

Kronik Hastalıklar, Hastaneye Yatış ve Çocuk

CHRONIC ILLNESS, HOSPITALIZATION AND CHILD

F. Neslihan İNAL-EMİROĞLU, Aynur PEKCANLAR AKAY

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

ÖZET

Duygusal sorunlar, kronik hastalığa sahip çocuk ve ergenler ve ailelerde evrensel anlam taşıyamalarına karşın, araştırmalardan gelen kanıtlar; kronik pediatrik hastalıkların psikolojik bozukluklar için esas bir risk etkeni oluşturduğunu göstermiştir. Kronik hastalıklarla beraber olan psikolojik sorunlarla sıklıkla ruh sağlığı konsultanları yüzleşirler. Bunları tanımlamak için bir yapıya ihtiyaç vardır. Hasta değerlendirilirken, klinisyenler, en azından teorik olarak, psikosomatik komponentin kronik hastalıkların her fazında var olacağını mutlaka hatırlamalıdır. Kronik hastalığa tepki, bireysel, gelişimsel ve çevresel etmenlerden etkilenir. Etkin psikiyatrik konsültasyon ve psikolojik yardım kronik hastalıkların tedavisi sırasında daha iyi prognoz ve uyuma yol açabilir.

Anahtar sözcükler: Kronik hastalık, hastaneye yatış, duygusal tepki, çocuk ve ergen

SUMMARY

Although emotional disturbances do not mean universal in chronically ill children and adolescents and their families, the evidence from studies indicated that the chronic pediatric illness constitutes a substantial risk factor for psychological disorder. Psychological problems associated with chronic illness frequently confront the mental health consultant, and a framework for conceptualizing them is required. In evaluating a patient, the clinicians must remember that a psychosomatic component is at least theoretical possible in every phase of all chronic disorders. Reacting to the chronic illness is influenced by individual, developmental and environmental factors. The effective psychiatric consultation and psychological support can lead to better prognosis and compliance during the treatment of chronic illness.

Key words: Chronic illness, hospitalization, emotional reaction, child and adolescent

Neslihan İNAL EMİROĞLU

Dokuz Eylül Üniversitesi

Tıp Fakültesi

Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve

Hastalıkları AD

İnciraltı, 35240, İZMİR

Tel: (232) 4123559

Cep: (532) 4683399

e-posta: neslihanemir@hotmail.com

Neslihan.emiroglu@deu.edu.tr

Kronik hastalığa sahip çocuk ve ergenler ve ailelerindeki duygusal sorunların evrensel anlamları olmamalarına karşın, araştırmalardan gelen kanıtlara göre; kronik hastalığı olan çocuklarda daha fazla duygusal ve davranışsal sorunlar geliştiği saptanmıştır (1). Kronik hastalıklara ikincil olarak gelişen psikolojik sorunların prevalansı %10-30 dur (1,2). Bunlar uyum sorunlarından depresyona kadar varabilen ve çocuğun tüm dış dünya ile bağlantılarının kopmasına neden olan ağır duygusal sorunlar olabilir (1-3). Kronik hastalıklarla beraber olan psikolojik sorunlarla sıklıkla ruh sağlığı konsultanları yüzleşirler. Bunları tanımlamak için bir yapıya ihtiyaç vardır (4). Bir çocuğun

hastalığa ve hastaneye yatışa tepkisini birden çok etken belirler. Hastalığın akut ya da kronik olması, hayatı tehdit edici olması ve görünür veya kalıcı engele neden olması gibi hastalıklarla ilgili etkenler, her çocuğu farklı etkileyebilir. Gelişimsel dönem çocuk ve ergenin tepkilerinin şekillenmesi yönünden önemlidir. Karmaşık düzeyde olduğundan bu etkenlerin tek yönlü bir etkileşimi yoktur. Kendi aralarında etkileşim içinde olan birçok etkene bağlı olarak aile üyeleri, yaşlıları ve diğerleri çocuğun hastalığından etkilenirler ve bunlar da sırasıyla çocuğu etkiler (5).

Hastalık olgusunun aşağıdaki fazları sırasında etki edebilecek psikolojik etmenlerin göz önünde tutulması

önerilmiştir:

1. Hastalığa duyarlılık,
2. Belirti başlangıcı,
3. Hastalığın tekrarı,
4. Hastalık durumunun devamı,
5. Hastalıkla yaşam yada hastalığa tepki (6).

Hastalığa duyarlılık döneminde, bu dönem tanı sonrası dönemi kapsar. Sigara içimi, aşırı yeme ve madde kullanımı gibi kendine zarar verici davranışlar sıklıktır. Psikiyatrik konsültan sorunlara hassas çocuk ve ergene koruyucu önlemler alınmalıdır. Belirtilerin başlangıcı döneminde ise psikosomatik özgülük teorisine göre psikolojik etmenlerle belirtinin tetiklenmesi görülür. "Kutsal yedi" olarak anılan astım, peptik ülser, romatoid artrit, ülseratif kolit, nörodermatit, tirotoksikoz ve esansiyel hipertansiyon hastalıklarının bazı duygusal çatışmalarla ortaya çıktığı düşünülmektedir. Hastalığın tekrarında ise bazı belirtilerin psikolojik stresse yanıt olarak ortaya çıktığı görülebilir. Örneğin diyabetli bir çocukta stresli yaşam olayları kötü kısa dönem yada uzun dönem glikoz kontrolüne yol açabilirler (4). Psikolojik stres yada aile çatışmaları akut astmatik atakları tetikleyebilir, hatta duygusal olarak tetiklenen ve ölüme yol açan astma atakları bildirilmiştir (7). Hastalığın devamı sırasında ise depresyon ve anksiyete gibi özgün psikiyatrik bozukluklar astım ve hipertansiyonda olduğu gibi hastalığın patofizyolojisi ile sinerjistik etki yapabilirler. Psikiyatrik durumun tedavisi hastalık üzerine de konkaktan bir iyileşme sağlayabilir. İçsel psik etmenler ve aile desteği nedeni ile her çocuğun hastalığıyla yaşamı ve tepkisi farklı olabilir (4). Mattson halen güncelliğini koruyan kronik hastalığa çocuğun tepkisini olumlu etkileyen etmenleri,

1. Yaşa göre uygun aileye bağımlılık,
2. Hastalıktan gelebilecek ikincil kazanımlara en alt düzeyde ihtiyaç,
3. Hastalıktan dolayı gelebilecek sınırlandırmalara ve sorumluluklara dayanabilme,
4. Tatminkâr yatıştırıcı kaynakların geliştirilebilmesi olarak sıralamıştır (8).

GELİŞİMSEL DÖNEMLERE GÖRE TEPKİLER

Kaygı, gerileme, duygudurum değişiklikleri ve bedensel işlevlerdeki değişiklikler (örneğin, uyku ve iştah) gibi hastalığa ve hastaneye yatışa olan bazı tepkiler erişkin yaş grubunda tipik gibi görünse de çocuk ve ergenlerin gelişimsel düzeyine göre değişir. Bu yüzden farklı yaşlardaki çocuklar, olayların algılanmalarını etkileyen farklı kaygılara, algılara ya da yapılarla sahip olabilirler. Çocuğun gelişimsel düzeyi görüşme, öykü alımı ve gözlem sırasında belirlenebilir (9).

Okul Öncesi Dönem: 3 yaş ve öncesi çocuklar için birincil bağlanmaların ve güven ilişkisinin kurulması gerekmektedir. Beden işlevlerini düzenlemeyi öğrenirler. Çevreyi araştırma ve öğrenme için fırsatları artmıştır. Ancak ağrı ve sıkıntıdan korunmak için neredeyse tamamen bakım vericilerine bağımlıdırlar. Uyku ve beslenme zorlukları oluşabilir (9,10).

3-6 yaş arası çocuklarda, ebeveynlerden ayrılmayı ve bireyselleşmeyi öğrenme, semboller ve dili kullanmaya başlama en önemli özelliklerdir. Terk edilme ve bedensel zarar görme ile ilgili kaygılar bu dönemde çok fazla görülmektedir. Benmerkezcilik ön plandadır ve hastalığı, hastaneye yatışı ya da yapılan ağırlı işlemleri kötü davranışın bir sonucu olarak görebilir (11). Çocuk, hastalığı kendi içinde bir şeylerin olup bitmesi olarak anlar. Hastalık, sadece dıştan gelen işaretler yoluyla tanımlanır. Sağlam bir bedene odaklanır, gerçekçi olmayan korkularla birleşen sınırlı içerik anksiyete ve kafa karışıklığını arttırabilir (11). Daha uzun süreli ayrılıkların üstesinden gelebilirler ancak hala birincil bağlanma figürüne ihtiyaçları devam eder (12, 13). Beş yaşın altında çocukların, hastalığı kendilerine yönelik bir ceza algılandığı, dolayısıyla bu çocuklar için hastalığın adı ve niteliğinden çok, anne babanın sevgisini kaybedip kaybetmedikleri, onlardan ayrı kalıp kalmayacakları ve hastanede anne babaları yanlarında yokken, onları acı veren bir işlem yapılıp yapılmayacağı ile ilgili kaygılar önde gelir (14). Hastalanmanın getirdiği sıkıntı ve endişe, çocukta regresyona sebep olabilir. Çocuğun güne dek kazanmış olduğu becerilerinde gerileme görülebilir. Anne babalar hastalığın alevlenmesini veya relapsı önleyeceklerini zannederek çocukların aktivitelerini sınırlandırabilirler. Bu durum ise onları korkak, pasif ve bakım veren kişilere ve doktorlarına daha bağımlı yapar. Bu bağımlılığın artması aynı zamanda onlara karşı kızgınlık

duymalarına neden olabilir. Küçük çocukların duygu ve düşünceyle ilgili kavramları konuşma diline dönüştürme yetenekleri gelişmemiştir. Bu nedenle duygularını kelimelere dökerek ifade edemeyebilirler, ancak davranış, oyun veya çizdiği resimlerle duygularını açığa vurabilirler (15).

Okul Dönemi: 7-13 yaş dönemi çocuklarda deneyimleri düzenleme ve sıraya koyma ihtiyacı ve kurallar öncelik kazanır. Kontrolü kaybetme ve ölüm korkusu bu dönemde gelişir. Hastalığı anlamada artış ile gerekli işlemleri ya da hastaneye yatış ihtiyacını kabul edebilirler. Ancak hala hastalığın, yanlış bir şey yapmaktan kaynaklandığını düşünür, hastalığı bulaşma sonucu edindiklerine inanırlar (11). Bu yaştaki çocuklar hastalıkları ile ilgili daha çok şey anlatabilir, anlayabilirler ve tedavilerinde daha aktif katılabilirler. Hastalıklarını somut yakınmalarla tanımlayabilirler. Hastalık uygun bakımla düzelebilir şeklinde anlaşılır (9,10,13). Bu dönemde yaşam, hareketle eş tutulduğundan, hastalıklarına ilişkin suskunluk ve bu konuda konuşmama, bu yaş çocuklarında şaşırtıcı bir biçimde, hastalıklarının ölümcül olduğu algısının doğmasına yol açar (14). Okul yaşındaki hasta çocuklarda teşhis ve tedavinin başlangıç dönemlerinde, okul öncesi çocuklardakine benzer korkular görülebilir. Aileden ayrılık, yabancı insanlar ve tanımadıkları bir hastanede terk edilme korkusu, okul çağındaki çocukların en büyük endişesidir. Normal koşullarda bu dönemdeki çocuklar için en önemli aktivite okuldur. Oysa hayatlarını tehdit eden hastalıklar, çocukların okula devam etmelerinde ve başarılarında önemli bozuklarına neden olabilir (14). Okul öncesi çocuklara oranla, okul çağındaki çocukların hastalığa ilişkin bilgileri artmıştır. Tıbbi incelemeler ve yapılacaklar hakkında bilgi edinmek isterler. Hastalıktan, yapılan tedaviden ve hastalığın kendi vücuduna zarar vereceğinden korkarlar (11). Bu nedenle çocuğun, doktoruna hastalığı ve tedavisi ile ilgili sorular sorabilmesi önemlidir. Hastalık ve tedavinin tartışılması çocuğun yaşına ve olgunluk düzeyine bağlı olmalıdır. Tedavi programı ve yapılan girişimler hakkında kısaca bilgi verilmelidir. Ağrı ve diğer fiziksel rahatsızlıklar hakkında verilen gerçekçi bilgiler çocuk ve doktoru arasında güveni artırır (16).

Ergenlik Dönemi: Ergenlik döneminde ikinci ayırılma ve bireyselleşme öğrenme gerçekleşir, akranlarına bağlıdır ve onlardan epeyce etkilenmiştir. Gençler, cinsel

gelişimleri ile ilişkili konulara da duyarlıdır ve tıbbi bakım sağlayanların üreme sistemini etkileyen tıbbi durumları olan gençlere karşı daha duyarlı olması gerekir. Diğer gelişim dönemlerine kıyasla ergenlik, risk alma davranışıyla daha fazla ilişkilidir. Kronik tıbbi durumları olan gençlerin kendi hastalıklarıyla çatışan risk alma davranışlarında buldukları da bildirilmiştir; diyabetli bireylerin öğün atması gibi. Bunun yanında bu tür davranışlar hasta olmayan yaşlılarında görülenden daha nadirdir. Hastalığı anlamada erişkin düzeye kademeli ulaşma, hastalığın oluşmasında konak ya da ajan gibi etkenlerin karmaşık ve çoklu etkileşiminin farkında olma bu dönemde gerçekleşir. Hastalığı kendi suçuna bağlama devam eder, fakat bu yaşla azalır (11). Ergenler için hastalığın kendisi temel sorundur. Hastalık, bağımsızlığın kaybolması ve gelecekle ilgili planların bozulması şeklinde algılanır. Bunun yanı sıra saç kaybı, kilo değişimleri, cilt renginde değişiklik gibi kemoterapinin yan etkilerinin görüldüğü hastalıklar veya cerrahi girişimler, tedaviyle ilgili olarak geciken puberte, infertiliteyle ilgili kaygılar bu dönemin psikolojik problemlerinin kaynağını oluşturmaktadır (9,10,13,17). Bunların yanı sıra hastalık nedeniyle okul yaşantıları da bozulmuş olabilir. İçer çekilme ve/veya fiziksel görünümündeki değişiklikler okula dönmeleri zorlaştıran etmenler arasındadır. Her ergen hastalığa farklı tepkiler verir. Bağımsızlığın kazanma döneminde olan bazı ergenlere hastalığın getirdiği kısıtlamalar, yoğun ilaç kullanımı, doktor ziyaretleri, anne babanın yoğun müdahalesi huzursuzluk verebilir. Bazı ergenler bu duruma boyun eğip, hatta ilaçları konusunda aşırı dikkatli ve titiz duruma gelirken, bazıları da bağımsızlığını belirtme gereksinimiyle tehlikeli ve isyankar davranışlarda bulunabilirler (18). Bunun yanı sıra depresyon, ajitasyon sık görülür. Bazıları sözel olarak, bazıları da davranışlarıyla tepkilerini gösterir. Ergenlerin hastalık ve tedavi hakkında bilgilendirilmeleri, anne babaların hem birbiriyle hem de çocuklarıyla hastalık hakkında konuşabilmeleri, duygu ve düşüncelerini paylaşabilmeleri onların daha kolay uyum sağlamalarına yol açar (19). Kemoterapinin ergenlerdeki psikolojik etkilerini inceleyen çeşitli araştırmacılar, yeme bozuklukları, öfke ve suçluluk, depresyon, kabuslar, ayrılık anksiyetesi, izolasyon korkusu, ölüm korkusunu özellikle vurgulamıştır (20).

BİREYSEL ÖZELLİKLERE BAĞLI ETMENLER

Gelişimsel döneme göre tepkileri sınıflandırma göreceli bir açıklama sağlar. Ancak tepkilerin gelişimi, çocuk, bakım verici ve olaylar arasındaki etkileşime kısmi olarak bağlıdır (21). Bu nedenle, birbirine yakın yaşta ve benzer bakım vericileri olan iki çocuğun hastalığa karşı algılamaları tamamen farklı olabilir. Ayrıca, sakatlık, içe çekilme ve okula devamsızlık gibi hastalığa özgü etkenler sosyal ya da kimlik gelişimi aksatabilir (13, 17, 22).

Çocuğun mizacında tedaviye uyumu etkileyebilir. Yeni araştırmalar daha kaygılı çocukların tedavi yöntemlerine daha uyumlu olmaya eğilimli olduğunu göstermiştir (10,23). Dışa dönük, kaygı düzeyi düşük çocuklar, içe dönük narsistik çocuklara göre hastalıktan daha az etkilenir. İçe dönük çocuklarda endişe, belirsizlik korkusu, ölüm korkusu, suçluluk duyguları daha fazla oluşabilir. Hissetikleri huzursuzluk çaresizlik duygularını bazı savunma düzenekleriyle azaltmaya çalışabilirler. En çok kullandıkları savunma düzenekleri "regresyon" ve "yadsımadır" regresyon huysuzluk çok ağlama, çok ilgi bekleme saldırgan davranışlar şeklinde kendini gösterir. Yadsıma, endişe artıçça hasta olduğunu kabul etmeme tedaviye uymama hastaneden çıkmak isteme şeklindedir. Korkak, pasif dış olaylara ilgi duymayan çocuk anneye aşırı bağımlı olabilir. Aşırı derecede bağımsız risk taşıyan ve yasaklanmış eylemlere kalkışan çocuk ve gençler gerçek tehlike ve korkuları yadsıma travma riskine meydan okuma şeklinde davranabilirler. Düşük benlik saygısı olan çocuklarda eksiklik başarısızlık duygusu gelişebilir (14, 24).

Beden imgesi ve fiziksel görünüm çocuklar özellikle ergenler için çok önemlidir. Sık kan alımı hoşça gitmeyen ağrılı araştırmalar ve tedaviler, tedavi sonrası bulantıkusma oluşması, alopesi, maske takma, eğer kortikosteroid kalıyorsa kushingoid görünüm, çocukta yoğun anksiyete yaratabilir. Mobilite azalması yoğun ağrı, izolasyon duygusal ve duygusal yoksunluğa neden olup çocuğun depresyonunu kolaylaştırır. Sağlıklı akranlarının yapabildiği şeyleri yapamamak çocuğu çok etkiler (17,22).

AİLEYE BAĞLI ETMENLER

Kronik çocukluk çağı hastalıklarında tüm ailenin işlevleri ve günlük etkinlikleri etkilenir. Aile sistemi teorisi, aile üyelerinin hepsinin her bir bireyin sağlık ve işlevsellik de-

ğişimlerinden etkileneceğini öne sürer (5,25). Kronik hastalıklar aile içinde var olan yapılanmayı bozar ve den- gelerin tekrar kurulabilmesi için yeniden yapılanmaya gi- dilmesi gerekir. Aileler hastalıkla ilişkili sık hastane başvuru- ları, çok yönlü tedavi ve bilinmeyen hastalık süreci gibi stresörlerle baş etmek zorundadırlar. Aile, sosyal ve okul rutinleri için çocuğun işlevsel sınırlılıklarını ve tedavi ge- reksinimlerini karşılama konusunda uyum yapmak zorun- dadır (20,26,27). Bakım vericinin içinde bulunduğu ortamın bireysel, kültürel toplumsal gibi zorlukları ve zayıflıklarının anlaşılması çok önemlidir. Her aile üyesi ve bakım verici, kendi gelişimsel, biyolojik, psikolojik ve sosyal durumu ile ilişki içinde, ayrı bir varlık olarak değerlendirilir. Çocuk bakım vericiler tarafından desteklenir, bakım vericiler diğ- erleri tarafından desteklenir, onlarda başkaları tarafın- dan ve böyle devam eder (16).

Anne babanın psikolojisi kronik ve ölümcül hastalık ta- nısı konulduğunda alttaki sırayı izleyebilir:

- 1- Şok, akut korku ve anksiyete, yadsıma (özellikle çocuk hasta izlenimi vermiyorsa daha yoğun hissedilir)
- 2- Kızgınlık ve içerleme duygusu
- 3- Kendisini veya eşini suçlama
- 4- Durumu kabullenme

Anne babalarda en sık görülen duygular, hastalığa karşı çaresizlik, anne babalık becerilerinde kendine güve- nin azalması, eşinden ve diğer çocuklarından uzun süre ayrı kalma, çocuğun ölümü ile başa çıkamayacakları kor- kusudur (10,14,27). Anneler genellikle çocuğun bakımı ve hemşirelik hizmetlerine fazla katıldıkları için ve hastanede uzun süre kaldıkları için depresyon gelişimi sıktır. Ailedeki anksiyete çocukta psikiyatrik bozukluk için risk faktörüdür. Ailenin tutumu kültür düzeyi ve ekonomik durumun teda- viye uyumda etkilidir. Erken tanı ve iyileşme umudu psiko- patolojiyi azaltır (24).

Bazı anne babalar, aşırı talepkar ve hükmedici olabilir- ler. Hekimin amacı, bakım verici ile işbirliği kurmak ve or- tak hareket etmek olmalıdır (28). Çocuk için en iyisini be- lirlemede birlikte çalışırken, aileye büyük bir özenle yak- laşmak gerekir. Anne babaları karar verme sürecinden anne babalık rollerinden çıkarmadan hazırlamak yararlı

olabilir. Bakım vericinin mizacı veya kişiliği, daha önceden ruhsal ya da fiziksel rahatsızlığının var olup olmadığı göz önünde bulundurulmalıdır. Kronik hastalığı olan çocukların anne babalarında anksiyete, depresyon, madde kullanımı ve travma sonrası stres bozukluğunun sık görüldüğü saptanmıştır (24,27).

RUHSAL VE DAVRANIŞSAL YARDIM

Çocuk hastanelerinde konsültasyon ve liyezon çocuk psikiyatristleri tarafından sıklıkla karşılaşılan tanılar, uyum bozukluğu, akut stres reaksiyonu, travma sonrası stres bozukluğu, kaygı bozuklukları ve depresyondur (2). Bu bozukluklara sadece hastalık süreci sırasında tanı konmaz. Hastalıkların yıllar sonra ergenlik ve erişkinlik döneminde, ortaya çıkmasına neden de olabilir (29).

Yardımlar, çocuk, aile ve diğer bakım vericilerindeki risk etkenlerini azaltmayı ve olumlu baş etme mekanizmalarını pekiştirmeyi ve desteklemeyi hedeflemelidir. Amaç, sürece dahil olan herkeste, mümkün olan en sağlıklı işlevselliği geliştirmek ve aileleri normal gelişimsel yörüngeye döndürmektir. Bütün olgular farklı olsa da, bazı müdahaleler çoğu durumda verimlidir (16,25).

Özellikle yetersiz ilgilenme, aşırı ilgilenme, öfke, üzüntü ya da kaygı gibi olağandışı tepkiler ortaya çıkaran hasta ve ailelere karşı duyarlı olunması gerekir. Hastalık, değerlendirme ve tedavi hakkında katılımı olan herkesi bilgilendirmek gereklidir. Çocuk ve aileye durumlarını anlamada yardımcı olan bilgilendirilmiş onam desteklenmelidir. Bilgi, gelişim düzeyine uygun bir tarzda, duyarlı bir şekilde sunulmalıdır. Ortaya çıkabilecek çeşitli tepkilere değer verilmelidir. Yadsıma, yansıtma ve entellektüelize etme gibi savunmalar beklenmelidir ve bunlar, sadece tedavinin yürütülmesini engellediği ya da aşırı sıkıntıya yol açtığı zaman ortaya konmalıdır. Bilgilendirme belirsizliği azaltır. Bilgi verilmezse çocuk hayal ve fantazilerle karar verir. Yanlış düşünceler gerçekten daha zedeleyici olabilir. Hekim ve diğer personelin iletişimi yeterli değilse anne babanın anksiyetesi ve aşırı koruyuculuğu artar tedavi uyumu azalır (19,31).

Çocukta açık yeterli ve uzlaşmacı iletişimle güven ve yeterlilik duygusu yerleştirilir. Benlik saygısı ve başa çıkma yetenekleri artar. Hastalıkla ilgili duyguların dile getirilme-

sine olanak sağlanmalıdır. Soru sorması cesaretlendirilmelidir. Girişimlerden önce ne yapılacağını ayrıntılı olarak anlatılmalıdır. Hekimlerin ve diğer personelin girişim ve tedavi zamanları dışında da iletişim kurması ve paylaşımın olması, çocuğun hastaneye uyumunu kolaylaştırır (16,19).

Eğer gelişim düzeylerine uygun şekilde sunulursa, çocukların hemen her şey hakkında konuşabileceği fark edilir. Çoğu sağlık çalışanı, küçük çocukların kapasitelerini olduğunun daha altında tahmin eder ve onlarla iletişime geçmek için çabada bulunmaz (16,30,31). Çocukları ve anne babaları dinlemek ve konuşmak için ulaşılabilir olmak gereklidir. Herkesin, anlayabilecekleri seviyede bilgiyi sunmak gereklidir. Gereksiz tıbbi ayrıntılardan kaçınılmalıdır. Kaygı ve stres, duyma ve duyduklarını anlama yeteneklerini bozabilir (16,19).

Tüm hastaneye yatışlarda kısa süreli sık ziyarete izin verilmelidir (sadece sevdikleri ve yakınları). Stress altındaki çocuk üzerine ayrılığın olası etkileri nedeni ile, ebeveynlerin genellikle 24 saat boyunca ziyaret etmeleri uygundur. Aile düzeni ve günlük rutinlerin mümkün olduğunca korunması önemlidir. Hastane odaları gelişimsel açıdan daha uygun sevdiği oyuncak ve eşyalarla tasarlanabilir. TV, kitap okuma, oyun resim ve uğraş olanakları sağlanabilir (31,32).

Psikiyatrik bozukluklar için tetikte olmak gereklidir. Eğer DSM-IV-TR (1) kriterlerini karşılayan tanı konabilir bir bozukluk varsa bozukluk tedavi edilmelidir. Geçmişte, kronik hastalığı olan çocuklar, depresif belirtiler sergilediğinde her zaman tanınmazdı ve tanındığı zamanda, her zaman psikiyatrik yardım alamazlardı (12). Genellikle bu durum ciddi bir fiziksel hastalık için beklenen bir durum olduğu için çocuğun içe kapanması olağan karşılanırdı. Çalışmalar, kanser tanısı sonrasında annenin yaşadığı sıkıntı ile çocuğun sonraki psikolojik uyumu arasında bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Riskler: anne babaların depresyon ya da anksiyete gibi psikiyatrik durumları, süreklilik anksiyetesi yüksek olanlar ve daha az aile desteği olanlardır. Anne babaların çocuğun hastalığı ile nasıl başa çıktıkları ve bir psikiyatrik bozukluğun belirtilerini yaşayıp yaşamadıkları hakkında bilgi almak gereklidir. Bu nedenle, sıkıntı içindeki anne babaları belirleme ve destekleyici tedaviler sağlama, çocuklara zamanla bir miktar koruma sağlamaktadır (17,

33).

Ağrıyı hızlıca tedavi etmek gereklidir. Küçük çocuklarda ilk işlemler için uygulanan uygunsuz analjezinin, daha sonraki işlemlerde uygulanan uygun analjezinin etkisini azalttığı gösterilmiştir. Daha küçük çocuklar, ağrının oluşturduğu zor deneyimi sözel olarak ifade edemeyebilirler ve sözel ifade yerine bazı davranışlar ortaya çıkarabilirler (Örneğin, anne babalardan ayrılma korkuları, öfke nöbetleri gibi). Ayrıca çocuğun ağrı deneyimini belirgin olarak azaltmak için, mümkün olduğunda, topikal ağrı kesiciler kullanılabilir. Ağrı, çocuğun hastalığı ve hastaneye yatışı algılamasını belirgin olarak etkilediğinden, mümkün olduğunca ağrının tespit ve tedavi edilmesi gereklidir (9).

Ölüm anksiyetesi ve diğer korkuları için çok yoğun olduğunda diazepam veya alprozolam kullanımı önerilebilir. Depresyon belirtileri ve gelişimi konusunda personel uyaklı olmalı ve bu durumda ek ilaç gereksimi göz önünde bulundurulmalıdır (24).

Eğer ölüm gerçekleşmişse, bakım ve destek devam etmelidir. Çocuklar hasta olduklarında, sağlık ekibi aile sisteminin ayrılmaz bir parçası haline gelir. Bu ilişki, çocuğun ölümünden sonrada devam eder. Hastalara ve ailelerine bağlılık geliştiren sağlık ekip üyelerine de benzer ilginin gösterilmesi önemlidir. Devam eden toplantılar, takımın ruh sağlığının ve moralinin devam etmesini sağlayabilir (24,14).

KAYNAKLAR

1. Cadman D, Boyle M, Szatmari P, Offord DR. Chronic illness, disability, and mental and social well-being: Findings of Ontario Child Health Study. *Pediatrics* 1987; 9: 805-813.
2. Lask B. Modern Approaches North America içinde M Rutter, E Taylor, L Hersov (eds) Paediatric Liaison Work. Child and Adolescent Psychiatry, Modern Inc, Blackwell Science Cambridge, 1994; 996-1005.
3. Taylor DC, Eminson DM. Modern Approaches North America içinde M Rutter, E Taylor, L Hersov (ed), Psychological Aspects of Chronic Physical Sickness, Child and Adolescent Psychiatry, Blackwell Science Inc, Cambridge, 1994;737-748.
4. Fritz GK. Child and Adolescent mental Health in Consultation in hospitals,schools and courts içinde Fritz GK, Mattison RE, Nurcombe B, Spirito A(eds)Common clinical problems in pediatric consultation, 1993 American Psychiatric Pres Washington DC, 47-65.
5. Cole RE, Reis D. How do families cope with chronic illness? Lawrence Erlbaum, Hillsdale (NJ) 1993.
6. Fritz GK, Brown LK. Textbook of Child and Adolescent Psychiatry içinde Concept and Classification of Psychosomatic Disorders, Wiener JM (ed). 1991 American Psychiatric Pres Washington DC, 422-430.
7. Fritz GK, Rubenstein S, Lewinston NJ. Psychological factors in fatal childhood asthma. *Am J Orthopsychiatry* 1987;57:253-257.
8. Mattison A. Long-term physical illness in childhood:a challenge to psychosocial adaptation. *Pediatrics* 1972; 52:801-811.
9. Drell MJ, Hanson White TJ. Comprehensive Textbook of Psychiatry içinde HI Kaplan, BJ Sadock (ed), H Aydın, A Bozkurt (çeviri ed) Çocukların Hastalık ve Hastaneye Yatırılmaya Tepkileri Cilt 4, Güneş Kitabevi; Ankara 2007;3425-3433.
10. Baykara A, Güvenir T, Miral S. Ben Hasta Değilim-Çocuk Sağlığı ve Hastalıklarının Psikososyal Yönü içinde, A Ekşi (ed) Hastalık ve Hastaneye Yatışın Çocuk Üzerine Etkisi Nobel Kitapevleri, İstanbul, 1999;374-378.
11. Schonfeld DJ. A Comprehensive Textbook içinde, M Lewis (ed) The child's Cognitive Understanding of Illness. Child and Adolescent Psychiatry: Williams and Wilkins, Baltimore, 1996; 943-947.
12. LeBlanc LA, Goldsmith T, Patel DR. Behavioral aspects of chronic illness in children and adolescents. *Pediatric Clinics of North America* 2003;50:859-878.
13. Lock J. Psychosexual development in chronic medical illness. *Psychosomatics* 1998;39: 340-349.
14. Gökler B. Ben Hasta Değilim-Çocuk Sağlığı ve Hastalıklarının Psikososyal Yönü içinde, A Ekşi (ed). Ölümcül Hastalık Karşısında Çocuk, Aile ve Hekim. Nobel Kitabevleri, İstanbul, 1999;471-475.
15. Ekşi A. Ben Hasta Değilim-Çocuk Sağlığı ve Hastalıklarının Psikososyal Yönü içinde, A Ekşi (ed) Fiziksel Hastalığı Olan Çocuk ve Adolesanlara ve Hastanede Refekat Kalan Annelere Psikolojik Yaklaşım Nobel Kitapevleri, İstanbul, 1999;620-630.

16. Rosenbaum P. Some psychosocial interventions can help children and families cope with chronic health conditions. *Evidence Based Mental Health* 1998;1: 48-48.
17. Patterson J, Blum RW. Risk and resilience among children and youth with disabilities. *Archives Pediatric Adolescent Medicine* 1996;150: 692-698.
18. Britto MT, Garrett JM, Duglis MA et al. Risky behavior in teens with cystic fibrosis or sickle cell disease. *Pediatrics* 1998;101: 250.
19. Vigneux A. Review: some psychosocial interventions can help children and families copewith chronic conditions. *Evidence Based Nursing* 1998;1: 43-43.
20. Lock J. Psychosexual development in chronic medical illness. *Psychosomatics* 1998;39: 340-349.
21. Sawyer MG, Streiner DL, Antoniou G, Toogood I, Rice M. Influence of parental and family adjustment on the later psychological adjustment of children treated for cancer. *Journal of American Academy Child and Adolescent Psychiatry* 1998;37: 815-822.
22. Perrin JM, MacLean WE Jr. Children with chronic illness. The prevention of dysfunction. *Pediatric Clinics of North America* 1988;35: 1325-1337.
23. Costello EJ, Edelbrock C, Costello AJ, Dulcan MK, Burns BJ, Brent D. Psychopathology in pediatric primary care: the new hidden morbidity. *Pediatrics* 1998;82: 415-424.
24. Black D. *Modern Approaches North America içinde Rutter, E Taylor, L Hersov (ed) Psychological Reactions to Life Treatening and Terminal Illnesses and Bereavement. Child and Adolescent Psychiatry, M North America Blackwell Science Inc, Cambridge 1994; 776-793.*
25. Roberts MC, Wallander JL Family issues in pediatric psychology. Lawrence Erlbaum, Hillsdale (NJ) 1994.
26. Jacobs P, Mc Dermott S. Family caregiver costs of chronically ill and handicapped children: method and literature review. *Public Health Reports* 1989; 104:158-163.
27. Meleksi DD. Families with chronically ill children. *American Journal of Nursing* 2002;102: 47-54.
28. Campbell C, McGauley G. Doctor-patient relationships in chronic illness: insights from forensic psychiatry. *British Medical Journal* 2005;330:667-670.
29. Pless IB, Cripps HA, Davies JM, Wadsworth ME. Chronic physical illness in childhood: psychological and social effects in adolescence and adult life. *Developmental Medicine Child Neurology* 1989; 31:746-755.
30. Ireys HT, Chernoff R, DeVet KA, Kim Y. Maternal Outcomes of a Randomized Controlled Trial of a Community-Based Support Program for Families of Children With Chronic Illnesses. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine* 2001;155: 771-777.
31. Bauman LJ, Drotar D, Leventhal JM, Perrin EC, Pless IB. A review of psychosocial interventions for children with chronic health conditions. *Pediatrics* 1997;100: 244-251.
32. Kelly AF, Hewson PH. Factors associated with recurrent hospitalization in chronically ill children and adolescents. *Journal of Pediatric Child Health* 2000;36: 13-18.
33. Von Korff M, Glasgow RE, Sharpe M. Organising care for chronic illness. *British Medical Journal* 2002; 325: 92-94.