

# Kronik Hastalığı Olan Çocuklar, Anne ve Babalarındaki Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri

Fevziye TOROS\*, Şenel TOT\*, Öznur DÜZOVALI\*\*

## ÖZET

Kronik hastalıklar çocukluk çağında yaygın olarak görülmekte ve gün geçtikçe görülme sıklığı artmaktadır. Genellikle, çocuklardaki kronik hastalık tanısı ve tedavisi çocuk ve anne-babalarda önemli psikososyal sorunlara yol açmaktadır. Bu çalışmada, tüm çocukların ve anne-babalarının depresyon ve anksiyete düzeylerini, ruhsal bozukluk sıklığını belirlemek, anne-babaların yaş ve eğitim düzeyleri ile çocuklar ve anne-babaların depresyon ve anksiyete düzeyleri arasındaki ilişkileri saptamak amaçlanmıştır.

Yaşları 9-17 arasında olan 61 çocuk ve ergen (20 kız, 41 erkek) ve bu çocukların anne-babaları çalışmaya alındı. Çalışmadaki olgular üç gruba bölündü: Kanser hastalığı olan çocuklar ve anne-babaları Grup 1, kanser hastalığı dışında kronik hastalığı olan çocuklar ve anne-babaları Grup 2 ve herhangi bir kronik hastalığı olmayan çocuklar ve anne-babaları Grup 3 olarak değerlendirildi. Sosyodemografik özellikler standart sosyodemografik veri toplama formu kullanılarak toplandı. Tüm anne-babalara Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ve Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) uygulandı. Ayrıca tüm çocuklara Çocuklar için Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), durumluk ve sürekli kaygı ölçekleri (ÇDSKÖ) uygulandı.

Grup 1'deki depresyon düzeyleri Grup 2 ve 3'den daha yüksekti ( $p=.023$ ,  $p=.000$ ). Grup 1'de ÇDKÖ Grup 3'den ( $p=.000$ ), Grup 2'de ÇDKÖ Grup 3'den ( $p=.022$ ) daha yüksekti. Grup 1'de ÇSKÖ Grup 3'den ( $p=.004$ ), Grup 2'de Grup 3'den daha yüksekti ( $p=.046$ ). Grup 1'deki annelerde de depresyon ve anksiyete düzeyleri Grup 2 ve 3'deki annelerden daha yüksekti ( $p=.012$ ,  $p=.000$ ). Grup 1'deki babaların depresyon düzeyleri Grup 3'den

( $p=.02$ ), Grup 2'deki babaların Grup 3'dekilerden daha yüksekti ( $p=.000$ ).

Kronik hastalığı olan çocuklar ve anne-babaları, sağlıklı çocuklar ve sağlıklı çocukların anne-babalarına göre daha yüksek depresyon ve anksiyete düzeylerine sahiptiler.

**Anahtar Sözcükler:** Çocukluk çağı kanser hastalığı, kronik hastalık, anne-babalar, anksiyete, depresyon.

KLİNİK PSİKİYATRİ 2002;5:240-247

## SUMMARY

### Depression and Anxiety Levels of Parents and Children with Chronic Illness

Childhood chronic diseases are common, and their prevalence is increasing. Generally, the diagnosis and treatment of chronic illness in a child is accompanied by major psychosocial disturbances in both a child and family members. The aims of this study were to determine depression and anxiety levels, frequency of psychiatric disorders of all children and their parents, and to investigate correlations between age and education levels of parents and depression and anxiety levels of parents and children.

61 children and adolescents aged between 9-17 (20 girls, 41 boys) and their parents participated in this study. Participants were divided to three groups: Parents and children with cancer illness (Group 1), parents and children with chronic illness except cancer (Group 2), parents and children without any chronic illness (Group 3). Socio-demographic characteristics were gathered using standard socio-demographic form. Beck Depression Inventory (DBI), Beck Anxiety Inventory (BAI) were administered to all parents. And also, Beck Depression Inventory for Children (BDIC), State (SAI) and Trait Anxiety Inventory for Children (TAI) were administered to all children.

\* Yrd. Doç. Dr., Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, \*\* Doç. Dr., Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, MERSİN

*BDIC in Group 1 was higher than Group 2 and 3 ( $p=.023$ ,  $p=.000$ ), SAI in Group 1 was higher than Group 3 ( $p=.000$ ), and in Group 2 had higher SAI than Group 3 ( $p=.022$ ). TAI in Group 1 was higher than Group 3 ( $p=.004$ ), children in Group 2 had higher TAI than children in Group 3 ( $p=.046$ ). Mothers in Group 1 had higher scores of BDI and BAI than mothers in Group 2 and 3 ( $p=.012$ ,  $p=.000$ ). Fathers in Group 1 had higher BDI than fathers in Group 3 ( $p=.02$ ), and fathers in Group 2 had higher depression level than Group 3 ( $p=.000$ ).*

*Children with chronic illness and their parents were found to have higher level of depression and anxiety than children without chronic illness and their parents.*

**Key Words:** *Childhood cancer, chronic illness, parents, anxiety, depression.*

## GİRİŞ

Kanser ve diğer önemli kronik hastalıklar çocukta fiziksel ve ruhsal açıdan zorlanmalara yol açarken hem ekonomik hem de ruhsal açıdan ailenin tüm bireylerini etkileyebilmekte ciddi uyum sorunlarına ve ruhsal bozukluklara neden olabilmektedir (Ekşi ve ark. 1995, Dongen-Melman 1997). Çocukluk çağında çocuk hastalıkları polikliniğine başvuran çocuklarda kanser, şeker hastalığı, böbrek hastalıkları, doğumsal anomaliler gibi kronik hastalıkların yaygınlığının %15-50 arasında olduğu bildirilmektedir (Baysal 1996, Martin ve Nisa 1997, Westbom 1992).

Kronik hastalığı olan çocuklarda hastalığın alevlenme evreleri sıklıkla uzadıkça, hastalık ilerledikçe, çocukların ölümle ilgili korku ve kaygıları artmaktadır. Ölümcül hastalığa ilişkin ortaya çıkan duygusal tepkiler arasında gelecek kaygısı, çaresizlik, depresyon, öfke ve ölüm korkusu en önde gelenlerdir (Gökler 1996, Van Dongen Melman ve Sander Woudstra 1986). Kronik hastalığı olan çocuklarda ruhsal sorunların gelişmesi için çocukların öz anne-babayla yaşayamıyor olması, erkek olması, düşük sosyoekonomik düzey, anne eğitiminin düşük olması, anne yaşının genç olması risk faktörleri olarak bildirilmiştir (Gortmaker ve ark. 1990). Gortmaker ve arkadaşları (1990) kronik hastalığı olan ergenlerin %10'unda sosyal geri çekilme, saldırganlık gibi davranış problemleri yaşandığını, depresyon, anksiyete düzeylerinin daha yüksek olduğunu ve kronik hastalığı olan çocuklarda olmayanlara göre 1.55 kat daha sık ruhsal bozukluk görüldüğünü belirtmişlerdir.

Araştırmalarda kanser hastalığı olan çocuklardaki anksiyete seviyesini ağırlı ve invaziv yöntemle uygulanan tıbbi girişimlerin (kemik iliği aspirasyonu gibi)

ve kemoterapinin arttırabileceği bildirilmiştir (Tyc ve ark. 1993, Jay ve ark. 1983). Anne-babaların stres düzeyi ile çocukların stres düzeyi arasında pozitif ilişki olduğu da bulunmuştur (Bloom 1977, DuHamel ve ark. 1999).

Kanser ve diğer kronik hastalığı olan çocuklarda ve anne-babalarında depresyon ve anksiyete düzeylerinin arttığını bildiren çalışmalar bulunmaktadır. Dongen-Melman (2000), kronik hastalığı olan çocukların ailesinde ruhsal olarak en çok etkilenenlerin hasta çocuklar, anne-babaları ve kardeşleri olduğunu bildirmiştir. Brown ve arkadaşları (1993) lösemili çocuğu olan annelerin 1/3'ünde DSM-III-R tanı ölçütlerine göre en az bir ruhsal bozukluk olduğunu bildirmişlerdir. Kupst ve Schulman (1988) da evlilik uyumu iyi ise, aile desteği var ise ve düşük sosyoekonomik düzey gibi stres faktörleri yoksa kronik hastalığı olan çocuğa sahip annelerde daha az ruhsal sorun görüldüğünü bildirmiştir.

Biz bu çalışmada öncelikle kanser tanısı almış olan çocuk ve anne-babaların depresyon ve anksiyete düzeylerinin diğer kronik hastalık tanısı almış ve herhangi bir kronik hastalık tanısı almamış sağlıklı çocuk ve anne-babalarındaki depresyon ve anksiyete düzeylerinden daha yüksek olup olmadığını belirlemeyi amaçladık. Ayrıca çocuklar ve anne-babalardaki ruhsal bozukluk tanı sıklığını belirlemeyi, depresyon ve anksiyete düzeylerinin karşılıklı ilişkisini araştırmayı hedefledik. Diğer amacımız ise anne-babaların yaşları ve eğitim düzeyleri ile çocuklardaki ve anne-babalardaki depresyon ve anksiyete düzeyleri arasında herhangi bir ilişki olup olmadığını ortaya koymaktı.

## GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışmaya Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi çocuk hastalıkları servisinde 2001 Ağustos-2002 Nisan tarihleri arasında yatarak tedavi gören ve kanser hastalığı olan 21 (Grup 1), kanser hastalığı dışında kronik hastalığı olan 21 (Grup 2) ve herhangi bir kronik hastalığı olmayan 19 (Grup 3) 9 -17 yaşlarındaki çocuk ve ergen hasta (toplam 19 kız, 42 erkek) ve anne-babaları alınmıştır. Verilen testlerdeki soruların doğru şekilde algılanabilmesi için çalışmaya sadece 9 yaş ve üzerindeki çocuk ve ergenler alındı. Grup 3'deki 19 çocuk ve ergen hastane personelinin çocuklarından oluşturuldu. Grup 1 ve 2'deki çocuk ve ergenlere serviste yattıkları süre içinde, Grup 3'deki çocuklara çocuk psikiyatrisi polikliniğinde çocuklar için Beck

**Tablo 1. Gruplardaki çocukların, anne ve babalarının sosyodemografik özellikleri**

	Grup 1 (n=21)	Grup 2 (n=21)	Grup 3 (n=19)
<b>Çocuklar</b>			
Ortalama yaş±SS	11.45±2	11.8±2.6	11.2±2.2
Cinsiyet	5K, 16E	10K, 11E	4K,15E
Ruhsal bozukluk (n, %)	3 (%13)	5 (%25)	-
Hastalık süresi (ort. ay)	11.5±5.3	38±3.4	-
<b>Anneler</b>			
Ortalama yaş	36.5±5.5	38.7±6.9	38.5±4
Eğitim (yıl)	6.2±3.1	4.2±4.6	11.3±2.8
Ruhsal bozukluk (n, %)	5 (%23.8)	-	-
<b>Babalar</b>			
Ortalama yaş	39.7±5	42.2±8.7	39±1.3
Eğitim (yıl)	7.3±3.3	6.8±4.8	12±2.8
Ruhsal bozukluk (n)	1(%)	-	1(%)

Grup 1: Kanser hastalığı olanlar, Grup 2: Kanser dışında kronik hastalığı olanlar, Grup 3: Kronik hastalığı olmayanlar.

Depresyon Ölçeği (ÇDÖ), Çocuklar için Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği (ÇDSKÖ) uygulanmıştır. Kanser tanısı olan çocuklara ölçekler kemoterapiden önce, diğer çocuklara ise durumları stabil olduğu dönemlerde uygulanmıştır. Çalışma kapsamına alınan tüm anne-babalara Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ve Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) uygulanmıştır. Grup 1 ve 2'deki anne-babalar ölçekleri çocukları hastanede yatığı süre içinde, Grup 3'dekiler ise erişkin psikiyatrisi polikliniğinde doldurmuştur. Çocuklar ve anne-babalardaki ruhsal bozukluk tanı sıklığını belirlemek için DSM-IV-TR tanı ölçütleri kullanılmıştır (APA 2001). Olguların sosyodemografik verileri ise sosyodemografik veri toplama formu ile toplanmıştır.

#### Kullanılan Ölçekler ve Veri Toplama Formları:

**Çocuklar için Depresyon Ölçeği (ÇDÖ):** Kovacs (1981) tarafından Beck Depresyon Ölçeği esas alınarak hazırlanmış olan bir kendi kendini değerlendirme ölçeğidir. Kesim puanı 19 olarak önerilmektedir. Ölçeğin Türkiye için geçerlik güvenilirlik çalışması Öy (1991) tarafından yapılmıştır.

**Çocuklar için Durumluk - Sürekli Kaygı Ölçeği (ÇDSKÖ):** Spielberger (1973) tarafından geliştirilen, durumluk ve sürekli kaygıyı ölçen, yirmişer maddelik iki alt ölçekten oluşan bir öz bildirim ölçeğidir. Ülkemizde geçerlik ve güvenilirlik çalışması Özusta (1993) tarafından yapılmıştır.

**Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ):** Erişkinlerde depres-

yon riskini, depresif belirtilerin düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek üzere geliştirilmiştir (Beck 1961). Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Hisli (1989) tarafından yapılmış, ölçeğin kesme puanı 17 olarak belirlenmiştir.

**Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ):** Beck ve arkadaşları (1988) tarafından geliştirilen bireylerin yaşadığı anksiyete belirtilerinin sıklığının belirlenmesi amacıyla kullanılan kendini değerlendirme ölçeğidir. 21 maddeden oluşan, 0-3 arası puanlanan likert tipi bir ölçektir. Türkiye'de geçerlik ve güvenilirliği Ulusoy ve arkadaşları (1998) tarafından yapılmıştır.

**Sosyodemografik veri toplama formu:** İlk başvuruda görüşmeyi yapan doktor tarafından sosyodemografik verilerin, doğum öncesi, doğum ve hastalık öncesi özelliklerin sistemli olarak kaydedilmesi amacıyla Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi Anabilim Dalı tarafından geliştirilen bir formdur. Kliniğe başvuran tüm hastalar için doldurulmaktadır.

#### İstatistiksel Analiz:

İstatistiksel analizler için SPSS for windows 9.05 paket programı kullanıldı. Üç grubun karşılaştırılmasında non-parametrik testlerden Kruskal-Wallis varyans analizi kullanıldı. Kruskal-Wallis testine göre anlamlı bulunan farklar non-parametrik Post-Hoc testlerden biri olan Dunn testi ile belirlendi. Korelasyon analizinde ise non-parametrik testlerden Spearman test kullanıldı.

**Tablo 2. Üç gruptaki çocukların depresyon, durumluk ve sürekli kaygı ölçek puan ortalamaları ve gruplar arası farklılıklar**

	G1	G2	P	G1	G3	p	G2	G3	P	$\chi^2$
ÇDÖ	15.1±5.9	11±7.2	.023	15.1±5.9	6.1±2.9	.000	11±7.2	6.2±2.9	.015	19.985
ÇDKÖ	38±3.5	35.2±8.4	AD	38±3.5	29.5±3.9	.000	35.2±8.4	29.5±3.9	.022	19.394
ÇSKÖ	39.1±7.8	36.8±8.4	AD	39.1±7.8	32.3±6.4	.004	36.8±8.4	32.3±6.4	.046	8.338

Grup 1: Kanser hastalığı olanlar, Grup 2: Kanser dışında kronik hastalığı olanlar, Grup 3: Kronik hastalığı olmayanlar, AD (Anlamlı değil): p>.05.

**Tablo 3. Üç gruptaki anneler ve babaların Beck depresyon, Beck anksiyete ölçek puan ortalamaları ve gruplar arası farklılıklar**

	G 1	G2	P	G1	G 3	p	G2	G3	p	$\chi^2$
A.BDÖ	28.3±15	19.2±12.4	.012	28.3±15	7.3±5.1	.000	19.2±12.4	7.3±5.1	.000	29.415
A.BAÖ	24.5±12.9	12.1±7.9	.002	24.5±12.9	8.6±7.7	.000	12.1±7.9	8.6±7.7	.083	19.543
B.BDÖ	13.1±3.5	17.1±9.1	AD	13.1±3.5	7±4.7	.02	17.1±9.1	7±4.7	.000	15.931
B.BAÖ	7.6±6.2	8.5±6.4	AD	7.6±6.2	5.9±3.8	AD	8.5±6.4	5.9±3.8	AD	0.534

Grup 1: Kanser hastalığı olanlar, Grup 2: Kanser dışında kronik hastalığı olanlar, Grup 3: Kronik hastalığı olmayanlar, A.BDÖ: Anne Beck Depresyon Ölçeği, A.BAÖ: Anne Beck Anksiyete Ölçeği, B.BDÖ: Baba Beck Depresyon Ölçeği, B.BAÖ: Baba Beck Anksiyete Ölçeği, AD (anlamlı değil): p>.05.

## BULGULAR

Çalışmaya 9-17 yaşlarında toplam 61 çocuk ve ergen ile anne-babaları alınmıştır. Olguların 19'u kız, 42'si erkekti. Grup 1'de toplam 21, Grup 2'de toplam 21, Grup 3'te toplam 19 çocuk vardı. Olguların sosyodemografik özellikleri Tablo 1'de gösterilmiştir.

Grup 1'deki çocukların 14'ünde akut lenfoblastik lösemi (ALL), 4'ünde akut myeloblastik lösemi (AML), 1'inde Wilms tümörü, 1'inde pons gliomu, 1'inde de gastrik lenfoma vardı. Grup 2 ise şeker hastalığı, kronik böbrek yetmezliği, hemofili, talasemi major hastalığı olan çocuklardan oluşmaktaydı. Grup 1'deki çocukların tanısı konulduktan sonra geçirdikleri ortalama süre 11.5±1.2 ay, Grup 2'de ise 38±2.5 aydı.

Grup 1'deki annelerin 3'ünde major depresyon, 2'sinde anksiyete bozukluğu, 1 babada alkol bağımlılığı ve çocukların 3'ünde major depresyon vardı (Tablo 1).

Grup 2'deki anne-babalar ruhsal bozukluk tanısı almamışlardı. Ancak Grup 2'deki çocukların 3'ünde major depresyon, 1'inde kronik motor tik bozukluğu, 1'inde de anksiyete bozukluğu vardı (Tablo 1).

Gruplar arası çocukların depresyon ve anksiyete ölçek puanlarının karşılaştırılması Tablo 2'de gösterilmiştir.

Tüm gruplarda annelerdeki depresyon ve anksiyete

puanları babalarınkinden daha yüksekti. Anne-babalardaki gruplar arası depresyon ve anksiyete ölçek puanlarındaki farklılıklar Tablo 3'de gösterilmiştir.

Çalışmaya alınan tüm çocuklar değerlendirildiğinde; çocuklardaki depresyon ve anksiyete düzeyleri ile annelerdeki depresyon ve anksiyete düzeyleri arasında pozitif ilişki vardı. Ayrıca babaların depresyon düzeyi ile çocukların depresyon ve durumluk kaygı düzeyleri arasında; babaların anksiyete düzeyleri ile çocukların sürekli kaygı düzeyi ve hastalık süresi arasında pozitif ilişkiler vardı (Tablo 4). Parçalanmış ailelerde anne depresyon düzeyi parçalanmamış ailelerdeki annelerden daha yüksekti (p=0.013).

Baba eğitim düzeyi ile baba depresyon düzeyi arasında (p=0.007, r= - 0.340), anne eğitim düzeyi ile de anne depresyon düzeyi arasında negatif korelasyon vardı (p=0.018, r= - 0.308). Anne ve babanın yaşı arttıkça ÇSKE puanı düşüyordu (p=0.016, r= - 0.309, p=0.032, r= - 0.277).

## TARTIŞMA

Çalışmamızda kronik hastalığı olmayan çocuklarda herhangi bir ruhsal bozukluk tanısı yokken kanser hastalığı olan çocukların 3'ünde, kanser dışında kronik hastalığı olan çocukların da 5'inde ruhsal bozukluk tanısı vardı. Ruhsal bozukluk tanılarını genellikle

**Tablo 4. Anne-baba depresyon ve anksiyete ölçek puanları ile çocukların depresyon, anksiyete puanları, hastalık süresi arasındaki korelasyonlar**

	ANNE		BABA	
	BDÖ	BAÖ	BDÖ	BAÖ
ÇDÖ	AD	p: .000 r: .643	AD	AD
ÇDKÖ	p: .014 r: .315	p: .001 r: .425	AD	AD
ÇSKÖ	AD	p: .001 r: .425	AD	AD
Hastalık süresi	AD	AD	AD	p: .012 r: .383

AD (anlamli değil):  $p > .05$ , BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği, BAÖ: Beck Anksiyete Ölçeği.

depresyon ve anksiyete bozukluğunu içermektedir. Çocuklardaki depresyon ve anksiyete düzeylerine baktığımızda; her üç gruptaki çocuklarda en yüksek depresyon düzeyi kanser tanısı alan çocuklardaydı. Bunu sırasıyla kronik hastalık grubu ve kronik hastalığı olmayan çocuklar izlemekteydi. Genel olarak kanserli çocuklarda diğer kronik hastalığı olanlardan daha yüksek anksiyete düzeyi beklenmesine rağmen aralarında durumluk ve sürekli anksiyete düzeyleri açısından anlamlı farklılık saptanmadı. Ancak her iki grubun anksiyete düzeyleri kronik hastalığı olmayan çocuklara göre anlamlı düzeyde daha yüksekti (Tablo 2). Geçmişte yapılan pek çok çalışmada kanser de dahil olmak üzere kronik hastalığı olan çocuk ve ergenlerde daha fazla ruhsal sorun gözlemlendiği gösterilmiştir. Lewis ve arkadaşları (1988) kronik hastalığı olan çocuklarda yüksek kaygı düzeyi, depresyon, öfke nöbetleri gelişebildiğini bildirmiştir. 10-15 yaşlarında kronik hastalık bağımsızlığın kaybolması ve gelecekle ilgili planların bozulması şeklinde algılanır. Bu da anksiyete düzeyinin yükselmesine yol açabilir (Gökler 1996, Lewis ve ark. 1988, Westbom 1992).

Gortmarker ve arkadaşları (1990) kronik hastalığı olan ergenlerin %10'unda sosyal geri çekilme, saldırganlık gibi davranış problemleri yaşandığını, depresyon, anksiyete düzeylerinin daha yüksek ve ruhsal bozukluğun daha sık olduğunu belirtmişlerdir. Boekaerts ve Roder (1999) çocukluk çağındaki kronik hastalıklar ile ilgili yapılmış 200 çalışmayı gözden geçirmiş ve genel olarak çocukların okul başarısında, kendine güvenlerinde ve stres düzeylerinde sağlıklı çocuklara göre farklılık bulunmadığını ancak depres-

yon, sosyal geri çekilme gibi ruhsal problemlerin daha sık görüldüğünü bildirmişlerdir.

Mulhern ve arkadaşları (1988) ALL tanısı olan çocukların uzun dönemde %30-40'ının okulda sorunlar yaşadığını, kraniyal radyoterapi alanlarda okul problemlerinin kraniyal radyoterapi almayanlara göre 3-4 kat daha sık yaşandığını bildirmişlerdir. Genellikle ölümcül bir hastalık olarak algılanan kansere ilişkin ortaya çıkan duygusal tepkilerin gelecek kaygısı, çaresizlik, depresyon, öfke nöbetleri ve ölüm korkusu olduğu bildirilmiştir (Gökler 1996, Lewis ve ark. 1988, Chang 1991).

Zeltzer (1993) çocukluk çağında kanser hastalığı olan ergen ve genç erişkinlerde kanser öyküsü olmayan kontrol gruplarına göre major ruhsal sorunların daha sık bulunmadığını ancak yeniden kanser gelişeceği kaygısı, bedensel şikayetlerde artış, akademik başarıda düşüş gibi sorunların daha sık görüldüğünü, kızların ise ileride doğurganlık ve doğacak çocuklarının sağlıkları ile ilgili kaygıları olacağını belirtmiştir.

Çocuklardaki kanser hastalığının alevlenme evreleri sıklaşıp uzadıkça, hastalık ilerledikçe, çocukların ölümle ilgili korku ve kaygılarının arttığı bildirilmiştir (Gökler 1996). Çalışmamızda Grup 1'deki çocukların kanser tanısı konulduktan sonra geçirdikleri ortalama süre  $11.5 \pm 1.2$  ay, Grup 2'de ise  $38 \pm 2.5$  aydı. Grup 2'deki çocuklara tanı konma süresi daha uzundur. Bundan dolayı kanser hastalığı olan çocukların kaygı düzeyi kronik hastalığı olan çocuğa göre daha yüksek olamayabilir. Bununla birlikte kanser hastalığı olan çocuklarda ilerleyen zamanla birlikte tedavide yaşanan güçlükler ve tedavinin yan etkileri artmakta, ölüm ve gelecek kaygısı daha çok yaşanmakta, sonuçta anksiyete düzeylerinde daha çok artışlar saptanabilmektedir.

Araştırmalarda özellikle kanser hastalığı olan çocukların yanı sıra anne-babalarının kronik hastalığı olmayan anne-babalara göre daha sık depresyon ve anksiyete bozuklukları tanısı aldıkları vurgulanmıştır (Yeh ve ark. 2000, Davies ve ark. 1991, Dongen-Melman 2000). Brown ve arkadaşları (1993) lösemili çocuğu olan annelerin 1/3'ünde ruhsal bozukluk olduğunu bildirmiştir. Çalışmamızdaki annelerde DSM-IV-TR'ye göre saptanan ruhsal bozuklukların hepsi Grup 1'deki annelerdeydi (Tablo 1).

Çalışmamızda anne ve babalardaki farklılığa baktığımızda da annelerdeki depresyon ve anksiyete

düzeyle babalarınkinden daha yüksekti. Ayrıca Grup 1'deki annelerde depresyon ve anksiyete düzeyleri Grup 2 ve 3'e göre daha yüksekti. Babalara baktığımızda ise gruplar arasında anksiyete düzeyleri arasında anlamlı farklılık saptanamazken, babalardaki depresyon düzeyi Grup 1'deki babalarda daha yüksekti (Tablo 3). Bu sonuçlar bizim kültürel özelliklerimizi de gösterir niteliktedir. Bazı kültürlerde olduğu gibi bizim kültürümüzde de genellikle ailenin geçimi ile ilgili maddi sorumlulukları babalar üstlenirken anneler daha çok evde ve hastanede hasta çocukları ile kalmakta, hobileri ile uğraşamamakta, ev dışında iş ortamı babalara göre daha az olduğu gibi arkadaşlıkları de daha sınırlı olmakta ve gün boyu çocukların bakımını üstlenmek zorunda kalmaktadır. Bunun yanı sıra, babaların daha çok iş ortamında bulunması, ev dışında değişik uğraşlarının olması stres düzeylerini azaltmaya katkıda bulunmaktadır. Anneler ise özellikle kronik hastalığı olan çocuk ile uğraşır iken tükenmişliği, yetersizliği daha çok yaşamakta dolayısıyla depresyon ve anksiyete düzeyleri daha yüksek olabilmektedir.

Araştırmalarda anne-babanın anksiyete ve depresyon düzeylerinin yüksek ya da düşük oluşunda; evlilik uyumunun iyi olup olmaması, sosyoekonomik düzey, aile desteğinin olması, anne-babanın eğitim düzeyi, anne-babanın yaşı, çocuktaki hastalığın şiddeti, süresi ve ölümcül olup olmaması gibi çeşitli faktörlerin önemli olduğu vurgulanmıştır (Bloom 1977, DuHamel ve ark. 1999, Gortmaker ve ark. 1990).

Bizim örneklem grubumuzda da sosyodemografik veriler açısından anlamlı farklılıklar saptanmadı. Ancak, anne ve babanın yaşının küçülmesi ile çocuklardaki sürekli anksiyete düzeyi artmaktaydı. Buna genç yaşta anne-baba olma ile sorunları çözebilme kapasitesi ve güçlüklerle başa çıkabilme stratejilerindeki yetersizlikler yol açmış olabilir.

Bu araştırmada kanserli çocuklarda depresyon düzeyi diğer kronik hastalık tanısı olan ve kronik hastalığı olmayan çocuklara göre daha yüksek olarak saptandı. Benzer şekilde kanserli çocukların annelerindeki depresyon düzeyleri de diğer kronik hastalığı olan ve kronik hastalığı olmayan çocukların anne-babalarına göre daha yüksek düzeydeydi. Kanser toplumsal stigmatizasyonu diğer kronik hastalıklardan farklılık gösterir. Araştırmalar, kanserle ilgili tutumlar arasında karamsarlık ve çaresizliğin yaygın olduğunu, kanserin bir yıkım gibi algılandığını göstermektedir. Günümüzde ALL, Wilms tümörü gibi bazı kanser tür-

lerinde tedavi mümkün olabilmesine rağmen kanserin ölümlerle eş olduğu düşüncesi devam etmektedir. En az kanser kadar yaşam kalitesini düşüren ve öldürücü olabilen diğer bazı kronik hastalıklarda ise bu derecede olumsuz stigmatizasyon gözlenmemektedir (Özkan 1993, Noyan 2001). Kanser grubunda çocuk ve annelerde depresyon düzeylerinin diğer kronik hastalığı bulunanlardan yüksek olmasına, toplumun kanserle ilişkili olumsuz tutumları katkıda bulunuyor olabilir. Bununla birlikte çalışmamızda bu grup hastalar ve ailelerini etkileyebilecek diğer bazı parametrelerin gözden geçirilmemiş olması çalışmamızın önemli bir kısıtlılığıdır. Hastaların tedavi süreçlerine özgü zorluklar ve tedavinin alopesi, kaşeksi gibi dış görünümü de etkileyen komplikasyonları, tedavi maliyeti nedeniyle yaşanabilecek ekonomik güçlükler, sosyal destek sistemlerinin yeterli olup olmaması gibi parametreler de hasta çocuk ve ailesinin uyum kapasitesini zorlayabilecek araştırılmaya değer etkenlerdir.

Hasta çocukların anne babalarının eğitim düzeylerinin sağlıklı kontrollere göre düşük olması çalışmamızın verilerini etkileyen bir değişken olabilir. Eğitim düzeyindeki düşüklük, hastalıkla ilgili bilgi eksikliği, yanlış tutumlar ve sorun çözme kapasitesinde yetersizlikle ilişkili olarak hasta çocuklar ve anne babalarının anksiyete ve depresyon düzeyleri üzerinde rol oynamış olabilir.

Kanser hastalığı olan çocuklarda ve bu çocukların anne-babalarında stres düzeylerini azaltabilmek için çeşitli yöntemler uygulanmaktadır. Lewis ve arkadaşları (1988) kanser hastalığı olan çocukların genel durumunun hastadan ayrı bir ortamda tartışılması gerektiğini bildirmiştir. Wolfe ve arkadaşları da (2000) kanser hastalığı olan çocukların sadece %25'inin gidişinin ölümlerle sonuçlanacağını, bu nedenle hastalıkların gidişinin ölümlerle sonuçlanması ile ilgili kesin bir yorumun yapılmaması gerektiğini vurgulamıştır. Fritz ve Williams (1988) çocukluk çağında kanser hastalığı olan 52 çocuk ve anne-babasını tanı konduktan 2 yıl sonra psikososyal açıdan incelemiş, çocukların ve anne-babaların çoğunun önemli psikososyal sorunlar yaşamadığını ve tedavi sırasında yeterli ve uyumlu hasta-doktor-anne-baba ilişkisinin aile ve çocukların yaşayacağı ruhsal sorunlarda koruyucu rol oynayabileceğini vurgulamışlardır. Ayrıca, anneler-babalar-kardeşler ve kanser hastalığı olan çocuklar için grup terapilerinin özellikle duyguların paylaşımında, durumu kabullenme ve baş edebilme gücünü bulmada yararlı olduğu bildirilmiştir (Whitsett ve ark.

1999, Dongen-Melman 1997, Spinetta ve ark. 1999, Van Dongen Melman ve Naafs 1997).

Sonuç olarak, kronik hastalığı ve özellikle de kanser gibi ölümcül hastalığı olan çocukların ve ailelerinin tıbbi yardım sırasında stresle daha kolay baş edebilmeleri, hastalığa daha iyi uyum sağlayabilmeleri ve ruhsal açıdan en az düzeyde etkilenebilmeleri için hastanedeki bölümler arasında yeterli iletişim ve destek sağlanmalı, hasta ve hasta sahibi doğru şekilde bilgilendirilmeli ve tüm aileye gerekli psikiyatrik destek verilmelidir.

### KAYNAKLAR

Amerikan Psikiyatri Birliği (2001) Psikiyatride hastalıkların tanımlanması ve sınıflandırılması el kitabı, yeniden gözden geçirilmiş dördüncü baskı (DSM-IV-TR), American Psikiyatri Birliği, Washington DC, 2000 (Çev. E Köroğlu) Ankara, Hekimler Yayın Birliği.

Baysal B (1996) Kronik hastalıklar ve hastaneye yatış: Çocuk, aile ve tedavi ekibi. *Katki Pediatri Dergisi*, 5:912-924.

Beck AT, Epstein N, Brown G ve ark. (1988) An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *J Consult Clin Psychol*, 56:893-897.

Beck AT (1961) An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*, 4:561-571.

Bloom K (1977) Patterning of infant vocal behavior. *J Exp Child Psychol*, 23:367-377.

Boekaerts M, Roder I (1999) Stress, coping, and adjustment in children with a chronic disease: A review of the literature. *Disabil Rehabil*, 21:311-337.

Brown RT, Kaslow NJ, Madan-Swain A ve ark. (1993) Parental psychopathology and children's adjustment to leukemia. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 32:554-561.

Chang PN (1991) Psychosocial needs of long-term childhood cancer survivors: A review of Literature. *Pediatrician*, 18:20-24.

Davies WH, Noll RB, DeStefano L ve ark. (1991) Differences in the child-rearing practices of parents of children with cancer and controls: The perspectives of parents and professionals. *J Pediatr Psychol*, 16:295-296.

DuHamel KN, William HR, Vickberg MJ (1999) Behavioral interventions in the diagnosis, treatment and rehabilitation of children with cancer. *Acta Oncol*, 38:719-734.

Ekşi A, Molzan J, Savaşır I ve ark. (1995) Psychological adjustment of children with mild and moderately severe asthma. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 4:77-84.

Fritz GK, Williams JR (1988) Issues of adolescent development for survivors of childhood cancer. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 27:712-715.

Gortmaker SL, Walker DK, Weitzman M ve ark. (1990) Chronic conditions, socioeconomic risks, and behavioral problems in children and adolescents. *Pediatrics*, 85:267-276.

Çalışmamızdaki örneklem grubunda az sayıda çocukların olması, kronik hastalığı olan çocuklar ve ailelerinde yaşanan ruhsal sorunlar için kesin bir yorum yapmaya yeterli olmamakla birlikte bizlere kronik hastalığı olan çocuklar ve ailelerinin daha çok stres altında kaldığını düşündürmektedir. Daha geniş örneklem grupları ile daha detaylı sosyodemografik verilerin değerlendirilmesiyle yapılacak yeni çalışmalar bu konuya daha çok ışık tutacaktır.

Gökler B (1996) Ölümcül hastalık karşısında çocuk, aile ve hekim. *Katki Pediatri Dergisi*, 17:921-924.

Hisli N (1989) Beck Depresyon Envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliliği, güvenilirliği. *Psikoloji Dergisi*, 7:3-13.

Jay SM, Ozolins M, Elliott C ve ark. (1983) Assessment of children's distress during painful medical procedures. *J Health Psychol*, 2:133-147.

Kovacs (1981) Rating scale to assess depression in school aged children. *Acta Paedopsychiatr*, 46:305-315.

Kupst MJ, Schulman JL (1988) Long-term coping with pediatric leukemia: A six-year follow-up study. *J Pediatr Psychol*, 13:7-22.

Lewis C, Knopf D, Chastain-Lorber K ve ark. (1988) Patient, parent, and physician perspectives on pediatric oncology rounds. *J Pediatr*, 112:378-384.

Martin C, Nisa M (1997) Chronic disease in children. A cross-sectional perspective based on an analysis of the Australian Morbidity and Treatment Survey (AMTS) 1990-1991. *Aust Fam Physician*, 26:1049-1054.

Mulhern RK, Friedman AG, Stone PA (1988) Acute lymphoblastic leukemia Long-term psychological outcome. *Biomed Pharmacother*, 42:243-246.

Noyan A (2001) Kanserde stigmatizasyon. *Sosyal Psikiyatri Kongresi*, Kıbrıs.

Özkan S (1993) Psikiyatrik ve psikososyal açıdan kanser. *Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon-Liyezon Psikiyatrisi*. S Özkan (Ed), s. 153-175.

Özusta Ş (1993) Çocuklar için Durumluk-Süreklilik Kaygı Envanterinin uyarılama, geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Basılmamış Yüksek Lisans Tezi*, HÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

Öy B (1991) Çocuklar için depresyon ölçeği: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2:132-136.

Spielberger CD (1973) *Premilary Manual for the State-Trait Anxiety Inventory for Children*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.

Spinetta JJ, Jankovic M, Eden T ve ark. (1999) Guidelines for assistance to siblings of children with cancer: Report of the

SIOP working committee on psychosocial issues in pediatric oncology. *Med Pediatr Oncol*, 33:395-398.

Tyc VL, Mulhern RK, Fairclough D ve ark. (1993) Chemotherapy induced nausea and emesis in pediatric cancer patients: External validity of child and parent emesis ratings. *J Dev Behav Pediatr*, 14:236-241.

Ulusoy M, Şahin N, Erkman H (1998) Turkish version of The Beck Anxiety Inventory: Psychometric properties. *J Cogn Psychother: Int Quaterly*, 12:28-35.

Van Dongen-Melman JE, Sanders-Woudstra JA (1986) Psychosocial aspects of childhood cancer: A review of the literature. *J Child Psychol Psychiatry*, 27:145-180.

Van Dongen Melman JEW, Naafs MC (1997) Surviving childhood cancer, 'All's well that ends well !?'- An information booklet for parents after treatment ends. *Med Pediatr Oncol* 29:452 (abstract).

Van Dongen-Melman JE (1997) Information booklet for parents of children surviving cancer. *Leukemia*, 11:1799-1806.

Van Dongen-Melman V (2000) Developing psychosocial after-

care for children surviving cancer and their families. *Acta Oncol*, 39:23-31.

Westbom L (1992) Well-being of children with chronic illness. A population-based study in a Swedish primary care district. *Acta Paediatr*, 81:625-629.

Whitsett SF, Pelletier W, Scott-Lane L (1999) Meeting impossible psychosocial demands in pediatric oncology: Creative solutions to universal challenges. *Med Pediatr Oncol*, 32:289-291.

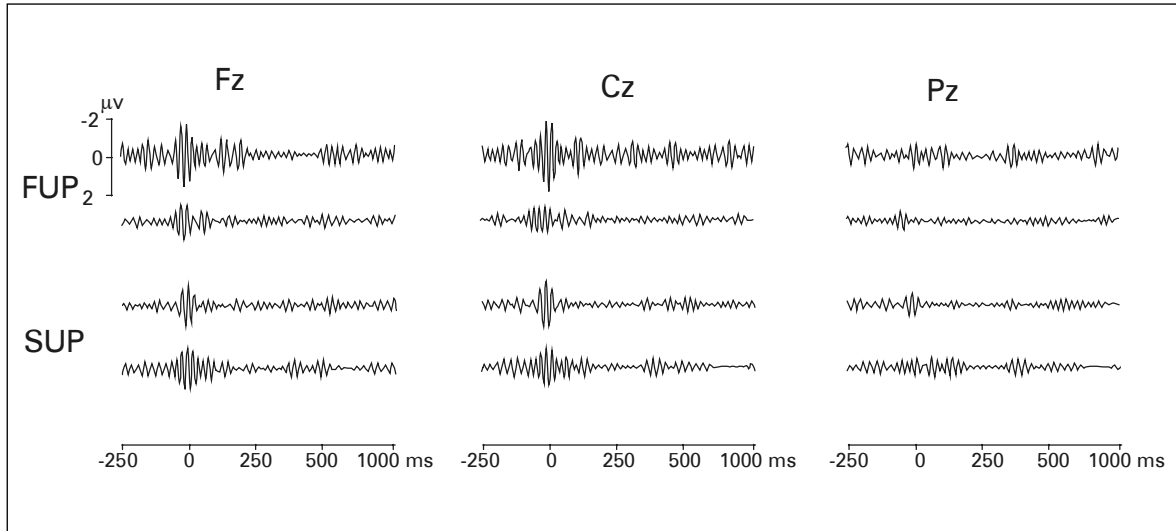
Wolfe J, Klar N, Grier HE ve ark. (2000) Understanding of prognosis among parents of children who died of cancer: Impact on treatment goals and integration of palliative care. *JAMA*, 284:2469-2475.

Yeh CH, Lee TT, Chen ML (2000) Adaptational process of parents of pediatric oncology patients. *Pediatr Hematol Oncol*, 17:119-131.

Zeltzer LK (1993) Cancer in adolescents and young adults psychosocial aspects. Long-term survivors. *Cancer*, 71(Suppl 10):3463-3468.

## DÜZELTME

Dergimizin 2002-3. sayısında sayfa 192'de yer alan "Sağlıklı Yaşlanmanın Nöroelektrik Potansiyellere Etkisi" başlıklı makalede Şekil 3 yanlış basılmıştır. Aşağıda Şekil 3 düzeltilmiş olarak verilmiştir. Bu yanlışlığı düzeltir, okuyucularımızdan özür dileriz.



Şekil 3. FUP ve SUP altında elde edilen gamma tepkileri (28-46 Hz); üstte 19-24 yaş grubu, altta 45-67 yaş grubu.