

T.C.
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

**KRONİK HASTALIĞI OLAN ÇOCUKLARIN
AİLELERİNİN ANKSİYETE VE DEPRESYON
DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ**

Dr. Aslı Melek ZEYTİN

**Aile Hekimliği Anabilim Dalı
TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**ESKİŞEHİR
2012**

T.C.
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

**KRONİK HASTALIĞI OLAN ÇOCUKLARIN
AİLELERİNİN ANKSİYETE VE DEPRESYON
DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ**

Dr. Aslı Melek ZEYTİN

**Aile Hekimliği Anabilim Dalı
TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**TEZ DANIŐMANI
Prof. Dr. Murat ÜNALACAK**

**ESKİŞEHİR
2012**

TEZ KABUL VE ONAY SAYFASI

T.C.
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA,

Dr. Aslı Melek ZEYTİN'e ait "Kronik Hastalığı Olan Çocukların Ailelerinin Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin Belirlenmesi" adlı çalışma jürimiz tarafından Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda Tıpta Uzmanlık Tezi olarak oy birliği ile kabul edilmiştir.

Tarih: 27.03.2012

Jüri Başkanı	Prof. Dr. İlhami ÜNLÜOĞLU Aile Hekimliği Anabilim Dalı
Üye	Prof. Dr. Murat ÜNALACAK Aile Hekimliği Anabilim Dalı
Üye	Yrd. Doç. Dr. Ayşegül ULUDAĞ Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Fakülte Kurulu' nun
.....Tarih veSayılı Kararıyla onaylanmıştır.

Prof.Dr. Bekir YAŞAR
Dekan

TEŞEKKÜR

Çalışmam süresince yönlendirmeleri ile destek veren, yapıcı eleştirileriyle yol gösteren, yazdığım cümleleri sabırla okuyup düzelten danışmanım ve hocam Sayın Prof. Dr. Murat ÜNALACAK'a, tezimin tamamlanmasında her türlü desteği sağlayan, uzmanlık eğitimimin yanında her türlü sosyal, bilimsel ve kişisel desteğiyle motivasyonumu ayakta tutmamda varlığını her zaman yanımda hissettiğim, kişiliği ve erdemli duruşuyla örnek aldığım değerli hocam Sayın Prof. Dr. İlhami ÜNLÜOĞLU'na teşekkürü bir borç bilirim. Tez çalışmamın her aşamasında yanımda olan Uzm. Dr. Ahmet Tuğrul ZEYTİN'e teşekkür ederim.

ÖZET

Zeytin, AM. Kronik Hastalığı Olan Çocukların Ailelerinin Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin Belirlenmesi. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi, Eskişehir, 2012. Tıp biliminin ilerlemesi ve yeni yapılan çalışmalarla çocukluk çağındaki kronik hastalıklarda yaşam süreleri uzamaktadır. Yaşam süresinin uzaması ile birlikte; hasta çocuk ve ailesi, hastalığın getirdiği psikososyal etkilere daha uzun süre maruz kalmaktadırlar. Ailelerde depresyon ve anksiyete düzeyleri artmakta ve daha çok psikososyal desteğe ihtiyaç duymaktadırlar. Çalışmanın amacı, kronik hastalığı olan çocukların ailelerinin sosyodemografik özelliklerini saptamak, depresyon ve anksiyete düzeylerini belirlemektir. Çalışmaya 7 aylık süreçte Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda tedavi gören, bilinen kronik hastalığı olan ve olmayan toplam 150 çocuğun ailesi alındı. Hastaların sosyodemografik özellikleri, depresyon ve anksiyete düzeyleri; sosyodemografik bilgi formu, Beck Depresyon Ölçeği ve Beck Anksiyete Ölçeği kullanılarak değerlendirildi. Vaka grubunun %57,3'ünde depresyon saptandı, %42,7'sinde depresyon saptanmadı. Vaka grubunun depresyon düzeyi, kontrol grubunun depresyon düzeyinden yüksek bulundu ($p<0,01$). Vaka grubunun anksiyete düzeyi, kontrol grubunun anksiyete düzeyinden yüksek bulundu ($p<0,01$). Vaka ve kontrol gruplarının anksiyete düzeyleri artıkça depresyon düzeyleri de artmakta idi. Ailelerin, çocuğun hastalığına göre anksiyete ve depresyon düzeyleri farklılık göstermekte idi. Kronik hastalığı olan çocukların ailelerinde anksiyete ve depresyon sık görülmektedir. Çocukların hastalıkları ile ilgilenirken ailenin de içinde bulunduğu durum göz ardı edilmemeli ve ailelere profesyonel psikososyal destek sağlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Aile, anksiyete, depresyon, kronik hastalık

ABSTRACT

Zeytin, AM. Assessment of Depression and Anxiety Levels Among Families of Children with Chronical Diseases. Eskisehir Osmangazi University, Faculty of Medicine, Department of Family Medicine, Specialty Thesis, Eskisehir, 2012. Life survey of childhood chronical diseases get longer with the improvements of medical sciences and new studies. As the life-span in childhood chronical diseases extends, both the children themselves and their families are exposed more to the psychosocial effects of diseases. Depression and anxiety levels increase among families of children with chronical diseases and these families need professional psychosocial support. The aims of this study are, to determine sociodemographic characteristics of the families of children with chronical diseases and to assess the depression and anxiety levels among them. A total of one hundred and fifty families of both healthy and chronically ill diagnosed children, whose children are treated in Eskisehir Osmangazi University Faculty of Medicine, Pediatrics Department during seven months, were included to the research. Sociodemographic characteristics, depression and anxiety levels of families were determined by using sociodemographic Data Form, Beck Depression Inventory and Beck Anxiety Inventory. In the case group, %57,3 had depression, and %42,7 did not have depression. Depression level was found to be higher in the case group than the controls ($p<0,01$). Anxiety level was found to be higher in the case group than the controls ($p<0,01$). Depression level increased in concordance with the anxiety level in both case and control groups. Depression and anxiety levels among families differed according to the diagnoses of children. Depression and anxiety rates are higher among families of children with chronical diseases. While treating children with chronical diseases, situation of the families should not be forgotten and professional psychosocial support must be given.

Key Words: family, anxiety, depression, chronical disease

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
TEZ KABUL VE ONAY SAYFASI	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	ix
ŞEKİLLER DİZİNİ	x
TABLolar DİZİNİ	xi
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Kronik Hastalıklar	3
2.1.1. Astım	6
2.1.2. Konjenital Kalp Hastalığı	7
2.1.3. Epilepsi	8
2.1.4. Artrit	8
2.1.5. Diabetes Mellitus	9
2.1.6. Akut Lenfoblastik Lösemi	10
2.1.7. Down Sendromu	11
2.1.8. YarıK Damak/Dudak	12
2.1.9. Orak Hücreli Anemi	12
2.1.10. Kistik Fibrozis	13
2.1.11. Hemofili	14
2.1.12. Muskuler Distrofi	15
2.2. Anksiyete	15
2.2.1. Giriş	15
2.2.2. Epidemiyoloji	16
2.2.3. Etyoloji	17
2.2.4. Klinik Özellikler	17
2.2.5. Anksiyete Bozukluklarının Güncel Sınıflaması	18

	Sayfa
2.2.6. Ayırıcı Tanı	21
2.2.7. Tedavi	22
2.3. Depresyon	22
2.3.1. Giriş	22
2.3.2. Epidemiyoloji	25
2.3.3. Risk Faktörleri	25
2.3.4. Klinik Özellikler	26
2.3.5. Ayırıcı Tanı	28
2.3.6. Tedavi	30
3. GEREÇ VE YÖNTEM	32
3.1 Örneklem Seçimi ve Verilerin Toplanması	32
3.2. Veri Toplama Araçları	32
3.2.1. Sosyodemografik Bilgi formu	33
3.2.2. Beck Depresyon Ölçeği	33
3.2.3. Beck Anksiyete Ölçeği	33
3.3. Verilerin İstatistiksel Analizi ve Yorumlanması	34
4. BULGULAR	35
5. TARTIŞMA	61
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	69
KAYNAKLAR	72
EKLER	
EK 1: Sosyodemografik Bilgi Formu	
EK 2: Beck Anksiyete Ölçeği	
EK 3: Beck Depresyon Ölçeği	

SİMGELER VE KISALTMALAR

ALL	Akut Lenfoblastik Lösemi
ASD	Atriyal Septal Defekt
BAÖ	Beck Anksiyete Ölçeği
BDÖ	Beck Depresyon Ölçeği
CTFR	Cystic Fibrosis Transmembrane Conductance Regulator
DALY	Disability-Adjusted Life Year
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EKT	Elektro Konvulzif Tedavi
KKH	Konjenital Kalp Hastalığı
PDA	Patent Duktus Arteriosus
SGK	Sosyal Güvenlik Kurumu
SNRI	Selektif Serotonin ve Norepinefrin Gerilim İnhibitörleri
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
SSRI	Selektif Serotonin Gerilim İnhibitörleri
TSSB	Travma Sonrası Stres Bozukluğu
TL	Türk Lirası
VSD	Ventriküler Septal Defekt
YDD	Yarık Damak/Dudak

ŞEKİLLER

	Sayfa
4.1. Vaka-Kontrol Gruplarında Depresyon ve Anksiyete İlişkinine İlişkin Korelasyon Analizi	41

TABLOLAR

	Sayfa
2.1. Anksiyete Bozukluklarında Ayırıcı Tanı	21
2.2. DSM IV Majör Depresyon Tanı Kriterleri	24
2.3. Antidepresan İlaçların Sınıflaması	31
4.1. Vaka-Kontrol Gruplarının Demografik Özelliklere Göre Dağılımı	36
4.2. Vaka-Kontrol Gruplarının Çocuğun Hastalık Özelliklerine Göre Sınıflandırılması	37
4.3. Vaka-Kontrol Gruplarının Psikiyatrik Hastalık Varlığına Göre Sınıflandırılması	39
4.4. Vaka-Kontrol Gruplarının Depresyon Dağılımı	39
4.5. Vaka-Kontrol Gruplarında Depresyon ve Anksiyete İlişkisine İlişkin Korelasyon Analizi	40
4.6. Vaka-Kontrol Gruplarının Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri	41
4.7. ALL ve Diğer Kronik Hastalıkları Olan Çocukların Ailelerinin Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin Karşılaştırılması	42
4.8. Vaka-Kontrol Gruplarının Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin Hastanede Yatışa Göre Dağılımı	42
4.9. Vaka Grubunun Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin Yaşa Göre Dağılımı	43
4.10. Kontrol Grubunun Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin Yaşa Göre Dağılımı	44
4.11. Vaka Grubunun Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin Yakınlık Derecesine Göre Dağılımı	44
4.12. Kontrol Grubunun Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin Yakınlık Derecesine Göre Dağılımı	45
4.13. Vaka Grubunun Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin Eğitim Düzeyine Göre Dağılımı	46

	Sayfa
4.14. Kontrol Grubunun Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin Eğitim Düzeyine Göre Dağılımı	47
4.15. Vaka Grubunun Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin Mesleğe Göre Dağılımı	48
4.16. Kontrol Grubunun Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin Mesleğe Göre Dağılımı	48
4.17. Vaka Grubunun Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin Sosyal Güvenceye Göre Dağılımı	49
4.18. Kontrol Grubunun Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin Sosyal Güvenceye Göre Dağılımı	50
4.19. Vaka Grubunun Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin Gelir Düzeyine Göre Dağılımı	51
4.20. Kontrol Grubunun Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin Gelir Düzeyine Göre Dağılımı	52
4.21. Vaka Grubunun Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin Birlikte Yaşadığı Kişilere Göre Dağılımı	52
4.22. Kontrol Grubunun Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin Birlikte Yaşadığı Kişilere Göre Dağılımı	53
4.23. Vaka Grubunun Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin Yaşanılan Yere Göre Dağılımı	54
4.24. Kontrol Grubunun Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin Yaşanılan Yere Göre Dağılımı	55
4.25. Vaka Grubunun Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin Çocuk Sayısına Göre Dağılımı	55
4.26. Kontrol Grubunun Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin Çocuk Sayısına Göre Dağılımı	56
4.27. Vaka Grubunun Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin Kronik Hastalığı Olan Birden Fazla Çocuk Varlığına Göre Dağılımı	57
4.28. Vaka Grubunun Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin Tanı Konma Zamanına Göre Dağılımı	58

4.29. Kronik Hastalıklara Göre Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin Dağılımı
--

Sayfa
59

1. GİRİŞ

İnsanlık tarihinin başlangıcından beri çocuk; ailenin en değerli varlığı olarak gözetilmiş, korunmuş, sevilmiş ve en iyi şekilde büyütülmeye çalışılmıştır. Ailenin en değerli üyesine kronik hastalık tanısı konulması, ailenin üzerinde psikolojik bir travma yaratır. Çocuğun hastalığı nedeniyle ailenin izole bir yaşam sürmesi, hastane yatışlarının sık olması, günlük bakım sıkıntısı, masraflar, psikolojik travmayı tetikleyen durumlardandır. Aileler bu durumun ne kadar süreceği, çocuklarının normal yaşamına geri dönüp dönemeyeceği ile ilgili kaygılar duyarlar.

Kronik hastalık; "normalden sapma veya bozukluk gösteren, kalıcı yetersizlik bırakabilen, geriye dönüşü olmayan, patolojik değişiklikler sonucu oluşan, hastanın rehabilitasyonu için özel eğitim gerektiren, uzun süre boyunca bakım, gözetim ve denetim gerektireceği beklenen durum" olarak tanımlanmaktadır⁽¹⁾.

Kronik çocukluk hastalıkları çeşitlidir. Astım, konjenital kalp hastalıkları, epilepsi, artrit, diabetes mellitus, akut lenfoblastik lösemi, down sendromu, yarık damak/dudak, orak hücreli anemi, kistik fibrozis, hemofili, musküler distrofi çocukluk çağında sık karşılaşılan kronik hastalıklardır⁽²⁾.

Okul çağı çocuklarının yaklaşık %30'unun kronik hastalıktan herhangi bir şekilde etkilendiği, son 20 yıl içerisinde bu oranın iki katına çıktığı tahmin edilmektedir⁽³⁾.

Tıp biliminin ilerlemesi ve yeni yapılan çalışmalarla çocukluk çağındaki kronik ve ölümcül hastalıklarda yaşam süreleri uzamaktadır. Son çalışmalar, kronik hastalıklı çocukların mortalite oranlarının düştüğünü ve bu çocukların %90'ının erken erişkinlik dönemine ulaşabildiğini göstermektedir⁽⁴⁾. Yaşam süresinin uzaması ile birlikte; hasta çocuk ve ailesi, hastalığın getirdiği psikososyal etkilere daha uzun süre maruz kalmaktadırlar⁽¹⁾. Kronik hastalığı olan çocuklarda ve ailelerinde depresyon ve anksiyete düzeylerinin arttığını ve ailelerin sağlıklı çocuğa sahip ailelere göre daha çok psikososyal desteğe ihtiyaç duyduğunu bildiren çalışmalar bulunmaktadır⁽⁵⁾. Bu nedenle kronik

hastalığı olan çocukların ailelerinin ruhsal durumu yakından izlenmeli ve gerektiğinde psikolojik destek sağlanmalıdır.

Bu çalışmanın amacı, kronik hastalığı olan çocukların ailelerinin sosyodemografik özelliklerini saptamak, depresyon ve anksiyete düzeylerini belirlemek ve kronik hastalığı olmayan çocukların ailelerinin sosyodemografik özellikleri, depresyon ve anksiyete düzeyleri ile karşılaştırıp, kronik hastalığı olan çocukların hastalıkları ile ilgilenirken, ailenin de içinde bulunduğu duruma dikkat çekip, ailelerde oluşabilecek olan depresyon ve anksiyete bozukluğunu erken dönemde tanımak, böylece yaşam kaliteleri üzerindeki olumsuz etkileri önlemek için yardımcı olmaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 Kronik Hastalıklar

Toplumlarda çocuklar, geleceğin erişkini olarak görülüp yetiştirilen ve eğitilen, tüm gereksinimleri karşılanmaya çalışılan değerli bireylerdir. Çocuk doğduğu andan itibaren gereksinimleri her gün artacak ve değişecektir. Çocuğun büyümesi ile birlikte değişmeyen tek konu, sağlık hizmetlerinden yararlanma gereksinimidir. Çocukların hastalıkları ile birlikte gelişimlerinde gerilemeler ve kronik veya akut olup, tedavisi uzun süren ciddi hastalık durumlarında çocuklarda çeşitli davranış problemleri, aile düzeninde önemli değişiklikler görülmektedir⁽⁶⁾. Ailenin çocuğun hastalığından önceki dönemindeki yaşantısının tamamen değişmesi, maddi giderlerin artması, tedavi sürecinin yarattığı gerginlik gibi sebeplerle hasta olan çocuk ile birlikte, çocuğun anne ve babası, kardeşleri ve yakın çevresi de hastalıktan olumsuz olarak etkileneceklerdir. Yapılan araştırmalarda kronik hastalığın diğer aile üyelerinde stres yarattığı vurgulanmaktadır^(5,7).

Kronik hastalıklar üç ay veya daha fazla sürmesi tahmin edilen, uzun vadeli hastalıklar olup işlevlerde ve genel yaşam stilinde ciddi etkileri olan ve psikiyatrik doğası olmayan durumlar olarak tanımlanmaktadır^(8,9). Diğer bir deyişle kronik hastalık; "normalden sapma veya bozukluk gösteren, kalıcı yetersizlik bırakabilen, geriye dönüşü olmayan, patolojik değişiklikler sonucu oluşan, hastanın rehabilitasyonu için özel eğitim gerektiren, uzun süre boyunca bakım, gözetim ve denetim gerektireceği beklenen durum" olarak tanımlanmaktadır⁽¹⁰⁾.

Kronik hastalığa sahip olma, aile bireylerinin kendi içindeki ilişkilerini dolaylı veya doğrudan etkileyerek aile yaşam tarzını değiştirebilir ki bunların da yüksek boşanma oranlarına, aile içinde çelişkili tutum ve davranışlara sebep olabileceği belirtilmektedir⁽¹¹⁾.

Tıp alanındaki gelişmelerle birlikte çoğu hastalığa bağlı mortalite oranı azalmakta ve hastaların en az %90'ı genç yetişkinlik dönemine kadar yaşamaktadır⁽⁴⁾.

Kronik hastalığı olan çocuğa sahip aileler ile yapılan çalışmalarda, aile içinde işbirliği, duyarlılık, şefkat, empati, saygı, kişisel olgunluk ve bütünleşmenin arttığı; ancak, kişiler arası ilişkiler ve görevlerde olumsuzlukların görüldüğü, kardeşler arasında ise kıskançlık, rekabet, kızgınlık, düşmanlık ve sosyal içe dönük duyguların geliştiği bulunmuştur⁽¹²⁾.

Aileler hastalıkla ilişkili sık hastane başvuruları, çok yönlü tedavi ve bilinmeyen hastalık süreci gibi stresörlerle baş etmek zorundadırlar. Aile, sosyal ve okul rutinleri için çocuğun işlevsel sınırlılıklarını ve tedavi gereksinimlerini karşılama konusunda uyum yapmak zorundadır⁽¹³⁻¹⁵⁾. Hastalık sürecinde anne-babanın birbiri ve diğer aile üyeleriyle uyumu, kronik hastalığı olan çocuğun sağlığı için temel gereksinimdir⁽¹⁶⁾.

Çocuğunun hasta olduğunu öğrenen ebeveyn ve hasta olduğunu öğrenen çocukların değişik koşullardan etkilenmelerine karşın, geçirilen evreler benzerdir. İlk evre “şaşkınlık”tır; tanıyı öğrenen çocuk ve aile o zamana kadar hiç tanımadıkları, fakat çok uzun bir süre birlikte yaşamalarını ve mücadele etmelerini gerektirecek bir durumla karşı karşıya kalmışlardır. Bu dönemde en sık kullanılan savunma mekanizması “inkâr”dır. Çocuk ve aile tanının yanlış olduğunu ileri sürebileceği gibi, hastalığı ve ciddiyetini anlamamış gibi de davranabilecektir. Bu ilk evre hastalığın kabullenilmesi ve hastalığın tanınması aşamasıdır ve tedavisi ile birlikte hastalığın gidişini önemli ölçüde etkileyecektir. İkinci evre “kızgınlık ve içerleme” evresidir. Bu dönemde görülen kızgınlığın önemli bir kısmı tedavi ekibine yansıtılır. Bu evreyi kendini suçlu hissetme izler, “niçin ben?”, “niçin biz?” sorularının sorulduğu dönemdir. Hastalığı kendilerine verilmiş bir ceza olarak algılayabilirler. Hastalık, genetik geçişli ise, sorumluluk duygusu artar. Tüm bu dönemlerin sonunda “hastalığın kabulü” beklenir. Bu kabul, tedavinin etkinliğini ve sürekliliğini olumlu yönde etkileyecektir. Çocuk ve aile, bu evreleri yaşarken çeşitli sebeplerle evrelerden birinde kalabilir ya da bir önceki evreye tekrar dönebilirler⁽⁶⁾.

Başka bir çalışmada da, anne ve babanın çocuğuna kronik hastalık tanısı konulduğunda psikolojisini aşağıdaki gibi sıralamıştır⁽¹⁷⁾.

- Şok, akut korku ve anksiyete, yadsıma

- Kızgınlık ve içerleme duygusu
- Kendisini veya eşini suçlama
- Durumu kabullenme

Anneler genellikle çocuğun bakımı ve hemşirelik hizmetlerine daha fazla katıldıkları ve hastanede uzun süre kaldıkları için çocukların kronik hastalıklarının, aile üzerindeki etkilerini araştıran çalışmalar anneler üzerine yoğunlaşmıştır. Bu annelerde sağlıklı çocuğu olan annelere göre depresyon gelişiminin sık olduğu belirtilmektedir⁽¹⁸⁾.

Annelerin babalara göre daha fazla stres yaşadıkları, bunun anne rolünün sorumluluğundan ve iş rolü sorumlulukları çatışmasından kaynaklandığı savunulmaktadır. Anne rolünde, annenin çocuğu ile özdeşleştiği ve çocuğu sadece bir birey olarak değil, kendisinin bir uzantısı olarak algıladığı vurgulanmaktadır. Annenin ve çocuğun duyguları arasında oldukça geçirgen bir sınır olduğu, çocuğun deneyimlerinin anne tarafından kendisininmiş gibi algılandığı vurgulanmaktadır^(19,20).

Engelli çocuğa sahip annelerde somatik yakınmalar, depresyon ve anksiyete bozukluğu gibi ruhsal sorunların engelli çocuğa sahip olmayan annelere göre daha sık görüldüğü bildirilmektedir⁽²¹⁾.

Çocuklardaki kronik hastalığın şiddeti, çocuğun yaşı, tıbbi yardım ihtiyacının fazla olması (örneğin; yineleyen ameliyatlar), ailenin ekonomik düzeyi, anne-babaların eğitim düzeyleri, meslekleri, ailenin sosyal güvencesinin olup olmaması gibi çeşitli etkenler anne-babanın hastalığı kabullenme düzeyini, algılama şeklini, çocuğa uyumunu ve stres düzeylerini etkilemektedir^(11,22).

Çocuklarda sık görülen kronik hastalıklar aşağıdaki gibi belirtilebilir⁽²⁾.

- Astım
- Konjenital kalp hastalığı
- Epilepsi
- Artrit
- Diabetes mellitus
- Akut lenfoblastik lösemi

- Down sendromu
- Yarık damak/dudak
- Orak hücreli anemi
- Kistik fibrozis
- Hemofili
- Muskuler distrofi

2.1.1 Astım

Astım çocukluk çağında en sık görülen ve birçok ülkede sıklığı giderek artan kronik bir hava yolu hastalığıdır⁽²³⁾. Amerika Birleşik Devletleri'nde 5 milyondan fazla çocuğu etkileyen, her yıl %17'sinden fazlasının hastaneye yattığı ve %66'sından fazlasının da acil servislere başvurduğu bir hastalıktır^(24,25). Ülkemizde astım prevalansı, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde olduğu gibi artmakla birlikte; gelişmiş batı ülkelerine göre düşük, Doğu Avrupa ve Asya'daki birçok ülkeye göre yüksektir⁽²⁶⁾. Türkiye'de, okul çocukluğu yaşlarında astım oranının %2,8-18,4 arasında olduğu belirtilmektedir⁽²⁷⁾.

Hastalarda tekrarlayan öksürük, nefes darlığı, göğüste sıkışıklık ve hışıltıya neden olur⁽²⁸⁾. Kronik inflamasyon, havayolu aşırı duyarlılığında artışa yol açarak hırıltı, solunum zorluğu, göğüs sıkışıklığı, gece ve sabah erken saatlerde artan öksürük gibi klinik bulguların ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Bu astım nöbetleri, yaygın ama değişik derecelerde olan, tedavi ile veya kendiliğinden düzelen havayolu tıkanıklığı ile birlikte⁽²⁹⁾.

Astımlı çocukların annelerinde depresyon yaygın olarak görülmektedir^(30,31). Bu durum, astım tedavisine uyumu olumsuz yönde etkilemekte, astımlı çocuğun hastane acil bölümlerine başvuru sayısını artırmakta ve astımlı çocuklarda hastalık morbiditesinin daha yüksek olmasına neden olmaktadır^(30,32).

2.1.2 Konjenital Kalp Hastalığı

Kalp hastalıkları, yaşam süresi ve yaşam kalitesini etkileyebilecek kronik hastalık grupları arasında en ön sıralarda yer almaktadır. Konjenital kalp hastalığı (KKH), doğumda var olan kalbin veya büyük damarların yapısal bozukluğudur. Tüm doğumsal anomalilerin büyük bir kısmını oluşturur. Dünyanın değişik ülkelerinde yapılan epidemiyolojik çalışmalar; doğumsal kalp hastalığı sıklığının hemen her ülkede benzer oranlarda ve her 1000 canlı doğumda 5-8 civarında olduğunu göstermektedir.

KKH, asiyanotik ve siyanotik olmak üzere iki ana grupta incelenebilirler. Asiyanotik konjenital kalp hastalığında siyanoz ya yoktur, yada hafiftir. Şant varsa [Atriyal Septal Defekt (ASD), Ventriküler Septal Defekt (VSD), Patent Duktus Arteriosus (PDA), Endokardiyal Yastık Defekti gibi] ağırlıklı olarak soldan sağa doğrudur. Aort stenozu, pulmoner stenoz ve aort koarktasyonunda ise şant yoktur. En sık rastlanan konjenital kalp hastalığı tipi VSD'dir (%25-30). Daha sonra %6-8 ile ASD ve PDA gelir. Aort koarktasyonu ve pulmoner stenoz, %5-7 ile bunları takip eder. Siyanotik konjenital kalp hastalığında şant genellikle, hakim olarak sağdan sola doğrudur ve bu nedenle akciğere daha az kan gider. En sık rastlanan siyanotik konjenital kalp hastalığı ise %5-7 oranında görülen Fallot tetralojisidir. Büyük arter transpozisyonu %3-5 görülürken, diğer siyanotik konjenital kalp hastalıkları ise %1-3 arasında görülmektedir. Prognoz genellikle asiyanotik konjenital kalp hastalığında daha iyi iken, Fallot tetralojisi dışında kalan siyanotik konjenital kalp hastalıklı bebekler, eğer müdahale edilmezse nadiren bir yaşını geçerler. Fallot tetralojisi'nde tedavi edilmeyen hastaların median ölüm yaşı 2,5-7 yıl olup, sadece %10 olgu tedavisiz 20 yaşını geçebilir⁽³³⁾.

Ebeveynler çocuğun tanısını öğrendikten sonra başlangıçta şok ardından yoğun stres, anksiyete ve umutsuzluk yaşarlar. Daha sonra yaşanan öfke duygusu baskılandığı zaman strese bağlı hastalıklar ve depresyon gelişebilir⁽³⁴⁾.

2.1.3 Epilepsi

Epilepsi kelimesi eski Yunan dilinden köken alır ve kapılmak, tutulmak anlamına gelmektedir. Epilepsi beyin hücrelerinin bozukluğuna bağlı tekrarlayan nöbetlerle karakterize bir durumdur. Hayat boyu devam edebilen, nöbetlerin sporadik veya sık görülebildiği bir hastalıktır⁽³⁵⁾.

Nöbet bozuklukları çocukluk çağında en sık görülen nörolojik sorundur⁽³⁶⁾. Epilepsi insidansı yaşamın ilk on yılı ile 75 yaş üzeri kişilerde sık görülmektedir⁽¹⁰⁾.

Epilepsi prevalansı 5-10/1000 kişidir⁽³⁷⁾. Afrika ülkelerinde prevalansın 5.2/1000 ile 58/1000 arasında olduğu gösterilmiştir⁽³⁵⁾. Epilepsi insidansı toplumdan topluma değişmekle birlikte genellikle yılda 20-50/100000 olarak bildirilmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde doğum şartlarında yetersizlik sonucu olan kafa travması, çocuklukta geçirilen serebral enfeksiyonların sıklığı vb. nedenlere bağlı olarak bu oranın daha yüksek olduğu düşünülmektedir⁽¹⁰⁾.

Epilepsinin kararsız doğası ve seyri, aile ve çocuğun fiziksel ve psikososyal fonksiyonlarında anlamlı bir etkiye sahip olmaktadır⁽³⁸⁾. Epilepsinin aile bireyleri üzerindeki duygusal etkisi ihmal edilen bir başlık olmuştur. Sık nöbetler ve nöbetlerle ilgili yaralanmalar, aile üyelerinde özellikle ebeveynlerde hatırı sayılır duygusal baskıya yol açabilmektedir⁽³⁹⁾.

2.1.4 Artrit

Çocukluk çağındaki romatizmal hastalıklar, tam iyileşme olması ile uzun süreli yetersizlik oluşturma arasında bir dağılım gösteren prognoza sahip kronik hastalıklardır. Nüfusunun yarısını çocuk ve gençlerin oluşturduğu ülkemizde, 16 yaş altında görülen kronik artrit sıklığının 1/1000 civarında olduğu düşünülmektedir.

Artrit, eklemlerde oluşan yangısal kökenli değişimleri tanımlamak amacı ile kullanılan genel bir terimdir. Söz konusu yangısal değişim enfeksiyöz ya da immünolojik kökenli olabilir. Eklemlerde yalnız ağrının var

olduğu durum ise artralji adı ile anılmaktadır. Artritin klinik olarak tanımlandırılması için tüm yangısal ölçütlerin bir arada bulunması zorunlu değildir. Etkilenen eklemde ağrıya ek olarak; ısı artışı, kızarıklık, şişlik ya da hareket yeteneğinde kısıtlanmanın herhangi birinin ya da daha fazlasının varlığında klinik tablo artrit olarak değerlendirilir . Altı haftadan daha uzun süren artritler kronik, daha kısa süreli olanlar ise akut artrit adı ile anılmaktadır. Artritlerin değerlendirilmesinde tutulan eklem sayısı da önemlidir. Dört ya da daha az eklem tutulması oligoartiküler tutulum daha çok eklem tutulması ise poliartiküler tutulum olarak adlandırılmaktadır. Önemli çocukluk romatizmal hastalıkları, juvenil idiopatik artritler (sistemik başlangıçlı, poliartiküler, oligoartiküler, entezit-ilişkili, psöriyatik), juvenil dermatomyositis, sistemik lupus eritematosus ve vaskülitlerdir. Bu çocukların erişkin yaşlara olabilecek en az zararlarla ulaşabilmeleri için aileleri de içine alan bir grup çalışmasına gereksinim vardır^(40,41).

2.1.5 Diabetes Mellitus

Günümüzde kronik hastalığı olan çocuk ve yetişkin nüfusu gittikçe artmakta ve çocuklarda görülen kronik hastalıklardan diyabet, astımdan sonra ikinci sırada yer almaktadır. Çocuklarda diyabet görülme sıklığı ülkeden ülkeye farklılık göstermekte olup Avrupa ve Amerika'da %0,2-0,3, İskandinav ülkelerinde ise %0,3-0,5 gibi önemli bir sayıyı oluşturmaktadır⁽⁴²⁾. Türkiye'de 1999 yılında yapılan bir çalışmada da çocuk ve adolesan çağındaki diyabet görülme sıklığı 2,52/100000 olarak bulunmuştur⁽⁴³⁾.

Tip 1 diabetes mellitus, 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, insülopeni ve hiperglisemi ile karakterize kronik metabolik bir hastalıktır⁽⁴⁴⁾.

Kronik bir hastalık olan diyabet, çocuğun yaşam tarzını etkilemekte, rutinlerinde değişikliklere neden olmaktadır. Bu da kronik hastalıklı çocuğu olan ebeveynlerin hasta çocuk üzerine yoğunlaşmasına neden olmaktadır⁽⁴⁵⁾.

Diyabetli çocukların anne ve babalarında yaklaşık %25 oranında stres bozukluklarına rastlanılmıştır^(46,47).

2.1.6 Akut Lenfoblastik Lösemi

Çocukluk çağı kanserleri içinde en çok görülen kanser türü lösemidir. Akut lösemiler kemik iliğinin lenfopoetik veya hemopoetik kök hücrelerinden veya progenitor (öncü) hücrelerinden kaynaklanan malign bir hastalıktır. Akut lösemiler tüm çocukluk çağı malignansilerinin % 25-30'unu içermektedirler. Lösemi insidansı 2–6 yaşları arasında artmaktadır. Günümüzde destekleyici bakım ve tedavilerle lösemili çocukların %80'inde yaşam süresi 5 yıl uzatılmıştır⁽⁴⁸⁾.

Akut lösemiler ani başlayıp hızla ilerler ve ölümlü sonuçlanabilir. Akut lösemilerin sınıflandırılması temel olarak olgunlaşmamış hücrelerin tipleri esas alınarak yapılmaktadır^(49,50).

Akut lenfoblastik lösemi (ALL) lenfoblast isimli olgunlaşmamış kan hücrelerinin aşırı çoğalması ile karakterizedir. Aşırı çoğalan bu hücreler periferik kana, başka dokulara ve retiküloendotelyal sisteme yayılır. ALL en sık görülen çocukluk çağı kanseridir. 15 yaş altındaki çocuklarda gözlenen lösemilerin %80'ini ALL oluşturmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri'nde 15 yaş altında tanı alan kanserlerin %23'ünü oluşturduğu bildirilmektedir⁽⁵¹⁻⁵³⁾.

Son yıllarda çocukluk çağı ALL'lerinin prognozunda çok önemli iyileşmeler elde edilmiştir. Günümüzde kullanılan tedavi rejimleri ile hastaların %95'ten fazlasında tam remisyona elde edilmekte, hastaların %70-80'i ise, hastaliksız olarak yaşamlarını sürdürmektedir⁽⁵¹⁻⁵³⁾.

ALL'ler hücre tiplerine göre de T hücreli veya B hücreli ALL ve T hücresi ve B hücresi olmayan ALL olarak sınıflandırılır. Lösemili çocukların %75'inde T ve B hücresi olmayan ALL görülür. Bu lösemi tipinin prognozu iyidir. ALL kendi içinde de alt gruplara ayrılır L1, L2, L3 gibi. Çocuk çağında en sık L1 ve L2 alt tiplerine rastlanır. Bu alt tiplerin prognozda önemli rol oynadığı düşünülmektedir. ALL L1'de daha fazla remisyona sağlanmakta olup,

prognozu daha iyidir. ALL' de tedavi süresi tanı konulduğundan itibaren 2–3 yıl sürmektedir⁽⁵⁰⁻⁵³⁾.

ALL'lerde klinik belirti olarak; kilo kaybı, solukluk, çabuk ve aşırı yorulma, kemik ve eklem ağrıları, inatçı ateşli hastalıklar, sık tekrarlayan enfeksiyonlar, ekimoz, lenfadenopati, karında şişlik, erkek çocuklarda testiste şişlik ve sertlik, beyin omurilik sıvısına metastaz olursa baş ağrısı, inatçı kusma, nöbet görülebilir⁽⁵³⁾.

Kanser tedavisi hem aile hem de çocuk için uzun ve zor bir süreç anlamına gelmektedir. Ciddi ve kronik bir hastalık olmasının ötesinde belirsizlikler içeren, ölümü çağrıştıran, suçluluk, terk edilme, panik, düşmanlık, öfke ve kaygı uyandıran bir hastalık olarak algılanır. Kanser tanısı konulduktan sonra çocuğun ve ailenin hastalık öncesindeki yaşantısı tamamen değişmekte ve olumsuz etkilenmektedir. Tedavinin etkin bir şekilde yürüyebilmesi için aile ve çocukla olumlu bir iletişim içinde olmak önemlidir⁽⁵⁴⁾.

2.1.7 Down Sendromu

Down Sendromu ilk kez Landon Down tarafından 1866 yılında karakteristik fiziksel özellikleri ile tanımlanmıştır. 21. kromozomun 3 adet olması ile karakterizedir. Down Sendromu insidansı 800 ile 1000 yenidoğanda 1'dir. Farklı bir kaynakta Down Sendromu sıklığı 600-700 canlı doğumda 1 olduğu ve anne yaşının 40'ın üzerinde olması ile bu oranın 2/70'lere kadar çıkabileceği bildirilmiştir. En sık ölümcül olmayan trizomi olduğundan, günümüzde tanı için tüm odakların üzerinde olduğu bir sendromdur. Genetik incelemede, %90-95'inde regüler tip trizomi (47XX veya XY+21) ve %4-6'sında translokasyon (46XX) ve %3-4'ünde mozaik tip trizomi (47,+21) mevcuttur.

Etkilenmiş çocuklarda karakteristik yüz görünümü (dil protrüzyonu, yukarı eğimli palpebral fissürler, epikantus kıvrımı), ensede gevşek deri, kısa ve kalın parmaklar, tek bir palmar çizgi (simian çizgisi), 5. parmakta içe doğru kıvrım (klinodaktili) vardır. Sıklıkla kardiyak defektler (özellikle endokardiyal

yastık defektleri), duodenal atrezi, ilerleyen yıllarda lösemi ve tiroid hastalıkları görülebilir. Zeka katsayısı sıklıkla 25-50 arasındadır^(55,56).

2.1.8 Yarık Damak/Dudak

Yarık damak/dudak (YDD), üst çene kemiği ve ağız tavanını oluşturan yumuşak doku ve kemik dokuları oluşturan embriyonik uzantıların yetersiz birleşmesinden ileri gelmektedir. Dudak yarıklanmalarına neden olan gelişimsel anomaliler gebeliğin 4-7. haftalarında, damak yarıklanmalarına neden olan gelişimsel anomaliler ise gebeliğin 7-12. haftalarında etkilerini göstermektedirler⁽⁵⁷⁾.

YDD'nin dünyadaki insidansı yaklaşık 7-10/10000, Türkiye'deki insidansı ise yaklaşık 3,7-25/10000 olarak tahmin edilmektedir⁽⁵⁸⁾. Etyolojisi, çevresel ve genetik komponentleri olduğu bilinse de henüz yeterince net değildir⁽⁵⁹⁾.

YDD deformitesi olan çocukların bakımında; beslenme, havayolunun korunması, orta kulak hastalıkları ve eşlik etme ihtimali olan diğer anomaliler gibi mevcut olan önemli noktalardan ötürü ebeveynlerin stres düzeylerinde diğer daha sık görülen kronik hastalıklar kadar olmasa da artış mevcuttur^(57,60,61).

2.1.9 Orak Hücreli Anemi

Orak hücreli anemi ilk kez 1910 yılında Herrick tarafından 20 yaşında ağrıları ve kansızlığı olan bir hastanın kan yaymasının incelenmesi sırasında oraklaşmış hücrelerin görülmesi ile tanımlanmıştır. Türkiye genelinde sıklık %0,37-0,6 arasında iken, özellikle Çukurova Bölgesi'nde bazı yörelerde bu sıklık %3-44 arasında saptanmıştır. Orak hücre sendromlu hastalarda yaşam süresi günümüzde 50-60'lı yaşlara uzanmaktadır. Ortalama yaşam erkeklerde 42, kadınlarda 48 yaşa uzamıştır⁽⁶²⁾.

Orak hücre sendromları HbS ile beraber olan bir grup hastalığı tanımlamaktadır. Orak hücre anemisi ise HbS'in homozigot şeklini tanımlar.

HbS, beta zincirinin NH₂ ucunda 6.amino asidi olan Glutamin yerine Valin geçmesi ile yani baz düzeyinde GAG yerine GTG gelmesi ile oluşur. HbS çözünebilir bir yapıdadır, uygun oksijen ortamında sorun yoktur. Oksijen düzeyi düştüğü zaman HbS polimerize olur, bu polimerlerde eritrositlerin oraklaşmasına neden olur. Oraklaşma hastanın oksijen düzeyine, pH'sına ve dehidratasyon derecesine göre değişir. Oraklaşan eritrositler, dolaşımın viskozitesini artırır böylece dolaşım yavaşlayarak özellikle küçük damarlarda hipoksi ortamına yol açar, hipoksidede ağrılı krizler ve organ infarklarına, sonuçta akut ve kronik doku harabiyetine yol açar⁽⁶³⁾.

Klinik bulgular şöyle özetlenebilir; sarılık, hepatomegali, splenomegali, kalpte özellikle mitral ve mezokardiyak odakta üfürüm, maksiler hipertrofi, büyüme gelişme geriliği, kısa boy, seksüel gelişmede gecikme, başta sırt, bel ve karın olmak üzere ağrıya sebep olan vazookluziv krizler.

Akut ağrılı krizlerin tedavisi, yoğun hidrasyon, enfeksiyon gibi altta yatan nedenlerin değerlendirilmesi ve ayaktan ve/veya ağrı pompası ile kuvvetli narkotik analjeziklerin verilmesidir. Dirençli krizlerde kan değişimi (exchange) transfüzyonu veya eritrosit aferezi yapılmalıdır, orak hücre anemisi tedavisinde en belirgin ilerleme, şiddetli belirtileri olan hastalarda hidroksiürenin tedavide kullanılmasıdır. Orak hücre sendromlu hastalar hayat boyu devamlı bakım gerektiren hasta gruplarındandır⁽⁶²⁾.

2.1.10 Kistik Fibrozis

Kistik fibrozis beyaz ırkın en sık rastlanan, otozomal resesif geçiş gösteren genetik bir hastalıktır, sıklığının 2500 canlı doğumda bir olduğu bilinmektedir. Ülkemizde ise yapılan kısıtlı sayıdaki çalışmalarda insidansın 1/3000 olduğu belirtilmesine karşın, akraba evliliğinin çok sık olduğu göz önüne alınca bu oranın daha yüksek olduğu sanılmaktadır. Hastalıkla ilgili bilgilerin artması ile birlikte hastaların yaşam süresinde belirgin uzama sağlanmış ve erişkinleri de ilgilendiren bir hastalık durumuna gelmiştir. Kistik fibrozis geninin ürünü olan CFTR (membran geçirgenliğini düzenleyen protein), primer olarak epitel hücrelerinin apikal membranlarında bulunur ve

hücrelerde klor kanalı olarak görev yapar. CTFR'de oluşan mutasyon sonucunda hücre membranından su ve tuz transportu etkilenir ve solunum yollarında, pankreasta, gastrointestinal sistemde, ter bezlerinde ve diğer ekzokrin dokulardan salgılanan sıvının kompozisyonunda değişiklik oluşur. Kistik fibrozis birden çok sistemi tutan bir hastalık olması nedeniyle çok değişik klinik belirti ve bulgularla kendini gösterir. Terde klor konsantrasyonu yüksektir. Kistik fibrozisli hastaların tedavisi birden çok disiplinin bir arada, işbirliğiyle çalışması ile başarılı olabilmektedir⁽⁶⁴⁾.

2.1.11 Hemofili

Hemofili, X'e bağlı resesif geçiş gösteren doğumsal bir kanama bozukluğudur. Hemofili, faktör VIII veya IX eksikliği sonucunda gelişip eklem içi (hemartroz) ve kas içi (hematom) kanamalarla kendini gösteren bir hastalıktır. Faktör VIII eksikliği Hemofili A, faktör IX eksikliği ise Hemofili B olarak adlandırılır. Hemofili A yaklaşık 5000-10000 erkek doğumunda bir olarak görülürken, sıklığı Hemofili B'ye göre 5-6 kat daha fazladır. Tüm hemofiliklerin %85'ini Hemofili A, %15 kadarını ise hemofili B oluşturmaktadır. Hastalık insidansı tüm coğrafyalarda aynı olup ırksal farklılık göstermez.

Erken çocukluk döneminde kolay ekimoz oluşumu, özellikle eklem içi ve kas içi spontan kanamaların varlığı ve girişimler, travma sonrası beklenenden uzun süren kanama öyküsünün varlığı hemofiliyi akla getirmelidir. Kanama bulguların ağırlığı faktör VIII veya IX'un eksiklik derecesiyle doğrudan ilişkilidir. Faktör aktivitesi <%1 olan hastalar "ağır hemofili" kliniği gösterirken, %1-5 arasında olanlar "orta hemofili" ve >%5 olanlar "hafif hemofili" kliniği gösterirler. Faktör VIII veya faktör IX eksikliğinde aPTZ uzar⁽⁶⁵⁾.

Hemofili tedavisinde faktör konsantreleri, taze donmuş plazma, desmopressin, antifibrinolitik tedavi uygulanmaktadır⁽⁶⁶⁾.

2.1.12 Muskuler Distrofi

Duchenne Muskuler Distrofi, progresif muskuler distrofilerin en sık görülen tipidir ve X'e bağılı resesif, nadiren de otozomal dominant geçiş gösterir. Erken yaşta başlayan, kaslarda progresif dejenerasyon ve atrofi ile seyreden bir hastalıktır. Görülme sıklığı erkeklerde 1/3500'dür. Kadınlar taşıyıcı özellik gösterebildiği gibi nadiren de klinik belirti gösterebilir. Genellikle 5 yaşın altında başlar. Çocuklar 12 yaşına geldikleri zaman yürüyemez hale gelirler, tekerlekli sandalyeye bağlanırlar. Kifoskolyoz, solunum zorluğu olabilir. 20 yaşında akciğer enfeksiyonu, kalp yetmezliği, aritmiler, kontraktürler ortaya çıkar. 25 yaşın üzerinde yaşamın sürmesi pek mümkün değildir. Duchenne Muskuler Distrofi çocuk ve ailesini duygusal yönden olumsuz etkileyen bir hastalıktır⁽⁶⁷⁾.

2.2 Anksiyete

2.2.1 Giriş

Anksiyete; iç sıkıntısı, kaygı, bunaltı gibi sözcüklerle anlatılmaya çalışılan, yaşamı tehdit eden ya da tehdit şeklinde algılanan, rahatsız edici, endişe ve korku duygusudur. İçsel ya da dış dünyadan bir tehlike olasılığı ya da kişi tarafından tehlikeli olarak algılanıp yorumlanan herhangi bir durum karşısında yaşanan duygudur⁽⁶⁸⁾.

Anksiyete, tehlike durumunda aktif hale geçen biyolojik uyum düzeneğiyle oluşturulur ve bu uyum sağlayıcı özellikleri nedeniyle insan yaşamının sürdürülebilmesi için varolması gerekli bir duygudur. Ancak bir yere kadar sağlıklı olan ve olumsuz durumlarla başa çıkabilmek amacıyla ortaya çıkan bu duygunun şiddetli ve uzun süre yaşanması, bir noktadan sonra kişinin yaşamını, aktivitelerini, sosyal yaşamını ve kişiler arası ilişkilerini olumsuz etkilemeye başlamaktadır. İşte bu çizgiden sonra anksiyete, artık kişide ruhsal sorunlar yaratan bir duygu olarak karşımıza çıkmaktadır⁽⁶⁹⁾.

Anksiyete, birbiri ile uyumlu bir ilişki içinde ve bir bütün halinde çalışan birçok alt sistemi etkilemektedir. Herhangi bir işlev sırasında bu bütünün bazı bölümleri daha aktif hale gelirken, bazı bölümlerin işlevleri ise yavaşlayabilmektedir. Bu ve benzeri düzenlemelerle organizma gerekli işlevleri yapmakta ve uyarılara gerekli yanıtları verebilmektedir. Örneğin, bir tehlike durumunda bilişsel sistemler, kişinin başa çıkma kaynaklarıyla doğru orantılı olarak, tehdit yaratan bu durumu incelemekte, onu tanımlamakta, boyutları, önemi, gerçekliği konusunda karar vermekte, uygun başa çıkma düzeneklerini belirlemekte ve sonuçta gerekli olan bilişsel davranışlar ve duygusal sistemleri harekete geçirmektedir⁽⁶⁹⁾.

Anksiyetede gerginlik, kaygı ve korku gibi ruhsal belirtilere davranışsal ve bedensel belirtiler de eşlik etmektedir. Bütün bunların gerçekleşmesi için, o duruma uygun olan otonom sinir sisteminin etkilediği solunum, kardiyovasküler, ısı kontrolü gibi denge sağlayıcı düzeneklerin işlevi gereklidir^(69,70).

Anksiyete duygusu, olaylara içerdikleri tehlikelerle orantısız, uygunsuz ve abartılmış yanıtlar verilmesine neden olabilmektedir. Kişinin, kendine olan güven duygusunun yetersizliği ya da kendisi ile ilgili yeteneksizlik, beceriksizlik gibi olumsuz yorumların fazlalığı oranında, uygunsuz yanıtlar verme olasılığı da daha çok olacaktır. Ayrıca tehlikeli uyarı ortadan kalktıktan sonra bile kişinin savunucu tutumu ve uygunsuz yanıtları devam edebilecektir⁽⁷¹⁾.

2.2.2 Epidemiyoloji

Anksiyete bozuklukları sağlık hizmetlerine talebi önemli oranda arttıran sağlık sorunlarından biridir. Birinci basamaktaki hekimlerin yaygın anksiyete bozukluğu ile karşılaşma sıklığı %8 oranındadır⁽⁷²⁾.

Ulusal Eş Zamanlı Hastalık Araştırması (National Comorbidity Study) her dört kişiden birinin en az bir anksiyete bozukluğu tanı kriterlerini karşıladığını ve 12 aylık prevalansının 17,7 olduğunu bildirmiştir. Kadınlarda

(yaşam boyu prevalansının %30,5), erkeklere göre (yaşam boyu prevalansı %19,2) daha fazla bir anksiyete bozukluğu olduğu görülür⁽⁷³⁾.

Anksiyete bozukluğunun ortalama başlangıç yaşı 13-24 arasında değişmekte, başlangıcın 25 yaşından sonra olması çok nadirdir. Anksiyete şikayetleri ile doktora başvuru yaşı ise genellikle hastalığın başlangıcından 15-25 yıl sonra 30 yaşları civarında olmaktadır^(74,75). Bu gecikme; anksiyete bozukluğunun tedavi edilebilir bir hastalık olduğunun bilinmemesi ve anksiyete bozukluğu olan kişilerin bu bozukluğu kişiliklerinin bir parçası olarak görmeleri ile açıklanmaktadır⁽⁷⁶⁾.

2.2.3 Etyoloji

Anksiyetenin etyolojisinde genetik belirteçlerin önemli rol oynadığına dair birçok kanıt vardır. Özellikle panik bozukluk, obsesif kompulsif bozukluk ve daha geniş bir tanımlamayla nörotizm ve zarardan kaçınma gibi anksiyete özelliklerine duyarlılığa neden olan genler araştırılmaktadır. Alkolizm, otizm ve yeme bozukluklarında olduğu gibi anksiyete bozukluklarında da çevresel faktörlerle bağlantılı genetik yatkınlık olduğu düşünülmektedir. 1980'lere kadar psikodinamik ve bilişsel teoriler anksiyete bozukluklarının etyolojisinin açıklanmasında ağırlık taşımıştır. Bu teoriler önemini korurken, son yıllarda ilgi, etyolojide genetiğin yerine odaklanmıştır⁽⁷⁷⁾.

2.2.4 Klinik Özellikler

Genel görünüm ve dışavuran davranış: Hastada genel bir huzursuzluk, endişeli yüz, gergin duruş, hareketlerinde tedirginlik, çabuk irkilme, çabuk kızma, sabırsızlık, yerinde duramama vardır.

Konuşma ve ilişki kurma: Hastanın sesinde heyecanlı bir titreklik, zor konuşma olabilir, fakat konuşması düzgündür. İlişkilerinde endişeli, huzursuz ve gergindir.

Duygulanım: Hasta, içinde korkuya benzeyen bir duygusu olduğunu, sanki kötü bir haber alacakmış gibi hissettiğini anlatır. Fakat korkusunun

nedenini ve nesnesini bilmez. Kırsal kesimden gelen birçok hasta bu duyguyu içinde “bun, bungenlik, bun basması, korkutuyorlar, göğsüme bastırıyorlar, karabasan, bunaltı” gibi sözcüklerle anlatmaya çalışır. Bazen, özellikle uzun sürdüğünde, bunaltı durumu hastada derin bir yılgınlığa neden olduğundan, ruhsal çökkünlük belirtileri de birlikte bulunabilir.

Bilişsel yetiler: Hastanın bilişsel yetilerinde temelde bir bozukluk yoktur. Aşırı ve yorucu olan sıkıntı nedeniyle hastanın dikkati çabuk dağılılabılır ve bu nedenle geçici unutkanlıklar olabilir.

Düşünce akımı ve içeriği: Hastanın düşünce sürecinde belirgin bozukluk olmaz. Yakınmalarını büyük bir telaşla ve sabırsızlıkla anlatmak istediğinden düşünce hızlanmış gibi olabilir. Düşünce içeriğinde yakınmalarının dışında belirgin bozukluk yoktur.

Fizik ve fizyolojik belirtiler: Kan basıncının yükselmesi, kalp atımının hızlanması, çarpıntı, kaslarda gerginlik, kılların dikleşmesi, gözbebeklerinde genişleme, ağız kuruması, yüzde solukluk ya da kızarma, terleme, sık işeme, sık dışkılama, öğürme ve bazen kusmalar, boğazda düğümlenme, soluk almada güçlük, hava açlığı, ellerde, ayaklarda soğukluk ve karıncalanmalar. Bütün bu belirtiler organizmanın ivedi tehlike karşısında kaçma ya da dövüşe hazırlanma biçiminde ortaya çıkan ve tehlike karşısında organizmanın otonom sinir sisteminin aşırı etkinliğe geçmesi ile ilgili belirtilerdir. Ancak, yaygın bunaltı bozukluğunda bu tehlikenin ne olduğu, nereden geldiği kişi tarafından bilinmemektedir ve bu özelliği ile doğal korku tepkisinden ayırt edilir⁽⁷⁸⁾.

2.2.5 Anksiyete Bozukluklarının Güncel Sınıflandırması

- Panik bozukluğu, agorafobisiz
- Panik bozukluğu, agorafobili
- Agorafobi, panik bozukluğu öyküsü olmayan
- Sosyal fobi
- Özgül fobi
- Obsesif-kompulsif bozukluk

- Travma sonrası stres bozukluğu
- Akut stres bozukluğu
- Yaygın anksiyete bozukluğu
- Başka türlü adlandırılmayan anksiyete bozukluğu⁽⁷⁹⁾.

Panik Bozukluk

Panik bozukluğu olan hastalar tekrarlayan, beklenmedik panik ataklar yaşarlar. Bir panik atak, bir süre devam eden ve aşırı bir korku ya da rahatsızlığın hissedildiği ve ansızın çeşitli semptomların gelişebildiği ve 10 dakika içinde tepe noktasına ulaşabildiği bir süreçtir. Rastlanan semptomlar arasında, çarpıntı, terleme, titreme, nefes darlığı, sersemlik, depersonalizasyon ve ölüm korkusu sayılabilir⁽⁸⁰⁾.

Yaygın Anksiyete Bozukluğu

DSM-IV'e (Diagnostic and statistical manual of mental disorders-IV) göre, yaygın anksiyete bozukluğu, bazı aktiviteler için aşırı anksiyete ve endişe ile karakterizedir ve yerinde duramama, yorgunluk, konsantre olamama, iritabilite, kas gerginliği ya da uyku bozuklukları ile ilişkilidir⁽⁸⁰⁾.

Fobiler

Fobik bozuklukta bunaltı özel durumlarda ya da nesnelere karşısında ortaya çıkar ve kişi bu durumlardan kaçınmaya çalışır (agorafobi, sosyal fobi gibi). Bu durumların dışında hastada belirgin bunaltı genellikle görülmez⁽⁷⁸⁾. DSM-IV'e göre, sosyal fobi, ısrarcı ve belirli bir şekilde bir ya da birkaç sosyal durumdan korkulmasıyla karakterizedir. Kişi kendisini sıkıntıya sokacak şekilde hareket edeceğinden endişe etmekte, ancak duyduğu korkunun şiddetine yenik düşmektedir⁽⁸⁰⁾.

Obsesif-Kompulsif Bozukluk

Obsesif-kompulsif bozukluk, ısrarcı ve tekrarlayan düşüncelerin (obsesyon) ya da davranışların (kompulsiyon) görülmesidir. Düşüncelerinin ya da davranışlarının alakasız olduğunun farkında olsa da kişi kendini devam etmek zorunda hissetmekte ve etmediği takdirde sıkıntı duymaktadır⁽⁸⁰⁾.

Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB)

Hemen herkes için travmatik olabilecek derecede ağır bir emosyonel stres yaşamış olan bir kişide yeniden yaşama, kaçınma ve aşırı uyarılma semptomlarının bir aydan daha uzun sürmüş olması gerekmektedir. DSM-IV'e göre semptomlar bir aydan kısa sürerse akut stres bozukluğu, üç aydan kısa sürerse akut TSSB, üç aydan uzun sürerse kronik TSSB olarak tanımlanmaktadır⁽⁸¹⁾.

2.2.6 Ayırıcı Tanı

Tablo 2.1. Anksiyete bozukluklarında ayırıcı tanı⁽⁸²⁾.

Tıbbi Hastalık					
Kardiyak	Endokrinolojik	Pulmoner	Neoplastik	Nörolojik	Diğer
Anjina	Hipertroidizm	Astım	Karsinoid	Hungtington	Porfiri
Aritmiler	Cushing Hastalığı	Emboli	Feokromasitoma	Meniere Hastalığı	Üremi
Konjestif Kalp Yetmezliği	Hiperparatiroidi	Obstrüksiyon	İnsülinoma	Migren	
İnfarkt				Vertigo	
Mitral Valv Prolapsusu				Multipl Skleroz	
Paroksizmal Atriyal Taşikardi				Geçici İskemik Atak	
Madde Kullanımı/Kötüye Kullanım Önerilen veya Yüksek Doz Kullanımı					
Antidepresanlar			Alkol/Sedatif Yoksunluğu		
Fenfluramin/Fentermin			Kafein		
Psikostimulanlar			Halusinojen		
Steroid			Kokain		
Sempatomimetikler					
Psikiyatrik Bozukluk					
Uyum Bozuklukları					
Duygulanım Bozuklukları					
Disosiyatif Bozukluklar					
Kişilik Bozuklukları					
Şizofreni					

2.2.7 Tedavi

İlaç tedavisi ve/veya psikoterapiden oluşmaktadır. Anksiyete bozuklukları önceleri sadece benzodiazepinlerle tedavi edilmeye çalışılırken, günümüzde trisiklik antidepresanlar, buspiron, selektif serotonin re-uptake inhibitörleri (SSRI), serotonerjik noradrenerjik gerilim inhibitörleri (SNRI) kullanılmaktadır⁽⁸³⁾. Psikoterapide gevşeme yöntemlerinden, bilişsel-davranışçı sağıltım metodundan, destekleyici psikoterapiden, çözümleyici (analitik) psikoterapiden faydalanılmaktadır⁽⁸⁰⁾.

2.2 Depresyon

2.3.1 Giriş

Depresyon, insanın yaşama istek ve zevkinin kaybolduğı, kişinin kendisini derin bir keder içerisinde hissettiğı, geleceğe ilişkin kötümser, karamsar düşünceler, geçmişe ilişkin yoğun pişmanlık, suçluluk duygu ve düşüncelerinin taşındığı, bazen ölüm düşüncesi, bazen intihar girişimi ve sonuçta ölümün olabildiğı, uyku, iştah, cinsel istek ile ilgili fizyolojik bozuklukların olduğı bir hastalıktır. Ayrıca depresyonda dünyaya karşı ilginin azalması veya tam kaybı, diğere insanlara yatırım yapma veya bağlanma kapasitesinin kaybolması; kendini ayıplama, kınama, kendine serzenişte bulunma, sitem etme ve kendini aşağılama, hor görme gibi duygularla bir arada olan ciddi benlik saygısı ve kendilik değeri düşmesi görülür⁽⁸⁴⁾.

Depresyon yaygınlık, kronikleşme ve tekrarlama oranının yüksek olması, iş gücü kaybını ve ayrıca intihar riskini artırması nedeniyle önemli bireysel ve toplumsal bir sağılık sorunudur. Depresyonun tanımlanması, önlenmesi, tedavisi ve tekrarlamaındaki risk etmenlerinin belirlenmesi özel bir önem arz etmektedir. Birincil duygulanım bozukluğı biçiminde ortaya çıkabileceğı gibi, birçok psikiyatrik ve tıbbi duruma ikincil olarak da görülebilmektedir⁽⁸⁵⁾.

DSM IV'e göre depresyon, iki haftalık bir dönem sırasında daha önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olması ile birlikte Tablo 2.2'de belirtilen semptomlardan beşinin (ya da daha fazlasının) bulunmuş olması; semptomlardan en az birinin ya depresif duygudurum ya da ilgi kaybı ve artık zevk alamama durumu olarak tanımlanmaktadır (Tablo 2.2) ⁽⁸⁰⁾.

Tablo 2.2 DSM IV Majör Depresyon Tanı Kriterleri

<p>A. İki haftalık bir dönem sırasında daha önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olması ile birlikte aşağıdaki semptomlardan beşinin (ya da daha fazlasının) bulunmuş olması; semptomlardan en az birinin ya (1) depresif duygudurum ya da (2) ilgi kaybı ya da artık zevk alamama, olması gerekir.</p> <p>(1) ya hastanın kendisinin bildirmesi (örn. Kendisini üzgün ya da boşlukta hisseder.) ya da başkalarının gözlemesi(örn. Ağlamaklı bir görünümü vardır) ile belirli, hemen hergün, yaklaşık gün boyu süren depresif duygudurum. Not: Çocuklarda ve ergenlerde irritabl duygudurum bulunabilir.</p> <p>(2) hemen hergün yaklaşık gün boyu süren tüm etkinliklere karşı ya da bu etkinliklerin çoğuna 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).</p> <p>(3) perhizli değilken önemli derecede kilo kaybı ya da kilo alımının olması (örn. 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.</p> <p>(4) hemen her gün, insomnia (uykusuzluk) ya da hipersomnia (aşırı uyku) olması.</p> <p>(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) .</p> <p>(6) hemen her gün, yorgunluk-bitkinlik ya da enerji kaybının olması.</p> <p>(7) hemen her gün, değersizlik, aşırı ya da uygun olmayan suçluluk duygularının (sanrısallabilir) olması (sadece hasta olmaktan ötürü kendini kınama ya da suçluluk duyma olarak değil)</p> <p>(8) hemen her gün, düşünme ve yoğunlaşma kabiliyetlerinde azalma, kararsızlık olması.</p> <p>(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.</p>
<p>B. Bu semptomlar bir Mikst Epizodun tanı ölçütlerini karşılamamaktadır.</p>
<p>C. Bu semptomlar klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.</p>
<p>D. Bu semptomlar bir madde kullanımının (örn. Kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedav için kullanılan bir ilaç) ya da genel tıbbi durumun (örn. hipotiroidizm) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.</p>
<p>E. Bu semptomlar yas'la daha iyi açıklanamaz, yani sevilen birinin yitirilmesinden sonra bu semptomlar 2 aydan daha uzun sürer ya da bu semptomlar, belirgin bir işlevsel bozulma, değersizlik düşünceleriyle hastalık düzeyinde uğraşıp durma, intihar düşünceleri, psikotik semptomlar ya da psikomotor retardasyonla belirlidir.</p>

2.3.2 Epidemiyoloji

Depresyon dünya çapında yaklaşık 121 milyon insanı etkilemektedir. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre iş görememezliğin en sık nedeni olarak depresyon gösterilmektedir. Depresyon intihar nedeniyle yıllık 850000 yaşam kaybına neden olmaktadır. Depresyon günümüzde 15-44 yaş grubunda tüm cinsiyetlerde sakatlığa uyarlanmış kayıp yaşam yılı (DALY: disability-adjusted life year) sıralamasında 2. sıradadır ve 2020 yılında tüm yaş gruplarında 2. sırada olması beklenmektedir. Depresyon birinci basamakta tedavi edilebilir bir hastalıktır. Ancak bu hasta grubunun %25'inden azı tedavi almaktadır⁽⁸⁶⁾.

Yapılan bir çalışmada ergenlerin ve genç erişkinlerin yaklaşık dörtte birinin bir major depresyon epizodu (%15,3) ya da minor depresyon epizodu (%9,9) geçirdiği belirtilmektedir. Ülkemizde yapılan bir çalışmada da ergenlerde depresyon belirti sıklığı %27 olarak bildirilmiştir⁽⁸⁷⁾.

Depresif bozukluklar içinde en fazla araştırılan majör depresif bozukluk olmuştur. Major depresif bozukluk, yaşam boyu prevalansı yaklaşık %15, kadınlarda %25 olan, sık görülen bir bozukluktur. Major depresif bozukluk insidansı birinci basamak hastalarda %10 ve yatarak tedavi gören tıbbi hastalarda %15'tir⁽⁸⁸⁾.

2.3.3 Risk Faktörleri

Yaş; depresyon daha çok orta yaş hastalığıdır. İlerleyen yaşla birlikte hastalarda izlenen depresif belirtilerin artmasına rağmen, majör depresyon sıklığı artmamaktadır⁽⁸⁹⁾.

Cinsiyet; major 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 git gide azalmaktadır. Kadınlarda erkeklere göre daha sık görülmesi iki şekilde açıklanabilir; Biyolojik nedenler; 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. Postpartum dönemde ortaya çıkan depresyonda ise, düşen östrojen ve artan progesteron düzeyleri sorumlu tutulmaktadır. Doğum kontrol haplarının kullanılması sonucu, progesteron artışıyla birlikte depresif belirtilerin de artması, bu yaklaşımı desteklemektedir.

Psikolojik nedenler; kadına toplum içinde biçilen rol, bu konuda ona karşı verilen tepkiler, yaşadığı stresler, çatışmalar ve çoğu kez bunlarla başa çıkamamanın verdiği çaresizlik, sorumlu tutulmaktadır⁽⁸⁹⁾.

Medeni durum; depresyon ayrı yaşayan ya da boşanmış eşler arasında daha yüksek oranda izlenmektedir. Yalnız yaşayan annelerde, evli olanlara göre, depresyon gelişme riski iki kat daha fazladır⁽⁹⁰⁾.

Genetik özellikler; yapılan aile, ikiz ve evlat edinme çalışmaları diğer duygudurum bozuklukları gibi depresyona yatkınlık için de genetik temeller olduğunu ileri sürmektedir Depresyonun kalıtım özellikleri birden çok yatkınlık geninin ve çevresel etkilerin birlikte rol oynadığı karmaşık genetik geçişe uymaktadır⁽⁹¹⁾.

İrk ve etnik gruplar; Duygudurum bozukluklarının prevalansı ırklar arasında farklı değildir. Ancak muayene edenlerin kendilerinden farklı bir ırk yada kültürel zeminden hastalarda duygudurum bozukluklarını daha az tanımlandırma eğilimleri vardır⁽⁸⁸⁾.

2.3.4 Klinik Özellikler

Depresif bir duygudurum ile ilgili 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 tanımlar. Depresyondaki hastalar ailelerinden, arkadaşlarından ve daha önce ilgilendikleri etkinliklerden uzak dururlar. Depresyondaki hastaların hemen hepsi görevlerini yapmakta zorluk çıkaran, okul ve işte başarısızlıkla sonuçlanan bir enerji azlığından ve yeni tasarılar kurmak için istek azlığından yakınırırlar⁽⁹²⁾.

1.Öyküden Elde Edilen Bilgiler:

- Anhedoni-zevk alamama
- Arkadaşlar veya aileden uzaklaşma
- Güdülenme yokluğu
- Libido kaybı
- İştahsızlık ve kilo kaybı
- İştah artışı ve kilo alma
- Düşük enerji düzeyi, yorgunluk
- Adet düzensizliği
- Sabah erken uyanma (terminal insomnia) depresif hastaların yaklaşık % 75' i uykusuzluk veya aşırı uyuma gibi uyku bozukluklarına sahiptir.
- Gün içinde dalgalanma (semptomlar sabahleyin kötüleşir).
- Kabızlık
- Ağız kuruluğu
- Baş ağrısı

2. Ruhsal Durum Muayenesinden Elde Edilen Bilgiler:

- Genel görünüm ve davranış: Psikomotor yavaşlama veya ajitasyon, göz temasında azalma, ağlama, vücudun öne eğilmesi, kişisel görünüme dikkat etmeme.
- Duygulanım: Sıkıntılı.
- Duygudurum: Çökkün.
- Konuşma: Azdır ya da kendiliğinden konuşmaz, tek hecelerle, uzun aralıklarla konuşur, hafif, düşük tonda ve monotondur.
- Düşünce içeriği: Kendileri ve dünya hakkında olumsuz bir bakış açısı taşırlar.
- Duyum: Dikkati yoğunlaştıramama, bellek zayıflığı, yönelim bozukluğu olabilir.
- İlgörü ve yargılama: Kişisel değersizlikle ilgili bilişsel bozukluklar nedeniyle bozulur.

3. Eşlik Eden Bulgular:

- Bedensel yakınmalar; depresyonu maskeleyebilir; özellikle kalp, sindirim sistemi, boşaltım sistemi ile ilgili yakınmalar, sırtın alt tarafında ağrı ve ortopedik yakınmalar.
- Var olduğunda, sanrı ve varsanıların içeriği çökkün duygudurumla uyumlu olmaya eğilimlidir; en yaygın olanlar suçluluk, yoksulluk, hak edilmiş kötülük görme, bedenle ilgili olumsuz düşünceler 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.

- Puberte öncesi: Somatik yakınmalar, ajitasyon, tek sesli işitsel varsanılar, kaygı bozuklukları ve fobiler.
- Ergenlik: Madde kötüye kullanımı, antisosyal davranış, huzursuzluk, okuldan kaçma, okul güçlükleri, gelişigüzel cinsel ilişkiler, reddedilmeye aşırı duyarlılık, yetersiz temizlik.
- Yaşlılık: Bilişsel kusurlar (bellek yitimi, yönelim bozukluğu ve konfüzyon, psödodemans, apati, dikkati yoğunlaştıramama)

2.3.5 Ayırıcı Tanı

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

1. Mevcut belirtilerin herhangi bir medikal hastalığa bağlı olup olmadığını ayırmak. Bu iyi bir fizik ve nörolojik muayene ile çalışılan kurumun imkanları çerçevesinde yapılacak laboratuvar incelemeleri ile sağlanabilir. Depresyonun büyük oranda fiziksel hastalıklarla ilişkili olduğu unutulmamalıdır.
2. Belirtilerin herhangi bir ilaç veya kanun dışı madde kullanımına bağlı olup olmadığı iyi bir soruşturma ve muayene ile ayırtedilebilir.

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

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

- Hipertiroidizm (taşikardi, tremor, terleme, ekzoftalmi, tiroid büyümesi)
- Hiperglisemi (terleme, güçsüzlük, açlık, tremor, baş ağrısı)
- Feokromasitoma (hipertansiyon, zonklayıcı baş ağrısı, çarpıntı)
- Solunum bozuklukları (nefes darlığı, öksürük)
- Aritmiler (çarpıntılar, göğüs ağrısı, nefes darlığı, bayılmalar, ekg değişiklikleri)

Belirtileri depresyonla karışabilen bir kısım psikiyatrik bozukluğun depresyondan ayırımında yararlı olabilecek belirtileri vardır. Belirtileri depresyonla karışabilen bir kısım psikiyatrik bozukluk;

- Demans (özellikle yakın hafızada bozukluk, konuşma ve anlama bozukluğu, davranış ve kişilikte bozulma, sinsi başlangıç)
- Anksiyete (sürekli korku veya endişe, terleme, çarpıntı, huzursuzluk gibi fiziksel belirtiler uykuya dalmada zorluk, yaygın özgül fobiler)
- İki uçlu bozukluk (açık epizodik gidiş depresyon, mani veya hipomaniyle alternatif olarak yaşanır, aile hikayesi belirgindir)
- Şizofrenik bozukluk (ciddi kişilik bozulması, düşünce bozuklukları, depresif duygu durum ile uyumsuz hezeyanlar özellikle işitsel hallüsinasyonlar, bizar ve uygunsuz duygudurum, ciddi ilişki bozuklukları, bizar davranışlar, başlangıcın geç erişkinlik veya orta yaşta olması)

Görüldüğü gibi farklı sistemleri ilgilendiren birçok tıbbi hastalık veya belirti dizinleri ya da gidiş özellikleri belirgin farklı birçok 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⁽¹¹⁾.

2.3.6 Tedavi

Depresif bozuklukların tedavisinde ana ilkeler;

- Tedavi amaçlarının belirlenmesi
- Uygun antidepresan ilaç seçimi
- Ek tıbbi bozuklukların değerlendirilmesi ve tedavi edilmesi
- İntihar riskinin belirlenmesi
- Tedaviye uyumun sağlanması
- Tedavi gidişinin değerlendirilmesi
- Antidepresan ilaçların uygun doz ve süre kullanımının sağlanması
- Yan etkiler konusunda bilgilendirme
- Elde edilen tedavi yanıtının sürdürülmesi
- Psikoterapi gerekliliğinin değerlendirilmesi

Tablo 2.3 Antidepresan İlaçların Sınıflaması⁽⁹²⁾

1- Monoamin Oksidaz İnhibitörleri (MAOI) • Seçici ve geri dönüşlü monoaminoksidaz inhibitörleri • Moklobemid	5- Seçici Noradrenerjik Gerilim İnhibitörleri • Reboksetin • Maprotilin
2- Trisiklik antidepresanlar • Opipramol • İmipramin • Klomipramin • Amitriptilin	6- Noradrenalin ve Dopamin Gerilim inhibitörleri • Bupropion
3- Seçici Serotonin Gerilim İnhibitörleri • Sertralın • Fluoksetin • Paroksetin • Fluvoksamin • Sitalopram • Essitalopram	7- Serotonerjik ve Noradrenalin Gerilim İnhibitörleri • Venlafaksin • Milnasipran • Duloksetin
4- Alfa 2 adrenoseptör antagonistleri • Mianserin • Mirtazapin	8- Serotonerjik ilaçlar • Nefazodon • Tianeptin • Trazodon • Gepiron

Antidepresan ilaç seçerken ilaçla ilgili göz önüne alınması gereken özellikler etkinlik, yan etki profili ve ilacın güvenirliliğidir.

Psikososyal terapi yöntemleri; bilişsel terapi, kişilerarası terapi, davranışçı terapi, psikoanalitik yönelimli psikoterapi ve aile terapisi.

İlaç tedavisine alternatif olan 2 çeşit tedavi; elektro konvulsif tedavi (EKT) ve farmakoterapidir. EKT farmakoterapiye yanıt yoksa, hasta farmakoterapiyi tolere edemiyorsa, EKT ile beklenen çok hızlı düzelmeyi gerektirecek kadar ağır bir klinik tablo varsa kullanılabilir. Fototerapi mevsimsel özellikli hafif vakalarda tek başına , ağır vakalarda farmakoterapi ile birlikte kullanılabilir⁽⁹³⁾.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma vaka-kontrol tipinde bir araştırmadır. Bu çalışmada, kronik hastalığı olan ve olmayan çocukların ailelerinin sosyodemografik özelliklerinin, depresyon ve anksiyete düzeylerinin ve bunların birbirleriyle olan ilişkilerinin araştırılması amaçlanmıştır. Çalışma için 21 Mayıs 2010 tarih ve 109 sayılı etik kurulu onayı Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Eskişehir Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından verilmiştir.

3.1 Örneklem Seçimi ve Verilerin Toplanması

Çalışma 1 Haziran 2010-31 Aralık 2010 tarihleri arasında Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda yapılmıştır. Çalışmamıza alınan vaka grubu; çocuklarda en sık rastlanan hastalıklar olan astım, konjenital kalp hastalığı, epilepsi, artrit, diabetes mellitus, akut lenfoblastik lösemi, down sendromu, yarık damak/dudak, orak hücreli anemi, kistik fibrozis, hemofili, musküler distrofi tanısı almış olan çocukların anne, baba ve diğer birinci derece yakınlarıdır. Bahsedilen kronik hastalıklara sahip 75 çocuğun ailelerine ve kontrol grubu olarak alınan kronik hastalığı olmayan 75 çocuğun ailelerine poliklinik başvuruları sırasında veya hastanede yatarak tedavi gördükleri dönemde ulaşılmıştır.

3.2. Veri Toplama Araçları

Bu araştırmada katılımcıların sosyodemografik özelliklerini ve çocuklarının hastalık öykülerini belirlemek için tarafımızca hazırlanmış sosyodemografik bilgi formu, depresif belirtileri araştırmak için Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), anksiyete belirtilerini araştırmak için de Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) kullanılmıştır. Anket formları, araştırmacı tarafından ailelere bilgi verilip onamları alındıktan sonra yüz yüze görüşme tekniği ile uygulanıp verilen cevaplar ankete araştırmacı tarafından kaydedilmiştir.

3.2.1. Sosyodemografik Bilgi Formu

Bu formda, ailelerin sosyodemografik bilgileri; yaşları, yakınlık dereceleri, eğitim düzeyleri, çalışma durumları, sosyal güvenceleri, gelir düzeyleri, yaşadıkları yer, kimlerle yaşadıkları, daha öncesinden psikiyatrik hastalık tanısı alıp almadıkları, çocuk sayıları, çocuklarının hastalıkları ile ilgili bilgiler ve hastane yatış sayıları sorgulandı.

3.2.2 Beck Depresyon Ölçeği

Bu ölçek ilk kez 1961'de Aeoron T. Beck tarafından geliştirilmiş olup 1971'de tekrar gözden geçirilmiştir⁽⁹⁴⁾. 1989'da Hisli tarafından Türkçe'ye çevrilmiş, geçerliği ve güvenilirliği gösterilmiştir⁽⁹⁵⁾. BDÖ, 21 maddelik bir kendi kendini değerlendirme ölçeği olup, depresif semptomları ve karakteristik yaklaşımları ölçmektedir. Dörtlü Likert tipi ölçüm sağlamaktadır. Hastalar ölçeğin üzerine işaretleyerek yanıt verirler. Her madde 0–3 arasında giderek artan puan alır ve toplam puan bunların toplanması ile elde edilir. Toplam puan 0–63 arasında değişir. Ölçeğin Türkçe için geçerlik ve güvenilirlik makalesinde kesme puanının 17 olarak kabul edildiği belirtilmiştir. Güvenilirlik çalışmasında, 17 kesme puanında Cronbach alfa katsayısı 0,80 olarak bulunmuştur. Yarıya bölme güvenilirliğinde, $r=0,74$ olarak belirlenmiştir⁽⁹⁵⁾.

3.2.3. Beck Anksiyete Ölçeği

Bu ölçek 1988'de Aeron T. Beck tarafından geliştirilmiş olup 21 maddelik bir kendi kendini değerlendirme ölçeğidir⁽⁹⁶⁾. Türkçe'ye Ulusoy ve ark. tarafından 1989'da çevrilmiştir⁽⁹⁷⁾. BAÖ'deki maddelerde anksiyetenin subjektif, somatik ve panikle ilgili belirtileri tarif edilmektedir. Her madde 0'dan 3'e kadar puanlanan 4 seçenek içermektedir. 21 maddenin toplamında da 0-63 puan elde edilir ve toplam skorun artması anksiyete semptomlarının da arttığını gösterir.

3.3. Verilerin İstatistiksel Analizi ve Yorumlanması

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 17.0 programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotların (Frekans, Yüzde, Ortalama, Standart sapma) yanı sıra niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ise Pearson Ki-Kare testi kullanıldı.

Niceliksel verilerin karşılaştırılmasında iki grup durumunda, parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Bağımsız örnekler (Independent samples) t testi kullanıldı. İki'den fazla grup durumunda parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Tek yönlü (One way) Anova testi ve farklılığa neden olan grubun tespitinde Bonferroni testi kullanıldı. Kronik hastalıkların karşılaştırılmasında Kruskal Wallis testi ve farklılığa neden olan grubun tespitinde Mann Whitney U test kullanılmıştır.

Sonuçlar % 95 güven aralığında, anlamlılık $p < 0,05$ düzeyinde çift yönlü olarak değerlendirildi.

4. BULGULAR

Çalışmaya 1 Haziran 2010-31 Aralık 2010 tarihleri arasında Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda yatarak veya ayaktan tedavi gören, bilinen kronik hastalığı olan 75 çocuğun ailesi ile kontrol grubu olarak kronik hastalığı olmayan 75 çocuğun ailesi çalışmaya dahil edilmiştir.

Tablo 4.1 Vaka-Kontrol Gruplarının Demografik Özelliklere Göre Dağılımı

		Vaka		Kontrol		P
		n	%	n	%	
Yakınlık derecesi	Anne	62	% 82,7	59	% 78,7	0,088
	Baba	8	% 10,7	15	% 20,0	
	Diğer	5	% 6,6	1	% 1,3	
Yaş	18-29	27	% 36,0	20	% 26,7	0,367
	30-39	32	% 42,7	33	% 44,0	
	40 ve üstü	16	% 21,3	22	% 29,3	
Medeni durum	Bekar	2	% 2,7	0	% 0,0	0,341
	Evli	70	% 93,3	71	% 94,7	
	Boşanmış/eşi ölmüş	3	% 4,0	4	% 5,3	
Eğitim düzeyi	Okur yazar	3	% 4,0	0	% 0,0	0,205
	İlköğretim	34	% 45,3	27	% 36,0	
	Lise	24	% 32,0	29	% 38,7	
	Yüksek okul	3	% 4,0	7	% 9,3	
	Üniversite	11	% 14,7	12	% 16,0	
Meslek	Çalışmıyor	52	% 69,3	44	% 58,7	0,473
	Memur	15	% 20,0	18	% 24,0	
	İşçi	6	% 8,0	8	% 10,7	
	Serbest meslek	2	% 2,7	5	% 6,6	
Sosyal güvence	Yok	9	% 12,0	4	% 5,3	0,224
	SGK	65	% 86,7	68	% 90,7	
	Özel sigorta	1	% 1,3	3	% 4,0	
Gelir düzeyi	500-999 TL	30	% 40,0	17	% 22,7	0,027*
	1000-2499 TL	28	% 37,3	28	% 37,3	
	2500 TL ve üstü	17	% 22,7	30	% 40,0	
Birlikte yaşadığı kişiler	Çocuklar	7	% 9,3	4	% 5,3	0,149
	Eş ve çocuklar	53	% 70,7	63	% 84,0	
	Geniş aile	15	% 20,0	8	% 10,7	
Yaşanılan yer	Köy/kasaba	8	% 10,7	4	% 5,3	0,031*
	İlçe	23	% 30,7	12	% 16,0	
	İl	44	% 58,6	59	% 78,7	
Çocuk sayısı	0	2	% 2,7	0	% 0,0	0,314
	1	24	% 32,0	32	% 42,7	
	2	37	% 49,3	33	% 44,0	
	3 ve üstü	12	% 16,0	10	% 13,3	

*p<0,05

**p<0,01

Vaka grubunun 62'si (%82,7) anne, 8'i (%10,7) baba, 5'i (%6,6) diğ er yakınlarıydı. Kontrol grubunun 59'u (%78,7) anne, 15'i (%20,0) baba, 1'i (%1,3) diğ er yakınlarıydı.

Vaka grubunun 27'si (%36,0) 18-29, 32'si (%42,7) 30-39, 16'si (%21,3) 40 ve üstü yaş grubunda idi. Kontrol grubunun 20'si (%26,7) 18-29, 33'ü (%44,0) 30-39, 22'si (%29,3) 40 ve üstü yaş grubunda idi.

Vaka grubunun 2'si (%2,7) bekar, 70'i (%93,3) evli, 3'ü (%4,0) boşanmış/eş i ölmüş idi. Kontrol grubunun 71'i (%94,7) evli, 4'ü (%5,3) boşanmış/eş i ölmüş idi.

Vaka grubunun 3'ü (%4,0) okur yazar, 34'ü (%45,3) ilköğ retim, 24'ü (%32,0) lise, 3'ü (%4,0) yüksek okul, 11'i (%14,7) üniversite mezunu idi. Kontrol grubunun 27'si (%36,0) ilköğ retim, 29'u (%38,7) lise, 7'si (%9,3) yüksek okul, 12'si (%16,0) üniversite mezunu idi.

Vaka grubunun 52'si (%69,3) çalış mıyor, 15'i (%20,0) memur, 6'sı (%8,0) iş ç i, 2'si (%2,7) serbest meslek sahibi idi. Kontrol grubunun 44'ü (%58,7) çalış mıyor, 18'i (%24,0) memur, 8'i (%10,7) iş ç i, 5'i (%6,7) serbest meslek sahibi idi.

Vaka grubunun 9'unun (%12,0) sosyal güvencesi olmadığı, 65'inin (%86,7) Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK)' na bağı lı olduğu, 1'inin ise (%1,3) özel sağı lık sigortasının olduğu görüldü. Kontrol grubunun 4'ünün (%5,3) sosyal güvencesi olmadığı, 68'inin (%90,7) SGK'ya bağı lı olduğu, 3'ünün (%4,0) ise özel sağı lık sigortasının olduğu görüldü.

Vaka grubunun 30'u (%40,0) 500-999 Türk Lirası (TL), 28'i (%37,3) 1000-2499 TL, 17'si (%22,7) 2500 TL ve üstü gelir düzeyinde idi. Kontrol grubunun 17'si (%22,7) 500-999 TL, 28'i (%37,3) 1000-2499 TL, 30'u (%40,0) 2500 TL ve üstü gelir düzeyinde idi. Vaka grubunda gelir düzeyi anlamlı olarak düşük bulunmuştur ($p<0,05$).

Vaka grubunun 7'si (%9,3) sadece çocukları, 53'ü (%70,7) eş ve çocuklar, 15'i (%20,0) geniş aile olarak yaşamakta idi. Kontrol grubunun 4'ü (%5,3) sadece çocukları, 63'ü (%84,0) eş ve çocuklar, 8'i (%10,7) geniş aile olarak yaşamakta idi.

Vaka grubunun 8'i (%10,7) köy/kasaba, 23'ü (%30,7) ilçe, 44'ü (%58,6) ilde yaşıyordu. Kontrol grubunun 4'ü (%5,3) köy/kasaba, 12'si (%16,0) ilçe, 59'u (%78,7) ilde yaşıyordu. Vaka grubunda köy, kasaba ve ilçede yaşama oranları anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

Vaka grubunun 2'si (%2,7) çocuk sahibi değildi, 24'ü (%32,0) 1, 37'si (%49,3) 2, 12'si (%16,0) 3 ve üstü çocuk sahibi idi. Kontrol grubunun 32'si (%42,7) 1, 33'ü (%44,0) 2, 10'u (%13,3) 3 ve üstü çocuk sahibi idi.

Tablo 4.2 Vaka-Kontrol Gruplarının Çocuğun Hastalık Özelliklerine Göre Sınıflandırılması

		vaka		kontrol		P
		N	%	n	%	
Kronik hastalık	Astım	10	% 13,3	-	-	
	Konjenital kalp hastalığı	6	% 8,0	-	-	
	Epilepsi	17	% 22,7	-	-	
	Artrit	5	% 6,7	-	-	
	Down sendromu	3	% 4,0	-	-	
	Diabetes mellitus	10	% 13,3	-	-	
	ALL	24	% 32,0	-	-	
Tanı konma zamanı	0-6 ay	29	% 38,7	-	-	
	7-12 ay	12	% 16,0	-	-	
	13-24 ay	3	% 4,0	-	-	
	>24ay	31	% 41,3	-	-	
Hastanede yatış sayısı	0	6	% 8,0	48	% 64,0	0,000**
	1	17	% 22,7	12	% 16,0	
	2	11	% 14,7	6	% 8,0	
	3	6	% 8,0	4	% 5,3	
	4 ve üstü	35	% 46,6	5	% 6,7	

* $p<0,05$

** $p<0,01$

Vaka grubundakilerin çocuklarının 10'u (%13,3) astım, 6'sı (%8,0) konjenital kalp hastalığı, 17'si (%22,7) epilepsi, 5'i (%6,7) artrit, 3'ü (%4,0) down sendromu, 10'u (%13,3) diabetes mellitus, 24'ü (%32,0) ALL idi. Çalışmamızın devam ettiği sürede, çocuklarda en sık görülen 10 kronik hastalıktan olan yarık damak/dudak, orak hücreli anemi, kistik fibrozis, hemofili, muskuler distrofi tanısı olan çocukların aileleri ile karşılaşılmadığından çalışmaya alınamadı.

Vaka grubundakilerin çocuklarına tanı konulması itibariyle geçen süre 29'unda (%38,7) 0-6 ay, 12'sinde (%16,0) 7-12 ay, 3'ünde (%4,0) 13-24 ay, 31'inde (%41,3) >24 ay olarak saptandı.

Vaka grubundakilerin çocuklarının 6'sı (%8,0) hiç hastanede yatmamışken, 17'si (%22,7) 1, 11'i (%14,7) 2, 6'sı (%8,0) 3, 35'i (%46,6) 4 ve daha fazla kez hastanede yatmıştır. Kontrol grubundakilerin çocuklarının 48'i (%64,0) hiç hastanede yatmamış, 12'si (%16,0) 1, 6'sı (%8,0) 2, 4'ü (%5,3) 3, 5'i (%6,7) 4 ve daha fazla kez hastanede yatmıştır. Vaka grubundakilerin çocuklarının hastanede yatış sayısı anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p<0,01$).

Tablo 4.3 Vaka-Kontrol Gruplarının Daha Önce Psikiyatrik Hastalık Tanısı Almış Olma Durumlarına Göre Sınıflandırılması

		vaka		kontrol		P
		n	%	n	%	
Önceden psikiyatrik hastalık tanısı	Var	7	% 9,3	5	% 6,7	0,497
	Yok	68	% 90,6	70	% 93,3	

* $p<0,05$

** $p<0,01$

Vaka grubunun 7'si (%9,3) daha önceden psikiyatrik hastalık tanısı almış, 68'i (%90,6) psikiyatrik hastalık tanısı almamış idi. Kontrol grubunun 5'i (%6,7) daha önceden psikiyatrik hastalık tanısı almış, 70'i (%93,3) psikiyatrik hastalık tanısı almamış idi.

Tablo 4.4 Vaka-Kontrol Gruplarının Depresyon Dağılımı

		Vaka		Kontrol		P
		n	%	n	%	
Depresyon	Yok	32	% 42,7	62	% 82,7	0,000**
	Var	43	% 57,3	13	% 17,3	

** $p<0,01$

Vaka grubunun 32'sinde (%42,7) depresyon saptanmadı, 43'ünde (%57,3) depresyon saptandı. Kontrol grubunun 62'sinde (%82,7) depresyon

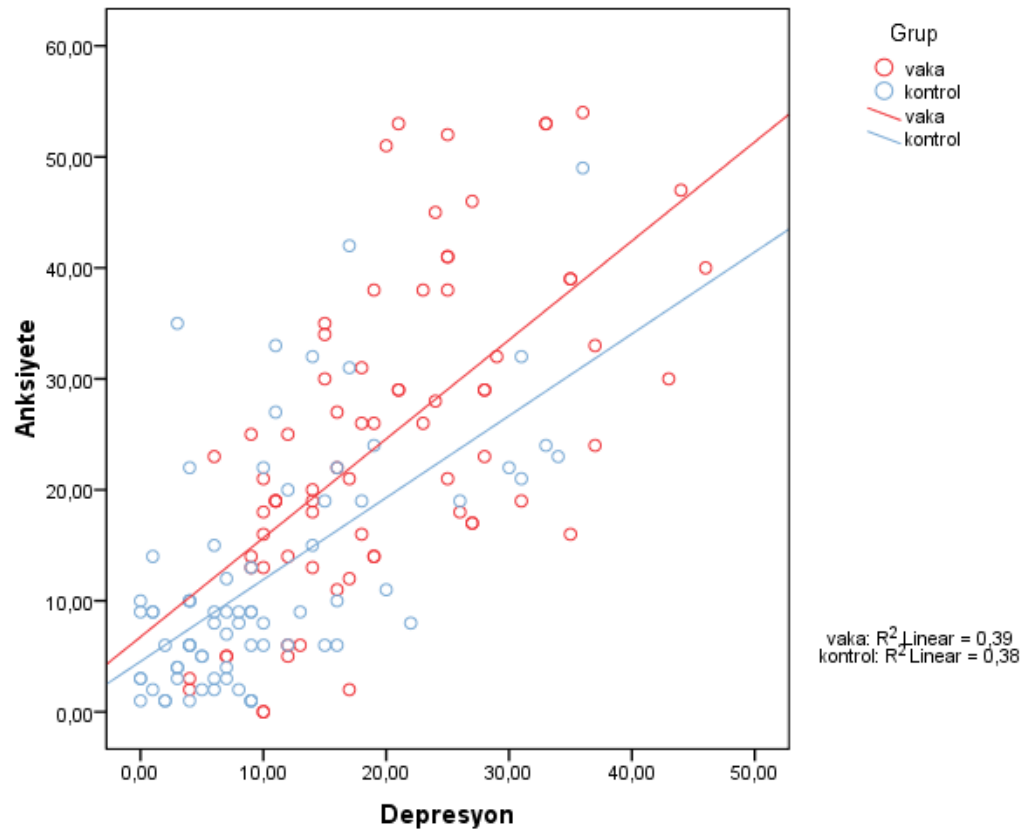
saptanmadı, 13'ünde (%17,3) depresyon saptandı. Vaka grubunda depresyon görülme oranları, kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p<0,01$).

Tablo 4.5 Vaka-Kontrol Gruplarında Depresyon ve Anksiyete İlişkisine İlişkin Korelasyon Analizi

		N	r	P
Vaka	Anksiyete - Depresyon	75	0,624	0,000**
Kontrol	Anksiyete - Depresyon	75	0,617	0,000**

** $p<0,01$

Vaka ve kontrol grubundaki olguların anksiyete ile depresyon düzeyleri arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında vaka grubunda %62,4 kontrol grubunda ise %61,7 düzeyinde pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. (Sırasıyla $r=0,624$; $p=0,000<0,05$ ve $r=0,617$; $p=0,000<0,05$). Buna göre her iki grupta da anksiyete düzeyleri artıkça depresyon düzeyleri de artmaktadır (Şekil 4.1).



Şekil 4.1 Vaka-Kontrol Gruplarında Depresyon ve Anksiyete İlişisine İlişkin Korelasyon Analizi

Tablo 4.6 Vaka-Kontrol Gruplarının Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri

	Vaka		Kontrol		t	P
	Ort	Ss	Ort	Ss		
Depresyon	20,08	9,90	10,00	8,80	6,590	0,000**
Anksiyete	24,67	14,14	11,92	10,53	6,261	0,000**

** $p < 0,01$

Vaka grubundakilerin depresyon düzeyleri, kontrol grubundakilerin depresyon düzeylerinden yüksek bulunmuştur ($p < 0,01$). Vaka grubundakilerin anksiyete düzeyleri, kontrol grubundakilerin anksiyete düzeylerinden yüksek bulunmuştur ($p < 0,01$). Vaka grubundakilerin anksiyete ve depresyon ortalamaları, kontrol grubundakilere göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p = 0,000$).

Tablo 4.7 ALL ve Diğer Kronik Hastalıkları Olan Çocukların Ailelerinin Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin Karşılaştırılması

	ALL		Diğer		t	P
	Ort	Ss	Ort	Ss		
Depresyon	23,67	8,07	18,39	10,29	2,208	0,030*
Anksiyete	31,50	13,47	21,45	13,40	3,025	0,003**

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$

ALL tanısı olan çocukların ailelerinin depresyon düzeyleri, diğer kronik hastalığı olan çocukların ailelerinin depresyon düzeylerinden yüksek bulunmuştur ($p < 0,05$).

ALL tanısı olan çocukların ailelerinin anksiyete düzeyleri, diğer kronik hastalığı olan çocukların ailelerinin anksiyete düzeylerinden yüksek bulunmuştur ($p < 0,01$).

Tablo 4.8 Vaka-Kontrol Gruplarının Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin Hastanede Yatış Sayısına Göre Dağılımı

		Hastanede yatış yok		Hastanede yatış var		t	P
		Ort	Ss	Ort	Ss		
Vaka	Depresyon	17,00	10,55	20,35	9,88	-0,793	0,431
	Anksiyete	15,33	10,65	25,48	14,17	-1,707	0,092
Kontrol	Depresyon	8,02	7,01	13,52	10,56	-2,421	0,020*
	Anksiyete	8,71	8,26	17,63	11,80	-3,477	0,001**

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$

Vaka grubunun depresyon ve anksiyete düzeyleri, hastanede yatış sayısına göre değişim göstermemektedir ($p > 0,05$). Kontrol grubunun depresyon ve anksiyete düzeyleri, hastanede yatış sayısına göre değişim göstermektedir ($p < 0,05$).

Kontrol grubundakilerden; en az bir kez hastane yatışı olanların depresyon düzeyleri, hiç hastane yatışı olmayanların depresyon düzeylerinden yüksek bulunmuştur ($p < 0,05$).

Kontrol grubundakilerden; en az bir kez hastane yatışı olanların anksiyete düzeyleri, hiç hastanede yatışı olmayanların anksiyete düzeylerinden yüksek bulunmuştur ($p<0,01$).

Tablo 4.9 Vaka Grubunun Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin Yaşa Göre Dağılımı

		N	Ort	Ss	F	P
Depresyon	18-29	27	16,85	7,61	3,767	0,028*
	30-39	32	23,50	10,84		
	40 ve üstü	16	18,69	9,70		
Anksiyete	18-29	27	21,70	13,23	1,193	0,309
	30-39	32	27,38	15,26		
	40 ve üstü	16	24,25	13,04		

* $p<0,05$

Vaka grubunun depresyon puanları ortalamalarının yaş değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur. ($F=3,767$; $p=0,028<0,05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla yapılan tamamlayıcı post-hoc Bonferroni analizi sonucunda; 18-29 yaş grubundaki olguların depresyon puanları, 30-39 yaş grubundaki olguların depresyon puanlarından düşük bulunmuştur.

Vaka grubunun anksiyete puanları ortalamalarının yaş değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($F=1,193$; $p=0,309>0,05$).

Tablo 4.10 Kontrol Grubunun Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin Yaş
Göre Dağılımı

		N	Ort	Ss	F	p
Depresyon	18-29	20	8,10	7,81	0,852	0,431
	30-39	33	11,33	9,77		
	40 ve üstü	22	9,73	8,14		
Anksiyete	18-29	20	9,70	8,22	0,767	0,468
	30-39	33	13,39	11,83		
	40 ve üstü	22	11,73	10,41		

Kontrol grubunun depresyon puanları ortalamalarının yaş değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($F=0,852$; $p=0,431>0,05$).

Kontrol grubunun anksiyete puanları ortalamalarının yaş değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($F=0,767$; $p=0,468>0,05$).

Tablo 4.11 Vaka Grubunun Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin Yakınlık
Derecesine Göre Dağılımı

		N	Ort	Ss	F	P
Depresyon	Anne	62	20,71	10,23	0,738	0,482
	Baba	8	17,50	8,57		
	Diğer	5	16,40	7,27		
Anksiyete	Anne	62	25,57	13,38	1,079	0,345
	Baba	8	23,00	19,86		
	Diğer	5	16,20	13,01		

Vaka grubunun depresyon puanları ortalamalarının yakınlık derecesi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($F=0,738$; $p=0,482>0,05$).

Vaka grubunun anksiyete puanları ortalamalarının yakınlık derecesi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($F=1,079$; $p=0,345>0,05$).

Tablo 4.12 Kontrol Grubunun Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin Yakınlık Derecesine Göre Dağılımı

		N	Ort	Ss	F	P
Depresyon	Anne	59	10,05	8,65	0,005	0,995
	Baba	15	9,80	9,99		
	Diğer	1	10,00	-		
Anksiyete	Anne	59	11,51	9,87	0,470	0,627
	Baba	15	13,93	13,22		
	Diğer	1	6,00	-		

Kontrol grubunun depresyon puanları ortalamalarının yakınlık derecesi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($F=0,005$; $p=0,995>0,05$).

Kontrol grubunun anksiyete puanları ortalamalarının yakınlık derecesi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($F=0,470$; $p=0,627>0,05$).

Tablo 4.13 Vaka Grubunun Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin Eğitim Düzeyine Göre Dağılımı

		N	Ort	Ss	F	P
Depresyon	İlköğretim	37	19,89	8,85	0,847	0,473
	Lise	24	22,21	11,79		
	Yüksek okul	3	16,33	7,77		
	Üniversite	11	17,09	9,30		
Anksiyete	İlköğretim	37	26,11	14,17	0,665	0,576
	Lise	24	25,21	15,46		
	Yüksek okul	3	18,67	2,52		
	Üniversite	11	20,27	12,85		

Vaka grubunun depresyon puanları ortalamalarının eğitim düzeyi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($F=0,847$; $p=0,473>0,05$).

Vaka grubunun anksiyete puanları ortalamalarının eğitim düzeyi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($F=0,665$; $p=0,576>0,05$).

Tablo 4.14 Kontrol Grubunun Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin Eğitim Düzeyine Göre Dağılımı

		N	Ort	Ss	F	P
Depresyon	İlköğretim	27	10,96	9,53	0,224	0,879
	Lise	29	9,38	8,81		
	Yüksek okul	7	10,71	11,59		
	Üniversite	12	8,92	5,57		
Anksiyete	İlköğretim	27	12,19	11,93	0,160	0,923
	Lise	29	11,38	9,70		
	Yüksek okul	7	14,29	11,27		
	Üniversite	12	11,25	9,77		

Kontrol grubunun depresyon puanları ortalamalarının eğitim düzeyi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($F=0,224$; $p=0,879>0,05$).

Kontrol grubunun anksiyete puanları ortalamalarının eğitim düzeyi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($F=0,160$; $p=0,923>0,05$).

Tablo 4.15 Vaka Grubunun Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin Mesleğe Göre Dağılımı

		N	Ort	Ss	F	P
Depresyon	Çalışmıyor	52	21,08	9,76	1,095	0,357
	Memur	15	16,00	9,31		
	İşçi	6	21,83	11,64		
	Serbest meslek	2	19,50	13,44		
Anksiyete	Çalışmıyor	52	26,06	12,89	2,278	0,087
	Memur	15	17,13	14,42		
	İşçi	6	32,17	19,64		
	Serbest meslek	2	22,50	13,44		

Vaka grubunun depresyon puanları ortalamalarının meslek değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($F=1,095$; $p=0,357>0,05$).

Vaka grubunun anksiyete puanları ortalamalarının meslek değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($F=2,278$; $p=0,087>0,05$).

Tablo 4.16 Kontrol Grubunun Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin Mesleğe Göre Dağılımı

		N	Ort	Ss	F	P
Depresyon	Çalışmıyor	44	10,00	9,25	0,435	0,728
	Memur	18	8,72	5,67		
	İşçi	8	10,50	9,87		
	Serbest meslek	5	13,80	13,42		
Anksiyete	Çalışmıyor	44	10,27	9,33	1,178	0,324
	Memur	18	14,56	11,54		
	İşçi	8	16,00	14,91		
	Serbest meslek	5	10,40	7,96		

Kontrol grubunun depresyon puanları ortalamalarının meslek değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($F=0,435$; $p=0,728>0,05$).

Kontrol grubunun anksiyete puanları ortalamalarının meslek değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($F=1,178$; $p=0,324>0,05$).

Tablo 4.17 Vaka Grubunun Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin Sosyal Güvenceye Göre Dağılımı

		N	Ort	Ss	F	P
Depresyon	Yok	9	18,78	6,72	0,627	0,537
	SGK	65	20,42	10,28		
	Özel sigorta	1	10,00	-		
Anksiyete	Yok	9	20,22	16,78	0,885	0,417
	SGK	65	25,46	13,80		
	Özel sigorta	1	13,00	-		

Vaka grubunun depresyon puanları ortalamalarının sosyal güvence değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($F=0,627$; $p=0,537>0,05$).

Vaka grubunun anksiyete puanları ortalamalarının sosyal güvence değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($F=0,885$; $p=0,417>0,05$).

Tablo 4.18 Kontrol Grubunun Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin Sosyal Güvenceye Göre Dağılımı

		N	Ort	Ss	F	P
Depresyon	Yok	4	29,00	9,02	16,503	0,000**
	SGK	68	8,52	6,83		
	Özel sigorta	3	18,33	16,80		
Anksiyete	Yok	4	29,00	13,34	6,504	0,003**
	SGK	68	10,84	9,66		
	Özel sigorta	3	13,67	8,96		

** $p < 0,01$

Kontrol grubunun depresyon puanları ortalamalarının sosyal güvence değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F=16,503$; $p=0,000 < 0,05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla yapılan tamamlayıcı post-hoc Bonferroni analizi sonucunda; sigortası olmayan olguların depresyon puanları, SGK'sı olan olguların depresyon puanlarından yüksek bulunmuştur.

Kontrol grubunun anksiyete puanları ortalamalarının sosyal güvence değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F=6,504$; $p=0,003 < 0,05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla yapılan tamamlayıcı post-hoc Bonferroni analizi sonucunda; sigortası olmayan olguların anksiyete puanları, SGK'sı olan olguların anksiyete puanlarından yüksek bulunmuştur.

Tablo 4.19 Vaka Grubunun Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin Gelir Düzeyine Göre Dağılımı

		N	Ort	Ss	F	P
Depresyon	500-999 TL	30	19,20	8,42	3,131	0,049*
	1000-2499 TL	28	17,96	10,58		
	2500 TL ve üstü	17	25,12	9,98		
Anksiyete	500-999 TL	30	25,33	15,35	1,299	0,279
	1000-2499 TL	28	21,64	14,64		
	2500 TL ve üstü	17	28,47	10,16		

* $p < 0,05$

Vaka grubunun depresyon puanları ortalamalarının gelir düzeyi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F=3,131$; $p=0,049 < 0,05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla yapılan tamamlayıcı post-hoc Bonferroni analizi sonucunda; 1000-2499 gelir grubundaki olguların depresyon puanları, 2500 ve üstü gelir grubundaki olguların depresyon puanlarından düşük bulunmuştur.

Vaka grubunun anksiyete puanları ortalamalarının gelir düzeyi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($F=1,299$; $p=0,279 > 0,05$).

Tablo 4.20 Kontrol Grubunun Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin Gelir Düzeyine Göre Dağılımı

		N	Ort	Ss	F	P
Depresyon	500-999 TL	17	11,41	9,69	0,781	0,462
	1000-2499 TL	28	10,79	9,62		
	2500 TL ve üstü	30	8,47	7,45		
Anksiyete	500-999 TL	17	14,53	11,29	1,366	0,262
	1000-2499 TL	28	12,82	11,67		
	2500 TL ve üstü	30	9,60	8,69		

Kontrol grubunun depresyon puanları ortalamalarının gelir düzeyi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($F=0,781$; $p=0,462>0,05$).

Kontrol grubunun anksiyete puanları ortalamalarının gelir düzeyi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($F=1,366$; $p=0,262>0,05$).

Tablo 4.21 Vaka Grubunun Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin Birlikte Yaşadığı Kişilere Göre Dağılımı

		N	Ort	Ss	F	P
Depresyon	Çocuklar	7	16,86	6,36	0,409	0,666
	Eş ve çocuklar	53	20,34	10,43		
	Geniş aile	15	20,67	9,53		
Anksiyete	Çocuklar	7	22,71	13,24	0,315	0,731
	Eş ve çocuklar	53	24,23	13,41		
	Geniş aile	15	27,13	17,46		

Vaka grubunun depresyon puanları ortalamalarının birlikte yaşadığı kişiler değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup

ortalamları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($F=0,409$; $p=0,666>0,05$).

Vaka grubunun anksiyete puanları ortalamalarının birlikte yaşadığı kişiler değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($F=0,315$; $p=0,731>0,05$).

Tablo 4.22 Kontrol Grubunun Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin Birlikte Yaşadığı Kişilere Göre Dağılımı

		N	Ort	Ss	F	P
Depresyon	Çocuklar	4	18,75	16,01	3,341	0,041*
	Eş ve çocuklar	63	10,05	8,44		
	Geniş aile	8	5,25	3,06		
Anksiyete	Çocuklar	4	16,50	13,28	1,245	0,294
	Eş ve çocuklar	63	12,24	10,89		
	Geniş aile	8	7,13	2,85		

* $p<0,05$

Kontrol grubunun depresyon puanları ortalamalarının birlikte yaşadığı kişiler değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F=3,341$; $p=0,041<0,05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla yapılan tamamlayıcı post-hoc Bonferroni analizi sonucunda; çocukları ile yaşayan ebeveynlerin depresyon puanları, geniş aile ile yaşayan ebeveynlerin depresyon puanlarından yüksek bulunmuştur.

Kontrol grubunun anksiyete puanları ortalamalarının birlikte yaşadığı kişiler değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($F=1,245$; $p=0,294>0,05$).

Tablo 4.23 Vaka Grubunun Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin Yaşanılan Yere Göre Dağılımı

		N	Ort	Ss	F	p
Depresyon	Köy/kasaba	8	21,00	7,60	0,055	0,946
	İlçe	23	19,65	10,96		
	İl	44	20,14	9,87		
Anksiyete	Köy/kasaba	8	23,25	4,53	0,066	0,936
	İlçe	23	25,35	15,69		
	İl	44	24,57	14,64		

Vaka grubunun depresyon puanları ortalamalarının yaşanılan yer değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($F=0,055$; $p=0,946>0,05$).

Vaka grubunun anksiyete puanları ortalamalarının yaşanılan yer değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($F=0,066$; $p=0,936>0,05$).

Tablo 4.24 Kontrol Grubunun Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin Yaşanılan Yere Göre Dağılımı

		N	Ort	Ss	F	P
Depresyon	Köy/kasaba	4	10,25	13,18	0,708	0,496
	İlçe	12	12,75	10,96		
	İl	59	9,42	8,08		
Anksiyete	Köy/kasaba	4	11,50	7,55	0,157	0,855
	İlçe	12	13,50	9,61		
	İl	59	11,63	10,97		

Kontrol grubunun depresyon puanları ortalamalarının yaşanılan yer değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($F=0,708$; $p=0,496>0,05$).

Kontrol grubunun anksiyete puanları ortalamalarının yaşanılan yer değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($F=0,157$; $p=0,855>0,05$).

Tablo 4.25 Vaka Grubunun Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin Çocuk Sayısına Göre Dağılımı

		N	Ort	Ss	F	P
Depresyon	0	2	10,50	9,19	3,158	0,030*
	1	24	20,88	7,95		
	2	37	18,00	9,75		
	3 ve üstü	12	26,50	11,44		
Anksiyete	0	2	7,50	6,36	1,544	0,211
	1	24	26,67	15,06		
	2	37	23,19	12,37		
	3 ve üstü	12	28,08	16,84		

* $p<0,05$

Vaka grubunun depresyon puanları ortalamalarının çocuk sayısı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F=3,158$; $p=0,030<0,05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla yapılan tamamlayıcı post-hoc Bonferroni analizi sonucunda; 3 ve üstü çocuk sahibi olguların depresyon puanları, 0 ve 2 çocuk sahibi olguların depresyon puanlarından yüksek bulunmuştur.

Vaka grubunun anksiyete puanları ortalamalarının çocuk sayısı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($F=1,544$; $p=0,211>0,05$).

Tablo 4.26 Kontrol Grubunun Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin Çocuk Sayısına Göre Dağılımı

		N	Ort	Ss	F	p
Depresyon	1	32	9,63	8,09	2,152	0,124
	2	33	8,79	8,78		
	3 ve üstü	10	15,20	10,09		
Anksiyete	1	32	10,94	8,67	0,589	0,558
	2	33	11,91	10,80		
	3 ve üstü	10	15,10	14,97		

Kontrol grubunun depresyon puanları ortalamalarının çocuk sayısı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($F=2,152$; $p=0,124>0,05$).

Kontrol grubunun anksiyete puanları ortalamalarının çocuk sayısı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup

ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($F=0,589$; $p=0,558>0,05$).

Tablo 4.27 Vaka Grubunun Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin Kronik Hastalığı Olan Birden Fazla Çocuk Varlığına Göre Dağılımı

	Kronik hastalığı olan birden fazla çocuk	N	Ort	Ss	t	P
Depresyon	Var	7	10,86	5,98	-	0,009**
	Yok	68	21,03	9,76	2,697	
Anksiyete	Var	7	17,86	9,03	-	0,183
	Yok	68	25,37	14,43	1,345	

** $p<0,01$

Vaka grubunun depresyon puanları ortalamalarının kronik hastalığı olan birden fazla çocuk değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($t=-2,70$; $p=0,009<0,05$). Kronik hastalığı olan bir çocuğu olan ailelerin depresyon puanları, kronik hastalığı olan birden fazla çocuğa sahip ailelerin depresyon puanlarından yüksek bulunmuştur.

Vaka grubunun anksiyete puanları ortalamalarının kronik hastalığı olan birden fazla çocuk değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($t=-1,345$; $p=0,183>0,05$).

Tablo 4.28 Vaka Grubunun Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin Tanı Konulmasından İtibaren Geçen Süreye Göre Dağılımı

		N	Ort	Ss	F	P
Depresyon	0-6 ay	29	22,59	10,02	5,046	0,009**
	7-24 ay	15	13,33	6,53		
	>24ay	31	21,00	9,91		
Anksiyete	0-6 ay	29	27,14	14,63	2,602	0,081
	7-24 ay	15	17,47	9,44		
	>24ay	31	25,84	14,78		

** $p < 0,01$

Çalışmaya katılan ailelerin depresyon düzeyleri ortalamalarının, tanı konulmasından itibaren geçen süre değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur. ($F=5,046$; $p=0,009 < 0,05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla yapılan tamamlayıcı post-hoc Bonferroni analizi sonucunda; tanı konulmasından itibaren geçen süre 7-24 ay olan çocukların ailelerinin depresyon düzeyleri, tanı konulmasından itibaren geçen süre 0-6 ve >24 ay olan çocukların ailelerinin depresyon düzeylerinden düşük bulundu.

Araştırmaya katılan ailelerin anksiyete puanları ortalamalarının, tanı konulmasından itibaren geçen süre değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunamadı ($F=2,602$; $p=0,081 > 0,05$).

Tablo 4.29 Kronik Hastalıklara Göre Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin Dağılımı

	Kronik Hastalık	N	Ort	Ss	KW	P
Depresyon	Astım	10	21,30	13,67	48,3	0,000**
	Konjenital kalp hastalığı	6	21,17	12,48		
	Epilepsi	17	16,71	9,06		
	Artrit	5	16,00	11,66		
	Down sendromu	3	27,00	8,00		
	Diabetes mellitus	10	15,30	6,00		
	ALL	24	23,67	8,07		
	Kontrol	75	10,00	8,80		
Anksiyete	Astım	10	21,80	13,99	43,4	0,000**
	Konjenital kalp hastalığı	6	17,00	14,06		
	Epilepsi	17	21,29	12,43		
	Artrit	5	23,00	19,52		
	Down sendromu	3	41,00	4,36		
	Diabetes mellitus	10	17,40	9,12		
	ALL	24	31,50	13,47		
	Kontrol	75	11,92	10,53		

** $p < 0,01$

Çocuğunun kronik hastalığı astım ($p=0,002 < 0,01$), konjenital kalp hastalığı ($p=0,023 < 0,05$), epilepsi ($p=0,001 < 0,01$), down sendromu ($p=0,005 < 0,01$), diabetes mellitus ($p=0,007 < 0,01$), ALL ($p=0,000 < 0,01$) olan olguların depresyon düzeyleri, kontrol grubunun depresyon düzeylerinden yüksek bulunmuştur.

Çocuğunun kronik hastalığı ALL olan olguların depresyon düzeyleri, çocuğunun kronik hastalığı konjenital kalp hastalığı ($p=0,031 < 0,05$) ve diabetes mellitus ($p=0,010 < 0,05$) olan olguların depresyon düzeylerinden yüksek bulunmuştur.

Çocuğunun kronik hastalığı down sendromu olan olguların depresyon düzeyleri, çocuğunun kronik hastalığı epilepsi ($p=0,049 < 0,05$) ve diabetes mellitus ($p=0,041 < 0,05$) olan olguların depresyon düzeylerinden yüksek bulunmuştur.

Çocuğunun kronik hastalığı astım ($p=0,020<0,05$), epilepsi ($p=0,008<0,01$), down sendromu ($p=0,000<0,01$), diabetes mellitus ($p=0,043<0,05$), ALL ($p=0,000<0,01$) olan olguların anksiyete düzeyleri, kontrol grubunun anksiyete düzeylerinden yüksek bulunmuştur.

Çocuğunun kronik hastalığı ALL olan olguların anksiyete düzeyleri, çocuğunun kronik hastalığı epilepsi ($p=0,006<0,01$) ve diabetes mellitus ($p=0,005<0,01$) olan olguların anksiyete düzeylerinden yüksek bulunmuştur.

Çocuğunun kronik hastalığı down sendromu olan olguların anksiyete düzeyleri, çocuğunun kronik hastalığı epilepsi ($p=0,013<0,05$), konjenital kalp hastalığı ($p=0,048<0,05$) ve diabetes mellitus ($p=0,049<0,05$) olan olguların anksiyete düzeylerinden yüksek bulunmuştur.

Diğer kronik hastalıklara sahip çocukların ailelerinin depresyon ve anksiyete düzeyleri arasında anlamlı fark bulunamamıştır ($p>0,05$).

5.TARTIŞMA

Günümüzde kronik hastalıkların giderek artması ve beklenen yaşam süresinin uzaması yaşam kalitesi kavramını ön plana çıkarmaktadır. Kronik hastalığa bağlı olarak fiziksel-zihinsel sınırlılıklar ve sakatlıklar, bireyin bağımsızlığını azaltmanın yanı sıra, uzun süreli bakım gereksinimi, sağlığın algılanmasını ve sosyal etkinlikleri de kısıtlamaktadır. Ayrıca kronik bir hastalığın olması, hastalıkla beraber yaşama süresini artırarak uyumu bozmakta, fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik sorunların ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Tüm bu değişiklikler bireyin ve ailenin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir⁽⁹⁸⁾.

Türkiye Özürlüler Araştırması 2002 sonuçlarına göre ülkemizde 0-19 yaş arası kronik hastalığı olan 698406 çocuk bulunmaktadır. Ülkemizde çocuğa ailede verilen değer gözönüne alındığında çocuğun hastalığının çocuklarla birlikte anne-babalar ve kardeşleri de birinci derecede etkilediği bilinmektedir. Buna göre, çocuğun kronik hastalığından etkilenen kişi sayısı yaklaşık 2,8 milyondur⁽⁶⁾.

Çalışmamızın sonucunda oluşan demografik özelliklere bakacak olursak; vaka grubunun %82,7'si, kontrol grubunun da %78,7'si ebeveyn olarak anneleri temsil ediyordu. Bazı kültürlerde olduğu gibi bizim kültürümüzde de genellikle ailenin geçimi ile ilgili maddi sorumlulukları babalar üstlenirken, anneler daha çok evde kalmakta, ev dışında iş ortamı olmadığı gibi arkadaş ilişkileri de daha sınırlı olmakta ve çocukların bakımı ile daha yoğun olarak anneler ilgilenmektedirler, bu durum da çalışmamızda annelerle daha sık karşılaşılmasının nedeni olarak açıklanabilir.

Olgulardaki yaş özelliğinde ise en çok oran her iki grupta da 30-39 yaş aralığındaydı ve %90'ın üzerindeki oranlarda evli olgular bulunmaktaydı. Vaka grubunda en çok ilköğretim mezunları (%45,3) bulunurken kontrol grubunda en çok lise mezunları (%38,7) yer almaktaydı. Toros ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada hasta çocukların ebeveynlerinin eğitim düzeyleri, kontrol grubundaki sağlam çocukların ebeveynlerinin eğitim düzeylerinden düşük bulunmuştur⁽⁵⁾.

Her iki grupta da en fazla oranda iş sahibi olmayan ebeveynler bulunurken, vaka grubunun sadece %12,0'ının, kontrol grubunun ise sadece %5,3'ünün sosyal güvencesi bulunmamaktaydı. Çalışmamıza büyük çoğunlukta ev hanımı annelerin katılması, eşlerinden dolayı sağlık güvencelerinin olması bu durumu açıklayabilir.

Vaka grubunda %40,0 ile 500-999 TL gelir en fazla izlenirken, kontrol grubunun %40,0'ı 2500 TL ve üstü gelir düzeyinde idi. Vaka grubundaki gelir düzeyi kontrol grubuna göre anlamlı olarak düşük bulundu.

Vaka grubunun %10,7'si köy veya kasabada, %30,7'si ilçede, %58,7'si ilde yaşıyordu. Kontrol grubunun %5,3'ü köy veya kasabada, %16,0'ı ilçede, %78,7'si ilde yaşıyordu. Vaka grubunda köy, kasaba ve ilçede yaşama oranları anlamlı olarak yüksek bulundu. Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre kırsal alanda yaşayanların gelir düzeyleri kentsel alanda yaşayanların gelir düzeylerinden düşüktür⁽⁹⁹⁾. Vaka grubundakilerin gelir düzeyindeki düşüklük bu durum ile ilişkilendirilebilir.

Vaka grubundaki hastalıklardan en sık olanı %32,0 ile ALL olup, onu epilepsi, diyabet ve astım takip etmekte idi. Çalışmamızın devam ettiği sürede yarık damak/dudak, orak hücreli anemi, kistik fibrozis, hemofili, muskuler distrofi tanısı olan çocukların aileleri ile karşılaşmadık. Bu hastalık gruplarıyla karşılaşmamamızın nedeni vaka sayımızdaki kısıtlılık olabilir. Çalışmamızın yapıldığı hastane üçüncü basamak sağlık hizmeti veren, çocuk hematoloji servisi bulunan bir kurum olduğu için ALL tanısı alan çocukların aileleri ile daha sık karşılaştığımızı düşünmekteyiz. Kronik hastalığı olan çocukların %46,7'si dört veya daha fazla kez hastaneye yatmış ve beklendiği üzere kronik hastalığı olmayan kontrol grubuna göre hastaneye yatış sayıları anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

Vaka grubundakilerin depresyon düzeyleri kontrol grubundakilerin depresyon düzeylerinden yüksek bulundu ($p<0,01$). Vaka grubundakilerin anksiyete düzeyleri kontrol grubundakilerin anksiyete düzeylerinden yüksek bulundu ($p<0,01$). Vaka grubundakilerin anksiyete ve depresyon ortalamaları, kontrol grubundakilere göre anlamlı olarak yüksek bulundu ($p=0,000$). Ayrıca her iki grupta da anksiyete düzeyi arttıkça depresyon düzeylerinde de artış

görüldü. Kayahan ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada 15-49 yaş arası kadınlarda depresyon prevalansı %25,8 olarak bulunmuştur⁽¹⁰⁰⁾. Bizim çalışmamızda bulduğumuz oranlar bu çalışmanın sonuçlarından daha yüksekti. Türk kadın popülasyonundaki depresyon oranları ve bizim bulduğumuz oranlar arasındaki fark annelerin kronik hasta çocukları olması ve bunların primer bakımından sorumlu olmaları ile ilişkilendirilebilir. Çıgırıkçı H'nin yaptığı çalışmada da kronik hastalığı olan çocuklara sahip ebeveynler ile çocukları sağlıklı olan kontrol grubu arasında depresyon karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır⁽¹¹⁾. Miller ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada, engelli çocuğa sahip annelerde somatik yakınmalar, depresyon ve anksiyete bozukluğu gibi ruhsal sorunların engelli çocuğa sahip olmayan annelere göre daha sık görüldüğü bildirilmiştir⁽¹⁰¹⁾. Başka bir çalışmada ise annelerin çocuğun bakımı ile daha fazla ilgilenmesinden dolayı depresyon gelişme oranının sık olduğu bildirilmiştir⁽¹⁷⁾. Rudolph M ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise konuşma bozukluğu olan çocukların annelerinin depresyon düzeylerinde anlamlı olarak artış saptanmış ancak anksiyete düzeylerinde kontrol grubuna göre bir farklılık saptanmamıştır⁽¹⁰²⁾. Aksu MT'nin çalışmasında ise kronik hastalığı olan çocukların ebeveynlerinin anksiyete düzeyleri kontrol grubuna göre yüksek saptanmıştır⁽¹⁰⁾.

Çalışmamızda lösemi tanısı olan çocukların ailelerinin depresyon ve anksiyete düzeyleri, diğer kronik hastalıklara sahip olan çocukların ailelerinin anksiyete ve depresyon düzeylerinden anlamlı olarak yüksek bulundu. Toros ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada da kanser hastalığı olan çocukların annelerinin depresyon ve anksiyete puan ortalamaları, kanser dışı kronik hastalığı olan çocukların annelerinin depresyon ve anksiyete puan ortalamalarından yüksek bulunmuştur⁽⁵⁾.

Arslan Z'nin lösemi hastası çocuk ebeveynlerinde yapmış olduğu çalışmaya göre, lösemi tedavi sürecinin çoğu zaman hastanede yatmayı gerektirmesi aile bütünlüğünü olumsuz etkilemektedir. Hastanede ve evde kalan bireyler düzenlerini bu yeni duruma göre ayarlamaya çalışmaktadırlar. Ebeveynler genellikle çocuğun hastalığına farklı tepkiler vermektedirler. Aile

içindeki işlevselliğin bozulması, rol değişimi, birbirini suçlama, maddi sorunların ortaya çıkması gibi nedenler çocuğa verilen bakımı da olumsuz etkilemektedir. Hastalık süreci, aile üyelerinde hastalardan daha fazla anksiyete, depresyon, yorgunluk, rol çatışması, sosyal izolasyon ve sıkıntı yaşanmasına neden olmaktadır⁽¹⁰³⁾.

Kanserli çocukların ebeveynleriyle ilgili birçok çalışma yapılmıştır ve yüksek oranda stres bozuklukları saptanmıştır. Brown ve arkadaşları lösemili çocuğu olan annelerin 1/3'ünde en az bir ruhsal bozukluk olduğunu bildirmişlerdir⁽¹¹⁾. Kazak ve arkadaşlarının kanserli çocuklarla yürüttüğü çalışma sonuçlarına göre; annelerin %68'i ve babaların %57'sinde post travmatik stres bozukluğu saptanmıştır. Aynı çalışmada; kanser hastalığı olan çocukların ailelerinin %79'unda, ebeveynlerin en az birinde posttravmatik stres bozukluğuna rastlandığı bildirilmiştir⁽¹⁰⁴⁾. Stoppelbein ve arkadaşlarının kanser ve diyabet hastalığına sahip çocukların annelerinde stres durumunu araştırdıkları çalışmada, iki grup arasında anlamlı bir fark saptanmamış, diyabetli çocukların annelerinde %25, kanserli çocukların annelerinde ise %27 oranında stres bozukluğu saptandığı bildirilmiştir⁽⁴⁶⁾. Kanserli çocukların ailelerinde depresyon ve anksiyetenin bu kadar sık görülmesi; kanser hastalığının uzun ve zor tedavi sürecine, uzun süreli hastane yatışlarına, gelecek ve ölüm kaygısına, toplumun kanserle ilgili olumsuz tutumlarına bağlanabilir.

Çalışmamızda vaka grubunun depresyon ve anksiyete düzeyleri, hastanede yatış sayısına göre değişim görmemekle birlikte kontrol grubunun depresyon ve anksiyete düzeyleri, hastanede yatış sayısına göre değişim göstermektedir. Hastaneye en az bir kez yatan çocuğun ailesindeki depresyon ve anksiyete düzeyi hiç hastane yatışı olmayan ailelere göre yüksek saptandı. Aksu MT'nin çalışmasında hastanede yatış sayısının artışı ile ailenin kaygı düzeyinin artışının beklenen bir sonuç olduğu belirtilmiştir⁽¹⁰⁾. Bizim çalışmamızda bu durum kontrol grubunda gözlemlendi.

Vaka grubunda yaş aralıkları dikkate alındığında anksiyete açısından yaş grupları arasında anlamlı bir fark saptanmamasına rağmen, depresyon açısından 30-39 yaş aralığının 18-29 yaş aralığına göre depresyon puanları

yüksek bulunmuştur. Bunun nedeni depresyonun çocuklarda ve yaşlılarda görülme ihtimalinin düşük olması, 35-45 yaş aralığında pik yapması olarak gösterilebilir⁽¹⁰⁵⁾.

Çalışmamızda vaka grubunda ve kontrol grubunda depresyon ve anksiyete açısından yakınlık derecesine göre anlamlı fark saptanmadı. Ancak Olsson MB ve arkadaşının çalışmasında annelerin hasta çocukların bakımında genellikle aktif roller üstlendiklerini ve hatta bunun için sevdikleri aktivitelerden ya da işlerinden vazgeçebildikleri belirtilmiştir. Bu yüzden babalara göre daha fazla stres altında oldukları ve depresyon risklerinin de daha yüksek olduğu vurgulanmıştır⁽¹⁰⁶⁾.

Çalışmamızda depresyon ve anksiyete değerlendirmesinde eğitim düzeyi ile ilişkili anlamlı bir fark saptanmadı ancak Toros ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada baba eğitim düzeyi ile baba depresyon düzeyi arasında ve anne eğitim düzeyi ile anne depresyon düzeyi arasında negatif korelasyon saptanmıştır⁽⁵⁾. Türkiye’de okur yazar olmayanların %81,7’sini kadınlar oluşturmaktadır⁽¹⁰⁷⁾. Bizim çalışmamızda annelerin eğitim düzeylerinin düşük olduğu görülmüştür. Kadının hem kendisinin, hem de çocuklarının sağlığının korunması ve yükseltilebilmesi için eğitimin önemli bir faktör olduğu bilinmektedir.

Çalışmamızda vaka grubundakilerin depresyon düzeyleri, ailenin gelir düzeyi ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı. Aylık geliri 2500 TL ve üzeri olan ebeveynlerin depresyon skoru diğer ebeveynlere göre daha yüksek saptandı ($p=0,049$). Bizim çalışmamızda yüksek sosyoekonomik gruptaki vakalarda depresyon skoru daha yüksek bulunmasına rağmen, farklı çalışmalarda düşük sosyoekonomik durum ile depresyon arasında bir bağlantı olabileceği belirtilmiştir, özellikle düşük sosyoekonomik sınıftan çalışan kadınlardaki depresyon oranı, daha yüksek sosyoekonomik sınıfta olan hemcinslerine göre daha yüksek bulunmuştur⁽¹⁰⁵⁾. Rothschild ise 1999 yılındaki çalışmasında depresyonun kentlerde, işsizlerde üç kat, yoksullarda iki kat daha fazla olduğunu belirtmiştir⁽¹¹⁾.

Düşük sosyoekonomik düzeydeki anneler daha fazla stres ve sorumluluk altındadırlar ki bu da onların çocuğun durumuna daha fazla toleranslı yaklaşımlarına neden olur. Bu aileler sorunla yüzleşmekten çok sorunla yaşamayı öğrenirler⁽¹⁰⁸⁾. Kronik hastalık ailenin ekonomik kaynaklarını zayıflatır, ailede gelir düzeyinin düşmesi bakım giderlerinin karşılanamamasına, diğer çocuklara yeter bütçe ayrılamamasına ve annenin kaygı yaşamamasına neden olabilmektedir.

Çalışmamızda vaka grubunda birlikte yaşadıkları bireylere göre anksiyete ve depresyon düzeylerine baktığımızda anlamlı bir ilişki saptamazken, kontrol grubunda depresyon ilişkisinde, sadece çocukları ile yaşayan ebeveynlerin depresyon düzeyi geniş aile ile yaşayanlarından daha fazla olarak saptanmıştır ($p=0,041$). Sırasıyla, evli kadınlar; yalnız yaşayan ve dul kadınlar; yalnız, dul, boşanmış erkekler; ayrılmış veya boşanmış kadınlar artan oranda depresyon riski içersindedirler⁽¹⁰⁵⁾. Çevresinden tutarlı, anlamlı ve uygun destekler alan bireyler kendilerini yıkıcı çevresel streslere karşı daha iyi korurlar. Sosyal destek ağı kalabalık olan kişilerde psikiyatrik rahatsızlıkların görülme ihtimali azalmaktadır⁽¹⁰⁹⁾.

Çalışmamızda kontrol ya da vaka grubunda, ebeveynlerin yaşadıkları yer ve bunların anksiyete depresyon durumu ile karşılaştırılması konusunda herhangi bir anlamlı sonuç saptanmadı. Çalışmanın yapıldığı hastane bölge hastanesi olarak hizmet verdiği için dolayı hastaların geldiği yerlerin il, ilçe ve köy/kasaba tercihlerinin hepsinden olması normal olarak değerlendirilebilir. Sevinç S'nin çalışmasında ise yaşanan yer şehir merkezinden uzaklaştıkça annelerin anksiyete ve depresyon düzeylerinin arttığı belirtilmiştir⁽¹¹⁰⁾.

Çalışmamızda vaka grubundakilerin sosyal güvencelerine göre değerlendirilmesinde anksiyete ve depresyon açısından anlamlı bir fark bulunmazken kontrol grubunda sosyal güvencesi olmayan ebeveynlerde anksiyete ve depresyon puanları anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p=0,00$, $p=0,03$). Sevinç S'nin astımlı çocukların anneleriyle yaptığı çalışmasında, kontrol grubumuza benzer şekilde; sosyal güvencesi olmayan ailelerde annelerin depresyon ve anksiyete düzeyleri yüksek saptanmıştır⁽¹¹⁰⁾.

Anksiyete ve depresyon düzeylerine, sahip olunan çocuk sayısı kategorisinde baktığımızda ise vaka grubunda üç veya daha fazla çocuğa sahip olan ebeveynlerde depresyon puanları açısından anlamlı yükseklik saptanmış ($p=0,030$), ancak anksiyete açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p=0,221$). Literatürde kronik hasta bakımının ekonomik açıdan aileyi zorlayıcı bir olay olduğu belirtilmektedir⁽¹⁰⁾. Kronik hastalıkla beraber evdeki çocuk sayısının artması, ekonomik açıdan aileyi zorlayıp depresyonu etkileyebilir. Ayrıca kronik hastalığa sahip kardeşi olan çocuklarda da stres bozukluklarında artış görülmektedir. McHale SM. ve arkadaşlarının çalışmasına göre hasta çocuk üzerine yoğunlaşan aile sağlıklı çocukla sosyal ve duygusal olarak ilgilenmemektedir. Anne-babalar sağlıklı kardeşlerin daha çok fiziksel sağlıkları ile ilgilenmekte, sağlıklı kardeşlerin duygusal problemleri çoğunlukla fark edilmemektedir⁽¹¹⁾. Bu durum da aile içindeki düzenin daha da fazla bozulmasını tetikleyebilir.

Kronik hastalığa sahip çocuğu olan ebeveynlerin sahip oldukları kronik hastalıklı çocuk sayısı ile depresyon düzeyleri değerlendirildiğinde ise birden fazla kronik hastalıklı çocuğa sahip ebeveynlerin depresyon düzeyi bir kronik hastalıklı çocuğa sahip olanlardan anlamlı olarak daha düşük saptandı ($p=0,009$). Fortier ve Wanlass tarafından açıklanan ebeveynlerin kronik hastalıkla karşılaştıklarında verdikleri tepkileri zamana göre tarifleyen modele göre sırasıyla, şaşkınlık, inkar, keder, dışarıya odaklanma ve kapanış dönemleri olmaktadır. Kapanış evresi son evre olup bu evrede anne-babalar çocukların tanısının normal aile yaşantısını bozduğu ve bozmaya devam edeceği gerçeğini kabul ederler. Aile, çocuğun aile hayatına uyum sağlaması için yöntemler geliştirir⁽¹²⁾. Kronik hastalığa sahip çocuk sayısı artsa da depresyon seviyesinin azalması, ebeveynlerin kronik hastalıkla başa çıkma yetilerinin ve tecrübelerinin artması ile açıklanabilir.

Çalışmamızda vaka grubunun depresyon düzeyleri çocuklarına tanı konulmasından itibaren geçen süreye göre değişim göstermektedir. Tanı konulmasından itibaren geçen süre 7-24 ay olan çocukların ailelerinin depresyon düzeyleri, tanı konulmasından itibaren geçen süre 0-6 ve >24 ay olan çocukların ailelerinin depresyon düzeylerinden düşük bulundu.

Anksiyete ve tanı konulmasından itibaren geçen süre arasında ilişki bulunamadı. Çığrıkçı H'nin çalışmasında tanı konma süresi uzadıkça depresyonun azaldığı söylenmektedir⁽¹¹⁾. Karakavak ve arkadaşının yaptığı çalışmada anneler çocuklarına kronik hastalık tanısı konduğunu ilk öğrendiklerinde şok, şaşkınlık, acı, korku gibi duygular yaşadıklarını zamanla dini inanışlarına sığınarak, aileden ve çevreden maddi, manevi destek alarak duruma uyum sağladıklarını belirtmişlerdir⁽¹³⁾.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Vaka-kontrol tipindeki bu araştırma, kronik hastalığı olan 75 çocuğun ve kronik hastalığı olmayan 75 çocuğun ailesinde uygulandı. Her iki grup sosyodemografik durum, depresyon ve anksiyete düzeyleri açısından karşılaştırıldı. Bu amaçla sosyodemografik bilgi formu, Beck Depresyon Ölçeği ve Beck Anksiyete Ölçeği kullanıldı.

1. Vaka-kontrol grupları arasında yakınlık derecesi, yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, meslek, sosyal güvence, birlikte yaşadığı kişiler ve çocuk sayısı açısından anlamlı farklılık yoktu ($p>0.05$).
2. Vaka grubunda gelir düzeyi anlamlı olarak düşük, köy, kasaba ve ilçede yaşama oranı anlamlı olarak yüksek bulundu.
3. Vaka grubundakilerin çocuklarının 10'u (%13,3) astım, 6'sı (%8,0) konjenital kalp hastalığı, 17'si (%22,7) epilepsi, 5'i (%6,7) artrit, 3'ü (%4,0) down sendromu, 10'u (%13,3) diabetes mellitus, 24'ü (%32,0) ALL idi. Kronik hastalık tanısına göre ailenin depresyon ve anksiyete düzeyleri farklılık göstermekte idi.
4. Kronik hastalığı olan çocukların ailelerinin depresyon düzeyleri, kronik hastalığı olmayan çocukların ailelerinin depresyon düzeylerinden anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p<0,01$).
5. Kronik hastalığı olan çocukların ailelerinin anksiyete düzeyleri, kronik hastalığı olmayan çocukların ailelerinin anksiyete düzeylerinden anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p<0,01$).
6. Vaka ve kontrol grubunda anksiyete düzeyleri arttıkça depresyon düzeyleri de artmaktadır.
7. ALL tanısı olan çocukların ailelerinin anksiyete ve depresyon düzeyleri, diğer kronik hastalığı olan çocukların ailelerinin anksiyete ve depresyon düzeylerinden yüksek bulunmuştur.
8. Kronik hastalığı olan çocukların ailelerinin anksiyete ve depresyon düzeyleri ile yakınlık derecesi, eğitim düzeyi, meslek, sosyal güvence, gelir düzeyi, birlikte yaşanan kişiler ve yaşanan yer açısından ilişki saptanmamıştır.

9. Vaka grubunda, 18-29 yaş grubundaki olguların depresyon puanları, 30-39 yaş grubundaki olguların depresyon puanlarından düşük bulunmuştur.
10. Vaka grubunda, üç ve üstü çocuk sahibi olguların depresyon puanları, sıfır ve iki çocuk sahibi olguların depresyon puanlarından yüksek bulunmuştur.
11. Vaka grubunda, kronik hastalığı olan bir çocuğu olan ailelerin depresyon puanları, kronik hastalığı olan birden fazla çocuğa sahip ailelerin depresyon puanlarından yüksek bulunmuştur.
12. Kronik hastalığı olmayan çocukların ailelerinin anksiyete ve depresyon düzeyleri ile yaş, yakınlık derecesi, eğitim düzeyi, meslek, gelir düzeyi, çocuk sayısı açısından ilişki saptanmamıştır.
13. Kontrol grubunda, sosyal güvencesi olmayan olguların anksiyete ve depresyon puanları, SGK'sı olan olguların anksiyete ve depresyon puanlarından yüksek bulunmuştur.
14. Kontrol grubunda, çocukları ile yaşayan ebeveynlerin depresyon puanları, geniş aile ile yaşayan ebeveynlerin depresyon puanlarından yüksek bulunmuştur.
15. Vaka grubunda hastanede yatış sayısı anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Vaka grubunda depresyon ve anksiyete düzeyleri, hastanede yatış sayısına göre değişim göstermemektedir. Kontrol grubunda depresyon ve anksiyete düzeyleri, hastanede yatış sayısına göre değişim göstermektedir.
16. Vaka grubunun depresyon düzeyleri tanı konulması itibari ile geçen süreye göre değişim göstermektedir. 7-24 ay önce tanı alan çocukların ailelerinin depresyon düzeyleri, 0-6 ve >24 ay önce tanı alan çocukların ailelerinin depresyon düzeylerinden düşük bulunmuştur.
17. Daha öncesine ait psikiyatrik hastalık öyküsü olan kişi sayısı vaka-kontrol gruplarında sırasıyla %9,3, %6,7 iken, çalışmamız sonucunda vaka grubunda BDÖ puanı 17 ve üzeri bulunan kişi sayısı %57,3, kontrol grubunda %17,3 olarak bulunmuştur. Bu oranlar kronik hastalığı olan çocukların ailelerinde psikiyatrik rahatsızlıkların sık

görüldüğünü ve ailelerin hastalıklarının farkında olmadıklarını, bu tarz taramalara ihtiyaç duyduklarını göstermektedir.

18. Kronik hastalığı olan çocukların ailelerinde anksiyete ve depresyon sık görülmektedir, çocukların hastalıkları ile ilgilenirken ailedeki diğer bireylerin de bu durumdan etkileneceği düşünülüp, tüm aile bireylerinin ruh sağlığını korumaya yönelik önleyici yöntemler geliştirilmeli ve uygulanmalıdır.
19. Kronik hastalığa sahip çocuk ve ailesinin yaşadığı sorunların sağlık personeli tarafından bilinmesi tedavi sürecinde çok önemli bir noktadır. Bu dönemdeki olumsuz etkileri en aza indirmek için, aile; çocuğun hastalığı, takip ve tedavi aşamaları hakkında bilgilendirilmeli, sağlık kuruluşlarında çocuklar ve ailelerini psikolojik, sosyal ve eğitimsel olarak destekleyecek programlar oluşturulmalı ve bunun için gerekli ekipler kurulmalıdır. Ailenin tüm fertlerinin yaş, cinsiyet, ya da herhangi bir özelliğine bakmaksızın tüm sağlık sorunları ile ilgilenen, takip ve tedavilerini yapan, ilk tıbbi temas noktasını oluşturan aile hekimleri de bu ekibin bir parçası olarak görev almalıdır.
20. Aile hekimleri, alanlarının temel ilkelerinden biri olan bütüncül yaklaşımı ihmal etmemeli, sadece hastanın o anki hastalığını değil, onu ve ailesini duygulanımlarıyla birlikte bir birey olarak ele almalı, biyopsikososyal yaklaşımın bir gereği olarak, aile görüşmeleriyle hasta ve çevresindekilere rehberlik etmeli, ruhsal durum muayenelerini yapmalı, gerekli tedaviyi ve desteği sağlamalı; gerekli durumlarda psikiyatriste yönlendirmelidir.

KAYNAKLAR

1. Gülümser G, Gülen B. Hastalık ve Çocuk. Aile ve Toplum Dergisi, Sayı:8, Cilt:2, Yıl:7, Ocak-Mart 2005.
2. James M. Perrin. Chronic Illness in Childhood. In Richard E. Behrman, MD. Robert M. Kliegman, MD. Hal B. Jenson, MD, Editor. Nelson Textbook of Pediatrics 16th Edition 2000 p.123-125
3. Martinez YJ, Ercikan K. Chronic illnesses in Canadian children: what is the effect of illness on academic achievement, and anxiety and emotional disorders? Child: care, health and development, 35, 3, 391–401
4. Newacheck PW. Adolescents with special health needs: prevalence, severity, and access to health services. Pediatrics. 1989 Nov;84(5):872-81.
5. Toros F, Tot Ş, Düzovalı Ö. Kronik hastalığı olan çocuklar, anne ve babalarındaki depresyon ve anksiyete düzeyleri. Klinik Psikiyatri.2002;5:240-247
6. Er M. Çocuk, Hastalık, Anne-babalar ve Kardeşler. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2006; 49: 155-168
7. Orr DP, Weller SC, Satterwhite B, Pless IB. Psychosocial implications of chronic illness in adolescence. J Pediatrics 1984; 104: 152-157.
8. Perrin EC, Newacheck PW, Pless IB, et al. Issues involved in the definition and classification of chronic health conditions. Pediatrics.1993;91: 787
9. Marison JE, Bromfield LM, Comeron HJA. Therapeutic model for supporting families of children with a chronic illness or disability. Child and Adolescent Mental Health.2003;8(3), 125-130.
10. Aksu MT. Kronik Hastalığı Olan Çocukların Annelerinin Sosyodemografik Özellikleri Depresyon, Anksiyete, Problem Çözme Yeteneği ve Yaşam Kaliteleri Açısından Değerlendirilmesi. Aile

- Hekimliği. Tıpta Uzmanlık Tezi. T.C. Sağlık Bakanlığı Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, 2008
11. Çıgırıkçı H. Kronik Hastalığı Nedeniyle Devamlı Takip Edilmekte Olan Çocukların Annelerinin Sosyodemografik Özellikleri ve Annelerin Depresyon Prevelansı. Aile Hekimliği. Tıpta Uzmanlık Tezi. T.C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, 2007
 12. Smith ME. Protective shield: A thematic analysis of the experience of having and adult sibling with insulin-dependent diabetes mellitus. *Issues in Mental Health Nursing*. 1998;19: 317–335.
 13. Lock J. Psychosexual development in chronic medical illness. *Psychosomatics* 1998;39: 340-349.
 14. Jacobs P, Mc Dermott S. Family caregiver costs of chronically ill and handicapped children: method and literature review. *Public Health Reports* 1989; 104:158163.
 15. Meleksi DD. Families with chronically ill children. *American Journal of Nursing* 2002;102: 47-54.
 16. Hentinen M, Kyngas H. Factors associated with the adaptation of parents with a chronically ill child. *Journal of Clinical Nursing*.1998; 7: 316-324.
 17. İnal-Emiroğlu FN, Pekcanlar Akay A. Kronik Hastalıklar, Hastaneye Yatış ve Çocuk. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2008;22(22):99-105
 18. Mastroyannopovlov K, Stakkard P, Lewis M et al. The impact of childhood non-malignant life threatening illness on parents: Gender differences and prediction of parental adjustment. *J Child Psychol Psychiatry*.1997;38(7):823-829.
 19. Riddle II, Hennessey J, Eberly TW, Carter MC, Miles MS. Stressors in the pediatric intensive care unit as perceived by mothers and fathers. *MCN Am J Matern Child Nurs* 1989; 18: 221-233.

20. Baron C, Veilleux P, Lamarre A. The family of the asthmatic child. *Can J Psychiatry* 1992; 37: 12-16.
21. Hanson MJ, Hanline MF. Parenting a child with a disabilities: a longitudinal study of parental stress and adaptation. *J Early Intervent.* 1994;14:234-248.
22. Pelchat D, Richard N, Bouchard JM et al. Adaptation of parents in relation to their 6-month-old infant's type of disability. *Child Care Health Dev.* 1999;25:377-397
23. Sears MR. Epidemiology of childhood asthma. *Lancet* 1997;350:1015-20
24. Macias CG, Caviness AC, Sockrider M, Brooks E, Kronfol R, Bartholomew LK, Abramson S, Shearer W. The effect of acute and chronic asthma severity on pediatric emergency department utilization. *Pediatrics.* 2006;117:86-95.
25. Cloutier MM, Wakefield DB, Hall CB, Bailit HL. Childhood asthma in an urban community: prevalence, care system, and treatment. *Chest.* 2002 Nov;122(5):1571-9.
26. Tomaç N, Saraçlar Y. Astım epidemiyolijisi. *Klinik Çocuk Forumu,* 3(4):14-16, 2003
27. Öneş Ü. Bronşiyal astım. Ed.:Neyzi O., Ertuğrul T., *Pediatrici.* 3. Baskı, Cilt.1, s.616-630, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2002
28. Turner-Warwick M. Epidemiology of nocturnal asthma. *Am J Med* 1988;85:6-8
29. Dağlı E. Astım. *Klinik Çocuk Forumu Çocuk Göğüs Hastalıkları Özel Sayısı.* 2003; 3(1): 4-12.
30. Yuksel H, Sogut A, Yilmaz O, Demet M, Ergin D, Kirmaz C. Evaluation of sleep quality and anxiety-depression parameters in asthmatic children and their mothers. *Respir Med.* 2007;101(12):2550-4

31. Shalowitz MU, Mijanovich T, Berry CA ve ark. Context matters: A community-based study of maternal mental health, life stressors, social support, and children's asthma. *Pediatrics* 2006;117:940-8.
32. Bartlett SJ, Krishnan JA, Riekert KA ve ark. Maternal depressive symptoms and adherence to the rapy in inner-city children with asthma. *Pediatrics* 2004;113:229-37.
33. Çil E. Konjenital Kalp Hastalıkları. *Turkiye Klinikleri J Int Med Sci.*2006;2(15):51-9
34. Aytekin A. Doğumsal kalp hastalığı olan çocukların ebeveynlerinin ruhsal sıkıntı ve umutsuzluk düzeyleri ile algıladıkları sosyal destek arasındaki ilişki. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. T.C. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum, 2005*
35. Dekker PA. *Epilepsy A manual for Medical and Clinical Officers In Africa. Revised Ed. Geneva. World Health Organization;2002*
36. Wheless JW, Clarke DF, Arzimanoglou A, Carpenter D. Treatment of pediatric epilepsy: European expert opinion, 2007. *Epileptic Disord* 2007;9(4):353-412
37. Brodie MJ, French JA. Management of epilepsy in adolescent and adults. *Lancet.* 2000;356(9226):323-9.
38. O. Baki et al. Anxiety and depression in children with epilepsy and their mothers. *Epilepsy & Behavior* 2004;5:958–964.
39. Thompson PJ, Upton D. The impact of chronic epilepsy on the family. *Seizure* 1992;1:43–8
40. Akay AP, Juvenil İdiopatik Artritli Çocuklarda Psikososyal Özellikler. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi.* 2005;19(2):121-126
41. Kasapçopur Ö, Arısoy N, Özdoğan H. Çocukluk Çağı Romatizmal Hastalıklarında Ayırıcı Tanı. *Klinik Gelişim.*2006;19(1):3-6
42. Gül E, Bayat M. Diyabetli çocukların kardeşlerinin yaşadıkları güçlüklerin belirlenmesi. *Sağlık Bilimleri Dergisi (Journal of Health Sciences)* 2005;14:7-12,

43. Günöz H. The incidence of type I diabetes in 0-15 years age group in Turkey in 1996. *Diabetes Nutrition Metabolism Clinical and Experimental*, 1999,12:232.
44. Abacı A, Böber E, Büyükgebiz A. Tip 1 Diyabet. *Güncel Pediatri* 2007;5:1-10
45. Futcher JA. Chronic Illness and family dynamics. *Pediatric Nursing*. 1988,14:381-386.
46. Stoppelbein L, Greening L. Brief Report: The Risk Of Posttraumatic Stress Disorder In Mothers Of Children Diagnosed With Pediatric Cancer And Type 1 Diabetes, *Journal Of Pediatric Psychology*.2007; 32(2):223-229.
47. Landolt M, Ribl K, Laimbacher J ve ark. Brief Report: Posttraumatic Stress Disorder in Parents Of Children With Newly Diagnosed Type 1, *Journal Of Pediatric Psychology*.2002; 27(7): 647-652.
48. Linet MS, Wacholder S, Zahm SH. Interpreting Epidemiologic Research: Lessons From Studies Of Childhood Cancer. *Pediatrics*, 2003;112:218-232.
49. Lanskowsky P. Leukemias. In: Lanskowsky P.Eds. *Manual of Paediatric Hematology and Oncology*, 3rd Ed. p.359-411.Churchill Livinstone, New York,2000
50. Pui CH. Acute Lymphoblastic Leukemia in Children. *Current Opinion in Oncology*, 2000;12(1):3-12.
51. Atay AA, Kürekçi E, Kesik V, Kılıç S, Gülgün M, Özcan O, Gökçay E. Akut Lenfoblastik Lösemili Olgularımızın Retrospektif Analizi. *Gülhane Tıp Dergisi*, 2005;47:183–186
52. Margolin JF, Steuber CP, Poplack DG. *Principles and Practice of Pediatric Oncology*. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2002: 489-544.
53. Çocukluk Çağı Akut Lösemileri, FRHEYE 04-416-03
www.sakur.uludağ.edu.tr Erişim Tarihi: 11.02.2012

54. Erdoğan A, Karaman MG. Kronik ve Ölümcül Hastalığı Olan Çocuk ve Ergenlerde Ruhsal Sorunların Tanınması ve Yönetilmesi. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2008;9:244–252
55. Kuzucu A. ve ark. Down sendromunda konjenital kalp hastalığı sıklığının ve ekokardiyografik bulgularının değerlendirilmesi. Genel Tıp Derg 2008;18(3):105-110
56. Abike F, Dünder İ. Down sendromunda (Trizomi 21) artmış nukkal kalınlık ve nazal kemik bulunmayan bir olgu. Yeni Tıp Dergisi 2009;26: 54-56
57. Hoşnuter M, Aktunç E, Kargı E, Ünalacak M, Babuççu O, Demircan N, Işıkdemir A. Yarık Damak Dudak Aile Rehberi. Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2002;9(1):9-13
58. Yılmaz S, Gümüş N. Epidemiology of Cleft Lip and Palate. Türkiye Klinikleri J Plast Surg-Special Topics 2011;3(1):24-7
59. Keskin M. The Etiology of Cleft Lip and Palate. Türkiye Klinikleri J Plast Surg-Special Topics 2011;3(1):28-32
60. Eroğlu L, Aslan O. Feeding Patients with Cleft Lip-Palate and Perspectives of Parents. Türkiye Klinikleri J Plast Surg-Special Topics 2011;3(1):45-9
61. Uğuz Ş, Toros F, İnanç BY, Çolakkadıoğlu O. Zihinsel ve/veya Bedensel Engelli Çocukların Annelerinin Anksiyete, Depresyon ve Stres Düzeylerinin Belirlenmesi. Klinik Psikiyatri 2004;7:42-47
62. Antmen B. Orak Hücre Anemisi. Türk Ped Arş.2009;44: 39-42
63. Canatan D. Orak Hücre Anemisi. XXX. Ulusal Hematoloji Kongresi Mezuniyet Sonrası Eğitim Kursu s.93-100
64. Kiper N, Yalçın E. Kistik Fibrozis. STED 2003;12:131-133
65. Balkan C. ve ark. Hemofili tanısı. Türk Hematoloji Derneği. Ulusal Tedavi Klavuzu 2011. s.3-8
66. Ünüvar A. ve ark. Hemofilide kanama tedavisi. Türk Hematoloji Derneği. Ulusal Tedavi Klavuzu 2011. s.11-23

67. Çakaloz B, Kurul S. Duchenne Muskuler Distrofili Çocukların Aile İşlevlerinin ve Annelerinde Depresyon ve Kaygı Düzeylerinin Araştırılması. Klinik Psikiyatri 2005;8:24-30.
68. Işık E, Taner Y. Çocuk Ergen ve Erişkinlerde Anksiyete Bozuklukları. Asimetrik Paralel Kitabevi,2006.s.3-29.
69. Esel E. Genelleşmiş anksiyete bozukluğunun nörobiyolojisi. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni.2003;13(2):78-87
70. Ito C. The role of brain histamine in acute and chronic stress. Biomedicine & Pharmacotherapy, 2000;54(5):263-267.
71. Gabbard G. Anxiety Disorders: Psychodynamic Aspects. In: Sadock VA eds. Comprehensive textbook of psychiatry.7 th ed.PA: Lippincott Williams and Wilkins,2000;s.1464-1476.
72. Ünsalver BÖ, Balcıoğlu İ. Yaygın anksiyete bozukluğu: epidemiyoloji, prognoz ve farmakolojik olmayan tedaviler. Cerrahpaşa Tıp Dergisi.2006;37;115-120
73. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan&Sadock klinik psikiyatri. 2.baskı. Güneş Kitabevi, Lippincott Williams & Wilkins;2005.s.211-246.
74. Schneiner F, Johnson J, Hornig C, Liebowitz M, Weisman M. Social phobia:comorbidity and morbidity in a epidemiological sample. Archives of General Psychiatry,1992;49:282-288.
75. Davitson J, Hughes D, George L, Blazer D. The epidemiology of social phobia: findings from the Duke Epidemiological Catchment Area Study. Psychological Medicine, 1993;23:709-718.
76. Dilbaz N. Sosyal Anksiyete Bozukluğu Tanı Epidemiyoloji, Etiyoloji, Klinik ve Ayırıcı Tanı. Klinik Psikiyatri,2000;ek 2 s:3-21
77. Arnold PD, Zai G, Richter MA. Genetics of anxiety disorders. Curr Psychiatry Rep, 2004; 6:24
78. Öztürk MO. Ruh sağlığı ve bozuklukları. "Bölüm XIX-Nevrotik,stresle ilgili ve somatoform bozukluklar". 5. Baskı, Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 1994.s.261-92.
79. Köroğlu E. DSM-IV-TR tanı ölçütleri, HYB Yayıncılık, Amerikan Psikiyatri Birliği; 2005

80. Amerikan Psikiyatri Birliği. Psikiyatride hastalıkların tanımlanması ve sınıflandırılması el kitabı. Yeniden gözden geçirilmiş 4. Baskı(DSM-IV TR). Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC, 2000(Çev E. Köroğlu), Ankara, Hekimler yayın birliği.2001;139-41s
81. Köroğlu E. Psikozoloji Tanımlayıcı Klinik Psikiyatri. "Bölüm:13-Anksiyete bozuklukları". 1. baskı, Ankara: HYB Yayıncılık, 2004.s.325-80
82. Ebert M, Loosen P, Nurcombe B.Current Psikiyatri Tanı ve Tedavi. Güneş Kitabevi, 2003. s.331-332.
83. Aslan S,Yüksel N.Anksiyete bozukluklarında ilaç tedavileri. Türkiye Klinikleri J İnt Med Sci.2006;2(12):68-80.
84. Çevik A, Volkan V. Depresyonun psikosomatik etyolojisi. Depresyon Monografaları Serisi 3.1993;s:109-122
85. Marakođlu K, Çivi S, Şahsıvar Ş, Özdemir S. Tıp fakültesi birinci ve ikinci sınıf öğrencilerde sigara içme durumu ve depresyon yaygınlığı arasındaki ilişki. Bağımlılık Dergisi,2006;7:129-134.
86. World Heath Organization. Depression. http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/ [11.02.2012]
87. Görker I, Korkmazlar Ü, Durukan M, Aydođdu A. Çocuk ve ergen psikiyatri kliniğine başvuran ergenlerde belirti ve tanı dağılımı. Klinik Psikiyatri.2004;7:103-110
88. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan&Sadock klinik psikiyatri. 2.baskı. Güneş Kitabevi, Lippincott Williams & Wilkins;2005.s.173-211.
89. Küey L, Güleç Ç. Depresyonun Epidemiyolojisi. Depresyon Monografaları Serisi/Hekimler Yayın Birliği, Ankara,1993(2):53-68
90. Işık E. Depresyon ve Bipolar Bozukluklar, Görsel Sanatlar Matbacılık. Ankara,2003;s:20-32.
91. Sönmez MB, Abay E. Genetik ve depresyon. Turkiye Klinikleri J Int Med Sci 2007, 3(47):12-8
92. Örsel S. Depresyonda tedavi:genel ilkeler ve kullanılan antidepresan ilaçlar. Klinik psikiyatri.2004;ek4:17-24

93. Kaplan H, Sadock B. Pocket Handbook of Clinical Psychiatry, 2th ed, New York, New York University Medical Center Press, William and Wilkins,1995;s:97-112.
94. Beck AT, Ward CH, Mehdelson M, Mosk J, Erbaugh J. An inventory for measuring depresssion. Arch Gen Psychiatry 1961; 4:561-571.
95. Hisli N. Beck depresyon envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliği, güvenirliği. Psikoloji Dergisi 1989; 7:3-13.
96. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. J Consult Clin Psychol 1988;56:893-897.
97. Ulusoy M, Sahin NH, Erkmen H. Turkish version of the Beck Anxiety Inventory: psychometric properties. J Cogn Psychother 1998;12:163-172.
98. Durualp E, Kara FN, Yılmaz V, Alaybeyoğlu K. Kronik hastalığı olan ve olmayan çocukların ve ebeveynlerinin görüşlerine göre yaşam kalitesinin karşılaştırılması. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası 2010;63(2):55-63
99. T.C. İstatistik Kurumu Başkanlığı, Gelir ve yaşam koşulları araştırması,Aralık, 2010
100. Kayahan B, Altıntoprak E, Karabilgin S, Öztürk Ö.15-19 yaşları arasındaki kadınlarda depresyon prevalansı ve depresyon şiddeti arasındaki ilişki. Anadolu Psikiyatri Dergisi.2003;4(4):208-219
101. Miller AC, Gordon RM, Daniele RJ ve ark. Stress, appraisal and coping in mothers of disabled and nondisabled children. J Pediatr Psychol.1992;17:587-605.
102. Rudolph M. et al. Anxiety and depression in mothers of speech impaired children. International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology.2003;67: 1337-1341
103. Arslan Z. Lösemi hastası çocuk ebeveynlerinin çocuğun bakımına ilişkin eğitim gereksinimleri ve karşılanması. Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. T.C. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Mersin, 2011

104. Kazak A, Boeving A, Alderfer M. ve ark. Posttraumatic Stress Symptoms During Treatment İn Parents Of Children With Cancer. *Journal Of Clinical Oncology*.2005;23(30):7405-7410.
105. Savrun M. Depresyonun tanımı ve epidemiyolojisi. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Depresyon, Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu. 2-3 Aralık 1999, İstanbul, s. 11-17
106. Olsson MB, Hwang CP. Depression in mothers and fathers of children with intellectual disability. *J Intellect Disabil Res*. 2001;45:535– 543.
107. T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü; Türkiye’de kadının durumu, Temmuz 2011. http://www.kadininstatusu.gov.tr/upload/mce/eski_site[10.02.2012]
108. Steele, S. Health Promotion of the Child with Long- Term Illness. (3rd ed). Norwalk,CT: Appleton-Century- Crofts, 1983.
109. Blazer D. Mood Disorders: Epidemiology. In *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, Sixth edition, Ed(s) Kaplan H, Sadock J. Williams&Wilkins, Baltimore, 1995.
110. Sevinç S. Astımlı Çocukların ve Annelerinin Depresyon ve Kaygı Düzeylerinin Değerlendirilmesi. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi. T.C. Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Diyarbakır, 2009
111. McHale SM, Gamble WC. Sibling relationships of children with disabled and non-disabled brothers and sisters. *Dev Psychol* 1989; 25: 421-429
112. Fortier, L, Wanlass R. Family crisis following the diagnosis of a handicapped child. *Family Relations*.1984;33:13-24
113. Karakavak G, Çırak Y. Kronik hastalıklı çocuğu olan annelerin yaşadığı duygular. İnönü Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi.2006(7);12:95-112

