

KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK PSİKOLOJİSİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

**EPILEPSİSİ OLAN ÇOCUKLARIN AİLE İŞLEVLERİ, ANNE-BABALARINDAKİ KAYGI VE
BAŞA ÇIKMA TUTUMLARI**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Kerim FAZLIOĞLU

TRABZON -2008

KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK PSİKOLOJİSİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

EPİLEPSİSİ OLAN ÇOCUKLARIN AİLE İŞLEVLERİ, ANNE-BABALARINDAKİ
KAYGI VE BAŞA ÇIKMA TUTUMLARI

Kerim FAZLIOĞLU

Tezin Enstitüye Verildiği Tarih : 02.01.2008

Tezin Sözlü Savunma Tarihi : 22.01.2008

Tezin Danışmanı : Yrd. Doç. Dr. Çiçek HOCAOĞLU

Jüri Üyesi : Prof. Dr. F. Müjgan SÖNMEZ

Jüri Üyesi : Prof. Dr. Gamze ÇAN

Enstitü Müdürü : Prof. Dr. Orhan DEĞER

Ocak, 2008

TRABZON

ÖNSÖZ

Başta çocuk nörolojide çalışmama neden olan ve her türlü çalışma koşulunu hazırlayan, her zaman yardımını esirgemeyen, Değerli Hocam Prof. Dr. F. Müjgan SÖNMEZ'e, Yüksek Lisans ders aşamasında bilgi ve birikimini cömertçe paylaşan, tez aşamasında sabırlı bir şekilde rehberlik yapan, tezin her aşamasında ilgi ve desteğini esirgemeyen, tez danışmanım Yrd. Doç. Dr. Çiçek HOCAOĞLU'na, derslerinde bilgi ve birikimini cömertçe paylaşan, tez aşamasında da desteğini gördüğüm Yrd. Doç. Dr. Ahmet TİRYAKİ'ye, tezin her anında gerek bilgisi ile gerekse çalışma ile ilgili pratik çözümleriyle bana destek olup çalışma koşullarımı kolaylaştıran, heyecanı ile çalışmadaki motivasyonumu artıran Yrd. Doç. Dr. Ali CANSU'ya, tezdeki istatistikle ilgili yardımlarından dolayı Prof. Dr. Gamze ÇAN'a, tezde yardımını gördüğüm Dr. H. Selahattin ÖZTEN, Dr. Aykut KARAHAN, EEG teknisyeni Nergiz ERDOĞAN'a, yardımlarını esirgemeyen arkadaşlarım, Psikolog Dr. A. Şebnem SOYSAL, Yrd. Doç. Dr. Alper ENGELER, Psikolog Selman MUMCU ve Psikolog Y. Çiğdem BULUT MUMCU'ya, İngilizce öğretmeni Yasin CEYLAN'a, ders ve tez döneminde işbirliği ve desteklerinden dolayı yüksek lisans arkadaşlarım Psikolog Timur TOKER ve Psikolojik danışman Dilek ERTUĞ'a, göstermiş olduğu sabır ve desteklerinden dolayı aileme ve tüm arkadaşlarıma, araştırmaya her hangi bir karşılık beklemeden katılan değerli vakitlerini ayıran tüm anne-baba ve epilepsili hastalarımıza sabır ve ilgilerinden dolayı minnettarım.

Hepinize çok çok teşekkür ederim....

Trabzon, 2008

Kerim FAZLIOĞLU

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
Önsöz.....	ii
İçindekiler.....	iii
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Kronik Hastalık.....	3
2.1.1. Kronik Hastalığın Tanımı ve Genel Nüfustaki Dağılımı.....	3
2.1.2. Çocukluk Dönemi Kronik Hastalıklarının Aile üzerindeki Etkileri	3
2.2. Epilepsi	5
2.2.1. Epilepsiye Bir Ön Bakış	5
2.2.2. Çocukluk Dönemi Epilepsileri	5
2.2.3. Epilepsinin Psikolojik Etkileri.....	6
2.2.3.1. Epilepsinin Çocuk Üzerindeki Psikolojik Etkileri.....	6
2.2.3.2. Epilepsinin Anne-Baba Üzerindeki Psikolojik Etkileri.....	7
2.2.3.3. Epilepsinin Aile Üzerindeki Etkileri.....	8
2.3. Aile İşlevleri	9
2.3.1. Ailede Hastalık ve Aile İşlevleri.....	10
2.3.2. Epilepsili Çocuk ve Aile İşlevleri.....	11
2.4. Kaygı.....	12
2.4.1. Epilepsi ve Anne-babaya Ait Kaygı	12
2.4.2. Anne-Babada Ruhsal Belirtiler.....	13
2.5. Başa çıkma (Coping) Becerisi	14
2.5.1. Başa Çıkma ve Aile, Çocuk, Anne-Baba.....	14
3. MATERYAL VE METOD	17
3.1. Araştırmanın Şekli, Evreni ve Örneklemi.....	17
3.2. Gereçler.....	18
3.2.1. Sosyodemografik Veri Formu	18
3.2.2. Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ)	18
3.2.3. Başa Çıkma (Cope) Tutumları Değerlendirme Ölçeği	19

3.2.4. Durumluluk Kaygı Envanteri (State Anxiety Inventory)	20
3.3. İstatistiksel Yöntem	20
4. BULGULAR	22
5. TARTIŞMA.....	43
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	50
7. ÖZET	53
8. SUMMARY	54
9. KAYNAKÇA	55
EKLER	62

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Ailede bir hastalık ya da aile bireyleriyle ilgili bir belirsizlik olduğunda tüm aile etkilenir. Çocukluk dönemi kronik hastalıkları, belirti, sağaltım yöntemi, seyri, günlük aktivite kısıtlaması, uzun dönem etkisi gibi nedenlerle aileye birçok yük getirmektedir. Bir çocuğun kronik hastalık tanısı alması uzun dönemde ebeveyn ve diğer aile üyeleri üzerinde ruhsal ve psikososyal risklerin ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Epilepsili çocukların ebeveynleri pek çok psikolojik problemler yaşamasına rağmen, genellikle ihmal edilmektedir. Bu ebeveynler sıklıkla işlerinden ayrılmak zorunda kalmakta ya da çocuklarının bakımını yaşlı akrabalarına bırakmaktadır. Bu durum büyük ekonomik ve sosyal sorunlara ve epilepsinin tahmin edilemeyen özellikleri ile ailede zayıf iletişime, ailenin uyumunun bozulmasına neden olmaktadır. Çocukluk dönemi epilepsileri diğer kronik hastalıklar gibi ailenin var olan kaynaklarında değişiklikler talep etmesinden dolayı tüm aileyi etkilemektedir. Biyopsikososyal modele göre aile ilişkilerinde işleyen kalıplar aile bireylerinin ruhsal süreçlerini, hasta bireyin biyososyal süreçleri de ailenin işlevselliği sürecini etkilemektedir. Başka bir deyişle epilepsi yalnız epilepsili kişiyi etkilememekte, bir birim olan ailenin de etkilenmesine neden olmaktadır. Aile çocuğun epilepsi tanısı alması ile birlikte birçok sorunla yüzleşmek zorunda kalmaktadır. Epilepsi ile ilgili çok sayıda çalışmada hastanın yaşam kalitesi ve ailesiyle ilişkisi incelenmesine rağmen, az sayıda çalışmada ise epilepsiden kaynaklanan aile bireyleriyle ilgili sorunlar üzerinde durulmuştur. Aile bireylerinden her hangi bir kişide epilepsi olması durumunda yalnız hastanın sorunlarına odaklanılmamalı, ailedeki diğer bireylerinde de bu durumdan etkilenileceği düşünülüp tüm aile bireylerinin ruh sağlığını korumaya yönelik önleyici yöntemler geliştirilmelidir. Farklı disiplinlerden uzman kişilerle sosyal ve psikiyatrik destek hedefli eğitim programları ile ailelerin mevcut hastalıkla başa çıkmasında farkındalıkları artırılabilir.

Bu çalışmada epilepsi tanısı alan çocukların aile işlevleri, anne-babasındaki kaygı ve baş edebilme becerilerinin bazı sosyodemografik ve klinik özelliklere göre incelenmesi

amaçlanmıştır. Çalışmanın sonuçlarına göre tedavide yalnız hasta üzerinde değil, çocuğun içinde yaşadığı ailenin de sorunlarına odaklanılıp, aileye uygulanacak terapötik girişimlerdeki aile işlevlerini, anne-babanın kaygı düzeyi ile baş edebilme becerilerini ortaya koymak ve ileride yapılacak çalışmalara zemin hazırlanması mümkün olabilecektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kronik Hastalık

2.1.1. Kronik Hastalığın Tanımı ve Genel Nüfustaki Dağılımı

Kronik hastalık, normalden sapma veya bozukluk gösteren, kalıcı yetersizlik bırakan, patolojik değişiklikler sonucu oluşan, hastanın rehabilitasyonu için özel eğitim gerektiren, uzun süre boyunca bakım, gözetim ve denetim gerektireceği beklenen bir durum olarak tanımlanmaktadır. Çocukluk kronik hastalıkları hastanın yaşamına ve tüm aile üzerinde önemli etkiye sahiptir (1). Genel nüfustaki çocukların % 10-20'si kronik hastalıklara sahiptir. Bu çocukların % 20-25'inde daha ağır koşullar vardır. Çocukluk döneminin en yaygın kronik hastalıkları astım, epilepsi, diyabet, serebral palsi, artritlerdir (2). Çocukluk çağı hastalıkları eğer son 12 ay ve fazla bir süredir çocuğun normal aktivitelerini etkiliyor, hastane ve evde çok zaman geçirmesi gerektiriyorsa, sağaltım ve tıbbi gideri fazlaysa çocukluk dönemi kronik sağlık sorunu olarak da tanımlanır (3). Epilepsi ani belirtileri ve bu belirtilerin tahmin edilememesi özelliği ile kendine özgü olup, diğer kronik hastalıklardan farklıdır. Epileptik nöbetler sadece beklenmedik bir zamanda meydana gelmez, aynı zamanda içinde bulunduğu özel koşullara bağlı olarak utandırıcı olmaktan tehlikeli olmaya kadar bir çok şekilde oluşabilir (4).

2.1.2. Çocukluk Dönemi Kronik Hastalıklarının Aile üzerindeki Etkileri

Kronik hastalık neden olduğu psikolojik, sosyal sonuçları ile hem çocuğu hem de aileyi etkilemektedir. Aile bakımında ebeveyn ve çocuklar arasında ortak ilişkiyi göz önüne almak zorunludur. Bir yanda çocuğun sağlık durumu ebeveynin psikolojik durumuna bağlı iken, diğer yanda ebeveynin işlevleri ve sağlıklı olması çocuğun sağlıklı olmasını etkilemektedir (5). Çocuğun bakım sorumluluğu, duygusal tepkiler (anksiyete, korku, öfke,

depresyon ve suçluluk), tahmin edilemeyen tıbbi giderlerin oluşturduğu ekonomik yükler, çocuklarının geleceği ile ilgili belirsizlikler aileye ağır yük getirmektedir (6). Çocukluk kronik hastalıkları, belirti, neden, sağaltım yöntemi, seyri, günlük aktivite kısıtlaması, uzun dönem etkisi noktasında farklılık göstermektedir. Fakat tüm kronik hastalıklarda çocuk ve ailede stres tepkisine neden olan ortak etmenler bulunmaktadır (7).

Araştırmalar kronik hastalığı olan çocukların ebeveynlerinde artan ekonomik yük, ebeveynlerin çocuklarının sık sık hastaneye yatırılması, muayene randevuları, hastalıkla birlikte değişen aile rolleri ve duygusal uyumla ilgili geniş çaplı ebeveyn stresörlerini tanımlamıştır (8). Kronik hastalığa sahip bir çocuğun sağaltımıyla başa çıkmada ebeveynler bilişsel ve davranışsal öğeler kullanırlar. Burada amaç tıbbi duruma, tanıya uyum sağlamak ve çocuk ve ailenin sağaltım gereksinimlerini karşılamaktır (9). Çocuk ve aile bireyleri günlük bakımla ilgili beklentileri karşılama gibi ağır sorumlulukların yanında, şok, inanmama, yadsıma, öfke, korku, hayal kırıklığı, yalnızlık, kaygı ve suçluluk gibi duygusal tepkiler de yaşamaktadırlar (10). Çocukluk dönemindeki kronik ve akut hastalıkları birbirinden ayıran en ayırıcı olası özellik kronik hastalığa sahip çocukların uzun dönem tedavisinde ve kronik hastalığa özgü çocukta meydana gelen şiddetlendirici krizlerle baş etmede ailenin sergilediği bütünleştirici ve tamamlayıcı roldür. Kronik hastalık tanısı aile bireylerinde duygusal tepkileri tetikler ve aile yaşamının elverişli yönlerinde gerekli değişiklikleri yapar (7). Çok sayıda çalışmada sıklıkla kronik hastalığı başlayan bireydeki ruhsal sorunlar bildirilmiştir. Daha az sayıdaki çalışmada ise kronik hastalığı olan kişinin ailesine ya da tanıdıklarına odaklanılmıştır (8). Başka bir deyişle günümüzde kronik hastalığı olan bir çocuğun ailesinin uyum süreci ile ilgili bilgiler sınırlıdır (10). Kronik bir hastalığın çocuk üzerinde nasıl bir etki yaptığını aile kavramıyla birlikte ele almamız gerekir. Çünkü aile çocuğun da içinde yaşadığı bir birimdir. Her ailenin içinde bulunduğu kültürel ortama uygun kuralları, örgütsel ilkeleri, inanç sistemi, hastalık ve gelişimle ilgili düşünceleri vardır. Aile birimi kronik hastalığın etkisini anlama, çocuk ve hastalığa ne tür tepkiler verileceği kavramlarından fazlasıyla etkilenir (5). Genel olarak kronik hastalığı olan çocukların sağlıklı çocuklardan farklı olarak psikolojik, sosyal ve biyolojik sorunları bulunmaktadır (11). Çocuklarına ilk kez kronik hastalık tanısı konan çocuk ve ergenlerin aileleri birçok yönden etkilenirler. Aileler suçluluk, çaresizlik, anksiyete, utanma, kızgınlık veya perişan olma gibi duygular hissedebilir ve bu durum da çocuğun sağaltımını olumsuz olarak etkileyebilir (12). Bütün göstergeler kronik hastalığın çocuklar ve aileler üzerindeki olası olumsuz sonuçlarını işaret etmesine rağmen, bu ailelerin bazılarında takdir edilebilir bir iyileşme de gözükülebilmektedir. Çünkü kronik

hastalık çocuk ve ergen için duyguları düzenlemek ve sorun çözebilmek gibi temel yaşamsal becerilerde mükemmel olanaklar sağlayabilmektedir(13). Ailenin sağlığının sürdürülmesinde, özellikle çocukların sağlığının korunmasında hemen hemen her zaman öncelikli olarak annelik rolünün olduğu iddia edilmektedir. Başka bir deyişle, toplum ideolojisi ve cinsiyet rolleri çocuk ve aile sağlığını kadınlara emanet etmektedir. Araştırmalar bir çocukta kronik hastalık olduğu zaman genel aile sağlığını ilgilendiren durumlarda aile sağlığı için annelerin sorumluluğu üzerlerine aldıklarını göstermektedir (14).

2.2. Epilepsi

2.2.1. Epilepsiye Bir Ön Bakış

Epilepsi, genetik, kafa travmaları, beyin enfeksiyonları ve metabolik hastalıklar dahil doğuştan ya da sonradan edinilmiş bozukluklardan kaynaklanan santral sinir sistemi işlevsizliğinin neden olduğu, tekrarlayan nöbetlerle seyreden bir beyin hastalığıdır. Epilepsili kişinin yaşamı hastalıktan dolayı her yönüyle etkilenmektedir (15). Nöbetler hastalığın temel belirtisidir. Her yirmi kişiden biri yaşamı boyunca bir nöbet geçirmesine rağmen, epilepsi prevalansı yaklaşık %0.5'dir (16). Dünyada yaklaşık olarak 50 milyon kişi epilepsiden etkilenmektedir (17). Hermann ve Whitman (1986) epilepside psikopatoloji oluşmasında üç ana gruptaki değişkenlerin neden olabileceğini belirtmişlerdir. Bunlardan birincisi epilepsinin doğal öyküsü, başlama yaşı, sürekliliği, nöbet tipi, etiyolojisi, nöbetin kontrol altına alınmasının olduğu klinik etmenlerle ilişkilidir. İkincisi antiepileptik ilaçların tipi, sayısı ve ilaç kan düzeyidir. Üçüncüsü ise, algılanan stigma ve ayrımcılık, kontrol odağı, epilepsiye uyum, sosyal destek ve sosyo- ekonomik durumdur . Söz edilen bu değişkenlerin anlaşılması epilepsili insanlarla danışma yaparken psikososyal sonuç hedefli görüşmeler geliştirebilme açısından önemlidir (18).

2.2.2. Çocukluk Dönemi Epilepsileri

Epilepsi, çocukluk ve ergenlik dönemindeki en yaygın görülen nörolojik hastalıktır (9,17,19,20,21). Çocukluk dönemi epilepsi prevalansı yaklaşık olarak % 0.5 kadardır. Epilepsilerin yaklaşık olarak %50'si 5 yaşından, %75'i ise 20 yaşından önce başlamaktadır (19,20). Serdaroğlu ve arkadaşları (2004) 0-16 yaş arası Türk

çocuklarındaki prevalans çalışmasında epilepsi prevalansını %0.8 olarak bulmuştur. Bu epilepsili hastaların %55.2 si jeneralize, %39 'u parsiyel %5.8 'i ise tanımlanmamış olarak gruplandırılmıştır (22). Epilepsi insanların % 3-5'ini yaşamları süresince bazı gelişimsel dönemlerde etkiler (21). Her üç epilepsi olgusundan ikisi gelişimin olduğu ilk yirmi yıl içerisinde başlar ve bu durum çocuğun gelişiminde ve ailesinin yaşamında istenmeyen sonuçlar oluşturmaktadır (19,20,22).

2.2.3. Epilepsinin Psikolojik Etkileri

2.2.3.1. Epilepsinin Çocuk Üzerindeki Psikolojik Etkileri

Çocuklar epilepsi tanısı aldığıında sağlık durumları ile birlikte sıklıkla bir çok psikolojik stresörle yüz yüze gelir. Çocuklardaki kontrol ve özerkliği yitirme, nöbete bağlı anksiyete, sosyal stigma (etiketleme, damgalanma), red edilme ve ayrımcılık, ebeveyn tarafından aşırı korunma ve kabul edilmeme, ebeveyne aşırı bağımlılık kronik hastalığa uyum sağlamayı gittikçe zorlaştırabilir. Kronik hastalıklardaki bireylerin aksine epilepsili bireylerdeki hastalığın seyrini tahmin edebilmesi olası değildir. Bu tahmin edilemezlik kişinin kendi yaşantısını kontrol etme algısını önemli düzeyde azaltmaktadır (23). Mevcut veriler bize epilepsili çocukların diyabet ve astım gibi diğer kronik hastalıklardan daha fazla ruhsal sorunlarının olduğunu göstermektedir (24).Örneğin; Hoare ve Kerley (1992) epilepsili çocukların sağlıklı ya da diğer kronik hastalığı olan çocuklara göre daha yüksek oranda ruhsal bozukluğu olduğunu bildirmişlerdir. Bu çalışmada epilepsili çocukların ruhsal sorunları genel nüfustaki çocuklardan 5 kat, diğer kronik bedensel rahatsızlığı olan çocuklardan 2 kat daha fazla olduğu belirtilmiştir (25). Epilepsili çocuk ve ergenlerle yapılan araştırmalarda yüksek düzeyde psikolojik ve davranışsal problem görülmektedir. Psikopatoloji genel nüfustaki çocuklardan 4 kat daha yaygındır. Epilepsili çocuklarda utanma, engellenme, çaresizlik, korkuya dayalı davranış sergileme, bağımlılık genellikle yaygındır. Kaygı, depresyon ve sosyal olarak geri çekilme davranışları da sıklıkla görülür. Uzun dönem izlem çalışmalarında ise epilepsili çocukların sağlıklı çocuklara göre işsizlik riskinin arttığı, okulda başarısızlık, sosyal izolasyon, ekonomik bağımlılık, olası olarak daha az evlilik oranları görülmektedir (26). Hoare ve arkadaşları (2000) bir grup epilepsili ve diabetli çocuğun yaşam kalitesini karşılaştırdıkları çalışmalarında, epilepsili çocukların diabetli çocuklardan daha fazla psikososyal gelişim ve sağlıklı olma yönünden olumsuz etkilendiğini belirtmişlerdir (27). Reynolds (1987) hekimin aileye etkin yardımının ailenin

tanı üzerindeki hem gerçek, hem de hayali endişelerini gidermeye dayandırmaktadır (24). Kardeş araştırmaları, epilepsili çocukların kendi kardeşlerinden daha fazla psikopatoloji sergilediğini göstermektedir. Epilepsili çocukların kardeşleri genel nüfustaki çocuklarla karşılaştırıldığında ise, onlarda da diğer çocuklara göre psikopatolojinin gelişme riskinin arttığı görölmektedir. Kronik hastalık olarak epilepsi aile üzerinde olumsuz etkiler üretebilir. Artan ebeveyn stresi ebeveyn-çocuk iletişimini etkileyebilir. Son araştırmalar zayıf ebeveyn- çocuk ilişkisi ile ilişkinin niteliğinin epilepsili çocuğun davranışsal problemlerine katkı yaptığını göstermiştir (28).

2.2.3.2. Epilepsinin Anne-Baba Üzerindeki Psikolojik Etkileri

Hastaların %70-80'inin ilaç sağaltımı ile epilepsileri başarılı bir şekilde kontrol altına alırlarken epilepsili çocukların ebeveynlerinin çocukları üzerindeki kontrol yitimi hissi, toplum tarafından etiketlendirme ile eşleşerek uzun dönemli aile stresini artırıp aile uyumunu etkilemektedir (29). Çok sayıda ebeveyn, çocukları epilepsi tanısı aldığında üzüntü yaşamaktadırlar. Bu durumun başlıca nedeni durumla ilişkin etiketlemedir. Ebeveynlerin tipik ilk tepkisi şok, perişan olma, hayal kırıklığı, yas ve depresyondur. Aile için çocuğunun nöbetine tanık olma (özellikle tonik-klonik nöbet) en kaygı verici yaşantılardan birisidir. Bu durum genellikle ebeveynde çaresizlik duygusu ve korkuya bunun sonucu olarak da çocuğu aşırı koruma ve aşırı düşkünlüğe neden olabilmektedir (30). Anne-babanın psikolojik tepkisinin temelinde duygusal travma ve fiziksel tükenmişliğin olması yatmaktadır. Epilepsi tanısı sonrası ilk 6 ay ya da bir yılda ebeveynler etiketlemenin duygusal deneyimini yaşamanın yanı sıra bir de çocuğun sağlığının tamamen yitirilmesi stresini yaşamaktadır. Bu süreç boyunca ebeveynin duyguları çocuğunun mevcut belirtilerini izlemektedir. Bu çocuklarının durumlarına psikolojik olarak eşlik etme anlamına gelmektedir. Belirsiz, beklenmedik nöbetler ve kontrol edilemeyen durumların aileler tarafından anımsanması veya olayın çağrışımı aileyi bitkin hale getirip kaosa sürüklemektedir (31). Bazı tür nöbetler korkutucu özellikler gösterir. Çok sayıda anne-baba her tonik ya da klonik nöbeti yaşamı tehdit edici bir olay olarak algılamaktadırlar. Ve bu öyle bir hal alır ki, doktora söylemeye bile zorlanırlar. Nöbet sıklığı ve nöbetin süresi aile içi ilişkileri ve epileptik koşullara uyumu olumsuz etkilediği görölr (32). Epilepsinin çocuk ve ailenin günlük hayatındaki etkisi bazı etmenlere bağlıdır. Bu faktörler arasında epilepsinin şiddeti, klinik sağaltımın karmaşıklığı, hastalığın çocuk, aile ve toplum üzerindeki anlamı, çocuk ve ailenin aktivitelerinde kısıtlanmalar, çocuk ve aileye özgü

başa çıkma becerileri, sosyal desteğin düzeyi, epilepsiyle ilgili mevcut kaynakların boyutu vardır. Bu etmenlerin her biri kronik hastalığıdaki gerçek ya da algılanan uyuma katkı yapar (33). Epilepsili çocukların ebeveynleri, büyük bir kısmı ihmal edilmiş olan pek çok ruhsal sorundan etkilenmektedirler. Böyle özellikteki çocuklara düzenli sağaltım yöntemleri uygulamak ailelerin ruhsal ve bedensel sağlıklarını etkilemenin yanında kişisel bakımı, boş zaman etkinlikleri ve diğer uğraşlar için gerekli olan zamanı da alıp götürür (34). Hem koruyucu hem de reddedici ebeveyn tutumları epilepsili çocuklarda bildirilmektedir. Bulgular epilepsili çocukların annelerinin baskın tutumları yüzünden aşırı bağımlılıklar gösterdiğini bildirmektedir. (35).

2.2.3.3. Epilepsinin Aile Üzerindeki Etkileri

Epilepsinin tahmin edilemeyen doğası ve seyri hem çocuğun hem de ailenin fiziksel ve psikolojik işlevleri üzerinde önemli derecede olumsuz etkiler yapmaktadır (36). Ailenin var olan kaynaklarını kullanmada değişiklik talep ettiği için çocukluk dönemi epilepsisi tüm aileyi etkilemektedir (26). Çocukluk dönemi epilepsi tanısı aile için de önemli sorunları beraberinde getirmektedir. Bu sadece “mükemmel çocuğun yitimi” değil, aynı zamanda çocuklarının her zaman diğer çocuklardan farklı olacağının farkına varılması sürecini içermektedir. Bu yitimin kendisi ebeveynlerin daha kırılabilir duygular hissetmelerine, öfke, suçluluk ve üzüntü duymalarına yol açmaktadır (37). Epilepsinin psikososyal sonuçları sadece hastalığın doğrudan etkileri tarafından belirlenmemekte olup, bununla birlikte daha fazlası olarak olası bozukluğun hastanın sosyal çevresi tarafından nasıl algılandığı ile belirlenmektedir (38). Günümüze kadar epilepsinin aile işlevleri ve sosyal iletişimi üzerindeki etkisinin araştırılmasına yeterince önem verilmemiştir. Özellikle de nöbetlerin ilaçla kontrol edilemediği durumlarda, epilepsinin aile üzerinde yarattığı derin öfke ve çaresizlik duyguları uzak durulan konular arasındadır. Genel olarak epilepsili çocukların ebeveynleri kötümser bir görünüm sergilerler. Açık ve gizli olarak kendilerine yöneltilmiş suçluluk duyguları vardır (39). Ailede epilepsi gelecek için yapılan planları sıklıkla belirlemekte, ailedeki kişiler hoşlandığı aktiviteler için daha az zaman ayırmakta, çocuğu nöbet geçirir diye korkabilmekte, çocuğun sosyal aktivitelerine kısıtlama getirebilmektedir. Bazı anne-babalar dışarıdaki işine son verip çocuğunun bakımını üstlenmeye başlamakta, bu durum da ailenin gelirinin azalmasına ve aile için hoş gidilen aktivitelerde azalmaya neden olabilmektedir. Epilepsili çocuğu olan ebeveynlerin birçok giderleri olmaktadır. Bu giderler arasında, muayene, ilaç ve tetkikle ilgili ücretler yer

almaktadır. Ayrıca gelen kişiler kırsal alanda yaşıyorsa bir hastane ya da tıbbi merkeze gelmek için yapılan ulaşım ve barınma giderleri gibi ek harcamalar da olabilmektedir (26). Hastalık kronik olduğu zaman genel olarak tüm aile üyeleri daha fazla üzüntü yaşamaktadırlar. Baskı, çatışma, güvensizlik ile ilgili ilişkiler psikiyatrik bozukluklarla bağlantılı bulunmuştur. Aile ilişkileri ruhsal durumu dengelemede genel anlamda önemlidir (35). Çocukluk çağı epilepsisinde aile ortamı ve davranış sorunları ile ilgili araştırmaların bir çoğu ebeveynin olayı algılayış biçimlerine odaklanmıştır. Hoare ve Kerley (1991) 108 aile üzerinde gerçekleştirdikleri çalışmalarında, ailedeki stres ve olumsuz ebeveyn tutumlarının epilepsili çocukların davranışsal sorunları ile ilişkili olduğunu ifade etmişlerdir. Mc Custer ve arkadaşları (1982) çelişki ve tutarlılık bağlamında aile içi ilişkilerin zayıflığının çocuk uyum yetersizliğiyle bağlantılı olduğunu saptamışlardır (40). Epilepsi ile ilgili çok sayıdaki çalışmada hastanın yaşam kalitesi ve hastanın aile üyeleri ile ilişkilerini göz önünde bulundurulmasına rağmen, az sayıdaki çalışmada epilepsili aile üyesinden kaynaklanan aile sorunlarını çözmeye odaklanılmıştır (41). Çocukluk dönemindeki kronik hastalıklarda görülen ruhsal sorunlar çocukların %31'inin ailelerini etkilemektedir. Bu oran annelerin ilk bakımı veren kişiler olmalarına rağmen, ailelerde diğer üyelerde artan bir oranda gözlenmektedir (42). Çocuklukta başlayan epilepsi genel olarak tüm aileyi etkilemektedir. Epilepsili çocuğu olan annelerin ruhsal sorunlar yaşadıkları bildirilmektedir. Shore ve arkadaşları (2002) epilepsi ile depresyon gibi ruhsal bozuklukların ilişkisini tanımlamışlardır. Epilepsili çocukların annelerindeki depresyona neden olan birçok etmen bulunmaktadır. Bunlar arasında kronik hastalıklı çocuğun ebeveynlerindeki beklentiler, stigma ve epilepsili çocukların davranış sorunlarının sıklığı sıralanabilir (43).

2.3. Aile İşlevleri

İnsan yaşamının üzerinde, doğumundan önce başlayan ve ilk gelişim yıllarından yaşamın sonuna kadar etkisini sürdüren bir kurum olarak aile, fizyolojik olduğu kadar ekonomik ve toplumsal yönleriyle de, kişiyi, ruhsal gelişimi, oluşumu ve davranışları açısından biçimlendirip yönlendirmektedir (44). Kişilerin beden ve ruh sağlığı için gerekli sevgi, şefkat, yakın ilgi ve bakım bulabilecekleri en doğal ortam ailedir. Bireyin yaşamından doyum sağlaması, işlevlerini etkili bir biçimde yerine getirmesi ve yaşadığı topluma uygun bir kişi olarak yetişmesi önce aile çevresinde sağlanır (45). Aile işlevleri; ebeveynlerin sağlıklı olması, maddi durumun iyi olması, evliliğin niteliği, anne-çocuk

ilişkisi, uyum içinde olma, ilişkilerin anlamlı olması, çatışma gibi aile çevresinin değişik özelliklerini kapsayan genel bir kavramdır (46). Aile işlevleri aile sistemi içindeki üyeleri birbirine bağlayan ilişki kalıplarıdır. Aileler yönetimsel, gelişimsel ve krizle ilgili davranış biçimleri geliştirir. Bu sorumlulukların yerine getirilmesi, ailedeki iletişim biçimlerine, aile içindeki bireylerin davranışlarının ailenin ortak norm ve değerleri dahilinde kontrol edilmesi yeteneğine ve görevleri tam yerine getirmesine bağlıdır. Sağlıksız aile ilişkileri beklenen kurallara uygun olmayan davranış biçimi olarak tanımlanabilir (47). Sağlıklı aileler fonksiyonlarını çok iyi yerine getirirler. Üyeler aile iletişiminden memnundur ve psikolojik olarak sağlıklıdır. Çok az çatışma vardır, yaşam olayları ile çok iyi baş edebilirler. Ancak bu ailelerin de hiçbir zaman bir krizle karşılaşmayacağını söylemek doğru olmaz. Bu aileler kriz karşısında kendilerini daha çabuk toparlayabilmektedirler. Aile sisteminde çok az problem olur ve bütün normal koşullarda da fonksiyonlarını iyi olarak yerine getirirler. Sağlıklı ailelere iyi işlevsel, en üst düzeyde ve güçlü aileler de denilmektedir (48). En azından 4 çalışmanın birinde aile işlevlerinin ölçümünde çocuğun psikolojik uyumuyla ilişkili önemli bağlantılar kurulmuştur. Aile işlevleri destekleyici aile ilişkilerini yansıtır. Ailenin bağlılığında olası az sayıda davranışsal sorunlarla çok sayıda yeterli psikolojik işlevler (benlik saygısı gibi) vardır (49).

2.3.1. Ailede Hastalık ve Aile İşlevleri

Aile işlevleri ile kronik hastalıklı çocuğun uyumu arasında ilişki olduğu bildirilmektedir (50). Kronik hastalığı olan bir çocuğun sağlık koşulları aile için çok sayıda ek değişiklikler yaratmaktadır. Genel olarak aileler zorunlu değişikliklerle karşılaştığında ailenin işlevleri günden güne stres ve kronik koşullardan olumsuz etkilenmektedir. Bu süreçte evlilikle ilgili işlevlerinde olumsuz şekilde etkilendiği bildirilmektedir (51). Çocuklarının gereksinimlerini karşılayabilmek için birtakım hizmet ve sistem silsilesinden geçmek suretiyle onların bakımı için mücadele eden ailelerle sık karşılaşan hekimler başta olmak üzere, bu zorlukların aile işlevliği açısından ters etki yarattığı şeklinde yaygın bir görüş vardır. Sağlıklı aile işlevlerinde genellikle toplum tarafından kabul edilen kurallar vardır. Yetersiz aile işlevleri genellikle bu beklenen kuralların dışına çıkılmasını içermektedir. Kronik koşullara sahip bir çocuk doğduğunda ya da tanı aldığı anda ailenin işlevleri bazı yönlerden değişebilmektedir (47). Ek bakım için yeni sorumluluklar öğrenmek ya da yerine getirme gerekliliğinin yanında bunu uzun bir zamana yayma sorumluluğunun olması gibi. İşlevsel olmayan bir aile sorun ve çatışmaları tolere

edememekte, diğer aile üyelerinin yardım isteklerini reddetmekte, bunun sonucunda da aile içinde var olan sorunlar farklı biçimde sürmektedir. İşlevsel olmayan aile yeni durumlara bağlı olarak rollerde ortaya çıkan değişimler konusunda yeterli esnekliğe sahip değildir. Kişiler arası ilişki sorunlarının, bağımlılığının, incinebilirliğinin, rol ve güç çatışmalarının yoğun yaşandığı bir ortam olan işlevsel olmayan ailenin kendisi bir stres etkeni olarak hastalık belirtilerinin sürmesine ve pekişmesine neden olmaktadır (51).

Sonuç olarak aile içi ilişkilerin yapısı, aile işlevlerini sağlıklı bir biçimde yerine getirip-getirememede önemli bir belirleyici olarak görülmektedir. Bu ilişkiler aile içi rollerden, kural ve değerlere bağlı olarak davranışlarının kontrol edilme biçiminden ortaya çıkmaktadır. Aile üyelerinin birbiri ile içtenlikli bir şekilde ilgilenmesi, birbirlerinin davranışlarına uygun duygusal tepkiler verebilmesi, çıkan sorunları aile içinde çözümlenebilmesi ve bütün bunları içine alabilecek şekilde karşılıklı yapıcı bir iletişime sahip olması gerekir (45).

2.3.2. Epilepsili Çocuk ve Aile İşlevleri

Epilepsinin ortaya çıkmasıyla birlikte aile sistemi ve ailenin organizasyonu ve yönetimi sarsılabilir. Epilepsinin aile üzerindeki etkisini anlamak için ailenin yapısını ve işlevlerini bilinmesi gereklidir. Çocuk epilepsi tanısı aldığı anda ailenin gelişimsel görev ve gereksinimlerinin nasıl değiştiği incelenmelidir. Bu bilgiler ailenin işlevsel ve zorlukları yenme durumunda etkili başa çıkma davranışını anlaşılmasına yardımcı olabilir (52). Araştırmalarda aile işlevlerinin, nöbetin durumu ve şiddetine bakılmaksızın, epilepsili çocuğun uyumunda etkili olduğu saptanmıştır. Ayrıca sosyo-kültürel değişkenlerin, sosyal yaşam olaylarının ailenin uyum sağlamasıyla ilişkili olduğu belirtilmiştir (50). Aile memnuniyeti, sık sık çocuk psikopatolojisiyle ilişkilendirilmiştir. Ailede memnuniyetsizliğin ise, çocuk ilişkisine etki ederek çocuk psikopatolojisi gelişimi için bir risk faktörü oluşturduğu bildirilmiştir. Buna karşın iyi aile ilişkilerinin çocuk uyumunda pozitif etki yaptığı ifade edilmiştir. Austin ve Risinger (1992) ailesel gerilimin çocuk davranış sorunları ile yüksek korelasyon gösterdiğini saptamışlardır (53). Hoarley ve Kerley (1991) düşük sosyo-ekonomik düzeydeki ailelerde daha fazla ruhsal bozukluk ve bu annelerde sosyo-ekonomik düzeyi yüksek olan annelerden daha fazla olumsuz tutum olduğu sonucunu elde etmişlerdir. Çok sayıda engeli olan çocukların anneleri genellikle çocuklarının gelişimi için gerekli olan sosyalleşme ile ilgili aktivitelere daha az zaman ayırırken, zamanlarının çoğunu çocuklarının bakımlarıyla ilişkili aktivitelere

harcamaktadırlar. Kronik hastalığı olan çocuklarla ilgili aile çalışmaları annelerin kolay ulaşılabilir olmaları, çocuğundaki hastalık hakkında daha çok bilgiye sahip olması gibi nedenlerden dolayı genellikle annelerle gerçekleştirilmektedir. Bazı araştırmalarda ise hem anne hem de baba ele alınmış ve anne ve babaların yaklaşık olarak benzer aile işlevlerine sahip olduğu bulunmuştur (50).

2.4. Kaygı

Kronik bir hastalık tanısı alındıktan sonra kaygı ortaya çıkar. Kaygı önemli bir sorundur. Çünkü kaygı özündeki sıkıntı ile birlikte olumlu işlevleri de engelleyebilir . Bazı tür olaylar kaygının artmasını sağlar. Tetkik sonuçlarını beklerken, tanıyı alırken, tıbbi sağıaltım uygulanırken, sağıaltımın kötü yan etkileriyle ilgili deneyimler yüksek düzeyde kaygıya yol açmaktadırlar (54). Kaygı, kişinin yeni koşullara uyum sağıladığı gibi kişinin ruhsal gelişiminin daha üst basamaklara çıkmasında da itici bir işlev de görebilir. Uyum sağılayıcı ruhsal gelişimi olumlu yönde geliştirici işlevi yanında kaygı ketleyici işlev de görebilir. Genel yaklaşım, süregenleşmiş, kişinin verimini düşüren, kişiler arası ilişkilerde kopukluklara neden olduğunda patolojik bir durum olarak değerlendirilmesi yönündedir (55). Tehlikeli koşulların oluşturduğu kaygı türü genellikle her bireyin yaşadığı geçici duruma bağılı bir kaygı oluşturur buna “durumsal kaygı” denir (56).

2.4.1. Epilepsi ve Anne-babaya Ait Kaygı

Çocuğun nöbetleri ile ilgili ebeveyn kaygısı epilepsili çocuklar için önemli bir etmendir. Williams ve arkadaşları (2003) ebeveynin belirgin kaygısı ile epilepsili çocuğun yaşam kalitesinin azalması arasında ilişki olduğu sonucunu elde etmişlerdir (57). Çok sayıda ebeveyn, çocukları epilepsi tanısı aldığıında bu durumu üzüntü ile karşılamaktadırlar. Anne –babaya ait inançlar ve davranışlar, hem çocuk hem de ailenin yaşam kalitesini ve epilepsinin sağıaltımını önemli düzeydeki olumsuz etkilemektedir. Ebeveynler nöbet olduğü zaman sıklıkla çocuklarının öleceğı düşüncesi ile yoğun kaygı yaşamaktadırlar. Ebeveyn kaygısı çocuğun aşırı korunmasına ve aktivitelerinin sınırlanmasına, böylelikle hem çocuğun hem de ailenin yaşam kalitesinin azalmasına neden olmaktadır (58). Ramaglia ve arkadaşları (2007) idiopatik epilepsinin anne ve babaların kendisini zorlaması, sağıaltım yükü, kaygı ve incinebilirlik algısını incelemeye yönelik çalışmalarında tanıdan 12 ay sonra epilepsili çocukların ebeveynlerinde kontrol

grubundaki ebeveynlerden daha yüksek düzeyde kaygı (zaman içinde değişime uğrayan) ve incinebilirlik algılaması olduğu sonucunu elde etmişlerdir. Ayrıca aynı çalışmada annelerin sağaltım yüküne katlanmaları ve babalardan daha yüksek düzeyde bakım yükünden dolayı sıkıntı yaşadıkları belirlenmiştir. Ailenin mevcut durumuna iyi müdahale edildiğinde olumlu değişiklikler görülebildiği ifade edilmiştir (59).

2.4.2. Anne-Babada Ruhsal Belirtiler

Epilepsi yüksek derecede belirsizlikle ilişkili bir hastalıktır. Epilepsili çocuk, yetişkin hastalar ve bunların bakımlarıyla ilgilenen kişilerde belirsizlik ve ani kontrol kaybıyla depresyon ve anksiyete arasında ilişkiler vardır. Artan stres ve kaygı ile nöbet sıklığı ve şiddeti arasında ilişki olduğu bildirilmiştir (60). Epilepsi tanısı alan hastaların ailelerinde çevre baskısı, epilepsiye ilişkin kaybetme korkusu ile yoğun stres altında olduklarına ilişkin yaygın bir inanış vardır. Fakat aile içi olumlu tutumlar ile epilepsili çocukların içinde bulunduğu durumlarla çok iyi baş edebildikleri ileri sürülmüştür (61). Mevcut araştırmalar kronik hastalığı olan çocukların annelerinin stresörlerle ilgili koşullarla birlikte daha fazla örselenebilir olduklarını, babaların ise çocuklarında kronik bir hastalık olduğu zaman daha az örselendiği sonuçlarını desteklemektedir. Anne ve babaların çocukluk hastalıklarına tepkileri farklıdır. Anneler kişisel olarak kendilerini çocuklarına daha çok feda etmekte ve yeni bir nöbet başladığında babalardan daha fazla kaygılanmaktadırlar (10). Spector ve arkadaşları (1999) anneye ait stres ve anksiyete seviyesinin artmasında nöbetin şiddeti ve sıklığı arasında ilişki bulmuşlardır. Hazard (1990) epilepsili çocuklarda antiepileptik ilaçlara bağımlılığın düşük olmasıyla ebeveynlerde algılanan yüksek anksiyete ve stresle düzeyi arasında ilişki bulmuştur (60). Epilepsili çocukların annelerine yardım etmek için sağlık koşulları ve diğer yaşamlarını zorlaştırıcı etkenlere de bakılması gerekmektedir. Kronik hastalığı olan çocukların anneleriyle babalarının karşılaştırıldığı çalışmalarda annelerde farklı tepkilerin ortaya çıktığı görülmektedir. Anneler olası olarak daha fazla kişisel ve bakımla ilgili kendilerini çocuklarına adamakta, çocuklarının mutluluğu için sorumluluk hissetmekte bakım yükünü üstlenmektedir. Ayrıca annelerin babalardan daha çok aile hayatından hoşnutsuzluk ve depresyon yaşadıkları görülmektedir. Babalar ise annelerden farklı olarak kronik hastalığın ekonomik yönü açısından daha fazla endişelenmektedir (43).

2.5. Başa çıkma (Coping) Becerisi

Baş çıkma anlaşılması zor olan karmaşık bir süreçtir (62). Baş çıkma tutumları, stresli yaşam olayları ya da etkenlerin olumsuz etkileri ile mücadele etmek için kullanılan özgül davranışsal ve psikolojik çabaları içerir (63). Compas ve arkadaşları (2001) başa çıkmayı; stres veren durum ve koşullarda duygu, biliş, davranış ve fizyolojiyi bilinçli irade çabaları ile değiştirmek olarak tanımlamışlardır (64). Baş çıkma süreci kavramı çağdaş stres varsayımlarının merkezindedir. Baş çıkma stresli dönem boyunca bireylerin psikolojik uyumlarını sürdürmesine yardım eden bir etkidir (62). Dayanıklılık Teorisi çok zor koşullarda bile ailenin sadece doğru bir şekilde davranmayıp aynı zamanda güçlendiğini göstermiştir. Çok az sayıdaki çalışma kronik sağlık bozukluğu olan çocukların bakımında karşılaşılan kronik stresin üzerine etki eden aile işlevi için önemli olan potansiyelin üzerine odaklanmıştır. (47). Bir çok çalışma Lazarus ve Folkman 'ın Stres ve Başa Çıkma Modelini' kullanmaktadır. Bu modelde başa çıkma, kişinin sınırlarını aşan ve sabrını zorlayan iç ve dış istemleri yönetebilmek için sürekli olarak değişim halinde olan bilişsel ve davranışsal çabalar olarak tanımlanmaktadır (65). Cox ve Ferguson'a (1991) göre geleneksel olarak tanımlanmış problem odaklı ve duygu odaklı başa çıkmaya ek olarak iki boyut daha göz önüne alınmıştır. Bunlardan biri yeniden değerlendirme, diğeri de kaçınmadır. Parker ve Endler (1992)'de başa çıkmayı 3 temel boyutta ele almışlardır. Bu boyutlar görev odaklı, duygu odaklı ve kaçınma odaklıdır. İngledew ve arkadaşları (1996) genel sağlığı iyileştirici ve genel sağlığı kötüleştirici şekilde davranışlar üzerine odaklanmıştır. Başa çıkma yöntemleri sağlık davranışı olarak da sıklıkla bildirilmektedir (66). Stresteki dayanıklılık çalışmalarında bireylerin bazı alanlarda dayanıklı bazı alanlarda dayanıklı olmadığı bulunmuştur. Örneğin Farber ve Egeland (1987) duygusal olarak sağlıklı olmayan fakat yeterli başa çıkma yöntemleri geliştirmiş bir çok ergenin olduğunu bildirmişlerdir (62). Bireyin kendisinden beklenen psikolojik, fiziksel ve sosyal işlevlerini yerine getirememesi, kişinin kendi kültürü ve değerler sistemi içinde hastalığın olumsuz sonuçlarını en aza indirmek ya da tümüyle başa çıkmak için bir takım başa çıkma tutumlarını geliştirmesi ile sonuçlanır (63).

2.5.1. Başa Çıkma ve Aile, Çocuk, Anne-Baba

Tak ve Cubbin (2002) ailenin başa çıkma olayını, ailelerin aşırı istem ve tükenmiş kaynaklarını idareli kullanırken aile refahı ve işlevsel sürekliliğinin tekrar kazanılması için

değişikliklerin gerekliliğinin farkına varma süreci olarak tanımlamışlardır. Burr ve Klein (1994) ise, aile başa çıkmasını aile ve toplumun da içinde olduğu ailenin uyum süreci olarak belirtmişlerdir. Aile başa çıkmasında eş zamanlı olarak birkaç boyutun yönetimi vardır. Beş alanda ele alınır.

- 1) Aile bütünlüğü ve iletişiminin devamlılığını sağlamak.
- 2) Aile üyelerinin bağımsızlık ve benlik saygılarını geliştirmek
- 3) Aile bütünlük ve tutarlılık bağlarını sürdürmek
- 4) Toplumla olan ilişkideki sosyal desteği geliştirmeyi sürdürmek
- 5) Aile birimindeki değişimin miktarı ve stresörlerin etkisini kontrol eden etmenlerin devamını sağlamak (67).

Aile başa çıkma yöntemi gelişimle ilgili yetersizlikler ya da kronik hastalıkla ilgili uyumlarla ilişkilidir. Fakat epilepsi gibi bir hastalıkta sosyal etiketlenmesi olan bir ailenin geliştirdiği yöntemlerin etkinliği özellikle annenin yeterliliğini nasıl ve ne derece geliştirdiği bilinmemektedir (67). Van Cleve (1989) iyi başa çıkma ile yetersiz başa çıkma yönetimi sergileyen ebeveynler arasındaki farkları incelemiştir. İyi başa çıkma, daha çok etkili başa çıkma ile ilişkili olarak çok sayıda yöntemin kullanılması olarak tanımlanır. Başa çıkma yöntemleri arasında ağlamak, birisiyle konuşmak, egzersiz yapmak, birisinden yardım istemek, bağırarak, çığlık atmak, kapıyı çarpmak vardır. Annelerle babaların stresörleri arasında önemli farklar olmamasına rağmen, başa çıkma yöntemleri arasında önemli farklar vardır. Anneler daha çok ağlayarak, sorunu yok sayarak başka aktivitelerle kendisini meşgul etmeyi tercih ederken, babalar da problemlili durumdan kaçma davranışı sergilemektedirler (50). Brinchmann (1999) ve Larson (1998) çocuğun gelişimsel engelindeki aileye özgü stresin önemini bildirmişlerdir. Ebeveyn stresinin değerlendirmesinde yalnız anne ve babanın kendi psikolojik rahatsızlığının yanında ailenin başa çıkma ve olumlu uyumunu güçlendirebilmek için psikolojik, eğitimsel gereksinimlerine ve sağlık hizmetlerine öncelik vermenin önemi vurgulanmaktadır. Böylelikle ebeveyn stresinin azaltılmasında çocuğun aile yaşantısını artırmasına öncelik verme ve çocuğun topluma yeniden kazandırılması önerilmektedirler (68). Çok sayıda kronik hastalıklı çocuk ve ailesinde stresörlerle ilgili olarak bu duruma uyum olmaktadır. Fakat, genellikle kronik bedensel hastalığı olan çocuklarda kronik bedensel hastalığı olmayan çocuklardan daha yüksek oranda ikincil sosyal ve ruhsal uyumsuzluk görülmektedir (12). Mc Cubbin ve arkadaşları (1982) ebeveyn başa çıkması ile ilgili olarak bazı açıklamalarda bulunmuşlardır. Buna göre;

1. Ebeveynlerin başa çıkma davranış ve örüntüleri stresli bir duruma karşı bir tepki olarak ortaya çıkar.
2. Ebeveyn başa çıkma davranışı aile biriminin zorluk ve sıkıntılarla başa çıkması için aktif haldedir.
3. Ailenin geliştirdiği bu stratejiler aile için zor durumlarda öncül ve belirgin değeri olan davranışlardır.
4. Ebeveyn başa çıkma davranışı ve modelleri stresli yaşam olaylarında ve yaşanan gerginliklerde sıkıntıya yol açmadan ailenin durumunda makul düzeyde faydalı olur.
5. Bu geliştirilen davranış ve stratejiler 2 alanda destekleyicidir. Birincisi ailenin stres yönetimi, ikincisi stresörler karşısındaki aile biriminin dengede ve stabil halde tutulmasıdır (69).

Epilepsisi olan çocukların yaşam kaliteleri ile ilgili çok sayıda klinik çalışmalar vardır (70,71,58,57). Fakat çocukta epilepsi olduğu zaman ebeveynlerin hangi başa çıkma yöntemlerini kullandığı ile ilgili çalışmaların sayısı azdır (71).

Sonuç olarak, biz de bu çalışmada epilepsisi olan çocukların aile işlevleri, anne-babasındaki kaygı ve baş edebilme becerilerinin bazı sosyodemografik ve klinik özelliklere göre incelenmesi ile epilepsili çocuğun tedavisinin yanı sıra çocuğun içinde yaşadığı ailenin de sorunlarına odaklanılıp, aileye uygulanacak terapötik girişimlerin belirlenmesine yardımcı olabilmeyi amaçladık.

3. MATERYAL VE METOD

3.1. Araştırmanın Şekli, Evreni ve Örneklemi

Çalışmaya Kasım 2006 ve Haziran 2007 tarihleri arasında Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Nörolojisi Polikliniğinde epilepsi tanısı ile izlenen ardışık poliklinik başvuruları olan 6-16 yaş grubu hastalar arasından seçilen 60 hasta ve anne-babaları ile 6-16 yaş arasında sağlıklı 60 çocuk ve anne-babalarından seçilmiş gönüllü kişiler alındı. Çalışma öncesi yerel etik kuruldan gerekli izin alındı. Tüm olgulara çalışmaya alınmadan önce çalışmanın amacı ile ilişkili bilgiler verildi ve yazılı aydınlatılmış onamları alındı. Denekler arasında 3 kişi çalışmayı reddetti. Çocuk Nöroloji uzmanları tarafından değerlendirilen, en az 6 ay öncesi idiopatik epilepsi tanısı almış olgular çalışmaya dahil edildi. Hasta grubunda ve hastanın ailesinde (anne-baba ve diğer çocuklar) kalp, böbrek, endokrin ve metabolik hastalık gibi kronik hastalığı olan olgular çalışmaya dahil edilmedi. Nöbet tipi uluslararası epilepsi ile savaşımlar derneğinin (ILAE) nöbet tanımlamasına göre yapıldı. (Commission on Classification and Terminology of the International League Against Epilepsy, 1989).

Kontrol grubu ise, sağlam çocuk polikliniğine gelen, epilepsi dışında diğer parametrelere uyan olan olgular arasından seçildi. Çalışmaya alım ölçütlerine uyan denek ve kontrol grubundaki olgular çalışmanın içeriği hakkında bilgilendirildikten ve onam formunu imzaladıktan sonra ikinci bir eleme olarak Sheehan ve Lecrubier (1998) tarafından geliştirilen, Türkçeye çevirisi Engeler (2004) tarafından yapılan Mini Uluslararası Nöropsikiyatrik Görüşme (Çocuk ve Ergenler için) Ebeveyn uyarlaması (Türkçe Uyarlama 4.0) uygulanarak, DSM-IV ve ICD-10'daki Eksen-1 psikiyatrik bozukluk gösteren çocukların aileleri çalışma dışında bırakıldı. Daha sonra geri kalan hastalara Wisc-r zeka testi uygulanıp IQ'su 80 ve üstünde olan, Connors Ebeveyn ve Öğretmen formu uygulanıp Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu olmayan deneklerin anne-babaları çalışmaya dahil edildi. Son olarak da Psikiyatri Polikliniğinde

Ruh Sağlığı uzmanları tarafından bu anne ve babalara SCID-1(DSM-IV için Yapılandırılmış Klinik Görüşme)(72) uygulanarak, Eksen-1 psikiyatrik bozukluğu olan anne ve babalar çalışma dışı tutuldu. Tüm bu 3 seçim dönemini tamamlayan anne ve babalara sırasıyla Sosyodemografik Veri Formu, Aile Değerlendirme Ölçeği, Başa Çıkma (Cope) Ölçeği, ve Durumluluk Kaygı Envanteri uygulandı.

Örneklem büyüklüğü için çalışmanın gücü% 70 olacak şekilde $\alpha=0.05$ ve $\beta=0.30$ alınarak $n=2 \left[\frac{(z\alpha - z\beta)\sigma}{\mu_1 - \mu_2} \right]^2$ hesaplanmıştır. Bu formül ile epilepsili aileler ve sağlıklı ailelerin ölçeklerinin ortalamaları arasında 0.25'lik farkı saptamak için (sd=0.60) her grupta en az 36'şar kişi alınması gerektiği hesaplandı. (73).

3.2. Gereçler

3.2.1. Sosyodemografik Veri Formu

Araştırmacılar tarafından hazırlanan sosyodemografik özelliklerin değerlendirilmesi için yarı yapılandırılmış sosyodemografik veri formu kullanıldı. Bu formda ebeveynin cinsiyeti, öğrenim düzeyi, yerleşim yeri, ailenin yapısı gibi bilgiler sorgulanmaktadır.

3.2.2. Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ)

Ölçek daha önce geliştirilmiş olan McMaster Aile İşlevleri Modelinin (McMaster Model of Family Functioning MMFF) klinik olarak aileler üzerine uygulanmasıyla elde edilmiştir. Ailenin işlevlerini hangi alanda yerine getirdiği ya da getiremediği, aile üyelerinin algılarına göre değerlendirmeyi sağlayan 60 sorulu yedi alt ölçekten oluşan bir özbildirim ölçeğidir. 12 yaş ve üstü bireylere uygulanır. Alt ölçekleri:

1. Problem çözme
2. İletişim
3. Roller
4. Duygusal tepki verebilme
5. Gereken ilgiyi gösterme
6. Davranış kontrolü
7. Genel işlevler.

“Problem çözme” ailenin bütünlüğünü tehdit eden sorunları ailenin işlevselliğini sürdürecektir düzeyde çözebilme yeteneğine işaret etmektedir. “İletişim”, aile bireyleri arasında bilginin değişimi olarak tanımlanır. Açık ve dolaysız olan etkili iletişim olarak ifade edilebilir. “Roller” ailenin farklı aile görevlerini ele alışlarını ve bu görevlerin nasıl dağıldığı ve yerine getirebildiği ile ilgili davranış modelleri oluşturma ve sürdürme becerileriyle ilişkilidir. “Duygusal tepki verebilme”, aile bireylerinin duygularını açıkça ifade edip-edemediğini değerlendirir. “Gereken ilgiyi gösterme”, aile bireylerinin birbirlerinin etkinliklerine ve onları ilgilendiren şeylere karışma boyutu ile ilgilendirir. “Davranış kontrolü” bir ailenin bireylerinin davranış standartlarını belirleme ve sürdürme yollarını değerlendirir. “Genel işlevler”, ailenin önceki tüm alanlarındaki genel işlevselliği değerlendirir. Ölçeğin ülkemize uyarlama çalışması Bulut (1990) tarafından yapılmıştır. Güvenirlilik çalışması, iç tutarlılık ve puan değişmezliği açısından incelenmiştir. Alt ölçeklerin Cronbach-alfa katsayıları .38 ile .86 arasında değişmektedir, ölçeğin toplam bir puanı olmadığından, her alt ölçek için test-tekrar test korelasyonu Pearson-Momentler Çarpımı ile hesaplanmıştır. Alt ölçekler için korelasyon katsayıları en düşük .62 ile en yüksek .90 arasında verilmiştir, ölçeğin geçerlik çalışması yapı geçerliliği ve uyum geçerliliği ile sınıanmıştır. Yapı geçerliliği boşanma sürecinde olan ve olmayan, ruhsal bozukluğu olan-olmayan gruplarla araştırılmıştır. Ölçek puanları 1.00 (sağlıklı) ile 4.00 (sağlıksız) arasında değişir. 2.00'nin üzerindeki puan ortalamalarının aile işlevlerindeki sağlıksızlığa doğru bir gidişin göstergesi olduğuna ve 2.00' yi ayırt edici bir sayı olarak kabul edilmiştir (45).

3.2.3. Başa Çıkma (Cope) Tutumları Değerlendirme Ölçeği

Carver, Scheier ve Weintraub tarafından 1989'da geliştirilmiştir. Ağargün ve arkadaşları (2005) tarafından Türkçeye çevrilen ölçek 60 sorudan oluşan bir öz bildirim ölçeğidir. Ölçek insanların günlük yaşamlarında güç ve bunaltı verici olaylarla ya da sorunlarla karşılaştıkları zaman nasıl tepki verdiklerini değerlendirmektedir. Ölçek 15 alt ölçekten oluşmuştur. Her alt ölçek 4 sorudan oluşmaktadır. Bu alt ölçeklerin her biri ayrı bir başa çıkma tutumu hakkında bilgi verir. Sonuç olarak alt ölçeklerden alınacak puanların yüksekliği hangi başa çıkma tutumunun kişi tarafından daha çok kullanıldığı hakkında yorum yapma olasılığını verir. Başa çıkma ölçeğin alt ölçekleri şunlardır:1. Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme, 2. Zihinsel boş verme, 3. Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma, 4. Yararlı sosyal destek kullanımı, 5. Aktif başa çıkma, 6. İnkâr,

7. Dini olarak başa çıkma, 8. Şakaya vurma, 9. Davranışsal olarak boş verme, 10. Geri durma, 11. Duygusal sosyal destek kullanımı, 12. Madde kullanımı, 13. Kabullenme, 14. Diğer meşguliyetleri bastırma, 15. Plan yapma. Ölçeğin Türkçe formunun iç tutarlılığı yüksektir. Cronbach α değerinin 0.79 ve alt ölçeklere ait puanların COPE toplam puanıyla ilişkisinin pozitif yönde ve anlamlı bulunmuştur. Ölçeğin test-tekrar test güvenilirliği de yüksek bulunmuştur. İki farklı zaman dilimindeki COPE toplam puanı ve alt ölçek puanları arasındaki bağıntı katsayıları 0.49-0.95 arasında değişmektedir (63).

3.2.4. Durumluluk Kaygı Envanteri (State Anxiety Inventory)

Spielberger ve arkadaşları (1970) tarafından geliştirilmiştir. Ölçeği Türkçe'ye Öner ve Le Compte (1985) Durumluluk-Kaygı Envanteri olarak uyarlamıştır (56,74). 20 maddeden oluşan Durumluluk Kaygı Envanteri bireyin belirli bir anda ve belirli koşullarda kendini nasıl hissettiğini değerlendirir. Ölçekte doğrudan ve tersine çevrilmiş ifadeler vardır. Olumlu duyguları dile getiren “ters” ifadeler puanlanırken 1 ağırlık değerinde olanlar 4'e ,4 ağırlık puanında olanlar 1'e dönüştürülür. Olumsuz duyguları dile getiren doğrudan ifadelerde 4 değerindeki yanıtlar kaygının yüksekliğini gösterir. Tersine çevrilmiş ifadelerde ise 4 değerindeki yanıtlar düşük 1 değerindeki yanıtlar yüksek kaygıyı gösterir. 10 tane maddenin (1,2,5,8,10,11,15,16,19,20. maddeler) tersine çevrilmiş ifadesi vardır. Ölçekten alınacak puanlar 20 ile 80 arasında değişir. Büyük puan yüksek kaygı seviyesini, küçük puan ise düşük kaygı seviyesini belirtir. (74).

3.3. İstatistiksel Yöntem

Verilerin analizi SPSS (Statistical Package for Social Science) 11.5 paket programında yapıldı. Tanımlayıcı istatistikler ortalama \pm std. sapma ve % şeklinde gösterildi. Bağımsız gruplar arasında Aile Değerlendirme, Başa Çıkma, Durumluluk Kaygı Ölçekleri ve alt ölçekler yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olup olmadığı, bağımsız grup sayısı iki olduğunda Mann Whitney U testiyle bağımsız grup sayısının ikiden fazla olduğu durumlarda ise Kruskal Wallis testleriyle incelendi. Kruskal Wallis test istatistiğinin anlamlı görüldüğü yerlerde Kruskal Wallis çoklu karşılaştırma testi yapılarak farka neden olan gruplar belirlendi. Grup içi karşılaştırmalarda Bonferroni Düzeltmesi yapıldı. Kategorik karşılaştırmalar Ki-Kare veya Fisher'in Kesin testi kullanılarak yapıldı. Gruplar içinde Aile Değerlendirme, Başa Çıkma ve Durumluluk Kaygı Ölçekleri toplam

puanları ile yaş, hasta yaşı ve çocuk sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı doğrusal ilişkinin olup olmadığı Spearman Korelasyon testi kullanılarak araştırıldı. $p < 0,05$ için tüm sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

4. BULGULAR

Epilepsili çocuğu olan anne-babalar hasta grubu olarak, sağlıklı çocuğu olan anne babalar kontrol grubu olarak tanımlanmıştır. Hasta grubu ile kontrol grubu arasında yaş ortalamaları, cinsiyet dağılımı, yaşanılan yer, öğrenim düzeyi ve aile tipi dağılımları istatistiksel olarak benzer bulundu. ($p>0,05$). (Tablo 1)

Tablo 1. Demografik Özelliklerin Gruplar İçerisinde Dağılımı

	Kontrol Grubu (n=60)	Hasta Grubu (n=60)	p
Yaş (yıl)	39,1±5,36 (29 – 51)	38,4±7,26 (23 – 57)	0,199
Hasta Yaşı (yıl)	-	9,7±2,60 (6 – 16)	-
Cinsiyet Kadın/Erkek	31 / 29	31 / 29	1,000
Eğitim			0,978
İlköğretim	28 (%46,7)	29 (%48,3)	
Ortaöğretim	19 (%31,7)	18 (%30,0)	
Üniversite	13 (%21,7)	13 (%21,7)	
Yer			0,519
Köy	15 (%25,0)	10 (%16,7)	
İlçe merkezi	17 (%28,3)	20 (%33,3)	
İl merkezi	28 (%46,7)	30 (%50,0)	
Çekirdek Aile	55 (%91,7)	51 (%85,0)	0,255

Hasta grubunu oluşturan çocukların bazı klinik özelliklerinin dağılımı Tablo 2’de verilmiştir. Buna göre parsiyel nöbetlerin ve tek bir antiepileptik ilaç kullanımının daha yüksek oranda olduğu görülmektedir.

Tablo 2. Epilepsili Çocukların Klinik Özelliklerinin Dağılımı

Değişken	n	%
Nöbet Tipi		
Parsiyel	46	76,33
Jenaralize	14	23,33
Epilepsinin Süresi		
6-12 ay	8	13,33
13-24 ay	14	23,33
25-48 ay	16	26,66
49- üstü	22	36,66
İlaç Kullanımı		
Tek ilaç	57	95
Birden fazla ilaç	3	5

Hasta grubunu oluşturan epilepsili çocukların zeka puanları Tablo 3'te verilmiştir. Buna göre toplam zeka puanları ortalamalarının 95.08 olduğu görülmektedir.

Tablo 3. Epilepsili Çocukların Zeka Puan Ortalamaları

WISC-R Zeka Testi	
Sözel Zeka	96.3
Performans Zeka	95.15
Toplam Zeka	95.08

Tablo 4. Epilepsili Çocukların Wisc-R Zeka Testi Puanlarına göre gruplandırılması

Zeka Puanlarının Dağılımı	n	%
Donuk Normal (IQ:80-89)	20	33.
Normal (IQ:90-109)	34	56.
Parlak Normal (110-119)	6	11

Kontrol grubu ile hasta grubu arasında Aile Değerlendirme Ölçeği'nin Problem Çözme, İletişim ve Davranış Kontrolü alt ölçeklerinden elde ettikleri puanları yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmedi (p değerleri sırasıyla; 0,737; 0,092 ve 0,066). Hasta grubunun Aile Değerlendirme Ölçeği'nin Roller, Duygusal Tepki Verme, Gereken İlgiyi Gösterme ve Genel Fonksiyonlar alt ölçeği puanı kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu. (p değerleri sırasıyla; 0,030; 0,039; 0,025 ve 0,049). (Tablo 5)

Tablo 5. Aile Değerlendirme Ölçeği Alt Ölçeklerinin Gruplar Arasındaki Dağılımı

	Kontrol Grubu	Hasta Grubu	p
Problem Çözme	1,7±0,51	1,8±0,53	0,737
İletişim	1,7±0,60	1,8±0,46	0,092
Roller	1,7±0,39	1,9±0,44	0,030
Duygusal Tepki Verme	1,7±0,77	1,9±0,63	0,039
Gereken İlgiyi Gösterme	1,9±0,39	2,1±0,55	0,025
Davranış Kontrolü	1,6±0,30	1,8±0,48	0,066
Genel Fonksiyonlar	1,7±0,40	1,8±0,44	0,049

Aile Değerlendirme Ölçeği toplam ve alt ölçek puanlarının sağlıksızlık kesim puanı olan 2 ve üstü aritmetik ortalamalarına göre yapılan değerlendirme dağılımına bakıldığında yüzdelik olarak tüm alt ölçeklerde hasta grubunun kontrol grubundan yüksek olduğu bulundu. Kontrol grubu ile hasta grubu arasında Aile Değerlendirme Ölçeği Problem Çözme, İletişim, Roller, Duygusal Tepki Verme, Gereken İlgiyi Gösterme, Genel Fonksiyonlar ve Aile Değerlendirme Ölçeği Toplam puanlarına göre anlamlı bir fark görülmedi (p değerleri sırasıyla; 0,274; 0,822; 0,099; 0,166; 0,553; 0,171 ve 0,274). Hasta grubunun kontrol grubundan davranış kontrolü alt ölçeğinde anlamlı düzeyde yüksek olarak bulundu. (p=0,008) (Tablo 6)

Tablo 6. Gruplar Arasında ADÖ Alt Ölçekleri ve ADÖ Toplam İçerisinde Sağlıksız İşlev Düzeylerinin Dağılımı

	Kontrol Grubu (n=60)	Hasta Grubu (n=60)	p
Problem Çözme	11 (%18,3)	16 (%26,7)	0,274
İletişim	12 (%20,0)	13 (%21,7)	0,822
Roller	12 (%20,0)	20 (%33,3)	0,099
Duygusal Tepki Verme	15 (%25,0)	22 (%36,7)	0,166
Gereken İlgiyi Gösterme	17 (%28,3)	20 (%33,3)	0,553
Davranış Kontrolü	5 (%8,3)	16 (%26,7)	0,008
Genel Fonksiyonlar	9 (%15,0)	15 (%25,0)	0,171
ADO Toplam	11 (%18,3)	16 (%26,7)	0,274

Aile Değerlendirme Ölçeğinin alt ölçeklerinin sağlıklı işlevleri ölçen (olumlu işlevler) maddelerine göre yapılan değerlendirmesinde kontrol grubu ve hasta grubu arasında Problem Çözme, İletişim, Roller, Duygusal Tepki Verme, Davranış Kontrolü ve Genel Fonksiyonlar alt ölçeklerinde anlamlı bir fark bulunmadı (p değerleri sırasıyla 0,737; 0,814; 0,080; 0,417; 0,062 ve 0,478), (Tablo 7).

Hasta grubunun kontrol grubundan Aile Değerlendirme Ölçeğinin alt ölçeklerinin sağlıklı işlevleri ölçeği (olumsuz işlevler) maddelerine göre yapılan değerlendirmesinde İletişim, Duygusal Tepki Verme, Gereken İlgiyi Gösterme ve Genel Fonksiyonlar alt ölçeklerinde anlamlı olarak yüksek bulundu (p değerleri sırasıyla; 0,005; 0,036; 0,025 ve 0,025). Aile Değerlendirme Ölçeğinin alt ölçeklerinin sağlıklı işlevleri ölçeği (olumsuz işlevler) maddelerine göre yapılan değerlendirmesinde hasta grubuyla kontrol grubu arasında Roller ve Davranış Kontrolü alt ölçeklerinde anlamlı olarak bir fark bulunmadı (p değerleri sırasıyla; 0,094 ve 0,267), (Tablo 7).

Tablo 7. Gruplar Arasında ADÖ Alt Ölçekleri İçerisinde Sağlıklı ve Sağlıksız İşlevleri gösteren İfadelere göre Yapılan Dağılım

	Sağlıklı İşlevler			Sağlıksız İşlevler		
	Kontrol Grubu	Hasta Grubu	P	Kontrol Grubu	Hasta Grubu	P
Problem Çözme	1,7±0,51	1,8±0,53	0,737	-	-	-
İletişim	1,8±0,68	1,8±0,52	0,814	1,5±0,60	1,8±0,70	0,005
Roller	1,9±0,71	2,1±0,66	0,080	1,7±0,41	1,9±0,53	0,094
Duygusal Tepki Verme	1,9±0,90	1,9±0,72	0,417	1,7±0,78	1,9±0,77	0,036
Gereken İlgiyi Gösterme	-	-	-	1,9±0,39	2,1±0,55	0,025
Davranış Kontrolü	2,1±0,59	2,3±0,65	0,062	1,4±0,32	1,6±0,61	0,267
Genel Fonksiyonlar	1,8±0,39	1,9±0,40	0,478	1,5±0,48	1,8±0,68	0,025

Hasta grubunun Başa Çıkma Ölçeği'nin Zihinsel Boş Verme Alt Ölçeği puanı kontrol grubuna göre istatistiksel anlamlı olarak daha düşüktü (p=0,020). Kontrol grubu ile hasta grubu arasında Başa Çıkma Ölçeği'nin diğer alt ölçeklerinden elde ettikleri puanları yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmedi (p>0,05), (Tablo 8).

Tablo 8. Başa Çıkma Ölçeği Alt Ölçeklerinin Gruplar Arasındaki Dağılımı

	Kontrol Grubu	Hasta Grubu	p
Pozitif Yeniden Yorumlama ve Gelişme	14,4±1,89	14,7±1,70	0,450
Zihinsel Boş Verme	9,6±2,61	8,5±2,87	0,020
Soruna Odaklanma ve Duyguları Açığa Vurma	9,4±1,98	9,5±1,88	0,805
Yararlı Sosyal Destek Kullanımı	12,3±2,90	12,2±3,01	0,843
Aktif Başa Çıkma	13,9±2,23	13,7±2,32	0,684
İnkâr	7,2±2,58	7,5±2,68	0,515
Dini Olarak Başa Çıkma	13,5±2,89	14,2±2,59	0,265
Şakaya Vurma	7,7±2,98	6,9±2,99	0,085
Davranışsal Olarak Boş Verme	6,2±2,41	6,2±2,57	0,963
Geri Durma	10,0±2,21	10,2±2,64	0,793
Duygusal Sosyal Destek Kullanımı	11,7±2,70	11,9±3,02	0,458
Madde Kullanımı	4,7±1,80	5,0±2,64	0,468
Kabullenme	11,2±2,43	11,3±2,59	0,653
Diğer Meşguliyetleri Bastırma	10,6±2,46	11,0±2,65	0,352
Plan Yapma	13,3±2,31	13,0±2,10	0,462

Hasta grubunun Aile Değerlendirme Ölçeği toplam puanı kontrol grubuna göre istatistiksel anlamlı olarak daha yüksekti ($p=0,015$). Kontrol grubu ile hasta grubu arasında Başa Çıkma Ölçeği'nden elde ettikleri toplam puanları yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmedi ($p=0,893$). Hasta grubunun Durumluluk Kaygı Envanteri toplam puanı kontrol grubuna göre istatistiksel anlamlı olarak daha yüksekti ($p<0,001$), (Tablo 9).

Tablo 9. Çalışmada Kullanılan Ölçeklerin Toplam Puanlarının Gruplar Arasında Dağılımı

	Kontrol Grubu	Hasta Grubu	p
Aile Değerlendirme Ölçeği	1,7±0,38	1,9±0,37	0,015
Başa Çıkma Ölçeği	155,5±16,17	155,7±19,59	0,893
Durumluluk Kaygı Envanteri	38,8±6,73	45,0±8,67	<0,001

Kontrol Grubu içerisinde cinsiyet grupları arasında Aile Değerlendirme Ölçeği, Başa Çıkma Ölçeği ve Durumluluk Kaygı Envanterinden elde edilen toplam puanlar yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmedi ($p>0,05$). Hasta Grubu içerisinde cinsiyet grupları arasında Aile Değerlendirme Ölçeği, Başa Çıkma Ölçeği ve Durumluluk Kaygı Envanterinden elde edilen toplam puanlar yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark

görülmedi ($p>0,05$). Kontrol grubundaki erkekler ile hasta grubundaki erkekler arasında Aile Değerlendirme Ölçeği toplam puanları ortalamaları istatistiksel olarak benzer bulundu ($p=0,096$). Kontrol grubundaki kadınlara göre hasta grubundaki kadınların Aile Değerlendirme Ölçeği toplam puanları ortalamaları daha yüksek bulunmasına karşın bu sonuç Bonferroni Düzeltmesine göre istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p=0,040$ Bonferroni Düzeltmesine göre $p>0,025$ olduğu için), (Tablo 10).

Kontrol grubundaki erkekler ile hasta grubundaki erkekler arasında Başa Çıkma Ölçeği toplam puanları ortalamaları istatistiksel olarak benzer bulundu ($p=0,560$). Kontrol grubundaki kadınlar ile hasta grubundaki kadınlar arasında Başa Çıkma Ölçeği toplam puanları ortalamaları istatistiksel olarak benzer bulundu ($p=0,486$), (Tablo 10).

Kontrol grubundaki erkeklere göre hasta grubundaki erkeklerin Durumluluk Kaygı Envanteri puanları ortalamaları istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek bulundu ($p=0,018$). Kontrol grubundaki kadınlara göre hasta grubundaki kadınların Durumluluk Kaygı Envanteri toplam puanları ortalamaları istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek bulundu ($p<0,001$), (Tablo 10).

Tablo 10. Cinsiyet ve Çalışma Gruplarını Aile Değerlendirme, Başa Çıkma ve Durumluluk Kaygı Envanteri Toplam Puanlarına Birlikte Etkilerinin İncelenmesi

		Kontrol Grubu	p*	Hasta Grubu	p**	p***
Aile Değerlendirme Ölçeği	Erkek	1,7±0,30	0,756	1,9±0,39	0,982	0,096
	Kadın	1,7±0,45		1,9±0,36		0,040 [#]
Başa Çıkma Ölçeği	Erkek	155,7±18,71	0,859	152,4±17,92	0,283	0,560
	Kadın	155,2±13,69		158,5±21,12		0,486
Durumluluk Kaygı Envanteri	Erkek	38,0±6,46	0,495	43,1±7,57	0,081	0,018
	Kadın	39,4±7,02		47,0±9,22		<0,001

* Kontrol Grubu içerisinde cinsiyetler arasında yapılan karşılaştırmalar

** Hasta Grubu içerisinde cinsiyetler arasında yapılan karşılaştırmalar

*** Cinsiyet grupları içerisinde çalışma grupları arasında yapılan karşılaştırmalar

Bonferroni Düzeltmesine göre istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p>0,025$).

Kontrol Grubu içerisinde yaşanan yer grupları arasında Aile Değerlendirme Ölçeği, Başa Çıkma Ölçeği ve Durumluluk Kaygı Envanterinden elde edilen toplam puanlar yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmedi ($p>0,05$). Hasta Grubu içerisinde yaşanan yer grupları arasında Aile Değerlendirme, Başa Çıkma ve Durumluluk Kaygı Envanterinden elde edilen toplam puanlar yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmedi ($p>0,05$), (Tablo 11).

Kontrol grubundaki köyde yaşayanlar ile hasta grubundaki köyde yaşayanlar arasında ve Kontrol grubundaki ilçe merkezinde yaşayanlar ile hasta grubundaki ilçe merkezinde yaşayanlar arasında Aile Değerlendirme Ölçeği toplam puanları ortalamaları istatistiksel olarak benzer bulundu (p değerleri sırasıyla; 0,849 ve 0,110). Kontrol grubundaki il merkezinde yaşayanlara göre hasta grubundaki il merkezinde yaşayanların Aile Değerlendirme Ölçeği toplam puanları ortalamaları daha yüksek bulunmasına karşın bu sonuç Bonferroni Düzeltmesine göre istatistiksel olarak anlamlı değildi (p=0,022 Bonferroni Düzeltmesine göre $p>0,017$ olduğu için), (Tablo 11).

Kontrol grubundaki köyde yaşayanlar ile hasta grubundaki köyde yaşayanlar arasında, Kontrol grubu ilçe merkezinde yaşayanlar ile hasta grubundaki ilçe merkezinde yaşayanlar arasında ve kontrol grubunda il merkezinde yaşayanlar ile hasta grubundaki il merkezinde yaşayanlar arasında Başa Çıkma Ölçeği toplam puanları ortalamaları istatistiksel olarak benzer bulundu (p değerleri sırasıyla; 0,978;0,845 ve 0,864), (Tablo 11).

Kontrol grubundaki köyde yaşayanlar ile hasta grubundaki köyde yaşayanlar arasında Durumluluk Kaygı Envanteri puanları ortalamaları istatistiksel olarak benzer bulundu (p=0,080). Kontrol grubundaki ilçe merkezinde yaşayanlara göre hasta grubundaki ilçe merkezinde yaşayanların Durumluluk Kaygı Envanteri puanları ortalamaları istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek bulundu (p=0,003). Kontrol grubundaki il merkezinde yaşayanlara göre hasta grubundaki il merkezinde yaşayanların Durumluluk Kaygı Ölçeği Envanteri puanları ortalamaları daha yüksek bulunmasına karşın bu sonuç Bonferroni Düzeltmesine göre istatistiksel olarak anlamlı değildi (p=0,029 Bonferroni Düzeltmesine göre $p>0,017$ olduğu için), (Tablo 11).

Tablo 11. Yaşanılan Yer ve Çalışma Gruplarını Aile Değerlendirme Ölçeği, Başa Çıkma Ölçeği ve Durumluluk Kaygı Envanteri Toplam Puanlarına Birlikte Etkilerinin İncelenmesi

		Kontrol Grubu	p [*]	Hasta Grubu	p ^{**}	p ^{***}
Aile Değerlendirme Ölçeği	Köy	1,8±0,35	0,146	1,8±0,33	0,186	0,849
	İlçe	1,8±0,46		2,0±0,37		0,110
	İl	1,6±0,33		1,8±0,39		0,022
Baş Çıkma Ölçeği	Köy	153,9±19,38	0,850	152,9±12,81	0,881	0,978
	İlçe	154,8±10,09		153,4±20,35		0,845
	İl	156,7±17,69		158,2±21,12		0,864
Durumluluk Kaygı Envanteri	Köy	38,6±6,86	0,450	43,9±7,06	0,671	0,080
	İlçe	37,9±7,98		46,3±8,65		0,003
	İl	39,4±6,01		44,5±9,29		0,029

* Kontrol Grubu içerisinde cinsiyetler arasında yapılan karşılaştırmalar

** Hasta Grubu içerisinde cinsiyetler arasında yapılan karşılaştırmalar

*** Yaşanılan yer grupları içerisinde çalışma grupları arasında yapılan karşılaştırmalar

Bonferroni Düzeltmesine göre istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur (p>0,017).

Kontrol Grubu içerisindeki olguların Aile Değerlendirme Ölçeği'nin tüm alt ölçeklerinden elde edilen puanları yönünden ebeveynlerinin öğrenim düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmedi (p>0,05), (Tablo 12).

Hasta Grubu içerisindeki olguların Aile Değerlendirme Ölçeği'nin sadece Davranış Kontrolü alt ölçeğinden elde edilen puanlar yönünden ebeveynlerinin öğrenim düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görüldü (p=0,021). Hasta grubu içerisinde üniversite mezunu olan ebeveynlerin Davranış Kontrolü Alt Ölçek Puanı hem ilköğretim hem de ortaöğretim düzeyinde öğrenime sahip olanlara göre istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek olarak saptandı. (p değerleri sırasıyla; 0,017 ve p<0,001 olarak bulundu), (Tablo 12).

Kontrol grubundaki ilköğretim mezunu olanlarla hasta grubundaki ilköğretim mezunu olanlar, kontrol grubunda ortaöğretim mezunu olanlarla hasta grubundaki ortaöğretim mezunu olanlar ve kontrol grubundaki üniversite mezunu olanlarla hasta grubundaki üniversite mezunu olanlar arasında Problem Çözme Alt Ölçek puanları ortalamaları istatistiksel olarak benzer bulundu (p değerleri sırasıyla; 0,891;0,641 ve 0,724), (Tablo 12).

Kontrol grubundaki ilköğretim mezunu olanlarla hasta grubundaki ilköğretim mezunu olanlar, kontrol grubundaki ortaöğretim mezunu olanlarla hasta grubundaki ortaöğretim mezunu olanlar, kontrol grubundaki üniversite mezunu olanlarla hasta grubundaki üniversite mezunu olanlar arasında İletişim Alt Ölçek puanları ortalamaları istatistiksel olarak benzer bulundu (p değerleri sırasıyla; 0,151;0,313 ve 0,960), (Tablo 12).

Kontrol grubundaki ilköğretim mezunu olanlara göre hasta grubundaki ilköğretim mezunu olanların Roller Alt Ölçek puanları daha yüksek bulunmasına karşın bu sonuç Bonferroni Düzeltmesine göre istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p=0,036$ Bonferroni Düzeltmesine göre $p>0,017$ olduğu için). Kontrol grubundaki ortaöğretim mezunu olanlarla hasta grubundaki ortaöğretim mezunu olanlar ve kontrol grubundaki üniversite mezunu olanlarla hasta grubundaki üniversite mezunu olanlar arasında Roller alt ölçek puanları ortalamaları istatistiksel olarak benzer bulundu (p değerleri sırasıyla; 0,358 ve 0,762), (Tablo12).

Kontrol grubundaki ilköğretim mezunu olanlarla hasta grubundaki ilköğretim mezunu olanlar, kontrol grubundaki ortaöğretim mezunu olanlarla hasta grubundaki ortaöğretim mezunu olanlar ve kontrol grubundaki üniversite mezunu olanlarla hasta grubundaki üniversite mezunu olanlar arasında Duygusal Tepki Verme Alt Ölçek puanları ortalamaları istatistiksel olarak benzer bulundu (p değerleri sırasıyla; 0,120; 0,313 ve 0,362), (Tablo 12).

Kontrol grubundaki ilköğretim mezunu olanlara göre hasta grubundaki ilköğretim mezunu olanların Gereken İlgiyi Gösterme Alt Ölçek puanları daha yüksek bulunmasına karşın bu sonuç Bonferroni Düzeltmesine göre istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p=0,037$ Bonferroni Düzeltmesine göre $p>0,017$ olduğu için). Kontrol grubundaki ortaöğretim mezunu olanlarla hasta grubundaki ortaöğretim mezunu olanlar ve kontrol grubundaki üniversite mezunu olanlarla hasta grubundaki üniversite mezunu olanlar arasında Gereken İlgiyi Gösterme Alt Ölçek puanları ortalamaları istatistiksel olarak benzer bulundu (p değerleri sırasıyla; 0,150 ve 1,000), (Tablo 12).

Kontrol grubundaki ilköğretim mezunu olanlarla hasta grubundaki ilköğretim mezunu olanlar ve kontrol grubundaki üniversite mezunu olanlarla hasta grubundaki üniversite mezunu olanlar arasında Davranış Kontrolü Alt Ölçek puanları ortalamaları istatistiksel olarak benzer bulundu (p değerleri sırasıyla; 0,110 ve 0,186). Kontrol grubundaki ortaöğretim mezunu olanlara göre hasta grubundaki ortaöğretim mezunu olanların Davranış Kontrolü Alt Ölçek puanları ortalamaları istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek bulundu. ($p=0,010$), (Tablo12).

Kontrol grubundaki ilköğretim mezunu olanlarla hasta grubundaki ilköğretim mezunu olanlar, kontrol grubundaki ortaöğretim mezunu olanlarla hasta grubundaki ortaöğretim mezunu olanlar ve kontrol grubundaki üniversite mezunu olanlarla hasta grubundaki üniversite mezunu olanlar arasında Genel Fonksiyonlar Alt Ölçek puanları ortalamaları istatistiksel olarak benzer bulundu (p değerleri sırasıyla 0,093; 0,391 ve 0,418), (Tablo 12).

Tablo 12. Öğrenim Düzeyi ve Çalışma Gruplarını Aile Değerlendirme Ölçeği Alt Ölçek Puanlarına Birlikte Etkilerinin İncelenmesi

		Kontrol Grubu	P *	Hasta Grubu	P **	P ***
Problem Çözme	İlköğretim	1,8±0,59	0,688	1,7±0,46	0,651	0,891
	Ortaöğretim	1,8±0,51		1,9±0,64		0,641
	Üniversite	1,6±0,30		1,7±0,53		0,724
İletişim	İlköğretim	1,7±0,63	0,954	1,9±0,49	0,293	0,151
	Ortaöğretim	1,7±0,64		1,8±0,52		0,313
	Üniversite	1,7±0,52		1,6±0,27		0,960
Roller	İlköğretim	1,8±0,38	0,758	2,1±0,47	0,075	0,036
	Ortaöğretim	1,8±0,46		1,9±0,44		0,358
	Üniversite	1,7±0,34		1,7±0,25		0,762
Duygusal Tepki Verme	İlköğretim	1,9±0,83	0,447	2,1±0,67	0,086	0,120
	Ortaöğretim	1,7±0,82		1,9±0,66		0,313
	Üniversite	1,5±0,53		1,6±0,36		0,362
Gereken İlgiyi Gösterme	İlköğretim	1,9±0,42	0,945	2,2±0,55	0,073	0,037 [§]
	Ortaöğretim	1,9±0,40		2,2±0,64		0,150
	Üniversite	1,8±0,36		1,8±0,30		1,000
Davranış Kontrolü	İlköğretim	1,6±0,33	0,727	1,9±0,55	0,021	0,110
	Ortaöğretim	1,6±0,26		2,0±0,41		0,010
	Üniversite	1,7±0,28		1,6±0,24		0,186
Genel Fonksiyonlar	İlköğretim	1,7±0,40	0,756	1,9±0,45	0,346	0,093
	Ortaöğretim	1,7±0,46		1,9±0,51		0,391
	Üniversite	1,6±0,32		1,6±0,23		0,418

* Kontrol Grubu içerisinde cinsiyetler arasında yapılan karşılaştırmalar

** Hasta Grubu içerisinde cinsiyetler arasında yapılan karşılaştırmalar

*** Öğrenim düzeyleri içerisinde çalışma grupları arasında yapılan karşılaştırmalar

§ Bonferroni Düzeltmesine göre istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p>0,017$).

† Üniversite mezunu olanlar ile arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı ($p<0,05$)

Kontrol Grubu içerisindeki olguların Başa Çıkma Ölçeği'nin tüm alt ölçeklerinden elde edilen puanları yönünden ebeveynlerinin öğrenim düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmedi ($p>0,05$), (Tablo 13).

Hasta Grubu içerisindeki olguların Başa Çıkma Ölçeği'nin tüm alt ölçeklerinden (İnkar ve Dini Olarak Başa Çıkma alt ölçekleri hariç) elde edilen puanları yönünden ebeveynlerinin öğrenim düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmedi ($p>0,05$). Hasta grubu içerisinde Başa Çıkma Ölçeği'nin İnkar ve Dini Olarak Başa Çıkma Alt Ölçekleri yönünden öğrenim grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark varmış gibi görünmesine karşın Bonferroni Düzeltmesine göre gruplar arasındaki bu farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0,017$), (Tablo 13).

Kontrol grubundaki ilköğretim mezunu olanlarla hasta grubundaki ilköğretim mezunu olanlar ve kontrol grubundaki ortaöğretim mezunu olanlarla hasta grubundaki ortaöğretim mezunu olanlar arasında Şakaya Vurma alt ölçek puanları ortalamaları istatistiksel olarak benzer bulundu (p değerleri sırasıyla; 0,853 ve 0,599). Kontrol grubundaki üniversite mezunu olanlara göre hasta grubundaki üniversite mezunu olanların Şakaya Vurma alt ölçek puanları daha istatistiksel anlamlı olarak daha düşük bulundu ($p=0,009$), (Tablo 13).

Baş çıkma ölçeğinin pozitif yeniden yorumlama ve gelişme, zihinsel boş verme, soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma, yararlı sosyal destek kullanımı, aktif baş çıkma, inkar, dini olarak baş çıkma, davranışsal olarak baş çıkma, geri durma, duygusal sosyal destek kullanımı, madde kullanımı, kabullenme, diğer meşguliyetleri bastırma ve plan yapma alt ölçek puanları arasında Kontrol grubu ile hasta grupları arasında ilköğretim mezunu olanlarla ilköğretim mezunu olanlar, orta öğretim mezunu olanlarla orta öğretim mezunu olanlar ve üniversite mezunu olanlarla üniversite mezunu olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p<0,05$), (Tablo 13).

Tablo 13. Öğrenim Düzeyi ve Çalışma Gruplarını Başa Çıkma Ölçeği Alt Ölçek Puanlarına Birlikte Etkilerinin İncelenmesi

		Kontrol Grubu	P*	Hasta Grubu	P**	P***
Pozitif Yeniden Yorumlama ve Gelişme	İlköğretim	14,6±1,45	0,485	15,0±1,59	0,256	0,271
	Ortaöğretim	14,4±2,43		14,3±1,71		0,499
	Üniversite	14,0±1,91		14,4±2,02		0,418
Zihinsel Boş Verme	İlköğretim	10,3±2,23	0,101	8,7±2,90	0,361	0,026 [§]
	Ortaöğretim	9,2±3,00		8,8±3,11		0,707
	Üniversite	8,8±2,59		7,1±2,02		0,204
Soruna Odaklanma ve Duyguları Açığa Vurma	İlköğretim	9,9±2,02	0,075	9,3±2,02	0,301	0,152
	Ortaöğretim	9,1±2,05		10,1±1,80		0,159
	Üniversite	8,7±1,55		9,3±1,71		0,336
Yararlı Sosyal Destek Kullanımı	İlköğretim	12,9±2,52	0,080	12,6±3,06	0,253	0,994
	Ortaöğretim	12,8±2,70		12,3±3,03		0,730
	Üniversite	10,5±3,43		11,1±2,97		0,840
Aktif Başa Çıkma	İlköğretim	13,9±2,15	0,854	14,1±2,23	0,082	0,466
	Ortaöğretim	13,6±2,52		12,9±1,91		0,258
	Üniversite	14,2±2,08		13,5±2,97		0,801
İnkâr	İlköğretim	7,0±2,28	0,974	8,3±2,81	0,040 [§]	0,085
	Ortaöğretim	7,3±2,75		7,2±2,21		0,893
	Üniversite	7,4±3,10		6,0±2,56		0,139
Dini Olarak Başa Çıkma	İlköğretim	14,2±2,45	0,110	14,9±1,95	0,029 [§]	0,517
	Ortaöğretim	12,6±3,25		13,8±3,24		0,199
	Üniversite	13,2±3,06		12,8±2,42		0,687
Şakaya Vurma	İlköğretim	7,3±2,84	0,463	7,2±3,16	0,177	0,853
	Ortaöğretim	7,7±3,16		7,2±3,05		0,599
	Üniversite	8,5±3,10		5,1±1,38		0,009
Davranışsal Olarak Boş Verme	İlköğretim	6,4±2,83	0,885	6,4±2,51	0,114	0,793
	Ortaöğretim	6,0±1,86		6,8±3,01		0,578
	Üniversite	5,8±2,27		5,0±1,65		0,390
Geri Durma	İlköğretim	10,0±2,28	0,866	10,7±2,88	0,163	0,488
	Ortaöğretim	9,8±2,09		10,5±2,28		0,358
	Üniversite	10,4±2,36		8,9±2,39		0,169
Duygusal Sosyal Destek Kullanımı	İlköğretim	11,9±2,66	0,357	12,1±3,22	0,429	0,499
	Ortaöğretim	12,1±2,76		12,1±2,81		1,000
	Üniversite	10,6±2,63		11,0±2,89		0,936
Madde Kullanımı	İlköğretim	4,5±1,60	0,616	4,8±2,38	0,416	0,327
	Ortaöğretim	4,9±2,17		5,5±3,17		0,707
	Üniversite	4,6±1,71		4,8±2,60		0,801
Kabullenme	İlköğretim	11,6±2,20	0,053	11,3±2,52	0,184	0,693
	Ortaöğretim	10,2±2,30		12,0±2,79		0,042 [§]
	Üniversite	11,6±2,84		10,2±2,29		0,169
Diğer Meşguliyetleri Bastırma	İlköğretim	10,5±2,60	0,501	11,8±2,82	0,101	0,090
	Ortaöğretim	10,3±2,56		10,4±2,62		0,869
	Üniversite	11,2±2,01		10,4±1,98		0,223
Plan Yapma	İlköğretim	13,4±2,17	0,616	12,8±1,93	0,631	0,175
	Ortaöğretim	12,8±2,36		12,9±2,14		0,893
	Üniversite	13,6±2,63		13,7±2,50		0,801

* Kontrol Grubu içerisinde cinsiyetler arasında yapılan karşılaştırmalar

** Hasta Grubu içerisinde cinsiyetler arasında yapılan karşılaştırmalar

***Öğrenim düzeyleri grupları içerisinde çalışma grupları arasında yapılan karşılaştırmalar

§ Bonferroni Düzeltmesine göre istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur (p>0,017).

Kontrol Grubu içerisinde ebeveynlerin öğrenim düzeyleri arasında Aile Değerlendirme Ölçeği, Başa Çıkma Ölçeği ve Durumluluk Kaygı Envanterinden elde edilen toplam puanlar yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmedi ($p>0,05$), (Tablo14).

Hasta Grubu içerisinde de ebeveynlerin öğrenim düzeyleri grupları arasında Aile Değerlendirme Ölçeği ve Durumluluk Kaygı Envanterinden elde edilen toplam puanlar yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmedi ($p>0,05$). Gruplar arasında Başa Çıkma Ölçeği'nden elde edilen puanlar yönünden anlamlı bir fark varmış gibi görünmesine karşın bu sonuç Bonferroni Düzeltmesine göre istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0,025$), (Tablo 14).

Kontrol grubundaki ilköğretim mezunlarına göre hasta grubundaki ilköğretim mezunlarının Aile Değerlendirme Ölçeği toplam puanları ortalamaları daha yüksek bulunmasına karşın bu sonuç Bonferroni Düzeltmesine göre istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p=0,034$ Bonferroni Düzeltmesine göre $p>0,017$ olduğu için). Kontrol grubundaki ortaöğretim mezunu olanlar ile hasta grubundaki ortaöğretim mezunu olanlar arasında Aile Değerlendirme Ölçeği toplam puanları ortalamaları istatistiksel olarak benzer bulundu ($p=0,221$). Kontrol grubundaki üniversite mezunu olanlar ile hasta grubundaki üniversite mezunu olanlar arasında Aile Değerlendirme Ölçeği toplam puanları ortalamaları istatistiksel olarak benzer bulundu ($p=0,579$), (Tablo14).

Kontrol grubundaki ilköğretim mezunları ile hasta grubundaki ilköğretim mezunları, kontrol grubundaki ortaöğretim mezunu olanlar ile hasta grubundaki ortaöğretim mezunu olanlar ve kontrol grubundaki üniversite mezunu olanlar ile hasta grubundaki üniversite mezunu olanlar arasında Başa Çıkma Ölçeği toplam puanları ortalamaları istatistiksel olarak benzer bulundu (p değerleri sırasıyla; 0,755; 0,461 ve 0,125), (Tablo 14).

Kontrol grubundaki ilköğretim mezunlarına göre hasta grubundaki ilköğretim mezunu olanların Durumluluk Kaygı Envanteri puanları ortalamaları istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek bulundu ($p<0,001$). Kontrol grubundaki ortaöğretim mezunlarına göre hasta grubundaki ortaöğretim mezunlarının Durumluluk Kaygı Envanteri puanları ortalamaları daha yüksek bulunmasına karşın bu sonuç Bonferroni Düzeltmesine göre istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p=0,022$ Bonferroni Düzeltmesine göre $p>0,017$ olduğu için). Kontrol grubundaki üniversite mezunları ile hasta grubundaki üniversite mezunları arasında Durumluluk Kaygı Envanteri puanları ortalamaları istatistiksel olarak benzer bulundu ($p=1,000$), (Tablo 14).

Tablo 14. Öğrenim Düzeyi ve Çalışma Gruplarının Aile Değerlendirme, Başa Çıkma ve Durumluluk Kaygı Ölçekleri Toplam Puanlarına Birlikte Etkilerinin İncelenmesi

		Kontrol Grubu	p *	Hasta Grubu	p **	p ***
Aile Değerlendirme Ölçeği	İlköğretim	1,7±0,41	0,918	1,9±0,37	0,059	0,034 [§]
	Ortaöğretim	1,7±0,40		1,9±0,43		0,221
	Üniversite	1,7±0,29		1,7±0,17		0,579
Başa Çıkma Ölçeği	İlköğretim	158,3±15,22	0,477	160,0±20,89	0,049 [§]	0,755
	Ortaöğretim	152,9±17,67		156,9±19,34		0,461
	Üniversite	153,2±16,18		143,1±11,89		0,125
Durumluluk Kaygı Ölçeği	İlköğretim	38,2±5,55	0,885	46,8±8,02	0,056	<0,001
	Ortaöğretim	38,8±7,74		45,5±8,35		0,022 [§]
	Üniversite	39,8±7,87		40,7±9,61		1,000

* Kontrol Grubu içerisinde cinsiyetler arasında yapılan karşılaştırmalar

** Hasta Grubu içerisinde cinsiyetler arasında yapılan karşılaştırmalar

*** Öğrenim düzeyleri grupları içerisinde çalışma grupları arasında yapılan karşılaştırmalar

§ Bonferroni Düzeltmesine göre istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p>0,017$).

Tablo 16. Kontrol Grubu İçinde ADO Alt Ölçekleri ve ADO Toplam Puanları Arasındaki Korelasyon Miktarları ve Anlamlılık Düzeyleri

		Problem Çözme	İletişim	Roller	Duygusal Tepki Verme	Gereken İlgili Gösterme	Davranış Kontrolü	Genel Fonksiyonlar
İletişim	<i>rho</i>	0,770						
	<i>p</i>	<0,001						
Roller	<i>rho</i>	0,516	0,621					
	<i>p</i>	<0,001	<0,001					
Duygusal Tepki Verme	<i>rho</i>	0,570	0,763	0,616				
	<i>p</i>	<0,001	<0,001	<0,001				
Gereken İlgili Gösterme	<i>rho</i>	0,120	0,257	0,376	0,273			
	<i>p</i>	0,362	0,048 [†]	0,003	0,035 [†]			
Davranış Kontrolü	<i>rho</i>	0,541	0,571	0,569	0,449	0,111		
	<i>p</i>	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,397		
Genel Fonksiyonlar	<i>rho</i>	0,697	0,778	0,666	0,810	0,244	0,559	
	<i>p</i>	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,061	<0,001	
Toplam ADO	<i>rho</i>	0,751	0,886	0,828	0,839	0,400	0,698	0,897
	<i>p</i>	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,002	<0,001	<0,001

[†] Bonferroni Düzeltmesine göre istatistiksel olarak anlamlı değil ($p > 0,025$).

Tablo 17. Hasta Grubu İçinde ADO Alt Ölçekleri ve ADO Toplam ile COPE Alt Ölçekleri ve COPE Toplam Arasındaki Korelasyon Miktarları ve Anlamlılık Düzeyleri

		Problem Çözme	İletişim	Roller	Duygusal Tepki Verme	Gereken İlgivi Gösterme	Davranış Kontrolü	Genel Fonksiyonlar	Toplam ADO
Pozitif Yeniden Yorumlama ve Gelişme	<i>rho</i>	-0,490	-0,142	-0,016	0,049	0,266	0,029	-0,177	-0,087
	<i>p</i>	< 0,001	0,280	0,903	0,710	0,040 [†]	0,824	0,176	0,508
Zihinsel Boş Verme	<i>rho</i>	-0,083	0,027	0,201	0,175	0,126	0,270	0,079	0,164
	<i>p</i>	0,527	0,838	0,124	0,180	0,338	0,037 [†]	0,546	0,211
Soruna Odaklanma ve Duyguları Açığa Vurma	<i>rho</i>	-0,066	0,018	0,278	0,088	0,283	0,274	0,061	0,170
	<i>p</i>	0,616	0,893	0,032 [†]	0,502	0,028 [†]	0,034 [†]	0,643	0,194
Yararlı Sosyal Destek Kullanımı	<i>rho</i>	-0,348	-0,184	0,089	-0,047	0,176	-0,003	-0,198	-0,064
	<i>p</i>	0,006	0,160	0,500	0,720	0,178	0,985	0,130	0,626
Aktif Başa Çıkma	<i>rho</i>	-0,378	-0,272	0,090	0,021	0,136	-0,260	-0,079	-0,114
	<i>p</i>	0,003	0,036 [†]	0,493	0,873	0,300	0,045 [†]	0,548	0,385
İnkar	<i>rho</i>	0,056	0,360	0,238	0,308	0,367	0,191	0,339	0,367
	<i>p</i>	0,672	0,005	0,067	0,017	0,004	0,143	0,008	0,004
Dini Olarak Başa Çıkma	<i>rho</i>	-0,305	-0,033	0,017	-0,016	0,072	0,090	-0,202	-0,059
	<i>p</i>	0,018	0,804	0,896	0,903	0,583	0,494	0,122	0,652
Şakaya Vurma	<i>rho</i>	-0,203	-0,089	0,119	-0,011	0,060	0,070	0,038	0,030
	<i>p</i>	0,119	0,501	0,366	0,934	0,650	0,593	0,774	0,821
Davranışsal Olarak Boş Verme	<i>rho</i>	0,384	0,378	0,284	0,317	0,256	0,348	0,258	0,400
	<i>p</i>	0,002	0,003	0,028 [†]	0,013	0,048 [†]	0,006	0,046 [†]	0,002
Geri Durma	<i>rho</i>	-0,099	0,161	0,207	0,151	0,412	0,284	0,144	0,222
	<i>p</i>	0,450	0,218	0,113	0,251	< 0,001	0,028 [†]	0,273	0,088
Duygusal Sosyal Destek Kullanımı	<i>rho</i>	-0,436	-0,191	0,123	0,098	0,239	0,144	-0,168	-0,016
	<i>p</i>	< 0,001	0,148	0,354	0,458	0,068	0,277	0,203	0,902
Madde Kullanımı	<i>rho</i>	0,133	-0,086	-0,016	0,075	0,005	-0,122	0,074	0,028
	<i>p</i>	0,311	0,512	0,902	0,569	0,969	0,353	0,574	0,835
Kabullenme	<i>rho</i>	-0,118	-0,040	0,181	-0,008	0,186	0,097	0,009	0,082
	<i>p</i>	0,371	0,761	0,167	0,951	0,156	0,460	0,945	0,534
Diğer Meşguliyetleri Bastırma	<i>rho</i>	-0,282	-0,042	0,065	0,045	0,138	0,039	-0,132	-0,042
	<i>p</i>	0,029 [†]	0,749	0,622	0,733	0,292	0,765	0,313	0,748
Plan Yapma	<i>rho</i>	-0,379	-0,105	-0,084	-0,050	0,153	-0,178	-0,071	-0,144
	<i>p</i>	0,003	0,423	0,524	0,705	0,242	0,174	0,589	0,271
Toplam COPE	<i>rho</i>	-0,312	-0,050	0,205	0,148	0,388	0,132	-0,086	0,090
	<i>p</i>	0,015	0,706	0,115	0,258	0,002	0,315	0,515	0,494

[†] Bonferroni Düzeltmesine göre istatistiksel olarak anlamlı değil ($p > 0,025$).

Tablo 18. Kontrol Grubu İçinde ADO Alt Ölçekleri ve ADO Toplam ile COPE Alt Ölçekleri ve COPE Toplam Arasındaki Korelasyon Miktarları ve Anlamlılık Düzeyleri

	Problem Çözme		İletişim	Roller	Duyusal Tepki Verme	Gereken İlgiyi Gösterme	Davranış Kontrolü	Genel Fonksiyonlar	Toplam ADO
Pozitif Yeniden Yorumlama ve Gelişme	rho	-0,163	-0,256	-0,380	-0,236	-0,051	-0,509	-0,297	-0,357
	p	0,212	0,048 †	0,003	0,070	0,697	<0,001	0,021	0,005
Zihinsel Boş Verme	rho	0,019	0,089	0,126	0,115	0,187	-0,260	0,080	0,094
	p	0,885	0,499	0,339	0,383	0,153	0,045 †	0,546	0,477
Soruna Odaklanma ve Duyguları Açığa Vurma	rho	-0,172	-0,148	-0,001	-0,038	0,054	-0,261	-0,120	-0,120
	p	0,189	0,258	0,992	0,771	0,684	0,044 †	0,363	0,363
Yararlı Sosyal Destek Kullanımı	rho	-0,247	-0,246	-0,094	-0,163	0,073	-0,399	-0,200	-0,217
	p	0,057	0,058	0,474	0,212	0,577	0,002	0,125	0,096
Aktif Başa Çıkma	rho	-0,215	-0,169	-0,438	-0,072	-0,275	-0,285	-0,112	-0,279
	p	0,099	0,198	<0,001	0,583	0,034 †	0,027 †	0,396	0,031 †
İnkâr	rho	0,301	0,373	0,158	0,350	0,076	0,138	0,345	0,314
	p	0,019	0,003	0,227	0,006	0,566	0,294	0,007	0,014
Dini Olarak Başa Çıkma	rho	0,005	0,110	0,000	0,198	0,023	-0,144	0,071	0,036
	p	0,970	0,403	0,998	0,129	0,859	0,271	0,592	0,786
Şakaya Vurma	rho	0,020	-0,063	-0,047	-0,178	0,155	-0,126	-0,148	-0,066
	p	0,881	0,632	0,720	0,175	0,237	0,337	0,260	0,614
Davranışsal Olarak Boş Verme	rho	0,289	0,378	0,388	0,280	0,402	0,268	0,342	0,446
	p	0,025	0,003	0,002	0,030 †	<0,001	0,038 †	0,007	<0,001
Geri Durma	rho	0,211	0,137	0,111	-0,048	-0,049	0,135	0,017	0,104
	p	0,105	0,297	0,401	0,715	0,709	0,303	0,896	0,428
Duyusal Sosyal Destek Kullanımı	rho	-0,421	-0,386	-0,120	-0,293	0,116	-0,424	-0,383	-0,342
	p	<0,001	0,002	0,360	0,023	0,376	<0,001	0,003	0,007
Madde Kullanımı	rho	0,140	0,111	0,202	0,022	0,204	0,055	0,180	0,168
	p	0,285	0,400	0,121	0,866	0,118	0,679	0,168	0,199
Kabullenme	rho	0,086	0,023	-0,163	0,007	-0,144	-0,126	-0,041	-0,091
	p	0,514	0,861	0,214	0,957	0,272	0,338	0,759	0,490
Diğer Mesguliyetleri Bastırma	rho	-0,114	-0,009	-0,063	-0,211	-0,079	-0,304	-0,173	-0,153
	p	0,385	0,948	0,633	0,105	0,549	0,018	0,186	0,242
Plan Yapma	rho	-0,357	-0,325	-0,456	-0,320	-0,182	-0,482	-0,411	-0,471
	p	0,005	0,011	<0,001	0,013	0,163	<0,001	<0,001	<0,001
Toplam COPE	rho	-0,068	-0,006	-0,092	-0,077	0,071	-0,357	-0,101	-0,102
	p	0,605	0,965	0,486	0,558	0,590	0,005	0,443	0,439

† Bonferroni Düzeltmesine göre istatistiksel olarak anlamlı değil ($p > 0,025$).

Tablo 19. Hasta Grubu İçinde COPE Alt Ölçekleri ve COPE Toplam Arasındaki Korelasyon Miktarları ve Anlamlılık Düzeyleri

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1. Pozitif Yeniden Yorumlama Ve Gelişme															
rho															
p															
2. Zihinsel Boş Verme															
rho	0,050														
p	0,704														
3. Soruna Odaklanma ve Duyguları Açığa Vurma															
rho	0,037	0,059													
p	0,780	0,655													
4. Yararlı Sosyal Destek Kullanımı															
rho	0,380	-0,028	0,467												
p	0,003	0,834	<0,001												
5. Aktif Başa Çıkma															
rho	0,393	-0,015	0,049	0,413											
p	0,002	0,908	0,708	<0,001											
6. İnkâr															
rho	0,125	0,224	-0,046	0,055	0,072										
p	0,340	0,086	0,729	0,677	0,585										
7. Dini Olarak Başa Çıkma															
rho	0,371	0,171	0,116	0,369	0,252	0,332									
p	0,004	0,190	0,378	0,004	0,052	0,009									
8. Şakaya Vurma															
rho	0,194	0,357	0,117	0,239	0,182	0,444	0,413								
p	0,137	0,005	0,374	0,066	0,164	<0,001	<0,001								
9. Davranışsal Olarak Boş Verme															
rho	-0,126	0,352	0,108	-0,113	-0,378	0,229	0,198	0,186							
p	0,337	0,006	0,409	0,392	0,003	0,078	0,129	0,155							
10. Geri Durma															
rho	0,170	0,297	0,293	0,317	0,139	0,394	0,324	0,289	0,301						
p	0,194	0,021	0,023	0,014	0,289	0,002	0,012	0,025	0,019						
11. Duygusal Sosyal Destek Kullanımı															
rho	0,498	0,291	0,489	0,708	0,239	0,101	0,422	0,272	0,080	0,239					
p	<0,001	0,026 †	<0,001	<0,001	0,068	0,448	<0,001	0,037	0,549	0,068					
12. Madde Kullanımı															
rho	-0,185	0,140	0,107	0,126	0,123	0,215	0,158	0,144	0,183	0,189	0,118				
p	0,156	0,285	0,417	0,338	0,349	0,098	0,228	0,274	0,161	0,147	0,372				
13. Kabullenme															
rho	0,392	0,188	0,177	0,282	0,217	0,175	0,373	0,308	0,136	0,283	0,309	0,118			
p	0,002	0,150	0,175	0,029 †	0,097	0,181	0,003	0,017	0,302	0,029	0,017	0,368			
14. Diğer Mesguliyetleri Bastırma															
rho	0,242	0,244	0,200	0,303	0,284	0,167	0,214	0,049	0,115	0,313	0,371	0,184	0,125		
p	0,063	0,060	0,125	0,019	0,028 †	0,201	0,100	0,708	0,380	0,015	0,004	0,160	0,340		
15. Plan Yapma															
rho	0,386	-0,085	-0,155	0,149	0,510	0,196	0,087	0,202	-0,264	0,090	0,042	-0,049	0,003	0,180	
p	0,002	0,521	0,238	0,257	<0,001	0,134	0,509	0,122	0,042 †	0,493	0,751	0,710	0,980	0,168	
16. Toplam COPE															
rho	0,514	0,418	0,375	0,641	0,397	0,456	0,642	0,555	0,294	0,612	0,690	0,318	0,592	0,486	0,235
p	<0,001	<0,001	0,003	<0,001	0,002	<0,001	<0,001	<0,001	0,023	<0,001	<0,001	0,013	<0,001	<0,001	0,070

† Bonferroni Düzeltmesine göre istatistiksel olarak anlamlı değil ($p > 0,025$).

Tablo 20. Kontrol Grubu İçinde COPE Alt Ölçekleri ve COPE Toplam Arasındaki Korelasyon Miktarları ve Anlamlılık Düzeyleri

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1. Pozitif Yeniden Yorumlama Ve Gelişme	rho														
	p														
2. Zihinsel Boş Verme	rho	0,118													
	p	0,368													
3. Soruna Odaklanma ve Duyguları Açığa Vurma	rho	0,167	0,510												
	p	0,203	<0,001												
4. Yararlı Sosyal Destek Kullanımı	rho	0,373	0,173	0,509											
	p	0,003	0,187	<0,001											
5. Aktif Başa Çıkma	rho	0,416	0,035	0,319	0,417										
	p	<0,001	0,789	0,013	<0,001										
6. İnkâr	rho	-0,126	0,164	-0,184	-0,236	-0,133									
	p	0,337	0,211	0,158	0,069	0,312									
7. Dini Olarak Başa Çıkma	rho	0,395	0,006	0,167	0,306	0,211	0,127								
	p	0,002	0,962	0,203	0,017	0,106	0,334								
8. Şakaya Vurma	rho	0,152	0,324	0,186	0,080	-0,078	0,137	-0,030							
	p	0,248	0,011	0,155	0,545	0,554	0,298	0,819							
9. Davranışsal Olarak Boş Verme	rho	-0,137	0,281	-0,139	-0,220	-0,421	0,277	-0,067	0,418						
	p	0,298	0,029†	0,290	0,091	<0,001	0,032†	0,613	<0,001						
10. Geri Durma	rho	0,209	0,098	-0,014	0,081	0,100	-0,038	-0,074	0,297	0,269					
	p	0,109	0,458	0,918	0,539	0,448	0,775	0,574	0,021	0,038					
11. Duygusal Sosyal Destek Kullanımı	rho	0,377	0,265	0,405	0,684	0,188	-0,239	0,122	0,295	-0,042	0,173				
	p	0,003	0,041†	<0,001	<0,001	0,150	0,066	0,353	0,022	0,751	0,186				
12. Madde Kullanımı	rho	-0,264	0,153	-0,095	-0,273	-0,235	0,132	-0,465	0,116	0,381	-0,025	-0,130			
	p	0,042†	0,244	0,469	0,035†	0,071	0,313	<0,001	0,378	0,003	0,847	0,322			
13. Kabullenme	rho	0,169	0,170	0,141	0,035	0,391	0,142	0,370	0,249	0,052	0,233	0,055	-0,130		
	p	0,196	0,194	0,281	0,793	0,002	0,281	0,004	0,055	0,691	0,073	0,676	0,320		
14. Diğer Mesguliyetleri Bastırma	rho	0,455	0,173	0,252	0,360	0,259	-0,309	0,255	0,087	-0,062	0,359	0,409	-0,031	0,121	
	p	<0,001	0,185	0,053	0,005	0,046†	0,016	0,049†	0,509	0,638	0,005	<0,001	0,817	0,359	
15. Plan Yapma	rho	0,596	0,103	0,399	0,442	0,688	-0,340	0,169	0,256	-0,339	0,230	0,423	-0,261	0,262	0,533
	p	<0,001	0,433	0,002	<0,001	<0,001	0,008	0,196	0,048	0,008	0,077	<0,001	0,044†	0,043†	<0,001
16. Toplam COPE	rho	0,554	0,507	0,522	0,556	0,454	0,055	0,395	0,509	0,200	0,453	0,588	-0,077	0,473	0,622
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,677	0,002	<0,001	0,126	<0,001	0,559	<0,001	<0,001	<0,001

† Bonferroni Düzeltmesine göre istatistiksel olarak anlamlı değil (p>0,025).

Tablo 21. Gruplar İçinde Kaygı Puanı ile ADO Alt Ölçekleri, ADO Toplam, COPE Alt Ölçekleri ve COPE Toplam Arasındaki Korelasyon Miktarları ve Anlamlılık Düzeyleri

	Kontrol Grubu		Hasta Grubu	
	<i>r</i> _{ho}	<i>p</i>	<i>r</i> _{ho}	<i>p</i>
Problem Çözme	0,267	0,039 [†]	0,168	0,200
İletişim	0,287	0,026 [†]	0,236	0,070
Roller	0,518	<0,001	0,433	<0,001
Duygusal Tepki Verme	0,337	0,008	0,344	0,007
Gereken İlgiyi Gösterme	0,180	0,170	0,324	0,012
Davranış Kontrolü	0,283	0,028 [†]	0,345	0,007
Genel Fonksiyonlar	0,396	0,002	0,421	<0,001
Toplam ADO	0,429	<0,001	0,458	<0,001
Pozitif Yeniden Yorumlama ve Gelişme	-0,542	<0,001	-0,250	0,054
Zihinsel Boş Verme	0,110	0,401	0,228	0,080
Soruna Odaklanma ve Duyguları Açığa Vurma	-0,044	0,737	0,184	0,160
Yararlı Sosyal Destek Kullanımı	-0,180	0,170	0,022	0,866
Aktif Başa Çıkma	-0,391	0,002	-0,094	0,473
İnkar	0,198	0,130	0,234	0,072
Dini Olarak Başa Çıkma	-0,071	0,588	0,156	0,235
Şakaya Vurma	0,157	0,231	0,063	0,632
Davranışsal Olarak Boş Verme	0,285	0,027 [†]	0,327	0,011
Geri Durma	-0,152	0,247	0,286	0,027 [†]
Duygusal Sosyal Destek Kullanımı	-0,114	0,386	0,067	0,614
Madde Kullanımı	0,316	0,014	0,298	0,021
Kabullenme	-0,022	0,870	0,170	0,194
Diğer Meşguliyetleri Bastırma	-0,250	0,054	0,069	0,600
Plan Yapma	-0,560	<0,001	-0,287	0,026 [†]
Toplam COPE	-0,196	0,133	0,179	0,171

[†] Bonferroni Düzeltmesine göre istatistiksel olarak anlamlı değil ($p > 0,025$).

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada epilepsi tanısı alan çocukların aile işlevleri, anne-babalarındaki kaygı düzeyi ve başa çıkma becerileri incelenmiştir. Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Nörolojisi Polikliniğine başvuran epilepsisi olan 60 çocuğun anne ya da babası ile sağlıklı çocukları olan 60 çocuğun anne ya da babası çalışmaya dahil edilmiştir. Çalışmaya alınan epilepsili çocuğu olan anne-babalar ve kontrol grubunda yer alan sağlıklı çocuğa sahip anne-babalar arasında sosyo-demografik özellikler açısından istatistiksel olarak ebeveyn yaşı, cinsiyet dağılımı, öğrenim düzeyi, yaşanan yer ve aile tipi açısından benzer bulundu.

Literatürde epilepsili çocuğu olan ailelerin işlevleri, anne-babalarının kaygısı ve başa çıkma becerileriyle ilgili sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Ayrıca bu çalışmalarda kullanılan örneklem sayısının farklı olması ve yöntemsel farklılıklar nedeniyle çalışmalar arasında karşılaştırma yapılmasını zorlaştırmaktadır. Epilepsili çocuğu olan ailelerin aile işlevleriyle ilgili yapılan sınırlı sayıdaki benzer çalışmalar şunlardır: Ferrari ve arkadaşlarının (1983) epilepsili çocukların aileleriyle ilgili yaptıkları çalışmasında epilepsili, diyabetli, kronik hastalığı olmayan sağlıklı çocukların aileleri dahil edilmiş ve epilepsili çocukların ailelerinde genel davranışlar, aile üyelerinin birbirine yakınlığı, ebeveyn-çocuk iletişimi açısından diğer gruplara göre farklı sonuçlar elde edilmiştir. Epilepsili aileler var olan olası sorunlar yerine daha çok özel durumlarına odaklanırken, diğer gruplar ise genel davranışlar üzerine odaklanmıştır. Ayrıca epilepsili çocukların ailelerinde diğer iki gruba göre aile içi bağlarının zayıf olduğu, ölüm, hastalık ve kaza gibi ciddi durumlarda kahkaha ve gülme gibi tepkisel davranışların fazla olduğu belirtilmiştir (8). Haddad (2003) tarafından yapılan bir başka çalışmada ise, en az 6 ay ve öncesi epilepsi tanısı almış olan, başka bir tıbbi hastalığı olmayan, şehir merkezinde yaşayan 1-16 yaş arası epilepsili çocuğa sahip 30 ebeveynle (17 anne-13 baba) yarı yapılandırılmış görüşme yapılarak verilerin toplandığı çalışmada, ebeveynlerin %97 sinin (n=29) çocuklarında görülen epilepsinin aileyi etkilediğini, %3 'ünün ise (n=1) aileyi

etkilemediğini bildirilmiştir (71). Çalışmamızda Aile Değerlendirme Ölçeği toplam puanlarına göre epilepsi tanısı alan çocukların anne-babaların aile işlevleri sağlıklı çocuğu olan anne-babalardan anlamlı düzeyde işlevsiz bulunmuştur. Aile Değerlendirme Ölçeği toplam ve alt ölçek puanlarının sağlıksızlık kesim puanı olan 2 ve üstü aritmetik ortalamalarına göre yapılan değerlendirme dağılımına bakıldığında yüzdelik olarak tüm alt ölçeklerde epilepsili çocuğu olan anne-babaların sağlıklı çocuğu olan anne-babalardan fazla olduğu görülmektedir. Anlamlılık düzeyine göre ise davranış kontrolü alt ölçeğinde epilepsili çocuğu olan anne-babaların sağlıklı çocuğu olan anne-babalardan anlamlı düzeyde sağlıksızdır. Epilepsili çocuğu olan anne-babaların Aile Değerlendirme Ölçeği; roller, duygusal tepki verme, gereken ilgiyi gösterme ve genel fonksiyonlar alt ölçeğine göre sağlıklı çocuğu olan anne-babalardan anlamlı düzeyde işlevsiz bulundu. Aile Değerlendirme Ölçeğinin alt ölçeklerinin sağlıklı işlevleri ölçen maddelere göre yapılan değerlendirmesinde epilepsili çocuğu olan anne-babalarla sağlıklı çocuğu olan anne-babalar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu sonuç bize aile işlevsellersinin sağlıklı işlevselliği yönünden epilepsinin herhangi bir etkisinin olmadığını düşündürmektedir. ADÖ'nün alt ölçeklerinin sağlıksız işlevleri ölçen maddelerine göre yapılan değerlendirmede ise, epilepsili çocuğu olan anne-babaların sağlıklı çocuğu olan anne-babalardan iletişim, duygusal tepki verme, gereken ilgiyi gösterme, genel fonksiyonlar ölçeği açısından anlamlı düzeyde sağlıksız olduğu bulundu. Bu sonuçlar bize ailede epilepsili çocuğun olmasıyla ailenin sağlıklılık yönünü ölçen sağlıklılık işlevlerinde bir değişiklik olmazken, sağlıksızlık belirtisi olan işlevlerinde olumsuz etkilendiğini düşündürmektedir. Ülkemizde Ünal ve arkadaşları (2004) tarafından gerçekleştirilen 25 şizofreni, 25 iki uçlu duygudurum bozukluğu, 25 epilepsi hastası ile 134 aile üyesinin katıldığı aile işlevlerinin karşılaştırılması çalışmalarında işlevselliğin genel değerlendirmesinde epilepsi hastalarının işlevsellik düzeyinin yüksek olduğu (% 79.2), şizofreni grubunun ise en düşük olduğu(% 46.2) saptanmıştır (51). Bizim çalışmamızda ise aile değerlendirme ölçeği puanlarına göre hasta grubunun % 26,7 'si sağlıksız, %73,3'ünün sağlıklı işlevsellik düzeyinde olduğu bulundu.

Çalışmamızda anne-babaların cinsiyetlerine göre aile işlevleri açısından her hangi bir fark bulunmazken, konu ile ilgili çalışmalarda anne-babalar arasında anlamlı farklılıkların olduğu bildirilmektedir. Pal ve arkadaşlarının (2002) Hindistan'ın Batı Bengal bölgesinde yaşayan epilepsisi olan 6-18 yaş çocukların anneleri ile yapılan 46 olgunun dahil edildiği çalışmada ebeveyn uyumu ile sosyal destek memnuniyeti arasında pozitif bir ilişki bulunmuştur. Aynı çalışmada annenin eğitim düzeyi ve geliri ile sosyal destek kullanımı

arasında herhangi bir önemli ilişki bulunmadığı bildirilmiştir (75). Stephan (2002) epilepsili çocuk ve aileleriyle yapmış olduğu çalışmada annelerin aile işlevlerinin babalardan daha sağlıklı olduğu, daha fazla memnuniyet göstergesi olarak babaların aile işlevleri puanlarının annelerden yüksek olduğu bulundu. Ailelerin sürekliliğini sürdürme, sosyal destek kullanımı ve tıbbi konsültasyonlarda etkin başa çıkma becerilerini annelerin babalardan daha fazla kullandığı belirlenmiştir (50). Bu çalışmalarda epilepsili çocuğu olan anne-babalar birlikte alınırken, bizim çalışmamızda her aileden ya anne ya da babanın alınmasının anlamlı ilişkinin bulunamamasına neden olabileceğini düşündürmektedir.

Literatürde epilepsili çocuğu olan anne-babalarla sağlıklı çocuğu olan anne-babaların eğitim durumunun aile işlevleri açısından karşılaştırıldığı herhangi bir çalışma bulunmamıştır. Çalışmamıza benzer bir çalışmada Pal'ın (2002) Hindistan da yapmış olduğu annenin eğitim düzeyi ve sosyal destek kullanımı ile ilgili araştırmada annenin eğitimiyle sosyal destek kullanımı arasında herhangi bir fark saptanmamıştır (75). Çalışmamızda ise, epilepsili çocuğu olan ebeveynlerden üniversite mezunu olanların davranış kontrolü bakımından ilköğretim ve ortaöğretim mezunu ebeveynlerden daha sağlıklı olduğu belirlenmiştir. 'Davranış kontrolü' ile aile üyelerinin davranışlarına standart koyma ve disiplin sağlama biçimi tanımlanmaktadır. Psikolojik ve sosyal tehdit karşısındaki davranışların değerlendirilmesi, kontrolün esnek, katı, düzensiz oluşu da ele alınmaktadır (45). Aile işlevleriyle anne-babaların eğitimleri arasında diğer yönlerden herhangi bir anlamlı ilişki bulunmamıştır.

Literatürde epilepsili çocuğu olan anne-babalarla sağlıklı çocuğu olan anne-babaların yaşadıkları yer değişkenleriyle ilgili bir çalışma yer almamaktadır. Çalışmamızda ise; yaşanan yere göre her iki grupta yer alan anne-babaların ADÖ puanlarına göre aile işlevleri arasında herhangi bir fark bulunmamıştır.

Epilepsili çocuğu olan ebeveynlerdeki kaygı düzeyi ile ilgili çalışmalara baktığımızda, farklı sonuçların elde edildiği görülmektedir. Bazı çalışmalarda epilepsili çocuğu olan ebeveynlerin sağlıklı çocuğu olan ebeveynlerden daha fazla kaygılı olduğu bildirilirken bazı çalışmalarda ise, epilepsili çocuğu olan ebeveynlerle sağlıklı çocuğu olan ebeveynler arasında herhangi bir fark bulunmadığı belirtilmiştir (4,36). Bu çalışmalar şunlardır: Thompson ve Upton (1992) 44 yetişkin epilepsili hastanın ailesinin yüksek düzeyde kaygılı olduklarını bildirmişlerdir (4) Yong ve arkadaşlarının (2006) 418 aile ile yaptığı epilepsili çocukların yaşam kalitesini etkileyen faktörleri inceleyen çalışmalarında 105 ebeveynde (%42) kaygı görülmezken, 46'sında (%18) sınır seviyede kaygı görüldüğü, 101 (%40) ebeveynin ise kaygılı olduğu saptanmıştır (76). Baki ve arkadaşlarının (2004) 35

epilepsili çocuk ve ergenle (7-19 yaş arasında) 35 sağlıklı kontrol olgusu (8-17 yaş arası) ile eşleştirilerek yapılan çalışmalarında bu bireylerin anneleri de alınarak (n=70) enlemesine kesitsel analiz yapılmıştır. Bu çalışmada epilepsili çocuğu olan annelerle sağlıklı çocuğu olan anneler arasında kaygı puanları açısından her hangi bir fark bulunmamıştır (36).Chapieski ve arkadaşları (2005) ebeveynler tarafından epilepsili çocuğun aşırı koruma ve uyum işlevlerinin anneye ait kaygıya etkisini değerlendirdiği 56 anne ile gerçekleştirdikleri çalışmalarında, ilk uygulama hastalık tanısı konulduktan sonraki altıncı ay, ikinci uygulama bir yıl sonrasında yapılmıştır. İki uygulama arasında kaygı açısından anlamlı bir fark bulunmadığı bildirilmiştir (30). İseri ve arkadaşlarının (2006) yılında 70 epilepsili çocuğun ebeveynin alındığı çalışmada olguların % 56'sında Travma Sonrası Stres Bozukluğu ile %32.5'inde kaçınma ve duyarsızlaşma belirtisi saptanmıştır (77). Thompson ve Upton'ın (1992) 44 aile ile gerçekleştirdikleri başka bir çalışmada epilepsinin aile üzerinde, özellikle ilk bakımı veren kişiler olan annelerde stres düzeyinin yüksek olduğu ve sosyal durumlardaki hoşnutsuzluğun fazla olduğunu bulmuştur. Aynı çalışmada ayrıca sosyal desteğin düşük algılanmasıyla depresyon arasında da ilişki olduğu sonucu elde edilmiştir (78). Flury ve arkadaşlarının (2001) febril nöbet ve ebeveyn kaygısı ile ilgili çalışmalarında ebeveynlerin %69'unda güçlü şekilde kaygı gözlemlendiği belirtilmiştir. Bu çalışmada bilgi eksikliğiyle kaygı arasında ilişkili bulunduğu, ebeveynlerin %79'unu febril nöbet hakkında hiçbir bilgisinin olmadığı ve eğitim düzeyi düşük olan ebeveynlerin eğitim düzeyi yüksek olan ebeveynlerden daha kaygılı olduğu saptanmıştır (79). Çalışmamız da ise, benzer şekilde Durumluluk Kaygı Envanteri puanlarına göre epilepsili çocuğu olan anne-babaların kaygısının sağlıklı çocuğu olan anne-babalardan, epilepsili çocuğu olan annelerin kaygısının sağlıklı çocuğu olan annelerin kaygısından anlamlı düzeyde yüksek olduğu sonucu elde edilmiştir. Epilepsili çocuğu olan annelerle babalar arasında ise anlamlı bir fark bulunmamıştır. Anne-babanın eğitimine göre yapılan değerlendirmede; epilepsili çocuğu olan ilköğretim mezunu ebeveynlerin kaygı düzeylerinin aynı eğitim düzeyine sahip sağlıklı ebeveynlerden anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Bilgi eksikliğinin kaygı düzeyini artırdığı düşünüldüğünde ilköğretim mezunu aileler arasında hastalığa bağlı böyle bir farkın gözlenmesi muhtemel olduğu düşünülmekle birlikte, yorumlamalarda bazı sınırlamaların olduğu gözardı edilmemelidir. Sağlıklı bir yordamada bulunmak için epilepsiyle ilgili ebeveyn bilgisini ölçmeye yönelik bir ölçeğin de kullanılması gerekliliğinin zorunlu olduğu, durumla ilgili yorum yaparken eğitim düzeyinin yanı sıra hastalık hakkında bilgi düzeyinin önemli olduğu düşünülmelidir.

Epilepsili çocuğu olan anne-babaların başa çıkma becerileriyle ilgili çalışmalarına bakıldığında yine farklı yöntemlerin kullanıldığı çalışmalar görülmektedir. Rodenborg ve arkadaşlarının (2007) epilepsili çocukların ebeveynlerindeki stres, başa çıkma ve ailenin olanaklarıyla ilgili çalışmalarına 91 ebeveyn alındığı, stresinin artmasıyla ebeveyn depresyonu arasında güçlü bir ilişki bulunduğu, sosyal destek, aile memnuniyeti ile ebeveyn stresi arasında ise negatif bir ilişki bulunduğu bildirilmiştir. Ebeveynlerin duygu odaklı başa çıkması ile stresi ve sosyal destek ile eşler arasındaki doyumda da güçlü pozitif bir ilişki bulunduğu belirtilmiştir (80).

Mu (2005) epilepsili çocukların ebeveyn tepkilerini (belirsizlik, başa çıkma, depresyon) incelediği 210 epilepsili çocuğu olan babanın katıldığı çalışmasında ailenin başa çıkması ile depresyon puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığını bildirmiştir (29). Mu (2005) 316 anne ile yaptığı korelasyona dayalı başka bir çalışmada ise, epilepsili çocuğa sahip annelerin depresyon puanları ile aile bütünlüğü, aile işbirliği, duruma iyimser bakma, ruhsal denge, benlik saygısı, sosyal destek puanları arasında olumsuz bir ilişki bulunduğunu saptamıştır (67). Austin ve Mc Dermott (1988) 27 epilepsili çocuğu olan ebeveynle yapılan çalışmalarında ebeveyn tutumları ile ailenin bütünlüğünü sürdürmesi, işbirliği, durumu iyimser olarak görme arasında pozitif ilişki bulunduğunu ve ek olarak ebeveyn tutumlarıyla sosyal desteği sürdürme, benlik saygısı arasında da pozitif ilişki bulunduğunu da bildirmişlerdir (81). Shore ve arkadaşları (2002) tarafından 156 anne ve 9-14 yaş arası 6 ay ve daha öncesi epilepsi tanısı konulan ve başka bir kronik hastalığı olmayan epilepsili ergenlerle yapılan çocuktaki epilepsiye annenin uyumu ile ilgili çalışmalarında ailenin memnuniyeti ile öğrenilmiş beceri arasında ve ailenin boş zamanı ile korkuları arasında negatif bir ilişki bulunduğu saptanmıştır. Ayrıca ğrenilmiş çaresizlik ile ailenin boş zamanı kullanımı arasında da negatif bir ilişki bulunduğu da bildirilmiştir (14). Thomas ve Bindu (1999) 5-10 yaş arası 50 epilepsili çocuğun ebeveyniyle epilepsili çocukları ebeveynlerindeki psikolojik ve ekonomik sorunlar adlı çalışmalarında ebeveynlerin hayal kırıklığı (%52), depresyon (%48) suçluluk (%38) ve çaresizlik (%76) duyguları yaşadıklarını bildirmişlerdir. Aynı çalışmada çocukta epilepsinin gelişmesiyle sosyal ve boş zaman aktiviteleri azaldığı, ekonomik düzeyi düşük olan ailelerde sosyal ve duygusal sorunların daha fazla olduğu da belirtilmiştir (34). Adewuya (2006) epilepsili 12-18 yaş arası en az 1 yıldır epilepsi tanısı ile tedavi gören ergenlerin yaşam kalitesi ve onların ebeveynlerindeki psikopatoloji ile ilgili 81 anne ve 5 baba ile gerçekleştirdiği çalışmasında anne-babaların genel sağlık, depresyon ve anksiyete puanları arasında önemli bir ilişki bulunmadığını ve ergenlerin yaşam kalitesindeki

kötüleşme ile ebeveynlerinin genel sağlıkları, anksiyete ve depresyonları arasında güçlü bir ilişki bulunduğunu saptamıştır (82). Mu (2004) ailenin hasta-sağlık geçiş yaşantısının temelini araştırmaya yönelik bir başka çalışmada, epilepsi tanısı alan 3 yaş ile 6.8 yaş arasında çocukların ebeveynlerin ilk 1 ya da 1.5 yıl boyunca çocuklarının etiketlenmenin duygusal acısını yaşamanın yanı sıra bir de sağlıklı çocuğun yitim kaybının stresini yaşadığı, ebeveyn rollerinin yeniden çerçevelendiği, sosyal değişimlerle yüzleşme ve çocuklarının toplumsal bütünleşmesine yardım etmede başa çıkma becerilerinin yaşandığını belirtmiştir. Ayrıca aile bütünlüğü ve aile işlevlerini sürdürmeye yönelik olarak stresle başa çıkmada aile sisteminin ve ailenin var olan kaynaklarının kullanıldığını saptamıştır (31). Hobdell ve arkadaşlarının (2007) epilepsili çocuğu olan ebeveynlerin kronik üzüntü ve başa çıkma becerilerini araştıran 67 epilepsili çocuğu olan ebeveynin alındığı çalışmada elde edilen sonuçların diğer kronik hastalığa sahip ebeveynlerden elde edilen norm puanlarıyla benzer bulundu (9). Wanda'nın (1991) kronik hastalığı olan çocukların ailelerinin başa çıkması ile ilgili çalışmasında kanser hastası olan ya da tedavisi gören çocukların (62 aile, 62 anne, 51 baba) annelerin babalardan daha fazla başa çıkma davranışlarını kullandığı belirlenmiştir. Ayrıca annelerin babalardan daha fazla davranışsal başa çıkma davranışı ve yardımsever davranışlar sergilediği de bildirilmiştir (69). Williams ve arkadaşları (2003) 6-16 yaş arası epilepsili çocuğu olan 200 ebeveynle yapmış olduğu çalışmalarında ebeveyn kaygısının önemli ölçüde yaşam kalitesinin azalmasıyla ilişkisini olduğunu saptamışlardır (58). Çalışmamızda epilepsili çocuğu olan anne-babaların Başa Çıkma Tutumları Değerlendirme Ölçeği zihinsel olarak boş verme alt ölçeği puanlarının sağlıklı çocuğu olan anne-babalardan düşük olduğu belirlenmiştir. Anneler ile babalar arasında literatürdeki çalışmalarda başa çıkma becerileri açısından anlamlı farklılıklar görülürken (50,69) çalışmamızda anlamlı bir fark bulunmamıştır. Ayrıca eğitim düzeyi ve yaşanılan yere göre yapılan gruplara göre de anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Çalışmamızda epilepsili çocuğu olan ebeveynlerin Aile Değerlendirme Ölçeği, Durumluluk Kaygı Envanteri ve Başa Çıkma Tutumları Değerlendirme Ölçeği puanlarına baktığımızda şu ilişkiler görülmüştür: Epilepsili çocuğu olan anne-babaların kaygıları ile aile işlevlerinin bozulması arasında pozitif bir ilişki bulunduğu, kaygı ile aile işlevlerinden roller, duygusal tepki verme, davranış kontrolü, genel fonksiyonlardaki bozulmaları arasında pozitif anlamlı bir ilişki bulunduğu saptanmıştır. Kaygı ile başa çıkma becerileri arasındaki ilişki incelendiğinde ise, kaygı ile davranışsal olarak boş verme başa çıkma becerisi arasında pozitif anlamlı bir ilişki bulunduğu görülmektedir. Epilepsili çocuğu olan anne-babaların aile işlevlerinden problem çözme işlevlerindeki sağlıksızlığıyla başa çıkma

becerileri arasında pozitif, yeniden yorumlama ve gelişme, yararlı sosyal destek kullanımı, aktif başa çıkma duygusal sosyal destek kullanımı ve plan yapma arasında negatif, davranışsal olarak boş verme ile pozitif anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Aile işlevlerindeki iletişimdeki sağlıksızla başa çıkma becerilerinden inkar ve başa çıkma arasında pozitif anlamlı bir ilişki bulunduğu anlaşılmaktadır. Aile işlevlerinden gereken ilgiyi göstermedeki sağlıksızlaşma ile başa çıkma becerilerinden inkar, geri durma ve başa çıkma ölçeği toplam puanları arasında pozitif bir ilişki olduğu, ayrıca aile işlevlerinden genel fonksiyonlardaki sağlıksızlıkla başa çıkma becerilerinden inkar arasında pozitif bir ilişki bulunduğu da saptanmıştır. Aile işlevsizliğini ölçen toplam puanlarla başa çıkma becerilerinden inkar ve davranışsal olarak boş verme arasında pozitif anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Sonuç olarak, bu çalışmada ailede epilepsili çocuğun olmasının aile işlevlerinin bozulması ve epilepsili çocuğu olan ebeveynlerin sağlıklı çocuğu olan ebeveynlerden daha kaygılı olduğuna dair mevcut literatür bilgileri desteklenmiştir. Ancak epilepsili çocuğu olan ebeveynlerle, sağlıklı çocuğu olan ebeveynler arasında başa çıkma becerileri açısından farklılıklar olabileceği ile ilgili araştırmalarının sonuçlarını desteklenmemiştir. Literatürde epilepsili çocuğu olan anne-babalar ile sağlıklı çocuğu olan anne-babalar arasında birçok ilişki bulunmasına rağmen, çalışmamızda benzer sonuçların elde edilememiş olması bu ölçeğin bu çalışmaya uygun olup -olmadığını düşündürmektedir. Ayrıca ölçeğin ülkemize yeni kazandırılmış olması, ülkemizde aynı ölçeğin kullanıldığı benzer çalışmaların henüz yapılmamış olması gibi nedenlerden dolayı ölçekle ilgili yorumlarımızda güçlük çekmekteyiz. Bir başka nokta da, ADÖ ve alt ölçeklerinin, Durumluluk Kaygı Envanteri puanlarıyla olan anlamlı ilişkisinin Başa Çıkma Tutumları Değerlendirme Ölçeğinde görülmemesidir. Bu durum Başa Çıkma Tutumları Değerlendirme Ölçeği ile ilgili yapılacak farklı hasta gruplarını içeren geniş örneklemler çalışmalara gereksinim duymamıza neden olmaktadır. Bu çalışmanın bazı kısıtlılıkları mevcuttur. Çalışmanın kesitsel, olguların tek bir merkezden seçilmiş olması konu ile ilgili genelleme yapılmasını olanaksız kılmaktadır. Tüm kısıtlılıklarına rağmen, çalışmamızın kontrol grubunun bulunması ve bulguları açısından bu alanda yapılacak ileriki çalışmalara ışık tutacağı inancındayız.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Epilepsi çocukluk döneminde görülen en yaygın kronik nörolojik hastalıktır. Kronik hastalıklar hastayı ve hastanın da içinde yaşadığı tüm aileyi etkilemektedir. Çocuklarda görülen hastalıklar yetişkinlerinde yaşantısını olumsuz etkilemektedir. Bu çalışmada epilepsili çocukların aile işlevleri ve anne-babalarındaki kaygı ve başa çıkma becerilerini belirlemek amaçlanmıştır.

Elde edilen sonuçlar şöyle sıralanmıştır;

1. Yapılan çalışmada ADÖ toplam puanlarına göre epilepsili çocuğu olan anne-babaların aile işlevleri sağlıklı çocuğu olan anne-babalardan anlamlı düzeyde işlevsiz(sağlıksız) bulundu.
2. Epilepsili çocuğu olan anne-babaların ADÖ ölçeği roller, duygusal tepki verme, gereken ilgiyi gösterme ve genel fonksiyonlar alt ölçeğine göre sağlıklı çocuğu olan anne-babalardan anlamlı düzeyde işlevsiz bulundu.
3. ADÖ toplam ve alt ölçek puanlarının sağlıksızlık(işlevsizlik) kesim puanı olan 2 'ye göre yapılan değerlendirmelerin dağılımına bakıldığında yüzdeler olarak tüm alt ölçeklerde epilepsili çocuğu olan anne-babaların sağlıklı çocuğu olan anne – babalardan fazla olduğu görülmektedir. Anlamlılık düzeyine göre ise davranış kontrolü alt ölçeğinde epilepsili çocuğu olan anne –babaların sağlıklı çocuğu olan anne-babalardan anlamlı düzeyde işlevsiz olarak bulundu.
4. ADÖ' nün alt ölçeklerinin sağlıklı işlevleri ölçen (olumlu işlevlerde) maddelere göre yapılan değerlendirmede epilepsili çocuğu olan anne-babalarla sağlıklı çocuğu olan anne-babalar (kontrol grubu) arasında anlamlı bir fark bulunmadı. Bu sonuç bize ailenin sağlıklı işlevselliği yönünden epilepsinin herhangi bir etkisinin olmadığını düşündürmektedir.
5. ADÖ'nün alt ölçeklerinin sağlıksız işlevleri ölçen maddelerine göre yapılan değerlendirmede ise epilepsili çocuğu olan anne-babaların sağlıklı çocuğu olan ebeveynlerden iletişim, duygusal tepki verme, gereken ilgiyi gösterme, genel

fonksiyonlar ölçeği açısından anlamlı düzeyde işlevsiz olduğu bulundu. Bu veriler bize ailede epilepsili çocuğun olmasıyla ailenin sağlıklılık yönünü ölçen sağlıklılık işlevlerinde bir değişiklik olmazken, sağlıksızlık belirtisi olan işlevlerinde olumsuz etkilendiğini düşündürmektedir.

6. ADÖ puanlarına göre aile işlevleri açısından anne-babaların cinsiyeti ve yaşadıkları yere göre anlamlı her hangi bir fark bulunmadı.
7. ADÖ puanlarına göre epilepsili çocuğu olan üniversite mezunu ebeveynlerin davranış kontrolü bakımından ilköğretim ve ortaöğretim mezunu ebeveynlerden daha işlevsel (sağlıklı) olduğu belirlendi. Aile işlevleriyle epilepsili çocuğu olan anne- babaların öğrenim düzeylerine göre yapılan gruplandırmalarda diğer alt ölçeklere göre her hangi bir anlamlı fark bulunmadı.
8. Epilepsili çocuğu olan anne-babaların Durumluluk kaygı düzeylerinin sağlıklı çocuğu olan ebeveynlerden yüksek olduğu belirlendi. Cinsiyete göre epilepsili çocuğu olan anne ve babaların kaygı düzeyinin sağlıklı çocuğu olan anne ve babalardan anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi.
9. Epilepsili çocuğu olan anne ve babalar arasında kaygı açısından anlamlı bir fark görülmedi.
10. Epilepsili çocuğu olan ve ilçe merkezlerinde yaşayan anne- babaların Durumluluk Kaygı Ölçeği puanlarının sağlıklı çocuğu olan ve ilçe merkezlerinde yaşayan anne-babalardan anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi.
11. Epilepsili çocuğu olan anne ve babaların sağlıklı çocuğu olan anne babalardan başa çıkma becerileri ölçeği ve alt ölçek puanlarından zihinsel boş verme açısından anlamlı düzeyde düşük olduğu bulundu.. Diğer alt ölçekler açısından hasta ve kontrol grupları arasında anlamlı bir fark bulunmadı.
12. Epilepsili çocuğu olan anne -babalar ile sağlıklı çocuğu olan anne-babalar arasında cinsiyet, öğrenim düzeyi, yaşanan yer değişkenlerine göre Başa Çıkma Tutumları Değerlendirme Ölçeği açısından anlamlı bir fark bulunmadı. .
13. Epilepsili ve sağlıklı çocuğu olan anne-babaların ADÖ puanları ile durumluluk kaygı puanları arasında pozitif anlamlı bir ilişki bulundu.
14. Epilepsili ve sağlıklı çocuğu olan anne-babaların Başa Çıkma Tutumları Değerlendirme Ölçeği puanlarıyla ADÖ ve durumluluk kaygı ölçekleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı.
15. Epilepsili Çocuğu olan ebeveynlerin ölçekler arası korelasyon miktarları ve anlamlılık düzeyleri ilişkilerine göre Durumluluk Kaygı Envanteri puanlarının

artmasıyla ADÖ ölçeğinin toplam puanları ve roller, duygusal tepki verme, gereken ilgiyi gösterme ,davranış kontrolü, genel fonksiyonlar arasında anlamlı pozitif bir ilişki bulundu.

16. Hasta grubunda Durumluluk Kaygı Envanteri puanlarının artmasıyla Başa Çıkma Tutumları Değerlendirme Ölçeği davranışsal olarak boş verme ve madde kullanımı alt ölçek puanları arasında anlamlı pozitif ilişki bulundu.
17. Epilepsili çocuğu olan anne-babaların Aile değerlendirme alt ölçek puanları arasında pozitif bir ilişki bulundu.

Bu çalışma ailede epilepsili çocuğun olmasının aile işlevlerinin bozulmasını ve epilepsili çocuğu olan ebeveynlerin sağlıklı çocuğu olan ebeveynlerden daha kaygılı olduğuna dair mevcut literatür bilgilerini desteklemektedir. Ancak epilepsili çocuğu olan ebeveynlerle, sağlıklı çocuğu olan ebeveynler arasında başa çıkma becerileri açısından farklılıklar olabileceği ile ilgili araştırmalarının sonuçlarını desteklenmemiştir. Epilepsili çocuğu olan anne-babalar ile sağlıklı çocuğu olan anne-babalar arasında bir çok ilişki bulunmasına rağmen, çalışmamızda benzer sonuçların elde edilememiş olması bu ölçeğin bu çalışmaya uygun olup olmadığını düşündürmektedir. Başa Çıkma Ölçeğinin Türkçeye yeni kazandırılmış olması, ülkemizde aynı ölçeğin kullanıldığı benzer çalışmaların henüz yapılmamış olması gibi nedenlerden dolayı ölçekle ilgili yorumlarımızda güçlük çekmekteyiz. Bir başka nokta da, Aile Değerlendirme Ölçeği ve alt ölçeklerinin, Durumluluk Kaygı Envanteri puanlarıyla olan anlamlı ilişkisinin başa çıkma ölçeğinde görülmemesidir. Bu durum Başa Çıkma Tutumları Değerlendirme Ölçeği ile ilgili yapılacak farklı grupları içeren geniş örneklemlili çalışmalara gereksinim duymamızı artırmaktadır. Epilepsili çocuğu olan ailelerin aile işlevleri ve anne-babalarında kaygı ve başa çıkma becerilerine yönelik yeni çalışmalara gereksinim vardır. Çalışmamızın bu alanda yapılacak ileriki çalışmalara ışık tutacağı inancındayız.

7. ÖZET

EPİLEPSİSİ OLAN ÇOCUKLARIN AİLE İŞLEVLERİ, ANNE-BABALARINDAKİ KAYGI VE BAŞA ÇIKMA TUTUMLARI

Amaç: Epilepsinin tahmin edilemeyen doğası ve gidişatı hem çocuğun hem de ailesinin fiziksel ve psikososyal işlevlerini önemli derecede etkilemektedir. Bu çalışmada epilepsi tanısı olan çocukların aile işlevleri, anne-babasındaki kaygı ve baş edebilme becerilerinin bazı sosyodemografik ve klinik özelliklere göre incelenmesi amaçlandı.

Yöntem: Çalışmanın hasta grubu Kasım 2006 ve haziran 2007 tarihleri arasında Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Nörolojisi Polikliniğinde 6-16 yaş arası epilepsi tanısı alan 60 hasta anne ya da babalarından oluşturuldu. Kontrol grubu ise 6-16 yaş arası sağlıklı 60 çocuğun anne ya da babalarından [yaş, cinsiyet, öğrenim düzeyi, yerleşim yeri (köy, ilçe ve şehir merkezi) açısından hasta grubuyla eşleştirilerek] oluşturuldu. Tüm katılımcılara sırasıyla Sosyodemografik Veri Formu, Aile Değerlendirme Ölçeği, Durumluluk Kaygı Envanteri ve Başa Çıkma Ölçeği uygulandı.

Bulgular: Epilepsi tanılı çocuğu olan anne-babaların, sağlıklı çocuğu olan anne-babalara göre aile işlevleri (roller, duygusal tepki verme, gereken ilgiyi gösterme ve genel fonksiyonlar) açısından daha işlevsiz bulundu. Ayrıca epilepsili çocuğu olan anne-babaların kaygılarının sağlıklı çocuğu olanlar anne-babalardan yüksek olduğu bulundu. Başa çıkma becerileri açısından epilepsili çocukların anne-babalarının zihinsel boş verme başa çıkma becerisi, sağlıklı çocukları olan anne-babalara göre anlamlı düzeyde düşük bulundu. Başa çıkma ölçeğinin diğer alt ölçekleri açısından epilepsili ve sağlıklı çocuğu olan anne-babalar arasında anlamlı bir fark bulunmadı. Epilepsili ve sağlıklı çocuğu olan anne-babaların Aile Değerlendirme Ölçeği puanları ile Durumluluk Kaygı Envanteri puanları arasında pozitif anlamlı bir ilişki bulundu. Fakat epilepsili ve sağlıklı çocuğu olan anne-babaların Başa Çıkma Ölçeği toplam puanları ile aile değerlendirme ölçeği toplam puanları ve durumluluk kaygı envanteri puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı.

Sonuç: Epilepsili çocuğa sahip olmak, ebeveynlerin hem aile işlevlerini olumsuz etkilemekte hem de kaygı düzeylerini belirgin olarak artırmaktadır. Bununla birlikte başa çıkma becerileri anlamlı düzeyde etkilenmemektedir.

8. SUMMARY

FAMILY FUNCTIONING IN CHILDREN WITH EPILEPSY AND ANXIETY AND COPING SKILLS OF THEIR PARENTS

Objective: The unpredictable nature and progression of epilepsy significantly affect the physical and psychosocial functions of the parents as well as the children. In this study, we aimed to investigate the family functioning, anxiety of parents and coping strategies of parents in children with epilepsy according to sociodemographic and clinical characteristics.

Method: The study population included either mothers or fathers of 60 children at 6 to 16 years of age, who were diagnosed with epilepsy in Karadeniz Technical University Medical School Pediatric Neurology Clinics between November 2006 and June 2007. Control group included either mothers or fathers [matched with patient group in terms of age, gender, level of education and place of residence (village, township, town centre)] of 60 healthy children aged between 6 to 16 years. Sociodemographic Data Form, Family Assessment Device, State Anxiety Inventory, and Cope Attitudes Scale were applied to all participants, respectively.

Results: Parents of children with epilepsy were found to be dysfunctional in respect of family functions (roles, emotional reaction, showing required interest, general functions) when compared to parents of healthy children. Additionally, level of anxiety in parents of children with epilepsy was more than the level observed in parents of healthy children. In respect of coping strategies, mental coping strategies of parents having epileptic children were found to be significantly lower than parents of healthy children. No significant difference was detected between the parents of epileptic and parents of healthy children in terms of other sub-scales of Cope Attitudes Scale. There was a positive significant relation between scores of Family Assessment Device and State Anxiety Inventory of parents with epileptic and parents with healthy children. No significant relation was found in the total scores of Cope Attitudes Scale, Family Assessment Device and State Anxiety Inventory between parents with epileptic and parents with healthy children.

Conclusion: Having a child with epilepsy effects family functioning negatively besides significantly increasing the level of anxiety in parents. On the other hand, coping strategies are not affected significantly.

9. KAYNAKÇA

1. Er, D.M: Çocuk, Hastalık, Anne-babalar ve Kardeşler. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi, 2006; 49: 155-168.
2. Meltzer, Lisa Joan: Mothers of children with chronic illnesses: A caregiver burden model and summer camp as respite care [Ph.D. dissertation]. United States-Florida: University of Florida; 2002. Available from: ProQuest Digital Dissertations. Publication Number: AAT 3065966.
3. Goldbeck L.: The impact of newly diagnosed chronic paediatric conditions on parental quality of life. Quality of Life Research (2006) 15: 1121–1131 DOI 10.1007/s11136-006-0068-y.
4. Thompson, P.J., Upton, D.: “The impact of chronic epilepsy on the family.” Seizure 1992 ;1:43-48.
5. Rausch, Kimberly Faith Malard: Moderating effects of family coping style on the relationship between physical and mental health of children with chronic illness [Psy.D. dissertation]. United States - Texas: Our Lady of the Lake University; 2002. Available from: ProQuest Digital Dissertations. Publication Number: AAT 3068100.
6. Fritts, Sharon Louise (2004) The impact of chronic illness on the family, the educators, and the community: An ethnographic research study. Ed.D. dissertation, California State University, Fresno and University of California, Davis, United States-California. ProQuest Digital Dissertations database. (Publication No. AAT 3137509).
7. Cieurzo, Cori Elizabeth (2002) Family environment, parental coping and distress, and socioeconomic status as predictors of psychological distress in chronically ill children. Ph.D. dissertation, Fordham University, United States-New York. ProQuest Digital Dissertations database. (Publication No. AAT 3084907).
8. Ferrari, M., Mattheews, M.S., Barabas G.:The Family and The Child with Epilepsy. Fam Proc, 1983; 22:53-59.
9. Hobdell, E. F., Mitzie L G., Valencia, I., Mare,J .,et al: “Chronic Sorrow and Coping in Families of Children with Epilepsy.” Journal of Neuroscience Nursing; Apr 2007; 39, 2; Health & Medical Complete pp. 76-82

10. Shore, Cheryl Prohaska Maternal adaptation to a child's epilepsy [Ph.D. dissertation]. United States -- Indiana: Indiana University; 2002. Available from: ProQuest Digital Dissertations. Publication Number: AAT 3075971.
11. Bridget, L.R., Kathy, N., Speechley, S., Levin, M. S.: Parents' and physicians' perceptions of childhood epilepsy., *Seizure*, 2003;12:359-368.
12. Pitts, Marian. *Psychology of Health : An Introduction*. London, UK: Routledge, 1998. p.p 320-321.
13. LeBlanc LA, Goldsmith T, Patel DR. "Behavioral aspects of chronic illness in children and adolescents." : *Pediatr Clin North Am*. 2003 Aug;50(4):859-78.
14. Shore, P.C., Austin J.K., Dunn W.D.: Maternal adaptation to a child's epilepsy. *Epilepsy & Behavior* 5 (2004) 557–568.
15. Lee, P.: "Epilepsy in the World: The Social Point of the View." *Epilepsia*, 2002; 43 (Suppl,6) :14-15.
16. Cummins, J.L., Trimble, M.R.: *Nöropsikiyatri ve Davranış Nörolojisi*. (Çev. Edit: Akdal, G., Yener, G.) Çizgi Tıp yayınları, Ankara, 2003, s. 139.
17. Prilipko, L.; *Global Campaign Against Epilepsy. Atlas Epilepsy Care in the World*. World Health Organization, 2005 p.8.
18. Jacoby A., Baker, G. A., Steen, N., Potts, P., Chadwick D. W.: The Clinical Course of Epilepsy and Its Psychosocial Correlates: Findings from a U.K. Community Study. *Epilepsia*, 1996; 37(2):148-161.
19. Rodenburg R , Meijer A. M., Dekovic M., Aldenkamp A. P.: Family factors and psychopathology in children with epilepsy: A literature review. *Epilepsy & Behavior* 6 (2005) 488–503
20. Noeker, M., Haverkamp-Krois A., Haverkamp F.: Development of mental health dysfunction in childhood epilepsy. *Brain and Development*, Volume 27, Issue 1, January 2005, pp. 5-16
21. Baum K. T., Byars A. W. , DeGrauw T. J. , Johnson C. S., Perkins S. M., Dunn D.W., Bates J. E., Austin J. K.: Temperament, family environment, and behavior problems. *Epilepsy Behav.*(2007), doi:10.1016/j.yebeh.2006.12.007.
22. Serdaroglu A, Ozkan S, Aydin K, Gucuyener K, Tezcan S, Aycan S: Prevalence of epilepsy in Turkish children between the ages of 0 and 16 years. *J Child Neurol*. 2004 Apr;19(4):271-4.
23. Marin, Nancy Watt (2003) *Improving parent and child adjustment to epilepsy using parental strategic self-presentation and emotional disclosure*. Ph.D. dissertation, The American University, United States - District of Columbia. ProQuest Digital Dissertations database. (Publication No. AAT 3107331).

24. Ziegler, R.G., Erba, G., Holden, L., Dennison H.: The Coordinated Psychosocial and Neurologic Care of Children with Seizures and Their Families. *Epilepsia*, 2000;41(6):732-743.
25. Haber, L. C., Austin, J.K., Huster, G.R., Lane K. A., Perkins S.M.: Relationships Between Differences in Mother-Father Perceptions and Self-Concept and Depression in Children With Epilepsy. *Journal of Family Nursing*, 2003, 9(1), 59-78.
26. Spangenberg JJ, MA (Psych), MA (Clin Psych), DPhil, Lalkhen N, MA (Clin Psych) Children with epilepsy and their families: Psychosocial issues, *SA Fam Pract*. 2006;48(6) 6 : 60-63.
27. Snead, K., Ackerson, J., Bailey, K. Schmitt, M. M., Madan-Swain, A., Martin R.C.: "Taking charge of epilepsy: the development of a structured psychoeducational group intervention for adolescents with epilepsy and their parents." *Epilepsy & Behavior* 5 (2004) 547–556.
28. Rodenburg, R., Stams, G.J., Meijer, A.M., Aldenkamp, A.P., Dekovic M.: Psychopathology in Children with Epilepsy: A Meta-Analysis. *Journal of Pediatric Psychology*, 30(06). pp. 453-468, 2005.
29. Mu, P.F.: Paternal reactions to a child with epilepsy: uncertainty, coping strategies, and depression. *Journal of Advanced Nursing* (2005) 49(4), 367–376
30. Chapieski, L., Brewer V., Evankovich, K., Culhane-Shelburne, K., Zelman, K., Alexander, A.: Adaptive functioning in children with seizures: Impact of maternal anxiety about epilepsy." *Epilepsy & Behavior* 7 (2005) 246–252.
31. Mu, P.F.: Transition experience of parents caring of children with epilepsy: A phenomenological study." *International Journal of Nursing Studies* (2006), doi:10.1016/j.ijnurstu.2006.10.009 p.4.
32. Galletti, F., Sturniolo M. G.: Counseling children and parents about epilepsy. *Patient Education and Counseling* 55 (2004) 422–425.
33. Camfield, C., Breau, L., Camfield P.: Impact of Pediatric Epilepsy on the family: A new Scale for Clinical and Research Use. *Epilepsia*, 2001; 42(1): 104-112.
34. Thomas S.V., Bindu V.B.: Psychosocial and economic problems of parents of children with epilepsy. *Seizure*, 1999;8:66-69.
35. Hodes M., Garralda M. E., Rose G., Schwartz R.: Maternal Expressed Emotion and Adjustment in Children with Epilepsy. *J. Child Psychol. Psychiat.*, 1999; Vol. 40, No. 7, pp. 1083-1093.
36. Baki, O., Erdogan, A., Kantarci, O., Akisik, G., Kayaalp L., Yalcinkaya C.: Anxiety and depression in children with epilepsy and their mothers. *Epilepsy & Behavior*, Volume 5, Issue 6, December 2004, pp. 958-964

37. Ellis, N., Upton D., Thompsan P.: Epilepsy and the family: a review of current literature , *Seizure* ,2000; 9: 22-30
38. Oto, R., Apak, İ., Arslan, S., Yavavlı, A., Altındağ, A., Karaca, E.E.: “Epilepsinin Psikososyal Etkileri.” *Klinik Psikiyatri* 2004;7: pp. 210-214.
39. Murray, J.: “Coping with the uncertainty of uncontrolled epilepsy.” *Seizure*, 1993; 2: pp. 167-178.
40. Austin, J.K., Dunn,D.W., Johnson C.S., Perkins S.M.,: Behavioral issues involving children and adolescents with epilepsy and the impact of their families: recent research data . *Epilepsy & Behavior* ,Volume 5, Supplement 3 , October 2004, pp. 33-41.
41. Ogata A., Amano K.: A Psychosocial Approach to Epileptic Patients, *Epilepsia*, 2000;41(Suppl. 0):36-38.
42. Swallow V.M., Jacoby. A.: Mothers' coping in chronic childhood illness: the effect of presymptomatic diagnosis of vesicoureteric reflux.,*Journal of Advanced Nursing*, 2001; 33(1), 69-78,
43. Shore, C. P., Austin, J. K., Huster, G. A., Dunn D. W.: Identifying Risk Factors for Maternal Depression in Families of Adolescents With Epilepsy. *JSPN VoL 7*, No. 2, April-June, 2002 pp. 71-80.
44. Yavuzer, H.:Çocuk ve Suç, Remzi Kitabevi, 8. basım, İstanbul,1996; s.s.125-126.
45. Bulut Işıl, Aile değerlendirme ölçeği (ADÖ) el kitabı, Özgüneliş Matbaası, Ankara, 1990
46. Smith, M.L., Elliott, İ. M. , Lach L.: Cognitive , Psychosocial, and Family Function One year after Pediatric epilepsy Surgery. *Epilepsia* , 2004; 45(6):650-660.
47. Rodrigues N., Patterson, J.M.: Impact of Severity of a Child’s Chronic Condition on the Functioning of Two-Parent Families. *Journal of Pediatric Psychology*, 2006; pp.1–10.
48. Nazlı, S.; Aile Danışmanlığı , Nobel yayın dağıtım, 2. basım, Ankara, 2001,s.22.
49. Drotar, D.: “Relating Parent and Family Functioning to the Psychological Adjustment of Children with Chronic Health Conditions: What Have We Learned? What Do We Need To Know?”*Journal of Pediatric Psychology*, Vol. 22, No. 2, 1997, pp. 149-165.
50. Stephan, Linda Herrington Dugan (2002) Parental factors associated with adaptation in children with pediatric epilepsy. D.N.S. dissertation, Indiana University School of Nursing, United States - Indiana. ProQuest Digital Dissertations database. (Publication No. AAT 3069103).

51. Ünal S., Kaya B., Çekem B., Özışık H., Çakıl G. , Kaya M.: Şizofreni, İki uçlu duygudurum Bozukluğu ve Epilepsi Hastalarında aile işlevlerinin karşılaştırılması, Türk psikiyatri Dergisi,2004;15(4): 291-299.
52. Weinstein, S, C: “Seizures and Teens: The Impact of Seizures and Epilepsy on Families.” *Epilepsy Care, Epilepsy com Ep Magazine*; June 2007; pp.61-65
53. Rodenburg,R., Meijer, A. M.,Dekovic M.,Aldenkamp A. P. : “Family Predictors of Psychopathology in Children with Epilepsy.” *Epilepsia*, 2006;47(3):601–614.
54. Taylor S.A.: “Management of Chronic İlness” Chapter 11, *Health Psychology*,Fifth Edition, A division of The McGraw-Hill Companies,2003 p: 353.
55. Sürmeli, A.: Anksiyete kavramı ve Anksiyete Bozukluklarına Genel bakış. Edit. Güleç C., Köroğlu E: *Psikiyatri Temel Kitabı*, Hekimler Yayınlar Birliği,1997 ss. 449-459.
56. Öner N, Türkiye’de Kullanılan Psikolojik Testler, Boğaziçi Üniversitesi Yayınları, 3. Basım, Eylül 1997, s.365.
57. Chapieski, L., Brewer V., Evankovich , K., Culhane-Shelburne, K., Zelman , K., Alexander, A.: Adaptive functioning in children with seizures:Impact of maternal anxiety about epilepsy.” *Epilepsy & Behavior* 7 (2005) 246–252.
58. Williams, J., Steel, C., Sharp, G.B., DelosReyes, E., Phillips, T., Bates, S., Lange,B., Griebel M.L.: “Parental anxiety and quality of life in children with epilepsy.” *Epilepsy & Behavior* 4 (2003) 483–486.
59. Ramaglia, G., Romeo, A., Viri, M., Lodi, M., Sacchi, S., Cioffi G.: “Impact of Idiopathic Epilepsy on Mothers and Fathers: Strain,Burden of Care, Worries and Perception of Vulnerability.” *Epilepsia*, 2007;48(9):1810–1813.
60. Fritz, Sobha P. (2003) Predicting maternal adherence and child health status in childhood epilepsy: An exploratory model. Ph.D. dissertation, University of Florida, United States – Florida. ProQuest Digital Dissertations database. (Publication No. AAT 3117323).
61. Laybourn, A., Hill M.: “Children with epilepsy and their families: needs and services.” *Child: care, health and development*. 1994, 20, 1-14.
62. Baez, Thomas (1999) The effects of stress on emotional well-being and resiliency through mediating mechanisms of active coping skills and family hardiness. Ph.D. dissertation, Michigan State University, United States - Michigan. ProQuest Digital Dissertations database. (Publication No. AAT 9936529).
63. Ağargün, M. Y., Besiroğlu, L., Kıran, Ü. K., Özer, Ö. A., Kara, H., “COPE (Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği): Psikometrik Özelliklere İlişkin Bir Ön Çalışma” *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2005; 6:221-226.

64. Smith C. L., Eisenberg, N., Spini, T. I., Chassin, L., ve ark.: Children's coping strategies and coping efficacy: Relations to parent socialization, child adjustment, and familial alcoholism. *Development and Psychopathology* 18 (2006), 445-469
65. Honey, A., Christine Halse: "The Specifics of Coping: Parents of Daughters With Anorexia Nervosa." *Qualitative Health Research*, 2006; 16; 611.
66. Ingledeu, D.K, McDonagh, G.: "What Coping Functions are Served when Health Behaviours are Used as Coping Strategies?" *Journal Health Psychology* 1998; 3; 195.
67. Mua, P.F., Kuo, H.C., Chang, K.P.: "Boundary ambiguity, coping patterns and depression in mothers caring for children with epilepsy in Taiwan." *International Journal of Nursing Studies* 42 (2005) 273–282.
68. Trute, B., Hiebert-Murphy, D. : "Family Adjustment to Childhood Developmental Disability: A Measure of Parent Appraisal of Family Impacts." *Journal of Pediatric Psychology*, Vol. 27, No. 3, 2002, pp. 271-280.
69. Enock, Wanda (1991) How families cope with chronic childhood illness. Ph.D. dissertation, New York University, United States - New York. ProQuest Digital Dissertations database. (Publication No. AAT 9213176).
70. Hoare, P.: "The quality of life of children with chronic epilepsy and their families." *Seizure* 1993; 2:269-275.
71. Haddad, Teri Marie (2003) Parenting children with epilepsy: Challenges and methods of coping. Ed.D. dissertation, Fielding Graduate Institute, United States -- California. Retrieved September 28, 2007, from ProQuest Digital Dissertations database. (Publication No. AAT 3095291).
72. Çorapçıoğlu, A., Aydemir, Ö., Yıldız, M. Ve ark. : DSM-IV Eksen I Bozuklukları (Scid-1) için yapılandırılmış Klinik Görüşme Klinik versiyonu. Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1999.
73. Dowson-Souder B, Trapp RG, Basic & Clinical Biostatistics, Second Eds. Prentice-Hall International Appleton & Lange, 1994, p.120.
74. Aydemir Ö, Köroğlu E, Psikiyatride Kullanılan Klinik ölçekler, Hekimler Yayın Birliği, 2000, s. 15.
75. Pal, D. K., Chaudhury, G., Das, T., Sengupta S.: Predictors of parental adjustment to children's epilepsy in rural India. *Child: Care, Health & Development*, Blackwell Science Ltd, 2002; 28, 4, 295–300.
76. Yong L, Chengye J, Jiong Q. Factors affecting the quality of life in childhood epilepsy in China. *Acta Neurol Scand* 2006; 113: 167–173.

77. İşeri P, Özten E, Aker T. Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) and Major Depressive Disorder (MDD) in Parents of Children with Epilepsy *Epilepsy & Behavior* 2006; 8: 250-255.
78. Thompson PJ, Upton D., The impact of chronic epilepsy on the family., *Seizure*. 1992 Mar;1(1):43-8.
79. Flury, T., Aebi, C., Donati, F.: Febrile seizures and parental anxiety: does information help? *Swiss Med Wkly* 2001;131:556–560.
80. Rodenburg, R., Meijer, A.M., Dekovic, M., Aldenkamp A. P.: Parents of children with enduring epilepsy: Predictors of parenting stress and parenting, *Epilepsy & Behavior* 2007;11:197–207.
81. Austin JK, McDermott N., Parental attitude and coping behaviors in families of children with epilepsy. *J Neurosci Nurs*. 1988 Jun;20(3):174-9.
82. Adewuya, A. O.: Parental psychopathology and self-rated quality of life in adolescents with epilepsy in Nigeria. *Developmental Medicine & Child Neurology* 2006; 48: 600–603.

EKLER

Ek 1: Sosyo-Demografik Özellikler Anket Formu

1. Yaşınız:.....
2. Cinsiyetiniz: Erkek () Kadın ()
3. Eğitim durumunuz: Okuryazar değil () İlköğretim ()
Ortaöğretim (Ortaokul-Lise) () Üniversite-Yüksekokul ()
4. İkamet ettiğiniz yer: Köy () İlçe Merkezi () İl Merkezi ()
5. Medeni durum: Evli () Boşanmış () Dul ()
6. Kaç Çocuğunuz var? Kız () Erkek ()
7. Aileniz kimlerden oluşuyor?
 - a. Anne-baba, çocuklar
 - b. Anne-baba, çocuklar, dede, nine ve diğer aile üyeleri
8. Çocuğunuzun okul başarısı nasıl? Başarısız () Orta () Başarılı ()

Ek 2. Aile Değerlendirme Ölçeği

AÇIKLAMA:

İlişikte aileler hakkında 60 cümle bulunmaktadır. Lütfen her cümleyi dikkatlice okuduktan sonra, sizin ailenize ne derece uyduğuna karar veriniz. Önemli olan, sizin ailenizi nasıl gördüğünüzdür.

Her cümle için 4 seçenek söz konusudur.

Aynen Katılıyorum	Eğer cümle sizin ailenize tamamen uyuyorsa işaretleyiniz
Büyük Ölçüde Katılıyorum	Eğer cümle sizin ailenize çoğunlukla uyuyorsa işaretleyiniz.
Biraz Katılıyorum	Eğer cümle sizin ailenize çoğunlukla uymuyorsa işaretleyiniz
Hiç Katılmıyorum	Eğer cümle sizin ailenize hiç uymuyorsa işaretleyiniz.

Her cümlenin yanında 4 seçenek için de ayrı yerler ayrılmıştır. Size uyan seçeneğe (X) işareti koyunuz. Her cümle için uzun uzun düşünmeyiniz. Mümkün olduğu kadar çabuk ve samimi cevaplar veriniz. Kararsızlığa düşerseniz, ilk aklınıza gelen doğrultusunda hareket ediniz. Lütfen her cümleyi cevapladığınızdan emin olunuz.

Ek 2'nin devamı

CÜMLELER	Aynen Katılıyorum	Büyük Ölçüde Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Hiç Katılmıyorum
10. Gerektiğinde aile üyelerine görevlerini hatırlatır, kendilerine düşen iş yapmalarını sağlar.				
11. Evde derlerimizi, üzüntülerimizi birbirimize söylemeyiz.				
12. Sorularımızın çözümünde genellikle ailece aldığımız kararları uyguluyoruz.				
13. Bizim evdekiler, ancak onların hoşuna giden şeyler söylediklerinde sizi dinlerler.				
14. Bizim evde bir kişinin söylediklerinden ne hissettiğini anlamak pek kolay değildir.				
15. Ailemizde eşit bir görev dağılımı yoktur.				
16. Ailemiz üyeleri, birbirlerine hoşgörülü davranırlar.				
17. Evde herkes, başına buyruktur.				
18. Bizim evde herkes, söylemek istediklerini üstü kapalı değil de doğrudan birbirlerinin yüzüne söyler.				
19. Ailede bazılarımız, duygularımızı belli etmeyiz.				

2

AİLE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

CÜMLELER	Aynen Katılıyorum	Büyük Ölçüde Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Hiç Katılmıyorum
1. Ailece ev dışında program yapmada güçlük çekeriz, çünkü aramızda fikir birliği sağlayamayız.				
2. Günlük hayatımızdaki sorunların (problemlerin) hemen hepsini aile içinde hallederiz.				
3. Evde biri üzgün ise, diğer aile üyeleri bunun nedenini bilir.				
4. Bizim evde, kişiler verilen her görevi düzenli bir şekilde yerine getirmezler.				
5. Evde birinin başı derde girdiğinde, diğerleri de bunu kendilerine fazlasıyla dert ederler.				
6. Bir sıkıntı ve üzüntü ile karşılaştığımızda, birbirimize destek oluruz.				
7. Ailemizde acil bir durum olsa, yarışırız.				
8. Bazen evde ihtiyacımız olan şeylerin bittiğinin farkına varmayız.				
9. Birbirimize karşı olan sevgi, şefkat gibi duygularımızı açığa vurmaktan kaçınırız.				

24

Ek 2'nin devamı

CÜMLELER	Aynen Katılıyorum	Büyük Ölçüde Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Hiç Katılmıyorum
30. Ailemizde, herbirimizin belirli görev ve sorumlulukları vardır.				
31. Aile içinde genellikle birbirimizle pek iyi geçinmeyiz.				
32. Ailemizde sert-kötü davranışlar ancak belli durumlarda gösterilir.				
33. Ancak hepimizi ilgilendiren bir durum olduğu zaman birbirimizin işine karşınız.				
34. Aile içinde birbirimizle ilgilenmeye pek zaman bulamıyoruz.				
35. Evde genellikle söylediklerimiz söylemek istediklerimiz birbirinden farklıdır.				
36. Aile içinde birbirimize hoşgörülü davranırız.				
37. Evde birbirimize ancak sonunda kişisel bir yarar sağlayacaksa ilgi gösteririz.				
38. Ailemizde bir deri varsa, kendi içimizde hallederiz.				

CÜMLELER	Aynen Katılıyorum	Büyük Ölçüde Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Hiç Katılmıyorum
20. Acil bir durumda ne yapacağımızı biliriz.				
21. Ailecek, korkularımızı ve endişelerimizi birbirimizle tartışmaktan kaçınıyoruz.				
22. Sevgi, şefkat gibi olumlu duygularımızı birbirimize belli etmekte güçlük çekeriz.				
23. Gelirimiz (ücret, maaş) ihtiyaçlarımızı karşılamaya yetmiyor.				
24. Ailemiz, bir problemi çözdükten sonra, bu çözümün işe yarayıp yaramadığını tartışır.				
25. Bizim ailede herkes kendini düşünür.				
26. Duyularımızı birbirimize açıkça söyleyebiliriz.				
27. Evimizde banyo ve tuvalet (yüznumara) bir türlü temiz durmaz.				
28. Aile içinde birbirimize sevgimizi göstermeyiz.				
29. Evde herkes her istediğini birbirinin yüzüne söyleyebilir.				

Ek 2'nin devamı

CÜMLELER	Aynen Katılıyorum	Büyük Öçüde Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Hiç Katılmıyorum
48. Bizim evde aklınıza gelen herşey olabilir.				
49. Sevgi, şefkati gibi olumlu duygularımızı birbirimize ifade edebiliriz.				
50. Ailede her türlü problemin üstesinden geliriz.				
51. Evde birbirimizle pek iyi geçinemeyiz.				
52. Sinirlenince birbirimize kırsırız.				
53. Ailede bize verilen görevler pek hoşunuza gimez çünkü genellikle umduğumuz görevler verilmez.				
54. Kötü bir niyetle olmasa da evde birbirimizin hayatına çok karşıyoruz.				
55. Ailemizde kişiler herhangi bir tehlike karşısında (Yangın, kaza gibi) ne yapacaklarını bilirler, çünkü böyle durumlarda ço yapılabacağı, aramızda konuşulmuş ve belirlenmiştir.				
56. Aile içinde birbirimize güveniriz.				
57. Ağlamak istediğimizde, birbirimizden çekinmeden rahalllıkla ağlayabiliriz.				

29

CÜMLELER	Aynen Katılıyorum	Büyük Öçüde Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Hiç Katılmıyorum
39. Ailemizde sevgi, şefkati gibi güzel duygular ikinci plandadır.				
40. Ev işlerinin kimler tarafından yapılacağını hep birlikte konuşarak kararlaşırız.				
41. Ailemizde herhangi bir şeye karar vermek her zaman sorun olur.				
42. Bizim evdekiler sadece bir çıkarları olduğu zaman birbirlerine ilgi gösterirler.				
43. Evde birbirimize karşı açık sözlüydür.				
44. Ailemizde hiçbir kural yoktur.				
45. Evde birden birşey yapması istendiğinde mutlaka taviz edilmesi ve kendisine haurfaulması gerekir.				
46. Aile içinde, herhangi bir sorunun (Problem) nasıl çözüleceği hakkında kolayca karar verebiliriz.				
47. Evde kurallara uyulmadığı zaman ne olacağını bilemeyiz.				

28

Ek 2'nin devamı

CÜMLELER	Aynen Katılıyorum	Büyük Ölçüde Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Hiç Katılmıyorum
58. İşimize (okulumuza) yetişmekte güçlük çekiyoruz.				
59. Aile içinde birisi, hoşlanmadığımız birşey yaptığında ona bunu açıkca söyleriz.				
60. Problemlerimizi çözmek için ailecek çeşitli yollar bulmaya çalışırız.				

Ek 3. Başa Çıkma Ölçeği

COPE

Adınız: _____ **Yaşınız:** _____ **Cinsiyetiniz:** _____ **Tarih:** _____

Bu ölçek yardımıyla insanların günlük yaşamlarında güç veya bunaltı verici olaylarla ya da sorunlarla karşılaştıkları zaman nasıl tepki verdiklerini araştırmayı amaçlıyoruz. İnsanların karşılaştıkları sorunlarla baş etmelerinin çok sayıda yolu olabilir. Ancak yine de siz seçenekleri bir sorunla karşılaştığınızda genel olarak ne yaptığınızı ya da nasıl davrandığınızı düşünerek işaretlemeye çalışın. Seçenekleri işaretlerken bir öncekinden bağımsız düşünmeye özen gösterin. Seçenekleri belirtirken su belirtilen puanlamayı kullanın:

1=Asla böyle bir şey yapmam 2=Çok az böyle yaparım 3=Yarı yarıya böyle yaparım
4=Çoğunlukla böyle yaparım

1. Sorunla karşılaştığımda daha önceki tecrübelerden yararlanıp sorunun üstesinden gelmeye çalışırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

2. Sorun olan şeyleri aklımdan atmak için bir şeyler yapmaya ya da başka türlü meşguliyetlere yönelirim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

3. Sorunla karşılaştığımda moralim bozulur ve duygularımı dışarıya yansıtırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

4. Başkalarından bu tür sorunlarda ne yaptıkları konusunda tavsiyeler almaya çalışırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

5. Sorunla başa çıkma konusunda kendimi konsantre ederim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

6. Kendi kendime “böyle bir sorunun gerçekte var olmadığını” söylerim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

7. Allah`a tevekkül eder, O`na dayanırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

8. İçinde bulunduğum sorunla ilgili olarak gülerim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

9. Kendi kendime bir şey yapamayacağımı söyleyerek çabalamayı bırakır ve soruna teslim olurum.

1 () 2 () 3 () 4 ()

10. Kendimi hemen bir şeyler yapmaktan vaz geçiririm.

1 () 2 () 3 () 4 ()

Ek 3'ün devamı

11. Duygularımı bir başkasıyla tartışırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

12. Kendimi daha iyi hissedebilmek için alkol ya da sakinleştirici ilaç alırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

13. Kendimi yaşadığım soruna alıştırmaya çalışırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

14. Sorunla ilgili bir şeyler öğrenmek için birileriyle konuşurum.

1 () 2 () 3 () 4 ()

15. Diğer düşünce ve meşguliyetlere yönelmem ve sorundan kendimi uzak tutmaya uğraşmam.

1 () 2 () 3 () 4 ()

16. Karşılaştığım sorundan farklı şeylerle ilgili hayaller kurarım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

17. Üzülürüm ama söz konusu sorunun bilincinde olurum.

1 () 2 () 3 () 4 ()

18. Allah`in yardımını umarım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

19. Bir eylem planı yaparım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

20. Söz konusu sorunla ilgili sakalar yaparım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

21. Karşıma çıkan sorunun var olduğunu ve değişmeyeceğini kabullenirim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

22. Sorun el verinceye kadar herhangi bir şey yapmayı ertelerim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

23. Arkadaş veya akrabalarımın moral ve manevi destek almaya çalışırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

24. Sorunla bas etmede amacıma ulaşmaya çabalamaktan hemen vazgeçerim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

25. Sorunun üstesinden gelebilmek için ilave şeyler yaparım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

Ek 3'ün devamı

26. Alkol ya da sakinleştirici alarak bir an olsun kendimi kaybedip olanları unutmaya çalışırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

27. Sorun olduğuna inanmayı reddederim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

28. Duygularımı dışarı vururum.

1 () 2 () 3 () 4 ()

29. Daha olumlu taraflarını görebilmek için sorunu başka bir acıdan ele almaya çalışırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

30. Sorunla ilgili somut bir şeyler yapabilen kişilerle konuşurum.

1 () 2 () 3 () 4 ()

31. Sorunla karşılaştığımda her zamankinden daha çok uyurum.

1 () 2 () 3 () 4 ()

32. Ne yapacağım ya da yapmam gerektiği konusunda bir strateji belirlemeye çalışırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

33. Sorunu çözmeye odaklanır ve eğer gerekirse yapmam gereken diğer şeyleri bir süre kendi haline bırakırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

34. Başkalarından sempati ve anlayış görmeyi beklerim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

35. Sorunla daha az meşgul olmak için alkol ya da ilaç alırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

36. Sorunla ilgili saka yaparım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

37. İsteddiğimi elde etmeye uğraşmayı bırakırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

38. İyiye giden bir şeyler arayıp bulmaya çalışırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

39. Sorunu en iyi nasıl çözebileceğim konusunda düşünürüm.

1 () 2 () 3 () 4 ()

40. Sorun gerçekte olmamış gibi davranırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

Ek 3'ün devamı

41. Olumsuz şeyler yaparak işlerin daha da kötüye gitmesine yol açmadığımdan emin olmak isterim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

42. Sorunun çözümüne yönelik gayretlerime engel olabilecek şeyleri önlemeye ciddi şekilde caba gösteririm.

1 () 2 () 3 () 4 ()

43. Sorunla karşılaştığımda sinemaya gider veya TV izler ya da sorunla ilgili daha az düşünürüm.

1 () 2 () 3 () 4 ()

44. Olup biten şeyin ya da sorunun bir realite olduğunu kabul ederim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

45. Benzer durumlarla karşılaşan kişilere bur durumda ne yaptıklarını sorarım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

46. Büyük oranda duygusal rahatsızlık hisseder ve bu tür hisleri dışarıya yansıtırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

47. Sorunla aktif olarak uğraşmayı hedefleyerek için dobra dobra bir tavır takınırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

48. Sorunla karşılaştığımda dini inancımda bir huzur bulmaya çalışırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

49. Bir şeyler yapmak konusunda kendimi uygun ve doğru zamanı beklemeye zorlarım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

50. Sorunlu durumla ilgili eğlenir ya da oyun oynarım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

51. Sorunu çözmeye yönelik çabalarımı azaltırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

52. Neler hissettiğim konusunda birisiyle konuşurum.

1 () 2 () 3 () 4 ()

53. Yaşadıklarım konusunda kendi kendime yardım olsun diye alkol ya da sakinleştirici ilaç alırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

54. Sorunla birlikte yaşamayı öğrenirim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

Ek 3'ün devamı

55. Soruna odaklanabilmek için diğer meşguliyetlerimi bir tarafa bırakırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

56. Takınmam gereken tavır konusunda daha ciddi düşünürüm.

1 () 2 () 3 () 4 ()

57. Sanki sorun yokmuş veya hiç olmamış gibi davranırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

58. Yapmam gereken şey neyse atmam gereken adımı zamanında atarım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

59. Basıma gelen şeyden ya da yaşadığım sorundan bir şeyler öğrenir ya da tecrübe kazanırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

60. Her zamankinden daha çok dua ve ibadet ederim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

Çok teşekkürler

Ek 4. Durumluluk Kaygı Envanteri

İsim	Cinsiyet	Tarih	Yaş				
Yönerge: Aşağıdaki kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyan, sonrada <u>o anda</u> nasıl hissettiğinizi, ifadelerin sağ tarafındaki alternatiflerden en uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin <u>şu anda</u> nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.							
				Hayır	Biraz	Oldukça	Çok Fazla
1 .				(1)	(2)	(3)	(4)
2 .				(1)	(2)	(3)	(4)
3 .				(1)	(2)	(3)	(4)
4 .				(1)	(2)	(3)	(4)
5 .				(1)	(2)	(3)	(4)
6 .				(1)	(2)	(3)	(4)
7 .				(1)	(2)	(3)	(4)
8 .				(1)	(2)	(3)	(4)
9 .				(1)	(2)	(3)	(4)
10 .				(1)	(2)	(3)	(4)
11 .				(1)	(2)	(3)	(4)
12 .				(1)	(2)	(3)	(4)
13 .				(1)	(2)	(3)	(4)
14 .				(1)	(2)	(3)	(4)
15 .				(1)	(2)	(3)	(4)
16 .				(1)	(2)	(3)	(4)
17 .				(1)	(2)	(3)	(4)
18 .				(1)	(2)	(3)	(4)
19 .				(1)	(2)	(3)	(4)
20 .				(1)	(2)	(3)	(4)