBTÖ'ye göre araştırma grubunun annelerin ölçek puanları kendi içerisinde cinsiyet, yaş grubu, tedavinin verildiği yer ve yatış süreleri açısından uygun şekilde gruplandırılarak karşılaştırılmıştır. Araştırma grubunun annelerinin SBTÖ tüm alt ölçek skorlarında, kız-erkek olgular, çocuk-ergen olgular, yatarak ve ayaktan takip edilen olgular arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. 6 aydan daha uzun süre yatarak tedavi görenlerin annelerinin çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım alt ölçek skorları, diğer gruba göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Ek olarak olguların okula gidemediği süre ile bakım verenlerin çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım skorları arasında pozitif korelasyon,

kendine güvenli yaklaşım skorları arasında negatif korelasyon saptanmıştır. Bu sonuca bağı olarak, kanser nedeniyle olguların yatış süresinin ve okula gidemediği sürenin artmasının, bakım verenlerinin çaresiz yaklaşım ve boyun eğici gibi duygusal-pasif başa çıkma yöntemlerini kullanmalarının bir yordayıcısı olduğu yorumu yapılabilir.

Çalışmamızda kendine güvenli yaklaşım ve iyimser yaklaşım gibi problem çözmeye yönelik aktif başa çıkma tarzlarını daha sık kullanan annelerde daha düşük anksiyete, depresyon ve pozitif belirti düzeyi saptadık. Bununla birlikte annelerin daha sık aktif başa çıkma tarzlarını kullanması ile, kanserli olgularda daha az psikiyatrik belirti ve daha fazla yaşam kalitesinin olduğunu belirledik. Bu bulgularla tutarlı olarak, çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım gibi duygusal pasif başa çıkma tarzlarını daha sık kullanan annelerde daha yüksek anksiyete, depresyon ve pozitif belirti düzeyi saptadık. Ek olarak, annelerin daha sık pasif başa çıkma tarzlarını kullanması ile kanserli olgularda daha fazla psikiyatrik belirti ve daha az yaşam kalitesi olduğunu gösterdik. Çalışmamızın bulguları literatürdeki çalışmaların bulguları ile uyumluluk göstermektedir (139-141).

Annelerin sosyal destek arama yaklaşımını daha sık kullanması ile birlikte annelerde daha az depresyon, anksiyete belirtileri ve olgularda daha düşük düzeyde psikiyatrik belirti bulduk. Ancak çalışmamızda araştırma ve kontrol grupları arasında annelerin sosyal destek arama yaklaşım skorları arasında fark olmaması, bu yaklaşımın diğer yaklaşımlar kadar çocukta ve bakım verende psikiyatrik belirti oluşturacak düzeyde olmadığı şeklinde yorumlanabilir.

Özetle; önemli bir sağlık problemi olan kanser hastalığı, çocuğu ve bakım verenini etkilemekte, hem çocuklarda hem bakım verenlerde psikiyatrik belirtiler ortaya çıkarabilmektedir. Psikiyatrik belirti ortaya çıkarması muhtemel bir çok değişken olmakla beraber, çalışmamızda bunların birkaçı değerlendirilebilmiştir. Çalışmamızda sadece uzun süre ve yoğun tedavi gören çocuğa değil bakım verenlerine de odaklanılmıştır. Çocuklarda psikiyatrik belirti oluşmasında bakım verenlerinin de önemli etkisi olduğu vurgulanmaya çalışılmıştır. Ek olarak, bakım verenin kullandığı stresle başa çıkma tarzının, hem kendilerinde hem de çocuklarda psikopatoloji oluşurtmasındaki önemi vurgulanmıştır.

Çocuğun akut veya kronik dönemde yaşadığı sorunlarla birlikte, tanı ve tedavi sürecinde ailenin yaşadığı sorunların da tıbbi ekip tarafından bilinmesi ve multidisipliner tedavi yaklaşımı sağlanması çok önemli bir noktadır. Kanser gibi kronik hastalıklardan etkilenen kişilerin, tıbbi gereksinimlerinin yanı sıra psikososyal ve eğitsel gereksinimlerinin de karşılanması, sadece hastalığın akut sürecinde değil aynı zamanda tedavinin ayaktan devam ettiği, kontrollerin yapıldığı dönemlerde de çocuğun ve ailenin yaşam kalitelerini

artıracak, sağlık personeli ile ailenin ve hasta çocuğun iletişimini ve tedaviyi olumlu yönde etkileyecektir.

Çalışmamızın en önemli kısıtlılığı, örneklem sayısının az olmasıdır. Özellikle araştırma grubundaki çocuklarda, psikopatoloji gelişimi üzerinde etkili olabileceği düşünülen bazı klinik değişkenlerin araştırılması sırasında gruplara düşen denek sayısının az olması, çalışma sonuçlarının genellenebilirliğini azaltmaktadır. Araştırmada, çDşG - şY dışında kullanılan ölçekler, bakım verenlerin zbildirimlerine dayanmaktadır. Aynı zamanda kullanılan ölçeklerin belli yaş gruplarına uygulanabilir olması, çalışmanın kesitsel olması, araştırma grubundaki olguların kanser tedavisinin farklı aşamalarında olması gibi sebepler de önemli kısıtlılıklardır. Bu konuda daha fazla araştırmaya gerek duyulmaktadır.



SONUÇLAR

Çalışmamızda kanserli çocuk ve ergenlerde ortaya çıkabilecek psikiyatrik belirti ve bozukluklar, ebeveynlerinde ortaya çıkabilecek psikiyatrik belirtiler, bakımverenlerinin stresle başa çıkma tarzı ve bunların birbirleriyle ilişkisi araştırılmış, bulunan bulgulardan aşağıdaki sonuçlar çıkarılmıştır:

1. Kanserli olgularda psikiyatrik açıdan yaşam boyu tanı alma sıklığı %77,8, geçmişte tanı alma sıklığı %60,0, şimdi tanı alma sıklığı ise %55,6 olarak saptandı.

2. Yaşam boyu tanı alma sıklığı sırasıyla %48,9 ile duygulanım bozuklukları, %42,2 ile anksiyete bozuklukları, %15,6 ile yıkıcı davranış bozuklukları, %8,9 ile dışa atım bozuklukları olarak saptandı. Yaşam boyu çoklu tanı alma oranı %35,6 olarak saptandı.

3. Geçmişte tanı alma sıklığı sırasıyla %33,3 ile duygulanım bozuklukları, %24,4 ile anksiyete bozuklukları, %8,9 ile dışa atım bozuklukları, %6,7 ile yıkıcı davranış bozuklukları olarak saptandı. Geçmişte çoklu tanı alma oranı %15,6 olarak saptandı.

4. Şimdiki zaman tanı alma sıklıkları sırasıyla %37,8 ile anksiyete bozuklukları, %17,8 ile duygulanım bozuklukları, %15,6 yıkıcı davranış bozuklukları olarak saptandı. Şimdiki zaman çoklu tanı alma oranı %26,7 olarak saptandı.

5. Kanser hastalığı olan ergen yaş grubunda, çocuk yaş grubuna göre daha sık duygudurum bozukluğu saptandı.

6. Radyoterapi tedavisi alanlarda, almayanlara göre daha sık duygudurum bozukluğu saptandı.

7. Yaşam boyu konulan tanılar ayrı ayrı değerlendirildiğinde olgularda sırasıyla % 26,7 MDB, %22,2 DUB, %20 özgül fobi, %15,7 DEHB, %15,7 sosyal fobi, %8,9 AAB, %8,9 enürezis, %6,7 KOKGB ve %6,7 OKB saptandı.

8. Şimdiki zamanda konulan tanılar ayrı ayrı değerlendirildiğinde olgularda sırasıyla % 17,8 MDB, %17,8 özgül fobi, %13,3 DEHB, %11,1 sosyal fobi, %6,7 AAB, %6,7 KOKGB ve %4,4 OKB saptandı.

9. Kanserli olguların fiziksel, psikososyal ve toplam yaşam kalitesi skorları kronik hastalığı olmayan akranlarına göre anlamlı olarak daha düşük bulundu.

10. Kanserli olguların GGA'ya göre duygulanım, akran ilişkileri ve toplam güçlük skorları kronik hastalığı olmayan akranlarına göre anlamlı olarak daha yüksek bulundu. Davranım, sosyal davranış, dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik skorları bakımından anlamlı farklılık bulunmadı.

11. Kanserli olguların bakım verenlerinde BTL-90-R'ye göre obsesyon, kişiler arası duyarlılık, depresyon, anksiyete, öfke-düşmanlık, fobik anksiyete, ek skala, genel belirtiler düzeyi, toplam puan ve pozitif belirti düzeyi skorları kronik hastalığı olmayan akranlarının bakım verenlerine göre anlamlı olarak daha yüksek bulundu.

12. Kanserli olguların bakım verenlerinin BDE'ye göre depresyon skorları, DSKÖ'ye göre durumluk ve sürekli kaygı skorları kronik hastalığı olmayan akranlarının bakım verenlerine göre anlamlı olarak daha yüksek bulundu.

13. Kanserli olguların GGA'ya göre toplam güçlük skoru ve ÇİYKÖ'ye göre toplam yaşam kalitesi skoru ile bakım verenlerinin BDE'ye göre depresyon skorları, DSKÖ'ye göre kaygı skorları ve BTL-90-R'ye göre pozitif belirti düzeyi skorları arasında pozitif korelasyon saptandı.

13. Kanserli olguların bakım verenlerinin kronik hastalığı olmayan akranlarının bakım verenlerine göre kendine güvenli yaklaşım skorları daha düşük, çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım skorları daha yüksek bulundu.

14. 6 aydan daha uzun süre yatarak tedavi gören kanserli olguların bakım verenlerinde çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım skorları, 6 aydan daha az süreyle yatarak tedavi gören kanserli olguların bakım verenlerine göre anlamlı olarak daha yüksek bulundu.

15. Kanserli olguların bakım verenlerinin kendine güvenli ve iyimser yaklaşım skorları ile bakım verenlerinin BDE'ye göre depresyon skorları, DSKÖ'ye göre kaygı skorları, BTL-90-R'ye göre pozitif belirti düzeyi skorları ve olguların GGA'ya göre toplam güçlük skorları arasında pozitif korelasyon, ÇİYKÖ'ye göre toplam yaşam kalitesi skorları arasında negatif korelasyon saptandı.

16. Kanserli olguların bakım verenlerinin çaresiz ve boyun eğici yaklaşım skorları ile bakım verenlerinin BDE'ye göre depresyon skorları, DSKÖ'ye göre kaygı skorları, BTL-90-R'ye göre pozitif belirti düzeyi skorları ve olguların GGA'ya göre toplam güçlük skorları

arasında negatif korelasyon, ÇİYKÖ'ye göre toplam yaşam kalitesi skorları arasında pozitif korelasyon saptandı.



ÖZET

Bu araştırmada, kanserli çocuklarda ve bakım verenlerindeki ruhsal belirti ve bozukluklar ile bakım verenlerinin stresle başa çıkma tarzları değerlendirildi.

Araştırma grubu olarak, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Hematoloji-Onkoloji Bilim Dalı'nda, kanser tanısıyla takip ve tedavi edilen 45 olgu alındı. Kontrol grubu olarak, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Genel Pediatri Polikliniği'nde değerlendirilen kronik tıbbi ve nörogelişimsel hastalığı olmayan 80 olgu alındı.

Araştırmaya alınan tüm olguların bakım verenlerine sosyodemografik veri formu, çocuklar için yaşam kalitesi ölçeği, güçler güçlükler anketi, belirti tarama listesi, Beck depresyon envanteri, durumluk-sürekli kaygı envanteri ve stresle başa çıkma tarzı ölçeği uygulandı. Sadece olgu grubuna okul çağı çocukları için duygulanım bozuklukları ve şizofreni görüşme çizelgesi-şimdi ve yaşam boyu şekli uygulandı.

Kanserli olgularda yaşam boyu psikiyatrik tanı alma sıklığı %77,8 ve en sık tanı %48,9 duygulanım bozuklukları saptandı.

Kanserli olguların yaşam kalitesi skorları kontrol grubuna göre daha düşük; duygulanım, akran ilişkileri ve toplam güçlük skorları kontrol grubuna göre daha yüksek bulundu. Kanserli olguların bakım verenlerinin depresyon, anksiyete, obsesyon, kişiler arası duyarlılık, öfke-düşmanlık, fobik-anksiyete, pozitif belirti düzeyi skorları kontrol grubuna göre daha yüksek bulundu. Kanserli olguların psikiyatrik belirtileri ile bakım verenlerinin psikiyatri belirtileri arasında ilişki bulundu.

Bakım verenlerin kontrol grubuna göre kendine güvenli yaklaşım skorları daha düşük, çaresiz ve boyun eğici yaklaşım skorları daha yüksek bulundu. Aktif başa çıkma tarzlarının kullanımının daha az psikiyatrik belirtiliyle, pasif başa çıkma tarzlarının kullanımının daha çok

psikiyatrik belirtilerle ilgili olduğu bulundu. Bu bulgular, kanser hastalığının ve bakım verenlerin stresle başa çıkma tarzının, çocuklarda ve bakım verenlerde psikopatoloji gelişiminde etkisi olabileceğini düşündürdü.

Anahtar kelime: Çocuk, kanser, psikiyatri, başa çıkma



INVESTIGATION OF PSYCHIATRIC SYMPTOMS WHICH CAN OCCUR IN CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH CANCER, AND THEIR CAREGIVERS; AND STRESS COPING STYLES OF THE CAREGIVERS

SUMMARY

In this study, psychiatric symptoms and disorders seen in children with cancer and their caregivers were assessed along with styles of coping with stress of the caregivers.

45 cases being referred to Trakya University Faculty of Medicine, Department of Pediatric Hematology-Oncology that are diagnosed with cancer who were receiving treatment at that time being, were obtained as the study group. 80 cases being referred to Trakya University Faculty of Medicine, Department of Pediatrics with no chronic medical or neurodevelopmental disease were obtained as the control group.

Socio-demographic data form, pediatric quality of life inventory, strengths and difficulties questionnaires, symptom checklist, Beck depression inventory, state-trait anxiety inventory and ways of coping inventory were applied to all cases. Schedule for affective disorders and schizophrenia for school age children – present and lifetime version was applied only to the case group.

The rate of lifetime psychiatric illness diagnosis was 77.8% and the most common diagnosis that was found in cases with cancer was mood disorders with %48,9.

Quality of life scores of the cases with cancer were found lower than those in the control group whereas mood, peer relations and total difficulty scores were found higher.

Depression, anxiety, obsession, interpersonal sensitivity, hostility, fobic anxiety, positive symptom level scores of caregivers of cases with cancer were higher than those in the control group. A relation was found between psychiatric symptoms of children with cancer and psychiatric symptoms of their caregivers.

Self-confidence approach scores of caregivers were found lower and helplessness and submissiveness approach scores were found higher than those in the control group. It was found that, using active coping styles were related to milder psychiatric symptoms, using passive coping styles were related to more severe psychiatric symptoms. These findings taught us that cancer and styles of coping with stress of the caregivers could be effective on development of psychopathology in children as well as their caregivers.

Anahtar kelimeler: Child, cancer, psychiatry, coping.

KAYNAKLAR

1. Büyükpamukçu M. Türkiyede ve gelişmekte olan ülkelerde çocukluk çağı kanserleri. Türkiye Klinikleri J Pediatr özel sayısı 2004;2:839-41.
2. Kutluk T. Çocukluk çağı kanserlerinin epidemiyolojisi. Klinik Gelişim 2007;20:5-12.
3. Ries LAG, Melbert D, Krapcho M, Stinchcomb D, Howlader N, Horner M, et al. SEER cancer statistics review, 1975–2005. Bethesda, MD: National Cancer Institute. 2008: p. 1975-2005.
4. Robison LL, Armstrong GT, Boice JD. The Childhood Cancer Survivor Study: A National Cancer Institute-supported resource for outcome and intervention research. J Clin Oncol 2009;27:2308–18.
5. Fritz GK, Williams JR, Amylon M. After treatment ends: psychosocial sequelae in pediatric cancer survivors. Am J Orthopsychiatry 1988;58(4):552.
6. Akechi T, Nakano T, Okamura H, Ueda S, Akizuki N, Nakanishi T, et al. Psychiatric disorders in cancer patients: descriptive analysis of 1721 psychiatric referrals at two Japanese cancer center hospitals. Jpn J Clin Oncol 2001;31(5):188-94.
7. McGrath P. Identifying support issues of parents of children with leukemia. Cancer Pract 2001;9(4):198-205.
8. Dixon-Woods M, Young B, Heney D. Rethinking Experiences Of Childhood Cancer: A Multidisciplinary Approach To Chronic Childhood Illness: A Multidisciplinary Approach to Chronic Childhood Illness: McGraw-Hill Education (UK); 2005.
9. Yeh CH. Gender differences of parental distress in children with cancer. J Adv Nurs 2002;38(6):598-606.

10. Rabineau KM, Mabe PA, Vega RA. Parenting stress in pediatric oncology populations. *J Pediatr Hematol Oncol* 2008;30(5):358-65.
11. Last BF, Grootenhuis MA. Emotions, coping and the need for support in families of children with cancer: a model for psychosocial care. *Patient Educ Couns* 1998;33(2):169-79.
12. Stiller CA. Epidemiology and genetics of childhood cancer. *Oncogene* 2004;23(38):6429-44.
13. Pollack IF. Brain tumors in children. *N Engl J Med* 1994;331(22):1500-7.
14. Cadman D, Boyle M, Szatmari P, Offord DR. Chronic illness, disability, and mental and social well-being: findings of the Ontario Child Health Study. *Pediatrics* 1987;79(5):805-13.
15. Baysal ZB. Kronik hastalıkların çocuk ve aile üzerindeki psikososyal etkileri. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1993;4:273- 84.
16. Tüzün UD. Çocuk psikiyatrisinde konsültasyon liyezon, Çocuk ve ergen psikiyatrisi ders kitabı. Polvan Ö (1.ed), Nobel Tıp Kitabevi 2000: s. 206.
17. Er M. Çocuk hastalık, anne-babalar ve kardeşler. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* 2006;49:155-68.
18. Ekşi A. Ben Hasta Değilim - Çocuk Sağlığı ve Hastalıklarının Psikososyal Yönü. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2011. s. 445-53.
19. Emiroğlu Nİ, Akay AP. Kronik Pediyatrik Hastalıklar ve Hastaneye Yatış. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Derneği Yayınları; Ankara: 2008. s. 723-9.
20. Madan-Swain A, Brown RT. Cognitive and psychosocial sequelae for children with acute lymphocytic leukemia and their families. *Clin Psychol Rev* 1991;11(3):267-94.
21. Zebrack BJ, Zeltzer LK, Whitton J, Mertens AC, Odom L, Berkow R, et al. Psychological outcomes in long-term survivors of childhood leukemia, Hodgkin's disease, and non-Hodgkin's lymphoma: a report from the Childhood Cancer Survivor Study. *Pediatrics* 2002;110(1):42-52.
22. Anholt UV, Fritz GK, Keener M. Self-concept in survivors of childhood and adolescent cancer. *J Psychosoc Oncol* 1993;11(1):1-16.
23. Cetingul N, Aydinok Y, Kantar M, Oniz H, Kavakli K, Yalman O, et al. Neuropsychologic sequelae in the long-term survivors of childhood acute lymphoblastic leukemia. *Pediatr Hematol Oncol* 1999;16(3):213-20.

24. Kupst MJ, Natta MB, Richardson CC, Schulman JL, Lavigne JV, Das L. Family coping with pediatric leukemia: Ten years after treatment. *J Pediatr Psychol* 1995;20(5):601-17.
25. Kaplan SL, Busner J, Weinhold C, Lenon P. Depressive symptoms in children and adolescents with cancer: A longitudinal study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1987;26(5):782-7.
26. Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders. 5 ed. Washington DC: American Psychiatric Association; 2013.
27. Horowitz MJ. Stress-response syndromes: A review of posttraumatic and adjustment disorders. *Hosp Community Psychiatry* 1986;37(3):241-9.
28. Toros F. Çocukluk çağı ve ergenlik dönemi depresyonlarında risk etmenleri. *Türkiye Klin J Psychiatry* 2002;3(2):75-9.
29. Pearce J. The recognition of depressive disorder in children. *J R Soc Med* 1978;71(7):494-500.
30. Cicchetti D, Toth SL. The development of depression in children and adolescents. *Am Psychol* 1998;53(2):221.
31. Offord DR, Boyle MH, Szatmari P, Rae-Grant NI, Links PS, Cadman DT, et al. Ontario Child Health Study: II. Six-month prevalence of disorder and rates of service utilization. *Arch Gen Psychiatry*. 1987;44(9):832-6.
32. Öy B. Çocuklar için depresyon ölçeği: Geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1991;2(2):132-6.
33. Eskin M, Ertekin K, Harlak H, Dereboy Ç. Lise öğrencisi ergenlerde depresyonun yaygınlığı ve ilişkili olduğu etmenler. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2008;19(4):382-9.
34. Gadow KD, Sprafkin J, Nolan EE. DSM-IV symptoms in community and clinic preschool children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001;40(12):1383-92.
35. Kashani JH, Carlson GA. Seriously depressed preschoolers. *Am J Psychiatry* 1987;144(3):348-50.
36. Birmaher B, Ryan ND, Williamson DE, Brent DA, Kaufman J, Dahl RE, et al. Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years. Part I. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996;35(11):1427-39.
37. Costello EJ, Pine DS, Hammen C, March JS, Plotsky PM, Weissman MM, et al. Development and natural history of mood disorders. *Biol Psychiatry* 2002;52(6):529-42.

38. Kashani JH, McGee RO, Clarkson SE, Anderson JC, Walton LA, Williams S, et al. Depression in a sample of 9-year-old children: prevalence and associated characteristics. *Arch Gen Psychiatry* 1983;40(11):1217-23.
39. Garrison CZ, Schluchter MD, Schoenbach VJ, Kaplan BK. Epidemiology of depressive symptoms in young adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1989;28(3):343-51.
40. Kashani JH. Depression, depressive symptoms, and depressed mood among a community sample of adolescents. *Am J Psychiatry* 1987;144(9):931.
41. Fleming JE, Offord DR. Epidemiology of childhood depressive disorders: a critical review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1990;29(4):571-80.
42. Larsson B, Melin L. Depressive symptoms in Swedish adolescents. *J Abnorm Child Psychol* 1990;18(1):91-103.
43. Olsson G, Knorrning AL. Beck's Depression Inventory as a screening instrument for adolescent depression in Sweden: gender differences. *Acta Psychiatr Scand* 1997;95(4):277-82.
44. Carlson GA, Kashani JH. Phenomenology of major depression from childhood through adulthood: analysis of three studies. *Am J Psychiatry* 1988;145(10):1222.
45. Kashani JH, Hakami N. Depression in children and adolescents with malignancy. *Can J Psychiatry*. 1982.
46. Dunitz M, Scheer P, Wurst L, Grientschnigg G, Urban EC. Depression in children with cancer. *Pediatr Padol* 1990;26(6):267-70.
47. Güleç G, Büyükkınacı A. Kanser ve psikiyatrik bozukluklar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2011;3(2):343-67.
48. Carr DB, Goudas L, Lawrence D, Pirl W, Lau J, DeVine D, et al. Management of cancer symptoms: pain, depression, and fatigue: us department of health and human services, public health service, agency for healthcare research and quality. *Evid Rep Technol Assess* 2002;(61):1-5.
49. Redd WH, Montgomery GH, DuHamel KN. Behavioral intervention for cancer treatment side effects. *J Natl Cancer Inst* 2001;93(11):810-23.
50. Friedman LC, Lehane D, Webb JA, Weinberg AD, Cooper HP, et al - Anxiety in medical situations and chemotherapy-related problems among cancer patients. *J Cancer Educ* 1994;9:37-41.
51. Weisman AD, Sobel HJ. Coping with cancer through self-instruction: A hypothesis. *J Human Stress* 1979;5(1):3-8.

52. Holland J, Rowland J, Lebovits A, Rusalem R. Reactions to cancer treatment: assessment of emotional response to adjuvant radiotherapy as a guide to planned intervention. *Psychiatr Clin North Am* 1979;2(2):347-58.
53. Toros F, Tot Ş, Düzovalı Ö. Kronik hastalığı olan çocuklar, anne ve babalarındaki depresyon ve anksiyete düzeyleri. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 2002;5:240-7.
54. Roy-Byrne PP, Davidson KW, Kessler RC, Asmundson GJ, Goodwin RD, Kubzansky L, et al. Anxiety disorders and comorbid medical illness. *General hospital psychiatry* 2008;30(3):208-25.
55. Fidaner H, Elbi H, Fidaner C, Eser S, Eser E, Göker E. Yaşam kalitesinin ölçülmesi. *WHOQOL-100 ve WHOQOL-BREF 3P Dergisi* 1999;7(2):5-13.
56. Clarke S-A, Eiser C. The measurement of health-related quality of life (QOL) in paediatric clinical trials: a systematic review. *Health Qual Life Outcomes* 2004;2(1):66.
57. Reaman GH, Haase GM. Quality of life research in childhood cancer: the time is now. *Cancer* 1996;78(6):1330-2.
58. Waters EB, Wake MA, Hesketh KD, Ashley DM, Smibert E. Health-related quality of life of children with acute lymphoblastic leukaemia: Comparisons and correlations between parent and clinician reports. *Int J Cancer Oncol* 2003;103(4):514-8.
59. Langeveld N, Stam H, Grootenhuis M, Last B. Quality of life in young adult survivors of childhood cancer. *Support Care Cancer* 2002;10(8):579-600.
60. Varni JW, Burwinkle TM, Lane MM. Health-related quality of life measurement in pediatric clinical practice: an appraisal and precept for future research and application. *Health Qual Life Outcomes* 2005;3(1):34.
61. Meeske K, Katz ER, Palmer SN, Burwinkle T, Varni JW. Parent proxy-reported health-related quality of life and fatigue in pediatric patients diagnosed with brain tumors and acute lymphoblastic leukemia. *Cancer* 2004;101(9):2116-25.
62. Eiser C, Eiser JR, Stride CB. Quality of life in children newly diagnosed with cancer and their mothers. *Health and Quality of life outcomes* 2005;3(1):29.
63. Yavaş İ, Söhmen G, Söhmen TK. Ölümcül Hastalığı Olan Çocukların Ana Babalarının Ruhsal Durumlarının Değerlendirilmesi. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* 1994;1:96-103.
64. Bakır B, Söhmen G. Assessment of psychological states of parents of children with chronic disease in a turkish sample. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 1996;6(1-4):54-65.
65. Magni G, Messina C, Leo D, Mosconi A, Carli M. Psychological distress in parents of children with acute lymphatic leukemia. *Acta Psychiatr Scand* 1983;68(4):297-300.

66. Streisand R, Braniecki S, Tercyak KP, Kazak AE. Childhood illness-related parenting stress: the pediatric inventory for parents. *J Pediatr Psychol* 2001;26(3):155-62.
67. Dahlquist LM, Czyzewski DI, Jones CL. Parents of children with cancer: A longitudinal study of emotional distress, coping style, and marital adjustment two and twenty months after diagnosis. *J Pediatr Psychol* 1996;21(4):541-54.
68. Best M, Streisand R, Catania L, Kazak AE. Parental distress during pediatric leukemia and posttraumatic stress symptoms (PTSS) after treatment ends. *J Pediatr Psychol* 2001;26(5):299-307.
69. Ressler IB, Cash J, McNeill D, Joy S, Rosoff PM. Continued parental attendance at a clinic for adult survivors of childhood cancer. *J Pediatr Hematol Oncol* 2003;25(11):868-73.
70. Wijnberg-Williams BJ, Kamps WA, Klip EC, Hoekstra-Weebers JE. Psychological adjustment of parents of pediatric cancer patients revisited: five years later. *Psycho Oncology* 2006;15(1):1-8.
71. Morgan J, Robinson D, Aldridge J. Parenting stress and externalizing child behaviour. *Child & Family Social Work* 2002;7(3):219-25.
72. Youngstrom E, Loeber R, Stouthamer-Loeber M. Patterns and correlates of agreement between parent, teacher, and male adolescent ratings of externalizing and internalizing problems. *J Consult Clin Psychol* 2000;68(6):1038.
73. Sawyer MG, Streiner DL, Antoniou G, Toogood I, Rice M. Influence of parental and family adjustment on the later psychological adjustment of children treated for cancer. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998;37(8):815-22.
74. Deniz ME, Yılmaz E. Üniversite Öğrencilerinin Duygusal Zeka ve Stresle Başa Çıkma Stilleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi* 2006;3(25):17-26.
75. Şahin NH, Durak A. Stresle başa çıkma tarzları ölçeği: Üniversite öğrencileri için uyarlanması. *Türk Psikoloji Dergisi* 1995;10(34):56-73.
76. Compas BE. Coping with stress during childhood and adolescence. *Psychological Bulletin* 1987;101(3):393.
77. Folkman S, Lazarus RS, Dunkel-Schetter C, DeLongis A, Gruen RJ. Dynamics of a stressful encounter: cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *J Pers Soc Psychol* 1986;50(5):992.
78. Holahan CJ, Moos RH. Personal and contextual determinants of coping strategies. *J Pers Soc Psychol* 1987;52(5):946.

79. Kaufman J, Birmaher B, Brent D, Rao U, Flynn C, Moreci P, et al. Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children-present and lifetime version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997;36(7):980-8.
80. Gökler B, Ünal F, Pehlivan Türk B, Kültür EÇ, Akdemir D, Taner Y. Okul çağı çocukları için duygulanım bozuklukları ve şizofreni görüşme çizelgesi-şimdi ve yaşam boyu şekli-türkçe uyarlamasının geçerlik ve güvenilirliği. *Turk J Child Adolesc Ment Health* 2004;11(3):109-16.
81. Varni JW, Seid M, Rode CA. The PedsQL™: measurement model for the pediatric quality of life inventory. *Med Care* 1999;37(2):126-39.
82. Memik N, Ağaoğlu B, Coşkun A, Üneri O, Karakaya I. Çocuklar için yaşam kalitesi ölçeğinin 13-18 yaş ergen formunun geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2007;18:353-63.
83. Memik NÇ, Ağaoğlu B, Coşkun A, Karakaya I. The validity and reliability of pediatric quality of life inventory in 8-12 year old Turkish children. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi/Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health* 2008;15(2):87-98.
84. Goodman R. The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. *J Child Psychol Psychiatry* 1997;38(5):581-6.
85. Güvenir T, Özbek A, Baykara B, Şentürk B, İncekaş S, editors. Validation and reliability study of The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). *Proceedings of the 15th National Congress of Child and Adolescence Psychiatry*; 2004.
86. Derogatis LR, Rickels K, Rock AF. The SCL-90 and the MMPI: a step in the validation of a new self-report scale. *Br J Psychiatry* 1976;128(3):280-9
87. Derogatis LR. SCL-90-R: Administration, scoring and procedures manual for the R (revised) version and other instruments of the psychopathology rating scale series: *Clinical Psychometric Research*; 1992.
88. Dağ I. Belirti Tarama Listesi (Scl-90-R)'nin Üniversite Öğrencileri için geçerliliği ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1991;2(1):5-12.
89. Beck AT, Ward C, Mendelson M. Beck depression inventory (BDI). *Arch Gen Psychiatry* 1961;4(6):561-71.
90. Hisli N. Beck Depresyon Envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliliği, güvenilirliği. *Psikoloji Dergisi* 1989;7(23):3-13.

91. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. STAI manual for the state-trait anxiety inventory (Self-Evaluation Questionnaire). Palo Alto: Consulting Psychologists Press; 1970:1-24.
92. Öner N, Le Compte A. Durumluk Sürekli Anksiyete Envanteri El kitabı. İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayınları 1985.
93. Folkman S, Lazarus RS. An analysis of coping in a middle-aged community sample. J Health Soc Behav 1980;21(3):219-39.
94. Chesler M, Zebrack B. An updated report on our studies of long-term survivorship of childhood cancer and a brief review of the psychosocial literature. Ann Arbor, MI: Center for Research on Social Organization, University of Michigan. 1997.
95. Zeltzer LK, Chen E, Weiss R, Guo MD, Robison LL, Meadows AT, et al. Comparison of psychologic outcome in adult survivors of childhood acute lymphoblastic leukemia versus sibling controls: a cooperative Children's Cancer Group and National Institutes of Health study. J Clin Oncol 1997;15(2):547-56.
96. Bagur J, Massoubre C, Casagrande L, Faure-Contier C, Trombert-Paviot B, Berger C. Psychiatric disorders in 130 survivors of childhood cancer: Preliminary results of a semi-standardized interview. Pediatr Blood Cancer 2015;62(5):847-53.
97. Massie MJ, Popkin MK. Depressive disorders. In: Holland J(Ed.). Psycho-Oncology, New York: Oxford University Press; 1998:518-40.
98. Citero VdA, Nogueira-Martins LA, Lourenço MT, Andreoli SB. Clinical and demographic profile of cancer patients in a consultation-liaison psychiatric service. Sao Paulo Med J 2003;121(3):111-6.
99. Tokgöz G, Yaluğ İ, Özdemir S, Yazıcı A, Uygun K, Aker T. Kanser hastalarında major depresyon yaygınlığı ve ilişkili etkenler. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2008;9(1):59-66.
100. Barakat LP, Kazak AE, Meadows AT, Casey R, Meeske K, Stuber ML. Families Surviving Childhood Cancer: A Comparison of Posttraumatic Stress Symptoms with Families of Healthy Children. J Pediatr Psychol 1997;22(6):843-59.
101. Rait DS, Jacobsen PB. Despite. Am J Psychiatry 1988;145:363-4.
102. Mitchell AJ, Chan M, Bhatti H, Halton M, Grassi L, Johansen C, et al. Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies. Lancet Oncol 2011;12(2):160-74.
103. Stark D, Kiely M, Smith A, Velikova G, House A, Selby P. Anxiety disorders in cancer patients: their nature, associations, and relation to quality of life. J Clin Oncol 2002;20(14):3137-48.

104. Last B, Van Veldhuizen A. Information about diagnosis and prognosis related to anxiety and depression in children with cancer aged 8–16 years. *Eur J Cancer* 1996;32(2):290-4.
105. Bird HR. The diagnostic classification, epidemiology, and cross-cultural validity of ADHD. *Attention deficit hyperactivity disorder: State Sci* 2002;12-1.
106. Faraone SV, Sergeant J, Gillberg C, Biederman J. The worldwide prevalence of ADHD: is it an American condition? *World Psychiatry* 2003;2(2):104.
107. Schultz KAP, Ness KK, Whitton J, Recklitis C, Zebrack B, Robison LL et al. Behavioral and social outcomes in adolescent survivors of childhood cancer: a report from the childhood cancer survivor study. *J Clin Oncol* 2007;25(24):3649-56.
108. Phipps S, Jurbergs N, Long A. Symptoms of post-traumatic stress in children with cancer: does personality trump health status? *Psycho oncology* 2009;18(9):992.
109. Phipps S, Larson S, Long A, Rai SN. Adaptive style and symptoms of posttraumatic stress in children with cancer and their parents. *J Pediatr Psychol* 2006;31(3):298-309.
110. Bruce M. A systematic and conceptual review of posttraumatic stress in childhood cancer survivors and their parents. *Clin Psychol Rev* 2006;26(3):233-56
111. Sloper T, Larcombe IJ, Charlton A. Psychosocial Adjustment of Five-year Survivors of Childhood Cancer. *J Cancer Educ* 1994;9(3):163-9.
112. Sanger MS, Copeland DR, Davidson ER. Psychosocial adjustment among pediatric cancer patients: A multidimensional assessment. *J Pediatr Psychol* 1991;16(4):463-74.
113. Berard R. Depression and anxiety in oncology: the psychiatrist's perspective. *J Clin Psychiatry* 2000;62:58-61.
114. Spiegel D, Giese-Davis J. Depression and cancer: mechanisms and disease progression. *Biol Psychiatry* 2003;54(3):269-82.
115. Göker Z, Güney E, Gülser D, Üneri Ö. Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Yatarak Tedavi Gören Çocuk ve Ergenler İçin İstenen Psikiyatri Konsültasyonlarının Değerlendirilmesi. *Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi* 2014;8(1):17-24.
116. Jankowski JJ. Clinical child psychiatry services on a pediatric-adolescent unit. *J Am Acad Child Psychiatry* 1975;13(1):95-109.
117. Simonds J. Psychiatric consultations for 112 pediatric inpatients. *South Med J* 1977;70(8):980-4.

118. Pogorzala M, Styczynski J, Kurylak A, Debski R, Wojtkiewicz M, Wysocki M. Health-related quality of life among paediatric survivors of primary brain tumours and acute leukaemia. *Qual Life Res* 2010;19(2):191-8.
119. Magal-Vardi O, Laor N, Toren A, Strauss L, Wolmer L, Bielorai B, et al. Psychiatric morbidity and quality of life in children with malignancies and their parents. *J Nerv Ment Dis* 2004;192(12):872-5.
120. Shankar S, Robison L, Jenney ME, Rockwood TH, Wu E, Feusner J, et al. Health-related quality of life in young survivors of childhood cancer using the Minneapolis-Manchester Quality of Life-Youth Form. *Pediatrics* 2005;115(2):435-42.
121. De Clercq B, De Fruyt F, Koot HM, Benoit Y. Quality of life in children surviving cancer: A personality and multi-informant perspective. *J Pediatr Psychol* 2004;29(8):579-90.
122. Pemberger S, Jagsch R, Frey E, Felder-Puig R, Gadner H, Kryspin-Exner I, et al. Quality of life in long-term childhood cancer survivors and the relation of late effects and subjective well-being. *Support Care Cancer* 2005;13(1):49-56.
123. Speechley KN, Barrera M, Shaw AK, Morrison HI, Maunsell E. Health-related quality of life among child and adolescent survivors of childhood cancer. *J Clin Oncol* 2006;24(16):2536-43.
124. Eilertsen MEB, Rannestad T, Indredavik MS, Vik T. Psychosocial health in children and adolescents surviving cancer. *Scand J Caring Sci* 2011;25(4):725-34.
125. Keser N, Kapçı EG, Odabaş E. farklı kronik hastalığı olan ve olmayan çocukların benlik algısı, duygusal-davranışsal sorunlar ve ana-baba tutumları açısından karşılaştırılması. *Turk J Child Adolesc Ment Health* 2012;19(2):57-68.
126. Mulhern RK, Fairclough DL, Smith B, Douglas SM. Maternal depression, assessment methods, and physical symptoms affect estimates of depressive symptomatology among children with cancer. *J Pediatr Psychol* 1992;17(3):313-26.
127. Manne S, Miller D, Meyers P, Wollner N, Steinherz P, Redd WH. Depressive symptoms among parents of newly diagnosed children with cancer: A 6-month follow-up study. *Children's Health Care* 1996;25(3):191-209.
128. Manne, S.L., Lisanics, D., Meyers, P., Wollner, N., Steinherz, P. and Redd, W. Predictors of depressive symptomatology among parents of newly diagnosed children with cancer. *J. Pediatr. Psychol* 1995;20:491-510.
129. Lindahl Norberg A, Boman KK. Parent distress in childhood cancer: A comparative evaluation of posttraumatic stress symptoms, depression and anxiety. *Acta Oncol* 2008;47(2):267-74.

130. Kholasehzadeh G, Shiryazdi S, Neamatzadeh H, Ahmadi N. Depression Levels among Mothers of Children with Leukemia. *Iran J Ped Hematol Oncol* 2014;4(3):109.
131. Neu M, Matthews E, King NA, Cook PF, Laudenslager ML. Anxiety, depression, stress, and cortisol levels in mothers of children undergoing maintenance therapy for childhood acute lymphoblastic leukemia. *J Pediatr Oncol Nurs* 2014;31(2):104-13.
132. Larson LS, Wittrock DA, Sandgren AK. When a child is diagnosed with cancer: I. Sex differences in parental adjustment. *J Psychosoc Oncol* 1994;12(1-2):123-42.
133. Özkan S. Psikiyatrik ve psikososyal açıdan kanser. *Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon-Liyezon Psikiyatrisi*, S Özkan (Ed), İstanbul, Roche Müstahzarları Sanayi AŞ. 1993:153-73.
134. Demirtepe-Saygılı D, Bozo Ö. Correlates of depressive and anxiety symptoms among the caregivers of leukemic children. *J Clin Psychol Med Settings* 2011;18(1):46-54.
135. Magni G, Carli M, De Leo D, Tshilolo M, Zanesco L. Longitudinal evaluations of psychological distress in parents of children with malignancies. *Acta Paediatr Scand* 1986;75(2):283-8.
136. Roddenberry A, Renk K. Quality of life in pediatric cancer patients: The relationships among parents' characteristics, children's characteristics, and informant concordance. *J Child Fam Stud* 2008;17(3):402-26.
137. Downey G, Coyne JC. Children of depressed parents: an integrative review. *Psychol Bull* 1990;108(1):50.
138. Berg-Nielsen TS, Vikan A, Dahl AA. Parenting related to child and parental psychopathology: A descriptive review of the literature. *Clin Child Psychol Psychiatry* 2002;7(4):529-52.
139. Grootenhuis MA, Last BF. Adjustment and coping by parents of children with cancer: a review of the literature. *Support Care Cancer* 1997;5(6):466-84.
140. Norberg AL, Lindblad F, Boman KK. Coping strategies in parents of children with cancer. *Soc Sci Med*.2005;60(5):965-75.
141. Carver CS, Scheier MF, Weintraub JK. Assessing coping strategies: a theoretically based approach *J Pers Soc Psychol* 1989;56(2):267.
142. Baskin CH, Forehand R, Saylor C. Predictors of psychological adjustment in mothers of children with cancer. *J Psychosoc Oncol* 1986;3(3):43-54.
143. Bearison DJ, Sadow AJ, Granowetter L, Winkel G. Patients' and parents' causal attributions for childhood cancer. *J Psychosoc Oncol* 1994;11(3):47-61.

EKLER



T.C. TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU Edirne, Türkiye

ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAY BAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	TUTF-BAEK 2015/51	
	PROTOKOL ADI	Kanserli Çocuk ve Ergenler ile Bakımverenlerinde Ortaya Çıkabilecek Ruhsal Belirtilerin ve Bakımverenlerin Stresle Başa Çıkma Tarzlarının İncelenmesi	
	SORUMLU ARAŞTIRICI UNVANI / ADI	Doç. Dr. Işık GÖRKER	
	ARAŞTIRMA MERKEZİ		
	DESTEKLEYİCİ		
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	Tek Merkez Ulusal	Çok Merkez Uluslararası
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 04/11		Tarih: 04.03.2015
	Fakültemiz Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç. Dr. Işık GÖRKER'in sorumluluğunda yapılması planlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen Araş. Gör. Dr. Cansın CEYLAN'ın tez çalışmasının araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, araştırmaya ilişkin giderlerin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödenmediği koşullarda gerçekleştirilmesinde etik bilimsel standartlar açısından sakınca bulunmadığına mevcudun oy birliği ile karar verilmiştir.		
ETİK KURUL BİLGİLERİ			
ÇALIŞMA ESASI	Helsinki Bildirgesi, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu, TUTF-BAEK Yönergesi		

ÜYELER

Ünvan/Ad/ Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki(*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Ölfet VATANSEVER ÖZBEK Başkan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D.	K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Yrd. Doç. Dr. Esin KARLIKAYA Başkan Yardımcısı	Tıp Tarihi ve Etik	T.Ü.T.F. Tıp Tarihi ve Etik A.D.	K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Prof. Dr. Ç. Hakan KARADAĞ Üye	Tabii Farmakoloji	T.Ü.T.F. Tabii Farmakoloji A.D.	E	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Yrd. Doç. Dr. F. Nesrin TURAN Üye	Biyoistatistik	T.Ü.T.F. Biyoistatistik A.D.	K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Yrd. Doç. Dr. Hilmi TOZKIR Üye	Tabii Genetik	T.Ü.T.F. Tabii Genetik A.D.	E	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Doç. Dr. Hasan ÖMİT Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	☐ E ☐ H	☐ E ☐ H	
Doç. Dr. Selma Arzu VARDAR Üye	Fizyoloji	T.Ü.T.F. Fizyoloji A.D.	K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Doç. Dr. Salim DÖNMEZ Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Prof. Dr. Muzaffer ESKİOCAK Üye	Halk Sağlığı	T.Ü.T.F. Halk Sağlığı A.D.	K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Prof. Dr. Koray ELTER Üye	Kadın Hastalıkları ve Doğum	T.Ü.T.F. Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D.	E	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Yrd. Doç. Dr. Rugul KÖSE ÇINAR Üye	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F. Ruh Sağ ve Has. A.D.	K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Doç. Dr. Sevtap HEKİMOĞLU ŞAHİN Üye	Anestezi ve Reanimasyon	T.Ü.T.F. Anestezi ve Reanimasyon A.D.	E	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Doç. Dr. Atakan SEZER Üye	Genel Cerrahi	T.Ü.T.F. Genel Cerrahi A.D.	E	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Prof. Dr. Berkun DEMİRAL Üye		T.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi	E	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Avukat Baki KURNAZ Üye		T.D. Rektörlüğü	E	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	

*Araştırma ile ilişki
 **Toplantıda Bulunma

Prof. Dr. Recep YAĞIZ
 Dekan

Ek 2

SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

Tarih

/ / 2015

A- DEMOGRAFİK BİLGİLER

Hasta Adı Soyadı:

Yaşadığı yer:

Cinsiyeti:

Adres:

Doğum Tarihi: / /

Telefon no:

Doğum Yeri:

Öğrenim durumu:

Boy:

Okulu:

Kilo:

BMI:

Anne-baba: Evli Ayrı

ANNE

BABA

İsim:

Yaş:

Öz/üvey:

Sağ/ölü:

Eğitim düzeyi:

Mesleği:

Kronik tıbbi hastalığı:

Psikiyatrik hastalık:

Psikiyatrik tedavi:

Sigara kullanımı:

Alkol-madde Kullanımı:

Ailenin tipi

Çekirdek aile Geniş aile Dağılmış aile.....Kurumda.....

Ailenin aylık gelir durumu

1000 TL altı 1000-4000 TL 4000 TL üzeri

Kardeş sayısı:

Kardeşler

	Yaş	Cinsiyet	Eğitim	Tıbbi tanı	Psik tanı
1-					
2-					
3-					
4-					

B- ÖZGEÇMİŞ BİLGİLERİ:

Gelişim Öyküsü

Doğumu planlanmış mı?..... Akrabalık.....

Gebelikte sorun var mı?(döküntülü, ateşli hastalık, tansiyon, şeker, kalp, röntgen, ilaç, kanama):.....

Doğum: Normal.....C/S.....Manipulasyon.....Matür.....Prematür.....Postmatür

Sorun..... Anne sütü alma süresi.....

Yürüme.....Konuşma:Kelime:.....Cümle:.....Tuvalet Eğitimi.....

Tıbbi hastalık/operasyon: Epilepsi:

Okul Öyküsü

Ana okulu/Kreş.....Okula başlama yaşı.....

Okumayı öğrenme zamanı Okul Başarısı..... İyi / Orta / Kötü

Hastalıktan dolayı okulu bırakma- okula gidemediği süre

.....

C- HASTALIK İLE İLGİLİ BİLGİLER

1- Hastalığın Semptomlarının başlama yaşı:

2- Hastalığının tanı koyulma yaşı:

3- Semptomların başlaması ile tanı koyulması arasında geçen süre:

4- Hastalığın tanısı:

5- Tedavinin verilme süresi ve şiddeti:

6- Alınan tedavinin tipi (kranial rt - intratekal tedavi alıp almadığı) :

7- Hastanede kalma süresi - relaps sayısı :

8- Tedavi sonucunda komplikasyonlar - sekeller - ek tıbbi tanı

Ek 3

ÇOCUKLAR İÇİN YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ EBEVEYN FORMU (8-12 YAŞ)

Çocuğunuzun adı Soyadı :

Tarih:

ÇOCUKLAR İÇİN YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

Çocuk Değerlendirme Formu (Anne-Baba) (8-12 yaş)

Bir sonraki sayfada çocuğunuz için sorun olabilecek durumların listesi bulunmaktadır.

Lütfen son bir aylık süre içinde her birinin çocuğunuz için ne kadar sorun oluşturduğunu daire içine alarak belirtiniz.

Eğer çocuğunuz için hiçbir zaman sorun değilse	0
Eğer çocuğunuz için nadiren sorun oluyorsa	1
Eğer çocuğunuz için bazen sorun oluyorsa	2
Eğer çocuğunuz için sıklıkla sorun oluyorsa	3
Eğer çocuğunuz için hemen her zaman sorun oluyorsa	4

Burada yanlış ya da doğru cevaplar yoktur.

Eğer herhangi bir soruyu anlayamazsanız lütfen yardım isteyiniz.

Son bir ay içinde aşağıdakiler çocuğunuz için ne kadar sorun yarattı?

Fiziksel işlevsellik ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1. Bir bloktan fazla yürümek	0	1	2	3	4
2. Koşmak	0	1	2	3	4
3. Spor ya da egzersiz yapmak	0	1	2	3	4
4. Ağır bir şey kaldırmak	0	1	2	3	4
5. Kendi başına duş ya da banyo yapmak	0	1	2	3	4
6. Evdeki günlük işleri yapmak	0	1	2	3	4
7. Acısının ya da ağrısının olması	0	1	2	3	4
8. Düşük enerji düzeyi	0	1	2	3	4

Duygusal işlevsellik ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1. Korkmuş ya da ürkmüş hissetmek	0	1	2	3	4
2. Hüzünlü ya da üzgün hissetmek	0	1	2	3	4
3. Öfkeli hissetmek	0	1	2	3	4
4. Uyku ile ilgili zorluklar	0	1	2	3	4
5. Kendisine ne olacağı konusunda endişe duymak	0	1	2	3	4

Sosyal işlevsellik ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1. Yaşlıları ile geçimi	0	1	2	3	4
2. Yaşlılarının onunla arkadaş olmak istememesi	0	1	2	3	4
3. Yaşlıları tarafından alay edilmesi	0	1	2	3	4
4. Yaşlılarının yapabildiği şeyleri yapamaması	0	1	2	3	4
5. Yaşlıları ile oyun oynarken geri kalması	0	1	2	3	4

Okul ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1. Sınıfta dikkatini toplayamaması	0	1	2	3	4
2. Bazı şeyleri unutması	0	1	2	3	4
3. Derslerinden geri kalması	0	1	2	3	4
4. Kendini iyi hissetmediği için okula gidememesi	0	1	2	3	4
5. Doktora ya da hastaneye gittiği için okula gidememesi	0	1	2	3	4

ÇOCUKLAR İÇİN YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ EBEVEYN FORMU (13-18 YAŞ)

Çocuğunuzun adı Soyadı:

Tarih:

ÇOCUKLAR İÇİN YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

Ergen Değerlendirme Formu (Anne-Baba) (13-18 yaş)

Bir sonraki sayfada çocuğunuz için sorun olabilecek durumların listesi bulunmaktadır.

Lütfen son bir aylık süre içinde her birinin çocuğunuz için ne kadar sorun oluşturduğunu daire içine alarak belirtiniz.

Eğer çocuğunuz için hiçbir zaman sorun değilse	0
Eğer çocuğunuz için nadiren sorun oluyorsa	1
Eğer çocuğunuz için bazen sorun oluyorsa	2
Eğer çocuğunuz için sıklıkla sorun oluyorsa	3
Eğer çocuğunuz için hemen her zaman sorun oluyorsa	4

Burada yanlış ya da doğru cevaplar yoktur.

Eğer herhangi bir soruyu anlayamazsanız lütfen yardım isteyiniz.

Son bir ay içinde aşağıdakiler çocuğunuz için ne kadar sorun yarattı?

Fiziksel işlevsellik ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1. Bir bloktan fazla yürümek	0	1	2	3	4
2. Koşmak	0	1	2	3	4
3. Spor ya da egzersiz yapmak	0	1	2	3	4
4. Ağır bir şey kaldırmak	0	1	2	3	4
5. Kendi başına duş ya da banyo yapmak	0	1	2	3	4
6. Evdeki günlük işleri yapmak	0	1	2	3	4
7. Acısının ya da ağrısının olması	0	1	2	3	4
8. Düşük enerji düzeyi	0	1	2	3	4

Duygusal işlevsellik ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1. Korkmuş ya da ürkmüş hissetmek	0	1	2	3	4
2. Hüzünlü ya da üzgün hissetmek	0	1	2	3	4
3. Öfkeli hissetmek	0	1	2	3	4
4. Uyku ile ilgili zorluklar	0	1	2	3	4
5. Kendisine ne olacağı konusunda endişe duymak	0	1	2	3	4

Sosyal işlevsellik ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1. Yaşıtları ile geçimi	0	1	2	3	4
2. Yaşıtlarının onunla arkadaş olmak istememesi	0	1	2	3	4
3. Yaşıtları tarafından alay edilmesi	0	1	2	3	4
4. Yaşıtlarının yapabildiği şeyleri yapamaması	0	1	2	3	4
5. Yaşıtlarına ayak uyduramaması	0	1	2	3	4

Okul ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1. Sınıfta dikkatini toplayamaması	0	1	2	3	4
2. Bazı şeyleri unutması	0	1	2	3	4
3. Derslerinden geri kalması	0	1	2	3	4
4. Kendini iyi hissetmediği için okula gidememesi	0	1	2	3	4
5. Doktora ya da hastaneye gittiği için okula gidememesi	0	1	2	3	4

Ek 4

GÜÇLER VE GÜÇLÜKLER ANKETİ

Her cümle için, Doğru Değil, Kısmen Doğru, Tamamen Doğru kutularından birini işaretleyiniz. Kesinlikle emin olamasanız ya da size anlamsız görünse de elinizden geldiğince tüm cümleleri yanıtlamanız bize yardımcı olacaktır. Lütfen yanıtlarınızı çocuğunuzun son 6 ay içindeki davranışlarını göz önüne alarak veriniz.

Çocuğunuzun Adı.....Kız / Erkek

Doğum Tarihi:

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

Belirtmek istediğiniz başka düşünce ya da duygunuz var mı?

Ek 5

SCL-90-R

(psikolojik belirti tarama listesi)

ADI, SOYADI:.....

YAŞ:

CİNSİYETİ(E/K):

MESLEĞİ:

AÇIKLAMA: Aşağıda zaman zaman herkeste olabilecek yakınmaların ve sorunların bir listesi vardır. Lütfen her birini dikkatle okuyunuz. Sonra bu durumun bu gün de dahil olmak üzere son üç ay içerisinde sizi ne ölçüde huzursuz ve tedirgin ettiğini gösterilen şekilde numaralandırarak işaretleyiniz.

Hiç : 0
Baş ağrısı Çok az
Orta derecede 2
Oldukça fazla 3
İleri derecede 4

Örnek: 1. (2)
1

1. () Baş ağrısı
2. () Sinirlilik ya da içinin titremesi
3. () Zihinden atamadığınız tekrarlayan, hoş gitmeyen düşünceler
4. () Baygınlık ya da başdönmesi
5. () Cinsel arzu ve ilginin kaybı
6. () Başkaları tarafından eleştirilme duygusu
7. () Herhangi bir kimsenin düşüncelerinizi kontrol edebileceği fikri
8. () Sorunlarınızdan pek çoğu için başkalarının suçlanması gerektiği duygusu
9. () Olayları anımsamada güçlük
10. () Dikkatsizlik ya da sakarlıkla ilgili düşünceler
11. () Kolayca gücenme, rahatsız olma hissi
12. () Göğüs ya da kalp bölgesinde ağrılar
13. () Caddelerde veya açık alanlarda korku hissi
14. () Enerjinizde azalma veya yavaşlamahali
15. () Yaşamınızın sonlanması düşünceleri
16. () Başka kişilerin duymadıkları sesleri duyma
17. () Titreme
18. () Çoğu kişiye güvenilmemesi gerektiği hissi
19. () İştah azalması
20. () Kolayca ağlama
21. () Karşı cinsten kişilerle utangaçlık ve rahatsızlık hissi
22. () Tuzağa düşürülmüş veya yakalanmış olma hissi
23. () Bir neden olmaksızın aniden korkuya kapılma
24. () Kontrol edilemeyen öfke patlamaları
25. () Evden dışarı yalnız çıkmak korkusu
26. () Olanlar için kendisini suçlama
27. () Belin alt kısmında ağrılar
28. () İşlerin yapılmasında erteleme duygusu
29. () Yalnızlık hissi
30. () Karamsarlık hissi
31. () Her şey için çok fazla endişe duyma
32. () Her şeye karşı ilgisizlik hali
33. () Korku hissi
34. () Duygularınızın kolayca incitilebilmesi hali
35. () Diğer insanların sizin özel düşüncelerinizi bilmesi
36. () Başkalarının sizi anlamadığı veya hissedemeyeceği duygusu

37. () Başkalarının sizi sevmediği ya da dostça olmayan davranışlar gösterdiği hissi
38. () İşlerin doğru yapıldığından emin olmak için çok yavaş yapmak
39. () Kalbin çok hızlı çarpması
40. () Bulantı ve midede rahatsızlık hissi
41. () Kendini başkalarından aşağı görme
42. () Adale (kas) ağrıları
43. () Başkalarının sizi gözlediği veya hakkınızda konuştuğu hissi
44. () Uykuya dalmada güçlük
45. () Yaptığınız işleri bir ya da birkaç kez kontrol etme
46. () Karar vermede güçlük
47. () Otobüs, tren, metro gibi araçlarla yolculuk etme korkusu
48. () Nefes almada güçlük
49. () Soğuk veya sıcak basması
50. () Sizi korkutan belirli uğraş, yer veya nesnelerden kaçınma durumu
51. () Hiç bir şey düşünmemehali
52. () Bedeninizin bazı kısımlarında uyuşma, karıncalanma olması
53. () Boğazınıza bir yumru takınmış hissi
54. () Gelecek konusunda ümitsizlik
55. () Düşüncelerinizi bir konuya yoğunlaştırmada güçlük
56. () Bedeninizin çeşitli kısımlarında zayıflık hissi
57. () Gerginlik veya coşku hissi
58. () Kol ve bacaklarda ağırlık hissi
59. () Ölüm ya da ölme düşünceleri
60. () Aşırı yemek yeme
61. () İnsanlar size baktığı veya hakkınızda konuştuğu zaman rahatsızlık duyma
62. () Size ait olmayan düşüncelere sahip olma
63. () Bir başkasına vurmak, zarar vermek, yaralamak dürtülerinin olması
64. () Sabahın erken saatlerinde uyanma
65. () Yıkanma, sayma, dokunma, gibi bazı hareketleri yineleme hali
66. () Uykuda huzursuzluk, rahat uyuyamama
67. () Bazı şeyleri kırıp dökme hissi
68. () Başkalarının paylaşıp kabul etmediği inanç ve düşüncelerin olması
69. () Başkalarının yanında kendini çok sıkılgan hissetme
70. () Çarşı, sinema gibi kalabalık yerlerde rahatsızlık hissi
71. () Her şeyin bir yük gibi görünmesi
72. () Dehşet ve panik nöbetleri
73. () Toplum içinde yer, içerken huzursuzluk hissi
74. () Sık sık tartışmaya girme
75. () Yalnız bırakıldığınızda sinirlilik hali
76. () Başkalarının sizi başarılarınız için yeterince takdir etmediği duygusu
77. () Başkalarıyla birlikte olunan durumlarda bile yalnızlık hissetme
78. () Yerinizde duramayacak ölçüde rahatsızlık hissetme
79. () Değersizlik duygusu
80. () Size kötü bir şey olacmış hissi
81. () Bağırma ya da eşyaları fırlatma
82. () Topluluk içinde bayılacağınız korkusu
83. () Eğer izin vererseniz insanların sizi sömüreceği duygusu
84. () Cinsiyet konusunda sizi çok rahatsız eden düşüncelerin olması
85. () Günahlarınızdan dolayı cezalandırılmanız gerektiği düşüncesi
86. () Korkutucu türden düşünce ve hayaller
87. () Bedeninizde ciddi bir rahatsızlık olduğu düşüncesi
88. () Başka bir kişiye karşı asla yakınlık duymama
89. () Suçluluk duygusu
90. () Aklınızda bir bozukluğun olduğu düşüncesi

Ek 6

BECK DEPRESYON ENVANTERİ-BDE

Hastanın Soyadı, Adı:..... Tarih:.....

Bu form son bir (1) hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizi araştırmaya yönelik 21 maddeden oluşmaktadır. Her maddenin karşısındaki dört cevabı dikkatlice okuduktan sonra, size en çok uyan, yani sizin durumunuzu en iyi anlatanı işaretlemeniz gerekmektedir.

- | | | | |
|-----------|---|-----------|---|
| 1 | (1) Üzgün ve sıkıntılı değilim.
(2) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
(3) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
(4) O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum. | 11 | (1) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim.
(2) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.
(3) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.
(4) Artık çevremde hiç kimseyi istemiyorum. |
| 2 | (1) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.
(2) Gelecek için karamsarım.
(3) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
(4) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmevecekmiş gibi geliyor. | 12 | (1) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum.
(2) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
(3) Eskiye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.
(4) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum. |
| 3 | (1) Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum.
(2) Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum.
(3) Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum. | 13 | (1) Her zamankinden farklı göründüğümü sanmıyorum.
(2) Aynada kendime her zamankinden kötü görünüyorum.
(3) Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum. |
| 4 | (1) Her şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
(2) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.
(3) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
(4) Her sevden sıkılıyorum. | 14 | (1) Eskisi kadar iyi iş güç yapabiliyorum.
(2) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.
(3) Ufakcık bir işi bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.
(4) Artık hiçbir iş yapamıyorum. |
| 5 | (1) Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum.
(2) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
(3) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
(4) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum. | 15 | (1) Uykum her zamanki gibi.
(2) Eskisi gibi uyuyamıyorum.
(3) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum.
(4) Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuşamıyorum. |
| 6 | (1) Kendimden memnunum.
(2) Kendimden pek memnun değilim.
(3) Kendime kızgıyım.
(4) Kendimden nefrete edivorum. | 16 | (1) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum.
(2) Eskiye oranla daha çabuk yoruluyorum.
(3) Her şey beni yoruyor.
(4) Kendimi hiçbir sev yapamavacak kadar yorgun ve bitkin |
| 7 | (1) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
(2) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğunu düşünüyorum.
(3) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.
(4) Herşeyi yanlış yapıyormuşum gibi geliyor ve hep kendimi kabahatli buluyorum | 17 | (1) İştahım her zamanki gibi.
(2) Eskisinden daha iştahsızım.
(3) İştahım çok azaldı.
(4) Hiçbir şey yiyemiyorum. |
| 8 | (1) Kendimi öldürmek gibi düşüncülerim yok.
(2) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.
(3) Kendimi öldürmek isterdim.
(4) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm. | 18 | (1) Son zamanlarda zayıflamadım.
(2) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 Kg verdim.
(3) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 Kg verdim.
(4) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 Kg verdim. |
| 9 | (1) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.
(2) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
(3) Çoğu zaman ağlıyorum.
(4) Eskiden ağlayabilirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum | 19 | (1) Sağlığım ile ilgili kaygılarım yok.
(2) Ağrılar, mide sancıları, kabızlık gibi şikayetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.
(3) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafamı başka şeylere vermekte zorlanıyorum.
(4) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum. |
| 10 | (1) Her zaman olduğumdan daha canı sıkkın ve sinirli değilim.
(2) Eskisine oranla daha kolay canım sıkılıyor ve kızıyorum.
(3) Her şey canımı sıkıyor ve kendimi ben sinirli | 20 | (1) Sekse karşı ilgimde herhangi bir değişiklik yok.
(2) Eskisine oranla sekse ilgim az.
(3) Cinsel isteğim çok azaldı.
(4) Hiç cinsel istek duymuyorum. |
| | | 21 | (1) Cezalandırılması gereken şeyler yaptığımı sanmıyorum.
(2) Yaptıklarımın dolayı cezalandırılabilceğimi düşünüyorum.
(3) Cezamı çekmeyi bekliyorum.
(4) Sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor. |

Toplam BECK-D skoru:.....

Ek 7

STAI FORM TX – I

İsim:.....

Cinsiyet:.....

Yaş:..... Meslek:.....

Tarih:...../...../.....

YÖNERGE:Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin **anında** nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

		HİÇ	BİRAZ	ÇOK	TAMAMIYLA
1.	Şu anda sakinim	(1)	(2)	(3)	(4)
2.	Kendimi emniyette hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
3.	Su anda sinirlerim gergin	(1)	(2)	(3)	(4)
4.	Pişmanlık duygusu içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
5.	Şu anda huzur içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
6.	Şu anda hiç keyfim yok	(1)	(2)	(3)	(4)
7.	Başıma geleceklerden endişe ediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
8.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
9.	Şu anda kaygılıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
10.	Kendimi rahat hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
11.	Kendime güvenim var	(1)	(2)	(3)	(4)
12.	Şu anda asabım bozuk	(1)	(2)	(3)	(4)
13.	Çok sinirliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
14.	Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
15.	Kendimi rahatlamış hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
16.	Şu anda halimden memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
17.	Şu anda endişeliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
18.	Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
19.	Şu anda sevinçliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
20.	Şu anda keyfim yerinde.	(1)	(2)	(3)	(4)

STAI FORM TX – 2

İsim:..... Cinsiyet:.....

Yaş:..... Meslek:..... Tarih:...../...../.....

YÖNERGE:Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin **anında** nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

		Hemen hemen hiçbir zaman	Bazen	Çok zaman	Hemen her zaman
21.	Genellikle keyfim yerindedir	(1)	(2)	(3)	(4)
22.	Genellikle çabuk yorulurum	(1)	(2)	(3)	(4)
23.	Genellikle kolay ağlarım	(1)	(2)	(3)	(4)
24.	Başkaları kadar mutlu olmak isterim	(1)	(2)	(3)	(4)
25.	Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırım	(1)	(2)	(3)	(4)
26.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
27.	Genellikle sakin, kendine hakim ve soğukkanlıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
28.	Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
29.	Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
30.	Genellikle mutluyum	(1)	(2)	(3)	(4)
31.	Her şeyi ciddiye alır ve endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
32.	Genellikle kendime güvenim yoktur	(1)	(2)	(3)	(4)
33.	Genellikle kendimi emniyette hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
34.	Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım	(1)	(2)	(3)	(4)
35.	Genellikle kendimi hüzünlü hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
36.	Genellikle hayatımdan memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
37.	Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder	(1)	(2)	(3)	(4)
38.	Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam	(1)	(2)	(3)	(4)
39.	Aklı başında ve kararlı bir insanım	(1)	(2)	(3)	(4)
40.	Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin ediyor	(1)	(2)	(3)	(4)

Ek 8

