

T.C.

GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

**ANKARA'DA BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİ'NDE TAKİP EDİLEN ÇOCUK
HEMATOLOJİ ONKOLOJİ HASTALARINDA VE ANNELERİNDE
DEPRESYON SIKLIĞI VE YAŞAM KALİTESİ DEĞERLENDİRMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Serap DURAN

Tez Danışmanı

Doç. Dr. F. Nur AKSAKAL

ANKARA
Temmuz 2009

**T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü**

**Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Programı
çerçevesinde yürütölmüş olan bu çalışma aşağıdaki jüri tarafından
Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.**

Tez Savunma Tarihi : 16/07/2009

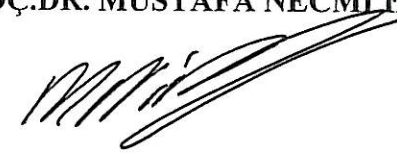


**İmza
Ünvanı Adı ve Soyadı
Gazi Üniversitesi
Jüri Başkanı
PROF.DR.SEFER AYCAN**

**İmza
Ünvanı Adı ve Soyadı
Gazi Üniversitesi
DOÇ. DR.F.NUR AKSAKAL**



**İmza
Ünvanı Adı ve Soyadı
Gazi Üniversitesi
DOÇ.DR. MUSTAFA NECMİ İLHAN**



İÇİNDEKİLER

	Sayfa
KABUL VE ONAY	i
İÇİNDEKİLER	ii
TABLolar	v
KISALTMALAR	vii
1.GİRİŞ ve AMAÇ	1
2.GENEL BİLGİLER	4
2.1. ÇOCUKLUK ÇAĞI LÖSEMİLERİ	6
2.1.1. Akut Lenfoblastik Lösemi	6
2.1.2. Akut Myeloid Lösemi	7
2.2. ÇOCUKLUK ÇAĞI MALİGN HASTALIKLARI	8
2.2.1. Lenfomalar	8
2.2.1.1. Hodgkin Dışı Lenfoma	8
2.2.1.2. Hodgkin Lenfoma	9
2.2.2. Nöroblastom	9
2.2.3. Wilms Tümörü	9
2.2.4. Rabdomyosarkom	9
2.2.5. Osteosarkom	10
2.2.6. Ewing Sarkom	10
2.2.7. Retinoblastom	10
2.2.8. Hepatoblastom	11
2.2.9. Germ Hücreli Tümörler	11
2.3. DEPRESYON	12
2.3.1. Depresyonda Biyolojik ve Psikososyal Etkenler	16
2.3.1.1. Biyolojik Etkenler	16
2.3.1.2. Psikososyal Etkenler	17

2.3.2. Depresyonda Hastalık Öncesi Kişilik	17
2.3.3. Ruhsal Belirtiler	19
2.3.4. Kanser, Depresyon ve Kültürel Farklılıklar	20
2.3.5. Depresyonda Tanı	21
2.3.5.1.Beck Depresyon Envanteri	23
2.4. YAŞAM KALİTESİ	24
2.4.1. Yaşam Kalitesinin Tanımı ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilme Yöntemleri	27
2.4.2. WHOQOL-BREF: World Health Organization Quality Of life Questionnaire Abbreviated Version (Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısaltılmış Versiyonu)	31
2.4.3.Tıpta Yaşam Kalitesi Kavramı	34
3. GEREÇ VE YÖNTEM	36
3.1. Araştırma Yeri ve Zamanı	36
3.2. Araştırmanın Evreni ve Araştırmaya Katılım Oranı	36
3.3. Araştırmanın Tipi	37
3.4. Araştırmanın Değişkenleri	37
3.5. Araştırmanın Veri Kaynakları	38
3.5.1. Veri ve Bilgi Toplama Formu	38
3.5.2. Beck Depresyon Envanteri	38
3.5.3. World Health Organization Quality Of Life Questionnaire Abbreviated Version (Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısaltılmış Versiyonu)	39
3.5.4. Çocuk Depresyon Ölçeği	39
3.5.5. Çocuk Yaşam Kalitesi Değerlendirme Anketi	40
3.6. Araştırmayı Uygulayanlar	40
3.7. Araştırmanın Süresi	41
3.8. Araştırma Verilerinin Düzenlenmesi ve Analizi	41
3.9. Araştırmada Karşılaşılan Güçlükler	42

4. BULGULAR	43
5. TARTIŞMA	75
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	85
7. ÖZET	88
8. ABSTRACT	90
9. KAYNAKLAR	92
10. EKLER	
Anket Formu (Ek 1)	100
İzin Belgesi (Ek 2)	114
Teşekkür	115

TABLÖLAR

	Sayfa
Tablo 1. WHOOL- BREF'in Alan ve Bölümleri	33
Tablo 2. Araştırmanın zaman çizelgesi	41
Tablo 3. Araştırmaya Katılan Annelerin Bazı Tanımlayıcı Bilgilerinin Dağılımı, Ankara, 2009.	43
Tablo 4. Araştırmaya Katılan Çocuklara Refakat Eden Annelerin Beck Depresyon Envanterine Göre Depresyon Bulunma Durumu ve Depresyon Olanlarda Derecelerinin Dağılımı, Ankara, 2009.	45
Tablo 5. Araştırmaya Katılan Çocuklara Refakat Eden Annelerde Depresyon Bulunma Durumlarının Bazı Tanımlayıcı Özelliklere Göre Dağılımı, Ankara, 2009.	46
Tablo 6. Araştırmaya Katılan Çocuklara Refakat Eden Annelerde Depresyon Bulunma Durumlarının Çocuğa Ait Bazı Özelliklere Göre Dağılımı, Ankara, 2009.	48
Tablo 7. Araştırmaya Katılan Çocuklara Refakat Eden Annelerin Depresyon Bulunma Durumlarının Hastanede Yatışa Bağlı Bazı Etkilenimlerinin Dağılımı, Ankara, 2009.	51
Tablo 8. Araştırmaya Katılan Çocuklara Refakat Eden Annelerin Depresyon Şiddetinin Bazı Tanımlayıcı Özelliklere Göre Dağılımı, Ankara, 2009.	54

Tablo 9. Araştırmaya Katılan Çocukların Bazı Tanımlayıcı Bilgilerinin Cinsiyete Göre Dağılımı, Ankara, 2009.	58
Tablo 10. Araştırmaya Katılan Çocukların Hastalık Tanıları, Evreleri ve Hastalıklarıyla İlgili Bazı Bilgilerinin Cinsiyete Göre Dağılımı, Ankara, 2009.	60
Tablo 11. Çocuk Depresyon Ölçeğine Göre Depresyon Saptanan Çocukların Bazı Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı, Ankara, 2009.	64
Tablo 12. Araştırmada İncelenen Annelerin Algılanan Sağlık Durumlarının Bazı Tanımlayıcı Özelliklere Göre Dağılımı, Ankara, 2009.	68
Tablo 13: Araştırmada incelen Annelerin WHOQOL – BREF Bölüm Skorları, Yaşam Kalitesi, Algılanan Sağlık Puanları, Ankara, 2007.	70
Tablo 14 : Araştırmada incelen Annelerin WHOQOL – BREF Skorlarının Genel Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Dağılımı, Ankara, 2007.	71
Tablo 15: Araştırmada İncelen Çocukların Çocuk Yaşam Kalitesi Anketine Verdikleri Yanıtların Dağılımı, Ankara, 2009.	73

KISALTMALAR

ALL- Akut Lenfoblastik lösemi

AML- Akut Myeloid lösemi

HH - Hodgkin Hastalığı

HDL- Hodgkin Dışı Lenfoma

ICD-10- İnternational Classification of Disease- (Ruhsal Davranış ve Bozukluklar Sınıflandırması)

BDI- Beck Depression Inventory

DSÖ-Dünya Sağlık Örgütü

WHOQOL-BREF:World Health Organization Quality Of life Questionnaire Abbreviated Version- (Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısaltılmış Versiyonu)

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Kanser, tüm dünyada önemi giderek artan bir sağlık sorunudur. Ölüm nedeni olarak, kalp ve damar hastalıklarının hemen ardından gelmektedir¹.

Çocukluk çağı kanserleri tüm kanser olgularının yaklaşık %1'ni oluşturmakta ve Amerika Birleşik Devletleri'nde 15 yaş altındaki çocukların en önemli ölüm sebebi olarak bilinmektedir. Çocukluk çağı kanserleri, patolojisi, yayılımı ve prognozu açısından erişkin kanserlerinden oldukça farklıdır. Akut Lenfoblastik Lösemiler (ALL), santral sinir sistemi tümörleri ve sarkomlar çocukluk çağının en sık tümörlerini oluştururken, akut ve Kronik Myeloid Lösemiler (KML) ve sarkomlar erişkinlerde daha siktir. Gelişmekte olan ülkelerde ALL'yi takiben, malign lenfomalar ikinci sırada yer almaktadır. Erişkinlerden farklı olarak çocukluk çağındaki lösemilerin %97'si akut lösemilerden oluşur ve bunlar arasında da en sık görüleni tüm olguların yaklaşık %75-80'ini oluşturan akut lenfoblastik lösemi grubudur. Akut Myeloid lösemi (AML) veya daha doğru bir adlandırmayla akut nonlenfoblastik lösemiler (ANLL) ikinci sıklıkla tüm olguların yaklaşık %20-25'ini oluştururlar¹.

Kanser gelişiminde genetik ve çevre faktörleri etkili olmakla beraber, çocukluk çağı kanserlerinde konakçıya ait faktörler daha önemli görülmektedir¹. Son yıllarda özellikle ALL ve beyin tümörü olan hasta sayısında artış olmakla beraber çok merkezli yoğun kemoterapi protokolleri ile mortalite hızları düşmüştür^{1,2}.

Türkiye’de 1970’li yıllarda sebebi bilinen ölümler arasında 4.sırada yer alırken, son yıllarda kardiyovasküler hastalıklardan sonra 2. sıraya yükselmiştir². 1960’larda çocukluk çağı kanserinde yaşam şansı %25 iken günümüzde %80’e ulaşmıştır².

Kanser tanısı, hem hastalar hem de aile için stres verici bir olaydır. İlk verilen tepkiler şok ve kabullenmemedir. Bu dönemde görülen yadsıma katlanılması güç olan gerçeğin yarattığı kaygı ve umutsuzluktur. Bu da ruhsal bozuklukları beraberinde getirir².

Depresyon, insanın yaşama istek ve zevkinin kaybolduğu, kişinin kendisini derin bir keder içinde hissettiği, geleceğe ilişkin kötümser, karamsar düşünceler, geçmişe ilişkin yoğun pişmanlık, suçluluk duygu ve düşüncelerinin taşındığı, bazen ölüm düşüncesi, bazen intihar (özkıyım) girişimi ve sonuçta ölümün olabildiği, uyku, iştah, cinsel istek vb. ilgili fizyolojik bozuklukların olduğu bir hastalıktır³. Ruhsal bozukluklar alanında depresyon sık ve yaygın görülen, hakkında pek çok araştırma yapılan ve yeni tedavi olanakları yaratılan bir hastalıktır. Son araştırmalar, depresyonun toplumun % 20’sini etkilediğini göstermektedir³. Depresyon sık görülmesi, yüksek kronikleşme eğilimi ve intihar riski nedeniyle ciddi bir halk sağlığı sorunu olarak da değerlendirilmektedir³.

Yaşam kalitesi kavramı, bireyin kendi yaşamının değerlendirilişine dayanan özel algı, duygu ve biliş süreçlerinin bir bütünü olarak tanımlanırken, bireysel iyilik durumunun bir anlatımıdır ve yaşamın çeşitli yönlerine ilişkin özel doyum ifadelerini kapsar. Yaşam kalitesi günlük yaşama bakıldığında hayatın günlük ihtiyaçlarından ekonomik yaklaşımların yanı sıra sosyal, psikolojik ve fiziksel boyutlara kadar uzanır.Yaşam kalitesi azalan hastalarda da fiziksel, emosyonel ve sosyal iyilik hali de olumsuz yönde etkilenir⁴.

Kanserli hastalarda yaşam süresinin uzaması oldukça sevindiricidir ancak bu süre içerisinde çocuklar ve ebeveynleri oldukça yıpranmakta ve zor bir süreçten geçmektedir⁴. Son yıllarda kanserli bireylerin yaşadıkları sorunları ortaya çıkarmak için, yaşam kalitesi ile ilgili çalışmalarda artış olduğu görülmektedir. Kanser hastalarının kemoterapiye bağlı yaşam kalitesinin etkileyen semptomları belirlemeye yönelik yapılan araştırma sonuçlarında; hastaların en sık ağrı, bulantı ve halsizlik, yanı sıra iştahsızlık, alopesi, kusma, diyare, uykusuzluk ve sindirim sorunları deneyimledikleri bulunmuştur⁵.

Bu sürenin daha kaliteli bir şekilde yaşanabilmesi için depresyon sıklığı ve yaşam kalitesinin ölçülmesi ve erken tanı ile gerekli önlemlerin alınması önemlidir⁴.

Bu çalışma, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Çocuk Hematoloji-Onkoloji bölümünde izlenen kanserli hastaların ve annelerinin Beck Depresyon Envanteri (BDE) ve Çocuk Depresyon Ölçeği (ÇDÖ) ile depresyon düzeylerinin belirlenmesi ve yaşam kaliteleri ile yaşam kalitelerine etki eden (sosyal, duygusal, cinsel, fiziksel ve fonksiyonel) faktörlerin ortaya konulmasını amaçlamaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

Günümüz tıp biliminin en önemli ve büyük sorunlarından olan kanser, tedavide kaydedilen başarılarla rağmen korku, umutsuzluk, çaresizlik, terk edilme gibi duygu ve düşünceleri uyandırmaya devam etmektedir. Kuşkusuz kanserin, ölüm nedenleri arasında doğumsal hastalıkları izleyen en sık neden olması bu olumsuz duyguları artırmaktadır. Kanser ciddi ve kronik bir hastalık olmasının ötesinde, belirsizlikler içeren, ağrı ve acı içinde ölümü çağrıştıran, suçluluk, terk edilme, kaos, panik ve kaygı uyandıran bir hastalık olarak algılanır. Kanser tedavisi, cerrahi girişim, kemoterapi, radyoterapi gibi çoğul tedavileri gündeme getirir. Tanı ve tedavide kullanılan tekniklerin başlı başına psikolojik yan etkileri vardır ve kullanılan ilaçların birçoğunun ciddi nöropsikiyatrik yan etkileri vardır. Çocukta kanser tanısı hem aile hem de çocuk için oldukça olumsuz ve travmatik bir yaşam olayıdır^{5,6}.

Son yıllarda varılan noktada kanser tanı ve tedavisi, disiplinler arası yaklaşım içinde ele alınması gereken, çok yönlü bir konudur. Hastanın fiziksel tedavi ve bakımının yanı sıra, ruhsal tedavi ve bakımı da tedavinin ayrılmaz parçasıdır. Hastanın, hastalık evresinin her döneminde yaşadığı ruhsal tepkilerin ve psikososyal ortamın, hastalığa uyumda ve tedavinin seyrinde etkili olduğu bugün çok iyi bilinmektedir^{5,6,7}.

Çocukta kanser tanısı, her biri kendi başına ayrı bir sorunsal olan iki durumu bir araya getirerek çocuğu, aileyi ve tedavi ekibini, sözel iletişimin son derece zorlaştığı bir açmazda sokar. Çocuğa destek sağlayacak tedavi ekibinin katılımı ise genellikle çocuk ve ailenin sıkıntıları nedeni ile birincil tedavi ekibinin istediği konsültasyon ile olmaktadır⁷.

Tanıyı koyan ve aileye bildiren birincil tedavi ekibinin olması gerekliliğine karşın, çocuğa destek sağlayacak tedavi ekibi daha sonraki uyum ve başa çıkma yetilerini değerlendirebilmesi ve birlikte çalışabilmesi için, ailelerin kanser tanısı karşısındaki tepkilerinden haberdar olması gerekir. Böylece hem anne-babayla iletişim kurması kolaylaşır, hem de onların aşırı ya da düşmanca olarak nitelenen tutumlarına anlam vermesi olağanlaşır⁷.

Kanser çoğunlukla tüm aileyi derinden etkilemektedir.Çocuk ve anne-baba arasındaki ilişkinin ruhsal devamlılık gösteren doğası bu etkilenimi artırmaktadır⁷.

Çocukluk çağında malign hastalıkların görülme sıklığı genel olarak erişkin yaş grubundan çok daha az olmasına karşın bunlar arasında lösemiler en sık görülen çocukluk çağı malign hastalık olup, tüm pediatrik malignitelerin yaklaşık %30'unu oluştururlar⁷.

Lösemi, çocukluk çağının en sık kanseri olup doğumla 15 yaş arası çocuklarda her 100.000 çocukta yaklaşık dört kişide görülür.Her yıl Amerika'da 2700 lösemi vakası tanı almaktadır⁸.

2.1. ÇOCUKLUK ÇAĞI LÖSEMİLERİ

2.1.1. AKUT LENFOBlastİK LÖSEMİ (ALL)

Lenfoblast olarak bilinen immatür lenfositlerin aşırı yapımı ile karakterizedir. Akut lösemilerin başlangıcı anidir ve hızlı ilerler⁸.

Akut lenfoblastik lösemi (ALL) çocukluk çağında en sık görülen lösemi tipidir ve lösemilerin yaklaşık %75'ini ALL oluşturur. Kür oranı %80 ve üzerine ulaşmıştır. ALL en sık 4 yaş civarında gelişir ve görülme sıklığı erkeklerde ve beyaz ırkta daha fazladır.

On yaşından büyük riskli hastalarda bile kür elde edilebilen bir hastalıktır, ancak olumsuz sonuç alınan bir grup hastada mevcuttur. Pediatrik ALL vakalarının %2-5'i bir yaşın altındaki bebeklerde görülür⁸.

Kendi kendini yenileme ve çoğalma yeteneği olan tek bir lenfoid öncü hücrede gelişen malign transformasyonun ALL'ye yol açtığına inanılmaktadır.

Malign transformasyona yol açan neden bu hücredeki tek bir mutasyon olabileceği gibi pek çok mutasyonun ortak etkisi de olabilir. Oluşan mutasyon veya mutasyonlar sonucu normal hücre yaşamı için gerekli olan ve 'proonkogen' olarak adlandırılan bazı genlerdeki değişiklikler malinite gelişimine neden olacak onkogenlerin oluşmasına neden olabilir.

Bazı genetik ve çevresel faktörler ile viral enfeksiyonların, immun yetmezliklerin ALL oluşumu ile yakın ilişkisi olduğu bilinmektedir.

Lenfoblastların morfolojik, immunfenotipik, genetik ve biyolojik çalışmaları, ALL'nin heterojen bir hastalık olduğunu göstermiştir.

L1 lenfoblastlar, küçük, dar stoplazmalı ve belli belirsiz nükleus içeren hücrelerdir ve ALL vakalarının %85'inde görülür. L2 lenfoblastlar, daha büyük ve daha geniş stoplazmalı, belirgin nükleuslu olup ALL vakalarının %14'ünde görülür. L3 lenfoblastlar, çok belirgin ve karakteristik stoplazmik vakuolizasyonlara, koyu mavi stoplazmaya sahiptir. Erken pre-b hücreli ALL, çocuklarda en sık görülen tiptir. T hücreli ALL, on yaşın üzerindeki çocuklarda daha sık görülmekte, mediastinal kitle ve sıklıkla geniş kitle yükü ile ilişkili olmaktadır⁸.

Destekleyici bakım ve tedavideki gelişmeler sonucu lösemili çocukların %70'inde yaşam süresi 5 yıl artmıştır⁸.

2.1.2. AKUT MYELOİD LÖSEMİ (AML)

Akut myeloid lösemi, çocukluk çağı lösemilerinin en sık görülen ikinci tipi olup akut lösemilerin yaklaşık %20'sini oluşturmaktadır. Amerika'da yılda yaklaşık 400-500 vaka görülmektedir. Akut myeloid lösemi vakaları çocukluk çağı lösemileri içinde tedavisi zor bir grubu oluşturur. %10-20 olgu tedaviye direnç gösterip, tam remisyona hiç ulaşamazken

%5-10 olgu aplazi sonucu enfeksiyon veya kanamadan kaybedilir⁸.

Remisyona ulaşanların da yaklaşık yarısı nüks eder veya kaybedilir. AML, kemik iliğinde myeloid öncü hücrelerin, AML'nin (m0-m7) tipini de belirleyen klonal prelüferasyonu sonucu ortaya çıktığına inanılmaktadır. AML, en sık iki yaşın altında ve adölesan yaşlarda görülür. Çocuklar yorgunluk, halsizlik, ateş, kanama yada kemik ağrısı gibi semptom ve bulgulara sahip olabilirler. Çocukluk çağı AML'lerinin tedavisinde ilerleme olmasına karşın halen yüz güldürücü değildir⁸.

2.2. ÇOCUKLUK ÇAĞI MALİGN HASTALIKLARI

2.2.1. LENFOMALAR

Lenfomalar, Amerika'da lösemi ve santral sinir sistemi tümörlerinden sonra üçüncü en sık görülen tümörler olup çocukluk çağı kanserlerinin %10'undan fazlasını oluşturur. Lenfomalar lenfoid doku kanseridir. Lenfoid doku, lenf nodları, dalak, timus ve kemik iliğinde olmak üzere bütün vücutta bulunmaktadır. Eğer malign hücrelerin %25'ten fazlası kemik iliğinde bulunuyorsa kanser lösemi olarak sınıflanmaktadır. Çocukluk çağı lenfomaları Hodgkin hastalığı (HH) ve Hodgkin dışı lenfoma (HDL) olmak üzere iki farklı klinikopatolojik grupta ele alınmaktadır. Amerika'da çocukluk çağı lenfomalarının % 60'ını Hodgkin dışı lenfoma, % 40'ını Hodgkin hastalığı oluşturur. Amerika Birleşik Devletlerinde on beş yaşın altında, kanserden ölen çocukların dörtte üçünde ölüm nedeni lösemi ve santral sinir sistemi tümörleridir. Her iki hastalıkta Afrika'da daha az oranlarda örneğin lösemi % 7 oranında görülmektedir. Uganda'da kanserden ölen çocukların % 50'sinde neden malign lenfomalardır. Türkiye'de malign lenfomalar lösemiden sonra ikinci sırada yer almaktadır⁸.

Yaş dağılımı incelendiğinde birinci zirve 15-35 yaşlar arasında, ikinci zirve 50 yaş civarındadır. Nonendüstriyel ülkelerde hastalık erken yaşlara kayar ve yaş dağılımı yoktur. Çocuklarda erkek/kız oranı 3/1 dir ⁸.

2.2.1.1. HODGKİN DIŞI LENFOMA

Çocukluk çağı HDL'nin Burkitt, lenfoblastik lenfoma ve büyük hücreli olmak üzere üç ana grubu vardır. Burkitt lenfoma, sıklıkla c-myc geninin, öncü B hücrelerindeki yüksek düzeyde aktif immunglobulin genlerine yakın komşulukta, rastlantısal olmayan bir dizi traslokasyonlarıyla ilişkilidir.

Lenfoblastik lenfomaların çoğu T hücre kökenlidir ve %35 oranında görülür. Büyük hücreli lenfoma %15'ini oluşturur⁸.

2.2.1.2.HODGKİN LENFOMA

Hodgkin lenfoması herhangi bir yaşta görülebilir. Endüstriyel ülkelerde yaş dağılımı bimodaldır. Yaş dağılımı incelendiğinde birinci zirve 15-35 yaşlar arasında, ikinci zirve 50 yaş civarındadır. HDL'lerin aksine Hodgkin hastalığında kromozomal yeni düzenlemeler tanımlanmamıştır. Ailevi yatkınlık bildirilmiştir⁸.

2.2.2. NÖROBLASTOM

Bebeklik çağının en sık tümörüdür ve beyin tümörlerinden sonra çocukluk çağı solid tümörleri arasında ikinci sıklıkta görülür. Amerika'da yılda yaklaşık 550 yeni vaka tanı almaktadır.

15 yaşından önce saptanan kanserlerin %8-10'unu oluştururken tümöre bağlı ölümlerin %15'inden sorumludur. İnsidansı yılda 1 milyon çocukta, 8,3-10,4 dür. E/K oranı 1/1'dir⁸.

2.2.3. WİLMS TÜMÖRÜ

Çocuklarda böbrek kanserlerinin hemen tamamını, çocukluk çağı kanserlerinin %5-6'sını oluşturur. Tek taraflı tümörler için tipik geliş yaşı yaklaşık 3.5 yaştır ve tanı anındaki nöroblastom ortanca yaşına göre daha büyüktür⁸.

2.2.4. RABDOMYOSARKOM

Rabdomyosarkom çizgili kaslarda kökenler alır. Çocuklarda görülen tüm yumuşak doku sarkomlarının yaklaşık %50'sini oluşturur.

Çocukluk çağı malign solid tümörleri arasında santral sinir sistemi tümörleri ve nöroblastomadan sonra gelir. Tüm çocukluk çağı maligniteleri arasındaki sıklığı % 6,5'tir⁸.

2.2.5. OSTEOSARKOM

Kemiğin primer tümörleri tüm çocukluk çağı kanserlerinin % 2'sini oluşturur. Osteosarkom ve Ewing sarkomun çocuk ve adölesanlarda en sık görülen primer malign kemik tümörleridir.

Her iki tümörün sıklığı yaşamın ikinci 10 yılında artış gösterir. Büyümenin hızlandığı dönemde adölesanlarda sık görülür. Osteosarkom en sık olarak uzun kemiklerin metafizlerinde görülür.

Femur (%53), tibia (%26), humerus (%12), fibula (%5) yassı kemiklerde görülme sıklığı oldukça düşüktür. Skapula (%1), iliak kemik (%1) ve diğer kemikler (%2) dir⁸.

2.2.6. EWING SARKOM

Ewing sarkom kemiğin andifferansiye tümörüdür. Kemik dışında yumuşak dokudan da köken alabilir. Irk açısından zenci çocuklarda çok nadirdir. Femur ve pelvis en sık görüldüğü bölge olmakla birlikte tibia, fibula, Kosta, vertebra, humerus, skapula ve klavikula gibi değişik kemiklerde de ortaya çıkabilir⁸.

2.2.7. RETİNOBLASTOM

Retinoblastom çocukluk çağının en sık görülen malign göz içi tümörüdür. Retinoblastom, embriyonik nöral retinadan kaynaklanan konjenital bir tümördür, hayatın ilk birkaç ayında görülme sıklığı fazla iken, yaşla birlikte görülme sıklığı giderek azalır ve 6 yaşından sonra çok nadir görülür. Olguların % 80'i 3-4 yaşından önce tanı alır.

Görme ve yaşam süresi en önemli faktör erken tanıdır. Çağdaş tedavi yöntemleri ile hastaların çoğu yaşatılmakta ve bir çoğunun da görmesi korunabilmektedir⁸.

Erken tanı ve tedavide geliştirilen yeni yöntemler ile yaşam süresi ve görme yönünden prognoz geçen yüzyıla göre büyük oranda iyileşmiştir, bu oran 1930'larda % 30'lar da iken ,günümüzde % 90-95'lere yükselmiştir.

Ülkemizde retinoblastom olgularının büyük çoğunluğu geç dönemde başvurdukları için tanı ileri evrede konmaktadır. Olgular genellikle evre IV ve V' de başvurdukları için,bu durum gelişmiş ülkeler ile tedavi yaklaşımı yönünden farklılıklara yol açmaktadır⁸.

2.2.8. HEPATOBLASTOM

Hepatoblastom olgularının %80'ni 3 yaş altında tanı alır. Median tanı yaşı 1 yaş olup adolesan dönemde nadiren görülür. Karaciğerin primer tümörleri oldukça nadir görülüp, tüm çocukluk çağı kanserlerinin sadece % 0,5-2'sini oluştururlar⁸.

2.2.9. GERM HÜCRELİ TÜMÖRLER

Çocuklarda gonadal ve germ hücreli tümörler nadirdir ve tüm çocukluk çağı kanserlerinin yaklaşık % 1'ini oluşturur. Çocukluk ve erken adolesan dönemde, germ hücreli tümörler kızlar arasında yaygınken, 14 yaş üzerinde erkek hakimiyeti göze çarpar.

Modern tedavi yaklaşımları ile,malign germ hücreli tümörlerde 5 yıllık hastalıksız yaşam süresi % 70-80'lere kadar çıkmıştır⁸.

2010 yılının sonunda her 250 erişkinden biri,çocukluk çağı kanseri geçirmiş olacak. Çocukluk çağı kanseri geçirmiş olmak artık seyrek görülen bir durum şeklinde algılanmayacak. Bu büyüyen topluluk, tedavi ilişkili bazı komplikasyonlar arasında risk altındadır.

Kanser geçiren genç erişkinlerin % 73'ünde en az bir geç etki, bunların yarısında iki yada daha fazla tedaviye bağlı geç etki ve etkilerin % 30-40'ının orta yada ağır olduğu tespit edilmiştir. Çocukluk ağı kanseri geçiren ve 5 yıldır yaşayan hastalar arasında primer kanserden ölüm riski % 6-7 iken, tedavi ilişkili ölüm %2'dir⁸.

2.3. DEPRESYON

Depresyon; normal, geçici, anlık bir emosyondan bir hastalığın herhangi bir belirtisi ya da tam anlamıyla bir psikiyatrik bozukluk olarak ele alınmaya kadar bir çok şeyi kapsayabilen bir kavram olarak kullanılabilmektedir. Bazen günlük dş kırıklıklarının bir yadsıması, doğal yaşantı, bir uyum yanıtı veya insan varlığının ölümle yüz yüze geleceği ontolojik durumuna evrensel bir tepki olarak ortaya çıkabilir. Bazı varoluşsal (egzistansiyel) krizler ağır depresyonu tetikleyebilir. Çoğu efektif dalgalanmalar normaldir, göreceli olarak iyi, geçici ve geri dnřldr⁹.

Ruh sağlığı bozulan kişi, genellikle duygu, düşünce ve davranışlarında değişik derecelerde tutarsızlık, aşırılık uygunsuzluk ve yetersizlik özelliklerini taşır. Ancak hasta denebilmesi için bu özelliklerin sürekli, ya da yineleyici olması, kişinin verimli çalışmasını ve kişiler arası ilişkilerini bozması gerekir⁹.

Depresyon bir duygulanım bozukluğudur. Duygulanım (affect), bireyin uyaranlara, anılara, düşüncelere, duygusal tepki ile katılabilme yetisidir.

Duygudurum (mood, mizaç), bireyin bir süre neşeli, üzüntülü, sıkıntılı, taşkın ya da çökkün bir duygulanım içinde bulunduğudur. İnsanoğlu sürekli olarak aynı duygudurumda kalmaz, belli sınırlar içinde duygudurum dalgalanmaları olağandır.

Neşe, üzüntü, öfke, kin, nefret, sıkıntı, korku doğal duygu durumlarıdır. Ancak bunlar uzun süre aşırılaştığında yada uygunsuz tepkiler olarak ortaya çıktığı zaman duygulanım bozukluğu düşünülebilir. Ortada belirgin bir neden yokken ya da bilinçdışı nedenlerle ağır ve uzun süreli bir üzüntüye kapılmak veya coşkulu bir duruma girmek normal sayılmaz. Bazen de sevinilecek, üzülmenecek bir durumda uygunsuz, ters duygulanım olabilir¹⁰.

Duygulanım bozukluklarının oluş nedenleri çok etkenlidir.Yalnız kalıtım,yalnız amin metabolizması bozukluğu veya yalnızca psikososyal etkenlerin hiçbiri etiyoloji açıklayabilmek için tek başına yeterli değerlidir¹⁰.

Bir depresyon atağının ortaya çıkması için her zaman çok etkileyici ani bir olayın olması gerekmez. Süregen stres veya çevresel kökenli çökkünlük hipotalamus-hipofiz adrenal (HHA) ekseninde uyarı yanıtında katekolaminerjik sistemde değişmeler ortaya çıkabilir. Psikososyal etkilerin nörofizyolojik etkenler üzerine etkileri araştırılmaktadır¹⁰.

Yapılan deneylerde annelerinden uzun süre ayrılan maymun yavrularının bazılarında nöroloiyolojik değişiklikler görülmüştür.

Değişmeler noradrenerjik reseptörlerin duyarlığında, hipotalamik serotonin salınımında ve plazma kortizol düzeylerinde ısrarlı artış gibi değişiklikleri içermektedir. Beyin opiat reseptörlerinin duyarlık ve sayısında da tekrarlanan ayrılmalardan dolayı önemli etkilenmeler olmaktadır. Anneleriyle ya da kardeşleriyle tekrar bir araya getirilirse yavru maymunların bazı değişiklikleri geri dönmekte, bazıları ise geri dönmemektedir. Ayrılıkların belirli gelişimsel dönemlerde az yada çok hasar yaptığı görülmektedir¹¹.

Epidemiyolojik verilere göre ortalama olarak her ÷lkede genel n÷fusun %20-30'unda depresif belirtilere rastlanmakta, %10-15'inde ise hekim desteği gerekmektedir^{10,11}.

Depresyonun yaşam boyu prevalansı kadınlarda %20-26, erkeklerde ise %8-12'dir ve birinci basamak sağlık hizmetlerinde en sık karşılaşılan ruhsal sorun depresyondur^{10,11,12}.

Depresyon, 40 yaş civarında en sık gör÷lmesine karşın, ileri yaşta ve gençlik döneminde de gör÷lmektedir. Eğitim seviyesi dñř÷k olmak ve kadın olmak depresyon için risk faktörleridir¹².

Depresyon yaygın bir hastalık olmasına ve tedavi edilebilir bir hastalık olmasına rağmen yeterince tanınmamaktadır. Oysa depresyonda yaşam kalitesi dñřmekte, aile ve çevre ile olan ilişkiler bozulmakta, kişiye ve ailesine ızdırap vermekte, iş verimi dñřmekte ve intihara eğilim artmaktadır^{12,13}.

Gör÷ld÷ę÷ gibi depresyon, toplum sağlığı açısından önemli bir hastalıktır. Depresyonda tedaviye yanıt %80'dir. Depresyon, zaman içerisinde tedavi edilmemiş ise spontan olarak gerileyebilmekte, kronikleşebilmekte veya tekrarlayabilmektedir¹³.

Duygulanım bozuklukları çok eski çağlardan beri bilinmektedir. Melankoli deyimini ilk olarak Hipokrat kullanmıştır. Orta çağda ruhsal çökk÷nl÷ę÷ İbn-i Sina tanımlamış, 19. y÷zyılda ise Fransız ve Alman ruh hekimleri klinik belirtilerle ilgilenmişse de en iyi tanımlamaları Kraepelin (1896) başarmıştır. Duygulanım bozuklukları, özellikle ruhsal çökk÷nl÷kler, bütün hastalıklar arasında en sık gör÷len bozukluklardandır¹⁴.

Araştırma yöntemlerindeki farklılıklara bağlı olarak değişik sayılar bildirilmişse de sıklığın ve yaygınlığın yüksek oluşunu kimse tartışmamaktadır. Depresyon için yaşam boyu hastalanma riski erkeklerde %8-12, kadınlarda %20-26 olarak bildirilse de erkeklerle kadınlar arasındaki fark giderek azalmaktadır¹⁴.

Depresyon kadında en çok 35-45 yaşları arasında, erkeklerde 55 yaşlarından sonra görülmekte ise de bu bozuklukların genç yaşlarda sanıldığından daha çok görüldüğüne dair veriler artmaktadır. Sosyoekonomik seviyeler ve ırklar arasında bir fark bulunamamıştır¹⁵.

Türkiye’de yapılan araştırmalar depresyon için yaklaşık %10 yaygınlık oranını bildirmektedir. Dünya Sağlık Örgütü eşgüdümünde 14 ülkede yapılan uluslararası bir araştırmanın Ankara verilerine göre 1992 yılında Gölbaşı Sağlık Ocağına başvuran hastalar arasında depresyon prevalansı % 10.6 olarak bulunmuştur^{15,16}.

Depresyon bir duygulanım bozukluğudur. İnsandaki duygu durumlar beş ana başlık altında toplanmaktadır.

Normal duygudurum (euthymia): Belli sınırlar içinde dalgalanmalar ve değişimler gösteren duygudurumdur.

Taşkın duygudurum (elated mood): Duygulara neşelilik, coşma, aşırı neşe, aşırı öfkeli baskındır.

Çökkün duygudurum (depressed mood): Duygulara üzüntü, elem, hüzn baskındır.

Sıkıntılı duygudurum (dysphoric mood): Duygulara sıkıntı, bunaltı baskındır.

Uygunsuz duygulanım: Küntleşme ya da uyararla bağdaşmayan duygulanımdır.

Çökkünlük (depresyon) ise; derin üzüntülü bir duygu durum içinde düşünce, konuşma ve hareketlerde yavaşlama, durgunluk, değersizlik, küçüklük, güçsüzlük, isteksizlik, karamsarlık duygu ve düşünceleri ile fizyolojik işlevlerde yavaşlama gibi belirtileri içeren bir sendromdur¹⁶.

İnsanlar çıkış ve oluş nedenlerini bilmedikleri bir çok yakınmaya stres,depresyon olarak bakmaktadırlar.Depresif belirtiler ise zaten günlük yaşamın bir parçası olarak karşımıza çıkmaktadır.Bunları depresyon hastalığına dönüştüren bedensel,sosyal ve ruhsal etkenler vardır¹⁷.

2.3.1. Depresyonda Biyolojik ve Psikososyal etkenler

Biyolojik ve psikososyal etkenler birbirleri ile etkileşerek duygulanım bozukluklarına neden olurlar¹³.

2.3.1.1. Biyolojik Etkenler

Aile ve kalıtım araştırmaları duygulanım bozukluğu olanların birinci derecede akrabalarında hastalanma riskinin belirgin olarak, genel nüfustaki riske göre iki üç kat yüksek olduğunu göstermektedir.

Duygulanım bozukluklarında uzun yıllar beyin araştırmalarından olumlu bir sonuç çıkarılamamıştır,ancak son yıllarda beyin görüntüleme yöntemlerindeki büyük gelişmelerle beynin belli bölgelerinde olabilecek değişiklikler ile ilgili olumlu araştırmalar yapılmaktadır.

Duygulanım bozukluklarında biyokimyasal etkenler üzerine araştırmalar da yapılmaktadır.Bu hastalarda monoamin nörotransmitterlerinden öncelikle noradrenalin ve serotonin etkinlik düzeyinde bozukluk olduğu ileri sürülmüşse de son yıllarda yapılan araştırmalar duygulanım bozukluklarında şu ya da bu katekolemin etkinliğinde artma veya azalma gibi yalın bir olaydan çok daha karmaşık süreçlerin olduğunu kabul etmektedir¹³.

2.3.1.2. Psikososyal Etkenler

Duygulanım bozukluklarında psikososyal etkenlerin yeri küçümsenemez. Önemli ekonomik sorunlar, aile bunalımları, iş yaşamındaki çatışmalar, doyumsuzluklar, emeklilik, iş yitimi, sevgi nesnesinin yitimi, beden sağlığının bozulması, benliği inciten, onur kırıcı durumlarla karşılaşmak gibi fiziksel veya psikososyal olaylar gerçek duygulanım bozukluklarının ortaya çıkmasında önemli rol oynarlar. İlk nöbeti genellikle önemli bir yaşam olayı kamçılar.

Fakat bu yaşam olaylarının çoğu özgül değildir, yani her kişide böyle bir bozukluğu başlatmaz.

Ancak biyolojik ve ruhsal yatkınlık olduğunda bu olaylar rahatsızlığın başlamasında önemli birer etken haline gelirler. Duygulanım bozuklukları her toplumda görülmekte, fakat belirtilerde farklılıklar olabilmektedir.

Hristiyan toplumlarda ağır depresyonlarda günah ve büyük suç işlemiş olma duygusu sık iken, ülkemizde ve başka gelişmekte olan toplumlarda bunaltı ve somatik belirtiler daha sık görülmektedir¹³.

2.3.2. Depresyonda Hastalık Öncesi Kişilik

Çökkünlük nöbeti geçirenlerde bazı ortak kişilik özellikleri tanımlamışsa da özgül bir kişilik yapısının varlığı henüz tartışmalı bir konudur. Klasik yayınlarda en sık tanımlanan kişilik özellikleri şunlardır; aşırı sorumluluk duyma eğilimi, bağımlılık, özseverlik (narsizim), titizlik, güvensizlik, kolayca suçlanma eğilimi.

Bu kişiler genellikle kimseyi incitmemeye, herkesi hoşnut etmeye, iyilik sever olmaya eğimli, aşırı duyarlı, titiz, sorumluluk duygusu güçlü, yakınlarına aşırı bağlı ve bağımlı, kendisinden ve yakınlarından yüksek beklentileri olan, mükemmeli arayan, onurlarına düşkün, öfke duygularına dışa vurmayan, çabuk etkilenen ve üzülen, meraklı kişilerdir. Bu özelliklerin çoğu, yaşamın bir döneminde erdemli bir kişiliği gösterir.

Bu erdemler yüzünden kişiler genellikle sevilirler, sayılırlar, başarılı olurlar. Çeşitli yaşam olayları, baskılar, yaşlanma, beklentilerin gerçekleşmemesi gibi durumlarla karşılaştıkça kişinin bu hayır diyememe, hep vermeye çalışma, aşırı sorumluluk alam hastalık öncesi belirtilerdendir^{18,19}.

Depresyon aşağıdaki gibi bir çok hastalıklara veya durumlara eşlik edebilir;

*Enfeksiyon hastalıkları (tüberküloz, AİDS gibi),

*Santral sinir sistemi hastalıkları (inme, Parkinson, demans gibi),

*Kullanılan ilaçlar (antihipertansifler, alkol, antipsikotikler, doğum kontrol ilaçları gibi),

*Bazı ilaçların kesilmesi (amfetamin, kokain, kafein, nikotin, barbiturat gibi).

2.3.3. Ruhsal Belirtiler

1. Çökkün mizaç, keder, çaresizlik, ümitsizlik, değersizlik duyguları ile belirginleşir.

2. İştah ve kilo değişikliği en sık görülen temel belirtilerdendir. Ağır iştahsızlık durumlarında göze çarpacak kadar kilo kaybı, hele de haftada 5 kilodan fazla kayıp, hekime depresyonun derinliği ve şiddeti hakkında önemli bilgiler verir.

3. Uyku bozuklukları genellikle üç türlü olabilir. Birincisi uykuya dalma güçlüğü biçimindedir. İkincisi, uykuya daldıktan sonra sık sık uyanma, korkulu düşler ve kabuslarla uyanma gibi nedenlerle uyku kalitesi ve süresinde bozulmadır. Üçüncü ise,erken uyanmadır.

4. Enerji azlığı, bitkinlik, çabuk yorulma biçimde kendini gösterir.

5. Dikkat azalması ve düşüncelerini belirli bir noktada yoğunlaştıramamadır.

Daha zevk alarak yaptıkları işlerde bile dikkatlerinin çabuk dağılması ve bu nedenle de üretken bir aktivitede bulunamamadır.

6. İlgi ve zevk azalması, hemen her hastada bulunan en tipik, karakteristik bir depresyon belirtisidir. Daha önce ilgi duyduğu ve zevk alarak yaptığı işlere ve uğraşlara karşı belirgin bir isteksizlik ve ilgisizlik gözlenir.

7. Benlik saygısında düşme, kendini değersiz görme, aşırı suçluluk duyguları, kendini eleştirme ve itham etme gibi duygu ve düşünceler kişinin kendi değerinin düşmesinin belirtileridir. Ağır depresyonda hasta kendisinin tedavi edilmeye değmeyecek kadar değersiz olduğuna inanabilir ve tedavi işbirliğini reddedebilir.

8. Ölüm düşünceleri ve intihar girişimleri; hafif ve orta şiddetteki depresyonlarda

hastalar alışık olmadık bir biçimde sık sık ölüm düşüncesi ile meşgul olmaya başlar.

Yaşamın anlamını yitirdiğine inanan yada kendisini yaşamaya layık bulmayan depresif hasta o kadar ağır bir vicdan acısı ve suçluluk duygusu içinde kıvranıyor olabilir ki 'canına kıymak' kimi zaman ona tek çare gibi görünebilir¹⁹.

2.3.4. Kanser, Depresyon ve Kültürel Farklılıklar

Tıbbi hastalığı olanlarda, depresyonun bilişsel semptomlarının somatik semptomlardan daha ayırıcı olduğu pek çok çalışmada bildirilmiştir. Altta yatan tıbbi durumun tedavisine yanıt vermeyen depresif ya da disforik duygudurum ve anhedoni, tıbbi hastalığı olanlarda depresyon tanısı için özellikle değerlidir. Depresif duygudurumun unsurları: intihar düşüncesi, başarısızlık duygusu, cezalandırılıyor olduğu duygusu, sosyal ilginin kaybı, ağlama, kararsızlık ve tatminsizliktir. Anoreksi, kilo kaybı, uyku bozukluğu, psikomotor yavaşlama, ve yorgunluk şiddetli olduğunda ve medikal tedaviye yanıt vermediğinde, tıbbi durumun boyutuyla orantısız olduğunda ve zamansal olarak bilişsel- affektif semptomlarla bağlantılı olduğunda depresyon tanısının konulması için yardımcı olurlar.

Ağrı, hipokondriak uğraşlar, irritabilite, daha önce tedavi uyumu iyi olup daha sonra tedaviyi kabul etmeme, dikkat ve hafıza kaybı gibi semptomlar da depresyonla bağlantılı olabilirler¹⁵.

Ajitasyon, apati, duygu durumu değişkenliği gibi belirtilerin deliryum'un öncü bulguları veya gelişmekte olan demansa ilişkin bulgular olabileceği akılda tutulmalıdır. Kanser hastalarında ağrı ve ağrıya verilen davranışsal reaksiyon da sıklıkla depresyon ile karışabileceği gibi, kanserin yol açtığı kontrol edilemeyen ağrının depresyona yol açabileceğini de düşünmelidir. Ağrının devamının hastalığın kötüleşmesi olarak yorumlanması, depresyonun gelişmesi açısından önemli bir faktördür.

Hastaya uygulanan tıbbi girişimler ve kullanılan ilaçlar da ilaca bağlı depresyon açısından gözden geçirilmelidir. Kortikosteroid, vinblastine, procarbazine, asparaginase, tamoxifen ve interferon gibi ilaçlar bunların başlıcalarıdır. Kullanılan ilaçlar yaşamsal öneme sahip olduklarından depresyonun tedavisi bu ilaçlar kesilmeden yapılmalıdır¹⁹.

Kanser hastasında depresyon tanısının konulması sırasında, sorguladığımız semptomun majör depresyonun bir semptomu mu, yoksa kanserin fiziksel bir sonucu ya da kanser tanısına verilen normal bir cevap mı olduğunun ayırt edilmesi çok güç olabilir. Fiziksel açıdan sağlıklı olan hastalarda anoreksi, yorgunluk, uykusuzluk, kilo kaybı gibi somatik yakınmalar depresyon tanısının konulmasında önem taşırlar.

Bu bulgular hem kanser hem de depresyonda görülebileceğinden kanser hastasında depresyon tanısı için kullanılmaları güçtür. Bununla birlikte somatik semptomların depresyon değerlendirmesinde kullanılamayacağını söylemek o kadar kolay değildir. Bu konuda çelişkili sonuçlar bildirilmektedir.

2.3.5. Depresyonda Tanı:

Dünya Sağlık Örgütü (D.S.Ö.) hastalıkların uluslar arası sınıflamasını içeren “İnternational Classification of Disease (ICD)” tanı dizgisini sırasıyla ICD-8 (1968), ICD-9 (1979), ICI-10 (1992) olarak hazırlamıştır. ICD-10 tanı kriterinde depresyonun hafif, orta, ağır derecelendirmeleri ile tek nöbet, yineleyici nöbetler vardır.

ICD-10’da ağır depresyon nöbeti “somatik” belirtileri olan ve olmayan diye ikiye ayrılmıştır. Bu somatik belirtiler yeterince tanımlanmamıştır.

Sözlük anlamı ile somatik sayılmayabilecek bu “somatik belirtiler” şunlardır; ilgide, zevk almada azalma, sabah erken uyanma ve kötü hissetme, psikomotor yavaşlama ya da ajitasyon, iştah azalması ve kilo kaybı, libido azalması.

Sonuçta depresyon tanısını koyabilmek için aşağıdaki belirtiler en az iki haftadır sürüyor olmalıdır ve en az ikisi “A” grubu belirtilerden olmak üzere 4 tanesi bulunmalıdır (ICD-10 Ruhsal davranış ve bozukluklar sınıflandırması, D.S.Ö., 1992, Cenevre).

A GRUBU BELİRTİLER

- *Çökkün veya üzgün duygu durumu
- *İlgi azalması ve /veya hiçbir şeyden zevk alamama
- *Yorgunluk veya enerji azalması

B GRUBU BELİRTİLER

- *Uyku bozukluğu
- *Dikkati toplamada güçlük
- *Kendine güven azalması
- *Suçluluk ve değersizlik düşünceleri
- *İştah bozukluğu
- *İntihar düşünce ve / veya girişimleri
- *Hareket ve düşüncelerde yavaşlama

Diğer Belirtiler

- *Anksiyete (Bunaltı)
- *Ajitasyon (Motor huzursuzluk)
- *Sinirlilik
- *Geleceğe ilişkin karamsarlık ve umutsuzluk
- *Gürültüden rahatsız olma

Ruhsal bozukluklarda biri olan depresyonun ülkeler arasında yaygınlık açısından fazla bir farkı olmadığı görülmektedir. Ancak, klinik görünüme egemen belirtiler toplumdan topluma değişebilmektedir. Örneğin, gelişmekte olan ülkelerde depresyonda daha çok somatik yakınmalar görülmektedir²⁰.

Depresyon tanısı koyarken en azından bir takım psikolojik testlerin rakamsal sonuçlarına ihtiyaç duyduğunu kabul etmek gerekir. Depresyonda sendromal aktiviteyi değerlendirmek için üzerinde geniş anlaşma olan Hamilton Depresyon Ölçeği veya Beck Depresyon Envanteri kullanılır.

Kişinin belirtilerin şiddeti açısından eşiği aştığı tespit edildikten sonra gerek işlevsellikteki etkilenme, gerek seçilecek tedavi açısından atağın kategorik incelenmesinin yapılması gerekir. Depresyonun şiddeti de Beck Depresyon Envanterinde aldıkları skarlara göre değerlendirilir.

2.3.5.1. BECK DEPRESYON ENVANTERİ

Özgün adı: Beck Depression Inventory (BDI)

Geliştirenler:Beck

Özgün makale:Beck AT (1961)An inventory for measuring depression.Arch Gen Psuchiatry 4:561-571.

Türkçe formunun adı: Beck Depresyon Envanteri

Türkçe formunun güvenirliği: Güvenirlilik çalışmasında, Cronbach alfa katsayısı 0,80 olarak bulunmuştur. Yarıya bölme güvenirliliğinde,r-0,74 olarak belirlenmiştir.

Türkçe formunun geçerliliği: Birlikte geçerlilik yönteminde, BDI ile birlikte MMPI depresyon alt ölçeği uygulanmıştır ve aralarındaki korelasyon r-0,50 olarak elde edilmiştir.

Bunlardan dört tanesinin yorumlanabilir olduğu belirtilmiştir. Birinci faktörde umutsuzluk, ikinci faktörde kişinin kendine yönelik olumsuzluk duyguları, üçüncü faktörde bedensel kaygılar ve dördüncü faktörde suçluluk duygulanımları yer almaktadır.

Türkçe formunun makalesi: Hisli N; Beck Depresyon Envanterinin Üniversite Öğrencileri için Geçerliliği, Güvenirliliği, Psikoloji Dergisi, 1989, 7-3-13^{20,21,22}.

2.4. YAŞAM KALİTESİ

Kalite kavramı, bir ürün yada hizmetin belirli gereksinimleri karşılayabilme özelliklerinin tümü olarak tanımlayabiliriz²³. Yaşam kalitesi kavramı ise sezgi ile anlaşılmasına karşın, sosyal bilimciler, sağlık hizmetleri çalışanları ve klinisyenler için tanımlanması oldukça zordur. Yaşam kalitesi kavramı, bilimsel makale yazarları tarafından önceleri sıklıkla açık tanımla yapılmaksızın kullanılmıştır. Ancak günümüzde yaşam kalitesinin açık bir şekilde tanımlanması gerektiği savunulmaktadır²³.

Yaşam kalitesi kavramı, 1960'lı yıllarda ABD'de politik tartışmalardan kaynağını alan ve o yıllardan sonra kullanımı yaygınlaşmaya başlayan oldukça yeni bir kavramdır.

1960'lı yıllarda ABD'de yaşam kalitesinin düzeltilmesi hükümet için birinci hedef olarak kabul edilmiş ve öncelikle daha iyi bir yaşam kalitesi için, daha fazla esenlik sağlayacak materyaller olduğuna inanılan gelir/kazan, eğitim, sağlık ve barınmayı içeren objektif yaşam durumlarının iyileştirilmesi yönünde çalışmalar yapılmıştır^{24,25,26}.

Yaşam kalitesi kavramı genel olarak, hastalığın fiziksel olumsuzlukları ile ilgili, fiziksel, ekonomik, sosyal ve duygusal faktörlere odaklanır. Çünkü bireyin fiziksel durumu psikososyal fonksiyonlarını etkilemektedir^{26,27}.

Tarihsel perspektifle baktığımızda; yaşam kalitesi kavramının öncelikle ekonomi bilimlerinde, esenlik yaşam düzeyi ve kalkınma kavramlarından hemen sonra ortaya çıktığını ve ekonomik kalkınmayı kişi başı ölçütleriyle ölçen yaklaşımın, daha gelişmiş bir anlayışını yansıttığını görüyoruz.

Ekonomistler, esenlik kavramı üzerinde durmuşlar, ulusal üretim gibi göstergeleri gelir ve satın alma gücünü kullanmışlardır. Ekonomistlerin yaklaşımı, yaşam kalitesinin, yaşam düzeyi kavramına çok yakın bir anlamda ele alındığını düşündürmektedir^{26,27}.

Sosyologlar, ekonomistlerin üzerinde durdukları ulusal üretim, gelir, satın alma gücü gibi göstergelerin, yaşam kalitesi kavramını değerlendirmede yeterli olmayacağını ve çalışma, barınma ve sosyal durumun da ele alınması gerektiğini savunmuşlardır. Sosyolojik ağırlıklı yaklaşımlarda, yaşam kalitesi kavramı, yaşam biçimi kavramıyla benzerlik göstermektedir²⁶.

1970'li yıllarda, yaşam kalitesi konusunda uluslararası kurumlar düzeyinde bir ilginin başladığını, bilimsel kongre ve sempozyumların düzenlendiğini ve psikolojik ağırlıklı çalışmaların hızla çoğaldığını görmekteyiz.

Psikologlar, sosyal durumun iyi olmasının, daha iyi subjektif esenlik ile mutlaka paralellik göstermeyeceğini, subjektif esenliğin, objektif çalışma ve barınma durumlarının ötesinde, çalışma ve barınma durumlarından doyum bulup bulmama ile ilişkili olduğunu belirtmişlerdir²⁶.

Sonuç olarak yaşam kalitesi; objektif durumların ötesinde, bireyin kendi yaşamına ilişkin doyum ve mutluluk durumu ile ilişkilidir. Başka bir deyişle yaşam kalitesi, bireyin kendi yaşamına ilişkin subjektif doyumudur. Kaliteli yaşam için neyin gerekli olduğunu saptamaya yönelik yapılan birçok çalışmada, bireylerin objektif yaşam durumları uygun olmasa da bu görüş desteklenmiştir^{27,28}.

Birçok etmen yaşam kalitesine katkıda bulunabilir. Bunlar arasında yaşamın iyi olması, kişinin mutluluğu ve başkalarına bağımlı olmadan işlerini yaparak yaşamın keyfini çıkarması sayılabilir.

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ,hastalıklar ve hastalıkların tedavisiyle etkilenebilen durumlarla ilgilidir.

Örneğin, hastalığa bağlı ağrı ve bunun işlevlere getirdiği kısıtlamalar, günlük etkilenmeler başkalarının yardımını gerektirir ve hastanın yaşam kalitesini azaltır. Kendinizi nasıl hissediyorsunuz ?”gibi basit bir soru, yaşam kalitesini, resmi olmasa da bir ölçme yoludur.

2.4.1.Yaşam Kalitesinin Tanımı ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirme Yöntemleri

Yaşam kalitesi kavramı,ilk bakışta basit bir kavram gibi görünmesine rağmen, oldukça geniş ve kapsamlıdır. Bu kavram yaşamda nelerden zevk aldığımızı, ne olmak ve nasıl yaşamak istediğimizi ifade eder²⁸.

Araştırmacılar, yaşam kalitesiyle ilgili çeşitli tanımlar yapmışlardır. Araştırmacıların çoğu yaşam kalitesini; mutluluk, doyum, uyum olarak tanımlamışlardır ve yaşam kalitesi kavramı; yaşam doyumu, yaşam memnuniyeti ve mutluluk ile eş anlamlı kullanılmıştır ^{29,30}.

Yaşam kalitesi kavramının sürekli gelişim içerisinde olmasının yanı sıra içeriğinin de çok yönlü olması tanımlanmasını güçleştirmektedir³¹. Yaşam kalitesi sıklıkla “sağlıkla ilgili yaşam kalitesi”, “subjektif sağlık durumu” ve “fonksiyonel durum” gibi kavramlarla ifade edilir³⁰. Genel anlamda bireysel “iyi oluş”un ifadesi anlamına gelen yaşam kalitesi yıllar boyu değişik şekillerde tanımlanmıştır.

Naess yaşam kalitesini; bireyin aktifliği, başkalarıyla iyi ilişkiler içinde olması, benlik saygısı ve temel olarak hissettiği mutluluğu ve tüm bunların derecesi olarak tanımlar³¹.

Price, yaşam kalitesini, hasta veya gözlemci tarafından algılanan fonksiyon ve/veya iyilik halinin fiziksel, sosyal ve psikolojik görüntüsü aracılığı ile ölçülebilen çok boyutlu bir yapı olarak tanımlamıştır³².

Yaşam kalitesinin en uygun gibi görünen tanımı şöyledir: yaşam koşulları içinde elde edilebilecek kişisel doyumun düzeyini etkileyen hastalıklara ve günlük yaşamın fiziksel, ruhsal ve toplumsal etkilerine verilen kişisel tepkileri gösteren bir kavramdır. İçinde kültür, değer yargıları, kişinin konumu, amaçları bulunur.

Toplumların sağlık durumları geleneksel olarak tıbbi tedavi sonuçları, klinik bulgular, laboratuvar ve radyolojik testleri temel alınarak mortalite ve morbidite ile ölçülmektedir.

Özellikle mortalite hızı bir toplumun gelişmişliğinin göstergesi olarak kullanılmakla beraber, son yıllarda bakım kalitesini ölçmede hasta değerlendirmesine dayalı sonuçlara doğru kayma görülmektedir. Bu nedenle toplumun sağlığının izlenmesinde yaşam, ölüm ve hastalığın ötesinde sağlık statüsünü yaşam kalitesi boyutuyla ölçmeye çalışan sağlık statüsü indeksi ve profillerinin kullanılması yaygınlaşmıştır³³.

Teknolojinin ilerlemesi ile birlikte sağlıkta başarılı adımlar atılmış ve hastalıkların tedavisinde mesafeler kat edilmiştir. Buna bağlı olarak yaşam süresi uzamış ve kronik hastalıklar ile daha uzun süre birlikte yaşama zorunluluğu doğmuştur. Hastalıkların biyolojik yönden tedavisinde bu gelişmeler sağlanırken, hastaların psikososyal sorunları ile daha fazla ilgilenme zorunluluğu gündeme gelmiştir.

Ek olarak, hastalıklar için etkili ilaçlar piyasaya sürüldükçe, bu ilaçlar arasındaki farkı da belirleyen hastanın tedavi sırasındaki konforu olmuştur. Böylece hastaların yaşam kalitesi giderek daha fazla ilgi çeker bir duruma gelmiştir. Yaşam kalitesi, yaşam doyumu, öznel iyi olma, mutluluk, işlevsel yeterlilik, sosyal iyilik bileşenlerden oluşmaktadır^{34,35,36,37,38}.

Dünya Sağlık Örgütü yaşam kalitesini, bireyin amacı, standartları ve sosyal değerlerle uygunluğu ve toplum içindeki konumunun kendi tarafından algılanması olarak tanımlamıştır³⁹.

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 1948'de, sağlığı sadece hastalık sakatlığın olmaması değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal iyilik olma hali olarak tanımlanmasından sonra yaşam kalitesi konusu sağlık bakım uygulamalarında ve araştırmalarında önem kazanmaya başlamıştır. 1973 yılından bu yana giderek artan sayıda klinik araştırmada yaşam kalitesi kavramı araştırmanın ana çıktısı olarak kullanılmaktadır³⁹.

Sağlığın boyutlarını ölçmek için hastanın/bireyin kendi sağlık algısını ortaya çıkaran araçlar geliştirilmiştir.

En yaygın araçlar, fiziksel, emosyonel ve sosyal fonksiyonlar, rol performansları, ağrı ve diğer semptomları değerlendiren ölçeklerdir. Subjektif sağlık statüsü ölçekleri denilen bu araçların kullanım alanları çeşitlidir. Bunlar;

- Klinik uygulamalarda yapılan uygulamanın etkinliğini değerlendirme,
- İlaç veya tedavi yöntemi arasındaki farkın değerlendirmesinde,
- İki farklı tedavi modeli arasındaki farkın değerlendirilmesinde,
- Özel bir hasta grubu veya durumun etkisinin değerlendirilmesinde,
- Klinik uygulamada hastaların sağlık durumlarının değerlendirilmesinde,
- Sağlık servis harcamalarının değerlendirilmesinde,
- Sağlık bakım tiplerinin değerlendirilmesinde kullanılır.

Subjektif sağlık durumunu ölçmek için çeşitli metodlar kullanılır. Bunlar sağlık indeks ölçekleri ve sağlık profil ölçekleridir.

Sağlık indeks ölçekleri, subjektif sağlık statüsünün tüm değerlerinin tek bir skor halinde değerlendirilmesidir.

Genellikle sağlık ekonomistleri tarafından fiyat-yarar analizlerinde kullanılır. Sağlık profilleri ise, tek skor yerine her bir sağlık alanındaki hastalık-sağlık etkilerini saptamamızı sağlayan araçlardır.

Bazıları hastalığa özel düzenlenmişken (örneğin, romatoid artrit gibi) bazıları da genel sağlığı ölçmek için oluşturulmuştur (örneğin, SF 36 sağlık statüsü ölçeği, DDQ-15 Quality of life yaşam kalitesi ölçeği, Nottingham sağlık profili gibi)⁴⁰.

Dünya sağlık Örgütü'nün kişinin iyilik halini, öznel yaşam kalitesini tanımlama ve ölçme çabaları 1980'li yılların ortalarında başlamıştır.

Çalışmaların başlangıcından itibaren çeşitli ülkelerden başlangıçta 15 merkezin katkısıyla çeşitli grupları karşılaştırılabilir kılacak bir aracın geliştirilmesi hedeflenmiş; bu amaçla önce kavramlar tanımlanmış, kalitatif pilot çalışmasıyla daha sonra yaşam kalitesini oluşturan kavramları çeşitli boyutlarıyla araştıran sorular oluşturulmuş, 2000 soruyu içeren havuzdan daha sonraki analizlerde 100 soru seçilmiş; çalışmaların sonucunda **WHOQOL -100** ve **WHOQOL - BREF** adlı ölçekler ortaya çıkmıştır^{41,42}.

Bazı merkezler bu ölçeklerin geçerlik ve güvenirlik çalışmalarını yaparken, bazıları bu aşamaları tamamlamış, ek modüller geliştirmekte, farklı gruplarda uygulamaktadır (3). Ölçeğin 100 soruluk biçimi 20, kısa biçimi 30 dile çevrilmiştir⁴².

2.4.2.WHOQOL-BREF: World Health Organization Quality Of life Questionnaire Abbreviated Version (Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısaltılmış Versiyonu)

WHOQOL-BREF: World Health Organization Quality Of life Questionnaire Abbreviated Version (Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısaltılmış Versiyonu) tüm hastaların annelerine uygulanmıştır. Bu ölçeğin annelerin fonksiyonel ve psikolojik durumlarını değerlendirdiği anlatılmıştır.Soruları kendilerinin cevaplaması gerektiği vurgulandı, anlayamadıkları soruları boş bırakmaları söylenmiştir. Annelerin anlayamadıkları sorular açıklanmış ve uygun şık işaretlenmiştir. (Ek-3).

WHOQOL-BREF Türkçe'ye çevrilerek geçerlilik ve güvenirlik çalışmaları yapılmıştır (4).İki genel sorudan biri, bütün olarak sağlık puanını, diğeri bütün olarak yaşam kalitesi puanını vermektedir.Sorular likert tipi kapalı uçlu yanıtlar içermektedir. WHOQOL-BREF hesaplanan ham skorlar dönüştürülmüş skora çevrilmiştir^{43,44,45}.

Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu Türkçe Versiyonu (WHOQOL-BREF TR)

WHOQOL-BREF-TR, çeşitli ülkelerden başlangıçta 15 merkezin katkısıyla Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından yaşam kalitesinin öznel olarak değerlendirilmesi amacıyla geliştirilmiş bir değerlendirme aracıdır (WHOQOL Group 1994). Yirmi altı soru ve 4 alanı kapsamaktadır (World Health Organization 1997). Bu 4 alan fiziksel, psikolojik, sosyal ilişkiler ve çevre alanlarıdır.

Kişinin hastalığın yarattığı somut ve fiziksel bulguları nasıl algıladığını ve yaşadığını, hastalık ile fiziksel aktivite, sosyal ilişkiler ve çevrenin nasıl bir ilişki içinde olduğunu ölçmektedir. Yanıtlar hastanın yaşadıklarının şiddetini, sıklığını, yaşadıklarına ilişkin yorumunu içermektedir.

Fiziksel alanda gündelik işleri yürütebilme, ilaçlara ve tedaviye bağımlılık, canlılık ve bitkinlik, hareketlilik, ağrı ve rahatsızlık, uyku ve dinlenme, çalışabilme gücü ile ilgili sorular yer almaktadır. Psikolojik alan, olumlu ve olumsuz duygular, benlik saygısı, beden imgesi ve dış görünüş, kişisel inançlar ve dikkat; sosyal ilişkiler alanı ise diğer kişilerle ilişkiler, sosyal destek ve cinsel yaşam ile ilgili sorulardan oluşmaktadır.

Ölçeğin evre boyutunda ev ortamı, fiziksel güvenlik ve emniyet, maddi kaynaklar, sağlık hizmeti alabilme, boş zamanları değerlendirme, fizik evre ve ulaşım ile ilgili sorular bulunmaktadır. Alan puanları 4-20 arasında ve 0-100 arasında ayrı ayrı hesaplanabilmektedir (WHOQOL Group 1998). Ölçeğe ait bir toplam puan hesaplanmamaktadır. Bu çalışmada 4-20 arası puanlar kullanılmıştır. Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirliği Eser ve arkadaşları (1999 a,b) tarafından yapılmıştır^{44,45}.

Tablo 1: WHOQOL- BREF'in Alan ve Bölümleri

Alan / Bölüm	Soru Sayısı
Bedensel Alan	
Gündelik işleri yürütebilme	1
İlaçlara veya tedaviye bağımlılık	1
Canlılık ve bitkinlik	1
Hareketlilik	1
Ağrı ve rahatsızlık	1
Uyku ve dinlenme	1
Çalışabilme gücü	1
Ruhsal Alan	
Beden imgesi ve dış görünüş	1
Olumsuz duygular	1
Benlik saygısı	1
Olumlu duygular	1
Maneviyat,din, kişisel inançlar	1
Düşünme, öğrenme, bellek ve dikkatini toplama	1
Sosyal İlişkiler	
Diğer kişilerle ilişkiler	1
Sosyal destek	1
Cinsel yaşam	1
Çevre	
Maddi kaynaklar	1
Fiziksel güvenlik ve emniyet	1
Sağlık hizmetleri ve sosyal yardım : Ulaşılabilirlik ve nitelik	1
Ev ortamı	1
Yeni bilgi ve beceri edinme fırsatları	1
Dinlenme ve boş zaman değerlendirme fırsatları ile bunlara katılabilme	1
Fiziksel çevre (Kirlilik/ gürültü/ trafik/ iklim)	1
Ulaşım	1
Genel sorular	2
Toplam	26

2.4.3. Tıpta Yaşam Kalitesi Kavramı

Yaşam kalitesi kavramı 1970-80 yıllarında tıp alanında ilgi görürken, 1980-90 yıllarında da hemşirelik alanında üzerinde durulan konu olmuştur.

Hemşirelik alanında biyolojik, psikolojik ve sosyokültürel yönünü içeren esenlik durumunu yükseltmeye yönelik bakım sağlama gerçeğine dayanmaktadır.

Tıp bilimlerinde, bireylerin yaşam kalitesinin değerlendirilmesi çalışmaları üç amaca yönelik olarak yapılmaktadır.

Bu amaçlar;

- Sınırlı medikal kaynakların dağılımı.
- Klinik karar vermenin kolaylaştırılması.
- Bağımsız karar vermesi yönünde hastalara yardım edilmesidir ⁴⁵.

Sınırlı medikal kaynakların dağılımı; sağlık profesyonelleri hasta için, hem nitel hem de nicel yönden en yararlı tedaviyi seçmek zorundadır. Bunu yaparken de tedavinin maliyeti, beklenen yaşam süresi ve tedaviden sonra geçirilecek yılların kalitesi dikkate alınmalıdır⁴⁵.

Tedavi yöntemlerinin gelişmesi, yaşam süresini uzatmış, dolayısıyla da kaliteyi değiştirmiştir. Bazen de, tek başına uygun bir tedavi yöntemi bulunmamakta, ancak hastaların hastalıklarıyla nasıl başa çıkabilecekleri öğretilmekte ve bu yolla yaşamlarının kalitesi yükseltilmeye çalışılmaktadır

⁴⁶.

Hemşirelik bilimlerinde yaşam kalitesine yönelik uğraş verme; hastayı rahatlatmaya yardım etme, uygun bakımı verme ve tamamı hemşireliğin alanı içinde olan yaşamın biyolojik, psikososyal ve sosyokültürel yönünü içeren esenlik durumunu yükseltmeyi hedefleyen hemşireliğin gerekliliğini ifade etme gerçeğine dayanır.

Hemşirelikte yaşam kalitesine ilişkin araştırma alanını şöyle sıralamıştır:

- Özgöl bir hastalığa karşı hastanın fiziksel ve psikososyal yanıtını (tepkisini) tanılamak,
- Hastalık ve tedaviye yanıt olarak semptom yöntemini belirlemek,
- Hasta ve/veya ailenin tedaviye yanıtını (tepkisini) karşılaştırmak,
- Özgöl rehabilitasyon uygulamalarının etkisini göstermek,
- Sağlık- hastalık sürecindeki zayıf (kolay zedelenebilir) dönemleri tanımak.

3- GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın yeri ve zamanı

Bu çalışma 01 Aralık 2007-30 Mart 2008 tarihleri arasında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Çocuk Hematoloji-Onkoloji Bölümü'nde serviste yatırılarak izlenen kanser hastalarında ve annelerinde uygulanmıştır.

3.2. Araştırmanın Evreni ve Araştırmaya Katılım Oranı

Araştırmanın evrenini Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Hematoloji-Onkoloji Bölümü'nde yukarıda belirtilen süre içinde izlenen kanser hastaları ve annelerinin tamamı oluşturmuştur. Araştırmada evrenin tamamına ulaşılması hedeflenmiş ve belirtilen süre içinde izlenen 22 kız ve 29 erkek olmak üzere 51 çocuk ve bu çocukların annelerinin tamamına ulaşılmıştır. Araştırmada incelenen çocukların 7'si Hodgkin Lenfoma , 3'ü Osteosarkom, 23'ü Akut Lenfoblastik Lösemi, 4'ü Akut Myeloid Lösemi, 3'ü Ewing Sarkom, 3'ü Nonhodgin Lenfoma, 1'i Germ Hücreli Tümör, 2'si Malign mezenşimoma, 2' si Wilms Tümörü ve 3 tanesi de Nöroblastom tanısı ile izlenmiştir.

Araştırmanın tamamlanması sürecinde 4 hasta ölmüştür. Ancak bu hastalar ve annelerinin bilgileri çalışmaya dahil edilmiştir.

3.3. Araştırmanın Tipi

Çalışma kesitsel tipte bir epidemiyolojik araştırmadır.

3.4. Araştırmanın Değişkenleri

3.4.1. Bağımlı Değişkenler

- BDE ve ÇDÖ'ye göre depresyon bulunma durumu
- Yaşam kalitesi ölçeği skorları

3.4.2.Bağımsız Değişkenler

Anneler için

- Yaş
- Cinsiyet
- Medeni durum
- Öğrenim durumu
- Yaşadığı yer
- Meslek

Çocuklar için

- Yaş
- Cinsiyet
- Öğrenim durumu
- Tanı-evre
- Tedavi türleri
- Hastalığın süresi
- Remisyona girme durumu

3.5. Araştırmanın Veri Kaynakları

Araştırmada veri kaynağı olarak tüm annelere, veri ve bilgi toplama formu, Beck Depresyon Envanteri ve WHOQOL-BREF: (Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısaltılmış Versiyonu), tüm hastalara ise çocuk depresyon ölçeği ve yaşam kalitesi değerlendirme anketi uygulanmıştır.

3.5.1. Veri ve Bilgi Toplama formu

Veri ve bilgi toplama formu tüm hasta çocukların annelerine uygulanmıştır. Form, ailenin sosyo demografik özelliklerini, hasta çocuğa ait genel bilgiler, tanı, uygulanan tedavi yöntemleri, hastalığın getirdiği ekonomik problemler ve tedavi süresi ile ilgili soruları içermektedir (Ek-1).

3.5.2. Beck Depresyon Envanteri (BDE)

BDE tüm hasta çocukların annelerine uygulanmıştır. Bu envanterin, hasta yakınlarının depresyonda olup olmadığını ve ne derecede depresif olduklarını değerlendirdiği anlatılmıştır. Soruları kendilerinin cevaplaması gerektiği vurgulanmış, anlayamadıkları soruları boş bırakmaları ve cümle grubunda kendilerini anlatan birden fazla cümle varsa işaretlemeleri söylenmiştir. Anlamadıkları sorular açıklanmış ve kendilerine en uygun olduğunu düşündükleri seçeneğin işaretlenmesi söylenmiştir (Ek-2).

Beck Depresyon Envanteri bir depresyon tarama ölçeğidir. Bu ölçeğe göre 17 ve üzeri skor alanlar depresyon var olarak gruplandırılmaktadır. Tarama testlerinin özelliği gereği depresyon var olarak gruplandırılanlar klinik değerlendirmeye tabi tutulmalıdır. Bu araştırmada Beck Depresyon Envanteri Türkçe uyarlamasını yapan Hisli N. tarafından belirtilen 17 puan ve üzeri alınması “depresyon var” olarak tanımlanmıştır.

3.5.3. WHOQOL-BREF: World Health Organization Quality Of life Questionnaire Abbreviated Version (Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısaltılmış Versiyonu)

WHOQOL-BREF: World Health Organization Quality Of life Questionnaire Abbreviated Version (Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısaltılmış Versiyonu) tüm hastaların annelerine uygulanmıştır. Bu ölçeğin annelerin fonksiyonel ve psikolojik durumlarını değerlendirdiği anlatılmıştır. Soruları kendilerinin cevaplaması gerektiği vurgulanmış, anlayamadıkları soruları boş bırakmaları söylenmiştir. Annelerin anlayamadıkları sorular açıklanmış ve kendilerine en uygun olduğunu düşündükleri seçeneğin işaretlenmesi söylenmiştir (Ek-3).

3.5.4. Çocuk Depresyon Ölçeği

ÇDÖ tüm hasta çocuklara uygulanmıştır. Bu ölçek hastanın depresyonda olup olmadığını ve ne derece depresif olduklarını değerlendirmek için yapılmıştır. Sorular çocuklara tek tek yöneltilmiş ve verdikleri cevaplar doğrultusunda en uygun şık işaretlenmiştir (Ek-4).

Ölçek toplam 27 maddeden oluşmaktadır. Her maddede çocuğun son iki haftasını değerlendirerek, aralarından seçim yapacağı üç cümle bulunmaktadır. Her cümle seti çocukluk depresyonunun belirtilerine ilişkin ifadeler içermektedir (Örn. Uyku ve iştah problemleri, disfori v.s.).

Verilen cevaplara 0 ile 2 arasında değişen puanlar verilir. B, E, G, H, İ, J, L, N, O, P Ş, Ü,V maddeleri, ters olarak puanlanan maddelerdir. Bu puanların toplanmasıyla, depresyon puanı elde edilir^{47,48,49,50}.

Çocukluk çağındaki depresyonu araştırmada kullanılan ÇDÖ, 1980 yılında Kovacs tarafından geliştirilmiştir . 27 maddelik kendini değerlendirme sorularından oluşan ölçek 6-17 yaş arası bireylere uygulanması önerilir. Her maddede üç ifade bulunmaktadır.

Bu ifadeler sorgulanan belirtinin varlığına ve şiddetine göre 0,1 ya da 2 olarak puanlanır, ölçek puanı 0-54 arası olabilir, kesme puanı olarak 19 önerilmektedir, ölçeğin Türkçe formunun geçerlik ve güvenirlik çalışması Öy (1990, 1991) tarafından yapılmıştır⁵⁰. Bu çalışmada depresyon için sınır değer 19 alınmış, 19 ve üzeri puan alanlar depresyon var olarak kabul edilmiştir.

3.5.5. Çocuk Yaşam Kalitesi Değerlendirme Anketi

Çocuk yaşam kalitesi değerlendirme anketi tüm hasta çocuklara uygulanmıştır. Çocukların fonksiyonel ve psikolojik durumlarını değerlendirmek için uygulanmıştır. Tüm sorular çocuklara tek tek sorulmuş ve verdikleri cevaplar doğrultusunda en uygun şık işaretlenmiştir (Ek-5).

3.6. Araştırmayı Uygulayanlar

Araştırma, Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Yüksek Lisans öğrencisi tarafından yürütülmüştür. Araştırma için ;
-Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cebeci Hastanesi Başhekimliği'nden ve
- Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığı'ndan gerekli izinler alınmıştır.

3.7. Araştırmanın Süresi

Araştırmanın zaman çizelgesi Tablo.1.'de sunulmuştur.

Tablo 2: Araştırmanın zaman çizelgesi

Aşamalar	Aktiviteler	2007	2008						2009		
		Ekim Kasım Aralık	Ocak Şubat Mart	Nisan Mayıs Haziran	Temmuz Ağustos Eylül	Ekim Kasım Aralık	Ocak Şubat Mart	Nisan Mayıs Haziran			
Planlama Aşaması	Literatür Taraması										
	Tez Önerisin Hazırlanması										
Uygulama Aşaması	Araştırmanın Uygulanması										
	Verilerin İşlenmesi										
Analiz Aşaması	Verilerin Analizi										
Rapor Aşaması	Rapor Yazımı										

3.8.Araştırma Verilerinin Düzenlenmesi ve Analizi

Veri girişi ve istatistiksel analizler SPSS 15.0 istatistik paket programı kullanılarak yapılmıştır. Araştırma değişkenlerin frekans dağılımları, aritmetik ortalamalar, standart sapmalar, ortancalar hesaplanmış, marjinal ve çapraz tablolar hazırlanmıştır.Araştırmada istatistiksel analiz yöntemleri olarak Ki-Kare ve Eğitimde Ki-Kare testleri, Fisher'in Kesin testi, Mann-Whitney U-Testi kullanılmıştır.Araştırmada anlamlılık düzeyi olarak 0.05 alınmıştır.

Bu çalışmada anneleri öğrenim durumları Beck Depresyon Tabloları ve WOQOL-BREF (Dünya Sağlık rgt Yaşam Kalitesi leği Kısaltılmış Versiyonu) tablolarında iki farklı şekilde gruplandırılmıştır.

3.9.Araştırmada Karşılaşılan Güçlükler

Araştırma boyunca en çok uygulama aşamasında güçlüklerle karşılaşılmıştır. Hasta ocukların soruları cevaplarırken isteksiz oldukları gözlenmiştir.

4. BULGULAR

Araştırma kapsamında toplam 51 anne incelenmiştir. İncelenen annelerin bazı tanımlayıcı bilgilerinin dağılımı Tablo 3’de sunulmuştur.

Tablo 3: Araştırmaya Katılan Annelerin Bazı Tanımlayıcı Bilgilerinin Dağılımı Ankara, 2009

(N=51)	Sayı	(%)
Yakınlık derecesi		
Anne	51	100.0
Medeni durum		
Bekar	-	-
Evli	49	96.1
Dul-boşanmış-eşi ölmüş	2	3.9
Yaş		
< 25 yaş	-	-
26-30 yaş	10	19.6
31-35 yaş	9	17.6
36-40 yaş	22	43.2
> 41 yaş	10	19.6
Öğrenim durumu		
İlkokul mezunu	28	54.9
Ortaokul mezunu	6	11.8
Lise mezunu	12	23.5
Yüksekokul/üniversite mezunu	4	7.8
Yüksek lisans/doktora yapmış	1	2.0

Tablo 3: Araştırmaya Katılan Annelerin Bazı Tanımlayıcı Bilgilerinin Dağılımı Ankara, 2009 (Devamı)

Mesleği		
Memur	6	10.8
Ev hanımı	45	88.2
Yaşadığı yer		
İl-merkez	37	72.5
İlçe	8	15.7
Köy	6	11.8
Oturulan ev		
Kendi evim	38	74.5
Kira	11	21.6
Lojman	2	3.9
Ailenin		
Araba varlığı		
Evet	30	58.8
Hayır	21	41.2

Araştırmaya katılan annelerin %96.1'i evli olup, %3.9'unun ise boşanmış olduğu gözlenmiştir. İncelenen annelerin % 43.2'si 36-40 yaş, % 19.6'sı 26-30 yaş, %19.6'sı 41 yaş ve üzeri, %17.6'sı ise 31-35 yaş grubu arasında olduğu gözlenmiştir.

Araştırmaya alınan annelerin %54.9'u ilkokul mezunu, %23.5'i lise mezunu, %11.8'i ortaokul mezunu, %7.8'i yüksekokul/ üniversite mezunu, %2.0'si ise yüksek lisans / doktora mezunu oldukları gözlenmiştir.

Araştırmada incelenen annelerin % 88.2'si ev hanımı, %9.8'i memur olduğu, %72.5'inin il merkezinde, %15.7'sinin ilçede, %11.8'inin ise köyde yaşadığı gözlenmiştir.

İncelenen annelerin %74.5'inin kendi evinde, %21.6'sının ise kirada oturduğu, ve %58.8'inin arabasının olduğu, % 41.2'sinin ise arabasının olmadığı saptanmıştır.

Araştırmaya katılan annelerin %88.2'sinde çocuğa refakat etmenin çalışma hayatını olumsuz yönde etkilemediğini, %11.8'i ise çalışma hayatını olumsuz yönde etkilediğini belirtmişlerdir.

Çalışma hayatını olumsuz yönde etkilediğini beyan eden çalışan annelerin % 11.8'i iş yerinden sürekli rapor aldıklarını bildirmişlerdir.

İncelenen annelerin Ankara'ya ulaşım şekillerine bakıldığında %70.6'sının özel araba ile %23.5'inin otobüs ile olduğu gözlenmiştir. Araştırmada incelenenlerin % 54.9'u kendi evlerinde, % 17.6'sının ise misafirhanede kaldıkları gözlenmiştir.

Araştırmada incelenen annelerin Beck Depresyon Envanterine göre depresyon bulunma durumu ve depresyon olanlarda derecelerinin dağılımı Tablo 6'da sunulmuştur.

Tablo 4: Araştırmaya Katılan Çocuklara Refakat Eden Annelerin Beck Depresyon Envanterine Göre Depresyon Bulunma Durumu ve Depresyon Olanlarda Derecelerinin Dağılımı, Ankara, 2009

	S	%
Depresyon Yok	6	11.8
Depresyon Var	45	88.2
Hafif Depresyon	20	39.2
Orta Derecede Depresyon	14	27.5
Şiddetli Depresyon	11	21.6
TOPLAM	51	100.0

İncelenen annelerin % 88.2'sinde Beck Depresyon Envanterine göre depresyon saptanmıştır. İncelenen annelerin % 11.8'inde ise depresyon görülmemiştir. Depresyon saptanan annelerin % 39.2'sinde hafif, % 27.5'inde orta derecede, % 21.6'sında ise şiddetli depresyon olduğu bulunmuştur.

Araştırmada incelenen annelerin depresyon bulunma durumlarının bazı tanımlayıcı özelliklere göre dağılımı Tablo 7’de sunulmuştur.

Tablo 5: Araştırmaya Katılan Çocuklara Refakat Eden Annelerde Depresyon Bulunma Durumlarının Bazı Tanımlayıcı Özelliklere Göre Dağılımı, Ankara, 2009.

Depresyon Bulunma Durumu									
	Var			Yok			Toplam		
	S	(%)	(%)*	S	(%)	(%)*	S	(%)*	P
Yaş									0,0001
26-30 yaş	5	9.8	11.1	5	9.8	83.3	10	19.6	
31-35 yaş	9	17.6	20.0	-	-	-	9	17.6	
36-40 yaş	22	43.1	48.9	-	-	-	22	43.1	
> 41 yaş	9	17.6	20.0	1	2.0	16.7	10	9.6	
Öğrenim durumu									0.874**
İlk-ortaokul	30	58.8	66.7	4	7.8	66.7	34	66.7	
Lise-yokul-ylisans-doktora	15	29.4	33.3	2	3.9	33.3	17	33.3	
Meslek									1.000***
Ev hanımı	39	76.5	86.7	6	11.8	13.3	45	88.2	
Memur	6	11.8	13.3	-	-	-	6	11.8	
Yaşanılan yer									0.150
İl-merkez	33	64.7	73.3	4	7.8	66.7	37	72.5	
İlçe	8	15.7	17.8	-	-	-	8	15.7	
Köy	4	7.8	8.9	2	3.9	33.3	6	11.8	
Çocuk sayısı									0.265**
1	6	11.8	13.3	2	3.9	33.3	8	15.7	
2	17	33.3	37.8	2	3.9	33.3	19	37.3	
3 +	22	43.1	48.9	2	3.9	33.3	24	47.1	

% satır yüzdesi
Testi

%* Kolon yüzdesi

**Eğimde Ki-kare testi

*** Fisher’in Kesin

İncelenen annelerin % 19.6'sı 26-30 yaş, % 17.6'sı 31-35 yaş, % 43.1'i 36-40 yaş, %19.6'sı 41 yaş ve üzerinde olduğu saptanmıştır.36-40 yaş grubunda depresyon (% 48.9)en fazla, 26-30 yaş grubunda ise depresyon (% 83.3) en az görülmüştür.Depresyon olmayanlarda anne yaşı ortalaması 36.4, depresyon olanlarda anne yaşı ortalaması 24.6 olup aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p=0.11$)****.(Mann-Whitney U Testi)

İncelenen annelerin % 54.9'u ilkokul, % 11.8'i ortaokul, % 23.5'i lise, % 7.8'i yüksekokul /üniversite mezunu, % 2.0 yüksek lisans/ doktora yapmış olduğu görülmüştür. Y.lisans /doktora yapmış olanlarda depresyon en az (% 2.2) saptanmıştır. Depresyon en fazla (% 55.6) ilkokul mezunlarında tespit edilmiştir. Depresyon ve öğrenim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

Araştırmada incelenen annelerin % 88.2'si ev hanımı, % 9.8'i memur, % 2.0 serbest çalıştığı saptanmıştır.

Depresyonun en fazla (%86.7) ev hanımlarında görüldüğü saptanmıştır.Depresyon en az ise (% 2.2) serbest meslekte çalışanlarda tespit edilmiştir. Depresyon ve meslek arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır.

İncelenen annelerin % 72.5'i il-merkez, % 15.7'si ilçe, % 11.8'inin köyde yaşadığı tespit edilmiştir. Depresyon en fazla (% 73.3) il-merkezinde yaşayanlarda, en az ise (% 8.9) köyde yaşayanlarda saptanmıştır. Depresyon ve yaşanan yer arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.İncelenen annelerin % 15.7'sinin 1 çocuğu, % 37.3'ünün 2 çocuğu, % 47.1'inin 3 ve üzerinde çocuğu olduğu gözlenmiştir. Depresyon en fazla (% 48.9) 3 ve üzeri çocuğu olan annelerde , en az ise (13.3) 1 çocuğu olan annelerde tespit edilmiştir. Depresyon ve çocuk sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

Araştırmada incelenen annelerin depresyon bulunma durumlarının çocuğa ait bazı tanımlayıcı özelliklere göre dağılımı Tablo 8’de sunulmuştur.

Tablo 6: Araştırmaya Katılan Çocuklara Refakat Eden Annelerde Depresyon Bulunma Durumlarının Çocuğa Ait Bazı Özelliklere Göre Dağılımı, Ankara, 2009

Depresyon Bulunma Durumu									
	Var			Yok			Toplam		
	S	(%)	(%)*	S	(%)	(%)*	S	(%)*	p
Çocuğun yaşı									
6-8 yaş	17	33.3	37.8	4	7.8	66.7	21	41.2	0.439
9-11 yaş	7	13.7	15.6	1	2.0	16.7	8	15.7	
12-14 yaş	12	23.5	26.7	-	-	-	12	23.5	
15-18 yaş	9	17.6	20.0	1	2.0	16.7	10	19.6	
Çocuğun sınıf kaybı olma durumu									
Var	33	64.7	73.3	3	5.9	50.0	36	94.7	0.343
Yok	12	23.5	2.9	3	5.9	50.0	2	5.3	
Çocuğun Tanısı									
ALL	19	37.3	42.2	4	7.8	66.7	23	45.1	0.876
AML	4	7.8	8.9	-	-	-	4	7.8	
HL	6	11.8	13.3	1	2.0	16.7	7	13.7	
NHL	3	5.9	6.7	-	-	-	3	5.9	
Nöroblastom	3	5.9	6.7	-	-	-	3	5.9	
Wilms Tümörü	2	3.9	4.4	-	-	-	2	3.9	
Osteosarkom	3	5.9	6.7	-	-	-	3	5.9	
Ewingsarkom	2	3.9	4.4	1	2.0	16.7	3	5.9	
Germ hücreli Tümör	1	2.0	2.2	-	-	-	1	2.0	
Mezenşimal Tümör	2	3.9	4.4	-	-	-	2	3.9	

Çocuğun Evresi									
TALL	9	17.6	20.0	-	-	-	9	17.6	0.428
BALL	10	19.6	22.2	4	7.8	66.7	14	27.5	
AML-M3	1	2.0	2.2	-	-	-	1	2.0	
AML-M5	2	3.9	4.4	-	-	-	2	3.9	
AML-M7	1	2.0	2.2	-	-	-	1	2.0	
1-2 evre	20	39.2	44.4	2	3.9	33.3	22	43.1	
3-4 evre	2	3.9	4.4	-	-	-	2	3.9	
Ailede kronik hastalık olma durumu									1.000
Evet	2	3.9	4.4	-	-	-	2	3.9	
Hayır	43	84.3	95.6	6	11.8	100.0	49	96.1	
Tanı süresi									0.598
12 ay ve altı	36	70.6	80.0	4	7.8	66.7	40	78.4	
13 ay ve üstü	9	17.6	20.0	2	3.9	33.3	11	21.6	
Remisyona girme durumu									0.204
Girmiş	23	45.1	51.1	5	9.8	83.3	28	54.9	
Girmemiş	22	43.1	48.9	1	2.0	16.7	23	45.1	

%Satır yüzdesi

;%Kolon yüzdesi

İncelenen çocukların % 41.2'sinin 6-8 yaş, % 15.7'sinin 9-11 yaş, % 23.5'inin 12-14 yaş, % 19.6'sinin 15-18 yaş grubu çocuğu olduğu saptanmıştır. Depresyon en fazla (% 37.8) 6-8 yaş grubu çocuğu olan annelerde, en az ise (% 15.6) 9-11 yaş grubu çocuğu olan annelerde tespit edilmiştir. Annede depresyon bulunma durumu ile çocuğun yaşı arasında fark yoktur. (p:0.439).

İncelenen annelerin % 94.7'sinin çocuğunda sınıf kaybı olduğunu, % 5.3'ünde sınıf kaybı olmadığı gözlenmiştir. Depresyon en fazla (%97.1) çocuğunda sınıf kaybı olan annelerde tespit edilmiştir. Çocukta sınıf kaybı olma durumu ile annede depresyon bulunma sıklığı arasında istatistiksel olarak fark yoktur. (p:0.343).

İncelenen annelerin çocuklarının % 45.1' ALL, % 7.8'i AML, % 13.7'si HL, % 5.9'u NHL, % 5.9'u Nöroblastom, % 3.9'u Wilms tümörü, %5.9'u Osteosarkom, % 5.9'u Ewing sarkom, % 2.0 Germ hücreli tümör, % 3.9'u Mezenşimal tanısı aldıkları gözlenmiştir. Depresyon en fazla (% 42.2) ALL tanısı alan çocukların annelerinde, en az ise Germ hücreli tümör tanısı alan çocukların annelerinde tespit edilmiştir. Çocuğun tanısı ile annede depresyon bulunma sıklığı arasında istatistiksel olarak fark yoktur. (p:0.876).

İncelenen annelerin çocuklarının % 17.6'sında TALL, % 27.5'i BALL, % 2.0 AML-M3, % 3.9'u AML-M5, % 2.0 AML-M7, % 43.1'i 1-2 evre, % 3.9'u 3-4 evrelerde olduğu saptanmıştır. Depresyon en fazla (%44.4) 1-2 evrede çocuğu olan annelerde tespit edilmiştir. Çocuğun hastalığının evresi ile annede depresyon bulunma sıklığı arasında istatistiksel olarak fark yoktur. (p:0.428).

Çocukların tamamında başka kronik hastalık olmadığı gözlenmiştir. Çocuğunda kronik hastalık olmadığı halde annelerin % 88.2'sinde depresyon tespit edilmiştir.

Araştırmada incelenen çocukların % 96.1'inin ailelerinde kronik hastalık olmadığı tespit edilmiştir. Ancak annelerin % 95.6'sında depresyon tespit edilmiştir. Ailede kronik hastalık olma durumu ile annede depresyon bulunma sıklığı arasında istatistiksel olarak fark yoktur. (p:1.000).

İncelenen çocukların % 78.4'ü 12 ay ve altında, % 21.6'sının 13 ay ve üzeri süredir tanı aldığı saptanmıştır. Depresyon en fazla (% 80.0) 12 ay ve altında tanı almış annelerde tespit edilmiştir. Tanısı bir yıl ve daha kısa süre önce konan olguların annelerinde depresyon görülme sıklığı daha fazladır. Ancak aralarında istatistiksel olarak fark yoktur. (p:0.598).

İncelenen çocukların % 54.9'u remisyona girmiş, % 5.1'i ise remisyona girmemiştir. Depresyon en fazla (% 51.1) çocuğu remisyona giren annelerde tespit edilmiştir. Remisyona girme durumu ile annede depresyon bulunma sıklığı arasında fark yoktur.(p: 0.204).

Araştırmada incelenen annelerin depresyon bulunma durumlarının hastanede yatışa bağlı bazı etkilenimlere dağılımı Tablo 9'da sunulmuştur.

Tablo 7: Araştırmaya Katılan Çocuklara Refakat Eden Annelerin Depresyon Bulunma Durumlarının Hastanede Yatışa Bağlı Bazı Etkilenimlere Dağılımı, Ankara, 2009

Depresyon Bulunma Durumu							
	Var		Yok		Toplam		
	S	(%)*	S	(%)*	S	(%)**	P
Bütçenin olumsuz etkilenme durumu							
Evet	40	88.9	4	66.7	44	86.3	0.186
Hayır	5	11.1	2	33.3	7	13.7	
Refakat etmenin çalışma hayatını olumsuz etkileme durumu							
Evet	6	13.3	-	-	6	11.8	1.000
Hayır	39	86.7	6	100.0	45	88.2	
İşten çıkarılma /ayrılma durumu							
Evet	1	2.2	-	-	1	2.0	1.000
Hayır	44	97.8	6	100.0	50	98.0	
Aileden ayrı yaşanılan süre							
0-30 gün	12	26.7	2	33.3	14	27.5	0.652
31-90 gün	18	40.0	1	16.7	19	37.3	
91-150 gün	12	26.7	2	33.3	14	27.5	
151-210 gün	2	4.4	1	16.7	3	5.9	
211-270 gün	1	2.2	-	-	1	2.0	

Gayrimenkul /menkul satma						
Evet	5	11.1	1	16.7	6	11.8
Hayır	40	88.9	5	83.3	45	88.2
						1.000
Kendine zaman ayırabilme						
Evet	1	2.2	-	-	1	2.0
Hayır	44	97.8	6	100.0	50	98.0
						1.000
Çocukla sosyal aktivite yapabilme						
Evet	6	13.3	2	33.3	8	15.7
Hayır	39	86.7	4	66.7	43	84.3
						0.234
Son yatış süresi						
0-30 gün	22	48.9	5	83.3	27	52.9
31-60 gün	13	28.9	1	16.7	14	27.5
61-90 gün	7	15.6	-	-	7	13.7
91-120 gün	2	4.4	-	-	2	3.9
121-150 gün	1	2.2	-	-	1	2.0
						0.195
Tedavi süresince hastanede yatış sayısı						
0-10	34	75.6	4	66.7	38	74.5
11 ve üzeri	11	24.4	2	33.3	13	25.5
						0.638

* Satır yüzdesi

**Sütun yüzdesi

Araştırmada incelenen annelerde % 86.3'ünün bütçelerinin olumsuz etkilendiği, %13.7'sinin etkilenmediği tespit edilmiştir. Depresyon en fazla (% 88.9) bütçenin olumsuz etkilendiği görülen annelerde tespit edilmiştir.

Araştırmada incelenen annelerde refakat etmenin % 88.2'si çalışma hayatını olumsuz etkilemediği, % 11.8'inde ise etkilediği tespit edilmiştir. Depresyon en fazla (%86.7) refakat etmenin çalışma hayatını olumsuz etkilemediği tespit edilen annelerde görülmüştür.

İncelenen annelerin % 98'inin işten çıkarılma/ ayrılmak zorunda kalmadığı, % 2.0 işten çıkarılma/ ayrılmak zorunda kaldığı gözlenmiştir. Depresyon en fazla (% 97.8) işten çıkarılma/ ayrılmak zorunda kalmayan annelerde tespit edilmiştir.

Aileden ayrı yaşanan süreye bakıldığında % 27.5'i 0-30 gün, % 37.5'i 31-90 gün, % 27.5'i 91-150 gün, % 5.9'u 151-210 gün, % 2.0 ise 211-270 gün ailesinden ayrı yaşadığı tespit edilmiştir. Depresyon en fazla (% 40.0) 31-90 aileden ayrı yaşayan annelerde tespit edilmiştir.

İncelenen annelerin % 88.2'si gayri menkul satmadığı, % 2.0 gayri menkul sattığı gözlenmiştir. Gayri menkul satmayan annelerde depresyon en fazla (% 88.9) tespit edilmiştir.

Annelerin % 98.0 kendine zaman ayıramadığı, % 2.0 kendine zaman ayırdığı gözlenmiştir. Depresyon en fazla (% 97.8) kendine zaman ayıramayan annelerde tespit edilmiştir.

İncelenen annelerin % 84.3'ü çocukla sosyal aktivite yapamadığı, % 15.7'sinin sosyal aktivite yapabildiği gözlenmiştir. Depresyon en fazla (% 86.7) çocuğuyla sosyal aktivite yapamayan annelerde tespit edilmiştir.

Son yatış süresine göre % 52.9'u 0-30 gün, % 27.5'i 31-60 gün, % 13.7'si 61-90 gün % 3.9'u 91-120 gün, % 2.0 121-150 gündür hastanede yattıkları gözlenmiştir. Depresyon en fazla (% 48.9) 0-30 gündür hastanede yatan annelerde tespit edilmiştir.

Tedavi süresince hastanede yatış sayısına göre % 74.5'i 0-10 kez, % 25.5'i ise 11 ve üzeri kez hastanede yattığı gözlenmiştir. Depresyon görülme sıklığı hastanede 0-10 kez yatan annelerde (% 75.6), 10 ve üzeri kez yatan annelerden (% 25.5) anlamlı şekilde yüksektir. Ancak istatistiksel olarak bir fark yoktur (p:0.638).

Araştırmada incelenen annelerin depresyon şiddetinin bazı tanımlayıcı özelliklere göre dağılımı Tablo 10'da sunulmuştur.

Tablo 8: Araştırmaya Katılan Çocuklara Refakat Eden Annelerin Depresyon Şiddetinin Bazı Tanımlayıcı Özelliklere Göre Dağılımı, Ankara, 2009

Depresyon Şiddeti						
	Hafif		Orta		Şiddetli	
(N=51)	S	(%)*	S	(%)*	S	(%)*
Yaş						
26-30 yaş	3	15.0	1	7.1	1	9.1
31-35 yaş	4	20.4	3	21.4	2	18.2
36-40 yaş	8	40.0	8	57.1	6	54.5
> 41 yaş	5	25.0	2	14.3	2	18.2
Öğrenim durumu						
İlkokul mezunu	10	50.0	7	50.0	8	72.7
Ortaokul mezunu	4	20.0	1	7.1	-	-
Lise mezunu	6	30.0	4	28.6	-	-
Yüksekokul /Üniversite mezunu	-	-	2	14.2	3	27.3
Meslek						
Memur	1	5.0	3	21.4	2	18.2
Ev hanımı	19	95.0	11	78.6	9	81.8
Çocuk sayısı						
1	3	15.0	2	14.3	1	9.1
2	4	20.0	7	50.0	6	54.5
3 +	13	65.0	5	35.7	4	36.4
Çocuğun yaşı						
6-8 yaş	10	50.0	7	50.0	-	-
9-11 yaş	1	5.0	2	14.3	4	36.4
12-14 yaş	5	25.0	2	14.3	5	45.5
15-18 yaş	4	20.0	3	21.4	2	18.2

Çocuğun Tanısı						
ALL	9	45.0	7	50.0	3	27.3
AML	1	5.0	2	14.3	1	9.1
HL	5	25.0	-	-	1	9.1
NHL	1	5.0	2	14.3	-	-
Nöroblastom	1	5.0	1	7.1	1	9.1
Wilms Tümörü	2	10.0	-	-	-	-
Osteosarkom	-	-	1	7.1	2	18.2
Ewingsarkom	1	5.0	1	7.1	-	-
Germ hücreli Tümör	-	-	-	-	1	9.1
Mezenşimal Tümör	-	-	-	-	2	18.2
Evre						
TALL	4	20.0	3	21.4	2	18.2
BALL	5	25.0	4	28.6	1	9.1
AML-M3	-	-	1	7.1	-	-
AML-M5	1	5.0	-	-	1	9.1
AML-M7	-	-	1	7.1	-	-
1-2 evre	10	50.0	5	35.7	5	45.5
3-4 evre	-	-	-	-	2	18.2
Remisyona girme durumu						
Girmiş	13	65.0	6	42.9	4	36.4
Girmemiş	7	35.0	8	57.1	7	63.6
Bütçenin olumsuz etkilenme durumu						
Etkilenmiş	19	95.0	12	85.7	9	81.8
Etkilenmemiş	1	5.0	2	14.3	2	18.2
Refakat etmenin çalışma hayatını olumsuz etkileme durumu						
Etkilenmiş	1	5.0	3	21.4	2	18.2
Etkilenmemiş	19	95.0	11	78.6	9	81.8

İşten çıkarılma /ayrılma durumu						
Çıkarılmış/ayrılmış	-	-	1	7.1	-	-
Çıkarılmamış/ayrılmamış	20	100.0	13	92.9	11	100.0
Aileden ayrı yaşanılan süre						
0-30 gün	9	45.0	2	14.3	1	9.1
31-90 gün	6	30.0	7	50.0	5	45.5
91-150 gün	2	10.0	5	35.7	5	45.5
151 gün ve üzeri	3	15.0	-	-	-	-
Son yatış süresi						
0-30 gün	12	60.0	9	64.3	1	9.1
31-60 gün	4	20.0	3	21.4	6	54.5
61-90 gün	2	10.0	2	14.3	3	27.3
91 gün ve üzeri	2	10.0	-	-	1	9.1

Araştırmada incelenen annelerin yaş gruplarına bakıldığında 36-40 yaş grubunun % 57.1'inde orta şiddette depresyon tespit edilmiştir.

Annelerin öğrenim durumlarına bakıldığında ilkokul mezunlarının % 72.7'sinde şiddetli depresyon saptanmıştır. Annelerin meslek gruplarına bakıldığında ev hanımlarının % 95'inde hafif şiddette depresyon, % 81.8'inde ise şiddetli depresyon saptanmıştır.

İncelenen annelerin çocuk sayısına bakıldığında 3 ve üzeri çocuğu olan annelerin % 65'inde hafif depresyon saptanmıştır. Çocukların yaşlarına bakıldığında 6-8 yaş grubunda çocuğu olan annelerin % 50'sinde hafif, % 50'sinde orta şiddetli depresyon saptanmıştır.

ALL tanısı alan çocukların annelerinde %50 orta şiddetli depresyon saptanmıştır.1-2 evrede çocuğu olan annelerin % 50'sinde hafif şiddette depresyon saptanmıştır.

İncelenen annelerin çocuklarının remisyona girme durumlarına bakıldığında remisyona girenlerin % 65'inde hafif şiddette depresyon saptanmıştır. İncelenen annelerin bütçeleri olumsuz etkilenenlerin % 95'inde hafif şiddette depresyon saptanmıştır.

İncelenen annelerin refakat etmenin çalışma hayatını olumsuz etkilediğini beyan edenlerin % 95'inde hafif şiddette depresyon saptanmıştır. Aileden 31-90 gün ayrı yaşayan annelerin % 50'sinde orta şiddette depresyon saptanmıştır. Son yatış süresi 0-30 gün olan annelerin % 60'ında hafif şiddette depresyon saptanmıştır.

Araştırma kapsamında 29'si (% 57.4) erkek, 22'si (% 42.5) kız olmak üzere toplam 51 çocuk incelenmiştir. İncelenenlerin cinsiyetlere göre bazı tanımlayıcı bilgilerinin dağılımı Tablo 4'te sunulmuştur.

Tablo 9: Araştırmaya Katılan Çocukların Bazı Tanımlayıcı Bilgilerinin Cinsiyete Göre Dağılımı, Ankara, 2009

	Cinsiyet				Toplam	
	Erkek		Kız			
	(N=51)	Sayı	(%)*	Sayı	(%)*	Sayı
Yaş						
6-8 yaş	15	51.7	6	27.3	21	41.2
9-11 yaş	5	17.2	3	13.6	8	15.7
12-14 yaş	4	13.8	8	36.4	12	23.5
15-18 yaş	5	17.2	5	22.7	10	19.6
Kaçıncı çocuk olduğu						
1.çocuk	14	48.3	10	45.5	25	47.1
2.çocuk	9	31.0	6	27.3	15	29.4
3 ve üzeri	6	20.7	6	27.3	12	23.5
Ailede kronik hastalık varlığı						
Var	1	50.0	1	50.0	2	3.9
Yok	28	57.1	21	42.9	49	96.1
Öğrenim durumu						
İlkokul	12	60.0	5	27.8	17	44.7
Ortaokul	5	25.0	10	55.6	15	39.8
Lise	3	15.0	3	16.7	6	15.8
Sınıf kaybı olma durumu						
Evet	18	62.1	18	81.8	36	70.6
Hayır	11	37.9	4	18.2	15	29.4

Araştırmaya katılan erkek çocukların % 51.7'si 6-8 yaş grubunda, kız çocuklarının ise % 36.4'ü 12-14 yaş grubunda olduğu gözlenmiştir.

İncelenen erkek çocukların % 48.3'ü 1.çocuk, kız çocuklarının ise % 45.5'inin 1.çocuk olduğu saptanmıştır. Çocuklarda kronik hastalık bulunma durumlarına bakıldığında hiç birinde kronik hastalık olmadığı gözlenmiştir.

Ailede kronik hastalık bulunma durumlarına bakıldığında erkek çocukların % 96.6'sında olmadığı, % 3.4'ünde ailede kronik hastalık olduğu gözlenmiştir. Kız çocuklarının ailelerinde ise % 95.5'inde varolmadığı, % 4.5'inde ise varolduğu gözlenmiştir. Ailede kronik hastalık bulunanlarda sadece diyabet ve böbrek yetmezliği gözlenmiştir.

Araştırmada incelenen erkek çocukların % 60'ı ilkokula, kız çocuklarının ise % 55.6'sının ortaokulda eğitim gördükleri saptanmıştır.

İncelenen erkek çocukların % 62.1'nin, kız çocuklarının ise % 81.8'inde sınıf kaybı olduğu gözlenmiştir.Sınıf kaybı olmayan çocukların ise hepsinin 6 yaş grubu olduğu saptanmıştır. İncelen çocukların hastanede kaldıkları süre içerisinde zevk aldıkları aktivitelere bakıldığında % 47.1'i bilgisayarda oyun oynamak, % 5.9'u resim boyama yapmak, % 2.0 satranç tavla oynamak, % 7.8'i oyun odasında oynamak, % 37.3'ü televizyon izlemek, müzik dinlemekten hoşlandıkları tespit edilmiştir.

İncelenen çocukların hastalık tanıları, evreleri ve hastalıklarıyla ilgili bazı tanımlayıcı bilgilerinin cinsiyete göre dağılımı Tablo 5'te sunulmuştur.

Tablo 10: Araştırmaya Katılan Çocukların Hastalık Tanıları, Evreleri ve Hastalıklarıyla İlgili Bazı Bilgilerinin Cinsiyete Göre Dağılımı, Ankara, 2009

(N=51)	Cinsiyet				Toplam	
	Erkek		Kız			
	Sayı	(%)	Sayı	(%)	Sayı	(%)
Tanı						
ALL	15	51.7	8	36.4	23	45.1
AML	2	6.9	2	9.1	4	7.8
HL	3	10.3	4	18.2	7	13.7
NHL	-	-	3	13.6	3	5.9
Nöroblastom	3	10.3	-	-	3	5.9
Wilms Tümörü	1	3.4	1	4.5	2	3.9
Osteosarkom	2	6.9	1	4.5	3	5.9
Ewingsarkom	3	10.3	-	-	3	5.9
Germ hücreli Tümör	-	-	1	4.5	1	2.0
Mezenşimal Tümör	-	-	2	9.1	2	3.9
Evre						
TALL	8	27.6	1	4.5	9	17.6
BALL	7	24.1	7	31.8	1	27.5
AML-M3	-	-	1	4.5	1	2.0
AML-M5	1	3.4	1	4.5	2	3.9
AML-M7	1	3.4	-	-	1	2.0
1-2 evre	10	34.5	12	54.5	22	43.1
3-4 evre	2	6.9	-	-	2	3.9

Tanı Süresi						
< 6 ay	12	41.4	11	50.0	23	45.1
7-12 ay	10	34.5	7	31.8	17	33.3
13-18 ay	2	6.9	2	9.1	4	7.8
19-24 ay	-	-	2	9.1	2	3.9
>25 ay	5	17.2	-	-	5	9.8
İlk başvuru yeri						
Devlet hastanesi	16	55.2	12	54.5	28	54.9
Üniversite hastanesi	9	31.0	2	9.1	11	21.6
Özel hastane	3	10.3	6	27.3	9	17.6
Sağlık ocağı	1	3.4	2	9.1	3	5.9
Hastalığı sebebiyle izlendiği hastane sayısı						
1	4	13.8	1	4.5	5	9.8
2	11	37.9	6	27.3	17	33.3
3 ve üzeri	14	48.2	15	68.2	29	56.9
Alınan Tedavi Türleri						
Kemoterapi	19	65.5	16	72.7	35	68.6
Kemoterapi-Radyoterapi	6	20.7	5	22.7	11	21.6
Kemoterapi-Kit	2	6.9	-	-	2	3.9
Kemoterapi-Cerrahi	-	-	1	4.5	1	2.0
Kemoterapi-Radyoterapi-Cerrahi	2	6.9	-	-	2	3.9
Remisyona girme durumu						
Girmiş	15	51.7	13	59.1	28	54.9
Girmemiş	14	48.3	9	40.9	23	45.1

Hangi tedavi aşamasında olduğu						
Kemoterapi	25	86.2	20	90.9	45	88.2
Radyoterapi	1	3.4	-	-	1	2.0
Remisyon	3	10.3	2	9.1	5	9.8
En uzun yatış süresi (gün)						
0-30	7	24.1	7	31.8	14	27.5
31-90	9	31.0	10	45.5	19	37.3
91-150	11	37.9	3	13.6	14	27.5
151-210	2	6.9	1	4.5	3	5.9
211-270	-	-	1	4.5	1	2.0
En son yatış süresi (gün)						
0-30	17	58.6	10	45.5	27	52.9
31-60	9	31.0	5	22.7	14	27.5
61-90	3	10.3	4	18.2	7	13.7
91-120	-	-	2	9.1	2	3.9
121-150	-	-	1	4.5	1	2.0
Tedavi boyunca hastaneye yatış sayısı						
0-10	20	69.0	18	81.8	38	74.5
11-20	9	31.0	4	18.2	13	25.5

Araştırmada incelenen erkek çocukların % 51.7'si ALL tanısı izlenirken, kız çocuklarının ise % 36.4'ünde ALL tanısı gözlenmiştir. ALL tanısı ile izlenen erkek çocukların % 27.6'sı TALL evresinde, kız çocuklarının ise % 31.8'inin BALL evresinde olduğu gözlenmiştir.

Malign hastalıklar açısından bakıldığında erkek çocukların % 34.5'i 1-2. evrede, kız çocuklarında ise % 54.5'i 1-2. evrede olduğu gözlenmiştir.

Tanı alınan tarihe bakıldığında erkek çocukların % 41.4'ü , kız çocuklarının ise % 50'si 6 ay ve altında olduğu gözlenmiştir.

Araştırmada incelenen çocukların ilk başvuru yerlerine bakıldığında erkek çocuklarının % 55.2'si, kız çocuklarının ise % 54.5'i devlet hastanesine başvurmuştur. Hastalıkları sebebiyle izlendiği hastane sayısına bakıldığında erkek çocuklarının % 48.2'si, kız çocuklarının ise % 68.2'si 3 ve üzeri hastaneye başvurdukları gözlenmiştir.

Araştırmada incelenen erkek çocukların % 65.5'i, kız çocuklarının ise % 72.7'si sadece kemoterapi tedavisi almıştır. Erkek çocukların % 20.7'si, kız çocuklarının ise % 22.7'si kemoterapi ve radyoterapi tedavisi aldığı gözlenmiştir.

İncelenen çocukların remisyona girme durumlarına bakıldığında erkek çocukların % 51.7'si, kız çocuklarının % 59.1'i remisyona girmiştir.

Hangi tedavi aşamasında olduklarına bakıldığında erkek çocuklarının % 86.2'si , kız çocuklarının % 90.9'unun kemoterapi aşamasında olduğu gözlenmiştir.

En uzun yatış süresine bakıldığında erkek çocuklarının % 37.9'u 91-150 gün, kız çocuklarının ise % 45.5'i 31-90 gün arasında hastanede kaldıkları gözlenmiştir.

Tedavi boyunca hastaneye kaç kez yattığına bakıldığında erkek çocukların % 69'u, kız çocuklarının % 81.8'i en az 10 kez hastanede yatmıştır.

Araştırmada incelenen çocukların tedavi giderlerinin % 100.0'ünün devlet ve aile tarafından karşılandığı tespit edilmiştir. Araştırmada incelenen annelerin hastanede kaldıkları süre içerisindeki aylık ortalama harcamalarına bakıldığında % 9.8'i 0-250 YTL, % 60.8'i 251-500 YTL, % 17.6'sı 501-750 YTL, % 11.8'i 751-1000 YTL harcadıkları tespit edilmiştir.

Araştırmada incelenen annelerin % 76.5'i LÖSEV'den maddi yardım almadıkları, % 23.5'inin LÖSEV'den maddi yardım aldıkları saptanmıştır.

Araştırmaya katılan çocukların Çocuk Depresyon Ölçeğine göre tamamında depresyon saptanmıştır. Depresyon saptanan çocukların tamamında Çocuk Depresyon Ölçeğine göre şiddetli depresyon olduğu saptanmıştır.

Çocuk depresyon ölçeğine göre depresyon saptanan çocukların bazı tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı Tablo 11'de sunulmuştur.

Tablo 11: Çocuk Depresyon Ölçeğine Göre Depresyon Saptanan Çocukların Bazı Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı, Ankara, 2009

	S	%x
Çocuğun yaşı (n=51)		
6-8 yaş	21	41.2
9-11 yaş	8	15.7
12-14 yaş	12	23.5
15-18 yaş	10	19.6
Çocuğun cinsiyeti		
Kız	22	43.1
Erkek	29	56.9
Çocuğun sınıf kaybı olma durumu (n=38)		
Var	36	94.7
Yok	2	5.3

Çocuğun Tanısı		
ALL	23	45.1
AML	4	7.8
HL	7	13.7
NHL	3	5.9
Nöroblastom	3	5.9
Wilms Tümörü	2	3.9
Osteosarkom	3	5.9
Ewingsarkom	3	5.9
Germ hücreli Tümör	1	2.0
Mezenşimal Tümör	2	3.9
Evre		
TALL	9	17.6
BALL	14	27.5
AML-M3	1	2.0
AML-M5	2	3.9
AML-M7	1	2.0
1-2 evre	22	43.1
3-4 evre	2	3.9
Çocukta başka kronik hastalık olma durumu		
Var	-	-
Yok	51	100.0
Remisyona girme durumu		
Girmiş	28	54.9
Girmemiş	23	45.1

Aileden ayrı yaşanılan süre		
0-30 gün	14	27.5
31-90 gün	19	37.3
91-150 gün	14	27.5
151 gün ve üzeri	4	7.9

Depresyon en fazla (% 41.2) 6-8 yaş grubunda bulunan çocuklarda tespit edilmiştir. İncelenen çocukların cinsiyetlerine göre erkek çocuklarda % 56.9, kız çocuklarında % 43.1'inde depresyon varolup %100.0'ünde şiddetli depresyon saptanmıştır.

İncelenen çocukların sınıf kaybı olma durumlarına göre % 94.7'sinde sınıf kaybı mevcut, % 5.3'ünde sınıf kaybı görölmemiştir. Çocukların hepsinde depresyon varolup, % 100.0'ünde şiddetli depresyon tespit edilmiştir.

İncelenen çocuklarının % 45.1' ALL, % 7.8'i AML, % 13.7'si HL, % 5.9'u NHL, % 5.9'u Nöroblastom, % 3.9'u Wilms tümörü, %5.9'u Osteosarkom, % 5.9'u Ewing sarkom, % 2.0 Germ hücreli tümör, % 3.9'u Mezenşimal tanısı gözlenmiştir.Çocukların hepsinde şiddetli depresyon tespit edilmiştir.

İncelenen çocukların % 17.6'sında TALL, % 27.5'i BALL, % 2.0 AML-M3, % 3.9'u AML-M5, % 2.0 AML-M7, % 43.1'i 1-2 evre, % 3.9'u 3-4 evrelerde olduğu saptanmıştır. Çocukların hepsinde depresyon varolup, % 100.0'ünde şiddetli depresyon tespit edilmiştir.

Çocukların tamamında başka kronik hastalık olmadığu gözlenmiştir. İncelenen çocukların % 54.9'u remisyona girmiş, % 5.1'i ise remisyona girmemiştir.Ancak çocukların tamamında şiddetli depresyon tespit edilmiştir.

Aileden ayrı yaşanan süreye bakıldığında % 27.5'i 0-30 gün, % 37.5'i 31-90 gün, % 27.5'i 91-150 gün, % 5.9'u 151-210 gün, % 2.0 ise 211-270 gün ailesinden ayrı yaşadığı tespit edilmiştir. Çocukların hepsinde depresyon varolup, % 100.0'ünde şiddetli depresyon tespit edilmiştir.

İncelenen annelerin algılanan sağlık durumlarının bazı tanımlayıcı özelliklere göre dağılımı Tablo 12’de sunulmuştur.

Tablo 12: Araştırmada İncelenen Annelerin Algılanan Sağlık Durumlarının Bazı Tanımlayıcı Özelliklere Göre Dağılımı, Ankara, 2009

Algılanan Sağlık				
	Orta-İyi		İyiden Kötü	
	S	%	S	%
Yaş				
26-30 yaş	3	30.0	7	70.0
31-35 yaş	3	33.3	6	66.7
36-40 yaş	2	9.1	20	90.0
> 41 yaş	-	-	10	100.0
Öğrenim durumu				
İlkokul mezunu	3	10.7	25	89.3
Ortaokul mezunu	2	33.3	4	66.7
Lise mezunu	2	16.7	10	83.3
Yüksekokul /Üniversite mezunu	2	50.0	3	75.0
Meslek				
Memur	2	40.0	3	60.0
Ev hanımı	7	15.2	39	84.8
Medeni durum				
Evli	8	16.3	41	83.6
Dul-boşanmış-eşi ölmüş	-	-	2	100.0
Yaşadığı yer				
İl-merkez	6	16.2	31	83.8
İlçe	1	12.5	7	87.5
Köy	1	16.7	5	83.3

Çocuk sayısı				
1	1	12.5	7	87.5
2	5	26.3	14	73.3
3 +	2	8.3	22	91.7
Çocuğun yaşı				
6-8 yaş	3	14.3	18	85.7
9-11 yaş	2	25.0	6	75.0
12-14 yaş	2	16.7	10	83.3
15-18 yaş	1	10.0	9	90.0
Çocuğun Remisyona girme durumu				
Girmiş	3	13.0	20	86.9
Girmemiş	5	17.9	23	82.1

Algılanan sağlığın iyiden kötü olma durumu; yaş gruplarına bakıldığında yaş arttıkça bununla orantılı olarak sağlığı kötü algılama oranı artmıştır.

Araştırmamızda öğrenim durumları göz önüne alındığında, okur yazarlığın artmasıyla algılanan sağlık düzeyinin kötü olarak değerlendirme oranı düşmektedir. İlkokul mezunu olanlarda sağlığın kötü algılanması % 89.3 iken, üniversite ve üzeri eğitim görenlerde bu oran gerilemiştir. Araştırmaya katılan kişilerin meslek gruplarına bakıldığında ev hanımı olanlarda sağlığın kötü algılanması % 84.8, memur olanlarda ise % 60 olarak saptanmıştır. İncelen kişilerin yaşadığı yere bakıldığında sağlığın kötü algılanması en fazla ilçede yaşayanlarda görülmüştür.

Araştırmada incelen annelerin çocuk sayısına bakıldığında sağlığın kötü algılanması 3 ve üzeri çocuğu olanlarda % 91.7 ile en yüksek bulunmuştur.İncelen annelerde çocuğun yaş grubu arttıkça sağlığın kötü algılanması da artmıştır.

İncelenen annelerin çocuklarının remisyona girme durumlarına göre remisyona girenlerde sağlığın kötü algılanması % 86.9 ile daha yüksek saptanmıştır.

İncelen annelerin WHOQOL – BREF bölüm skorları, yaşam kalitesi, algılanan sağlık puanları Tablo 13’de sunulmuştur.

Tablo 13: Araştırmada incelen Annelerin WHOQOL – BREF Bölüm Skorları, Yaşam Kalitesi, Algılanan Sağlık Puanları, Ankara, 2009.

	Ortalama
Yaşam kalitesi	3.42
Algılanan sağlık	3.61
Fiziksel sağlık alanı	54.9
Psikolojik sağlık alanı	74.5
Sosyal ilişkiler alanı	54.9
Çevre alanı	72.5

Araştırmada incelenen annelerin WHOQL-BREF skorlarının genel tanımlayıcı özelliklere göre dağılımı Tablo 14’de sunulmuştur.

Tablo 14 : Araştırmada incelen Annelerin WHOQOL – BREF Skorlarının Genel Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Dağılımı, Ankara, 2009.

	WHOQOL- BREF Skorları Ortalama $\pm$ SD			
	Fiziksel Sağlık Alanı	Psikolojik Alan	Sosyal İlişkiler Alanı	Çevre Alanı
Yaş				
26-30	40.4 $\pm$ 3.09	58.0 $\pm$ 4.44	41.8 $\pm$ 9.47	57.7 $\pm$ 6.63
31-35	40.0 $\pm$ 3.0	58.4 $\pm$ 4.71	48.5 $\pm$ 6.87	57.0 $\pm$ 5.12
36-40	39.6 $\pm$ 5.41	56.2 $\pm$ 5.62	44.9 $\pm$ 7.43	55.0 $\pm$ 5.06
> 41	39.7 $\pm$ 4.27	56.1 $\pm$ 3.07	46.3 $\pm$ 6.07	58.0 $\pm$ 6.09
	P= 0.97	P= 0.56	P= 0.27	P= 0.45
Medeni Durum				
Evli	39.8 $\pm$ 4.37	57.1 $\pm$ 4.79	45.4 $\pm$ 7.47	56.7 $\pm$ 5.40
Dul-boşanmış-eşi ölmüş	41.0 $\pm$ 4.24	53.0 $\pm$ 4.24	40.5 $\pm$ 13.4	50.0 $\pm$ 8.48
	P= 0.64	P= 0.78	P= 0.26	P= 0.44
Öğrenim Durumu				
İlkokul	39.5 $\pm$ 4.89	56.6 $\pm$ 4.29	45.5 $\pm$ 8.19	56.4 $\pm$ 5.08
ortaokul	39.8 $\pm$ 5.23	57.5 $\pm$ 6.41	42.8 $\pm$ 6.27	54.0 $\pm$ 5.23
lise	40.5 $\pm$ 3.08	58.3 $\pm$ 5.10	46.3 $\pm$ 7.36	60.0 $\pm$ 5.21
Y.okul-üniver.	41.0 $\pm$ 3.46	54.7 $\pm$ 6.18	42.5 $\pm$ 8.01	50.0 $\pm$ 4.89
Y.lisans-Doktor	38.0 $\pm$ -	56.0 $\pm$ -	50.0 $\pm$ -	56.0 $\pm$ -
	P= 0.93	P= 0.73	P= 0.77	P= 0.01
Meslek				
Memur	41.6 $\pm$ 3.28	55.0 $\pm$ 5.38	43.8 $\pm$ 7.75	53.8 $\pm$ 9.49
Ev hanımı	39.6 $\pm$ 4.42	57.3 $\pm$ 4.68	45.2 $\pm$ 7.74	56.3 $\pm$ 5.13
	P= 0.40	P= 0.20	P= 0.76	P= 0.52
Yaşanılan Yer				
İl-merkez	39.4 $\pm$ 16.64	56.6 $\pm$ 4.82	44.9 $\pm$ 7.54	57.2 $\pm$ 5.59
İlçe	41.6 $\pm$ 4.77	58.6 $\pm$ 5.95	47.6 $\pm$ 6.71	55.5 $\pm$ 5.39
Köy	40.0 $\pm$ 3.09	57.1 $\pm$ 2.85	43.6 $\pm$ 9.81	53.0 $\pm$ 5.01
	P= 0.45	P= 0.55	P= 0.58	P= 0.18
Çocuk Sayısı				
1	41.0 $\pm$ 3.20	59.5 $\pm$ 6.02	41.3 $\pm$ 8.94	56.5 $\pm$ 7.65
2	39.4 $\pm$ 4.69	56.2 $\pm$ 4.34	45.6 $\pm$ 8.15	57.2 $\pm$ 5.77
3 ve üzeri	39.8 $\pm$ 4.65	56.7 $\pm$ 4.64	46.1 $\pm$ 6.62	55.9 $\pm$ 4.80
	P= 0.69	P= 0.25	P= 0.30	P= 0.74
Çocuğun Yaşı				
6-8	39.9 $\pm$ 4.15	58.3 $\pm$ 4.38	47.0 $\pm$ 6.14	58.0 $\pm$ 4.31
9-11	43.1 $\pm$ 4.73	57.1 $\pm$ 5.46	42.1 $\pm$ 9.43	52.3 $\pm$ 6.58
12-14	40.9 $\pm$ 4.25	57.2 $\pm$ 5.39	46.3 $\pm$ 7.79	53.5 $\pm$ 4.20
15-18	38.4 $\pm$ 4.76	53.6 $\pm$ 3.09	42.5 $\pm$ 8.35	60.0 $\pm$ 5.53
	P= 0.61	P= 0.79	P= 0.26	P= 0.002

WHOQOL- BREF Skorları Ortalama $\pm$ SD				
	Fiziksel Sağlık Alanı	Psikolojik Alan	Sosyal İlişkiler Alanı	Çevre Alanı
Depresyon Tanı Alma Durumu				
Evet	39.8 $\pm$ 4.50	56.9 $\pm$ 5.02	45.6 $\pm$ 7.45	56.2 $\pm$ 5.13
Hayır	40.0 $\pm$ 3.09	57.1 $\pm$ 2.85	41.6 $\pm$ 8.68	58.5 $\pm$ 8.64
	P= 0.21	P= 0.01	P= 0.53	P= 0.08
Öğrenim durumu				
İlk-ortaokul	39.5 $\pm$ 4.87	56.7 $\pm$ 4.63	45.0 $\pm$ 7.87	56.0 $\pm$ 5.10
Lise-y.okul-y.lisans	40.4 $\pm$ 3.04	57.3 $\pm$ 5.25	45.5 $\pm$ 7.33	57.4 $\pm$ 6.51
	P= 0.04	P= 0.44	P= 0.68	P= 0.07

Annelerin yaş grupları arasında WHOQL-BREF skorları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0.05$). Öğrenim durumlarına göre gruplar arasında fiziksel sağlık alanı ve çevre alanı skorları bakımından anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Annelerin meslek, yaşadıkları yer ve çocuk sayısı gibi özelliklerine göre WOQL-BREF skorları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0.05$). Çocuk yaş gruplarına göre WOQL-BREF skorları açısından sadece çevre alanı skorları bakımından anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Annelerin depresyon tanısı alma durumlarına göre gruplar arasında psikolojik alan skoru açısından anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$).

Araştırmada incelen çocukların yaşam kalitesi değerlendirme anketine verdikleri yanıtların dağılımı Tablo 15’de sunulmuştur.

Tablo 15: Araştırmada İncelen Çocukların Çocuk Yaşam Kalitesi Anketine Verdikleri Yanıtların Dağılımı, Ankara, 2009

	Evet		Hayır	
	Sayı	(%)	Sayı	(%)
Doktor yada hemşirelerden korkuyorum	5	9.8	46	90.2
Hastaneye gitmekten korkuyorum	29	56.9	22	43.1
Benden kemik iliği alınmasından korkuyorum	43	84.4	8	15.6
Doktoru görmeyi beklerken endişeleniyorum	21	39.2	30	58.8
Tedavileri düşündüğüm zaman midem bulanıyor	33	64.7	18	35.3
Saçlarımın dökülmesine üzülüyorum	36	70.6	15	29.4
İnsanların yara izlerimi görmesinden hoşlanmıyorum	27	52.9	24	47.1
Tedavi işlemleri (enjeksiyon,katater pansumanı vb.)sırasında enfeksiyon kapacağım diye korkuyorum	41	80.4	10	19.6
İnsanların bana hastalığımı sormasından korkuyorum	25	49.0	26	51.0
Ölmekten korkuyorum	32	62.7	19	37.3
Yiyeceklerden tat alamıyorum	33	64.7	18	35.3
Yemeğimi kendim yiyebiliyorum	43	84.3	8	15.7
Tedavi alırken midem bulanıyor	41	80.4	10	19.6
Bazı yiyecekler ve kokular midemi bulandırıyor	39	76.5	12	23.5
Tuvalete giderken annem/babam yardım ediyor	40	78.4	11	21.6
Kıyafetlerimi kendim giyebiliyorum	44	86.3	7	13.7
İyi görünmüyorum	28	53.9	23	45.1
Maske takmak zorunda olduğuma üzülüyorum	40	78.4	11	21.6
Tedavi sonrası çok ağrım oluyor	19	37.3	32	62.7
Hastalığımı kabullendim	44	86.3	7	13.7
Okuduklarımı hatırlamakta zorlanıyorum	33	64.7	18	35.3
Okul ödevlerimi yaparken zorlanıyorum	27	58.3	23	47.1

Okula gidemediğim için çok üzülüyorum	40	78.4	11	21.6
Kanser olduğumu öğrendiklerinde yaşıtlarım benimle arkadaş olmak istemiyorlar	5	9.8	46	90.2
Doktoruma hastalığımla ilgili soru sormaya çekiniyorum	5	9.8	46	90.2
Kanser olduğumu öğrendiklerinde yaşıtlarım benimle arkadaş olmak istemiyorlar.	5	9.8	46	90.2
Hasta olmadan önce daha çok arkadaşım vardı.	21	41.1	30	58.9
Doktoruma hastalığımla ilgili soru sorduğumda yanıt alırım.	48	94.1	3	5.9
Hastanede diğer kanser hastası arkadaşlarımla hastalık ve tedavi hakkında konuşmak beni rahatlatır.	24	47.1	27	52.9

Araştırmada incelen çocukların % 84.4'ünün kemik iliği alınmasından korktuğu tespit edilmiştir. Çocukların % 70.6'sının saçlarının dökülmesine üzüldüğü saptanmış, % 80.4'ünün tedavi işlemleri sırasında enfeksiyon kapmaktan endişe duyduğu saptanmıştır.İncelenen çocukların % 78.4'ü maske takmak zorunda olduğuna üzüldüğü tespit edilmiştir. Çocukların % 94.1'inin doktora hastalığıyla ilgili soru sorduklarında yanıt aldıkları tespit edilmiştir. İncelenen çocukların % 80.4'ünde kemoterapi alırken mide bulantısı olduğu tespit edilmiştir. Çocukların % 78.4'ünün okula gidemedikleri için üzüldükleri tespit edilmiştir.

İncelenen çocukların % 90.2'sinin doktor yada hemşirelerden korkmadığı saptanmıştır. Çocukların %90.2'sinin doktora hastalığıyla ilgili soru sormaktan çekinmedikleri tespit edilmiştir.

5. TARTIŞMA

Kanser, Türkiye’de 1970’li yıllarda sebebi bilinen ölümler arasında 4.sırada yer alırken, son yıllarda kardiyovasküler hastalıklardan sonra 2. sıraya yükselmiştir⁵¹.

Çocukluk çağında en sık görülen malign hastalıklar sırasıyla lösemi, santral sinir sistemi tümörleri ve malign lenfomalardır. Gelişmiş ülkelerle, gelişmekte olan ülkeler arasında çocukluk çağı malign hastalıkları insidansında belirgin farklar vardır. Örneğin İngiltere’de lösemi % 29.5, malign lenfoma % 9 iken Afrika’da lösemi % 7, lenfoma % 50 olarak bildirilmiştir. Çocukluk çağı lösemileri 0-15 yaş grubunda görülen tüm malign hastalıkların yaklaşık % 30’unu oluşturmaktadır. Çocuklarda akut lösemiler egemen olup % 97 sıklıkta görülür.

Kanser, çeşidi ne olursa olsun, insan yaşamını olumsuz etkileyen bir hastalıktır. Kanserli hastalarda tanı sırasındaki aşırı duygusal stres, duygusal desteğin azlığı ve kemoterapi uygulamaları depresyona yatkınlığı artırdığı gibi aynı zamanda yaşam kalitesini de olumsuz etkilemekte ve yaşamdan alınan doyumunu azaltmaktadır⁵¹.

Depresyon, bir duygulanım bozukluğudur. Duygulanım bozukluklarının oluş nedenleri çok etkenlidir. Yalnız kalıtım, yalnız amin metabolizması bozukluğu veya yalnızca psikososyal etkenlerin hiçbiri etiyoloji açıklayabilmek için tek başına yeterli değildir.

Depresyon yaygın ve tedavi edilebilir bir hastalık olmasına rağmen yeterince tanınmamaktadır. Oysa depresyonda yaşam kalitesi düşmekte, aile ve çevre ile olan ilişkiler bozulmakta, kişiye ve aileye ızdırap vermekte, iş verimi düşmekte ve intihara eğilim artmaktadır.

Görüldüğü gibi depresyon, toplum sağlığı açısından önemli bir hastalıktır^{51,52}.

Depresyonun bir yıllık sıklıkları da kullanılan ölçeklere ve çalışmanın yapıldığı topluma göre büyük farklılıklar taşımaktadır. Bulunan sıklıklar daha yeni çalışmalarda görece daha yüksektir.

Ankara'da bir üniversite hastanesinde yapılan bu çalışmada kanser tanısı almış olan çocuklarına refakat eden annelerde depresyon sıklığı %88.2 bulunmuştur. Bunların beşte biri ise şiddetli depresyondur. Yapılan araştırmalar incelendiğinde benzer bir çalışma grubunda yapılmış bir çalışma sonucuna rastlanamamıştır. Ancak, Türkiye'de her iki cinsiyette yapılan çalışmalarda depresyon sıklığı Üstün ve arkadaşlarının çalışmasında yarı kırsal kesimde %10.5, kırsal kesimde %6.3, yine kırsal kesimde %9.2⁵³, Güleç ve arkadaşlarının çalışmasında yarı kentsel kesimde %13.5, Türkiye Ruh Sağlığı Profili'nde ise %4.0 olarak bildirilmektedir⁵⁴,. Bu çalışmada bulunan depresyon sıklığı sözü edilen bütün çalışmalardan karşılaştırılamayacak kadar yüksektir. Finlandiya'da yapılmış olan bir çalışmada 15 yaş ve üzeri kadınlarda psikiyatrik hastalık sıklığı 0.017⁵⁵, Amerika'da yapılan bir başka çalışmada ise 12 yaş ve üzeri grupta %5.4 olarak bildirilmiştir⁵⁶. Fransız Elektrik ve Gaz Ulusal Şirketi'nde çalışanlar arasında Composite International Diagnostic Interview (CIDI) ile yapılan bir çalışmada bir yıllık yaygınlık kadınlarda %17.9, erkeklerde %7.6 sıklıkta bulunmuştur⁵⁷. Bu çalışmada saptanan sıklıklar sözü edilen çalışmalarda bildirilenlerden de oldukça yüksektir. Dünya Sağlık Örgütü'nün 15 ülkede yapmış olduğu bir çalışmada

depresyon sıklığının kadınlarda erkeklerden daha yüksek olduğu bildirilmiştir⁵⁸.

İncelenen annelerde depresyon saptanmış olanların yaş gruplarına göre bakıldığında yaş arttıkça depresyon görülme sıklığının da arttığı saptanmıştır. En yüksek depresyon sıklığı 36-40 yaş grubundadır. Ankara'da Kurtoğlu tarafından yapılan bir çalışmada da yaşın ilerlemesiyle depresyon görülme sıklığının arttığı bildirilmiştir¹³. Depresyonun pik yaptığı yaş 40 olarak bildirilmiştir⁵⁹. Depresyonun sıklığının ve yaygınlığının en geniş aralıkta 20-50 yaşları arasında pik yaptığı ortalama başlangıç yaşının 20'li yaşların ortası (27 yaş) olduğu belirtilmektedir^{59,60,61}. Türkiye'de depresyon bazı çalışmalarda 40 yaşın üzerinde, bir çalışmada 55-65 yaş grubun da daha yüksek bulunmuştur⁶². Bu bulgular bu araştırmanın sonuçları ile benzerdir.

Depresyonun sıklığı ve yaygınlığıyla ilgili olarak ilk görüşler, yaş arttıkça depresyonun görülme olasılığının arttığı biçimindedir^{63,64}. Ancak depresyon yaygınlığını etkileyen diğer etkenler kontrol edildiğinde yaşa göre fark kalmadığı belirtilen araştırmalar da bulunmaktadır⁶⁵. Son yıllardaki çalışma sonuçları ve görüşler ise, depresyonun sıklığının ve yaygınlığının gençler arasında giderek arttığı yönündedir^{58,66,67,68}. Bunun nedeni daha çok alkol ve diğer maddelerin kullanılmasındaki artışa bağlanmaktadır.

Depresyon saptanan annelerin öğrenim durumlarına bakıldığında eğitim durumu ile depresyon bulunma durumu arasında anlamlı fark bulunamamıştır. Kurtoğlu tarafından yapılan bir çalışmada da eğitim durumu arasında istatistiksel fark saptanmamıştır¹³.

Depresyonun epidemiyolojisiyle ilgili çalışmalarda araştırılan bir başka özellik de medeni durumdur. Çalışma sonuçları depresyonun medeni duruma göre dağılımında farklılıklar göstermektedir. Birçok çalışmada depresyonun ayrılmış, boşanmış ya da dullarda daha yüksek oranda olduğu bulunmuştur ^{52,59,65,69}. Depresyonun bekarlarda daha yüksek, evlilerde düşük görüldüğü de ileri srlmektedir⁶⁹. Evlilik ilişkilerinin kötü olması depresyon riskini arttırmaktadır⁵⁹. Erkekler için en yüksek risk dönemi boşanmadan sonraki 6 aylık dönem olduğu saptanmıřtır⁵⁴. Türkiye’de Doğan ve ark’nın yaptığı bir çalışmada depresyon oranı dullarda, diğer çalışmalarda dul ve boşanmışlarda daha yüksek bulunmuřtur⁶². Bu çalışmada ise annelerin tamamı evli, dul ya da boşanmıştır. Bu nedenle bekarlarla karşılaştırma yapılamamış, dul ve boşanmış olanlarla halen evli olanlar arasında da fark bulunmamıştır.

Bu çalışmada depresyon saptanan annelerin meslek gruplarına bakıldığında ev hanımlarında depresyon yüksek saptanmıştır ancak ev hanımları ile çalışanlar arasında istatistiksel fark bulunamamıştır. Bu alandaki çalışmalar işsizlik ya da iş kaybının depresyon için bir risk etkeni olduğunu gstermektedir^{52,70}.

Sahip olunan ocuk sayısına bakıldığında 3 ve üzeri çocuğu olan annelerde depresyon yüksek bulunmuş ancak ocuk sayısına göre fark bulunamamıştır. Ancak ulaşılabildiği kadarıyla literatürde sahip olunan ocuk sayısı ile depresyon sıklığı arasındaki ilişkiyi gösteren bir bulguya rastlanmamıştır.

Ankara'da bir üniversite hastanesinde yapılan bu araştırmada incelenen çocukların tamamında şiddetli depresyon saptanmıştır. Merckaert ve arkadaşlarının Belçika'da yaptıkları bir çalışmada erişkin kanser hastaları arasında psikolojik destek isteyenlerin sıklığı %26 olarak bildirilmiştir⁵⁸. Bu çalışmada psikolojik destek gerekliliği sözü edilen çalışmadan oldukça yüksek bulunmuştur. Ayrıca bu çalışmada depresyon bulunan çocukların yaş gruplarına bakıldığında 6-8 yaş grubunda ve erkek çocuklarında daha yüksek saptanmışken Merckaert ve arkadaşları kadınlarda psikolojik destek gereksinimi belirtme sıklığını kadınlarda daha yüksek bildirmiştir. Ankara'da bir üniversite hastanesinde yapılan bu çalışmada çocukların cinsiyetlerine göre de depresyon sıklığı açısından fark saptanmamıştır. Az sayıdaki çalışma çocuklukta ve prepubertede depresyon sıklığında cinsiyete göre fark bulunmadığını bildirmektedir^{71,72}.

Bu çalışmada çocuklarda mevcut kanser türlerine göre depresyon sıklığı arasında fark bulunmamıştır. Bazı çalışmalar kanser hastalarında fiziksel kaybın depresyon ve emosyonel sıkıntıya neden olduğunu bildirmektedir⁷². Garrison ve ark.'nın yapmış olduğu bir çalışmada meme kanseri hastalarında histolojik evre, yayılma, lenf bezi tutulumu ve tedavi gibi klinik parametrelerle depresyon arasında ilişki saptanmamışken, Hodgkin ve non-Hodgkin Lenfoma'da depresyon bu parametrelerle ilişkili bulunmuştur⁷². Bu nedenle her ne kadar bu çalışmada fark saptanmamış olsa da çocuklarda mevcut kanser türleri arasında bu açıdan da farklar olabileceği akılda tutulmalıdır.

Kanser hastalarında tedavi başarısını belirlemedeki geleneksel yaklaşımı lokal-bölgesel kontrol ve sağkalım oluşturmaktadır. Bununla birlikte, güncel tıpta hastanın gelecek yaşamına yön veren değişimler arasında "kaliteli yaşam"ı hedefleyen anlayış ve çalışmalar artan hızla önem kazanmıştır.

Yaşam kalitesi verilerinin yetersizliği ile birleştirildiğinde, ülkemizde kanser tedavisinde elde edilen yaşam oranlarının, “kaliteli” yaşam oranlarından daha önemli algılandığı sonucu doğmaktadır.

Son yıllarda yaşam kalitesi kavramı üzerinde durulmasının başlıca iki nedeni vardır. İlki, yeni ekonomik sınırlılıklar ve maliyet etkinlik gereksinimidir. İkincisi ise klinik etkinliğin hastanın nasıl hissettiği konusunda hassas bir gösterge olmadığına dair düşüncelerdir. Bu durum özellikle tedavinin yalnızca belirtileri kontrol edebildiği ve tedavinin yan etkileri nedeniyle yaşam kalitesinin bozulduğu kronik durumlarda önemlidir. Hastalar genelde gerçek belirtiler yerine kronik hastalıkların yol açtığı bu belirtilerin yaşamlarını nasıl etkilediğine önem vermektedir. Yaşam kalitesinin ölçülmesi öncelikle hastaların kişinin psikolojik ve sosyal yaşantısına etkilerinin saptanması, hastaların hastalığı nasıl algıladıklarının anlaşılması, tedavi sonuçlarının hastanın psikososyal durumu üzerinde yaptığı değişikliklerin belirlenmesi için uygulanmaktadır.

Bir kavram olarak algılanan sağlık yaşam kalitesi olgusunun gelişmesine yol açan sürecin başlangıç noktasına karşılık gelmektedir⁵³.

Sağlık durumunu belirlemek üzere kullanılan ve kişinin kendi değerlendirmesini esas alan “algılanan sağlık” özellikle son yirmi yıldır, epidemiyolojik alan araştırmaların ve sağlık servisleri ile ilgili araştırmaların ilgi odağı olmuştur. Yapılan araştırmalarda algılanan sağlığın mortalite ile ilişkili olduğu dahası mortalitenin güçlü bir belirleyicisi olduğu ayrıca morbidite, maluliyet (disability) ve sağlık hizmeti kullanımının belirleyen iyi bir ölçüt olduğu saptanmıştır^{53,54}.

Yaşam kalitesi bir çok değişkene bağlı olduğundan Ankara'da bir üniversite hastanesinde yapılan bu araştırmada bunlardan, cinsiyet, yaş grupları, mesleği, çocuk sayısı, remisyona girme durumu göz önüne alınmıştır. Bu araştırmada incelenen grupta yaşın artmasıyla birlikte algılanan sağlığın iyiden kötü olma sıklığının da arttığı saptanmıştır. Benzer şekilde Denizli'de Kartal ve Özsoy tarafından yapılan bir çalışmada da yaşın ilerlemesiyle birlikte sağlığını kötü olarak algılayanların sıklığının arttığı ve yaş grupları arasında doğru orantılı bir ilişki saptandığı bildirilmiştir⁴⁵.

Ankara'da bir üniversite hastanesinde yapılan bu araştırmada öğrenim durumları göz önüne alındığında, okur yazarlığın artmasıyla algılanan sağlık düzeyinin kötü olarak değerlendirme sıklığı düşmektedir. Bu da eğitimin algılanan sağlığı, dolayısıyla yaşam kalitesini ne ölçüde değiştirebileceğini göstermektedir.

Ankara'da bir üniversite hastanesinde yapılan bu çalışmada araştırmaya katılan kişilerin meslek gruplarına bakıldığında ev hanımı olanlarda sağlığın kötü algılanması, çalışanlara göre daha yüksek saptanmıştır. Ankara'da Aldinç ve ark.'nın yapmış olduğu çalışmada da hane halkı reisinin sosyal sınıfına bakıldığında hane halkı reisinin işsiz olduğu ailelerde yaşayan kişilerin sağlıklarını diğerlerine göre önemli ölçüde kötü algıladıkları, işi bulunan hane halkı reislerinin aile fertlerinde ise özellikle kendi işine sahip olanların sağlıklarını daha iyi olarak algıladıkları bildirilmektedir.

Bu çalışmada hastaların eğitim düzeyi, cinsiyet, meslek, sosyal güvence gibi sosyo-demografik özellikleri arasında istatistiksel açıdan fark

bulunmamıştır. Bu konuda Baysal'ın yapmış olduğu çalışmada da sosyo-demografik özelliklerin yaşam doyumunu etkilemediği saptanmıştır⁷³.

Annelerin yaş grupları, meslek, medeni durum, yaşanılan yer ve çocuk sayısı gibi özelliklerine göre WHOQOL-BREF skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. Annelerden depresyon tanısı alanlarda psikolojik alan skorları ise daha yüksek bulunmuştur.

Macaristan'da ve Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan çeşitli yaşam kalitesi çalışma sonuçlarına göre de yaşam kalitesi yaşla birlikte azalmaktadır ve erkeklerde kadınlara göre daha yüksektir⁷⁴.

Avusturyalı katılımcılarda yapılan bir çalışmada yaş, yaşam kalitesinde düşüşe neden olan en önemli değişken olarak bulunmuş, cinsiyet ve medeni duruma göre değerlendirildiğinde, erkeklerde ve evli olanlarda daha yüksek yaşam kalitesi düzeyi saptanmıştır⁷⁵. Kızılcı'nın kemoterapi alan hastalarda yaptığı çalışmada evli olanların yaşam kalitesi dul olanlara göre daha yüksek bulunmuştur³⁹. WHOQOL-BREF'e genel olarak algılanan sağlığı değerlendiren soru ile alan skorları arasındaki ilişki kuran regresyon modelleri, farklı yaş grupları için kurulduğunda, ilerleyen yaş gruplarında fiziksel sağlığın etkisinin arttığı, çevresel alanın etkisinin azaldığı görülmüştür⁵³. Araştırmalar yaşla birlikte yaşam kalitesi düzeyinin azaldığı sonucunda birleşiyor olmakla birlikte, yaşlılarda değişen sağlık koşullarına bağlı olarak sağlık algısının değişebilmesi konunun başka bir boyutuna karşılık geldiği bildirilmektedir⁵³. Ancak bu çalışmada yukarıda da belirtildiği gibi yaş ve medeni durumla herhangi bir alan skorları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Tayvan'da bakımevinde kalan yaşlılarda yapılan bir araştırmada, WHOQOL-BREF ile değerlendirilen yaşam kalitesi tüm alanlarda eğitim düzeyi ile pozitif ilişkili olduğu saptanmıştır⁷⁶.

Kızılıcı'nın kemoterapi alan kanserli hastalarda yapmış olduğu çalışmada yaşam kalitesi toplam puanı ortaöğrenim grubundaki hastalarda yüksek bulunmuş, aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır³⁹. Bu çalışmada ise öğrenim durumlarına göre gruplar arasında fiziksel sağlık alanı ve çevre alanı skorları bakımından anlamlı fark bulunmuştur.

Çocuk yaş gruplarına göre WHOQOL-BREF skorları açısından sadece çevre alanı skorları bakımından anlamlı fark bulunmuştur. Avrupa ülkelerinde yapılan bir araştırma, çocukların ve adölesanların yaşam kalitelerinin oluşmasında ebeveynlerin eğitim düzeylerinin ve ailenin maddi varlığının belirleyici olduğuna işaret etmektedir⁷⁷.

Bu çalışmada, annelerin yaşam kalitesi ve sosyal destek alanlarından aldıkları ortalama puanların mesleklere göre dağılımı incelendiğinde; global yaşam kalitesi puanı gelir getiren bir işte çalışan annelerde yüksek saptanmış ancak aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Kızılıcı'nın kemoterapi alan kanser hastalarında yapmış olduğu çalışmadan elde edilen sonuçlar da bu çalışma sonuçlarıyla paralellik göstermektedir³⁹.

Annelerin yaşam kalitesi ve sosyal destek alanlarından aldıkları ortalama puanların yaşadıkları yere göre dağılımı incelendiğinde; global yaşam kalitesi puanı ilçede yaşayan hastalarda yüksek saptanmış aradaki

fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır . Aksoy'ların kanserli hastalarda yapmış oldukları çalışmada da kullanmış oldukları Aileden Algılanan Sosyal Destek ölçeğinden, ilçede yaşayan hastaların yüksek puan aldıkları saptanmış ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır⁴³.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırma kapsamında çocuk hematoloji onkoloji servisinde yatan 51 çocuk ve 51 anne incelenmiştir. Çalışmaya 6-18 yaş arasındaki 20 kız, 27 erkek çocuk ve anneleri alınmıştır. Olgularımızın en küçüğü 6 yaş, en büyüğü 18 yaşındadır. Yaş ortalaması 10.4'tür. Araştırmaya katılan annelerin % 43.2'si 36-40 yaş grubundadır. Annelerin öğrenim durumlarına bakıldığında % 54.9'u ilkokul mezunu ve % 88.2'si ev hanımıdır.

Araştırmaya katılan çocuklara refakat eden annelerin Beck Depresyon Envanterine göre % 88.2'sinde depresyon saptanmış, % 11.8'inde ise depresyon görülmemiştir. Depresyon saptanan annelerin % 39.2'sinde hafif, % 27.5'inde orta derecede, % 21.6'sında ise şiddetli depresyon olduğu gözlenmiştir. Depresyon saptanan annelerin % 48.9'unun 36-40 yaş grubunda olduğu bulunmuş ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Depresyon saptanan annelerin öğrenim durumlarına bakıldığında % 55.6'sı ilkokul mezunu ve % 86.7'sinin ev hanımı olduğu tespit edilmiştir.

Depresyon saptanan annelerin çocuklarının yaş gruplarına bakıldığında % 37.8'inin 6-8 yaş grubunda olduğu gözlenmiştir. Depresyon en fazla % 44.4 ile 1-2 evrede çocuğu olan annelerde tespit edilmiştir.

Araştırmaya katılan çocukların çocuk depresyon ölçeğine göre tamamında şiddetli depresyon olduğu saptanmıştır.

Araştırmaya katılan çocuklara refakat eden annelere WHOQOL-BREF (Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısaltılmış Versiyonu) uygulanmıştır.

Araştırma verilerinin analizi sonucu algılanan sağlının iyiden kötü olma durumu ; yaş gruplarına bakıldığında yaş arttıkça bununla orantılı olarak sağlığı kötü algılama oranı artmıştır.Öğrenim durumları göz önüne alındığında, okur yazarlığın artmasıyla algılana sağlık düzeyinin kötü olarak değerlendirme oranı düşmektedir.Araştırmaya katılan annelerin meslek gruplarına bakıldığında ev hanımı olanlarda sağlının kötü algılanması yüksek saptanmıştır.

Annelerin yaş grupları arasında WHOQOL-BREF skorları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. Öğrenim durumlarına göre gruplar arasında fiziksel sağlık alanı ve çevre alanı skorları bakımından anlamlı fark bulunmuştur. Annelerin meslek, yaşanılan yer ve çocuk sayısı gibi özelliklerine göre WHOQOL-BREF skorları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. Çocuk yaş gruplarına göre WHOQOL-BREF skorları açısından sadece çevre alanı skorları bakımından anlamlı fark bulunmuştur. Annelerin depresyon tanısı alma durumlarına göre gruplar arasında psikolojik alan skoru açısından anlamlı fark bulunmuştur.

Gelişmiş ülkelerde ve tüm dünyada olduğu gibi Türkiye’de de kanser ve ruh sağlığı sorunları giderek artmaktadır. Bugün artık Dünya Sağlık Örgütü’nün en önemli konularından biri ruh sağlığıdır. Çünkü ruh sağlığı ve hastalıklarının artık sadece gelişmiş ülkelerin sorunu olmadığı bilinmektedir.Günümüz tıp biliminin en önemli ve büyük sorunlarından olan kanser, tedavide kaydedilen başarılarla rağmen korku, umutsuzluk, belirsizlik, suçluluk, çaresizlik, terk edilme gibi duygu ve düşünceleri uyandırmaya devam etmektedir.Kuşkusuz kanserin, ölüm nedenleri arasında doğumsal hastalık olmasının ötesinde, belirsizlikler içeren, ağrı ve acı içinde ölümü çağrıştıran, suçluluk, terk edilme, kaos, panik ve kaygı uyandıran bir hastalık olarak algılanır.

Bu doğrultuda;

- Hastaların ve hasta yakınlarının depresyon ve yaşam kalitesini değerdendiremeye yönelik veri toplanması, bakım planlanırken bu verilerden yararlanılması,
- Hastalarla birlikte, onların bakımına katılan yakınlarının da bakım kapsamına alınması,
- Gerek hastalığın doğasını, gerekse hasta bireylerin özel davranış örüntülerini daha iyi anlayabilmek için kanserli hastaya bakım veren hemşirelere, kanserde depresyon ve yaşam kalitesine ilişkin özel eğitim verilmesi,
- Kanserli hastalara ve onların bakımına katılan yakınlarına farklı zamanlarda depresyon ve yaşam kalitesi ölçeklerinin uygulanması ve farklılıkların değerdendirilmesi önerilir.

7. ÖZET

BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİ'NDE TAKİP EDİLEN ÇOCUK HEMATOLOJİ ONKOLOJİ HASTALARINDA VE ANNELERİNDE DEPRESYON SIKLIĞI VE YAŞAM KALİTESİ DEĞERLENDİRMESİ

Bu çalışma kemoterapi alan hastaların ve annelerinin depresyon ve yaşam doyumu düzeylerinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Araştırma, Ankara Üniversitesi Cebeci Araştırma Hastanesi Kemoterapi ve Kan Hastalıkları Servisine yatarak kemoterapi almak için gelen hastalar ve anneleri ile yapılmıştır.

Verilerin toplanmasında, hastaların sosyo-demografik özelliklerini ve hastalıkla ilgili bilgilerini içeren 44 soruluk bir soru formu, hastaların yaşam doyumunu belirlemek için Yaşam Kalitesi Ölçeği (YKÖ) ve hastaların depresyon düzeyini belirlemek için Çocuk Depresyon Ölçeği (ÇDÖ) ve annelere Beck depresyon ölçeği (BDÖ), WHOQOL-BREF (Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği) uygulanmıştır

Verilerin değerlendirilmesinde, ki-kare test ve mann-whitney u testi kullanılmıştır.

Araştırmaya katılan annelerin % 88.2'sinde depresyon saptanmış ve araştırmaya katılan çocukların % 100'ünde depresyon olduğu tespit edilmiştir. Araştırmaya katılan annelerin yaşam kalitesi öğrenim düzeyleri yüksek olanlarda ve evli olanlarda daha yüksek bulunmuştur.

Hastalık süresince, hasta çocuğun biyolojik etkilenimlerinin yanı sıra psiko-sosyal etkilenimlerinin de belirlenmesi ve buna yönelik girişimlerin planlanması ve uygulanmasının çocuk ve ailenin yaşam kalitesini artırarak tedaviye olumlu katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Bu çalışmanın sonuçlarına göre kanser, depresyon ve yaşam kalitesi yakın ilişkilidir.

Anahtar Kelimeler: Kanser, Depresyon, Beck depresyon ölçeği, Yaşam Kalitesi, WHOQOL-BREF.

8. ABSTRACT

THE UNIVERSITY HOSPITAL FOLLOW-UP HEMATOLOGY- ONCOLOGY CHILDREN PATIENTS AND MOTHERS DEPRESSION FREQUENCY AND WITH LIFE APPRECIATE

This study was conducted with the purpose of determining the depression and life satisfaction levels of cancer patients and mother receiving chemotherapy.

The study was carried on 51 patients and mothers receiving couchant chemotherapy in the Chemotherapy and Hematology couchant clinic in the Ankara University Cebeci Research hospital.

The data were collected using a questionnaire determining the socio-demographic features and medical status of the patients. The Satisfaction With Life Scale and the Children Depression Scale were used respectively to determine the life satisfaction level and the depression level of the patients and mothers Beck Depression Scale , WHOQOL-BREF scale prepared by World Health Organization (WHO).

Data were analyzed by descriptive statistics, ki-kare test and mann-whitney u test.

The mothers 88.2% of the subjects had depressive symptoms and children patients 100 % depressive symptoms. The mothers in general quality of life was hinher among individuals who were married and covered by a social security.

It is considered that determining the psychosocial susceptibilities of the patients as well as their biological susceptibilities, and planning and conducting the needed initiatives accordingly will be positively instrumental for the progress of the treatment by improving the quality of life of both children and their families.

Our results have shown; there is close relation between cancer, depression and quality of life.

Keywords: Cancer, Depression, Beck Depression Inventory, Quality of life, WHOQOL-BREF.

9. KAYNAKLAR

1. Cin Ş. Ankara Üniv.Tıp Fak.Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kitabı. Cilt 2. Ankara: 2004.
2. Bertan M, Güler Ç. Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Cilt 1. Ankara: 1995.
3. Gabbard GO, Kaplan HI, Sadock BJ.Mood Disorders:Psychodynamic Etiology. Comprehensive Textbook of Psychiatry.Ged.Baltimore.1995;5:1116-23.
4. Güler D. Mastalji, Yaşam Kalitesi ve Depresyon. Uzmanlık tezi. İstanbul: SB.Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği;2006.
5. Kayaalp L. Kanser ve Çocuk. Tüzün DÜ, Hergüner S, Çocuk hastalıklarında biyopsikososyal yaklaşım, 235-242, İstanbul. 2007.
6. Yurtbay T. Kronik Çocuk Hastalıklarında Psikososyal Yaklaşım Editörler:Tüzün DÜ,Hergüner S. Çocuk hastalıklarında biyopsikososyal yaklaşım, 446-45. İstanbul.2007.
7. Ekşi A. Fiziksel Hastalığı Olan Çocuk ve Ergenlerle ve Hastanede Hasta Çocuklarıyla Kalan Annelerle Grup Çalışmaları. Türk Psikiyatri Dergisi. 5; 91. 1994.
8. Yurdakök M. Osborn-Dewitt-First-Zenel. Pediatri. Cilt-2. s:1081-1090.
9. Karasu TB. Toward a clinical model of psychotherapy for depression.An integrative and selective treatment approach.Am J Psychiatry 1990; 147:269-78.
10. Öztürk M.O. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, Hekimler Yayın Birliği. Ankara, 1997.
11. Dünya Sağlık Örgütü, 'Genel Sağlık Hizmetlerinde Depresyon Eğitim Paketi', 1995.

12. Bekaroğlu M. Yaşlılıkta Depresyon. Karadeniz Ruh Sağlığı Derneği Yayınları 1995;1:45-54.
13. Kurtoğlu D. Seyranbağları Huzurevindeki Yaşlıların Mediko-Sosyal Durumlarının Değerlendirilmesi ve Bu Kişilerde Depresyon, Bilişsel Bozukluk ve Yeti Yitimi Sıklığı Araştırması. Doktora Tezi. Ankara: Ankara Üniversitesi;1998.
14. Köknel Ö. Depresyon. Ankara: 1992.p.54-65.
15. World Health Organisation. The first ten years of the World Health Organisation. Geneva. WHO. 1958.
16. Rezaki M. Bir Sağlık Ocağına Başvuran Hastalarda Depresyon. Türk Psikiyatri Dergisi 1995;3:23-30.
17. Hagnell O, Lake J, Rorsman B, Ojeajo L, Are we entering an age of melancholy? Depressive illness in a prospective epidemiological study over 25 years. the Lundby Study, Sweden Psychol Med 1982; 12:279-89.
18. Güler D. Mastalji, Yaşam Kalitesi ve Depresyon. Uzmanlık tezi. İstanbul: SB.Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği;2006.
19. Egede Leonard E. Zheng D.. "Independent Factors Assotiated With Major Depressive Disorder In a National Sample Of Individuals With Diabetes" Diabetes Care Jan. 2003
20. Uzun A.Ö. Bayındır Tıp Merkezi 1998 Yılı Hemşirelikte Kalite Güvencesi Değerlendirme Çalışmaları. VII. Ulusal Hemşirelik Kongresi Özet Kitabı. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu. Erzurum. 1999.
21. Carlson GA., Kashani JH. Phenomenology of major depression from childhood through adulthood: analysis of three studies. Am J Psychiatry 1988; 15:1225
22. Weissman MM, Klerman GL. Psychiatric nosology and Midtown Manhattan study. Arch Gen Psychiatry 1980; 37:229-30

23. Tüzün E.H, Eker L. Sağlık Değerlendirme Ölçütleri ve Yaşam Kalitesi Sağlık ve Toplum. Ankara Üniversitesi Tıp Derg 2003; 2: 49-52.
24. Pınar R.Hemşirelik Araştırmalarında Yeni Bir Kavram; Yaşam Kalitesi- Bir Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Kronik Hastalarda Geçerlilik ve Güvenirliğinin Saptanması.IV.Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildiri Özet Kitapçığı; 1995.
25. Addis (Dalgıç) G. İleostomili ve Kolostomili Hastaların Taburculuk Sonrası Evde İzlenimlerinin Yaşam Kalitesine Etkisi. Doktora Tezi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı; 2000.
26. Pınar R. Diabetes Mellitus'lu Hastaların Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Doktora Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı; 1995.
27. King CR ve ark. Quality of life and the cancer experience; The State of-the knowledge, Oncology Nursing Forum. 1997:27-41.
28. Testa M, Simonson D.C. Assesment of Quality of life Outcomes, The New England Journal of Medicine. 1996: 334,13,835-839.
29. Eypasch E. ve ark. Gastrointestinal Quality of life index development validation and aplication and aplication of anew instrument, British Journal of Surgery 82:216-22.1995.
30. Sökücü N. Stoma Sorunları. Hemşirelik Formu. 2,5,217-220,1999.
31. Staniszewskas. Measuring Quality fo life in the evaulation of health care, Nursing Standart 12.17:36-39. 1998.
32. Price P. Defining and Measuring Quality of life, journal of wound care, 5,3,139-140.1996.
33. Dalgıç G. Stomalı Hastaların Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. Hemşirelik Formu. 1999: 2,5,262-266, 1999.

34. Research- Technology, DDQ-15 Quality of life instrument users Guide, DDQ-15 usurs Guid Digestive Quality of life Questionnair. 1997.
35. Benner P. Quality of life: a phenomenogical perspective on explanation,prediction, and understanding in nursing science.Advances in nursing science, special issure: Quality of life 1985; 8:1-14.
36. Bowling A. Measuring Health.A Review of Quality of life Measurement Scales.2 ed. Buckingham:Open University Pres; 1998.
37. Ziller RC.Self-other orientations and quality of life Social Indicators Research .1975;1:301-2
38. National Cancer Institute. Talk is with your child about cancer. U.S.Department of Health and Human Services Publication 1990.
39. Kızılcı S. Kemoterapi Alan Kanserli Hastalar ve Yakınlarının Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler Doktora Tezi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı;1997.
40. Research- Technology, DDQ-15 Quality of life instrument users Guide, DDQ-15 usurs Guide-Digestive Quality of life Questionnair 1997-98.
41. Were JE. The Status of Health Assesment 1994.An Rev Pub Health 1995; 16:327.
42. Erengin K. H. Dedeoğlu S. Sağlığı Ölçmenin Kolay Bir Yolu : Algılanan Sağlık.Toplum ve Hekim 12:77. 1997
43. Aksoylar S. Kanser Hastalarında Sosyal Destek Düzeyinin Belirlenmesi. Türk Çocuk Hematoloji Dergisi, Cilt:1, 2007.
44. Shadbolt B. The Relationship Of Depression To Health Risk Behaviours And Healthy Perception In Korean College Students Fall. 2002 .

45. Kartal A, Özsoy A.S. 15 Yaş ve Üzeri Kadın ve Erkeklerde Algılanan Sağlık Durumunun Değerlendirilmesi. Sağlık ve Toplum Yıl: Sayı:1. 2004.
46. Roberts MC. Wallander JL Family issues in pediatric psychology. Lawrence Erlbaum, Hillsdale (NJ) 1994.
47. Erdoğan A. Çocuk ve Ergen Temporal Lob Epilepsi ve Juvenil Myoklonik Epilepsi Hastalarında ve Kardeşlerinde Depresyon ve Davranış Problemleri. Uzmanlık Tezi. İstanbul. İstanbul Üniversitesi Cerrah Paşa Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı;2004.
48. Kovacs Goldston D, Obrosky DS ve ark. Psychiatric disorders in youth with IDDM: rates and risk factors. Diabetes Care, 20(1): 1997;36-44.
49. Kovacs M. Beck AT. Maladaptive cognitive structures in depression. Am J Psychiatry. 1978;135:525-533.
50. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA (1995) Synopsis of Psychiatry. 7. baskı, Mass Publishing Co, Giza.
51. Doğan O. Depresyonun Epidemiyolojisi. Duygu durum dizisi.2000;1:29-38.
52. Anthony JC, Petronis KR (1991) Suspected risk factors for depression among adults 18-44 years old. Epidemiology, 2(2):123-13.
53. Eser E, Fidaner H, Fidaner C, ve ark. WHOQOL-BREF TR. A suitable instrument for the assessment of quality of life use in health care settings in Turkey. (abstract no 433) Qual Life Res. 1999;8:647.
54. Eser E, Fidaner H, Fidaner C, ve ark. WHOQOL-100 ve WHOQOL-BREF'in psikometrik özellikleri. 3P Dergisi 1999; 23-40 (ek -2)
55. Lehtinen V, Veijola J, Lindholm T, Moring J, Puukka P, Väisänen E.(1996) Incidence of mental disorders in the Finnish UKKI Study Br J Psychiatry,168(6):672-8.

56. Pratt LA, Brody DJ (2008) Depression in the United States household population, 2005-2006. NCHS Data Brief, (7):1-8
57. Chevalier A, Bonenfant S, Picot MC ve ark. (1996) Occupational factors of anxiety and depressive disorders in the French National Electricity and Gas Company. The Anxiety Group. J Occup Environ Med, 38(11):1098-1107.
58. Seedat S, Scott KM, Angermeyer MC et al. (2009) Cross-national associations between gender and mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. Arch Gen Psychiatry, 66(7):785-95.
59. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA (1995) Synopsis of Psychiatry. 7. baskı, Mass Publishing Co, Giza.
60. Boyd JH, Weissman MM (1982) Epidemiology. Handbook of Affective Disorders, ES Paykel (Ed), Churchill Livingstone.
61. Jefferson JW, Greist JH (1996) Mood disorders. Synopsis of Psychiatry, RE Hales, SC Yudofsky (Ed), Washington D.C., APA.
62. Doğan O, Gülmez H, Ketenoğlu C ve ark. (1995) Ruhsal Bozuklukların Epidemiyolojisi. Dilek Matbaası, Sivas.
63. Beekman AT, Deeg DJ, van Tilburg ve ark. (1995) Major and minor depression in later life: a study of prevalence and risk factors. J Affect Disord, 36(1-2):65-75.
64. Breslau N, Davis GC (1992) Migraine, major depression and panic disorder: a prospective epidemiologic study of young adults. Cephalalgia, 12(2): 85-90.
65. Altamura AC, Carta MG, Carpiniello B ve ark. (1995) Lifetime prevalence of brief recurrent depression (results from a community survey). Eur Neuropsychopharmacol, 5(Suppl):99-102.
66. Brown DR, Ahmed F, Gary LE ve ark. (1995) Major depression in a community sample of African Americans. Am J Psychiatry, 152(3):373-378.

67. Coryell W, Endicott J, Keller M (1992) Major depression in a nonclinical sample. Demographic and clinical risk factors for first onset. Arch Gen Psychiatry, 49(2):117-125.
68. Garrison CZ, Addy CL, Jackson KL ve ark. (1992) Major depressive disorder and dysthymia in young adolescents. Am J Epidemiol, 135(7):792-802.
69. Bruce ML, Kim KM (1992) Differences in the effects of divorce on major depression in men and women. Am J Psychiatry, 149(7):914-917.
70. Hirschfeld RMA, Cross CK (1982) Epidemiology of affective disorder: Psychosocial risk factors. Arch Gen Psychiatry, 39:35-46.
71. Angold A, Worthman CW (1993) Puberty onset of gender differences in rates of depression. A developmental, epidemiologic and neuroendocrine perspective. J Affect Disord, 29(2-3):145-158.
72. Garrison CZ, Addy CL, Jackson KL ve ark. (1992) Major depressive disorder and dysthymia in young adolescents. Am J Epidemiol, 135(7):792-802.
73. Baysal (Üregen) S. Depresyonlu hastalarda yaşam kalitesi algısının araştırılması. Yüksek Lisans Tezi.İzmir :Dokuz Eylül Üniversitesi;1991.
74. Szende A,Nemeth R. Health-related quality of life of the Hungarian population oru Hetil.24; 144(34):1667-74,2003.
75. Prause W, Saletu B, Tribl GG, Rieder A, Rosenberger A, Bolitschek J,Holziner B, Kapfhammer G, Katschnia H, Kunze M, Popovic R, Graetzhofer E, Zeitlhofer J. Effects of sociodemographic variables on health- related quality of life determined by the quality of life index Germany version. Hum Psychopharmacol: 20(5);359-65, 2005.

76. Cindy LK Lam, Lan J Lauder. Birinci Basamak Çin Hastalarında Kronik Hastalıkların Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi Üzerine Etkileri. Family Practice 2000; 17:159-166
77. Rosenbaum P Some psychosocial Interventions can help children and families cope with chronic health conditions.Evidence Based Mental Health 1998; 1(2): 48-49.

EK.1. ÇOCUK HEMATOLOJİ-ONKOLOJİ HASTALARINDA VE EBEVEYNLERİNDE
DEPRESYON SIKLIĞI VE YAŞAM KALİTESİ DEĞERLENDİRME ANKETİ

Sayın Katılımcı,

Bu araştırma,çocuk hematoloji onkoloji hastalarında ve ebeveynlerinde depresyon sıklığı ve yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla yapılmaktadır. Bu anketten elde edilen veriler daha iyi hizmet sunmak adına kullanılacak başka hiçbir amaç için kullanılmayacaktır. Bu nedenle anketi içtenlikle yanıtlamanız bizim için yol gösterici olacaktır.

KATILIMINIZ İÇİN TEŞEKKÜR EDERİZ.

Çocuğun adı soyadı:

Tarih:

Bölüm:

- 1) Yaşınız.....
- 2) Cinsiyetiniz:.....
- 3) Medeni durumunuz:
 1. Evli
 2. Bekar
 3. Dul/boşanmış/eşi ölmüş
- 4) Ayrı iseniz baba ziyarete geliyor mu?
 - a)Hayır
 - b)Evet
- 5) Çocuğa yakınlığınız:
 - a)Anne
 - b)Baba
 - c)Teyze,dayı,amca hala
 - d)Bakıcı
- 6) Öğrenim Durumunuz:
 - a. İlkokul mezunu
 - b. Ortaokul mezunu
 - c. Lise mezunu
 - d. Yüksekokul /üniversite mezunu
 - e) Y-Lisans/doktora
- 7) Mesleğiniz:
 - a. Memur
 - b. İşçi
 - c. Emekli
 - d. Serbest
 - e. Diğer
- 8) Doğum yeri:
- 9) Yaşadığı yer (köy, ilçe, il merkezi).....
- 10) Nasıl bir evde oturuyorsunuz?
 - a)Kendi evim
 - b)Kira
 - c)Lojman
 - d)Diğer

TEL:
ADRES/PROTOKOL:

- 11) Kaç çocuğunuz var?.....
- 12) Hasta olan çocuğunuz kaç yaşında?.....
- 13) Kaçınıcı çocuk?...
- 14) Çocuğunuzun öğrenim durumu?.....
- 15) Hastalık sebebiyle sınıf kaybı oldu mu?....
- 16) Çocuğunuzun burada olduğu süre içinde nelerden zevk alıyor?.....
- 17) Hangi tanı ile izleniyor?.....
- 18) Çocuğunuzun başka kronik hastalığı/sorunu var mı?.....
- 19) Ailede başka kronik hastalığı/sorunu olan kardeş var mı?.....
- 20) Çocuğun hastalığının evresi.....
- 21) Hastalık tanısı ne zaman kondu .../.../...
- 22)İlk başvuru yeri neresi idi?.....
 - a)Devlet hastanesi
 - b)Üniversite hastanesi
 - c)Özel hastane
 - d)Diğer
- 23) Daha önce hangi hastanelere başvurdunuz?.....
 - 1-
 - 2-
 - 3-
 - 4-
- 24) Çocuğunuz ne tür tedaviler aldı?
 - a)Kemoterapi
 - b)Radyoterapi
 - c)KİT
 - d)İmmunoterapi
 - e) Diğer
- 25) Tedaviler sonrası hiç remisyona girdi mi?...
 - a)Hayır
 - b)Evet (Kaç kez.....)
- 26) Tedavide hangi aşamadasınız?
 - a)Kemoterapi
 - b)Radyoterapi
 - c)Remisyon
 - d)Komplikasyonlar.....
- 27) Hastalık tedavisi için harcamalarınız nereden karşılanıyor?(Birden fazla seçenek işaretlenebilir)
 - a) Devlet
 - b) Cepten
 - c) LÖSEV
 - d) Özel sigorta
 - e) Diğer
- 28) Şimdiye kadar bu hastalık için yaptığınız cepten ödemeler aylık ortalama nekadardır?.....
- 29) Bu harcamalar bütçenizi olumsuz yönde etkiledi mi?
 - a)Hayır
 - b)Evet(Nasıl.....)

- 30) Herhangi bir yerden maddi yardım aldınız mı?
a)Hayır b))Evet (Aldıysanız nereden?.....
- 31) Çocuğun hastanede bulunduğu süre içinde yanında kim kalıyor?
a)Anne
b)Baba
c)Abla
d)Hala,teyze
e)Diğer..
- 32) Çocuğa refakat etmek çalışma hayatınızı olumsuz etkiliyor mu?
a)Hayır b)Evet(Nasıl.....
- 33) Bu nedenle işten çıkarıldığınız ya da ayrıldığınız oldu mu?
a)Hayır b)Evet(kaç kez.....
- 34) Bu hastalık nedeniyle ne kadar süre ailenizden ayrı yaşadınız?.....
- 35) Bu hastalığın giderlerini karşılamak üzere hiç menkul ya da gayrimenkul varlıklarınızdan sattığınız oldu mu?
a)Hayır b)Evet(Ne /neler sattınız?.....-
-
-
- 36) Sizin dışınızdaki bir yakınınız bu hastalığın giderlerini karşılamak üzere hiç menkul yada gayrimenkul varlıklarından sattığı oldu mu?
a)Hayır b)Evet(Ne /neler sattınız?.....-
-
-
- 37) Arabanız var mı?
a)Hayır b)Evet
- 38) Ankara'ya ne ile gidip geliyorsunuz?
a)Özel araba
b)Otobüs
c)Tren
d)Uçak
- 39) Ankara'ya geldiğinizde nerede kalıyorsunuz?
a)Kendi evimizde
b)Misafirhane
c)Otel
d)Diğer.....
- 40) Kendinize zaman ayırabiliyor musunuz?
a)Hayır b)Evet(Neler yapıyorsunuz?.....
- 41) Çocuğunuzla sosyal aktivite yapabiliyor musunuz?
a)Hayır b)Evet(Neler yapıyorsunuz?.....
- 42) Şimdiye kadarki tedavi harcamalarınız ne kadar olmuştur?
a)Devletten....
b) Cepten....
c) LÖSEV'den....
d)Diğer...
- 43)Bu serviste/klinikte/poliklinikte yatmaya başlayalı ne kadar oldu?.....
- 44)Tedavi süresi içinde hastanede kaç kez yattınız?.....

ADI-SOYADI:
TARİH:
ÇOCUĞUN ADI SOYADI:
YAKINLIĞI:

BECK DEPRESYON ENVANTERİ

Aşağıda gruplar halinde bazı cümleler ve önünde sayılar yazılıdır. Her gruptaki cümleleri dikkatle okuyunuz. **BUGÜN DAHİL, GEÇEN HAFTA İÇİNDE** kendinizi nasıl hissettiğinizi en iyi anlatan cümleyi seçin ve yanındaki sayıyı işaretleyin. Seçiminizi yapmadan önce gruptaki cümlelerin hepsini dikkatle okuyunuz ve yalnızca bir maddeyi işaretleyin.

- 0 Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.
- 1 Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
- 2 Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
- 3 O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.

- 0 Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim
- 1 Gelecek hakkında karamsarım.
- 2 Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
- 3 Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.

- 0 Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.
- 1 Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.
- 2 Geçmişime baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
- 3 Kendimi tümüyle başarısız bir kişi olarak görüyorum.

- 0 Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
- 1 Eskiden olduğu gibi herşeyden hoşlanmıyorum.
- 2 Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
- 3 Herşeyden sıkılıyorum.

- 0 Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.
- 1 Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
- 2 Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
- 3 Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.

- 0 Kendimden memnunum.
- 1 Kendi kendimden pek memnun değilim.
- 2 Kendime çok kızıyorum.
- 3 Kendimden nefret ediyorum.

- 0 Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
- 1 Zayıf yanlarım veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.
- 2 Hatalarımdan dolayı her zaman kendimi kabahatli bulurum.
- 3 Her aksilik karşısında kendimi kabahatli bulurum.

0 Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
1 Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor, fakat yapmıyorum.
2 Kendimi öldürmek isterdim.
3 Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.

0 Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.
1 Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
2 Çoğu zaman ağlıyorum.
3 Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.

0 Şimdi her zaman olduğumdan sinirli değilim.
1 Eskisine kıyasla daha kolay kızıyorum.
2 Şimdi hep sinirliyim.
3 Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.

0 Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.
1 Başkalı ile eskisinden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.
2 Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybettim.
3 Hiç kimseyle görüşüp, konuşmak istemiyorum.

0 Eskiden olduğu kadar kolay karar verebiliyorum.
1 Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
2 Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.
3 Artık hiç karar veremiyorum.

0 Aynada kendime baktığımda bir değişiklik görmüyorum.
1 Daha yaşlanmışım ve çirkinleşmişim gibi geliyor.
2 Görünüşümün çok değiştiğini ve daha çirkinleştiğimi hissediyorum.
3 Kendimi çok çirkin buluyorum.

0 Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
1 Birşeyler yapamak için gayret göstermek gerekiyor.
2 Herhangi birşeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamama gerekiyor.
3 Hiçbir şey yapamıyorum.

0 Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.
1 Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.
2 Her zamankinden bir-iki saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
3 Her zamankinden çok daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.

0 Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.
1 Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.
2 Yaptığım hemen herşey beni yoruyor.
3 Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.

- 0 İştahım her zamanki gibi
- 1 İştahım eskisi kadar iyi değil
- 2 İştahım çok azaldı.
- 3 Artık hiç iştahım yok.

- 0 Son zamanlarda kilo vermedim.
- 1 İki kilodan fazla kilo verdim.
- 2 Dört kilodan fazla kilo verdim.
- 3 Altı kilodan fazla kilo verdim.

- 0 Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.
- 1 Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendiriyor.
- 2 Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyler düşünmek zorlaşıyor.
- 3 Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki, başka hiçbir şey düşünmüyorum.

- 0 Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme farketmedim.
- 1 Cinsel konularda eskisinden daha az ilgiliyim.
- 2 Cinsel konularda şimdi çok daha az ilgiliyim.
- 3 Cinsel konulara olan ilgimi tamamen kaybettim.

- 0 Bana cezalandırılmışım gibi gelmiyor.
- 1 Cezalandırılabilceğimi seziyorum.
- 2 Cezalandırılmayı bekliyorum.
- 3 Cezalandırıldığımı hissediyorum.

ADI-SOYADI:
TARİH:
ÇOCUĞUN ADI SOYADI:
YAKINLIĞI:

WHOOQL-BREF:

World Health Organization Quality Of life Questionnaire Abbreviated Version (Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısaltılmış Versiyonu)

1. Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz?

- a. Çok kötü b. Biraz kötü c. Ne iyi ne kötü d. Oldukça iyi e. Çok iyi

2. Sağlığınızdan ne kadar hoşnutsunuz?

- a. Hiç hoşnut değil b. Çok az hoşnut c. Ne hoşnut ne değil d. Epeyce hoşnut
e. Çok hoşnut

Aşağıdaki sorular son iki hafta içinde kimi şeyleri ne kadar yaşadığınızı soruşturmaktadır

3. Ağrılarınızın yapmanız gerekenleri ne kadar engellediğini düşünüyorsunuz?

- a. Hiç b. Çok az c. Orta derecede d. Çokça e. Aşırı derecede

4. Günlük uğraşlarınızı yürütebilmek için herhangi bir tıbbi tedaviye ne kadar ihtiyaç duyuyorsunuz ?

- a) Hiç b. Çok az c. Orta derecede d. Çokça e. Aşırı
derecede

5. Yaşamaktan ne kadar keyif alırsınız?

- a) Hiç b. Çok az c. Orta derecede d. Çokça e. Aşırı
derecede

6. Yaşamınızı ne ölçüde anlamlı buluyorsunuz?

- a) Hiç b. Çok az c. Orta derecede d. Çokça e. Aşırı
derecede

7. Dikkatinizi toplamada ne kadar başarılısınız?

- a) Hiç b. Çok az c. Orta derecede d. Çokça e. Aşırı derecede

8. Günlük yaşamınızda kendinizi ne kadar güvende hissediyorsunuz?

- a) Hiç b. Çok az c. Orta derecede d. Çokça e. Aşırı derecede

9. Fiziksel çevreniz ne ölçüde sağlıklıdır?

- a) Hiç b. Çok az c. Orta derecede d. Çokça e. Aşırı
derecede

Aşağıdaki sorular son iki haftada kimi şeyleri ne ölçüde tam olarak yaşadığınızı yada yapabildiğinizi soruşturmaktadır

10. Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı?

- a) Hiç b. Çok az c. Orta derecede d. Çokça e. Tamamen

11. Bedensel görünüşünüzü kabullenir misiniz?
a) Hiç b.Çok az c.Orta derecede d. Çokça e.Tamamen

12.İhtiyaçlarınızı karşılamaya yeterli paranız var mı?
a. Hiç b.Çok az c.Orta derecede d. Çokça e.Tamamen

13.Günlük yaşamınızda size gerekli bilgi ve haberlere ne ölçüde ulaşıyorsunuz?
a. Hiç b.Çok az c.Orta derecede d. Çokça e.Tamamen

14.Boş zamanlarınızı değerlendirme uğraşları için ne ölçüde fırsatınız olur?
a) Hiç b.Çok az c.Orta derecede d. Çokça e.Tamamen

Aşağıdaki soruda , son iki hafta boyunca yaşamınızın çeşitli yönlerini ne ölçüde iyi yada doyurucu bulduğunuzu belirtmeniz istenmektedir.

15.Bedensel hareketlilik (etrafta dolaşabilme, bir yere gidebilme) beceriniz nasıldır?
a. Çok kötü b.Biraz kötü c.Ne iyi ne kötü d.Oldukça iyi e.Çok iyi

16.Uykunuzdan ne kadar hoşnutsunuz?
a. Hiç hoşnut değil b. Çok az hoşnut c.Ne hoşnut ne değil d. Epeyce hoşnut
e. Çok hoşnut

17.Günlük uğraşlarınızı yürütebilme becerinizden ne kadar hoşnutsunuz?
a. Hiç hoşnut değil b. Çok az hoşnut c.Ne hoşnut ne değil d. Epeyce hoşnut
e. Çok hoşnut

18.İş görme kapasitenizden ne kadar hoşnutsunuz?
a. Hiç hoşnut değil b. Çok az hoşnut c.Ne hoşnut ne değil d. Epeyce hoşnut
e. Çok hoşnut

19.Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?
a. Hiç hoşnut değil b. Çok az hoşnut c.Ne hoşnut ne değil d. Epeyce hoşnut
e. Çok hoşnut

20.Aileniz dışındaki kişilerle ilişkinizden ne kadar hoşnutsunuz?
a. Hiç hoşnut değil b. Çok az hoşnut c.Ne hoşnut ne değil d. Epeyce hoşnut
e. Çok hoşnut

21.Cinsel yaşamınızdan ne kadar hoşnutsunuz?
a. Hiç hoşnut değil b. Çok az hoşnut c.Ne hoşnut ne değil d. Epeyce hoşnut
e. Çok hoşnut

22.Arkadaşlarınızın desteğinden ne kadar hoşnutsunuz?
a. Hiç hoşnut değil b. Çok az hoşnut c.Ne hoşnut ne değil d. Epeyce hoşnut
e. Çok hoşnut

23.Yaşadığınız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?
a. Hiç hoşnut değil b. Çok az hoşnut c.Ne hoşnut ne değil d. Epeyce hoşnut
e. Çok hoşnut

24.Sağlık hizmetlerine ulaşma olanaklarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?

- a. Hiç hoşnut değil b. Çok az hoşnut c.Ne hoşnut ne değil d. Epeyce hoşnut
e. Çok hoşnut

25.Ulaşım olanaklarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?

- a. Hiç hoşnut değil b. Çok az hoşnut c.Ne hoşnut ne değil d. Epeyce hoşnut
e. Çok hoşnut

Aşağıdaki soru son iki hafta içinde bazı şeyleri ne sıklıkta hissettiğiniz yada yaşadığınıza ilişkindir.

26.Ne sıklıkta hüznün, ümitsizlik, bunaltı, çökkünlük gibi olumsuz duygulara kapılırsınız?

- a. Hiçbir zaman b. Nadiren c.Ara sıra d. Çoğunlukla e.Her zaman

27.Yaşamınızda size yakın kişilerle (eş, iş arkadaşı, akraba) ilişkilerinizde baskı ve kontrolle ilgili zorluklarınız ne ölçüdedir?

- a.Hiç b.Çok az c.Orta derecede d.Çokça e.Aşırı derecede

ÇOCUĞUN ADI SOYADI:

Aşağıda gruplar halinde bazı cümleler yazılıdır. Cümleleri dikkatlice okuyunuz ve **son iki hafta içinde** sizin durumunuza en uygun olan cümlenin yanındaki numarayı daire içine alınız.

- A) 1. Kendimi arada sırada üzgün hissederim.
2. Kendimi sık sık üzgün hissederim.
3. Kendimi her zaman üzgün hissederim
- B) 1. İşlerim hiçbir zaman yolunda gitmeyecek.
2. İşlerimin yolunda gidip gitmeyeceğinden emin değilim.
3. İşlerim yolunda gidecek.
- C) 1. İşlerimin çoğunu doğru yaparım.
2. İşlerimin çoğunu yanlış yaparım.
3. Her şeyi yanlış yaparım.
- D) 1. Birçok şeyden hoşlanırım.
2. Bazı şeylerden hoşlanırım.
3. Hiçbir şeyden hoşlanmam.
- E) 1. Her zaman kötü bir çocuğum.
2. Çoğu zaman kötü bir çocuğum.
3. Arada sırada kötü bir çocuğum.
- F) 1. Arada sırada başıma kötü bir şeylerin geleceğini düşünürüm.
2. Sık sık başıma kötü bir şeylerin geleceğini düşünürüm.
3. Başıma çok kötü şeyler geleceğinden eminim.
- G) 1. Kendimden nefret ederim.
2. Kendimi beğenmem.
3. Kendimi beğenirim.
- H) 1. Bütün kötü şeyler benim hatam.
2. Kötü şeylerin bazıları benim hatam.
3. Kötü şeyler genellikle benim hatam değil.
- I) 1. Kendimi öldürmeyi düşünmem.
2. Kendimi öldürmeyi düşünürüm ama yapmam.
3. Kendimi öldürmeyi düşünüyorum.
- İ) 1. Hergün içimden ağlamak gelir.
2. Birçok günler içimden ağlamak gelir.
3. Arada sırada içimden ağlamak gelir.
- J) 1. Herşey hergün beni sıklar.
2. Herşey sık sık beni sıklar.
3. Herşey arada sırada beni sıklar.

- K)1.İnsanlarla beraber olmaktan hoşlanırım.
2.Çoğu zaman insanlarla birlikte olmaktan hoşlanmam.
3.Hiçbir zaman insanlarla birlikte olmaktan hoşlanmam.
- L)1.Herhangi bir şey hakkında karar veremem.
2.Herhangi bir şey hakkında karar vermek zor gelir.
3.Herhangi bir şey hakkında kolayca karar veririm.
- M)1.Güzel/yakışıklı sayılırım.
2.Güzel/ yakışıklı olmayan yanlarım var.
3.Çirkinim.
- N)1.Okul ödevlerimi yapmak için her zaman kendimi zorlarım.
2. Okul ödevlerimi yapmak için çoğu zaman kendimi zorlarım.
3.Okul ödevlerimi yapmak sorun değil.
- O)1.Her gece uyumakta zorluk çekerim.
2.Birçok gece uyumakta zorluk çekerim.
3.Oldukça iyi uyurum.
- Ö)1.Arada sırada kendimi yorgun hissederim.
2.Birçok gün kendimi yorgun hissederim
3.Her zaman kendimi yorgun hissederim.
- P)1.Hemen her gün canım yemek yemek istemez.
2.Çoğu gün canım yemek yemek istemez.
3.Oldukça iyi yemek yerim.
- R)1.Ağrı ve sızılardan endişe etmem.
2. Çoğu zaman ağrı ve sızılardan endişe ederim.
3.Her zaman ağrı ve sızılardan endişe ederim.
- S)1.Kendimi yalnız hissetmem.
2.Çoğu zaman kendimi yalnız hissederim.
3.Her zaman kendimi yalnız hissederim.
- Ş)1.Okuldan hiç hoşlanmam.
2.Arada sırada okuldan hoşlanırım.
3.Çoğu zaman okuldan hoşlanırım.
- T)1.Birçok arkadaşım var.
2.Birçok arkadaşım var ama daha fazla olmasını isterdim.
3.Hiç arkadaşım yok.
- U)1.Okul başarım iyi.
2.Okul başarım eskisi kadar iyi değil.
3.Eskiden iyi olduğum çok başarısızım.

- Ü)1.Hiçbir zaman diğer çocuklar kadar iyi olamıyorum.
2.Eğer istersem diğer çocuklar kadar iyi olurum.
3.Diğer çocuklar kadar iyiyim.

- V)1.Kimse beni sevmez.
2.Beni seven insanların olup olmadığından emin değilim.
3.Beni seven insanların olduğundan eminim.

- Y)1.Bana söyleneni genellikle yaparım.
2.Bana söyleneni çoğu zaman yaparım.
3.Bana söyleneni hiçbir zaman yapmam.

- Z)1.İnsanlarla iyi geçinirim.
2.İnsanlarla sık sık kavga ederim.
3.İnsanlarla her zaman kavga ederim.

ÇOCUĞUN ADI SOYADI :

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

DUYGULARIMLA İLGİLİ SORUNLAR	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1.Doktor yada hemşirelerden korkuyorum	0	1	2	3	4
2.Hastaneye gitmekten korkuyorum	0	1	2	3	4
3.Benden kemik iliği alınmasından korkuyorum	0	1	2	3	4
4.Doktoru görmeyi beklerken endişeleniyorum	0	1	2	3	4
5.Tedavileri düşündüğüm zaman midem bulanıyor	0	1	2	3	4
6.Saçlarımın dökülmesine üzülüyorum	0	1	2	3	4
7.İnsanların yara izlerimi görmesinden hoşlanmıyorum	0	1	2	3	4
8.Tedavi işlemleri (enjeksiyon,katater pansumanı vb.)sırasında enfeksiyon kapacağım diye korkuyorum	0	1	2	3	4
9.İnsanların bana hastalığımı sormasından korkuyorum	0	1	2	3	4
10.Ölmekten korkuyorum	0	1	2	3	4

FİZİKSEL SORUNLAR					
1.Yiyeceklerden tat alamıyorum	0	1	2	3	4
2.Yemeğimi kendim yiyebiliyorum	0	1	2	3	4
3.Tedavi alırken midem bulanıyor	0	1	2	3	4
4.Bazı yiyecekler ve kokular midemi bulandırıyor	0	1	2	3	4
5.Tuvalete giderken annem/babam yardım ediyor	0	1	2	3	4
6.Kıyafetlerimi kendim giyebiliyorum	0	1	2	3	4
7.İyi görünmüyorum	0	1	2	3	4
8.Maske takmak zorunda olduğuma üzülüyorum	0	1	2	3	4
9.Tedavi sonrası çok ağrım oluyor.	0	1	2	3	4
10.Hastalığımı kabullendim	0	1	2	3	4

OKUL İLE İLGİLİ SORUNLAR	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1.Okuduklarımı hatırlamakta zorlanıyorum	0	1	2	3	4
2.Okul ödevlerimi yaparken zorlanıyorum	0	1	2	3	4
3.Okula gidemediğim için çok üzülüyorum	0	1	2	3	4
4.Kanser olduğumu öğrendiklerinde yaşlıtlarım benimle arkadaş olmak istemiyorlar	0	1	2	3	4

BAŞKALARI İLE İLGİLİ SORUNLAR	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1.Doktoruma hastalığımla ilgili soru sormaya çekiniyorum	0	1	2	3	4
2.Kanser olduğumu öğrendiklerinde yaşıtlarım benimle arkadaş olmak istemiyorlar.	0	1	2	3	4
3.Hasta olmadan önce daha çok arkadaşım vardı.	0	1	2	3	4
4.Doktoruma hastalığımla ilgili soru sorduğumda yanıt alırım.	0	1	2	3	4
5.Hastanede diğer kanser hastası arkadaşlarımla hastalık ve tedavi hakkında konuşmak beni rahatlatır.	0	1	2	3	4

EK.2. İZİN BELGESİ

T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

SAYI : B.30.2.GÜN.0.A1.00.01/2014
KONU : Tez Çalışma İzni

05.12.2007

ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ
BAŞHEKİMLİĞİ'NE,
ANKARA

Enstitümüz Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Serap DURAN, Yard.Doç.Dr. F. Nur AKSAKAL danışmanlığında “ Bir Üniversite Hastanesi'nde Takip Edilen Çocuk Hematoloji Onkoloji Hastalarında ve Ebeveynlerinde Depresyon Sıklığı ve Yaşam Kalitesi Değerlendirmesi” konulu tezi ile ilgili yapacağı anket çalışması için gerekli iznin verilmesi saygı ile arz olunur.


Prof.Dr. Semra KUŞTİMUR
ENSTİTÜ MÜDÜRÜ

ARAŞTIRMA YAPILICAK BİRİMLER:

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk Onkoloji ve Hematoloji Polikliniği ve Servisi

TEŞEKKÜR

Bu çalışmamın gerçekleşmesinde, konu seçiminden başlayarak beni yönlendiren, tezin planlama, uygulama ve değerlendirme aşamasında ilgi ve yardımlarını esirgemeyerek verdiği büyük destek ve katkılarından dolayı tez danışmanım ve değerli hocam Sayın.Doç.Dr. F. Nur Aksakal'a,

Yardımlarını ve desteklerini benden esirgemeyen aileme en içten teşekkürlerimi sunarım.