

**T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
BAKIRKÖY DR. SADI KONUK  
EĞİTİM ve ARAŞTIRMA HASTANESİ  
AİLE HEKİMLİĞİ KOORDİNATÖRÜ ve  
ÇOCUK SAĞLIĞI ve HASTALIKLARI  
KLİNİK ŞEFİ UZM.DR. SAMİ HATİPOĞLU**

**KRONİK HASTALIĞI NEDENİYLE DEVAMLİ TAKİP EDİLMEKTE  
OLAN ÇOCUKLARIN ANNELERİNİN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ  
ve ANNELERİN DEPRESYON PREVALANSI**

**DR.HASAN ÇIĞRIKÇI**

**AİLE HEKİMLİĞİ  
UZMANLIK TEZİ**

**İSTANBUL , 2007**

## **TEŐEKKÜR**

*Hastanemizde huzurlu, güvenli ve verimli çalışma ortamı sağlayan Baőhekim Sayın Uzm. Dr. Zafer Çukurova'ya teőekkür ederim.*

*Uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve deneyimlerini bana aktaran, davranış ve kiőilięiyle örnek olan, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Klinik Şefi ve Aile Hekimliği Koordinatörü Sayın Hocam Uzm. Dr. Sami Hatipoğlu'na minnet ve őükranlarımı sunarım.*

*Rotasyonlarım sırasında bana bilgi ve deneyimlerini aktaran, Kadın Hastalıkları ve Doğum Klinik Şefi Sayın Doç. Dr. Kadir Savan, Genel Cerrahi Klinik Şefi Sayın Prof.Dr.Erőan Ayęün'e , Dahiliye Klinik Şefi Doç,Dr.Abdülbaki Kumbasar'a , Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Klinik Şefi Uzm.Dr.Sami Hatipoğlu'na ve Bakırköy Prof.Dr.Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Hastanesi 6.Psikiyatri Klinik Şefi Doç.Dr.Doğan Yeőilbursa'ya teőekkür ve saygılarımı sunarım.*

*Tez çalışmamda yardımlarını esirgemeyen, başta Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Klinik Şefi Uzm. Dr. Sami Hatipoğlu'na, Tez danışmanım Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Uzm. Dr. Dilek Özer'e, tez çalışmama katkıda bulunan değerli arkadaşım Dr.İbrahim Halil İntepe'ye ve tüm uzman, asistan, hemőire, personel ve laboratuvar çalışanlarına teőekkür ederim.*

*Eğitimim boyunca benim hep yanımda olan Annem,Babam, EŐİM veKIZLARIM sizi çok seviyorum.*

## SEMBOLLER VE KISALTMALAR LİSTESİ

İBDM : İnsuline Bağımlı Diabetes Mellitus  
KKTC : Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti  
İTP : İmmün Trombositopenik Purpura  
DM : Diabetes Mellitus  
KBY : Kronik Böbrek Yetersizliği  
GFR : Glomerul Filtrasyon Oranı  
SLE : Sistemik Lupus Eritematosus  
ALL : Akut Lenfoblastik Lösemi  
AML: Akut Myeloblastik Lösemi  
KML : Kronik Myeloblastik Lösemi  
DEHB : Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu  
EKG : Elektrokardiyografi  
FSH : Folikül Stimulan Hormon  
LH : Lüteinizan Hormon  
NMDA : N-Metil-D-Aspartik  
TSH : Tiroid Stimulan Hormon  
T3 : Triiyodotironin  
T4 : Tiroksin  
HIV: İnsan İmmün Yetmezlik Virüsü  
BDE: Beck Depresyon Envanteri  
BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği  
GSO: Genel Semptom Ortalaması  
BTA: Başka Türü Adlandırılmayan  
DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü  
ABD: Amerika Birleşik Devletleri  
MS: Milattan Sonra  
MR: Mental Retardasyon  
OB: Otistik Bozukluk  
TMa: Talesemi Major  
TMi: Talesemi Minör  
TTP: Trombotik Trombositik Purpura

UK: Birleşik Krallık

ABY: Akut Böbrek Yetmezliği

KF: Kistik Fibrozis

## TABLO VE ŞEKİL LİSTESİ

- Tablo 1:** Depresyon Hastalarının Epidemiyolojik Özellikleri
- Tablo 2:** Çalışma Grubu Demografik Özelliklerin Dağılımı 1
- Tablo 3:** Çalışma Grubu Demografik Özelliklerin Dağılımı 2
- Tablo 4:** Çalışma Grubu Hasta Çocuk Özelliklerinin Dağılımı
- Tablo 5:** Çalışma Grubu Aileye Yönelik Değerlendirmeler
- Tablo 6:** Çalışma Grubu Depresyona Yönelik Değerlendirmeler
- Tablo 7:** Çalışma Grubu Beck Depresyon Puanları Dağılımı
- Tablo 8:** Kontrol Grubu Demografik Özelliklerinin Dağılımı 1
- Tablo 9:** Kontrol Grubu Demografik Özelliklerinin Dağılımı 2
- Tablo 10:** Kontrol Grubu Beck Depresyon Puanları Dağılımı
- Tablo 11 :** Tüm Olguların BDE Puan Ortalaması
- Tablo 12:** Çalışma Grubu Beck Depresyon Puanları Değerlendirmeleri 1
- Tablo 13:** Kronik Hastalıkların BDE Puan Ortalaması
- Tablo 14:** Çalışma Grubu Beck Depresyon Puanları Değerlendirmeleri 2
- Tablo 15:** Çalışma Grubu Beck Depresyon Puanları Değerlendirmeleri 3
- Tablo 16:** Çalışma Grubu Beck Depresyon Puanları Değerlendirmeleri 4
- Tablo 17:** Tüm Olguların SCL 90R Sonuçları Değerlendirmesi
- Tablo 18:** Olguların SCİD Sonuçları Değerlendirmesi

- Şekil 1:** Çalışma Grubu Yaş Dağılımları
- Şekil 2:** Çalışma Grubu Aylık Gelir Durumuna Göre Dağılımı
- Şekil 3:** Çalışma Grubu Çocuk Sayılarına Göre Dağılımı
- Şekil 4:** Hasta Olan Çocuğun Yaşına Göre Dağılımı
- Şekil 5:** Tanı Koyma Yılına Göre Dağılım
- Şekil 6:** Çocukta Görülen Kronik Hastalığa Göre Dağılım
- Şekil 7:** Tanı Koyma Sürelerine Göre Dağılımı
- Şekil 8:** Hasta Çocuğu Doğurma Yaşına Göre Dağılımı
- Şekil 9:** Çocuktaki Kronik Hastalık Öğrenildiğindeki Tepkilere Göre Dağılım
- Şekil 10:** Çocuktaki Hastalık Sebebiyle Suçluluk Duyma Durumuna Göre Dağılım
- Şekil 11:** Çocuktaki Hastalık Sebebiyle Eşin Birilerini Suçlaması Dağılımı
- Şekil 12:** Çalışma Grubu Beck Depresyon Puanlarının Dağılımı
- Şekil 13:** Kontrol Grubu Yaş Dağılımı
- Şekil 14:** Kontrol Grubu Beck Depresyon Envanter Puan Aralığı
- Şekil 15:** Son Zamanlarda Aile Düzenini Bozacak Önemli Bir Olay Olmasına Göre Depresyon Sınıflaması
- Şekil 16:** Daha Önce Depresyon Tanısı Alma Durumuna Göre Depresyon Sınıflaması
- Şekil 17:** Hasta Grubunun Scl 90R Sonuçları
- Şekil 18:** Kontrol Grubunun Scl 90R Sonuçları

## İÇİNDEKİLER

I. GİRİŞ ve AMAÇ.....	7
II. GENEL BİLGİLER.....	8
II.I. KRONİK HASTALIKLAR.....	8
II.I.A) AKCİĞER HASTALIKLARI.....	11
II.I.B) ENDOKRİNOLOJİK HASTALIKLAR.....	12
II.I.C) HEMATOLOJİK VE ONKOLOJİK HASTALIKLAR.....	13
II.I.D) BÖBREK HASTALIKLARI.....	15
II.I.E) NÖROLOJİK VE PSİKİYATRİK HASTALIKLAR.....	16
II.II. DEPRESYON.....	18
II.II.A) TARİHÇE.....	18
II.II.B) TANI.....	20
II.II.C) KLİNİK ÖZELLİKLER.....	21
II.II.D) EPİDEMİYOLOJİ VE RİSKETKENLERİ.....	24
II.II.E) ETYOLOJİ.....	28
III. MATERYAL VE METOD.....	36
IV. BULGULAR.....	41
V. TARTIŞMA.....	63
VI. ÖZET.....	70
VII. KAYNAKLAR.....	72
VIII. EKLER.....	77

## I. GİRİŞ VE AMAÇ

Ailede kronik hastalığa sahip bir çocuğun bulunması, tüm aileyi ve ailenin yaşam döngüsünü etkilemektedir. Çocuğun kronik bir hastalığa sahip olması, aile üyelerinin ciddi düzeyde stres yaşamasına neden olur. Bu strese sosyal desteğin azalması, iletişim zorlukları, maddi zorluklar ve aile döngüsünün bozulması gibi etmenler sebeptir. Kronik hastalığı olan çocuklar dünyanın her ülkesinde bulunmaktadır. Ülkeler gelişmişliği ölçüsünde kronik hastalığı olan çocuklara ve ailelerine maddi ve manevi desteklerini vermektedir. Ülkemiz de son yıllarda her alanda kendini geliştirdiği gibi il özel idareler, dernekler, belediyeler ve vakıflar aracılığı ile hasta çocukları ve ailelerini desteklemektedir. Kronik hastalık terimi, geniş bir zamana yayılmış, en az 3 ay, sıklıkla yaşam boyu süren ve tam olarak tedavisi mümkün olmayan hastalıkları tanımlamak üzere kullanılmıştır. Çocukluk döneminde en sık görülen kronik hastalıklar, Akciğer hastalıkları, Diabetes Mellitus, Hematolojik ve Onkolojik hastalıklar, Böbrek hastalıkları, Nörolojik hastalıklardır. Kronik hastalıkların çocuklar arasında yaygınlığı ile ilgili veriler değişkenlik göstermektedir. Bazı çalışmalarda %30 gibi yüksek oranlarda söz edilmesine rağmen bu hastalıkların çocukların %10 unu etkilediği tahmin edilmektedir. Eğer hastalığın çok ağır düzeyde olması koşulu aranır ise bu oran %2-4 ile sınırlı kalacaktır.

Ülkemizde, kültürel yapımız gereği kronik hastalığı olan çocukların durumları ile özellikle anneler daha yakından ilgilenmekte, daha fazla sorumluluk almaktadır. Bu durum, annelerin diğer aile bireylerine yeterince zaman ayıramamalarına ve sorunlar yaşamalarına neden olmaktadır. Kronik hastalığı olan çocuklar bütün aileye yük getirmekle birlikte, anneler bu hastalıklardan daha fazla etkilenmektedir.

Biz bu tezimizde kronik hastalığı olan çocukların ailelerinin sosyo-demografik özelliklerini, annelerin çocukların hastalığını ilk öğrendikleri zamanki tepkilerini, anne ile diğer aile bireyleri arasındaki ilişkiyi, annelerin hastalığı kabullenme düzeyini, ailelerin sosyal dayanak bulma oranlarını incelemeye, annelerin çocuklarının hastalığı nedeniyle ne kadarının depresyon geçirdiğini tespit etmek için tamamen sağlıklı çocuğu olan annelerle karşılaştırarak öğrenmeye çalıştık.

## II. GENEL BİLGİLER

### II.I. KRONİK HASTALIKLAR

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

Kronik hastalık veya yetersizlik, işlevlerde ve genel yaşam stilinde ciddi etkileri olan ve psikiyatrik doğası olmayan durumlar olarak tanımlanmaktadır (1).Kronik hastalıklar doğuştan gelen ve sonradan kazanılan diye ikiye ayrılır. Doğuştan gelen hastalıklarda doğumdan kısa bir süre sonra hastalık belirtileri ortaya çıkar. Bu çocukların gelişim aşamaları hastalığının cinsi ve derecesine bağlı olarak sağlıklı çocuklardan farklı olur. Örneğin bazı çocuklar oturamaz ve yürüyemezken, bazı çocuklar gelişimsel olarak yaşıtları ile aynı düzeydedirler, ancak yaşamlarını sürdürebilmeleri için sürekli ilaç kullanımı, düzenli aralıklarla hastanede yatarak tedavi görmeleri, özel tıbbi ekipmanların kullanımı gibi gereksinimleri vardır. Doğuştan gelen hastalığa sahip olan çocukların doktora gitmek veya tedavi almak yaşamlarının bir parçası haline gelir. Çocuklar normal gelişim aşamalarını sırasıyla yaşarken, çeşitli kazalar veya hastalıklar nedeniyle sonradan hastalıklar kazanabilirler. Yaşamları normal gidişinde seyreden çocuklar aniden kendilerini hiç tanımadıkları, bilmedikleri ve ağırlı işlemlerin olduğu bir ortamda bulurlar. Bu çocuklardan bazıları kaza veya hastalığın öncesindeki sağlıklı durumlarına kavuşamayabileceklerdir.

Çocukların kronik hastalıklarında erken teşhis çocuk, ailesi ve yaşadığı sosyal ortam için çok önemlidir. Erken teşhis iki anlama gelmektedir. Birincisi hastalığın doğumda veya bebeklik döneminde tanımlanması, ikincisi fark edildiğinde kontrol altına alınması ve gerekli müdahaleyle tedavilere başlanmasıdır. Erken müdahale hastalığın derecesinin artmasını ve daha üst düzey sorunların ortaya çıkmasını önleyeceği gibi ailenin olayla baş edebilme yeteneğine de olumlu katkı sağlayacaktır. Kronik hastalıklı çocuğu olan anne-babalar, çocuklarının bakımı ve idaresi için farklı taleplerle karşı karşıyadır. Çocuğun hastalık durumu, ailenin yaşantısına etki eder ve yeni duruma uyum sağlamayı zorunlu kılar.

Kronik hastalık, ailenin yaşam tarzını ve aile üyelerinin birbirleriyle ilişkisini değiştirir. Tüm bunlar, aile üyeleri üzerinde doğrudan veya dolaylı olarak etkide bulunur. Çocuğun kronik hastalığının ailede ilişkilerin bozulmasına, yüksek düzeyde boşanma oranlarına, aile içinde çelişkili tutum ve davranışlara neden olduğu belirtilmektedir. (2),

Kronik hastalığı olan çocuğa sahip aileler ile yapılan çalışmalarda, aile içinde işbirliği, duyarlılık, şefkat, empati, saygı, kişisel olgunluk ve bütünleşmenin arttığını; ancak, kişiler arası ilişkiler ve görevlerde olumsuzlukların görüldüğünü, kardeşler arasında ise kıskançlık, rekabet, kızgınlık, düşmanlık ve sosyal içe dönük duyguların da geliştiği bulunmuştur(3)

Koninjenberg ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmalarda, kronik hastalığı olan çocukları olan ebeveynlerin psikopatolojilerini araştırdıkları çalışmada, kronik ağrı çeken 132 çocuğun anne ve babalarının katıldıkları çalışma sonucunda, anne-babalarda düşük düzeyde bazı psikopatolojilere rastlanmıştır(4). Ayrıca, kronik hastalıklı çocuğu olan ebeveynler aile sistemi ve eğitiminde yardımcı terapist rolündedir (5)

Ailenin normal bir akış süreci vardır. Bu süreci, çocuk doğmadan önce veya kronik hastalık tanısı konmadan önce, tahmin etmek oldukça kolaydır. Ancak, ailede kronik hastalığı sahip olan bir çocuk olduğunda bu sistem bozulmaktadır. Bu nedenle, ailenin bundan sonraki akışını tahmin etmek güçleşmektedir (6).

Hastalık sürecinde anne-babanın birbiri ve diğer aile üyeleriyle uyumu kronik hastalığı olan çocuğun sağlığı için temel gereksinimdir. Uyum, anne-babanın, çocuğun kronik hastalığına psikolojik, sosyal ve fizyolojik olarak uyum sağlama derecesi olarak tanımlanabilir (7).

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu ile ilgili sorunları olan çocukların ailelerine hastalık hakkında bilgi verilmesi ve hastalıkla ilgili davranışsal stratejilerin anlatılmasının, anne-babaların ve öğretmenlerin ilgileri üzerinde etkili olduğu belirtilmektedir. Ayda bir toplanan grup oturumları şeklinde yürütülen çalışmalarda anne-babalar ile sekiz oturum, öğretmenler ile beş oturum yapılmıştır. Araştırma sonucunda, anne-babalar ve öğretmenlerin hastalık ve hastalığa ilişkin sorunlar hakkında anlayışlarının arttığı, ve çocuklarının davranışlarını biçimlendirmede farklı davranışsal teknikler kullanma konusunda bilinçlendikleri görülmüştür(8).

Kronik hastalığı olan çocukların, yaşantıları ile özellikle anneler daha yakından ilgilenmekte, daha fazla sorumluluk almaktadırlar. Bu durum, annelerin, diğer aile bireylerine yeterince zaman ayıramamalarına ve sorunlar yaşamalarına neden olur.

Kronik hastalıkların çocuklar arasında yaygınlığı ile ilgili veriler değişkenlik göstermektedir. Bazı çalışmalarda %30 gibi yüksek oranlardan söz edilmesine rağmen bu hastalıkların çocukların %10'unu etkilediği tahmin edilmektedir.(9).Eğer hastalığın çok ağır düzeyde olması koşulu aranırsa bu oran %2-4 ile sınırlı kalacaktır.

Çocukların Kronik hastalıklarının, aile üzerindeki etkilerini araştıran çalışmalar anneler üzerine yoğunlanmıştır. Bu annelerin, sağlıklı çocuklara sahip annelere göre daha depresif ve nörotik olduğundan söz edilmektedir (10).

Çocuklara kronik hastalık tanısını koymak aileler için oldukça travmatik bir durumdur. Araştırmalar zihinsel veya bedensel engelli çocuğa sahip anne babaların (özellikle annelerin) engelli çocuğa sahip olmayan anne babalara göre daha çok stres altında olduklarını ve anksiyete düzeylerinin daha yüksek olduğunu göstermektedir (11,12,13,14,15).

Kronik hastalığı olan çocuğa sahip annelerde somatik yakınmalar, depresyon ve anksiyete bozukluğu gibi ruhsal sorunların engelli çocuğa sahip olmayan annelere göre daha sık görüldüğü bildirilmektedir (16,17,18).

Ailenin ekonomik düzeyi, anne-babaların eğitim düzeyleri, meslekleri, evlilik uyumları, ailenin sosyal güvencesinin olup olmaması, çocuklardaki kronik hastalığın şiddeti, çocuğun yaşı, tıbbi yardım ihtiyacının fazla olması (örneğin; yineleyen ameliyatlar) gibi çeşitli etkenler anne-babanın hastalığı kabullenme düzeyini, algılama şeklini, hastalığı olan çocuğa uyumunu ve anne babaların çeşitli alanlardaki stres düzeylerini etkilemektedir (19,20).

Kronik çocuk hastalıkları çeşitlidir; doğuştan anomaliler, doğuştan kalp hastalıkları, epilepsi, böbrek yetmezliği, kanserler, hemofili, diyabet, kistik fibrozis, astım gibi hastalıklar sayılabilir.

Tıbbi bilimlerin ilerlemesi ve yeni yapılan çalışmalarla, çocukluk çağındaki kronik ve ölümcül hastalıklarda yaşam süreleri uzamaktadır. Yaşam süresinin uzaması ile birlikte hasta çocuk ve ailesi, hastalığın getirdiği psikososyal etkilere daha uzun süre maruz kalmaktadırlar. (21).

Kronik hastalıklar kabaca 5 gruba ayrılabilir ;

- 1) AKCİĞER HASTALIKLARI
- 2) ENDOKRİNOLOJİK HASTALIKLAR
- 3) HEMATOLOJİK VE ONKOLOJİK HASTALIKLAR
- 4) BÖBREK HASTALIKLARI
- 5) NÖROLOJİK VE PSİKİYATRİK HASTALIKLAR

### II.I.A) AKCİĞER HASTALIKLARI

Çocuklarda en sık görülen, ve çocukların sık sık acillere başvurmalarına neden olan akciğer hastalığı Astım bronşialedir.Astım genel olarak % 1-12 oranında görülmektedir ve yaklaşık olarak 2 milyon çocuğu etkilemektedir.Ülkemizde görülme sıklığının %3,8-10 arasında değiştiği tahmin edilmektedir.

Bronşiyal astım, çeşitli uyaranların etkisi ile erken aşırı duyarlılık reaksiyonu sonucu bronşlarda meydana gelen ağır bronkospazm, mukoid sekresyon, dispne, öksürük, balgam çıkarma, hırıltılı solunum, solunum yollarının ödem ve enflamasyonu ile birlikte nöbetler halinde seyreden kronik bir hastalıktır.Astım kronik bir hastalık olduğundan çocuklar sık sık hastaneye getirilmekte ve bazen de yatırılarak tedavi edilmeleri gerekmektedir.Bu durumda çocukların okula devamları azalmakta, oyun, eğlence ve spor aktivitelerini hatta; beslenme, uyku, hijyen gibi günlük gereksinimlerini yapamamaktadırlar.Ayrıca kronik hastalığa sahip olmanın psikolojik etkileri nedeniyle endişe yaşayabilmektedirler.

Bozkurt G. yaptığı çalışmada, astımlı çocukların % 36' sında anksiyete, % 28' inde panik bozukluğu,%8' inde posttravmatik stres bozukluğu ve %4'ünde ise depresyon bulunduğunu bildirmiştir.

Astım eğitimi, bu hastalıkta önemli bir ihtiyaçtır. Bilgilendirme, çocuklar ve ailelerine astım ile yaşamayı öğrenmelerine yardım eder.Astımlı çocukların aileleri (anneleri,babaları,kardeşleri vb.) astım yönetimine aktif katılmalıdır.Çünkü astım kronik bir hastalıktır ve çocuğun yaşamında erken dönemde meydana gelir.Hemşireler, astım özyönetim becerilerini öğretirken, gelecekte çocuğun karşılaşılabileceği sorunlara rehberlik etmelidirler.

## II.I.B) ENDOKRİNOLOJİK HASTALIKLAR

Günümüzde kronik hastalığı olan çocuk ve yetişkin nüfusu gittikçe artmakta ve çocuklarda görülen kronik hastalıklardan olan diyabet, astımdan sonra ikinci sırada yer almaktadır. Türkiye’de 1999 yılında yapılan bir çalışmada çocuk ve adölesan çağında diyabet görülme sıklığının yüzbinde 2.52 olarak olduğu bulunmuştur (22).

İnsuline bağımlı diabetes mellitus (İBDM)’un, yaşam boyu devam eden astım ve serebral palsinin ardından, 16 yaş altındaki çocuklarda en sık görülen kronik hastalık olduğu tespit edilmiştir(23).Ülkemizde 0-15 yaşları arasındaki çocuklarda İBDM sıklığının 100.000’de 2.5 olduğu bildirilmektedir (22) İBDM tedavisinde son yıllardaki ilerlemelere rağmen, diyet, egzersiz, insulin enjeksiyonları gibi gerekliliklerin varlığı nedeniyle İBDM tanısı konulan çocuk ve ergenlerin psikolojik sorunlar için risk altında oldukları söylenebilir.

İBDM’li ergenlerde yapılan 10 yıllık bir izlem çalışmasında, olguların %40’ından fazlasında en az bir psikiyatrik hastalık geliştiği tanımlanmıştır (24). Bu olguların %26’sında major depresif ya da distimik bozukluk, %20’sinde anksiyete bozukluğu ve %16’sında davranış bozuklukları saptanmıştır. Ayrıca bu olguların yaklaşık üçte ikisinde 2 ya da 3 psikiyatrik hastalık bir aradadır; bir başka deyişle komorbidite yüksektir (25). İBDM’lu çocuklarda 2 kat, ergenlerde 3 kat daha fazla oranda depresyon bulunduğu bildirilmektedir (26).

Tip 1 diabetes mellitus (DM) çocukluk yaş grubunda sık görülen T-hücrelerinin aracılık ettiği insülin üretiminde görev alan pankreasın beta hücrelerinin süregelen otoimmün veya otoimmün dışı nedenlerle haraplanması sonucu gelişen insülojeni ve hiperglisemi ile karakterize kronik metabolik bir hastalıktır. Klinik bulgular, immünolojik bozuklukların ortaya çıkışından aylar yıllar süren bir prodromal dönemi takiben ortaya çıkmaktadır. Herhangi bir yaş grubunda görülmekle beraber sık görüldüğü yaş grubu 7–15 yaşlarıdır.

Kronik bir hastalık olan diyabet çocuğun yaşam tarzını etkilemekte, çocuğun rutin hayatında değişikliklere neden olmaktadır. Kronik hastalığı olan çocuğun ebeveynlerinin ilgiyi hasta çocuk üzerine yoğunlaştırmasına neden olmaktadır. Bu nedenle kronik hastalığı olan çocuğun sağlıklı kardeşi, anne babasından daha az ilgi görmekte, ona ayrılan zaman azalabilmekte ve gereksinimleri ikinci plana itilebilmektedir. Bunların sonucunda hasta kardeşe sahip olan çocukların öfke, kıskanma, ihmal edilme hissi, suçluluk, izolasyon, reddedilme, güvensizlik, utanç

duyma, hastalanma korkusu yaşadıkları bilinmektedir. Bu durum kardeşler arasındaki ilişkilerin niteliğinin etkilenmesine ve sağlıklı çocuklarda somatik şikayetlerin ortaya çıkmasına, dikkat azlığına ve dağınıklığına, yalnızlık duygusunun yaşanmasına ve kaygı düzeylerinin artmasına neden olmaktadır

## II.I.C) HEMATOLOJİK ve ONKOLOJİK HASTALIKLAR

### 1) Talasemiler

Beta talasemi, yaklaşık 200 gen mutasyonunun neden olduğu, kalıtımla geçen prenatal tanısı ve taraması olan bir kan hastalığıdır. Türkiye'nin de içinde bulunduğu tüm Akdeniz ülkelerinin önemli bir halk sağlığı sorunudur. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre, dünyadaki taşıyıcılık oranı yaklaşık %5.1 olup ülkelere ve ülkeler içindeki farklı yerleşim birimlerine göre değişiklik göstermektedir. KKTC, İtalya ve Yunanistan son 10 yılda yaptığı toplum taramaları, evlilik öncesi taşıyıcıların saptanması, iyi bir genetik danışmanlık, çeşitli yollarla halkın bilgilendirilmesi ve prenatal tanı uygulamaları sonucunda hasta çocuk doğumunu önlemişlerdir. Ülkemizde; doğum hızının yüksek, akraba evliliklerinin yüksek oluşu, ekip çalışmalarının ve kayıt sisteminin yetersizliği, prenatal tanı uygulanan bebek sayısının olması gerekenden düşük olması, eğitim ve bilgilendirme çalışmalarının tüm çabalara karşın yetersiz olması ve bu konuda gerekli yönetmeliklerin Sağlık Bakanlığı tarafından ancak son yıllarda çıkarılmış olması nedeniyle talasemili doğumlar henüz önlenememiştir.

I. Talasemi Minör (Talasemi Taşıyıcılığı):Beta talasemi geninin taşınması anlamına gelir. Taşıyıcılarda, anılan hatalı genin işlevini yapan, birde sağlam olan gen bulunduğu için, hastalık belirtisi ortaya çıkmaz. Ender olarak, hafif bir halsizlik ve hafif anemi olabilir. Taşıyıcılık durumu bir hastalık değildir ve tedavi gerektirmez. Ancak, taşıyıcılar hastalık genini kendilerinden sonraki kuşaklara taşımayı sürdürürler.

II. Talasemi Majör: Hastalığın ağır biçimidir. Olgular, yaşamın ilk bir yılında derin anemi, solukluk, karın şişliği ile başvururlar. Karaciğer ve dalak büyüklüğü belirgindir. Yaşamı, tanıyı izleyen ömürboyu, 2-3 haftada bir uygulanan kan transfüzyonlarına ve yaklaşık 2-2,5 yaşında başlanan demir bağlayıcı tedaviye bağlıdır. Talasemi majörlü olgular, her yaşta büyümede gerilik, 10-15 yaştan sonra da gelişme ve cinsel olgunlukta gecikme, tiroid, paratiroid ve seks hormonlarında yetersizlik, diyabet,

karaciğer ve kalbin işlev bozuklukları yönünden 3-6 ayda bir izlenmelidirler. Organ işlev bozuklukları demir birikimi ve yetersiz oksijenlenmeye bağlı oluşur ve yaş ilerledikçe komplikasyon sayısı artar.

III. Talasemi İntermedia: Hastalığın ara formudur. Hasta anneden ve babadan gelen talasemi genlerinden biri ağır, diğeri görece hafif mutasyondur. Bu nedenle klinik daha hafif seyredir. Ancak klinik spektrumu oldukça geniş olup, her hastada değişkendir; talasemi minöre yakın bir klinik seyirden, majöre yakın bir tabloya kadar değişebilir.

Talasemili olgularda, talaseminin psikososyal yaşam ve prognoz üzerindeki etkileri nedeni ile komplikasyonların erken tanı ve tedavisi oldukça önemlidir. Hormon bozuklukları yetersiz üretilen hormonun yerine konması ile tedavi edilir. Örneğin; hipotiroidide L-Tiroksin, büyüme hormonu eksikliğinde büyüme hormonu, hipogonadizm için seks steroidleri, tip I diyabeti için insülin tedavisi uygulanır. Kalp tutulumunda ritm düzenleme ve yetmezlik destek tedavisi, karaciğer işlev bozukluğunda nedene bağlı tedavi (interferon, ribavirin ve yetmezlik tedavisi), osteoporoz varlığında da kalsiyum, D vitamini ve bifosfonat tedavileri uygulanır.

## **2) Kronik İmmün Trombositopenik Purpura**

Kronik İTP'nin sıklığı %20-25 oranında rapor edilmiştir. Trombositopeninin 6 aydan daha uzun süre devam etmesi kronik İTP olarak tanımlanır. Yaklaşık olarak çocukların %20'sinde kronik İTP gelişir. Kronik İTP' de hastalar muhtemel hastalıklar açısından tekrar değerlendirilmelidir. Özellikle SLE gibi otoimmün hastalıklar, HIV gibi kronik enfeksiyöz hastalıklar, von Willebrand hastalığı, X bağımlı trombositopeni ve Wiskot-Aldrich sendromu gibi nonimmün hastalıklar bu hastalarda araştırılmalıdır. Bu hastalarda tedavinin amacı semptomları kontrol etmek ve ciddi kanamaları önlemektir. Kronik İTP'li hastaların % 64-88'inde splenektomiden sonra tam remisyon sağlanır.

## **3) Lösemi**

Lösemiler; çocukluk çağının en sık görülen kanserlerini oluştururlar. Bunlar pediatrik malignansilerin %33'ünü oluşturmaktadırlar. Çocuk ve gençlerde yaklaşık %80'lik oran ile en sık görülen lösemi tipidir, ve bu yaş grubundaki tüm kanser hastalıklarının neredeyse üçte birini oluşturmaktadır.

Lösemiler hücre cinsine göre; ALL (Akut Lenfoblastik Lösemi) ve AML (Akut Myeloblastik Lösemi) olmak üzere 2 ana gruba ayrılır. Kendi içlerinde de alt sınıflar

tanımlanabilir.Türkiye'de her yıl 16 yaşın altında 1200-1500 yeni lösemili çocuk vakası bildirilmektedir.

Lösemilerin yüzde yetmişbeşini (%75) ALL, yüzde yirmisini (%20) Akut non lenfositik lösemiler oluşturur. Geri kalanlar KML ve sınıflaması güç lösemilerdir. Kronik Lenfositik Lösemi kural olarak çocuklarda görülmez.ALL modern tanı yöntemleri ve standardize edilmiş tedavi yöntemleri ile (kombine kemoterapiler) çocukların neredeyse %80'i bu hastalıktan kalıcı olarak iyileştirilebilmektedir

#### **4) Wilms Tümörü**

Willms tümörü çocukluk çağındaki tüm renal tümörlerin hemen hemen hepsinden sorumludur. Her iki cinsde eşit sıklıkta görülür. Sıklık 7.8/1.000.000.çocuk (onbeş yaşın altındaki) /yıl'dır. Willms tümör tanısının konulduğu median yaş 3'tür. Sıklıkla abdominal kitlelerle gelirler. Bu kitlelerde genellikle asemptomatiklerdir. Kitle genellikle sert ve düzdür, nadiren orta hattı geçer. Hastaların bir kısmında karın ağrısı, kusma veya her ikisinde bulunur. Hipertansiyon hastaların %60'ında bulunur

### **II.I.D) BÖBREK HASTALIKLARI**

Bozukluğun sebebine bakmaksızın renal fonksiyon bozukluğunun belirli bir dereceye ulaştığında son dönem böbrek yetmezliği kaçınılmazdır. Progresif fonksiyonel böbrek yetmezliğin sebebi kesin olmamakla birlikte immunolojik zedelenme, kalan glomerüllerde hiperfiltrasyon hemodinamiği, Diyetle protein ve fosfor yükü, Persistan proteinüri ve sistemik hipertansiyon önemli rol oynayabilir:

Bir kez böbrek fonksiyonu bozulmaya başladı mı kalan sağlam nefronlarda normal fonksiyonu sürdürebilmek için kompensatuvar mekanizmalar gelişir. GFR %20'nin altına düştüğünde kompleks klinik-biyokimyasal ve metabolik bozukluklar gelişerek üremik durumun kliniğini oluştururlar

Mutlak ölümcül bir hastalık olarak görülen KBY'leri son yıllarda diyaliz uygulamalarının ilerlemesi, ve yaygınlaşması sonucu, ömür beklentileri önce yıllar, sonra on yıllarla ifade edilen sürelerce uzamıştır.KBY'de hastalar bu süreç boyunca gittikçe artan oranda diyet, sıvı ve faaliyet kısıtlamalarına girerler. Gösterilen bütün özene rağmen hastaların zaman zaman bazı metabolik bozukluklar sebebiyle hastaneye yatırımları gerekebilir.Bu yatışlar hem diyet, hem de medikasyonlarda gereken değişiklikler ve daha sıkı uymaları gereken kurallarla sonuçlanır.Tekrarlayan yatışlar ve çoğu zaman yıllar,bazen on yıllar süren takiplerle bir gün hastanın böbrek

fonksiyonları kan üre ve kreatinin seviyesini belli bir seviyenin altında tutmaya yetmemeye başlar. İşte bu aşamada hasta için baş etmek zorunda olduğu yeni bir işlem, yeni bir uygulama dönemi başlamıştır. Bu yeni uygulamanın adı "dializ"dir.Yaşam süresi uzadıkça kronik hastalıkla geçen süre de artmakta ve hem hastanın kendisi,hem de aynı evde yaşayan yakınları bu kronik hastalık ve beraberindeki stres faktörleriyle daha uzun süre karşı karşıya kalmakta ve hastalığın ilerlemesine uyum göstermek zorunda kalmaktadırlar. Yapılan çalışmalarda kronik böbrek yetmezliği hastalarının en büyük destek kaynağının aileleri olduğu görülmüştür.

Ailede bir böbrek hastasının olması, aile yapısının dengelerini bozarak, başka bir noktada yeni bir denge oluşmasına sebep olur. Hastalığın prognozundaki her değişiklik bu dengenin bozulup tekrar kurulmasına neden olur. Ailenin bu uyum süreci; ailedeki ilişkilerin kalitesi, ailenin gelişim evresi, kültürel değerler, inançlar, iletişim, teknolojik gelişmeler ve ekonomi gibi birçok faktörden etkilenir. KBY bir aile hastalığı olarak görülmüştür. Bu tanım özellikle dializ hastaları için daha belirgin bir tanımlamadır. Çünkü dializ hastalarında aile içinden biri dializ partneri olarak davranmakta ve dializle ilgili bütün sorunlarla muhatap olabilmektedir.Bu durumda dializden en çok etkilenen kişi hasta ile ilgilenen kişi olabilmektedir, hatta pek çok çalışma annelerin, ruh sağlığı ve yaşam kalitesi açısından bu durumdan etkilendiklerini saptanmıştır. Kreatinin 10mgr/dl seviyesine geldiğinde dialize başlanır. Transplantasyon düşünülen hastaya bilateral nefrektomi yapılır (Şiddetli hipertansiyon, Veziköüreteral Reflü veya, Kronik Pyelonefrit açısından). Uzun süreli dializ programına alınan hastalarda peritoneal dializ en uygun tekniktir. Bununla birlikte bazı hastalarda hemodiyaliz gerkebilir. Organ kaynağı kadavra veya canlı donör olabilir. Hasta donör böbrek uygunluğu açısından MHC için tiplendirilmelidir.

## **II.I.E) NÖROLOJİK VE PSİKİYATRİK HASTALIKLAR**

Zihinsel yetersizlik, diğer kronik hastalıklarda olduğu gibi, kişide kalıcı yetersizlikler bırakan, yaşam boyu gözlem, kontrol, bakım, tedavi ve rehabilitasyon gerektiren önemli bir bozukluk olup, aile üyelerinin tümünü ve aile yaşamını ekonomik, sosyal, duygusal,davranışsal ve bilişsel yönlerden etkileyen bir sorundur. ABD 'de genel popülasyonun %2.5-3'ünün zihinsel yetersizlikten etkilendiği yani 6.2-7.5 milyon insanın zihinsel yetersizliği olduğu gösterilmekte her 10 Amerikan ailesinden birinde zihinsel yetersizliği olan bir birey bulunduğu belirtilmektedir.

Ülkemizde zihinsel yetersizliği olan bireylerin sıklığını bildiren yeterli veri bulunmamaktadır. Ancak genel hesaplamalara göre yetmiş milyon nüfus için zihinsel yetersizliği olan birey sayısının 700 000 hafif ve orta derecedeki olgularla birlikte bu sayının 1.450.000 civarında olduğu tahmin edilmektedir.

Ailede zihinsel yetersizliği olan bir çocuk olması, tüm aile bireyleri için duygusal bir yük, stres verici bir yaşam deneyimi ve sürekli başa çıkma tepkileri gerektiren bir stres kaynağıdır. Ülkemizde zihinsel yetersizliği olan çocuklara gerekli bakım ve eğitimi verecek örgün kurum ve kuruluşların yetersizliği nedeniyle, ailelerin yaşadıkları sorunların tümüne kendi olanakları ile çözüm bulmaya çalıştıkları, çoğunlukla kendi kendilerine baş edebilme durumunda kaldıkları iletilmektedir. Anne-babalar zihinsel yetersizliği olan çocuklarının tanısından başlayarak bakımında etkinlikleri devam ettiği sürece, yaşadıkları stresle başa çıkmak zorundadırlar.

DEHB'de genel olarak ilkokul ve ortaokul döneminde yaygınlık %3-10 olarak belirlenmiştir. Erkek çocuklarda genellikle %10, kızlarda %5 aile içi stresler ve çatışmalar, olumsuz anne-çocuk ilişkisi, çocuk ihmal ve istismarı, yetersiz ebeveyn-çocuk iletişimi, ebeveynlerde psikiyatrik problemlerin bulunması, ailede boşanma veya parçalanma yaşanması her iki bozuklukta da önemli rol oynayabilen psikososyal etkenlerdir. DEHB kişinin gelişimini sosyal, duygusal ve bilişsel alanlarda etkileyen, ergenlik ve erişkinlik dönemlerinde başka psikiyatrik sorunların eklenmesine zemin hazırlayan nöropsikiyatrik bir bozukluktur. Çocukluklarında DEHB gösteren ergenlerin bu dönemlerinde ek psikiyatrik bozukluklar gösterdikleri saptanmıştır. Yaygın gelişimsel bozukluklar, sosyal ilişki, iletişim ve bilişsel gelişimde gecikme ya da sapma ile kendini gösteren, yaşamın ilk yıllarında başlayan nöropsikiyatrik bozukluklardır.

Otistik bozukluk, yaygın gelişimsel bozukluklar içinde en iyi tanınan ve en çok araştırma yapılan bozukluktur. Bu bozuklukta sosyal ilişki ve iletişim alanlarında belirgin özellikler, yineleyici sınırlı olağan dışı davranış ve ilgiler vardır ve belirtilerin bu çocukların aşırı yalnız olmaya eğilimli olduklarını, dışarıdan gelen her tür uyarıya kendilerini kapattıklarını, aldırmadıklarını ve anne babaları ile yabancıları ayırt etmediklerini söylemiştir. Bir annenin doğum sonrası çocuğunun (tüm özür grupları dahil olmak üzere) özürlü olma oranı %2dir. Otistik olması oranı ise %0.5'tir (eskiden bu oran 4/10.000 olarak değerlendirilirdi). Bir otistik çocuktan sonra, ikinci çocukta otizmin ortaya çıkması riski %3 dür.

## II.II.DEPRESYON

### II.II.A) TARİHÇE

Depresyon sözcüğü; çökme, kendini kederli hissetme işlevsel ve yaşamsal aktivitenin azalması gibi anlamlarda kullanılmaktadır. Kelimenin kökeni olan “depress” sözcüğü ise, Latince “depressus” tan gelmektedir. Yazılı kaynaklarda 17. yüzyıldan beri bu sözcüğün kullanıldığına rastlanmaktaysa da, ruhsal bir rahatsızlığın tanımlanması için kullanımı geçen yüzyılın sonunda Kraepelin tarafından yapılmıştır (28).

Depresyon ve benzeri ruhsal hastalıkların tanımlanma ve sınıflandırılma çabaları eski çağlara kadar uzanır. Sümer ve Mısır kaynaklarında bu konuda bazı bilgilere rastlanmıştır. Bilindiği kadarıyla ilk kez eski Yunan’ da Hipokrat, bu sendromun belirtilerini tanımlamış ve etiolojisi ile ilgili bir açıklama getirmiştir. Hipokrat ekolü, vücutta insanın emosyonları ile ilgili dört sıvının olduğunu ( kan,sarı safra, kara safra , lenf olmak üzere ) ve bunlardan kara safra ve lenf sıvısının mani,melankoli,frenitis ve paranoya gelişimine neden olduğunu ileri sürmüştür.Hipokrat’ın “ eğer üzüntü uzun sürerse artık melankolidir” sözü,o zamanlarda depresyonun bir rahatsızlık olarak ele alındığına dair iyi bir fikir vermektedir. Aristo’nun “Problemata” kitabında ve Galen’in yazılarında da melankoli tanımı kullanılmaya devam etmiştir (28,29).

Tarih öncesi dönemlerden beri bilinen “nepenthes” adlı morfin türevinin antidepresan amaçla kullanımı belki de depresyonun bilinen en eski farmakolojik tedavi şeklidir. “Şok” tedavisinin öncülleri de hemen hemen aynı çağlarda Lepkas adasında uygulanmıştır. Bunlardan birkaç yüzyıl sonra M.S.2. yy.’ da Soranus Epheisos diyet, flebotomi, lavman, kusturma, enerjik masaj, güneşlenme,ısıtma ve alkali kaynak sularının içilmesi gibi tedavi yöntemlerini önermiştir (28).

Batının Hipokrat-Galen tarzı düşünce sistemi, doğunun Çin’ de Türk ve Arap dünyasında İbni Sina ile doruğa çıkan yaklaşımının etkileri sayılmazsa, pek değişikliğe uğramadan ortaçağa kadar devam etmiştir. 16. yy.’ da bir yanda çalışmalarını hayatıyla ödeyen Vesalius ilk anatomik diseksiyonu gerçekleştirirken, öte yanda karanlık ortaçağ düşüncesi Hipokrat’ın da gerisine düşerek bu hastalıkların kökeninin “spiritüel” olduğunu iddia etmeyi sürdürmüştür. Onlara göre hasta olan kişiler “şeytana tutulmuşlardı”, oysa bu yıllarda doğu tıbbı hastalarını insanca yöntemlerle tedavi etmekteydi .

16. ve 17. yüzyıl çalışmalarını en iyi tanımlayan ifade, depresyonun etiolojisi konusunda Vesalius'un "Melankoli beyin ya da bir başka organın tümöründen kaynaklanmaktadır" görüşüdür. Vesalius' u izleyen Plater, ilk kez merkezi sinir sisteminin psikiyatrik tablolardan 6 sorumlu organ olduğunu savunmuştur. Çin'de ise 14. yy ile 20. yy arasını kapsayan geniş dönem içinde depresyonun etiolojisi ile ilgili olarak, "yaşamsal hava dolaşımında bozulma, aşırı yas ve hastanın kontrol edemediği çaresizlik durumları" tanımlanmıştır. 1621' de Burton "Melankolinin Anatomisi" adlı üç ciltlik bir eser yayınlayarak, bugünkü bilgilerimize çok yakın tanımlamalar yapmıştır. 17. yy' da Willis depresyonun sıvıların aşırı tuzlanmasına bağlı olduğunu söylemiştir. 18. yy' da Newton ve Bellini' nin kuramları tıbbi açıklamaları da mekanikleştirmiştir. O yıllarda Pitcairn, Hoffman gibi bilim adamları depresyonu dinamik mikropartiküller, hidrodinamik ilkeler, kan-lenf-sinir sıvısının dolaşımında bozulma ile açıklarlarken, Cullen "sinir sıvısının düzensiz hareketinin belki de elektriksel bir yolla melankoli sebebi" olduğunu savunmaktaydı (28).19. yy Pinel, Esquirol, Falret, Mendel ve Kreapelin' in katkılarıyla depresyon bugün bilinen kavramlarına çok yaklaşmıştır. Falret 1854' te depresyonlu hastaların zaman içinde taşkınlık geliştirdiklerini, sonra tekrar depresif dönemin ortaya çıkabildiğini gözlemlemiş ve bu durumu, dalgalanan delilik (la folie circulaire) olarak tanımlamıştır. Aynı dönemde bir diğer Fransız psikiyatrist olan Bailargerise, manik ve depresif dönemlerin aynı hastada görüldüğü durumu, çift şekilli delilik (la folie a double forme) olarak adlandırmıştır. 19. yy' da Alman psikiyatri ekolü, modern anlamda ruhsal hastalıkları sınıflandırmaya çalışmış ve Kahlbaum 1882' de mani ve melankolinin aynı hastalık sürecinin farklı dönemleri olduğunu tanımlamıştır. Bu durumun hafif şekline ise "siklotimi" adını vermiştir (28). Kraepelin ise, bugün depresyon olarak anladığımız durumu "manik depresif hastalık" ve "involüsyonel depresyon" adı altında ele almış "dementia prekoks" ile ayırımını açık bir biçimde yapmıştır. Kraepelin' in nozolojik çalışmaları bu yüzyıl içinde, gerek ruhsal rahatsızlıkların tanımlanması, gerekse psikiyatrik hastalıkların etiolojik ve kategorik olarak sınıflandırılma çabalarında yol gösterici olmuştur. 20. yy Meyers, Freud, Adler, Abraham, Bowlby, Rado, Jacobsen' in katkıları yanında biyolojik olarak da, bugün çoğu hayatta olan araştırmacılar ve birkaç yıl önce aramızdan ayrılan Winokur' un çalışmalarıyla şekillenmiştir(30).

## II.II.B) TANI

### MAJÖR DEPRESİF EPİZOD İÇİN DSM-IV TANI ÖLÇÜTLERİ

A. İki haftalık bir dönem sırasında, daha önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olması ile birlikte aşağıdaki semptomlardan beşinin ( ya da daha fazlasının) bulunmuş olması;

B. semptomlardan en az birinin ya (1) depresif duygudurum ya da (2) ilgi kaybı ya da artık zevk alamama olması gerekir.

**Not:** Açıkça genel tıbbi bir duruma bağlı olan ya da duyguduruma uygun olmayan hezeyan ya da halüsinasyon semptomlarını katmayınız.

(1) ya hastanın kendisinin bildirmesi (örneğin, kendisini üzgün ya da boşlukta hisseder) ya da başkalarının gözlemesi (örneğin, ağlamaklı bir görünümü vardır) ile belirli, hemen her gün yaklaşık gün boyu süren depresif duygudurum.

**Not:** Çocuklarda ve ergenlerde irritabl duygudurum bulunabilir.

(2) hemen her gün, yaklaşık gün boyu süren, tüm etkinliklere karşı ilgide belirgin azalma ya da artık bunlardan eskisi gibi zevk alamıyor olma ( ya hastanın kendisinin bildirmesi ya da başkalarınca gözleniyor olması ile belirlendiği üzere )

(3) perhizde değilken önemli derecede kilo kaybı ya da kilo alımının olması (örneğin,ayda, vücut kilosunun % 5' inden fazlası olmak üzere ya da hemen her gün iştahın azalmış ya da artmış olması. **Not:** Çocuklarda, beklenen kilo alımının olmaması.

(4) hemen her gün, insomnia (uykusuzluk ) ya da hipersomnia (aşırı uyku) olması

(5) hemen her gün, psikomotor ajitasyon ya da retardasyonun olması (sadece huzursuzluk ya da ağırlaştığı duygularının olduğunun bildirilmesi yeterli değildir, bunların başkalarınca 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 (hezeyan düzeyinde olabilir) olması (sadece hasta olmaktan ötürü kendini kınama ya da suçluluk duyma olarak değil)

(8) hemen her gün, düşünme ya da düşüncelerini belirli bir konu üzerinde yoğunlaştırma yetisinde azalma ya da kararsızlık ( ya hastanın kendisi söyler ya da başkaları bunu gözlemiştir)

(9) yineleyen ölüm düşünceleri ( sadece ölmekten 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 belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.

D. Bu semptomlar bir madde kullanımının ( örneğin, kötüye kullanılabilen bir ilaç) ya da genel tıbbi bir durumun ( örneğin, hipotiroidizm ) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

E. Bu semptomlar Yas'la daha iyi açıklanamaz, yani sevilen birinin yitilmesinden sonra bu semptomlar 2 aydan daha uzun sürer ya da bu semptomlar, belirgin bir işlevsel bozulma, değersizlik düşünceleriyle hastalık düzeyinde uğraşp durma, intihar düşünceleri, psikotik semptomlar ya da psikomotor retardasyonla belirlidir .

### II.II.C) KLİNİK ÖZELLİKLER

Depresif bir duygudurum ile ilgi ve zevk almanın kaybı depresyonun anahtar kelimeleridir. Hastalar kendilerini sıkıntılı, umutsuz ya da değersiz hissettiklerini söylerler. Hastalar için depresif duygudurum sıklıkla kendini normal üzüntü ya da yastan ayırt ettiren farklı bir niteliktedir. Hastalar sıklıkla depresif belirtileri öldürücü ruhsal bir acı olarak tanımlarlar. Depresif hastalar bazen iyileştikçe kaybolan bir belirti olan ağlayamamaktan yakınırılar (31).

1. Öyküden Elde Edilen Bilgiler:

a. Anhedoni-zevk alamama,

b. Arkadaşlar veya aileden uzaklaşma,

c. Güdülenme yokluğu ve engellenmeye dayanma gücü azalır,

d. Vejetatif belirtiler:

i. Libido kaybı.

ii. İştahsızlık ve kilo kaybı.

iii. İştah artışı ve kilo alma.

iv. Düşük enerji düzeyi, yorgunluk.

v. Adet düzensizliği.

vi. Sabah erken uyanma (terminal insomnia) çökkün hastaların yaklaşık % 75' i uykusuzluk veya aşırı uyuma gibi uyku bozukluklarına sahiptir.

vii. gün içinde dalgalanma (semptomlar sabahleyin kötüleşir).

e. Kabızlık.

f. Ağız kuruluğu

g. Baş ağrısı

2. Ruhsal Durum Muayenesinden Elde Edilen Bilgiler:

a. Genel görünüm ve davranış: psikomotor yavaşlama veya ajitasyon, göz temasında azalma, ağlama, vücudun öne eğilmesi, kişisel görünümüne dikkat etmeme.

b. Duygulanım: sıkıntılı.

c. Duygudurum: çökkün.

d. Konuşma: azdır ya da kendiliğinden konuşmaz, tek hecelerle, uzun aralıklarla konuşur, hafif, düşük tonda ve monotondur.

e. Düşünce içeriği: çökkün hastaların % 60' ında özkıyım düşünceleri ve % 15' inde tamamlanmamış özkıyım; obsesif yinelemeler; yaygın umutsuzluk; değersizlik ve suçluluk duyguları; bedenle ilgili zihinsel uğraşlar; kararsızlık; içerik yetersizliği; varsanı ve sanrılar (duygudurumla uyumlu suçluluk, yok olma, kötülük görme gibi); kendiliğindenlikte azalma.

f. Duyum: çelinebilirlik, yoğunlaşma güçlüğü, bellek zayıflığı, yönelim bozukluğu bozulabilir.

g. İlgörü ve yargılama: kişisel değersizlikle ilgili bilişsel bozukluklar nedeniyle bozular.

3. Eşlik Eden Bulgular:

a. Bedensel yakınmalar: depresyonu maskeleyebilir; özellikle kalp, sindirim sistemi, boşaltım sistemi, sırtın alt tarafında ağrı ve ortopedik yakınmalar.

b. Var olduğunda, sanrı ve varsanıların içeriği çökkün duygudurumla uyumlu olmaya eğilimlidir; en yaygın olanlar suçluluk, yoksulluk, hak edilmiş kötülük görme, bedenle ilgili ve dünyanın sonu geldiği şeklindedir. Duygudurumla uyumsuz sanrılar, belirgin duygudurumla açık olarak ilişkisi olmayan içeriktedirler, örneğin çökkün durumlarla ilişkisiz düşünce sokulması, yayınlanması, etkilenme sanrılarıdır.

4. Yaşa Özgü Bulgular: Depresyon değişik yaşlarda farklı şekillerde görülebilir.

a. Puberte öncesi: somatik yakınmalar, ajitasyon, tek sesli işitsel varsanılar, kaygı bozuklukları ve fobiler.

b. Ergenlik: madde kötüye kullanımı, antisosyal davranış, huzursuzluk, okuldan kaçma, okul güçlükleri, gelişigüzel cinsel ilişkiler, reddedilmeye aşırı duyarlılık, yetersiz temizlik.

c. Yaşlılık: bilişsel kusurlar (bellek yitimi, yönelim bozukluğu ve konfüzyon, psödodemans ya da depresyonun demans sendromu, apati, çelinebilirlik)

## AYRICI TANI

Kişilerde tespit edilen bütün bulgu ve belirtiler depresyona işaret etse bile, genel olarak depresyon tanısı konmadan önce yapılması gereken üç şey daha vardır:

- Mevcut belirtilerin herhangi bir medikal hastalığa bağlı olup olmadığını ayırmak. Bu iyi bir fizik ve nörolojik muayene ve çalışılan kurumun yetenekleri çerçevesinde yapılacak laboratuvar incelemeleri ile sağlanabilir. Depresyonun büyük oranda fiziksel hastalıklarla ilişkili olduğu unutulmamalıdır (yaşlılarda yaklaşık %50).

- Belirtilerin herhangi bir ilaç veya kanun dışı madde kullanımına bağlı olup olmadığını iyi bir soruşturma ve muayene ile ayrılabilir.

- Belirtilerin işlevselliği bozacak düzeyde olup olmadığı soruşturularak veya mümkünse psikolojik testlerle tespit edilebilir.

Tanı koymadan önce yapılması gerekenler :

- 1) Rutin fizik ve nörolojik muayene
- 2) İdrar analizi
- 3) Kan analizi (biyokimya, karaciğer fonksiyon testleri)
- 4) Akciğer grafisi
- 5) EKG
- 6) Bağımsız hikaye ( akraba ve/veya arkadaşlardan alınan bilgiler)
- 7) psikolojik testler

Depresyon belirtileri bir çok başka hastalık ve bozukluğun belirtileri ile karışabilir, bu hastalık ve bozukluklardan bir kısmının klinik görüntüleri gösterilmiştir :

- 1) Hipertiroidizm (taşikardi, çarpıntılar, tremor, terleme, ekzoftalmi, tiroid büyümesi)
- 2) Hiperglisemi ( terleme, güçsüzlük, açlık, tremor, baş ağrısı)
- 3) Feokromasitoma (hipertansiyon, zonklayıcı baş ağrısı, çarpıntı, hiperhidroz)
- 4) Solunum bozuklukları ( nefes darlığı, öksürük, göğüs belirtileri, ateş)
- 5) Aritmiler ( çarpıntılar, göğüs ağrısı, nefes darlığı, bayılmalar, ekg değişiklikleri)

Belirtileri depresyonla karışabilen bir kısım psikiyatrik bozukluğun depresyondan ayırımında yararlı olabilecek belirtileri vardır. Görüldüğü gibi farklı sistemleri ilgilendiren bir çok tıbbi hastalık veya belirti dizinleri ya da gidiş özellikleri belirgin farklı bir çok psikiyatrik bozukluk, iyi bir öykü ve muayene ihmal edilirse depresyon ile rahatlıkla karışabilmektedir. Bu yüzden bu hastalıklar ve bozuklukların depresyon ile uyuşan ve ayrışan belirtilerini çok iyi bilmek ve araştırmak gerekir çünkü iyi bir öykü, dikkatli fizik ve nörolojik muayene ile rutin laboratuvar muayeneleri ayırımı büyük ölçüde sağlayabilmektedir. Belirtileri depresyonla karışabilen bir kısım psikiyatrik bozukluk :

- 1) Demans ( özellikle yakın hafızada bozukluk, konuşma ve anlama bozukluğu, davranış ve kişilikte bozulma, sinsiz başlangıç)
- 2) Anksiyete (sürekli korku veya endişe, terleme, çarpıntı, huzursuzluk gibi fiziksel belirtiler uykusuzluk özellikle dalma zorluğu, yaygın özgül fobiler)
- 3) İki uçlu bozukluk ( açık epizodik gidiş depresyon mani veya, hipomaniyle alternatif olarak yaşanır. Aile hikayesi belirgindir)
- 4) Şizofrenik bozukluk ( ciddi kişilik bozulması, düşünce bozuklukları, depresif duygu durumu ile uyumsuz hezeyanlar özellikle işitsel hallusinasyonlar, bizar ve uygunsuz, duygu durumu, ciddi ilişki bozuklukları, bizar davranışlar, başlangıç geç erişkinlik veya orta yaşta )

## II.II.D) EPİDEMİYOLOJİ VE RİSK ETKENLERİ

### 1. DEPRESYONUN EPİDEMİYOLOJİSİ

Depresyon psikiyatrik hastalıklar arasında en sık görülenlerden biridir. Kabaca toplumda her 10 kişiden birinde izlenmekte olup, her dört kadından birisi ve her 8- 10 erkekten birisi yaşamları boyunca en az bir kez depresif epizod geçirmektedir. Kadınlarda, erkeklerden 2 kat daha fazla görülmektedir. Majör depresyon orta yaşlarda (20- 40) daha sık izlenen bir hastalıktır. Yaşam boyu majör depresyon prevalansını; Angst 1992' deki çalışmasında % 4,4-% 19,6 ve Kessler 1994' deki çalışmasıyla % 17 olarak belirtmiştir. Doğan ve ark.'nın 1995'deki çalışmasında; ülkemizdeki depresyon yaygınlığı (%8- 20) diğer ülkelerdeki oranlara benzer bulunmuştur. Yine Kessler' in aynı çalışmasında 1 yıllık süre içinde toplumun % 10,3'ünde majör depresyon tespit edilmiştir. 1 yıllık prevalans kadınlarda % 8,

erkeklerde % 3 civarındadır. Witchen ve arkadaşlarının 1994' deki çalışmasında yaşam boyu tekrarlayan kısa depresyon oranı % 11 olarak verilmiştir.

Aşağıda depresyonun epidemiyolojisine dair bilgiler bir tablo halinde sunulmuştur (Tablo 1)

**Tablo 1 : Depresyon Hastalarının Epidemiyolojik Özellikleri**

	DEPRESYON
Yaşam Boyu prevalans	Toplumda: % 17 (% 4- 16,9) Kadınlarda :% 10- 25 Erkeklerde: % 5-12
Bir Yıllık prevalans	Toplumda: % 10,3 Erkeklerde:% 3 Kadınlarda: % 8
En sık görülme yaşı	40 – 50 yaş civarı
Cinsiyet	Kadında iki kat fazla
Medeni Durum	Ayrı yaşayan ve boşananlarda çok
Aile Yüklülüğü	Riski % 7 daha çok arttırır. Kadında % 18 , Erkeklerde % 11
Sosyo - ekonomik düzeyle ilişkisi	İşsiz ve yoksullarda çok
İrkle ilişkisi	İlişkısiz / siyahlarda az
Kronik stresör etkenler	Etkili
Stresli yaşam olayları	Olumsuz yaşam olayları riski artırır
Yaşanan Yer	Kırsal kesimde kentten daha az
Kişilik özellikleri	İçer dönük, obsesif, bağımlı kişide çok
Çocukluk dönemi	Erken kayıplar, olumsuz çevre
Yakın ilişki yokluğu	Önemli risk etkeni
Ortalama başlangıç yaşı	20 – 40 arası

## 2. DEPRESYONDA RİSK ETKENLERİ

### A) YAŞ :

Depresyon daha çok orta yaş hastalığıdır. Majör depresyon orta yaş ve 45 yaş altında daha sık görülür. Jorm' un 2000 yılındaki bir çalışmasına göre, daha öncesinde var olan yaygın kanının aksine, depresyon yaşlılarda daha fazla görülmemektedir, ilerleyen yaşla birlikte hastalarda izlenen depresif belirtilerin artmasına rağmen, majör depresyon sıklığı artmamaktadır (32).

### B) CİNSİYET :

Majör depresyon kadınlarda erkeklere göre iki kat daha fazla görülmektedir. Cinsiyete göre ortaya çıkan bu farklılık genç ve orta yaşta daha belirgindir. Yaş

ilerledikçe iki cins arasındaki fark da gitgide azalmaktadır. Burada iki konu önem kazanmaktadır:

1) Biyolojik ve genetik etkenler: Menstrüel siklus gibi normal hormon dalgalanmalarına verilen anormal yanıtlar ya da diğer hormonal etkenler; menopoza, hamilelik, doğum, hormon ve doğum kontrol ilaçlarının etkileri depresyonun ortaya çıkmasında rol oynayabilmektedir. Ayrıca kadınlarda monoaminooksidaz seviyesi yüksektir ve tiroid hormon bozuklukları daha fazla görülür. Postpartum dönemde ortaya çıkan depresyonda ise, düşen östrojen ve artan progesteron düzeyleri sorumlu tutulmaktadır. Premenstrual dönemde duygusal instabilitedeki artış da benzeri bir değişimle ilişkili olabilir. Oral doğum kontrol haplarının kullanılması sonucu, progesteron artışıyla birlikte depresif belirtilerinde artması, bu yaklaşımı desteklemektedir

2) Psikolojik etkenler: Bu konuda, kadına toplum içinde biçilen rol, bu konuda ona karşı verilen tepkiler, yaşadığı stresler, çatışmalar ve çoğu kez bunlarla başa çıkamamanın verdiği çaresizlik, bunlardan sorumlu tutulmaktadır (32).

#### **C) IRK VE ETNİK GRUPLAR :**

Loosen ve arkadaşlarının 2000 yılında yaptıkları bir çalışmada; majör depresyon dağılımının ırklara ve etnik gruplara göre farklılık göstermediği ve ırklar arasında görülen bazı farklılıklarında, daha çok sosyoekonomik durumun etkisinden kaynaklandığını ileri sürenler yanında, siyah ırkta daha az oranda majör depresyon izlendiğini ileri sürenlerde olmuştur (32).

#### **D) MEDENİ DURUM :**

Depresyon ayrı yaşayan ya da boşanmış eşler arasında daha yüksek oranda izlenmektedir. Yalnız yaşayan annelerde, evli olanlara göre, depresyon gelişme riski iki kat fazladır. Brown ve Moran' ın 1997 yılındaki çalışmalarında; eş kaybının depresyonun ilk epizoduyla ilişkili önemli bir çevresel stres etkeni olduğu görülmüştür. Bu risk cinsiyete göre de değişim göstermektedir. Bekar kadınlar, evlenmiş kadınlara göre daha az depresyon riski yaşarken, bunun tersine evli erkekler bekar erkeklere göre daha az risk taşımaktadır (32).

#### **E) AİLE ÖYKÜSÜ VE GENETİK ÖZELLİKLER :**

Kendler, 1999 yılında yaptığı çalışmada; kişinin birinci dereceden biyolojik akrabalarında majör depresyon öyküsü varsa, kendisinde de depresyon görülme

olasılığının arttığını ifade etmiştir. Biyolojik akrabasında majör depresyon olanlarda, hastalanma oranı erkeklerde % 11, kadınlarda % 18 düzeyindedir (32).

#### **F) ERKEN DÖNEM ÇOCUKLUK YAŞANTILARI :**

Bazı yazarlar anne baba tarafından sağlanan ve de süreklilik gösteren sevgi ve duygusal beslemenin depresyon oluşumunu önlediğini, buna karşın anne babadan ayrılmanın ya da gerçek kayıpların ileri yaşlarda depresyon gelişimi açısından risk oluşturduğunu ileri sürmüşlerdir. Spitz; yaşamın ikinci 6 ayında annesinden ayrı kalan bebeklerde açık depresif belirtiler tanımlamış, kişiyi şekillendiren dönemlerde yaşanan ayrılık ve kayıpların; ya çocuğun depresif yapı geliştirmesine ya da ancak ilkel savunma düzenekleri kullanarak depresyondan korunabileceğine dikkati çekmiştir (32).

#### **G) ÇOCUKLUK DÖNEMİ YAŞANTILARI :**

- 1) Kayıplar, özellikle 11 yaş öncesi ebeveyn kaybı ileriki dönemlerde depresyon gelişimi ile ilişkili bulunmuştur.
- 2) Anne babanın ilgisiz tutumu, özellikle 17 yaşından önce karşılaşılan ihmal bir başka risk etkenidir.
- 3) Çocukluk döneminde yaşanan kötüye kullanım durumları da diğer bir risk etkenidir. 1994' te Bifulco' nun, 1990'da Harris' in yaptıkları çalışmalarda; aile üyelerinden şiddet görme, aile içinde ya da yakın çevre tarafından cinsel tacize uğrama gibi olayların depresyonu yaklaşık iki kat arttırdığı görülmüştür.

Birmaher ve arkadaşlarının 1996' da ki çalışmasında çocukluk dönemlerindeki kötüye kullanımların hipotalamik-pituiter-adrenal (HPA ) ekseninin işlevlerini etkileyebileceği yani kortikotropin salgılatıcı hormon uyarma testinde daha yüksek derecede ACTH yanıtlarının alındığını ileri sürmektedirler (32).

#### **H) HASTALIK ÖNCESİ KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ :**

Depresyonun kapsamlı anlaşılabilmesi için, kişinin depresyon epizodu öncesindeki "premorbid" kişilik yapısı incelenmelidir. Obsesif, histrionik, pasif ve bağımlı ve de sınır kişilik yapısı özelliklerine sahip olanlarda depresyon daha çok izlenirken, antisosyal ve paranoid kişilik yapısına sahip bireylerde daha az izlenmekte olduğu yönünde görüşler vardır (32).

#### **I) OLUMSUZ YAŞAM OLAYLARI VE STRES ETKENLERİ :**

Olumsuz yaşam olaylarının tek başlarına değil, ancak kişide genetik, biyolojik, ya da psikik bir yatkınlık bulunması durumunda depresyon oluşumuna neden olduğu

düşünülmektedir. Birçok insan olumsuz yaşam olayları yaşadığı halde depresyon epizoduna girmemektedir. Çünkü negatif olaylar daha çok “afektif diatez” e sahip bireyler üzerinde etkili olmaktadır. Paykel’in 1971, 1994 ve 1997’ de ki çalışmalarında bu konuyla ilgili bir diğer hususa dikkat çekilmiştir. Yaşanan olayın kendisinden çok, o olayın, o kişi tarafından nasıl algılandığı da ruhsal açıdan çok daha önemlidir. Bu konuyla ilgili olarak 1997’ de Brown ve arkadaşları etkileri uzun süre devam eden yaşam olaylarının depresyon oluşturmadaki rolünü vurgulamış, kısa süreli etki oluşturan olayların depresyona yol açmadığını ileri sürmüşlerdir (32).

#### **J) SOSYO-EKONOMİK DURUM VE SOSYAL DESTEK :**

Bruce ve Takeuchi 1991’ de yoksul kişilerde depresyon oranının iki kat fazla olduğunu, Rothschild ise 1999 yılındaki çalışmasında depresyonun kentlerde, işsizlerde 3 kat, yoksullarda 2 kat daha fazla olduğunu belirtmişlerdir (32).

#### **K) DİĞER PSİKİYATRİK DURUMLARLA BİRLİKTELİK :**

- 1) Kupfer 2001’ de depresyonun tekrarlayabilen ve kronikleşen bir hastalık olduğunu, birinci epizoddan sonra ortalama % 75- 80 civarında nüks oranı olduğunu ifade etmiştir.
- 2) Anksiyete bozukluklarının varlığı, depresyon olasılığını arttırmaktadır.
- 3) Nörolojik hastalıklar; örneğin Parkinson hastalığı, Alzheimer hastalığı, inme gibi hastalıklarda depresyon yüksek orandadır.
- 4) Birincil uyku bozukluklarının varlığı depresyon sıklığını arttırmaktadır.
- 5) Alkol ve madde kötüye kullanımıyla depresyon arasında daha yüksek oranda birliktelik izlenir (32).

### **II.II.E) ETYOLOJİ**

#### **1. PSİKOLOJİK GÖRÜŞLER**

##### **A) PSİKOANALİTİK VE PSİKODİNAMİK ETMENLER :**

Depresyonu anlama girişimlerinde, Sigmund Freud nesne kaybı ve melankoli arasında bir ilişki olduğunu, depresyondaki hastanın öfkesinin kayıp nesne ile özdeşim nedeniyle içe yöneldiğini öne sürmüştür. Freud bir objeyi terk etmek için egonun tek yolunun içe alma (introjeksiyon) olduğuna inanmaktaydı. Depresif hastanın suçluluk ve kendi kendini kınama ile birlikte derin bir değersizlik duygusu hissetmesi ama yas tutanda bu duyguların olmaması depresyonu yastan ayırt ettirmektedir.

Melanie Klein daha sonra depresyonu depresif duyguduruma bağlamıştır. Manik depresif döngüleri çocukluk çağında seven içe alınan nesnelere (loving introjects) oluşturmada Başarısızlığın yansıması olarak ele almıştır. Onun görüşüne göre, depresif hastalar kendi yıkıcılıkları ve açgözlülükleri nedeniyle seven objelere zarar verme kaygılarından yakınmaktaydılar. Depresif hasta için temel olan değersizlik duygusu hastanın yıkıcı fantazileri ve dürtüleri nedeniyle iyi içsel ebeveynin kötülük edenlere dönüştürülmesi duygusundan gelişmektedir.

E. Bring depresyonu içe yönelen saldırganlıkla çok az ilişkisi olan birincil afektif bir durum olarak ele almıştır. Ayrıca depresyonu kişinin özlemleri ve gerçekliği arasında kalan ego gerginliğinden ortaya çıkan bir etki olarak düşünmüştür. Depresif hasta ideallerini yaşamamış olduğunu farkettiği zaman kendini yarımsız ve güçsüz hissetmektedir. Temelde depresyon egonun özsaygısının kısmi ya da tam çökmesi olarak özetlenebilmektedir.

Son olarak Heinz Kohut depresyonu kendilik psikolojisi açısından yeniden tanımlamıştır. Ayna tutma, yüceleştirme için kendilik-nesnesi gereksinimleri önemli kimselerden gelmediğinde, özlenen yanıtı almadığı için depresif kişi tamamlanmamışlık ve ümitsizlik hissetmektedir. Bu görüş çerçevesinde, çevreden gelen bazı yanıtlar kendilik değerini ve bütünlük duygusunu sürdürmek için gerekmektedir (33).

## **B) ÖĞRENİLMİŞ ÇARESİZLİK :**

Deneysel olarak, kaçamayacakları yineleyici elektrik şoklarına maruz bırakılan hayvanlar sonunda bıkararak gelecek şoklardan kaçma girişiminde bulunmamışlardır. Bu hayvanlar çaresiz olduklarını öğrenmişlerdir. Depresyonda olan insanlar kendilerini benzer bir çaresizlik durumunda bulabilirler. Öğrenilmiş çaresizlik kuramına göre, depresyon eğer klinisyen hastaya çevresini kontrol etme duygusunu ve çevresinin efendisi olmayı yavaş yavaş öğretirse depresyon düzelebilmektedir. Klinisyenin tedavi için ödüllendirici davranış tekniklerini ve olumlu pekiştirmeyi kullanması faydalı olabilmektedir.

## **C) BİLİŞSEL KURAM :**

Bilişsel kurama göre, yaygın bilişsel yanlış yorumlamalar yaşam deneyimini olumsuz çarpıtma, kendini olumsuz değerlendirme, kötümserlik ve umutsuzluktur. Bu öğrenilmiş olumsuz görüşler daha sonra depresyon duygusuna yol açmaktadır. Bir

bilişsel terapist hastanın düşüncelerini kaydetme ve bilinçli bir şekilde tanımlama gibi davranışçı ödevler kullanarak olumsuz bilişleri ortaya koymaya çalışmalıdır (33).

## **2. BİYOLOJİK GÖRÜŞLER**

Depresyonun etiolojisinde çeşitli nörobiyolojik mekanizmaların varlığı ileri sürülmektedir. Bunlar arasında noradrenerjik sistem, serotonerjik sistem, nöropeptidler, genetik geçiş modeli, glutamaterjik sistem, nöroendokrinolojik faktörler, nöroplastisite ve nörotrofik faktörler, hücre içi bağlantılar ve nöroanatomik bağlantılar örnek olarak verilebilir.

### **A) NORADRENERJİK SİSTEM :**

Büyük oranda hayvan araştırmaları ve invitro çalışmalarda elde edilen kanıtlar duygudurum bozukluklarının beyinde limbik sistem ve lokus seroleustaki bir ya da birden fazla nöronal yolaktaki fonksiyonel bozukluktan kaynaklandığını düşündürmektedir ve duygudurum bozukluğunda en fazla noradrenalin ve serotonin değişikliklerinin rol aldığı bununla birlikte rollerinin hala kesin olarak belirlenemediği bildirilmektedir (34).

Depresif hastalarda noradrenalinin azalmasının depresif semptomlarda bir artış oluşturduğu ve noradrenalin projeksiyonları ile depresyon arasındaki korelasyona ilişkin kapsamlı kanıtlar mevcut olduğu gösterilmiştir. Çoğu hastada plazma noradrenalin konsantrasyonunun da ve noradrenerjik reseptörlerde artış ayrıca B adrenerjik reseptör yoğunluğunda değişiklik saptandığı açıklanmıştır (35).

### **B) SEROTONERJİK SİSTEM :**

Monoamin hipotezi üç biyojenik aminden (serotonin, norepinefrin, dopamin) birisinin yada diğerinin eksikliğinin ve dolayısıyla fonksiyonlarında ortaya çıkan azalmanın veya büreseptörlerdeki sayı ve duyarlılıkta artışın depresyonun altında yatan biyolojik düzenek olduğunu ileri sürmektedir. Antidepresan etkinliği kanıtlanmış klomipramin gibi bazı trisiklik antidepresanlar ile daha yeni antidepresanların (sertralin, fluvoksamin, fluoksetin, trazodon) dopamin geri alımını etkilemeksizin serotonin geri alımını güçlü bir şekilde bloke edişlerinin anlaşılması serotonin hipotezine büyük destek sağlamıştır (36).

Serotonerjik hiperfonksiyon varsayımı ise 5-HT'nin kimyasal taşınmasında artış olduğunu ve bu artışın muhtemelen postsinaptik 5-HT alıcılarının aşırı duyarlılığı sonucu ortaya çıktığını ileri sürmektedir. Bu zıt durumu açıklamak için çeşitli düşünceler ortaya konmuştur.

Bunlardan biri serotonerjik sistemde saptanan hipofonksiyon veya hiperfonksiyonun hastalığın farklı aşamaları ile ya da farklı tipleri ile ilişkili olabileceğidir. Bir diğeri ise depresyonun serotonin mekanizmasının eksikliği ya da aşırılığı ile değil stabil olmaması ile ilişkili olabileceği savıdır (37).

### **C) DEPRESYON ETİOLOJİSİNDE GENETİK KANITLAR :**

Depresyonun etiolojisinde genetik çalışmalar çeşitli başlıklar altında toplanmıştır. Serotonin, adrenalin, dopamin, anjiotensin dönüştürücü enzim, monoamin oksidaz, GABA gen polimorfizmi gibi. Depresyonun genetik yönü oldukça karmaşıktır, genetik heterojenite ve multifaktöryel kalıtım göstermektedir. Genetik yaklaşımlara ek olarak, psikiyatrik araştırmalar duygulanım bozukluklarının ortaya çıkışında psikososyal faktörlerin etkisi üzerinde yoğunlaşmakta ve gen-çevre etkileşimli modeller üzerinde de durmaktadır (38).

### **D) DEPRESYON ETİOLOJİSİNDE NÖROPEPTİDLER :**

Nörotransmitterlerin içinde önemli yer tutan peptidler yapılarında yüzden az aminoasit bulunduran kısa zincirli proteinlerdir. Nöropeptidler büyük ölçüde nöromodülatör ve nörohormon olarak görev yapar. Bu işlevleri yanında lokal olarak nörotransmitter işlevleri de vardır (39). Şimdiye kadar tespit edilebilen nöroaktif peptidlerin sayısı yüzden fazladır.

Araştırmacılar MSS'de belki de üçyüzden fazla peptid olabileceğini varsaymaktadır. Beynin tümünde yer almakla birlikte en fazla limbik sistemde yer almaktadırlar.

**Somatostatin:** İnsanda ve hayvanlarda analjezi sağlamanın yanında uyku paterni, lokomotor aktivite, bellek işlemleri üzerine de etkilidir. Depresyonlu hastalardaki değişmiş uyku, yeme alışkanlıkları ve psikomotor aktivite nedeniyle bu peptid ilgi konusu olmuştur (40).

**Kortikotropin Salgılatıcı Hormon (CRH):** CRH'nin majör depresyondaki rolü ile ilgili yapılan çalışmalarda depresyonda CRH hipersekresyonu olduğu saptanmaktadır. CRH deney hayvanlarına verildiği zaman hiperkortizolizm ve majör depresyonla ilişkili anoreksi, azalmış libido gibi olaylara neden olduğu gösterilmiştir (41).

**Gonadal Düzenleyici Steroidler (GnRH):** Primer olarak hipotalamusta bulunur. Primer etkisi seksüel davranış üzerinedir ancak MSS'nin gelişimine katkıda bulunduğu gibi uyarılabilirlik ve anksiyetenin genel kontrolüne de katkıda bulunduğu düşünülmektedir.

Hipotalamik-pitiuter-gonadal aksdaki düzensizliklerin peri ve post menapozdaki kadınların endojen depresyonu ve post-partum depresyon üzerinde etkili olduğu düşünülmektedir. Bunu destekler şekilde bazı kadınlarda östrojenin antidepresan etkisi olduğu gözlenmiştir. Depresyon etiolojisinde ayrıca triptofan uygulanmasına azalmış prolaktin salınımı, FSH, LH ve erkeklerde testosteron düzeylerinde azalma bildirilmiştir (42).

**Vazopressin-Oksitosin:** Vazopressinin dikkatte, bellekte ve öğrenmede rol oynadığı düşünülmektedir. Salınımı stresle, ağrıyla, egzersiz, morfin ve nikotin kullanımı ile ve barbitüratlarla artmakta; alkol alımı ile düşmektedir. Uygunsuz vazopressin salınımının açık olmayan nedenlerle psikiyatrik bazı hastalıklarda da spontan olarak ortaya çıkabildiği, santral vazopressin düzeyindeki yükselmelerin insanlarda agresif davranış öyküsü ile ilişkili olduğu ileri sürülmektedir.

**Tiroid Hormonları:** Tiroid sisteminin düzenleyici hormonlarının ve peptidlerinin, santral sinir sistemindeki B-adrenerjik reseptörleri etkileyebilmesi nedeniyle geleneksel endokrin işlevlerine ek olarak duygudurum düzenlenmesinde de rol oynadığı düşünülmüştür. Bu düzenleyici sistemde yer alan T3, T4, TSH ve TRH'den, TRH'nin santral sinir sistemine geniş olarak yayıldığı ve genellikle postsinaptik hücrelerde inhibitör etki gösterdiği bildirilmiştir. Bu peptidlerin duygudurum ve davranışların düzenlenmesine katkıda bulunduğu düşünülmektedir. Örneğin hipotiroidi depresyon, kognitif bozulma, konfüzyon ve psikotik semptomlarla; hipertroidizm ise anksiyete, huzursuzluk ve irritabilite ile karakterizedir. Depresyondaki hastaların üçte birinde TRH'ye karşı TSH yanıtının bozulduğu açıklanmıştır (43).

**P Maddesi:** Asetilkolin ve serotonin ile birlikte bulunmaktadır. Hem ağrı iletiminde hem de hareket bozukluklarında ve özellikle de Huntington Kore' sinde sorumluluğu olabilecek bir peptid olarak görülmektedir. P maddesi ve üzerine etki ettiği nörokinin-1 reseptörlerinin (NK1) ağrının algılanmasında etkili olduğu ve NK1 reseptör antagonistlerinin potansiyel analjezik olduğu bilinmektedir. Ancak buna ek olarak P maddesi ve agonistlerinin anksiyete ile ilişkili olabileceği ve sıçanlarda yapılan bir çalışma sonucu NK1 blokajının anksiyolitik etkilerinin olabileceği söylenmektedir (44).

**Endojen Opioidler:** Nöropeptidler içinde en kapsamlı incelenmiş olanı opioidlerdir. Endojen opioidler peptid nörotransmitterlerin en büyük gruplarından biridir. Enkefalin ve endorfinlerden oluşur. Endorfinler strese yanıt olarak salınmaktadır. Depresif hastalarda B endorfin düzeylerinin yüksek bulunduğu ve bunun depresyona özgü

olabileceği gibi, depresyonla ilişkisiz bir şekilde stres düzeylerinin yüksek olmasına da bağlı olabileceği söylenmektedir (45).

**Kolesistokinin:** Kolesistokinin GABA ve dopaminle birlikte bulunabilir. Şizofrenide yeme ve hareket bozukluklarının, depresyonda ise iştah bozukluğunun patofizyolojisinde rolü olabileceği düşünülmektedir. Dopamin ile birlikte bulunması dopaminin sorumlu olduğu bazı psikiyatrik hastalıkların etiolojisinde yer alabileceğini düşündürmüştür.

**Melatonin:** Sonbahar ve kış mevsimlerinde tekrarlayan depresyonlarla giden mevsimsel duygudurum bozukluğu parlak ışıkla tedavi edilebilmekteydi. Depresyonda melatoninin rolü ve salgılanma düzeyleriyle ilgili yapılan çalışmalarda melatonin düzeyinin düşüklüğü saptanabilmektedir (46).

#### **E) GLUMATERJİK SİSTEM, N-METİL-D-ASPARTİK ASİT RESEPTÖRLERİ VE DEPRESYON :**

Plazmada glutamat ve eksitator amino asit düzeyleri ile ilgili çalışmaların sonuçlarının çelişkili olduğu açıklanmıştır. Duygudurum bozukluklarının patofizyolojisinde, antidepresan ve mizaç düzenleyici ilaçların etki düzeneklerinde ana nörotransmitter sistemi olan glutamaterjik sistemin ve NMDA reseptörlerinin yeri olduğuna dair bilgilerimiz giderek artmaktadır. Ancak henüz güvenilir ve etkisini doğrudan glutamaterjik sistem veya NMDA antagonizması ile gösteren bir antidepresan ilaç bulunmamaktadır (47).

#### **F) DEPRESYONDAKİ NÖROENDOKRİNOLOJİK FAKTÖRLER :**

Nöroendokrin sistemler beyin nörotransmitterleri tarafından kontrol edildiği için, bu sistemlerdeki anormallikler psikiyatrik hastalıkların altında yatan nörotransmitter değişikliklerini anlamada yardımcı olabilir. Hormonal psikiyatri üç açıdan önemlidir:

Birincisi bazı peptid hormonlar klasik nörotransmitterler gibi işlev görürler. İkincisi nöroendokrin eksenlerin hormonları kan yoluyla beyine taşınarak geribildirim oluşturur ve nöronal fonksiyonu etkileyebilir. Üçüncü olarak da bazı psikiyatrik hastalıklar klasik nöroendokrin eksenlerin hipoaktivitesi veya hiperaktivitesi ile seyretmektedir. Depresyonda birçok nöroendokrin sistemde değişiklikler olduğu bilinmektedir. Bu değişikliklerin araştırılması bir yandan depresyonun patofizyolojisini daha iyi anlamamıza yararken, bir yandan da bazı belirleyicilerin bulunmasına ve depresyonun tedavi seçeneklerinin zenginleşmesine yol açmaktadır (48).

## **G) DEPRESYON, NÖROPLASTİSİTE, NÖROGENESİS VE NÖROTROFİK FAKTÖRLER :**

Depresyon hastalarında yapılan postmortem çalışmalarda en sık olarak orbitofrontal kortekste nöronların hacminde küçülme, orbito ve prefrontal kortekste glial hücrelerin sayısında azalma bildirilmiştir. Nöronun yaşaması için uyarana alması ve işlev görmesi şarttır. Bu işlevlerini yerine getirirken kendisinin salgıladığı bir nörotrofik faktör olan BDNF bir yandan hücrenin uyarana uyumunu sağlayan yapısal sinaptik değişikliklere yol açarken, diğer taraftan programlı hücre ölümü olan apoptoza engel olmaktadır. Bugünkü bilgilerimiz depresyonda bozulan nöronal morfolojinin düzelmesi ve işlevin yeniden kazanılması için BDNF ekspresyonu şart olduğu fikrini vermektedir. Bu fikrin en önemli doğrulayıcısı etkili olan tüm antidepresanların BDNF ekspresyonunu artırmasıdır (48).

## **H) DEPRESYONDA HÜCRE İÇİ BOZUKLUKLAR :**

Hücre içi sinyal iletimindeki işlevsel bozukluklar başta depresyon olmak üzere duygudurum bozukluklarının etiolojisinde önemli bir rol oynarlar. Klinik öncesi ve klinik çalışmalar depresif hastalarda strese yanıt olarak moleküler ve yapısal düzeylerde değişiklikler olduğunu göstermiştir (49). Stres sinir büyüme faktörü (BDNF) düzeylerini azaltarak strese yatkın hipokampal nöronların atrofisine ve fonksiyonlarının azalmasına sebep olur. Antidepresan tedavi ise bunu tersine çevirir. CAMP ve BDNF sistemleri antidepresanların etki mekanizması ve yeni terapötik ajanların gelişmesi için bir model oluşturur (50).

## **I) DEPRESYONDA NÖROANATOMİK BAĞLANTILAR :**

Depresif bozukluklardaki belirtiler, bulgular ve öznel deneyimlerin bazı nörobiyolojik süreçlerdeki işlev bozukluklarına benzerlik gösterdiği örneğin ağır deprese hastalardaki bellek bozuklukları, sorun çözmedeki güçlükler, dikkat ve konsantrasyon bozuklukları, olumsuz düşünceler, sanrılar ve varsanılar gibi bulguların bazı özgül kortikal alanların işlevlerinin bozulmasında da meydana geldiği; yine depresif hastalarda da izlenen psikomotor yavaşlama ya da psikomotor ajitasyonun, prefrontal korteks, talamus, striatum ve bazal ganglion lezyonlarında da gözlemlendiği; ayrıca uyku bozuklukları, dinlenmemiş uyanma, gün içi duygudurum değişiklikleri, iştah ve cinsel işlev bozuklukları gibi semptomların hipotalamus, nükleus akumbens ve talamusu da içeren zedelenmelerde ortaya çıktığı, dolayısıyla bu ortak belirti ve bulguların, görüntüleme yöntemlerindeki teknolojik gelişmeyle

birlikte, araştırmacıların ilgisini duygudurum bozuklukları etyopatogenezinde beynin özgöl bölgelerinin rolü üzerine çektiği bilinmektedir (51).

Ancak özellikle yüksek beyin işlevlerinin yalnızca belirli anatomik yerleşim yerleri ile ilişkili olmayıp aynı zamanda bu bölgeleri birleştiren asosiyasyon alanları ile de ilişkili olduğu düşünölmektedir. İnsan beyninde motor ve duysal korteks dışında kalan ve bunlar arasındaki ilişkiyi sağlayan alanlara asosiyasyon alanları ya da korteksi denir. Bu alanların özelliği birden çok uyarana karşı duyarlı yani heteromodal olmalarıdır. Zedelenmelerinde farklı klinik görünömlerde belirti ve bulgular ortaya çıkar. Assosiyasyon alanlarını 3 bölümde incelemek mümkündür.

**1. Prefrontal korteks :** Arka-yan frontal lobu ve orbitofrontal korteksi içine alır. Temel olarak karmaşık motor işlevler ve bilişsel davranışı yöneten bir bölgedir. Zedelenmelerinde ortaya çıkan gecikmiş yanıt dikkat, yakın bellek, tasarlama ve motor işlevin yerine getirilmesini de etkiler. Ayrıca ilgisizlik, uykuya eğilim ya da artmış motor aktivite, cinsel denetimsizlik, uygunsuz davranışlar ortaya çıkar.

**2. Prefrontal-okspital-temporal korteks :** Arka temporal, arka alt parietal lobu içine alır. Duysal işlevler ve dil entegrasyonu ile ilişkilidir. Baskın yarıküre zedelenmelerinde; cisimlerin tanınmasında bozukluk, iki nokta ayırımında bozulma, renk adlandırmada bozulma, okuma, yazma, hesaplama bozuklukları; baskın olmayan yarıküre zedelenmelerinde ise eksik algılama, şekil kopyalamada yetersizlik, beden ve uzay algı bozuklukları ortaya çıkar.

**3. Limbik korteks :** Hipokampal girus, forniks, mamiller cisim, mamillo-talamik yol, amigdala ve singulat girustan oluşur. Limbik yapılar temporal lobun orta ve alt kısmını içerir. Bellek, emosyonel ve motivasyonel davranışla ilişkilidir. Emosyonel beyin ya da afektif beyin olarak da bilinir. Tüm bu assosiyasyon alanları arasında intrakortikal bağlantılar da söz konusudur (52).

Depresyonda, parkinson ve inme gibi bazı bedensel hastalıklarda gözlenen belirtilerin benzerlikleri de üzerine çalışılan konulardandır. Sol hemisferde iskemik atak geçiren inme sonrası hastalarda yapılan çalışmalarda depresyon oranının % 30 – 60 arasında değiştiği ve özellikle lezyonun frontal bölgeye yakınlığı üzerinde durulduğu bildirilmiştir (52). Depresyonlu hastalardaki SPECT çalışmalarında solda prefrontal korteks aktivitesinde azalma ile ilgili bulgular saptanmıştır (53).

### III. MATERYAL VE METOD

Çalışmamızda annelere Depresyon tanısı koyarken en azından bir takım objektif psikolojik testlerin rakamsal sonuçlarına ihtiyacımız olduğunu düşündük. Depresyonda sendromal aktiviteyi değerlendirmek için üzerinde geniş bir uzlaşa olan Beck Depresyon Envanterini kullanmak istedik. Çalışma ve kontrol grubundaki tüm annelere Beck depresyon tarama envanteri ve SCL 90R testini uyguladık. Her iki gruptaki annelerin depresyon oranlarına bakmak istedik.

Belirtilerin şiddeti açısından BDE Puanı 17'yi aştığını tespit ettiğimiz hastaların gerek işlevsellikteki etkilenme oranlarını, gerek seçilecek tedavi açısından atağın kategorik incelenmesi için, Uzman Psikiyatrist tarafından SCİD Testi uyguladık. Hasta olguların bulunduğu gruba demografik soruları da içeren 49 soruluk Hasta Araştırma Formu verilerek soruları yanıtlaması istendi. Kontrol grubuna da 29 soruluk Hasta Araştırma Formu verilerek soruları yanıtlaması istendi.

#### III.A) DENEKLER

Cross-Sectional olan çalışmamız, her biri 100 kişiden oluşan iki grup denekle gerçekleştirilmiştir. İlk grup kronik hastalık tanısı almış çocukların annelerinden (n1); ikinci grup olan kontrol grubu da herhangi bir kronik hastalık teşhisi bugüne kadar almamış olan çocukların annelerinden oluşmaktadır.

Bu çalışma 2007 EYLÜL-2007 KASIM ayları arasında Bakırköy Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi ile DR.Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Polikliniklerine başvuran ve daha önce uzman hekimler tarafından kronik hastalık tanısı almış düzenli olarak poliklinik kontrollerine gelen çocukların annelerinde yapılmıştır.

Görüşme sırasında hastalara yapılacak olan tetkik ve testler ayrıntılı olarak anlatılarak, onayları alınmıştır. Bu testin, hastaların depresyonda olup olmadıklarını ve ne derecede depresif olduklarını değerlendirdiği hastalara anlatılmıştır. Soruları kendilerinin cevaplaması gerektiği vurgulanmış, anlayamadıkları soruları boş bırakmaları istenmiş, hastalara anlamadıkları sorular açıklanarak uygun şık işaretlenmiştir.

Kronik hastalık tanısı almış ve bu tanı ile izlenen 21-49 yaş aralığındaki 100 çocuk annesi çalışmaya alınmıştır. Kontrol grubu, olgu grubundaki çocuklar ile yaş,

cinsiyet, öğrenim durumu, anne-baba eğitim düzeyi bakımından eşleştirilmiş 100 sağlıklı çocuğun annelerinden oluşturulmuştur.

Kanser tanısı olan çocukların annelerine ölçekler kemoterapiden önce, diğer çocuklara ise durumları stabil olduğu dönemlerde uygulanmıştır. Terminal dönemde kanser hastası olan çocuklar ile genel durumu kötü olan çocuklar poliklinik kontrollerine gelemeyecek kadar kötü oldukları dönemde hastanede yatıyor olmaları düşünülerek hasta grubu oluşturuldu. Çalışma kapsamına alınan tüm annelere Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ,SCL 90R Belirti Tarama Testleri uygulanmıştır.

Genel bilgilerin sorgulandığı sosyodemografik veri formu hekim eşliğinde anneler tarafından doldurulmuş, annelerden yazılı onay alınmıştır. Beck Depresyon Envanteri (BDE) ve SCL-90R Psikiyatrik Belirti Tarama listesi tüm gruplardaki annelere uygulanmıştır. Beck Depresyon Ölçeğinde kesme puanı 17 olarak uygulanmış olup 17'nin üzerinde olanlara uzman psikiyatrist eşliğinde SCİD Testi uygulanmıştır.

Hasta grubu 0-19 yaş arası DR.Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk polikliniklerine başvuran çocukların annelerinden oluşmuştur.

**Çocuğa özgü kriterler :**

- Çocukların uzman hekimler tarafından Kronik hastalık tanısı almış olmaları
- Yaşlarının 0-19 yaş grubuna uygun olması

**Anneye özgü kriterler :**

- Annenin en az ilkokul mezunu olması ve okuma yazma biliyor olması
- Uygulanacak testleri anlayacak ve yanıtlayacak düzeyde olması

Kontrol grubu 0-19 yaş arası DR.Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk polikliniklerine başvuran çocukların annelerinden oluşmuştur.

**Çocuğa özgü kriterler :**

- Çocukların kronik hastalık tanısı almamış olması
- Çocukların 0-19 yaş arası olması
- Ayaktan tedaviye gelen stabil hastalar olmaları

**Anneye özgü kriterler :**

- Annenin en az ilkokul mezunu olması
- Araştırma için gönüllü ve istekli olması

### III.B) İSTATİSTİKSEL İNCELEMELER

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 10.0 programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodların (Ortalama, Standart sapma, frekans) yanısıra niteliksel verilerin karşılaştırılmasında Çok Gözlü Düzende Pi-Kare testi kullanıldı. Sonuçlar % 95'lik güven aralığında, anlamlılık  $p < 0.05$  düzeyinde değerlendirildi.

### III.C) VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Bu çalışmada, Beck Depresyon Ölçeği, SCL-90R Belirti Tarama Testi ve Beck Depresyon Ölçeği kesme puanı 17'yi geçenlere SCİD Testi uygulanmıştır.

#### 1) BECK DEPRESYON İNDEKSİ

##### Ölçeğin Özellikleri

**Ölçtüğü Nitelik :** Depresyon yönünden riski belirlemek ve depresif belirtilerin düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek.

**Ölçek Türü :** Kendini değerlendirme ölçeği.

**Uygulanacak Grup :** Sağlıklı ve psikiyatrik hasta grupları.

**Kapsamı :** Toplam 21 kendini değerlendirme cümlesi içermektedir. Dörtlü Likert tipi ölçüm sağlamaktadır.

**Materyal :** Hastalar ölçeğin üzerine işaretleyerek yanıt verirler.

##### Uygulama İçin Pratik Bilgiler

**Uygulama :** Anlaşılabilirliği uygulanan gruplara göre değişkenlik göstermektedir ve hastalar kendi başlarına doldururlar.

**Yönerge :** Yönergesi ölçeğin başında vardır ve hastalara doldururken kendi durumlarına en çok uyan ifadeyi işaretlemeleri belirtilir.

**Puanlama :** Her madde 0-3 arasında giderek artan puan alır ve toplam puan bunların toplanması ile elde edilir. Toplam 0-63 arasında değişir.

**Yorumlama :** Ölçeğin Türkçe için geçerlik ve güvenilirlik makalesinde kesme puanının 17 olarak kabul edildiği belirtilmiştir.

##### Ölçek Bilgileri

**Özgün Adı :** Beck Depression Inventory (BDI)

**Geliştirenler :** Beck

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

**Türkçe Formunun Adı :** Beck Depresyon Envanteri

**Uyarlayanlar :** Nesrin Hisli

**Türkçe Formunun Güvenirliliği :** Güvenirlilik çalışmasında, Cronbach alfa katsayısı 0.80 olarak bulunmuştur. Yarıya bölme güvenirliliğinde, r-0.74 olarak belirlenmiştir.

**Türkçe Formunun Geçerliliği :** Birlikte geçerlilik yönteminde, BDI ile birlikte MMPI depresyon alt ölçeği uygulanmıştır ve aralarındaki korelasyon r-0.50 olarak elde edilmiştir. Bunlardan dört tanesinin yorumlanabilir olduğu belirtilmiştir. Birinci faktörde umutsuzluk, ikinci faktörde kişinin kendine yönelik olumsuz duyguları, üçüncü faktörde bedensel kaygılar ve dördüncü faktörde suçluluk duygulanımları yer almaktadır.

**Türkçe Formunun Makalesi :** Hisli N: Beck Depresyon Envanterinin Üniversite Öğrencileri İçin Geçerliliği, Güvenirliliği, Psikoloji Dergisi, 1989, 7-3-13.

## **BECK DEPRESYON ENVANTERİ (BDE) DEĞERLENDİRİLMESİ**

- BDE 0-10 puan arası Depresyon yok
- BDE 11-17 puan Hafif şiddette depresyon
- BDE 18-23 puan Orta şiddette depresyon
- BDE 24 ve üzeri puan Ağır Şiddette depresyon

## **2) SCL-90R**

SCL-90R 90 sorudan oluşmakta olup Derogatis tarafından psikiyatrik belirtilerin taranması amacıyla geliştirilmiştir (Derogatis 1977). Bu ölçekte; her soruya hiç/çok az/orta derece/oldukça fazla/ileri derecede seçeneklerine uygun olarak yanıt verilmektedir. Her bir sorudan bu yanıtı göre 0 ile 4 arasında bir puan elde edilmektedir.SCL testi değerlendirilirken kendide ait bir hesaplama cetveli ile hesaplanmakta ve 1'in üstündeki değerler (+) olarak kabul edilmiştir. Daha sonra ölçekten üç ayrı genel puan hesaplanabilmektedir (genel belirti düzeyi, pozitif belirti toplamı, pozitif belirti düzeyi). Ölçeğin ayrıca 9 belirti grubunu yansıtan alt ölçekleri bulunmaktadır :

- 1- Somatizasyon,
- 2- Obsesif kompulsif özellik,
- 3- Kişilerarası duyarlılık,
- 4- Depresyon,
- 5- Kaygı,
- 6- Düşmanlık,

- 7- Fobik
- 8- Kaygı,
- 9- Paranoid düşünce,
- 10- Psikotizm
- 11- Bu alt ölçeklere girmeyen maddelerden oluşan ek ölçekler (yeme ve uyku bozuklukları). Alt ölçek puanları da kapsadıkları maddelerin ağırlıklı puan ortalamalarından oluşmakta ve 0 ile 4 arasında bir değer alabilmektedir. Testin, Türkçeye uyarlanması Dağ tarafından yapılmıştır (Dağ 1991)

### 3) SCİD

SCID-I, özgün adı "Structured Clinical Interview for DSM-IV, Clinical Version" olan; First, Spitzer, Gibbon ve Williams tarafından geliştirilmiş olup, DSM-IV'e göre I. Eksen psikiyatrik bozukluk tanısı araştırılmasında, görüşmeci tarafından uygulanan yapılandırılmış bir klinik görüşmedir.

SCID-I değerlendirmede standardizasyonu sağlamanın bir yolu olarak klinik değerlendirmede kullanılmak için geliştirilmiştir (First ve ark. 1997). SCID-I bir adet yeniden kullanılabilir Kullanım Kılavuzu ve bir adet bir kez kullanılabilen puanlama cetvelinden oluşmaktadır.

SCID-I hastalıkların çoğu için tam tanı ölçütlerini içermektedir. Altı modülden oluşmaktadır ve toplam 38 DSM-IV I.Eksen bozukluğunu tanı ölçütleri ve 10 tane I.Eksen bozukluğunu tanı ölçütleri olmadan araştırmaktadır. Yapılandırılmış görüşmeyi sürdürebilecek bilişsel yeterliliğe sahip olan, ajitasyon ve ağır psikotik belirtileri olmayan 18 yaşından büyük kişilere, bu görüşmenin eğitimini almış görüşmeci tarafından uygulanabilir .

SCID-I aşağıda verilen tanı kategorilerinde depresyonu değerlendirmektedir: DSM-IV I. Eksen bozukluğunu tanı ölçütleri ile ve 10 tane I. Eksen bozukluğunu tanı ölçütleri olmadan "şu anda" ve "hayat boyu" olarak araştırmaktadır. Türkçe formun uyarlaması ve güvenilirlik çalışması Özkürkçügil ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (1999).

- Majör Depresif Bozukluk,
- Distimik Bozukluk,
- Başka türlü adlandırılmayan depresif bozukluk.

#### IV. BULGULAR

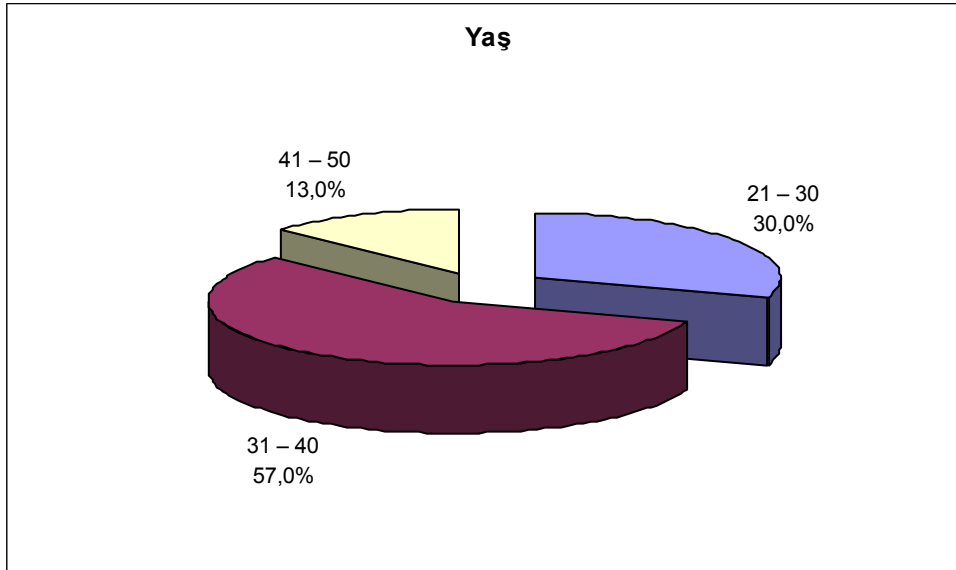
Çalışmamız Ağustos 2007-Kasım 2007 tarihleri arasında toplam 200 olgu üzerinde yapılmıştır.100 olgu kronik hastalığı olan çocukların anneleri , 100 olgu kontrol grubu olarak sağlıklı çocuklara sahip anneler olarak yapılmıştır.

**Tablo 2 : Çalışma Grubu Demografik Özelliklerin Dağılımı 1**

		N	%
Yaş	< 20	-	-
	21 – 30	30	30,0
	31 – 40	57	57,0
	41 – 50	13	13,0
Yaşanılan Yer	İl	93	93,0
	İlçe	6	6,0
	Köy	1	1,0
Medeni Durum	Evli	93	93,0
	Dul	2	2,0
	Boşanmış	5	5,0
Öğrenim Durumu	Lise mezunu	19	19,0
	İlköğretim	73	73,0
	Üniversite mezunu	8	8,0
Eş Öğrenim Durumu	Lise mezunu	19	19,0
	İlköğretim	66	66,0
	Üniversite mezunu	15	15,0
Meslek	Ev hanımı	89	89,9
	İşçi	4	4,0
	Serbest meslek	6	6,1
Ev Hanımı İse Daha Önce Bir İşte Çalışma (n=89)	Evet	25	28,1
	Hayır	64	71,9
İşi Bırakma Nedeni (n=25)	Evlilik	6	24,0
	Çocukların doğumu	14	56,0
	Hasta çocuğun doğumu	3	12,0
	Diğer	2	8,0
Eşin Mesleği	Memur	9	9,2
	İşçi	49	50,0
	Serbest meslek	36	36,7
	Emekli	3	3,1
	Diğer	1	1,0

Olguların yaşları toplamda 20 ve altında olanlar %3 oranında; %48 oranında 21-30 yaş arasında; % 41 oranında 31-40 yaş arasında ve % 13'ü ise 41-50 yaş arasındadır.

Çalışma grubu olgularında 21-30 yaş arası % 30 olgu; %57'si 31-40 yaş arası ve %13'ü ise 41-50 yaş arasındadır. İlde yaşama oranı % 93, ilçede yaşama oranı % 6 ve köyde yaşama oranı ise % 1 idi. Evli olgu oranı %93, dul olgu oranı % 2 ve boşanmış olgu oranı % 5'dir. Lise mezunu oranı %19, ilköğretim mezunu % 69 ve üniversite mezunu ise % 15 oranındadır. Ev hanımı olan % 89,9 olgu; işçi olan % 4 olgu ve serbest meslek sahibi % 6,1 olgu mevcuttur, şu anda ev hanımı olup daha önce çalışan olgu oranı %28,1'dir. İşi bırakanlarda bırakma nedeni olarak evlilik diyenlerin oranı % 24, çocukların doğumu diyenler % 56; hasta çocuğun doğumu diyen %12 ve diğer sebepler % 8 oranındadır. Eşinin mesleği memur olan % 9,2; işçi olan % 50; serbest meslek sahibi % 36,7; emekli % 3,1 ve diğer %1'dir

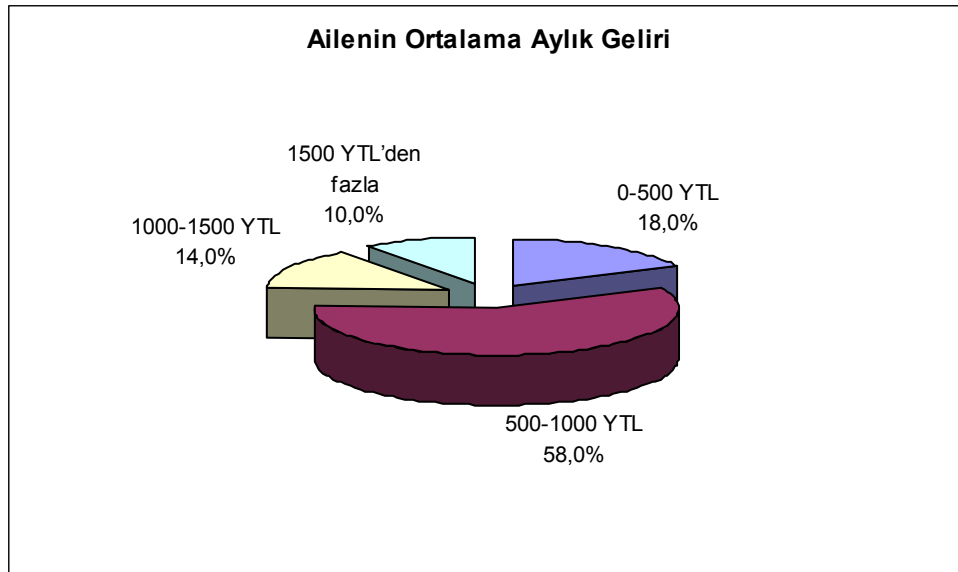


Şekil 1: Çalışma Grubu Yaş Dağılımları

Olguların ortalama aylık gelirine bakıldığında % 18'i 0-500 YTL arası, % 58'i 500-1000 YTL arası, % 14'ü 1000-1500 YTL arası, % 10'u 1500 YTL'den fazla gelirim var demiştir. Olgularda çocuk sayısına bakıldığında ise % 16'sının 1 çocuğu, % 50'sinin 2 çocuğu, % 23'ünün 3 çocuğu, % 11'inin 4 ve üzeri çocuğu vardır. Evde yaşanan kişi sayısına bakıldığında ise % 13'ü 3 kişi, % 52'si 4 kişi, % 35'i 5 ve daha fazla kişi evde yaşıyor demiştir.

**Tablo 3 : Çalışma Grubu Demografik Özelliklerin Dağılımı 2**

	N	%	
<b>Ailenin Ortalama Aylık Geliri</b>	<b>0-500 YTL</b>	18	18,0
	<b>500-1000 YTL</b>	58	58,0
	<b>1000-1500 YTL</b>	14	14,0
	<b>1500 YTL'den fazla</b>	10	10,0
<b>Çocuk Sayısı</b>	<b>1 çocuk</b>	16	16,0
	<b>2 çocuk</b>	50	50,0
	<b>3 çocuk</b>	23	23,0
	<b>4 çocuk ve üzeri</b>	11	11,0
<b>Evde Yaşayan Kişi Sayısı</b>	<b>3 kişi</b>	13	13,0
	<b>4 kişi</b>	52	52,0
	<b>5 kişi veya daha fazla</b>	35	35,0

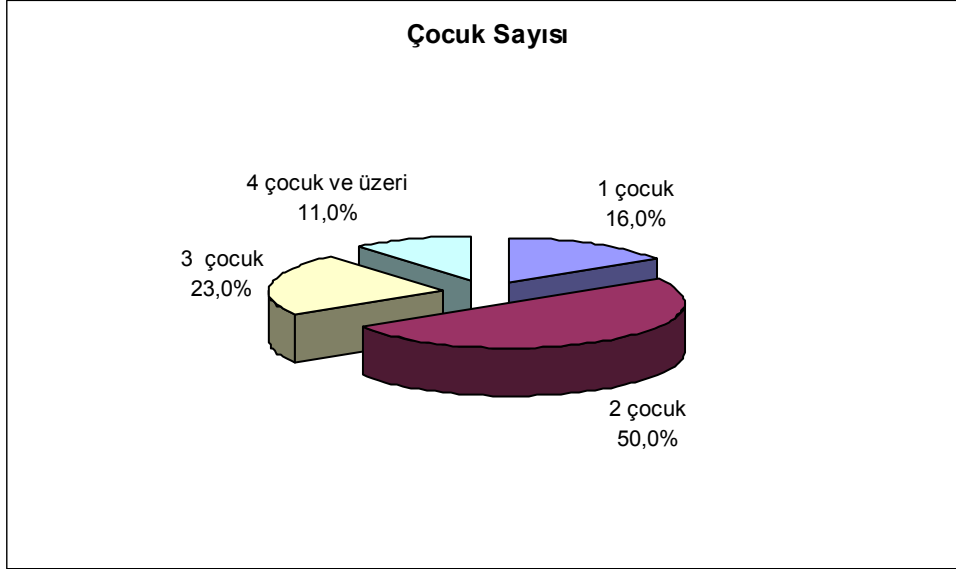


**Şekil 2 : Çalışma Grubu Aylık Gelir Durumuna Göre Dağılımı**

Hasta olan çocuğun yaşına bakıldığında ise % 22'si 0-5 yaş, % 40'ı 6-10 yaş, % 34'ü 11-15 yaş, % 4'ü 16 ve daha büyük yaşıdadır. Çocukların % 47'si kız, % 53'ü erkektir. Ailede % 38'i 1. çocuk, % 46'sı 2. çocuk, % 10'u 3. çocuk, % 3'ü 4. çocuk, % 3'ü 5. veya daha küçük çocuktur.

Çocuğun kronik hastalığına bakıldığında ise % 20'si kronik böbrek hastalığı, % 20'si KVS, % 20'si Diyabetes mellitus veya diğer endokrinolojik hastalık, % 20'si obezite, % 20'si diğer kronik hastalığım var demiştir.

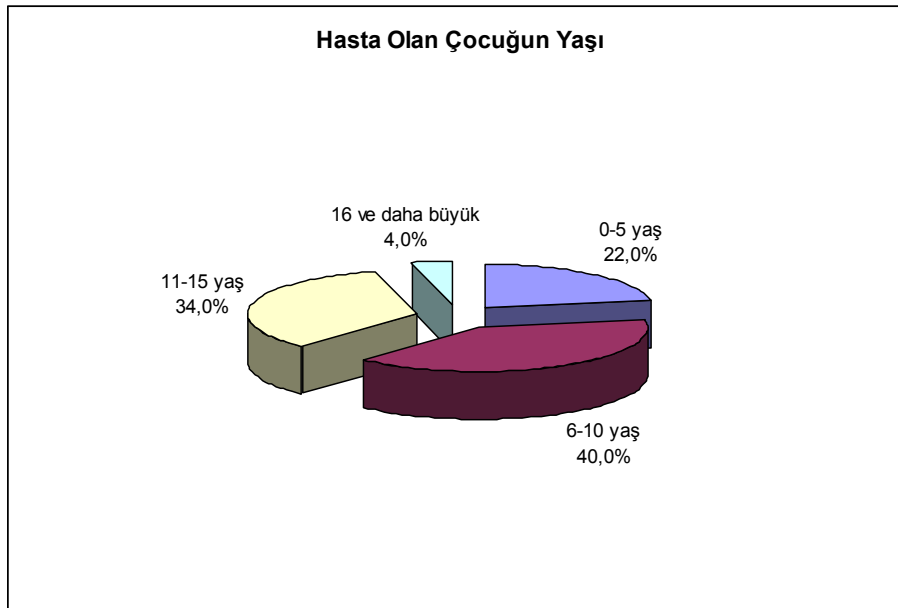
Çocukların % 14'ünde tanı konalı 0-1 yıl, % 63'ünde 1-5 yıl, % 18'inde 5-10 yıl, %5'inde 10 yıldan fazla olmuştur.



**Şekil 3 : Çalışma Grubu Çocuk Sayılarına Göre Dağılımı**

Katılımcılar "Kronik bir hastalığınız var mı?" sorusuna cevap olarak % 25'i evet, %75'i ise hayır demiştir. Evet diyen olguların % 44'ü HT, % 12'si Diyabetes mellitus veya diğer End. Hastalık, % 44'ü diğer demiştir.

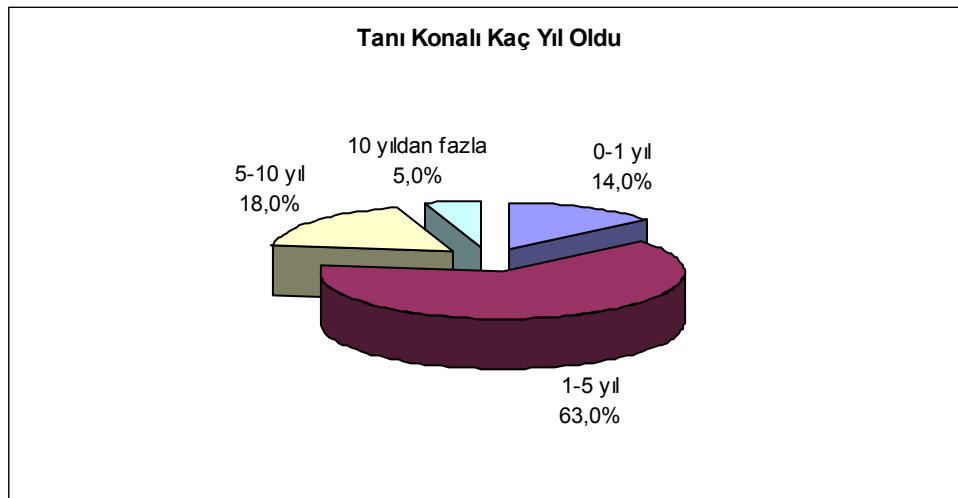
Katılımcıların % 10'u hasta olan çocuğunu 20 yaşından küçük iken doğurmuş, % 79'u 21-30 yaş arası, % 11'i 31-40 yaş arası doğurmuştur.



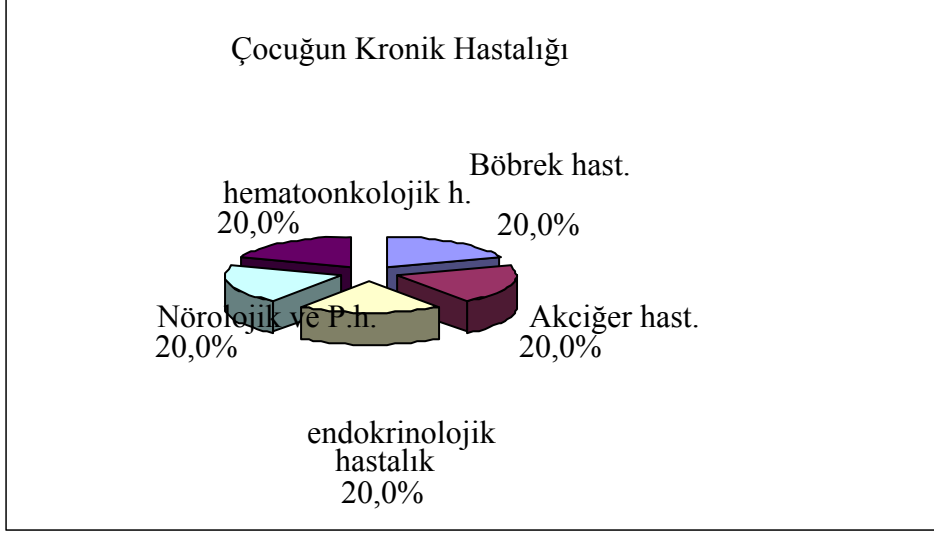
**Şekil 4 : Hasta Olan Çocuğun Yaşına Göre Dağılımı**

**Tablo 4: Çalışma Grubu Hasta Çocuk Özelliklerinin Dağılımı**

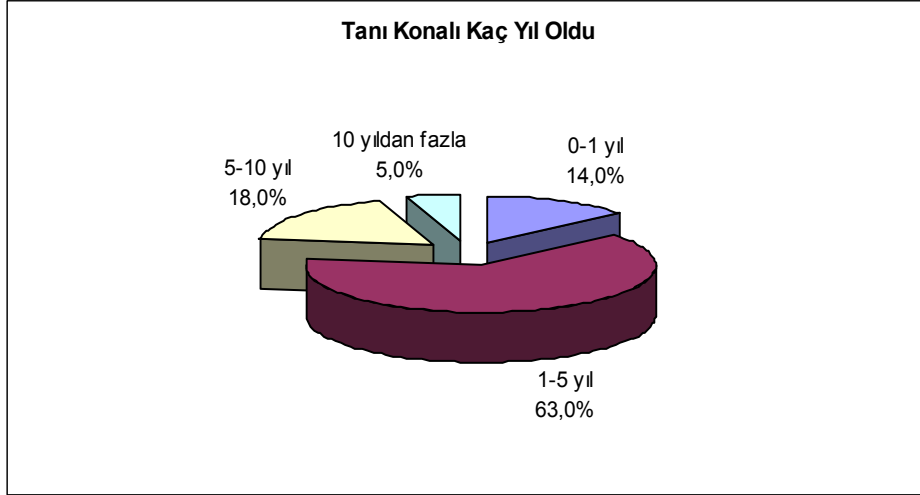
		<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Hasta Olan Çocuğun Yaşı</b>	<b>0-5 yaş</b>	22	22,0
	<b>6-10 yaş</b>	40	40,0
	<b>11-15 yaş</b>	34	34,0
	<b>16 ve daha büyük</b>	4	4,0
<b>Cinsiyet</b>	<b>Kız</b>	47	47,0
	<b>Erkek</b>	53	53,0
<b>Kaçıncı Çocuk</b>	<b>1. çocuk</b>	38	38,0
	<b>2. çocuk</b>	46	46,0
	<b>3. çocuk</b>	10	10,0
	<b>4. çocuk</b>	3	3,0
	<b>5. veya daha küçük</b>	3	3,0
<b>Çocuğun Kronik Hastalığı</b>	<b>Hematolojik ve onkolojik hast.</b>	20	20,0
	<b>Renal hast.</b>	20	20,0
	<b>Endokrinolojik hast.</b>	20	20,0
	<b>Nörolojik ve psikiyatrik hast.</b>	20	20,0
	<b>Akciğer hast.</b>	20	20,0
<b>Tanı Konalı Kaç Yıl Oldu</b>	<b>0-1 yıl</b>	14	14,0
	<b>1-5 yıl</b>	63	63,0
	<b>5-10 yıl</b>	18	18,0
	<b>10 yıldan fazla</b>	5	5,0



**Şekil 5 : Tanı Koyma Yılına Göre Dağılım**



**Şekil 6 : Çocukta Görülen Kronik Hastalığa Göre Dağılım**



**Şekil 7 : Tanı Koyma Sürelerine Göre Dağılımı**

Annelerin % 61'i çocuğunun kronik hastalığı olduğunu öğrenince yıkılmış, % 6'sı reddetmiş, % 23'ü kader demiş, % 10'u ise diğer şeyler söylemiştir. Olguların bu durum nedeniyle % 15'i kendini suçlamış % 6'sı başkalarını, % 10'u eşini, % 69'u ise hayır demiştir. "Eşiniz birilerini suçladı mı?" sorusuna verilen cevap ise % 2'si evet kendisini % 1'i evet beni, % 4'ü başkalarını % 93'ü hayır demiştir. Annelerin % 87'si bu sorunla duygusal yönden baş etmekte zorluk çektiklerinin, % 14'ü bu sorunu hafifletecek sosyal dayanaklar kurumlar bulduklarını ifade etmiştir. Çocuğunun kronik hastalığını kabullenme oranı % 91; çocuğunuzun hasta olması nedeniyle günlük aktivitelerde azalma olma durumuna bakıldığında ise % 24'ü çok, % 39'u biraz, % 37'si yok olmadı demiştir.

**Tablo 5 : Çalışma Grubu Aileye Yönelik Değerlendirmeler**

		n	%
<b>Kronik Bir Hastalık Varlığı</b>	<b>Evet</b>	25	25,0
	<b>Hayır</b>	75	75,0
<b>Evet İse</b>	<b>HT</b>	11	44,0
	<b>Diyabetes mellitus veya diğer End. Hastalık</b>	3	12,0
	<b>diğer</b>	11	44,0
<b>Hasta Çocuğu Doğurma Yaşı</b>	<b>20 yaşından küçük</b>	10	10,0
	<b>21-30</b>	79	79,0
	<b>31-40</b>	11	11,0
<b>Çocuğunuzun Kronik Hasta Olduğunu Öğrenince İlk Ne Yaptınız</b>	<b>Yıkıldım</b>	61	61,0
	<b>Reddettim</b>	6	6,0
	<b>Kader dedim</b>	23	23,0
	<b>Diğer</b>	10	10,0
<b>Bu Durum Nedeniyle Kendinizi veya Başkasını Suçlama</b>	<b>Evet kendimi</b>	15	15,0
	<b>Evet başkalarını</b>	6	6,0
	<b>Evet eşimi</b>	10	10,0
	<b>Hayır</b>	69	69,0
<b>Eşiniz Birilerini Suçladı mı</b>	<b>Evet kendisini</b>	2	2,0
	<b>Evet beni</b>	1	1,0
	<b>Evet başkalarını</b>	4	4,0
	<b>Hayır</b>	93	93,0
<b>Bu Sorunla Duygusal Yönden Baş Etmekte Zorluk Çektiniz mi</b>	<b>Evet</b>	87	87,0
	<b>Hayır</b>	13	13,0
<b>Sorununuzun Hafifletecek Sosyal Dayanaklar Kurumlar Bulabildiniz mi</b>	<b>Evet</b>	14	14,0
	<b>Hayır</b>	86	86,0
<b>Çocuğunuzun Hastalığını Kabullenme</b>	<b>Evet</b>	91	91,0
	<b>Hayır</b>	8	8,0
<b>Çocuğunuzun Hasta Olması Nedeniyle Günlük Aktivitelerinizde Azalma</b>	<b>Çok</b>	24	24,0
	<b>Biraz</b>	39	39,0
	<b>Yok olmadı</b>	37	37,0
<b>Çevre İlişkilerinizde Bir Değişim</b>	<b>Çok</b>	21	21,0
	<b>Biraz</b>	41	41,0
	<b>Yok olmadı</b>	38	38,0
<b>Çocuğunuzun Hasta Olduktan Sonra Eşinizle İlişkileriniz</b>	<b>Evet daha yakın olduk</b>	15	15,0
	<b>Aynı değişiklik olmadı</b>	70	70,0
	<b>Evet ilişkilerimiz azaldı</b>	15	15,0
<b>Diğer Çocuklarınızla İlişkileriniz</b>	<b>Evet daha yakın olduk</b>	3	3,1
	<b>Aynı değişiklik olmadı</b>	86	87,8
	<b>Evet ilişkilerimiz azaldı</b>	9	9,2
<b>Arkadaşlarınızla İlişkileriniz</b>	<b>Daha yakın</b>	2	2,0
	<b>Aynı</b>	85	85,0
	<b>Uzak</b>	13	13,0
<b>Hastalığını Öğrendikten Sonra Yeni Çocuk Sahibi Olmak İsteği</b>	<b>Evet</b>	32	32,0
	<b>Hayır</b>	68	68,0
<b>Çocuğunuz Hastalığı İle İlgili Özel Bir Eğitim Aldı mı</b>	<b>Evet</b>	23	23,0
	<b>Hayır</b>	77	77,0

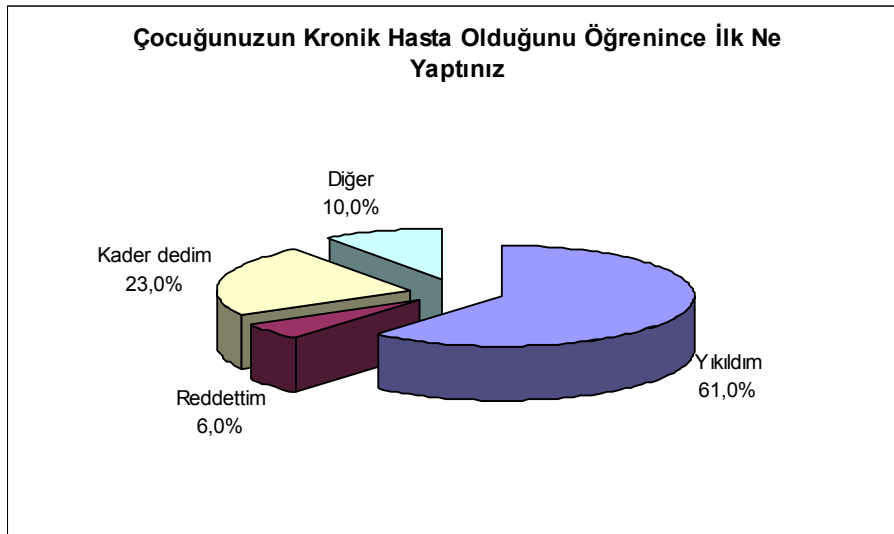
Çevre ilişkilerinde değişme olma durumuna bakıldığında ise % 21'i çok, % 41'i biraz, % 38'i yok olmadı demiştir.

Çocuğunuzun hasta olduğunu öğrendikten sonra eş ile ilişkinin % 15'i daha yakın olduk, % 70'i aynı değişiklik olmadı % 15'i ilişkilerimiz azaldı demiştir. Diğer çocuklarla ilişki durumuna bakıldığında ise % 3,1'i daha yakın olduk, % 87,8'i aynı değişiklik olmadı, %9,2'si ilişkilerimiz azaldı demiştir. Arkadaşlarla olan ilişki durumuna bakıldığında ise %2'si daha yakın, % 85'i aynı, % uzak olduk demiştir.

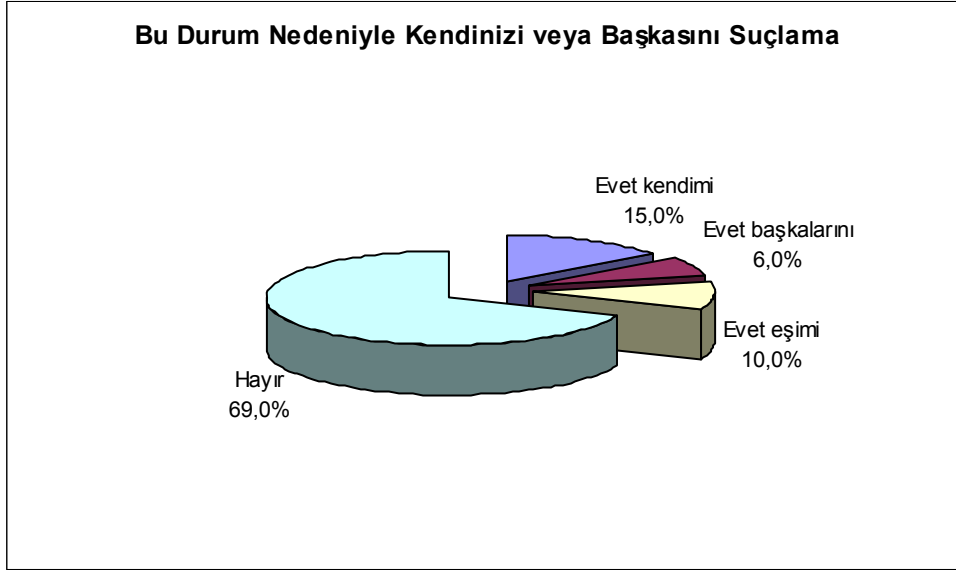
Annelerin % 32'si çocuğun hastalığını öğrendikten sonra yeni çocuk sahibi olmak istemeye evet, % 68'i hayır demiştir. Çocuğun hastalığı ile özel bir eğitim alama durumuna bakıldığında ise % 23'ü evet, % 77'si hayır demiştir.



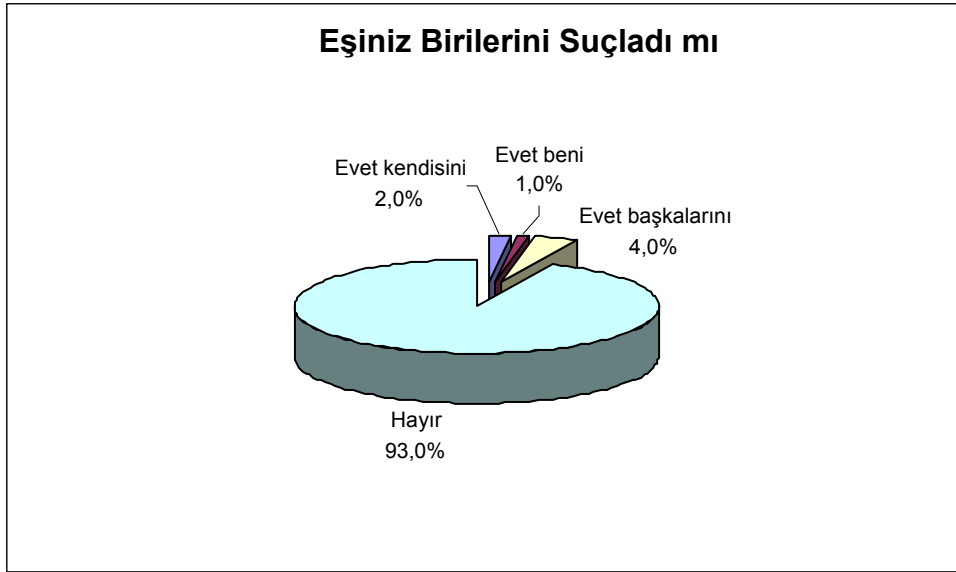
**Şekil 8 : Hasta Çocuğu Doğurma Yaşına Göre Dağılımı**



**Şekil 9 : Çocuktaki Kronik Hastalık Öğrenildiğindeki Tepkilere Göre Dağılım**



**Şekil 10 : Çocuktaki Hastalık Sebebiyle Suçluluk Duyma Durumuna Göre Dağılım**



**Şekil 11 : Çocuktaki Hastalık Sebebiyle Eşin Birilerini Suçlaması Dağılımı**

Annelerin % 6'sı daha önce depresyon tanısı almış, % 94'ü ise almamıştır. "Daha öncede psikiyatrik hastalık tanısı alma" sorusuna % 10 olgu evet, % 90 olgu hayır demiştir. Evet diyen olguların % 16,7'si 0-1 yıl, % 83,3'ü 1-5 yıl demiştir. "Ailede veya akrabada daha önceden depresyon tanısı % 8' olgu vardır. Katılımcıların % 7'si son bir yılda ruhsal nedenlerle polikliniğe başvurmuşlar; yapılan başvuru sonucunda %10'u sinir hapi ilaç kullanmaya başlamıştır.

Son zamanlarda aile düzenini bozacak önemli bir olay durumuna bakıldığında ise %17'si evet, % 83'ü hayır demiştir. Olguların % 13'ü intihar etmeyi düşünmüş % 87'si ise düşünmemiştir. Olguların % 24'ü sigara içmekte, % 76'sı ise içmemektedir.

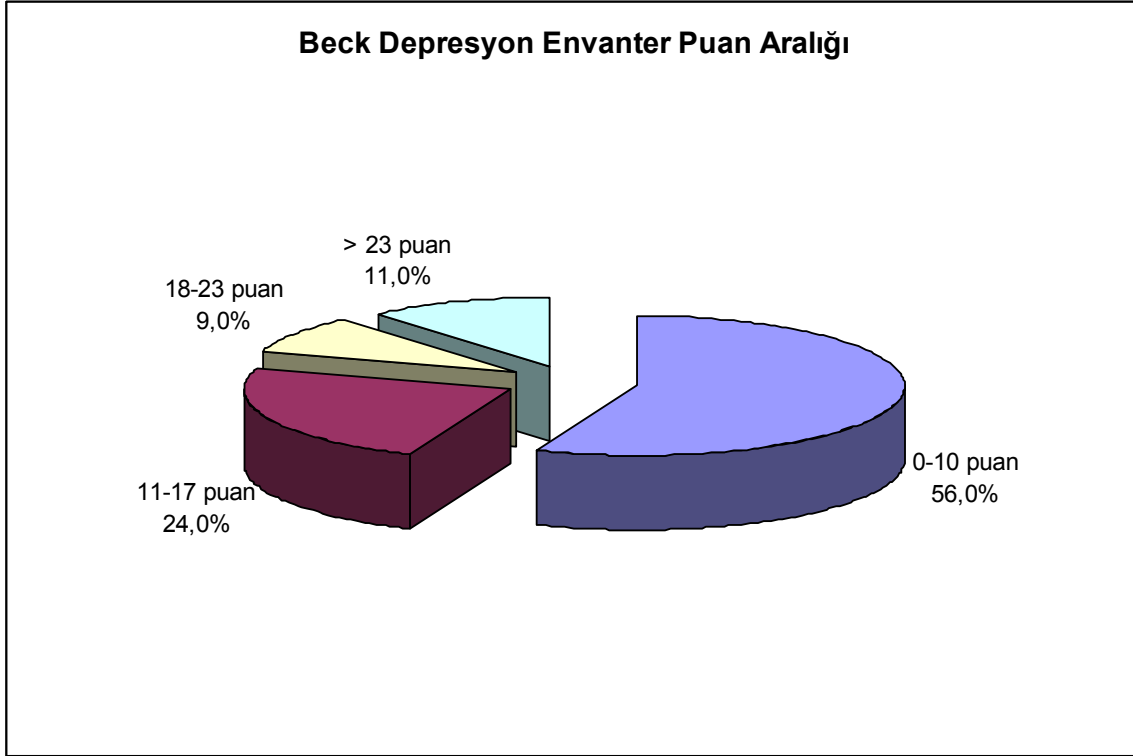
**Tablo 6 : Çalışma Grubu Depresyona Yönelik Değerlendirmeler**

		<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Daha Önce Depresyon Tanısı Alma</b>	<b>Evet</b>	6	6,0
	<b>Hayır</b>	94	94,0
<b>Daha Öncede Psikiyatrik Hastalık Tanısı Alma</b>	<b>Evet</b>	10	10,0
	<b>Hayır</b>	90	90,0
<i>Evet ise</i>			
		<i>0-1 yıl</i>	2
		<i>1-5 yıl</i>	10
			16,7
			83,3
<b>Ailede veya Akrabada Daha Önceden Depresyon Tanısı Alan</b>	<b>Evet</b>	8	8,0
	<b>Hayır</b>	92	92,0
<b>Son Bir Yılda Ruhsal Nedenlerle Polikliniğe Başvurma</b>	<b>Evet</b>	7	7,0
	<b>Hayır</b>	93	93,0
<b>Yapılan Başvuru Sonucunda Sınır Hapı / İlaç Kullanma</b>	<b>Evet</b>	10	10,0
	<b>Hayır</b>	90	90,0
<b>Son Zamanlarda Aile Düzenini Bozacak Önemli Bir Olay</b>	<b>Evet</b>	17	17,0
	<b>Hayır</b>	83	83,0
<b>İntihar Etmeyi Düşünme</b>	<b>Evet</b>	13	13,0
	<b>Hayır</b>	87	87,0
<b>Sigara İçme</b>	<b>Evet</b>	24	24,0
	<b>Hayır</b>	76	76,0

**Tablo 7 : Çalışma Grubu Beck Depresyon Puanları Dağılımı**

		<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Beck Depresyon Envanter Puan Aralığı</b>	<b>0-10 puan</b>	56	56,0
	<b>11-17 puan</b>	24	24,0
	<b>18-23 puan</b>	9	9,0
	<b>&gt; 23 puan</b>	11	11,0

Beck depresyon envanter puan aralığı durumuna bakıldığında ise % 56'sı 0-10 arasında, %24'ü 11-17 arasında, % 9'u 18-23 arasında , % 11'i ise > 23 puan ve üzerinde almıştır.



**Şekil 12:** Çalışma Grubu Beck Depresyon Puanlarının Dağılımı

### **Kontrol grubu**

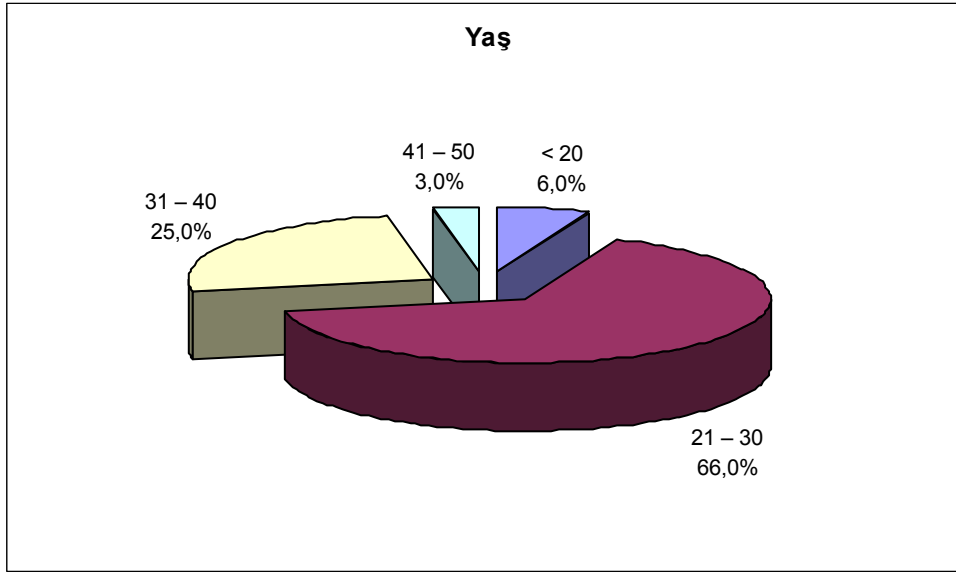
Kontrol grubu olgularında; < 20 yaş % 6 olgu 21-30 yaş arası % 66 olgu; % 25'si 31-40 yaş arası ve % 3'ü ise 41-50 yaş arasındadır. İlde yaşama oranı % 97, ilçede yaşama oranı % 3 ve köyde yaşama oranı ise % 0 idi. Evli olgu oranı % 96, dul olgu oranı % 1 ve boşanmış olgu oranı % 3'dür.

Lise mezunu oranı % 26, ilköğretim mezunu % 65 ve üniversite mezunu ise % 9 oranındadır. Eş öğrenim durumunda lise mezunu % 38, ilköğretim % 51, üniversite mezunu % 11 olgudur. Ev hanımı olan % 94 olgu; işçi olan % 3 olgu ve serbest meslek sahibi % 3 olgu mevcuttur, şu anda ev hanımı olup daha önce çalışan olgu oranı % 54 olgu, çalışmayan olgu oranı ise % 46'dır. İş bırakanlarda bırakma nedeni olarak evlilik diyenlerin oranı %44,4, çocukların doğumu diyenler % 33,3, hasta çocuğun doğumu diyen % 5,6 ve diğer sebepler %16,7 oranındadır.

**Tablo 8 : Kontrol Grubu Demografik Özelliklerinin Dağılımı 1**

		N	%
<b>Yaş</b>	< 20 yaş	6	6,0
	21 – 30 yaş	66	66,0
	31 – 40 yaş	25	25,0
	41 – 50 yaş	3	3,0
<b>Yaşanılan Yer</b>	İl	97	97,0
	İlçe	3	3,0
	Köy	-	-
<b>Medeni Durum</b>	Evli	96	96,0
	Dul	1	1,0
	Boşanmış	3	3,0
<b>Öğrenim Durumu</b>	Lise mezunu	26	26,0
	İlköğretim	65	65,0
	Üniversite mezunu	9	9,0
<b>Eş Öğrenim Durumu</b>	Lise mezunu	38	38,0
	İlköğretim	51	51,0
	Üniversite mezunu	11	11,0
<b>Meslek</b>	Ev hanımı	94	94,0
	İşçi	3	3,0
	Serbest meslek	3	3,0
<b>Daha Önce Bir İşte Çalışma</b>	Evet	54	54,0
	Hayır	46	46,0
<b>İşi Bırakma Nedeni</b>	Evlilik	24	44,4
	Çocukların doğumu	18	33,3
	Hasta çocuğun doğumu	3	5,6
	Diğer	9	16,7
<b>Eşin Mesleği</b>	Memur	9	9,0
	İşçi	49	49,0
	Serbest meslek	29	29,0
	Emekli	7	7,0
	Diğer	6	6,0
<b>Ailenin Ortalama Aylık Geliri</b>	0-500 YTL	24	24,0
	500-1000 YTL	46	46,0
	1000-1500 YTL	24	24,0
	1500 YTL'den fazla	6	6,0
<b>Çocuk Sayısı</b>	1	38	38,0
	2	51	51,0
	3	8	8,0
	4 ve üzeri	3	3,0
<b>Evde Yaşayan Kişi Sayısı</b>	3	35	35,0
	4	39	39,0
	5 veya daha fazla	26	26,0

Eşinin mesleği memur olan % 9; işçi olan % 49; serbest meslek sahibi % 29; emekli %7; ve diğer % 6'dır. Olguların ortalama aylık gelirine bakıldığında % 24'ü 0-500 YTL arası, % 46'sı 500-1000 YTL arası, % 24'ü 1000-1500 YTL arası, % 6'sı 1500 YTL'den fazla gelirim var demiştir. Olgularda çocuk sayısına bakıldığında ise % 38'inin 1, % 51'sinin 2, % 8'inin 3, % 3'ünün 4 ve üzeri çocuğu vardır. Evde yaşanan kişi sayısına bakıldığında ise % 35'i 3 kişi, % 39'u 4 kişi, % 26'sı 5 ve daha fazla kişi evde yaşıyor demiştir.



Şekil 13 : Kontrol grubu yaş dağılımı

Olguların “Kronik bir hastalığınız var mı?” sorusuna cevap olarak % 5'i evet, % 95'i ise hayır demiştir. Evet diyen olguların % 20'si HT, % 20'si Kardiyovasküler sistem demiştir. “Çocuklarınızdan herhangi biri ağır hastalık geçirdi mi?” sorusuna cevap olarak % 9'u evet demiş olup; evet diyen olguların % 3'ü bronşit veya pnömoni, % 10'u İYE, % 0,5'i Febril konvüzyon demiştir. Olguların % 4'ü daha önce depresyon tanısı almış, % 96'sı ise almamıştır.

“Daha öncede psikiyatrik hastalık tanısı alma” sorusuna % 4 olgu evet, % 96 olgu hayır demiştir. Evet diyen olguların % 100'ü 1-5 yıl demiştir. “Ailede veya akrabada daha önceden depresyon tanısı alan var mı?” sorusuna ise % 32'si evet % 68'i hayır demiştir. Olguların % 5'i son bir yılda ruhsal nedenlerle polikliniğe başvurmuştur. Yapılan başvuru sonucunda % 7'si sinir hapi ilaç kullanmaya başlamıştır.

**Tablo 9 : Kontrol Grubu Demografik Özelliklerinin Dağılımı 2**

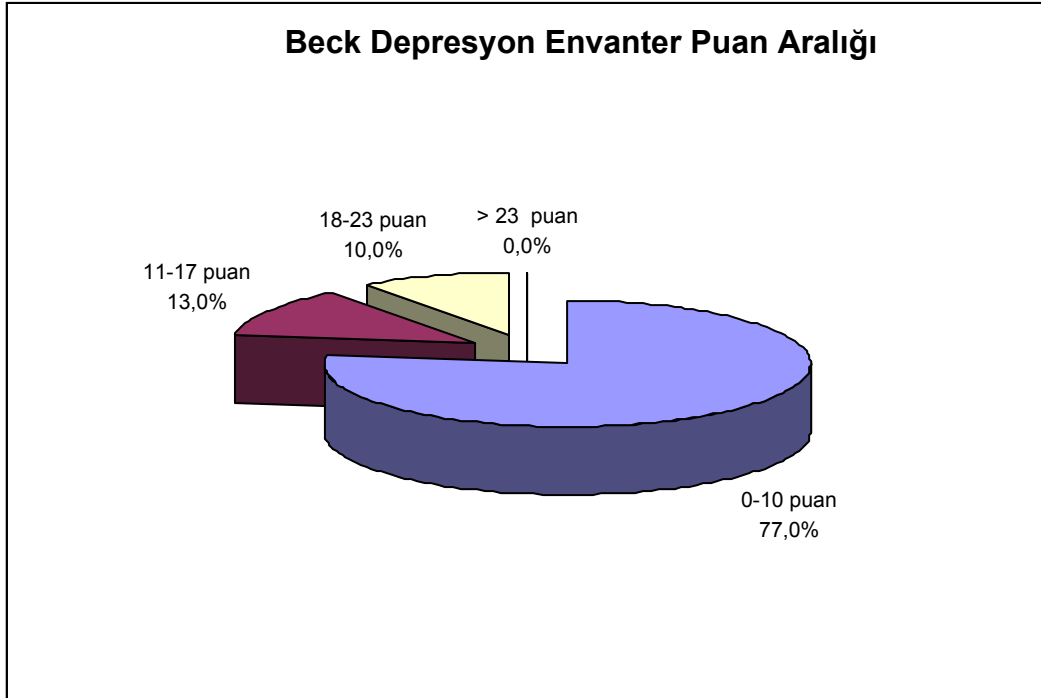
		<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Kronik Bir Hastalık</b>	<b>Evet</b>	5	5,0
	<b>Hayır</b>	95	95,0
<b>Evet İse</b>	<b>Hayır</b>		
	<b>HT</b>	1	20,0
	<b>Kardiyovasküler sistem</b>	1	20,0
	<b>Obezite</b>		
<b>Çocuklarımızdan Herhangi Biri</b>	<b>Evet</b>	9	9,0
<b>Ağır Hastalık Geçirdi mi</b>	<b>Hayır</b>	91	91,0
	<b>Bronşit veya Pnömoni</b>	6	3,0
<b>Evet İse Hangi Hastalık</b>	<b>İYE</b>	2	10,0
	<b>Febril konvüzyon</b>	1	0,5
<b>Daha Önce Depresyon Tanısı</b>	<b>Evet</b>	4	4,0
<b>Alma</b>	<b>Hayır</b>	96	96,0
<b>Daha Öncede Psikiyatrik</b>	<b>Evet</b>	4	4,0
<b>Hastalık Tanısı Alma</b>	<b>Hayır</b>	96	96,0
<b>Evet İse</b>	<b>0-1</b>	-	-
	<b>1-5</b>	4	100,0
<b>Ailede veya Akrabada Daha</b>	<b>Evet</b>	32	32,0
<b>Önceden Depresyon Tanısı</b>	<b>Hayır</b>	68	68,0
<b>Alan Var mı</b>			
<b>Son Bir Yılda Ruhsal</b>	<b>Evet</b>	5	5,0
<b>Nedenlerle Polikliniğe</b>	<b>Hayır</b>	95	95,0
<b>Başvurma</b>			
<b>Yapılan Başvuru Sonucunda</b>	<b>Evet</b>	7	7,0
<b>Sinir Hapı / İlaç Kullanma</b>	<b>Hayır</b>	93	93,0
<b>Son Zamanlarda Aile Düzenini</b>	<b>Evet</b>	9	9,0
<b>Bozacak Önemli Bir Olay</b>	<b>Hayır</b>	91	91,0
<b>İntihar Etmeyi Düşünme</b>	<b>Evet</b>	12	12,0
	<b>Hayır</b>	88	88,0
<b>Sigara İçme</b>	<b>Evet</b>	18	18,0
	<b>Hayır</b>	82	82,0

Son zamanlarda aile düzenini bozacak önemli bir olay durumuna bakıldığında ise %9'u evet, % 91'i hayır demiştir. Olguların % 12'si intihar etmeyi düşünmüş % 88'i ise düşünmemiştir. Olguların % 18'i sigara içmekte, % 82'si ise içmemektedir.

**Tablo 10 : Kontrol Grubu Olgularının Beck Depresyon Puanları Dağılımı**

		n	%
<b>Beck Depresyon Envanter Puan Aralığı</b>	<b>0-10 puan</b>	77	77,0
	<b>11-17 puan</b>	13	13,0
	<b>18-23 puan</b>	10	10,0
	<b>&gt; 23 puan</b>	-	-

Beck depresyon envanter puan aralığı durumuna bakıldığında ise % 77'si 0-10 puan, % 13'ü 11-17 puan, % 10'u ise 18-23 puan aralığında bulunmuştur.



**Şekil 14 : Kontrol grubunun Beck Depresyon Envanter Puan Aralığı**

#### **BDE PUANLARI ORTALAMASI :**

Kronik hastalığı olan çocukların anneleri ile kronik hastalığı olmayan çocukları anneleri arasında BDE puanları arasında istatiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur(<0.042).

	ÇALIŞMA GRUBU	KONTROL GRUBU
BDE	16,5 ± 2,3	7,9 ± 3,2

**Tablo 11 : Tüm Olguların BDE Puan Ortalaması**

**Tablo 12 : Çalışma Grubu Beck Depresyon Puanları Değerlendirmeleri 1**

		Beck Depresyon Envanter Puan Aralığı				p
		0-10	11-17	18-23	> 23	
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Ev Hanımlığı Öncesinde Bir İşte Çalışma Durumu	Evett	19(%34,5)	7 (% 30,4)	2(%28,6)	3(%27,3)	0,953
	Hayır	36(%65,6)	16(%69,6)	5(%71,4)	8(%72,7)	
İş Bırakma Nedeni	Evlilik	6 (% 31,6)	3 (% 42,9)	-	-	0,618
	Çocukların doğumu	8 (% 42,1)	3 (% 42,9)	1(%50,0)	2(%66,7)	
	Hasta çocuğun doğumu	3 (% 15,8)	-	1(%50,0)	-	
	Diğer	2 (% 10,5)	1 (% 14,3)	-	1(%33,3)	

•p : Ki Kare Test

Ev hanımı olmadan önce bir işte çalışma durumuna göre beck depresyon ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemektedir ( $p>0,05$ ).

Çalışıyor ise işi bırakma sebeplerine göre depresyon puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemektedir ( $p>0,05$ ).

**Tablo 13 : Kronik Hastalıkların BDE Puan Ortalaması**

HEMATOLOJİK VE ONKOLOJİK	20,3
RENAL HASTALIKLAR	15
ENDOKRİNOLOJİK HASTALIKLAR	14,7
NÖROLOJİK VE PSİKİYATRİK HAST.	19
AKCİĞER HASTALIKLARI	13

Çocuğun kronik hastalık tiplerine göre beck depresyon ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemektedir. Fakat hematolojik ve onkolojik hastalığı olan hastalarda BDE puanı en yüksek çıkarken 2.yüksek çıkan nörolojik ve psikiyatrik hastalığı olan hastalardır. Böbrek hastalıkları, endokrinolojik hastalıklar ve Akciğer hastalıkları birbirine yakın değerler çıkmıştır. ( $p>0,05$ )

**Tablo 14 : Çalışma Grubu Beck Depresyon Puanları Değerlendirmeleri 2**

		Beck Depresyon Envanter Puan Aralığı				<i>p</i>
		0-10	11-17	18-23	> 23	
		N (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Çocuğunuzun kronik hastalığı	Hematolojik-onkolojik hast.	9 (%16,0)	6(%25,0)	3(%33,0)	2(%20,0)	<b>0,644</b>
	Böbrek hast.	11(%19,6)	6(%25,0)	2(%20,0)	1(%10,0)	
	Endokrinolojik has.	11(%19,6)	5(%20,8)	1(%10,0)	3(%30,0)	
	Nörolojik ve psikiyatrik hastalıklar	11(%19,6)	3(%12,5)	3(%30,0)	3(%30,0)	
	Akciğer hastalıkları	14(%25,0)	4(%16,7)	1(%10,0)	1(%10,0)	
Tanı konulduktan sonra geçen süre	0-1 yıl	2 (%3,5)	3(%12,5)	4(% 40)	5(% 50)	<b>0,048**</b>
	1-5 yıl	38(%67)	18 (%75)	4 (% 40)	3(% 30)	
	5-10 yıl	14(%25)	2(% 8.3)	1(% 10)	1 (% 10)	
	10 yıldan fazla	2(% 3.7)	1 (% 4,2)	1(%10)	1(%10)	
Annede Kronik bir hastalık	Evet	10(%17,9)	9(%37,5)	5(%44,4)	1(%18,2)	<b>0,065</b>
	Hayır	46(%82,1)	15(%62,5)	5(%55,6)	9(%81,8)	
Evet ise	HT	6 (% 60,0)	2 (% 22,2)	2(%50,0)	1(%50,0)	-
	Diyabetes mellitus veya diğer End. Hast.	-	2 (% 22,2)	-	1(%50,0)	
	Diğer	4 (% 40,0)	5 (% 55,6)	2(%50,0)	-	

•p : Ki Kare Test

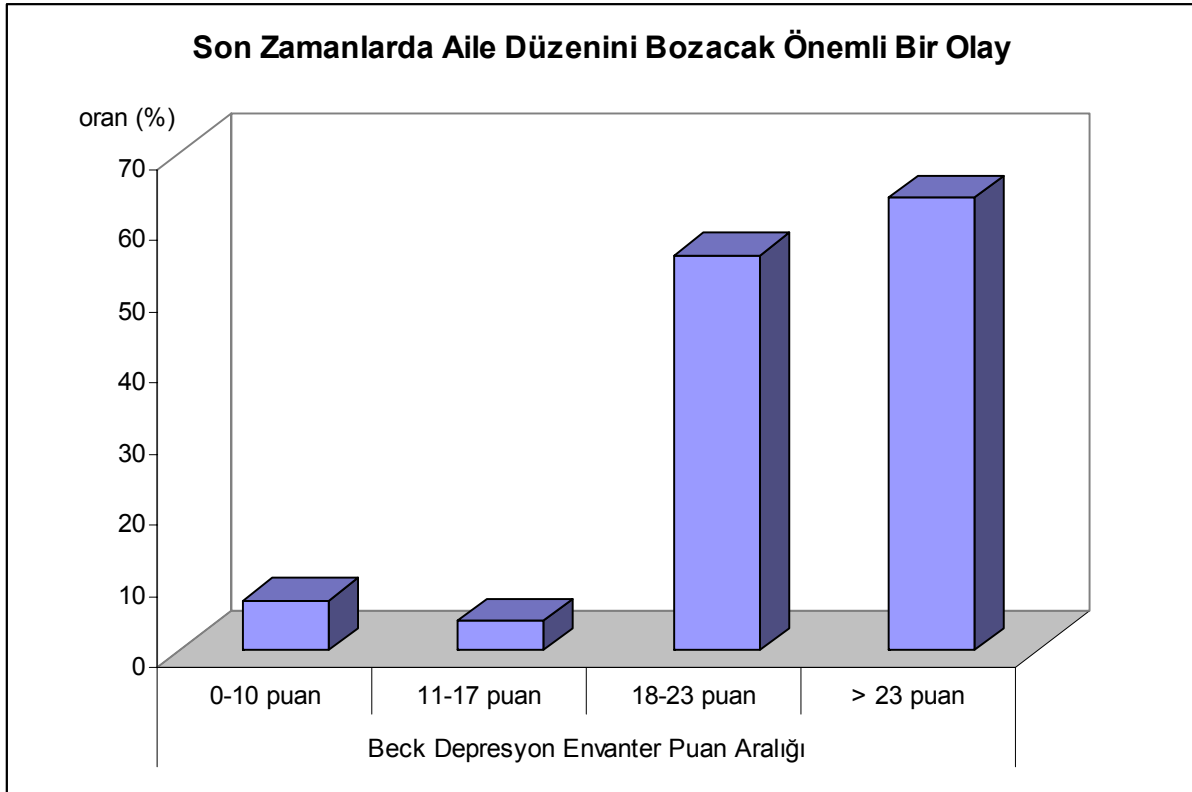
Tanı konulduktan sonra geçen süre ile BDE Puanları arasında anlamlı farklar görülmüştür( $p<0.048$ )

Annede kronik bir hastalık görülmesi durumu ile beck depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki görülmemektedir ( $p>0,05$ ).

Annede görülen kronik hastalık tiplerine göre Beck Depresyon ölçeği sınıflamaları arasında da istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ( $p>0,05$ ).

Son zamanlarda aile düzenini bozacak önemli olaylar yaşama durumu ile Beck depresyon puanı sınıflamaları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık görülmektedir ( $p<0,01$ ). Ailede düzeni bozacak önemli olayların olması

depresyonu artırıcı etkiye sahip olup; bu durumda olan 18-23 puan alanlarda % 60,0; ve 23 ve üzeri puan alanlardan %60,0 olgu görülmektedir.



**Şekil 15:** Son Zamanlarda Aile Düzenini Bozacak Önemli Bir Olay Olmasına Göre Depresyon Sınıflaması

Kronik hastalığı olan çocukların annelerinde Son zamanlarda aile düzenini bozacak önemli olay yaşayan ve BDE puanınının 17 barajını aşan 12 hasta olduğunu gözlemledik.Kronik hastalığı olmayan ve son zamanlarda aile düzenini bozacak önemli olay yaşayan ve BDE puanınının 17 barajını aşan 2 hasta olduğunu gözlemledik.Bu 14 hastaya yaptığımız SCİD testi sonucunda,Kronik hastalığı olan çocuğu olan ve BDE'de 17 barajını aşan ve son zamanlarda aile düzenini bozacak olay yaşayan 12 annenin 2'sinde Major depresyon tanısı koyduk. Kronik hastalığı olan çocuğu olmayan ve BDE'de 17 barajını aşan ve son zamanlarda aile düzenini bozacak olay yaşayan 2 annenin 1'inde Major depresyon tanısı koyduk.Bu sonuçlara göre hastaların dağılımınının her iki grupta eşit çıktığını gözlemledik.

Çocuğun hastalığı ile ilgili herhangi özel bir eğitim alma durumuna göre beck depresyon ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemektedir ( $p>0,05$ ).

**Tablo 15 : Çalışma Grubu Beck Depresyon Puanları Değerlendirmeleri 3**

		Beck Depresyon Envanter Puan Aralığı				<i>p</i>
		0-10	11-17	18-23	> 23 puan	
		puan	puan	puan	n (%)	
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Son Zamanlarda Aile Düzenini Bozacak Önemli Bir Olay	Evet	4 (% 7,1)	1 (% 4,2)	6 (%60,0)	6 (% 60,0)	<b>0,001**</b>
	Hayır	52(%92,9)	23(%95,8)	4 (%40,0)	4 (% 40,0)	
Daha Önce Depresyon Tanısı Alma	Evet	1 (% 1,8)	2(%8,3)	-	-	<b>0,118</b>
	Hayır	55(%98,2)	22(%91,7)	10(%100)	10(%100)	
Bu sorunla duygusal yönden baş etmekte zorluk çekme	Evet	47(%83,9)	20(%83,3)	9 (%90,0)	100(%100)	<b>0,029**</b>
	Hayır	9 (% 16,1)	4 (% 16,7)	1(%10,0)		
Sorununuzu hafifletecek sosyal dayanaklar kurumlar bulma	Evet	7 (% 12,5)	2 (% 8,3)	3 (%33,3)	2 (% 18,2)	<b>0,025**</b>
	Hayır	49(%87,5)	22(%91,7)	6 (%66,7)	9 (% 81,8)	
Çocuğunuz hastalığı ile ilgili özel bir eğitim aldı mı	Evet	13(%23,2)	3 (% 12,5)	3 (%33,3)	4 (% 36,4)	<b>0,369</b>
	Hayır	43(%76,8)	21(%87,5)	6 (%66,7)	7 (% 63,6)	

•p : Ki Kare Test      \*\*p<0,01

Daha önce depresyon tanısı alan olgularda depresyon görülme oranları istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (p>0,01); Depresyon puanı 18-23 arasında ve 23 ve üzerinde olanlardan daha önce depresyon tanısı alan hasta görülmemiştir.

Bir sorunla duygusal yönde baş etmede zorluk çekme durumuna göre beck depresyon ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmektedir (p<0,029)\*\*.

Sorunlarını hafifletecek sosyal dayanaklar kurumlar bulma durumuna göre beck depresyon ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmektedir (p<0,025)\*\*.

**Tablo 16 : Çalışma Grubu Olgularında Beck Depresyon Puanları Değerlendirmeleri 4**

		Beck Depresyon Envanter Puan			
		Aralığı			
		0-10	11-17	18-23	<i>p</i>
		puan	puan	puan	
		n (%)	n (%)	n (%)	
Çocuklarımızdan herhangi biri ağır hastalık geçirme durumu	Evet	7 (% 9,1)	1 (% 7,7)	1 (% 10,0)	<i>0,980</i>
	Hayır	70(%90,9)	12(%92,3)	9(%90,0)	
Evet ise hangi hastalık	Bronşit	4 (% 57,1)	1(%100,0)	1(%100,0)	<i>0,864</i>
	Pnömoni	2 (% 28,6)	-	-	
	İYE	1 (% 14,3)	-	-	
	veya				
	Febril konvüzyon				

•p : Ki Kare Test

Çocuklardan herhangi birinin ağır hastalık geçirme durumuna göre beck depresyon ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemektedir ( $p>0,05$ ).

Çocuklardan herhangi birinin geçirdiği ağır hastalıkların sınıflamasına göre ( $p>0,05$ ).Çocuklardan herhangi birinin geçirdiği ağır hastalıkların sınıflamasına göre beck

### **SCL 90 R SONUÇLARI**

Scl 90R Sonuçlarının değerlendirilmesinde scl 90 R puanı 1'i aşanlar pozitif olarak kabul edildiğinde Kronik hastalığı olan olgularda hastaların %33'ünde Somatizasyon ,%34'ünde Obsessif-Kompulsif özellik,%20'isinde Kişilerarası duyarlık ,%26'sında Depresyon,%23'ünden Anksiyete,%21'inde Paranoid,%10'unda Fobik anksiyete, %11'inde Psikotizm, %9'unda Ek skala (yeme, uyku), %20'sinde Öfke, %24'ünde Genel semptom indeksi 1'in üstünde bulunmuştur

Kontrol Grubunun Scl 90R Sonuçları değerlendirildiğinde olgularda %30'unda Somatizasyon , %32'sinde Obsessif-Kompulsif özellik ,%10'unda Kişilerarası duyarlık, %11'inde Depresyon , %12'sinde Anksiyete , %11'inde Paranoid , %11'inde Fobik

anksiyete, %10'unda Psikotizm ,%9'unda Ek skala (yeme, uyku) , %12'sinde Öfke %22'sinde Genel semptom ortalaması (GSO) bulunmuştur.

ScI 90R sonuçları değerlendirildiğinde her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.( $p>0.05$ )

Kronik hastalığı olan çocukların annelerinde bulunan depresyon oranları ile sağlıklı olan kontrol grubunun depresyon oranlarını karşılaştırdığımızda istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.( $p<0.048$ )

**Tablo 17 :** Olguların ScI 90R Sonuçları Değerlendirmesi(ScI 90R Sonuçları >1 Olanlar)

ÖLÇEKLER	HASTA GRUBU	KONTROL GRUBU
Somatizasyon	33	30
Obsessif-Kompulsif özellik	34	32
Kişilerarası duyarlılık	20	10
Depresyon	26	11
Anksiyete	23	12
Paranoid	21	11
Fobik anksiyete	10	11
Psikotizm	11	10
Ek skala (yeme, uyku)	9	9
Öfke	20	12
Genel semptom ortalaması (GSO)	24	22

## SCİD TESTİ

Tüm olguların( $n=200$ ) %15'ine ( $n=30$ ) SCİD testi uygulanmıştır.Hasta grubunun %20( $n=20$ )kontrol grubunun %10 ( $n=10$ )'luk bir kısmına Uzman doktor tarafından SCİD testi uygulanmıştır.

Çalışma grubundaki 20 hastaya yapılan SCİD testi sonucunda;6 hastaya (%30) Major depresyon, 1 hastaya(%5) Obsesif bozukluk,2 hastaya(%10) BTA Anksiyete bozukluğu , %0 BTA Depresif bozukluk ,1 hastaya(%5) Somatizasyon bozukluğu ,2 hastaya(%10) Panik bozukluk,1 hastaya(% 5) Agorafobi teşhisi konmuştur.

Kontrol grubundaki 10 hastaya yapılan SCİD testi sonucunda, 1 hastaya(%10) Major depresyon , %0 Obsesif bozukluk, % 0 BTA Anksiyete bozukluğu ,1 hastaya(%10) BTA Depresif bozukluk ,1 hastaya(%10) Somatizasyon bozukluğu , %0 Panik bozukluk, %0 Agorafobi teşhisi konmuştur .

**Tablo 18 : Olguların SCİD Sonuçları Değerlendirmesi**

<b>SCİD</b>	<b>HASTA GRUBU</b>	<b>KONTROL GRUBU</b>
Major depresyon	6	1
Obsesif bozukluk	1	0
BTA Anksiyete bozukluğu	2	0
BTA Depresif bozukluk	0	1
Somatizasyon bozukluğu	1	1
Panik bozukluk	2	0
Agorafobi	1	0

SCİD testini BDÖ puanı 17 nin üstünde olan 30 çocuk annesine uyguladık bu hastaların 20 tanesi kronik hastalığı olan çocukların annesi iken 10 tanesinde kronik hastalığı olmayan çocukların annesinden oluşmaktaydı.Uzman Psikiyatrist tarafından uygulanan SCİD Testi sonucu Çalışma grubundaki 13 hastada ek tanı saptanmış iken kontrol grubundaki sadece 3 hastada ek tanı saptadık .

Major depresyon tanısı koyduğumuz hastalardan 1 tanesinin geçen yıl depresyon geçirdiğini ,diğer bir hastanında yaklaşık 6 ay önce Major depresyon tanısı ile antidepresan kullandığını ve daha sonra ilaca bağlı olarak Manik şifte girdiğini ve bu nedenle ilacı kestiğini tespit ettik.

Major Depresyon, çalışma ve kontrol grubunda en sık görülen eştanı olurken, çalışma grubunda daha yüksek olup SCİD sonuçları değerlendirildiğinde gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır( $p<0.044$ ).

## V. TARTIŞMA

Kronik hastalığı olan çocuğa sahip olan anne ve babalar, çocuklarının bakımı ve idaresi için farklı taleplerle karşı karşıyadır. Çocuğun kronik durumu, ailenin yaşamına etki eder ve yeni duruma uyum sağlamayı zorunlu kılar.

Araştırmamızda elde ettiğimiz bulgulara göre, annelerin hepsinin çocuklarının hastalığını, hastanede öğrendiklerini ve çocuklarının hastalığı ile ilgili olarak, doktor tarafından bilgilendirildikleri görülmüştür.

Lovchuk (2003), çocuğun kronik hastalığının ailede bozuk ilişkilerin oluşmasına, yüksek düzeyde boşanma oranlarına, aile içinde çelişkili tutum ve davranışlara neden olduğunu belirtmektedir.

Smith (1998), kronik hastalığı olan çocukların aileleri ile yaptığı çalışmasında, ailede, işbirliği, duyarlılık, şefkat, empati, saygı, kişisel olgunluk ve aile birliğinde bütünleşmenin arttığını; ancak, kişiler arası ilişkiler ve görevlerde olumsuzlukların görüldüğünü, kardeşler arasında kıskançlık, rekabet, kızgınlık, düşmanlık ve sosyal içe dönük duyguların da geliştiğini bulmuştur.

Pejovic ve arkadaşları (2003), zihinsel bozukluğa sahip çocukları olan 200 ebeveyn üzerinde yarı yapılandırılmış klinik görüşmede, kişilik envanteri, aile stres endeksi ve SCL 90R testi uygulayarak yaptıkları çalışmada, ailelerin % 95'inde çocuklarının hastaneye yatırılışına karşı yoğun stres reaksiyonlarının görüldüğünü; % 35'inde anksiyete, incinebilirlik gibi nörotik tepkilerinin olduğunu; %20'sinde yüksek düzeyde depresyon ve uyku sorunlarının görüldüğünü belirtmektedirler. Yine bu ailelerin % 45'inde bozuk aile dinamikleri ve %50'sinde ise stresle ilgili bir bozukluk bulunmuştur.

Kronik hastalık, ailelerin yaşam stillerini ve aile üyelerinin birbirleriyle ilişkisini değiştirir. Tüm bunlar, aile üyeleri üzerinde doğrudan veya dolaylı olarak etkide bulunur. Koninjenberg ve arkadaşları (2003), yaptıkları çalışmalarında kronik ağrılar çeken çocukları olan ebeveynlerin psikopatolojilerini araştırmış ve kronik ağrı çeken 132 çocuğun anne ve babalarının katıldıkları çalışma sonucunda, anne-babalarda düşük düzeyde bazı psikopatolojilere rastlanmıştır. Duruma uyum sağlamaları için ailelerin, farklı tepkiler geliştirdikleri görülmüştür.

Aile, kronik hastalığı olan çocuğun bakımı için temel kaynaktır ve anne ve baba, günlük bakımı için çocuktan zorunlu olarak sorumludur. Ayrıca, kronik hastalıklı çocuğu olan ebeveynler aile sistemi ve eğitiminde yardımcı terapist rolündedir (Pejovicve Ark. 2003). Anne-baba uyumu, diğer aile üyelerinin uyumu ve sağlığı için de temel etkindir (Hentinen ve Kyngas 1998).

Ailelerin normal bir akış süreci vardır. Bu süreci, çocuk doğmadan önce veya kronik hastalık olmadan önce, tahmin etmek oldukça kolaydır. Ancak, özürülü bir çocuk ya da kronik hastalığı olan bir çocuk olduğunda bu sistem bozulmaktadır. Bu nedenle, ailenin bundan sonraki akışını tahmin etmek güçleşmektedir (Kazak 1989). Bu duruma, ailenin uyum sağlaması ve normal döngüsünü sürdürmesi, hem kronik hastalığı olan çocuğun sağlığı ve bakımı, hem de diğer aile üyelerinin sağlığı için önemlidir.

Araştırmamızda hastaların %93 gibi büyük bir oranının ilde yaşamakta olduğunu ve düzenli olarak kontrollere gelmekte oldukları görülmüştür. Hastaların %6'lık kısmının şehir merkezine uzak olan ilçe ve beldelerden geldiği, %1'lik kısmının ise hastalığın tedavisi için il dışındaki köyünden geldiği görülmüştür.

Araştırmamızda hastaların %93'ünün evli olduğu %5'inin boşanmış olduğu görülmüştür.

Annelerin eğitim düzeylerine bakıldığında %73 gibi büyük bir oranın ilköğretim mezunu olduğu görülmüştür.

Meslek açısından incelediğimizde annelerin %89'unun ev hanımı olduğu %11'inin de çalıştığı görülmüştür. Ev hanımı olanların %28.1'lik bir kısmının daha önce bir işte çalıştığını fakat daha sonra çalışan bu ev kadınlarının %56 gibi büyük kısmının çocukların doğumu sonucu işi bıraktığı sadece %12'lik kısmının da çocuğun hastalığı nedeni ile işi bıraktığı görülmüştür. Bu sonuçlar bize annelerin çocuklarının hastalığının ağırlığına göre işte çalışmaya devam ettiklerini göstermiştir.

Çalışmamızda annelerin çocuklarının kronik hastalığa sahip olduklarını öğrendiklerinde ilk önce şok, şaşkınlık, hayal kırıklığı yaşadığını ve yıkıldıklarını ifade edenlerin oranı %61'dir. %23'lük kesim ise ilk öğrendiklerinde hastalığın kaderlerinde olduğunu ifade etmiştir. Karakavak ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada da annelerin, çocuklarının kronik hastalığa sahip olduklarını öğrendiklerinde, ilk önce, şok, şaşkınlık, hayal kırıklığı reddetme, çaresizlik, korku, bunalım, hastalığın gidişatına ve sonucuna

ilişkin belirsizlik, Allah'a kızgınlık gibi duyguları yaşadıkları saptanmıştır. Daha sonra ise, dinsel inançlar doğrultusunda hareket ederek, geleceğe umutla bakabilmek amacıyla bu durumu iyimser yorumladıkları kendi durumlarını, diğer benzer problemleri olan aileler ile kıyaslamaları sonucunda, kendi durumlarına ilişkin algılarını olumlu yönde değiştirdikleri görülmüştür (Gönül Karakavak ve Yüksel Çırak 2006).

Benzer bir biçimde, İnanç (1995) ve Conom (1995) yaptıkları çalışmalarında, çocuklarının durumunu kabul etme aşamasında, ebeveynlerin, ilk önce, şok ve inanmama tepkileri gösterdiklerini daha sonra, kendilerine anlatılanları anlamlandırmaya çalıştıklarını bulmuşlardır. MacGregor (1994), hastalığın ilk aylarında, annelerin, kaçma davranışı gösterdiğini, duygusuzluk, şok, uykusuzluk, hafıza kayıpları, iştahsızlık ve tahmin edilemeyen duygusal dalgalanmalar yaşadıklarını ifade etmiştir. Pejovic ve arkadaşları (2003) hastaneye yatırılan çocukların anne-babalarında birçok olumsuz davranışlar ve stresle ilgili bozukluklar olduğunu belirtmektedirler. Literatürdeki bu bilgiler, araştırmamızda elde edilen bulgulara paralellik göstermektedir.

Anne ve babalar çocukların kronik hastalıklarını öğrendikleri zaman annelerin %15 i kendilerini suçlarken %69 u kimseyi suçlamamıştır. Babalarında %93 ü kimseyi suçlamamıştır.

Hastaların % 87'sinin çocuklarının hastalığıyla duygusal yönden başetmekte zorlandıkları görülmüştür. Davis ve Fallowfield (1994), ebeveynlerin hastalığa uyum süreçlerinin, karmaşık bir süreç olduğunu belirtmiştir. Bu süreçte, hastalıkla ilgili bilgiler edinme, diğer hasta çocukları görme, diğer anne-babalarla konuşma gibi sosyal desteklerin, anne-babanın kendilerini iyi hissetmesini sağladığı, çocuklarına karşı davranışlarıyla çocuğun hastalığa uyumu arasında önemli ilişkiler olduğunu ifade etmişlerdir. Ancak bazı annelerin , bu süreçte sorunun kaynağını kendinde aradığı, geri çekilerek kendini insanlardan izole ettiği, bu durumu kabullenemedikleri de saptanmıştır. Nitekim İnanç (1995), yaptığı çalışmasında, pek çok anne-babanın, hastalığın etiyolojisindeki rollerini sorgulayarak, hastalığın kendi hatalarından olup olmadığını araştırdıklarını bulmuştur. Literatürdeki bu bulgular, araştırmamızda elde edilen bulguları desteklemektedir.

Çalışmamızda hastaların %91'lik kısmının çocuklarının hastalığını kabullendiği görülmüştür. McCubbin ve Minners'in yapmış olduğu çalışmada, bazı annelerin zihinsel yetersizliği olan bir çocuğa sahip olmayı yaşamda karşılaşılabilecek güçlüklerin bir parçası olarak algıladıkları ve iyimser yaklaştıkları görülmüş olup literatür olarak çalışmamızı desteklemektedir. (McCubbin 1989, Minners 1988). Damrosch ve Perry'nin yapmış olduğu çalışmada kronik hastalığı olan çocuğa sahip olan annelerin Allaha sığındıkları görülmüştür. Bu duruma boyun eğmekten başka bir çaresi olmadığını düşünen anne sayısının çok olduğunu gösteren çalışmalar fazladır(Damrosch, Perry 1989).

Ebeveynlerin çocuklarının, hasta olduğunu öğrendikten sonra %70'inin birbiriyle ilişkisinin değişmediği, %15'inin eşiyle daha yakınlaştığı, %15'inin ise eşiyle ilişkisinin azaldığı görülmüştür.Karakavağın yaptığı çalışmada bazı anneler hastalıktan dolayı eşiyle ilişkilerinin bozulduğunu, çocuğunun hastalığına ilişkin eşinin, gereken sorumluluğu üstlenmediğini,çocuğunun bakımında yalnız kaldığını ve bu nedenlerden dolayı eşine kızgın ve öfkeli olduğunu belirtmişlerdir. Smith (1998), kronik hastaların aileleri ile yaptığı çalışmasında, ailede işbirliği, duyarlılık, şefkat, empati, saygı, kişisel olgunluk ve aile üyeleri ile bütünleşmenin arttığını; ancak, kişiler arası ilişkiler ve görevlerde olumsuzlukların görüldüğünü, kardeşler arasında kıskançlık, rekabet, kızgınlık, düşmanlık ve sosyal içe dönük duyguların da geliştiğini bulmuştur. Hertinen ve Kyngas (1998), çocuğun kronik durumunun, tüm aile üyeleri için stresli olduğunu belirtmiştir. Bu durum, aile atmosferi ve aile üyelerinin birbirleri ile olan ilişkisini olumsuz etkilemektedir.

Annelerin çocuğunun hastalığını öğrendikten sonra, %86'sının diğer çocuklarıyla ilişkisinin değişmediği, %3'ünün çocuklarıyla daha yakınlaştığı, %9'unun ise diğer çocuklarıyla ilişkisinin azaldığı görülmüştür.

Hasta çocuğa sahip annelerin %68'i çocuklarının hastalığını öğrendikten sonra tekrar yeni çocuk sahibi olmak istememiştir. Bunda en büyük sebep halk arasında yeni doğan çocuğun da hasta olacağına dair olan inanışdan kaynaklanmaktadır. Baysal B.'nin yapmış olduğu çalışmada hastalık, genetik geçişli ise, sorumluluk duygusunun arttığını ifade etmiştir.

Araştırmada çocukların özel bir eğitim alıp almadıkları sorusuna, annelerin %22'si çocuğunun özel bir eğitim aldığını söylemiştir. Özel eğitim alanların da en çok %31 ile nörolojik hastalığa sahip olan çocukların olduğu görülmüştür.

Annelerin, çocuklarına tanı konduktan sonra geçen süre ile depresyon düzeyleri arasında anlamlı ilişki görülmüştür. Tanı konma süresi uzadıkça hastalarda anlamlı bir şekilde depresyon oranı azalmakta ve hastalar artık çocuklarının hastalığıyla yaşamayı öğrenmektedir. ( $p < 0,048$ )

Çocukların kronik hastalıklarının tipine göre annelerde görülen BDE puan ortalamaları arasında anlamlı ilişki görülmez. Ancak hematolojik ve onkolojik hastalığı olan çocukların annelerinde BDE puan ortalaması yüksek çıkmış olup BDE Puanı  $20.3 \pm 3,3$  olduğu görülmüştür. Türkiye Hemofili Derneğinin Bülent Zülfikar ve arkadaşlarına 2005 yılında yaptırdığı çalışmada hasta çocukların annelerinin BDE puanı ortalaması  $20.7 \pm 3,6$  olarak görülmüş olup literatür olarak çalışmamızı desteklemektedir. Aynı şekilde Fevziye Toros ve arkadaşlarının 2002 yılında yaptıkları çalışmada kanser hastalığı olan çocukların annelerindeki BDE puanı ortalamasının  $28.3 \pm 15$  olduğu görülmüştür, Brown ve arkadaşları (1993) lösemili çocuğu olan annelerin 1/3'ünde ruhsal bozukluk olduğunu bildirmiştir.

Yine Toros ve arkadaşlarının 2002 yılında kanser dışı kronik hastalığı olan çocukların annelerindeki BDE Puanı ortalamalarının  $19,2 \pm 12,4$  olarak olduğu bulunmuştur. Bizim çalışmamızda BDE Puanı ortalaması  $16,5 \pm 2,3$  olup Torosun yaptığı çalışmayı literatür olarak desteklemektedir.

Son zamanlarda aile düzenini bozacak önemli olaylar yaşama durumu ile Beck depresyon puanı sınıflamaları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı ilişki görülmektedir. Ailede düzeni bozacak önemli olayların olması depresyonu artırıcı etkiye sahiptir. Bu durumda olan ve BDE'de 18-23 puan alanların oranı % 60,0; BDE'de 23 üzeri puan alanlardan %60,0 olgu görülmektedir. Çalışmamız sonucunda kronik hastalığı olan çocukların annelerindeki Major Depresyonun, aile düzenini bozacak olaydan mı, yoksa çocuğun kronik hastalığından dolayı mı olduğunu anlamak için çalışma ve kontrol grubundaki aile düzenini bozacak olay yaşayan ve BDE puanı 17'yi geçen 14 hastaya SCİD Testi uygulandı. SCİD Testi sonucunda çalışma grubunda 2 hastaya(%10), kontrol grubunda 1 hastaya(%10) major depresyon teşhisi kondu.

Sonuçta her iki grupta major depresyon tanısı alanların oranının eşit olduğu, yani annelerin depresyonlarının en büyük sebebinin çocuklarının kronik hastalığı olduğu ve aile düzenini bozan olayların her iki grubu eşit etkilediği görülmüştür.

Araştırmamızda çocuklarının kronik hastalığı ile annelerin duygusal yönden baş etme ve zorluk çekme durumu ile beck depresyon ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmektedir ( $p<0,029$ ).

Annelerin çocuklarının hastalığı ile ilgili sorunlarını hafifletecek sosyal dayanaklar, kurumlar bulma durumu ile beck depresyon ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmektedir ( $p<0,025$ ).Günayer ve Sarısoyun yapmış oldukları çalışmada , Ülkemizde zihinsel yetersizliği olan çocuklara gerekli bakım ve eğitimi verecek örgün kurum ve kuruluşların yetersizliği nedeniyle, ailelerin yaşadıkları sorunlarını tümüyle kendi olanakları ile çözüm bulmaya çalıştıklarını, çoğu zaman sorunları ile kendi kendilerine baş edebilme durumunda kaldıkları görülmüş olup bu çalışmada literatür olarak çalışmamızı desteklemektedir (Günayer 1995, Sarısoy 2000).

Çocukların hastalıkları ile ilgili herhangi özel bir eğitim alma durumuna göre beck depresyon ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki görülmemektedir ( $p>0,05$ ).

Daha önce depresyon tanısı alan kronik hastalığa sahip çocukların annelerinde depresyon görülme oranları ile BDE puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olmadığı saptanmıştır ( $p>0,01$ ); Depresyon puanı 18-23 arasında ve, 23 ve üzerinde olanlardan daha önce depresyon tanısı alan hasta görülmemiştir.

Araştırmamızda çocuklardan herhangi birinin ağır hastalık geçirme durumu ile beck depresyon ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki görülmemektedir ( $p>0,05$ ). Çocuklardan herhangi birinin geçirdiği ağır hastalıkların sınıflaması ile beck depresyon ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki görülmemektedir ( $p>0,05$ ).

ScI 90R sonuçları değerlendirildiğinde her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır( $p>0,05$ ).

Major Depresyon, çalışma ve kontrol grubunda en sık görülen tanı olurken, çalışma grubunda daha yüksek olup SCİD sonuçları değerlendirildiğinde gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır( $p<0.048$ ).

Kronik hastalığı olan çocukların annelerinde bulunan depresyon oranları ile çocukları sağlıklı olan kontrol grubunun depresyon oranlarını karşılaştırdığımızda istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.( $p<0.048$ ) Akçakın ve Erden'in yapmış olduğu çalışmada zihinsel yetersizliği olan çocuğa sahip anne babalar bu durumla baş edemeyip çeşitli ruhsal sorunlar yaşadıklarını görmüşlerdir. Sarısoy'un belirttiğine göre Akçakın ve Erden otistik çocukların anne-babalarının depresyonlarını Beck Depresyon Ölçeği kullanarak değerlendirmişlerdir. Otistik çocuğu olan annelerin depresyon puan ortalamaları kontrol grubu çocukların annelerine göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Miller ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada, kronik hastalığı olan çocuğa sahip annelerde somatik yakınmalar, depresyon ve anksiyete bozukluğu gibi ruhsal sorunların engelli çocuğa sahip olmayan annelere göre daha sık görüldüğü bildirilmektedir (Miller ve ark. 1992, Hanson ve Hanline 1994).

## VI. ÖZET

Kronik hastalığı olan çocukların annelerinin sosyodemografik özelliklerini ve annelerdeki depresyon oranlarını belirlemek amacıyla yapmış olduğumuz çalışmada 100 tane kronik hastalığı olan çocuk annesi, ile 100 tane kronik hastalığı olmayan çocuk annesini karşılaştırdık.

Çalışmamızdaki amacımız kronik hastalığı olan çocukların annelerinin duygularını, karşılaştıkları zorlukları belirlemek ve devletimizin onlarla ilgili ne gibi çalışmalar yapabileceği konusunda bazı ipuçlarını yakalamaktır.

Araştırmamızda, kronik hastalığı olan çocukların annelerinde bulunan depresyon oranlarını ülkemizde ve yurtdışında yapılan birçok çalışma ile uyumlu bulduk. Kronik hastalığı olan çocukların annelerindeki depresyon oranları ,kronik hastalığı olmayan çocukların annelerine göre anlamlı bir şekilde yüksek çıkmıştır.

Kontrol ve çalışma grubundaki hastaların yaşları, gelir seviyeleri, öğrenim durumları, çocuk sayıları, annenin hasta çocuklarını doğurdukları yaşı, sigara içme oranları, intihar etmeyi düşünme oranları ile annelerin BDE Puanları arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmamıştır.

Araştırmamızda annenin eşiyle, çocuklarıyla, arkadaşlarıyla, ve çevreleriyle arasındaki ilişkilerin çocukların hastalığını öğrendikten sonra değişmediği , çocukların hastalığını öğrendikten sonra annelerin günlük aktivitelerinde azalma olduğu tespit edilmiştir. Hastaların %68'inin çocuklarının hastalığını öğrendikten sonra tekrar çocuk sahibi olmak istemedikleri görülmüştür. Daha önce depresyon veya başka bir psikiyatrik hastalık tanısı alan olgularda depresyon görülme oranlarının, çocuklarındaki kronik hastalıkla istatistiksel olarak ilişkili olmadığı görülmüştür.

Son zamanlarda aile düzenini bozacak önemli olaylar yaşama durumu ile tanı konduktan sonra geçen süre arasında BDE Puanı arasında anlamlı farklar görülmüştür ,fakat aile düzenini bozacak olayların çalışma ve kontrol grubunu aynı oranda etkilediği görülmüştür.

Araştırmamızda çocukların kronik hastalıklarının tipine göre annelerde görülen BDE puanları arasında anlamlı farkların görülmediği, annede kronik bir hastalık görülmesi durumu ile beck depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olmadığı,

kronik hastalığı olan annelerde görülen kronik hastalık tiplerine göre Beck Depresyon ölçeği sınıflamaları arasında da istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı görülmüştür.

Araştırmamızda kronik hasta olan annelerin sorunlarını hafifletecek sosyal dayanaklar, kurumlar bulmaları ile BDE Puanları arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür.

Sonuç olarak ülkemizde Kronik hastalığı olan çocuklara ve özellikle annelerine yönelik maddi ve manevi desteğin çok yetersiz olduğu ve ailelerin sorunları ile baş başa kaldığı görülmüştür. Annelerin çocuklarının kronik hastalığı ile uğraşırken beden ve ruh sağlıklarının bozulduğu sosyal ve bireysel anlamda yeterli destek alamadıkları tespit edilmiştir. Sağlık bakanlığının diğer bakanlıklarla yapacağı ortak çalışmalar ve projelerle, özellikle annelere yönelik desteklerle, annelerin sorunları tamamen çözülemese bile birçok sorunlarının hafifletileceği düşüncesine varmış bulunuyoruz.

## VII. KAYNAKLAR

1. Marison, J.E.; Bromfield, L.M. ve Comeron, H.J. A. (2003). Therapeutic model for supporting families of children with a chronic illness or disability. *Child and Adolescent Mental Health*, 8(3), 125-130.
2. Lovchhuk, N. M. (2003). The rehabilitative help for family with mentally ill Child. *European Child & Psychiatry, Supplement 2*, 12, 63.
3. Smith, M. E. (1998). Protective shield: A thematic analysis of the experience of having and adult sibling with insulin-dependent diabetes mellitus. *Issues in Mental Health Nursing*, 19, 317–335.
4. Koninjenber, A. Y.; Uiterwaal, C. S. P. M.; Kimpen, J. L. L.; Van der Hoveven, J.; Buitelaar, J. K. ve Graeff-Meeder, E. R. (2003). Parental psychopathology in children with chronic pain of unknown origin, *European Child & Psychiatry, Supplement 2*, 12, and 127.
5. Pejovic-Milovancevic, M.; Popovic-Deusic, S.; Aleksic, O & Garibovic, E.(2003). Personality characteristics of parents in hospitalized children. *European Child & Psychiatry, Supplement 2*, 12, 125.
6. Kazak, A. E. (1989). Families of chronically ill children: A systems and socialecological model of adoption and challenge. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(1), 25-30.
7. Hentinen, M. ve Kyngas, H. (1998). Factors associated with the adaptation of parents with a chronically ill child. *Journal of Clinical Nursing*, 7, 316-324.
8. Nicolau, R.; Garcia-Giral, M.; González, H.; Fuentes, N.; Casas, O. & Vila, M.(2003). Knowledge about the ADHD and behavioral strategies to deal with their common problems in parents of ADHD children, teachers and staff members of a child and adolescent pc.
9. Kelly AF, Hewson PH(2000),Factor associated with recurrent hospitalization in chronically ill children and adolescents .*J Pediatr Child Health* 36 13-18
10. Mastroyannopovlov K, Stakkard P, Lewis M ve ark. (1997) The impact of childhood non-malignant life threatening illness on parents: Gender differences and prediction of parental adjustment. *J Child Psychol Psychiatry*, 38(7):823-829.

11. Esdaile SA, Greenwood KM (2003) A comparison of mothers and fathers experience of parenting stress and attributions for parent child interaction outcomes. *Occup Ther Int*, 10:115-126.
12. Frey KS, Greenberg MT, Fewell RR (1989) Stres and coping among parents of handicapped children: A multidimensional approach. *Am J Ment Retard*, 94:240-249.
13. Glidden LM, Schoolcraft SA (2003) Depression: its trajectory and correlates in mothers rearing children with intellectual disability. *J Intellect Disabil Res*, 47:250-263.
14. Hastings RP (2003) Child behaviour problems and partner mental health as correlates of stress in mothers and fathers of children with autism. *J Intellect Disabil Res*, 47:231-237.
15. Macias MM, Saylor CF, Rowe BP ve ark. (2003) Age-related parenting stress differences in mothers of children with spina bifida. *Psychol Rep*, 93:1223-1232.
16. Hanson MJ, Hanline MF (1994) Parenting a child with a disabilities: a longitudinal srudy of parental stress and adaptation. *J Early Intervent*, 14:234-248.
17. Miller AC, Gordon RM, Daniele RJ ve ark. (1992) Stress,appraisal and coping in mothers of disabled and nondisabledchildren. *J Pediatr Psychol*, 17:587-605.
18. Hanson MJ, Hanline MF (1994) Parenting a child with a disabilities: a longitudinal srudy of parental stress and adaptation.*J Early Intervent*, 14:234-248.
19. Pelchat D, Richard N, Bouchard JM ve ark. (1999) Adaptation of parents in relation to their 6-month-old infant's type of disability. *Child Care Health Dev*, 25:377-397.
20. Timko C, Stovel KV, Moos RH (1992) Functioning among mothers and fathers of children with juvenile rheumatic disease: a longitudinal study.*J.Pediatr Psychol*,17:705-7
21. Hentinen, M. ve Kyngas, H. (1998). Factors associated with the adaptation of parents with a chronically ill child. *Journal of Clinical Nursing*, 7, 316-324.
22. Günöz H Oraltay İŞ, Güven P, (1999) National working group for child and adolescent diabetics, *Diabetes Nutr Metab*, 12(3), p:232
23. Dantzer C, Swenzen J, Maurice-Tisson S, Salamon R, (2003) Anxiety and depression in juvenile diabetes: A critical review. *Clin Psychol Rev*, 23:787-800
24. Kovacs M, Goldston BD, Obrosky DS,Bonar DS, (1997a) Psychiatric disorders in youths with IDDM: rates and risk factors, *Diabetes Care*, 20(1):36-44

25. Northam EA, Matthews PJ, Anderson FJ, Cameron FJ, Werther GA, (2004) Psychiatric morbidity and health outcome in Type 1 diabetes-perspectives from a prospective longitudinal study, *Diabet Med*, 22:152-157
26. Grey M, Whittemore R, Taborlane W, (2002) Depression in type 1 diabetes in children: Naturel history and correlates, *J Psychosom Res*, 53:907-911
27. Pickard D, Dewis GC, Schultz SC: Behavioral and biological effects of acute beta endorfin injection in depressed and schizophrenic patients. *Am J Psychiatry* 138:160-166, 1981.
28. Kaustio O, Partanen J, Valkonen-Korhonen M, Viinamaki H, Lehtonen J: Affective and psychotic symptoms relate to difrent types of P300 alteration in depressive disorder. *J Affect Disord* 71(1-3):43-50, 2002.
29. Puchinskaia LM, Dudaeva KI, Krasnov VN, Voitsekh VF: Interhemispheric asymmetry according to evoked potential parameters in patients with depression. *Zh Vyssh Nerv Deiat Im P Pavlova* 43(4):758-764, 1993.
30. Roth WT, Pfeeferbaum A, Kelly AF, Berger PA, Kopell BS: Auditory event- related potensials schizophrenia and depression. *Psychiatry Res* 4(2):199-212, 1981.
31. Hansenne M, Pitchot W, Gonzalez Moreno A, Gonzalez Torrecilas J, Mirel J, Ansseau M: Psychophysiological correlates of suicidal behavior in depression. A preliminary study. *Neuropsychobiological* 30(1):1-3, 1994.
32. Hansenne M, Pitchot W, Gonzalez Moreno A, Zaldua IU, Ansseau M: Suicidal behavior in depressive disorder: an event-related potensial study. *Biol Psychiatry* 40(2):116-122, 1996.
33. Vandoolaeghe E, van Hunsel F, Nuyten D, Maes M:Auditory event related potensials in major depression: prolonged P300 latency and increased P200 amplitude. *J Affect Disord* 48(2-3):105-113, 1998.
34. Brown WS, Marsh JT, LaRue A: Event-related potensials in psychiatry: differentiating depression and dementia in the elderly. *Bull Los Angeles Neurol Soc* 47:91-107, 1982.
35. Papageorgio CC, Alevizos B, Ventouras E, Kontopantelis E, Uzunoglu N, Christodouolu G: Psychophysiological correlates of patients with delusional misidentification syndromes and psychotic major depression. *J Affect Disord* 81(2):147-152, 2004.

36. Silberman EK, Weingartner H, Post RM: Thinking disorder in depression. *Arch Gen Psychiatry* 40:775-780, 1983.
37. Yanai I, Fijikawa T, Osada M, Yamawaki S, Touhouda Y: Changes in auditory P300 in patient with major depression and silent cerebral infarction. *J Affect Disord* 46(3):263-267, 1997.
38. Roth WT, Ford JM, Pfefferbaum A, Elbert TR: Methodological issues in event-related brain potential and magnetic field studies. In Bloom FE, Kupfer DJ (Eds), *Psychopharmacology: The Fourth Generation of Progress*. Raven Press, Ltd, New York p:895- 910, 1995.
39. Sara G, Gordon E, Kraiuhin C, Howson A, Meares R: The P300 ERP component: an index of cognitive dysfunction in depression. *J Affect Disord* 31:29-38, 1994.
40. Liegeois-Chauvel C, Musolino A, Badier JM, Marquis P, Chauvel P: Evoked potentials recorded from the auditory cortex in man: evaluation and topography of the middle latency components. *Electroencephalogr Clin Neurophysiol* 92:204-214, 1994.
41. Allison T: Recording and interpreting event-related potentials. In: Donchin E (Ed), *Cognitive Psychophysiology: Event-Related Potentials and the Study of Human Cognition*. Laurence Erlbaum Associates, Hillsdale NJ, 1986.
42. Polich J, Kok A: Cognitive and biological determinants of P300: an integrative review. *Biol Psychol* 41:103-146, 1995.
43. Hackley SA: An evaluation of the automaticity of sensory processing using event-related potentials and brain-stem reflexes. *Psychophysiology* 30:414-428, 1993.
44. Kaseda Y, Miyazato Y, Ogura C, Nakamoto H, Uema T, Yamamoto K, Ohta I: Correlation between event-related potentials and MR measurement in chronic alcoholic patients. *Jpn J Psychiatry* 48:23-32, 1994.
45. Knight RT: Neural mechanism of ERPs, in *Event Related Brain Potentials*. Edited by Rohrbaugh JW, Parasuraman R, Johnson R. New York, Oxford University Press, s:3-18, 1990.
46. Stuss DT, Benson DF: Neuropsychological studies of the frontal lobes. *Psychol Bull* 95:3-28, 1984.

47. Donchin E: Event-related brain potentials: a tool in the study of human information processing. In: Begleiter H (Ed), *Evoked Potentials and Behavior*. Plenum Press, New York, 1979.
48. Desmedt JE, Debecker J: Slow potential shifts and decision P350 interactions in tasks with random sequences of near threshold clicks and finger stimuli delivered at regular intervals. *Electroencephalogr Clin Neurophysiol* 47:671-679, 1979.
49. Charles G, Hansenne M: Le potentiel lent P300. *Interet Clinique dans trois pathologies mentales et neurobiologie: une revue*. *Encephale* 18:225-236, 1992.
50. Clark CR, McFarlane AC, Weber DL, Battersby M: Enlarged frontal P300 to stimulus change in panic disorder. *Biol Psychiatry* 39:845-856, 1996.
51. Oken BS: Endogenous event-related potentials. *Evoked potentials in clinical medicine*, 2. nd edition, edited by Kh Chiappa Raven press, New York p:563-592, 1990.
52. Urretavizcaya M, Moreno I, Benlloch L, Cardoner N, Serrallonga J, Menchon JM, Vallejo J: Auditory event-related potentials in 50 melancholic patients: increased N100, N200 and P300 latencies and diminished P300 amplitude. *J Affect Disord* 74(3):293-297, 2003.
53. Plooij-Van G: Evoked potential correlates of information processing and habituation in depressive illness. *Ann N Y Acad Sci* 425:609-617, 1984.

## VIII. EKLER

EK-1

### DR.SADİ KONUK E.A.H AİLE HEKİMLİĞİ TEZİ KRONİK HASTALIĞI OLAN ÇOCUKLARIN ANNELERİNDE DEPRESYON VE ANKSİYETE DÜZEYLERİ BELİRLENMESİ ANKET FORMU

Ad-Soyad:

Tarih:

Adres ve Telefon :

1) Yaşınız:

2) Memleketiniz (son 10 yıldır yaşadığınız yer): a)il b)ilçe c)köy

3) Medeni durumunuz: a) evli b) dul(eşi vefat etmiş) c) boşanmış d)evli,fakat ayrı yaşıyor

4) Öğrenim durumunuz: a) okuma yazma bilmiyor b) lise mezunu c) ilköğretim

d) üniversite mezunu

5) Eşinizin öğrenim durumu: a) okuma yazma bilmiyor b) lise mezunu c) ilköğretim

d) üniversite mezunu

6) Mesleğiniz: a) ev hanımı b) memur c) işçi d) serbest meslek e) emekli d) diğer

7) Ev hanımı ise; daha önce bir işte çalıştınız mı : a) evet b) hayır

8) Evet ise; işi bırakma nedeniniz: a) evlilik b) çocukların doğumu c) hasta çocuğun doğumu d) diğer (açıklayınız:.....)

9) Eşinizin mesleği: a) çalışmıyor b) memur c) işçi d) serbest meslek e) emekli d) diğer

10) Ailenin ortalama aylık geliri: a) 0-500 YTL b) 500-1000 YTL c) 1000-1500 YTL

d) >1500 YTL

11) Kaç çocuğunuz var: a) 1 b) 2 c) 3 d) 4 e) 5 veya daha fazla

12) Evinizde kaç kişi yaşıyorsunuz: a) 1 b) 2 c) 3 d) 4 e) 5 veya daha fazla

13) Hasta olan çocuğun yaşı ve cinsiyeti: ..... a) kız b) erkek

kaçıncı çocuk olduğu: a) 1 b) 2 c) 3 d) 4 e) 5 veya daha küçük

14) Çocuğunuzun kronik hastalığı: a) kronik böbrek hastalığı b) diyabetes mellitus veya

diğer endokrinolojik hastalıklar c) KOAH d) kronik nörolojik hastalıklar e) kronik

hematolojik ve onkolojik hastalıklar f) kronik kardiyak hastalıklar g) diğer

15) Tanı konalı kaç yıl oldu: a) 0-1 yıl b) 1-5 yıl c) 5-10 yıl d) > 10 yıl

- 16) Kronik bir hastalığınız var mı: a) hayır b) hipertansiyon c) kardiyovasküler sistem hastalıklar d) diyabetes mellitus veya diğer endokrinolojik hastalıklar e) obezite f) diğer: (Açıklayınız.....)
- 17) Hasta çocuğunuzu kaç yaşında doğurdunuz: a)< 20 b)21-30 c)31-40 d)41-50 e)> 50
- 18) Çocuğunuzun kronik hasta olduğunu öğrendiğinizde ilk tepkiniz ne oldu:  
a) yıkıldım b) reddettim c) kader dedim d) diğer(.....)
- 19) Bu durum nedeniyle kendinizi veya başkalarını suçladınız mı:  
a) evet, kendimi ( neden, nasıl: .....)  
b) evet, başkalarını ( kimleri: .....)  
c) evet, eşimi ( neden, nasıl: .....)  
d) hayır e) diğer ( açıklayınız :.....)
- 20) Eşiniz birilerini suçladı mı:  
a) evet, kendisini ( neden, nasıl: .....)  
b) evet, beni ( neden, nasıl: .....)  
c) evet, başkalarını ( kimleri:.....)  
d) hayır e) diğer (açıklayınız: .....)
- 21) Bu sorunla duygusal yönden baş etmekte zorluk çektiniz mi: a) Evet b) Hayır
- 22) Sorununuzu hafifletecek sosyal dayanaklar, kurumlar bulabildiniz mi:  
a) evet ( evet ise: bu dayanaklar neler ve nasıl ulaştınız: ..... ) b) hayır
- 23) Çocuğunuzun hastalığını kabullendiniz mi: a) evet b) hayır
- 24) Çocuğunuzun hasta olması nedeniyle günlük aktivitelerinizde bir azalma oldu mu:  
a) çok b) biraz c) yok azalmadı
- 25) Çevre ilişkilerinizde bir değişme oldu mu: a) çok b) biraz c) yok olmadı
- 26) Çocuğunuzun hasta olduğunu öğrendikten sonra eşinizle ilişkileriniz değişti mi:  
a) evet , daha yakın olduk b) aynı, değişiklik olmadı c) evet, ilişkilerimiz azaldı
- 27) Diğer çocuklarınızla ilişkileriniz değişti mi: a) evet,daha yakın olduk b) aynı,değişiklik olmadı c) evet , ilişkilerimiz azaldı
- 28) Arkadaşlarınızla ilişkileriniz değişti mi: a) daha yakın b) aynı c) daha uzak
- 29) Çocuğunuzun hastalığını öğrendikten sonra yeni bir çocuk sahibi olmak istediniz mi?  
a) evet ( nedenini açıklayınız: .....)  
b) hayır ( nedenini açıklayınız: .....)

- 30) Çocuğunuz hastalığı ile ilgili özel bir eğitim aldı mı : a) evet b) hayır  
(evet ise: kısaca açıklayınız:.....)
- 31) Daha önceden depresyon tanısı aldınız mı : a) evet b) hayır
- 32) Daha önceden herhangi bir psikiyatrik hastalık tanısı aldınız mı : a) evet b) hayır
- 33) Ailenizde ve birinci derece akrabalarınızda daha önceden depresyon tanısı alan birisi var mı ,varsa kim veya kimler: a) evet (.....) b) hayır
- 34) Son bir yılda ruhsal nedenlerle polikliniklere başvurduunuz mu: a) evet b) hayır
- 35) Yaptığınız başvuru sonucunda sinir hapi/ilacı kullandınız mı : a) evet b) hayır
- 36) Son zamanlarda aile düzeninizi bozacak önemli bir olay var mı : a) evet b) hayır
- 37) Hiç intihar etmeyi düşündünüz mü : a) evet b) hayır
- 38) Sigara içiyormusunuz : a) evet b) hayır
- 39) Hiç madde kullandınız mı : a) evet b) hayır

## EK2

### BECK DEPRESYON İNDEKSİ FORMU

Aşağıda gruplar halinde bazı cümleler yazılıdır. Her gruptaki cümleleri dikkatle okuyunuz. BUGÜN DAHİL GEÇEN HAFTA içinde kendinizi nasıl hissettiğinizi en iyi anlatan cümleyi seçiniz. Seçtiğiniz cümlenin yanındaki numarayı daire içine alınız. Bir grupta, durumunuzu tanımlayan birden fazla cümle varsa, her birini daire içine alarak işaretleyiniz.Seçiminizi yapmadan her gruptaki cümlelerin hepsini dikkatle okuyunuz.

A. O 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. O Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim

- 1 Gelecek hakkında karamsarım
- 2 Gelecekte beklediğim hiç bir şey yok
- 3 Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiç bir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor

C. O Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum

- 1 Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum

- 2 Geçmişime baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum
- 3 Kendimi tümüyle başarısız bir kişi olarak görüyorum
- D . O Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum
- 1 Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum
- 2 Artık hiç bir 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 Kendimden memnunum
- 1 Kendi kendimden pek memnun değilim
- 2 Kendime çok kızıyorum
- 3 Kendimden nefret ediyorum
- G 0 Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum
- 1 Zayıf yanlarım ya da hatalarım için kendi kendimi eleştiririm
- 2 Hatalarımdan dolayı her zaman kendimi kabahatli bulurum
- 3 Her aksilik karşısında kendimi kabahatli bulurum
- H.0 Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok
- 1 Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor fakat yapmıyorum
- 2 Kendimi öldürmek isterdim
- 3 Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm
- I.0 Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor
- 1 Zaman zaman içimden ağlamak geliyor
- 2 Çoğu zaman ağlıyorum
- 3 Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum
- J.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
- K.0 Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim

- 1 Başkaları ile eskisinden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum
  - 2 Başkaları ile konuşmak, görüşmek istemiyorum
  - 3 Hiç kimseyle konuşmak, görüşmek istemiyorum
- L.0 Eskiden olduğu kadar kolay karar verebiliyorum
- 1 Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum
  - 2 Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum
  - 3 Artık hiç karar veremiyorum
- M. O Aynada kendime baktığımda bir değişiklik görmüyorum
- 1 Daha yaşlanmışım ve çirkinleşmişim gibi geliyor
  - 2 Görünüşümün çok değiştiğini ve daha çirkinleştiğimi hissediyorum
  - 3 Kendimi çok çirkin buluyorum
- N. O Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum
- 1 Birşeyler yapabilmek için gayret göstermek gerekiyor
  - 2 Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor
  - 3 Hiçbir şey yapamıyorum
- O.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 uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum
- P. O Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum
- 1 Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum
  - 2 Yaptığım hemen herşey beni yoruyor
  - 3 Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum
- R. O İştahım her zamanki gibi
- 1 İştahım eskisi kadar iyi değil
  - 2 İştahım çok azaldı
  - 3 Artık hiç iştahım yok
- S. O Son zamanlarda kilo vermedim
- 1 İki kilodan fazla kilo verdim
  - 2 Dört kilodan fazla verdim
  - 3 Altı kilodan fazla verdim

- ( ) Daha az yiyerek kilo vermeye çalışıyorum  
( ) Daha az yiyerek kilo vermeye çalışmıyorum

T. O Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor

- 1 Ağrı, sancı, mide bozukluğu gibi rahatsızlıklar beni endişelendiriyor
- 2 Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zorlaşıyor
- 3 Sağlığım hakkında o kadar endişeleniyorum ki başka hiçbir şey düşünemiyorum

U. O Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme farketmedim

- 1 Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim
- 2 Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim
- 3 Cinsel konulara olan ilgimi tamamen kaybettim

V. O Bana cezalandırılmışım gibi gelmiyor

- 1 Cezalandırılabilceğimi seziyorum
- 2 Cezalandırılmayı bekliyorum
- 3 Cezalandırıldığımı hissediyorum

### EK -3

#### SCL 90-R PSİKOLOJİK BELİRTİ TARAMA LİSTESİ

Lütfen her birini dikkatle okuyunuz. Sonra bu durumun bugün de dahil olmak üzere son üç ay içerisinde sizi ne ölçüde huzursuz ve tedirgin ettiğini gösterilen şekilde numaralandırarak giriniz.

Hiç: 0 Çok az: 1 Orta derecede: 2 Oldukça fazla: 3 İleri derecede: 4

1. Baş ağrısı
2. Sinirlilik ya da içinin titremesi
3. Zihinden atamadığınız tekrarlayan, hoşla gitmeyen düşünceler
4. Baygınlık ya da baş dönmesi
5. Cinsel arzu ve ilginin kaybı
6. Başkaları tarafından eleştirilme duygusu
7. Herhangi bir kimsenin düşüncelerinizi kontrol edebileceği fikri
8. Sorunlarınızdan pek çoğu için başkalarının suçlanması gerektiği duygusu
9. Olayları anımsamada güçlük

10. Dikkatsizlik ya da sakarlıkla ilgili düşünceler
11. Kolayca gücenme, rahatsız olma hissi
12. Göğüs ya da kalp bölgesinde ağrılar
13. Caddelerde veya açık alanlarda korku hissi
14. Enerjinizde azalma veya yavaşlama hali
15. Yaşamınızın sonlanması düşünceleri
16. Başka kişilerin duymadıkları sesleri duyma
17. Titreme
18. Çoğu kişiye güvenilmemesi gerektiği hissi
19. İştah azalması
20. Kolayca ağlama
21. Karşı cinsten kişilerle utangaçlık ve rahatsızlık hissi
22. Tuzağa düşürülmüş veya yakalanmış olma hissi
23. Bir neden olmaksızın aniden korkuya kapılma
24. Kontrol edilemeyen öfke patlamaları
25. Evden dışarı yalnız çıkma korkusu
26. Olanlar için kendisini suçlama
27. Belin alt kısmında ağrılar
28. İşlerin yapılmasında erteleme duygusu
29. Yalnızlık hissi
30. Karamsarlık hissi
31. Her şey için çok fazla endişe duyma
32. Her şeye karşı ilgisizlik hali
33. Korku hissi
34. Duygularınızın kolayca incitilebilmesi hali
35. Diğer insanların sizin özel düşüncelerinizi bilmesi
36. Başkalarının sizi anlamadığı veya hissedemeyeceği duygusu
37. Başkalarının sizi sevmediği ya da dostça olmayan davranışlar gösterdiği hissi
38. İşlerin doğru yapıldığından emin olmak için çok yavaş yapmak
39. Kalbin çok hızlı çarpması
40. Bulantı ve midede rahatsızlık hissi

41. Kendini başkalarından aşağı görme
42. Adale (kas) ağrıları
43. Başkalarının sizi gözlediği veya hakkınızda konuştuğu hissi
44. Uykuya dalmada güçlük
45. Yaptığınız işleri bir ya da birkaç kez kontrol etme
46. Karar vermede güçlük
47. Otobüs, tren, metro gibi araçlarla yolculuk etme korkusu
48. Nefes almada güçlük
49. Soğuk veya sıcak basması
50. Sizi korkutan belirli uğraş, yer veya nesnelere kaçınma durumu
51. Hiç bir şey düşünmeme hali
52. Bedeninizin bazı kısımlarında uyuşma, karıncalanma olması
53. Boğazınıza bir yumru takınmış hissi
54. Gelecek konusunda ümitsizlik
55. Düşüncelerinizi bir konuya yoğunlaştırmada güçlük
56. Bedeninizin çeşitli kısımlarında zayıflık hissi
57. Gerginlik veya coşku hissi
58. Kol ve bacaklarda ağırlık hissiAşırı yemek yeme
59. Ölüm ya da ölme düşünceleri
60. Aşırı yemek yeme
61. İnsanlar size baktığı veya hakkınızda konuştuğu zaman rahatsızlık duyma
62. Size ait olmayan düşüncelere sahip olma
63. Bir başkasına vurmak, zarar vermek, yaralamak dürtülerinin olması
64. Sabahın erken saatlerinde uyanma
65. Yıkanma, sayma, dokunma, gibi bazı hareketleri yineleme hali
66. Uykuda huzursuzluk, rahat uyuyamama
67. Bazı şeyleri kırıp dökme hissi
68. Başkalarının paylaşıp kabul etmediği inanç ve düşüncelerin olması
69. Başkalarının yanında kendini çok sıkılgan hissetme
70. Çarşı, sinema gibi kalabalık yerlerde rahatsızlık hissi
71. Her şeyin bir yük gibi görünmesi

72. Dehşet ve panik nöbetleri
73. Toplum içinde yer, içerken huzursuzluk hissi
74. Sık sık tartışmaya girme
75. Yalnız bırakıldığınızda sinirlilik hali
76. Başkalarının sizi başarılarınız için yeterince takdir etmediği duygusu
77. Başkalarıyla birlikte olunan durumlarda bile yalnızlık hissetme
78. Yerinizde duramayacak ölçüde rahatsızlık hissetme
79. Değersizlik duygusu
80. Size kötü bir şey olacakmış hissi
81. Bağırma ya da eşyaları fırlatma
82. Topluluk içinde bayılacağınız korkusu
83. Eğer izin vererseniz insanların sizi sömüreceği duygusu
84. Cinsiyet konusunda sizi çok rahatsız eden düşüncelerin olması
85. Günahlarınızdan dolayı cezalandırılmanız gerektiği düşüncesi
86. Korkutucu türden düşünce ve hayaller
87. Bedeninizde ciddi bir rahatsızlık olduğu düşüncesi
88. Başka bir kişiye karşı asla yakınlık duymama
89. Suçluluk duygusu
90. Aklınızda bir bozukluğun olduğu düşüncesi

**EK 4:**

**BAKIRKÖY DR.SADİ KONUK EĞİTİM ve ARAŞTIRMA HASTANESİ**  
**ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI KLİNİĞİ**  
**KRONİK HASTALIĞI NEDENİYLE DEVAMLILIK TAKİP EDİLMEKTE**  
**OLAN ÇOCUKLARIN ANNELERİNİN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ**  
**ve ANNELERİN DEPRESYON PREVALANSI**

Adı-Soyadı:

Doğum Tarihi:

Tel:

Çalışmaya alınış tarihi:

Adresi:

Yazılı Onam Rıza:

(Bu bölüm hasta tarafından okunup imzalanacaktır.)

Sayın hastamız lütfen bu bölümü dikkatle okuyunuz.

1.Tıbbi durumunuz ve tedaviniz için size önerilen tedavi hakkında bilgi sahibi olmak en doğal hakkınızdır

2.Önerilen tedavi hakkındaki bilgi hekiminiz tarafından detaylı şekilde size verilecektir.

3. Bu açıklamaların amacı sağlığınız ile ilgili konularda alınacak kararlara sizi daha bilinçli bir şekilde ortak etmektir.

1) Tıbbi durumum ve tedavim konusunda bilgi aldım

2) Kurumumuzun bir eğitim hastanesi olması nedeniyle tedavi ve takibimin öğretimden sorumlu bir hekim gözetim ve sorumluluğunda, asistan doktorlar tarafından yapılacağını anlıyor ve kabul ediyorum .

3) Hastalığının tedavisi ve kontrollerimde; kendi isteğimle ve detaylı bir bilgilendirmeden sonra , en az 3 ay süreyle ilgili hekimimce takip edilmeyi kabul ediyorum .

**BU FORMDA BELİRTİLEN TEDAVİ ve TAKİBİ KABUL EDİYORUM**

Hastanın Adı-Soyadı:

Tarih:

İmza: