

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

**KANSERLİ ÇOCUK VE ERGENLERDE
PSİKİYATRİK HASTALIKLAR VE YAŞAM
KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Hilal ADALETLİ

Tez Danışmanı :

Doç. Dr. Behiye ALYANAK

İSTANBUL

2009

ÖNSÖZ

Gaziantep Üniversitesi'nde başlayan ve İstanbul Üniversitesi'nde nihayet bulan uzmanlık eğitimim sürecinde her türlü destek, yardım ve bilgilerinden istifade ettiğim İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanımız Sayın Prof. Dr. Nahit Motavallı Mukaddes'e;

Tezimi hazırlarken motivasyon ve katkılarından, deneyimlerinden faydalandığım tez danışmanım Sayın Doç. Dr. Behiye Alyanak'a;

Bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım Sayın Prof. Dr. Ülkü Göktürk'e;

Çocuk Psikiyatrisini sevmemi sağlayan ve eğitimimde katkıları olan Doç. Dr. Salih Zoroğlu'na;

Poliklinik sorumlu öğretim üyemiz olması nedeniyle kapısını sıkça aşındırdığım Sayın Doç. Dr. Osman Abalı'ya;

Tezimin istatistik değerlendirmesinde yardımcı olan sevgili Harun Çetin'e;

Birlikte çalıştığım asistan arkadaşlarım ve psikolog, pedagog, sosyal hizmet uzmanları, hemşire ve personelimize;

Tezimde yardımcı olan başta Prof. Dr. Sema Anak ve Prof. Dr. Bülent Zülfikar olmak üzere İstanbul Tıp Fakültesi Pediatrik Hematoloji Onkoloji Bilim Dalı ve Onkoloji Enstitüsü Pediatrik Hematoloji Onkoloji Bilim Dalı öğretim üyeleri ve çalışanlarına;

Mesleğimi icra ederken hepsinden pek çok şey öğrendiğim tüm çocuklar ve ailelerine;

Teze başlamam ve bitirmemde yoğun çabası ve emeği olan sevgili eşim İbrahim Adaletli'ye;

Moral ve motivasyon kaynağım canım oğluma ve hep yanımda olan aileme

Sonsuz şükranlarımı sunuyorum.

Dr. Hilal ADALETLİ

2009

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ.....	I
İÇİNDEKİLER.....	II
TABLO VE ŞEKİL LİSTESİ	III
KISALTMALAR	IV
ÖZET.....	V
SUMMARY	VII
I. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
II. GENEL BİLGİLER.....	2
A.ÇOCUKLUK ÇAĞINDA SIK GÖRÜLEN KANSER TÜRLERİ	2
B.KANSER TANISINI TAKİBEN AİLE BİREYLERİNDE YAŞANAN DUYGUSAL VE BİLİŞSEL SÜREÇLER	3
C.KANSERLİ ÇOCUKLARDA GÖZLENEN RUHSAL SORUNLAR.....	6
1.Kanserli çocuklarda gözlenebilen psikiyatrik hastalıklar.....	9
2.Kanserli çocuklarda uzun süreli izlemde ortaya çıkan psikososyal güçlükler	16
3.Kanserli çocuklarda yaşam kalitesi;.....	18
III. GEREÇ VE YÖNTEM	20
A.YÖNTEM:.....	20
B.KULLANILAN GEREÇLER:	20
1.Demografik bilgi formu	20
2.Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi – Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli (ÇDŞG – ŞY) [Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Age Children – Present and Lifetime Version, K-SADS-PL]:	21
3.Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇİYKÖ)	22
C.İSTATİSTİKSEL ANALİZ:.....	23
D.ETİK:.....	23
IV. BULGULAR.....	24
V .TARTIŞMA.....	36
VI. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	46
VII. KAYNAKLAR.....	47
VIII. ÖZGEÇMİŞ.....	75

TABLO VE ŞEKİL LİSTESİ

Tablo 1: Olguların demografik ve tanısal özellikleri

Tablo 2: Şimdi ruhsal hastalık tanısı alma-yaş ilişkisi

Tablo 3: Şimdiki tanı sayıları

Tablo 4: Yaşam boyu tanı sayıları

Tablo 5: Hastaların yaş ve cinsiyete göre tanı listesi

Tablo 6: Yıkıcı davranım bozukluğu- çoklu tanı ilişkisi

Tablo 7: Semptomların başlaması ile kanser tanısı konmasına kadar geçen sürenin ruhsal hastalık gelişimine etkisi

Tablo 8: Anne-babaların demografik özellikleri

Tablo 9: Hastanede yatış süreleri

Tablo 10: Uyku problemleri-ruhsal hastalık ilişkisi

Tablo 11: İştah problemleri-ruhsal hastalık ilişkisi

Tablo 12: Ruhsal hastalığın çocuğun tedavi uyumuna etkisi

Tablo 13: Lösemi-Lenfoma grubu ve solid kanserlerde yaşam kalitesi ölçek puanları

Tablo 14: Ruhsal hastalık bulunması ile yaşam kalitesi ölçek puanlarının karşılaştırılması

Grafik 1: Şimdiki ruhsal hastalık tanılarının dağılımı

Grafik 2: Geçmişteki ruhsal hastalık tanılarının dağılımı

KISALTMALAR

ALL: Akut Lenfoblastik Lösemi

Ark: Arkadaşları

BTA : Başka Türlü Adlandırılmayan

ÇİYKÖ: Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği

ÇDŞG-ŞY: Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli

DSM-IV: Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Dördüncü Basım

DEHB: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu

DEHB-DE: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Dikkat Eksikliği Baskın Tip

DUB: Depresif Uyum Bozukluğu

ES: Ewing Sarkom

FS: Fibrosarkom

MDB: Major Depresif Bozukluk

NHL: Non Hodgkin Lenfoma

OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk

ÖF: Özgül Fobi

RMS: Rabdomiyosarkom

SAB: Seperasyon Anksiyetesi Bozukluğu

SF: Sosyal Fobi

SSS: Santral Sinir Sistemi

TSSB: Travma Sonrası Stres Bozukluğu

YAB: Yaygın Anksiyete Bozukluğu

ÖTPÇ : Ölçek toplam puanı çocuk

FTSPÇ: Fiziksel sağlık puanı çocuk

PSTPÇ: Psikososyal sağlık puanı çocuk

ÖTPA: Ölçek toplam puanı aile

FTSPA: Fiziksel sağlık puanı aile

PSTPA: Psikososyal sağlık puanı aile

ÖZET

Giriş ve Amaç: Kansere erken tanı ve tedavisindeki yenilik ve ilerlemelerle ölümcül bir hastalık olmaktan çıkmış, beklenen yaşam süresi uzamış, kronik bir hastalık olarak tanımlanmaya başlamıştır. Ancak yaşam süresinin uzamasıyla birlikte kanserli hastalarda uzun dönemli başka fiziksel ve ruhsal bozukluklar gelişebilmektedir. Hastalar kanserin uzun süreli endokrin, metabolik, ikincil kanser gelişimi ve organ yetmezliklerine yönelik iyi bir şekilde izlenirken, ruhsal bozukluklar açısından yeterince değerlendirilmemekte ve uygun yardım alamamaktadırlar. Biz çalışmamızda kanserli çocuklarda gözlenen psikiyatrik hastalıkları tanımlamayı ve ruhsal hastalıklara yatkınlık oluşturan risk faktörlerini ortaya çıkarabilmeyi hedefledik.

Yöntem: Çalışmaya İstanbul Tıp Fakültesi Onkoloji Enstitüsü Pediatrik Hematoloji ve Onkoloji bilim dalı ile Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hematoloji-Onkoloji bilim dallarında yatarak ve ayaktan tedavi gören, zekası normal olan, kanser tanısıyla izlenen, 6-18 yaşlar arasındaki 47 çocuk ve ergen alınmıştır. Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli (ÇDŞG-ŞY) ile çocuklar ruhsal hastalıklar açısından değerlendirilmiş, yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla çocuk ve ebeveynlere Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇİYKÖ) doldurtulmuştur.

Bulgular: ÇDŞG-ŞY'e göre yaşam boyu ruhsal hastalık tanı alma sıklığı %80,9, şimdi tanı alma sıklığı %57,4, geçmişte tanı alma sıklığı %53,2 olarak saptandı. Olguların %23,4'ü şimdi duygudurum bozukluğu tanısı alırken, %10,6'sında depresif uyum güçlüğü, %42,6'sında anksiyete bozukluğu, %36,2'sinde yıkıcı davranım bozukluğu bulunmaktaydı. En sık gözlenen tanıları sırasıyla SF(%23,4), MDB(%14,9), Mixt tip DEHB(%14,9), depresif uyum güçlüğü(%14,9) ve SAB(%10,6)'dır. Yıkıcı davranım bozukluğu hem anksiyete hem de depresyonla sıklıkla birliktelik göstermekteydi. Vakaların %23,4'ü, 3 ya da daha çok psikiyatrik tanı almaktaydı. Uyku ve iştah problemleri bulunması, semptomların başlaması ile kanser tanısı konmasına kadar süre ve hastanede toplam yatış süresi ruhsal hastalıkla ilişkili bulundu. Ruhsal bozukluk saptanan çocukların tedavi uyumu ve yaşam kalitesi ölçek puanları anlamlı derecede daha düşük saptandı.

Sonuç: Kanserli çocukların ruhsal açıdan değerlendirilmeleri önemlidir. Bu çocuklar duygudurum, anksiyete ve yıkıcı davranım bozuklukları açısından risk altındadır. Özellikle çocuklarda yıkıcı davranım bozukluğu semptomları görülüyorsa, hastalık tanısı konmasına

kadar geçen süre ve hastanede yatarak tedavi gördüğü süre uzadıkça, uyku ve iştah problemleri belirginleştikçe ruhsal hastalık gelişimi riski artmaktadır. Bu ocuklar ruhsal hastalık gelişimi açısından daha dikkatli izlenmelidirler.

SUMMARY

Introduction and Objective: With the innovation and progress in early diagnosis and treatment cancer is defined not as a deadly disease but a chronic disease with much longer expected life span. However, with increased life span in cancer patients some long-term physical and other mental disorders may develop. While patients are successfully followed up for long-term endocrine, metabolic, secondary cancer development and organ disfunction, they are not evaluated enough for mental disorders aspect and they are not getting professional assistance. The aim of our study was to define psychiatric disorders observed in children with cancer and to demonstrate the predisposing risk factors which cause mental illness.

Method: 47 Children and adolescent with normal intelligence, between the ages 6-18 years diagnosed with cancer, receiving either outpatient or inpatient treatment in Istanbul University, Istanbul Medical School, Department of Pediatric Hematology-Oncology and Pediatric Hematology-Oncology Department of Oncology Institute were included in our study. Children reviewed in terms of mental illness with Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Age Children – Present and Lifetime Version (K-SADS-PL). Children and parents were filled Health Related Quality of Life Scale for children (HRQL) with a view to evaluated the quality of life.

Results: According to K-SADS-PL the rate of life time mental illness diagnosis was 80.9%, present time diagnosis was 57.4%, past time diagnosis was 53.2%. 23.4% of the patients receiving a diagnosis of mood disorder, 10.6% diagnosis depressive adjustment disorder, 42.6% anxiety disorder and 36.2% are find to develop destructive conduct disorder. The most frequently observed diagnoses in decreasing order are SF (23.4%), MDB (14.9%), Mixt type ADHD (14.9%), depressive adjustment disorder (14.9%) and SAB (10.6%). Disruptive behavioural disorder was observed with both depression and anxiety. 23.4% of all cases received 3 or more psychiatric diagnoses. The presence of sleep and appetite problems, time elapsed between the appearance of symptoms until diagnosed with cancer and duration of hospitalization was associated with mental illness. Compliance to treatment of children with mental disorder and scores scale quality of life were significantly lower.

Conclusion: It is important to assess the mental health of children suffering from cancer. These children are increased risk of developing anxiety, mood and disruptive conduct disorder. Children with Disruptive behavioral disorder, those diagnosed late and hospitalized

VIII

for a long period and finally children having sleep and appetite problems should be followed more carefully.

I. GİRİŞ VE AMAÇ

Kanser, çocuklarda dördüncü sıklıkta ölüm nedenidir. Bununla birlikte gelişen tedavi modaliteleriyle 5 yıllık yaşam beklentisi yıllar içerisinde %59'dan %79'a ulaşmıştır (1, 2). Son 30-40 yılda çocukluk çağı kanserlerinin tedavisinde önemli aşamalar kaydedilmiştir. Agresif multimodal tedavi programları ile yaşam süresinde önemli oranda iyileşme sağlanırken kansere ve tedaviye bağlı morbiditenin önlenmesi önem kazanmıştır. İnvaziv tedavilere bağlı bulantı, kusma, saç dökülmesi, diyare, ağrı ve uykusuzluk çocuklarda yoğun psikiyatrik gerginlik ve yük oluşturmaktadır. Kanser hastalığı olan çocukların uzun süreli izleminde bilişsel ve duygusal alanda çeşitli psikiyatrik belirtiler ortaya çıkabilmektedir. Uyum güçlüğü, depresyon, anksiyete, travma sonrası stress bozukluğu sık karşılaşılan psikiyatrik bozuklukların başında gelir (3-6). Psikiyatrik bozukluklar tanınıp tedavi edilmediğinde tıbbi tedaviye uyumsuzluk, hastanede kalışın uzaması, morbidite ve mortalitenin artmasına neden olmaktadır.

Bu çalışmada kanser tanısı almış çocuk ve ergenlerde, hemen hemen tüm çocukluk çağı psikiyatrik bozukluklarını tarayan, yarı yapılandırılmış bir görüşme formu ile eşlik eden psikiyatrik bozukluklar araştırılmıştır.

Çalışmamızda kanserli çocuk ve ergenlerde tedavi ve takip sürecinde gözlenebilen ruhsal sorunlar ve sıklığı ile olguların yaşam kalitesinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Kanserli çocukların tıbbi tedavileri yanında, psikiyatrik bulguların erken farkedilerek sağaltımına çalışılmasının, yaşam kalitesini arttıracak ve hastalıkla başetme becerilerini güçlendireceği düşünülmektedir.

II. GENEL BİLGİLER

A.ÇOCUKLUK ÇAĞINDA SIK GÖRÜLEN KANSER TÜRLERİ

Çocukluk çağı kanserleri, etyolojik faktörler, embriyolojik orjin ve doku tiplerinden dolayı erişkinden farklılık gösterir. Çocukluk çağı kanserlerinde, çocukların verilen tedaviyi tolere edebilme yeteneklerinden dolayı yaşam beklentileri yüksektir. Yirmi yaş altı Akut Lenfoblastik Lösemilerde (ALL) yaşam beklentisi %80, Hodgkin Lenfomada %91, Non-Hodgkin Lenfomada (NHL) %72 iken, bu oran santral sinir sistemi (SSS) tümörlerinde oldukça düşüktür (7). Çocuk ve ergenlerde en sık görülen kanser türü lösemiler olup, çocukluk çağında görülen neoplazmların %40'ını oluşturur. Lösemi ilk kez 1845 yılında İskoçya'dan Bennett ve Almanya'dan Virchow tarafından bildirilmiştir. Farber'in folik asit antagonisti aminopterin kullanmasıyla 1948'de başlayan kemoterapi çağından önce sadece destekleyici tedavi ile ALL'de yaşam süresi ortalama 2-4 ay idi. Çocukluk çağında ALL, kemoterapi ile tam şifa bulan ilk yaygın kanser şekli olmuştur. Çocukluk çağı lösemilerinin %97'si akut lösemi, %3'ü kronik myelositer lösemidir. Akut lösemi olgularının %80'i ALL, %15'i lenfoblastik dışı veya akut nonlenfositik lösemi, %5'i de farklılaşmamış veya stem hücreli lösemiden oluşur.

Çocuklarda tüm neoplastik hastalıkların %10'unu lenfomalar oluşturur. Klasik olarak Hodgkin ve NHL olarak iki ana gruba ayrılır. İlk olarak 450 yıl önce tanımlanan Hodgkin hastalığı bölgesel lenf bezlerinin genellikle ünilateral, ağrısız, progresif büyümesi ile belirlenen malign lenfoma grubundan bir hastalıktır. Hodgkin hastalığı erkek çocuklarda, 9-12 yaşlar arasında en sık görülür. NHL, çocuklarda diferansiye olmamış veya az diferansiye olmuş hücrelerden oluşur. Erken ve yaygın infiltrasyon gösterir. Tedaviye yanıt iyi değildir. Non-hodgkin lenfoma çocuklarda Hodgkin lenfomaya oranla 3-4 kat daha siktir. Erkeklerde ve 5-15 yaşlar arasında daha sık gözlenir. Nöroblastom çocuklarda en sık görülen ve en habis solid tümörlerden biridir. Onbeş yaş altı çocuklarda nöroblastomun görülme sıklığı yılda 1/100 000'dir. Olguların %50'sinde tanı 2 yaştan, %75' inde 4 yaştan ve %90' ında 10 yaştan önce konur. Çocuklarda sık görülen solid tümörlerden bir diğeri ise Wilms tümörüdür. İlk kez 1899 da Max Wilms tarafından tanımlanmıştır. Olguların çoğu 1-5 yaş arasında tanı almaktadır. Adolesan ve erişkinlerde çok nadir görülür. Ewing sarkom en kötü prognozlu çocukluk çağı tümörüdür. Sıklıkla 10'lu yaşlarda ve erkek çocuklarda görülür. Beş yıllık yaşam beklentisi, metastaz olan olgularda %20-30 dur. Kemik ve kemik iliği metastazı varsa prognoz çok kötüdür. Osteosarkom yine 2.dekatta sık görülen uzun kemiklerin metafizini

tutan malign kemik tümörüdür. Metastaz olmayanlarda yaşam beklentisi %70, metastaz olanlarda %20' nin altındadır. Rabdomiyosarkom en sık görülen yumuşak doku tümörüdür. Çocuklarda en sık embriyonal türe rastlanır ve baş-boyun bölge tümörlerinin %75' ini embriyonal rabdomiyosarkom oluşturur (8).

B.KANSER TANISINI TAKİBEN AİLE BİREYLERİNDE YAŞANAN DUYGUSAL VE BİLİŞSEL SÜREÇLER

Çocuğa kanser tanısı konulmasını takiben aile pek çok kayıplar ve yas süreci yaşamaya başlar. Birey için değerli bir veya daha fazla objenin kaybını ya da kayıp tehdidini takiben yas süreci yaşanır. Yas yakın bir ilişkinin kaybına verilen emosyonel bir tepki olup, öfke, çaresizlik, suçluluk, ümitsizlik, izolasyon, anksiyete, depresyon gibi acı veren duyguları içerir. Yas sürecinin amacı, kaybın gerçek olduğunu kabullenmek, acıyı yaşamak, kayıplara uyum sağlamak, yeniden emosyonel enerji kazanmaktır. Kübler- Ross'un keder modeli, hem kanser tanısını takiben, hem de ölüm sonrası yaşanabilecek duygu ve tepkileri sınıflandırdığı için daha yaygın kullanılmaktadır. İnkâr, öfke, depresyon, pazarlık, kabullenme dönemlerini içermektedir. Yas süreci aşamaları, her bireyde aynı sürelerle yaşanmadığı ya da bu aşamalar birbirlerinden kesin çizgilerle ayrılmadığı gibi, bir aşamaya tekrar tekrar geri dönülmesi de mümkündür (9). Çocukta kanser tanısını takiben aile üyeleri keder sürecinin farklı aşamalarında olabilir. Örneğin depresyon ya da öfke dönemi çocuğun durumundaki değişikliklerle tekrar yaşanabilir Wheeler sevilen bireyin ölümü sonrası yaşanan yoksunluğun dört dönemden oluştuğunu belirtir (10). Bu dönemler Bowlby tarafından da tanımlanmış olup, şok ve duygusallık, arama-özlem duyma, düzen bozukluğu ve yeniden düzen kurmadır (11).

Kanser gibi ölümcül bir hastalığın öğrenilmesini takiben ilk yaşanacak tepki inkardır. İnkâr, ciddi tehdit algısı sonucu benliğin kendini korumak amacıyla devreye soktuğu bir savunma mekanizmasıdır. İnkâr, bireylerin kendilerini toparlayarak, başetme mekanizmalarını devreye sokmaları ve tehdit yaratan duruma uyum sağlamaları için zaman kazandırır. Tanı sonrası öfke döneminin yaşanması, tanının gerçek olduğunun kabullenmeye başlandığının bir göstergesidir. Öfke, sağlık çalışanlarına, aile üyelerine, hasta çocuğa ya da ilahi yaratıcıya yöneltilebilir. Bu aşamada öfkenin yanı sıra keder, depresyon, suçluluk duyguları ve somatik şikayetler de görülebilir. Hasta yakınlarında sık gözlenen psikiyatrik belirtiler uyku bozuklukları, iştah kaybı dikkati toplamada güçlük, baş ağrısı, anksiyete ve halsizliktir (12).

Ailelerin ekonomik sıkıntılarının farkedilmemesi ve sürekli reçete verilmesi, çocukların durumu ile ilgili yeterli bilgi verilmemesi, çocuklarla etkileşimlerinin

engellenmesi, neler yaşadıklarının farkedilmemesi ve rahatlatıcı yaklaşımların sergilenmemesi ailelerin beklentilerinin karşılanmadığını göstermekte ve öfkenin çoğunlukla sağlık çalışanlarına yönelmesine yol açmaktadır. Sağlık personeli çocuğun durumuna ilişkin bilgi verirken aile üyelerinin duygusal durumlarını ve o anda tolere edebilecekleri bilgi düzeyini dikkate almalıdırlar. Ailelere gereksiz ümit verilmesi ve bu ümidin boşa çıktığının görülmesi sağlık personeline duyulan güveni zedeleyebilir. Sağlık çalışanları, aile üyelerinin öfke duygularını ifade etmelerine izin vermeli ve bu tepkilerin anlayışla kabul edildiğini gösterebilmelidir. Öfkenin, yas sürecinin kaçınılmaz bir parçası olduğu, yanı sıra kederi örtmek amaçlı kullanılabilirdiği de unutulmamalıdır. Yapılan çalışmalarda aile üyelerinin yoğun keder ve depresif belirtiler yaşadıkları gösterilmiştir (13-16). Çocuğun klinik tablosu kötüleştikçe kayıp ve ümitsizlik duygusu artar, reaktif ve hazırlayıcı depresyon gelişir. Reaktif depresyonda geçmişteki kayıpları düşünme, hazırlayıcı depresyonda gelecekte gerçekleşecek kayıplar için endişelenme söz konusudur. Bireylerin depresif belirtilerinin olması, sorumluluklarını yerine getirmek için gerekli güç ve motivasyonu azaltır, özellikle depresif dönemlerde sorumlulukların paylaşılması ve duygusal destek gereksinimi artar. Çocuğu kanser tanısı alan ebeveynlerin, çocuk hayatta olmasına rağmen kayıp duyguları yaşadıkları, saplantılı düşünce ve davranışlarının olduğu, babaların tanıyı kabullenmede emosyonel acı yaşadıkları belirlenmiştir (17).

Sevilen kişinin kaybını takiben yaşanan yoksunluk süreci, genel olarak 6-12 ay sürmesine karşın, bireylerin başetme yetenekleri ve destek sistemlerinin yetersizliği durumunda bu süre uzayabilir. Yoksunluk sürecinde kederin çözümlenmesi ve yeni yaşam düzenine uyum sağlanması beklenir. Kayba verilen ilk tepki şoktur. Bunu kayba inanamama/inkar etme ve yoğun acı, keder, anksiyete duyguları izler. Şok ve duygusallık dönemi genellikle kısadır (2 hafta) ancak bazen haftalarca ya da aylarca sürebilir. Şok ve duygusallık dönemini, arama ve özlem duyma dönemi izler. Bu dönem genellikle 3-4 ay kadar sürer, ancak yıllarca da sürebilir (12,14,18). Yoğun ayrılık anksiyetesi yaşanır, sevilen birey ölmemiş gibi algılanır ve onunla paylaşılan deneyimler özlenir. Uykusuzluk, huzursuzluk ve öfke yaygındır ve öfke genelde kayıptan sorumlu tutulan bireylere odaklanır. Bu algı ve duygular kaybın kabullenilmesini geciktirir. Düzenin bozulma dönemi, kaybı takiben 5-9 ay kadar sürer ve depresyon, çökkünlük, kendini iyi hissetmeme, ümitsizlik, hayalkırıklığı ve yetersizlik gibi duygularla karakterizedir. Kayıptan 9-12 ay sonra, yeni bir düzen kurma dönemi başlar. Bu devrede bireylerin acı ve keder duygusu azalır, eski sosyal yaşantılarına dönme ve yeni hedefler geliştirme eğilimi görülür. Keder sürecinin başarılı bir şekilde

tamamlandığının göstergeleri, kaybedilen çocuğun olumlu-olumsuz yönleriyle hatırlanması, mutluluk ve hayal kırıklıklarının rahat ve gerçekçi bir şekilde ifade edilmesidir.

Kardeşlerin keder süreci kendine özgüdür. Anne-babalar bir çocuklarını kaybederken, onlar tamamen farklı bir ilişkiyi, kardeşleriyle bağlantılı kimliklerini de kaybetmişlerdir. Kardeşler öfke, suçluluk, keder, terkedilmişlik gibi duygular yaşayabilirler. Bunların üstesinden gelmede inkar ya da bastırmayı kullanabilirler. Bu arada sağlıklı kardeşlerin ihmali de sözkonusu olabilmektedir. Kardeşlere genelde büyük ebeveynler bakım vermektedir. Sağlıklı kardeşlerde sadece “okul sorunları” gibi görünen depresif belirtiler, anksiyete belirtileri ortaya çıkabilmektedir (18-22). Ebeveynlerin acı ve üzüntüsünü bastırmak için onları aşırı bir şekilde mutlu etme çabaları gösterebilirler. Hasta çocuğu merkeze koyan ailelerde kardeşlerin ihtiyaçları görülemez hale gelmekte ve ailenin normal yaşam döngüsü giderek bozulmaktadır. Kanser hastalığında aileyi ele alırken, kardeşlerin yaşayabileceği duyguları bilmek ve bunlar hakkında aileyi bilgilendirmek önemlidir. Kardeş rekabetinin nasıl yaşandığı, hastanedeki kardeşe özlem, kardeşin hastalığına duyulan öfke ile birlikte üzüntü, hasta kardeşe refaket eden ebeveynlere özlem, kendi sağlığı ile ilgili endişeler, sağlıklı olmanın suçluluğu kardeşlerde görülebilecek duygular olarak sıralanabilir. Ebeveynlerin ilgisini çekmek, kendilerini değerli hissetmek için sağlıklı kardeşlerde hasta olmayı isteme düşüncesi bile oluşabilmektedir. Bazı olgularda kanserli çocuğun büyük kardeşi, evdeki diğer kardeşlerin bakımını üstlenmek zorunda kalabilmekte; bundan dolayı eğitim hayatı aksayabilmekte ve büyük kardeşte yoğun olarak engellenmişlik ve öfke duygusu yaşanabilmektedir.

Uzun tedavi sürecinde ailede görülen en önemli değişiklik aile bütünlüğündeki bozulmadır. Annenin sürekli refakatçi kalması nedeniyle, ev içinde annenin yokluğu ile bazı rol değişiklikleri ortaya çıkmaktadır. Çoğunlukla diğer aile üyeleri ve yakın akrabalar bu yeni düzende rol sahibidir. Anne ve hasta çocuk tedavi sonrası eve döndüklerinde çoğunlukla evi bıraktıkları gibi bulamamakta, ve bu durum her ikisi içinde önemli bir stres kaynağı olmaktadır. Bazı vakalarda yer değişikliği, tedavi görecekları kuruma yakın yerlere taşınma gibi ailenin önceki düzenini daha fazla bozan değişimler meydana gelebilmektedir (18). Kanser hastalığının yatarak tedavisinden sonra ayaktan izlem döneminde, aileler hastaneden ayrılmakla ilgili zorluklar yaşayabilmektedir. Hastaneden uzakta iken, aile içinde anksiyete artabilir, her an kötü bir şey olacak beklentisine girilebilir. Çocukların okul yaşantısına geri dönmeleriyle ilgili güçlükler olabilmekte, aileler aşırı koruyucu tutumlar sergileyebilmektedir.

Kanser tedavisi sürecinde ailenin tedavi uyumunda, ailede önceden de varolabilecek sorunların ve psikopatolojinin varlığı etkilidir. Belirlenen bazı risk grubu aileleri ve risk

faktörleri şunlardır: eşler arası evlilik sorunları, boşanma, tek veya üvey ebeveynli yaşam, önceden ailede kronik bir tıbbi veya ruhsal hastalığın olması, sağlık sorunu veya başka nedenlerle ebeveynlerin yetersiz kalma durumları, ekonomik sorunlar, aile içinde kronik çatışma ve sorunlar, dil ve kültür farklılıkları, ailenin sosyal ve kültürel desteğinin yetersizliği (23).

Kanser tedavisi gören çocukların ailelerinde boşanma oranlarının yüksek olduğu bildirilmektedir (24). Aile bütünlüğünün ve işlevselliğinin bozulması, ebeveyn rollerindeki değişimler, ebeveynlerin ortaya çıkan hastalık nedeniyle birbirlerini suçlaması, öfke ve üzüntü ile başa çıkamama, bununla birlikte çaresizlik ve yalnızlık duyguları yaşama ve başta depresyon ve anksiyete bozuklukları olmak üzere bazı psikiyatrik bozuklukların ortaya çıkması, boşanma sürecinde en önemli nedenler olarak sıralanabilir.

C.KANSERLİ ÇOCUKLARDA GÖZLENEN RUHSAL SORUNLAR

Hastalık kavramının normal bir çocukta gelişimi şöyle özetlenebilir: 0-3 yaş arası çocuklarda hastalık kavramı yeterince gelişmemiştir. 0-1 yaş arasında bebekler, bedenini dış dünyadan ayırtamaz. Bedene gelen zarar, tüm dünyanın katastrofik algılanmasına yol açar. Bebekler hastalandıklarında anneden ayrılmaya, ağırlı müdahalelere, düzen değişikliklerine tepki gösterirler. Bir-üç yaş arası yeme ve uyku düzensizlikleri, anaklitik depresyon, ağlama, karşı koyma, aşırı uyum, içe kapanma ve psikosomatik belirtiler gibi ayrılma anksiyetesi ile ilgili belirtiler görülebilmektedir. Anne-babalar çocuklarını rahatlatıcı ve güven verici rolleri açısından bebeklerin yanında olmalı, bebeğin düzen ve rutinleri korunmalıdır. Tıbbi ekibin anne-baba ile çocuğun bağlanmasını desteklemesi, girişim ve tedavi yöntemlerinin bu bağlanmayı engellemesine izin vermemesi gerekir. Yaş ilerledikçe bilişsel gelişime paralel olarak çocuk, hastalığın nedenini anlamaya başlar. Küçük çocuklar büyüsel düşünce sürecinde olduklarından ve uygun bir açıklama yetenekleri gelişmediğinden, hastalık nedenini, ilahi adalet düzeneğiyle açıklamaya çalışır. İlahi adaletin, cansız nesneler tarafından sağlanacağı ve yanlış davranışın cezalandırılacağı inancı vardır. Bu düşünceden dolayı, hastalığın nedeni için kendilerini suçlar ve cezalandırıldıklarını düşünür. Küçük yaşlardaki çocuklara hastalığın nedeni ile ilgili daha uygun açıklamalarda bulunmanın, adalet ve cezalandırma açıklamalarını değiştireceği belirtilmektedir. Okul çağı çocukları grip, nezle gibi bilinen hastalıklarla karşılaştıklarında, bunun dışarıdan gelen bir mikrop tarafından gerçekleştiğini bildikleri, ilahi adalet açıklamasını yapmadıkları, ancak bilmedikleri karmaşık hastalıklara maruz

kaldıklarında bu açıklamayı sürdürdükleri saptanmıştır (25,26). Ergenlik dönemine gelindiğinde çocukların çoğunda soyut düşünme gelişmektedir. Ergenlerde kronik hastalık, gelişmekte olan bağımsızlığın engellenmesine neden olacağı, güçlü beden algısını zedelediği için öfke yaratır. Ergenlikte fiziksel görünüm ve işlevsellik çok önemlidir, hastalık nedeniyle fiziksel bozukluğun olması ve işlev kaybı, özgüvenin olumsuz etkilenmesine neden olabilir.

Üç-altı yaş arası kanserli çocuklarda terk edilme ve bedensel zarar görme ile ilgili kaygılar yoğundur. Benmerkezcilik ön plandadır ve hastalığı, hastaneye yatışı yapılan ağırlı işlemleri, kötü davranışın bir sonucu olarak görür. Ayrıca hastalığı, kendi içinde bir şeylerin olup bitmesi olarak anlar. Hastalık sadece dıştan gelen işaretler yoluyla tanımlanır. Sağlam bir bedene odaklanırlar. Gerçekçi olmayan korkularla birleşen sınırlı anksiyete, kafa karışıklığını arttırabilir. Daha uzun süreli ayrılıkların üstünden gelebilirler ancak hala birincil bağlanma figürüne ihtiyaçları devam eder. Beş yaşın altında çocukların hastalığı kendilerine yönelik bir ceza olarak algıladıkları, dolayısıyla bu çocuklar için hastalığın adı ve niteliğinden çok, anne babanın sevgisini kaybedip kaybetmeyecekleri, onlardan ayrı kalıp kalmayacakları, hastanede anne babaları yanlarında yokken onlara acı veren bir işlem yapılıp yapılmayacağı kaygılandırmaktadır. Anne babalar hastalığın alevlenmesi ya da relapsa yol açacağını düşünerek çocukların aktivitelerini sınırlandırabilirler. Bu durum ise onları korkak, pasif ve bakım veren kişilere ve doktorlarına daha bağımlı yapar.

Yedi-onüç yaş dönemi çocuklarda deneyimleri düzenleme ve kurallar öncelik kazanır. Kontrolü kaybetme ve ölüm korkusu bu dönemde gelişir. Hastalığı daha iyi anlayabildikleri için, gerekli işlemleri ve hastaneye yatış ihtiyacını anlayabilirler. Bu dönemde, yaşam hareketle eş tutulduğundan, hastalıklarına ilişkin suskunluk ve bu konuda konuşmama, bu yaş çocuklarda şaşırtıcı bir şekilde hastalıklarının ölümcül olduğu algısının doğmasına yol açar. Aileden ayrılık, yabancı insanlar ve tanımadıkları bir hastanede terk edilme korkusu, okul çağındaki çocukların en büyük endişesidir. Normal koşullarda bu dönemdeki çocuklarda en önemli aktivite okuldur. Oysa hayatlarını tehdit eden hastalıklar, çocukların okula devam etmelerini ve başarılarını önemli ölçüde etkilemektedir. Okul öncesi çocuklara oranla, okul çağındaki çocukların hastalığa ilişkin bilgileri artmıştır. Hastalıktan, yapılan tedaviden ve hastalığın kendi vücuduna zarar vereceğinden korkarlar. Bu nedenle çocuğun doktoruna hastalığı ve tedavisi ile ilgili sorular sorması önemlidir. Hastalık ve tedavinin tartışılması çocuğun yaşına ve olgunluk düzeyine uygun olmalıdır.

Ergenler için hastalığın kendisi temel sorundur. Hastalık, bağımsızlığın kaybolması ve gelecekle ilgili planların bozulması şeklinde algılanır. Bunun yanı sıra saç kaybı, kilo değişiklikleri, cilt renginde değişiklik gibi kemoterapinin yol açtığı olumsuzluklar, cerrahi

girişimler, tedaviyle geciken puberte, infertilite ile ilgili kaygılar bu dönemdeki psikolojik problemlerin kaynağını oluşturmaktadır. Bunların yanısıra hastalık nedeniyle okul yaşantıları bozulmuş olabilir. Ergenlerde ölüm ve izolasyon korkusu, ayrılık anksiyetesi gözlenebilen kaygı bozukluklarıdır.

Çocukların hastalığa gösterdiği tepkiler bazı etkenlere göre değişiklik göstermektedir. Çocuğun duygusal ve bilişsel gelişim süreci, çocuğun hastalıktan önceki kişilik özellikleri ve önceki uyum yeteneği, ayrılıklara gösterdiği psikolojik tepkiler, hastalık ve sakatlığın ciddiyeti, hastalığın çocuk ve ailesi için taşıdığı anlam, ebeveyn-çocuk ilişkisinin kalitesi, sosyal destek sistemlerinin varlığı, hastalığın çocuğun fiziksel, psikolojik işlevlerine getirdiği kısıtlamalar hastalığa genel tepkileri belirleyen faktörlerdir. Hastalığın, özel güçlükleri bulunan gelişim dönemlerinde (0-5yaş ve ergenlik dönemi) başlaması ruhsal hastalık gelişimini kolaylaştırmaktadır. Tanı konmasına kadar geçen sürenin uzaması ya da yanlış tanıları almış olması çocuklarda örselenmeyi arttırmaktadır. Fiziksel deformite ya da sakatlığa neden olması ve gidişin kötü sonlanması uyum sürecini olumsuz etkilemektedir.

Kanser hastalığı tanısı almakla, çocuğun yaşamında ciddi kayıplar meydana gelmektedir. Bu kayıpların başında “sağlıklı durum” gelmektedir. Çocuk sağlığıyla birlikte, arkadaşları, okulu, oyuncakları, yatağı, ailesinin diğer üyeleri gibi kaybettiği şeylerin yasını tutmaya başlar. Bu süreçte, çocuğun kullandığı savunma düzenekleri verilen tepkilerin ve davranışın doğasını belirler. Aslında hastalık çocuk için önemli bir örselenmedir. Örselenmeye ortaya çıkan tepkiler arasında sürekli geçmişle uğraşma, yaşından daha küçük bir çocuk gibi davranma (regresyon) ve hastalığı ya da tedaviyi reddetme (yadsıma) ve karşıt tepki geliştirme en sık kullanılan savunma düzenekleridir (27). Bunlara bağlı olarak ta, gelecekle ilgili plan ve umutları yitirme, üzüntü, kızgınlık, öfke, ölüm korkusu, çaresizlik, umutsuzluk, güvensizlik ve yaşamla ilgili kaygılar ortaya çıkar. Hasta ya da kurban rolüne bürünüp, bir çökkünlük içerisine girer ya da saldırgan davranışları benimseyerek öfke ve kızgınlığını dışa vurur ve uyum sorunları yaşar. Bazı hastalarda ise, güçlü sosyal destekleyici çevre ve sağkalım mücadelesi içinde ruhsal dayanıklılık artmakta; kişinin başkalarıyla ilişkisi, kendini algılaması ve yaşam felsefesinde olumlu ve yapıcı yönde değişiklikler olmakta, umut, iyimserlik ve üretkenlik alanlarında kazanımlar elde edilmektedir.

Akut dönem sağaltımının yapıldığı yaklaşık bir yıllık süreyi hasta toplumdan izole, hastanede yatarak geçirmekte, cerrahi ve invaziv tıbbi girişimlere, önemli yan etkileri olan radyoterapi ve kemoterapi uygulamalarına maruz kalmaktadır. Bu dönemde ortaya çıkan fiziksel ve ruhsal komplikasyonları tanımak önemlidir. Depresyon, travma sonrası stres bozukluğu, somatizasyon bozukluğu gibi ruhsal hastalıklar görülebilmektedir. Davranış ve

uyum sorunları, benlik değeriinde düşüklük ve beden imajı ile ilgili sorunlar diğeri yaşanan güçlüklerdir.

Bazı çalışmalarda sağlıklı yaşlılarıyla ruhsal gelişim ve uyum sorunları açısından önemli bir fark bulunmazken bazı çalışmalarda da ruhsal durum ve sosyal uyumun daha iyi olduğu bulunmuştur. Çalışmalarda elde edilen farklı sonuçlarda örneklem gruplarının küçük olması, tek bir merkezin hasta verilerini yansıtmaması, uygun kontrol grubu olmaması gibi metodolojik sorunların yanı sıra stres karşısında bireysel tepki farklılıkları, kullanılan savunma düzenekleri ve sosyal destek sistemlerinin de rolü olduğu düşünülmektedir (28). Sonuçların farklı olmasının diğeri nedenleri; sosyodemografik değişkenler, tıbbi durum, kullanılan ilaç gibi tedavi özellikleridir.

Bazı çalışmalarda kızların, bazı çalışmalarda da erkeklerin daha fazla ruhsal sorun yaşadığı gözlenmiştir. Yine benzer şekilde bazı çalışmalarda küçük yaş grubunun bazılarında ise büyük yaştakilerin daha çok etkilendiği bildirilmektedir (3,4,28). Ailenin sosyoekonomik düzeyi düşüğe hastada ruhsal etkilenme daha fazla olmaktadır.

Ağrının eşlik etmesi, hastalığın merkezi sinir sistemini tutması gibi özellikler psikososyal sorunları arttırmaktadır. Tedavi özelliklerine bakıldığında yoğun kemoterapi alanlarda daha fazla somatik ve depresif belirtiler saptanmıştır. Yüksek doz steroid kullanımı, hem tıbbi (vaskülit gibi) komplikasyonlara yol açarak hastanede yatış süresini uzatmakta, hem de depresyon gelişme riskini arttırmaktadır. Hastanede yatış süresi psikososyal etkilenmede önemli bir değişkendir. Örneğin nötrofil sayısında azalmaya ikincil araya giren sık enfeksiyonlar ve hastanede yatış süresinin uzaması, psikolojik olarak olumsuz etkilenme riskini arttırmaktadır. Tedavi süresi uzadıkça çocuklarda ruhsal sorunların daha fazla ortaya çıktığı bilinmektedir (28). Kronik hastalığı olan ergenlerin %10'unda sosyal geri çekilme, saldırganlık gibi davranış problemleri yaşanabilmekte, depresyon, anksiyete düzeyleri daha yüksek olmakta, kronik hastalığı olan çocuklarda olmayanlara göre 1.5 kat daha sık ruhsal bozukluk görülebilmektedir (29).

1.Kanserli çocuklarda gözlenebilen psikiyatrik hastalıklar

1A.Uyum Bozuklukları:

“Psikososyal stresör” olarak tanımlanan durumlara karşı gösterilen, kısa süreli, maladaptif tepkilerdir. Uyum bozukluğunun başlıca özelliği, gösterilebilir psikososyal stres etkeni ya da etkenlerine tepki olarak, klinik açıdan belirgin duygusal, davranışsal belirtilerin gelişimidir. Semptomlar, stresörün ortaya çıkmasından sonraki 3 ay içerisinde gelişir.

Stresörler nadir ve katastrofik olaylardan (örneğin doğal afetler, şiddet suçları) ziyade daha sıklıkla her yerde karşılaşılabilecek günlük olaylardır (örneğin sevilen birinin kaybı, iş ya da ekonomik durumdaki değişiklikler gibi). Semptomlar 6 ay içerisinde çözülebilir. Ancak kronik bir stresör nedeniyle gelişmişse ya da stresörün etkileri uzun süreliyse daha uzun da sürebilir. Uyum bozukluğu tanısı tıbbi veya cerrahi nedenlerle hastaneye yatırılan hastalardaki en yaygın konulan psikiyatrik tanılardan biridir. Belirli bir tıbbi sorunu ya da stresörü olan hastaların %50 kadarında uyum bozukluğu tanısı konulmaktadır. Ayaktan psikiyatri hastalarının %10-30'u ve genel hastaneye müracat eden hastalardan psikiyatri konsultasyonu istenenlerin %12 kadarı uyum bozukluğu tanısı almaktadır. Yetişkinlerde sıklığı %7,1, ergenlerde %34,4 bulunmuştur (30).

Uyum bozukluğunu anlamak için stresin natürü, stresin bilinçteki ve bilinçte olamayan anlamları ile hastanın önceki zedelenebilirlik durumunu anlamak gerekir. Zedelenebilirlik, çocukluk döneminde ebeveyn kaybının olması veya bozuk bir ailede yetişmiş olmakla da ilişkilidir. İlişkilerdeki gerçek veya algılanan destek, stresörlere davranışsal veya emosyonel cevapları etkiler. Depresif duygudurumla, anksiyete ile, karışık anksiyete ve depresif duygudurumla, davranım bozukluğuyla, karışık duygu ve davranım bozukluğuyla giden ve belirlenmemiş olmak üzere 6 alt tipi tanımlanmıştır.

Çocuk ve ergenlerde stresle karşılaştıklarında ortaya çıkabilen diğer psikiyatrik bozukluklar (TSSB, istismar, depresif bozukluk gibi) üzerinde çok sayıda araştırma olmasına karşın uyum bozukluğu literatürde oldukça nadir işlenmiştir. Çocuğun karşılaştığı stres etkenlerine verdiği yanıtlar “uyum, uyumsuzluk ve uyum tepkileri” başlıkları altında literatürde geniş yer bulmuş ancak bu yazılarda da uyum bozukluğu göz önüne alınmayıp neredeyse hepsinde diğer psikiyatrik hastalıklar çalışılmıştır. Literatürde yeterince işlenmemesinin nedenleri tanı ölçütlerindeki belirsizlik, özgün tanı ölçütlerinin olamaması, belirtiler diğer hastalıkları karşıladığında uyum bozukluğu tanısı konulmaması, stres etkeni ve süre ile ilgili konulardaki belirsizlikler (çocuklar için sürelerin esnek tutulması önerilmiştir) olmuştur. Az çalışılması ve özgün belirtilerinin olmayışı, tedavi seçenekleri ile ilgili özgünlüğün sınırlandırılmasına neden olmuştur (31).

1B.Depresif bozukluklar

Depresif duygudurum, anhedoni, uyku ve iştah değişiklikleri, iritabilite, değersizlik ya da suçluluk duyguları, düşünceleri yoğunlaştırmakta güçlük, ölüm ya da intihar düşünceleri depresif bozuklukta temel belirtilerdir. Okul öncesi çocuklarda sıklıkla üzgün

görünme, gülümsememe, ağlama, mızızlanma, kilo almama, hareketlerde yavaşlama, oyun ve etkinliklere ilgisizlik gibi depresif belirtilerin yanı sıra, karın ağrısı, ayrılık anksiyetesinde artış, oyuncaklara, eşyalara, kendine ya da başkalarına yönelik agresyon gibi depresif olmayan belirtiler de görülebilir. Okul çağında ise genellikle üzgün görünme, ağlama, irritablite, can sıkıntısı, dikkati toplamada zorluk, arkadaş ve sevilen etkinliklerden uzaklaşma, yavaş hareket etme, monoton ve alçak sesle konuşma, okul başarısında düşme, başağrısı, karın ağrısı şeklinde somatik yakınmalar ve intihar düşünceleri görülebilir. Ergenlerde can sıkıntısı, huzursuzluk, arkadaş ve etkinliklere ilgi kaybı, içe kapanma, okul başarısında düşme, psikomotor yavaşlama, aşırı yeme ve aşırı uyuma, yalnızlık, sevilmediği duygusu, düşük benlik saygısı, intihar düşünce ve girişimleri, sanrılar görülebilir. Okul öncesi çocuklarda somatik yakınmalar ve anksiyete belirtilerinin sık görüldüğü, yaş küçüldükçe bu belirtilerin arttığı bilinmektedir.

Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Dördüncü Basım (DSM-IV-TR)' da depresif bozukluklar Major Depresif Bozukluk (MDB), Distimik Bozukluk ve Başka Türlü Adlandırılmayan (BTA) Depresif Bozukluk olmak üzere üçe ayrılmıştır.

DSM-IV-TR'ye göre MDB tanı ölçütleri:

1. Depresif duygudurum (çocuk ve ergenlerde irritabilite bulunabilir)
2. Anhedoni
3. Kilo kaybı ya da kilo alımı, iştahta artma ya da azalma (çocuklarda beklenen kilonun alınmaması)
4. Uykusuzluk ya da aşırı uyuma
5. Psikomotor ajitasyon ya da retardasyon
6. Yorgunluk, bitkinlik ya da enerji kaybı
7. Değersizlik ve suçluluk duyguları
8. Düşünceleri yoğunlaştırmada güçlük ya da kararsızlık
9. Ölüm ve intihar düşünceleri, plan ya da girişimleri

DSM-IV-TR'ye göre MDB tanısı için:

Bir tanesi depresif duygudurum ya da anhedoni olmak üzere en az 5 belirtinin bulunması, depresif belirtilerin en az 2 haftadır sürüyor olması, depresif belirtilerin miks epizodun tanı ölçütlerini karşılamaması, depresif belirtilerin belirgin sıkıntıya yol açıyor olması ya da işlev bozukluğu yapması, depresif belirtilerin bir madde kullanımının ya da genel tıbbi durumun doğrudan etkilerine bağlı olmaması gerekir.

Distimik Bozukluk tanısı için,

1. En az bir yıl boyunca hemen her gün ve günün büyük bir bölümünde depresif ya da irritabl duygudurumun olması
2. Aşağıdaki belirtilerden en az ikisinin bulunması:
 - İştahsızlık ya da aşırı yemek yeme
 - Uykusuzluk yada aşırı uyku
 - Düşük enerji düzeyi ya da yorgunluk
 - Düşük benlik saygısı
 - Düşünceleri yoğunlaştırma ya da karar vermede güçlük
 - Umutsuzluk duyguları olması gerekir.

DSM-IV-TR'ye göre, BTA depresif bozukluk, MDB, Distimik Bozukluk, Depresif Duygudurum ile Giden Uyum Bozukluğu ya da Karışık Anksiyete ve Depresif Duygudurum ile Giden Uyum Bozukluğu ölçütlerini karşılamayan ama depresif özellikler gösteren bozuklukları kapsar (32).

Depresyonun okul çağı çocuklardaki sıklığı %2, ergenlerde ise %15 olarak bildirilmiştir (33-35). Kanseri çocuklarda depresyon ve anksiyete sıklığı %7-32 arasında değişmektedir (36-47).

Kanserli hastalarda en sık görülen ruhsal bozukluk depresyondur. Galen'in kanser ile disforik duygudurum arasındaki ilişkiye yüzyıllar önce dikkat çektiği bildirilmektedir (48). Walshe de 1846 yılında bu konuya önemle değinmiş ve kanser hastalarında psikolojik danışma verilmesinin yararından söz etmiştir (49). Major depresyon kanser hastalarında dikkate alınması gereken önemli bir psikiyatrik bozukluk olup, hastanın yaşam kalitesini, kendine bakımını, tedaviye uyum ve zamanla kanserin şiddetini, gidişini ve tedaviye yanıtını etkilemektedir. Hastanın fiziksel işlev düzeyi, depresyon gelişimi ile ilgili en belirleyici faktördür. Hastalık ağrırsa, hastanın günlük yaşamı kısıtlanmışsa, ağrısı varsa depresyon riski artar.

Kanserli hastalarda depresyonu tanımak zordur. Bu kadar ciddi bir hastalıkta üzgün, karamsar olma normal kabul edilip, hastayı ne oranda etkilediği çok iyi değerlendirilmemektedir. Birçok klinisyen kanser tanısı ile birlikte depresif yakınmaların olmasını normal karşılamakta ve psikiyatrik değerlendirme istememektedir. İngiltere'de 34 merkezde yapılan bir çalışmada, hem hastalar hem de hekimler psikiyatrik belirtiler hakkında bir ölçek doldurmuşlardır. %34.7 oranında hekimlerin ve hastaların doldurduğu ölçeklerde farklılık saptanmıştır (50). Sonuç olarak yanlış değerlendirme yapıldığı, psikiyatrik belirtilerin farkedilmediği ve tedaviye yönlendirilmediği görülmüştür. Hastanın moralini bozmamak için

genellikle üzgün duruşu görmezden gelinir ya da hiçbirşey yokmuş gibi davranılıp konuşmaktan kaçınılır. Bir diğer güçlükle depresyon belirtilerinin, hastalık belirtileri ya da tedavi yan etkileri ile karıştırılabilmektedir. Uykusuzluk, iştahsızlık, halsizlik gibi bedensel belirtiler hem tıbbi durum ve tedavi etkilerine, hem de depresyona ait olabilir. Kanserde görülen depresyon için en önemli ayırt edicilik depresyonda ana kriter olan depresif duygudurum ve ilgi-istek kaybının olmasıdır. Bazı belirtiler depresyon habercisi olabilir. Aşırı bağımlılık, öfke, göz temasından, aile ile birlikte olmaktan kaçınma, çaresizlik, umutsuzluk, aşırı ağrı yakınmaları ve tedaviye uyumsuzluk bu belirtilerdendir. Kanseri hastalarda depresyon için risk faktörlerini araştıran çalışmalarda nevroitik özelliklerin fazla oluşu, önceden psikiyatrik hastalık öyküsü, benlik saygısının düşük olması, tanı sırasında fazla duygusal stres, aile desteğinin yetersiz oluşu, ağrı, mutsuzluk, ilerlemiş hastalık, metastaz varlığı etkili bulunmuştur. Diğer risk etkenleri eşlik eden başka bedensel hastalıklar ve depresyon yapıcı etkisi olan kemoterapötik ajanların kullanılmasıdır. Kemoterapötik ilaçlar, metabolik anormallikler yaparak, organ işlevlerini bozarak ya da doğrudan toksisite ile nöropsikiyatrik sorunlara neden olabilirler. Birçok ilaç genelde iyi tolere edilmektedir ve SSS toksisitesi düşüktür. Fakat çok çeşitli nörolojik 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. Ayrıca hormon salgılayan tümörler, pankreas başı kanseri, MSS tümörleri, üremi, ensefalit ve elektrolit dengesizliği depresyona yol açabilen diğer nedenlerdir (51-55).

1C.Anksiyete bozuklukları:

Ölüm, bağımlılık, yani kendi kendine yetebilme gücünün kaybı beden görünümünün bozulması ve ağrı, acı çekme endişeleri gibi kişinin varoluşuna doğrudan tehdit oluşturan çağrışımlar kanser anksiyetesinin temelini oluşturur. Holland ve arkadaşlarının kanserli hastalarda evrensel 6'lı olarak adlandırdıkları korkular şunlardır: ölüm, aileye bağımlı hale gelme, beden görünüşünde değişme ve bozulma, okulda, işte ya da sosyal yaşamda yaşının gerektirdiği ödevleri başaramama, kişilerarası ilişkilerin kesintiye uğraması, hastalığın ileri evrelerinde şiddetli ağrı ve rahatsızlık yaşama korkuları (56). Anksiyete o kadar yüksektir ki hemen hemen her zaman tanıya ilk tepki inkardır, inanmama ve kanser sözcüğünü kullanmaktan kaçınma kalıcı bir tepki olabilir. Tıbbi sorunlarla ilgili anksiyete belirtileri ağrı ve solunum güçlüklerine ikincil görülebilmektedir. Kanser tedavisinde kullanılan ilaçların

çoğu, ılımlıdan şiddetliye değişen uykusuzluk ve bunaltıya neden olur. Anksiyete belirtileri kanserle ilgili düşüncelerden uzaklaşamama, sürekli ölümü düşünme ve bedenin hasar göreceği ve yok olacağı endişeleri ile birlikte olabilir. Anksiyete katastrofik düzeyde yaşanabilir, çaresizlik ve şaşkınlık duygularına kalp, mide ve barsak belirtileri eşlik edebilir. Hastaneden kaçmaya ve tedavi reddine yol açabilir. Ya da hastalar tanıdan hemen sonra anksiyetelerinin şiddetli olmasına karşın iyi başediyor gibi görünebilirler. Eğer çocukta tanıdan önce anksiyete belirtileri varsa, kanserle birlikte alevlenebilir. Kanserlin tipi, evresi, tedavi edilebilirliği, yerleşimi, kalp ve beyin gibi organlara yakınlığı, anksiyete açısından daha belirleyici faktörlerdir. Hastalık sonrası anksiyetede hastalık öncesi kişilik özellikleri önemlidir. Örneğin, uzun süreli anksiyete yaşamış kişilerde ameliyat sonrası dönemde anksiyete, daha uzun süreli ve daha şiddetli olmaktadır. Kanserli çocuklarda anksiyöz ve fobik semptomlar gözlenmiştir. Ayrılık anksiyetesi, tedavilerle ilgili korkular, postravmatik stres bozukluğu tanımlanmıştır. Anksiyete aynı zamanda deliryuma sekonder, uygulanan tedavinin yan etkileri, enfeksiyon ya da diğer metabolik nedenlere bağlı oluşabilir.

Küçük çocuklarda daha çok sosyal anksiyete ve çekingenlik gözlenirken, ergenlerde sıklıkla sosyal izolasyon, daha az sıklıkla depresyon bildirilmiştir. Emosyonel labilite, dikkatsizlik, yoksulluk, anne-çocuk iletişimde bozukluk, aşırı disiplin uygulamaları, evlilik sorunları, alkol madde kullanımı, düşük benlik saygısı, kaçınan kişilik özellikleri, ebeveyn anksiyetesi, tanı ve prognoz hakkında yetersiz bilgilendirme ve sosyal desteğin yetersiz oluşu anksiyete bozuklukları gelişiminde risk faktörleridir (18, 25, 26, 57-63).

1D.Travma sonrası stress bozukluğu

TSSB, travmatik bir olaya maruz kaldıktan sonra ortaya çıkan ve yeniden yaşantılama, kaçınma-küntleşme, aşırı uyarılmışlık belirtileri ile kendini gösteren bir hastalıktır. Travmatik olaylar, kişinin yaşam bütünlüğünü tehdit eden olaylardır. Kişilerin, bu tür olayları doğrudan yaşamaları kadar, böyle olayların bir başkasının başına gelmesine tanık olmaları veya sevdiklerinin başına gelmiş olduğunu öğrenmeleri de travmatik bir durumdur. Travmatik olaya verilen cevap, korku, dehşet ve çaresizliği içerir. Kanser tanı ve tedavisi son derece stresli ve travmatize edici bir deneyimdir. DSM-IV'te kanser, travma sonrası stres bozukluğuna (TSSB) yol açabilme potansiyeli taşıyan travmatik bir olay olarak kabul edilmiştir.

Doğal afetler, savaşlar, fiziksel ve cinsel saldırılar gibi travmatik yaşantılardan sonra ortaya çıkan stres yanıt sendromları, şimdiye dek oldukça geniş bir şekilde araştırılmış

olmakla birlikte, bu sendromlarla kanser ve diğer tıbbi bozukluklar arasındaki ilişkiye yönelik araştırmalar henüz oldukça yenidir. 1994'te DSM-IV'ün ruhsal travma tanı ölçütleri, yaşamı tehdit eden hastalıkları da kapsayacak şekilde genişletilmiş ve “kanser tanısı almak” TSSB'ye yol açabilme kapasitesi taşıyan bir travmatik olay olarak tanımlanmıştır (32). Ayrıca kanser, diğer bilinen TSSB stresörleri gibi ayrı ve kısa süreli yaşantılanan bir olay değil, sürekliliği olan bir travmadır. Bu travmatize edici süreç, kanser tanısının koyulmasıyla başlar, tıbbi tedavilerle ve tedavinin tamamlanmasını takiben yapılan düzenli onkolojik taramalarla devam eder. Literatürde erişkin kanser hastalarında TSSB yaygınlığı, çalışmanın yapıldığı dönemde %4 ve yaşam boyu %22 olarak bildirilmiştir (64). Diğer bir çalışmada kanserli çocuklarda TSSB sıklığı %14,7 olarak bulunmuştur (65). Kanser ve TSSB tanısı alan hastalarda intihar oranlarının toplumdan yüksek olduğu bildirilmektedir (66). Çalışmaların bir kısmında TSSB görülme sıklığında önemli oranda bir artış olmadığı saptanmıştır (67-72). Kanser, aynı bireyde zaman içerisinde hem TSSB'ye yol açabilmekte, hem de ruhsal gelişmeyi ortaya çıkarabilmektedir. Çocuklarda, aileden birinin kaybı, ciddi fiziksel yaralanma, kazalar, doğal afetler gibi diğer stres deneyimlerinde, kanserli çocuklardan daha fazla TSSB geliştiği gösterilmiştir (73). Çeşitli travmatik olaylar yaşayan insanların yaklaşık üçte ikisinin, olaydan sonra olumlu yönde değişim gösterdikleri gözlenmiştir (74). Travma sonrası stres bozukluğu kanserli çocukların ebeveynlerinde gözlenebilen bir durumdur. Bundan daha sık karşılaşılan ise travma sonrası stres belirtileridir. Travma sonrası stres belirtileri, çocuğa hastalık tanısı konmasından sonra geçen süre, hastalık şiddeti ve hastalığın nüksetmesi ile bağlantılı bulunmuştur. TSSB gelişiminde ise en önemli yordayıcı, hastalığın nüks etmesidir (75-79).

1E.Organik beyin sendromu:

Kanserli hastalarda organik beyin sendromu sık görülen bir psikiyatrik bozukluktur. Hastanede yatan kanserli olgulardan istenen psikiyatri konsultasyonlarında, organik beyin sendromu prevalansı %25 saptanmışken, terminal dönem olgularda bu oran %85'e varabilmektedir (80). Organik beyin sendromu, bilinç ve dikkatte bozulma ile birlikte, bilişte ve algıda değişikliklerin görüldüğü bir tablodur. Genellikle ani bir başlangıcı vardır. Bilinç bulanıklığı, dikkatin kolayca dağılması, perseverasyon, yönelim bozukluğu, psikomotor ajitasyon, varsanılar, yanılsamalar ve diğer algısal bozukluklar, sanrılar (genellikle paranoid ve perseküsyon sanrıları), uyku-uyanıklık döngüsünde bozulma şeklinde klinik belirtiler ortaya çıkar. Nörolojik işlevlerin değişmesi ile ilgili belirtiler (örneğin otonomik hiperaktivite veya instabilite, myoklonik jerkler ve dizartri) görülebilir. Klinik belirtiler gün içinde

dalgalanmalar gösterebilir, gece kötüleşebilir. Elektroensefalogramda, genellikle temel düzey aktivitede yaygın yavaşlama gösterir. Küçük çocuk ya da ileri yaşta olmak, beyin hasarının varlığı, malnütrisyon, erkek cinsiyet organik beyin sendromu gelişiminde etkili risk faktörleridir. Kanserli çocuklarda deliryum gelişimine yol açabilen durumlar şunlardır; SSS tümörlerinin direkt etkisi, metabolik bozukluklar, ilaç çekilmesi, enfeksiyon, yetersiz ağrı kontrolü, ateş, radyasyon etkisi, kemoterapi ve diğer ilaçların (özellikle narkotikler, antikolinergik yan etkili ilaçlar) etkileri. Deliryum varlığı kötü prognoza işaret etmektedir. Bir deliryum epizodu olan hastaların 3 aylık mortalite oranları %23-33 arasında tahmin edilmektedir. Bir yıllık mortalite oranları %50'ye varabilmektedir (81). Tedavisinde organik beyin sendromuna neden olan etkenin ortadan kaldırılması ilk adımdır. Hastanın ajitasyonu, algısal bozuklukları varsa mutlaka belirtilere yönelik tedavi uygulanmalıdır (82-84).

1F.Uyku ve yeme bozuklukları:

Kanserli çocuklarda hastanede yatarak tedavi gördükleri ve kemoterapi sonrasındaki dönemde uyku ile ilgili problemlere sıkça rastlanmaktadır. Çocuklar medikal tedavi ve vital bulguların takibi için, sağlık personeli tarafından gece uykusundan sıkça uyandırılmaktadır. Ağrılı girişimler yaşamış çocuklar, bu tarz girişimlerin tekrarlayacağı korkusuyla uyumak istemeyebilir ya da uykuya dalmakta zorluklar yaşayabilirler. Nedensiz yere uykunun sık bölünmesi, sabah erken uyanma, gün içinde aşırı uykululuk hali gözlenebilir. Kabus görme, gece yatağını ıslatma diğer sorunlardır. Dinlendirmeyen uyku, gece uykusunun bölünmesi nedeniyle gün içi yorgunluk olabilmektedir (85-87).

Kemoterapötik ilaçların bulantı, kusma, hazımsızlık, kabızlık, karın ağrısı gibi olumsuz etkileri çocuğun yeme davranışını etkilemekte, yemeklerden tiksine, daha az yemek yemeye neden olmakta ve bu durumda ebeveynleri çocuğun yemesi konusunda baskılarını arttırmaktadır. Uyku ve yeme sorunları sadece kemoterapi etkisiyle olmayıp eşlik eden psikiyatrik rahatsızlıklarla da ilişkili olabilmektedir (88-90).

2.Kanserli çocuklarda uzun süreli izlemde ortaya çıkan psikososyal güçlükler

Tedavinin sona ermesi ve eve dönüşle birlikte kanserli çocuklarda farklı zorluklar gözlenebilmektedir. Kanser hastalığının yatarak sağaltımından sonra “ayaktan” izlem dönemi başlamakta, bu dönemin ardından da ilaçsız olarak takipler sürdürülmektedir. Akut sağaltımdan sonra gelen bu her iki döneme geçişte de hastaneden ayrılmakla ilgili zorlukların başladığı süreçler yaşanmaktadır. Tedavinin sonlanmasının ardından doktorlara, tedavi

ekibine, hastaneye bağımlılık, “bu korunaklı yeri” bırakmakta isteksizlik görülebilmektedir. Hastaneden uzaktayken aile içinde anksiyete artışı, her an kötü bir şey olacak beklentisinin duyumsanması, hastalığın tekrarlamasından korkma gözlenebilmektedir. Aile “normal yaşama” uyum, çocuklarının okul yaşantısına geri dönmesi ile ilgili güçlükler yaşayabilmekte, aşırı korumacı tutumlar sergileyebilmektedir. Bu nedenle, normal toplum yaşantısına uyum konusunda, aile ve çocuğa destek olmak, ailenin kaygı düzeyini azaltmak ve aile içi dinamiklerin yeniden düzenlenmesi için çalışmak gerekmektedir (18). Bu süreçte artık hastalık olmasa bile, hastalığın sekelleri ve çocuk ve aile üzerinde bıraktığı duygusal ve bilişsel örseleyici etkileri sürmektedir. Tedavi nedeniyle uzunca süre evden uzakta olan refakatçi ebeveyn ve çocuk eve döndüklerinde ailenin diğer fertleriyle uyum sorunları yaşayabilmektedir. Annenin sürekli refakatçi kalması nedeniyle, ev içinde annenin yokluğu ile bazı rol değişiklikleri ortaya çıkabilir. Baba ve diğer çocuklar kendilerine farklı bir düzen kurabilirler. Çoğunlukla diğer aile üyeleri ve yakın akrabalar oluşturulan bu yeni düzende rol sahibidirler. Dolayısıyla anne ve iyileşip eve dönen çocuk, eve geldiğinde çoğunlukla evini bıraktığı gibi bulamamaktadır. Bu durum da çocuk ve anne için önemli bir stres kaynağıdır. Evdeki diğer aile fertleri de bundan etkilenmektedir. Onlar da oluşturdukları bu yeni düzeni bozup hastalıktan önceki eski düzene dönmek zorundadırlar. Bazı vakalarda yer değişikliği, taşınma gibi ailenin daha önceki düzenini daha da fazla bozan durumlar yaşanabilmektedir.

Okula geri dönüş sürecinde çocukların yaşadığı zorluklar, okuldan uzun süre ayrı kalmaları nedeniyle derslerden geri kalma, ders çalışma konusunda isteksizlik, dikkat ve öğrenme problemleridir. Kanserde kullanılan tedavilerin etkileri, tedavinin sonlanmasından sonra da devam edebilmektedir. Halsizlik, yorgunluk, isteksizlik görülmesi, okula devam konusunda sıkıntı yaratabilmektedir. Ara ara hastane vizitleri süren çocuklar bunlar nedeniyle de okula devamsızlık yapabilmektedir. Akran ilişkilerinde yaşadığı güçlükler, okul ve sınıf değişikliği yapma, çocukların okul konusunda motivasyonunu etkileyebilmekte, arkadaşlarının meraklı bakışları ve hastalıkları hakkında soru sormaları ve acıma duygusuyla kendilerine yaklaşıldığını düşünmeleri akran ilişkilerini bozabilmektedir.

Akademik başarı ve zeka fonksiyonları arasında uyumsuzluklarla tanımlanan öğrenme güçlükleri, kanserin SSS tutulumunu önlemeye yönelik uygulanan koruyucu tedavilerin bir sonucu olarak ortaya çıkabilir. Öğrenme güçlüğü tedaviden hemen sonraki dönemle sınırlı olmayıp sonrasında da devam edebilir. Kırsal kesimden gelen çocuklarda bu sorun daha sık gözlenmekte olup, hem hastalık öncesi bu popülasyonda öğrenme güçlüklerinin daha yaygın görülmesi, hem de eğitim desteğinin daha kısıtlı olması burada etkili olabilmektedir. Kombine profilaktik tedavi (intratekal kemoterapi ve kranyal radyasyon uygulaması) motor beceri ve

visuospanyal yetenekler, verbal ve nonverbal hafıza, psikomotor hız, dikkat, duysal algılama, kelime akıcılığı, yönergeleri izlemede bozukluklar yapabilmektedir (91-95).

Yapılan çalışmada çocukluk çağında kanser görülen erişkinlerde sosyal ilişkiler ve arkadaşlık kurabilme becerileri zayıf bulunmuştur. Kanserli çocuklukların %14,3'ünde gözle görülür fiziksel değişiklikler olmaktadır. Bununla beraber kanserli çocukların tama yakını, kendilerini sağlıklı ve iyi hissettiklerini tanımlamışlardır. Ama sağlıklı akranlarına göre sıhhatlerini daha düşük olarak gördüklerini ifade etmişlerdir. Burada, fertilite ve ikincil kanser gelişimi gibi kanserin geç etkileri konusunda taşıdıkları endişeler etkili olmaktadır (96,97). Kanserli çocukların yarıdan fazlası gelecekte başarılı işler yapacağına inanmaktadır. Annelerin başatme gücü burada en güçlü prediktördür (98).

3.Kanserli çocuklarda yaşam kalitesi;

Yaşam kalitesi, bireyin içinde yaşadığı kültürel yapı ve değerler sistemi, amaçları, beklentileri, standartları ve endişeleri açısından yaşamdaki durumu ile ilgili algısı olarak tanımlanmakta, kısaca kişisel iyilik hali denilen bireyin yaşamdan sağladığı doyumun bir bütün şeklinde ifade edilmesi olarak özetlenmektedir (99,100). Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ise bir hastalığın ve tedavisinin yarattığı etkilerin hasta tarafından algılanışı olarak tanımlanmaktadır (100-102). Sağlıkla ilgili yaşam kalitesini ölçen bazı ölçekler, belirtileri ya da klinik durumu sorgularken, bazıları kişinin işlevsel becerisini, psikososyal iyilik halini, sosyal destek durumunu ve yaşamdan memnuniyetini değerlendirmektedir. Kanserli olgularda yaşam kalitesini değerlendirmeye yönelik ölçekler geliştirilmiş olmakla birlikte çalışmalarda çoğunlukla sağlıklı ya da diğer hasta gruplarıyla kıyaslama yapabilmek için genel sağlık ölçekleri kullanılmıştır. Bizde henüz kanserle ilgili yaşam kalitesi ölçeklerinin geçerlilik ve güvenilirliği yapılmamıştır.

Erişkin kanserli olgularda yaşam kalitesinde düşüklük gözlenmesinde etkili faktörler; kadın cinsiyet, işsizlik, düşük sosyoekonomik düzeydir (103). Yaşam kalitesi, hastalığın uzun süreli etkileri (iskelet deformitesi, skarlar, organ fonksiyon bozuklukları, infeksiyöz komplikasyonlar, hormonal bozukluklar gibi) ile ilişkilidir. Bunun dışında bilişsel ve akademik konudaki güçlükler çocukların yaşam kalitesini bozmaktadır (104-106).

Lösemi, nöroblastom ve SSS tümörlerinin, psikolojik sağlık durumu ortalama yaşam kalitesi skorları, sağlıklı kontrol gruplarıyla karşılaştırıldığında önemli ölçüde düşük bulunmuştur. Özellikle SSS tümörleri için radyoterapi uygulanan çocuklarda, sağlıklı kontrol grubuna göre yaşam kalitesinde çok büyük olumsuzluk saptanmıştır. Uygulanan

kemoterapinin tipi ile yaşam kalitesi skorlarında belirgin bir değişiklik bulunmamıştır. Yaşam kalitesi skoru kızlarda erkeklerden daha yüksek tespit edilmiştir (105-109). Kanserli çocuklarla sağlıklı kontroller kıyaslandığında, fiziksel sağlık sorunları klinik olarak daha çok ortaya çıkarken psikososyal farklılıklar az gözlenir. Yaşam kalitesi skorlarında, Willms tümörü ile ALL arasında belirgin bir farklılık saptanmaz iken, ileri düzeydeki nöroblastomlarda oldukça düşüktür. Yaşam kalitesinin fiziksel ve psikososyal alt testlerinde radyoterapi almanın diğer tedavi modaliteleriyle kombine edilmesi ya da yalnız başına uygulanması arasında fark oluşturmadığı bulunmuştur (110-115).

III. GEREÇ VE YÖNTEM

A.YÖNTEM:

Çalışmaya, Onkoloji Enstitüsü Pediatrik Hematoloji-Onkoloji bilim dalı ile Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hematoloji-Onkoloji bilim dallarında, Şubat-Haziran 2009 tarihleri arasında yatarak ve ayaktan tedavi gören, kanser tanısıyla izlenen, 6-18 yaşlar arasındaki çocuk ve ergenler alınmıştır. Olgulardan 23'ü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hematoloji Onkoloji bilim dalında, 24'ü ise Onkoloji Enstitüsü Pediatrik Hematoloji Onkoloji bilim dalında takip ve tedavi edilmekteydi. İletişim kurmayı güçleştiren mental retardasyonu ya da ciddi iletişim bozukluğu olan olgularla, eşlik eden kronik bir hastalığı bulunanlar çalışmaya dahil edilmemiştir.

Hastanede yatarak tedavi gören ve ayaktan poliklinik takibi süren olgulara, çalışmanın amacı ve içeriği anlatılmış, gönüllü olan ve çalışmaya dahil edilme kriterlerini karşılayanlarla ortalama 1-2 saat süren görüşmeler yapılmıştır. Hematoloji ve onkoloji hekimlerinin görüşleri alınarak hazırlanmış veri formu, aile, çocuk ve tıbbi takibini yürüten sağlık personelinin alınan bilgilerle doldurulmuş, daha sonra çocuklarda gözlenebilen psikiyatrik hastalıkları sorgulayan “Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi – Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli (ÇDŞG – ŞY)” kullanılmıştır. ÇDŞG – ŞY, hem ebeveynlere hem de çocuğa uygulanmıştır. Yatarak tedavi gören olguların bir kısmında, özellikle kemoterapi yan etkilerine bağlı gözlenen yoğun sıkıntılar nedeniyle görüşme iki farklı zamanda tamamlanmıştır. Ayrıca psikiyatrist gözetiminde, çocukların yaşam kalitelerini değerlendirmeye yönelik, çocuklar ve ebeveynlerinin “Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇİYKÖ)”ni doldurmaları sağlanmıştır.

B.KULLANILAN GEREÇLER:

1.Demografik bilgi formu

Onkoloji hekimlerinin de görüşleri alınarak hazırlanan veri formu, araştırmacı tarafından hastanın, ailenin ve tıbbi tedavisini sürdüren sağlık personelinin verdiği bilgilere dayanılarak doldurulmuştur. Veri formunda öncelikle olgunun sosyodemografik özellikleri tanımlanmıştır. Ad-soyad, yaş, cinsiyet, eğitim durumu, kardeş sayısı ve sırası, anne-babanın yaşları, eğitim durumları, meslekleri, iletişim bilgileri sorgulanmıştır. Daha sonra tıbbi hastalık tanısı, tanı aldığı yaş, semptomların başlaması ile tanı konması arasında geçen süre,

uygulanen tedaviler, hastanede yatarak tedavi gördüğü süre, tedaviye bağlı komplikasyon gözlenip gözlenmediği, nüks olup olmadığı, çocuğun ve ailenin tıbbi tedaviye uyumu, uyku, iştah ve davranış değişiklikleri varlığı, önceden psikiyatri konsultasyonu ile değerlendirilme durumu, ailede ruhsal yardım alma ihtiyacı olup olmadığı değerlendirilmiştir. Son bölümde de çocuğun nöromotor gelişimi, özgeçmişinde hastalık öyküsü, soygeçmişinde kanser ya da ruhsal hastalık mevcudiyeti araştırılmıştır.

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

ÇDŞG – ŞY, Çocuk ve ergenlerin DSM – III – R ve DSM – IV tanı ölçütlerine göre geçmişteki ve şu andaki psikopatolojilerini saptamak amacıyla, Kaufman ve arkadaşları (1997) tarafından geliştirilmiş olan, yarı yapılandırılmış bir görüşme formudur (116). 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’ 200’ e yakın özgül belirti ve davranışı değerlendirir. Her bir belirtiyi değerlendirmek için, belli tarayıcı sorular ve değerlendirme ölçütleri verilmiştir. Tarama görüşmesi ile pozitif belirtiler varsa tanıyı doğrulamak amacıyla aşağıdaki 5 tanı alanında ek puanlama yapılmaktadır: 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. ÇDŞG-SY, belirti şiddetini “yok”, “eşik altı” ve “eşik” şeklinde derecelendirir. ÇDŞG-SY, tanı konulan bireylerde belirtilerin varlığına dair bilgi verir, belirtilerin şiddetini değerlendirmez. ÇDŞG-SY, anne-baba 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. ÇDŞG-SY, 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, Aşırı Anksiyete/Yaygın Anksiyete Bozukluğu, Obsesif Kompulsif Bozukluk, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, Davranım Bozukluğu, Karşı Gelme Karşı 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 tanımlarını içerir . KSADS-PL, Gökler ve arkadaşları tarafından, 2004 yılında, ÇDSG-SY-T olarak Türkçe'ye uyarlanmıştır (117).

3.Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇİYKÖ)

İki - onsekiz yaşları arasındaki çocuk ve ergenlerin sağlıkla ilgili yaşam kalitelerini ölçebilmek için Varni ve arkadaşları tarafından, yaklaşık 15 yıllık çalışma sonucu 1999 yılında geliştirilmiş bir yaşam kalitesi ölçeğidir (118). Çocuklar için Yaşam Kalitesi Ölçeği, 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 7 formdan oluşmaktadır. Ergen ve çocuk formları birbirine benzer olmasına rağmen, çocuk ve ergenlerin bilişsel gelişim düzeylerindeki farklılıktan dolayı, çocuk formlarında daha basit sözcükler kullanılmıştır. Genel yaşam kalitesi ölçeklerinden olan ÇİYKÖ, okul ve hastane gibi geniş popülasyonlarda, hem sağlıklı hem de hastalığı olan çocuk ve ergenlerde kullanımı uygun olan bir yaşam kalitesi ölçeğidir. Bu ölçek, çocuk ve ergenlerin son bir ayını sorgulamaktadır. Beş – yedi yaşları arasındaki çocuklar için 3 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. Ölçekte eksik doldurulan maddelerin olması halinde doldurulmuş maddelerin puanları toplanmakta ve işaretlenmiş madde sayısına bölünmektedir. Ölçeğin %50'sinden fazlası doldurulmamış ise ölçek değerlendirmeye alınmamaktadır. Sonuçta ÇİYKÖ toplam puanı ne kadar yüksek ise, sağlıkla ilgili yaşam kalitesi de o kadar iyi algılanmaktadır. 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 geçerlilik ve güvenilirliği 2008 yılında Memik ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (119).

C.İSTATİSTİKSEL ANALİZ:

İstatistiksel analizler SPSS 15.0 programı kullanılarak yapılmıştır. Elde edilen verilerin değerlendirmesinde, nominal değişkenler arasında ilişki olup olmadığını araştırmada ki-kare analizi, Ki-karenin istatistiki varsayımlarına uymayan durumlarda Kendall korelasyon analizi kullanılmıştır. Aralıklı ölçeklerde gruplararası farklılığı test etmek için t testi, ikiden fazla grup olduğu durumlarda da Anova kullanılmıştır.

D.ETİK:

Çalışmanın yürütülmesi için İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim dalından İstanbul Tıp Fakültesi Etik kurulunda onay alınmıştır. Çalışmanın yürütüldüğü Onkoloji Enstitüsü Hematoloji-Onkoloji bilim dalı ve Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hematoloji-Onkoloji bilim dalı çalışmanın yapılmasını uygun görmüşlerdir. Araştırmaya katılan olgu ve ebeveynleri çalışma hakkında bilgilendirilmiş ve yazılı onamları alınmıştır.

IV. BULGULAR

Çalışmamıza 47 kanserli çocuk ve ergen alınmış olup, olgulardan 24'ü Lösemi-Lenfoma tanısı ile izlenirken, 23 tanesi solid tümör tanısı almıştı. Lösemi-Lenfoma tanılı olguların %41,7'si (N:10) kız, %58,3'ü (N:14) ise erkekti. Solid tümörlü olguların %47,8'si (N:11) kız, %52,2'si (N:12) ise erkekti. En küçüğü 7, en büyüğü 18 yaşında olan çocuklar, ortalama 13,14 2,78 yaşındaydı. Medyan yaş 13 bulundu. Çocuklardan biri henüz okula başlamamış, biri lise çağında olmasına rağmen hiç okula gitmemiş, 35 çocuk ilköğretime, 9 çocuk ise liseye devam etmekteydi.

Tablo 1: Olguların demografik ve tanısal özellikleri

Karakteristikler		Sayı (yüzde)
Cinsiyet	Erkek	26 (%44,7)
	Kız	21 (%55,3)
Tanı aldığı yaş	Ortalama	11,7
	Minimum	5
	Maksimum	17
Şimdiki yaş	Ortalama	13,1
	Minimum	7
	Maksimum	18
Tanıları	ALL	12
	AML	5
	Hodgkin	3
	NHL	3
	Nöroblastom	2
	ES	10
	OS	3
	RMS	3
	Diğer	5

(**ALL**: Akut Lenfoblastik Lösemi, **AML**: Akut Myeloblastik Lösemi, **NHL**: Non Hodgkin Lenfoma, **ES**: Ewing Sarkom, **OS**: Osteosarkom, **RMS**: Rabdomyosarkom).

Çalışmaya dahil edilen çocukların anneleri 24-52 yaş aralığında olup ortalama 38,7 6,85, babalar ise 28-62 yaş aralığında ve ortalama 43,4 7,3 yaşındaydı. Annelerin % 91,5'i ev hanımı, babaların %14,9'u işsizdi.

Çalışmanın yapıldığı dönemde, Lösemi-Lenfoma tanılı olguların %62,5'sini yatarak tedavi gören, %37,5'ini ayaktan tedavi gören çocuklar oluşturmaktaydı. Solid kanserlerin %21,7'si ayaktan tedavi gören, % 78,3'ü ise yatarak tedavi gören olgulardı. Olguların tümü bir dönem yatarak tedavi görmüşlerdi. Kanser tanısı aldıkları yaş; minimum 5, maksimum 17, ortalama 11,7 yaştı. Semptomların başlaması ile tanı konması arasında geçen süre 1-700 gün arasında değişmekte olup, ortalama 71,6 gündü. Tanı konmasından sonra geçen hastalık süresi minimum 1 ay, maksimum 127 ay, ortalama 15,65 aydı.

Olguların %27,7'sinde ailede kanser hastalığı öyküsü varken, %31,9'unda ailede ruhsal hastalık öyküsü bulunmaktaydı. Olguların %17'sinde tedavi sırasında, %6,4'ünde tedavi bitiminden sonra nüks/relaps saptanmıştı. Çocukların %38,3'ünde tedavi sürecinde komplikasyonlar gözlenmişti. Kanserli çocuklardan %12,8'inin çalışmamız öncesinde kliniğimiz Konsultasyon Liyazon Psikiyatri Birimi tarafından değerlendirildiği tespit edildi.

Tüm kanserli olgularda, ÇDŞG-ŞY'e göre yaşam boyu ruhsal hastalık tanı alma sıklığı %80,9, şimdi tanı alma sıklığı %57,4, geçmişte tanı alma sıklığı %53,2 olarak saptandı. Cinsiyet dağılımına bakıldığında kızların %51,7 sinde ruhsal hastalık saptanırken, erkeklerin %57,7'si tanı aldı, ancak cinsiyetler arasında anlamlı bir farklılık saptanmadı. Çalışmaya katılan çocuklar 6-8, 9-12 ve 12 yaş üstü olarak yaş gruplarına ayrıldı, yaş grupları ile ruhsal hastalık gelişimi arasında bir ilişki bulunmadı.

Tablo 2: Şimdi ruhsal hastalık tanısı alma-yaş ilişkisi

	Yaş grupları			Total
	6-8 yaş	9-12 yaş	12 yaş üstü	
Şimdi ruhsal hastalık yok	0	7	13	20
var	3	8	16	27
Total	3	15	29	47

(İstatistik değerlendirme; Kendall tau, p: 0,49)

Kardeş sayısının çocukta ruhsal hastalık gelişimine etkisi incelendi, 1-2 kardeş olan 19 çocuktan 12'sinde, 3-5 kardeş olan 17 çocuktan 8'inde, 6 ve üzerinde kardeş olan 11 çocuktan 7'sinde şimdi ruhsal hastalık tespit edildi. Ancak istatistiksel açıdan, kardeş sayısı ile ruhsal hastalık gelişimi arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı.

Değerlendirmenin yapıldığı zamanda ayaktan takip ve tedavisi süren hastalarda şimdi hastalanım oranı %42,9, yatarak tedavi görenlerde %63,6 bulundu, ancak yatarak ve ayaktan tedavi durumu ile şimdi ruhsal hastalık tanısı alma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu. Ayaktan tedavi görenlerde anksiyete bozukluğu sıklığı %35,7, yatarak tedavi görenlerde %45,5; duygudurum bozukluğu sıklığı ayaktan takipte %14,3, yatanlarda %27,3'tü. Yıkıcı davranım bozuklukları ise ayaktan takipte %28,6 ve yatanlarda %39,4 sıklıkta görülmekteydi.

Yalnız kemoterapi alanlarda, şimdiki psikiyatrik hastalık sıklığı % 62,5 iken, kemoterapi+radyoterapi, kemoterapi+cerrahi ya da kemoterapi+cerrahi+radyoterapi gibi kombine tedavi alanların %50'sinde psikiyatrik hastalık saptandı. Yalnızca kemoterapi alan çocukların neredeyse tamamı Lösemi-Lenfoma tanısı ile izlenen hastalardı ve uzun süre yatarak tedavi görmekteydiler.

Tablo 3: Şimdiki tanı sayıları

	N	Yüzde
Tanı sayısı 0	20	42,6
1	6	12,8
2	10	21,3
3	8	17,0
4	3	6,4
Total	47	100,0

Olguların %23,4'ü, 3 ya da daha çok psikiyatrik tanı almaktaydı. Geçmişte herhangi bir ruhsal hastalığa sahip olma ile şimdi çoklu tanı almak arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı.

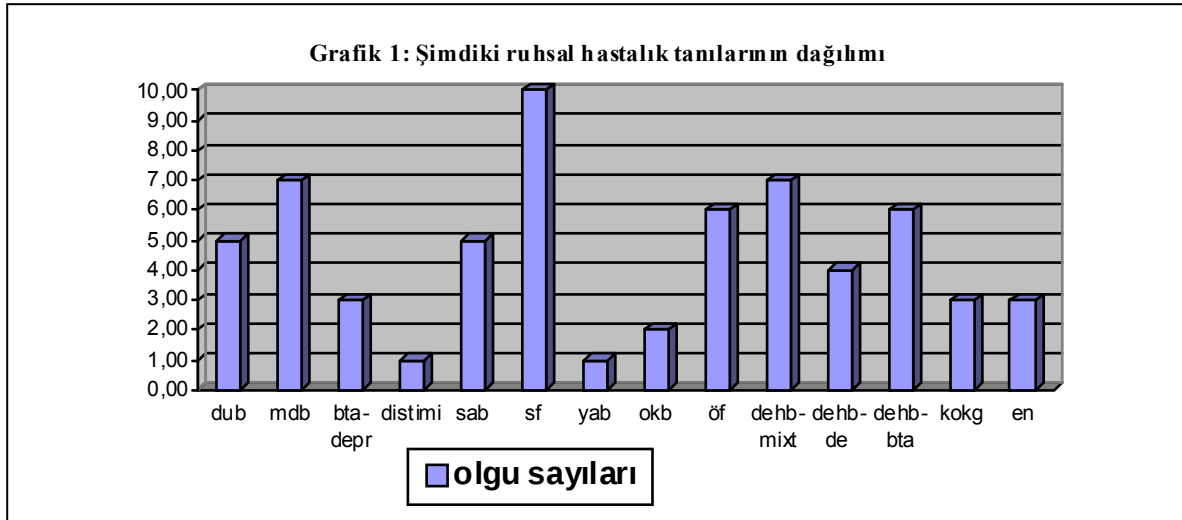
Tablo 4: Yaşam boyu tanı sayıları

	N	yüzde
Tanı sayısı 0	9	19,1
1	13	27,7
2	6	12,8
3	12	25,5
4	5	10,6
5	2	4,3
Total	47	100,0

Tablo 5: Olguların yaş ve cinsiyete göre tanı listesi

Hasta	yaş	cinsiyet	Kanser tanısı	Tanı yaşı	Şimdi psikiyatrik hastalık tanıları	Geçmişte psikiyatrik tanıları
1	16	Kız	İmmatür teratom	15	Yok	DUB, SAB
2	9	Kız	ES	8	Yok	Yok
3	11	Erkek	IMF tm	11	Yok	SF
4	14	Erkek	ES	14	DEHB-BTA	Yok
5	15	Erkek	Germ hücreli tm	15	MDB, SF	Yok
6	14	Kız	RMS	14	Yok	Yok
7	13	Erkek	OS	12	SF, DEHB-BTA	EN
8	10	Kız	Nöroblastom	8	Yok	DUB
9	13	Erkek	ALL	13	OKB	Tik
10	12	Erkek	ES	12	MDB	Yok
11	16	Kız	NHL	16	Yok	Yok
12	15	Erkek	AML	12	Yok	Yok
13	18	Erkek	OS	17	SF, ÖF, DEHB-DE	Tik
14	11	Erkek	OS	11	ÖF, DEHB-BTA	DUB
15	10	Erkek	Hodgkin	10	Yok	DUB
16	7	Kız	Nöroblastom	5	SF, DEHB-BTA	MDB, SAB
17	15	Kız	NHL	15	DUB, DEHB-BTA	EN
18	14	Erkek	ES	14	Distimi, SAB, SF, DEHB-mixt	EN
19	14	Kız	ES	14	DEHB-DE, DUB	Yok
20	11	Erkek	ALL	7	DUB, SAB	Yok
21	12	Erkek	NHL	12	ÖF	Yok
22	15	Kız	ES	14	DEHB-BTA, DUB, YAB	SAB
23	8	Erkek	FS	8	KOKG, EN, DEHB-mixt	Yok
24	17	Erkek	RMS	16	Yok	DUB
25	16	Erkek	ES	14	DEHB-mixt, BTA-Depr, KOKG	Madde bağımlılığı
26	12	Erkek	ALL	12	Yok	Yok
27	8	Erkek	ES	7	MDB	Yok
28	13	Erkek	ALL	10	SF	Yok
29	9	Kız	ES	8	BTA-Depr, SAB, ÖF	Yok
30	17	Kız	RMS	17	Yok	DUB
31	16	Erkek	ALL	15	Yok	MDB
32	14	Kız	ALL	12	SF, DEHB-DE	DUB
33	15	Erkek	AML	13	Yok	DUB
34	15	Kız	ES	14	BTA-Depr	EN
35	13	Erkek	ALL	10	Yok	Yok
36	15	Erkek	ALL	12	DEHB-mixt, KOKG, EN, OKB	DUB
37	9	Kız	Willms	6	Yok	DUB
38	13	Kız	AML	11	MDB, SAB, SF	Yok
39	10	Kız	ALL	10	DEHB-mixt, SAB, DUB	Yok
40	18	Erkek	ALL	8	Yok	DUB
41	14	Kız	AML	11	Yok	DUB, EN, SF
42	17	Kız	Hodgkin	16	SF, ÖF, EN, MDB	Yok
43	16	Erkek	ALL	12	SF, DEHB-mixt	DUB
44	13	Erkek	AML	11	Yok	Yok
45	12	Kız	ALL	11	MDB, DEHB-DE, SF	Yok
46	12	Erkek	AML	11	Yok	Yok
47	11	Erkek	Hodgkin	10	MDB, ÖF, DEHB-mixt	EN

ES; Ewing Sarkom, **İMF tm;** İnflamatuar Miyofibroblastik Tümör, **RMS;** Rabdomyosarkom, **OS;** Osteosarkom, **NHL;** Non-Hodgkin Lenfoma, **ALL;** Akut Lenfoblastik Lösemi, **FS;** Fibrosarkom, **AML;** Akut Myeloblastik Lösemi **DUB;** Depresif Uyum Bozukluğu, **MDB;** Major Depresif Bozukluk, **BTA-Depr;** BTA Depresyon, **SAB;** Seperasyon Anksiyetesi Bozukluğu, **SF;** Sosyal Fobi, **YAB;** Yaygın Anksiyete Bozukluğu, **OKB;** Obsesif Kompulsif Bozukluk, **ÖF;** Özgül Fobi, **DEHB-mixt;** Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu-Mixt tip, **DEHB-DE;** Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite-Dikkat eksikliği baskın tip, **DEHB-BTA;** BTA- Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu, **EN;** Enürezis Nokturna, **KOKG;** Karşı Olma Karşı Gelme Bozukluğu.



dub: Depresif Uyum Bozukluğu, **mdb:** Major Depresif Bozukluk, **bta-depr:** BTA Depresyon, **sab:** Seperasyon Anksiyetesi Bozukluğu, **sf:** Sosyal Fobi, **yab:** Yaygın Anksiyete Bozukluğu, **okb:** Obsesif Kompulsif Bozukluk, **öf:** Özgül Fobi, **dehb-mixt:** Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu- Mixt tip, **dehb-de:** Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite-Dikkat eksikliği baskın tip, **dehb-bta:** BTA- Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu, **kokg:** Karşı Olma Karşı Gelme Bozukluğu, **en:** Enürezis Nokturna.

Yaşam boyu psikiyatrik tanı alma durumuna bakıldığında; 9 olgu hiç tanı almazken, 13 olgu tek bir tanı, 6 olgu 2 tanı, 12 olgu 3 tanı, 5 olgu 4 tanı ve 2 olgu 5 tanı almaktaydı. Olguların % 40, 4'ü, 3 ya da daha çok tanıya sahipti.

Olguların şimdi aldıkları ruhsal hastalıkların tanı dağılımına bakıldığında, 7 olguda MDB gözlenirken, 5'i depresif uyum güçlüğü, 3'ü BTA depresif bozukluk, 1'i de distimi tanısı almaktaydı. Anksiyete bozukluklarının dağılımı ise şöyleydi; 5 olguda SAB, 10'unda SF, 1'inde YAB, 2'sinde obsesif kompulsif bozukluk, 6'sında ÖF saptandı. Yıkıcı davranım bozukluklarından dikkat eksikliği hiperaktivite mixt tip 7 çocukta, dikkat eksikliği baskın tip 4'ünde, başka türlü adlandırılmayan dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ise 6 olguda gözlenirken, 3 olguda KOKG vardı. 3 vakada EN bulunmaktaydı. Olguların %23,4'ü şimdi duygudurum bozukluğu tanısı alırken, %10,6'sı depresif uyum güçlüğü, %42,6'sında anksiyete bozukluğu, %36,2'sinde yıkıcı davranım bozukluğu bulunmaktaydı.

Ruhsal hastalık tanı dağılımı açısından, ayaktan veya yatarak tedavi görüp görmemesine göre bir farklılık bulunmadı. Yaş gruplarına göre duygudurum, anksiyete ve yıkıcı davranım bozuklukları görülmesi arasında farklılık bulunmadı.

Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü bulunan olguların %73,3'ü (15 olgunun 11'i) şimdi ruhsal hastalığa sahipken, aile öyküsü olmayanların %50'sinde (32 olgunun 16'sında) ruhsal hastalık gözlenmekteydi. Ama istatistiksel olarak iki grup arasında anlamlı bir fark yoktu.

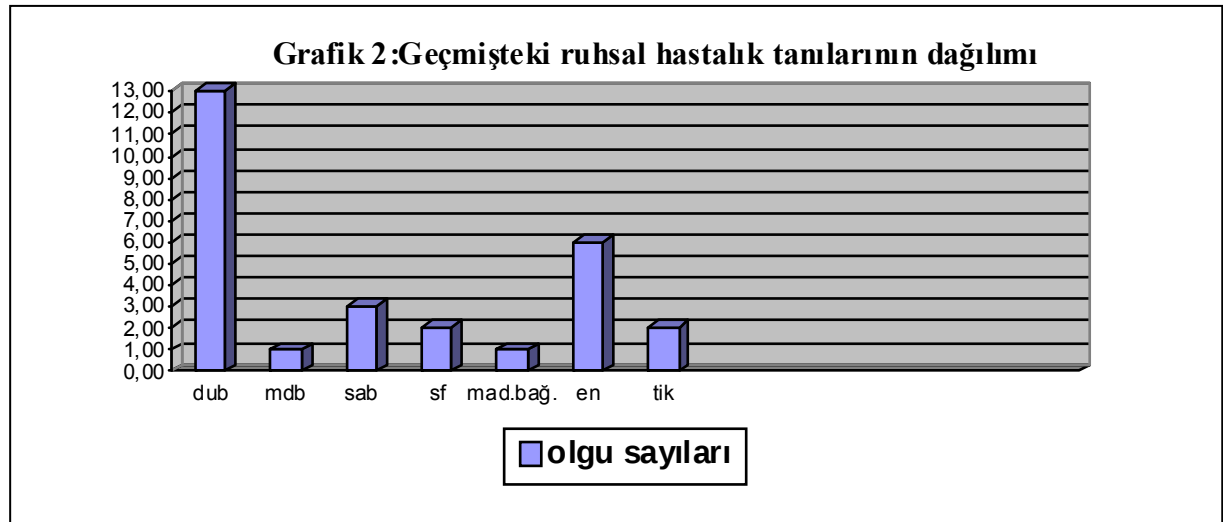
Yıkıcı davranım bozukluğu tanısı alma ile çoklu tanı (3 ya da daha fazla tanı alma) gözlenmesi arasında ilişki bulundu. Çoklu tanı alanlarda yıkıcı davranım bozukluğu bulunma ihtimali yüksekti ($p: 0,007$).

Tablo 6: Yıkıcı davranım bozukluğu- çoklu tanı ilişkisi

		Çoklu tanı		Toplam
		yok	Var	
Yıkıcı davranım bozukluğu	yok	27	3	30
	var	9	8	17
Toplam		36	11	47

(istatistiksel değerlendirme; Kendall tau, $p: 0,007$)

Geçmişteki ruhsal hastalıkların dağılımı ise şöyleydi; 13 olguda depresif uyum güçlüğü saptanmış olup, bunlardan biri yatılı okula başlama ile ilişkili iken, diğer 12'si kanser tanısını takip eden aylarda hastalığa bağlı ortaya çıkmıştı. Nöroblastom tanısıyla izlenen bir olgu ise, kanser tanısı aldıktan sonraki dönemde, geçmişte MDB tanısı almıştır. Üç çocukta SAB, 2'sinde SF, 6 çocukta EN, 1'inde madde bağımlılığı (tiner), 2 olguda tik bozukluğu saptandı.



dub: Depresif Uyum Bozukluğu, **mdb:** Major Depresif Bozukluk, **sab:** Seperasyon Anksiyetesi Bozukluğu, **sf:** Sosyal Fobi, **mad. bağ.:** Madde Bağımlılığı, **en:** Enürezis Nokturna.

Lösemi-Lenfoma grubu ve solid tümörler arasında, şimdi ve geçmişte ruhsal hastalık olup olmaması açısından anlamlı bir farklılık bulunmadı.

Çocukların tanı aldığı yaşların ruhsal hastalık gelişimi üzerindeki etkisi araştırıldı, 5-7 yaşta 4 çocuktan 3'ünde, 8-12 yaşta 25 çocuktan 13'ünde, 12 yaş üstünde 18 çocuktan 11'inde şimdi ruhsal hastalık tespit edildi. Ancak yaş grupları arasında ruhsal hastalık gelişimi açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (p: 0,63).

Hastalık semptomlarının başlaması ile kanser tanısı konması arasında geçen süre ve ruhsal hastalık görülüp görülmemesi karşılaştırıldı ve sürenin artması ile ruhsal hastalık gelişme sıklığının arttığı tespit edildi ve bu istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p: 0,003).

Tablo 7: Semptomların başlaması ile kanser tanısı konmasına kadar geçen sürenin ruhsal hastalık gelişimine etkisi

	Semptomların başlamasından tanı konmasına kadar geçen süre			
	1-7 gün	7-30 gün	31-180 gün	180 gün ve üzeri
Ruhsal hastalık yok (yüzde)	5 (%71,4)	10 (%58,8)	5 (%25)	0(0)
Ruhsal hastalık var (yüzde)	2 (%28,6)	7 (%41,2)	15 (%75)	3 (%100)

(İstatistiksel değerlendirme; Anova, p: 0,003)

Sık hastalık geçirme öyküsü olan 19 çocuktan 12'si şimdi ruhsal hastalık tanısı aldı, bu istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı.

Nüks/relaps varlığının, çocukta şimdi ruhsal hastalık gelişimi üzerine etkisi incelendi, istatistiksel olarak, negatif yönde anlamlı düzeyde, ruhsal hastalık tanı alınmasını etkilediği saptandı (p: 0,01). Nüks/relaps varlığı, çocuğun tedavi uyumu ile ilişkili bulunmadı.

Anne eğitim düzeyinin çocukların şimdi ve yaşam boyu tanı sayısı üzerinde etkisi karşılaştırıldı ve eğitim düzeyinin artması ile tanı sayısının azaldığı tespit edildi. Şimdi tanı sayısı üzerinde istatistiksel anlamlılık yokken (p: 0,058), yaşam boyu tanı sayısı üzerinde istatistiksel anlamlılık vardı (p: 0,008).

Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü olması, çocukta ruhsal hastalık gelişiminde etkili bulunmadı. Ailede kanserli akrabaların varlığının, ruhsal hastalık gelişimine etkisi incelendi, ancak anlamlı bir ilişki bulunmadı.

Tablo 8: Anne-babaların demografik özellikleri

Olgu	Tanısı	Anne yaşı	Baba yaşı	Anne mesleği	Baba mesleği	Anne eğitim düzeyi	Baba eğitim düzeyi	Ailede ruhsal destek ihtiyacı	Kardeş sayısı
1	İ.Teratom	31	42	Ev h.	İşsiz	İlkokul	İlkokul	Var	3
2	ES	36	38	Ev h.	Serbest	İlkokul	İlkokul	Var	4
3	İMF tm.	46	58	Ev h.	İşsiz	İlkokul	İlkokul	Var	4
4	ES	44	52	Ev h.	İşçi	İlkokul	İlkokul	Var	2
5	Germ H. Tm.	42	43	Ev h.	İşçi	O-Y değil	İlkokul	Yok	6
6	RMS	49	62	Ev h.	Serbest	O-Y değil	İlkokul	Var	9
7	OS	47	45	Ev h.	İşsiz	O-Y değil	İlkokul	Yok	6
8	Nöroblastom	37	47	Ev h.	Serbest	Lise	Lise	Var	3
9	ALL	30	36	Ev h.	Serbest	İlkokul	Üniversite	Var	2
10	ES	44	46	Ev h.	Emekli	İlkokul	Lise	Var	2
11	NHL	38	40	Ev h.	Serbest	İlkokul	O-Ydeğil	Var	4
12	AML	40	46	Ev h.	Serbest	İlkokul	İlkokul	Var	2
13	OS	47	49	Ev h.	Emekli	İlkokul	Lise	Var	6
14	OS	32	38	Ev h.	Serbest	İlkokul	İlkokul	Var	2
15	Hodgkin	32	34	Ev h.	İşçi	İlkokul	İlkokul	Yok	1
16	Nöroblastom	24	32	Ev h.	İşsiz	İlkokul	İlkokul	Yok	1
17	NHL	38	46	Serbest	Serbest	Lise	İlkokul	Var	2
18	ES	36	39	Ev h.	İşsiz	İlkokul	İlkokul	Var	4
19	ES	35	40	Serbest	İşçi	İlkokul	İlkokul	Var	4
20	ALL	37	41	Ev h.	Serbest	İlkokul	İlkokul	Var	2
21	NHL	42	48	Ev h.	Serbest	O-Ydeğil	Lise	Var	5
22	ES	45	46	Ev h.	Serbest	İlkokul	İlkokul	Var	1
23	FS	33	40	Ev h.	İşsiz	İlkokul	İlkokul	Yok	4
24	RMS	46	52	Ev h.	Serbest	İlkokul	İlkokul	Var	3
25	ES	52	58	Ev h.	İşçi	O-Ydeğil	İlkokul	Yok	6
26	ALL	35	38	Ev h.	İşçi	İlkokul	Lise	Var	2
27	ES	41	41	Ev h.	İşçi	Lise	Lise	Yok	2
28	ALL	46	48	Ev h.	Serbest	İlkokul	İlkokul	Yok	4
29	ES	30	40	Ev h.	Serbest	İlkokul	İlkokul	Yok	3
30	RMS	48	53	Ev h.	Emekli	İlkokul	İlkokul	Yok	5
31	ALL	39	51	Ev h.	İşsiz	İlkokul	İlkokul	Yok	3
32	ALL	47	55	Ev h.	Memur	İlkokul	Üniversite	Yok	5
33	AML	34	38	Ev h.	Serbest	İlkokul	İlkokul	Yok	2
34	ES	42	45	Memur	Memur	Üniversite	Üniversite	Var	3
35	ALL	45	43	Ev h.	Serbest	İlkokul	O-Ydeğil	Var	7
36	ALL	34	36	Ev h.	Serbest	İlkokul	İlkokul	Var	2
37	Willms	28	28	Ev h.	İşçi	İlkokul	İlkokul	Var	2
38	AML	34	42	Ev h.	İşsiz	İlkokul	İlkokul	Var	5
39	ALL	27	32	Ev h.	Serbest	İlkokul	İlkokul	Var	2
40	ALL	50	53	Ev h.	İşçi	İlkokul	İlkokul	Var	4
41	AML	36	43	Ev h.	Serbest	İlkokul	İlkokul	Var	2
42	Hodgkin	44	44	Ev h.	İşçi	İlkokul	İlkokul	Var	3
43	ALL	41	42	Serbest	Memur	Üniversite	Üniversite	Yok	2
44	AML	31	32	Memur	Serbest	Üniversite	İlkokul	Var	1
45	ALL	40	43	Ev h.	Memur	İlkokul	Üniversite	Var	3
46	AML	29	36	Ev h.	Serbest	Lise	Lise	Yok	3
47	Hodgkin	35	39	Ev h.	Serbest	İlkokul	Lise	Yok	3

İ. Teratom; İmmatür teratom, **İMF tm;** İnflamatuvar Miyofibroblastik Tümör, **ES;** Ewing Sarkom, **RMS;** Rabdomyosarkom, **OS;** Osteosarkom, **NHL;** Non-Hodgkin Lenfoma, **ALL;** Akut Lenfoblastik Lösemi, **FS;** Fibrosarkom, **AML;** Akut Myeloblastik Lösemi, **Germ H. tm;** Germ Hücreli Tümör, **O-Y değil;** Okur Yazar değil, **Ev h.;** Ev hanımı

Çocuğun tedavisinde kullanılan kemoterapi ve kombine tedavi modaliteleriyle ruhsal hastalık gelişimi arasında bir ilişki bulunmadı. Kemoterapi alan grup daha ziyade Lösemi-Lenfoma grubu hastaları kapsamaktaydı.

Lösemi-Lenfoma ve solid kanserli çocuklarda hastanede yatış süreleri karşılaştırıldı, Lösemi-Lenfoma tanılı çocuklarda anlamlı olarak yatış süreleri uzun bulundu (p: 0,001).

Tablo 9: Hastanede yatış süreleri

	Hastanede yatış süresi				Toplam
	1-7 gün	8-30 gün	30-180 gün	180 gün üstü	
Lösemi-Lenfoma	3	5	3	13	24
Solid	3	8	11	1	23
Toplam	6	13	14	14	47

(istatistiksel değerlendirme; Kendall tau, p: 0,001)

Hastanede yatış süresinin ruhsal hastalık gelişimine etkisi incelendi, yatış süresinin uzun olması ile ruhsal hastalık varlığı arasında ilişki saptandı (p: 0,02).

Nüks/relaps bulunması ve tedavi komplikasyonları ile ruhsal hastalık sıklığı karşılaştırıldı. Nüks/relaps ve tedavi sırasında komplikasyon gözlenen çocuklarda, ruhsal hastalık sıklığının daha az olduğu saptandı (p: 0,01, p: 0,006).

Ruhsal hastalık tanısı alma ile uyku ve iştah problemlerinin mevcudiyeti karşılaştırıldı, her iki problemin varlığı ruhsal hastalıkla ilişkili bulundu. Ruhsal hastalık tanısı alan 27 çocuktan 12'sinde uyku problemi varken, psikiyatrik tanı almayan 20 çocuktan yalnızca 3'ünde uyku problemleri gözlenmiş ve bu istatistiksel açıdan da anlamlı bulunmuştur (p: 0,01).

Tablo 10: Uyku problemleri-ruhsal hastalık ilişkisi

		Uyku problemleri		Total
		yok	var	yok
Şimdi ruhsal hastalık	yok	17	3	20
	var	15	12	27
Total		32	15	47

(İstatistiksel değerlendirme: Kendall tau, p: 0,01)

İştah problemleri de sırasıyla psikiyatrik tanı alan 27 çocuktan 16'sında ve tanı almayan 20 çocuktan 5'inde gözlenmiş, istatistiksel olarak iştah problemleri ile ruhsal hastalık gözlenmesi arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır (p: 0,01).

Tablo 11: İştah problemleri-ruhsal hastalık ilişkisi

		İştah problemleri		Total
		yok	var	yok
Şimdi ruhsal hastalık	yok	15	5	20
	var	11	16	27
Total		26	21	47

(İstatistik değerlendirme; Kendall Tau, p: 0,01)

Lösemi-Lenfoma grubu ve solid kanserli çocuk ve ailelerinin tedavi uyumu benzerdi. Ruhsal hastalığı bulunan çocukların tedavi uyumunun daha kötü olduğu tespit edildi ve bu istatistiksel olarak da anlamlıydı (p: 0,004).

Tablo 12: Ruhsal hastalığın çocuğun tedavi uyumuna etkisi

		Çocuğun tedavi işbirliği				Total
		çok iyi	iyi	orta	iyi değil	
Ruhsal hastalık	yok	13	4	3	0	20
	var	9	6	7	5	27
Total		22	10	10	5	47

(İstatistik değerlendirme; Kendall tau, p: 0,004 bulundu)

Nüks/relaps ve tedavi sürecinde ortaya çıkan komplikasyonların, çocuğun tedavi uyumuna etkisi değerlendirildi, anlamlı bir farklılık bulunmadı. Ailenin tedavi uyumu üzerinde nüks/relaps ve tedavi sırasında gözlenen komplikasyonların etkisi değerlendirildi ve anlamlı bir farklılık saptanmadı. Annelerin eğitim düzeyi ile çocuğun tedavi işbirliği ilişkisi incelendi, anlamlı bir farklılık bulunmadı.

Yalnızca kemoterapi ve kombine tedavi alan çocukların tedavi uyumu karşılaştırıldı ve tedavi uyumları benzer bulundu. Yatarak ve ayaktan tedavi gören çocukların tedavi uyumu benzerdi.

Ailede ruhsal destek ihtiyacı sorgulanmış; anne, baba ve kardeşlerde ruhsal desteğe gereksinim, vakaların %70,2'sinde saptanmıştır. Dört aile psikiyatrik yardım almakta olduklarını ifade etmiştir. Ailede ruhsal destek ihtiyacının babaların işsiz olması ile ilişkisi incelendi, ancak anlamlı bir ilişki bulunmadı. Kardeş sayısının ailede ruhsal destek ihtiyacına etkisi bulunmadı. Ruhsal destek gereksinimi olan ailelerin tedavi uyumu, destek ihtiyacı olmayanlarla benzerdi.

Lösemi-Lenfoma ve solid kanserlerde, yaşam kalitesi toplam ölçek puanı, fiziksel sağlık ve psikososyal sağlık puanları benzerdi. Her iki kanser grubunda yaşam kalitesi alt ölçek puanlarında farklılık saptanmadı.

Tablo 13: Lösemi-Lenfoma ve solid kanserlerde yaşam kalitesi ölçek puanları

Tanı	N	Ortalama puan	Standart sapma	P değeri
ÖTPÇ	24	73,8183	15,84203	
lenforetikuler	23	69,3126	12,20189	0,28
solid				
FTSPÇ	24	69,6808	24,99792	0,36
lenforetikuler	23	63,1239	23,97942	
solid				
PSTPÇ	24	76,0346	13,84255	0,59
lenforetikuler	23	74,0926	10,65972	
solid				
ÖTPA	24	72,5046	15,48697	
lenforetikuler	23	66,7235	15,03830	0,20
solid				
FTSPA	24	66,6283	27,53808	
lenforetikuler	23	57,4687	24,21690	0,23
solid				
PSTPA	24	75,5475	13,06746	
lenforetikuler	23	71,3648	13,67875	0,28
solid				

Ölçek toplam puanı çocuk (**ÖTPÇ**), Fiziksel sağlık puanı çocuk (**FTSPÇ**), Psikososyal sağlık puanı çocuk (**PSTPÇ**), Ölçek toplam puanı aile (**ÖTPA**), Fiziksel sağlık puanı aile (**FTSPA**), Psikososyal sağlık puanı aile (**PSTPA**).
(istatistiksel değerlendirme; t testi)

Ruhsal hastalık tanısı alan çocuklarda, yaşam kalitesi toplam ölçek puanı, fiziksel ve psikososyal sağlık ölçek puanları, istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük bulundu.

Tablo 14: Ruhsal hastalık bulunması ile yaşam kalitesi ölçek puanlarının karşılaştırılması

Ruhsal hastalık		N	Ortalama puan	Standart sapma	P değeri
ÖTPÇ	yok	20	80,5915	11,15163	0,000
	var	27	64,9630	12,58376	
FTSPÇ	yok	20	80,8980	13,92917	0,000
	var	27	55,7863	25,26495	
PSTPÇ	yok	20	82,0745	9,17393	0,000
	var	27	69,9063	11,85016	
ÖTPA	yok	20	78,9080	10,35620	0,000
	var	27	62,8367	15,03709	
FTSPA	yok	20	77,7675	17,18292	0,000
	var	27	50,5744	25,73806	
PSTPA	yok	20	79,4075	10,97828	0,008
	var	27	69,1252	13,50876	

Ölçek toplam puanı çocuk (**ÖTPÇ**), Fiziksel sağlık puanı çocuk (**FTSPÇ**), Psikososyal sağlık puanı çocuk (**PSTPÇ**), Ölçek toplam puanı aile (**ÖTPA**), Fiziksel sağlık puanı aile (**FTSPA**), Psikososyal sağlık puanı aile (**PSTPA**).

(istatistiksel değerlendirme; t testi)

Aile ve çocuk yaşam kalitesi alt ölçek puanlarının, fiziksel sağlık alt ölçek puanı dışında korelasyon göstermediği bulundu.

V .TARTIŞMA

Kanser hastalığı olan çocuk ve gençlerde, hem akut dönemde, hem de uzun süreli izlemde, bilişsel ve duygusal alanda, çeşitli psikiyatrik belirtiler ortaya çıkabilmektedir. Kanserli hastaların, ruhsal hastalıklar açısından değerlendirilmeleri önemlidir. Tıbbi tedavi ekibi, sıklıkla hastaların yaşadığı psikolojik sorunların farkına varamamakta, kanser hastalarındaki psikiyatrik tabloları tanıyamamakta ve bu hastaları, psikiyatrik sorunları için yeterli ve uygun tedaviye yönlendirememektedirler. Doktorlar genellikle, hastalara yaşadıkları duygusal sıkıntılar ve uyum güçlükleriyle ilgili doğrudan soru sormaktan çekinirler. Hastaların hassas olduklarını, bu tür sorulara dayanamayacaklarını, bu tür konularda konuşmak istemeyeceklerini düşünürler. Hastalarla kanseri ve tedavideki zorlukları konuşmak, öfke, endişe, korku gibi çok güçlü duyguların açığa çıkmasına yol açabilir. Tedavi ekibi bu duygularla hastaya zarar vermeden baş etmekte zorlanabilir, hastalarla iletişim kurmakta isteksizleşir, onlardan uzaklaşır, bu durumda uzun süreli çalışmak tükenmişlik sendromuna götürebilir. Hastalardan kaynaklanan bazı faktörler de ruhsal hastalıkların tanınmasını güçleştirebilir. Hastalar, içinde bulundukları duyguların hastalığın kaçınılmaz ve doğal bir sonucu olduğunu düşünebilir ve konuşmak istemeyebilir ya da doktor ve hemşirelerin kendilerine ayıracak zamanları olmadığını, onları rahatsız edebileceklerini düşünür, antipatik olmaktan çekinebilirler. Bu da tedavi ekibiyle hastanın iletişimini ve psikiyatrik sorunlarının tanınmasını güçleştirir (120). Okyayuz ve Ünlüoğlu, erişkin kanser hastalarının anksiyete düzeylerini ve ağırlıklı olarak kullandıkları savunma mekanizmalarını araştırdıkları çalışmalarında, kanserli hastaların durumluluk ve sürekli kaygı düzeylerini, sağlıklı kontrollerden farklı bulmamışlardır (121). Ancak bu hastaların düşünce ve duygularını açıkça ifade etmekten kaçındıklarını, bastırma ve bilinçli kontrol yolunu yeğlediklerini belirlemişlerdir. Kanser hastalarının kullandığı bilinçli kontrol mekanizmasını, ikincil aleksitimi diye adlandırmışlardır. Hastaların bilinçli supresyon çabası içinde olmaları, doktor ve hemşirelerin hastalardaki ruhsal zorlanmayı ve psikiyatrik belirtileri farketmesini güçleştiriyor olabilir. Bizim çalışmamızda da olguların çoğu psikolog desteği almakla birlikte, ancak %12,8'i psikiyatrik konsultasyonla değerlendirilmişti. KLP ekibimizden konsultasyon istenen olgular, klinik psikolog tarafından belirlenmekteydi ve bunlar psikiyatrik sorunları yoğun olan olguları.

Kanserli çocuklarda psikiyatrik hastalıklar üzerine yayınlanmış literatür bilgileri kısıtlıdır. Çoğunlukla anksiyete, depresyon, travma sonrası stres bozukluğu gibi özgül tanıların varlığı, uzun süreli izlemde gözlenen bilişsel fonksiyon bozuklukları ve yaşam

kalitesi araştırılmıştır. Çalışma sonuçları çelişkili bulunmuştur. Bazı çalışmalarda, kanserli çocukların ruh sağlığı, kontrol grubuna göre daha kötü bulunmuştur. Depresyon, travma sonrası stress bozukluğu, somatizasyon bozukluğu gibi ruhsal hastalıklar daha sık gözlenirken, davranış ve uyum sorunları, benlik algısında düşüklük ve beden imajı ile ilgili sorunlar saptanan diğer güçlüklerdir (2-5, 28, 34, 38, 50). Çalışmaların bir kısmında ise, sağlıklı yaşlılarıyla, ruhsal gelişim ve uyum sorunları açısından önemli bir farklılık bulunmamıştır (122,123). Bazı çalışmalarda ise, sağlıklı akranlarına göre ruhsal durum ve sosyal uyum açısından daha iyi durumda oldukları gösterilmiştir (28, 120, 124, 125). Genel popülasyonda depresyon sıklığı, okul çağı çocuklarda %2, ergenlerde %15 bulunurken, kanserli çocuklarda depresyon ve anksiyete bozukluğu %7-32 sıklıkta bildirilmiştir (33-47).

Çalışmamızda; kanserli çocuklarda, ÇDŞG-ŞY'ye göre yaşam boyu ruhsal hastalık tanı alma sıklığı %80,9, şimdi tanı alma sıklığı %57,4, geçmişte tanı alma sıklığı %53,2 olarak saptadık. Bu sonuç, kanserli çocukların yaklaşık %50'sinde psikiyatrik belirtiler saptandığını bildiren literatür bilgisiyle uyumludur (3-5). Peck'in 1972 yılında, 50 kanser hastasıyla yaptığı çalışma, kanserli hastalarla yapılmış ilk çalışmalardan biridir. Bu çalışmada, olguların %98'inde ciddi düzey anksiyete belirtileri, %74'ünde depresyon bildirilmiştir (126). Yirmi çocuk ve 36 ebeveynle yapılan bir çalışmada çocukların %53'ünde tanıdan hemen sonra travma sonrası stres bozukluğu belirtileri, depresyon ve anksiyete belirtileri görülmüştür (127). Başka bir çalışmada 53 kanserli çocuğun %52'sinde uyum bozukluğu olduğu ve yaş büyüdükçe depresif belirtilerin arttığı belirtilmiştir (128). ALL tanılı 30 çocukta yapılan bir değerlendirmede çocukların üçte biri psikiyatrik tanı almıştır (129). Derogatis ve arkadaşlarının kanserli erişkin olgularda yaptıkları çalışmada, vakaların %47'sinin psikiyatrik bozukluk tanısı aldığı gösterilmiştir. Bunlardan %85'i anksiyete ve/veya depresif bozukluk, %8'i organik beyin sendromu, %7'si kişilik bozuklukları tanısı almışlardır (48). Glover ve arkadaşları, lösemili çocukların yetişkin hayatta takibine yönelik yaptıkları çalışmada, vakaların %24'ünde duygudurum bozukluğu bulunduğunu; ergenlik öncesi tanı alanlarda ve yüksek doz kranyal radyoterapi uygulananlarda duygudurum bozuklukları sıklığının daha fazla olduğunu bildirmişlerdir (130). Moffic ve Paykel, çok yüksek psikiyatrik morbidite bildiren çalışmaların aksine, erişkin kanserli hastaların başka bedensel hastalıkları olanlardan ne daha az, ne de daha çok depresyon yaşamadıklarını saptamışlardır (131).

Yapılan çalışmalar daha ziyade belli tanı gruplarını değerlendirmeyi hedeflemiş, tam bir ruhsal durum incelemesini içermemiştir. Biz çalışmamızda, çocuğun ruhsal durumunu, hemen tüm psikiyatrik tanıları kapsayacak şekilde, ayrıntılı değerlendirdik. Belli tanıları değerlendirme yerine kapsamlı inceleme, hem çocuğun tedavisinin uygun bir şekilde

düzenlenmesi, hem de risk faktörlerinin ortaya konması açısından daha faydalıdır. Çocukluk çağında gözlenen psikiyatrik hastalıklarda komorbidite, erişkin döneme göre fazla olduğundan, kapsamlı değerlendirme eş hastalanımını ortaya çıkarmakta etkindir. Eşlik eden psikiyatrik durumlar psikiyatrik hastalık prognozunda belirleyicidir. Çoklu tanı sıklığı arttıkça tedavi yanıtı azalmaktadır. Ve tedavi seçimi, ek psikiyatrik tanılara göre farklılık göstermektedir.

Çalışmamızda ÇDŞG-ŞY'e göre şimdi duyudurum bozuklukları 23,4, uyum güçlüğü %10,6, anksiyete bozuklukları %42,6, yıkıcı davranım bozuklukları %36,2 sıklıkta görülmekteydi. Olgularda anksiyete belirtilerinin ön planda olduğu, ancak yıkıcı davranım bozukluğunun da toplumda görülme sıklığına göre, oldukça fazla oranda görüldüğü saptandı. TSSB tanısı alan olgu olmadı. Ancak bir olgu tanı ölçütlerini karşılamamakla birlikte, hastanedeki girişimsel müdahalelerle ilgili travma sonrası stres belirtilerine sahipti. Yayınlarda travma sonrası stres bozukluğu prevalansı % 4-14,7 arasında değişmektedir (64-72). Bizim olgularımızın çoğuna tanı koyma aşamasından itibaren psikolojik destek sunuluyordu. Bu nedenle TSSB saptanmamış olabilir. Çalışmaya alınan olgular tedavinin farklı aşamasında olduklarından yaşadıkları travmatik deneyimler de farklı olabilir. Ve bu TSSB gelişimini etkileyebilir. Ayrıca, ÇDŞY-ŞY kullanılırken kanser tanısı konulduğu dönemdeki travmatik deneyimlere odaklanılmadı, olguların getirdiği yaşantılar TSSB tanısı koymada yeterli değildi.

Hakami, kanserli çocuklarda major depresif bozukluk prevalansını %17 bildirmiştir (132). Gökler ve arkadaşları, kanserli çocukların ruhsal durumlarını, sağlıklı çocuklarla benzer bulmuşlardır (133). Massie ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, kanserli erişkinlerde depresyon prevalansı %9-58 bulunmuştur (134). Razavi ve arkadaşları, hastanede yatan erişkin kanser hastalarında, uyum bozukluğu sıklığını %11-21 olarak bildirmişlerdir (80). Diğer bir çalışmada erişkin kanserli hastalarda psikiyatrik tanı alma sıklığı %59 bulunmuştur ve psikiyatrik hastalıkların dağılımı ise duygudurum bozukluğu %30,5, nevrotik ve somatoform bozukluklar %17,4 (%14'ü uyum bozukluğu), organik ve somatik bozukluklar %7,3 (%4 deliryum) şeklindedir (135). Tokgöz ve arkadaşları erişkin kanserli hastalarda depresyon sıklığını araştırdıkları çalışmada, depresyon prevalansını %22 bulmuşlardır (136). Pasquini ve arkadaşları organ kanserlerinde depresif bozukluk yaygınlığını %20-50 bildirmişlerdir (137). Grassi ve arkadaşları ise, çalışmaya aldıkları erişkin kanserli hastaların %24,9'unun depresyon tanı ölçütlerini, %15'inin de MDB kriterlerini karşıladığını saptamışlardır (138). Hematolojik yatan hastalarda MDD sıklığı %9 bildirilmiştir (139).

Çalışmamızda, Lösemi-Lenfoma ve solid kanserli olguların kanser tipleri ile aldıkları ruhsal tanılar arasında anlamlı bir ilişki bulmadık. Her iki grupta gözlenen ruhsal hastalık tipleri ve ruhsal hastalık bulunma olasılığı benzerdi. Lösemi-Lenfoma grubu, daha uzun süre hastanede yatarak tedavi görmekte, prognozu solid kanserlere göre daha iyi seyretmektedir. Ancak solid kanserler hastane yatış süresi kısa olmasına rağmen, oldukça fazla girişimsel müdahalelere, amputasyona ve ciddi fiziksel işlev kayıplarına yol açacak şekilde cerrahi operasyonlara maruz kalmaktadır. Gözle görülür fiziksel değişiklik ve uzuv kayıpları, solid kanserlerde ruhsal hastalığa yatkınlığı arttıran sebepler olabilir. Ve muhtemelen bunların etkisiyle her iki grup arasında ruhsal hastalık gelişimi açısından fark bulunmamıştır.

Olguları, ayaktan tedaviyi sürdüren ve yatarak tedavi süreci devam edenler olarak gruplandırdık. Yatarak ve ayaktan tedavi görme durumunda ruhsal hastalık gelişiminde belirgin farklılık tespit edilmedi. Ayaktan ve yatarak tedavi gören grupta ruhsal hastalık gözlenmesi açısından belirgin farklılık bulmasak da, kanser hastalığının ve tedavi sürecinin etkilerini anlamak açısından bu bulgu önemlidir. Ayaktan tedavi alan çocukların çoğu, ruhsal hastalıklar açısından daha az riskli görülmekte ve psikolojik açıdan yeterli desteği almamaktaydı. Ayaktan takip süreci de, hastanede yatarak tedavi görme kadar, çocuk üzerinde olumsuz pek çok sonuçlara neden olmaktadır. Ayaktan tedaviyi sürdüren olgularda okula devam edememe, enfeksiyon bulaşmasından korktukları için akran ilişkilerinden uzak tutulma, kemoterapi etkilerine bağlı fiziksel şikayetler (yorgunluk, halsizlik, bulantı vb) gibi stresörler ruhsal hastalık gelişiminde etkili olabilmektedir. Daha önceki çalışmalarda genellikle tedavisi süren ya da sonlanmış kanserli çocuklar değerlendirilmiş, ayaktan ve yatarak tedavi gören çocuklarda ruhsal hastalıklar irdelenmemiştir.

Çalışmamızda, semptomların başlaması ile tanı konması arasında geçen süre ile ruhsal hastalık gelişimini ilişkili bulduk. Tanı konana kadar geçen süre uzadıkça ruhsal hastalık görülme olasılığı artmaktaydı. Süre uzadıkça ruhsal hastalığa yatkınlığın artması; bu süreçte yaşanan belirsizlik, anlaşılamama, yanlış tanılar alma ya da yanlış müdahalelere maruz kalmanın, çocuk için örseleyici bir süreç olması, kaygı ve endişenin artmasıyla ilgilidir. Çocukları en çok endişelendiren konular; ciddi bir hastalığı olduğunu, iyileşemeyeceğini, ölebileceğini düşünmesidir. Bu düşünceler çocukta çaresizlik, umutsuzluk duygularına yol açabilmektedir. Bu sebeple kanser, çocuklar tarafından, geçirilen diğer basit enfeksiyonlar gibi algılanmamakta, yıkıcı ve ciddi bir süreç olarak değerlendirilmektedir. Çocukların yanında hastalıklarıyla ilgili hiç konuşulmaması, suskunluğun tercih edilmesi, çocuğa hastalığı ve yapılacak işlemlerle ilgili açıklama yapılmaması, çocukların hastalıkla ilgili korkularını

arttırmaktadır. Kanser tanısını bilmeyen hastalarda, daha fazla psikiyatrik hastalık görüldüğü bilinmektedir (129) .

Çalışmamızda çocukların almakta oldukları tedavi protokollerinin ruhsal hastalık üzerinde etkisini değerlendirdik ve yalnızca kemoterapi gören çocuklarla, kombine tedavi alanlarda ruhsal hastalık sıklığını benzer bulduk. Yalnızca kemoterapi alan olguların tama yakını Lösemi-Lenfoma tanısıyla izlemekte ve uzun süre yatarak tedavi görmekteydiler. Bu durum ruhsal hastalıkların bu grupta daha sık görülmesine yol açmış olabilir. Cassileth ve ark. yüksek dozda aktif kemoterapi ve palyatif tedavi alıyor olmanın psikiyatrik morbiditeyi arttırdığını saptamışlardır (140). Northouse aktif tedavi almakta olan ve kanseri yineleyen erişkin hastalarda, Baider ve Kaplan De-Nour, kombine kemoterapi ve radyoterapi alan hastalarda, uyum sorunlarını anlamlı derecede yüksek bulmuşlardır (141,142). Kemoterapi, çocuklar için oldukça örseleyici fiziksel ve ruhsal zorluklara yol açmaktadır. Bulantı, kusma, halsizlik, iştahsızlık, kan değerlerinde düşmeye ikincil enfeksiyonlara yol açma gibi pek çok fiziksel durum değişikliğine yol açabilen kemoterapi, çocuklara, kombine tedaviler kadar güçlük yaşatabilmektedir.

Olgularımızda, hastanede toplam yatış sürelerini karşılaştırdık; yatış süresini Lösemi-Lenfoma tanılı olgularda solid kanserlere göre daha uzun bulduk. Yatış süresi uzadıkça ruhsal hastalık gelişme riski artmaktaydı. Bu bulgu, literatürde depresyon tanısı alan kanser hastalarının, hastanede daha uzun süre yatarak tedavi gördükleri bilgisiyle örtüşmekteydi (28, 128, 143-148). Hastane yatış süresinin uzaması depresyona ikincil olabileceği gibi, uzun süreli yatarak tedavi görme de ruhsal hastalık gelişimine zemin hazırlıyor olabilir. Ancak her iki durumda da ruhsal hastalığı tanımak ve tedavi etmek, hem kanser prognozunu iyileştirmek, hem de morbiditeyi azaltmak, yaşam süresini uzatmak açısından önemlidir.

Olgularımızın %17'sinde tedavi sürecinde, %6,4'ünde tedavi sonlandıktan sonra nüks/relaps bulunduğunu ve şaşırtıcı bir şekilde nüks/relaps varlığı ile ruhsal hastalık arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki saptadık. Nüks/relaps olan çocuklarda ruhsal hastalıklar daha az bulundu. Benzer şekilde tedavi sırasında komplikasyon gözlenmesi ile çocuklarda ruhsal hastalık gelişimi arasında negatif yönlü bir ilişki tespit edildi. Nüks/relaps gözlenen olgularda hastalık süresi uzundu ve hastalıkla baş etme becerileri kazanmışlardı. Nüks/relaps durumunu çocuklar, tedavinin tekrarlaması ve yeniden iyi olacaklarını düşünme şeklinde algılıyorlardı. Sürecin kötüleşmesi algısı içinde değillerdi. Lösemi-Lenfoma grubu yakın psikolojik destek almaktaydı. Solid kanserli çocuklar ise yapılacak girişimlerle hastalıklarının iyileşeceği düşüncesi içindeydiler.

Ruhsal hastalık tanısı alma ile uyku ve iştah problemlerinin varlığını karşılaştırdık, her iki problemin varlığı ile ruhsal hastalık gelişimi arasında ilişki bulduk. İştah ve uyku problemleri, çoğu zaman kemoterapi ve girişimsel müdahalelerle ilişkilendirilmektedir. Depresyon, anksiyete, TSSB gibi pek çok ruhsal hastalıkta uyku ve iştah gibi vejetatif fonksiyonların etkilendiği bilinmektedir. Özellikle küçük yaş grubu çocuklarda, bu etkilenme daha belirgin olmaktadır. Kanserli hastalarda depresyon ve anksiyete bozukluklarını araştıran çalışmalarda, iştah ve uyku sorunlarının, halsizlik, yorgunluk gibi semptomların hem kanser hastalığı hem de tedavi etkisine bağlandığı, ancak çoğu zaman ruhsal hastalık semptomu olarak değerlendirilmediği ve ruhsal hastalıkların atlanabildiği belirtilmektedir (149). Uyku ve iştah problemleri olan çocukların, ruhsal hastalık gelişimi açısından daha dikkatli takip edilmesi faydalı olacaktır.

Geçmişte psikiyatrik hastalık tanısı almanın, şimdi ruhsal hastalık varlığı üzerine etkisini inceledik, anlamlı bir ilişki bulamadık. Oysa Hardman ve ark., daha önce psikiyatrik hastalık geçirmiş erişkin kanserli olgularda, psikiyatrik morbiditeyi yüksek bulmuşlardır (150). Geçmiş tanılar arasında DUB en sıkı. Bu 13 olgunun 12'si kanser teşhisi konulan dönemdeydi. Stersöre bağlı olarak gözlenen DUB'nin süreklilik göstermemesini ve diğer psikiyatrik bozukluklara yatkınlık oluşturmamasını bekleriz. Olgu sayımızdaki kısıtlılık da geçmiş ve bugünkü psikiyatrik hastalıklar arasındaki ilişkiyi belirlemekte yetersizlik oluşturabilir.

Aile öyküsünde psikiyatrik hastalık ya da kanser bulunmasının ruhsal hastalık gelişimi üzerine etkisini inceledik; ancak anlamlı bir ilişki saptamadık. Erişkin kanserli olgularda aile öyküsünün ruhsal hastalık gelişiminde etkili olduğu bilinmektedir (23). Çalışma grubumuzu oluşturan çocuk ve ergenlerin, ailelerinde kanser hastalığı tanısı bulunması konusundaki bilgileri yetersizdi. Aile öyküsünde psikiyatrik hastalık bulunan olguların çoğu çocuklarına kanser tanısı konması sonrasında yaşadıkları güçlüklerle ilişkiliydi.

Kanserli çocuklarda ruhsal hastalık varlığının, çocuk ve ailenin tıbbi tedavi uyumuna etkisini inceledik, ruhsal hastalık tanısı alan çocuklarda tedavi uyumunu daha kötü bulduk. Ruhsal hastalık varlığı, çocukların tedavi uyumunu bozmaktadır. Berard, erişkin onkolji hastalarında depresyonun, tedavi uyumunu bozduğunu belirtmiştir (143). Pirl ve Roth, tedavi edilmemiş ruhsal hastalığın, tedavi uyumu üzerinde olumsuz etkilerinden bahsetmişlerdir (151,152). Hayata ve olaylara olumsuz bakış açısı, karamsarlık, sinirlilik, ani parlama, ümitsizlik, yapılacak girişimlerden korkma, tedavilerin yan etkilerinden duyulan endişe gibi depresyon ve kaygı belirtileri, hastanın tıbbi tedavilere uyumunu güçleştiren faktörlerdir. Tedavi uyumunun kötü olması; hastane yatış süresinde uzama, tedavilerden beklenen faydayı

görememe, kanser hastalığının gidiş ve sonlanımını kötüleştirme gibi sonuçlara yol açabileceğinden, çocukta mevcut ruhsal hastalıkların tanınması önemlidir.

Nüks/relaps gözlenmesi ve tedavi sırasında gözlenen komplikasyonlarla, aile ve çocuğun tedavi uyumu arasında anlamlı bir ilişki bulamadık. Olguların yaklaşık %70'inde, anne-baba ve kardeşlerde ruhsal desteğe gereksinim olduğunu saptadık. Klinik psikologla görüşme dışında, ancak 4 aile psikiyatristten yardım almaktaydı. Cassileth ve ark., 201 kanser hastası ve ailelerinde yaptıkları çalışmada, hastaların anksiyete ve depresyon ölçeklerinde, yakınlarından daha yüksek puanlar aldığı, ancak iki grubun puanlarının anlamlı derecede ilişkili olduğu saptanmıştır (140). Plump ve Holland da, erişkin kanserlilerde saptadıkları depresyon düzeyini, hasta yakınlarınıninkiyle benzer bulmuşlardır (153). Ailede ruhsal destek ihtiyacı olması ile ailenin tedaviye uyumu arasında anlamlı bir ilişki tespit etmedik. Söz konusu bakmakta oldukları çocukları olunca, aileler kendi psikososyal güçlüklerini bir kenara bırakmakta, çocuklarının tedavisi için yapılabilecek her şeyi yapmak için azami gayret göstermektedirler. Toplumumuzda geleneksel aile yapısının, oldukça verici ve fadakar bir yapıya sahip olması da ebeveynlerin tedavi uyumunda etkili olmuş olabilir.

Son yıllarda, kanserli hastalarda yapılan çalışmalar, daha çok yaşam kalitesi üzerine odaklanmıştır. Yoğun ve etkin tedaviler, kanserli hastalarda beklenen yaşam süresini uzatmakta, kansere bağlı ölümleri azaltmaktadır. Ancak hayatta kalan bireylerin yaşam kalitesi, pek çok açıdan etkilenmektedir. Çocukluk döneminde lösemi, lenfoma ve nöroblastom tanıları alan olguların, yetişkin çağda izlemine ait yayınlarda psikososyal güçlüklerle değinilmiştir. Literatürde kanserli çocukların %60'ının hastalığın geç dönem etkilerine sahip olduğu, geç dönem etkilerinin üçte birinin de orta ve ciddi düzeyde seyrettiği bildirilmiştir (154-156). Fluchel ve ark., tedavisi en az 2 yıl önce sonlanmış, 7 yaşından büyük, kanserli çocukların yaşam kalitelerini inceledikleri çalışmalarında, özellikle emosyonel ve bilişsel skorlarda düşüklük olduğunu, beyin tümörlü olguların ALL'li çocuklara oranla daha çok etkilendiklerini göstermişlerdir (157). Landolt ve ark., kanserli çocuklarda yaşam kalitesini, tanıdan sonra 6. hafta ve 1.yıl sonunda değerlendirmişlerdir. Altıncı haftada fiziksel şikayetlerin yoğun, motor fonksiyonlar ve otonomi skorlarının düşük, pozitif emosyonel fonksiyonlarda bozulmanın olduğunu bulmuşlardır. Birinci yılın sonunda yaşam kalitesi ölçek puanlarının yükseldiği, ancak hala motor ve emosyonel fonksiyonlarda düşüklüğün sürdüğü belirtilmiştir. Altıncı haftada lösemili çocuklar daha çok etkilenmişken, 1. yılda beyin tümörlü olguların fiziksel şikayetleri daha fazla bulunmuştur. Kızlarda erkeklere göre yaşam kalitesi skorları daha düşük bulunmuştur (158). Eiser ve ark. ALL'li çocuklarda annelerin bildirimine dayalı yaşam kalitesi ölçek skorlarında 1. yılda düzelme

saptamışlardır (109). Magal –Vardi ve ark., kanserli çocuklarda hastalık şiddeti ile yaşam kalitesi ölçek skorlarını ilişkili bulmuşlardır (127). Düşük ve orta risk grubundaki çocuklara göre yüksek risk grubundaki çocukların yaşam kalitesi kötü saptanmıştır. Waters ve ark., idame fazında tedavisi süren ALL’li çocuklarla yaptıkları çalışmada çocuk, ebeveyn ve klinisyenin doldurdıkları yaşam kalitesi ölçekleri karşılaştırılmış, ebeveynlerin daha düşük fonksiyon ve iyilik hali bildiklerini saptamışlardır. ALL’li çocukların sağlıklı akranlarından daha düşük fiziksel ve emosyonel sağlık puanlarına sahip oldukları bulunmuştur (104). De Clercq ve ark. 67 vakalılık serilerinde semptomsuz 3 yıllık dönem sorasında kanserli çocukların yaşam kalitesi ölçek puanlarını sağlıklı kontrollerden daha yüksek bulmuşlardır (159). Shankar, kanserli çocuklarda tedavinin 1.yılında genel popülasyona göre daha düşük yaşam kalitesi ölçek sonuçları bulmuşken, tanıdan yaklaşık altı yıl geçmiş olgularda toplumdan yüksek skorlar saptamıştır (108). Pemberger ve ark. da, uzun dönem sonrasında değerlendirildiği çocukluk çağı kanserlerinde, sağlıklı gruba göre yaşam kalitesinde daha yüksek sonuçlar bildirmişlerdir (160). Blaauwbroek ve ark., 19-50 yaşlar arasındaki, 313 çocukluk çağı kanser vakasıyla yaptıkları çalışmalarında uzun dönem (tanıdan sonra 16 yıl sonra) ve çok uzun dönem (tanıdan 26 yıl sonra) yaşam kalitesi değerlendirmelerinde, çok uzun dönem grubunda uzun dönem grubuna göre çok daha ciddi geç dönem etkileri bildirmişlerdir. Uzun dönem grubu, vücut ağırları dışında sağlıklı popülasyona benzer sonuçlara sahip bulunmuştur. Çok uzun dönem grubun, sağlıklı kontrollerden fiziksel ve sosyal fonksiyon, vitalite ve genel sağlık puanları açısından anlamlı ölçüde düşük puanlara sahip oldukları saptanmıştır. Kız cinsiyet ve geç psikososyal etkilere sahip olma, yaşama kalitesinde düşüklükle ilişkili bulunmuştur (112).

Çalışmamızda, yaşam kalitesi alt ölçek puanlarını, Lösemi-Lenfoma ve solid kanser tanıli hastalarda benzer bulduk. Yaş gruplarına ve cinsiyete göre yaşam kalitesi alt ölçek puanlarında bir farklılık saptamadık. Yatarak tedavi gören olgularda, ailelerin bildirdiği fiziksel sağlık alt ölçek puanını, ayaktan tedavi gören gruba göre anlamlı ölçüde daha düşük bulduk. Yatarak tedavi gören çocuklar bu alt ölçekten ortalama 57 puan alırken ayaktan tedavi görenlerin ortalaması 74’tü (p: 0,03). Ailede ruhsal destek ihtiyacı olup olmaması ile ölçek puanları arasında bir ilişki tespit etmedik. Literatürde ebeveynlerde ruhsal hastalık olan çocukların yaşam kalitesi skorlarının daha düşük olduğu bildirilmiştir (161-163). Ruhsal destek ihtiyacı olsa bile ailelerin tedavi uyumunun iyi olması, destekleyici tavır ve tutumları burada etkili olmuş olabilir.

Çalışmamızda ruhsal hastalık tanısı alan çocukların, ebeveyn ve çocuğun bildirdiği tüm yaşam kalitesi alt ölçeklerinde, tanı almayanlara göre anlamlı derecede daha düşük

skorlara sahip olduklarını tespit ettik. Ruhsal hastalık varlığı, yaşam kalitesinde belirleyici bir faktördür ve neredeyse çocukların fiziksel hastalıkları kadar yaşam kalitelerini bozmaktadır. Bu yüzden ruhsal bozukluk belirtilerini tanımak ve tedavi etmek, yaşam kalitesini iyileştirmede oldukça önemlidir. Duygudurum, anksiyete ve yıkıcı davranım bozukluklarına sahip olmanın, yaşam kalitesine etkisini ayrı ayrı incelediğimizde; anksiyete bozukluğu olan olguların, çocuğun bildirdiği tüm yaşam kalitesi alt ölçek puanları ile ebeveynin bildirdiği ölçek toplam puanı ve fiziksel sağlık alt ölçek puanlarının, anksiyete bozukluğu tanısı almayanlardan daha düşük olduğunu bulduk. Duygudurum bozukluğu olan vakalarda, çocuğa ait ölçek toplam puanı ile, çocuk ve ebeveyne ait fiziksel alt ölçek puanlarını daha düşük saptadık. Bu sonuç çocuklarda duygudurum bozukluklarında somatik yakınmaların belirgin olmasıyla ilişkili olabilir. Yazında kanserli çocukların ruhsal sıkıntılarını yok sayma, iyi görünme çabası içinde oldukları bildirilmektedir (28, 68, 125). Psikososyal alt ölçek puanları bu duygu ve düşünceler nedeniyle duygudurum bozukluğu olmayan çocuklarla benzer bulunmuş olabilir. Yıkıcı davranım bozukluğu tanısı alan çocuklarda da, tüm alt ölçek puanlarını, istatistiksel açıdan anlamlı derecede düşük tespit ettik. Olgularda anksiyete ve yıkıcı davranım bozukluğu komorbiditesinin sıklığı göz önüne alındığında her iki ruhsal hastalık, çocukta daha belirgin yaşam kalitesinde bozulmaya yol açıyor olabilir. Yıkıcı davranım bozuklukları daha küçük yaşlarda belirti vermeye başladığından; öyküde aşırı hareketlilik, acelecilik, dikkat problemleri gibi semptomlar olan çocuklar, kanser tedavi ve takip sürecinde, duygudurum ve anksiyete bozukluğu gelişimi açısından daha dikkatli izlenmelidirler.

Uyku problemi gözlenen olgularımızda, çocuğa ait psikososyal alt ölçek puanlarını düşük bulduk ancak bu istatistiksel olarak anlamlı değildi. İştah problemlerinin varlığı, çocuğun ve ebeveynin fiziksel alt ölçek puanı ile ebeveynin toplam alt ölçek puanında, olmayanlara göre anlamlı derecede düşük skorlara neden olmuştur. Uyku problemlerinin psikososyal ölçek puanlarında düşüklükle ilişkili olması, eşlik eden psikiyatrik rahatsızlıkların etkisine bağlı olabilir. Psikiyatrik hastalıklara uygun müdahale ile uyku hijyeninin düzeltilmesi, yaşam kalitesini olumlu yönde etkileyecektir. İştah problemleri, daha ziyade kanser hastalığının çocuğun fiziksel sağlığı üzerindeki olumsuz etkilerine bağlı gözükmektedir, psikiyatrik hastalıkları öngörmek açısından uyku problemleri kadar yordayıcı olmayabilir.

ÇALIŞMANIN SINIRLILIKLARI:

Çalışma belli bir zaman diliminde yapılmıştır. Kanserli çocukların ruhsal durumlarını değerlendirmede, uzun süreli izlem daha faydalı olacaktır. Çalışmaya dahil edilen olgular belli bir kanser grubuyla sınırlı olmadığından ve tedavinin farklı aşamalarında olmalarından dolayı ruhsal hastalık dağılımı ve sıklığı etkilenmiş olabilir. Geçmiş ruhsal hastalıklar sorgulanırken, olguların bir kısmında, kanser tanısı alınan ilk dönemde, özellikle duygudurum ve anksiyete belirtileri saptanmıştır. Bu nedenle, bu dönemdeki çocukların değerlendirilmeleri ve aralıklarla izlenmeleri daha sağlıklı sonuçlar verecektir. ÇDŞG-ŞY, 6 yaş altındaki çocuklara uygulanamamaktadır. Bu yüzden 6 yaş altındaki küçük çocuklar çalışmaya alınmamıştır. ÇDŞG-ŞY, kansere bağlı TSSB'yi değerlendirmede yetersiz bulunmuştur. TSSB'ye yönelik ayrı bir tanı aracı ihtiyacı duyulmuştur. Ayrıca ÇDŞG-ŞY, Somatoform Bozukluklar ve kişilik bozuklukları ile ilgili bölümler içermemektedir. Bu yüzden bu tanı grupları değerlendirilememiştir. Kanserli çocuklarda somatoform ve kişilik bozuklukları sıklığının değerlendirilmemesi bir diğer sınırlılıktır. Hem yüksek riskli ve zor vakalar, hem de tanı karmaşası yaşanmış olgular sıklıkla hastanemizde tedavi görmektedir. Pek çok coğrafi bölgeden merkezimize hastalar kabul edilmektedir. Bu durum aile ve çocuk üzerinde pek çok zorlanmaya yol açmaktadır. Beyin tümörü olguları dahil edilmemiştir. Bu da çalışmamızın bir diğer sınırlılığıdır.

VI. SONUÇ VE ÖNERİLER

- Kanserli çocukların yaklaşık yarısında psikiyatrik hastalıklar görülebilmektedir.
- En sık gözlenen tanılar; anksiyete ve duygudurum bozuklukları ile yıkıcı davranım bozukluklarıdır.
- Kanser tanısı alınan ilk dönemde keyifsizlik, moral bozukluğu normal tepkiler olarak değerlendirilmemeli, anhedoni, depresif duygudurum sorgulanmalıdır.
- Uyku ve iştah problemlerinin varlığı, yalnızca kanser tedavisiyle ilişkilendirilmemeli, bu çocuklar ruhsal hastalıklar açısından dikkatli izlenmelidirler.
- Özellikle yıkıcı davranım bozukluğu semptomları gösteren çocuklar, duygudurum ve anksiyete bozukluğu gelişimi açısından risk altındadır.
- Semptomların başlaması ile tanı konması arasında geçen süre uzadıkça psikiyatrik hastalık gelişme riski artmaktadır.
- Yoğun tedavi gören, yüksek riskli hastalarda psikiyatrik hastalıklar daha sık ortaya çıkmaktadır.
- Sadece yatarak tedavi gören çocukların değil, ayaktan tedavisi süren ve tedavisi sonlanmış olguların da ruhsal hastalık gelişimi için risk altında olduğu unutulmamalıdır.
- Hastanede yatarak tedavi görme süresi uzadıkça, ruhsal hastalık görülme sıklığı artmaktadır. Aynı zamanda psikiyatrik hastalık varlığı, hastanede yatış süresini uzatmakta, tedavi yanıtını azaltmakta, hastalığın prognozunu kötüleştirmekte ve beklenen yaşam süresini kısaltmaktadır.
- Psikiyatrik hastalıkların varlığı, çocuğun tedavi uyumunu bozmaktadır. Kanserli çocuklarda ruhsal hastalıkların tespit ve tedavi edilmesi, çocukların tedavi uyumunu arttıracaktır.
- Ruhsal hastalık varlığı, yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Bu yüzden iyi bir psikiyatrik destek, yaşam kalitesini arttırmada anahtar role sahiptir.

VII. KAYNAKLAR

1. Surveillance Epidemiology and End Results, National Cancer Institute. SEER Cancer Statistics Review. (1975-2002).
2. Robinson LL. (2005): The Childhood Cancer Survivor Study: a resource for research of long-term outcomes among adultsurvivors of childhood cancer, *Minn Med*, 88 (4) 45-49
3. Aass N., Fossa SD. (1997): Prevalance of anxiety and depression in cancer patients seen at Norwegian radium hospital, *Eur J Cancer*, (3) 1597-1604.
4. Akechi T., Nakano T. (2001): Psychiatric disorder in cancer patients, *Jpn J Clin Oncol*, (31) 188-94.
5. Grassi L., Gritti P. (2000): Psychosocial problems secondary to cancer: An Italian multicentre survey of consultation-liasion psychiatry in oncology, *Eur J Cancer* (36) 556-8.
6. Fritz GK., Williams JR., Amylon M.(1998): After treatment ends: psychosocial sequelae in pediatric cancer survivors, *Am J Orthopsychiatry* (58) 552-561.
7. Bhatia S.(2005): Cancer survivorship-pediatric issues, Hematology-American Society of Hematology Education Program Book, p. 507-515.
8. Ağaoğlu L., Gedikoğlu G., Anak A., Neoplastik Hastalıklar,Neyzi O., Ertuğrul T. (eds), (1993): Pediatri, Nobel Tıp Kitabevileri, 2. Baskı, s.413-446.
9. Elizabeth Kübler-Ross. (1997):Ölüm ve Ölmek Üzerine, Çeviren: Banu Büyükkol, Boyner Yayınları, s.1-318.
10. Wheeler SR. (1996): Helping families cope with death and dying, *Nursing*, 26(7) 25-30; quiz 31.
11. Bowlby J. Vol. 3. Loss, Bowlby J. (1980): Attachment and Loss, New York, Basic Books.s.129-226.
12. Cimete G., Kuğuoğlu S. (2002): Çocuklarını Kansere Nedeniyle Kaybeden Ailelerin, Kayıp Öncesi ve Sonrası Yaşadıkları Keder Süreci, *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 3(1) 34-44.
13. Rabineau KM., Mabe A., Vega RA. (2008): Parenting Stress in Pediatric Oncology Populations, *J Pediatr Hematol Oncol*, (30) 358-365
14. Eden OB., Black I., MacKinlay GA., Emery AE. (1994): Communication with parents of children with cancer, *Palliat Med*, 8 (2) 105-114
15. Sloper P. (1996): Needs andresponses of parents following the diagnosis of childhood cancer, *Child Care Health Dev*, 22 (3) 187-202

16. Patistea E., Makrodimitri P., Panteli V. (2000): Greek parent's reactions, difficulties and resources in childhood leukemia at the time of diagnosis, *Eur J Cancer Care*, 9 (2) 86-96.
17. McGrath P. (2001): Treatment for childhood acute lymphoblastic leukemia: the fathers perspective, *Aust Health Rev*, 24 (2) 135-142.
18. Haberle H., Schwarz R., Mathes L. (1997): Family-oriented management of children and adolescents with cancer, *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr*, 46 (6).
19. Heiney SP., Goon-Johnson K., Ettinger RS. (1990): The effects of group therapy on siblings of pediatric oncology patients, *J Pediatr Oncol Nurs*, 7 (3) 95-100.
20. Houtzager BA., Grootenhuis MA., Last BF. (1999): Adjustment of siblings to childhood cancer: A literature review, *Support Care Cancer*, (7) 302-320.
21. Kazak A. (1994): Implications of survival: pediatric oncology patients and their families. In: Bearlson D, Mulhern R. (eds): *Pediatric Psychooncology*, New York, pp.171-192.
22. Zeltzer LK., Dolgin MJ., Sahler OJ. (1996): Siblings adaptation to childhood cancer collaborative study: Health outcomes of siblings of children with cancer, *Med Pediatr Oncol*, (27) 98-107.
23. Last BF., Grootenhuis MA. (1998): Emotions, coping and the need for support in families of children with cancer: A model for psychosocial care, *Patient Educ Counsel*, (33) 169-179.
24. Lansky SB., Cairns NU., Hassanein R. (1978): Childhood cancer : Parental discord and divorce, *Pediatrics*, 62(2) 184-188.
25. Wilkinson SR. (1987): Germs: Nursery school children's views on causality of illness, *Clin Pediatrics*, (26) 465-469.
26. Solomon GEA., Cassimatis NL. (1999): On facts and conceptual systems: young children's integration of their understanding of germs and contagion, *Develop Psychol*, (35) 113-126.
27. Odağ C., Örselenme-Düşler, Odağ C. (2005)., Ergenler bizi örnek alanlar, örnek aldıklarımız içinde Halime Odağ Psikanaliz ve Psikoterapi Vakfı Yayınları, İzmir, s. 174-198.
28. Zebrack BJ., Zeltzer LK., Whitton J., Mertens AC., Odom L., Berkow R., Robison LL. (2002): 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*, (110) 42-52.
29. Gortmaker SL., Walker DK., Weitzman M., Sobol AM. (1990): Chronic conditions, socioeconomic risks, and behavioral problems in children and adolescents, *Pediatrics*, 85(3) 267-76.

30. Karlıdere T.(2005): Uyum bozuklukları. In Sadock BJ, Sadock V (eds): Klinik Psikiyatri, Güneş Kitabevi, p 332-9.
31. Akbaş S. (2008): Uyum bozukluğu In. Çetin FÇ, Çoşkun A, İşeri E, Miral S, Motavalli N, Pehlivan Türk B, Türkbay T, Uslu R, Ünal F (eds): Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı, s. 587-93.
32. American-Psychiatric-Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders., 4th ed. Washington, DC: APA Press, 1994. s. 379-456.
33. Costello EJ., Angold A., Burns BJ., Erkanli A., Stangl DK., Tweed DL. (1996): The Great Smoky Mountains Study of Youth. Functional impairment and serious emotional disturbance, *Arch Gen Psychiatry*, 53(12) 1137-43.
34. Garrison CZ., Waller JL., Cuffe SP., McKeown RE., Addy CL., Jackson KL. (1997): Incidence of major depressive disorder and dysthymia in young adolescents, *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 36(4) 458-65.
35. Kessler RC, Walters EE. (1998): Epidemiology of DSM-III-R major depression and minor depression among adolescents and young adults in the National Comorbidity Survey, *Depress Anxiety*, 7(1) 3-14.
36. Michalowski M., Ketzer C., Daudt L., Rohde LA. (2001): Emotional and behavioral symptoms in children with acute leukemia, *Haematologica*, 86(8) 821-6.
37. Chao CC., Chen SH., Wang CY., Wu YC., Yeh CH. (2003): Psychosocial adjustment among pediatric cancer patients and their parents, *Psychiatry Clin Neurosci*, 57(1) 75-81.
38. Dunitz M., Scheer PJ., Wurst L., Grientschnigg G., Urban EC. (1991): Depression in children with cancer, *Pediatr Padol*, 26(6) 267-70.
39. Mulhern RK., Fairclough DL., Smith B., Douglas SM. (1992): Maternal depression, assessment methods, and physical symptoms affect estimates of depressive symptomatology among children with cancer, *J Pediatr Psychol*, 17(3) 313-26.
40. Worchel FF., Rae WA., Olson TK., Crowley SL. (1992): Selective responsiveness of chronically ill children to assessments of depression, *J Pers Asses*, 59(3) 605-15.
41. Challinor JM., Miaskowski CA., Franck LS., Slaughter RE., Matthay KK., Kramer RF., Veatch JJ., Paul SM., Amylon MD., Moore IM. (1999): Somatization, anxiety and depression as measures of health-related quality of life of children/adolescents with cancer, *Int J Cancer Suppl*, (12) 52-7.
42. Canning EH., Canning RD., Boyce W. (1992): Depressive symptoms and adaptive style in children with cancer, *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 31(6) 1120-4.
43. Cavoşoğlu H. (2001): Depression in children with cancer, *J Pediatr Nurs*, 16(5) 380-5.

44. Surís JC., Parera N., Puig C. (1996): Chronic illness and emotional distress in adolescence, *J Adolesc Health*, 19(2) 153-6.
45. Allen R., Newman SP., Souhami RL. (1997): Anxiety and depression in adolescent cancer: findings in patients and parents at the time of diagnosis, *Eur J Cancer*, 33(8) 1250-5.
46. Noll RB., Gartstein MA., Vannatta K., Correll J., Bukowski WM., Davies WH. (1999): Social, emotional, and behavioral functioning of children with cancer, *Pediatrics*, 103(1) 71-8.
47. von Essen L., Enskär K., Kreuger A., Larsson B., Sjöden PO. (2000): Self-esteem, depression and anxiety among Swedish children and adolescents on and off cancer treatment, *Acta Paediatr*, 89(2) 229-36.
48. Derogatis LR., Morrow GR., Fetting J., Penman D., Piasetsky S., Schmale AM., Henrichs M., Carnicke CL Jr. (1983): The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients, *JAMA*, 249(6) 751-7.
49. Craig TJ., Abeloff MD. (1974): Psychiatric symptomatology among hospitalized cancer patients, *Am J Psychiatry*, 131(12) 1323-7.
50. Fallowfield L., Ratcliffe D., Jenkins V., Saul J. (2001): Psychiatric morbidity and its recognition by doctors in patients with cancer, *Br J Cancer*, 84(8) 1011-5.
51. Mete HE. (2004): Kanserde anksiyete bozuklukları ve depresyon, *Dahiliye ve Psikiyatri*, (6) 7-46.
52. Harrison J., Maguire P. (1994): Predictors of psychiatric morbidity in cancer patients, *Br J Psychiatry*, 165(5) 593-8.
53. Lancee WJ., Vachon ML., Ghadirian P., Adair W., Conway B., Dryer D. (1994): The impact of pain and impaired role performance on distress in persons with cancer, *Can J Psychiatry*, 39(10) 617-22.
54. Redd WH. (1994): Behavioral intervention for cancer treatment side effects, *Acta Oncol*, 33(2) 113-7.
55. Valente SM., Saunders JM., Cohen MZ. (1994): Evaluating depression among patients with cancer, *Cancer Pract*, 2(1) 65-71.
56. Holland RJ., Rowland J., Lebovitz A. (1979): Reactions to cancer treatment: Assessment of emotional response to adjunct radiotherapy, *Psychiatric Clinics of North America*, (2) 347-58.
57. Friedman LC., Lehane D., Webb JA., Weinberg AD., Cooper HP. (1994): Anxiety in medical situations and chemotherapy-related problems among cancer patients, *J Cancer Educ*, 9(1) 37-41.

58. Siegel BS. (1995): Bereavement and loss. In: Parker S., Zuckerman B. (eds), Behavioral and Developmental Pediatrics, New York, Little Brown, pp.343-7.
59. Tüzün UD. (2007): Çocuk psikiyatrisinde konsültasyon liyezon. In: Aysev A, Işık Taner Y (eds): Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, Ankara, Golden Print, pp. 206-11.
60. Schonfeld DJ. (2002): The child's cognitive understanding of illness. In: Levis M (ed): Child and Adolescent Psychiatry, A Comprehensive Textbook, third ed., Pennsylvania, William&Wilkins, pp. 943-7.
61. Crisp J., Ungerer JA., Goodnow JJ. (1996): The impact of experience on children's understanding of illness, *J Pediatr Psychol*, 21(1) 57-72.
62. Pidgeon V. (1985): Children's concepts of illness: implications for health teaching, *Matern Child Nurs J*, 14(1) 23-35.
63. Baykara A., Güvenir T., Miarl S. (1999): Hastalık ve hastaneye yatışın çocuk üzerinde etkisi. In: Ekşi A (ed): Ben Hasta Değilim, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, pp. 374-8.
64. Alter CL., Pelcovitz D., Axelrod A., Goldenberg B., Harris H., Meyers B., Grobois B., Mandel F., Septimus A., Kaplan S. (1996): Identification of PTSD in cancer survivors, *Psychosomatics*, 37(2) 137-43.
65. Levis M. (1996). Child and Adolescent Psychiatry, A Comprehensive Textbook, third ed., Pennsylvania, William&Wilkins, pp. 1141-5.
66. Sareen J., Cox BJ., Stein MB., Afifi TO., Fleet C., Asmundson GJ., (2007): Physical and mental comorbidity, disability, and suicidal behavior associated with posttraumatic stress disorder in a large community sample, *Psychosom Med*, 69(3) 242-8.
67. Phipps S., Jurbergs N., Long A. (2009): Symptoms of post-traumatic stress in children with cancer: does personality trump health status?, *Psychooncology*, 2009 Jan 28. (Epub ahead of print).
68. Phipps S., Larson S., Long A., Rai SN. (2006): Adaptive style and symptoms of posttraumatic stress in children with cancer and their parents, *J Pediatr Psychol*, 31(3) 298-309.
69. Barskova T., Oesterreich R. (2009): Post-traumatic growth in people living with a serious medical condition and its relations to physical and mental health: A systematic review, *Disabil Rehabil*, (3) 1-25.
70. Schroevers MJ., Teo I. (2008): The report of posttraumatic growth in Malaysian cancer patients: relationships with psychological distress and coping strategies, *Psychooncology*, 17(12) 1239-46.

71. Mystakidou K., Parpa E., Tsilika E., Pathiaki M., Galanos A., Vlahos L. (2007): Traumatic distress and positive changes in advanced cancer patients, *Am J Hosp Palliat Care*, 24(4) 270-6.
72. Bruce M. (2006): A systematic and conceptual review of posttraumatic stress in childhood cancer survivors and their parents, *Clin Psychol Rev*, 26(3) 233-56.
73. Salmon K., Bryant RA. (2002): Posttraumatic stress disorder in children. The influence of developmental factors, *Clin Psychol Rev*, 22(2) 163-88.
74. Linley PA., Joseph S. (2004): Positive change following trauma and adversity: a review, *J Trauma Stress*, 17(1) 11-21.
75. Dahlquist LM., Czyzewski DI., Jones CL. (1996): 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*, 21(4) 541-54.
76. Kazak AE., Barakat LP., Meeske K., Christakis D., Meadows AT., Casey R., Penati B., Stuber ML. (1997): Posttraumatic stress, family functioning, and social support in survivors of childhood leukemia and their mothers and fathers, *J Consult Clin Psychol*, 65(1) 120-9.
77. Best M., Streisand R., Catania L., Kazak AE. (2001): Parental distress during pediatric leukemia and posttraumatic stress symptoms (PTSS) after treatment ends, *J Pediatr Psychol*, 26(5) 299-307.
78. Stoppelbein L., Greening L. (2007): Brief report: The risk of posttraumatic stress disorder in mothers of children diagnosed with pediatric cancer and type I diabetes, *J Pediatr Psychol*, 32(2) 223-9.
79. Kazak AE., Boeving CA., Alderfer MA., Hwang WT., Reilly A. (2005): Posttraumatic stress symptoms during treatment in parents of children with cancer, *J Clin Oncol*, 23(30) 7405-10.
80. Breitbart W., Cohen KR. (1998): Delirium. In: Holland JC (ed): Psychooncology, New York, Oxford University Press, pp. 564-75.
81. Eker E. Delirium, Demans ve Amnestik Bozukluklar, Sadock BJ., Sadock BJ. (2005): Kaplan&Sadock, Klinik Psikiyatri, Çeviri eds: Aydın H., Bozkurt A. Güneş Kitabevi. s.45-50.
82. Centeno C., Sanz A., Bruera E. (2004): Delirium in advanced cancer patients, *Palliat Med*, 18(3) 184-94.
83. Passik SD., Cooper M. (1999): Complicated delirium in a cancer patient successfully treated with olanzapine, *J Pain Symptom Manage*, 17(3) 219-23.

84. Ravona-Springer R., Dolberg OT., Hirschmann S., Grunhaus L. (1998): Delirium in elderly patients treated with risperidone: a report of three cases, *J Clin Psychopharmacol*, 18(2) 171-2.
85. Fiorentino L., Ancoli-Israel S. (2006): Insomnia and its treatment in women with breast cancer, *Sleep Med Rev*, 10(6) 419-29.
86. Graci G. (2005): Pathogenesis and management of cancer-related insomnia, *J Support Oncol*, 3(5) 349-59.
87. Savard J., Morin CM. (2001): Insomnia in the context of cancer: a review of a neglected problem, *J Clin Oncol*, 19(3) 895-908.
88. Rauch PK., Jellinek MS. (2002): Pediatric consultation. In: Rutter M, Taylor E (eds): Child and Adolescent Psychiatry 4th Edition, New York, Blackwell Science Publishing, pp. 1051-66.
89. Steiner H., Shaw R. (2000): Psychiatric assessment and management of medically ill children. In: Stoudemire A, Fogel BS, Greenberg DB (eds): Psychiatric Care of the Medical Patient 2nd Edition, Oxford, Oxford University Press, pp. 1097-110.
90. Szigethy EM., Ruiz P., DeMaso DR., Shapiro F., Beardslee WR. (2002): Consultation-liaison psychiatry: a longitudinal and integrated approach, *Am J Psychiatry*, 159(3) 373-8.
91. Brown RT., Madan-Swain A. (1993): Cognitive, neuropsychological, and academic sequelae in children with leukemia, *J Learn Disabil*, 26(2) 74-90.
92. Buschke H., Fuld PA. (1974): Evaluating storage, retention, and retrieval in disordered memory and learning, *Neurology*, 24(11) 1019-25.
93. Ciesielski KT., Yanofsky R., Ludwig RN., Hill DE., Hart BL., Astur RS., Snyder T. (1994): Hypoplasia of the cerebellar vermis and cognitive deficits in survivors of childhood leukemia, *Arch Neurol*, 51(10) 985-93.
94. Copeland DR., Dowell RE Jr., Fletcher JM., Bordeaux JD., Sullivan MP., Jaffe N., Frankel LS., Ried HL., Cangir A. (1988): Neuropsychological effects of childhood cancer treatment, *J Child Neurol*, 3(1) 53-62.
95. Cousens P., Waters B., Said J., Stevens M. (1988): Cognitive effects of cranial irradiation in leukaemia: a survey and meta-analysis, *J Child Psychol Psychiatry*, 29(6) 839-52.
96. Kazak AE. (2004): Research priorities for family assessment and intervention in pediatric oncology, *J Pediatr Oncol Nurs*, 21(3) 141-4.
97. Mackie E., Hill J., Kondryn H., McNally R. (2000): Adult psychosocial outcomes in long-term survivors of acute lymphoblastic leukaemia and Wilms' tumour: a controlled study, *Lancet*, 355(9212) 1310-4.

98. Overbaugh KA., Sawin K. (1992): Future life expectations and self-esteem of the adolescent survivor of childhood cancer, *J Pediatr Oncol Nurs*, 9(1) 8-16.
99. Belek İ.(1998). Sınıf, sağlık, eşitsizlik Sorun Yayınları, İstanbul, s.26-34.
100. Fidaner H., Elbi H., Fidaner C. (1999): Yaşam kalitesinin ölçülmesi, WHOQOL-100 VE WHOQOL-BREF, *3P Dergisi*, (7) 5-13.
101. Beşer N. (2001). Kemoterapi alan hastaların yaşam kalitesi. Basılmamış uzmanlık tezi. H.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
102. Clarke SA., Eiser C. (2004): The measurement of health-related quality of life (QOL) in paediatric clinical trials: a systematic review, *Health Qual Life Outcomes*, (2) 66.
103. Zeltzer LK., Lu Q., Leisenring W., Tsao JC., Recklitis C., Armstrong G., Mertens AC., Robison LL., Ness KK. (2008): Psychosocial outcomes and health-related quality of life in adult childhood cancer survivors: a report from the childhood cancer survivor study, *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*, 17(2) 435-46.
104. Waters EB., Wake MA., Hesketh KD., Ashley DM., Smibert E. (2003): Health-related quality of life of children with acute lymphoblastic leukaemia: comparisons and correlations between parent and clinician reports, *Int J Cancer*, 103(4) 514-8.
105. Langeveld NE., Stam H., Grootenhuys MA., Last BF. (2002): Quality of life in young adult survivors of childhood cancer, *Support Care Cancer*, 10(8) 579-600.
106. Varni JW., Burwinkle TM., Lane MM. (2005): Health-related quality of life measurement in pediatric clinical practice: an appraisal and precept for future research and application, *Health Qual Life Outcomes*, (16) 3:34.
107. Meeske K., Katz ER., Palmer SN., Burwinkle T., Varni JW. (2004): Parent proxy-reported health-related quality of life and fatigue in pediatric patients diagnosed with brain tumors and acute lymphoblastic leukemia, *Cancer*, 101(9) 2116-25.
108. Shankar S., Robison L., Jenney ME., Rockwood TH., Wu E., Feusner J., Friedman D., Kane RL., Bhatia S. (2005): Health-related quality of life in young survivors of childhood cancer using the Minneapolis-Manchester Quality of Life-Youth Form, *Pediatrics*, 115(2) 435-42.
109. Eiser C., Eiser JR., Stride CB. (2005): Quality of life in children newly diagnosed with cancer and their mothers, *Health Qual Life Outcomes*, (3) 29.
110. Speechley KN., Barrera M., Shaw AK., Morrison HI., Maunsell E. (2006): Health-related quality of life among child and adolescent survivors of childhood cancer, *J Clin Oncol*, 24(16) 2536-43.

111. Boman KK. (2007): Assessing psychological and health-related quality of life (HRQL) late effects after childhood cancer, *Acta Paediatr*, 96(9) 1265-8.
112. Blaauwbroek R., Stant AD., Groenier KH., Kamps WA., Meyboom B., Postma A. (2007): Health-related quality of life and adverse late effects in adult (very) long-term childhood cancer survivors, *Eur J Cancer*, 43(1) 122-30.
113. Alessi D., Dama E., Barr R., Mosso ML., Maule M., Magnani C., Pastore G., Merletti F. (2007): Health-related quality of life of long-term childhood cancer survivors: a population-based study from the Childhood Cancer Registry of Piedmont, Italy, *Eur J Cancer*, 43(17) 2545-52.
114. Barr RD., Chalmers D., De Pauw S., Furlong W., Weitzman S., Feeny D. (2000): Health-related quality of life in survivors of Wilms' tumor and advanced neuroblastoma: A cross-sectional study, *J Clin Oncol*, 18(18) 3280-7.
115. Van Schaik CS., Barr RD., Depauw S., Furlong W., Feeny D. (1999): Assessment of health status and health-related quality of life in survivors of Hodgkin's disease in childhood, *Int J Cancer Suppl*, (12) 32-8.
116. Kaufman J., Birmaher B., Brent D., Rao U., Flynn C., Moreci P., Williamson D., Ryan N. (1997): 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*, 36(7) 980-8.
117. Gökler B., Ünal F., Pehlivan Türk B. (2004): Okul çağı çocukları için duygulanım bozuklukları ve şizofreni görüşme çizelgesi-şimdi ve yaşamboyu şekli-Türkçe uyarlamasının geçerlik ve güvenilirliği, *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, (11) 109-116.
118. Varni JW., Seid M., Rode CA. (1999): The PedsQL: measurement model for the Pediatric Quality of Life Inventory, *Med Care*, (37) 126-139.
119. Memik NÇ, Ağaoğlu B, Coşkun A, Karakaya I. (2008): Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeğinin 8-12 Yaş Çocuk Formunun Geçerlik ve Güvenirliği, *Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Dergisi*, 15(2) 87-98.
120. Faulkner A., Maguire P. (1984): Teaching ward nurses to monitor cancer patients, *Clin Oncol*, 10(4) 383-9.
121. Okyayuz ÜH., Ünlüoğlu G. (1996): A study of consciously controlled reactions, alexithymia and stait and trait anxieties with cancer patients and Behçet patients, *Psycho-Oncology*, 5(2) 144.
122. Anholt UV., Fritz GK., Keener M. (1993): Self-concept in survivors of childhood and adolescent cancer, *J Psychosoc Oncol*, (11) 1-16.

123. Chesler MA., Zebrack BJ. (1997): An updated report on our studies of long-term survivorship of childhood cancer and a brief of the psychosocial literature, An Arbor, MI: Center for Research on Social Organization, University of Michigan. s. 117-26.
124. Cetingül N., Aydinok Y., Kantar M., Oniz H., Kavakli K., Yalman O., Erermiş S., Celebisoy N., Akyürekli O., Oztop S., Nişli G. (1999): Neuropsychologic sequelae in the long-term survivors of childhood acute lymphoblastic leukemia, *Pediatr Hematol Oncol*, 16(3) 213-20.
125. Kupst MJ., Natta MB., Richardson CC., Schulman JL., Lavigne JV., Das L. (1995): Family coping with pediatric leukemia: ten years after treatment, *J Pediatr Psychol*, 20(5) 601-17.
126. Peck A. (1972): Emotional reactions to having cancer, *CA Cancer J Clin*, 22(5) 284-91.
127. Magal-Vardi O., Laor N., Toren A., Strauss L., Wolmer L., Bielorai B., Rechavi G., Toren P. (2004): Psychiatric morbidity and quality of life in children with malignancies and their parents, *J Nerv Ment Dis*, 192(12) 872-5.
128. Rait DS., Jacobsen PB., Lederberg MS., Holland JC. (1988): Characteristics of psychiatric consultations in a pediatric cancer center, *Am J Psychiatry*, 145(3) 363-4.
129. Sharan P, Mehta M, Chaudhry VP. (1999): Psychiatric morbidity in children suffering from acute lymphoblastic leukemia, *Pediatr Hematol Oncol*, 16(1) 49-54.
130. Glover DA., Byrne J., Mills JL., Robison LL., Nicholson HS., Meadows A., Zeltzer LK.; Children's Cancer Group. (2003): Impact of CNS treatment on mood in adult survivors of childhood leukemia: a report from the Children's Cancer Group, *J Clin Oncol*, 21(23) 4395-401.
131. Moffic HS., Paykel ES. (1975): Depression in medical in-patients, *Br J Psychiatry*, (126) 346-53.
132. Kashani J., Hakami N. (1982): Depression in children and adolescents with malignancy, *Can J Psychiatry*, 27(6) 474-7.
133. Gökler B. (1996): Ölümcül hastalıklar karşısında çocuk, aile ve hekim, *Katkı Pediatri Dergisi*, (17) 921-4.
134. Massie M., Popkin MK. (1998): Depressive disorders. In: Holland JC (ed): Psycho-oncology, New York, Oxford University Pres, pp. 518-40.
135. Citero Vde A., Nogueira-Martins LA., Lourenço MT., Andreoli SB. (2003): Clinical and demographic profile of cancer patients in a consultation-liaison psychiatric service, *Sao Paulo Med J*, 121(3) 111-6.

136. Tokgöz G., Yaluğ İ., Özdemir S., Yazıcı A., Uygun K., Aker T. (2008): Kanser hastalarında majör depresyon yaygınlığı ve ilişkili etkenler, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 9(2) 59-66.
137. Pasquini M., Biondi M. (2007): Depression in cancer patients: a critical review. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*, (3) 2.
138. Grassi L., Travado L., Moncayo FL., Sabato S., Rossi E. (2004): SEPOS Group. Psychosocial morbidity and its correlates in cancer patients of the Mediterranean area: findings from the Southern European Psycho-Oncology Study, *J Affect Disord*, 83(2-3) 243-8.
139. Prieto JM., Atala J., Blanch J., Carreras E., Rovira M., Cirera E., Espinal A., Gasto C. (2005): Role of depression as a predictor of mortality among cancer patients after stem-cell transplantation, *J Clin Oncol*, 23(25) 6063-71.
140. Cassileth BR., Lusk EJ., Strouse TB., Miller DS., Brown LL., Cross PA. (1985): A psychological analysis of cancer patients and their next-of-kin, *Cancer*, 55(1) 72-6.
141. Northouse L. (1989): A longitudinal study of the adjustment of patients and husbands to breast cancer, *Oncol Nurs Forum*, 16(4) 511-6.
142. Baider L., Kaplan De-Nour A. (1984): Couples recations and adjustment to mastectomy: A preliminary report, *International Journal of Psychiatry Medicine*, (14), 265-76.
143. Berard RM. (2001): Depression and anxiety in oncology: the psychiatrist's perspective, *J Clin Psychiatry*, (Suppl 8) 58-61.
144. Arıkan K. (2004): Kanser hastalarında psikolojik destek, *Klinik gelişim*, (17) 77-86.
145. Spiegel D., Giese-Davis J. (2003): Depression and cancer: mechanisms and disease progression, *Biol Psychiatry*, 54(3) 269-82.
146. Sertöz ÖÖ., Mete HE. (2004): Bedensel hastalıklarda depresyon, *Klinik Psikiyatri*, Ek (2) 63-9.
147. Kadan-Lottick NS., Vanderwerker LC., Block SD., Zhang B., Prigerson HG. (2005): Psychiatric disorders and mental health service use in patients with advanced cancer: a report from the coping with cancer study, *Cancer*, 104(12) 2872-81.
148. Carroll BT., Kathol RG., Noyes R Jr., Wald TG., Clamon GH. (1993): Screening for depression and anxiety in cancer patients using the Hospital Anxiety and Depression Scale, *Gen Hosp Psychiatry*, 15(2) 69-74.
149. Kılıç BG., Uslu R., Aysev A. (2007): A Preliminary Evaluation of Consultation-Liaison Psychiatry Services For Children at A University Hospital: Lessons Learned to Enhance Efficacy, *Yeni Symposium*, 45(4) 163-9.

150. Hardman A., Maguire P., Crowther D. (1989): The recognition of psychiatric morbidity on a medical oncology ward, *J Psychosom Res*, 33(2) 235-9.
151. Pirl WF., Roth AJ. (1999): Diagnosis and treatment of depression in cancer patients, *Oncology (Williston Park)*, (9) 1293-301; discussion 1301-2, 1305-6.
152. Roth AJ., Modi R. (2003): Psychiatric issues in older cancer patients, *Crit Rev Oncol Hematol*, 48(2) 185-97.
153. Plumb MM., Holland J. (1977): Comparative studies of psychological function in patients with advanced cancer--I. Self-reported depressive symptoms, *Psychosom Med*, 39(4) 264-76.
154. Landier W., Bhatia S., Eshelman DA., Forte KJ., Sweeney T., Hester AL., Darling J., Armstrong FD., Blatt J., Constine LS., Freeman CR., Friedman DL., Green DM., Marina N., Meadows AT., Neglia JP., Oeffinger KC., Robison LL., Ruccione KS., Sklar CA., Hudson MM. (2004): Development of risk-based guidelines for pediatric cancer survivors: the Children's Oncology Group Long-Term Follow-Up Guidelines from the Children's Oncology Group Late Effects Committee and Nursing Discipline, *J Clin Oncol*, 22(24) 4979-90.
155. Oeffinger KC., Eshelman DA., Tomlinson GE., Buchanan GR., Foster BM. (2000): Grading of late effects in young adult survivors of childhood cancer followed in an ambulatory adult setting, *Cancer*, 88(7) 1687-95.
156. Oeffinger KC., Mertens AC., Sklar CA., Kawashima T., Hudson MM., Meadows AT., Friedman DL., Marina N., Hobbie W., Kadan-Lottick NS., Schwartz CL., Leisenring W., Robison LL. (2006): Childhood Cancer Survivor Study. Chronic health conditions in adult survivors of childhood cancer, *N Engl J Med*, 355(15) 1572-82.
157. Fluchel M., Horsman JR., Furlong W., Castillo L., Alfonz Y., Barr RD. (2008): Self and proxy-reported health status and health-related quality of life in survivors of childhood cancer in Uruguay, *Pediatr Blood Cancer*, 50(4) 838-43.
158. Landolt MA., Vollrath M., Niggli FK., Gnehm HE., Sennhauser FH. (2006): Health-related quality of life in children with newly diagnosed cancer: a one year follow-up study, *Health Qual Life Outcomes*, (4) 63.
159. De Clercq B., De Fruyt F., Koot HM., Benoit Y. (2004): Quality of life in children surviving cancer: a personality and multi-informant perspective, *J Pediatr Psychol*, 29(8) 579-90.
160. Pemberger S., Jagsch R., Frey E., Felder-Puig R., Gadner H., Kryspin-Exner I., Topf R. (2005): Quality of life in long-term childhood cancer survivors and the relation of late effects and subjective well-being, *Support Care Cancer*, 13(1) 49-56.

161. Hinds C. (1992): Suffering: a relatively unexplored phenomenon among family caregivers of non-institutionalized patients with cancer, *J Adv Nurs*, 17(8) 918-25.
162. Sawyer MG., Streiner DL., Antoniou G., Toogood I., Rice M. (1998): Influence of parental and family adjustment on the later psychological adjustment of children treated for cancer, *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 37(8) 815-22.
163. Robinson KE., Gerhardt CA., Vannatta K., Noll RB. (2007): Parent and family factors associated with child adjustment to pediatric cancer, *J Pediatr Psychol*, 32(4) 400-10.

EK 1: VERİ FORMU

Adı, soyadı:

Cinsiyeti:

Doğum tarihi ve yeri:

Eğitim durumu:

Kardeş sayısı, sırası, yaşları, cinsiyetleri ve eğitim durumları:

Baba Adı:

Anne Adı:

Yaşı:

Yaşı:

Mesleği:

Mesleği:

Eğitim durumu:

Eğitim durumu:

Adres ve Telefon:

Hastalık tanısı:

Tanı konulduğu yaş:

Semptomların başlaması ile tanı konulması arasında geçen süre:

Özgeçmiş:

Sık hastalık geçirme öyküsü, sık ÜSYE:

Hamilelik ve gelişim öyküsü:

Yürüme:

Konuşma:

Anne sütü alma süresi:

Nöbet öyküsü:

Alışkanlıklar ve premorbid özellikler:

Soygeçmiş:

Anne baba ve diğer aile fertlerinde psikiyatrik destek ihtiyacı:

Sırasıyla uygulanan tedaviler:

Hastanede toplam yatış süresi:

Tedaviye bağlı komplikasyon gözlenip gözlenmediği:

Kranyal radyoterapi yada intratekal ilaç alıp almadığı:

Nüks/ relaps görüldü mü?

Kaçınıcı ayda/ yılda?

Tedavi esnasında mı?

Tedavi bittikten sonra mı?

Tıbbi tedavi uyumu: çok iyi/iyi/orta/iyi değil

Ailenin tedavi işbirliği:

Çocuğun tedavi işbirliği:

Daha önce psikiyatrik semptom varlığı , tedavi alıp almadığı:

Ruhsal durum muayenesi:

Uyku :

İştah :

Davranış değişiklikleri:

EK 2: KANSER TANISIYLA İZLENEN ÇOCUK ve ERGENLERDE KOMORBİD PSİKİYATRİK HASTALIKLARI BELİRLEMİYİ HEDEFLEYEN BİR ÇALIŞMA İÇİN AYDINLATILMIŞ (BİLGİLENDİRİLMİŞ) ONAM FORMU

1.Bölüm (AYDINLATMA)

Kanser tanısı konulan çocuklarda eşlik eden diğer psikiyatrik hastalıkları belirleyen bir araştırma yapıyoruz. Araştırmanın adı ‘Kanser Tanısıyla Takip Edilen Çocuk ve Ergenlerde Komorbid Psikiyatrik Bozuklukların Belirlenmesi’dir. Sizin ve çocuğunuzun da bu araştırmaya katılmanızı öneriyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra sizin ve çocuğunuzun bu çalışmaya katılmasını isterseniz formu imzalayınız.

Araştırmaya davet edilmenizin nedeni çocuğunuzun kanser nedeniyle takip ediliyor olmasıdır. Bu araştırmayı **İstanbul Üniversitesi** İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı gerçekleştirmektedir.

Eğer bu çalışmaya katılmak isterseniz İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları’nda Tıpta Uzmanlık Öğrencisi olarak çalışan **Dr. Hilal Adaletli** size çocuğunuzun gelişimi ile ilgili bazı sorular soracak ve diğer psikiyatrik hastalıklarla ilgili kapsamlı bir ölçek dolduracaktır. Bu ölçekteki sorular hem size hem de çocuğunuza ayrı ayrı sorulacaktır. Bu ölçek bütün psikiyatrik hastalıklarla ilgili soruları içerdiğinden uygulanması biraz uzun sürebilir. Hem sizi hem de çocuğunuzu yormamak için görüşmeler iki defada birer saat olmak üzere planlanmıştır. Bu görüşmeler zaman açısından size ve çocuğunuza uygun zamanda yapılacaktır. Dr. Hilal Adaletli bu değerlendirmelerinden sonra gerekli ek tedaviler için sizi yönlendirecektir. Ancak yukarıda bahsettiğimiz araştırma projesi çocuğunuzun tedavi masraflarını karşılamamaktadır. Ayrıca aşağıda da belirtildiği gibi değerlendirme sırasında çocuğunuz ya da siz herhangi bir sebepten değerlendirmeyi sona erdirmekte serbestsiniz. Her değerlendirme oturumu yaklaşık bir saat sürecektir. Bu süre içinde beşer dakikalık birkaç dinlenme arası verilecektir. Bu değerlendirmeler fiziksel bir gayret gerektirmemekte, sadece zihinsel dikkate dayanmaktadır.

Bu değerlendirmelerde elde edilen kayıtlar, sizin ve çocuğunuzun ismi belirtilmeden bilimsel nitelikli yayınlarda kullanılabilecektir. Bu amaçların dışında bu kayıtlar kullanılmayacak ve başkalarına verilmeyecektir.

Araştırmaya katılmak için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Araştırmaya katıldığınız takdirde size herhangi bir ücret ödenmeyecektir.

Yapılacak değerlendirmenin getirebileceği olası riskler: Yapılacak olan değerlendirmelerin sizin ya da çocuğunuz için herhangi bir riski yoktur. Ancak yapılacak bu değerlendirmeler için zaman ayırmak sizin ve çocuğunuzun için zorlayıcı olabilir.

Yapılacak değerlendirmenin getirebileceği olası yararlar: **Bu değerlendirme tüm psikiyatrik hastalıkların ayrıntılı bir incelemesini içerdiğinden, şimdiye kadar atlanmış olabilecek ek hastalıkların belirlenmesi ve bunların tedavisine yarayacaktır. Uzun vadede kanserli çocuklarda bu bozukluğa en sık eşlik eden hastalıklar belirlenecektir böylece bu alanda çalışanlar için rutin muayenelerde özellikle hangi hastalıkların sorgulanması gerektiği saptanacaktır. Sıklıkla atlanan bir konu olan çocuğun fiziksel sağlığını kazanmasına yönelik müdahaleler yanında ruh sağlığının da olası ek tanılar açısından takibi ve korunması sağlanabilecektir. Gerektiğinde erken müdahale ve tedavi ile çocuğun yaşam kalitesi arttırılabilecektir.**

Bu çalışmaya katılmayı reddedebilirsiniz. Bu araştırmaya katılmak tamamen isteğe bağlıdır ve reddettiğiniz takdirde size uygulanan tedavide herhangi bir değişiklik olmayacaktır. Yine çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekmek hakkına da sahipsiniz.

2. Bölüm (KATILIMCININ BEYANI)

Dr. Hilal Adaletli tarafından İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı Bölümü'nde tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek, bu çalışma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra ben ve çocuğum böyle bir araştırmaya 'katılımcı' olarak davet edildik.

Eğer bu çalışmaya katılırsak hekim ile aramda kalması gereken bana ve çocuğuma ait bilgilerin gizliliğine bu çalışma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Çalışmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir ek parasal sorumluluk altına girmiyorum.

Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; herhangi bir saatte, **05337495004** numaralı telefonda Dr. Hilal Adaletli veya **0532 6262670** numaralı telefonda Dr. Behiye Alyanak'ı arayabileceğimi biliyorum.

Çocuğum ve ben bu çalışmaya katılmak zorunda değiliz ve katılmayabiliriz. Çalışmaya katılmamız konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun çocuğumun tıbbi bakımına ve hekimi ile olan ilişkimize herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda, gerekirse eşimin de onayını alarak çocuğum adına bu çalışmaya 'katılımcı' olarak katılma kararını aldım. İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.



T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ
DEKANLIĞI
Yerel Etik Kurulu



Sayı : 440

Tarih : 12/02/2009

Konu : Doç.Dr.Behiye ALYANAK hk,

Sayın, Doç.Dr.Behiye ALYANAK
Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı
Öğretim Üyesi

İlgi : 23.07.2008 tarihli, 372 sayılı yazınız,

Sorumlu araştırmacılığını üstlendiğiniz ve Araştırma Görevlisi Dr.Hilal ADALETLİ'nin yürüteceği 2008/2078 dosya numaralı "Kanser tanısı ile izlenen çocuk ve ergenlerde komorbid psikiyatrik bozuklukların belirlenmesi ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi" başlıklı anketli tez çalışması kurulumuzun 27.08.2008 tarihli 08 sayılı toplantısında onaylanmış olup, tutanaklar ekte sunulmuştur. Bilgilerinize saygılarımla rica ederim.

Prof.Dr. Güher SARUHAN DİRESKENELİ
İstanbul Tıp Fakültesi
Etik Kurul Başkanı

Eki: Tutanak

**İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ
YEREL ETİK KURUL TUTANAĞI**

Toplantı Tarihi : 27/08/2008

Toplantı Yeri : Behçet Kütüphanesi Etik Kurul Toplantı Salonu

Toplantı Sayısı : 8

Sorumlu araştırmacılığını Fakültemiz Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç.Dr. Behiye ALYANAK'ın üstlendiği ve Araştırma Görevlisi Dr.Hilal ADALETLİ'nin yürüteceği 2008/2078 protokol numaralı "Kanser tanısı ile izlenen çocuk ve ergenlerde komorbid psikiyatrik bozuklukların belirlenmesi ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi" başlıklı anketli tez çalışması kurulumuzda incelendi etik yönden bir sakınca taşımadığı görüldü, uygulamaya konulabileceğine karar verildi.

Prof.Dr. Zafer ARI

Etik Kurul Başkanı (Dekan Yardımcısı)

Prof.Dr. A.Yağız ÜRESİN

Farmakoloji ve Kli.F. A.D

Prof.Dr. Ahmet GÜL

İç Hast. A.D, Romatoloji Bilimdalı

Prof.Dr. Berrin UMMAN

Kardiyoloji A.D.

Prof.Dr. Kamil PEMBEÇİ (T.Katılmadı)

Anesteziyoloji A.D.

Prof.Dr. Sevinç EMRE

Çocuk Sağ. Ve Hast. A.D

Prof.Dr. Nuran YILDIRIM

Deontoloji ve Tıp Tarihi A.D.

Prof.Dr. Oğuzhan ÇOBAN

Nöroloji A.D.

Av. Dilek TEMİZ ÖZBEK

Hukukçu

Prof.Dr. Ümit TÜRKÖĞLÜ

Biokimya A.D

Prof.Dr. Neşe ÇOLAK

İç Hast.A.D. End. Ve Metabolizma Hast. B.D.

Prof.Dr. Nurhan ENGİNAR

Farmakoloji ve Kli.F. A.D

Prof.Dr.Çiçek BAYINDIR (T.Katılmadı)

Patoloji A.D. Nöropatoloji B.D.

Prof.Dr.Yeşim ERBİL (T.Katılmadı)

Genel Cerrahi A.D.

Prof.Dr. Pınar SAİP (T.Katılmadı)

İ.Ü. Onkoloji Enstitüsü

Fatma Ceyda DÖNMEZER

Sivil Toplum Örgütü Üyesi

Yaşam Kalitesi Ölçekleri

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

Fiziksel İşlevsellik ile ilgili sorunlar	Hıçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Her zaman
1. Bir blokta 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 İşlevsellik ile ilgili sorunlar	Hıçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	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. Uyumakta zorluk çekmek	0	1	2	3	4
5. Kendisi ne olacağı konusunda endişe duymak	0	1	2	3	4

Sosyal İşlevsellik ile ilgili sorunlar	Hıçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Her zaman
1. Yaşlıları ile geçinememesi	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. Yaşlılarıyla oyun oynarken geri kalması	0	1	2	3	4

Okul ile ilgili sorunlar	Hıçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	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

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

Sağlığını ve aktivitelerim ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1. Bir bloktan fazla yürümek bana zor gelir	0	1	2	3	4
2. Koşmak bana zor gelir	0	1	2	3	4
3. Spor ya da egzersiz yapmak bana zor gelir	0	1	2	3	4
4. Ağır bir şey kaldırmak bana zor gelir	0	1	2	3	4
5. Kendi başıma duş ya da banyo yapmak bana zor gelir	0	1	2	3	4
6. Evdeki günlük işleri yapmak bana zor gelir	0	1	2	3	4
7. Bir yerim acır ya da ağrır	0	1	2	3	4
8. Enerjim azdır	0	1	2	3	4

Duygularım ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1. Korkmuş ya da ürkmüş hissedirim	0	1	2	3	4
2. Hüzünlü ya da üzgün hissedirim	0	1	2	3	4
3. Öfkeli hissedirim	0	1	2	3	4
4. Uyumakta zorluk çekerim	0	1	2	3	4
5. Bana ne olacağı konusunda endişelenirim	0	1	2	3	4

Başkaları ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1. Yaşıtlarımla geçinmekte sorun yaşıyorum	0	1	2	3	4
2. Yaşıtlarım benimle arkadaş olmak istemezler	0	1	2	3	4
3. Yaşıtlarım benimle alay eder	0	1	2	3	4
4. Yaşıtlarımın yapabildikleri şeyleri yapamam	0	1	2	3	4
5. Yaşıtlarımla oyun oynarken geri kalırım	0	1	2	3	4

Okul ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1. Sınıfta dikkatimi toplamakta zorlanırım	0	1	2	3	4
2. Bazı şeyleri unuturum	0	1	2	3	4
3. Derslerimden geri kalmamak için zorluk çekerim	0	1	2	3	4
4. Kendimi iyi hissetmediğim için okula gidemediğim olur	0	1	2	3	4
5. Doktora ya da hastaneye gittiğim için okula gidemediğim olur	0	1	2	3	4

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

Son birkaç haftadır yaptıklarını düşün.

Her cümleyi dinle ve bunun senin için ne derecede sorun olduğunu bana söyle.

Maddeyi okuduktan sonra şablonu gösterin, eğer çocuk duraklarsa ya da nasıl cevap vereceğini bilmiyorsa yüzleri işaret ederek tepki seçeneklerini okuyun.

Fiziksel İşlevsellik ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Bazen	Sıklıkla
1. Yürümek sana zor gelir mi?	0	2	4
2. Koşmak sana zor gelir mi?	0	2	4
3. Spor ya da egzersiz yapmak sana zor gelir mi?	0	2	4
4. Büyük bir şey kaldırmak sana zor gelir mi?	0	2	4
5. Duş ya da banyo yapmak sana zor gelir mi?	0	2	4
6. Evdeki günlük işleri yapmak sana zor gelir mi? (oyuncakların toplamak gibi)	0	2	4
7. Bir yerin acır ya da ağrır mı?	0	2	4
8. Oyun oynamak için kendini yorgun hissedersin mi?	0	2	4

Son haftalarda bunun senin için ne kadar sorun olduğunu bana söyle.

Duygusal İşlevsellik ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Bazen	Sıklıkla
1. Korkmuş hissedersin mi?	0	2	4
2. Üzgün hissedersin mi?	0	2	4
3. Kızgın hissedersin mi?	0	2	4
4. Uyumakta zorluk çeker misin?	0	2	4
5. Kendine ne olacağı konusunda endişelenir misin?	0	2	4

Başkaları ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Bazen	Sıklıkla
1. Başka çocuklarla geçinmek senin için zor mudur?	0	2	4
2. Başka çocuklar seninle oynamak istemediklerini söylerler mi?	0	2	4
3. Diğer çocuklar seninle alay ederler mi?	0	2	4
4. Diğer çocukların yapabildikleri şeyleri yapamadığın olur mu?	0	2	4
5. Diğer çocuklarla oyun oynarken geri kalır mısın?	0	2	4

Okul ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Bazen	Sıklıkla
1. Sınıfta dikkatini toplamakta zorlanır mısın?	0	2	4
2. Bazı şeyleri unutmuşsun?	0	2	4
3. Derslerinden geri kalmamakta zorluk çeker misin?	0	2	4
4. Kendini iyi hissetmediğin için okula gidemediğin olur mu?	0	2	4
5. Doktora ya da hastaneye gittiğin için okula gidemediğin olur mu?	0	2	4

Bu durum senin için ne kadar sorun oluřturuyor?

Hiçbir zaman

Bazen

Sıklıkla



ÇDŞG – ŞY Cevap Anahtarı

1.Çökkün duygudurum	—	—	—	1.Dikkat sürdürme	—	—	—
2.Huzursuzluk ve öfke	—	—	—	2.İlgi dağılması	—	—	—
3.Keyif alamama	—	—	—	3.Oturamama	—	—	—
a.Ölüm düşüncesi	—	—	—	4.Dürtüsellik	—	—	—
b.İntihar düşüncesi	—	—	—	1.Kendini kaybetme	—	—	—
c.İntihar girişim	—	—	—	2.Yetişkinle tartışma	—	—	—
d.İntihar eylemi	—	—	—	3.Karşı gelme	—	—	—
e.Fiziksel zarar	—	—	—	1.Yalan	—	—	—
1.Taşkın duygu	—	—	—	2.Okul kaçma	—	—	—
2.Uyku azalması	—	—	—	3.Kavga	—	—	—
3.Etkinlik artışı	—	—	—	4.Zorbalık	—	—	—
4.Fikir uçuşması	—	—	—	5.Çalma	—	—	—
1.Varsanı	—	—	—	1.Motor tik	—	—	—
2.Sanrı	—	—	—	2.Sesli tik	—	—	—
1.Panik ataklar	—	—	—	1.a.Sigara kullanım	—	—	—
1.Ayrılığa yol açacak olay	—	—	—	1.b.Tütün	—	—	—
2.A/B ya zarar gelecek	—	—	—	2.Miktar	a	—	b
3.Okul reddi	—	—	—	Yaş ilk kullanım	—	—	—
4.Yalnız yatamama	—	—	—	3.Düzenli kullanım yaşı	—	—	—
5.Evde yalnız kalamama	—	—	—	4.Bırakma girişim	—	—	—
1.İlişki kısıtlama	—	—	—	5.Bırakma	—	—	—
2.Toplumsal durumlardan korkma	—	—	—	6.Kaç ay	—	—	—
3.Tanıdıklarla ilişki	—	—	—	1.a.Alkol düzenli kullanım yaşı	—	—	—
4. süre	—	—	—	1.b.Haftada 2, 4 kez	—	—	—
5.a.Sosyal bozuk ilişki	—	—	—	1.Miktar	—	—	—
5.b.Ailede bozuk	—	—	—	2.Sıklık	—	—	—
5.c.Okulda bozuk	—	—	—	3.Başkalarının tepkisi	—	—	—
5.d. Anksiyete, tepinme	—	—	—	1.Madde kullanım a	—	—	b
5.e. Kaçınma	—	—	—	d	—	—	e
6.Tetikleyici	—	—	—	f	—	—	g
7.DSM-III-R	—	—	—	h	—	—	I
8.DSM-IV	—	—	—	j	—	—	—
1.Sıkıntı	—	—	—	2.Sıklık a	—	—	b
2.Kaçınma	—	—	—	c	—	—	—
1.Gelecek endişesi	—	—	—	d	—	—	e
2.Somatik yakınma	—	—	—	f	—	—	g
3.Aşırı duyarlılık	—	—	—	h	—	—	I
4.Gerilim hissi	—	—	—	j	—	—	—
1.Kompulsiyon	—	—	—	1.Travma a	—	—	b
2.Obsesyon	—	—	—	c	—	—	d
1.a.İşeme gece	—	—	—	e	—	—	f
1.b.Gündüz	—	—	—	g	—	—	h
1.c.Toplam	—	—	—	I	—	—	—
2.Sıkıntı vermesi	—	—	—	j	—	—	—
3.Bozucu etki	—	—	—	1.Yineleyici düşünce	—	—	—
4.Süre	—	—	—	2.Kaçınma	—	—	—
5.a.DSM-III-R	—	—	—	3.Kabus	—	—	—
5.b.DSM-IV	—	—	—	4.Uyku uyuyamama	—	—	—
1.a.Kaka kaçırmaya gece	—	—	—	5.Öfke, huzursuzluk	—	—	—
1.b.Gündüz	—	—	—	1.Tekrarlayan oyun	—	—	—
1.c.Toplam	—	—	—	2.Disosiyatif atak	—	—	—
2.Sıkıntı	—	—	—	a.	—	—	b.
3.Bozucu etki	—	—	—	c.	—	—	—
4. Süre	—	—	—	3.Sıkıntı	—	—	—
5.a.DSM-III-R	—	—	—	4.Kaçınma	—	—	—
5.b.DSM-IV	—	—	—	5.Hatırlayamama	—	—	—
1.Şişmanlık korkusu	—	—	—	6.İlgide azalma	—	—	—
2.Aşırı zayıflama	—	—	—	7.Yabancılaşma	—	—	—
1.Kilo verme yolları a	—	—	—	8.Kısıtlı duygulanım	—	—	—
b	—	—	—	9.Olumsuz bakış	—	—	—
d	—	—	—	10.Dikkat güçlüğü	—	—	—
e	—	—	—	11.Hipervijilans	—	—	—
f	—	—	—	12.İrkilme	—	—	—
g	—	—	—	13.Fizyolojik tepki	—	—	—
2.Yeme atağı	—	—	—	14.İşlevsellik	—	—	—
	—	—	—	a.	—	—	b.
	—	—	—	c.	—	—	—
	—	—	—	15.Süre	—	—	—
	—	—	—	16.a.DSM-III-R	—	—	—
	—	—	—	b.DSM-IV	—	—	—
	—	—	—	17.Akut stres bozuk	—	—	—

GDÖ

- 1.Şimdiki
2.Geçmiş en kötü
3.Geçmiş en iyi

DEPRESYON (Ek 1)

- 1.Çökkün duygudurum
2.Disforik duygudurum
3.Değişiklik
4.a.Uykuya dalmakta güçlük
b.Blünme
c.Erken uyanma
d.Uyku düzeni bozukluğu
e.Dinlendirmeyen uyku
f.Fazla uyuma
5.Enerji azlığı
6.a.Düşüncede yavaşlama
b.Kararsızlık
7.a.İştah azalması
b.Kilo kaybı
c.Artmış iştah
d.Kilo alma
8.a.Ajitasyon
b.Psikomotor yavaşlama
9.a.Değersizlik hissi
b.Suçluluk duygusu
10.Çaresizlik, karamsarlık
11.Reddedilme duyarlılığı

Diğer kriterler

- 1.Tetikleyici
2.Mens ile belirtiler
3.a.Sosyal
b.Aile
c.Okul
4.MDB
5.a.DSM-III-R
b.DSM-IV
6.Mevsimsel
7.Atipik depresyon
8.Psikotik MDB
9.Şizoafektif-Dep
10.Distimi
11.Distimi primer
12.Distimi sekonder
13.BTA-DB
14.Deprime uyum bozukluğu

MANİ (Ek 1)

- 1.Büyüklük
2.Basıncı konuşma
3.Yargılama zayıflığı
4.Dikkat dağınıklığı
5.Fiziksel huzursuzluk
6.Alkol, madde etkisi
7.Süresi
8.İşlevsellikte bozulma
a.Sosyal
b.Ailesiyle
c.Okulda
d.Hastanede yatma
e.Diğer
9.a.DSM-III-R
b.DSM-IV
10.a.Manik-BB
b.Depresyon-BB

- c.Karışık-BB
d.Hızlı döngülü

- 11.a.DSM-III-R
b.DSM-IV
12.Siklotimi
13.BB-BTA
14.Şizoafektif-manik

PSİKOZ (Ek 2)**Varsanılar**

- 1.a.Sözel olmayan
1.b.Komut veren
1.c.Yorum yapan
1.d.Birbiriyle konuşan
1.e.Sesli düşünce
1.f.Diğer sözler
2.a.Kafa içi
2.b.Dışarıdan
2.c.Her ikisi
3.Görsel
4.Dokunma
5.Koku
6.Yanılsama
7.Kültürel kabul
8.Süre
9.DB ile birlikte
10.Travma ile birlikte
11.Madde/organik ile birlikte
12.Tetikleyici
13.Süre>1 hafta

Sanrılar

- 1.Büyüklük
2.Suçluluk
3.Kontrol edilme
4.Bedensel
4.a.Yalnızca duygulanım atağı
5.Nihilizm
6.Düşünce yayınlanma
7.Düşünce sokulma
8.Düşünce çalınma
9.Mesaj alma
10.Zarar görme
11.Düşünce okunma
12.Referans
13.Diğer
14.Ailesel
15.Birden fazla
16.MDB ya da mani
17.Madde/tıbbi hastalık
18.Çökkün/ kabarmış duygulanım
19.Tetikleyici
20.Süre>1 hafta

Diğer psikotik belirtiler

- 1.a.Künt duygulanım
b.Uyumsuz duygulanım
2.a.Enkoherans
b.Çağırışım çözülmesi
3.Katatoni

İşlevsellik

- 1.okul
2.akran
3.aile
4.öz bakım
1.Seyir a.Subkronik
b.Kronik

- c.Akut-subkronik _____
 d.Akut-kronik _____
 e.Remisyon _____
 2.Eşlik eden özellikler _____

- 1.Prognostik özellikler a. _____ b. _____ c. _____
 2.Prognoz a.İyi _____ b.Orta _____
 c.Kötü _____

PANİK (Ek 3)

- 1.Dispne _____
 2.Başdönmesi _____
 3.Çarpıntı _____
 4.Titrement _____
 5.Terleme _____
 6.Boğulma hissi _____
 7.Bulantı _____
 8.Depersonalizasyon _____
 9.Karınalanma _____
 10.Ürperme,ateş basması _____
 11.Göğüs ağrısı _____
 12.Ölüm korkusu _____
 13.Kontrol kaybetme korkusu _____

Diğer kriterler

- 14.Uyaran _____
 15.Beklenmeyen atak _____
 16.En az belirti _____
 17.Atak sıklığı _____
 18.Atak korkusu _____
 19.Başlangıç _____
 20.Agorofobi _____
 21.a.Sosyal _____
 b.Aile _____
 c.Okul _____
 22.a.DSM-III-R _____
 b.DSM-IV _____
 23.Sınırlı belirti _____

AYRILIK KAYGISI (Ek 3)

- 1.Kabuslar _____
 2.Fiziksel belirtiler _____
 3.Ayrılık beklentisi ile sıkıntı _____
 4.Ayrılıkta aşırı sıkıntı _____
 5.Süre (en az 2 hafta) _____
 6.Bozulma a.Sosyal _____
 b.Aile _____
 c.Okul _____

- 7.Tetikleyici _____
 8.DSM-III-R _____
 DSM-IV _____

FOBİ (Ek 3)

- 1.Fobik uyaran _____
 a.Yükseklik _____
 b.Karanlık _____
 c.kan _____
 d.köpek _____
 e.diğer hayvanlar _____
 f.böcek _____
 g.evin dışında yalnız _____
 h.kalabalık _____
 i.açık alan _____
 j.yolculuk _____
 k.asansör _____
 l.diğer kapalı alan _____
 m.köprü _____

- n.diğer _____

- 2.Korkunun aşırılığı _____
 3.Süre (6 ay ve üstü) _____
 4.Bozulma a.Sosyal _____
 b.Aile _____
 c.Okul _____

- 5.Tetikleyici _____
 6.a. DSM-III-R _____
 b. DSM-IV _____

- 7.a.Hayvan tipi _____
 b.Doğal çevre tipi _____
 c.Kan _____
 d.Durumsal tip _____
 e.Diğer tip _____

- 8.Agorafobi _____
 9.Agorafobili panik _____

YAYGIN ANKSİYETE (Ek 3)

- 1.Geçmiş davranış _____
 2.Yeterlilik _____
 3.Rahatlatılma _____
 4.Endişeleri kontrol _____
 5.a.Ağrı _____
 b.Huzursuzluk _____
 c.Kolay yorulma _____
 d.huzursuzluk _____
 e.dikkat _____
 f.uyku _____
 g.tedirginlik _____

- 6.Süre _____

- 7.a.Sosyal _____
 b.Aile _____
 c.Okul _____

- 8.Tetikleyici _____

- 9.DSM-III-R _____

10. DSM-IV _____

OKB (Ek 3)

- Kompulsiyonlar _____

- 1.a.Dokunma _____

- 1.b.Sayma _____

- 1.c.Temizleme _____

- 1.d.Kontrol etme _____

- 1.e.Toplama _____

- 1.f.Sıralama _____

- 1.g.Planlama _____

- 1.h.Yineleme _____

- 1.i.Diğer _____

- 2.Amaç _____

- 3.Algılanma _____

- 4.Zaman harcama _____

- 5.a.Sosyal _____

- 5.b.Aile _____

- 5.c.Okul _____

- 5.d.Aşırı sıkıntı _____

- Obsesyonlar _____

- 1.a.Bulaşma,somatik _____

- 1.b.Saldırgan düşünce _____

- 1.c.Hihilitik düşünce _____

- 1.d.Simetri _____

- 1.e.Anlamsız ses _____

- 1.f.Cinsel _____

- 1.g.Biriktirme _____

- 1.h.Dinsel _____

- 1.i.Diğer _____

2. Anlamsız düşünce
3. Baskılama
4. Kaynak
5. Zaman harcama
- 6.a. Sosyal
- 6.b. Aile
- 6.c. Okul
- 6.d. Aşırı sıkıntı
7. DSM-III-R

8. DSM-IV

ADHD (E k 4)

1. Dikkatsizlik hata
2. Dinlemez
3. Yönergeleri izleyemez
4. İşleri düzenleyemez
5. Kaçınır
6. Kaybeder
7. Unutkandır
8. Yerinde duramaz
9. Çok koşar
10. Motor gibidir
11. Sessizce oynayamaz
12. Söz hakkı bekleyemez
13. Sırasını bekleyemez
14. Söz keser
15. Etkinlik değiştirir
16. Fazla konuşur
17. Tehlikeli işlere girer
18. Süre
19. Başlangıç yaşı
20. a. Sosyal
- b. Aile
- c. Okul
21. (DSM-III-R)
22. (DSM-IV)
23. Dikkatsizlik
24. Hareketlilik
25. Bileşik
26. BTA

KARŞI GELME BOZUKLUĞU (E k 4)

1. Kolay kızar
2. Öfkeli
3. Kinci
4. Küfür
5. Bilerek kızdırır
6. Başkasını suçlar
7. Süre
- 8.a. Sosyal
- b. Aile
- c. Okul
9. Tetikleyici
10. a. DSM-III-R
- b. DSM-IV

DAVRANIM BOZUKLUĞU (Ek 4)

1. Vandalizm
2. Zorla giriş
3. Hırsızlık
4. Yangın
5. Gece dışarda
6. Evden kaçma
7. Silah
8. Eziyet
9. Cinsel zorlama

10. Hayvanlara eziyet
- 11.a. Soyal
- b. Aile
- c. Okul
12. Süre
13. Grup tipi
14. Tek başına
15. Ayrışmamış
16. Çocukluk başlangıçlı
17. Ergenlik başlangıçlı
18. DSM-III-R
- DSM – IV

On yaş altı başlayan

On yaş üstü başlayan

Hafif belirtiler

Orta şiddette

Ciddi belirtiler

ALKOL KULLANIMI (Ek 5)

1. Sıklık
2. Miktar
3. Çok içme
4. Fiziksel
5. Tehlikeli davranış
6. Psikolojik
7. Mesleki
8. Sosyal
9. Yasal
10. Sarhoş
11. Etkinliklerin azaltılması
12. Zaman harcama
13. Tolerans
14. Bırakma
15. Çekilme
16. Çekilme alkol
17. Süre
18. Kötüye kullanma
- a. DSM-III-R
- b. DSM-IV
19. Alkol bağımlılığı
- a. DSM-III-R
- b. DSM-IV

MADDE KULLANIMI (Ek 5)

1. Sıklık (a,b,c,d,e,f,g,h,j,i)
2. Fazla (a,b,c,d,e,f,g,h,j,i)
3. Fiziksel (a,b,c,d,e,f,g,h,j,i)
4. Tehlikeli (a,b,c,d,e,f,g,h,j,i)
5. Psikolojik (a,b,c,d,e,f,g,h,j,i)
6. Mesleki (a,b,c,d,e,f,g,h,j,i)
7. Sosyal (a,b,c,d,e,f,g,h,j,i)
8. Yasal (a,b,c,d,e,f,g,h,j,i)
9. Sarhoş (a,b,c,d,e,f,g,h,j,i)
10. Etkinlik (a,b,c,d,e,f,g,h,j,i)
11. Zaman (a,b,c,d,e,f,g,h,j,i)
12. Tolerans (a,b,c,d,e,f,g,h,j,i)
13. Bırakma (a,b,c,d,e,f,g,h,j,i)
14. Çekilme (a,b,c,d,e,f,g,h,j,i)
15. Çekil. madde (a,b,c,d,e,f,g,h,j,i)
16. Süre (a,b,c,d,e,f,g,h,j,i)
18. Kötüye kullanma (a,b,c,d,e,f,g,h,j,i)
- a. DSM-III-R
- b. DSM-IV
19. Madde bağımlılığı (a,b,c,d,e,f,g,h,j,i)
- a. DSM-III-R
- b. DSM-IV

ANOREKSİYA NERVOZA (Ek 5)

- | | | | |
|-------------------------|-----|-----|-----|
| 1. Beden imgesi | ___ | ___ | ___ |
| 2. Amenore | ___ | ___ | ___ |
| 3. DSM-III-R ve DSM-IV | ___ | ___ | ___ |
| Kısıtlayıcı tip | ___ | ___ | ___ |
| Tıkanircasına yeme tipi | ___ | ___ | ___ |

BULİMİYA

- | | | | |
|------------------|-----|-----|-----|
| 1. Kontrol kaybı | ___ | ___ | ___ |
| 2. Kiloyla uğraş | ___ | ___ | ___ |
| 3. Süre | ___ | ___ | ___ |
| 4. a. DSM-III-R | ___ | ___ | ___ |
| b. DSM-IV | ___ | ___ | ___ |

TİK BOZUKLUĞU (Ek 5)**Basit motor**

- | | | | |
|-----------------|-----|-----|-----|
| 1. Göz kırpması | ___ | ___ | ___ |
| 2. Yüz | ___ | ___ | ___ |
| 3. Kafa | ___ | ___ | ___ |
| 4. Omuz | ___ | ___ | ___ |
| 5. Kol | ___ | ___ | ___ |
| 6. Karın | ___ | ___ | ___ |
| 7. Bacak | ___ | ___ | ___ |
| 8. Diğer | ___ | ___ | ___ |

Karmaşık motor

- | | | | |
|-------------------|-----|-----|-----|
| 1. Dokunma, vurma | ___ | ___ | ___ |
| 2. Zıplama, dönme | ___ | ___ | ___ |
| 3. Ekokinezi | ___ | ___ | ___ |
| 4. Kendine zarar | ___ | ___ | ___ |
| 5. Diğer | ___ | ___ | ___ |

Basit ses

- | | | | |
|------------------------|-----|-----|-----|
| 1. Burun, öksür, boğaz | ___ | ___ | ___ |
| 2. Horlama | ___ | ___ | ___ |
| 3. Diğer | ___ | ___ | ___ |

Karmaşık ses

- | | | | |
|-------------------------|-----|-----|-----|
| 1. Kendi sözcük yinleme | ___ | ___ | ___ |
| 2. Başka sözcük yinleme | ___ | ___ | ___ |
| 3. Kaprolali | ___ | ___ | ___ |
| 4. Hakaret | ___ | ___ | ___ |
| 5. Diğer | ___ | ___ | ___ |
| 6. a. Sosyal | ___ | ___ | ___ |
| b. Aile | ___ | ___ | ___ |
| c. Okul | ___ | ___ | ___ |
| 7. Tourette | ___ | ___ | ___ |
| a. DSM-III-R | ___ | ___ | ___ |
| b. DSM-IV | ___ | ___ | ___ |
| 8. Kronik Tik Boz. | ___ | ___ | ___ |
| a. DSM-III-R | ___ | ___ | ___ |
| b. DSM-IV | ___ | ___ | ___ |
| 9. Geçici Tik Boz. | ___ | ___ | ___ |
| a. DSM-III-R | ___ | ___ | ___ |
| b. DSM-IV | ___ | ___ | ___ |

VIII. ÖZGEÇMİŞ

Dr. Hilal ADALETLİ

KİŞİSEL BİLGİLER

Adres: Melek Hatun Mah. Lalezade sok. Öztürk Sitesi B Blok D:11
Fatih, İstanbul.
Tel :0533 7495004
e-mail: hilaldr2@yahoo.com
Doğum Tarihi ve Yeri: 14/01/1978, Artvin
Medeni Hali: Evli
Yabancı Dil: İngilizce

EĞİTİM

1984-1989 Hekimoğlu Alipaşa İlköğretim Okulu, İstanbul
1989-1992 60. Yıl Sarıgazi İlköğretim Okulu, İstanbul
1992-1995 Mehmetçik Lisesi, İstanbul
1995-2001 Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Bursa

29/12/2003 tarihinden itibaren Çocuk Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda tıpta uzmanlık eğitimimi sürdürmekteyim.

ÜYE OLDUĞU DERNEKLER

Türk Psikiyatri Derneği
Çocuk Ve Gençlik Ruh Sağlığı Derneği