T.C.
ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

ANKARA ŞEHİR HASTANESİNE BAŞVURAN SEREBRAL PALSİLİ ÇOCUKLARINA BAKIM VEREN ANNELERDE ANKSİYETE, DEPRESYON VE TÜKENMİŞLİK DÜZEYİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

UZMANLIK TEZİ

Dr. Suzi Dilara AYDIN KARAÇAY

ANKARA, 2022

T.C.
ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

ANKARA ŞEHİR HASTANESİNE BAŞVURAN SEREBRAL PALSİLİ ÇOCUKLARINA BAKIM VEREN ANNELERDE ANKSİYETE, DEPRESYON VE TÜKENMİŞLİK DÜZEYİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

UZMANLIK TEZİ

Dr. Suzi Dilara AYDIN KARAÇAY

TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Ahmet KESKİN

ANKARA, 2022

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda patent ve telif haklarını ihlal edici etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tezde kullanılmış tüm bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi beyan ederim.

30 /03/2022

Dr. Suzi Dilara AYDIN KARAÇAY

TEŞEKKÜR

Hem tez yazım sürecinde hem asistanlığım boyunca gösterdiği hoşgörü, güleryüz ve katkılarından dolayı sayın tez hocam Doç. Dr. Ahmet KESKİN'e

Uzmanlık eğitimim süresince tecrübe ve destekleri ile yol gösteren Doç. Dr. Basri Furkan DAĞCIOĞLU'ya, Doç. Dr. İrfan ŞENCAN'a, Uzm. Dr. İrep KARATAŞ ERAY'a ve emeği geçen değerli hocalarıma

Birlikte çalışmaktan keyif aldığım tüm asistan doktor arkadaşlarıma kıymetli dostlukları ve bu zorlu süreci çekilir kıldıkları için

Tezimin istatistik kısmına katkılarıyla zorlu süreçte yardımcı olan arkadaşım Haydar KARAMAN'a

Hayatımın her döneminde yanımda olup bugünlere gelmemde büyük fedakarlığı olan, bana her türlü desteği sağlayan anne, baba, anneanne ve dedeme

Hayatıma girdiği günden beri her anımı güzelleştiren, desteği ve sevgisini her zaman hissettirdiği için sevgili eşim Mert KARAÇAY'a teşekkür ve sevgilerimle…

Dr. Suzi Dilara AYDIN KARAÇAY

Ankara, 2022

İÇİNDEKİLER

BEYAN ..... **İ**

TEŞEKKÜR ..... **İİ**

İÇİNDEKİLER ..... **İİİ**

ÖZET ..... **V**

ABSTRACT ..... **Vİİ**

SİMGELER VE KISALTMALAR ..... **İX**

TABLOLAR DİZİNİ ..... **X**

1. GİRİŞ VE AMAÇ **1**

2. GENEL BİLGİLER **3**

2.1. Serebral Palsi 3

2.1.1.Tanım 3

2.1.2. Epidemiyoloji 3

2.1.3. Etiyoloji ve Risk Faktörleri 3

2.1.4. Nöropatoloji 4

2.1.5. Sınıflandırma 4

2.1.6. Serebral Palside Sık Görülen Problemler 6

2.2. Anksiyete 7

2.2.1. Yaygın Anksiyete Bozukluğu 8

2.3. Depresyon 10

2.3.1. Epidemiyoloji 11

2.3.2. Etiyoloji 12

2.3.3. Depresyon için Risk Faktörleri 12

2.3.4. Majör Depresyonun DSM-V Tanı Kriterleri (42) 13

2.3.5. Depresyonun Tedavisi 14

2.4. Tükenmişlik 14

2.4.1. Tanımı 14
2.4.2. Tükenmişliğe Etki Eden Faktörler 15
2.4.3. Tükenmişlik Belirtileri 15
2.4.4. Tükenmişlik Sendromunun Sonuçları 16
2.4.5. Tükenmişlikle Mücadele Yöntemleri 16
2.5. Serebral Palsi Tanısı Almış Çocuğa Bakım Verme Yükü 17
3. GEREÇ VE YÖNTEM 19
3.1. Çalışmanın Popülasyonu ve Yeri 19
3.2. Dâhil Etme ve Dışlama Kriterleri 19
3.3. Değerlendirme Parametreleri 19
3.4. Verilerin Analizi ve İstatistiksel Yöntemler 22
4. BULGULAR 23
5. TARTIŞMA 38
5.1. Çalışmanın Kısıtlılıkları 44
6. SONUÇ 45
7. ÖNERİLER 46
8. KAYNAKÇA 48
9. EKLER 56
EK-1 ANKET FORMU 56
EK-2 BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ 60
EK-3 BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ 62
EK-4 MASLACH TÜKENMİŞLİK ÖLÇEĞİ 66
EK-5 ÖZGEÇMİŞ 68
EK-6 ETİK KURUL ONAYI 69

ÖZET

Ankara Şehir Hastanesine Başvuran Serebral Palsili Çocuklarına Bakım Veren Annelerde Anksiyete, Depresyon ve Tükenmişlik Düzeyinin Değerlendirilmesi

Giriş ve Amaç: Serebral Palsi (SP), gelişmekteki beyinde ilerleyici olmayan, hastanın hareketlerini engelleyebilen, motor işlev kaybına sebebiyet verebilen, postür bozukluğuna neden olan bir durumdur. SP'de bunlara ek olarak epilepsi, entelektüel disabilite, görme-işitme problemleri, uyku problemleri, gastrointestinal sistem (GİS) sorunları olabilir. SP'li çocuğa bakım vermek, onu yetiştirmek aile fertlerinin hayatlarına ciddi bir şekilde etki eder. SP'li çocuğa bakım veren bireylerin sağlık durumu incelendiğinde çocuğun engellilik vaziyetine göre bakım verenin bedensel ve psikiyatrik sağlığının farklı şekilde ve düzeyde etkilendiği saptanmıştır. Bu süreçte genellikle primer bakımı veren kişi annelerdir. Biz çalışmamızda serebral palsili çocuklarına bakım veren annelerde anksiyete, depresyon ve tükenmişliği değerlendirmeyi planladık. Ayrıca bu çalışmanın önemli amaçlarından birisi de annelerin aile hekimlerine çocukları ile ilgili kaygılarını ne kadar anlatabildiklerinin, hangi konularda yardım alabildiklerinin değerlendirilmesidir.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamız 01/04/2021-31/08/2021 tarihleri arasında Ankara Şehir Hastanesinde yapılan kesitsel ve tanımlayıcı bir çalışmadır. Araştırmamızın örneklemi G-Power yazılımı kullanılarak belirlenmiş olup 230 kişidir. Veri analizinde SPSS 22 programı kullanılmıştır. Katılımcılara sosyodemografik anket formu, Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ), Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ve Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ) uygulanmıştır. Ölçeklerden elde edilen puanların gruplar arasında karşılaştırılmasında ise bağımsız gruplar t testi ve tek yönlü varyans analizi (ANOVA) yöntemleri kullanılmıştır. Ölçek puanları ile sürekli değişkenler (yaş ile ilgili değişkenler) arasındaki ilişki Pearson korelasyon katsayısı ile incelenmiştir. Yapılan istatiksel analizler %95 güven aralığında ve $p<0,05$ anlamlılık düzeyinde test edilmiştir.

Bulgular: Çalışmamıza katılanların yaş ortalaması 34,08±7,30 idi. Çalışmamızda annelerin BAÖ skorları 11,77±7,99, BDÖ skorları 11,99±5,16, MTÖ-Duygusal Tükenmişlik (DT) puan ortalaması 15,29±6,07, MTÖ-Duyarsızlaşma (D) puan ortalaması 3,04±3,08, MTÖ-Kişisel Başarı (KB) puan ortalaması 19,14±4,81 olarak bulundu. Çalışmamızda çocuğu spastik hemipleji ve spastik tetrapleji olan

annelerin anksiyete düzeyleri çocuğu spastik dipleji olan annelere göre daha yüksekti. Çocuğu yürüyemeyen, çocuğunda uyku problemi ve davranış bozukluğu olan annelerin anksiyete ve depresyon düzeyleri diğer gruplardaki annelere göre daha yüksekti. Kendi başına yürüyebilen, uyku problemi olmayan ve davranış bozukluğu olmayan çocukların annelerinin DT ve D düzeyleri diğer gruptakilere göre daha düşüktü. Kendi başına yürüyebilen, uyku problemi olmayan çocukların annelerinin KB düzeyleri daha yüksekti. Aile hekimiyle çocuğunun durumunu ve kendi kaygıları hakkında konuşabilen annelerin BDÖ skoru daha düşüktü.

Sonuç: Yaptığımız çalışmada çocuğun spastisite tipine, yürüyebilme durumuna, davranış bozukluğu varlığına, uyku durumuna, komorbidite mevcudiyetine, tuvalet ihtiyacını karşılayabilme ve oral beslenebilme durumuna göre annelere uygulanan BAÖ, BDÖ ve MTÖ anketlerinin anlamlı olduğu tespit edildi. SP etiyolojisindeki en sık sebeplerin prenatal ve perinatal olduğu bilinmektedir. Birinci basamakta gebe bir kadının tüm izlemleri yapılmalı ve doğumun bir sağlık kuruluşunda yapılmasının önemi anneye anlatılmalıdır. Çocuğun görme-işitme muayenesi dikkatlice yapılmalıdır. Atlanması halinde bu durum çocuğun kognitif, motor ve konuşma sorunlarının ortaya çıkmasına ve çocuğun gelişim basamaklarında daha da geri kalmasına neden olabilir. Koruyucu hekimlik yapan aile hekimleri SP'li çocuk annelerini anksiyete, depresyon ve tükenmişlik açısından risk grubunda görmelidir. Aile hekimi annelere biyo-psikososyal destek sağlamalıdır.

Anahtar Kelimeler: Serebral palsi, anksiyete, depresyon, tükenmişlik sendromu, bakım verme, aile hekimliği

ABSTRACT

Assessment of Anxiety, Depression and Burnout Levels in Mothers of Children with Cerebral Palsy Who Admitted to Ankara City Hospital

Introduction and Aim: Cerebral Palsy (CP) is a condition that is not progressive in the developing brain, which can restrict the patient's movements, cause loss of motor function, and cause posture disorder. In addition to these, epilepsy, intellectual disability, visual-hearing problems, sleep problems and gastrointestinal tract (GIT) problems may be present in CP. Caring for and raising a child with CP seriously affects the lives of family members. When the health status of the individuals caring for the child with SP was evaluated, it was determined that the physical and psychiatric health of the caregiver was affected on different levels regarding to their child's disability status. Usually, it is the mothers who give the primary care. This study aimed to investigate the relationship between the levels of depression, anxiety and burnout in mothers of children with CP. It evaluates whether the mothers communicate with the family physician about their concerns about their children and on which issues they can get help.

Materials and Method: Our study is a cross-sectional and descriptive study. This study took place between April-August 2021 at the Ankara City Hospital. Our study sample was calculated using G-Power software, and the sample was 230 people. SPSS 22 was used for the statistical analyses. A sociodemographic survey, Beck Anxiety Inventory (BAI), The Beck Depression Inventory (BDI) and Maslach Burnout Inventory (MBI) scale were applied to the mothers. Independent groups t-test and analysis of variance (ANOVA) methods were used to compare the scores obtained from the scales between groups. The relationship between scale scores and continuous variables (related to age) was analyzed using the Pearson correlation coefficient. Statistical analyses were tested at a 95% confidence interval and a $p<0.05$ significance level.

Results: The mean age of the participants in our study was 34.08±7.30 years. In our study, mothers' BAI scores were 11.77±7.99, BDI scores were 11.99±5.16, mean MBI- Emotional Exhaustion (EE) scores were 15.29±6.07, mean BDI-Depersonalization (DP) scores were 3.04±3.08, MBI- Personal Achievement (PA) score was found to be 19.14±4.81. In our study, the anxiety levels of mothers of

children with spastic hemiplegia and spastic tetraplegia were higher than those of mothers of children with spastic diplegia. The anxiety and depression levels of the mothers whose children could not walk and whose children had sleep problems and behavioral disorders were higher than the mothers in the other groups. EE and DP levels of mothers of children who could walk independently had no sleep problems and had no behavioral disorders were lower than those in the other group. Mothers of children who could walk on their own and had no sleep problems had higher PA levels. Mothers who could talk to their family physicians about their child's condition and their concerns had a lower BDI score.

Conclusion: In our study, it was found that the BAI, BDI and MBI questionnaires applied to mothers were significant according to the child's spasticity type, walking status, presence of behavioral disorders, sleep status, presence of comorbid diseases, ability to use the toilet and oral nutrition status. It is known that the most common causes in the etiology of CP are prenatal and perinatal problems. All follow-ups of a pregnant woman should be done in primary care and it is necessary to explain to the mother the importance of giving birth in a health institution. A visual-hearing examination should be done carefully in the child's examinations. If it is skipped, this may cause the child's cognitive, motor and speech problems to emerge and cause the child to fall behind in the developmental stages. Family physicians practicing preventive medicine should consider mothers of children with CP in the risk group regarding anxiety, depression, and burnout. Family physicians should provide bio-psychosocial support to mothers.

Keywords: Cerebral palsy, anxiety, depression, burnout syndrome, caregiving, family medicine

SİMGELER VE KISALTMALAR

5-HT	: Serotonin
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
BAÖ	: Beck Anksiyete Ölçeği
BDÖ	: Beck Depresyon Ölçeği
D	: Duyarsızlaşma
DSM-V	: Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
DT	: Duygusal Tükenme
GABA	: Gama amino bütirik Asit
GİS	: Gastrointestinal Sistem
KB	: Kişisel Başarı
KMFSS	: Kaba Motor Fonksiyon Sınıflandırma Sistemi
MR	: Mental Retardasyon
MTÖ	: Maslach Tükenmişlik Ölçeği
NE	: Norepinefrin
SP	: Serebral Palsi
SSS	: Santral Sinir Sistemi
YAB	: Yaygın Anksiyete Bozukluğu

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1. Serebral palsi etiyolojik nedenleri 4

Tablo 2. MTÖ'nde tükenmişlik alt boyutlarının aldıkları değerler..... 21

Tablo 3. Ölçeklere ilişkin iç tutarlılık katsayısı (güvenirlik) tablosu..... 21

Tablo 4. SP'li çocukların, annelerin ve annelerin doğum sırasındaki yaşı 23

Tablo 5. SP'li çocukların annelerinin eğitim ve çalışma durumu..... 23

Tablo 6. Ailenin gelir durumu ve eve sahiplik durumu 24

Tablo 7. SP'nin olası sebepleri ve SP'li çocuğun klinik tipine göre dağılımı 24

Tablo 8. SP'li çocuğun sahip olduğu başka engel, ek hastalık ve mevcut fiziksel-ruhsal durumu 25

Tablo 9. Annelerin ek hastalıkları..... 26

Tablo 10. Annelerin aile hekiminden çocuğunun durumu ve kendi kaygıları ile ilgili yardım alabilme durumu..... 26

Tablo 11. SP'li çocukların annelerinin BAÖ, BDÖ ve MTÖ' ne göre sınıflandırılması 27

Tablo 12. SP'li çocukların annelerinin BAÖ, BDÖ skoru ortalamaları 27

Tablo 13. Çocuk yaşı, anne yaşı ve annenin doğumdaki yaşı ve annelerin anksiyete, depresyon ve tükenmişlik düzeyleri arasındaki ilişki..... 28

Tablo 14. Çocuğun spastisite durumu ile annelerin anksiyete, depresyon, duygusal tükenmişlik, duyarsızlaşma ve kişisel başarı düzeylerinin bonferroni analizi sonuçları 29

Tablo 15. Çocuğun ek hastalığı olma durumuna göre annelerde anksiyete, depresyon, DT, D ve KB düzeylerinin t-testi ile karşılaştırılması..... 29

Tablo 16. Çocuğun uyku problemi olup olmamasına göre annelerde anksiyete, depresyon, DT, D ve KB skorları arasındaki ilişki 30

Tablo 17. Çocukta davranış bozukluğu varlığına göre annelerin anksiyete, depresyon, DT, D ve KB skorları arasındaki ilişki 31

Tablo 18. Çocukların yürüme durumuna göre annelerin anksiyete, depresyon, DT, D ve KB skorları tek yönlü varyans analizi 32

Tablo 19. Çocuğun tuvalet ihtiyacını karşılayabilme durumuna göre annelerin anksiyete, depresyon, DT, D ve KB skorları arasındaki ilişki 33

Tablo 20. Çocuğun oral beslenme durumuna göre annelerde anksiyete, depresyon, DT, D ve KB skorları arasındaki ilişki 34

Tablo 21. Çocuğun bakımında aile bireyleri dışında birinden yardım alma ile annelerin anksiyete ve depresyonu arasındaki ilişki 35

Tablo 22. SP'li çocuğu ile ilgili kaygılarını aile hekimiyle konuşabilme durumuna göre annelere uygulanan ölçeklerin Bonferroni yöntemi ile analizi..... 36

Tablo 23. Annelerin kendini kaygılı hissettiğinde aile hekiminden bilgi ve destek alma durumuna göre annelerde anksiyete, depresyon ve tükenmişliğin karşılaştırılması..... 37

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Serebral Palsi (SP), gelişmekteki beyinde ilerleyici olmayan, hastanın hareketlerini engelleyebilen, motor işlev kaybına sebebiyet verebilen, duruş bozukluğuna neden olan bir durumdur (1,2). SP'de bunlara yandaş olarak epilepsi, ağrı, entelektüel yetersizlik, görme-işitme problemleri, uyku problemleri, gastrointestinal sistem (GİS) sorunları olabilir (3). SP prevalansı 1000 sağ doğumda 1,8 olarak tespit edilmiştir (4). Ülkemizde 2-16 yaş grupları arasındaki çocuklarda yapılan araştırmaya göre prevalansı 1000 sağ doğumda 4,4 olarak tespit edilmiştir (5).

SP'li çocuğa bakım vermek, onu yetiştirmek aile fertlerinin hayatlarına ciddi bir şekilde etki eder. SP'li çocuğa bakım veren bireylerin sağlık durumu incelendiğinde çocuğun engellilik vaziyetine göre bakım verenin bedensel ve psikiyatrik sağlığının farklı şekilde ve düzeyde etkilendiği saptanmıştır (6). Bu süreçte genellikle primer bakımı veren kişi annedir (7). Yapılan çalışmalarda bakım vermenin uzun sürdüğü hastalıklarda annenin mental durumunun daha olumsuz etkilendiği bulunmuştur (8).

Anksiyete, nedeni kişi tarafından bilinmeyen bir korku, endişe sıkıntı hali ile karakterizedir. Bunlara göğüste sıkışma, taşikardi, nefes alıp vermede zorlama, GİS sorunları ve huzursuzluk eşlik edebilir. Bir tehdide karşı oluşan bir tepkidir ve genellikle geleceğe dairdir (9). Anksiyete bozukluklarında intihar riskinin 6-10 kat arttığına dair yayınlar mevcuttur (10). Ülkemizde SP'li çocukların annelerinin anksiyete skorları sağlıklı çocukların annelerinin skorlarına göre yüksek bulunmuştur (7).

Depresyon, kişinin hayatını olumsuz yönde etkileyen, hayattan zevk alamama, gündelik işlerin yapılmasının zorlaştığı, intihar düşüncelerinin olabildiği bir duygudurum bozukluğudur. Bir bireyin hayatı boyunca tedavi gereksinimi olacak şekilde depresyon atağı geçirme ihtimali kadın cinsiyette %10-25, erkek cinsiyette %5-12 olarak değişmektedir (11). Ülkemizde yapılan çalışmalardan birinde sağlıklı çocukların annelerine göre SP'li çocuğu olan annelerin depresyon puanları daha yüksek ve depresyon oranı daha sık bulunmuştur (12).

Tükenmişlik sendromu üç adet komponentten oluşmaktadır. Bunlar duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarıdır. Duygusal tükenmişlik ve duyasızlaşmadaki

artış tükenmişlik sendromunda artışı neden olurken, kişisel başarıdaki azalma hali tükenmişlik sendromunda artışa neden olur (13). Belirtileri; kronik baş ağrıları, GİS rahatsızlıkları, hipertansiyon, taşipne, sinirlilik, panik atak, tahamülsüzlük, huzursuzluk gibi semptomlardır (14).

Biz bu çalışmamızda serebral palsili çocuklarına bakım veren annelerde anksiyete, depresyon ve tükenmişliği değerlendirmeyi, depresyon, anksiyete ve tükenmişliğin sosyodemografik değişkenlere, annenin ve çocuğun özgeçmişine göre farklılık gösterip göstermediğini araştırmayı planladık. Ayrıca bu çalışmanın önemli amaçlarından birisi de annelerin aile hekimlerine çocukları ile ilgili kaygılarını ne kadar anlatabildiklerinin, hangi konularda yardım alabildiklerinin değerlendirilmesidir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Serebral Palsi

2.1.1.Tanım

Serebral Palsi (SP) ilk defa 1861 yılında İngiliz bir ortopedist olan William Little tarafından tanımlanmış ve "Little Hastalığı" olarak adlandırılmıştır. Little hastalığın zorlu doğum esnasında meydana geldiğini belirtmiştir. 1890'lı yıllarda Sigmund Freud hastalık üzerindeki araştırmaları sonucunda hastalığın yalnızca doğum esnasında değil, gebelik sırasında da ortaya çıkabileceğini belirtmiştir. 1947 yılında Wintrop Phelps bu hastalığı "Serebral Palsi" şeklinde isimlendirmiştir (15).

Serebral Palsi gelişmekteki beyinde, ilerleyici olmayan, hareketleri engelleyebilen, motor işlev kaybına ve duruş bozukluğuna sebep olan durumdur (2). Bunlar dışında mental retardasyon, uyku bozuklukları, konvülziyon, işitme ve görme sorunları, idrar ve gaita inkontinansı gibi çeşitli problemler görülebilir (3).

2.1.2. Epidemiyoloji

Serebral Palsi çocukluk çağının motor bozukluk nedenlerinden en sık görülenidir. Prevalansı tüm ülkelerde farklılık göstermektedir. Bu oran farklı ülkelerde yapılan çalışmalarda; İngiltere'de 2,1/1000, İsveç'te 2,4/1000, Çin'de 1,6/1000 şeklinde belirtilmiştir (16,17,18). Türkiye'de ise 2-16 yaş grubu arasında yapılan çalışmada SP prevalansı her 1000 canlı doğumda 4,4 olarak tespit edilmiştir (5).

2.1.3. Etiyoloji ve Risk Faktörleri

Serebral Palsi etiyolojisinde %75-80 prenatal risk faktörleri, %10'undan daha azında doğumdaki travmalar ve asfiksi rol alır. Bazı olgularda ise etiyoloji net olarak gösterilememiştir (3). Serebral Palsi'nin olası nedenleri prenatal, perinatal, postnatal olarak sınıflandırılmıştır (19). Ülkemizde yapılan bir çalışmada SP risk faktörleri düşük doğum ağırlığı (%45,1), prematürite (%40,5), doğum asfiksisi (%34,6), akraba evliliği (%23,8) olarak saptanmıştır (20).

Tablo 1. Serebral palsi etiyolojik nedenleri (5,21)

Prenatal	**Perinatal**	**Postnatal**
Kalıtsal Hastalıklar	Prematürite	Hiperbilurubinemi
Akraba Evliliği	Asfiksi	Hipoksik İskemik Ensefalopati
Annedeki Hastalıklar	Koryoamniyonit	Konvülsiyonlar
Enfeksiyonlar	Düşük Apgar Skoru	Hipoglisemi
İntrauterin Anoksi	Müdahaleli Doğum	Travmalar
Plasental Yetmezlik	Kordon Dolanması	İntrakranial Kanama
Koagülasyon Bozuklukları	Düşük Doğum Ağırlığı	Sepsis
Çoğul Gebelik	Plasenta Previa	SSS Enfeksiyonları
Annenin İlaç Kullanımı	Plasenta Dekolmanı	
Serebral Disgenezi	Erken Membran Rüptürü	

2.1.4. Nöropatoloji

SP birinci motor nöronlarının lezyonu sonucu meydana gelir. Üst motor nöronlarının görevleri arasında hareketleri başlatmak ve spinal kord ön boynuzdaki ikinci motor nöronların işlevlerini dengede tutabilmek için baskılama vardır. Eğer ki üst motorlarda bozulma mevcutsa; baskılama görevi bozulur ve korteksten kortikospinal ve retikulospinal yollarla gelen uyarılarda azalma meydana gelir. Bu nedenle kas kontrolü bozulur, alfa ve gama nöronların aşırı şekilde uyarılmasıyla kas tonusunda artış olur. Alt ve üst motor nöronlar arasındaki denge bozulur (22).

2.1.5. Sınıflandırma

Geleneksel SP sınıflandırılması ekstremitelerde olan tutulum bulgusu (hemipleji, dipleji, tetrapleji) ve motor fonksiyonel bozukluğun çeşidine (spastik, ataksik, diskinetik) göre yapılır (23).

Avrupa SP Araştırma Derneği'nin önerdiği sınıflandırmada SP; spastik (unilateral-bilateral), diskinetik (distonik-koreoateotik) ve ataksik şekilde üç gruba ayrılırken spastisiteyle diskinezi ve/veya ataksi birlikteliğinde mikst tip SP denir (24).

2.1.5.1. Spastik SP

Serebral Palsi alt tipleri arasında en sık (%75) görüleni spastik tiptir. Spastisite kasta morfolojik değişikliklere yol açarak problemlere neden olur. Bu sorunlardan başlıcaları kalça subluksasyonu, postür değişiklikleri, dizde kontraktür olarak sayılabilir. Kendi arasında problemin olduğu yere göre alt tiplere ayrılır (24). Bunlar:

- Spastik Diplejik SP (En sık görülen spastik SP'dir),
- Spastik Hemiplejik SP,
- Spastik Tetraplejik SP'dir.

2.1.5.2. Diskinetik SP

Bu tip SP' de istemsiz hareketler, koreatetoz, distoni gibi ekstrapiramidal etkilenmeler mevcuttur. Kendi arasında alt tiplere ayrılır (25). Bunlar:

- Distonik tip SP
- Koreoatetoik SP

2.1.5.3. Ataksik SP

Bu olgularda hipotoni, denge bozukluğu ve koordineli hareketlerin zamanlamasının kontrolünde sorun vardır. Yapılan nörolojik muayenelerinde nistagmus, geniş tabanlı yürüme, dismetri görülebilir. Bu olgularda yürüme 3-4 yaşa kadar gecikebilir (11,14).

2.1.5.4. Mikst SP

Tek bir SP tipine uymamakla beraber genel olarak spastisite ataksi ve/veya diskinezi birlikteliği görülmektedir (24).

Literatürde SP'li çocukların mobilizasyonunu yaşa göre değerlendiren "kaba motor fonksiyon sınıflandırma sistemi" (KMFSS) vardır. Bu ölçeğe göre SP'li çocuklar yaşlarına ve yürüyebilme şekillerine göre 5 seviyeye ayrılır. Seviye 1'de çocuk bağımsız

yürür ve ileri kaba motor becerileri varken seviye 5'te yardımcı teknolojiler kullanıldığında dahi mobilizasyonu çok kısıtlıdır (26).

2.1.6. Serebral Palside Sık Görülen Problemler

SP' de asıl olay motor fonksiyon bozukluğudur ancak hastaların yarısından fazlasına bir ya da birden fazla komorbidite eşlik eder. Yürüme kabiliyeti olmayan hastalarda komorbid durumlar daha fazla görülmektedir.

2.1.6.1. Ağrı

SP'li olgularda yaklaşık %75 oranında görülen bir komorbiditedir (24). Bütün SP hastalarında sırt ağrısı en sık olandır (25). Zayıf fiziksel fonksiyonlar, düşük yaşam kalitesi ve hareket fonksiyonlarının bozulması da kronik ağrı ile alakalıdır (27).

2.1.6.2. Epilepsi

Sağlıklı çocuklarda epilepsi %0,2-1,2 görülürken SP'li hastalarda %36-41 görülür (5,28). En çok birlikteliği görülen epilepsiler jeneralize tip ve parsiyel tiptir. Genelde 16 yaş sonrasında nöbet sıklığında azalma olmaktadır (25).

2.1.6.3. Entelektüel Yetersizlik

SP tipine bağlı olarak hastalarda mental retardasyonun (MR) şiddeti değişmektedir. MR serebral palsili vakaların yaklaşık %50'sinde vardır. Davranış problemleri bilinen sağlık problemi olmayan çocuklara göre SP'li hastalarda %25,5 kat daha fazladır (25).

2.1.6.4. Kas-İskelet Problemleri

Spastisite ile ilişkili olarak kontraktür, skolyoz ve lordozun sıklıkla ortaya çıktığı bildirilmektedir (29).

2.1.6.5. Gastrointestinal Sistem Problemleri

SP'li hastaların yaklaşık %60-70'inde kronik konstipasyon, %50'sinde gastroözeofageal reflü ve kusma, %20'sinde yutma güçlüğü saptanmıştır (30). Özellikle de ilk 1 yaş içerisinde emme ve yutma bozukluğu gibi sorunlar sıkça görülmektedir (31).

2.1.6.6. Konuşma ve İşitme Problemleri

Konuşma ve işitme bozukluğu %30-40 civarında görülür. Konuşma ile ilgili afazi, mutizm ve dizartriye sık rastlanmıştır (32). MR ve işitme sorunu varsa ağır konuşma bozukluğu olabilir (3). İşitme kaybı bulunmaktaysa erken saptamak mühimdir çünkü zekâ gelişimine ve fizik tedaviye uyum konusunda direkt etkilidir (33).

2.1.6.7. Görme Problemleri

SP'li çocukların %28-90'nında bir ya da daha fazla görme problemi vardır. Bunlar arasında en sık kırma kusurları ve strabismus saptanmıştır (34).

2.1.6.8. Uyku Problemleri

SP'li olguların yarısında görülür. Bu çocuklarda genelde gece uykularında düzensizlik, uykuya geçmede güçlük ve uyku apnesi saptanmıştır (35).

2.1.6.9. Üriner Sistem Problemler

SP'li çocukların %25'inde üriner inkontinans saptanmıştır. Bunun dışında idrar yolu enfeksiyonu, nörojenik mesane açısından da riskli gruptadırlar (36).

2.2. Anksiyete

Anksiyete dışarıdan gelen bir tehlike ya da kaygı nedeni yokken bireyin bu tehlike beklentisine karşı yaşadığı aşırı tepkidir (37). Tipik olarak aşırı uyarılma, aşırı korku ve aşırı endişe ile karakterizedir (38). Amerikan Psikiyatri Birliği anksiyetenin nedeni bilinmeyen endişe, sıkıntı, korkuya eşlik eden çarpıntı, bulantı, kusma,

huzursuzluk, göğüste sıkışma şeklindeki belirtilerle beraber olabileceğini belirtmektedir. Bu duygular her bireyde bir seviyeye kadar var olması gerekli duygulardır (39). Anksiyete kişiyi hayattaki tehlikelere karşı uyarır, lüzumluysa tedbir alma, başa çıkmaya yardımcı olma, hayatta üretmeye yardımcı olmayı sağlar (40). Belli bir seviyeden sonra insanın yaşamını ve sosyal aktivitelerini negatif yönde etkilemektedir (41).

DSM-V sınıflandırmasına göre anksiyete bozuklukları ismi altında (42);

- Ayrılma anksiyetesi bozukluğu,
- Seçici konuşmazlık (mutizm),
- Özgül ve sosyal fobi,
- Agorafobi,
- Panik bozukluk,
- Yaygın anksiyete bozukluğu,
- Maddenin veya ilacın yol açtığı kaygı bozukluğu,
- Başka sağlık durumundan kaynaklanan kaygı bozukluğu,
- Tanımlanmış diğer anksiyete bozukluğu,
- Tanımlanmamış anksiyete bozukluğu vardır.

2.2.1. Yaygın Anksiyete Bozukluğu

Yaygın aksiyete bozukluğu (YAB) gerginlik, huzursuzluk, günlük problemler hakkında endişeyle kendini gösteren, çoğu zaman kronik süreçli olan lakin ataklar ile yaşam kalitesini düşüren bir rahatsızlıktır (43).

2.2.1.1. Epidemiyoloji

Amerika Birleşik Devletleri'ndeki (ABD) epidemiyolojik çalışmalarda yaşam boyu YAB prevalansı %5,1 ile %11,9 arasında bulunmuştur (44,45). Avrupa'da yapılan çalışmalar 12 aylık süreçte prevalansı %1,7 ile %3,4 arasında (46), yaşam boyu

prevalansı ise %4,3 ile %5,9 aralığında saptamıştır (47). Kadınlarda yaklaşık erkeklerden 2 kat fazla görülmektedir. Başlangıç yaşı 20 yaşından daha küçüktür (43,48).

2.2.1.2. Etiyoloji

YAB'ın nedenini belirlemek oldukça güçtür. Yüksek ihtimalle biyolojik ve psikososyal faktörler birlikte etki göstermektedir (49). YAB'da genetik faktörlerin etkili olduğunu gösteren çalışmalar da mevcuttur. Bir çalışmada YAB görülme ihtimali olguların birinci derece yakınlarında (%19,5), kontrol grubundakilere (%3,5) göre 5 kat fazla saptanmıştır (48).

Anksiyeteyle alakalı olarak yapılan hayvan deneylerinde medikal tedaviye verilen yanıta göre üç esas nörotransmitter saptanmıştır. Bunlar: Norepinefrin (NE), Serotonin (5- HT) ve Gamaaminobütirikasittir (GABA). NE ve 5-HT düzeylerinin artmış, GABA düzeyinin azalmış olduğu düşünülmektedir (50).

2.2.1.3. YAB için DSM-V Tanı Kriterleri (42)

A – En az 6 aylık süreçte çoğu gün bir çok olay ya da etkinlik ile alakalı, aşırı bir kaygılı hal veya kuruntu mevcuttur.

B – Kişi kuruntularını kontrol etmekte güçlük çeker.

C – Bu kaygı ve kuruntuya aşağıdaki altı semptomdan üçü ya da daha fazlası eşlik eder.

(Son altı aylık zamanda çoğu vakit en azından bazı belirtiler vardır):

1- Sakinleşme problemi ya da endişe ya da hep diken üzerinde olma.

2- Çabuk yorulma

3- Odaklanmada zorluk çekme ya da zihin boşalması.

4- Çabuk kızma

5- Kas spazmı

6- Uyku bozukluğu (uykuya başlamakta ya da uykuyu devam ettirmekte zorluk ya da dinlendirmemiş bir uyku uyuma).

D – Kaygı, kuruntu ya da bedensel bulgular, klinik açıdan bir sıkıntı ya da toplumla, işle ilgili alanlarda ya da işlevsellik gerektiren alanlarda işlevsellikte düşmeye sebep olur.

E – Bu olay, bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir madde bir ilaç) veya farklı bir sağlık durumunun (örn. hipertiroidi) fizyolojik etkileriyle ilişkilendirilemez.

F – Bu olay farklı bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

2.2.1.4. Yaygın Anksiyete Bozukluğunun Tedavisi

YAB sağaltımında ilaç tedavisi, davranışçı bilişsel psikoterapiler, relaksasyon eğitiminin faydası olduğu saptanmış lakin bu tedavi yöntemlerinin birbirleri ile kıyaslaması yapılamamıştır (51). YAB en elzem şey tedavi yöntemini belirlemektir. Anksiyeteyi tetikleyebilecek kafein, çikolata gibi şeyler beslenmeden çıkarılmalıdır (52). Psikostimülan, teofilin, dekonjestan, esrar, kokain, alkol gibi maddelerin kullanımı engellenmelidir ve tedavi bundan sonra planlanıp yapılmalıdır (53).

Halihazırda tedavi için Food and Drug Administration (FDA) tarafınca onay almış benzodiazepinler, buspiron, venlafaksin olarak üç çeşit ilaç vardır. Bunlar dışında ß-adrenerjik antagonistler, hidroksizin ve ondansetron tedavide yer alabilmektedir. Olguların tedavisinde hem psikolojik uygulamalar hem de medikal tedavinin beraber olduğu birleşik modelin kullanılması daha çok önerilmektedir (54).

2.3. Depresyon

Depresyon, tanımlanan ilk psikiyatrik hastalıklardan birisidir. Kronik depresyon manasındaki melankoli kelimesinin Hipokrat zamanında ilk kez kullanıldığı bilinmektedir (55). Depresyon nedeni bilinmeksizin bireyin sürekli kendini üzgün, bunalmış hissetmesi ile beraber konuşma, gündelik hareket ve işlerinde yavaşlama, değersizlik, güçsüzlük, özkıyım planı içerebilen bir duygudurum bozukluğu şeklinde tanımlanmaktadır (42,56). Depresyon yaşam kalitesi düzeyini azaltmakta başka

bedensel hastalıklara göre sosyal işlevsellikte daha fazla kötüleşmeye neden olabilir. Bunlarla beraber bedensel rahatsızlıkların başlangıç ve/veya şiddeti ile ilişkili risk faktörü olarak belirtilmekte olup hastalıkların prognozuna kötü etki etmekte ve mortaliteyi artırmaktadır (57,58).

DSM-V sınıflandırmasına göre depresif bozukluk ismi altında (42);

- Majör depresif bozukluk,
- Kalıcı depresif bozukluk (Distimi),
- Premenstrüel disforik bozukluk,
- Yıkıcı duygudurum düzenleyememe bozukluğu,
- Maddenin veya ilacın yol açtığı depresif bozukluk,
- Başka tıbbi duruma bağlı depresif bozukluk,
- Tanımlanmış diğer depresif bozukluk,
- Tanımlanmamış depresif bozukluk vardır.

2.3.1. Epidemiyoloji

Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre majör depresyon devletlere hastalık yükü sebebiyle dünyada 3. sıradadır. Bu hastalığın 2030 yılına kadar hastalık yükü olarak ilk sırada olacağı düşünülmektedir (59,60). Ömür boyunca depresyon görülme riski %15-18'dir. Yaklaşık beş kişiden biri hayatının belli döneminde depresif atak yaşar. Birinci basamağa her on hastadan bir tanesi depresif şikayetleri olduğu gerekçesiyle başvurur. Genç yaş grubunda erişkinlere göre görülme sıklığı daha fazladır. Yaşam boyunca kadınlarda erkeklere göre 2 kat fazla görülür (59). Ancak yaş arttıkça cinsiyetler arasındaki bu fark azalmaktadır (61). DSÖ ile beraber yürütülen 10 farklı ülkenin içinde olduğu bir çalışmada majör depresyonun erişkinlerde yaşam boyu sıklığı Japonya'da %3 ile %16,9, Amerika Birleşik Devletleri'nde %8 ile %12 arasında bulunmuştur (62). ABD'de 2008-2012 seneleri arasındaki sürveyans çalışması yapılmış ve majör depresyonun senelik prevalansı %6 şeklinde saptanmıştır (63). DSÖ verilerine göre Çin'de duygudurum bozuklukları için son bir yıllık görülme sıklığı %1,7 ile %2,5

oranındadır. Türkiye'de ise depresif bozukluğun sıklığı ile ilgili Sağlık Bakanlığı'nca 7479 bireyi kapsayan Uluslararası Birleşik Tanı Görüşmesi uygulanarak yapılan araştırma mevcuttur. Bu çalışmada depresif nöbet sıklığı %4 bulunmuştur (64). Eskişehir il merkezinde 1475 kişiyi kapsayan birinci basamakta yapılmış bir çalışmada öajçr depresyon sıklığı %24,9 bulunmuştur (65).

2.3.2. Etiyoloji

Birçok psikiyatrik bozuklukta olduğu gibi depresyonun da etiyolojisi henüz tam olarak netleştirilememiştir. Etiyolojisinde genetik sebepler, biyolojik sebepler ve psikososyal nedenler rol oynar (66).

2.3.3. Depresyon için Risk Faktörleri

2.3.3.1. Cinsiyet

Majör depresyon kadın cinsiyette erkek cinsiyete göre iki kat daha sık görülmektedir. Bunun sebepleri arasında farklı hormon tipleri ve seviyeleri, farklı cinsiyetteki çocukların yetiştirilme şeklinin farklı olması, kadınların çocuk sahibi olması sayılabilir (67).

2.3.3.2. Yaş

Depresif bozukluklar genel olarak orta yaş grubunda daha sık olmasına rağmen her yaş grubunda görülür. Bu hastalığın başlama yaşı ortalama 20'li yaşlar ortasıdır. Her iki cinsiyette de hayat boyunca iki kez pik yapar bunlar 2-3. dekat ve 5-6. dekatlardır (59).

2.3.3.3. Genetik

Yapılan çalışmalarda depresif bozuklukta genetik riskin %33 olduğu belirtilmektedir (68). Tek yumurta ikizlerinde depresyon oranı %40, çift yumurta

ikizlerinde ise %11'dir. Birinci derece yakınlarında depresif bozukluk olanlarda prevalansı %5-25 olarak görülmüştür (69,70).

2.3.3.4. Medeni Durum

Boşanmış ya da dul olanlarda evli ya da bekar olanlara göre depresyon riski daha fazladır (71). Evli kadınlarda bekar olanlara göre depresyon riski daha fazlayken; bekar erkeklerde evli olanlara göre risk daha yüksektir (72).

2.3.3.5. Psikososyal Faktörler

Aile içinde yaşanan çatışmalar, iş hayatındaki problemler, ekonomik problemler, sevgi yoksunluğu, sağlık sorunları bu depresif durumun ortaya çıkmasına sebebiyet verebilir (73).

2.3.3.6. Sigara

Yapılmış olan çalışmalarda majör depresyonun sigara bağımlılarında topluma kıyasla çok daha yüksek saptanmıştır. Ayrıca depresyon tanısı almış kişilerde de sigara bağımlılık oranı yaklaşık %45 bulunmuştur (74).

2.3.4. Majör Depresyonun DSM-V Tanı Kriterleri (42)

A – Ardışık iki haftalık dönemde, önceki dönemlere göre işlevselliğin değişmesiyle beraber en az bir tanesinin ya anhedoni (zevk alamama) ya da depresif duygu durum veya istek kaybı olacak şekilde aşağıdaki bulgulardan en az beşinin olması gerekir:

1- Neredeyse her gün ve gün boyu olan depresif duygu durum

2- Yaklaşık her gün, neredeyse tüm günü kapsayan, etkinliklere karşı ilgi/istekte belirgin bir azalma ya da eskiden olduğu kadar zevk alamama

3- Kilo artışı ya da kilo azalışı

4- Yaklaşık her gün, uyuyamama ya da fazla uyuma

5- Çoğu gün, psikomotor ajitasyon ya da psikomotor retardasyonun olması

6- Neredeyse her gün, yorgunluk bitkinlik veya enerjide düşme olması

8- Yaklaşık olarak her gün, düşüncelerin odaklanmasında ve karar vermede zorluk

9- Tekrarlayan ölüm düşünceleri, tekrarlayan özkıyım düşünceleri ve özkıyıma yönelik planların olması

B – Karma atak dışlanmalıdır.

C – Bu belirtiler, belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal ve/veya mesleki alanlarda sorunlara sebep olmalıdır.

D – Madde kullanımı ve genel tıbbi durumun etkileri dışlanmalıdır.

2.3.5. Depresyonun Tedavisi

Depresyonda bireylerin sadece atak yaşadığı dönemin tedavisi problemi ortadan kaldırmamaktadır (75,76). Depresyon tanısı alan kişiler %50-85 oranında en azından bir kere daha atak geçirmektedir (77). İlaç tedavileri etkili olsa dahi psikoterapi, psikodinamik tedaviler ve elektro konvulzif tedaviler de ek olarak uygulanmalıdır (78).

2.4. Tükenmişlik

2.4.1. Tanımı

İngilizcedeki ‘burnout’ kelimesi Türkçemize ‘tükenmişlik’ olarak tercüme edilmiştir ve tükenmişlik kavramı çalışma hayatını eksi yönde etkileyen bir problemdir (79). İlk kez 1974 yılında Herbert J. Freudenberger; yoğun çalışma koşulları veya stres sebebiyle oluşan bedensel ve zihinsel çöküş şeklinde tanımlamıştır (80). Günümüzde kullanılan ve kabul gören tükenmişlik tanımı Christina Maslach tarafından geliştirilmiştir.

Maslach’a göre tükenmişlik bir sendromdur ve üç farklı boyutu vardır. Bunlar duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarıdır (13,14).

Duygusal Tükenme: Genelde insanlar ile yüz yüze görüşülerek icra edilen meslek gruplarında fazlaca psikolojik veya duygusal istemlere maruziyet neticesinde enerjinin azalması ya da bitmesi durumu olarak ifade edilir. Tükenmişlik sendromunun en kesin belirtisi kabul edilir (13).

Duyarsızlaşma: Bireyler arasında olan tükenmişliği yansıtmakta ve hizmet verilen bireylere karşı negatif tutumlar ile işe yönelik olan tepkisizleşmeyi belirtir (81).

Kişisel Başarı: Bir bireyin kendini başarısız ve yetersiz görmesi, moral düşüklüğü, üretkenlikte düşüş, yaşanan sıkıntılar ile baş etmede güçlük, o kişinin kendini beğenmemesine sonuç olarak da olumsuz değerlendirmesine yol açar. Kişisel başarının azalması sonucu tükenmişlik ortaya çıkar (81).

2.4.2. Tükenmişliğe Etki Eden Faktörler

Tükenmişliği etkileyen faktörler; bireysel faktörler ile çevresel (örgütsel) faktörler olarak ayrılır. Bireysel faktörler; cinsiyet, yaş, medeni hal, çocuk sayısı, eğitim öğrenim durumu, a tipi kişilik özellikleri, iş ile ilgili tutumları ve stresle başa çıkma kabiliyeti olarak sayılabilir. Çevresel faktörler ise; iş ortamı huzurunun bozulması, fazladan iş yükü, adaletsizlik, ödüllendirme, rol çatışması ve eleştiride hakkaniyetli davranılmaması olarak sayılabilir (13,14).

2.4.3. Tükenmişlik Belirtileri

Tükenmişlik genelde sinsi bir şekilde başlayarak, yavaş yavaş ilerler. Birçok çalışmada ortaya çıkan semptomlar üç ana grup halinde incelenmektedir (82,83,84).

Fiziksel semptomlar; uyku düzeninin bozulması, kronik baş ağrıları, gastrointestinal sistem rahatsızlıkları, taşipne, dispne, hipertansiyon olarak sayılabilir (14,83).

Psikolojik semptomlar; depresyon, sinirlilik ve endişe, korku hali, panik atak, düşük özgüven sayılabilir (79).

Davranışsal semptomlar; sabırsızlık, huzursuzluk, ümitsizlik gibi negatif belirteçlerdir. Tükenmişliğin artık ileri seviyede olduğunu gösterir (79).

2.4.4. Tükenmişlik Sendromunun Sonuçları

2.4.4.1. Bireysel Sonuçları

Kişide oluşan yorgunluk, enerji düşüklüğü sonucunda bedensel rahatsızlıklar da ortaya çıkmaya başlar. Kas spazmları, kronik yorgunluk, özgüvende azalma, mide ve bağırsak yakınmaları ortaya çıkabilmektedir (85). Bunlarla beraber depresyon, öfke krizleri, madde ve alkol yönelimi görülebilmektedir (13,79).

2.4.4.2. Çevresel (Örgütsel) Sonuçları

Çevresel sonuçların en büyük etkisi iş hayatı üzerine olur. Bu kişilerin iş hayatında sabırsızlık, diğer çalışanlar ile arasında çatışma, mesai saatlerine itaat edememe, iş performansında düşme görülmektedir. Ayrıca sık sık iş değiştirme ve işe devam konusunda problemler olduğu araştırmalar ile saptanmıştır (86).

2.4.5. Tükenmişlikle Mücadele Yöntemleri

Tükenmişlik ile mücadelede en çok dikkat edilmesi gereken tükenmişliğin oluşmasını önlemektir. Eğer oluşmuş ise de erken tanı konulmalı ve o faktörler ortadan hızlı bir şekilde kaldırılmalıdır (85,87). Tükenmişlikle mücadele etmek hem bireysel hem de örgütsel düzeyde olmalıdır (86).

2.4.5.1. Bireysel Düzeyde Başa Çıkma Yöntemleri

Genellikle kişinin tek başına başa çıkabileceği bir durum olarak değil profesyonel yardım alması gerektiği bir durum olarak kabul edilir. Yine de kişinin rahatlamak için yapabileceği bedensel ve ruhsal egzersizler vardır. Birey ilk aşamada solunum egzersizleri ve aerobik ile başlayabilir. Daha sonra gevşeme, yapmaktan hoşlandığı aktiviteler bulma, tatil planı yapıp uygulama ve danışmanlık gruplarında aktif rol alma gibi moral yükseltme odaklı yöntemlere başvurulabilir (88,89). Kişinin kendini tanıyıp, işini eve götürmemesi, çevresindeki kişilerin problemlerini

içselleştirmemesi, tüm insanları mutlu etme, tüm olayları kontrol edebilme isteğinden uzaklaşması bireysel düzeyde yapılabileceklere örnek olarak gösterilebilir (79,90).

2.4.5.2. Örgütsel Düzeyde Başa Çıkma Yöntemleri

Bireyler tek başlarına uğraşsalar bile çevrelerini değiştiremeyecekleri için tükenmişlik probleminin çözümünde örgütsel bakış değerlidir (79). Bu konuda yapılan çalışmalara göre yapılabilecekler; çalışanların karar verirken bağımsız olabilmesi, çalışmaları için takdir edilmek, ödüllendirmelerin hakkaniyetli yapılması, görev tanımının belirli olması, yoğun olan çalışma yerlerinde yeterli sayıda personel olması şeklinde sayılmıştır (86,91).

2.5. Serebral Palsi Tanısı Almış Çocuğa Bakım Verme Yükü

Bakım bir şeyin gelişmesi veya iyi bir halde kalabilmesi amacıyla verilmiş olan emek, birinin temel ihtiyaçlarını üstlenmek işi şeklinde Türk Dil Kurumu sözlüğünde tanımlanmıştır (92). Bakım veren birey hastaya sosyal, fiziksel, gerekli şartlarda ekonomik ve duygusal destek sağlayabilir. Bakım veren kişi genellikle aile içerisinde kadınlardır (93).

Sağlıklı bir bebek bekleyen ebeveynlerin, sağlıklı olmayan bir çocuk sahibi olması ile hayattan beklentileri, sosyal yaşantıları, mali planlamalarında değişiklikler olmaktadır (94,95). SP'li bir çocuğun doğması ile aileler ne yapacağını, çevresindekilere aile yakınlarına ne diyeceklerini, çocuklarının hastalığına dair sorulara nasıl cevap vereceklerini bilemezler (96). Bakım verenler hem gelecekle ilgili birçok bilinmeyenle uğraşırken hem de nasıl bakım verecekleri konusunda bilgi eksikliklerinin olduğu çocuklarına bakarken psikolojik desteğe ihtiyaç duymaktadırlar (97,98). SP fiziksel problemlerin olduğu ve farklı problemlerin de eşlik ettiği bir hastalıktır (25). Bu yüzden SP'li çocuklarına bakım verenlerin işi; sağlıklı çocuğu olanlarınkinden daha uzun süreli ve tüketicidir (99).

SP'li çocuklara bakım verenin özellikle annelerin sağlığının incelendiği çalışmalarda; çocukların davranış probleminde artış oldukça, bakım verenin fiziksel

sağlığının, psikiyatrik sağlığının ve stresle mücadele başarısının azaldığı saptanmıştır (100).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışmaya başlanmadan önce Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Etik Kurul Başkanlığı'ndan çalışmanın etik onayı (15/03/2021 Tarih, 53 Sayılı Kurul Kararı) alınmıştır (EK 6).

3.1. Çalışmanın Popülasyonu ve Yeri

Çalışmamız kesitsel ve tanımlayıcı bir çalışmadır. Ankara Şehir Hastanesi'ne başvuran serebral palsi tanısı olan çocuklarına bakım veren anneler üzerinde gerçekleştirilmiştir. Çalışmamız etik onayı alındıktan sonra 01/04/2021-31/08/2021 tarihleri arasında yapılmıştır. Çalışmamızın evreni Ankara Şehir Hastanesi'ne başvuran serebral palsili çocuğuna bakım veren annelerdir. Araştırmamızın örneklemi G-Power yazılımı kullanılarak belirlenmiş olup 230 kişidir.

3.2. Dâhil Etme ve Dışlama Kriterleri

Araştırmaya dâhil edilmeyecek gruplar;

- Görme problemi olanlar
- Onam formu alınamayan hastalar
- 1 yaşından küçük çocuğu olanlar
- Ciddi afazisi olanlar (Ölçek sorularına cevap veremeyecek olanlar)

3.3. Değerlendirme Parametreleri

Çalışmaya katılan anneler gönüllü olur onam formunu okuyup ad/soyad baş harflerini yazmış ve imzalamıştır. Okuma yazması olmayan annelere onam formu okunarak onam alınması planlanmıştır ancak katılımcılar arasında okur yazar olmayan yoktu. Bu çalışmanın gönüllülük esasına dayandığı, istedikleri zaman çalışmadan çıkabilecekleri, kişisel bilgilerinin alınmadığı ve çalışmadan çıksalar dahi çocuklarının tedavisinde herhangi bir aksama olmayacağı bilgisi verilmiştir. Araştırmacı tarafından hazırlanan 34 soruluk bir anket aracılığı ile veriler toplanmıştır (EK-1). Anket formu

oluşturulurken literatür, kanun, kararnameler taranıp uygun şekilde sorular belirlenmiştir. Anket araştırma başlamadan önce 15 hasta yakını üzerinde denenmiş ve anket sorularında değişikliğe ihtiyaç duyulmamıştır. Bu 15 hasta yakını 230 kişilik çalışmamıza dâhil edilmiştir. Anketin her sorusu gönüllülere teker teker ve yüz yüze sorularak işaretlenmiştir.

3.3.1. Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ)

Beck Anksiyete Ölçeği (EK-2); Beck ve ark. tarafından 1988 yılında yapılan bir ölçektir. Türkiye geçerlilik çalışması Ulusoy ve ark. tarafından yapılmıştır. BAÖ 21 sorudan oluşur. Her sorudan alınabilecek puan 0-3 arasındadır. Ölçekten en az 0, en fazla 63 puan alınabilir. Ölçek değerlendirilirken alınan toplam puan kullanılır. Alınan puan arttıkça anksiyete de artar (101).

0-7 puan: Minimum düzeyde anksiyete

8-15 puan: Hafif düzeyde anksiyete

16-25 puan: Orta düzeyde anksiyete

26-63 puan: Ağır düzeyde anksiyete

3.3.2. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)

Beck Depresyon Ölçeği (EK-3); Beck ve ark. tarafından 1961 yılında oluşturulmuştur. Türkiye geçerlilik çalışması Hisli tarafından 1988 yılında yapılmıştır. Ölçek 21 sorudan oluşur ve çoktan seçmelidir. Her soru 0-3 puan arasında değerlendirilir. Ölçekten alınabilecek en az puan 0, en fazla puan 63'tür. Alınan puan arttıkça depresyon da artar. Ölçekten 17 puan ve üzerinde alanlarda depresyon belirtisi olduğu kabul edilir (102).

0-11 puan: Depresyon yok

12-17 puan: Hafif depresyon

18-29 puan: Orta şiddetli depresyon

30-63 puan: Şiddetli depresyon

3.3.3. Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ)

Maslach & Jackson tarafından 1981 yılında bireyler ile yüz yüze çalışanlar için geliştirilmiştir (EK-4). Ölçeği Türkçeye 1992 yılında uyarlayan 7 seçenekli derecelendirme şeklinin Türk kültürüne uymadığını belirtmiştir ve bu uyarlama sırasında 5 seçenekli derecelendirme şekli benimsenmiştir. Uyarlanmış olan Maslach Tükenmişlik Ölçeği 22 sorudan oluşur ve her soru 0-4 puan arasında değerlendirilir. Ölçek üç kısma ayrılır:

Duygusal Tükenme (DT): 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 ve 20. sorular olmak üzere 9 sorudur. Bu sorular ile yorgunluk, enerjinin düşmesi ve duygusal yıpranmışlık ölçülür.

Duyarsızlaşma (D): 5, 10, 11, 15 ve 22. sorular olmak üzere 5 sorudur. Bu sorular ile karşıdaki kişiye hissedilen olumsuz düşünce ve duygular ölçülür.

Kişisel Başarı (KB): 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 ve 21. sorular olmak üzere 8 sorudur. Bu sorular ile kişinin kendini yaptığı işte başarılı bulup bulmadığı ölçülür.

Tükenmişliğin fazlalığını, DT ve D puanlarının fazla olması, KB puanın az olması yansıtır (103).

Tablo 2. MTÖ'nde tükenmişlik alt boyutlarının aldıkları değerler

Tükenmişlik Alt Boyutları	Yüksek	Orta	Düşük
Duygusal Tükenmişlik	≥ 30	22-29	≤ 21
Duyarsızlaşma	≥ 13	10-12	≤ 9
Kişisel Başarı	≤ 23	24-26	≥ 27

Tablo 3. Ölçeklere ilişkin iç tutarlılık katsayısı (güvenirlik) tablosu

Ölçekler	Cronbach Alfa	N
BECK Anksiyete Ölçeği	0,879	21
BECK Depresyon Ölçeği	0,794	21
Duygusal Tükenmişlik	0,904	9
Kişisel Başarı	0,764	8
Duyarsızlaşma	0,737	5

3.4. Verilerin Analizi ve İstatistiksel Yöntemler

Veri analizinde SPSS 22 programı kullanılmıştır. Öncelikle eksik ya da hatalı veri girişi olup olmadığı araştırmacı tarafından kontrol edilmiştir. Anket maddelerine ilişkin frekans ve yüzde analizi ile ölçek puanlarına ilişkin tanımlayıcı istatistikler yapılmıştır. Ölçeklerden elde edilen puanların gruplar arasında karşılaştırılmasında ise bağımsız gruplar t testi ve tek yönlü varyans analizi (ANOVA) yöntemleri kullanılmıştır. Bu yöntemler parametrik yöntemler olup veri sayısı her grupta (n>20) yeterli büyüklükte olduğunda kullanılan yöntemlerdir. İki kategorili bir grup değişkenine göre puanların karşılaştırılmasında bağımsız gruplar t testi yöntemi, en az üç gruba sahip kategorik bir değişkene göre puanların karşılaştırılmasında ise ANOVA yöntemi kullanılmıştır. Ölçek puanları ile sürekli değişkenler (yaş ile ilgili değişkenler) arasındaki ilişki Pearson korelasyon katsayısı ile incelenmiştir. Yapılan istatiksel analizler 0,05 anlamlılık düzeyinde test edilmiştir.

4. BULGULAR

Ankara Şehir Hastanesine başvuran serebral palsi tanılı çocuğuna bakım veren 230 anne çalışmaya alındı. Annelerin yaşı, SP'li çocukların yaşı ve annelerin doğumdaki yaşı Tablo 4'te verilmiştir.

Tablo 4. SP'li çocukların, annelerin ve annelerin doğum sırasındaki yaşı

	En Küçük	En Büyük	Ortalama	Standart sapma
Çocuk yaşı	2	35	9,50	5,29
Anne yaşı	21	59	34,08	7,30
Doğumdaki anne yaşı	16	46	24,53	4,88

Annelerin %50,4'ünün çocuğu erkek, %49,6'sının ise çocuğu kızdı. Çocuk sayılarına göre dağılım incelendiğinde çalışmada 1-8 çocuğa sahip anneler yer almaktaydı. Çocuk sayılarına göre annelerin %51,3'ünün 2 çocuk, %27,4'ünün tek çocuk, %15,2'sinin 3 çocuk, %4,8'inin 4 çocuk ve %1,3'ünün ise 5-8 çocuğu vardı. SP'li çocuk annelerin %50,9'unun ilk çocuğu, %35,2'sinin ikinci çocuğu, %9,6'sının üçüncü çocuğu, %3'ünün dördüncü çocuğu ve %1,3'ünün ise 5-8. çocuğu durumundaydı.

SP'li çocukların annelerinin eğitim ve çalışma durumu Tablo 5'te gösterilmiştir. Çalışan annelerin meslek gruplarına bakıldığında ise en fazla öğretmen (%6,0) ve aşçı (%2,2) olarak belirlenmiştir. Haftalık çalışma süresine göre annelerin %4,3'ü 8 saatten fazla, %1,7'si 5-8 saat, %1,3'ü ise 2-4 saat aralığında çalışmaktadır.

Tablo 5. SP'li çocukların annelerinin eğitim ve çalışma durumu

	Grup	Vaka Sayısı (n)	Yüzde (%)
Annenin eğitim durumu	İlkokul	131	56,91
	Ortaokul	55	23,89
	Lise	27	11,80
	Üniversite+Lisansüstü	17	7,40
Annenin çalışma durumu	Evet	17	7,40
	Hayır	213	92,60

Tablo 6'da SP'li çocukların ailesinin gelir durumu ve eve sahiplik durumu belirtilmiştir.

Tablo 6. Ailenin gelir durumu ve eve sahiplik durumu

		Vaka Sayısı (n)	Yüzde (%)
Ailenin gelir durumu	Gelir giderden az	145	63,01
	Gelir gidere eşit	81	35,29
	Gelir giderden fazla	4	1,70
Oturduğu ev	Ev Sahibi	56	24,30
	Kira	174	75,70

Annelerin çocuklarının SP'li olma sebebi ve spastisite durumu Tablo 7'de gösterilmiştir. Çocukların SP'li olma sebepleri incelendiğinde %20,9'u prenatal, %33,2'si perinatal ve %13,8'i ise postnatal nedenliyken %32,1'inde ise herhangi bir neden bulunamamıştır. Perinatal nedenler incelendiğinde ise %20,6'sı prematürite ve %20'si ise asfiksidir ve bu iki neden yer alan tüm nedenler içinde en yüksek orana sahip iki nedendir.

Tablo 7. SP'nin olası sebepleri ve SP'li çocuğun klinik tipine göre dağılımı

	Grup	Vaka Sayısı (n)	Yüzde (%)
SP olası sebebi	Prenatal	48	20,91
	Perinatal	77	33,19
	Postnatal	31	13,80
	Bilmiyorum	74	32,10
Spastisite Tipi	Spastik Hemipleji	47	20,39
	Spastik Dipleji	55	23,91
	Spastik Tetrapleji	123	53,50
	Spastisite yok	5	2,20

SP'li çocuğun sahip olduğu başka engel, ek hastalık ve mevcut fiziksel-ruhsal durumu Tablo 8'de gösterilmiştir. Çocukların %8,3'ünün SP'ye ek en az bir engeli, %63,9'unun ise SP dışında başka en az bir hastalığı vardı. Engeli olanlar içinde oranı en yüksek olanlar %27 ile görme engeli ve %15 ile işitme engeliydi. SP olup ek hastalığı olanlarda en sık eşlik eden ek hastalıklar %50,2 epilepsi, %35 MR, %21 skolyoz olarak bulundu.

Tablo 8. SP'li çocuğun sahip olduğu başka engel, ek hastalık ve mevcut fiziksel-ruhsal durumu

		Vaka Sayısı (n)	Yüzde (%)
SP'li çocuğun sahip olduğu engel	Var	19	8,26
	Yok	211	91,74
SP'li çocuğun sahip olduğu ek hastalık	Var	147	63,91
	Yok	83	36,09
Çocuğun yürüme durumu	Kendi Başına	25	10,91
	Destek alarak	133	57,81
	Yürüyemiyor	72	31,28
Çocuğun tuvalet ihtiyacını karşılama durumu	Kendi başına	71	30,89
	Destek alarak	53	23,01
	Bezli	106	46,10
Çocuğun yemeği yeme durumu	Kendi Başına	139	60,43
	Destek alarak	50	21,74
	Oral beslenemiyor	41	17,83
Çocuğun uyku problemi	Evet	51	22,25
	Hayır	179	77,75
Çocuğun ağlama, kendisine ya da çevresine zarar verme / bağırma gibi davranışları	Var	189	82,20
	Yok	41	17,80
Toplam		**230**	**100**

Annelerin %91,7'sine SP'li çocukların bakımı ve annenin günlük yaşamını idame ettirebilmesi için diğer aile bireyleri yardımcı oluyordu, %16,1'i ise aile bireyleri dışında birinden yardım alıyordu. Annelerin %95,2'si SP'li çocuğu doğmadan önce herhangi bir psikiyatrik hastalık tanısı almamıştı. Çocuğuna yardımcı olmak annenin yaşantısını %85,3 orta, %32,6 çok ve %9,1 az düzeyde etkilemekteydi. Annelerin %90'ı hayatlarının hiçbir döneminde kendilerine zarar verme düşüncesine sahip olmamışlardı. Son olarak annelerin %71,3'ü çocuklarının durumu ile ilgili kaygılı olduğunda rahatlamak için bir aktivite yapmıyordu, %28,7'si bir aktivite yapıyordu. Annelerin rahatlamak için yaptıkları aktiviteler arasında en fazla yürüyüş yapmak ve Kuran-ı Kerim okumak vardı.

Annelerin sahip olduğu ek hastalıklar Tablo 9'da gösterilmiştir. Annelerin %33,5'inin herhangi bir hastalığı yokken %48,7'sinin fıtık, %28,3'ünün diğer (23 annede hipertansiyon, 22 annede hipotiroidi ve 18 annede tip 1 diabetes mellitus), %17,8'inin gastrit-ülser, %1,3'ünün baş ağrısı migren hastalığı vardı.

Tablo 9. Annelerin ek hastalıkları

		Vaka Sayısı (n)	Yüzde (%)
Fiziksel hastalık	Yok	77	33,51
	Baş ağrısı/Migren	3	1,32
	Gastrit-ülser	41	17,81
	Fıtık	112	48,74
	Diğer	65	28,33

Annelerin aile hekiminden çocuğunun durumu ve kendi kaygıları ile ilgili yardım alabilme durumu Tablo 10'da gösterilmiştir. Aile hekimi SP'li çocuk ile ilgili olarak annelere raporlu ilaçları reçete etme, üst basamak sağlık kuruluşuna yönlendirme, hastalığı hakkında bilgi vermek, yeni gelişen şikayetler ile ilgili tedavi planlama konularında yardımcı olmaktaydı. Yardımcı olunan konulardan sadece birini belirten annelerin oranı %13,5, iki durum belirten annelerin oranı %22,2, üç durum belirten annelerin oranı %10 ve dört durum belirten annelerin oranı ise %1,7 idi.

Tablo 10. Annelerin aile hekiminden çocuğunun durumu ve kendi kaygıları ile ilgili yardım alabilme durumu

	Grup	Vaka Sayısı (n)	Yüzde (%)
SP'li çocuğumla ilgili kaygılarımı aile hekimi ile	Konuşabiliyorum	23	10,05
	Bazen Konuşabiliyorum	121	52,53
	Konuşamıyorum	86	37,42
Çocuğumun hastalığı ile ilgili aile hekimi faydalı bilgiler veriyor	Evet	108	47,64
	Hayır	122	53,36
Aile hekiminin çocuğumun hastalığı ile yardımcı olduğu konular	Raporlu ilaçları reçete etmek	96	41,72
	Hastalığı hakkında bilgi vermek	48	20,93
	Üst sağlık kuruluşuna yönlendirmek	61	26,54
	Yeni şikayetine göre tedavi planlamak	14	6,11
Çocuğumun durumu nedeniyle kendimi kaygılı hissettiğimde aile hekimimden yeterli bilgi ve destek alabiliyorum	Evet	54	23,54
	Hayır	176	76,46
Kaygılarımla ile ilgili aile hekiminin bana yardımcı olduğu konular	Kaygılarımı giderecek bilgi vermek	52	22,63
	Kaygılarım için ilaç reçete etmek	13	5,74
	Üst basamak sağlık kuruluşuna yönlendirmek	25	10,93

SP'li çocuğu olan annelerin anksiyete, depresyon, DT, D ve KB puanlarına göre sınıflandırılması Tablo 11'de verilmiştir. Çalışmamızda şiddetli depresyonu olan ve duyarsızlaşması yüksek olan anne yoktur.

Tablo 11. SP'li çocukların annelerinin BAÖ, BDÖ ve MTÖ' ne göre sınıflandırılması

	Grup	**Vaka Sayısı (n)**	**Yüzde (%)**
Anksiyete	Minimum Seviyede	39	17,02
	Hafif Düzeyde	97	42,23
	Orta Düzeyde	69	30,01
	Ağır Düzeyde	25	10,74
Depresyon	Depresyon yok	115	50,04
	Hafif Depresyon	87	37,75
	Orta Şiddetli Depresyon	28	12,21
Duygusal Tükenmişlik	Düşük	197	85,61
	Orta	31	13,52
	Yüksek	2	0,87
Duyarsızlaşma	Düşük	219	95,19
	Orta	11	4,81
Kişisel Başarı	Düşük	20	8,71
	Orta	23	10,01
	Yüksek	187	81,28
Toplam		**230**	**100**

Ölçeklerden elde edilen puanlara ilişkin tanımlayıcı istatistikler Tablo 12'de gösterilmiştir. BAÖ'ne ilişkin puanlar 0-44 arasında, BDÖ'ne ilişkin puanlar 0-29 arasında değişmektedir. MTÖ-DT puanı 0-32, MTÖ-D puanı 0-12 ve MTÖ-KB puanı 8-33 arasında değişmektedir.

Tablo 12. SP'li çocukların annelerinin BAÖ, BDÖ skoru ortalamaları

Ölçekler	**Boyutlar**	**N**	**Ort ± ss***
BECK	Anksiyete	230	11,77 ± 7,99
	Depresyon	230	11,99 ± 5,16
MASLACH	Duygusal Tükenmişlik	230	15,29 ± 6,07
	Duyarsızlaşma	230	3,04 ± 3,08
	Kişisel Başarı	230	19,14 ± 4,81

**** Ort ± ss : Ortalama ± standart sapma***

Yaş değişkeni sürekli olduğu için değişkenler arasındaki ilişki Pearson korelasyon katsayısı ile incelenmiş ve Tablo 13'te gösterilmiştir.

Çocuğun yaşı, anne yaşı ya da annenin doğumdaki yaşı ile BAÖ, BDÖ ve MTÖ alt boyutları arasında istatiksel olarak anlamlı ilişki yoktu ($p>0,05$). Annelerin anksiyete ile depresyon puanları arasında güçlü düzeyde ve pozitif yönde, MTÖ alt boyutlarından

duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma ile pozitif yönde ve orta düzeyde anlamlı ilişki varken kişisel başarı alt boyutu ile negatif yönde ve orta düzeyde ilişkiliydi. Benzer şekilde depresyon ile MTÖ alt boyutlarından duygusal tükenmişlik ile güçlü düzeyde ve duyarsızlaşma ile orta düzeyde pozitif yönde, kişisel başarı alt boyutu ile negatif yönde ve orta düzeyde ilişki vardı. Son olarak anne yaşı ile çocuk yaşı ve annenin doğum sırasındaki yaşı arasında da pozitif yönde anlamlıydı.

Tablo 13. Çocuk yaşı, anne yaşı ve annenin doğumdaki yaşı ve annelerin anksiyete, depresyon ve tükenmişlik düzeyleri arasındaki ilişki

	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**
1.Çocuk Yaş	1							
2.Anne Yaş	0,723*	1						
3.Doğumdaki Anne Yaşı	-0,035	0,649*	1					
4.Anksiyete	0,018	-0,022	-0,057	1				
5.Depresyon	0,044	0,049	0,014	0,746*	1			
6.Duygusal Tükenmişlik	0,069	0,069	0,013	0,626*	0,725*	1		
7.Duyarsızlaşma	0,082	0,055	-0,023	0,432*	0,475*	0,598*	1	
8.Kişisel Başarı	0,005	0,009	0,015	-0,456*	-0,554*	-0,730*	-0,505*	1

***p<0,01*

Çocuğun spastisite durumuna göre ölçek puanları arasında fark olup olmadığı ANOVA yöntemi ile incelenmiştir. Bu yöntem en az üç gruba ilişkin sürekli puanların karşılaştırılmasında kullanılan parametrik bir yöntemdir. Farkın hangi gruplar arasında olduğu ise çoklu karşılaştırma testlerinden Bonferroni yöntemi ile analiz edilmiştir ve fark sütununda hangi gruplar arasında fark olduğu gösterilmiştir.

Çocuğun spastisite durumuna göre annelerin anksiyete puanları arasında istatiksel olarak anlamlı fark elde edildi. Çocuğu spastik hemipleji ve spastik tetrapleji olan annelerin anksiyete düzeyleri çocuğu spastik dipleji olan annelere göre daha yüksekti. Ancak çocuğu spastik hemipleji ve spastik tetrapleji olan annelerin anksiyete düzeyleri benzer bulundu. Çocuğun spastisite durumuna göre annelerin depresyon puanları arasında istatiksel olarak anlamlı fark yoktu. Çocuğun spastisite durumuna göre MTÖ duygusal tükenmişlik, duyarsızlaşma ve kişisel başarı alt boyutlarından elde edilen puanlar istatistiksel olarak anlamlı değildi (Tablo 14).

Tablo 14. Çocuğun spastisite durumu ile annelerin anksiyete, depresyon, duygusal tükenmişlik, duyarsızlaşma ve kişisel başarı düzeylerinin bonferroni analizi sonuçları

Ölçek	Grup	N	Ort ± ss*	F*	p	Bonferroni-Fark
Anksiyete	Spastik Dipleji	47	10,94±6,44	7,053	***0,001**	1 ile 2
	Spastik Hemipleji	55	15,73±8,89			1 ile 3
	Spastik Tetrapleji	123	15,71±7,67			
Depresyon	Spastik Dipleji	47	10,62±5,32	2,146	0,119	
	Spastik Hemipleji	55	12,13±5,27			
	Spastik Tetrapleji	123	12,44±5,06			
Duygusal Tükenmişlik	Spastik Dipleji	47	13,89±6,34	2,238	0,109	
	Spastik Hemipleji	55	16,44±5,32			
	Spastik Tetrapleji	123	15,31±6,25			
Duyarsızlaşma	Spastik Dipleji	47	2,38±2,84	1,469	0,232	
	Spastik Hemipleji	55	3,04±2,96			
	Spastik Tetrapleji	123	3,29±3,24			
Kişisel Başarı	Spastik Dipleji	47	20,32±5,08	2,334	0,099	
	Spastik Hemipleji	55	18,25±4,28			
	Spastik Tetrapleji	123	19,12±4,94			

p<0,05 , F:Anova istatistik değeri

Ort± ss: Ortalama ± standart sapma,
1: Spastik Dipleji;2: Spastik Hemipleji; 3:Tetrapleji

Çocuğun ek hastalığı olma durumuna göre ölçek puanları arasında fark olup olmadığı bağımsız gruplar t testi analiz yöntemi ile incelenmiştir. Bu yöntem iki gruba ilişkin sürekli puanların karşılaştırılmasında kullanılan parametrik bir yöntemdir. Çocukta ek hastalık varlığı durumuna göre annelerin anksiyete, depresyon ve duygusal tükenmişlik düzeyleri ek hastalığı olmayan çocukların annelerine göre daha yüksekti. Ancak çocukta ek hastalık varlığı durumlarına göre annelerin duyarsızlaşma ve kişisel başarı puanları arasındaki ilişki istatiksel olarak anlamlı değildi (Tablo 15).

Tablo 15. Çocuğun ek hastalığı olma durumuna göre annelerde anksiyete, depresyon, DT, D ve KB düzeylerinin t-testi ile karşılaştırılması

	Çocuğun Ek Hastalığı	N	Ort± ss*	t*	p
Anksiyete	Var	147	16,08±8,01	3,402	**<0,001***
	Yok	83	12,43±7,44		
Depresyon	Var	147	12,93±5,02	3,773	**<0,001***
	Yok	83	10,33±5,02		

Tablo 15 devam. Çocuğun ek hastalığı olma durumuna göre annelerde anksiyete, depresyon, DT, D ve KB düzeylerinin t-testi ile karşılaştırılması

	Çocuğun Ek Hastalığı	N	Ort± ss*	t*	p
Duygusal Tükenmişlik	Var	147	16,29±5,62	3,378	**<0,001***
	Yok	83	13,53±6,48		
Duyarsızlaşma	Var	147	3,29±3,14	1,622	0,106
	Yok	83	2,60±2,93		
Kişisel Başarı	Var	147	18,85±4,61	-1,23	0,220
	Yok	83	19,66±5,16		

p<0,05 , t:T-test istatistik değeri

Ort± ss: Ortalama ± standart sapma

Çocuğun uyku problemi olma durumuna göre ölçek puanları arasında fark olup olmadığı Tablo 16'da bağımsız gruplar t testi analiz yöntemi ile incelendi ve gösterildi. Uyku problemi olan çocukların annelerinin depresyon ve anksiyetesi uyku problemi olmayan çocukların annelerine göre daha yüksekti. Çocuğunda uyku problemi olan annelerin DT ve D düzeyleri uyku problemi olmayan annelere göre daha yüksekti. Çocuğunda uyku problemi olmayan annelerin KB düzeyleri uyku problemi olan annelere göre daha yüksekti.

Tablo 16. Çocuğun uyku problemi olup olmamasına göre annelerde anksiyete, depresyon, DT, D ve KB skorları arasındaki ilişki

	Uyku Problemi Varlığı	N	Ort± ss*	t*	p
Anksiyete	Var	51	18,16±8,73	3,522	**0,001***
	Yok	179	13,80±7,51		
Depresyon	Var	51	13,98±5,78	3,188	**0,002***
	Yok	179	11,42±4,84		
DT	Var	51	17,35±5,78	2,788	**0,006***
	Yok	179	14,70±6,04		
D	Var	51	3,94±3,61	2,396	**0,017***
	Yok	179	2,78±2,87		
KB	Var	51	17,78±5,15	-2,307	**0,022***
	Yok	179	19,53±4,66		

p<0,05 , t:T-test istatistik değeri

Ort± ss: Ortalama ± standart sapma

Çocuğun ağlama, kendine zarar verme/bağırma gibi davranışlarına göre annelere uygulanan ölçek puanları arasında ilişki olup olmadığı bağımsız gruplar t testi analiz yöntemi ile incelendi ve Tablo 17'de gösterildi. Bu tarz davranışlara sahip olan serebral

palsili çocukların annelerinin depresyon ve anksiyetesi bu davranışlara sahip olmayan çocukların annelerine göre daha yüksekti. Davranış problemi olan çocukların annelerinin DT ve D puanları bu davranışlara sahip olmayan çocukların annelerinin puanlarına göre daha yüksekti. İki grup arasında annelerin KB puanları istatiksel olarak anlamlı değildi.

Tablo 17. Çocukta davranış bozukluğu varlığına göre annelerin anksiyete, depresyon, DT, D ve KB skorları arasındaki ilişki

Ölçek		**N**	**Ort± ss***	**t***	**p**
Anksiyete	Var	41	17,66±9,16	2,59	**0,010***
	Yok	189	14,14±7,59		
Depresyon	Var	41	13,78±6,73	2,482	**0,014***
	Yok	189	11,60±4,69		
Duygusal Tükenmişlik	Var	41	17,22±6,54	2,262	**0,025***
	Yok	189	14,87±5,90		
Duyarsızlaşma	Var	41	4,07±3,50	2,397	**0,017***
	Yok	189	2,81±2,94		
Kişisel Başarı	Var	41	18,12±5,11	-1,503	**0,134**
	Yok	189	19,37±4,73		

p<0,05 , t:T-test istatistik değeri

Ort± ss: Ortalama ± standart sapma

SP'li çocuğun kendi başına yürüme durumuna göre annelerin BAÖ, BDÖ, MTÖ puanları arasında fark olup olmadığı tek yönlü varyans analizi (ANOVA) yöntemi ile incelendi ve Tablo 18 oluşturuldu. Bu yöntem en az üç gruba ilişkin sürekli puanların karşılaştırılmasında kullanılan parametrik bir yöntemdir. Farkın hangi gruplar arasında olduğu ise çoklu karşılaştırma testlerinden Bonferroni yöntemi ile analiz edildi ve fark sütununda hangi gruplar arasında fark olduğu gösterildi.

Çocuğun kendi başına yürüme durumuna göre annelerin anksiyete ve depresyon puanları arasında istatiksel olarak anlamlı fark vardı. Çocuğu yürüyemeyen annelerin anksiyete ve depresyon düzeyleri diğer gruplardaki annelere göre daha yüksekti. Destek alarak ya da kendi başına yürüyebilen çocukların annelerinin anksiyete puanları benzerdi. Ancak destek alarak yürüyebilen çocukların annelerinin BDÖ puanları kendi başına yürüyebilen çocukların annelerinin BDÖ puanlarından daha yüksekti. Bir başka ifade ile çocukların kendi başına yürüyebilmesi annelerin depresyon düzeylerini

düşürmekteydi. Çocuğu kendi başına yürüyen annelerin DT ve D puanları ile destek alarak ya da yürüyemeyen çocukların annelerinin puanları arasında fark vardı.

Yani kendi başına yürüyebilen çocukların annelerinin DT ve D düzeyleri diğer gruptakilere göre daha düşüktü. Ancak çocuğun destek alarak yürüyebildiği ya da yürüyemediği durumlarda annelerinin DT ve D puanları benzerdi. Çocuğun kendi başına yürüme durumuna göre MTÖ kişisel başarı puanları arasında istatiksel olarak anlamlı fark elde edildi. Çocuğu kendi başına yürüyen annelerin KB puanları ile destek alarak yürüyen ya da yürüyemeyen çocukların annelerinin puanları arasında fark vardı. Yani kendi başına yürüyebilen çocukların annelerinin KB düzeyleri diğer gruptakilere göre daha yüksekti. Ancak çocuğu destek alarak yürüyebilen ya da yürüyemeyen çocukların annelerinin KB puanları benzerdi.

Tablo 18. Çocukların yürüme durumuna göre annelerin anksiyete, depresyon, DT, D ve KB skorları tek yönlü varyans analizi

Ölçek	Yürüme Durumu	N	Ort± ss*	F*	p	Bonferroni-Fark
Anksiyete	Evet	25	10,64±7,77	13,088	**<0,001***	1 ile 3
	Destekli	133	13,62±7,43			2 ile 3
	Hayır	72	18,32±7,84			
Depresyon	Evet	25	8,60±5,18	15,579	**<0,001***	1 ile 2
	Destekli	133	11,35±4,34			1 ile 3
	Hayır	72	14,33±5,62			2 ile 3
DT	Evet	25	11,24±6,53	9,354	**<0,001***	1 ile 2
	Destekli	133	15,09±5,88			1 ile 3
	Hayır	72	17,07±5,60			
D	Evet	25	2,32±3,41	3,201	**0,043***	1 ile 3
	Destekli	133	2,78±2,77			2 ile 3
	Hayır	72	3,76±3,42			
KB	Evet	25	21,92±4,79	6,956	**0,001***	1 ile 2
	Destekli	133	19,29±4,64			1 ile 3
	Hayır	72	17,92±4,77			

p<0,05 , F:Anova istatistik değeri
Ort± ss: Ortalama ± standart sapma
1: Evet;2: Destekli; 3: Hayır

Çocuğun tuvalet ihtiyacı karşılama durumuna göre annelere uygulanan ölçekler arasında istatiksel olarak anlamlı fark elde edildi ve bulgular Tablo 19'da gösterildi. Çocuğu tuvalet ihtyacını karşılayan annelerin anksiyete, depresyon, duygusal

tükenmişlik ve duyarsızlaşma düzeyleri diğer gruptaki çocukların annelerine göre daha düşük olup kişisel başarı düzeyleri ise daha yüksekti.

Tablo 19. Çocuğun tuvalet ihtiyacını karşılayabilme durumuna göre annelerin anksiyete, depresyon, DT, D ve KB skorları arasındaki ilişki

	Tuvalet ihtiyacını karşılama	**N**	**Ort± ss***	**F***	**p**	**Bonferroni-Fark**
Anksiyete	Evet	71	10,22±5,17	20,421	**<0,001***	1 ile 2
	Destek alarak	53	15,77±9,19			1 ile 3
	Hayır	106	17,32±7,64			
Depresyon	Evet	71	9,34±4,41	17,201	**<0,001***	1 ile 2
	Destek alarak	53	12,15±4,86			1 ile 3
	Hayır	106	13,68±5,08			
DT	Evet	71	12,23±6,32	15,544	**<0,001***	1 ile 2
	Destek alarak	53	15,85±5,33			1 ile 3
	Hayır	106	17,07±5,49			
D	Evet	71	1,97±2,61	6,643	**0,002***	1 ile 2
	Destek alarak	53	3,32±2,97			1 ile 3
	Hayır	106	3,61±3,26			
KB	Evet	71	21,8±4,47	18,399	**<0,001***	1 ile 2
	Destek alarak	53	18,38±4,52			1 ile 3
	Hayır	106	17,75±4,48			

p<0,05
1:Evet; 2:Destek Alarak; 3:Hayır
F:Anova istatistik değeri
Ort± ss: Ortalama ± standart sapma

Çocuğun durumu nedeniyle kendilerini kaygılı hisseden annelerin yaptıkları aktivite durumuna göre annelerin anksiyete (t=-2,596, p<0,05), depresyon (t=-3,051, p<0,05), duygusal tükenmişlik (t=-2,232, p<0,05) ve kişisel başarı (t=2,845, p<0,05) puanları arasındaki ilişki istatiksel olarak anlamlıydı. Duyarsızlaşma (t=-1,933, p>0,05) puanları arasında fark elde edilememiştir. Çocuğun durumu nedeniyle kendilerini kaygılı hisseden annelerden aktivite yapan annelerin anksiyete, depresyon, duygusal tükenmişlik düzeyleri yapmayanlara göre daha düşük iken kişisel başarı düzeyleri ise daha yüksekti.

Çocuğun kendi yemeğini yiyip yiyememesine göre annelere uygulanan ölçek puanları arasında fark olup olmadığı tek yönlü varyans analizi (ANOVA) yöntemi ile incelenmiş olup Tablo 20'de gösterilmiştir. Bu yöntem en az üç gruba ilişkin sürekli puanların karşılaştırılmasında kullanılan parametrik bir yöntemdir. Farkın hangi gruplar

arasında olduğu ise çoklu karşılaştırma testlerinden Bonferroni yöntemi ile analiz edildi ve fark sütununda hangi gruplar arasında fark olduğu gösterildi.

Çocuğun yemek yiyebilme durumuna göre annelerin anksiyete ve depresyon puanları arasında istatiksel olarak anlamlı fark elde edildi. Çocuğu kendi başına yemek yiyen annelerin anksiyete ve depresyon düzeyleri diğer gruptakilere göre daha düşüktü. Ancak destek alarak yemek yiyebilen ve oral beslenemeyen çocukların annelerinin anksiyete ve depresyon düzeyleri arasında fark yoktu. Çocuğun kendi başına yemek yiyebilme durumuna göre MTÖ-DT puanları arasında istatiksel olarak anlamlı fark elde edildi. Çocuğu kendi başına yemek yiyen annelerin DT düzeyleri diğer gruptakilere göre daha düşüktü. Ancak destek alarak yemek yiyebilen ve oral beslenemeyen çocukların annelerinin DT düzeyleri benzer bulundu. Çocuğun kendi başına yemek yiyebilme durumuna göre MTÖ-KB puanları arasında istatiksel olarak anlamlı fark elde edildi. Çocuğu kendi başına yemek yiyen annelerin KB düzeyleri destek alarak yemek yiyebilen çocukların annelerine göre daha yüksekti. Ancak oral beslenemeyen çocukların anneleri ile diğer gruptaki annelerin KB düzeyleri benzerdi.

Tablo 20. Çocuğun oral beslenme durumuna göre annelerde anksiyete, depresyon, DT, D ve KB skorları arasındaki ilişki

	Oral Beslenme	**N**	**Ort± ss***	**F***	**p**	**Bonferroni-Fark**
Anksiyete	Evet	139	12,86±6,47	11,088	**<0,001***	1 ile 2
	Destekli	50	17,26±8,55			1 ile 3
	Hayır	41	18,23±9,95			
Depresyon	Evet	139	10,95±4,78	7,495	**0,001***	1 ile 2
	Destekli	50	13,58±4,85			1 ile 3
	Hayır	41	13,56±5,97			
DT	Evet	139	14,04±5,87	7,945	**<0,001***	1 ile 2
	Destekli	50	17,42±4,97			1 ile 3
	Hayır	41	16,93±6,94			
D	Evet	139	2,66±2,71	2,678	0,071	
	Destekli	50	3,60±3,45			
	Hayır	41	3,63±3,62			
KB	Evet	139	19,90±4,62	4,738	**0,010***	1 ile 2
	Destekli	50	17,66±4,30			
	Hayır	41	18,39±5,57			

p<0,05 , F:Anova istatistik değeri

Ort± ss: Ortalama ± standart sapma

1: Evet;2: Destekli; 3: Hayır

Annenin çocuğa bakım verdiği süre; anne yaşı ile çocuk yaşı arasındaki fark olarak hesaplandı ve bu süre ile annelere uygulanan ölçekler arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığı incelendi. Annenin çocuğuna bakım verdiği süre ile annelerin anksiyete puanları, depresyon puanları, DT, D ve KB puanları benzerdi.

Çocuğun bakımı için aile bireyleri dışında annenin birisinden yardım alma durumuna göre annelerin anksiyete ve depresyon skorları Tablo 21'de gösterildi. Çocuğun bakımında aile bireyleri dışında başka birinden yardım alma durumuna göre annelerin anksiyete ve depresyon puanları istatiksel olarak anlamlıydı. Çocuğun bakımında aile bireyleri dışında yardım alan annelerin anksiyete ve depresyon ortalaması yardım almayanlara göre daha düşüktü.

Tablo 21. Çocuğun bakımında aile bireyleri dışında birinden yardım alma ile annelerin anksiyete ve depresyonu arasındaki ilişki

	Aile Bireyleri Dışından Yardım Alma	**N**	**Ort± ss***	**t***	**p**
Anksiyete	Evet	37	11,81±6,35	-2,484	**0,014***
	Hayır	193	15,33±8,16		
Depresyon	Evet	37	10,31±3,10	-2,191	**0,029***
	Hayır	193	12,31±5,42		

p<0,05 , t:T-testi istatistik değeri
Ort± ss: Ortalama ± standart sapma

Serebral palsili çocuğu ile ilgili kaygılarını aile hekimi ile konuşma durumuna göre annelere uygulanan ölçek puanları arasında fark olup olmadığı tek yönlü varyans analizi (ANOVA) yöntemi ile incelendi ve Tablo 22'de gösterildi. Farkın hangi gruplar arasında olduğu ise Bonferroni yöntemi ile analiz edilmiştir. SP'li çocuğu ile ilgili kaygılarını aile hekimi ile konuşma durumuna göre annelerin depresyon puanları istatiksel olarak anlamlıydı. SP'li çocuğu ile ilgili kaygılarını aile hekimi ile konuşabilen annelerin depresyon düzeyleri diğer gruptakilere göre daha düşüktü. Ancak bazen konuşabilen ve konuşamayan annelerin depresyon düzeyleri arasında fark yoktu. SP'li çocuğu ile alakalı kaygılarını aile hekimi ile konuşma durumu annelerin anksiyete, DT, D ve KB alt boyutlarından elde edilen puanlar arasında anlamlı bir fark yoktu.

Tablo 22. SP'li çocuğu ile ilgili kaygılarını aile hekimiyle konuşabilme durumuna göre annelere uygulanan ölçeklerin Bonferroni yöntemi ile analizi

	Kaygılarını Konuşabilme	**N**	**Ort± ss***	**F***	**p**	**Bonferroni-Fark**
	Evet	23	11,52±6,32	2,305	0,102	
Anksiyete	Bazen	121	14,85±6,94			
	Hayır	86	15,51±9,50			
	Evet	23	8,65±3,89	5,578	**0,004***	1 ile 2
Depresyon	Bazen	121	12,28±5,22			1 ile 3
	Hayır	86	12,47±5,10			
	Evet	23	12,87±6,38	2,447	0,089	
DT	Bazen	121	15,25±5,87			
	Hayır	86	16,01±6,18			
	Evet	23	2,78±3,37	0,089	0,914	
D	Bazen	121	3,06±2,92			
	Hayır	86	3,08±3,25			
	Evet	23	21,04±4,81	2,723	0,068	
KB	Bazen	121	19,26±4,74			
	Hayır	86	18,47±4,82			

p<0,05 , F:Anova istatistik değeri
Ort± ss: Ortalama ± standart sapma
1: Evet;2: Destekli; 3: Hayır

Anneler çocuğunun durumuyla alakalı aile hekimi ile konuştuğunda, çocuğunun hastalığı ile ilgili hekimin bilgi verme durumuna göre annelere uygulanan ölçek puanları arasında fark olup olmadığı bağımsız gruplar t testi analiz yöntemi ile incelendi. Çocuğunun durumuyla alakalı aile hekimi ile konuştuğunda, çocuğun hastalığı ile ilgili hekimin bilgi verme durumuna göre annelerin anksiyetesi, depresyonu ve tükenmişlik düzeyleri arasında istatiksel olarak anlamlı fark yoktu.

Çocuğun durumuyla ilgili anneler kendini kaygılı hissettiğinde kendisi ile ilgili aile hekiminden yeterli bilgi ve destek alma durumuna göre anksiyete, depresyon ve tükenmişlik puanlarının değerlendirilmesi Tablo 23'te gösterildi. Aile hekiminden kendisi için yeterli bilgi ve destek alan annelerin depresyon puanları almayanlara göre daha düşüktü yani bu tip durumda aile hekiminden bilgi ve destek almak annelerin depresyon düzeylerini düşürmekteydi. Ancak annelerin kendisi için aile hekiminden yeterli bilgi ve destek alma durumuna göre anksiyete puanları benzer bulundu. Bu parametreye göre annelerin MTÖ duygusal tükenmişlik puanları arasında istatiksel olarak anlamlı fark elde edildi. Aile hekiminden yeterli bilgi ve destek alan annelerde

duygusal tükenmişlik puanları almayanlara göre daha düşüktü. Ancak MTÖ duyarsızlaşma ve kişisel başarı puanları benzerdi.

Tablo 23. Annelerin kendini kaygılı hissettiğinde aile hekiminden bilgi ve destek alma durumuna göre annelerde anksiyete, depresyon ve tükenmişliğin karşılaştırılması

	Annenin Aile Hekiminden Bilgi ve Destek Alma Durumu	**N**	**Ort± ss***	**t***	**p**
Anksiyete	Alabiliyor	54	13,04±6,19	-1,827	0,069
	Alamıyor	176	15,32±8,41		
Depresyon	Alabiliyor	54	10,28±4,09	-2,823	**0,005***
	Alamıyor	176	12,51±5,35		
Duygusal Tükenmişlik	Alabiliyor	54	13,78±5,95	-2,109	**0,036***
	Alamıyor	176	15,76±6,05		
Duyarsızlaşma	Alabiliyor	54	2,63±2,61	-1,118	0,265
	Alamıyor	176	3,16±3,21		
Kişisel Başarı	Alabiliyor	54	20,02±4,51	1,499	0,135
	Alamıyor	176	18,88±4,89		

p<0,05 , t:T-testi istatistik değeri, Ort±ss:Ortalama±standart sapma

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada SP'li çocuklarına bakım veren annelerde anksiyete, depresyon ve tükenmişliği değerlendirmeyi, depresyon, anksiyete ve tükenmişliğin sosyodemografik değişkenlere, annenin ve çocuğun özgeçmişine göre farklılık gösterip göstermediği araştırılmıştır. Ayrıca bu çalışmanın önemli amaçlarından birisi de annelerin aile hekimlerine çocukları ile ilgili kaygılarını ne kadar anlatabildiklerinin, hangi konularda yardım alabildiklerinin değerlendirilmesidir.

Aileye SP'li bir çocuk katılması ailede bilinmezliklerin ortaya çıkmasına, hayal kırıklığı oluşmasına yol açabilir. Belirli ek hastalıkları olan, günlük aktivite kabiliyeti kısıtlı bir birey; aile içindeki bireylerin iletişiminde problemlere, aile içinde dengelerin değişmesine, herkesin farklı görev ve sorumluluklar üstlenmesine neden olabilir (104). Çocuğun bakımı sebebiyle ortaya çıkan sorumluluklar aile fertlerindeki anksiyete, depresyon ve tükenmişliğin nedenlerindendir. Tüm bu değişiklikler en çok primer bakım veren kişi anne olduğu için onun üzerinde bir baskıya neden olmaktadır (7).

Konya'da yapılan çalışmada serebral palsili çocuğuna bakım veren annelerin BAÖ ortalama skoru 20,13±15,47, BDÖ ortalama skoru 17,97±12,50 bulunmuştur (6). Öneş ve ark. yaptığı çalışmaya göre SP'li çocukların annelerinde BAÖ ortalama skoru 10,75±9,01 ve BDÖ ortalama skoru 18,30±10,31 bulunmuştur (7). Diyarbakır'da yapılan çalışmada SP'li çocuğu olan annelerin BDÖ ortalama skoru 10,24±7,07 saptanmıştır (12). Çalışmamızda BAÖ ortalama skoru Öneş ve ark tarafından yapılan çalışma ile benzerdi. BDÖ ortalama skoru Diyarbakır'da yapılan çalışma ile benzerdi. Konya'da yapılan çalışmada sağlıklı çocuğu olan annelerin anksiyete ve depresyon puanlarının SP'li çocuğu olan annelerin puanlarından daha düşük olduğu bulunmuştur. Annelerin anksiyete ve depresyon düzeyleri arasında bir korelasyon bulunamamıştır (7). Bizim çalışmamızda ise bir kontrol grubu yoktu ve bu çalışmamızın bir kısıtlılığıydı. Yine de çalışmamıza katılan annelerin anksiyete ve depresyon ölçek skorlarının genel popülasyona göre yüksek olduğunu gördük. Bizim çalışmamızda annelerin anksiyete ve depresyon düzeyleri arasında güçlü düzeyde ilişki olduğunu gördük.

Literatüre bakıldığında Demirhan ve ark tarafından yapılan çalışmada SP'li çocuğuna bakım verenlerin %96,5'i annelerdi ve tüm bakım verenlerin DT puan

ortalaması 12,21±5,77, D puan ortalaması 3,81±4,05, KB puan ortalaması 23,25±4,85 saptanmıştır (105). Ülkemizde Basaran ve ark.'ın yaptığı 143 SP'li çocuğa bakım verenin alındığı çalışmada bakım verenlerin %94,4'ü annelerdi. Çalışmada bakım verenlerin DT puan ortalaması 14,0±7,2, D puan ortalaması 3,7±,3,8 KB puan ortalaması 22,0±5,6 saptanmıştır (106). Bizim çalışmamızda duyarsızlaşma puan ortalaması bakımından literatür ile uyumluydu. Çalışmamızda annelerin duygusal tükenmişlik puanı Basaran ve ark.'ın yaptığı çalışma ile uyumluydu. Çalışmamızda annelerin kişisel başarı puanı daha düşüktür. Kişisel başarı puanının daha düşük olması tükenmişliğin daha fazla olduğunu gösterir. Çalışmamızdaki annelerde MTÖ puanlarının daha yüksek olma sebebi hastanemizdeki olguların daha komplike SP'li çocuklardan oluşması olabilir.

Çalışmamızda çocuğu spastik hemipleji ve spastik tetrapleji olan annelerin anksiyete düzeyleri çocuğu spastik dipleji olan annelere göre daha yüksekti. Ancak çocuğu spastik hemipleji ve spastik tetrapleji olan annelerin anksiyete düzeyleri benzerdi. Literatüre bakıldığında çocuğun spastisite tipine göre annelerin anksiyete düzeyini araştıran bir çalışma bulunamadı. Spastik tetraplejik çocukların annelerinin anksiyetesinin daha fazla olma nedeni tetraplejik olguların daha fazla komorbiditeye sahip olması olabilir. Çalışmamızda çocuğun spastisite durumuna göre annelerin depresyon puanları arasında istatiksel olarak anlamlı fark yoktu. İran'da yapılan bir çalışmada da çocukların spastisite tipine göre annelerin depresyon düzeyleri arasında farklılık bulunamamıştır (107). Çalışmamızda çocuğun spastisite durumuna göre MTÖ duygusal tükenmişlik, duyarsızlaşma ve kişisel başarı alt boyutlarından elde edilen puanlar arasında istatiksel olarak anlamlı fark yoktu. Literatürde kıyaslama yapılacak çocuğun spastisite durumuna göre annelerin tükenmişliğini araştıran çalışma bulunamamıştır.

Biz çalışmamızda çocukların mobilizasyonu ile ilgi KMFSS ölçeğini kullanmadık. Annelerden alınan anamnez ve çocuğun muayenesi sonucu değerlendirme yaptık. Çalışmamızda çocuğu yürüyemeyen annelerin anksiyete ve depresyon düzeyleri diğer gruplardaki annelere göre daha yüksekti. Ones ve ark (7) tarafından yapılmış çalışmada SP'li çocukların KMFSS seviyeleriyle annelerin anksiyete ve depresyon seviyeleri arasında pozitif yönde, Altındağ ve ark.'ın (108) yaptığı çalışmada da

annelerin depresyon seviyesi ile pozitif yönde korelasyon saptanmıştır. Çalışmamızda kendi başına yürüyebilen çocukların annelerinin DT ve D düzeyleri diğer gruptakilere göre daha düşüktü. Çocuğu kendi başına yürüyebilen çocukların annelerinin KB düzeyleri diğer gruptakilere göre daha yüksekti. Literatürde Demirhan ve ark'ın SP'li çocukların anneleriyle ilgili çalışmasında annelerin DT, D ve KB düzeyleri ile çocuğun KMFSS seviyeleri arasında korelasyon saptanmamıştır (105). Bunu çocuğun mobilizasyon konusunda kendi bağımsızlığının olması ile anneye olan ihtiyacının azalması ile ilişkili olduğunu düşünüyoruz.

Çalışmamızda uyku problemi olan çocukların annelerinin depresyon ve anksiyetesi uyku problemi olmayan çocukların annelerine göre daha yüksekti. Çocuğunda uyku problemi olan annelerin DT ve D düzeyleri uyku problemi olmayan annelere göre daha yüksekti. Çocuğunda uyku problemi olmayan annelerin KB düzeyleri uyku problemi olan annelere göre daha yüksekti. Literatürde SP'li çocukların uyku problemi ya da uyku kalitesinin annelerin anksiyete, depresyon ve tükenmişliğinin ilişkisini açıklayan çalışmalar çok kısıtlı sayıdadır. Bir tez çalışmasında SP'li çocukların uyku kalitesinin annelerin anksiyete ve depresyonuna etkisi araştırılmıştır. Uyku kalitesi problemi yaşayan çocukların annelerinde kontrol grubuna göre anksiyete ve depresyon skorları yüksek bulunmuştur (109). Literatürde annelerin tükenmişliği ile SP'li çocukların uyku problemleri arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışma bulunamamıştır. Bu annelerin anksiyete, depresyon ve tükenmişlik düzeylerinin yüksek çıkmasının nedeni SP'li bir çocuğa bakım vermenin yükü yanında geceleri iyi ve kaliteli uyku uyuyamama olabilir. Bunun dışında uyku problemi olan çocuklarda anneler sürekli çocuğu kontrol etme amaçlı yanına gidiyor olabilir.

Beyinde hasar olan çocuklarda hiperaktivite, davranış bozuklukları, otizm spektrum bozuklukları görülebilmektedir. Davranış bozukluklarının literatürde SP'li çocuklarda yaklaşık 25 kat daha fazla görüldüğü saptanmıştır (110). Çalışmamızda literatür ile uyumluydu. Çalışmamızda çocuğun yaşadığı ağlama, kendine zarar verme/bağırma gibi davranışlarının mevcudiyeti durumunda annelerin anksiyete, depresyon, DT ve D puanları daha yüksekti. İran'da yapılan bir çalışmada çocukta davranış bozukluğunun, öfke nöbetlerinin olması annelerin anksiyete ve depresyon düzeylerini arttırdığı bulunmuştur (111). Bunun sebebi çocuğun çevre ile uyum

sağlayamaması, yaşıtları ile iletişim kuramaması buna bağlı olarak agresifleşmesi ve sürekli anneye bağımlı olması olabilir.

Çalışmamızda SP'li çocuğun komorbidite ya da engeli olması durumunda annelerin anksiyete, depresyon ve duygusal tükenmişlik düzeyleri komorbiditesi olmayan çocukların annelerine göre daha yüksekti. Literatürde İran'da yapılan çalışmada eğer çocukta bir ya da daha fazla ek hastalık varsa annelerin anksiyete ve depresyon düzeylerinin arttığı gösterilmiş (111). Bunun sebebi SP'li çocuğun bir sağlık kuruluşuna götürülmesindeki zorluk, sahip olunan bir hastalığın diğerini tetikleyebilmesi, artan hastalıkların çocuğun gelişmesinde ciddi problemler yaratabilmesi olabilir. Bu süreçte primer bakım verenler genellikle anneler olduğu için belki evde diğer çocuklarını da yalnız bırakmak zorunda olmak annedeki kaygı düzeyini arttırıyor ve annenin kendisinde oluşan yetemiyorum hissi tükenmişliği arttırıyor olabilir.

Çalışmamızda SP'li çocuğuna bakım veren annelerin verdikleri bakım süresi ile annelerin anksiyete, depresyon ve tükenmişlik düzeyleri arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı değildi. Bunun sebebi çocuğu henüz küçük yaşta olan annelerin çocuğunun geç de olsa günlük yaşam aktivitelerinde bağımsızlık kazanabileceğini ummaları olabilir. Çocuğu daha büyük yaşta olan annelerin ise çocuğunun kısıtlılıklarını ve bakıma muhtaç olduklarını kabullenmiş olabilirler. Bakım verilen süreye göre annelere uygulanan ölçekler arasında fark olmaması bu şekilde açıklanabilir.

Çalışmamızdaki annelerin SP'li çocuklarının %50,4'ü erkekti. Literatüre de bakıldığında çalışmaların çoğunda erkek oranı daha fazlaydı. Erkin ve ark. Ankara'da yaptığı bir çalışmada toplam hasta sayısında erkeklerin oranı %59,2 idi (20). Nepal'de yürütülmüş olan bir çalışmada erkek/kız oranı 2,23 olarak bulunmuştur (112). 2018 yılında Kanada'da yapılan çalışmada olguların %61'i erkek olarak bulunmuştur (113). Bizim çalışmamızda da oranlar birbirine daha yakın olsa da erkek cinsiyette çocuk kız cinsiyette çocuk sayısından fazlaydı ve literatür ile uyumluydu.

Çalışmamızdaki annelerin %56,9'u ilkokul, %23,9'u ortaokul mezunuydu. Ülkemizde yapılan bir çalışmada SP'li çocukların annelerinin %57,8'i ilkokul mezunu saptanmıştır (6). Erkin ve ark. tarafınca ülkemizde yapılmış olan çalışmada annelerin %64,4'ü ilkokul mezunu olarak saptanmıştır (20). Ankara'da yapılan bir çalışmada

annelerin %87,1'inin (114), Güneydoğu Anadolu'da yapılmış 258 çocuğun araştırmaya alındığı çalışmada (115) annelerin %97,5'inin eğitim öğretim düzeyi ilköğretim veya altında yer almaktaydı. Bizim çalışmamızda literatür ile uyumlu bulunmuştur.

Çalışmamızda ailelerin %63'ünün geliri giderinden az, %35,3'ünün geliri giderine eşitti. Literatürde ülkemizde yapılmış olan çalışmalardan birinde SP'li çocukların ailelerinin yaklaşık %67,3'ü düşük gelire (12), Giresun merkezli yapılan çalışmada ailelerin %25'i çok düşük, %58' i düşük gelire sahipti (116). Çalışmamız ve diğer araştırmalara bakıldığında serebral palsili çocuğu olan ailelerin çoğunun düşük ve çok düşük gelire sahip olduğu görülmektedir.

SP'nin etiyolojik sebepleri prenatal, perinatal ve postnatal olarak sınıflandırılır ve genellikle de birbirleri ile ilişkilidirler. Hagberg ve ark. (117) İsveç'te yaptığı çalışmada %40 perinatal sebepleri, Sciberras ve ark. (118) Malta'da yaptığı çalışmada %49 prenatal sebepleri etiyolojide bildirilmiştir. Ülkemizde İstanbul'da yapılan bir araştırmada %41,4 ile perinatal sebepler en sıktır (119). Serdaroğlu ve ark. yaptığı araştırmada ise en sık neden etiyolojisi bilinmeyenlerdi (5). Yine ülkemizde yapılmş olan bir çalışmada en sık neden perinatal saptanmış, perinatal sebeplerden de en sık %30,6 prematürite saptanmıştır (12). Erkin ve ark. tarafından yapılan çalışmada da en sık perinatal ve prenatal nedenler saptanmıştır (20). Çalışmamızda çocukların SP'li olma nedenleri incelendiğinde %20,9'u prenatal, %33,2'si perinatal ve %13,8'i ise postnatalken %32,1'inin ise sebebi bilinmiyordu. Perinatal nedenler incelendiğinde %20,6'sı prematürite ve %20'si asfiksiydi.

Spastik SP literatürde en sık görülen SP çeşididir (24). Konya'da yapılan çalışmada en sık %39,7 ile spastik tetraplejik SP saptanmıştı (6). Serdaroğlu ve ark. yaptığı çalışmada %39,8 ile spastik dipleji saptanmıştır (5). Diyarbakır'da yapılan çalışmada olguların %57,1'i spastik dipleji, %40,8'i spastik tetrapleji olarak saptanmıştır (12). Çalışmamızda tetrapleji tip SP'li hastaların fazla olma nedeni hastanemizin üçüncü basamak sağlık kuruluşu olması ve yatak sayısının fazla olması ile ilişkisi olabilir. Yapılan çalışmalardan birinde tetraplejik tip SP'li hastaların eşlik eden sağlık problemlerinin fazla olduğu, yatarak ya da ayaktan fizik tedavi almaya sıklıkla ihtiyaç duyduğu gösterilmiştir (120).

Epilepsi SP'ye sıklıkla eşlik eden bir hastalıktır (5). Literatür incelendiğinde Zelnik ve ark. yaptığı çalışmada %36-41 oranında epilepsinin eşlik ettiği bulunmuştur (28). Singhi ve ark. (121) tarafından yapılan çalışmada %32, Wichers ve ark. (122) tarafından yapılan çalışmada %59,8 oranında SP' ye epilepsinin eşlik ettiği bulunmuştur. Ankara'da yapılan çalışmada SP'li çocukların %41,1'inde epilepsi saptanmıştır (123). Bizim çalışmamızda SP'li çocukların %50,2'sinde epilepsi mevcuttu. Çalışmamız literatürdeki oranlarla uyumluydu.

MR ile serebral palsinin birlikteliği sıklıkla görülür (25). Andersen ve ark. tarafından Norveç'te yürütülen çalışmada çocukların %31'inde MR saptanmış (124). Ülkemizde de Ankara'da yapılan çalışmalardan birinde olguların %53,3'ünde (123), Ankara'da yapılan başka çalışmada (125) olguların %38'inde MR saptanmıştır. Yaptığımız çalışmada SP'li çocukların %35'inde MR saptandı ve literatür ile uyumluydu.

Çalışmamızda annelerin %10'u aile hekimiyle çocuğu ile ilgili kaygıları hakkında konuşabiliyor, %52'si bazen konuşabiliyor, %38'i konuşamıyordu. Aile hekimiyle konuşabilme durumuna göre annelere uygulanan ölçeklerden BDÖ'nde anlamlı fark mevcuttu. Aile hekimiyle konuşabilen annelerin depresyon düzeyi diğer gruptaki annelere göre daha düşük düzeydeydi. Diğer ölçeklerde fark bulunamadı. Anne çocuğunda görülebilecek komplikasyonlar, hastalığın gidişatı ve tedavisi hakkında aile hekiminden bilgi alarak bu hastalığa daha geniş çerçeveden bakabilmektedir. Bu şekilde bilgilendirilen annelerde BDÖ düşük görülmüştür.

Aile hekimiyle konuştuğunda SP'li çocuğunun hastalığı ile ilgili faydalı bilgi verdiğini düşünen anneler %47, aksini düşünen anneler %53 idi. Çocuğun hastalığı ile ilgili bilgi verme durumuna göre annelere uygulanan ölçekler arasında anlamlı bir fark yoktu. Bunun nedeni bizim aldığımız hasta sayısının kısıtlı olması ya da annelerin bu bilgileri çocuğunu primer takip eden doktordan almak istemesi olabilir. Aile hekimlerinin faydalı bilgi vermemesinin sebebi SP'li çocuğu zaten takip eden bir doktorun olduğunu düşünmesi olabilir. Bunun dışında aile hekimine kayıtlı nüfusun fazlalığı ve bir günde başvuran hasta sayısının fazla olması nedeniyle aile hekimi her hastaya bütüncül, kişi merkezli ve kapsamlı yaklaşamıyor olabilir. Bir diğer neden de aile hekiminin hastalıkla ilgili bilgi düzeyinin yeterli olmaması olabilir.

Çocuğunun durumu nedeniyle kendini kaygılı hissettiğinde aile hekiminden yeterli bilgi ve destek alabildiğini düşünen anneler %23, alamadığını düşünen anneler %76 idi. Aile hekiminden kendisi için yeterli bilgi ve destek alanlarda depresyon düzeyi ve MTÖ-DT puanları daha düşüktü yani bu tip durumda aile hekiminden bilgi ve destek almak annelerin depresyon düzeylerini ve duygusal tükenmişlik düzeyini düşürmekteydi. Bunun nedeni annelerin kolayca ulaşabildiği bir hekim tarafından problemlerinin dinlenmesi, ona yol gösterilmesi sonucu duygusal yıpranmışlık, kendini enerjisiz hissetme, ilgi ve istekte azalma gibi semptomlarınıın azalması olabilir.

5.1. Çalışmanın Kısıtlılıkları

- Çalışma grubumuz için hasta toplanması COVİD-19 Pandemisi sırasında olmuştur. Çalışmaya alınan annelerin anksiyete, depresyon ve tükenmişlik düzeylerine COVİD-19 Pandemisinin etkileri bilinmemektedir. Bu çalışmamızın kısıtlılıklarındandır.

- Çalışmamızda bir kontrol grubu bulunmaması çalışmamızın bir diğer kısıtlılığıdır.

6. SONUÇ

Ankara Şehir Hastanesi'ne başvuran serebral palsili çocuğuna bakım veren annelerin anksiyete, depresyon ve tükenmişlik düzeyini araştırdığımız çalışmamızın sonuçlarına göre;

- ✓ Anne yaşı, çocuk yaşı ve annenin doğumdaki yaşının annelere uygulanan BAÖ, BDÖ ve MTÖ ile ilişkisi olmadığı bulundu.
- ✓ Çocuğuna yardımcı olmak annelerin %85'inin yaşantısını orta düzeyde etkiliyordu.
- ✓ Çalışmamıza katılan annelerin çocuklarında en sık spastik tetraplejik tip SP görülmekteydi. Hemiplejik ve tetraplejik tip SP'li çocuğu olan annelerin anksiyete düzeyleri daha yüksek bulundu.
- ✓ SP'li çocukların %63,9'unun bir ya da birden fazla ek hastalığı mevcuttu. Çocuğun ek hastalığı varsa annelerin anksiyete, depresyon ve duygusal tükenmişlik düzeyi daha yüksekti.
- ✓ Annelere çocuklarının bakımıyla alakalı aile bireyleri dışından yardım edilme oranı %16 idi. Yardım alan annelerin anksiyete ve depresyon düzeyleri daha düşüktü.
- ✓ Annelerin sadece %28,7'si kendilerini kaygılı hissettiğinde bu durumla başa çıkmak için aktivite yapıyordu. Aktivite yapmayanlarda anksiyete, depresyon ve DT yüksek, KB düşük çıktı. Annelerin yaptıkları aktivitelerin başında yürüyüş yapmak ve Kuran-ı Kerim okumak vardı.
- ✓ Çocuğunda uyku problemi olan annelerde anksiyete, depresyon, DT düzeyi ve D düzeyi yüksek, KB düzeyi düşük saptandı.
- ✓ Çocuğunda davranış bozukluğu olan annelerin anksiyete, depresyon, DT düzeyi ve D düzeyi yüksekti.
- ✓ Çocuğu kendi başına yürüyemeyen annelerin anksiyete, depresyon, DT düzeyi ve D düzeyi yüksek, KB düzeyi düşüktü.

7. ÖNERİLER

Serebral palsi etiyolojisindeki en sık sebeplerin prenatal ve perinatal olduğu bilindiğine göre aile hekimi olarak bir kadının gebe olduğunu öğrendiğimizde mutlaka tüm gebe izlemlerini yapmalı, anneyi bilgilendirmeli, bir kadın doğum ve hastalıkları uzmanı tarafından takiplerine gitmesinin önemini vurgulamalıyız. Tüm bunlar prenatal nedenlerin en aza indirilebilmesi için elzemdir. Perinatal nedenleri de en aza indirmek için mutlaka doğumun bir sağlık kuruluşunda olması gerektiği bilgisini vermeliyiz.

SP'li çocuğun sahip olabileceği ek hastalık ve ek engelleri göz önünde bulundurarak birinci basamakta muayenelerini dikkatlice yapmalıyız. Özellikle görme ve işitme muayenesini çok dikkatli yapmalı aile hekimi olarak aileye gerekli bilgileri vermeli, gerekliyse üst basamağa yönlendirmeliyiz. Çünkü bu sorunlar sıklıkla SP'ye eşlik edebilmektedir. Çocuğun görme ya da işitme problemi varsa bu geç fark edildiğinde çocuğun motor, bilişsel ve konuşma problemlerinin tedavisinde zorluklar meydana gelir. Çocuğun gelişim basamaklarında geri kalmasının da bakımını güçleştireceği için annelerin anksiyete, depresyon ve tükenmişlik düzeylerini arttırabileceğini düşünüyoruz.

Eğer aile çocuğu için bir fizik tedavi merkezine gitmemişse, böyle bir merkezde doktor kontrolünde çocuğa özgü program hazırlanmasının faydalı olacağı ve çocuğun mobilitesinin artabileceği bilgisini verebiliriz.

Yine aileye rehabilitasyon merkezleri hakkında bilgi verebiliriz. Bu gruptaki çocukların konuşma fizyoterapisine, yutma fizyoterapisine ihtiyaçları olabilmektedir.

Aile hekimleri prevalansı bu kadar yüksek bir hastalık konusunda daha fazla bilgiye sahip olabilmek için ve çocukları doğru zamanda doğru yerlere yönlendirme yapabilmek için gerekiyorsa eğitimlere katılmalıdır.

Koruyucu hekimlik yapan aile hekimleri SP'li çocuk annelerini anksiyete, depresyon ve tükenmişlik açısından risk grubunda görmelidir. Aile hekimi olarak annelere biyo-psikososyal destek sağlanmalıdır. Annelerde ortaya çıkabilecek psikiyatrik bozuklukları erken teşhis edip, tedavisinin düzenlenmesinde aktif rol almak mühimdir. Bu çocukların uzun yıllarca bakıma muhtaç olduğu unutulmamalıdır.

Aile hekimlerinin diğer branş hekimlerinden en önemli farkı hastası hakkında kapsamlı bilgiye sahip olmasıdır. Anneler muayeneye çocuğunu getirdiğinde ya da kendi geldiğinde annelerin duygudurumu mutlaka sorgulanmalıdır. Annenin sahip olabileceği hipotiroidi, anemi, kontrollü olmayan hipertansiyon, diyabet gibi hastalıklar da anksiyete ve depresyona neden olabileceği için anneyi bütüncül olarak ele almalı ve tedavide etkin rol oynamalıyız. Diğer aile bireylerine de anneyi desteklemenin, anneyi bakım konusunda yalnız bırakmamanın önemini hatırlatmalıyız.

8. KAYNAKÇA

1. Sadowska M, Sarecka-Hujar B, Kopyta I. Cerebral Palsy: Current Opinions on Definition, Epidemiology, Risk Factors, Classification and Treatment Options. Neuropsychiatr Dis Treat. 2020;16:1505–1518.
2. Rosenbaum P, et al. A report: the definition and classification of cerebral palsy April 2006. Dev Med Child Neurol Suppl. 2007 Feb;109:8–14.
3. Sankar C, Mundkur N. Cerebral palsy-definition, classification, etiology and early diagnosis. Indian J Pediatr. 2005 Oct;72(10):8–865.
4. Sellier E, et al. Decreasing prevalence in cerebral palsy: a multi-site European population-based study, 1980 to 2003. Dev Med Child Neurol. 2016 Jan;58(1):85–92.
5. Serdaroğlu A, Cansu A, Özkan S, Tezcan S. Prevalence of cerebral palsy in Turkish children between the ages of 2 and 16 years. Developmental Medicine and Child Neurology. 2006 Jun;48(6):6–413.
6. Yilmaz H, Erkin G, Nalbant L. Depression and anxiety levels in mothers of children with cerebral palsy: a controlled study. Eur J Phys Rehabil Med. 2013 Dec;49(6):7–823.
7. Ones K, Yilmaz E, Cetinkaya B, Caglar N. Assessment of the quality of life of mothers of children with cerebral palsy (primary caregivers). Neurorehabil Neural Repair. 2005 Sep;19(3):7–232.
8. Brekke I, Früh EA, Kvarme LG, Holmstrøm H. Long-time sickness absence among parents of pre-school children with cerebral palsy, spina bifida and down syndrome: a longitudinal study. BMC Pediatrics. 2017 Dec 18;17(1):26.
9. Lang PJ, Davis M, Ohman A. Fear and anxiety: animal models and human cognitive psychophysiology. J Affect Disord. 2000 Dec;61(3):59–137.
10. Gulec G. Psyciatric Disorders and Suicide. Turkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics 2016;9(3):5-21.
11. Sengul C, Akkaya N. Rheumatic Diseases and Depression. Psikiyatride Guncel Yaklasimlar - Current Approaches in Psychiatry. 2014;6(3):1.
12. Dilek B, et al. Assessment of Depression and Quality of Life in Mothers of Patients with Cerebral Palsy. Marmara Medical Journal. 2013;26:94-98
13. Maslach C, Schaufeli W, Leiter M. Job Burnout. Annual Review of Psychology. 2001 Feb;52(1):397–422.
14. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout . Journal of occupational behaviour . 1981;2:99–113.
15. Morris C. Definition and classification of cerebral palsy: a historical perspective. Dev Med Child Neurol Suppl. 2007 Feb;109:3–7.

16. Pharoah PO, Cooke T, Johnson MA, King R, Mutch L. Epidemiology of cerebral palsy in England and Scotland, 1984-9. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 1998 Jul;79(1):F5-21.

17. Nordmark E, Hägglund G, Lagergren J. Cerebral palsy in southern Sweden I. Prevalence and clinical features. Acta Paediatr. 2001 Nov;90(11):6–1271.

18. Liu JM, Li S, Lin Q, Li Z. Prevalence of cerebral palsy in China. Int J Epidemiol. 1999 Oct;28(5):54–949.

19. Yakut A. Serebral Palsi. Çocuk Nörolojisi. Türkiye Çocuk Nörolojisi Derneği Ankara: Alp Ofset Matbaacılık, 2006;84-420.

20. Erkin G, Delialioglu S, Ozel S, Culha C, Sirzai H. Risk factors and clinical profiles in Turkish children with cerebral palsy: analysis of 625 cases. International journal of rehabilitation research Internationale Zeitschrift fur Rehabilitationsforschung Revue internationale de recherches de readaptation. 2008 Mar;31(1):89–91.

21. Yakut A. Serebral Palsi. Gökçay E, Sönmez M Editörler. Çocuk Nörolojisi‟nde. Ankara: Anıl Grup Matbaacılık; 2010:39-229. In.

22. Yakut A. Serebral Palside Yeni Gelişmeler Türkiye Klinikleri J Pediatr Sci 2008; 4(4):38-127. In.

23. Gorter JW, et al. Limb distribution, motor impairment, and functional classification of cerebral palsy. Dev Med Child Neurol. 2004 Jul;46(7):7–461.

24. Özel S. Serebral Palsi. In: Beyazova M, Kutsal YG (Eds). Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon. 3. Baskı. Güneş Tıp Kitabevleri, Ankara 2016:2191-2222.

25. Odding E, Roebroeck M, Stam HJ. The epidemiology of cerebral palsy: incidence, impairments and risk factors. Disabil Rehabil. 2006 Feb 28;28(4):91–183.

26. Palisano RJ, Rosenbaum P, Bartlett D, Livingston MH. Content validity of the expanded and revised Gross Motor Function Classification System. Dev Med Child Neurol. 2008 Oct;50(10):50–744.

27. Liptak GS. Health and well being of adults with cerebral palsy. Curr Opin Neurol. 2008 Apr;21(2):42–136.

28. Zelnik N, Konopnicki M, Bennett-Back O, Castel-Deutsch T, Tirosh E. Risk factors for epilepsy in children with cerebral palsy. Eur J Paediatr Neurol. 2010 Jan;14(1):67–72.

29. Hurvitz EA, Ayyangar RN, Aisen M, Cerebral Palsy: Diagnosis And O'young BJ, Young MA, Stiens SA (eds): Physical Medicine And Secrets, Third Edition, Philadelphia, Mosby Elsevier, 2008: 75- 668.

30. Erasmus CE, et al. Clinical practice: swallowing problems in cerebral palsy. Eur J Pediatr. 2012 Mar;171(3):14–409.

31. Cans C. Surveillance of cerebral palsy in Europe: a collaboration of cerebral palsy surveys and registers. Developmental Medicine & Child Neurology. 2007 Feb 13;42(12):816–824.

32. Gulati S, Sondhi V. Cerebral Palsy: An Overview. Indian J Pediatr. 2018 Nov;85(11):1006–1016.

33. Carlsson M, Hagberg G, Olsson I. Clinical and aetiological aspects of epilepsy in children with cerebral palsy. Dev Med Child Neurol. 2003 Jun;45(6):6–371.

34. Tuzcu E. Ocular problems in children with cerebral palsy. Dicle Medical Journal / Dicle Tip Dergisi. 2012 Sep 1;39(3):381–386.

35. Horwood L, et al. Health-related quality of life in Canadian children with cerebral palsy: what role does sleep play? Sleep Med. 2019;54:213–222.

36. Roijen LE, Postema K, Limbeek VJ, Kuppevelt VH. Development of bladder control in children and adolescents with cerebral palsy. Dev Med Child Neurol. 2001 Feb;43(2):7–103.

37. Beers MH, Berkow R. The Merck Manual of Diagnosis and Therapy. 17. Baskı, West Point: John Wiley & Sons, 1999: 99-1503.

38. Kandola A, et al. Moving to Beat Anxiety: Epidemiology and Therapeutic Issues with Physical Activity for Anxiety. Curr Psychiatry Rep. 2018;20(8):63.

39. Karabulut N, Arıkan D. The Effect of Different Training Programs Applied Prior to Surgical Operation on Anxiety Levels. Yeni Symposium. 2019 Apr; 47(2).

40. Bostancı N et al. Kanserli çocuğun bakım verenlerinde yaşam kalitesi, depresyon ve anksiyete düzeyleri. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi.2007;15(60):165-172.

41. Wetsch W.A, et al. Preoperative stress and anxiety in day-care patients and inpatients undergoing fast-track surgery. British Journal of Anaesthesia. 2009 Aug;103(2):199–205.

42. Amerikan Psikiyatri Birliği Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı (DSM-5) Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı. Köroğlu E.(çev.) Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2013.

43. Tyrer P, Baldwin D. Generalised anxiety disorder. Lancet. 2006 Dec 16;368(9553):66–2156.

44. Wittchen HU, Zhao S, Kessler RC, Eaton WW. DSM-III-R generalized anxiety disorder in the National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry. 1994 May;51(5):64–355.

45. Kessler R, et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiatry. 2005 Jun;62(6):593–602.

46. Wittchen H, et al. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. Eur Neuropsychopharmacol. 2011 Sep;21(9):79–655.

47. Wittchen HU, Jacobi F. Size and burden of mental disorders in Europe: a critical review and appraisal of 27 studies. Eur Neuropsychopharmacol. 2005 Aug;15(4):76–357.

48. Noyes R, Clarkson C, Crowe RR, Yates WR, McChesney CM. A family study of generalized anxiety disorder. Am J Psychiatry. 1987 Aug;144(8):24–1019.

49. Sadock BJ, Sadock VA (eds). Kaplan & Sadock Comperehensive Textbook of Psychiatry (8th ed). Türkçe Çevirisi; Aydın H, Bozkurt A (çeviri ed.). Ankara: Güneş Kitabevi; 2007.

50. Psikiyatri Davranış Bilimleri/Klinik Psikiyatri. In Wolter Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins. 2007. In.

51. Brown TA, Barlow DH, Liebowitz MR. The empirical basis of generalized anxiety disorder. Am J Psychiatry. 1994 Sep;151(9):80–1272.

52. Alkın T., Alptekin K. Yaygın Anksiyete Bozukluğu, Anksiyete Monografları Serisi, 1995;(4):149-188.

53. Wells KB, Golding JM, Burnam MA. Chronic Medical Conditions in a Sample of the General Population With Anxiety, Affective, and Substance Use Disorders. Am J Psychiatry 1. 1989;46.

54. Taylor CB. Treatment of anxiety disorders. In: Schatzberg AF, Nemeroff CB, eds. Textbook of Psychopharmacology. 2nd ed. Washington, DC: American Psychiatric Press Inc; 1998:89-775.

55. Yükseloğlu E, Uğraş S, Karamustafalıoğlu K. Duygudurum bozuklukları ve genetik. Türkiye Klin. 2019;(December):17–21.

56. Öztürk O, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 15. Baskı. Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri; 2018.

57. Pan A, Sun Q, Okereke OI, Rexrode KM, Hu FB. Depression and risk of stroke morbidity and mortality: a meta-analysis and systematic review. JAMA. 2011 Sep 21;306(11):9–1241.

58. Kessler R. The costs of depression. Psychiatr Clin North Am. 2012 Mar;35(1):1–14.

59. Malhi GS, Mann JJ. Depression. Lancet. 2018;392(10161):2299–312.

60. Murray CJ, Lopez AD, Organization WH. The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020: summary. 1996. In.

61. Kessler RC, et al. The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). JAMA. 2003 Jun 18;289(23):105–3095.

62. Andrade L, et al. The epidemiology of major depressive episodes: results from the International Consortium of Psychiatric Epidemiology (ICPE) Surveys. Int J Methods Psychiatr Res. 2003;12(1):3–21.

63. Karg RS, et al. Past Year Mental Disorders among Adults in the United States: Results from the 2008–2012 Mental Health Surveillance Study. 2012.

64. Kaya B, Kaya M. 1960'lardan Günümüze Depresyonun Epidemiyolojisi, Tarihsel Bir Bakış. Klinik Psikiyatri.2007;10: 3-10.

65. Keskin A, Ünlüoğlu İ, Bilge U, Yenilmez Ç. Ruhsal bozuklukların yaygınlığı, cinsiyetlere göre dağılımı ve psikiyatrik destek alma ile ilişkisi.Nöropsikiyatri Arşivi. 2013; 50(4): 344-351.

66. Yemez B, Alptekin K. Depresyon etiyolojisi. Psikiyatri Dünyası 1998;2(1):21-25.

67. Özder A, Kayalı Y. Depresyon (Çökkünlük). Türkiye Klinikleri. 2018;9(3):8–173.

68. Fava M, Kendler KS. Review Major Depressive Disorder tions in "first-world" countries such as the United States. Neuron. 2000;28:335–341.

69. Helvecı Çelik F, Hocaoğlu Ç. Major depresif bozukluk tanımı, etyolojisi ve epidemiyolojisi: Bir gözden geçirme. Journal of Contemporary Medicine. 2016;6(1).

70. Işık E, Işık U, Taner Y. Çocuk, Ergen, Erişkin ve Yaşlılarda Depresif ve Bipolar Bozukluklar; Ziraat Gurup Matbaacılık, 2013, Ankara.

71. Işık E. Depresyon ve Bipolar Bozukluklar. Ankara: Görsel Sanatlar Matbaacılık, 2003:20-32.

72. Uluşahin A. Depresyona genel yaklaşım. Türkiye Tıp Dergisi, 2003; 10:79-88.

73. Öztürk O, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 15. Baskı. Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri; 2018.

74. Mykletun A, Overland S, Aarø LE, Liabø HM, Stewart R. Smoking in relation to anxiety and depression: Evidence from a large population survey: The HUNT study. European Psychiatry. 2008 Mar 16;23(2):77–84.

75. Stanners MN, Barton CA, Shakib S, Winefield HR. Depression diagnosis and treatment amongst multimorbid patients: a thematic analysis. BMC Family Practice. 2014 Dec 19;15(1):124.

76. Cuijpers P, Quero S, Dowrick C, Arroll B. Psychological treatment of depression in primary care: Recent developments. Current Psychiatry Reports. 2019 Dec 23;21(12):129.

77. Keller MB. Issues in treatment-resistant depression. J Clin Psychiatry. 2005;66 Suppl 8:5–12.

78. Kırlı S. Depresyonun biyolojik oluşumu ve farmakolojik tedavisi, Roche 2000, İstanbul;99-162.

79. Sürgevil O. Çalışma hayatında tükenmişlik sendromu tükenmişlikle mücadele teknikleri, Ankara, Nobel Yayınları. 2006; 3-112.

80. Ardıç K, Polatçı S. Tükenmişlik sendromu ve madalyonun öbür yüzü: İşle bütünleşme. Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi. 2009; 32:21-46.

81. Alga E. Örgütlerde algılanan liderlik tarzlarının çalışanların tükenmişliğine etkisi. Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2017;(28):97–124.

82. Bauer J, et al. Correlation between burnout syndrome and psychological and psychosomatic symptoms among teachers. Int Arch Occup Environ Health. 2006 Mar;79(3):199–204.

83. Rodrigues H, et al. Burnout syndrome among medical residents: A systematic review and meta-analysis. PLOS ONE. 2018 Nov 12;13(11):e0206840.

84. Korczak D, Huber B, Kister C. Differential diagnostic of the burnout syndrome. GMS Health Technol Assess. 2010 Jul 5;6:Doc09.

85. Phipps L. Stress among doctors and nurses in the emergency department of a general hospital. CMAJ : Canadian Medical Association journal. 1988 Sep 1;139(5):6–375.

86. Dolgun U.Tükenmişlik sendromu:Örgütsel davranışta güncel konular, 2015; 287-308.

87. Leiter MP. A two process model of burnout and work engagement: distinct implications of demands and values. G Ital Med Lav Ergon. 30(1 Suppl A):8–52.

88. Torun A. Stres ve tükenmişlik: Endüstri ve örgüt psikolojisi. 1997;2:43-53.

89. Maslach C, Leiter MP. Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. World Psychiatry. 2016 Jun;15(2):103–11.

90. Goodfellow A, Varnam R, Rees D, Shelly MP. Staff stress on the intensive care unit: A comparison of doctors and nurses. Anaesthesia. 1997 Nov;52(11):41–1037.

91. Kaçmaz N. Tükenmişlik Sendromu. İstanbul Tıp Fakültesi Derg. 2005;68(1):29–32.

92. www.tdk.gov.tr.

93. Oğlak S. Uzun süreli evde bakım hizmetleri ve bakım sigortası. Turkish Journal of Geriatrics. 2007; 10(2):100-108.

94. Akandere M, Acar M, Baştuğ G. Zihinsel ve fiziksel engelli çocuğa sahip anne ve babaların yaşam doyumu ve umutsuzluk düzeylerinin incelenmesi. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2009;22:23-32.

95. Keskin G, et al. Zihinsel engelli çocuğu olan anne-babaların kaygı, anne-baba tutumları ve başa çıkma stratejileri açısından değerlendirilmesi. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2010;11(1):30–37.

96. Bailey DB, Simeonsson RJ. Assessing needs of families with handicapped infants. The Journal of Special Education. 1988 Apr 18;22(1):117–127.

97. Karadağ G. Özel gereksinimi olan çocuğa sahip ebeveynlerin yaşadığı zorluklar ve çözüm önerileri. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2014;13(6):491–494.

98. Şengül S, Baykan H. Zihinsel engelli çocukların annelerinde depresyon, anksiyete ve stresle başa çıkma tutumları. Kocatepe Tıp Dergisi . 2013;14(1):30–39.

99. Atagun M, Balaban Ö, Atagun Z, Elagoz M, Ozpolat A. Caregiver burden in chronic diseases. Psikiyatride Guncel Yaklasimlar - Current Approaches in Psychiatry. 2011;513.

100. Raina P, et al. The health and well-being of caregivers of children with cerebral palsy. Pediatrics. 2005 Jun;115(6):36–626.

101. Ulusoy M, Şahin N, Erkmen H. Turkish version of Beck Anxiety inventory: Psychometric properties. Journal of Cognitive Psychotherapy. 1998 Mar 1;12(2):163–172.

102. Hisli N. A reliability and validity study of Beck Depression Inventory in a university student sample . Journal Psychol. 1989;7(23):3–13.

103. Ergin C. Doktor ve hemşirelerde Tükenmişlik ve Maslach Tükenmişlik Ölçeğin Uyarlanması", VII. Ulusal Psikoloji Kongresi Bilimsel Çalışmaları El Kitabı. 1992:143-154.

104. Bumin G, Gunal A, Tukel S. Anxiety, depression and quality of life in mothers of disabled Children. Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2008;15(1):6–11.

105. Demirhan E, et al. Burnout of primary caregivers of children with cerebral palsy. Nobel Medicus. 2011;7(3):2–27.

106. Basaran A, Karadavut KI, Uneri SO, Balbaloglu O, Atasoy N. The effect of having a children with cerebral palsy on quality of life, burn-out, depression and anxiety scores: a comparative study. Eur J Phys Rehabil Med. 2013 Dec;49(6):22–815.

107. Sajedi F, Alizad V, Malekkhosravi G, Karimlou M, Vameghi R. Depression in mothers of children with cerebral palsy and its relation to severity and type of cerebral palsy. Acta Med Iran. 2010;48(4):25–254.

108. Altındag O, Iscan A, Akcan S, Koksal S, Erçin M, Ege L. Anxiety and depression levels in mothers of children with cerebral palsy. Turk J Phys Med Rehab 2007; 53:24.

109. Akça M. Serebral palsili çocukların uyku kalite seviyesinin değerlendirilmesi ve anne/babaların depresyon/anksiyete ile ilişkisi. 2017;29–48.

110. McDermott S, et al. A population-based analysis of behavior problems in children with cerebral palsy. J Pediatr Psychol. 1996 Jun;21(3):63–447.

111. Zahra A, MAryam M. Factors which affect the depression of mothers with serebral palsy child. Iranian rehabilitation journal. 2014 Oct;12(22):43–48.

112. Thapa R. Symptom Recognition and Diagnosis of Cerebral Palsy in Nepal. 2017;47:1739–1748.

113. Horwood L, Li P, Mok E, Oskoui M, Shevell M, Constantin E. Health-related quality of life in Canadian children with cerebral palsy: what role does sleep play? Sleep Medicine. 2019 Feb;54:213–222.

114. Mutlu A, Akmeşe PP, Günel MK. Değişik özür seviyesindeki serebral palsili çocukların annelerinin depresyon düzeyleri farklı mıdır? Yeni Tıp Dergisi. 2010;27(2):87–92.

115. Nacitarhan S. Merkezimize başvuran Güneydoğu Anadolu Bölgeli serebral palsili çocukların sosyoekonomik ve demografik özellikleri. Dicle Tıp Dergisi . 2005;32(1):9–13.

116. Ilhanli I, Avci E, Celik C, Genc AK, Kozleme E. Epidemiological and socioeconomic profile of cerebral palsy from the aspect of mothers in Giresun, Turkey. International Physical Medicine & Rehabilitation Journal. 2018 Oct 10;3(5).

117. Hagberg B, Hagberg G, Beckung E, Uvebrant P. Changing panorama of cerebral palsy in Sweden. VIII. Prevalence and origin in the birth year period 1991-94. Acta Paediatr. 2001 Mar;90(3):7–271.

118. Sciberras C, Spencer N. Cerebral palsy in Malta 1981 to 1990. Dev Med Child Neurol. 1999 Aug;41(8):11–508.

119. Hüner B, Özgüzel MH, Telli H, Sarı G. Polikliniğimize başvuran serebral palsi hastalarının demografik ve klinik özellikleri. Okmeydanı Tıp Dergisi 2011;27(1):28-32.

120. Fortin O, et al. Hospitalizations in School-Aged Children with Cerebral Palsy and Population-Based Controls. Can J Neurol Sci. 2021;48(3):400–407.

121. Singhi PD. Clinical Spectrum of Cerebral Palsy in North India--An Analysis of 1000 Cases. Journal of Tropical Pediatrics. 2002 Jun 1;48(3):162–166.

122. Wichers M, Odding E, Stam H, van Nieuwenhuizen O. Clinical presentation, associated disorders and aetiological moments in Cerebral Palsy: A Dutch population-based study. Disability and Rehabilitation. 2005 May 20;27(10):583–589.

123. Vurucu S, Sarı O, Gülgün M, Ünay B, Akın R, Özcan O. Serebral palsili hastalarımızın etiyolojik, klinik ve laboratuvar bulgularının değerlendirilmesi. TAF Prev Med Bull 2008;7(6):477-484.

124. Andersen GL, Irgens LM, Haagaas I, Skranes JS, Meberg AE, Vik T. Cerebral palsy in Norway: Prevalence, subtypes and severity. European Journal of Paediatric Neurology. 2008 Jan;12(1):4–13.

125. Güven A, Deda G, Karagül U, Uysal S. Serebral palsi: 61 olgunun değerlendirilmesi. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası 1999;52(1):7-13.

9. EKLER

EK-1 ANKET FORMU

Gönüllü katılımcı:

1. Çocuğunuzun yaşı:

2. Çocuğunuzun cinsiyeti:

3. Annenin yaşı:

4. Annenin serebral palsili çocuğu doğurduğu yaşı:

5. Toplam kaç çocuğunuz var? .....

6. Serebral palsili çocuğunuz kaçıncı çocuk?

SOSYODEMOGRAFİK VERİLER

7. Eğitim durumunuz nedir?

(1=ilkokul 2=ortaokul 3=lise 4= üniversite 5= yüksek lisans 6= doktora)

8. Çalışıyor musunuz? (cevabınız hayır ise 11.soruya geçebilirsiniz.)

(1= evet 2= hayır)

9. Çalışıyor iseniz mesleğiniz nedir?

…….

10. Çalışıyorsanız haftada kaç saat çalışmaktasınız?

(1= 2-4 saat 2= 5-8 saat 3= 8 saatten fazla)

11. Ailenin aylık gelirini giderlerinize göre nasıl tanımlarsınız?

(1= Gelir giderden az 2= Gelir gidere eşit 3= Gelir giderden fazla)

12. Yaşadığınız ev kendinizin mi?

(1= evet 2= hayır)

ÇOCUĞUNUZUN ÖZGEÇMİŞİ VE ÖYKÜSÜ

13. Çocuğunuzun serebral palsili olma nedeni nedir?

[1= Gebelikte (geçirilen hastalık/ kullanılan ilaç/ travma / kan uyuşmazlığı)]

[2= Doğumda (erken doğum/ geç doğum/ doğumda oksijensiz kalma/ ikiz-üçüz doğum]

[3= Doğum sonrası (uzun, ağır süren sarılık / bebeğin ateşli hastalığı / kafa travması)]

[4= Bilmiyorum]

14. Çocuğunuzun spastisite durumuna en uygun olanı işaretleyiniz.

(1= sağ kol sağ bacak 2= sol kol sol bacak 3= iki kol 4= iki bacak 5= karışık 6=yok)

15. Çocuğunuzun Serebral palsi dışında başka engeli var mı?

(1= evet 2= hayır) Evet ise belirtiniz…….

16. Çocuğunuzun başka ek hastalığı var mı?

(1= evet 2= hayır) Evet ise belirtiniz…….

17. Çocuğunuz kendi başına yürüyebiliyor mu?

(1= evet 2= destekli/yürüteçle yürüme 3= hayır)

18. Çocuğunuz tuvalet ihtiyacını karşılayabiliyor mu?

(1= evet 2= destek alarak 3= hayır)

19. Çocuğunuz kendi yemeğini kendi yiyebiliyor mu?

(1= evet 2= destek alarak 3= hayır)

20. Çocuğunuzun uyku problemi var mı?

(1= evet 2= hayır)

21. Yoğun yaşadığı ağlama /kendisine çevresine zarar verme / bağırma gibi davranışları var mı?

(1= evet 2= hayır)

ANNENİN ÖZGEÇMİŞİ VE ÖYKÜSÜ

22. Fiziksel bir hastalığınız var mı?

(1= yok 2= şiddetli baş ağrıları-migren 3= gastrit-ülser 4= fıtık 5= diğer)

23. Aile bireyleri serebral palsili çocuğunuzun bakımı için ve/veya kendi günlük yaşamınızı idame ettirebilmeniz için yardımcı oluyorlar mı?

(1= evet 2= hayır)

24. Çocuğunuzun bakımında aile bireyleri dışında yardım aldığınız biri var mı?

(1= evet 2= hayır)

25. Çocuğunuz doğmadan önce herhangi bir psikiyatrik hastalık tanısı almış mıydınız?

(cevabınız hayır ise 27.soruya geçiniz)

(1= evet 2= hayır)

26. Psikiyatrik hastalık tanısı aldıysanız nedir, ne kadar süre tedavi gördünüz?

……..

27. Çocuğunuza bakım vermek / yardımcı olmak yaşantınızı nasıl etkiliyor?

(1= hiç 2= az 3= orta 4= çok)

28. Kendinize zarar verme düşünceniz hiç oldu mu?

(1= evet 2= hayır)

29. Serebral palsili çocuğunuz ile ilgili kaygılarınız hakkında aile hekiminiz ile konuşabiliyor musunuz?

(1= evet 2= bazen 3= hayır)

30. Çocuğunuzun durumuyla alakalı aile hekimi ile konuştuğunuzda, çocuğunuzun hastalığı ile ilgili faydalı bilgiler verdiğini düşünüyor musunuz? (Cevabınız evet ise 31.sorudan devam ediniz.)

(1= evet 2= hayır)

31.Aile hekiminiz çocuğunuzun hastalığı ile ilgili hangi konuda faydalı oldu? (Birden fazla şık seçebilirsiniz.)

(1=Raporlu ilaçlarını reçete etmek

2=Hastalığı ile ilgili bilgi vermek

3=Üst basamak sağlık kuruluşuna yönlendirmek

4=Yeni gelişen şikayetleri ile ilgili tedavi planlamak

5=Diğer (Açıklayınız).....)

32.Çocuğunuzun durumu nedeniyle kendinizi kaygılı hissettiğinizde aile hekiminizden yeterli bilgi ve destek alabiliyor musunuz? (Cevabınız evet ise 33.sorudan devam ediniz.)

(1= evet 2= Hayır)

33.Kaygılarınız ile ilgili aile hekiminiz size hangi yönden faydalı oldu?

(1=Çocuğumun durumu hakkındaki kaygılarımı giderecek bilgiler vermek

2=Kaygılarım için ilaç reçete etmek

3=Üst basamak sağlık kuruluşuna yönlendirmek

4=Diğer (Açıklayınız).....)

34.Çocuğunuzun durumu nedeniyle kendinizi kaygılı hissettiğinizde rahatlamak için yaptığınız herhangi bir aktivite var mı? (Cevabınız evet ise kısaca yazınız.)

(1=Evet …….

2=Hayır)

EK-2 BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin BUGÜN DAHİL SON BİR (1) HAFTADIR sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandakine uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

	Hiç	**Hafif düzeyde**	**Orta Düzeyde**	**Ağır Düzeyde**
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma				
2. Sıcak/ ateş basmaları				
3. Bacaklarda halsizlik, titreme				
4. Gevşeyememe				
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6. Baş dönmesi veya sersemlik				
7. Kalp çarpıntısı				
8. Dengeyi kaybetme duygusu				
9. Dehşete kapılma				
10. Sinirlilik				
11.Boğuluyormuş gibi olma duygusu				
12. Ellerde titreme				
13. Titreklik				
14. Kontrolü kaybetme korkusu				
15. Nefes almada güçlük				
16. Ölüm korkusu				
17. Korkuya kapılma				
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19. Baygınlık				
20. Yüzün kızarması				

21. Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)				

EK-3 BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ

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

1. (0) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.

   (1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.

   (2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.

   (3) O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum.

2. (0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.

   (1) Gelecek için karamsarım.

   (2) Gelecekten beklediğim hiçbir şey yok.

   (3) Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.

3. (0) Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.

   (1) Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.

   (2) Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.

   (3) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.

4. (0) Bir çok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.

   (1) Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.

   (2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.

   (3) Her şeyden sıkılıyorum.

5. (0) Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.

(1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.

(2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.

(3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.

6. (0) Bana cezalandırılmışım gibi geliyor.

(1) Cezalandırılabileceğimi hissediyorum.

(2) Cezalandırılmayı bekliyorum.

(3) Cezalandırıldığımı hissediyorum.

7. (0) Kendimden memnunum.

(1) Kendi kendimden pek memnun değilim.

(2) Kendime çok kızıyorum.

(3) Kendimden nefret ediyorum.

8. (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.

(1) Zayıf yanların veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.

(2) Hatalarımdan dolayı her zaman kendimi kabahatli bulurum.

(3) Her aksilik karşısında kendimi hatalı bulurum.

9. (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncülerim yok.

(1) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor fakat yapmıyorum.

(2) Kendimi öldürmek isterdim.

(3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.

9. (0) Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.

(1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.

(2) Çoğu zaman ağlıyorum.

(3) Eskiden ağlayabilirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum.

11. (0) Her zaman olduğumdan daha sinirli değilim.

(1) Eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.

(2) Şimdi hep sinirliyim.

(3) Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.

12. (0) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim.

(1) Başkaları ile eskiden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.

(2) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.

(3) Hiç kimseyle konuşmak görüşmek istemiyorum.

13. (0) Eskiden olduğu gibi kolay karar verebiliyorum

(1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.

(2) Karar verirken eskiye kıyasla çok güçlük çekiyorum.

(3) Artık hiç karar veremiyorum.

14. (0) Aynada kendime baktığımda değişiklik görmüyorum.

(1) Daha yaşlanmış ve çirkinleşmişim gibi geliyor.

(2) Görünüşümün çok değiştiğini ve çirkinleştiğimi hissediyorum.

(3) Kendimi çok çirkin buluyorum.

15. (0) Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.

(1) Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor.

(2) Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.

(3) Hiçbir şey yapamıyorum.

16. (0) Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.

(1) Eskiden olduğu gibi uyuyamıyorum.

(2) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.

(3) Her zamankinden çok daha erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.

17. (0) Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.

(1) Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.

(2) Yaptığım her şey beni yoruyor.

(3) Kendimi hemen hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.

18. (0) İştahım her zamanki gibi.

(1) İştahım her zamanki kadar iyi değil.

(2) İştahım çok azaldı.

(3) Artık hiç iştahım yok.

19. (0) Son zamanlarda kilo vermedim.

(1) İki kilogramdan fazla kilo verdim.

(2) Dört kilogramdan fazla kilo verdim.

(3) Altı kilogramdan fazla kilo verdim.

20. (0) Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.

(1) Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendirmiyor.

(2) Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zorlaşıyor.

(3) Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum.

21. (0) Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme fark etmedim.

(1) Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim.

(2) Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim.

(3) Cinsel konular olan ilgimi tamamen kaybettim.

EK-4 MASLACH TÜKENMİŞLİK ÖLÇEĞİ

	Hiçbir zaman	Çok nadir	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
1.Çocuğumdan soğuduğumu hissediyorum.					
2.Gün sonunda kendimi ruhen tükenmiş hissediyorum.					
3.Sabah kalktığımda bir gün daha bu işi kaldıramayacağımı hissediyorum.					
4.Çocuğumun ne hissettiğini hemen anlarım.					
5.Çocuğuma sanki insan değilmiş gibi davrandığımı hissediyorum.					
6.Bütün gün çocuğumla uğraşmak benim için gerçekten çok yıpratıcı.					
7.Çocuğumun sorunlarına en uygun çözüm yolunu bulurum.					
8.Çocuğumun bakımına yönelik olarak yaptığım işten tükendiğim hissediyorum.					
9.Yaptığım şeylerle çocuğumun yaşamına katkıda bulunduğuma inanıyorum.					
10.Çocuğumla birlikte olmaya başladığımdan beri insanlara karşı sertleştim.					
11.Çocuğumun bakımının beni giderek katılaştırmasından korkuyorum.					
12.Çok şeyler yapabilecek güçteyim.					
13.Çocuğumun beni kısıtladığını hissediyorum.					
14.Çocuğumun bakımı konusunda çok fazla çalıştığımı hissediyorum.					
15.Çocuğuma ne olduğu umrumda değil.					
16.Doğrudan doğruya çocuğumla ilgilenmek bende çok fazla stres yaratıyor.					
17.Çocuğumla aramda rahat bir hava yaratırım.					

18.Çocuğumla birlikte olduktan sonra kendimi canlanmış hissederim.					
19.Çocuğumun bakımına yönelik olarak kayda değer bir çok başarı elde ettim.					
20.Yolun sonuna geldiğimi hissediyorum.					
21.Çocuğumla ilgili duygusal sorunlara serinkanlılıkla yaklaşırım.					
22.Çocuğumun kendisinin bazı problemleri sanki ben yaratmışım gibi davrandığını hissediyorum.					

EK-5 ÖZGEÇMİŞ

Suzi Dilara AYDIN KARAÇAY …. yılında doğmuştur. İlkokulu … Okulu'nda, ortaokulu …. Okulu'nda tamamlamıştır. Ortaöğretimini ….. Lisesi'nde tamamlamıştır. 2016 yılında Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun olmuştur. 2018 yılı Nisan ile Ekim ayları arasında Kırıkkale Üniversitesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda asistan doktor olarak çalışmıştır. 2019 Temmuz ayında Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Ankara Şehir Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği'nde tıpta uzmanlık eğitimine başlamıştır. Halen Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Ankara Şehir Hastanesi'nde görevine devam etmektedir.

EK-6 ETİK KURUL ONAYI

ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ (AYBÜ)
ETİK KURULU
PROJE ONAY BELGESİ

Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi *Tıp Fakültesi* Fakültesi/Enstitüsü *Aile Hekimliği* bölümü akademisyenlerinden / öğrencilerinden *Ass. Dr. Suzi Dilara AYDIN KARAÇAY' ın, Tıpta Uzmanlık Tezi* araştırması değerlendirilmiştir.*(Bu kısım başvuru sahibi tarafından doldurulmalıdır)*

Proje etik açısından uygun bulunmuştur. ☒
Proje etik açısından geliştirilmesi gerekmektedir. ☐
Proje etik açısından uygun bulunmamıştır. ☐

AYBÜ ETİK KURULU KARARI (Etik Kurul tarafından doldurulacaktır)	
Araştırma kodu (Yıl – Araştırma sıra no)	2021 - 123
Başvuru formunun Etik Kurula ulaştığı tarih	25.02.2021
Etik Kurul Karar toplantı tarihi ve karar no	15.03.2021 – 57
Yer	Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Esenboğa Külliyesi
Katılımcılar	Formda imzası bulunan üyelerimiz toplantıya katılmıştır.

KURUL BAŞKANI, BAŞKAN YARDIMCISI VE ÜYELER:

		İMZA
Prof. Dr. Cem Şafak ÇUKUR	**Üye**	
Prof. Dr. Muharrem KILIÇ	**Üye**	
Doç. Dr. Behlül TOKUR	**Üye**	
Doç. Dr. Birgül ÖZKAN	**Üye**	
Doç. Dr. Yüksel Akay UNVAN	**Üye**	
Dr. Ögr. Üyesi Şule KAYA	**Üye**	
Dr. Ögr. Üyesi Ertuğrul DEMİRDEL	**Üye**	
Dr. Ögr. Üyesi Nimet YILDIRIM TİRGİL	**Üye**	

9