



T.C.
Sağlık Bakanlığı
Haydarpaşa Numune
Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Aile Hekimliği
Koordinatör Uzm. Dr. Refik Demirtunç

**Kronik Hastalığı Olan Çocukların Annelerinin
Sosyodemografik Özellikleri Depresyon, Anksiyete, Problem
Çözme Yeteneği ve Yaşam Kaliteleri Açısından Değerlendirilmesi
(Uzmanlık Tezi)**

Dr. Münciye Tuna AKSU

İstanbul 2008

Tez Danışmanı: Uzm. Dr. Figen Atalay

TEŞEKKÜRLER

Öncelikle Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimi Doç Dr. Hacı Mehmet Sökmen, eski başhekimlerim Prof. Dr. Yusuf Özertürk'e, Prof Dr. Suphi Acar'a ve Doç. Dr. Mücahit Görgeç'e,

Aile Hekimliği Koordinatörümüz 3.Dâhiliye Klinik şefi Uzm Dr. Refik Demirtunç'a, 4. Dâhiliye Emekli Klinik şefi Doç Dr. Haluk Şavlı'ya, Pediatri klinik şefi Doç. Dr. Ömer Ceran'e, Psikiyatri Klinik şefi Uzm Dr.Mecit Çalışkan'a, 1. Genel Cerrahi Klinik şefi Doç. Dr. Mesut İzzet Titiz'e ve Kadın Hastalıkları ve Doğum Klinik şefleri Op. Dr. Gültekin Köse'ye, Doç. Dr. E. Can Tüfekçi'ye;

Her zaman bilgilerinden yararlandığım, adını saymakla bitiremeyeceğim sayın şef yardımcıları ve uzman doktorlara,

Asistanlığım boyunca ve tezim için danışmanım olan Uz. Dr. Figen Atalay'a ve eşi Hakan Atalay'a, Dr. Gamze Bağdaçık'e, beraber çalıştığım tüm asistan arkadaşlarıma, fedakâr hemşire ve hastane personeline;

Son olarak da öğrenciliğimden beri desteğini ve sevgisini esirgemeyen sevgili aileme en içten şekilde teşekkür ederim.

Dr. Tuna AKSU

KISALTMALAR

İYE	İdrar yolu enfeksiyonu
VUR	Veziköüretal reflü
ILAE	International League Against Epilepsy
WHO	Dünya Sağlık Örgütü
DSM IV	Diagnostic and statistical manual of mental disorders, dördüncü baskı
HHA Eksenı	Hipotalamus hipofiz-adrenal eksenı
BDÖ	Beck depresyon ölçeği
STAI TX1-STAI TX2	Durumluk-Sürekli Kaygı ölçeği
PÇE	Problem Çözme envanteri
SF36	Yaşam kalitesi ölçeği
MMPI	Minnesata çok yönlü kişilik envanteri
TRH	Tirotopin releasing hormon
TSH	Tiroid stimule edici hormon
GH	Growth hormon
ICD10	International Statistical Classification of Diseases 10th Revision
SİYK	Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi

İÇİNDEKİLER

1. TEŞEKKÜR	
2. KISALTMALAR	
3. İÇİNDEKİLER	
4. GİRİŞ.....	1
5. GENEL BİLGİLER.....	2
6. GEREÇ VE YÖNTEM	25
7. BULGULAR.....	30
8. TARTIŞMA.....	58
9. SONUÇ.....	65
10. ÖZET.....	66
11. SUMMARY.....	68
12. KAYNAKLAR.....	70
13. EKLER	
EK 1.....	81
EK 2.....	83
EK 3.....	86
EK 4.....	88
EK 5.....	91

GİRİŞ VE AMAÇ

Kronik hastalık; "normalden sapma veya bozukluk gösteren, kalıcı yetersizlik bırakabilen, geriye dönüşü olmayan, patolojik değişiklikler sonucu oluşan, hastanın rehabilitasyonu için özel eğitim gerektiren, uzun süre boyunca bakım, gözetim ve denetim gerektireceği beklenen durum" olarak tanımlanmaktadır.

Kronik hastalıklı en ağır hasta olanların bile %90'ının genç yetişkinlik dönemine kadar hayatta kaldığını gösteren çok çeşitli çalışmalar bulunmaktadır. Yaşam süresinin uzaması ile birlikte hasta çocuk ve ailesi özellikle anneler hastalığın getirdiği psikososyal etkilere daha uzun süre maruz kalmaktadır.

Bu çalışma, ülkemizde sık görülen astım, epilepsi ve recurren idrar yolu enfeksiyonu olan çocukların annelerinin sosyodemografik özelliklerini anksiyete, depresyon, problem çözme becerileri ve yaşam kaliteleri açısından karşılaştırmak, annede olabilecek psikiyatrik problemlere erken dönemde dikkat çekmek amacıyla planlanmıştır.

1. GENEL BİLGİLER

İnsanlık tarihinin başlangıcından beri çocuk; anne ve babanın en değerli varlığı olarak gözetilmiş, korunmuş, sevilmiş ve en iyi şekilde büyütülmeye çalışılmıştır. Ailenin en küçük bireyi olan çocuklara, toplumların geleceği gözüyle bakılmış, çocukların sağlık ve eğitim sorunlarıyla ilgilenilmeye özen gösterilmiştir. Günümüzde özellikle gelişmiş ülkelerde, çocuklara daha fazla değer verilmekte olup, sağlık ve eğitim konularında anne ve babalar kadar devlet de çocuğa sahip çıkmaktadır. Sağlıklı olmak yaşamın sürdürülmesinde temel unsurdur. Sağlıklı olmayan bir çocuğa sahip yetişkinlere en iyi yaşam koşulları sağlansa da, bu olanaklardan yararlanmaları mümkün olmayabilir (1). Bunun en etkin sebebi hastalığın ailenin üzerinde yarattığı psikolojik travmadır.

1.1. HASTALIK VE ÇOCUK

Fiziksel hastalık, yaşam krizidir. Kişinin fizyolojik ve psikolojik bütünlüğüne karşı tehdit oluşturur. Bu durum, birey bir çocuk ise psikolojik kaygılar yaratarak ebeveynleri daha çok etkiler. Ebeveynler bu durumun ne kadar süreceği ve çocuklarının normal yaşamına ne zaman geri döneceği ile ilgili kaygılar duyar. Bu sorunun cevabı bir kaç gün, hafta ya da ay ise, çoğunlukla daha tolere edilebilir ve katlanılabilir bir durum olarak algılanır. Sınırlı olan ve iyileşme ile sonuçlanan hastalıklara "akut hastalıklar" denir (2). Akut Hastalıklar denildiğinde, solunum yolu enfeksiyonları, gastrointestinal enfeksiyonlar ve fiziki travmalar akla gelmektedir.

Kronik hastalıklar 3 ay ya da daha fazla sürmesi beklenen, uzun vadeli hastalıklardır (3). Tüm çocuk popülasyonunun %1-2'sinde güncel aktiviteyi etkileyen ya da her gün tedavi gerektiren kronik sağlık sorunları bulunmaktadır. Kronik hastalık; "normalden sapma veya bozukluk gösteren, kalıcı yetersizlik bırakabilen, geriye dönüşü olmayan, patolojik değişiklikler sonucu oluşan, hastanın rehabilitasyonu için özel eğitim gerektiren, uzun süre boyunca bakım, gözetim ve denetim gerektireceği beklenen durum" olarak tanımlanmaktadır. Kronik çocukluk hastalıkları çeşitlidir. Doğuştan anomaliler, doğuştan kalp hastalıkları, epilepsi, kronik böbrek yetmezliği, kanserler, hemofili, diyabet, kistik fibrozis, astım gibi. Tıp

biliminin ilerlemesi ve yeni yapılan çalışmalarla çocukluk çağındaki kronik ve ölümcül hastalıklarda yaşam süreleri uzamaktadır. Son çalışmalar, kronik hastalıklı çocuk ve gençlerin mortalite oranlarının düştüğünü gösteriyor. Daha önceleri kronik hastalıklı çoğu kişi çocukluk ya da ergenlikte öldüyse de, şu anki bulgularımız en ağır hasta olanların bile en az %90'ının en azından genç yetişkinlik dönemine kadar hayatta kaldığını gösteriyor (4). Yaşam süresinin uzaması ile birlikte; hasta çocuk ve ailesi hastalığın getirdiği psiko-sosyal etkilere daha uzun süre maruz kalmaktadırlar (5). Bu çalışmamızdaki amacımız, ülkemizde sık görülen astım, epilepsi ve rekurren idrar yolu enfeksiyonları olan çocukların anneleri ile acil servise ateşle başvurup akut tonsilit tanısı konan çocukların annelerini anksiyete, depresyon, problem çözme becerileri ve yaşam kaliteleri açısından karşılaştırmaktır.

1.1.1. Astım

Astım birçok hücre ve hücre yapılarının rol aldığı inflamasyonla karakterize kronik bir hastalıktır. Astım dünyada en sık görülen kronik hastalıklardan biridir. Bütün ülkelerde rastlanan bir hastalıkken, prevalansı toplumlar ve aynı toplumun farklı kesimleri arasında değişiklik göstermektedir. Son 20 yıldır özellikle çocuklar arasında görülme sıklığının arttığını gösteren veriler vardır. Ülkemizde astım prevalansı, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde olduğu gibi artmakla birlikte; gelişmiş batı ülkelerine göre düşük, doğu Avrupa ve Asya'daki birçok ülkeye göre yüksektir (6). Türkiye'de, okul çocukluğu yaşlarında astım oranının %2,8-18,4 arasında olduğu belirtilmektedir (7). Kronik inflamasyon, havayolu aşırı duyarlılığında artışa yol açarak hırıltı, solunum zorluğu, göğüs sıkışıklığı, gece ve sabah erken saatlerde artan öksürük gibi klinik bulguların ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Bu astım nöbetleri, yaygın ama değişik derecelerde olan, tedavi ile veya kendiliğinden düzelen havayolu tıkanıklığı ile birlikte (8).

Kronik astım sonuçları ile bireyi, aileyi, toplumu, ciddi ölçüde etkiler. Gelişmiş ekonomilerde astım bakım ve tedavisi, toplam sağlık harcamalarının %1-2'sini oluşturmaktadır. Astımın akılcı kontrolü, çocuğun okul devamsızlığının azalması, aileler üzerindeki maddi ve manevi yükün hafifletilmesini sağlayacaktır. İyi tedavi edilen astımlı bir çocuk, havayolu aşırı duyarlılığı devam etse bile, normale çok yakın bir yaşam sürdürebilir ve erişkin olarak normal solunum fonksiyonları olabilir (8).

1.1.2. İdrar yolu enfeksiyonları (İYE)

İdrar yolu enfeksiyonları çocukluk çağında üst solunum yolu enfeksiyonlarından sonra en sık görülen ikinci enfeksiyon grubudur (9). İYE çocuklarda otitis mediadan sonra ikinci en sık bakteriyel enfeksiyondur (10). Çocukluk çağında idrar yolu enfeksiyonu (İYE) yaygındır ve insidans erkek çocuklarda yılda 1.7/1000, kızlarda ise 3.1/1000 olarak bildirilmiştir. Vezikoureteral reflü (VUR) ile birlikte olan üriner enfeksiyonun yol açtığı reflü nefropatisi genç erişkinlerde önemli bir son dönem böbrek yetmezliği nedenidir (11). İYE uzun dönemde son dönem böbrek yetmezliği ve hipertansiyona neden olması nedeniyle tanı konulması, gereken hastaların takibe alınması önemlidir (9, 10).

İYE semptomları yaşlara ve tutulum bölgesine göre değişkenlik gösterir. İYE'lerin üç temel formu vardır; pyelonefrit, sistit ve asemptomatik bakteriüri. Pyelonefrit, karın ya da yan ağrısı, ateş, halsizlik, bulantı, kusma, ara sıra da diare bulgularından bir ya da birkaçı ile karakterizedir. Yeni doğan ve süt çocuklarında semptomlar nonspesifik olabilir. Etkilenen bölgeye renal parankim katılırsa pyelonefrit, parankimal tutulum olmaz ise pyelit olarak isimlendirilir. Akut pyelonefrit renal hasara yol açarken pyelonefritik skarlaşma olarak isimlendirilir (12, 13, 14, 15, 16).

Sistit; mesane invazyonu ile seyreder. Semptomları; sık idrara çıkma, çabuk idrara çıkma, dizüri, idrar kaçırma, suprapubik ağrı ve kötü kokulu idrar yapmadır. Sistit, ateşe ve renal hasara neden olmaz (15, 16).

Asemptomatik bakteriüri; genellikle kız çocuklarını etkileyen, pozitif idrar kültürü olan ancak klinik bulgu gözlenmeyen tabloya verilen isimdir. Okul çağında kızlarda yaşla birlikte prevalansı artar (15, 16).

1.1.3. Epilepsi

Dünya sağlık örgütünün (WHO) tanımına göre epilepsi, “serebral nöronların aşırı deşarjına bağlı tekrarlayıcı nöbetlerle karakterize, çeşitli etyolojilere bağlı olarak gelişen kronik bir beyin hastalığıdır”.

Epidemiyolojik çalışmalar, epilepsi insidansının yaşamın ilk on yılı ile 75 yaş üzeri kişilerde en sık görüldüğünü göstermektedir (17). Çocuklardaki yüksek insidansın gelişimsel faktörler ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Nöbetler pediatrik nörolojide en sık karşılaşılan problemi oluşturmaktadır (18).

Epilepsi prevalansı 5-10/1000 kişidir (19). Epilepsi insidansı toplumdan topluma değişmekle birlikte genellikle yılda 20-50/ 100.000 olarak bildirilmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde doğum şartlarında yetersizlik sonucu olan kafa travması, çocuklukta geçirilen serebral enfeksiyonların sıklığı vb. nedenlere bağlı olarak bu oranın daha yüksek olduğu düşünülmektedir (19). International League Against Epilepsy (ILAE)'nin uzun yıllar çalışmaları sonucu 1981 yılında epileptik nöbetlerin klinik ve elektroensefalografik sınıflaması bugün için geçerli olan son halini almıştır.

Tablo 1. Epileptik nöbetlerin klinik ve elektroensefalografik sınıflandırması, (ILAE 1981).

I. Parsiyel (fokal) nöbetler

A. Basit parsiyel nöbetler (bilinç durumu bozulmaksızın)
1- Motor semptomlu (hareketlerle ilişkili bulgular söz konusudur)
2- Somatosensoryel veya özel duysal semptomlu
3- Otonomik semptomlu
4- Psikişik semptomlu
B. Kompleks parsiyel nöbetler (bilinç bozukluğu ile giden)
1- Basit parsiyel başlangıcı izleyen bilinç bozukluğu
<input type="checkbox"/> Basit parsiyel başlangıcı izleyen bilinç bozukluğu
<input type="checkbox"/> Otomatizmlerle giden
2-Bilinç durumunun başlangıçtan itibaren bozulması
<input type="checkbox"/> Sadece bilinç bozukluğu ile giden
<input type="checkbox"/> Otomatizmlerle giden
C. Sekonder jeneralize nöbete dönüşen parsiyel nöbetler
1- Basit parsiyel nöbetin (A) jeneralize nöbete dönüşmesi
2- Kompleks parsiyel nöbetin (B) jeneralize nöbete dönüşmesi
3- Basit parsiyel nöbetin kompleks parsiyel nöbete dönüşmesi ve ardından jeneralize nöbete dönüşmesi

II-Jeneralize nöbetler (konvülzif veya konvülzif olmayan)

1- Absans nöbetleri (dalma nöbetleri)
<input type="checkbox"/> Tipik Absans nöbetleri
<input type="checkbox"/> Atipik absans
2- Miyoklonik nöbetler
3- Klonik nöbetler
4- Tonik nöbetler
5- Tonik-klonik nöbetler
6- Atonik nöbetler (astatik) (ani düşme nöbetleri)

III-Sınıflandırılmayan epileptik nöbetler

Yeterli bilgi olmayışı nedeni ile yukarıdaki kategorilere dahil edilemeyen nöbetlerdir. Çiğneme, ritmik göz hareketleri gibi bazı yenidoğan dönemi nöbetleri bunlardandır.

1- Parsiyel: kısmi, bütünün bir bölümü
2- Somato: vücut; sensoryel = duyu ile ilişkili
3- Otonomik: istem dışı hareketlerle ilişkili örneğin kalp hızı, terleme gibi
4- Psişik: hem akli hem de beyni etkileyen
5- Otomatizm; kişinin kontrolü altında olmayan yarı amaçlı hareketler. Örneğin yalanma, yutkunma hareketleri, elbiseleri çekiştirme ve sarhoş gibi yürüme şeklinde hareketler.
6- Sekonder jeneralize: sınırlı bir bölgeden başlayıp yaygın hale dönüşen (genelde tonik-klonik nöbet oluşur)

1.1.4. Depresyon

Neredeyse 2500 yıldan beri insanlığın en sık görülen hastalıkları arasında tanımlana gelmiş olmasına rağmen, duygudurum bozuklukları ancak yakın zamanlarda bir halk sağlığı sorunu olarak değerlendirilmeye başlanmıştır. Dünya sağlık örgütü (WHO) dünya çapında en acil sağlık sorunlarını sıraladığı listesinde depresyonu 4. sıraya koymuştur. Her 5 kadından ve her 10 erkekten biri yaşamının herhangi bir döneminde depresif bozukluklara

yakalanmaktadır. Depresif bozukluklar kadınlarda daha sık görülmesine rağmen, özkıyım sonucu ölen erkeklerin sayısı kadınlardan daha fazladır(20).

Duygudurum bozuklukları belirti ve araz kümelerinden oluşan, süresi haftalardan aylara kadar uzayabilen, kişinin her zamanki işlevselliğinin belirgin şekilde değiştiği, dönemsel ya da döngüsel biçimde yinelemeye eğilimli olan sendromlar biçiminde tanımlanabilir. Major depresif bozukluk en sık görülen duygudurum bozukluğudur(20).

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 hastalıktır. Ayrıca depresyonda dünyaya karşı ilginin azalması ve kaybı, diğer insanlara yatırım yapma veya bağlanma kapasitesinin kaybolması; kendini ayıplama, kınama, kendine serzenişte bulunma, sitem etme ve kendini aşağılama, hor görme gibi duygularla birlikte ciddi benlik saygısı ve kendilik değeri düşmesi saptanır (21).

Etiyolojisi kesin olarak bilinmemekle birlikte biyolojik ve psikososyal etkenler olarak iki farklı etken grubu mevcuttur. Biyolojik etkenler arasında en çok yeri olduğu düşünülen aminler norepinefrin ve sertondindir (22). Bunların yanı sıra dopamin ve asetilkolin bozuklukları da duygudurum bozukluklarında mevcut olabilir (23). Sürekli stres veya çevresel kökenli çökkünlük hali gibi psikososyal olaylar hipotalamus-hipofiz-adrenal (HHA) ekseninde uyarı yanıtına sebep olup katekolaminlerin seviyelerinde değişiklik yaratabilir (24, 25). Çocukluk döneminde ebeveyn kaybı, erişkin dönemde eş kaybı ya da boşanma gibi yaşam olayları depresyona sebep olan psikososyal etkenlerin en önemlileri arasındadır (22).

Nöroendokrin düzenleme ve nöroanatmik görüşler de etiyojide yer alırlar (26). Adrenal, tiroid ve büyüme hormonu ile ilişkili nöroendokrin bozuklukların depresyon hastalarında görülmesi nadir değildir. Kortizol hipersekresyonu, tirotropin releasing hormon (TRH)'a tiroid stimüle edici hormon (TSH) yanıtsızlığı ve uykuya rağmen growth hormone'da (GH) artış görülmemesi depresif hastalarda görülen nöroendokrin problemlerden bazılarıdır (24, 27). Nöroanatmik yapılarıdaki dejenerasyon veya anomaliler de depresyon

sebepleri arasındadır. Limbik sistem, bazal ganglionlar ve hipotalamusun patolojilerinin depresif mizaca sebep oldukları tezi, yapılan çeşitli çalışmaların bulguları ve depresyonun belirtileri incelendiğinde netlik kazanır (28, 29,30).

Depresyon, bebeklikten yaşlılığa kadar hayatın her döneminde görülebilir. Hastaneye yatırılan bebekte anne yoksunluğuna bağlı anaklitik depresyon görülebileceği gibi ergenlikte karmaşık belirtilerle seyreden, intihar eğiliminin yüksek olduğu şekilde de görülebilir. Annedeki strese bağlı salgılanan kortizolün plasentayı geçmesiyle etkilenen fetal HHA eksenini, fetusun stres cevabını kalıcı olarak değiştirir (31). Erken yaşlarda gelişen depresyon büyüme/gelişme, okul başarısı, aile ve arkadaş ilişkileri gibi konular üzerinde olumsuz etkiye sahip olur (32). Erişkin ve yaşlılık döneminin depresif bulguları farklılık gösterir. Özellikle ileri yaşlarda sıklaşan kalp yetmezliği ya da Parkinson gibi nörolojik hastalıklar majör depresyon prevalansını arttırmaktadır (33). Yaşla değişmeyen, hüzünlü mizaç, uyku bozuklukları ve intihar eğilimi gibi temel belirtilerdir (34).

Üzüntü, ümitsizlik, kaybolmuş ilgi ve zevk alma duyguları, kilo değişiklikleri, kronik yorgunluk, değersizlik hissi ya da suçluluk ve düşünme ve yoğunlaşmada zorlanma gibi bulgularla kendisini gösteren depresif bozukluk, kadınlarda erkeklerden yaklaşık iki misli fazla görülür (35). Depresyonda cinsler arası fark ergenlikte ortaya çıkar ve menopoza sonrası azalır. Cinsiyetler arası farkın olası sebeplerinden biri de psiksosyal faktörlerdir. Günümüz koşullarında maddi manevi büyük yük altında olan kadınlar eş, anne, iş kadını ve ev hanımı gibi rollerin ağırlığını yüklenmişlerdir (36). Kadınların sağlık kuruluşlarına başvurarak yardım alma eğilimlerinin de daha sık olduğu dikkate alınır cinsler arasındaki farklılığın bir sebebi daha ortaya çıkar. Kadınlar minör depresyon için de hekimlere başvururken erkekler daha çok ağır depresyonda ve genellikle aile zoru ile doktora başvurmaktadır (37, 38).

1.1.4.1. DSM-IV-TR' depresyon tanı ölçütleri

Major depresif bozukluk için tanı ölçütleri

- A.** İki haftalık bir dönem sırasında, daha önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olmasıyla birlikte, aşağıdaki semptomlardan besinin (ya da daha fazlasının) bulunmuş olması; semptomlardan en az birinin ya (1) depresif duygudurum ya da (2) ilgi kaybı/ zevk alamama olması gerekir.

Not: Açıkça genel bir tıbbi duruma bağlı olan ya da duyguduruma uygun olmayan hezeyan (delüzyon, sanrı) ya da halusinasyon (varsanı) semptomlarını katmayınız.

1. Hastanın kendisinin bildirmesi (örneğin; kendini üzgün veya boşlukta hisseder) ya da başkalarının gözlemlemesi (örneğin; ağlamaklı bir görünümü vardır) ile belirli, hemen her gün, yaklaşık gün boyu süren depresif duygudurum.

Not: Çocuklarda ve ergenlerde huzursuz duygudurum bulunabilir.

2. Hemen her gün, yaklaşık gün boyu süren, tüm etkinliklere karşı ya da artık bunlardan eskisi gibi zevk alamıyor olma (ya hastanın kendini bildirmesi ya da başkalarının gözleniyor olması ile belirlendiği üzere).

3. Diyetle değilken önemli derecede kilo kaybı ya da kilo alımının olması (örneğin: ayda, vücut kilosunun %5'inden fazlası olmak üzere ya da başkalarının gözleniyor olması ile belirlendiği üzere) ya da hemen her gün iştahın azalmış olması ya da artmış olması.

Not: Çocuklarda beklenen kilo alımının olmaması.

4. Hemen her gün insomnia ya da hipersomnianın olması

5. Hemen her gün psikomotor ajitasyon ya da retardasyonun olması (sadece huzursuzluk ya da ağırlaştığı duygularının olduğunun bildirilmesi yeterli değildir, bunların başkalarının da gözleniyor olması gerekir).

6. Hemen her gün yorgunluk, bitkinlik ya da enerji kaybının olması.

7. Hemen her gün değersizlik, aşırı ya da uygun olmayan suçluluk duygularının (sanrılar olabilir) olması (sadece hasta olmaktan ötürü kendini kınama ya da suçluluk duyma olarak değil)

8. Hemen her gün düşünme ya da düşüncelerini belli bir konu üzerinde yoğunlaştırma yetisinde azalma ya da kararsızlık (ya hastanın kendisi söyler ya da başkaları bunu gözlemlemiştir).

9. Yineleyen ölüm düşünceleri (sadece ölümden korkma olarak değil), özgül bir tasarı kurmaksızın yineleyen intihar etme düşünceleri, intihar girişimi ya da intihar etmek üzere özgül bir tasarının olması.
- B. Bu semptomlar bir mikst epizodun tanı ölçütlerini karşılamamaktadır.
- C. Bu semptomlar klinik açıdan belli bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.
- D. Bu semptomlar bir madde kullanımının (örneğin: tedavi için kullanılan ilaç, kötüye kullanılabilen ilaç) ya da genel tıbbi bir durumun (örneğin: hipotiroidizm) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.
- E. Bu semptomlar yasla daha iyi açıklanamaz, yani sevilen birinin yitirilmesinden sonra bu semptomlar, belirgin bir işlevsel bozulma, değersizlik düşünceleriyle hastalık düzeyinde uğraşıp durma, intihar düşünceleri, psikotik semptomları ya da psikomotor retardasyonla belirlidir (39).

1.1.4.2. ICD- 10 'a göre depresif bozukluk tanı ölçütleri.

En az iki hafta süreyle aşağıdaki belirtilerden en az ikisinin bulunması

Duygudurumda çökkünlük

İlgisizlik

Çabuk yorulma

Haz alamama

Yukarıdakilere ek olarak en az iki hafta süreyle aşağıdaki belirtilerden en az ikisinin daha bulunması

Dikkatinin azalması ya da dikkati toplayamama

Benlik saygısında düşüş ya da kendine güvenin azalması

Suçluluk ve değersizlik düşünceleri

Geleceğe ilişkin karamsarlık ve güvensizlik

Kendine zarar verme ya da özkıyım düşünceleri ya da eylemleri

Uyku bozukluğu
İştah azalması (40).

1.1.5. Anksiyete

Tanım olarak anksiyete, otonom sinir sisteminin hiperaktivitesine bağlı olarak somatik belirtiler gösteren, endişe hissini eşlik etmesiyle karakterize patolojik bir durumdur (41- 42). İnsanoğlunun varoluşundan bu yana varlığı kabul edilen anksiyetenin genel bir amacı vardır. Başlangıçta bu amaç insanı çevresinden gelecek tehlikelere karşı korumaya yönelik iken, çağımızda anksiyete canlılığın, yaşamla mücadele etmenin, yeni şeyler keşfetme ve yaratabilmenin, rekabet ortamında daha olumlu işler yapabilmeyin ve kendini kabul ettirebilmenin bir gereği olarak yaşanmaktadır. Anlaşılacağı üzere anksiyete; bireyin kendi varlığına yönelik çeşitli yıkıcı, bozucu durumlara karşı bir tepkisidir. Anksiyetenin bu olumlu özelliği yanında patolojik boyutlara varmasıyla zararlı tarafları da vardır (43).

Normal anksiyete organizmanın biyolojik bir koruma sistemidir ve potansiyel bir tehlike algılandığında ortaya çıkarak organizmanın tehlikeli durumdan kendini sakınarak yaşamının devam etmesini sağlar. Eğer anksiyete, objektif bir tehlike durumu olmaksızın sanki varmış gibi algılanarak abartılı ve kişinin günlük yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen sübjektif bir beklenti hissi, dehşet, endişe veya bir felaketin yaklaştığı duygusu ile karakterize ise "anormal anksiyete" den söz edilir. Anormal anksiyete patolojik bir olgudur ve mutlaka psikolojik ve/veya farmakolojik tedaviyi gerektirir (44).

1.1.5.1. Belirti ve Bulgular

Anksiyete tüm psikiyatrik bozukluklarda görülebilecek bir semptomdur, fakat anksiyete bozukluğunda tek başına veya primer semptom olarak ortaya çıkar (45).

- 1) Genel Görünüm: Hastada huzursuzluk, endişeli yüz, gergin duruş, hareketlerinde tedirginlik, çabuk irkilme, çabuk kızma, sabırsızlık ve yerinde duramama vardır.
- 2) Konuşma ve İlişki Kurma: Hastanın sesinde heyecanlı bir titreklik, zor konuşma olabilir, fakat konuşması düzgündür. İlişkilerinde endişeli, huzursuz ve gergindir.

- 3) Duygulanım: Hasta, içinde korkuya benzeyen bir duygusu olduğunu, sanki kötü bir haber alacakmış gibi hissettiğini anlatır. Fakat korkusunun nedenini ve objesini bilemez. Bazen, özellikle uzun sürdüğünde, anksiyete hastada derin bir bıkkınlığa neden olduğundan, ruhsal çökkünlük belirtileri de birlikte bulunabilir.
- 4) Bilişsel (kognitif) Yetiler: Hastanın bilişsel yetilerinde temelde bir bozukluk yoktur. Aşırı ve yorucu olan sıkıntı nedeniyle hastanın dikkati çabuk dağılılabılır, geçici unutkanlıklar olabilir.
- 5) Düşünce Akımı ve İçeriği: Düşünce içeriğinde yakınmaları dışında bir bozukluk yoktur. Yakınmalarını sabırsızlıkla anlatmak istediğinden düşünce hızlanmış gibi olabilir.
- 6) Fizyolojik Belirtiler: Otonomik uyarılma ile ilgili olarak kan basıncında yükselme, kalp atımında artış, çarpıntı, kaslarda gerginlik, kılların dikleşmesi (piloereksiyon), midriazis, ağız kuruluğu, yüzde solukluk veya kızarma, terleme, poliüri, sık defekasyon, öğürme ve bazen kusma, boğulma hissi, nefes almada zorluk, hava açlığı, ellerde ve ayaklarda soğukluk ve karıncalanmalar görülebilir (46).

1.1.5.2. Anksiyete Bozukluğunun Klinik Tipleri

Akut anksiyete atağı (panik bozukluk) en acı veren yaşam deneyimlerinden birisidir. Bu belirtiler şiddetli bir şekilde dakikalar ile iki saate kadar sürebilen bir zaman dilimi boyunca hissedilir ve nöbetler halinde tekrarlayabilir(44).

Kronik anksiyetede ise bu belirtiler daha hafiftir ve uzun sürelidir. Kronik anksiyeteli hastalar günlük aktivitelerinde ve insan ilişkilerinde kronik bir rahatsızlık hissederek, iş kapasiteleri, kronik yorgunluk ve konsantrasyon güçlüğünden dolayı azalmıştır (44).

Yaygın anksiyete bozukluğunda (anksiyete nörozu) belirtiler 6 aydan daha uzun, genellikle yıllarca artarak ve azalarak devam eder (47).

Çevreden kaynaklanan, kısa süreli, hafif anksiyete stresin yok olmasıyla giderilir. DSM'ye göre “*Anksiyete Duygudurumu Gösteren Uyum Bozukluğu*” olarak adlandırılan bu hafif anksiyete tipi, stres etkeni bir kez sonlanınca 6 aydan uzun sürmez; stres etkeninin başlangıcından sonraki 3 ay içinde, gösterilebilir stres etkenine bir tepki olarak duygusal veya davranışsal semptomlar gelişir ve bu semptomlar beklenene göre daha aşırıdır ve/veya toplumsal ya da mesleki işlevsellikte belirgin bozulma ile birlikte (48).

Fobik bozukluklar, özel korkularla giden anksiyete bozukluklarıdır. Sürekli ve yoğun korkular olan fobiler, uyarılarla orantısızdır. Korkulan obje ya da durumdan kaçınmaya yol açar, belirgin huzursuzluk ve yetersizliğe yol açtığına fobik bozukluk olarak adlandırılır (46).

Üç alt tipi vardır: Agorafobi (açık ve/veya kapalı alanlardan, kalabalık yerlerden, tanımadığı yerlerden, yalnız kalmaktan korku ve güvenlik duygusu kaybı), Sosyal fobi (kalabalıkta konuşmaktan korkma, genel tuvaletleri kullanma veya yemek yeme gibi durumlarda utanma ve kızarma, diğerleri tarafından incelenme korkusu) ve basit fobiler (tekil fobiler) olarak sayılabilir (47).

Obsesif-kompulsif bozuklukta da anksiyete temel özelliğdir; buradaki anksiyete içten kaynaklanan düşüncelerden, yani obsesyonlardan doğar (45).

Spielberg'in iki etmenli kuramına göre; gerçek bir tehlike veya tehdidin bulunduğu çevresel koşullar karşısında oluşan, bireyin karmaşık coşkusal tepkilerinin anlatımı “durumluk-state-anksiyete” dir; bu türde bir tepki, çevresel stresin ortadan kalkması ile son bulur. Buna karşı bireyin, huzursuzluk, endişe duyma, karamsar olma, stres altında aşırı duyarlılık ve yaygın coşkusal tepkilerde bulunma eğilimi göstermesine de “sürekli-trait-anksiyete” denir (49, 50).

1.2. YAŞAM KALİTESİ

1.2.1.Tanım

Yaşam kalitesi kavramı, kişinin duygusal, sosyal ve fiziksel iyilik halini ve günlük yaşamındaki fonksiyonlarını sürdürebilmesine dayanan bir tanımlamadır. Yaşam kalitesi

kavramının önemi, sağlık, hastalık ve tedavide hastanın deneyimlerinin anlaşılması için ölçümü yeniden geliştirmesi ve düzenleme yapmasıdır (51). Yaşam kalitesi, genel bir iyilik hali olmasının yanında bir çeşit memnuniyeti simgelemektedir. Yaşam kalitesi kavramı ile sağlığın, fiziksel, maddi, ailesel, duygusal iyilik hallerinin nesnel ve öznel olarak değerlendirilmesi anlaşılmaktadır. Nesnel değerlendirmeler, kişilerin fiziksel sağlığı, geliri, içinde yaşadığı konutun kalitesi, arkadaşlık ilişkileri, fizik aktivite, sosyal roller, politik ortam gibi yaşam koşullarının tanımlanmasına dayanır. Öznel değerlendirmeler ise, bu koşullardan kişinin aldığı tatmini anlatmaktadır (52).

Yaşam kalitesi kavramını ilk kez Thorndike, sosyal çevrenin bireyde yansıyan tepkisi olarak tanımlamıştır. Andrews ve Withey yaşam kalitesi kavramını, bireylerin doyumunu ve onların sosyal ilişkilerinin kesişimi, Weinstein ve Frankel ise, bireyin kendi yaşamında doyum bulması ve mutluluk kapasitesi olarak tanımlamışlardır (53).

Evans ve arkadaşları, yaşam kalitesini objektif ve sübjektif göstergeler olarak iki bölümde incelenmesini önermişlerdir. Yaşam kalitesinin objektif göstergeleri temel olarak fiziksel iyilik hali olarak açıklanmakta ve bireyin sosyoekonomik durumu, evdeki durumu gibi fiziksel aktivitelerini yapmada güçlük, fonksiyonel yetersizlik, çalışma durumu, hastalık semptomları, sağlık durumu ile ilgili konuları kapsamaktadır. Sübjektif göstergeler de bireyin psikolojik durumunu yansıtmaktadır ve emosyonel iyilik hali, yaşam doyumunu, psikolojik etki ile ilgili konuları kapsamaktadır (53, 54, 55). Tüm disiplinlerin ortak olarak kabul ettikleri görüşe göre, yaşam kalitesi bireyin kendini nasıl hissettiği yani, kendi yaşamına ilişkin sübjektif doyumudur. Sübjektif göstergeler bireylerin yaşadıkları, objektif göstergeler ise sübjektif göstergeleri yaşatan etmenler olması nedeniyle McCall ve Compell, yaşam kalitesinin hem sübjektif hem de objektif göstergelerini kabul etmişler ve desteklemişlerdir (53).

1.2.1.1. Yaşam Kalitesi İle İlgili Kavramlar:

a. Sağlık durumu, sağlık algılaması: Sağlık durumu biyolojik, fizyolojik veya işlevsel bozuklukları ve belirtileri dikkate alarak bireyin göreceli iyilik veya hastalık halidir. Sağlık algılaması (veya algılanan sağlık) bireyin sağlık durumundan etkilenen öznel değerlendirmedir (56, 57). Bazı insanlar bir veya daha çok kronik hastalık nedeniyle sıkıntı

çekerken kendilerini sağlıklı saymakta, bazıları ise nesnel bir hastalık belirtisi yokken kendilerini hasta algılamaktadırlar.

b. İşlevsel durum (Functional status): Bireyin temel gereksinimlerini karşılamak, her zamanki rolünü, sağlık ve iyilik halini sürdürmek için günlük işlevlerini yerine getirmedeki yeterliliğidir (56,58). İşlevsel kapasite, bireyin fiziksel, psikolojik, sosyal ve ruhsal alanlardaki günlük işlevleri yerine getirmedeki en yüksek kapasitesini yansıtırken, işlevsel performans günlük yaşam akışı içindeki işlevleri içermektedir (57). Herkes tarafından iyi olarak değerlendirilen ancak kendisini hasta olarak gören bir kişi kapasitesinden daha düşük işlevsel performansa sahip olabileceği üzerinde durulmaktadır (59).

c. Ruhsal durum (Mood): Ruhsal durum uzun ve kısa süreli streslere (örneğin sağlık durumundaki değişiklikler) verilen duygusal yanıttır. Bireyin dünyaya karşı gösterdiği yüzü olarak tanımlanabilir. Depresyon, anksiyete veya kızgınlık, fiziksel hastalıklar ile birlikte olabilen ve bireyin işlevsel performansını, belirtileri, sağlık algılarını ve yaşam kalitesini etkileyen duygusal durumlardır (57, 60, 61, 62).

d. Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi (SİYK) (Health-Related Quality of Life): SİYK bireyin sağlığını etkileyen veya sağlığından etkilenen yaşam alanlarındaki doyum ve mutluluğudur. SİYK sağlık hizmet durumunun alanına giren etkenlerle doğrudan ilişkisi nedeniyle yaşam kalitesinden ayrılmaktadır (59). Genel olarak SİYK değerlendirilmesi, sağlıkla ilgili değişkenlerin (örneğin hastalık veya tedavi), genelde (genel SİYK) veya belli bir hastalığı olanlarda (duruma özel SİYK) önemli olan yaşam olaylarıyla ilişkisini yansıtmaya çalışmaktadır (63, 64).

1.2.1.2. Hastalığa Özgü Yaşam Kalitesi:

Hastalığa özgü yaşam kalitesi özel bir hastalığın ve tedavisinin yaşam kalitesine olan potansiyel etkisine değinmektedir. Bu yaklaşım tamamen spesifik bir hastalık ve bu hastalığın tedavisinin organa özgü etkileri nedeniyle oluşan zarara odaklanmıştır (65).

1.3. PROBLEM ÇÖZME

Problem, bir kimsenin istenilen bir hedefe ulaşmak amacıyla topladığı mevcut güçlerinin karşısına çıkan engel iken; problem çözme, belli bir amaca erişmek için karşılaşılan güçlükleri ortadan kaldırmaya yönelik bir dizi çabayı gerektiren bir süreç olarak tanımlanmaktadır (66). Bu bağlamda kişiler arası problem çözme becerisi, insanların sahip oldukları düşünceleri, inançları, değerleri ya da gereksinimleri arasındaki farklılıklardan doğan problemlerini çözümleyerek sosyal ve duygusal uyum sağlamalarına denir (67).

Kişiler arası problem çözme süreci, problemlere yeni yollar, yeni çözümler, yeni fikirler üretme sürecidir. Burada önemli olan, bireylerin sorunu görmezlikten gelip kaçmak, şiddete başvurmak, saldırgan davranışlar sergilemek gibi geleneksel yöntemler yerine gelişimlerine katkıda bulunacak barışçıl yollarla problemlerine çözümler bulmalarıdır. Problem çözme becerisine sahip olan kişilerin özellikleri şunlardır:

- a. Yenilikçi ve yeni oluşumlara açıktır.
- b. Tercih ve kararlarını ifade eder.
- c. Sorumluluk duygusuna sahiptir.
- d. Düşüncelerinde esnektir.
- e. Cesaretli ve maceracıdır.
- f. Alternatif fikirler üretir.
- g. Kendine güvenir ve kendine yeterlidir.
- h. İlgi alanları geniştir.
- i. Objektif ve mantıklıdır.
- j. Rahat ve duygusaldır.
- k. Aktif ve enerjiktir.
- l. Yaratıcıdır.
- m. Verimlidir.
- n. Olaylara eleştirel bir bakışla yaklaşır (68).

Etkili olan ve olmayan problem çözme yolları yaşantılar sonucu öğrenilir. Etkili problem çözme problemin doğru tanımlanması, ilgili bilgilerin toplanması, çözüm seçeneklerinin belirlenmesi ve en uygun olan seçeneğin seçilerek uygulanması ile

gerçekleşmektedir (69). Problem çözme becerilerini 8 basamak olarak ele alan araştırmacılar da vardır. Bu basamaklar, bireyin kendisinin ve diğerlerinin duygularının farkına varması, konuyu ya da problemi tanımlaması, hedefleri belirlemesi ve seçmesi, alternatif çözümler oluşturması, olası sonuçları gözden geçirmesi, en iyi bulunan çözümü seçmesi, hareket planı oluşturulması ve engeller için son kontrolü yapması, ne olduğunun farkında olması ve problem çözmek için bu bilgileri kullanması biçiminde özetlenebilir (70).

1.4. HASTA ÇOCUK ANNE-BABASI OLMANIN PSİKOLOJİK YÖNLERİ

Çocuğunun hasta olduğunu öğrenen ebeveyn ve hasta olduğunu öğrenen çocukların değişik koşullardan etkilenmelerine karşın, geçirilen evreler benzerdir. İlk evre “şaşkılık”tır; tanıyı öğrenen çocuk ve aile o zamana kadar hiç tanımadıkları, fakat çok uzun bir süre birlikte yaşamalarını ve mücadele etmelerini gerektirecek bir durumla karşı karşıya kalmışlardır. Bu dönemde en sık kullanılan savunma mekanizması, “inkâr”dır. Çocuk ve aile tanının yanlış olduğunu ileri sürebileceği gibi, hastalığı ve ciddiyetini anlamamış gibi de davranabilecektir. Bu ilk evre hastalığın kabullenilmesi ve hastalığın tanınması aşamasıdır ve tedavisi ile birlikte hastalığın gidişini önemli ölçüde etkileyecektir. İkinci evre “kırgınlık ve iççerleme” evresidir. Bu dönemde görülen kırgınlığın önemli bir kısmı tedavi ekibine yansıtılır. Bu evreyi kendini suçlu hissetme izler, “niçin ben?”, “niçin biz?” sorularının sorulduğu dönemdir. Hastalığı kendilerine verilmiş bir ceza olarak algılayabilirler. Hastalık, genetik geçişli ise, sorumluluk duygusu artar. Tüm bu dönemlerin sonunda “hastalığın kabulü” beklenir. Bu kabul, tedavinin etkinliğini ve sürekliliğini olumlu yönde etkileyecektir. Çocuk ve aile, bu evreleri yaşarken çeşitli sebeplerle evrelerden birinde kalabilir ya da bir önceki evreye tekrar dönebilirler. Bu gibi durumlarda profesyonel yardıma gereksinim duyulur (71).

Süreğen hastalığı olan çocukların ailelerinin göstermiş olduğu reaksiyonu tanımlayan bir terim olan “süreğen hüçün”, 1960’lı yılların başında ortaya atılmış bir fikir olmakla birlikte son zamanlarda oldukça benimsenmiştir (72). Ciddi çocukluk hastalıkları sonucunda, anne babanın hissettiği belirsizlik durumu onlarda strese yol açmaktadır.

1.4.1. Zamana Bağlı Model

Zihinsel özür, fiziksel özür, süreğen hastalık gibi özel gereksinimleri olan çocukların annebabalarının tepkilerini açıklamaya yönelik geliştirilmiş modellerden birisi olan “zamana

bağlı model” yaklaşımının bir modeli Fortier ve Wanlass tarafından ortaya atılmıştır. Modeldeki aşamalar; şaşkınlık, inkâr, keder, dikkati odaklama ve kapanıştır (73).

Şaşkınlık: Anne-baba için krizin başlangıcıdır. Şaşkınlık, tanı aşamasında ortaya çıkar. Olay ailenin olaylarla başa çıkma sınırını zorladığından endişe ve aile düzeninin bozulmasıyla sonuçlanır. Bu evre çok kısa sürer ve çocuğun problemine tanı konulmasından kısa bir süre sonra ikinci evre başlar.

İnkâr: İnkâr bir savunma mekanizması olarak ortaya çıkar. İnkâr davranışı anne-babaların gerçek tanının yanlış olduğu ümidiyle, ikinci bir yol arama ve dileklerin gerçekleşmesi hayali, avunma olarak adlandırılabilir. Anne-babalar inkâr etme davranışı içine girerler; çünkü bu onlara durumun gerçekliği ile yüzleşmede zaman kazandıracaktır.

Keder: Kızgınlık, suçluluk ve hüznün olarak dışa vurulur. Çocuğa konulan tanı nedeniyle, başkalarını suçlama da söz konusu olabilir. Başa çıkma yöntemleri yeterince kavrandığında keder evresi sona erer.

Dışarıya Odaklanma: Anne-babaların durumlarına uygun başa çıkma yöntemlerini keşfettikleri evredir. Dışarıdan yardım kabul edebilir ve hayatlarını gerçekçi bir şekilde duruma uyarlayabilirler.

Kapanış: Son evredir. Bu evrede anne-babalar çocukların tanısının normal aile yaşantısını bozduğu ve bozmaya devam edeceği gerçeğini kabul eder. Aile, çocuğun aile hayatına uyum sağlaması için yöntemler geliştirir. Şaşkınlık evresi ile başlayan kriz tehlikesi sona ermiştir (73).

1.4.2. Süreğen Hüzün Modeli

Çocuğun tanısında anne-babanın tepkisini konu alan süreğen hüzün modeli, farklı bir sonuç ortaya koymaktadır. Bu yaklaşımı savunanlar, anne-babaların kapanış evresine gelebildiklerine karşı çıkarlar. Olshansky, süreğen hüznü trajik bir olaya verilen doğal bir tepki olarak tanımlar. Tanım ilk olarak zihinsel özürlü çocuğu olan anne-babalarda görülen psikolojik reaksiyonu belirtmek için kullanılmıştır. Süreğen hüzün, anne-baba-çocuk

etkileşimi sürecinde verilen duygusal bir cevaptır. Zamana bağlı modelin kapanış evresini benimseyen meslektaşlarına katılmaz. Kapanış, kabullenme demektir ki, bu da anne-babaların hiçbir zaman başaramadıkları bir durumdur ve ebeveynlerin aslında hiçbir zaman etki evresinden kurtulamadıklarını öne sürer. Anne-babalar suçluluk duygularının üstesinden hiçbir zaman gelemeyenler, çocuklarını desteklemek için çaba gösterebilirler de bu çabalar kabullenme anlamına gelmez (74).

1.4.3. Birleşik Bir Model

Copley ve Bodensteiner zamana bağlı modelin çerçevesi ve süreğen hüznün fikrinin özelliklerini taşıyan bir model sunmuşlardır. Özürlü çocukların ailelerinin şaşkınlık, inkâr ve keder evreleri etrafında dönen bir durum içine girdiklerini savunurlar. Bunu Birinci Evre olarak adlandırır. Bu evre aralıksız duygusal iniş çıkışların yaşandığı bir aşama (Roller-Coaster Ride) olarak tanımlanır. İkinci Evre dışarıya odaklanma ve kapanış ile karakterizedir. Bu devre anne-babaların çocuğun özürünü ve uzun vadedeki sonuçlarını kavramaya başladıkları evredir. Anne-babalar çocuğu olduğu gibi kabul ederler ve çocukla olan ilişkilerinde mutluluğu yakalarlar. Aile bir takım kriz dönemlerini yaşayabilir, ancak bunların sistemli şekilde çözümlerine imkan tanıyan yeterli başa çıkma stratejilerine sahiptirler (75).

Copley ve Bodensteiner, bazı anne-babaların Birinci Evreden hiçbir zaman çıkamadıklarını öne sürer. İkinci Evreye geçemeyişlerini, bu kayıplarının açıkça tanımlanmamış olmasına yorarlar. Örneğin, bir çocuğun kaybına üzülmekle, “ideal” çocuğun kaybı için üzülmek arasında fark vardır. Her iki evrede de duygusal kaos söz konusudur. Duygusal kargaşa, Birinci Evrede yoğunluğu açısından daha yıpratıcı iken, İkinci Evrede zamanla azalır; ancak hiçbir zaman kaybolmaz (75).

Ailenin gereksinimleri, hastalığın ilk etkileri sırasında ve fiziksel semptomlar arttığında önemli ölçüde büyümektedir. İlk etkiler, tanı öncesinde ortaya çıkabileceği gibi, ailenin bir şeylerin ters gittiğinin farkına varması ile de oluşabilir. İlk etkiyle oluşan huzursuzluklar, tanı sonrasında da aylarca devam edebilir. Fiziksel semptomlardaki herhangi bir şiddetlenme veya ailedeki mevcut dengeyi bozarak ailenin gereksinimlerini arttıracaktır (76).

Aile destek yapısındaki değişiklikler, çocuğun ya da anne-babanın yokluğu sırasında ve süreğen hastalığı bulunan çocuğun gelişimsel dönemleri sırasında ortaya çıkar. Çocuğun ailesinden ayrılmasını gerektiren durumlarda, aile çocuğun bakımını üstlenemeyeceğinden ebeveynde kaygıya sebep olabilir. Anne-babanın hastalanması, boşanma, gebelik gibi durumlar anne-baba yokluğuna örnek olabilir. Okula başlama ve ergenlik gibi dönemler de çocuğu aile kontrolü dışında bırakan diğer nedenlerdir. Bunlar, aile için kritik zamanlardır (72).

Yaşam destekleyici teknolojinin çoğalmasıyla, çocuklarda süreğen hastalıklar artmaktadır. Buna rağmen, bugünkü sağlık kaygıları akut hastalıklar üzerinde yoğunlaşmıştır. Bu da süreğen hastalığı olan çocuğun bakımının büyük ölçüde aileye düşmesine neden olmaktadır. Süreğen hastalığı olan çocukların ailelerinin sosyal desteğe olan gereksinimleri sağlıklı çocuğu olan ailelere göre çok daha fazladır (77).

1.4.4. Anne-Baba Rollerindeki Farklar

Hasta çocuğa sahip ailelerde bakım işleri daha çok anneye düşmekte, baba yardımcı bir rol üstlenmektedir. Hasta çocuğu olmayan ailelerde de rollerin dağılımı bu şekildedir, ancak hasta veya özürllü çocuğu alan ailelerde bu durum daha belirgindir. Hem annenin hem, babanın çalıştığı ailelerde annenin çalışmasının çocuk bakımı ve ev işleri gibi sorumluluklarının azalması veya ortadan kalkmasına yol açmadığı gözlenmektedir(90).

Sosyo-ekonomik gruplar arasındaki roller arasında da farklar vardır. Orta sınıftaki anneler, bilgi edinmekle yükümlüdür ve genellikle çocuk ile aile ve aile ile hekimler arasında aracı rolü üstlenirler. Düşük sosyo-ekonomik düzeydeki anneler daha fazla stres ve sorumluluk altındadırlar; bu da onların çocuğun durumuna daha fazla toleranslı yaklaşımlarına neden olur. Bu aileler sorunla yüzleşmekten çok sorunla yaşamayı öğrenirler (78).

Annelerin babalara göre daha fazla stres yaşadıkları, bunun anne rolünün sorumluluğundan ve iş rolü sorumlulukları çatışmasından kaynaklandığı savunulmaktadır. Anne rolünde, annenin çocuğu ile özdeşleştıği ve çocuğu sadece bir birey olarak değil, kendisinin bir uzantısı olarak algıladığı vurgulanmaktadır. Annenin ve çocuğun duyguları arasında oldukça geçirgen bir sınır olduğu, çocuğun deneyimlerinin anne tarafından

kendisininmiş gibi algılandığı vurgulanmaktadır. Çocuğun vücuduna müdahaleyi gerektiren tıbbi işlemler de anne tarafından oldukça stresli olarak algılanmaktadır (79).

Hastalığın yükünün ailede birincil olarak annenin omuzlarına yüklendiği bilinmekte, fakat babanın çocuğun uyumunu kolaylaştırıcı ve anneye yardımcı rolü göz ardı edilmektedir. Son yıllarda yapılan çalışmalarda, ailelerin uyumlarında ve duygusal sorunlarında kullandıkları başa çıkma yöntemleri vurgulanmaktadır. Genel eğilim, hasta çocuğu ve ailesini bazı baskıları yaşayan insanlar olarak algılamaya çalışmaktır. Süreğen hastalıklı çocukları en iyi anlama şeklinin onların “normal olmayan durumdaki normal çocuklar” olduklarını kabullenmek gerektiği vurgulanmaktadır. Dolayısı ile aileleri de normal olmayan bir dönemi yaşayan aslında normal olan aileler olarak değerlendirmek gerekmektedir (80).

Çocuğun hastalığı söz konusu olduğunda, hastalığın tanı ve tedavisi, hastalığın sonlanması veya hastalıkla birlikte yaşanması gerekli durumlarda anne ve babanın tutum ve davranışları ile bu dönemde üstlendikleri yükler ve görevler arasındaki farklar da önemli bir ayrıntıdır. Annenin çocuğun hastalığının tüm yükünü taşıırken, babanın aileye, hasta çocuğa ve anneye uzak olması veya tam tersi durumlar söz konusu olabileceği gibi, sorun ve sorumlulukların paylaşımındaki dengesizlikler, yaşanan tüm olumsuz duygulara bir kat daha yük getirebilecektir. Bunlara bağlı olarak da anne kronik hastalık durumundan olumsuz olarak en çok etkilenen kişi olacaktır (80).

Fraley, prematüre çocuklu aileler üzerinde yaptığı araştırmasında, anne ve babaların deneyimleri arasındaki farklılıkları ortaya koymuştur. Önemli bir gelişim noktasında, aynı yaştaki bir çocuk kendi çocuğunu geçtiğinde babaların umutlu, annelerin ise tam tersi bir tutum sergiledikleri belirtilmektedir. Araştırmacı, babanın belki de, diğer çocuğun başarısını, kendi çocuğu için bir umut olarak gördüğünü düşünmektedir (81).

Riddle ve arkadaşları, 1989 yılında yoğun bakım ünitesinde kalan 155 çocuğun anne ve babalarının kaygıları üzerine bir araştırma yapmışlardır (79). Annelerin babalara göre daha fazla stres yaşadıkları, bunun anne rolünün sorumluluğundan ve iş rolü sorumlulukları çatışmasından kaynaklandığı savunulmaktadır. Anne rolünde, annenin çocuğu ile özdeşleştiği ve çocuğu sadece bir birey olarak değil, kendisinin bir uzantısı olarak algıladığı

vurgulanmaktadır. Annenin ve çocuğun duyguları arasında oldukça geçirgen bir sınır olduğu, çocuğun deneyimlerinin anne tarafından kendisininmiş gibi algılandığı vurgulanmaktadır (82).

Damrosch ve Perry (83), Down Sendromu olan çocukların anne-babalarının duruma uyum sağlama yöntemlerini araştırmışlardır. Araştırma, anne ve babanın duruma adaptasyonunun farklarını ortaya koymaktadır. Araştırmaya alınan on yedi anne-baba ile yapılan çalışma sonucunda, anne ve babaların çocuğun özü ile ilgili farklı uyum yöntemleri geliştirdikleri ortaya çıkmıştır. Babalar uyum sağlama yöntemlerini zamana bağlı, anneler ise süreğen hüznün olarak tanımlamışlardır. Süreğen hastalığı olan çocuğa sahip anne babaların karşılaştıkları baskı evlilik işlevinde gerilime yol açabilmektedir (83).

1.4.5.Evliliğin Sağlığı

Aile yapısının ve aile içi ilişkilerin yoğunluğunun çocuğun süreğen hastalığı durumunda önemli bir faktör olduğu konusunda bazı çalışmalar bulunmaktadır. Süreğen hastalık durumunda yüksek endişe ve bağımlılık durumunun daha çok birbirine sıkı sıkıya bağlı ailelerin çocuklarında daha çok gözlemlendiği belirtilmektedir. Evliliğin ahenkli oluşu ve yüksek sosyo-ekonomik koşulların varlığında çocuğun süreğen hastalığının kolaylıkla kabul etmesini arttıracak, düşük sosyoekonomik durum ve ailevi problemlerin olduğu durumlarda ise çocuğun reaktif psikiyatrik bir bozukluk geliştirmesi olasılığını arttıracakı belirtilmektedir. Ancak çocuğun hastalığa karşı ilk tepkisi ne olursa olsun, psikolojik iyileşmenin hastalığın prognozunu olumlu yönde etkileyeceği bilinmektedir (84).

Tedavi sırasındaki işlemler, tedavinin amacı, tedavi sırasındaki gereksinimler anne ve baba tarafından yanlış anlaşılabilir. Babalara oranla anneler, depresif belirtileri ve baskıyı daha çok açığa vurma eğilimi gösterir. Ancak, evlilikteki uyum, babanın çocuğun hastalığı ile ilgili durumunun ciddiyeti, annenin algıladığı şekilde algılanmasından etkilenir. Bu da anne ve babanın ilişkisini etkiler. Blotcky arkadaşları, çocuğun uyumunun anne babasının tepkilerinden etkilendiğini savunurlar (85). Diyabet, kistik fibrozis ve kanserli çocukların aileleri üzerinde yapılan bir araştırmada, aile hayatında çalkantıların yaşandığı belirli dönemler tespit edilmiştir (76).

Süreğen hastalığı olan çocukların ailelerinin işleyişinde, hastalık durumunun olumsuz etkilerinin olduğu bilinmektedir. Aileler aşırı koruyucu veya kısıtlayıcı olabilirler, fikir ayrılıklarına düşebilir, karar vermede zorlanabilir, kötü ve katı davranış kalıplarını kullanıyor olabilirler. Ancak buna rağmen hasta çocuğu olan ailelerdeki boşanma oranı hasta çocuğu olmayan ailelerdeki boşanma oranından farklı değildir. Ailelerinde hasta çocuğa sahip olmaya bağlı olarak yaşanan olumsuz durumlara rağmen boşanma sıklığının genel popülasyondan daha çok olmadığı belirtilmektedir (86).

Hasta çocuğu ve ailesini anlama konusunda son yıllardaki genel eğilim, onları bazı baskıları yaşayan normal aileler gibi anlamaya çalışmak üzerinedir. Perrin ve MacLean'a göre süreğen hastalıklı çocukları en iyi anlama şekli onları "normal olmayan durumdaki normal çocuklar" olarak görmektir (87).

Süreğen ve akut bir hastalığı olan çocuğa sahip ailelerde olduğu gibi, özürlü çocuğa sahip olan ailelerde ekonomik problemler görülebildiği, pek çok anne-babanın artan düzeyde kaygı, depresyon, düşük benlik saygısı gösterdikleri, evlilik ilişkilerinde ve kişisel doyumda azalma olduğu ileri sürülmektedir (88, 89).

1.4.6. Anne-Baba ve Sağlık Personeli

Süreğen hastalığı olan çocuklarla ilgilenen sağlık personelinin aileye de önem vermesi gerekmektedir.

Hastanede yatan çocukların ailelerinin sağlık personeline olan güvenlerini etkileyen faktörler; bakım hizmetleri, teknik sağlık ekipmanları, çocuk ve ailenin gereksinimlerinin karşılanması ile hemşire ve sağlık ekibindeki diğer çalışanların davranışları olarak belirtilmektedir (90). Aile merkezli bakım hizmetleri, hasta çocuğun tedavisi sırasında aldığı bakım söz konusu olduğunda XXI. yüzyılda önemli bir dönüm noktası olarak görülmektedir (91). Ailelerin çocuğun hastalığının bakımı sırasında önemi ve gerekliliği fark edilmiş durumdadır ve onların deneyimlerine hem çocuğun hastanede yattığı sırada ve hem de evde bakım sırasında başvurulmaktadır (92). Anne-baba ve sağlık hizmeti sağlayıcılar arasındaki bu ortaklık, karar verme sürecine anne-babanın katılımı ve bakım hizmeti içinde ebeveynin yer almasını gerektirir ve çocuğun iyileşme sürecinde önemli yer tutar. Aile katılımının hem

anne-babaya ve hem de çocuğa yararı büyüktür. Sağlık hizmeti sağlayıcılarının hastanede yatan çocukların anne-babanın bakım hizmetine katılımlarına ilişkin tutumlarının incelendiği çalışmada, görüşme yapılan sağlık personelinin yarısından fazlası tarafından anne-babanın desteklenmesi konusunun önemi belirtilmiş olmakla beraber uygulamalarda genellikle karmaşık hasta bakımı işlemlerinde aile desteği alma konusuna sağlık personelinin bu şekilde davranmadığı belirtilmektedir (93, 94).

Sağlık personelinin, ailenin hüznü durumunu anlaması ve ona göre yaklaşımda bulunması çok önemlidir. Anne-babanın hastalık durumuna karşı gösterdiği tepki bazen personel tarafından yanlış anlaşılabilir. Anne-babanın yaşadığı ağır suçluluk duygusu ve umutsuzluk nedeniyle çocuğuyla yeterince ilgilenmiyormuş veya gerçekçi davranmıyormuş gibi değerlendirilebilmektedir. Bu umutsuzluk ve suçluluk duygusu, aileye çocuk hakkında verilen bilgilerin yeterince anlaşılabilmesine engel olmaktadır. Wilker uzman görevlilerin, özel gereksinimli çocuğu olan ailelere karşı kırıncı davrandıklarını vurgulamakta, tanı anındaki kriz durumunda, uzman personelin aileye pek fazla önem vermediğini, çocuğun yaşamında oluşan diğer krizlerin göz ardı edildiğini belirtmektedir (95).

Hastanede iki ile altı yaşları arasında çocukları yatan ailelerin gereksinimleri; (a) hekim ve hemşirelerin olabildiğince dürüst olmaları ihtiyacı, (b) bilgilendirilme ihtiyacı, (c) diğer aile üyelerini bilgilendirme ihtiyacı, (d) personelin dürüstlüğüne güvenme ihtiyacı, (e) desteklenme ve rehberlik edilme ihtiyacı olarak belirtilmektedir (95).

Akut hastalığı olan çocuklarda anne-babanın desteklenmesi oldukça önemli bir parametre olarak görülmektedir. Sağlık personelinin, pediatri hastasının öncelikli ihtiyaçlarının karşılanmasında ailesinin katılımının gerekliliğinin farkında olması çok önemlidir. Anne-babanın gereksinimleri konusunda personel bakış açısının incelenerek, bu konuda personelin bilgilendirilmelerinin gerekliliği uzmanlarca vurgulanmaktadır (94).

2. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma, Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma hastanesi çocuk hastalıkları polikliniğine Haziran 2007-Eylül 2007 tarihleri arasında başvuran, 30'u astım, 30'u epilepsi, 30'u reküren idrar yolu hastalığına sahip çocuğun anneleri ile 26 akut tonsillit tanısı konulmuş çocuğun anneleri üzerinde yapılmıştır. Çalışmaya katılanlara önce gerekli açıklama yapılarak izin alınmıştır.

Araştırmacı tarafından hazırlanan anket formu, uluslar arası geçerlik ve güvenilirliği kanıtlanmış olan Beck Depresyon Envanteri, Durumluluk Süreklilik ve Kaygı Ölçeği, Problem Çözme Envanteri, Yaşam Kalitesi Ölçeği araştırmacı tarafından birbiri ardına verilmiş ve hastalara gerekli açıklama yapılmıştır (97). Okuma yazması olmayan ve okumakta güçlük çeken hastalara sorular araştırmacı tarafından okunmuştur.

Literatür bilgisi ışığında hazırlanan anket formu annelerin demografik özelliklerini, çocukların hastalık süresini, hastanede yatış sıklığını, kullandığı ilaçlarını, evde bakmakla yükümlü olduğu başka yakını, annenin psikiyatrik veya fiziksel rahatsızlığının olup olmadığını, sorgulayan 19 sorudan oluşmaktadır.

2.1. Beck Depresyon Ölçeği(BDÖ)

Erişkinlerde depresyon riskini, depresif belirtilerin düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek üzere geliştirilmiştir (Beck 1961).Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Hisli (1989) tarafından yapılmış, toplam 21 kendini değerlendirme cümlesi içermektedir. 4 lü likert tipi ölçüm sağlamaktadır. Her madde 0-3 arasında artan puan alır ve toplam 0-63 arasında değişir. Ölçeğin Türkçe için geçerlilik ve güvenilirlik makalesinde kesme puanı 17 olarak kabul edilmiştir. Güvenilirlik çalışmasında Croanbach alfa katsayısı 0.80 olarak bulunmuştur.Yarıya bölme güvenilirliğinde $r=0.74$ olarak belirlenmiştir.Birlikte geçerlilik yönteminde BDÖ ile birlikte MMPI (MMPI: Minesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri) depresyon alt ölçeği uygulanmıştır ve aralarındaki korelasyon $r=0.50$ olarak elde edilmiştir.Yapı geçerliliği için faktör analizi uygulanmış ve 6 faktör elde edilmiştir.Bunlardan 4 tanesinin yorumlanabilir olduğu belirtilmiştir.1. faktörde umutsuzluk, 2. faktörde kişinin kendine yönelik olumsuz

duyguları, 3. faktörde bedensel kaygılar, ve 4. faktörde suçluluk duygulanımları yer almaktadır.

2.2. Durumluk Sürekli Kaygı Ölçeği (STAI TX- 1, STAI TX- 2)

1-)Durumluk Kaygı Ölçeği: Bireyin belirli bir alanda ve belirli bir koşulda kendini nasıl hissettiğini belirler.

2-)Sürekli Kaygı Ölçeği: Bireyin içinde bulunduğu durum ve koşullardan bağımsız olarak kendini nasıl hissettiğini belirler.

Spielberg ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş (1970), Öner ve Le Compte tarafından Türkçe'ye uyarlanmış, Likert formatında, 20'si durumluluk, 20'si de sürekli kaygı ölçmeye yönelik toplam 40 maddeden oluşan bir ölçektir. Ölçeğin uygulandığı bireylerin işaretleyeceği bölümde 4 ayrı seçenek bulunmaktadır. Bu seçenekler ifade edilen davranışların ve duyguların yoğunluğunu belirlemek amacı ile "hiç" "biraz" "çok" "tamamiyle" seçeneklerinden oluşmaktadır. Her iki ölçekten elde edilen toplam puan değeri değişir. Büyük puan yüksek kaygı seviyesini, küçük puan ise düşük kaygı seviyesini belirtir.

2.3. Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Form(SF-36)

Kısa Form-36 (Short Form-36; SF-36) Rand Corporation tarafından 1992 yılında geliştirilmiş ve kullanıma sunulmuştur.

1990 yılında başlanan çalışmalarda 149 madde ile yola çıkılmış ve 22.000'ini aşkın kişi üzerinde yapılan çalışmalarda faktör analizi ile önce 20 maddeli biçimi olan SF-20 hazırlanmıştır. Ancak psikometrik özelliklerinin ve kapsamının artırılması amacıyla 36 maddeye çıkılarak SF-36 oluşturulmuştur (98).

SF-36'nın özelliklerinin başında bir kendini değerlendirme ölçeği olması gelmektedir (100). Ölçek adından da anlaşılacağı gibi 36 maddeden oluşmaktadır ve bunlar 8 boyutun ölçümünü sağlamaktadır: fiziksel fonksiyon (FF) (10 madde), sosyal fonksiyon (SF) (2 madde), fiziksel rol güçlüğü (FRG) (4 madde), ruhsal durum rolü (RDR) (3 madde), mental sağlık (MS) (5 madde), enerji/ vitalite (4 madde), ağrı (2 madde), sağlığın genel algılanması

(GS) (5 madde). Ayrıca son 12 ayda sağlıktaki değişim algısını içeren bir madde de (42) bulunmaktadır ve bu şu an için ölçümde kullanılmamaktadır (100). Adı geçen madde dışında ölçek son 4 haftayı göz önüne alarak değerlendirmektedir. Değerlendirme dördüncü ve beşinci maddeler dışında Likert tipi (üçlü-altılı) yapılmaktadır, dördüncü ve beşinci maddeler evet/hayır biçiminde yanıtlanmaktadır. Alt ölçekler sağlığı 0 ile 100 arasında değerlendirmektedir ve 0 kötü sağlık durumunu gösterirken, 100 iyi sağlık durumuna işaret etmektedir.

SF-36'nın İngilizce versiyonu, iyi derecede İngilizce bilen 4 uzman (Hikmet Koçyiğit, Ömer Aydemir, Neşo Ölmez, Asuman Memiş) tarafından Türkçe'ye çevrilmiştir. Daha sonra aynı metin yine iyi derecede İngilizce bilen iki uzman (bir psikiyatri uzmanı ve bir fizik tedavi ve rehabilitasyon uzmanı) tarafından yeniden İngilizce'ye çevrilip karşılaştırılarak bir metin oluşturulmuştur. Daha sonra bu metin Boğaziçi Üniversitesi Psikoloji Bölümü'nden Prof. Dr. Güler Fişek tarafından hazırlanan metinle karşılaştırılarak tek metin haline getirilmiştir (98).

SF-36'nın Türkçe için güvenilirlik çalışmalarında her bir alt ölçek için Cronbach alfa katsayısı hesaplanmıştır ve 0. 7324- 0. 7612 arasında elde edilmiştir. Madde-toplam puan- 39 - korelasyon katsayıları da her bir alt ölçek için ilgili maddelerle ayrı ayrı hesaplanmıştır. Fiziksel fonksiyonda 0. 4712- 0.7348 arasında, sosyal fonksiyonda 0.8353- 0.8445 arasında, emosyonel rol kısıtlamasında 0.6539- 0.8257 arasında, fiziksel rol kısıtlamasında 0.6883- 0.9034 arasında, ağrıda 0.7887-0.8872 arasında, mental sağlıkta 0.6893-0.7815 arasında, vitalite (enerji)'de 0.6167-0.7943 arasında ve sağlığın genel olarak algılanmasında 0.5690- 0.7812 arasında bulunmuştur. Maddelerin ait olmadıkları alt ölçeklerin toplam puanlarıyla korelasyonları, ait oldukları ölçeklerle bulunanlara göre daha düşük düzeyde elde edilmiştir.

Bu veriler göz önünde bulundurulduğunda KF-36'nın Türkçe için güvenilir olduğu anlaşılmaktadır (98).

2.3.1.Ölçeğin Puanının Hesaplanması

Sonuçta her alt ölçek için ayrı ayrı puanlar elde etmek olanaklıdır.SF-36 sağlık durumunun olumsuz olduğu kadar olumlu yönlerini de değerlendirmektedir.Alt ölçeklerin puanları 0-100 arasında değişmektedir.Yüksek puan iyi sağlık durumunu göstermektedir. Ölçeğin toplam puanının hesaplanması söz konusu değildir.

Tablo 2: SF-36'nın Türk toplumu standartları

Alt Boyutlar	Ortalama+-Standart sapma
Fiziksel İşlevsellik	86.6+-25.2
Fiziksel Rol güçlüğü	89.5+-29.6
Ağrı	86.1+-20.6
Genel Sağlık Algısı	73.9+-17.5
Vitalite (canlılık)	67.0+-13.8
Sosyal İşlevsellik	94.8+-14.2
Emosyonel Rol Güçlüğü	94.7+-20.9
Ruhsal Sağlık	73.5+-11.6

2.4. Problem Çözme Envanteri(PÇE)

P.P. Heppner ve C. H. Petersen tarafından (1982) geliştirilmiş ve Şahin, N.H, Şahin. N. tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır. Bu envanter Likert formatında 35 maddeden oluşan ve 1-6 arası puanlanan bir ölçektir. Her madde için kişilere kendilerinin hangi sıklıkta ölçek maddelerindeki gibi davrandıkları sorulmaktadır. Seçenekler: "Her zaman böyle davranırım", "Çoğunlukla böyle davranırım", "Sık sık böyle davranırım", "Arada sırada böyle davranırım", "Ender olarak böyle davranırım", ve "Hiçbir zaman böyle davranmam" şeklindedir. Verilen cevaplara 1-6 arasında değişen puanlar verilir. Puanlamada 9,22 ve 29. maddeler puanlama dışı tutulur. 1,2,3,4,11,13,14,15,17,21,25,26,30, ve 34. maddeler ters olarak puanlanır. Puan aralığı 32-192 dir.Ölçekte alınan toplam puanların yüksekliği problem çözme becerileri konusunda kendini yetersiz algıladığını gösterir.

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 15.0 programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotların (Ortalama, Standart sapma) yanı sıra niceliksel verilerin 4 gruba göre karşılaştırılmasında Oneway Anova testi; iki gruba göre karşılaştırmalarında ise student t testi kullanıldı. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ise Ki-Kare testi kullanıldı. Sonuçlar % 95'lik güven aralığında, anlamlılık $p<0.05$ düzeyinde değerlendirildi.

3.BULGULAR

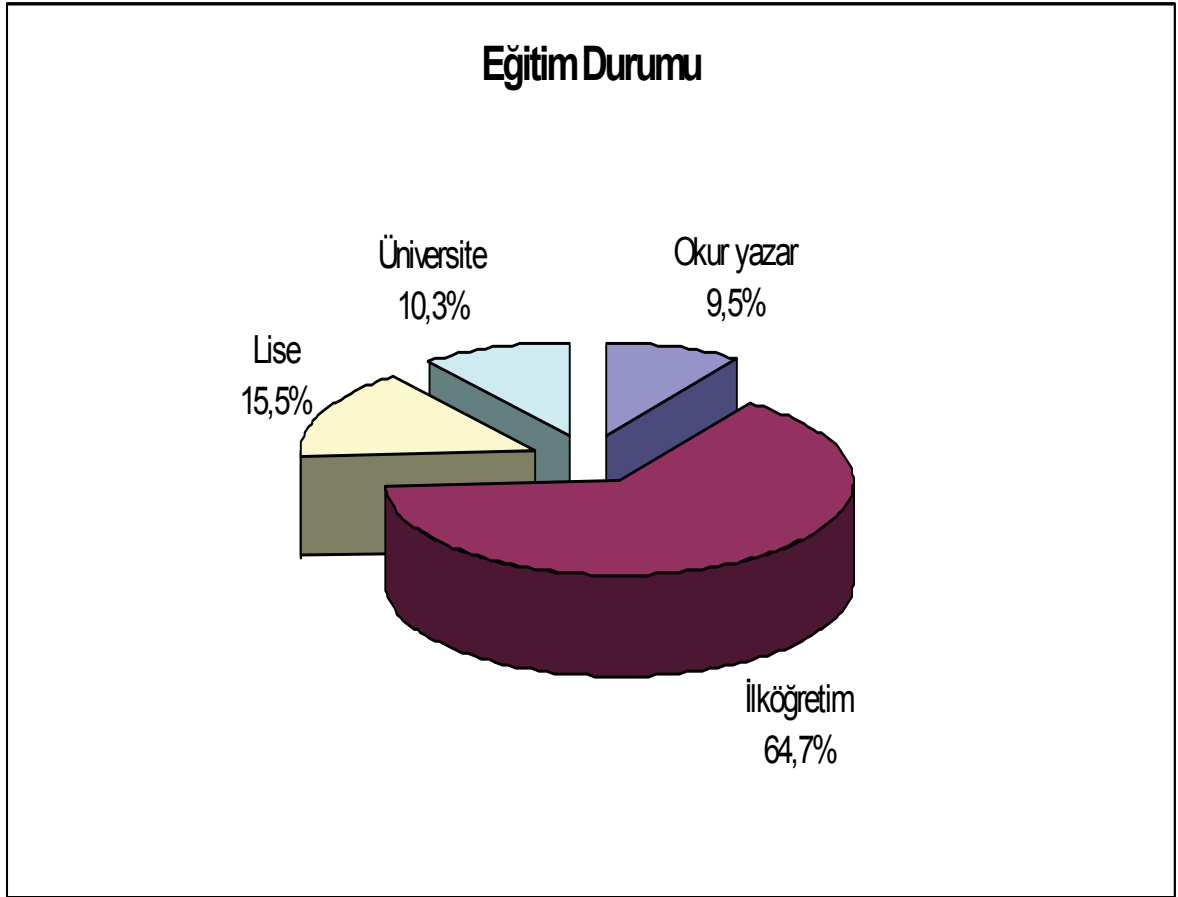
Çalışma Haziran 2007 Eylül 2007 tarihleri arasında Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Hastalıkları Polikliniğinde yaşları 22 ile 46 yıl arasında olup ortalama yaşı $32,74 \pm 5,81$ yıl olan toplam 116 hasta çocuk annesi üzerinde yapılmıştır. Olgular 4 grup altında toplanmaktadır; 31 astımlı çocuk annesi; 29 epilepsili çocuk annesi ; 33 İYE na sahip çocuk annesi ve 23 ateş ile başvuran ve akut tonsillit tanısı konan çocuk annesi vardır.

Tablo 3: Demografik özelliklerin dağılımı (N=116)

		Min – Max	Ort±SD
Yaş (yıl)		22 – 46	$32,74 \pm 5,81$
		N	%
Eğitim	Okur yazar	11	9,5
	İlköğretim	75	64,7
	Lise	18	15,5
	Üniversite	12	10,3
Eş Eğitim	Yok	4	3,4
	Okur yazar	8	6,9
	İlköğretim	67	57,8
	Lise	25	21,6
	Üniversite	12	10,3
Medeni Durum	Evli	111	95,7
	Dul	3	2,6
	Ayrı	2	1,7
Çocuk Sayısı	1 çocuk	30	25,9
	2 çocuk	49	42,2
	3 çocuk	27	23,3
	4 çocuk ve üstü	10	8,7

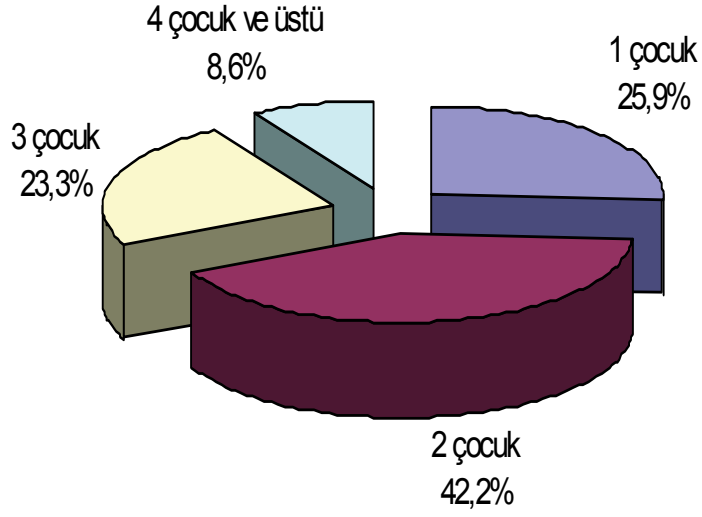
Çalışmaya alınan annelerin eğitim durumları incelendiğinde %9,5'i okur yazar; % 64,7'si ilköğretim, % 15,5'i Lise ve % 10,3'ü üniversite mezunudur. Eşin eğitim durumuna bakıldığında; %3,4'ünde okuryazarlık yok, % 6,9'u okuryazar; %57,8'i ilköğretim, % 21,6'sı Lise ve % 10,3'ü üniversite mezunudur.

Çalışmaya katılan olguların % 95,7'si evli; % 2,6'sı dul ve % 1,7'si ayrı yaşamaktadır. Bir çocuk sahibi % 25,9 olgu; iki çocuk sahibi % 42,2 olgu; üç çocuk sahibi % 23,3 olgu ve dört çocuk sahibi % 8,7 olgu vardır.



Şekil 1: Olguların eğitim durumuna göre dağılımı

Çocuk Sayısı



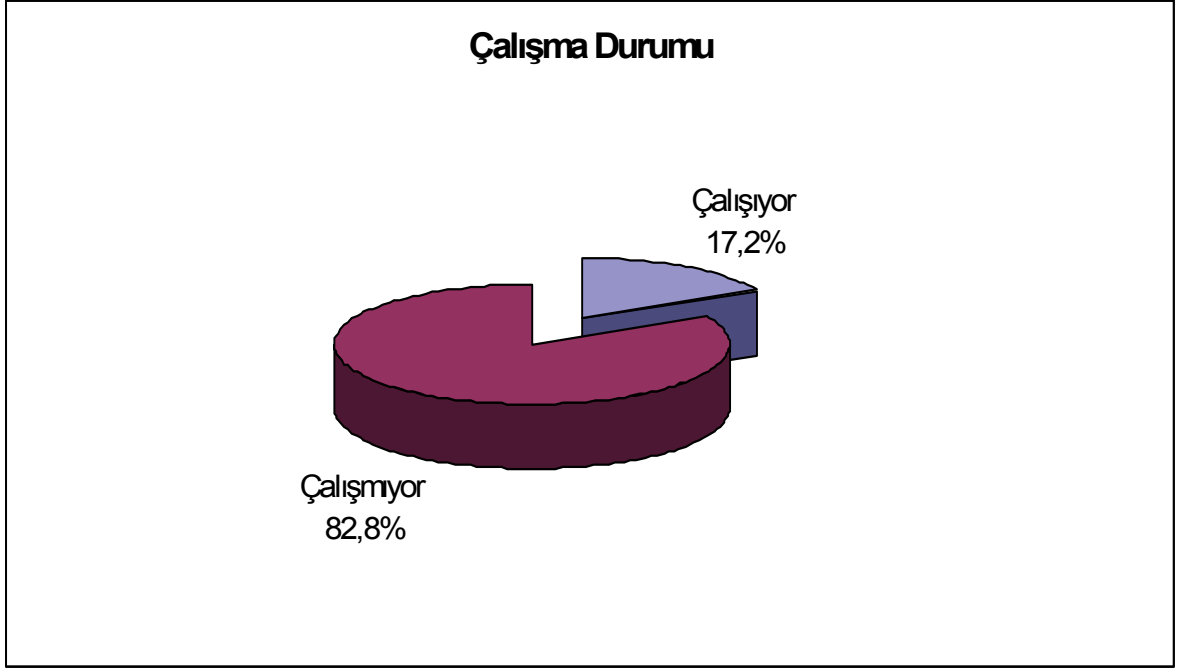
Şekil 2: Olguların çocuk sayısına göre dağılımı

Tablo 4: Demografik özelliklerin dağılımı

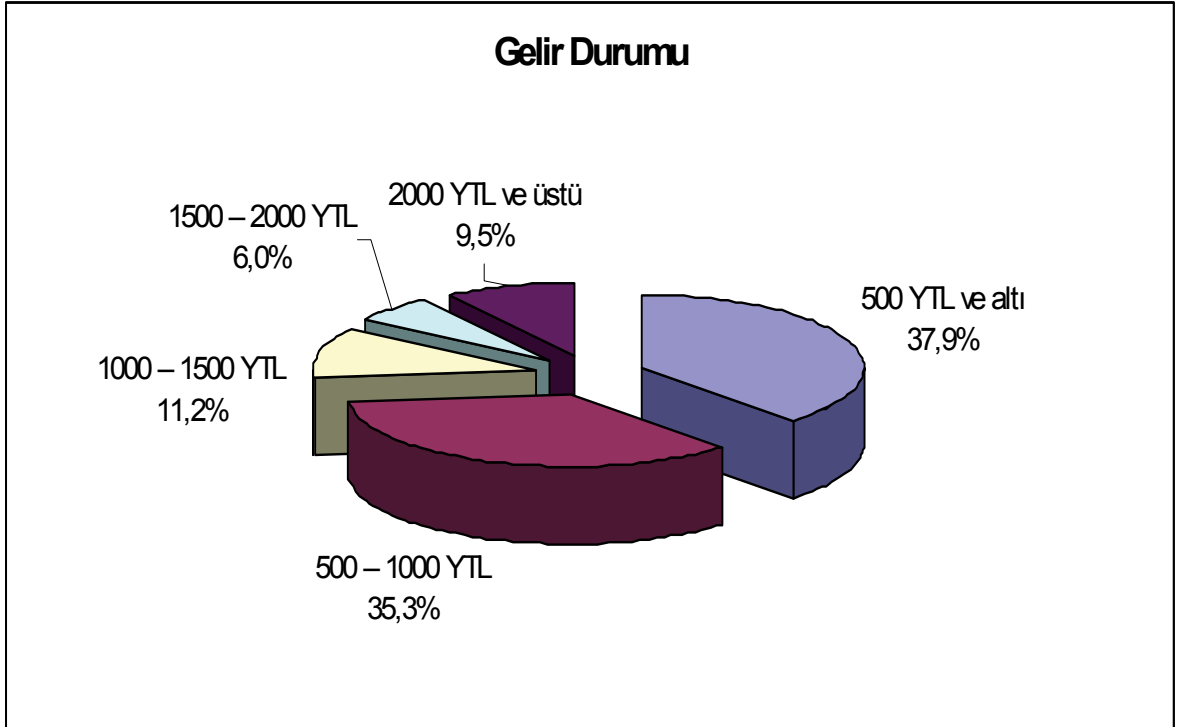
		n	%
Meslek	Çalışıyor	20	17,2
	Çalışmıyor	96	82,8
Eş Meslek	İşçi	35	30,2
	Serbest	58	50,0
	Memur	19	16,4
	Çalışmayan	4	3,4
Gelir Düzeyi	500 YTL ve altı	44	37,9
	500 – 1000 YTL	41	35,3
	1000 – 1500 YTL	13	11,2
	1500 – 2000 YTL	7	6,0
	2000 YTL ve üstü	11	9,5
Sosyal Güvence	Yok	9	7,8
	SSK	75	64,7
	Yeşil Kart	11	9,5
	Emekli Sandığı	10	8,6
	Bağ-Kur	9	7,8
	Özel Sigorta	2	1,7
Çocuğun Hastanedeki Tedavi Sayısı	Hiç tedavi olmamış	34	29,3
	1 kez tedavi	47	40,5
	2 kez tedavi	10	8,6
	3 kez tedavi	8	6,9
	4 kez ve üzeri	17	14,7

Çalışmaya alınan annelerin % 17,2'si çalışmaktadır; % 82,2 si ise çalışmamaktadır. Eşi işçi olan % 30,2 olgu; serbest meslek olan % 50 olgu; memur olan % 16,4 olgu ve kartlı % 9,5 olgu; Emekli Sandığı'na bağlı % 8,6 olgu; Bağ-Kur'lu % 7,8 olgu ve özel sigortalı % 1,7 olgu bulunmaktadır.

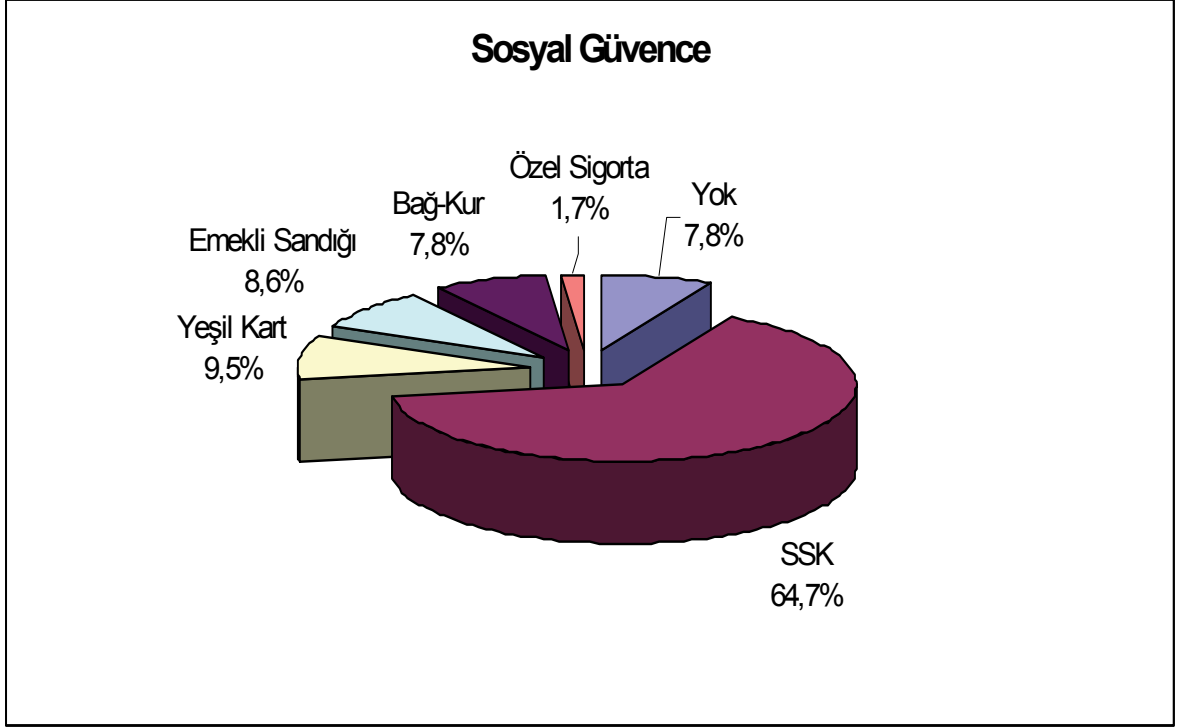
Çocuğu hastanede daha önce tedavi görmeyen % 29,3 olgu; bir kez tedavi gören %40,5 olgu; iki kez tedavi gören % 8,6 olgu; üç kez tedavi gören % 6,9 olgu ve 4 kez ve üstü tedavi gören ise % 14,7 olgu vardır.



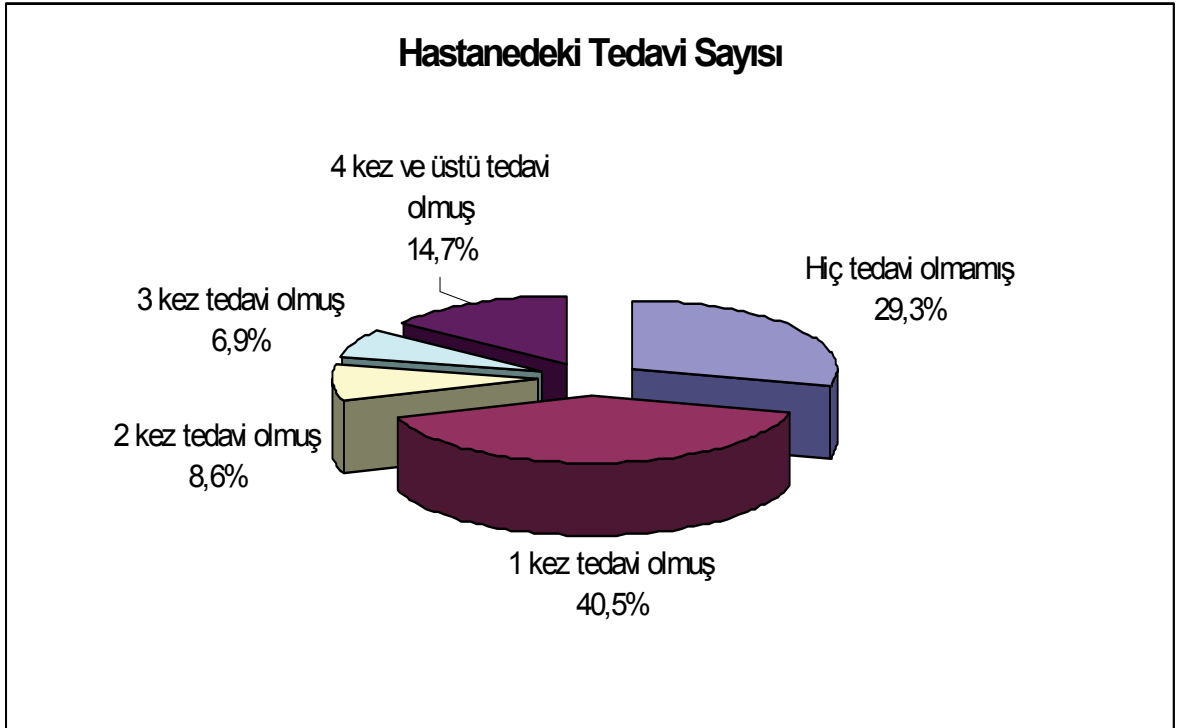
Şekil 3: Olguların çalışma durumuna göre dağılımı



Şekil 4: Olguların gelir durumuna göre dağılımı



Şekil 5: Olguların sosyal güvence durumuna göre dağılımı

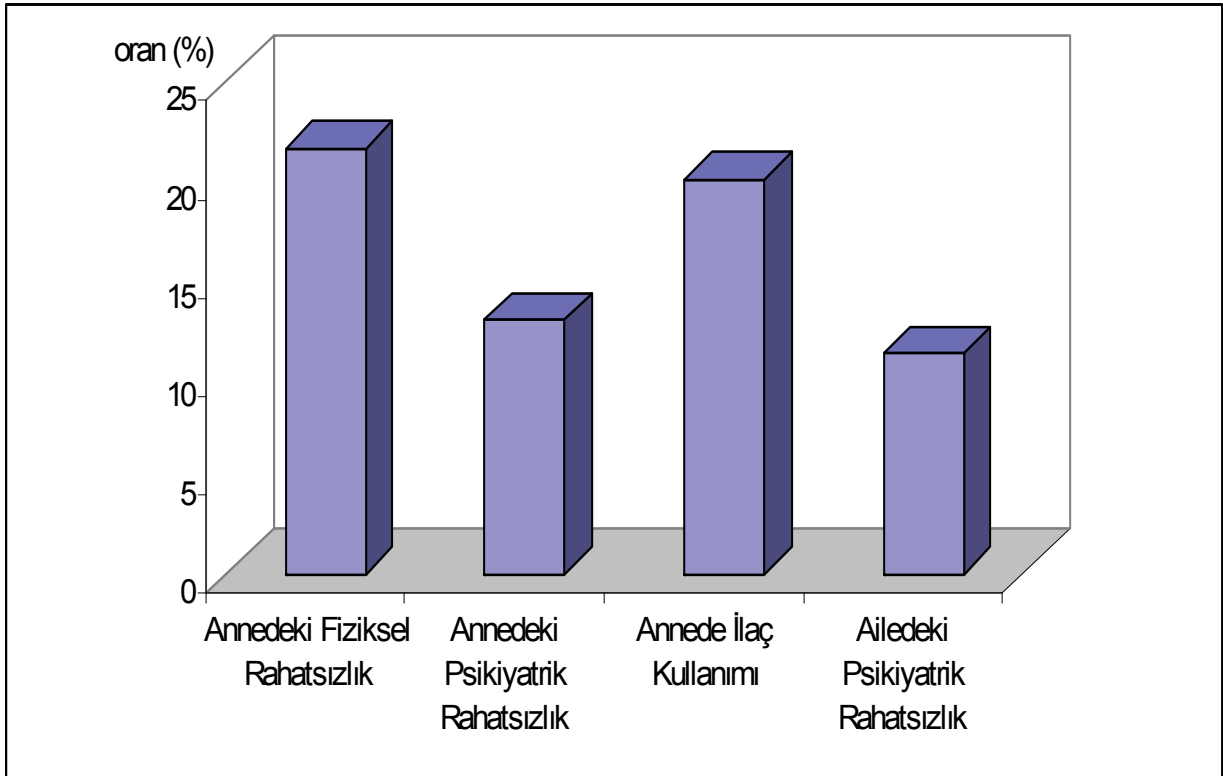


Şekil 6: Çocukların hastanedeki tedavi sayısına göre dağılımı

Tablo 5: Annedeki rahatsızlıklara göre dağılımlar

	n	%
Annedeki Fiziksel Rahatsızlık	25	21,6
Annedeki Psikiyatrik Rahatsızlık	15	12,9
Annede İlaç Kullanımı	23	20,0
Ailedeki Psikiyatrik Rahatsızlık	13	11,2

Annede fiziksel rahatsızlık görülen % 21,6 olgu; psikiyatrik rahatsızlık görülen % 12,9 olgu; annede ilaç kullanımı olan % 20 olgu ve ailede psikiyatrik rahatsızlık görülen % 11,2 olgu mevcuttur.



Şekil 7: Annede ve ailedeki rahatsızlıklara göre dağılımlar

Tablo 6: SF 36 Yaşam Kalitesi, PÇE, STAI ve Beck ölçeklerinin puanlarının dağılımı

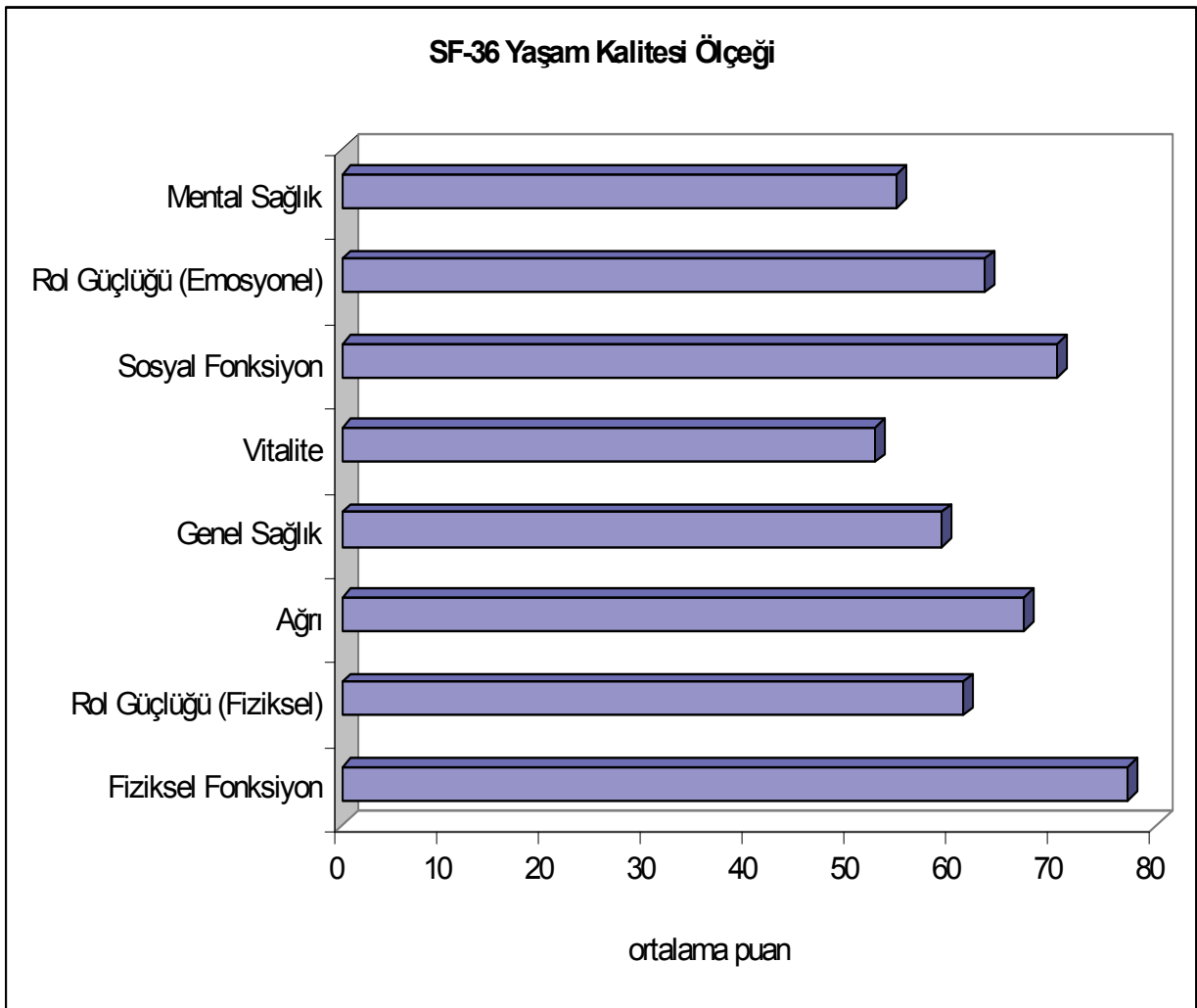
	Min – Max	Ort±SD
SF-36 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ		
<i>Fiziksel Fonksiyon</i>	0 – 100	77,28±24,55
<i>Rol Güçlüğü (Fiziksel)</i>	0 – 100	60,99±41,08
<i>Ağrı</i>	10 – 100	67,06±24,33
<i>Genel Sağlık</i>	20 – 100	58,99±20,74
<i>Vitalite</i>	0 – 100	52,37±20,63
<i>Sosyal Fonksiyon</i>	25 – 100	70,36±20,68
<i>Rol Güçlüğü (Emosyonel)</i>	0 – 100	63,21±39,89
<i>Mental Sağlık</i>	8 – 100	54,48±19,63
PÇE	49 – 150	93,53±20,43
STAI		
<i>Durumluluk</i>	31 – 56	42,12±5,48
<i>Süreklilik</i>	30 – 64	46,85±6,46
BECK Depresyon	0 – 42	15,76±10,07

SF-36 Yaşam Kalitesi ölçeği alt boyutlarından fiziksel fonksiyon 0 ile 100 puan arasında değişmekte olup ortalama puan 77,28±24,55'dir; Fiziksel rol güçlüğü 0 ile 100 puan arasında değişmekte olup ortalama 60,99±41,08; ağrı puanı 10 ile 100 arasında değişmekte olup ortalama 67,06±24,33; genel sağlık puanı 20 ile 100 arasında değişmekte olup ortalama 58,99±20,74; vitalite 0 ile 100 arasında değişmekte olup ortalama 52,37±20,63; sosyal fonksiyon puanı 25 ile 100 arasında değişmekte olup ortalama 70,36±20,68; emosyonel rol güçlüğü puanı 0 ile 100 arasında değişmekte olup ortalama 63,21±39,89 ve mental sağlık puanı 8 ile 100 arasında değişmekte olup ortalama 54,48±19,63 olarak saptanmıştır.

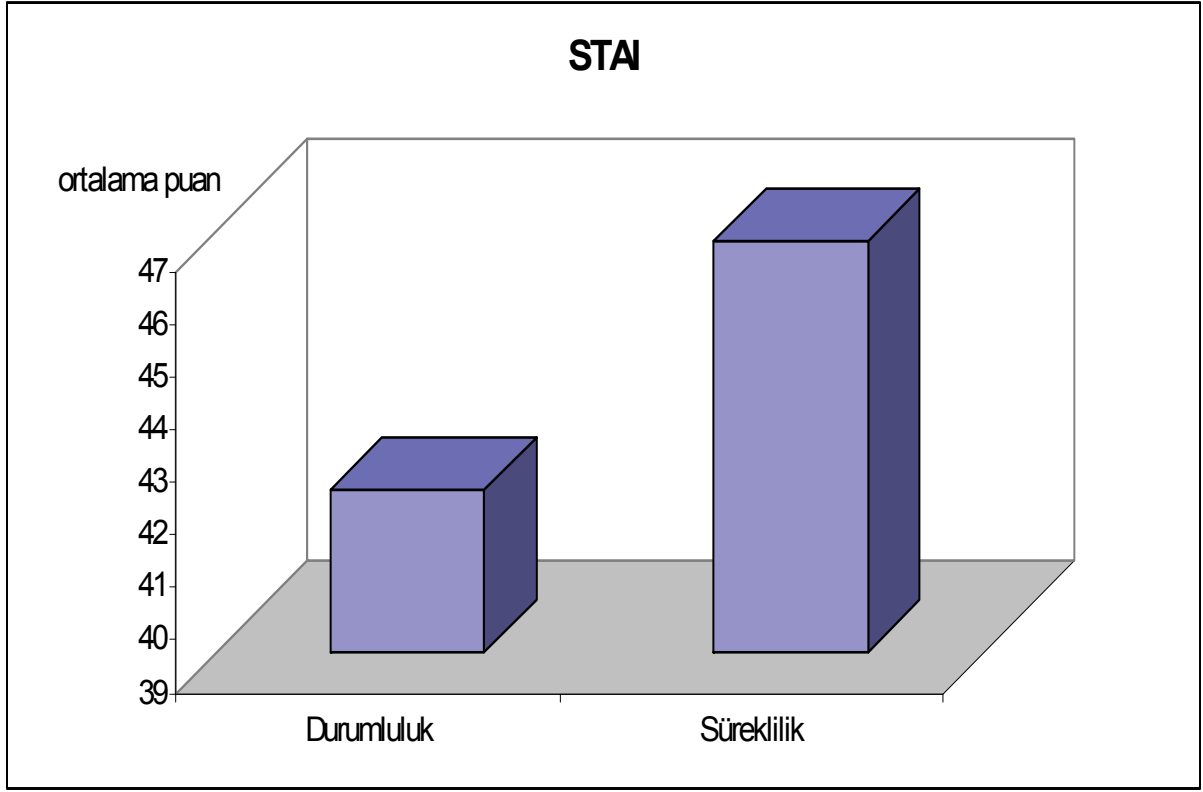
Problem Çözme envanteri (PÇE) puanı 49 ile 150 arasında değişmekte olup ortalama 93,53±20,43'dür.

STAI Durumluluk puanı 31 ile 56 arasında değişmekte olup ortalama $42,12 \pm 5,48$; Süreklilik puanı 30 ile 64 arasında değişmekte olup ortalama $46,85 \pm 6,46$ puan almaktadır.

Beck depresyon ölçeği ise 0 ile 42 puan arasında değişmekte olup ortalama $15,76 \pm 10,07$ puan almaktadır.



Şekil 8: SF 36 Yaşam kalitesi ölçek puanlarına göre dağılımlar



Şekil 9: STAI ölçek puanlarına göre dağılımlar

Tablo 7: Grupların demografik özelliklere göre değerlendirmeleri

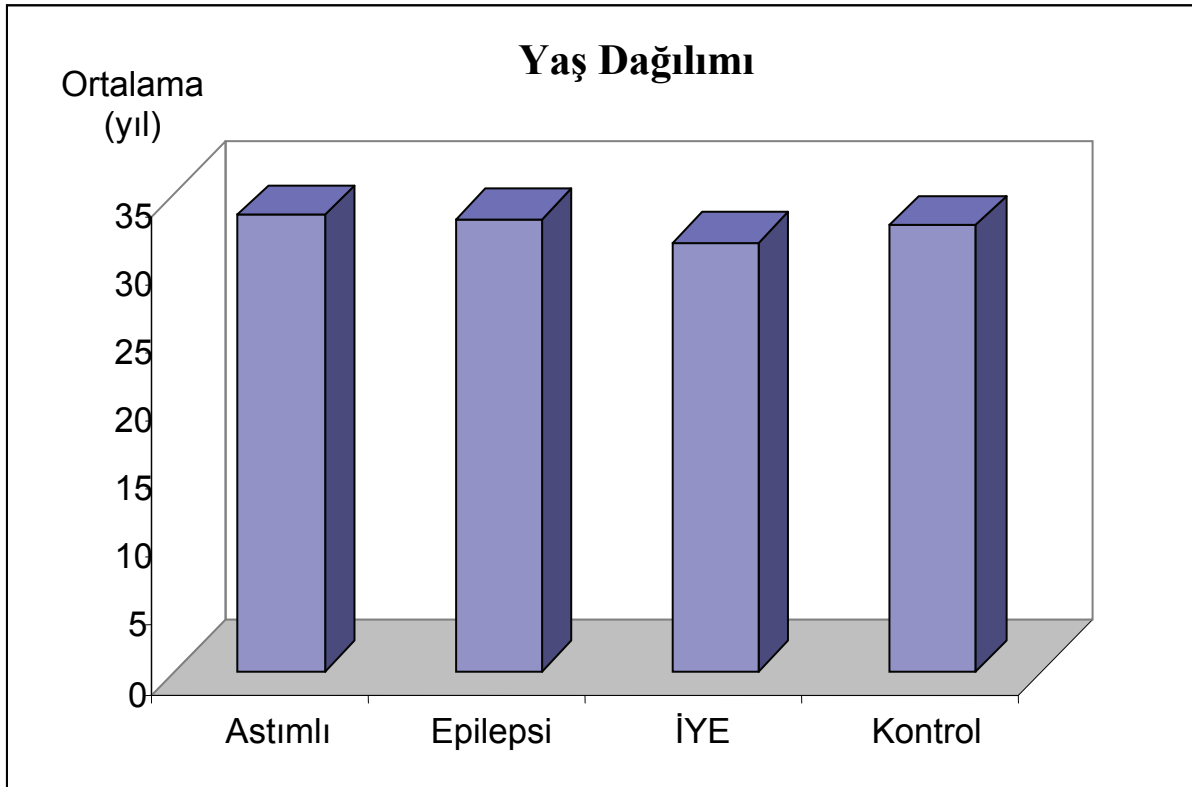
		Grup				P değeri
		Astım	Epilepsi	İYE	Kontrol	
		Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	
Yaş (yıl)		33,51±6,67	33,27±5,97	31,54±5,20	32,73±5,29	0,539
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Eğitim Durumu	İlköğretim	23 (% 74,2)	23 (% 79,3)	27 (% 81,8)	13 (% 56,5)	0,121
	Lise	5 (% 16,1)	5 (% 17,2)	4 (% 12,1)	4 (% 17,4)	
	Üniversite	3 (% 9,7)	1 (% 3,4)	2 (% 6,1)	6 (% 26,1)	
Eş Eğitim Durumu	Yok	2 (% 6,5)	1 (% 3,4)	1 (% 3,0)	-	0,665
	İlköğretim	20 (% 64,5)	21 (% 72,4)	21 (% 63,6)	13 (% 56,5)	
	Lise	6 (% 19,4)	5 (% 17,2)	9 (% 27,3)	5 (% 21,7)	
	Üniversite	3 (% 9,7)	2 (% 6,9)	2 (% 6,1)	5 (% 21,7)	
Medeni Durum	Evli	29 (% 93,5)	28 (% 96,6)	31 (% 93,9)	23 (%100,0)	0,642
	Dul ve ayrı yaşayan	2 (% 6,5)	1 (% 3,4)	2 (% 6,1)	-	
Çocuk Sayısı	1 çocuk	10 (% 32,3)	6 (% 20,7)	7 (% 21,2)	7 (% 30,4)	0,269
	2 çocuk	11 (% 35,5)	9 (% 31,0)	17 (% 51,5)	12 (% 52,2)	
	3 çocuk	8 (% 25,8)	9 (% 31,0)	8 (% 24,2)	2 (% 8,7)	
	4 çocuk ve üstü	2 (% 3,2)	5 (% 17,2)	1 (% 3,0)	2 (% 8,7)	

P değeri : Ki kare test;

Eğitim durumunda okur yazar ve ilköğretim birleştirilerek değerlendirildi

Medeni durumunda dul ve ayrı yaşayanlar birleştirilerek değerlendirildi

Yaş, eğitim durumuna, medeni duruma ve çocuk sayılarına göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemektedir ($p>0.05$); eşin eğitim durumları da gruplara göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).



Şekil 10: Grupların yaş ortalamalarına göre dağılımları

Tablo 8: Grupların demografik özelliklere göre dağılımı

	Grup						P değeri
	Astım	Epilepsi	İYE	Kontrol			
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)			
Meslek	Çalışıyor	4 (% 12,9)	4 (% 13,8)	3 (% 9,1)	9 (% 39,1)	0,019*	
	Çalışmıyor	27 (% 87,1)	25 (% 86,2)	30 (% 90,9)	14 (% 60,9)		
Eş Meslek	İşçi	14 (% 45,2)	10 (% 34,5)	7 (% 21,1)	4 (% 17,4)	0,106	
	Serbest	12 (% 38,7)	14 (% 48,3)	21 (% 63,6)	11 (% 47,8)		
	Memur	4 (% 12,9)	3 (% 10,3)	4 (% 12,1)	8 (% 34,8)		
	Yok	1 (% 3,2)	2 (% 6,9)	1 (% 3,0)	-		
Gelir	500 YTL ve altı	12 (% 38,7)	12 (% 41,4)	17 (% 51,5)	3 (% 13,0)	0,119	
	500 – 1000 YTL	14 (% 45,2)	9 (% 31,0)	10 (% 30,3)	8 (% 34,8)		
	1000 – 1500 YTL	1 (% 3,2)	5 (% 17,2)	2 (% 6,1)	5 (% 21,7)		
	1500 – 2000 YTL	1 (% 3,2)	2 (% 6,9)	1 (% 3,0)	3 (% 13,0)		
	2000 YTL ve	3 (% 9,7)	1 (% 3,4)	3 (% 9,1)	4 (% 17,4)		
	Yok	3 (% 9,7)	1 (% 3,4)	4 (% 12,1)	1 (% 4,3)		
Sosyal Güvence	SSK	22 (% 71,0)	19 (% 65,5)	21 (% 63,6)	13 (% 56,5)	0,823	
	Yeşil Kart	1 (% 3,2)	4 (% 13,8)	4 (% 12,1)	2 (% 8,7)		
	Emekli Sandığı	2 (% 6,5)	2 (% 6,9)	2 (% 6,1)	4 (% 17,4)		
	Bağ-Kur	3 (% 9,7)	2 (% 6,9)	2 (% 6,1)	2 (% 8,7)		
	Özel Sigorta	-	1 (% 3,4)	-	1 (% 4,3)		
	Hiç tedavi	13 (% 41,9)	4 (% 13,8)	4 (% 12,1)	13 (% 56,5)		
Çocuğun Hastanedeki Tedavi Sayısı	1 kez tedavi	11 (% 35,5)	13 (% 44,8)	14 (% 42,4)	9 (% 39,1)	0,007**	
	2 kez tedavi	2 (% 6,5)	2 (% 6,9)	5 (% 15,2)	1 (% 4,3)		
	3 kez tedavi	3 (% 9,7)	3 (% 10,3)	2 (% 6,1)	-		
	4 kez ve üzeri	2 (% 6,4)	7 (% 24,1)	8 (% 24,2)	-		

P değeri : Ki kare test;

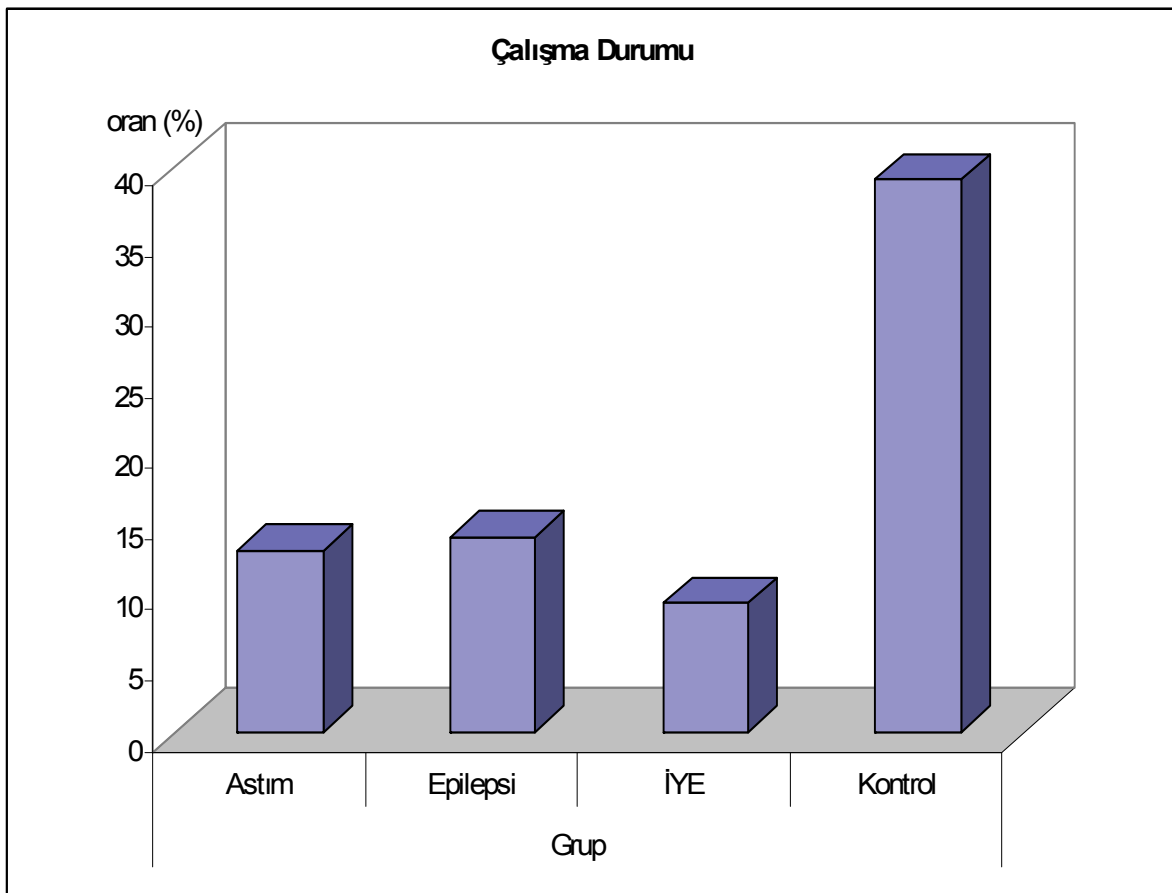
* $p < 0.05$

** $p < 0.01$

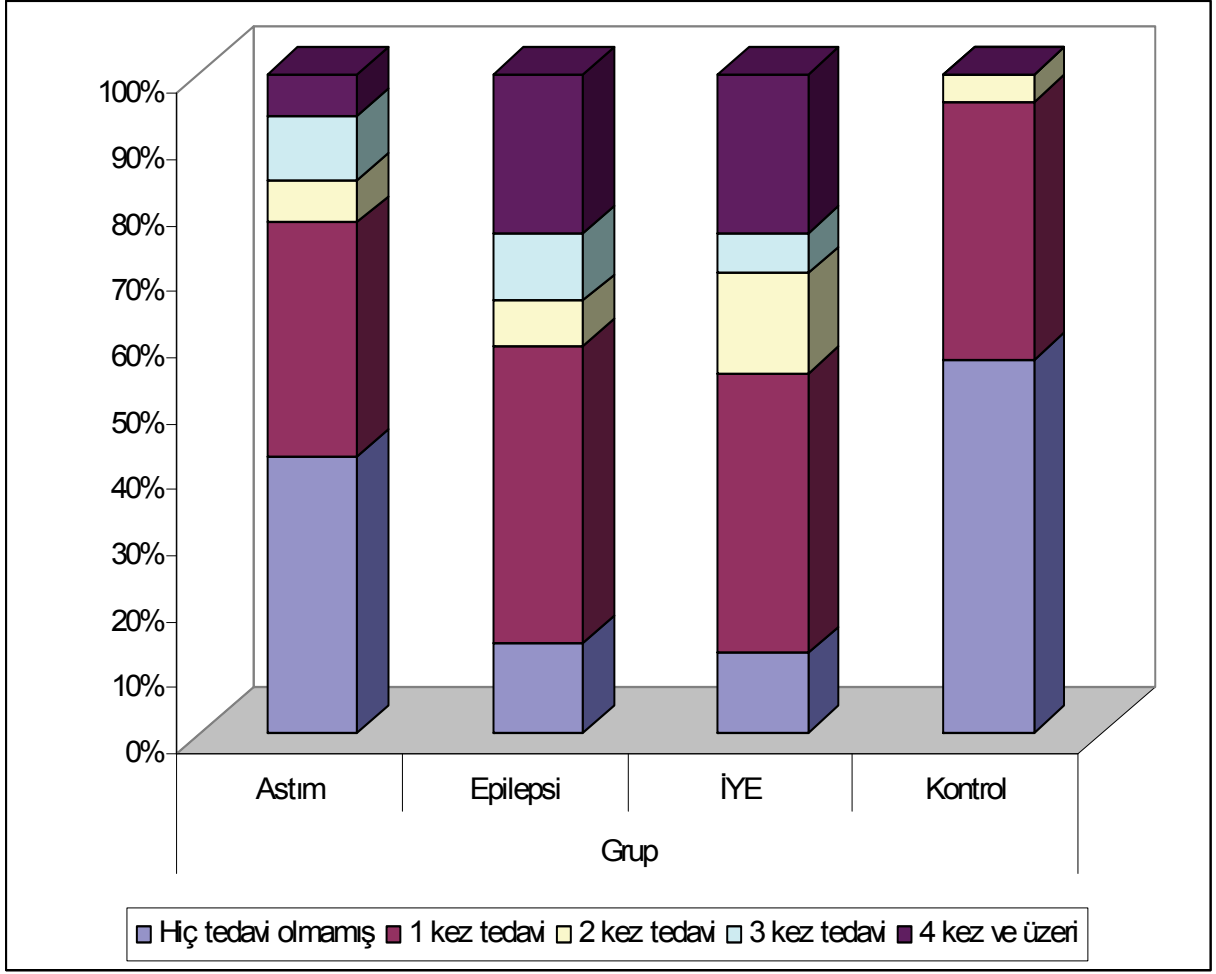
Annenin çalışma durumu, gruplara göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0.5$); kontrol grubu olgularında annenin çalışma oranı diğer gruplardan anlamlı düzeyde yüksek olarak saptanmıştır ($p<0.05$).

Eşin meslek durumuna göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemektedir ($p>0.05$); gelir düzeyleri de gruplara göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$); sosyal güvencelere göre dağılımlar da gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Çocuğun hastanedeki tedavi sayısı ise gruplara göre ileri düzeyde anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0.01$); astım grubu ve kontrol grubu olguların daha önce hastanede tedavi olmama oranları epilepsi ve İYE grubundan anlamlı düzeyde yüksektir. Epilepsi ve İYE grubunun tedavi sayıları arasında anlamlı farklılık görülmemektedir ($p>0.05$).



Şekil 11: Grupların çalışma durumlarına göre dağılımları



Şekil 12: Grupların hastanedeki tedavi sayılarına göre dağılımları

Tablo 9: Gruplara göre annedeki fiziksel, psikiyatrik rahatsızlık, ilaç kullanımı ve ailede psikiyatrik rahatsızlık durumuna göre değerlendirmeler

	Grup				P değeri
	Astım	Epilepsi	İYE	Kontrol	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Annedeki Fiziksel Rahatsızlık	9 (% 29,0)	6 (% 20,7)	6 (% 18,2)	4 (% 17,4)	0,683
Annedeki Psikiyatrik Rahatsızlık	4 (% 2,9)	6 (% 20,7)	3 (% 9,1)	2 (% 8,7)	0,503
Annede İlaç Kullanımı	7 (% 2,6)	7 (% 24,1)	4 (% 12,5)	5 (% 21,7)	0,568
Ailedeki Psikiyatrik Rahatsızlık	5 (% 6,1)	3 (% 10,3)	5 (% 15,2)	-	0,241

P değeri : Ki kare testi;

Annedeki fiziksel ve psikiyatrik rahatsızlık görülme oranları gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Annede ilaç kullanımı açısından da gruplar arasında istatistiksel anlamlı bir farklılık yoktur.

Ailede psikiyatrik rahatsızlık görülme oranları yine gruplara göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Tablo 10: SF 36 Yaşam Kalitesi ölçeğinin alt boyut puanlarının astım ile kontrol grubuna göre değerlendirmesi

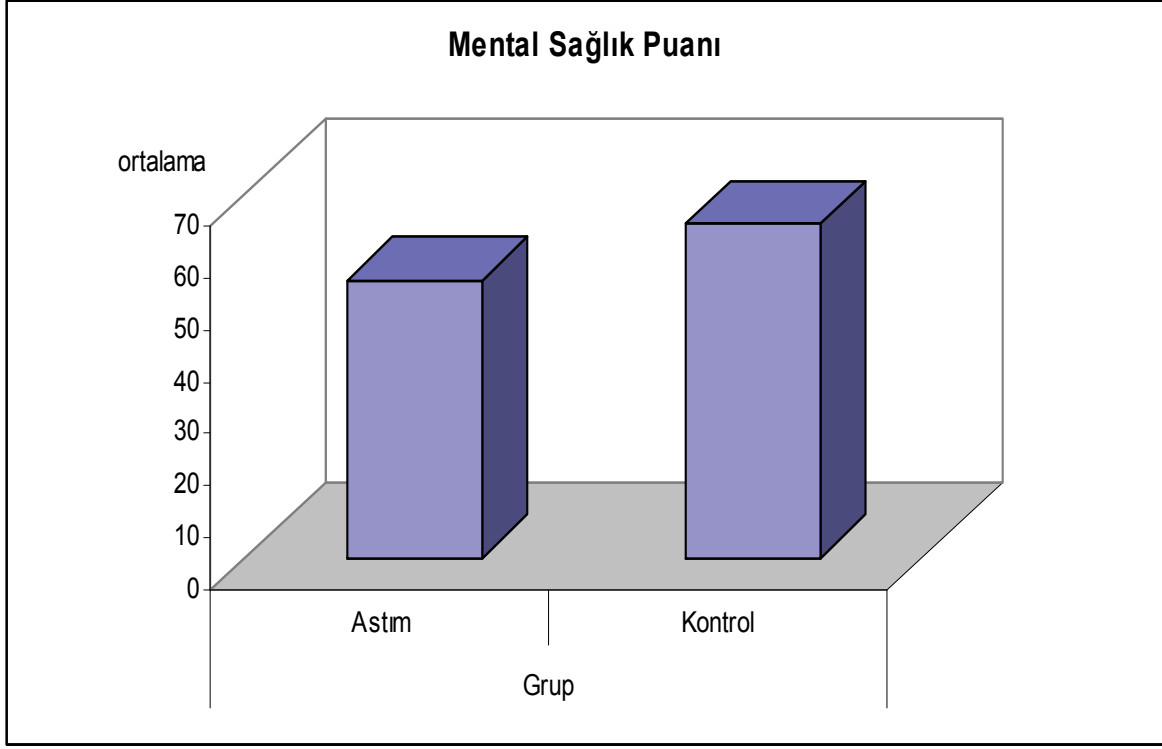
SF-36	Grup		P değeri
	Astım	Kontrol	
	Ort±SD	Ort±SD	
Fiziksel Fonksiyon	79,35±15,42	79,34±24,46	0,999
Rol Güçlüğü (Fiziksel)	56,45±40,29	67,39±40,89	0,331
Ağrı	61,09±21,95	72,56±25,69	0,083
Genel Sağlık	58,19±20,57	62,08±21,14	0,500
Vitalite	51,61±16,14	60,21±18,30	0,073
Sosyal Fonksiyon	66,93±19,51	77,17±17,93	0,054
Rol Güçlüğü (Emosyonel)	56,98±40,54	73,91±37,54	0,120
Mental Sağlık	53,41±18,17	64,17±17,86	0,035*

P değeri : Student t test

* $p < 0,05$

Astım grubu ile kontrol grupları arasında SF-36 Yaşam Kalitesi ölçeği alt boyutlarından fiziksel fonksiyon ve fiziksel rol güçlüğü puanları, ağrı puanları ve genel sağlık puanları, vitalite puanları, sosyal fonksiyon puanları ve emosyonel rol güçlüğü puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemektedir ($p > 0,05$).

Mental sağlık puanı ise kontrol grubu olgularında astım olgularına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olarak saptanmıştır ($p < 0,05$).



Şekil 13: Astım ve kontrol gruplarının mental sağlık puanlarına göre dağılımları

Tablo 11: SF 36 Yaşam Kalitesi ölçeğinin alt boyut puanlarının epilepsi grubu ile kontrol grubuna göre değerlendirmesi

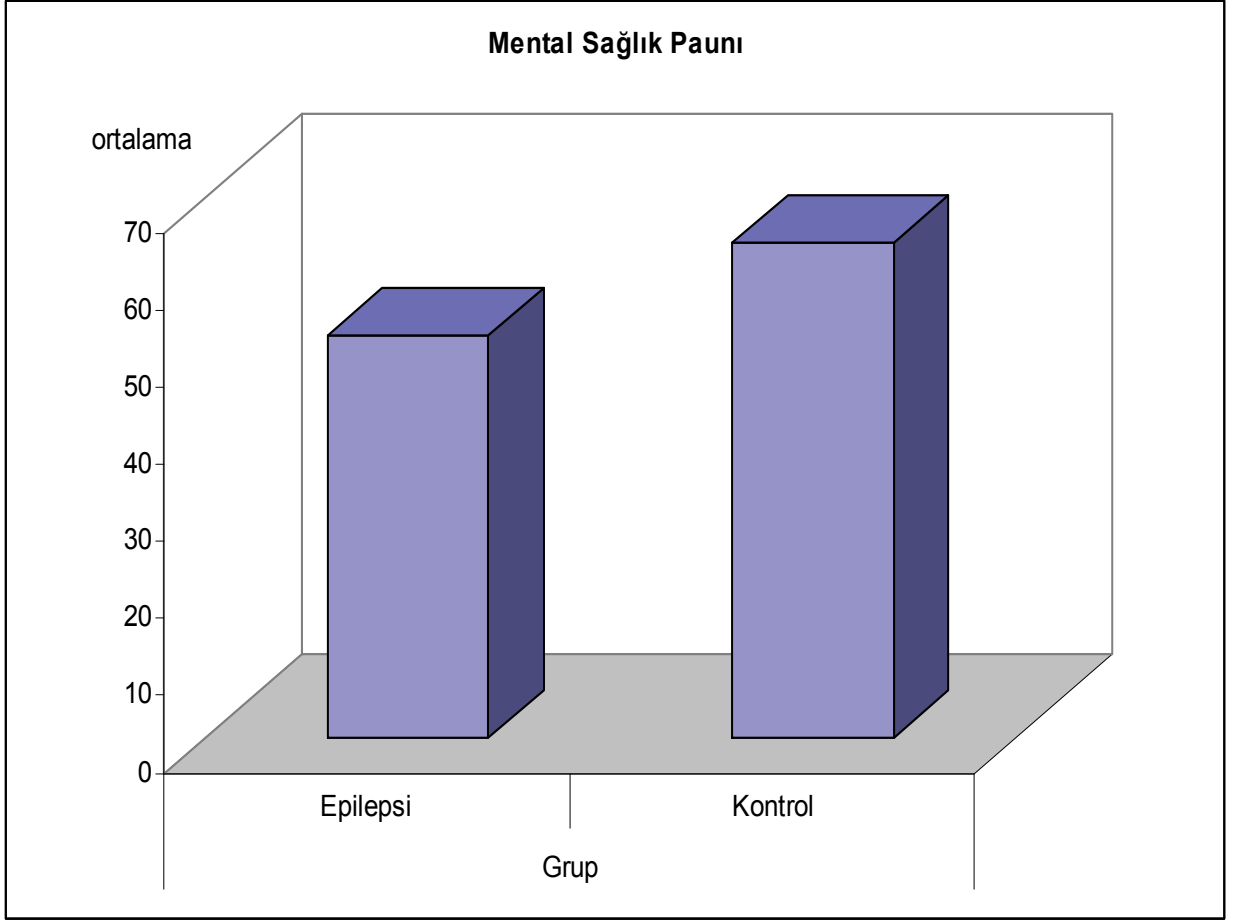
SF-36	Grup		Sig.
	Epilepsi	Kontrol	
	Ort±SD	Ort±SD	
Fiziksel Fonksiyon	71,89±29,28	79,34±24,46	0,333
Rol Güçlüğü (Fiziksel)	61,20±42,56	67,39±40,89	0,599
Ağrı	67,13±26,24	72,56±25,69	0,458
Genel Sağlık	57,00±22,06	62,08±21,14	0,404
Vitalite	48,96±26,36	60,21±18,30	0,076
Sosyal Fonksiyon	67,67±23,97	77,17±17,93	0,120
Rol Güçlüğü (Emosyonel)	52,87±38,33	73,91±37,54	0,053
Mental Sağlık	52,13±23,08	64,17±17,86	0,045*

Sig : Student t test

* $p < 0,05$

Epilepsi grubu ile kontrol grupları arasında SF-36 Yaşam Kalitesi ölçeği alt boyutlarından fiziksel fonksiyon ve fiziksel rol güçlüğü puanları, ağrı puanları ve genel sağlık puanları, vitalite puanları, sosyal fonksiyon puanları ve emosyonel rol güçlüğü puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemektedir ($p > 0,05$).

Mental sağlık puanı ise kontrol grubu olgularında epilepsi olgularına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olarak saptanmıştır ($p < 0,05$).



Şekil 14: Epilepsi ve kontrol gruplarının mental sağlık puanlarına göre dağılımları

Tablo 12: SF 36 Yaşam Kalitesi ölçeğinin alt boyut puanlarının İYE ve kontrol gruplarına göre değerlendirmesi

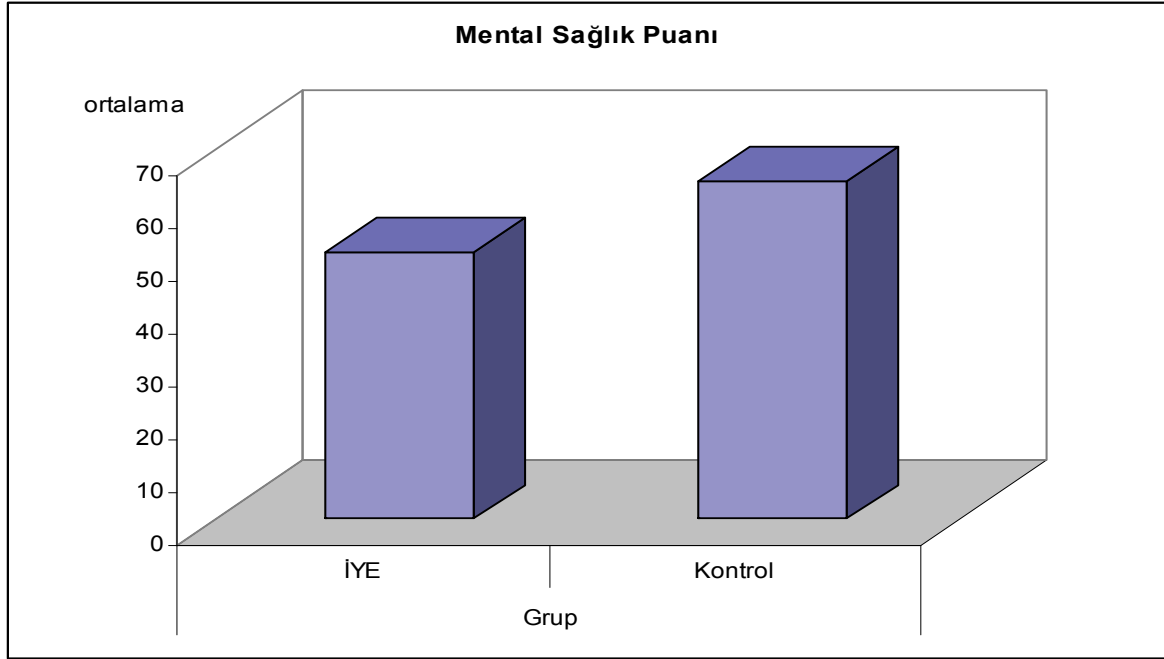
SF-36	Grup		P değeri
	İYE	Kontrol	
	Ort±SD	Ort±SD	
Fiziksel Fonksiyon	78,63±27,30	79,34±24,46	0,921
Rol Güçlüğü (Fiziksel)	60,60±41,94	67,39±40,89	0,550
Ağrı	68,78±23,67	72,56±25,69	0,573
Genel Sağlık	59,33±20,14	62,08±21,14	0,624
Vitalite	50,60±19,71	60,21±18,30	0,070
Sosyal Fonksiyon	71,21±20,12	77,17±17,93	0,260
Rol Güçlüğü (Emosyonel)	70,70±40,61	73,91±37,54	0,766
Mental Sağlık	50,78±17,39	64,17±17,86	0,007**

P değeri : Student t test

** $p < 0,01$

İYE grubu ile kontrol grupları arasında SF-36 Yaşam Kalitesi ölçeği alt boyutlarından fiziksel fonksiyon ve fiziksel rol güçlüğü puanları, ağrı puanları ve genel sağlık puanları, vitalite puanları, sosyal fonksiyon puanları ve emosyonel rol güçlüğü puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemektedir ($p > 0.05$).

Mental sağlık puanı ise kontrol grubu olgularında İYE olgularına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olarak saptanmıştır ($p < 0.05$).



Şekil 15: İYE ve kontrol gruplarının mental sağlık puanlarına göre dağılımları

Tablo 13: Problem çözme envanteri puanlarının gruplara göre değerlendirmeleri

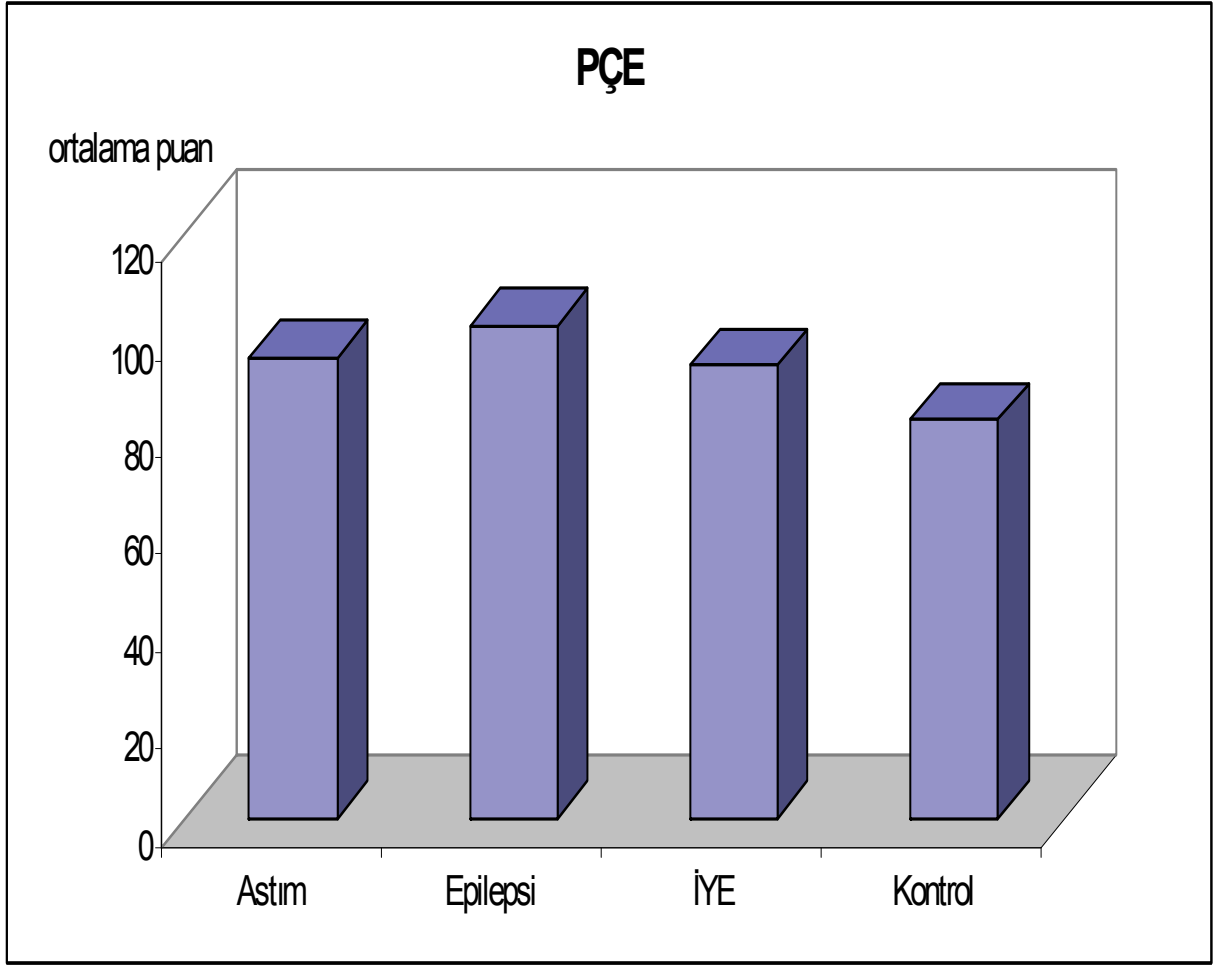
	PÇE	
	Ortalama	SD
Astım	95,03	21,51
Epilepsi	101,41	18,97
İYE	93,27	17,62
Kontrol	81,95	20,39
<i>P değeri</i>		
Astım- Kontrol	0,028*	
Epilepsi-Kontrol	0,001**	
İYE-Kontrol	0,031*	

P değeri : Student t test

* $p < 0,05$

** $p < 0,01$

Problem çözüme envanteri puanları gruplara göre istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık göstermektedir ($p < 0.01$). Astım grubunun PÇE puanı kontrol grubunun PÇE puanlarından istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı yüksek olarak saptanmıştır ($p: 0.028$; $p < 0.05$). Epilepsi grubunun PÇE puanları da kontrol grubu olgularından anlamlı düzeyde yüksek olarak saptanmıştır ($p: 0.001$; $p < 0.01$). İYE grubunun PÇE puanları yine kontrol grubu olgularının PÇE puanlarından anlamlı düzeyde yüksek olarak saptanmıştır ($p: 0.031$; $p < 0.05$).



Şekil 16: Grupların PÇE puanlarına göre dağılımı

Tablo 14: STAI ölçeği alt boyutlarının gruplara göre değerlendirilmesi

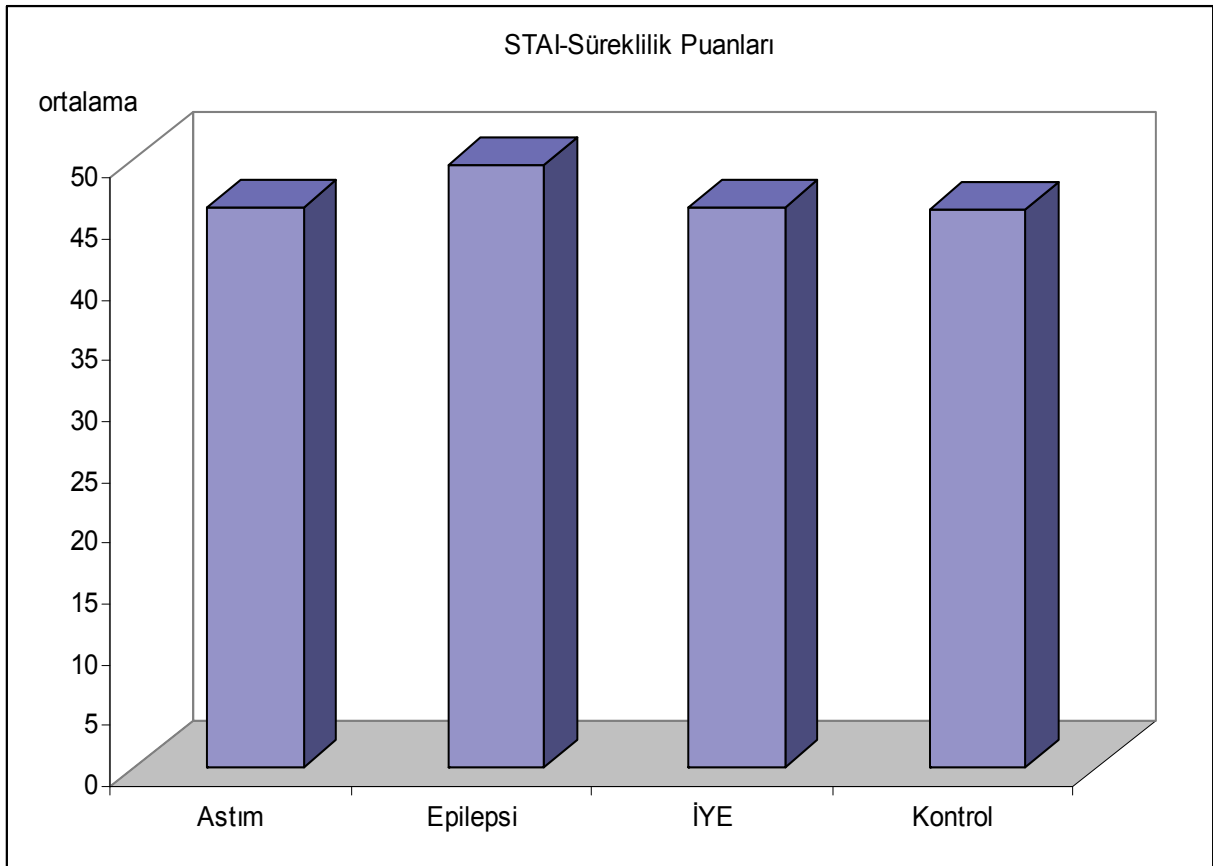
	STAI			
	Durumluluk		Süreklilik	
	Ortalama	SD	Ortalama	SD
Astım	41,16	5,91	46,00	5,69
Epilepsi	44,20	5,72	49,48	6,99
İYE	41,51	5,04	46,06	7,22
Kontrol	41,65	4,77	45,82	4,87
	<i>P değeri</i>		<i>P değeri</i>	
Astım- Kontrol	0,745		0,907	
Epilepsi-Kontrol	0,092		0,038*	
İYE-Kontrol	0,919		0,893	

P değeri : Student t test

**p<0,05*

STAI ölçeği alt boyutlarından durumluluk puanları gruplara göre ayrı ayrı değerlendirildiğinde; Astım grubunun durumluluk puanı ile kontrol grubunun durumluluk puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemektedir (p:0.745; p>0.05). Epilepsi grubunun durumluluk puanları kontrol grubundan yüksek bulunmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemektedir (p:0.092; p>0.05). İYE grubunun durumluluk puanları ile kontrol grubu olguların durumluluk puanları arasında yine istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemektedir (p:0.919; p>0.05).

STAI ölçeği alt boyutlarından süreklilik puanları gruplara göre ayrı ayrı değerlendirildiğinde; Astım grubunun süreklilik puanı ile kontrol grubunun süreklilik puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmezken ($p:0.907$; $p>0.05$). Epilepsi grubunun süreklilik puanları kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olarak saptanmıştır ($p:0.038$; $p<0.05$). İYE grubunun süreklilik puanları ile kontrol grubu olguların süreklilik puanları arasında yine istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemektedir ($p:0.893$; $p>0.05$).



Şekil 17: Grupların STAI- süreklilik puanlarına göre dağılımı

Tablo 15: Grupların BECK depresyon puanlarına göre dağılımı

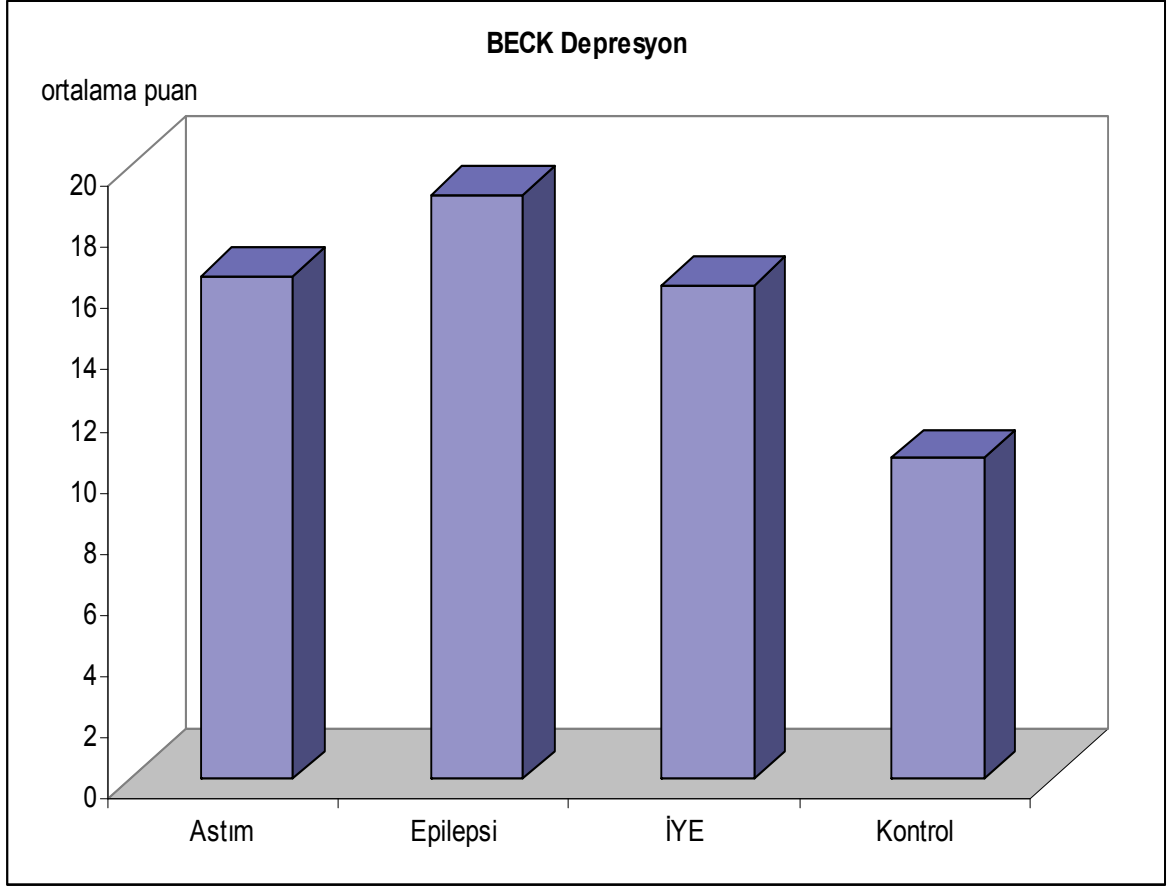
	BDÖ		
	Ortalama	SD	%
Astım	16,35	8,38	54.2
Epilepsi	19,00	10,99	72.7
İYE	16,09	10,30	59.1
Kontrol	10,43	9,06	41.7
<i>P değeri.</i>			
Astım- Kontrol	<i>0,016*</i>		
Epilepsi-Kontrol	<i>0,004**</i>		
İYE-Kontrol	<i>0,039*</i>		

P değeri : Student t test

**p<0,05*

***p<0.01*

Beck Depresyon puanları gruplara göre gruplara göre ayrı ayrı değerlendirildiğinde; Astım grubunun Beck depresyon puanı kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olarak saptanmıştır (p:0,016; p<0.05). Epilepsi grubunun Beck depresyon puanı da kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olarak saptanmıştır (p:0,004; p<0,01). İYE grubunun Beck depresyon puanları yine kontrol grubu olguların Beck depresyon puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir (p:0,039; p<0,05).



Şekil 18: Grupların Beck Depresyon puanlarına göre dağılımı

4. TARTIŞMA

Çalışmamızdaki sosyodemografik verilere bakıldığında sonuçlar aşağıdaki gibidir.

Çalışmamız kapsamına alınan annelerin yaşları 22 ile 46 arasında olup ortalama yaşları 32,74+-5.81 olarak bulunmuştur. 20 yaş öncesinde annenin tam erişkin özelliklere sahip olamaması nedeniyle kronik hastalıklı çocuğun bakım sorumluluğunu taşıyamayacağını ve 40 yaş sonrasının doğurganlık döneminin sonu olduğunu düşünürsek çalışmamız kapsamındaki annelerin çoğunluğunun uygun yaş aralığında olduğu görülmektedir.

Türkiye’de okur yazar olmayanların yüzde 75.5’ini kadınlar oluşturmaktadır(101). Bizim çalışmamızda annelerin eğitim düzeylerinin düşük olduğu görülmüştür. Kadının hem kendisinin, hem de çocuklarının sağlığının korunması ve yükseltilebilmesi için eğitimin önemli bir faktör olduğu bilinmektedir.

Çalışmaya katılan olguların %95.7 si evlidir. %25.9 u tek çocuk, %42. 2 si iki çocuk, %23.3 ü üç çocuk ve % 8.7 si 4 çocuk sahibidir. Çalışmaya katılan annelerin %82. 8 si ev hanımıdır. Annelerin herhangi bir işte çalışmaması ev ile ilgili sorumluluklarına, kronik hastalığı olan çocuk ve diğerlerinin bakımına daha fazla zaman ayırabileceğini düşündürmektedir. Ancak annelerin çoğunluğunun ev hanımı olmasının, kendilerine yeteli zamanı ayıramaması ve sosyal ilişkilerinin sınırlanması nedeniyle anksiyete düzeylerinin yükseltici bir rol oynadığı göz ardı edilmemelidir. Olguların gelir düzeyine bakıldığında %37.9 u 500 ytl ve altı %35.3 ü 500- 1000 ytl arası, %11.2 si 1000- 1500 ytl arası, %6 sı 1500-2000 ytl arası, %9.5 i 2000 ytl ve üstü olduğu görülmektedir. Ailedeki eğitim düzeyi düşüklüğüyle birlikte gelir düzeyinin de az olması, bunların birbiriyle yakından ilişkili olduğunu düşündürmektedir. Kronik hastalık ailenin ekonomik kaynaklarını zayıflatır. Ailede gelir düzeyinin düşmesi bakım giderlerinin karşılanamamasına, diğer çocuklara yeter bütçe ayrılamamasına ve annenin kaygı yaşamasına neden olabilmektedir.

Çocuğu hastanede daha önce hiç yatmamış %29. 3 olgu, bir defa yatmış olan %40.5 olgu, 2 kez yatarak tedavi gören %8.6 olgu, 3 kez tedavi gören %6.9 olgu, 4 kez ve üstü yatarak tedavi

gören %14.7 olgu bulunmaktadır. Hastanede yatış sayısının artışıyla annedeki kaygı düzeyinin artması beklenen bir durumdur.

Çalışmamızdaki olguların %92.3 ünde sosyal güvence bulunmaktadır. Çocukların tedavi giderlerinin büyük bölümünün karşılanması açısından iyi bir sonuç olarak kabul edilebilir.

Annede fiziksel rahatsızlık görülen %21.6, psikiyatrik rahatsızlık görülen %12.9 olgu ve ailede psikiyatrik rahatsızlık görülen %11.2 olgu mevcuttur. Anne de veya ailedeki diğer fertlerde fiziksel ya da psikiyatrik hastalığın bulunması annedeki anksiyete düzeyini arttırmaktadır.

Hayat kalitesi Dünya Sağlık Örgütü tarafından insanların, hedefleri, beklentileri, standartları ve endişeleri bakımından hayattaki konumları olarak tanımlanmıştır. Bu, kişinin fiziksel sağlığını, psikolojik durumunu, bağımsızlık seviyesini, sosyal ilişkilerini, kişisel inançlarını ve bunların çevrenin göze çarpan özellikleriyle ilişkisini de içeren geniş bir kavramdır (102). Bu yüzden, hayat kalitesi basit bir şekilde sağlık durumu, hayat stili, memnuniyet, mental durum, ya da sağlık durumuyla eşitlenemez; çünkü bu kişinin bunlar ve hayatın diğer yönlerini nasıl algıladığını da içeren çok boyutlu bir kavramdır (103).

Hayat kalitesinin algılanışı medikal uygulamalarda da önemlidir, mesela doktor-hasta ilişkisini geliştirmede, çeşitli tedavilerin verimliliğini ve faydalarını anlamada, sağlık hizmetlerinin gelişmesinde, araştırmada ve davranış biçiminin belirlenmesinde.(104) SF-36 puanları incelendiğinde gruplar arasında fiziksel fonksiyon puanları astım kontrol ve grubunda benzer iken İYE de düşük, epilepside en düşük saptanmakla birlikte gruplar arasında anlamlı fark gösterilememiştir. Demiral (2004) ve arkadaşları tarafından SF 36 Türk toplumunun standartlarının belirlenmesi çalışmasında fiziksel işlevsellik Türk toplumu ort puanı 86.6 iken bizim çalışmamızda seçmiş olduğumuz grupların ort puanlarının tümü düşük olarak saptanmıştır. Fiziksel rol güçlüğü puanları her 3 grupta da kontrol grubundan düşük olmakla birlikte astım grubunda en düşük İYE ve epilepsi grubunda birbirine yakın tespit edilmiş olmakla beraber gruplar arasında anlamlı fark tespit edilememiştir. Aynı çalışmada fiziksel rol güçlüğü Türk toplumu ort puanı 89.5 iken bizim çalışmamızda seçmiş olduğumuz grupların ort puanlarının tümü belirgin bir şekilde düşük olarak saptanmıştır (97). Ağrı puanları karşılaştırıldığında astım

grubu en düşük puana sahipken epilepsi ve İYE grubu kontrol grubundan daha düşük olmakla beraber, birbirine yakın puanlar göstermişlerdir. Yine gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmemiştir. Aynı çalışmada ağrı puanları Türk toplumu ort puanı 86.1 iken bizim çalışmamızda seçmiş olduğumuz grupların ort puanlarının tümü düşük olarak saptanmıştır (97). Genel sağlık puanları her 3 grupta da kontrol grubundan daha düşük olmakla beraber en düşük epilepsi grubunda tespit edilmiştir. Aynı çalışmada genel sağlık algısı Türk toplumu ort puanı 73.9 iken bizim çalışmamızda seçmiş olduğumuz grupların ort puanlarının tümü düşük olarak saptanmıştır(97). Vitalite 3 grupta da kontrol grubundan düşük olmakla beraber epilepsi grubunda en düşük ortalama değerleri tespit edilmiş, astım ve İYE grubunun değerleri birbirine yakın bulunmuştur. Aynı çalışmada vitalite Türk toplumu ort puanı 67.0 iken bizim çalışmamızda seçmiş olduğumuz grupların ort puanlarının tümü düşük olarak saptanmıştır(97). Sosyal fonksiyon puanları her 3 grupta da kontrol grubundan düşük iken en düşük puan astım grubunda tespit edilmiştir Aynı çalışmada sosyal işlevsellik Türk toplumu ort puanı 94.8 iken bizim çalışmamızda seçmiş olduğumuz grupların ort puanlarının hepsi düşük olarak saptanmıştır(97). .Emosyonel rol güçlüğü açısından bakılınca epilepsi grubunun ortalama değeri kontrol grubuna göre belirgin bir şekilde düşük saptandı. Astım ve İYE grupları da kontrol grubuna göre daha düşük değerlere sahiptir. Aynı çalışmada emosyonel rol güçlüğü Türk toplumu ort puanı 94.7 iken bizim çalışmamızda seçmiş olduğumuz grupların ort puanlarının tümü düşük olarak saptanmıştır(97).

Mental sağlık açısından bakıldığında 3 grubun puanı da kontrol grubuna göre anlamlı olarak düşüktür.

Kronik hastalıklı çocuğu olan ebeveynlerinin hayat kalitelerinin zarar görme oranı sosyo-ekonomik durum, sosyal destek, ebeveyn ve çocuk kişilikleri ve başa çıkma yöntemleri gibi çevresel faktörlerle azalabilir (106,107). De Bolle (2008) ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada kanserli çocuklar ve bunların annelerinde yaşam kalitesi puanları sağlıklı bireylere göre anlamlı düşük bulunmuştur (107). Bizim çalışmamızda seçilen grupların hepsinin kronik hastalıklı çocuk sahibi olması ve kontrol grubunda akut hastalıklı çocuk annelerinden oluşması yaşam kalite puanlarında düşüklüğe neden olabilir. Fakat bu düşük puanlar arasında mental sağlık puanları dışında istatistiksel olarak anlamlı fark bulamadık. Bunun nedeni kontrol grubundaki bireylerin de hastalıklı çocuklarının olması ve bu durumun annelerin yaşam kalitesini olumsuz etkilemesi olabilir.

Türkiye’de değişik yaş gruplarında, farklı tanı yöntemleri ile depresyon sıklığını araştıran çalışmalar vardır. Depresyon, yapılandırılmış klinik görüşme uygulanarak genel nüfusta %4 (108), yaşlı nüfusta ise %6 (109) olarak saptanmıştır (110). Kronik hastalık durumlarında, örneğin, Alzheimer hastalığında depresyon sıklığının %50’lerde bildiren çalışmalar vardır. Bizim çalışmamızda kronik hasta çocuğu olan annelerde depresyon sıklığına bakıldığında kontrol grubuna göre tüm gruplarda Beck Depresyon puanlarına anlamlı olarak yüksek saptanmıştır. Birçok çalışmada depresyonun kadınlardaki yaygınlığının erkeklere göre 2 kat daha fazla olduğu görülmüştür ve de bu biyolojik, psikolojik ve sosyoekonomik koşullara bağlanmıştır(111, 112, 113). Kadınlar ev içinde ve dışında ve bazen de çok zorlayıcı olan durumlarla uğraşmak zorundadır(114). Çalışmamızda kronik hasta çocukların annelerinde değerlendirme yapıldığından bulunan yüksek depresyon oranlarında kadın popülasyon göz önüne alınmalıdır. Kayahan (2003) ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada 15- 49 yaş arası kadınlarda depresyon prevalansı %25.8 olarak bulunmuştur (115). Bizim çalışmamızda bulduğumuz oranlar bu çalışmanın sonuçlarından daha yüksekti. Türk kadın popülasyonundaki depresyon oranları ve bizim bulduğumuz oranlar arasındaki fark annelerin kronik hasta çocukları olması ve bunların primer bakımından sorumlu olmaları ile ilişkilendirilebilir. (Görünüşe göre depresif insanlar depresyondan önce özel bazı olaylar yaşıyorlar. Bunlar parasal kaygılar, eş, ebeveynler ya da çocuklarla anlaşamama, ya da bazı psikolojik problemler olabiliyor.) Birçok çalışma da gösteriyor ki ailede bir hastanın ya da engelli çocuğun bulunması ebeveynlerde stres ve depresyona neden olmaktadır (116,117). Anneler hasta çocukların bakımında genellikle aktif roller üstlenirler ve hatta bunun için sevdikleri aktivitelerden ya da işlerinden vazgeçebilirler. Bu yüzden babalara göre daha fazla stres altındadırlar ve depresyon riskleri de daha yüksektir (118).

Araştırmacıların çoğu, kronik hastalıklı çocuğu olan annelerde depresyon prevalansının yüksek olduğunu belirlemişlerse de, literatürde annenin, çocuğun hastalığına ilişkin tepkilerde geniş ölçüde farklılıklardan söz edilmektedir. Bu farklılıklar annenin kendi aile öyküsüne, geçmişteki krizli durumlarla baş etme yöntemlerine, çocukla ilgili geleceğe yönelik umutlarına, şimdiki aile ve evlilik durumuna ve sosyal destek sistemlerinin varlığına bağlıdır (119).

Anksiyete bozukluğu ve depresyon batı toplumlarında en yaygın mental bozukluktur. Prevelans oranı yaş ile yükselir. Depresyon halinde, yaş ve prevelans arasındaki linear ilişki, somatik belirti ya da bozukluk gibi diğer değişken ve faktörler için kontrol edildiğinde bile,

geçerliliğini korumaktadır (120, 121, 122). Bizim çalışmamızda gruplarda depresyon oranları normal popülasyona göre yüksek bulunmuştur. Bununla ilişkili olarak da anksiyete sıklığının da yüksek olması beklenen bir sonuçtur. Spielberg'in iki etmenli kuramına göre; gerçek bir tehlike veya tehdidin bulunduğu çevresel koşullar karşısında oluşan, bireyin karmaşık coşkusal tepkilerinin anlatımı "durumluk-state-anksiyete" dir; bu türde bir tepki, çevresel stresin ortadan kalkması ile son bulur. Buna karşı bireyin, huzursuzluk, endişe duyma, karamsar olma, stres altında aşırı duyarlılık ve yaygın coşkusal tepkilerde bulunma eğilimi göstermesine de "sürekli-trait-anksiyete" denir (49- 50).

STAI ölçeğinde ortalama puanlara bakıldığında durumluluk düzeyinde yalnızca epilepsi grubunda kontrol grubundan daha yüksek ortalama puan bulunmuştur. Gruplar arasında durumluluk açısından anlamlı fark gösterilemezken süreklilik değerlerine bakıldığında İYE ve astım gruplarında yüksek değerler elde edilmesine rağmen, sadece epilepsi ve kontrol grubu arasındaki fark anlamlı bulunmuştur.

Rudolph ve arkadaşları(2003) konuşma bozukluğu olan çocukların annelerinde yaptıkları çalışmada depresyon sıklığını normal popülasyondan yüksek olarak saptamışlar fakat anksiyete değerlendirmelerinde normal popülasyondan anlamlı fark tespit etmemişlerdir (123). Bizim çalışmamızda depresyon sıklığı normal popülasyondan yüksek olmakla birlikte anksiyetenin de yüksek olarak bulunması çalışmaya seçilen gruplarda epilepsi ve astım gibi kronik hastalıklı çocuk annelerinin seçilmesi ile ilişkili olabilir. Bu çocuklardaki tekrarlayan hastane yatışları, sürekli ilaç kullanımı, tekrarlayan genel durum bozuklukları, poliklinik ziyaret sayısının fazla olması ve annelerin hastane ortamında daha uzun süre geçirmek zorunda olması; konuşma bozukluğu olan çocukların annelere göre daha sık depresyon ve anksiyete tespit edilmesinin bir nedeni olabilir.

Kronik rahatsızlıklarda anksiyete bozukluğu ve depresyon sıklığının arttığı iyi bilinmektedir (124, 125). Bilgiç. A ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada epilepsili çocuklarda depresyon oranları yüksek bulunmuştur. Bizim çalışmamızda epilepsili çocukların annelerinde durumluk ve süreklilik anksiyetesinin yüksek bulunması, hastalığın süregen doğasının yanı sıra, hastalık nöbetlerinin ne zaman geleceğinin önceden kestirilememesinin ve toplumsal etiketlendirmelerin de etkisi olabilir (126).

Bakı ve arkadaşlarının (2004) yaptığı çalışmada epilepsili çocuklarda depresyon ve anksiyete sıklığı araştırılmış ve sağlıklı kontrol grubuyla karşılaştırıldığında epilepsili çocuklarda depresyon daha sık iken anksiyetede belirgin bir fark bulunmamıştır. Annelerde ise depresyon ve anksiyete normal kontrol grubuyla karşılaştırıldığında belirgin fark bulunmamıştır. Bizim çalışmamızda ise kronik hastalıklı çocuk annelerinde depresyon ve anksiyete sıklığında artmış olarak bulduk (127).

N.Akcakaya (2003) ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada hafif orta ve şiddetli astım olan çocukların anneleri ve sağlıklı çocukların anneleri depresyon ve anksiyete açısından karşılaştırıldığında astım şiddeti ve maternal anksiyete skorları arasında anlamlı bir fark bulunmazken hastalığın şiddeti ile depresyon skoru arasında korelasyon gösterilmiştir.

Bizim çalışmamızda da astımlı çocukların annelerinde depresyon ve anksiyete görülmesinin daha olası olduğunu gösterdik (128).

PÇE incelendiğinde, tüm grupların puanı kontrol grubununkine göre istatistiksel olarak anlamlı ölçüde yüksektir. Epilepsi astım ve idrar yolu enfeksiyonuna sahip çocukların annelerinin problem çözme yetilerinin daha yüksek olduğu gözlenmiştir.

Yapılan bir çalışmada annelerin epilepsili ataklarının özellikle ilkinde yanlış tutumlar sergilerlerken tekrarlayan ataklarla yanlış davranışların daha az sıklıkta olduğu ve annelerin daha kontrollü ve soğukkanlı olduğu gözlenmiştir. Bu durum ölecek kaygısının en yoğun yaşandığı semptomları barındırdığı için annelerin hastalık konusunda daha duyarlı olmasına bağlanabilir. Belki de bu nedenle anneler hastalık konusunda daha fazla bilgi edinmek kaygısı duymaktadır (129).

Pediatrics 1993 yılında yayınlan çalışmada Özürlü Çocuklar Komitesini ve çocuklarda ve ailelerde psikososyal bakım komitesi tarafından yapılan öneride kronik sağlık problemlerinin çocukları ve adolosanları olumsuz yönde etkiledikleri, aileleri bu durumlarda problemler yaşadığı ve pediatristlerin buradaki rolünün iyi planlanmış medikal bakım olduğu kadar etkili ve efektif iletişim ile ailelere yardım etmek olduğuna dikkat çekilmiştir (130).

Melnyk (2004) ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada çocukları yoğun bakım ünitesinde yatan ailelere eğitim ve davranış temelli bir program uygulamışlar ve bu program ile

hasta çocuk ailelerinde depresyon oranlarında anksiyetede ve yaşam kalitesinde düzelme saptamışlardır (131). Bu noktada önemli konu şu ki; kronik hastalıklı çocuğu olan ailelere sağlanacak eğitim ve psikolojik destek programları depresyon anksiyete ve yaşam kalitesinde belirgin düzelme sağlayacaktır (131).

Uslu (2003) tarafından yapılan çalışmada dahemodialize devam eden çocukların annelerinde psikososyal sorunlarından kaynaklanan anksiyetenin giderilmesinde eğitimin etkili olabileceği gösterilmiştir (132).

SONUÇ

1. Kronik hastalıklı çocuğu olan annelerde depresyon sıklığı kontrol grubuna göre yüksek bulunmuştur. (P değeri: Astım 0,016 Epilepsi 0,004 ve İYE 0,039)
2. Kronik hastalıklı çocukların annelerinde yaşam kalitesi puanları Türk toplumu ortalamalarına göre belirgin düşük bulunmuştur. Ailede kronik hastalıklı çocuk bulunması yaşam kalitesini olumsuz etkilemiştir.
3. Kronik hastalıklı çocuğu olan annelerde anksiyete daha sık tespit edilmiş, epilepsi grubunda süreklilik anksiyetesi değeri daha yüksek bulunmuştur. (P değeri: Epilepsi 0,038)
4. Kronik hasta çocuğu olan annelerin problem çözme yeteneğinin daha iyi olduğu görülmüştür. (P değeri: Astım 0,028 Epilepsi 0,001 ve İYE 0,031)

ÖZET

Bu çalışma, çocuk polikliniğinden takipli kronik hastalığı olan çocukların ailelerinin sosyodemografik özelliklerini, annelerin depresyon, anksiyete oranlarını, yaşam kaliteleri ve problem çözme yeteneklerini değerlendirmesi için planlandı.

Poliklinikten takipli 29 epilepsi, 33 İYE, 31 astım tanısı olan çocuğun anneleri rastgele seçilerek ilk 3 grubu oluşturmuştur. Kontrol grubunu ateş ile acil polikliniğine başvuran akut tonsilit tanısı konan ve antibiyoterapi verilen 23 çocuğun anneleri oluşturmuştur.

Hastalara sosyodemografik anket formu BDÖ, STAI TX1-TX2, SF36 ve PÇE uygulanmıştır. Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 15.0 programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotların (Ortalama, Standart sapma) yanı sıra niceliksel verilerin 4 gruba göre karşılaştırılmasında Oneway Anova testi; iki gruba göre karşılaştırmalarında ise student t testi kullanıldı. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ise Ki-Kare testi kullanıldı. Sonuçlar % 95'lik güven aralığında, anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirildi.

Kronik hastalığı olan ve özellikle epilepsili çocukların annelerinde depresyon puanları yüksek bulunmuştur (P değeri: Astım 0,016 Epilepsi 0,004 ve İYE 0,039). Bu durum annelerin en değerli varlıkları olan çocuklarının süreğen bir hastalığının olması ve bunların primer bakımından sorumlu olması ile ilişkilendirilebilir.

Aynı gruplar yaşam kalitesi açısından değerlendirildiğinde tüm grupların fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, ağrı, genel sağlık, vitalite, sosyal fonksiyon, emosyonel rol güçlüğü, mental sağlık puanları Türk toplumu ortalama puanlarına göre düşük saptanmıştır.

Annelerin yaşam kalitelerinin zarar görme oranını azaltmak için sosyal desteğin önemi açıktır. Bu konuda annelerin değerlendirilmesi ve konsültan psikiyatris, danışmanlık ve terapi

için bir psikolog bulunması yaşam kalitelerini arttırmak açısından önemli olduğu düşünülmektedir

Çalışmamızda kronik hastalıklı çocuk sahibi annelerde anksiyete oranları kontrol grubundan yüksek bulunmuştur. Bu durum tekrarlayan hastane yatışları, sürekli ilaç kullanımı, genel durum bozuklukları, poliklinik ziyaretleri ve annelerin hastane ortamında daha uzun süre geçirmek zorunda olmasında bağlı olduğu düşünülmektedir. Bu durum koruyucu hekimliğin önemini bir kez daha ortaya koymaktadır.

Tüm grupların problem çözme yetilerinin kontrol grubunda göre daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir. Bu da süreğen hastalık ve getirdiği sorumluluklarla baş eden annede tecrübelerle kazanılmış bir yetenek olarak değerlendirilebilir.

SUMMARY

This study was planned to evaluate sociodemographic features of the parents of the children who have chronic illness and have been followed up in the polyclinic of children.

The mothers of 29 children having epilepsy, 33 children having UCI(Urine canal infection), and 31 children having asthma were randomly selected to form the first three groups. The control group is formed by mothers of 23 children who came to the emergency polyclinic with fever and were diagnosed with acute tonsillitis and applied antibiotherapy.

The patients were applied with the survey of sociodemographic form, BDS(Beck depression scale), STAI TX1-TX2, SF36, and PSI(Problem solving inventory). SPSS(Statistical package for social sciences) for Windows 15.0 program was used for statistical analysis. During the data analysis, along with the statistical methods such as mean and standard deviation, One-way ANOVA test was used for comparison of 4 groups' quantitative data and student t test was used for comparison of 2 groups. Chi-Square test was used in comparison of qualitative data. The results were evaluated in 95% confidence interval and $p < 0.05$ level of significance.

The depression points of the mothers of chronic ill children(especially epileptic ones) were high. This situation may have a connection with the fact that mothers' children, which is their most precious thing, have a long-term continual illness and they are responsible for their primary care.

When the same groups were evaluated for their quality of life, all groups' physical function, physical difficulty of role, pain, general health, vitality, social function, emotional difficulty of role, and mental health points were lower than the mean of Turkish society.

The role of social support is essential for decreasing the ratio of damage of their quality of life. Mothers' evaluation in this matter and consultant psychiatrist, seeing a psychologist for consultancy and therapy is important to increase their quality of life.

In our study, anxiety of mothers of chronic ill children is found higher than the anxiety of control group. This situation may be related to repeated visits of hospital, continual drug use, general condition disorders, visits of polyclinics and mothers' obligation of spending more time in hospital. This situation emphasizes the importance of protective role of doctors again.

All the groups' skills of problem solving is found to be higher than the control group. This is an expected result in the mothers who cope with continual illness and the responsibilities it brings.

KAYNAKLAR

1. Gültekin Gülümser, Baran Gülen, "Hastalık ve Çocuk". Aile ve Toplum Dergisi, Sayı:8, Cilt:2, Yıl:7, Ocak-Mart 2005.
2.)Doç. Dr. Özkan. M. Kronik Hastalıkların Aileler üzerindeki psikiyatrik ve psikososyal etkileri
3. Perrin EC, Newacheck PW, Pless IB, et al. Issues involved in the definition and classification of chronic health conditions. Pediatrics.1993;91: 787 793
4. Newacheck PW. Adolescents with special health needs: prevalence, severity, and access to health services.
5. DM Er. Hastanede yatan çocuklar ve ailelerinin kaygı düzeyini etkileyen faktörlerin incelenmesi (Yayımlanmamış Doktora Tezi), Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 1998.
6. Tomaç N., Saraçlar Y.:Astım epiyodolijisi.Klinik Çocuk Forumu, 3(4):14-16, 2003
7. Öneş Ü.:Bronşiyal astım. Ed.:Neyzi O., Ertuğrul T., Pediatri. 3. Baskı, Cilt.1, s.616-630, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2002
8. Dağlı E. Astım. Klinik Çocuk Forumu Çocuk Göğüs Hastalıkları Özel Sayısı 2003; 3 (1): 4-12.
9. Elder JS. Urinary Tract Infections. In: Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB (Ed) Nelson Textbook of Pediatrics (17th ed). Vol: 530. Philadelphia, WB Saunders Company, 2003: 1785-1790.
10. Mak RH, Kuo HJ. Pathogenesis of urinary tract infection: an update. Current Opinion in Pediatrics. Apr 2006 18(2):148-152.
11. Tekrarlayan İdrar Yolu Enfeksiyonu Bulunan Çocuklarda Görüntüleme Yöntemleriyle Saptanan Üriner Sistem Patolojileri Sıklığı Dr.Aydın ECE, Dr.M. Emin YILMAZ, Dr.Fuat GÜRKAN, Dr.Yaşar BÜKTE, Dr.Kenan HASPOLAT T Klin Pediatri 2001, 10:30-35
12. Elder JS. Urinary Tract Infections. In: Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB (Ed) Nelson Textbook of Pediatrics (17th ed). Vol: 530.Philadelphia ,WB SaundersCompany, 2003: 1785-1790.
13. Mak RH, Kuo HJ. Pathogenesis of urinary tract infection: an update. Current Opinion in Pediatrics. Apr 2006 18(2):148-152.

14. Chirstiensen AM, Shaw K. Urinary Tract Infection. In: Childhood. Kaplan BS, Meyers KEC (Ed) Pediatric Nephrology and Urology. Elsevier Mosby 2004: 317-325
15. Jones KV. Urinary Tract Infection in infancy and Childhood. In: Davidson A. M., Cameron J.S., Grunfel JP, Kerr DNS, Ritz E, Winearls CG (Ed) Oxford Textbook of Clinical Nephrology (2nd Ed). Vol:3 (7.4) London. Oxford University Press 1998
16. Emre S, Üriner Sistem Enfeksiyonları. Neyzi O., Ertugrul T. (Ed) Pediatri (3.Baskı) İstanbul. Nobel Tıp Kitabevi 2002;18. 8: 1203- 1207
17. Hauser WA. Seizure disorders: the chances with age. *Epilepsia* 1992;33 (suppl 4): S6- 14.
18. O'Donohoe NV. *Epilepsies of Childhood*. 3rd ed. Oxford: Butterworth-Heinemann Ltd; 1994:1- 5
19. Brodie M.J, French J.A. Management of epilepsy in adolescent and adults. *The Lancet*. July 22, 2000; vol. 323- 329.
20. Knafl K Zoller. L childhood chronic illness: a comparison of mothers' and fathers' experiences *J Fam Nurs* 2000; 6: 287-302
21. Çevik A, Volkan VD. Depresyonun psikodinamik etiolojisi. *Depresyon Monografaları Serisi 3*. 1993. p.109- 122.
22. Prof. Dr. Ertuğrul Köroğlu "Depresif Bozukluklar" Tamamlayıcı klinik psikiyatri, Ankara: HYB Yayıncılık 2004;253-77
23. Brunswick DJ, Amsterdam JD, Mozley PD, et al. Greater availability of brain dopamine transporters in major depression shown by [^{99m}Tc]TRODAT1 SPECT imaging. *Am J Psychiatry*. 2003;160:1836–41.
24. Gobbard GO. Mood disorders.: Psychodynamic etiology. HI Kaplan, BJ Saock (eds). *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 6 ed. Baltimore: Williams and Wilkins Comp; 1995. pp. 1116-23.
25. Plotsky PM, Owens MJ, Nemeroff CB. Psychoneuroendocrinology of depression. Hypothalamic- pituitary-adrenal axis. *Psychiatr Clin North Am*. 1998 Jun;21(2):293-307.
26. Drevets WC, Videen TO, Price JL, et al. A functional anatomical study of unipolar depression. *J Neurosci*. 1992;12: 3628–41.
27. Bahls SC, de Carvalho GA. The relation between thyroid function and depression: a review. *Rev Bras Psiquiatr*. 2004 Mar;26(1):41-9

28. Krishnan KR, McDonald WM, Escalona PR, et al. Magnetic resonance imaging of the caudate nucleus in depression: preliminary observations. *Arch Gen Psychiatry*. 1992; 49:553–7.
29. Husain MM, McDonald WM, Doraiswamy PM, et al. A magnetic resonance imaging study of putamen nuclei in major depression. *Psychiatry Res*. 1991;40:95–9.**
30. Baumann B, Danos P, Krell D, et al. Reduced volume of limbic system-affiliated basal ganglia in mood disorders: preliminary data from a postmortem study. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 1999;11: 71–8.
31. Colman I, Polubidis GB, Wadsworth ME, Jones PB, Croudace TJ. A Longitudinal typology of symptoms of depression and anxiety over the life course. *Biol Psychiatry*. 2007;Aug 8.
32. Bhatia SK, Bhatia SC. Childhood and adolescent depression. *Am Fam Physician*. 2007 Jan 1;75(1):73-80.
33. Jiang W, Kuchibhatla M, Clary GL, Cuffe MS, Christofer EJ, Alexander JD, Califf RM, Krishnan RR, O’Connor CM. Relationship between depressive symptoms and long-term mortality in patients with heart failure. *Am Heart J*. 2007 Jul;154(1):102- 8.
34. Carlson GA, Kashani JH. Phenomenology of major depression from childhood through adulthood: analysis of three studies. *Am J Psychiatry* 1988;145:1225
35. Stewart DE, Gucciardi E, Grace SL. Depression. *BMC Women’s Health* 2004, 4(Suppl I):S19
36. Savrun MB. Depresyon, Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu. İstanbul. 1999;2-3 Aralık:11-17
37. Gelder M, Gath D, Mayou R, Cowen P. *Oxford Textbook of Psychiatry*. Third Edition. Oxford University Press, Oxford, 1996
38. Charney E, Weissman M. Epidemiology of Depressive and Manic Syndromes. In *Depression and Mania*, ed(s) Georgotas A, Cancro R. Elsevier, New York, 1988.
39. Amerikan Psikiyatri Birliği. *Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı Dördüncü Baskı (DSM-IV)*, Washington
40. DC, 1994’ten çeviren Köroğlu E., Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1996
41. Kaplan H.I., Soderock B.J. :*Pocket Handbook of Clinical Psychiatry. Anxiety Disorders*, p.96-99, Williams&Wilkins, Baltimore, 1990.
42. Kaplan H.I., Soderock B.J. :*Concise textbook of Clinical Psychiatry. Middle East Edition*, William&Wilkins, Baltimore, 1990

43. Çevik A.: Yaygın anksiyete bozukluğunun kliniği, 2. Anksiyete Bozuklukları Sempozyumu, der. Doğan O., Sivas, Cumhuriyet Üniv. Tıp Fak. Basımevi, s: 25- 33 1993.
44. Uzbay IT, Anksiyetenin nörobiyolojisi, Klinik Psikiyatri Dergisi; Ek 1: 5- 13, 2002
45. Berkow R. : The Merck Manual, U. S. A. , Merck Sharp & Dohme, p: 1502- 150 1987.
46. Öztürk O. : Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, Ankara, Hekimler Yay. Birliği, s: 263- 266,272-276, 1994.
47. Tomb A. D. : Aile Hekimleri için Psikiyatri, çev. Tunca Z., Fidaner H., İzmir, Saray Medikal Yay., s: 70- 77 , 1994.
48. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4,h ed, Washington DC, 1994.
49. Lecompte A. ,Öner N. : Süreksiz-Durumluluk, Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı. Boğaziçi Üniversitesi Matbaası, İstanbul, 1988
50. Öner N. : Türkiye'de Kullanılan Psikolojik Testler. 3. Basım, Boğaziçi Üniversitesi Yayınları, İstanbul, 1997.
51. Şenol Y. Yaşam Kalitesi Ölçütlerinde Taraf Tutma: Cevap Kayması. TAF Preventive Medicine Bulletin, 2006: 5 (5):382- 389
52. Felce P, Perry J. Exploring current conceptions of quality of life: In Brown I, Renwick R, Nagler M, editors. Quality of life in health promotion and rehabilitation, Sage Pub;1996
53. Özkan S (1999). Yaşam Kalitesinin Ölçülmesi, WHOQOL–100 ve WHOQOL-BFEF Psikiyatri, Psikoloji, Psikoformokoloji dergisi, 7:2, 5-13
54. The WHOQOL Group (1996). What Quality of Life. World Health Forum. 17:354- 356.
55. Pınar R (1997). Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi, Aylık Aktüel Tıp Dergisi, 9:9, 117- 123.
56. Muldoon MF, Barger SD, Flory JD et al. What are Quality of Life measurements measuring. BMJ 1998;316:542.
57.)Wilson IB, Cleraly PD. Linking clinical variables with health related quality of life. JAMA, 1995;59.

58. Leidy NK. Functional status and the forward progress of merry go-rounds. Toward a coherent analytical framework. *Nurse Res* 1994;43:196.
59. Flanagan JC. A research approach to improving our quality of Life. *Am Psychocol* 1978;33:138.
60. Fries JF, Singh G. The hierarchy of patient outcomes. *Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials*. Second Edition, Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers; 1996. p.33.
61. Anderson KL. The Effects of Cronic Obstructive Pulmonary Disease on Quality of Life. *Nurse Res Health* 1995;18: 547.
62. Moody L, McCormick K, Williams A. Disease and symptom severity, functional status and quality of life in chronic bronchitis and emphysem. *J Behav Med* 1990;13: 297.
63. Ware JE. The Status of Health Assesment 1994. *An Rev Pub Health* 1995;16: 327.
64. Tesla MA, Nackley JF. Methods for Quality of Life Studies. *An Rev Public Health* 1994;15: 535.
65. Orley J. , Kuyken W. (1993). *Quality of Life Assessment: International Perspectives*. Proceedings of The Jointmeeting Organized by the WHO and the Foundation IPSEN in Paris, ss: 41-57.
66. Bingham, A. (1998). *Çocuklarda Problem Çözme Yeteneklerinin Geliştirilmesi*. Çev.A.Ferhan Oğuzkan. İstanbul: Millî Eğitim Basımevi.
67. Pellegrini, D.S. ve Urbain, E.S. (1986). An Evaluation of Interpersonal Cognitive Problem Solving Training With Children. *Child Psychology and Psychiatry*. Vol: 26, n: 1, 17-41.
68. Koberg, D. ve Bagnall, J. (1981). *The Universal Traveler*. Kaufman, Inc. 95 First Street, California, 94022.
69. Kuzgun, Y. (1992). *Rehberlik ve psikolojik danışma*. ÖSYM Yayınlan Ankara.
70. Elias MJ., Weissberg R.P. (2000). "Primary prevention: educational approaches to enhance social and emotional learning." *The Journal of School Health* 70(5) 186- 190
71. Baysal B. Süreğen hastalıklar ve hastaneye yatış: çocuk, aile ve tedavi ekibi. *Katki Pediatri Dergisi* 1996; 17: 912- 918
72. Clubb RL. Chronic sorrow: adaptation patterns of parents with chronically ill children. *Pediatr Nurs* 1991; 17: 461- 466

73. Fortier, L, Wanlass R. Family crisis following the diagnosis of a handicapped child. *Family Relations* 1984; 33: 13-24
74. Olshansky, S. Chronic sorrow: a response to having a mentally defective child. *Social Casework* 1962; 43: 190- 193
75.)Copley MF, Bodensteiner JB. Chronic sorrow in families of disabled children. *J Child Neurol* 1987; 2: 67- 70.
76. Clements DB, Copeland LG, Loftus M. Critical times for families with a chronically ill child. *Pediatr Nurs* 1990; 16: 157- 161.
77. Hamlett KW, Pellegrini DS, Katz KS. Childhood chronic illness as a family stressor. *J Pediatr Psychol* 1992; 17: 33- 47.
78. Steele, S. *Health Promotion of the Child with Long- Term Illness.* (3rd ed). Norwalk, CT: Appleton-Century- Crofts, 1983.
79. Riddle II, Hennessey J, Eberly TW, Carter MC, Miles MS. Stressors in the pediatric intensive care unit as perceived by mothers and fathers. *MCN Am J Matern Child Nurs* 1989; 18: 221-233.
80. Knafl K, Zoeller L. Childhood chronic illness: a comparison of mothers\' and fathers\' experiences. *J Fam Nurs* 2000; 6: 287- 302.
81. Fraley AM. Chronic sorrow: a parental response. *J Pediatr Nurs* 1990; 5: 268- 273.
82. Baron C, Veilleux P, Lamarre A. The family of the asthmatic child. *Can J Psychiatry* 1992; 37: 12- 16.
83. Damrosch SP, Perry LA. Self-reported adjustment, chronic sorrow, and coping of parents of children with Down syndrome. *Nurs Res* 1989; 38: 25- 30.
84. Kovacs M, Feinberg TL, Paulauskas S, Finkelstein R, Pollock M, Crouse-Novak M. Initial coping responses and psychosocial characteristics of children with insulin-dependent diabetes mellitus. *J Pediatr* 1985; 106: 827- 834.
85. Blotcky AD, Raczynski JM, Gurwitch R, Smith K. Family influences on hopelessness among children early in the cancer experience. *J Pediatr Psychol* 1985; 10: 479-493.
86. Sabbeth BF, Leventhal JM. Marital adjustment to chronic childhood illness: a critique of the literature. *Pediatrics* 1984; 73: 762- 768
87. Perrin JM, MacLean WE Jr. Children with chronic illness. The prevention of dysfunction. *Pediatr Clin North Am* 1988; 35: 1325- 1337.

88. Kazak AE. Families of chronically ill children: a system and social-ecological model of adaptation and challenge. *J Consult Clin Psychol* 1989; 57: 25- 30.
89. Zetlin S, Williams GG, Rosenblatt WP. The coping with stress model: a counseling approach for families with handicapped child. *J Couns Dev* 1987; 65: 443- 446.
90. Thompson VL, Hupcey JE, Clark MB. The development of trust in parents of hospitalized children. *J Spec Pediatr Nurs* 2003; 8: 137- 147.
91. Newton MS. Family-centered care: current realities in parent participation. *Pediatr Nurs* 2000; 26: 164-168.
92. Knight L. Child health. Negotiating care roles. *Nurs Times* 1995; 91: 31- 33.
93. Daneman S, Macaluso J, Guzzetta CE. Healthcare providers' attitudes toward parent participation in the care of the hospitalized child. *J Spec Pediatr Nurs* 2003; 8: 90-98.
94. Wheeler HJ. The importance of parental support when caring for the acutely ill child. *Nurs Crit Care* 2005; 10: 56- 62.
95. Wikler L. Chronic stress of families of mentally retarded children. *Fam Relat* 1981; 30: 281- 288.
96. Kristjansdottir G. A study of the needs of parents of hospitalized 2- to 6-year-old children. *Issues Compr Pediatr Nurs* 1991; 14: 49- 64.
97. Psikiyatride kullanılan klinik ölçekler, 2006, Prof. Dr. Ömer Aydemir, Prof. Dr. Ertuğrul Köroğlu
98. Aydemir Ö. Konsültasyon-Liyeron psikiyatrisinde yaşam kalitesi ölçümü: Kısa Form-36. [www.sabem.saglik.gov.tr/ Akademik metinler/ gato.aspx id :2688](http://www.sabem.saglik.gov.tr/Akademik%20metinler/gato.aspx?id:2688)
99. Ware JE, Snow KK, Kosinski M, Gandek B. SF-36 Health Survey: Manual and Interpretation Guide. New England Medical Center, Boston, 1993.
100. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item Short- Form Health Survey (SF-36).I.Conceptual framework and item selection. *Med Care* 1992; 30: 473-483.
101. Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü; Türkiye de kadının durumu, Ocak 2008
102. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med.* 1995;41:1403–1409. doi: 10.1016/0277- 9536(95)00112-K
103. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties. *Soc Sci Med.* 1998;46:1569–1585. doi: 10.1016/S0277- 9536(98)00009- 4.

104. The WHOQOL Group: WHOQOL User Manual, and annexes (WHO/MSA/MHP/98.3). World Health Organization; 1998.
105. Raina P, O'Donnell M, Schwellnus H, Rosenbaum P, King G, Brehaut J, Russell D, Swinton M, King S, Wong M, Walter SD, Wood E. Caregiving process and caregiver burden: conceptual models to guide research and practice. *BMC Pediatr.* 4:1. doi: 10.1186/1471-2431-4-1. 2004 Jan 14; Review
106. Vitaliano PP, Zhang J, Scanlan JM. Is caregiving hazardous to one's physical health? A meta-analysis. *Psychol Bull.* 2003;129:946–72. doi: 10.1037/0033-2909.129.6.946.
107. Self- and Parental perspectives on quality of life in children with cancer De Bolle M, De Clercq B, De Fruyt F, Benoit Y. : *J Psychosoc Oncol.* 2008; 26():35- 47
108. Kılıç C(1998) Erişkin nüfusta ruhsal hastalıkların yaygınlığı, ilişkili faktörler, yetiyitimi ve ruh sağlığı hizmetleri kullanımı sonuçları. Türkiye Ruh Sağlığı Profili raporu. T.C. Sağlık Bakanlığı, Ankara, s:77- 93.
109. Uçku R, Küey K(1991) Yaşlılarda depresyon epidemiyolojisi Yarı kentsel bir bölgede 65 yaş üzerindeki yaşlılarda kesitsel bir alan araştırması. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 1:15-20.
110. Depresyon Yaygınlığı ve Risk Etkenleri: Huzurevinde ve Evde Yaşayan Yaşlılarda Karşılaştırmalı bir Çalışma Dr. I. Maral, Dr. S. Aslan, Dr. M.N. İlhan, Dr. A. Yıdırım, Dr. S. Candan, Dr. M.A. Bumin ; 2001; 12(4): 251-259
111. American Medical Association. Essential guide to depression. New York, Simon&Schuster; 1998
112. Altshuler LL, Choen LS, Moline ML, Kahn DA, Carpenter D, Docherty JP, Ross RW. Treatment of depression in women, a summary of the expert consensus guideline. *Journal of Psychiatric Practice.* 2001;7:185–208. doi: 10.1097/00131746-200105000-00006
113. Gazmararian JA, James SA, Lepkowski JM. Depression in black and white women. The role of marriage and socioeconomic status. *Ann Epidemiol.* 1995;5:455–463. doi: 10.1016/1047-2797(95)00061-5
114. Downey C, Coyne CJ. Children of depressed parents, an integrative review. *Psychological Bull.* 1990;108: 50–76. doi: 10.1037/0033-2909.108.1.50.
115. 15-19 yaşları arasındaki kadınlarda depresyon prevalansı ve depresyon şiddeti arasındaki ilişki B. Kayahan, E Altıntoprak, S karabilgin, Ö Öztürk; *Anadolu psikiyatri dergisi* 2003;4(4):208-219

116. Saviolo-Negrin N, Cristante F, Zanon E, Canclini M, Stocco D, Girolami A. Psychological aspects and coping of parents with a haemophilic child: a quantitative approach. *Haemophilia*. 1999;5:63–68. doi: 10.1046/j.1365- 2516.1999.00213.x.
117. Mu PF. Paternal reactions to a child with epilepsy: uncertainty, coping strategies, and depression. *Journal of Advanced Nursing*. 49: 367–376. doi: 10.1111/j.1365 2648.2004.03300.x.
118. Olsson MB, Hwang CP. Depression in mothers and fathers of children with intellectual disability. *J Intellect Disabil Res*. 2001;45:535–543. doi: 10.1046/j.1365- 2788.2001.00372.x.
119. Çavuşoğlu H : Çocuk sağlığı hemşireliği. 3. Baskı, 1. Cilt, s. 69- 86, Ankara, 1997
120. C. Herrmann, U. Buss, HADS-D: Hospital Anxiety and Depression Scale—Deutsche Version, Verlag Huber, Bern, 1995.
121. H.U. Wittchen, Generalized anxiety disorder: prevalence, burden, and cost to society. *Depress. Anxiety* 16 (2002), pp. 162–171
122. E. Stordal, A. Mykletun and A.A. Dahl, The association between age and depression in the general population: a multivariate examination. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 107 (2003), pp. 132–141.
123. Anxiety and depression in mothers of speech impaired children: Michael Rudolph, Frank Rosanowski, Ulrich Eysholdt and Peter Kummer *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology* Volume 67, Issue 12, December 2003, Pages 1337-1341
124. General Hospital Psychiatry Major depressive disorder in the general hospital adaptation of clinical practice guidelines: Rachel Voellinger M.D. ve arkadaşları, *General Hospital Psychiatry* Volume 25, Issue 3, May-June 2003, Pages 185- 193
125. Clinical and health services relationships between major depression, depressive symptoms, and general medical illness : Wayne J. Katon; *Biological Psychiatry* Volume 54, Issue 3, 1 August 2003, Pages 216- 226
126. Bir Grup Epilepsili Çocukta Depresyon ve Anksiyete Belirti Düzeyi ve İlişkili Faktörler Dr. Ayhan BİLGİÇ1, Dr. Savaş YILMAZ2, Dr. Serap TIRAŞ3, Dr. Gülhis DEDA4, Dr. Emine Zinnur KILIÇ *Türk Psikiyatri Dergisi* 2006; 17(3):165- 172
127. Anxiety and depression in children with epilepsiy and their mothers Baki O. Erdoğan A. Kantarcı O. Akışık G. Kayaalp L. Yalçınkaya C. *Epilepsy & Behavior* 2004 958 964
128. Psychological problems in turkish asthmatic children and their families N. Akçakaya, M. Aydoğan, A. Hassanzadeh, Y. Camcioglu, H. Çokugras *2003* 282- 287

129. Ceceli, G. Febril Konvulsiyon geiren ocukların Ailelerinin Bilgi Tutum ve Davranışları. Yayınlanmamış Uzmanlık tezi. 2008.
130. Psychosocial Risks of Chronic Health Conditions in Childhood and Adolescence, Pediatrics 1993; 92: 876- 878
131. Creating Opportunities for Parent Empowerment: Program Effects on the Mental Health/Coping Outcomes of Critically Ill Young Children and Their Mothers. Bernadette Mazurek Melnyk and his friends, Pediatrics 2004; 113; e597-e607
132. Marmara üniversitesi sağlık bilimleri enstitüsü, Hemodiyalize devam eden çocukların annelerinde görölen psiko-sosyal sorunlardan kaynaklanan anksiyetenin giderilmesinde hemşirenin rolü, Hemşire Melike Uslu, İstanbul–2003

EKLER

- 1- Demografik Özellikler Soru Formu
- 2- Beck Depresyon Ölçeği(BDÖ)
- 3- Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri(STAI)
- 4- Kısa Form(SF-36)
- 5- Problem Çözme Envanteri(PÇE)

EK- 1

Kronik Hastalığı olan Çocukların Annelerindeki Depresyon ve Anksiyete Düzeyinin İncelenmesine Yönelik Hasta Anketi

Anket Formu

Hastanın araştırma sıra numarası:

Tarih

1. Adınız-Soyadınız nedir?
 2. Kaç yaşındasınız?
 3. Okuma-Yazma biliyor musunuz?
---Hayır
---Evet "ise en son bitirdiğiniz okul"
Okur-Yazar
İlköğretim Mezunu
Lise Mezunu
Üniversite Mezunu
 4. Ne iş yapıyorsunuz?.....Kaç yıldır?.....
 5. Eşiniz ne iş yapıyor?.....Kaç yıldır?.....
 6. Eşiniz okuma-yazma biliyor mu?
---Hayır
---Evet "ise en son bitirdiği okul"
Okur-Yazar
İlköğretim Mezunu
Lise Mezunu
*Üniversite Mezunu
 7. Ailenizin aylık ortalama geliri kaç ytl?
* 500 ve altı * 501-1000 * 1001-1500 * 1501-2000 2000 üstü
 8. İkamet
adresiniz: İl:..... İlçe..... Mahalle.....
..
- Telefon.....

9. Sosyal güvenceniz var mı?

---Hayır

---Evet "ise en son bitirdiğiniz okul"

Emekli Sandığı

Bağ Kur

SSK

Yeşil Kart

Özel Sağlık Sigortası

Bunlardan başkaysa belirtin:.....

10. Medeni Durumunuz?

Evli

Bekar

Ayrı

Dul

11. Kaç çocuk sahibisiniz?

1

2

3

4 ve üstü

12. Çocuğunuzun hastalık süresi ne kadar?

Yıl?

13. Çocuğunuz kaç kere hastanede yatarak tedavi gördü?

1

2

3

4 ve üstü

14. Çocuğunuz hangi ilaçları kullanıyor?.....

15. Bakmakla yükümlü olduğunuz başka yakınınız var mı?

Evet

Hayır

16. Sizde herhangi bir fiziksel rahatsızlık mevcut mu?Varsa belirtin:.....

17. Herhangi bir psikiyatrik rahatsızlığınız mevcut mu?Varsa belirtin:.....

18. Herhangi bir ilaç kullanıyor musunuz?Varsa belirtiniz:.....

19. Ailede herhangi bir psikiyatrik hastalık mevcut mu?Varsa belirtin:.....

EK-2

BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ (B D Ö)

AÇIKLAMA:

Sayın cevaplayıcı aşağıda gruplar halinde cümleler verilmektedir. Öncelikle her gruptaki cümleleri dikkatle okuyarak, BUGÜN DAHİL GEÇEN HAFTA içinde kendinizi nasıl hissettiğini en iyi anlatan cümleyi seçiniz. Eğer bir grupta durumunuzu, duygularınızı tarif eden birden fazla cümle varsa her birini daire içine alarak işaretleyiniz.

Soruları vereceğiniz samimi ve dürüst cevaplar araştırmanın bilimsel niteliği açısından son derece önemlidir. Bilimsel katkı ve yardımlarınız için sonsuz teşekkürler.

- A-** 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.
- B-** 0. Gelecek hakkında mutsuz ve karamsar değilim.
1. Gelecek hakkında karamsarım.
2. Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
3. Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
- C-** 0. Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.
1. Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.
2. Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
3. Kendimi tümüyle başarısız biri olarak görüyorum.
- D-** 0. Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
1. Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.
2. Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
3. Her şeyden sıkılıyorum.
- E-** 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.
- F-** 0. Bana cezalandırılmışım gibi geliyor.
1. Cezalandırılabilirim hissediyorum.
2. Cezalandırılmayı bekliyorum.
3. Cezalandırıldığımı hissediyorum.
- G-** 0. Kendimden memnunum.
1. Kendi kendimden pek memnun değilim.

2. Kendime çok kızıyorum.
3. Kendimden nefret ediyorum.
- H-** 0. Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
1. zayıf yanların veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.
2. Hatalarımdan dolayı ve her zaman kendimi kabahatli bulurum.
3. Her aksilik karşısında kendimi hatalı bulurum.
- İ-** 0. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
1. Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm olur. Fakat yapmıyorum.
2. Kendimi öldürmek isterdim.
3. Fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.
- J-** 0. Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.
1. Zaman zaman içindem ağlamak geliyor.
2. Çoğu zaman ağlıyorum.
3. Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.
- K-** 0. Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim.
1. eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.
2. Şimdi hep sinirliyim.
3. Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.
- L-** 0. Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.
1. Başkaları ile eskiden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.
2. Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybetmedim.
3. Hiç kimseyle konuşmak görüşmek istemiyorum.
- M.-** 0. Eskiden olduğu gibi kolay karar verebiliyorum.
1. Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
2. Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.
3. Artık hiç karar veremiyorum.
- N-** 0. Aynada kendime baktığımda değişiklik görmüyorum.
1. Daha yaşlanmış ve çirkinleşmişim gibi geliyor.
2. Görünüşümün çok değiştiğini ve çirkinleştiğimi hissediyorum.
3. Kendimi çok çirkin buluyorum.
- O-** 0. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
1. Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor.
2. Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.
3. Hiçbir şey yapamıyorum.
- P-** 0. Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.
1. Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.
2. Her zamankinden 1 - 2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.

3. Her zamankinden çok daha erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.
- R-**
0. Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.
 1. Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.
 2. Yaptığım her şey beni yoruyor.
 3. Kendimi hemen hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.
- S-**
0. İştahım her zamanki gibi.
 1. İştahım her zamanki kadar iyi değil.
 2. İştahım çok azaldı.
 3. Artık hiç iştahım yok.
- T-**
0. Son zamanlarda kilo vermedim.
 1. İki kilodan fazla kilo verdim.
 2. Dört kilodan fazla kilo verdim.
 3. Altı kilodan fazla kilo vermeye çalışıyorum.
- Evet** **Hayır**
- U-**
0. Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.
 1. Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendirmiyor.
 2. Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zorlaşıyor.
 3. Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünemiyorum.
- V-**
0. Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme fark etmedim.
 1. Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim.
 2. Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim.
 3. Cinsel konular olan ilgimi tamamen kaybettim.

EK-3

STAI FORM TX – I (DURUMLUK KAYGI ÖLÇEĞİ)

İsim: Cinsiyet:

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

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

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

STAI FORM TX – 2 (SÜREKLİ KAYGI ÖLÇEĞİ)

İsim:..... Cinsiyet:.....

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

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

		Hemen Hemen Hiçbir Zaman	Bazen	Çok Zaman	Hemen Her Zaman
1	Genellikle keyfim yerindedir	1	2	3	4
2	Genellikle çabuk yorulurum	1	2	3	4
3	Genellikle kolay ağlarım	1	2	3	4
4	Başkaları kadar mutlu olmak isterim	1	2	3	4
5	Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırım	1	2	3	4
6	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	1	2	3	4
7	Genellikle sakin, kendine hakim ve soğukkanlıyım	1	2	3	4
8	Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissederim	1	2	3	4
9	Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim	1	2	3	4
10	Genellikle mutluyum	1	2	3	4
11	Herşeyi ciddiye alır ve endişelenirim	1	2	3	4
12	Genellikle kendime güvenim yoktur	1	2	3	4
13	Genellikle kendimi emniyette hissederim	1	2	3	4
14	Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım	1	2	3	4
15	Genellikle kendimi hüzünlü hissederim	1	2	3	4
16	Genellikle hayatımdan memnunum	1	2	3	4
17	Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder	1	2	3	4
18	Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam	1	2	3	4
19	Aklı başında ve kararlı bir insanım	1	2	3	4
20	Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin ediyor	1	2	3	4

EK-4 SF-36

1- Genel Olarak Sağlığınız İçin Hangisini Söyleyebilirsiniz?

- a) Mükemmel b) Çok İyi c) İyi d) Orta e) Kötü

2- 1 Yıl Öncesiyle Karşılaştığınızda Sağlığınızı Nasıl Değerlendirirsiniz?

- a) 1 Yıl Öncesine Göre Çok Daha İyi
b) 1 Yıl Öncesine Göre Biraz Daha İyi
c) 1 Yıl Öncesiyle Hemen Hemen Aynı
d) 1 Yıl Öncesine Göre Daha Kötü
e) 1 Yıl Öncesine Göre Çok Daha Kötü

3- Aşağıdakiler Gün Boyunca Yaptığınız Etkinliklerle İlgilidir. Sağlığınız Bunları Kısıtlıyor mu? Kısıtlıyorsa Ne Kadar?

	Evet, Oldukça Kısıtlıyor	Evet, Biraz Kısıtlıyor	Hayır, Hiç Kısıtlamıyor
Koşmak, ağır kaldırmak, ağır spor gibi ağır etkinlikler			
Bir Masayı Çekmek, elektrik süpürGESİNİ İTMEK VE AĞIR olmayan sporları yapmak gibi orta derece etkinlikler			
Günlük alışverişte alınanları kaldırma ve taşıma			
Merdivenle çok sayıda kat çıkma			
Merdivenle bir kat çıkma			
Eğilme veya diz çökme			
1-2 Km yürüme			
Birkaç sokak öteye yürüme			
Bir sokak öteye yürüme			
Kendi kendine banyo yapma veya giyinme			

4- Son 4 Hafta Boyunca Bedensel Sağlığınızın Sonucu Olarak, işiniz ya da günlük etkinliklerinizde aşağıdaki sorunlarla karşılaştınız mı?

	Evet	Hayır
İş veya diğer etkinlikler için harcadığınız zamanı azaltınız mı?		
Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız?		
İş veya diğer etkinliklerinizde kısıtlanma oldu mu?		
İş veya diğer etkinlikleri yaparken güçlük çektiniz mi?		

5- Son bir ay içinde duygusal sorunlarınızın sonucu olarak işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizde aşağıdaki sorunlarla karşılaştınız mı?

	Evet	Hayır
İş veya diğer etkinlikler için harcadığınız zamanı azaltınız mı?		
Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız?		
İş veya diğer etkinliklerinizi her zamanki kadar dikkatli yapamıyor muydunuz?		

6- Son bir ay içinde bedensel sağlığınız ya da duygusal sorunlarınız arkadaşlarınızla veya komşularınızla olan etkinliklerinizi ne kadar etkiledi?

- a) Hiç etkilemedi
- b) Biraz etkiledi
- c) Orta derecede etkiledi
- d) Oldukça etkiledi
- e) Aşırı etkiledi

7- Son bir ay içinde ne kadar ağrınız oldu?

- a) Hiç
- b) Çok hafif
- c) Hafif
- d) Orta
- e) Şiddetli
- f) Çok şiddetli

8- Son bir ay içinde ağrınız işinizi ne kadar etkiledi?

- a) Hiç etkilemedi
- b) Biraz etkiledi
- c) Orta derecede etkiledi
- d) Oldukça etkiledi
- e) Aşırı etkiledi

9. Aşağıdaki sorular son bir ay içinde neler hissettiğinizle ilgilidir. Her soru için duygularınızı en iyi karşılayan yanıtı seçin.

	Her Zaman	Çoğu Zaman	Oldukça	Bazen	Nadiren	Hiçbir zaman
Kendinizi yaşam dolu hissettiniz mi?						
Çok sınırlı bir insan oldunuz mu?						
Sizi hiçbir şeyin neşelendiremeyeceği kadar kendinizi üzgün hissettiniz mi?						
Kendinizi sakin ve olumlu hissettiniz mi?						
Kendinizi enerjik hissettiniz mi?						
Kendinizi kederli ve hüzünlü hissettiniz mi?						
Kendinizi tükenmiş hissettiniz mi?						
Kendinizi mutlu hissettiniz mi?						
Kendinizi yorgun hissettiniz mi?						

10- Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız ve duygusal sorunlarınız sosyal etkinliklerinizi ne sıklıkla etkiledi?(akraba ve arkadaş ziyareti gibi)

- a) Her zaman
- b) Çoğu zaman
- c) Bazen
- d) Nadiren
- e) Hiçbir zaman

11- Aşağıdaki her bir ifade sizin için ne kadar doğru veya yanlıştır?

	Kesinlikle	Çoğunlukla	Bilmiyorum	Nadiren	Asla
Diğer insanlardan daha kolay hastalanıyor gibiyim					
Diğer insanlar kadar sağlıklıyım					
Sağlığımın kötüye gideceğini düşünüyorum					
Sağlığım mükemmel					

EK-5

PÇE

Bu envanterin amacı, günlük yaşantınızdaki problemlerinize (sorunlarınıza) genel olarak nasıl tepki gösterdiğinizi belirlemeye çalışmaktır. Sözü ettiğimiz bu problemler, matematik ya da fen derslerindeki alışmış olduğumuz problemlerden farklıdır. Bunlar, kendini karamsar hissetme, arkadaşlarla geçinememe, bir mesleğe yönelme konusunda yaşanan belirsizlikler ya da boşanıp boşanmama gibi karar verilmesi zor konularda ve hepimizin başına gelebilecek türden sorunlardır. Lütfen aşağıdaki maddeleri elinizden geldiğince samimiyetle ve bu tür sorunlarla karşılaştığınızda tipik olarak nasıl davrandığınızı göz önünde bulundurarak cevaplandırın. Cevaplarınızı, bu tür problemlerin nasıl çözülmesi gerektiğini düşünerek değil, böyle sorunlarla karşılaştığınızda gerçekten ne yaptığınızı düşünerek vermeniz gerekmektedir. Bunu yapabilmek için kolay bir yol olarak her soru için kendinize şu soruyu sorun: "Burada sözü edilen davranışı ben ne sıklıkla yaparım?"

Yanıtlarınızı aşağıdaki ölçeğe göre değerlendirin:

1. Her zaman böyle davranırım
2. Çoğunlukla böyle davranırım
3. Sık sık böyle davranırım
4. Arada sırada böyle davranırım
5. Ender olarak böyle davranırım
6. Hiçbir zaman böyle davranmam

Ne kadar sıklıkla böyle davranırsınız?

Her zaman

Hiçbir zaman

- | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|
| 1-) Bir sorunumu çözmek için kullandığım çözüm yolları başarısız ise bunların neden başarısız olduğunu araştırmam. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 2-) Zor bir sorunla karşılaştığımda ne olduğunu olarak belirleyebilmek için nasıl bilgi toplayacağımı uzun boylu düşünmem. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

- 3-) Bir sorunumu çözmek için gösterdiğim ilk çabalar başarısız olursa o sorun ile başa çıkabileceğimden şüpheye düşerim. 1 2 3 4 5 6
- 4-) Bir sorunumu çözdükten sonra bu sorunu çözerken neyin işe yaradığını, neyin yaramadığını ayrıntılı olarak düşünmem. 1 2 3 4 5 6
- 5-) Sorunlarımı çözmeye konusunda genellikle yaratıcı ve etkili çözümler üretebilirim. 1 2 3 4 5 6
- 6-) Bir sorunumu çözmek için belli bir yolu denedikten sonra durur ve ortaya çıkan sonuç ile olması gerektiğini düşündüğüm sonucu karşılaştırırım. 1 2 3 4 5 6
- 7-) Bir sorunum olduğunda onu çözebilmek için başvurabileceğim yolların Hepsini düşünmeye çalışırım. 1 2 3 4 5 6
- 8-) Bir sorunla karşılaştığımda neler hissettiğimi anlamak için duygularımı incelerim. 1 2 3 4 5 6
- 9-) Bir sorun kafamı karıştırdığında duygu ve düşüncelerimi somut ve açık seçik terimlerle ifade atmeye uğraşmam. 1 2 3 4 5 6
- 10-) Başlangıçta çözümünü farketmesem de sorunlarımın çoğunu çözmeye yeteneğim vardır. 1 2 3 4 5 6
- 11-) Karşılaştığım sorunların çoğu, çözebileceğimden daha zor ve karmaşıktır. 1 2 3 4 5 6
- 12-) Genellikle kendimle ilgili kararlar verebilirim ve bu kararlardan hoşnut olurum. 1 2 3 4 5 6
- 13-) Bir sorunla karşılaştığımda onu çözmek için genellikle aklıma gelen ilk yolu izlerim. 1 2 3 4 5 6
- 14-) Bazen durup sorunlarım üzerinde düşünmek yerine gelişigüzel sürüklenip giderim. 1 2 3 4 5 6
- 15-) Bir sorunla ilgili olası bir çözüm yolu üzerinde karar vermeye çalışırken seçeneklerimin başarı olasılığını tek tek değerlendirmem. 1 2 3 4 5 6

16-) Bir sorunla karşılaştığımda, başka konuya geçmeden önce durur ve o sorun üzerinde düşünürüm.	1	2	3	4	5	6
17-) Genellikle aklıma ilk gelen fikir doğrultusunda hareket ederim.	1	2	3	4	5	6
18-) Bir karar vermeye çalışırken her seçeneğin sonuçlarını ölçer, tartar, birbirleriyle karşılaştırır, sonra karar veririm.	1	2	3	4	5	6
19-) Bir sorunumu çözmek üzere plan yaparken o planı yürütebileceğime güvenirim.	1	2	3	4	5	6
20-) Belli bir çözüm planını uygulamaya koymadan önce, nasıl bir sonuç vereceğini tahmin etmeye çalışırım.	1	2	3	4	5	6
21-) Bir soruna yönelik olası çözüm yollarını düşünürken çok fazla seçenek üretmem.	1	2	3	4	5	6
22-) Bir sorunumu çözmeye çalışırken sıklıkla kullandığım bir yöntem; daha önce başıma gelmiş benzer sorunları düşünmektir.	1	2	3	4	5	6
23-) Yeterince zamanım olur ve çaba gösterirsem karşılaştığım sorunların çoğunu çözebileceğime inanıyorum.	1	2	3	4	5	6
24-) Yeni bir durumla karşılaştığımda ortaya çıkabilecek sorunları çözebileceğime inancım vardır.	1	2	3	4	5	6
25-) Bazen bir sorunu çözmek için çabaladığım halde, bir türlü esas konuya giremediğim ve gereksiz ayrıntılarla uğraştığım duygusunu yaşarım.	1	2	3	4	5	6
26-) Ani kararlar verir ve sonra pişmanlık duyarım.	1	2	3	4	5	6
27-) Yeni ve zor sorunları çözebilme yeteneğime güveniyorum.	1	2	3	4	5	6
28-) Elimdeki seçenekleri karşılaştırırken ve karar verirken kullandığım sistematik bir yöntem vardır.	1	2	3	4	5	6

- 29-) Bir sorunla başa çıkma yollarını düşünürken çeşitli fikirleri birleştirmeye çalışmam. 1 2 3 4 5 6
- 30-) Bir sorunla karşılaştığımda bu sorunun çıkmasında katkısı olabilecek benim dışımdaki etmenleri genellikle dikkate almam. 1 2 3 4 5 6
- 31-) Bir konuyla karşılaştığımda, ilk yaptığım şeylerden biri, durumu gözden geçirmek ve konuyla ilgili olabilecek her türlü bilgiyi dikkate almaktır. 1 2 3 4 5 6
- 32-) Bazen duygusal olarak öylesine etkilenirim ki, sorunumla başa çıkma yollarından pek çoğunu dikkate bile almam. 1 2 3 4 5 6
- 33-) Bir karar verdikten sonra, ortaya çıkan sonuç genellikle benim beklediğim sonuca uyar. 1 2 3 4 5 6
- 34-) Bir sorunla karşılaştığımda, o durumla başa çıkabileceğimden genellikle pek emin değilimdir. 1 2 3 4 5 6
- 35-) Bir sorunun farkına vardığımda, ilk yaptığım şeylerden biri, sorunun tam olarak ne olduğunu anlamaya çalışmaktır. 1 2 3 4 5 6