

T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
TEPECİK SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ

AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

ÖZEL EĞİTİM VE REHABİLİTASYON PROGRAMINDAKİ ZİHİNSEL VE/ VEYA BEDENSEL ENGELLİ ÇOCUKLARIN ANNELERİNİN DEPRESYON VE ANKSİYETE DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ

Dr. Miyase Didem Çekiç

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Hülya Parıldar

(UZMANLIK TEZİ)

İZMİR/ 2018



T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
TEPECİK SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ

AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

ÖZEL EĞİTİM VE REHABİLİTASYON PROGRAMINDAKİ ZİHİNSEL VE/ VEYA BEDENSEL ENGELLİ ÇOCUKLARIN ANNELERİNİN DEPRESYON VE ANKSİYETE DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ

Dr. Miyase Didem Çekiç

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Hülya Parıldar

(UZMANLIK TEZİ)

İZMİR/ 2018

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım başta tez danışmanım Doç. Dr. Hülya PARILDAR olmak üzere beraber çalıştığım hocalarıma, başasistanlarıma, uzmanlarıma ve asistan arkadaşlarıma,

Hayatım boyunca desteklerini hep hissettiğim canım aileme,

Verileri toplamamda yardımcı olan sevgili Lerzan DEDE ve özel eğitim çalışanlarına,

Tezimin istatistiksel analizine büyük katkısı olan Uzm. Dr. Ayşegül BAYAD'a,

Teşekkür ederim…

Dr. Miyase Didem ÇEKİÇ

İzmir, 2018

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR i
KISALTMALAR v
TABLOLAR LİSTESİ vi
GRAFİKLER LİSTESİ vii
ÖZET viii
ABSTRACT ix
1.GİRİŞ VE AMAÇ 1
2.GENEL BİLGİLER 3
2.1. ENGELLİLİK 3
2.1.1. Engellilik Tanımı 3
2.1.2. Engellilik Nedenleri 4
2.1.3. Engelliliğin Sınıflandırılması 4
2.1.3.1. Zihinsel Engellilik 5
2.1.3.1.1. Anlıksal (Entelektüel) Yetiyitimi (Mental retardasyon) 5
2.1.3.1.2. Otizm Açılımı Kapsamında Bozukluk 8
2.1.3.1.3. Down Sendromu 9
2.1.3.1.4. Özgül Öğrenme Bozukluğu 12
2.1.3.2. Fiziksel Engellilik 12
2.1.3.2.1. Serebral Palsi 13
2.1.3.2.2. Nöromusküler Hastalıklar 14
2.1.3.2.3. Spina Bifida 16
2.1.3.2.4. Spinal Kord Yaralanmaları 17
2.2. DEPRESYON 18
2.2.1. Depresyonun Tanımı 18
2.2.2. Depresyonun Tarihçesi 19
2.2.3. Depresyonun Epidemiyolojisi 20
2.2.4. Depresyon Etiyolojisi 21
2.2.5. Depresyonun Sınıflaması: 22
2.2.5.1. Yıkıcı Duygudurumu Düzenleyememe Bozukluğu 22
2.2.5.2. Yeğin (Majör) Depresyon Bozukluğu 23
2.2.5.3. Süregiden Depresyon Bozukluğu (Distimi) 24

2.2.5.4. Aybaşı Öncesi (Premenstrüel) Disfori Bozukluğu 25
2.2.5.5. Maddenin/ İlacın Yol Açtığı Depresyon Bozukluğu 26
2.2.5.6. Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı Depresyon Bozukluğu 27
2.2.6. Depresyonun Tedavisi 27
2.3. ANKSİYETE 30
2.3.1. Anksiyetenin Tanımı 30
2.3.2. Anksiyetenin Tarihçesi 30
2.3.3. Anksiyetenin Epidemiyolojisi 30
2.3.4. Anksiyetenin Etiyolojisi 31
2.3.5. Anksiyete Bozukluklarının Sınıflaması 32
2.3.5.1. Ayrılma Kaygısı Bozukluğu 32
2.3.5.2. Seçici Konuşmazlık (Mutizm) 33
2.3.5.3. Özgül Fobi 34
2.3.5.4. Toplumsal Kaygı Bozukluğu (Sosyal Fobi) 34
2.3.5.5. Panik Bozukluğu 35
2.3.5.6. Agorafobi 36
2.3.5.7. Yaygın Kaygı Bozukluğu 37
2.3.5.8. Maddenin/ İlacın Yol Açtığı Kaygı Bozukluğu 37
2.3.5.9. Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı Kaygı Bozukluğu 38
2.3.6. Anksiyetenin Tedavisi 38
2.3.6.1. Psikolojik tedavi 38
2.3.6.2. Farmakolojik tedavi 39
3. YÖNTEM VE GEREÇLER 41
3.1 ARAŞTIRMA PROJESİ 41
3.2. ARAŞTIRMANIN TİPİ VE SÜRESİ 41
3.3. ARAŞTIRMANIN YERİ 41
3.4. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ 41
3.5. ARAŞTIRMAYA DÂHİL EDİLME KRİTERLERİ 41
3.6. ARAŞTIRMADAN DIŞLANMA KRİTERLERİ 42
3.7. VERİLERİN TOPLANMASI 42
3.7.1. BECK Depresyon Ölçeği 42
3.7.2. BECK Anksiyete Ölçeği 42

3.8. VERİLERİN ANALİZİ 43
4. BULGULAR 44
4.1 Tanımlayıcı İstatistik 44
4.2 Depresyon Ve Anksiyete İle İlgili Bulgular 49
5. TARTIŞMA 56
7. KAYNAKLAR 63
8. EKLER 76

KISALTMALAR

AAIDD: Amerikan Zihinsel Ve Gelişimsel Yetersizlikler Birliği

BM: Birleşmiş Milletler

BAÖ: BECK Anksiyete Ölçeği

BDÖ: BECK Depresyon Ölçeği

DSM: Amerikan Psikiyatri Birliği

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

hCG: Human Koryonik Gonadotropin

IQ: Intelligence Quontient

MR: Mental Retardasyon

SMA: Spinal Musküler Atrofi

SSRI: Seçici Serotonin Gerialım İnhibitörleri

SP: Serebral Palsi

TSA: Trisiklik Antidepresanlar

USG: Ultrasonografi

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1: Çalışma Grubunun Yaş Ortalaması

Tablo 2: Çalışma Grubunun Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

Tablo 3: Çalışma Grubunun Eğitim Düzeyine Göre Dağılımı

Tablo 4: Çalışma Grubunun Aylık Gelir Düzeyine Göre Dağılımı

Tablo 5: Çalışma Grubunun Çocuklarının Engel Türüne Göre Dağılımı

Tablo 6: Çalışma Grubunun Çocuklarının Engel Derecesine Göre Dağılımı

Tablo 7: BDÖ ve BAÖ Puan Dağılımı ve Ortalamaları

Tablo 8: Yaş ile BDÖ ve BAÖ Puanı Arasındaki Korealsyon Analizi

Tablo 9: Çalışma Durumunun BDÖ ve BAÖ Puanı İle Student-t Testine Göre İlişkisi

Tablo 10: Aylık Gelir Düzeyinin BDÖ Ve BAÖ Puanı ile Kruskal Wallis Testine Göre İlişkisi

Tablo 11: Eğitim Düzeyinin BDÖ ve BAÖ Puanı İle Kruskal Wallis Testine Göre İlişkisi

Tablo 12: Çocuk Sayısının BDÖ Ve BAÖ Puanı İle Kruskal Wallis Testine Göre İlişkisi

Tablo 13: Aile Yapısının BDÖ Ve BAÖ Puanı İle Student-t Testine Göre İlişkisi

Tablo 14: Çocuğun Engel Türünün BDÖ Ve BAÖ Puanı İle Kruskal Wallis Testine Göre İlişkisi

Tablo 15: Engel Derecesinin BDÖ Ve BAÖ Puanı İle Kruskal Wallis Testine Göre İlişkisi

Tablo 16: Çocuğun Cinsiyetinin BDÖ Ve BAÖ Puanı Puanı İle Student-t Testine Göre İlişkisi

Tablo 17: Ailede Başka Engelli Varlığının BDÖ Ve BAÖ Puanı Puanı İle Student-t Testine Göre İlişkisi

Tablo 18: Çevreyle İlişkinin BDÖ Ve BAÖ Puanı Puanı İle Student-t Testine Göre İlişkisi

Tablo 19: BDÖ Puanı İle BAÖ Puanı Arasındaki Korelasyon Analizi

GRAFİKLER LİSTESİ

Grafik 1: Çalışma Grubunun Medeni Durumuna Göre Dağılımı

Grafik 2: Çalışma Grubunun Çalışma Durumuna Göre Dağılım

Grafik 3: Çalışma Grubunun Çocuk Sayısına Göre Dağılımı

Grafik 4: Çalışma Grubunun Aile Yapısına Göre Dağılımı

Grafik 5: Engelli Çocuğun Cinsiyete Göre Dağılımı

Grafik 6: Ailede Başka Engelli Birey Varlığına Göre Dağılım

Grafik 7: Çevreyle İlişkiyi Etkileme Durumuna Göre Dağılım

ÖZET

Özel Eğitim Ve Rehabilitasyon Programındaki Zihinsel Ve/ Veya Bedensel Engelli Çocukların Annelerinin Depresyon Ve Anksiyete Düzeylerinin Belirlenmesi

Amaç: Engelli çocuğa sahip olmak ailelerin yaşam tarzları önemli ölçüde etkilemektedir. Ailenin sosyal yaşantısı çocuğun bağımlılık derecesine göre kısıtlanmaktadır. Çocuğun bakımını daha çok anneler üstlendiği için anneler daha fazla etkilenmektedir. Bu nedenle engelli çocukların yeterli bakımı almaları için annelerin ruh sağlığının korunmasına önem verilmeli ve gerekli destek sağlanmalıdır. Bu çalışmada engelli çocuğa sahip annelerin depresyon ve anksiyete düzeyini etkileyen faktörleri saptanması planlanmıştır. Böylece ailelerin yaşam kalitesinin artmasına ve engelli çocukların daha iyi hizmet almalarına katkı sağlamak amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya çocuğu Özel Buca Mutlu Çocuklar Özel Eğitim Ve Rehabilitasyon Merkezi'nde eğitim alan 207 gönüllü anne dahil edildi. Annelerin sosyodemografik özellikleri, depresyon ve anksiyete düzeyleri; sosyodemografik bilgi formu, Beck Depresyon Ölçeği ve Beck Anksiyete Ölçeği kullanılarak değerlendirildi. Veriler SPSS 24.0 programı kullanılarak, Kruskal Wallis testi, Student's t testi ve Pearson korelasyon testleri ile analiz edildi.

Bulgular: Araştırmaya katılan annelerin yaş ortalaması 39.59±9.15 yıl idi. BECK depresyon ölçeği (BDÖ) puan ortalaması 14.65±8.69; BECK anksiyete ölçeği (BAÖ) puan ortalaması 13.43±8.45 saptandı. Çocukların engellilik derecesi arttıkça annelerin BDÖ ve BAÖ puanlarının arttığı saptandı. Engelli çocuğun cinsiyeti ile BDÖ ve BAÖ puanları arasında anlamlı fark saptanmadı ($p>0.05$).

Sonuç: Sağlığın geliştirilmesi yaklaşımı kapsamında engelli çocuk annelerine birinci basamak sağlık hizmetleri olarak gerekli psikososyal destek programları başlatılmalıdır. Böylece ailelerin yaşam kalitesinin artmasına ve engelli çocukların daha iyi ortamda yaşamalarına katkı sağlanabilir.

Anahtar kelimeler: Anksiyete, Anne, Depresyon, Engelli çocuk

ABSTRACT

Determining the Depression and Anxiety Levels of Mothers Whose Children are Physically or/and Mentally Disabled and Under Rehabilitation Program

Aim: Having disabled child effects the life style of a family significantly. Family's social life is limited according to the level of child's disability. Mothers are more effected by this situation as they are the ones that looks after their children more. So, the mothers' mental health should be maintained and they should always be given enough support so that their disabled child would be well taken care of. In this study, it is planned to identify the factors that effects the depression and anxiety levels of mothers that have disabled children. So, it is aimed to contribute to the level of quality of life for those families and make it possible for disabled children to be looked after in better conditions.

Materials and Methods: 207 voluntary mothers from Buca Mutlu Çocuklar Special Education and Rehabilitation Center are included in this study. Mothers' socio-demographic specialties and the levels of depression and anxiety are evaluated by using socio-demographic background questionnaire, Beck Depression Inventory (BDI) and Beck Anxiety Inventory (BAI). Gathered data were analyzed by SPSS 24.0 software, Kruskal-Wallis Test, Student's t test and Pearson's Correlations Tests.

Results: The average age of mothers that took part in this study is 39.59±9.15 years. When the tests were scored, BDI overall cut-off score was found 14.65±8.69 and BAI overall cut-off score was found 13.43±8.45. It is understood that BDI and BAI cut-off scores are bigger if the severity of their children's disability is higher. No significant relation between the gender of disabled children and the BDI & BAI cut-off points could be observed in this study ($p>0.05$).

Conclusion: Required Psychosocial Support Programs for mothers of disabled children should be started as part of Health Development Approach. By doing this, it could be possible to contribute to the level of quality of life for those families and let disabled children live in a better environment.

Keywords: Anxiety, Depression, Disabled child, Mother

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Çocuklar, sosyolojik olarak toplumun yapı taşı olarak görülen aile kavramının en önemli bileşeni olarak kabul edilmektedir. Çocuk, ebeveynlerin ortak ürünü olan, eşlerin aralarında bir bağ oluşturan, geleceğe yönelik bir sigorta olarak görülebilecek, eşlerin soylarının devamını sağlayan, özlemlerini gideren ve anne tarafından sunulan bir hediye ve sevgi kaynağıdır (1).

Tüm anne babaların beklentisi normal ve sağlıklı çocuklara sahip olmaktır. Bir çocuğun engelli olduğunun öğrenilmesi, yetersizliğinin derecesi ne olursa olsun aile için stres verici bir olaydır (2). Çünkü engelli çocuk, kendisine bakım sağlayan kişiye değişen derecede bağımlıdır. Bu nedenle engelli çocuğa sahip olmak psikolojik, ekonomik, sosyal birtakım güçlüğü de beraberinde getirmektedir (3). Ailenin hayatı çocuğun ihtiyaçlarına göre şekillenmekte ve ailenin yaşam tarzını da önemli ölçüde etkilemektedir.

Engelli çocuğa sahip olan bir ailede, baba daha çok maddi konularda sorumluluk üstlenmekte, anne ise temel bakım, ev işleri ve çocuk bakımı alanlarında sorumluluklar alarak babaya göre bu süreçten daha fazla olumsuz yönde etkilenmektedir (4). Engelli çocuğun bakımını üstlenen bu annelerde stres, depresyon ve anksiyete düzeyinin çok daha yüksek olduğu (5-7) ve bu durumun yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği birçok çalışmada belirlenmiştir (8).

2010 yılı nüfus tahminlerine göre 6,9 milyar olan dünya nüfusu içerisinde 15 yaş ve üzeri engelli birey sayısı Dünya Sağlık Araştırması' na göre yaklaşık 785 milyon (%15,6), Küresel Hastalık Yükü Araştırması' na göre ise 975 milyondur (%19,4) (9).

Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü Başkanlığı ve Başbakanlık Özürlüler İdaresi Başkanlığı işbirliği ile "2002 Türkiye Özürlüler Araştırması" 2002 yılı Aralık ayında gerçekleştirilmiştir. Araştırmada özürlü olan nüfusun toplam nüfus içindeki oranı %12,29 bulunmuştur (10). Dünya Nüfus Günü için temmuz 2015' te yayınlanan Türkiye İstatistik Kurumu tarafından hazırlan raporda Türkiye' de, 2011 Nüfus ve Konut Araştırması sonuçlarına göre; görme, duyma, konuşma, yürüme, merdiven çıkma veya inme, bir şey taşıma veya tutma ve yaşıtlarına göre öğrenme, basit dört işlem yapma, hatırlama veya dikkatini toplama fonksiyonlarından en az

birinde çok zorlandığını veya hiç yapamadığını belirten kişi sayısı 4 milyon 882 bin 841' dir. Diğer bir ifadeyle 2011 yılında toplam nüfusun %6,6' sının en az bir engeli vardır (11).

Tüm dünyada engelli bireylerin topluma kazandırılması adına birçok çalışma yapılmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve Birleşmiş Milletler (BM) bu tür çalışmaların en büyük destekçileridirler (12). Ülkemizde de özel eğitim ve rehabilitasyon merkezlerinin sayısı giderek artmakta, bu merkezlerde engelli bireylere eğitim desteği verilmekte ve kişiye özel rehabilitasyon programları uygulanmaktadır.

Engelli çocuğu olan aile bireylerinin sosyal ve psikolojik sorunlarının ayrıntılı bilinmesi ve çözüm önerilerinin bulunmaya çalışılması oldukça önem taşımaktadır (13). Yetersizliği olan çocuğa verilecek hizmetlerin etkili olabilmesi için, öncelikle ailenin gereksinimlerinin, aile işlevlerinin, aile içi dinamiklerinin, yaşadığı zorlanmaların, başa çıkma mekanizmalarının, sahip olduğu içsel ve dışsal kaynakların ve bunların etkileşimlerinin çok boyutlu olarak incelenmesi ve müdahale ve eğitim hizmetlerinin de bu doğrultuda planlanıp yürütülmesi gerekmektedir (14).

Özetle; dünya genelinde olduğu gibi ülkemizde de nüfusun ciddi bir bölümünü engelli bireyler oluşturmaktadır. Engelli bireylerin bakımıyla ilgilenmek, ailelere çok büyük yük ve sorumluluk getirmektedir. Özellikle engelli çocuklara bakım verenlerin neredeyse tamamının annelerin olması ve çocuklarla annelerin daha fazla vakit geçirmelerinden dolayı anneler babalara oranla bu durumdan daha çok etkilenmektedirler. Bunların yanında annenin bir yandan da ailenin diğer bireylerinin gereksinimlerini karşılamaya çalışması annenin stres ve anksiyete düzeyini artırmakta, yaşam kalitesini de önemli ölçüde etkilemektedir. Biz de bu çalışma ile engelli çocuğa sahip annelerin depresyon ve anksiyete düzeylerini ve bunların sosyodemografik verilerle ilişkisini saptamayı amaçladık.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. ENGELLİLİK

2.1.1. Engellilik Tanımı

Engellilik çok yönlü bir kavram olduğu için bu konu hakkında yapılan tanımlar da çeşitlilik göstermektedir. Konuyla ilgili farklı sözcük ve tanımlar yer almaktadır. Bunun bir sonucu olarak da "sakatlık", "özürlülük", "engellilik", "anormallik", "eksiklik", "maluliyet" gibi pek çok kavram literatürde bulunmaktadır (15).

Engellilik kavramı, bireyin bir ya da daha fazla yaşamsal aktivitesini büyük ölçüde sınırlayan zihinsel ve/ veya fiziksel bozukluğu, bu tarz bir bozukluğun kaydını veya bu tarz bir bozukluğu olduğu kabul edilenleri karşılamaktadır (16). Birleşmiş Milletler Sakat Hakları Bildirgesi' nde ise engellilik; "Kişisel ya da sosyal yaşamında kendi kendine yapması gereken işleri bedensel veya ruhsal yeteneklerindeki, kalıtımsal ya da sonradan olma herhangi bir noksanlık sonucu yapamayanlar" olarak tanımlanmaktadır (17).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), engelliliği aşağıda belirtildiği şekilde üç kategoriye ayırmış ve bunlar arasında farklılıklar olduğunu bildirmiştir (18).

Noksanlık (Impairment): "Noksanlık" psikolojik, anatomik veya fiziksel yapı ve fonksiyonlardaki bir noksanlığı veya anormalliği ifade eder.

Özürlülük (Disability): Noksanlık sonucu bir aktiviteyi gerçekleştirmede ya da normal kabul edilen davranışlarını yerine getirmede kısıtlanma ve/veya yetenek eksikliğidir.

Engellilik (Handicap) : Bir noksanlık veya özürlülük sonucunda, belirli bir kişide meydana gelen ve o kişinin yaş, cinsiyet, sosyal ve kültürel durumuna göre normal sayılabilecek yaşantısını önleyen ve sınırlayan durumu ifade eder.

Anayasamızda ise 5378 sayılı Özürlüler Kanunu' na göre; özürlü: Doğuştan veya sonradan herhangi bir nedenle bedensel, zihinsel, ruhsal, duyusal ve sosyal yeteneklerini çeşitli derecelerde kaybetmesi nedeniyle toplumsal yaşama uyum sağlama ve günlük gereksinimlerini karşılama güçlükleri olan ve korunma, bakım, rehabilitasyon, danışmanlık ve destek hizmetlerine ihtiyaç duyan kişi olarak tanımlanmıştır (19).

2.1.2. Engellilik Nedenleri

Bireyler birçok nedenden dolayı engelli hale gelebilirler. Bunlar arasında kalıtım, beslenme, hastalık, kazalar, sakıncalı çevre ve eğitimsizliğin olduğu görülmektedir (20). Bütün bu etkenlerin dışında sosyo-ekonomik durum ve kültürel faktörler de zihinsel gelişim üzerinde olumlu veya olumsuz etkilere sahiptir. Çocuğun zihinsel becerileri yeterli ve yaşıtlarına uygun olsa bile ev ortamının uygun olmaması, uyarıcı eksikliği, oynaması ve çevreyi keşfetmesi için çocuğa gerekli fırsatların sağlanamaması gibi durumlar çocuğun hafif derecede zihinsel engelli olmasına yol açabilir (21).

Engelliğin nedenleri doğum öncesi, doğum sırasında ve doğum sonrası olarak 3 ana başlıkta incelenmektedir.

Doğum öncesi nedenler: Akraba evliliği, kan uyuşmazlığı, kalıtımsal ve metabolik hastalıklar, annenin doğum yaşı, gebelik sırasında annenin ilaç kullanımı, yetersiz beslenme, alkol ve sigara kullanımı, stres, sık doğum yapma, annenin gebeliği sırasında geçirdiği hastalıklar, annenin radyasyona maruziyeti, geçirdiği kanamalar sayılabilir. Ayrıca gebelikteki travmalar, çocuk düşürme çabaları da engelli çocuğa neden olabilecek nedenlerdir (21,22).

Doğum sırasındaki nedenler: Doğumun yetkili kişilerce, uygun çevre şartlarında yapılmaması, geliş pozisyonu anomalileri, forseps veya vakumla doğum, dar pelvis, asfiksi, travma, erken ve geç doğum, zor ve uzun süren doğum eylemi, düşük doğum ağırlıklı bebek sayılabilir (23).

Doğum sonrası nedenler: Yetersiz çocuk bakımı, doğum sonrası geçirilen kafa travmaları, beyin tümörleri, ailede kronik hastalık, geçirilen ateşli hastalıklar, santral sinir sistemi enfeksiyonları, beslenme bozuklukları, zehirlenmeler olası nedenlerdir(24,25) .

2.1.3. Engelliliğin Sınıflandırılması

Engellilik türleri çeşitli şekilde sınıflandırılmaktadır. Genel olarak engellilik 6 ana başlıkta gruplandırılabilir.

- Zihinsel engelliler
- Fiziksel (Ortopedik) Engelliler
- İşitme Engelliler
- Konuşma Engelliler

- Görme Engelliler
- Süreğen Hastalığı Olanlar

Bu gruplamada içinde en büyük bölümü zihinsel ve bedensel engelliler oluşturmaktadır.

2.1.3.1. Zihinsel Engellilik

Zihinsel engellilik ile ilgili pek çok tanımlama yapılmıştır.

Zihinsel yetersizlik tüm etnik ve sosyal gruplarda oluşabilen çocuğun hem bilişsel fonksiyonları hem de günlük davranışlarında görülen, yeni ve karmaşık bilgileri anlama, yeni becerileri öğrenme yeteneğinin ve bağımsız bir yaşamı yönetme becerisinin (sosyal fonksiyonlarda azalma) azaldığı bir durum olarak tanımlanabilir (26-29). Kısaca gelişim periyodu sırasında ortaya çıkan ve adapte davranış yetersizliği ile genel entelektüel fonksiyonlarda ortalamanın altındaki durumu ifade eder (30).

Amerikan Zihinsel Ve Gelişimsel Yetersizlikler Birliği'nin (AAIDD) zihinsel yetersizlikle ilgili yaptığı tanım ise en geçerli tanım olarak kabul edilmektedir. AAIDD' ye göre zihinsel yetersizlik, "Zihinsel işlevlerin önemli derecede ortalamanın altında olması, iletişim, öz bakım, ev hayatı, sosyal beceriler, toplumsal hayata katılım, inisiyatif kullanma, sağlık ve güvenlik, işlevsel akademik beceri, boş zamanı değerlendirme ve iş alanlarından iki ya da daha fazlasında sınırlılıklar göstermesi" şeklinde tanımlanmaktadır (31).

Zihinsel yetersizlik, diğer kronik hastalıklarda olduğu gibi, kişide kalıcı yetersizlikler bırakan, yaşam boyu gözlem, kontrol, bakım, tedavi ve rehabilitasyon gerektiren önemli bir bozukluk olup, aile üyelerinin tümünü ve ailenin yaşantısını ekonomik, sosyal, duygusal, davranışsal ve bilişsel yönlerden etkileyen bir sorundur (27,29).

2.1.3.1.1. Anlıksal (Entelektüel) Yetiyitimi (Mental retardasyon)

DSM (Amerikan Psikiyatri Birliği) IV'e göre mental retardasyon genel öğrenme, anlama, kavrama güçlüğü ile birlikte; iletişim, kendine bakım, ev yaşamı, toplumsal ve kişiler arası beceriler, toplumun sağladığı olanakları kullanma, kendi kendini yönetip yönlendirme, okulla ilgili işlevsel beceriler, boş zamanları değerlendirme, sağlık ve güvenlik alanlarından en az ikisinde bağlı bulunduğu kültürel grupta yaşı için beklenen ölçütleri karşılamada yetmezlik ve bozukluk

olmasıdır. Bireysel olarak uygulanan zeka testinde Intelligence Quontient (IQ) yaklaşık 70 ya da altındadır. Başlangıç 18 yaşından önce olmalıdır (32). DSM V'de ise mental retardasyonun (MR) yerine entellektüel (anlıksal) gelişimsel yetiyitimi kavramı kullanılmış ve gelişimsel periyotta ortaya çıkan; kavramsal, sosyal ve yaşamsal beceri alanlarında bilişsel ve uyumsal işlevsellikte yetersizlik olarak tanımlanmıştır. Tanı için aşağıdaki üç ölçüt karşılanmalıdır: (33).

A. Hem klinik değerlendirme, hem de bireye göre uygulanan, kabul gören bir zeka ölçümü ile doğrulanan, akıl yürütme, sorun çözme, tasarlama, soyut düşünme, yargılama, okulda öğrenme ve deneyimlerinden öğrenme gibi bilişsel işlevlerde eksiklikler

B. Adaptif işlevlerde (kişisel bağımsızlık ve sosyal sorumluluk) yetersizlik vadır.

C. Anlıksal ve uyumsal eksiklikler, gelişimsel evre sırasında başlar.

Yetersizliğin şiddeti daha önce IQ testlerine göre yapılırken DSM-V'de kavramsal, toplumsal, uygulamalı alanlarındaki uyum işlevlerinin düzeyine göre belirlenmiştir.

Ağır olmayan (eğitilebilir grup): Zihinsel engelliler grubu içinde normale en yakın gruptur. Zeka bölümleri (IQ) 50-55 ile 70 arasıdır. Gerilik derecesine göre 6–12 yaş düzeyinde zekaya sahip olabilirler (34). MR popülasyonun yaklaşık %85' i bu kategoridedir (35).

Eğitilebilir olan zihinsel engellilerdir. Normal okulların özel alt sınıflarında eğitim görebilirler (34).

Kavramsal alan; Okul öncesi çocuklarda belirgin kavramsal ayrım yoktur. Okul çocuklarında ve yetişkinlerde, okuma, yazma, sayısal beceriler, zaman ya da parayla ilgili becerileri kapsayan okulda öğrenilen becerilerde güçlükler vardır (33). Temel akademik becerileri öğrenebilirler Bağımsız olarak ya da minumum düzeyde yardımla kendi başlarına yönetebilirler (34).

Toplumsal alan; gelişmekte olan yaşıtlarıyla karşılaştırıldığında, kişi toplumsal etkileşimlerinde olgun değildir. Duygularını ve davranışlarını yaşına uygun biçimde düzenlemekte güçlükler çeker. Bu güçlükler yaşıtlarınca da anlaşılır. Başkalarınca kullanılma olasılığı vardır (33).

Yaşamsal beceri (uygulamalı) alanı: kişisel bakımda yaşına uygun işlevsellik gösterebilirler. Erişkinlikte ev alışverişini yapma, ulaşım, eve ve çocuğa bakma, yemek hazırlama, para yönetme gibi alanlarda destek görür (33).

Bu gruptaki bireyler, sağlıklı olan bireylerle kıyaslandığında daha fazla sağlık problemi yaşarlar ancak tıbbi tedaviye çok fazla ihtiyaç duymamaktadırlar. Bireylerde zeka düzeyi düştükçe sağlık problemleri ortaya çıkmaktadır ve tıbbi tedaviye olan ihtiyaçları da çoğalmaktadır (36).

Orta derecede anlıksal yetiyitimi (öğretilebilir grup): Zeka bölümleri (IQ) 35-40 ile yaklaşık 50-55 arasında olan zihinsel engelliler grubudur. MR popülasyonun yaklaşık %10'u bu kategoridedir (35).

Kavramsal alan; bütün gelişimi boyunca kişinin kavramsal becerileri yaşıtlarının hep belirgin olarak gerisinde kalmıştır. Okul öncesi dönemde dil ve beceriler yavaş gelişir. Okul çocuklarında okuma, yazma, sayısal becerilerde ilerlemede, zamanı ve parayı anlamada okul yılları boyunca yaşıtlarıyla karşılaştırıldığında belirgin olarak kısıtlılık vardır. Erişkinler için okul becerileri gelişimi ilköğretim düzeyindedir (33).

Toplumsal alan; ailesi ve arkadaşlarıyla bağ kurma, erişkinlikte sevgili ilişkisi kurma gibi becerileri vardır. Toplumsal kara verme ve yargılama yetileri sınırlıdır. İş ortamında başarı sağlayabilmesi için belirgin toplumsal ve iletişimsel desteğe ihtiyaç duyarlar (33).

Uygulamalı alan; kişi bir erişkin olarak yemek yeme, giyinme, dışkılama ve kişisel bakım gibi gereksinimlerini karşılayabilir, ancak bağımsızlık kazanabilmesi için çok uzun süre eğitim verilmesi ve zaman harcanması gerekir (33).

Ağır derecede anlıksal yetiyitimi: IQ düzeyi 20-25 ile 35-40 arasındadır. MR popülasyonun yaklaşık %5' i bu kategoridedir (34).

Kavramsal alan; kavramsal beceriler sınırlı kazanılmıştır. Kişi, yazı dili ya da sayılar, nicelik, zaman ve para gibi kavramları genellikle çok az anlar (33). Okul öncesi eğitim döneminde motor gelişimleri çok zayıftır, dil yetileri çok az gelişir, sözel iletişim azdır ya da hiç görülmez, öz bakım becerileri ile ilgili çok basit işleri yapabilmeyi kısmen öğrenirler ve okul çağında konuşmayı öğrenebilirler. (34). Yaşamları boyunca bir bakım verene gereksinim duyarlar (33)

Toplumsal alan; sözcük dağarcığı ve dilbilgisi açısından konuşma dili oldukça sınırlıdır. Dili yorum yapmaktan çok toplumsal iletişim için kullanırlar. Aile bireyleriyle ve tanıdıkları kişilerle ilişkilerden zevk alır ve yarım görürler (33).

Uygulamalı alan; kişi yemek, giyinme, banyo yapma, dışkılama gibi bütün günlük etkinliklerinde desteğe ihtiyaç duyar. Yaşam boyu başkalarının denetim ve korumasına gereksinim duyarlar. Az da olsa önemli bir kesimde kendini yaralama gibi uyumsuz davranışlar görülür (33).

Çok ağır derecede anlıksal yetiyitimi: IQ düzeyi 20-25' in altındadır. Bu grupta olan kişiler yaşam boyu başkalarına ihtiyaç duyarlar. Öz bakım becerilerini yerine getiremezler. Ölüm oranları yüksektir (34).

Kavramsal alan; kavramsal beceriler genellikle simgesel süreçlerden çok fizik dünyayı kapsar. Kişi kendine bakım, eğlenme gibi işlerde amacına yönelik olarak nesneleri kullanabilir (33).

Toplumsal alan; kişi kendi isteklerini ve duygularını, büyük ölçüde, sözel olmayan iletişimle dışa vurur (33).

Uygulamalı alan; kişi günlük bakım, sağlık, güvenlik gibi alanlarda bütün yönleriyle başkalarına bağımlıdır (33).

2.1.3.1.2. Otizm Açılımı Kapsamında Bozukluk

Otizm ilk kez Leo Kanner tarafından 1943 yılında "Erken Çocukluk Otizmi" olarak tanımlanmıştır (37). Kanner, otizmin en yaygın özelliğinin, gelişimin en başından itibaren çocuğun kendisini diğer insanlar ve sosyal durumlar ile ilişkilendirememesi ve sosyal etkileşime geçememesi olduğunu ifade etmiştir (38).

DSM V' te ise "Otizm Açılımı Kapsamında Bozukluk" olarak yer almıştır (33).

A. O sırada ya da geçmiş yönelik edinilen bilgiye göre, aşağıdakilerle kendini gösteren, değişik biçimleriyle toplumsal iletişim ve toplumsal etkileşimde sürekli eksiklikler olmalıdır.

1. Toplumsal-duygusal karşılık vermede yetersizlikler

2.Toplumsal etkileşim için kullanılan sözel olmayan iletişim davranışlarında eksiklikler

3. İlişkiler kurma, ilişkilerini sürdürme ve ilişkileri anlamada eksiklik

B. O sırada ya da öyküden alınan bilgilere göre, aşağıdakilerden en az ikisi ile kendini gösteren, sınırlı, yineleyici davranışlar, ilgiler ya da etkinlikler olması

1. Basmakalıp ya da yineleyici motor eylemler, nesne kullanımları ya da konuşma.

2. Aynılık konusunda direnme, sıradanlık dışına esneklik göstermeme ya da ritüelleşmiş sözel ya da sözel olmayan davranışlar.

3. Yoğunluğu ve odağı olağandışı olan, ileri derecede kısıtlı, değişkenlik göstermeyen ilgi alanları (sıra dışı nesnelere anormal aşırı bağlılık).

4. Duyusal uyaranlara karşı çok yüksek ya da düşük düzeyde tepki gösterme ya da çevrenin duyusal yanlarına olağandışı bir ilgi gösterme .

C. Belirtiler erken gelişim evresinde başlamış olmalıdır.

D. Belirtiler, toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında klinik açıdan belirgin bir bozulmaya neden olmalıdır.

E. Bu bozukluklar, anlıksal yetiyitimi (anlıksal gelişimsel bozukluk) ya da genel gelişimsel gecikme ile daha iyi açıklanamaz olmalıdır.

Otistik bozukluklarının görülme oranlarının % 0,07 ile % 2,6 arasında olduğu düşünülmektedir ve son yıllarda görülme sıklığında belirgin artış vardır. Görülme sıklığındaki bu artışın nedeninin toplumda ve klinisyenler arasında farkındalığın artması, tanı kriterlerinde yapılan genişletilmeler ve erken tanı koyulması olduğu düşünülmektedir (39). Otizmin yaygınlığının her 10.000'de 5 vakaya uzandığı görülmüştür.

2.1.3.1.3. Down Sendromu

Down sendromu çok yönlü nörobiyolojik sonuçları olan ve karakteristik nörofizyolojik ve nöropsikolojik özellikler içeren genetik kaynaklı sendrom kompleksi olarak tanımlanabilir (40). Down sendromu dismorfik bulgular, MR, pek çok malformasyon ve hastalığın eşlik ettiği en sık görülen kromozom anomalisidir (41). Klinik belirtileri ilk kez 1866'da John Langdon Down tarafından tanımlanmıştır. Langdon Down'ın orijinal tanımlamasından sonra 1959'da Dr. Jerome Lejuene ve arkadaşları Paris' te, tanımlandığı dönemde bilinmeyen bu sendroma ekstra bir kromozomun yol açtığını bulmuşlardır (42,43).

Down sendromunun sıklığı ülkeler ve etnik gruplarda farklılık olmaksızın, yenidoğan canlı bebeklerin yaklaşık 1:700 ile 1:800'ünde görülmektedir. Anne yaşı

ilerledikçe görülme sıklığında artış görülür (44) Ülkemizde ise sıklığı 600-800 canlı doğumda bir olarak bilinmektedir (45) Son yıllarda prenatal tanı yöntemleri ile erken tanı konulmasına karşına karşın gelişmiş toplumlarda doğurganlık yaşının yükselmesi nedeniyle bu hastalığın görülme sıklığı halen azalmamıştır (46).

Ülkemizde hemen her gebeye gebede prenatal tanı açısından tarama yapılmaktadır. Ultrasonografi (USG) ile fetal malformasyonların gösterilmesi mümkündür. 11' inci gebelik haftasından sonra yapılan koryon villüs örneklemesi ve 16' ncı gebelik haftasından sonra yapılan amniyosentezle gebeliğin erken dönemlerinde kesin olarak kromozomal anomaliler tanınabilmektedir. (47). 16- 18 gebelik haftasında USG ile ölçülen fetal boyun deri kalınlığının 2,5mm den fazla olması, biyokimyasal analizlerde maternal kanda; alfa fetoprotein azalması, human koryonik gonadotropin (hCG) artışı, nonkoniuge östriol düşüklüğü, annenin yaşı ve gebelik haftası göz önüne alınarak risk değerlendirmesi yapılır (48). Kanda üçlü test için bakılan bu üç hormona ek olarak inhibin-A düzeylerine de bakılarak (Dörtlü test) testin duyarlılığının daha da arttığı gösterilmiştir. Down sendromunda kan inhibin-A düzeylerinin yükseldiği saptanmıştır (49).

Sendrom, 21' inci kromozomun bölünme kusurundan kaynaklandığı için 'Trizomi 21' olarak da adlandırılmaktadır. Klinik etkileri trizomik kromozom segmentinin büyüklüğüne bağlı olarak değişkenlik gösterebilmektedir. Trizomik segmentin büyüklüğü dışındaki karyotip özelliklerinin fenotipi çok etkilemediği görülmüştür. Ancak klinik tanıda güçlük yaşanmasa bile, tanının doğrulanması, tekrarlama riskinin saptanması ve genetik danışmaya temel oluşturması açısından karyotip analizi mutlaka yapılmalıdır (50).

Down sendromu tipik yüz görünümü ile yenidoğan döneminden itibaren her yaşta kolaylıkla tanınabilir (44). Tipik yüz görünümünün haricinde hastalarda konjenital kalp hastalıkları, gastrointestinal hastalıklar, epilepsi ve diğer nörolojik anormallikler, immün yetmezlikler, hematolojik hastalıklar, görme ve işitme bozuklukları, otoimmün ve endokrin hastalıklar gibi klinik bulgular görülebilmektedir (41). Kişilerin neredeyse tamamında oblik palpebral fissürler, ensede fazla deri kıvrımı, mikrosefali, küçük ve displastik kulaklar, yukarı çekik gözler, epikantus, düz burun köprüsü, dar ve kısa damak, dilin dışarıda durması, Brushfield lekeleri, dolgun yanaklar, kısa geniş el, klinodaktili, simian çizgisi, ayak

1. ve 2. parmak aralarının geniş olması, ayak taban çizgilerinde artma gibi fenotipik bulgular vardır (45).

Down Sendromlu yenidoğan ve süt çocuklarında hipotoni en önemli özelliklerden biridir. Motor fonksiyonlar gecikmiştir. Motor fonksiyonların gecikmesi hipotoni ve mental gerilik ile ilişkilidir (51). Çocuklar, ortalama 70 IQ ile doğarlar ve eğitilebilir zeka geriliği grubundandırlar. Eğer eğitim almazlarsa IQ hızla gerileyip 50'nin altına inebilir (52). Bu nedenle erken yaşta eğitim almaları hayatlarını kendi başına idame ettirebilmeri açısından oldukça önemlidir.

Down Sendromunun klinik olarak aralarında fark olmasa da, regüler trizomi, translokasyon tipi ve mozaik tip olmak üzere üç sitogenetik tipi vardır.

a) Regüler trizomi (serbest trizomi): En sık görülen Down Sendromu tipidir. Down Sendromlu %90-95 oranında görülmekte, mayoz bölünme sırasında 21' inci kromozomdaki ayrılamama kusuru sonucu ortaya çıkmaktadır (53). Ayrılamama sonucunda 21' inci kromozomdan ikinci bir kopya içeren 24 kromozomlu bir gamet oluşur, bu gametin diğer ebeveynden gelen normal gamet ile birleşmesi sonucu 21' inci kromozomdan 3 kopya içeren 47 kromozomlu bir embriyo oluşur. Yaklaşık % 90'ında maternal gamette ve sıklıkla birinci mayoz bölünmede, yaklaşık % 10'unda ise paternel gamette ve sıklıkla ikinci mayoz bölünmede ayrılma hatası sorumludur (50). Anne ve babanın somatik hücrelerinde herhangi bir anormallik yoktur.

b) Translokasyon tipi Down Sendromu: Translokasyon, akrosentrik kromozomlar arasında, tüm kol değişimi sonucu oluşurlar. İnsanlarda 13, 14, 15, 21 ve 22 nolu kromozomlar arasında görülür (54). Toplam kromozom sayısı 46' dır. En sık rastlanan translokasyon 14q ve 21q arasındadır. Down Sendromlu olguların %4-6'sını oluşturmaktadır. Translokasyon tipi kalıtsal veya sporadik olabilmektedir. Kalıtsal oluşanı taşıyıcı olan anne veya babadan geçmektedir. Anne yaşı translokasyon tipinde etkili değildir (45).

c) Mozaik tip Down Sendromu: Bu tipte hücrelerinin bir kısmı normal, bir kısmı 21 numaralı kromozom için trizomiktir. Olguların %2-4' ünü oluşturmaktadır (45,46).

Trizomi 21'e neden olan hatalı ayrılmanın %80 maternal, %20 paternal kaynaklı olduğu düşünülmektedir (46).

2.1.3.1.4. Özgül Öğrenme Bozukluğu

A. Gerekli girişimlerde bulunulmuş olmasına karşın, en az altı aydır suren, aşağıdaki belirtilerden en az birinin varlığı ile belirli, öğrenme ve okul becerilerini kullanma güçlüğünün olması (33):

1. Sözcük okumanın yanlış ya da yavaş ve çok çaba gerektiriyor olması (tek tek sözcükleri yüksek sesle okurken, yanlış ya da yavaş ve duraksayarak okur).

2. Okunanın anlamını anlama güçlüğü.

3. Harf harf söyleme/ yazma güçlükleri.

4. Yazılı anlatım güçlükleri.

5. Sayı algısı, sayı gerçekleri ya da hesaplama güçlükleri.

6. Sayısal akıl yürütme güçlükleri.

B. Etkilenen okul becerileri, kişisel olarak uygulanan geçerli başarı ölçümleri ve kapsamlı klinik değerlendirme ile doğrulandığı üzere, kişinin kronolojik yaşına göre beklenenden önemli ölçüde düşüktür ve okul ya da işle ilgili başarıyı ya da günlük yaşam etkinliklerini ileri derecede bozar.

C. Öğrenme güçlükleri okul yıllarında başlar, ancak etkilenen okul becerileriyle ilgili gerekler, kişinin sınırlı yeterliğini aşmadıkça tam olarak kendini göstermeyebilir.

D. Öğrenme güçlükleri, anlıksal yetiyitimleri, düzeltilmemiş görme ya da duyma keskinliği, diğer ruhsal ve sinirsel bozukluklar, ruhsal-toplumsal güçlükler, okulda kullanılan dili tam bilmeme ya da eğitsel yönergelerin yetersizliği İle daha iyi açıklanamaz**.**

2.1.3.2. Fiziksel Engellilik

Kas ve iskelet sisteminde çeşitli nedenlerle ortaya çıkan, tam ya da kısmi yetersizlik, eksiklik ve fonksiyon kaybı sonucu oluşan engel durumuna fiziksel ya da ortopedik engel denir. Extremitelerde anomali, limitasyon, deformasyon ve kas zayıflığı olanlar, paraliziler, serebral paralizi, kas hastalıkları ve spina bifida bu gruba girer (55).

Engellilik hem çocuğun hem de ebeveynleri fiziksel, duygusal, sosyal yönden etkilemekte ve çeşitli problemlere maruz kalmalarına neden olmaktadır. Çevrenin tutumu ile yüzleşmekten kaçınma ve hayal kırıklığına bağlı olarak ebeveynler

kendilerini izole etmekte, engelli çocuğun bakımı, sorumluluk paylaşımı gibi nedenlerle aile içi çatışmalar yaşanmaktadır (56,57).

Bu tür engeli bulunan kişilerin diğer engel gruplarından sayıca daha fazla olduğu dünya istatistiklerinde de kabul edilmektedir (9). Bu nedenle fiziksel engelli çocukların ve ailelerinin sorunlarını anlamak ve çözüm sağlamak toplum sağlığını da önemli ölçüde iyileştirecektir.

2.1.3.2.1. Serebral Palsi

Serebral Palsi (SP) ilk defa 1861 yılında İngiliz ortopedist Dr. William Little tarafından "Little" hastalığı olarak tanımlanmıştır. Dr. William Little, hastalığın zor gerçekleşen doğumlar sırasında meyana geldiğini bildirmiştir. Sigmund Freud da 1890'lı yıllarda SP üzerinde çalışmalar yapmış ve doğum anında olduğu gibi, gebelik sırasında da bu hastalığın oluşabileceğini belirtmiştir. Daha sonra ise Burgess (1988) ve Phelps (1947) tarafından bu hastalık "Serebral Palsi" olarak adlandırılmıştır (58).

Bethesda'da 2004 yılında uluslararası SP Tanım ve Sınıflama Çalıştayı'nda serebral palsi; gelişmekte olan beyinde doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası zedelenme sonucu gelişen, ilerleyici olmayan, hareketi kısıtlayan, kalıcı motor işlev kaybı, postür ve hareket bozukluğu şeklinde tanımlanmıştır (59).

Türkiye'de SP sıklığı 4,4/ 1000 olarak saptanmıştır (60). Doğum ağırlığı ve gebelik haftası düştükçe SP insidansı da artmaktadır (61).

Serebral palsiye yol açan beyin hasarı prenatal, perinatal ve postnatal dönemde gelişebilir. SP'li Türk çocuklarında risk faktörleri sırasıyla düşük doğum ağırlığı (%45,1), preterm doğum (%40,5), doğum asfiksisi (%34,6), akraba evliliği (%23,8) olarak saptanmıştır (62).

Serebral palsinin sınıflandırması, tonüsün tipine ve vücut tutulumuna göre yapılır. 2000 yılında Avrupa SP araştırma grubu Surveillance of Cerebral Palsy in Europe tonus ve hareket anormalliğinin baskın tipine göre 4 ana başlıkta sınıflandırmıştır (63).

Spastik Tip: Spastisite ekstremitenin pasif harekete karşı gösterdiği fizyolojik direncin artmasıdır. SP'nin en sık rastlanan klinik formudur (59). Fizik muayenede kas tonusu artışı, derin tendon refleks canlılığı, germe refleksi artışı, klonus, babinski pozitifliği gibi üst motor nöron bulguları saptanmaktadır.

Kuadriplejik, hemiplejik, diplejik ve monoplejik olmak üzere 4 alt gruba ayrılır (64,65).

Diskinetik Tip: Diskinetik SP, anormal kas tonusu, otomatik hareketlerin koordinasyonunda, istemli hareketlerin organizasyonunda ve postural kontrolde bozuklukla karakterize tiptir. Hastaların üçte ikisinde neden perinatal asfiksidir. Hastaların üçte ikisi term bebeklerdir (64). Uyurken kas tonusu normaldir, istemsiz hareketler düzelir. Derin tendon refleksleri normal veya hafif canlı alınabilir. Stres ve amaca yönelik hareket yapmaya çalışıldığında atetozis, korea, ballismus, distoni gibi anormal hareket şekilleri artış gösterir, yorgunluk, heyecan ve diğer faktörlere bağlı olarak farklılık gösterebilir (66). Atetoz, dizartri, sensörinöral işitme kaybı ve yukarı bakış paralizisi yaygın görülen bulgulardır (67).

Ataksik Tip: Denge ve kordinasyonda bozukluk ön plandadır. Motor geriliğin yanında ekstremite ve gövdede hipotoni ve denge bozukluğu gibi serebellar bulgular vardır. Nörolojik muayenede nistagmus, dismetri, hipotoni, geniş tabanlı yürüme ve Romberg bulgusu saptanır. İnce motor becerilerde gerilik vardır (66).

Mikst Tip: Spastik ve koreatetoik, bazen de ataksik SP bulguların bir arada bulunduğu tiptir (64).

2.1.3.2.2. Nöromusküler Hastalıklar

Nöromusküler hastalıklar iskelet ve kas sistemlerini tutan, birbirinden çok farklı etiyoloji ve klinik gidişe sahip olan geniş bir hastalık grubudur. Nöromusküler hastalıkların büyük bir kısmında klinik gidiş ilerleyici niteliktedir ve kas zaafı ön plandadır. Yıllar içerisinde bireyin bağımsız hareket becerisini kaybetmesi ve günlük işlerinde başkalarına bağımlı hale gelmesi söz konusu olabilmektedir (68).

Nöromusküler hastalıklar spinal musküler atrofi (SMA) ve musküler distrofiler olmak üzere 2 grup altında incelenmektedir.

A. Spinal Musküler Atrofi (SMA): Otozomal resesif nöromüsküler hastalıklar arasında en sık görülenidir. İkinci motor nöronların kalıtımsal bir hastalığıdır. Kastaki progresif denervasyon kısmen komşu bir motor birim tarafından reinnervasyonla telafi edilir. Daha sonra, reinnerve eden motor nöron tutulduğunda kas liflerinde atrofi oluşur. Üst motor nöronlar normal kalır (69). Başlıca belirtileri, kas güçsüzlüğü ve kas atrofisidir. Ciddi solunum sıkıntısı eşlik edebilir. Hastalık klinik şiddetine göre tiplendirilir. Hastalığın etkin bir tedavisi yoktur. Fizik tedavi,

ortopedik girişimler, solunum tedavisi gibi yardımcı tedaviler ile semptomlar azaltılmaya çalışılır (70).

B. Musküler Distrofiler: Musküler Distrofiler, kas ve iskelet sistemi yanında birçok sistemi etkileyen, kalıtsal bir hastalık grubudur. Bazıları doğumda belirti verip hızlı ilerleyerek ölümle sonuçlanırken bazıları da yavaş seyredip geç erişkin döneme kadar belirti vermeyebilir (69). Birçok hastalık grubunu içerir.

1. Duchenne ve Becker Musküler Distrofileri: En yaygın kalıtsal nöromuskuler hastalık Duchenne musküler distrofisidir ve X'e bağlı resesif kalıtılmaktadır. Becker musküler distrofisi de Duchenne musküler distrofisi ile aynı genetik defekt sonucu meydana gelmesine rağmen daha hafif bir klinik göstermektedir (69). Duchenne musküler distrofisinde erken dönemde merdiven çıkmakta güçlük, sık düşme, yürüme bozukluğu gibi kas zayıflığının erken belirtileri vardır. Daha sonra yürümede giderek güçlük, lordoz artışı ve yerden kalkmakta güçlük başlar. Restrüktif akciğer hastalığı, kalp kası tutulumu eşlik eder. Becker tipi kas distrofisinde ise belirtiler 5-55 yaş arasında başlar daha yavaş seyreder. Ancak kardiyomiyopti riski Duchenne musküler distrofisinden daha fazladır (70,71). Tanıda kas biyopsisi veya genetik inceleme yapılabilir. Kesin tedavi yöntemi yoktur. Fizyoterapi ile semptomlar azaltılmaya çalışılır (72).

2. Miyotonik Distrofi: Miyotonik distrofi birden çok organ sisteminde işlev bozukluğuna sebep olan genetik bir kas hastalığıdır. Sadece çizgili kas değil gastrointestinal traktus ve uterustaki düz kaslar da tutulur; kardiyak işlevde de bozulma olur. Bazı endokrinopatiler, immünolojik yetersizlikler, katarakt, dismorfik yüz, zekâda bozulma ve nörolojik anormallikler vardır (73). Spesifik bir tıbbi tedavi yoktur, ancak kardiyak, endokrin, gastrointestinal ve okuler komplikasyonlar tedavi edilebilir. Hastalığın yenidoğan formunda fizyoterapi ve kontraktürlerin ortopedik tedavisi faydalı olabilir (69).

3. Limb-Girdle Musküler Distrofisi: Kalça ve omuz kuşağı kaslarını tutan bir grup ilerleyici herediter kas hastalıkları grubudur. Zamanla distal kaslar da atrofik ve güçsüz hale gelir. Kardiyak tutulum nadiren olabilir. Otozomal resesif ve otozomal dominant kalıtım görülebilir. Otozomal dominant form genellikle benign bir seyir izler ve fonksiyonel kayıp daha azdır (69,74).

2.1.3.2.3. Spina Bifida

Fertilizasyondan sonra hücreler hızla bölünür ve blastokist denen içi boş bir küme oluştururlar. Blastokistin iç tabakasına embriyoblast, dış tabakasına trofoblast denir. Embriyonik hücre tabakasının dorsal kısmındaki hücreler epiblast, ventral kısmındaki hücreler ise hipoblast olarak adlandırılır (75). Hücreler farklılaşma ve özelleşmeye başlar ve 14' üncü günde oval embriyonik disk oluşur. Bu devre gastrulasyon evresidir. Embriyonik diskin dış tarafında ektoderm, iç tarafında endoderm tabakası yer alır. Gastrulasyon embriyonik diskin kaudal ucunda primitif çizgi oluşması ile başlar. Bu çizginin sefalik ucunda primitif nod (Hensen nodu) belirginleşir (76).

Embriyonik diskin dış tarafında ektoderm, iç tarafında endoderm tabakası yer alır ve hücreler ektoderm ve endoderm tabakaları arasında, primitif çizginin her iki tarafından iç kısımlara doğru göç ederek paraksiyal intraembriyonik mezodermi oluşturur (76).

Gestasyonun 17' inci gününde, primitif çizginin gerilemesi ve Hensen nodundan köken alan hücrelerin endoderm ve ektoderm arasında göç etmesiyle orta hatta uzunlamasına bir kordon (notokord) oluşur. Notokord 18' inci günde silindir şeklini alır ve altında bulunan endoderme katılır. Bu aşamada 3 germ tabakası olan ektoderm, endoderm ve mezoderm nöral tüpü oluşturmaya başlarlar (76).

Nöral tüp defektleri, embriyogenezisin 4 haftası boyunca nöral tüpün kapanamaması sonucu ortaya çıkan tüm konjenital anomalileri içeren bir hastalık grubudur (77). Nöral tüp defektleri beyinden sakruma kadar tüm merkezi sinir sisteminin herhangi bir yerinde meydana gelebilir. Spina bifida nöral tüp defektleri arasında yer alan medulla spinalisin kapanma defektlerini içeren grubudur.

Spina Bifida ilk kez 1651 yılında Nicholaas Tulp tarafından tanımlanış ve Spina Bifida terimi Tulp tarafından türetilmiş ve ‘‘Bir kitle içinde sinirlerin uzayarak farklı yönlerde saçılması" şeklinde tanımlamıştır (78).

Spina bifida görülme sıklığı bakımından dünyada ikinci sırada olan konjenital doğum defektidir. Görülme sıklığı genetik ve çevresel faktörlere bağlıdır, prevalansı coğrafi bölgelere göre değişkenlik gösterir. Gelişmekte olan ülkelerde daha sık görülür (79). Türkiye'de yapılan bir araştırmada en yüksek nöral tüp defekti çocuk doğuran annelerin yaşının 35 yaş üstü ve 19 yaş altı olduğu, eğitim durumu daha

düşük anne ve babaların çocuklarında daha sık olduğu görülmüştür. Spina bifidalı çocukların kardeşlerindeki risk %3 ile %8 arasında değişmektedir ve bu oran genel popülasyona göre yüksektir (80,81).

Etiyolojisi tam olarak bilinmemekle birlikte risk faktörleri olarak aile hikayesi, maternal yetersiz folik asit alımı, pregestasyonel maternal diabetes mellitus ve maternal valproik asit ve karbamazepin kullanımı, alkolizm sayılabilir (80,82).

Klinik olarak parapleji veya değişik düzeylerde motor fonksiyon kaybı görülür. Bacaklardaki paraliziden dolayı genellikle atel veya tekerlekli sandalye gerekir. Tam kord kesisine benzeyen lezyonlarda seviye altında flask paralizi, duyu ve refleks kaybı vardır. İnkomplet lezyonlarda istemli hareket veya duyu korunmuş olabilir. Atlamalı lezyonlar da ise kaudal segmentlerde işlev varken arada bazı çalışmayan segmentler görülebilir (83). Kifoz, skolyoz, dizde fleksiyon deformiteleri, pes ekinovarus gibi ayak deformiteleri, kalça displazisi gibi postüral sorunlar olabilir (77). Hastaların büyük bir kısmında nörojenik mesane vardır. Bunun sonucu olarak idrar akımının yavaşlamasına bağlı enfeksiyon, mesane divertikülü, üreteral reflü ve kronik böbrek yetmezliği gelişebilir. Hastaların çoğu temiz aralıklı kateterizasyon kullanmaktadır (76,84). Uyarıların bozulması ile rektal veya rektosigmoid motilitenin yavaşlaması, anal veya rektal hissin kaybolması, bozulmuş eksternal anal sfinkter fonksiyonu, internal sfinkterin motor koordinasyonunun bozulması ve buna bağlı gaita inkontinansı veya konstipasyon şeklinde gastrointestinal problemler görülür (85).

2.1.3.2.4. Spinal Kord Yaralanmaları

Spinal kord yaralanmaları, konjenital veya sonradan trafik kazaları, ani düşme, boyun ve gövdenin hiperekstansiyonu, vertebraların kırık ve dislokasyonları gibi travmatik nedenlere bağlı olarak görülmektedir. Malign tümör, spinal stenozis veya vasküler iskemi sonucu travmatik olmayan durumlarda da gelişebilir (86).

Çocukluk çağında görülen kas-iskelet sistemi yaralanmalarının yaklaşık %2-3'ü omurga ve omuriliği etkilediği, çocuklarda spinal kord yaralanma sıklığının özellikle iki yaş döneminde yoğunlaştığı, 5 yaşından küçük ve 10 yaşından büyük çocukların bu tip yaralanmalara daha yatkın olduğu saptanmıştır (87).

Medulla spinalis yaralanması ortaya çıkarmış olduğu kayıplara bağlı olarak insan hayatında önemli değişiklikler yapar (88). Yaralanmaya bağlı gelişen pleji

tablosunda hastalar; ekstremitelerini, mesane, bağırsak ve seksüel fonksiyonların kontrolünü içeren pek çok vücut fonksiyonlarını kaybetmişlerdir. Bu kayıplar beraberinde getirdiği fiziksel, psikososyal, ekonomik sorunlar ile bireysel olduğu kadar toplumsal bir boyut da taşımaktadır (89).

Spinal kord yaralanması sonrası görülebilen klinik sendromlar:

Santral Kord Sendromu: Spinal kordun servikal bölgede direkt mekanik bası altında kaldığı durumlarda gelişebilir. Motor kayıp bacaklardan çok kollarda belirgindir (90).

Brown-Sequard Sendromu: Sıklıkla servikal hiperekstansiyon ve kesici alet yaralanmalarında görülür. Spinal kord lateral yarısı yaralanmıştır. İpsilateral tarafta motor ve propriyoseptif duyu, kontrlateral tarafta iğne ve ısı duyusunda bozukluk oluşur (90).

Anterior Kord Sendromu: Propriosepsiyon etkilenmez ancak değişik derecelerde motor ve duyusal bozukluklar oluşur (90).

Konus Medullaris Sendromu: Başlangıçta bacaklarda ve anal sfinkterdeki flask paraliziyi, kronik evrede bir miktar kas atrofisi ve spastisite veya ekstansör plantar yanıtlarla birlikte refleks hiperaktivite izler (90).

Posterior Kord Sendromu: Hastanın spinotalamik fonksiyonları korunurken, kordun arka yarısındaki lezyona bağlı olarak hareket ve propriosepsiyon kaybı vardır (90).

2.2. DEPRESYON

2.2.1. Depresyonun Tanımı

Depresyon sözcüğü, çökme, kederli hissetme, işlevsel ve yaşamsal aktivitenin azalması gibi anlamlarda kullanılan duygudurumu ifade eder. Kelimenin kökeni olan “depress” sözcüğü ise Latince “depressus” tan türemiş olup aşağı doğru bastırmak, alçakta olmak, bitkin, gamlı, donuklaştırmak, durgunlaştırmak gibi anlamlara gelmektedir (91).

Depresyon biyolojik, psikolojik ve sosyal nedenleri olan bir duygudurum bozukluğudur (92). Duygudurum içsel olarak yaşantılanan, kişinin davranışları ve dünyayı algılamasını değiştiren sürekli duygu tonudur. Duygulanım ise

duygudurumun dışa ifade edilmesine denir. Duygudurum normal, yükselmiş ya da çökkün olabilir. Depresyonda duygudurumun çökkün olan hali görülür (93).

Depresyonda insanın yaşama istek ve zevki kaybolur, kişi kendisini derin bir keder içerisinde hisseder. Geleceğe ilişkin karamsar düşünceler, geçmişe ilişkin yoğun pişmanlık, suçluluk duygu ve düşünceleri vardır. Bazen ölüm düşüncesi, bazen intihar girişimi ve sonuçta ölüm görülebilir. Uyku, iştah, cinsel istek ile ilgili fizyolojik bozukluklar sıklıkla tabloya eşlik eder. Ayrıca depresyonda dünyaya karşı ilginin azalması veya tam kaybı, kendini ayıplama, kınama, kendine serzenişte bulunma, sitem etme ve kendini aşağılama, hor görme gibi duygularla bir arada olan ciddi benlik saygısı ve kendilik değeri düşmesi saptanır (94).

2.2.2. Depresyonun Tarihçesi

Depresyon bilinen psikiyatrik bozuklukların en eskilerinden biridir. Eski Ahit'te ve klasik Hindu tıbbi metinlerinde izine rastlanmıştır. Bazı mitolojilerde, eski ve yeni dinlerde Tanrı' ya başkaldıran, insana bütün kötülükleri yaptıran varlık şeytan olarak kabul edilmektedir. M.Ö. 1400-1500 yıllarında Hindistan' da şeytan, depresyonun ortaya çıkmasında rol oynayan tek etken olarak görülmüştür. İlk çağda Platon ise ruhsal hastalıkların doğa ve doğaüstü güçlerden kaynaklandığını ileri sürmüştür. Melankolinin nedeni olarak tanrıları ve doğaüstü güçleri göstermiştir (95).

Tıp literatüründe depresyonu ilk olarak Hipokrat tanımlamıştır. Hipokrat bu durumu kara safra fazlalığı olarak belirtmiş ve "melaine chole" olarak adlandırmıştır. Hipokrat melankoli terimiyle, karaciğer ve safra yollarındaki bozukluklardan kaynaklanan durgunluk, isteksizlik, ilgisizlik, uykusuzluk, kaygı ve intihar düşünceleriyle ortaya çıkan bir hastalık tablosu tanımlamıştır (96). Galen' e göre melankoli; korku ve depresyon, yaşamdan hoşnutsuzluk, tüm insanlardan nefret ile kendini gösterir (97).

Orta çağda, ruhsal hastalıkların tanımlanmasında ve sınıflandırılmasında İslam dünyası öne çıkmıştır. Razi; insanın yaşantısını bitkisel, hayvansal ve mantıksal olarak üç ayrı ruh durumunun oluşturduğunu ileri sürmüştür. Bu üç ruh durumlarının eksikliğinin veya fazlalığının ruhsal bozukluğa yol açacağını belirtmiştir (98).

Yeniçağda ruhsal bozukluk ve hastalıkların sınıflandırılmasında eski İslam, Roma ve Yunan hekimlerinin düşünceleri ağırlık kazanmıştır. Fransa' da Fernel

ruhsal bozuklukları ve hastalıkları beynin zarlarını, yapısını ve karıncıklarını bozan nedenlere bağlı olarak üç gruba ayırmış: Birinci grupta baş ağrılarına, ikinci grupta ateşli akıl hastalıkları ve maniye, üçüncü grupta ise baş dönmesi, epilepsi, karabasan, kasılma ve titremeye yer vermiştir. İngiltere'de Timothy Bright, "Melankoli" adlı kitabında melankoliyi doğal ve doğal olmayan olarak iki gruba ayırmıştır. Bright da doğal melankoliye kara safranın yol açtığını savunmuştur. 1621' de Burton "Melankolinin Anatomisi" adlı kitabında melankolinin farklı tiplerini tanımlamış, bunlara ilişkin belirtileri, bulguları ve ayrıcı tanıları belirlemiş ve beyin yapısıyla ilgili açıklamalar getirmiştir (98).

Yakınçağda Pinel ruh hastalıklarını mani, melankoli, bunama ve zeka geriliği olarak dörde ayırmış ve bu hastalıkların yapısal bozukluklar sonucu ortaya çıktığını savunmuştur (98,99). Affektif bozukluk terimini ilk olarak İngiliz psikiyatrist H. Maudsley kullanmıştır. Kahlbaum Almanya' da "distimi", "siklotimi" terimlerini tanımlamış ve bu terimlerin kapsamı içine giren duygulanım bozukluklarını sınıflandırmıştır (99). E. Kraepelin ise mani ve melankolinin bütün formlarını bir araya toplamış, uzunlamasına seyirde tekrarlayabildiğini, birbirini izleyebildiğini, üst üste binebildiğini gözlemlemiş, 1899 yılında yayınladığı ders kitabında manikdepresif hastalığı ayrı bir nozolojik antite haline getirmiştir. E. Kraepelin klinik depresyonun çekirdek patolojisini, duygudurumda çökme ve fiziksel ve zihinsel süreçlerde yavaşlama olarak tariflemiştir (35). DSM-II'de Kraepelin'in yaklaşımı doğrultusunda sınıflamaya devam edilmiş, DSM-III ve DSM-III-R'de bu yaklaşım değişikliğe uğramıştır (99). DSM-IV ve DSM-V' te depresyonun alt tipleri ve tanı kriterleri ayrıntılı olarak tanımlanmıştır.

2.2.3. Depresyonun Epidemiyolojisi

Depresyon bütün psikiyatrik hastalıklar içerisinde dünyada en yaygın görülenidir. Kişide önemli düzeyde işgücü ve yeti yitimine yol açabileceği için bir toplum sağlığı sorunu olarak değerlendirilebilir (100).

Hayat boyu anlamlı depresif semptom prevalansı % 13- 20 arasında değişmektedir. Depresyon spektrum bozuklukları içinde en sık görüleni majör depresif bozukluk olup kadınlarda erkeklere oranla 2-3 kat daha yaygın görülür. Erkek ve kadınlarda en yüksek oranlar 25- 44 yaş grubundadır (101).

Depresif belirtilerin alt sosyoekonomik düzeydeki insanlarda daha yaygın olarak bulunduğu gösterilmişse de, majör depresif bozukluğun sosyal sınıflarla belirgin bir ilişkisi saptanamamıştır (102).

Medeni durum ile depresyon arasındaki ilişki incelendiğinde ayrılmış ve boşanmış olanlarda depresyon daha fazla görüldüğü, evliliğin depresyon oluşumuna karşı koruyucu olduğu, bu durumun kadınlardan çok erkekler için daha geçerli olduğu pek çok çalışmada vurgulanmıştır (103).

Türkiye' de ruhsal hastalıkların yaygınlığı belirlemek amacıyla ülke genelini temsil eden en önemli çalışmalardan biri Dünya Sağlık Örgütü'nün projesi kapsamında 1995-1996 yılları asında yapılan Türkiye Ruh Sağlığı Profili araştırmasıdır. 7479 kişi ile yapılan bu araştırma kapsamında görüşülen kişilerin %17,2' sinde en az bir ruhsal hastalık, %7,2' sinde depresif bozukluk saptanmıştır (104). Kayahan ve arkadaşları' nın yaptığı çalışmada ülkemizde 15-49 yaşları arasındaki kadınlarda depresyon prevalansı %25,8 olarak bulunmuştur (105).

2.2.4. Depresyon Etiyolojisi

Depresyonun etiyolojisi biyolojik, psikososyal ve genetik faktörler olarak 3 ana başlıkta incelense de bunların aralarında sıkı ilişkiler bulunması, böyle bir ayrımın çok da doğru olmadığını göstermektedir (106). Biyolojik etkenlerin kişinin nörokimyasal yapısını etkileyebileceği gibi, psikososyal etkenler de beynin nörokimyasal ve anatomik yapısını değiştirecek sonuçlara yol açabilir (107). Örneğin biyolojik etkenler kişinin ruhsal yaşamını, psikolojik etkenler de zaman içinde gen ekspresyonunu etkileyebilir. Depresyon, çok etkenli etiyolojiye sahip olan ve çeşitli klinik tabloların eşlik ettiği bir sendrom/ bozukluk olarak ele alınabilir (106).

Duygudurum bozukluklarının etiyolojisinde en çok biyojenik aminler, özellikle de serotonin ve noradrenalin, üzerinde durulmuştur.

Özgül serotonin geri alım inhibitörlerinin, depresyon tedavisinde başarıyla kullanılmasından sonra, serotoninin depresyon etiyolojisinde en önemli nörotransmitter olduğu düşünülmüştür. İntihar girişiminde bulunan hastalarda düşük BOS serotonin konsantrasyonunda ve trombositlerde serotonin bağlanan bölgelerde azalma gözlenmesi de bu düşünceyi desteklemektedir (108).

Beta adrenerjik reseptörlerin duyarlılığında azalma olması ile antidepresanlara alınan klinik cevap arasındaki ilişki, noradrenalinin depresyon

etiyolojisinde rolü olduğunu göstermektedir. Ayrıca, presinaptik alfa-2 adrenerjik reseptörler de sinaptik aralığa salıverilen noradrenalin seviyesini azaltarak depresyonda rol oynadıkları gösterilmiştir (108).

Depresyonda mezolimbik dopamin yolağında da bozulma olduğu ve dopamin tip I reseptörlerinin depresyonda hipoaktif olduğuna dair bulgular vardır. Rezerpin gibi dopamin miktarında azalmaya yol açan ilaçların depresyona neden olması ve Parkinson hastalığı gibi dopamin konsantrasyonlarının düşük olduğu hastalarda depresyonun da sıklıkla birliktelik göstermesi, depresyonda dopaminin de etkisi olduğunu kanıtlamıştır (108).

Kişinin kişilik yapısı ve sosyal çevresi ile depresyon arasındaki ilişkileri gösteren pek çok çalışma vardır. Özellikle çocukluk çağında ihmal, istismar, ya da kayıp gibi travmatik çevresel durumların depresyon riskinde artış ile güçlü bağlantıları olduğu gösterilmiştir (109).

2.2.5. Depresyonun Sınıflaması:

DSM-V tanı ölçütlerine göre depresyon bozuklukları sınıflaması aşağıdaki şekildedir: (33)

1- Yıkıcı Duygudurumu Düzenleyememe Bozukluğu

2- Yeğin (Majör) Depresyon Bozukluğu

3- Süregiden Depresyon Bozukluğu (Distimi)

4- Aybaşı Öncesi (Premenstrüel) Disfori Bozukluğu

5- Maddenin/ İlacın Yol Açtığı Depresyon Bozukluğu

6- Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı Depresyon Bozukluğu

7- Tanımlanmış Diğer Bir Depresyon Bozukluğu

8- Tanımlanmamış Depresyon Bozukluğu

2.2.5.1. Yıkıcı Duygudurumu Düzenleyememe Bozukluğu

A. Sözel ve/ veya davranışsal olarak kendini gösteren, içinde bulunulan ya da kışkırtan duruma göre yoğunluk ya da süre açısından büyük ölçüde orantısız olan, yineleyici, ağır öfke patlamaları.

B. Öfke patlamaları gelişim düzeyiyle tutarsızdır**.**

C. Öfke patlamaları, ortalama olarak haftada üç ya da daha çok kez ortaya çıkar.

D. Öfke patlamaları aralarındaki duygudurum, neredeyse her gün, sürekli olarak çabuk kızma ya da kızgınlık gösterme ile belirlidir ve bu durum başkalarınca (örn. anababaları, öğretmenleri, yaşıtları) gözlenebilir.

E. A-D tanı ölçütleri 12 aydır ya da daha uzun bir süredir vardır. Bu süre boyunca, kişinin A-D tanı ölçütlerindeki bütün belirtilerin olmadığı ardışık üç ay ya da daha uzun süren bir süre olmamıştır.

F. A ve D tanı ölçütleri, üç ortamdan (evde, okulda, yaşıtlarıyla birlikteyken) en az ikisinde vardır ve bunlardan en az birinde, ağır bir biçimde kendini gösterir.

G. Bu tanı, ilk kez, 6 yaşından önce ya da 18 yaşından sonra konmamalıdır**.**

H. Öyküden elde edilen bilgilere ya da yapılan gözleme göre, A-E tanı ölçütlerinin başlangıç yaşı 10 yaşından öncedir.

I. Mani ya da hipomani döneminin, süre dışında, belirti tanı ölçütlerinin tam karşılandığı, bir günden daha uzun suren ayrı bir dönem hiç olmamıştır.

J. Bu davranışlar, yalnızca majör depresyon bozukluğu dönemi sırasında ortaya çıkmaz ve başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

K. Bu belirtiler, bir maddenin, başka bir sağlık durumunun ya da nörolojiyle ilgili bir durumun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

2.2.5.2. Yeğin (Majör) Depresyon Bozukluğu

A. Aynı iki haftalık dönem boyunca, aşağıdaki belirtilerden beşi (ya da daha çoğu) bulunmuştur ve önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olmuştur; bu belirtilerden en az biri ya çökkün duygudurum ya da ilgisini yitirme/ zevk almamadır.

1. Çökün duygudurum, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunur ve bu durumu ya kişinin kendisi bildirir ya da bu durum başkalarınca gözlenir.

2. Bütün ya da neredeyse bütün etkinliklere karşı ilgide belirgin azalma ya da bunlardan zevk almama durumu, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunur.

3. Kilo vermeye çalışmıyorken (diyet yapmıyorken) çok kilo verme ya da kilo alma ya da neredeyse her gün, yeme isteğinde azalma ya da artma

4. Neredeyse her gün, uykusuzluk çekme ya da aşırı uyuma.

5. Neredeyse her gün, psikodevinsel kışkırma (ajitasyon) ya da yavaşlama.

6. Neredeyse her gün, bitkinlik ya da içsel gücün kalmaması.

7. Neredeyse her gün, değersizlik ya da aşırı ya da uygunsuz suçluluk duyguları (sanrısal olabilir).

8. Neredeyse her gün, düşünmekte ya da odaklanmakta güçlük çekme ya da kararsızlık yaşama (öznel anlatıma göre ya da başkalarınca gözlenir).

9. Yineleyici ölüm düşünceleri (yalnızca ölüm korkusu değil), özel eylem tasarlamaksızın yineleyici kendini öldürme (intihar) düşünceleri ya da kendini öldürme girişimi ya da kendini öldürmek üzere özel bir eylem tasarlama**.**

B. Bu belirtiler klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer İşlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.

C. Bu dönem, bir maddenin ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

D. Yeğin depresyon döneminin ortaya çıkışı şizoduygulanımsal bozukluk, şizofreni, şizofrenimsi bozukluk, sanrılı bozukluk ya da şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden tanımlanmış ya da tanımlanmamış diğer bozukluklarla daha iyi açıklanamaz.

E. Hiçbir zaman bir mani dönemi ya da bir hipomani dönemi geçirilmemiştir.

2.2.5.3. Süregiden Depresyon Bozukluğu (Distimi)

A. En az iki yıl süreyle, çoğu gün, günün büyük bir bölümünde, kişinin söylediği ya da başkalarınca gözlendiği üzere, çökkün duygudurum vardır.

B. Depresyondayken aşağıdakilerden ikisinin (ya da daha çoğunun) varlığı:

1. Yeme isteğinde azalma ya da aşırı yemek yeme.

2. Uykusuzluk çekme ya da aşırı uyku uyuma**.**

3. İçsel güçte (enerji düzeyinde) azalma ya da bitkinlik.

4. Benlik saygısında azalma.

5. Odaklanamama ya da karar vermekte güçlük çekme.

6. Umutsuzluk duyguları**.**

C. Bu bozukluğun iki yıllık (çocuklarda ya da ergenlerde bir yıllık) süresinde, kişide, bir kerede, iki aydan daha uzun bir süre, A ve B tanı ölçütlerinde sayılan belirtilerinin olmadığı olmamıştır.

D. Yeğin depresyon bozukluğu için tanı ölçütleri, iki yıl süreyle, sürekli olarak bulunabilir.

E. Hiçbir zaman bir mani dönemi ya da bir hipomani dönemi geçirilmemiştir ve siklotimi bozukluğu için tanı ölçütleri hiçbir zaman karşılamamıştır.

F. Bu bozukluk, süregiden şizoduygulanımsal bozukluk, şizofreni, sanrılı bozukluk ya da şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden tanımlanmış ya da tanımlanmamış diğer bozukluklarla daha iyi açıklanamaz.

G. Bu belirtiler, bir maddenin ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

H. Yeğin depresyon döneminin ortaya çıkışı şizoduygulanımsal bozukluk, şizofreni, şizofrenimsi bozukluk, sanrılı bozukluk ya da şizofreni acılımı kapsamında ve psikozla giden tanımlanmış ya da tanımlanmamış diğer bozukluklarla daha iyi açıklanamaz.

I. Bu belirtiler klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.

2.2.5.4. Aybaşı Öncesi (Premenstrüel) Disfori Bozukluğu

A. Menstrüasyon döngülerinin büyük bir çoğunluğunda, menstrüasyonun başlamasından önceki son hafta, en az beş belirti bulunmalıdır, bu belirtiler menstrüasyonun başlamasından sonraki birkaç gün içinde iyileşmeye başlar ve sonraki hafta çok azalır ya da yok olur.

B. Aşağıdaki belirtilerden biri (ya da daha çoğu) bulunmalıdır:

1. Belirgin duygusal değişkenlik (örn. duygudurum dalgalanmaları; birden kendini üzüntülü ya da ağlamaklı hissetme ya da kabul görmemeye karşı artmış duyarlılık).

2. Belirgin bir biçimde kolay kızma, öfkelenme ya da kişilerarası çatışmalarda artma**.**

3. Belirgin bir çökkün duygudurum, umutsuzluk duyguları ya da kendini küçümseyen düşünceler.

4. Belirgin bir bunaltı, gerginlik ve/ya da diken üzerinde ya da sinirli olma.

C. B tanı ölçütündeki belirtilerle birleştirilince toplam beş belirtiye çıkmak üzere, ayrıca, aşağıdaki belirtilerden biri (ya da daha çoğu) daha bulunmalıdır:

1. Olağan etkinliklere karşı ilgide azalma.

2. Odaklanmakta öznel güçlük çekme.

3. Uyuşukluk, kolay yorulma ya da içsel güçte belirgin bir düşüklük**.**

4. Belirgin bir yeme isteği değişikliği; aşırı yemek yeme ya da özel birtakım yiyecekleri yemek için aşırı istek duyma.

5. Aşırı uyku uyuma ya da uykusuzluk çekme.

6. Bunalmışlık ya da denetimini yitirmişlik duyumu.

7. Göğüslerde duyarlılık ya da şişme, eklem ya da kas ağrısı, "davul gibi şişme" duyumu ya da kilo alma gibi bedensel belirtiler.

D. Bu belirtiler, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıyla ya da işte, okulda, olağan toplumsal etkinliklerde ya da başkalarıyla olan ilişkilerde bozulmayla gider.

E. Bu bozukluk, yalnızca, yeğin depresyon bozukluğu, panik bozukluğu, süregiden depresyon bozukluğu (distimi) ya da bir kişilik bozukluğu gibi başka bir bozukluğun belirtilerinin alevlenmesi değildir.

F. A tanı ölçütü, en az iki belirtili döngü sırasında, ileriye dönük günlük derecelendirme ile doğrulanmalıdır.

G. Bu belirtiler, bir maddenin ya da başka bir sağlık durumunun (örn. hipertiroidizm) fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

2.2.5.5. Maddenin/ İlacın Yol Açtığı Depresyon Bozukluğu

A. Klinik görünüme belirgin ve sürekli bir duygudurum bozukluğu egemendir ve bu klinik durum, çökkün duygudurum ya da bütün ya da neredeyse bütün etkinliklere karşı ilgide belirgin azalma ya da bunlardan zevk almama durumu ile belirlidir.

B. Öykü, fizik muayene ya da laboratuvar bulgularından elde edilen kanıtlar (1) ve (2)' nin varlığını gösterir;

1. A tanı ölçütündeki belirtiler, madde esrikliği (entoksikasyonu) ya da yoksunluğu sırasında ya da az bir zaman sonrasında ya da bir ilaç aldıktan sonra gelişmiştir.

2. Söz konusu madde/ ilaç, A tanı ölçütündeki belirtileri ortaya çıkarabilir.

C. Bu bozukluk, maddenin/ilacın yol açmadığı bir depresyon bozukluğuyla daha iyi açıklanamaz.

D. Bu bozukluk yalnızca deliryumun gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır.

E. Bu bozukluk, klinik acıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.

2.2.5.6. Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı Depresyon Bozukluğu

A. Klinik görünümde, belirgin ve sürekli bir çökkün duygudurum dönemi ya da bütün ya da neredeyse bütün etkinliklere karşı ilgide belirgin azalma ya da bunlardan zevk almama durumu vardır.

B. Öykü, fizik muayene ya da laboratuvar bulgularında, bu bozukluğun, başka bir sağlık durumunun doğrudan patofizyoloji ile ilgili bir sonucu olduğuna ilişkin kanıtlar vardır.

C. Bu bozukluk, başka bir ruhsal bozuklukla daha İyi açıklanamaz.

D. Bu bozukluk yalnızca deliryumun gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır**.**

E. Bu bozukluk, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında İşlevsellikte düşmeye neden olur.

2.2.6. Depresyonun Tedavisi

Depresyon tedavisi çok yönlüdür; iyi hasta-hekim ilişkisi, uygun farmakolojik tedavi, psikososyal ve psikoterapötik müdahalelerden oluşur (110).

Öncelikle hastada ek tıbbi bozukluk olup olmadığı değerlendirilmeli, varsa bu tıbbi bozukluk tedavi edilmelidir. Daha sonra tedavinin amacı belirlenmelidir. Farmakolojik tedavi planlanıyorsa hastaya uygun ilaç seçilmeli yan etkiler hakkında bilgi verilmeli ve takibe alınmalıdır. Eğer hastada psikoterapi gerekliği var ise uygun branşa yönlendirilmelidir (111).

Farmakolojik Tedavi: Antidepresan ilaç seçerken ilacın hastaya uygun, az yan etkili ve güvenilir olmasına dikkat edilmelidir. İlaç en az altı hafta kullanılmalı, bu sürenin üç haftası etkin, tolere edilen en üst dozdan verilmelidir. Bu süreden önce yan etki nedeniyle gerekmedikçe farklı bir ilaca geçilmemelidir. Bu sürenin üç haftası etkin, tolere edilen en üst dozdan verilmelidir. Bu süreden önce yan etki nedeniyle gerekmedikçe farklı bir ilaca geçilmemelidir (112). Tedaviye yanıt alındığı durumlarda, düzelmeden sonra 6-12 ay tedaviye devam edilmelidir. 6-12 aylık sürdürme döneminin ardından ilaçlar aylar içinde azaltılarak kesilmelidir (111).

Trisiklik Antidepresanlar (TSA): Etkilerini serotonin ve noradrenalin geri alımını inhibe ederek gösterirler. Bu grup ilaçların antikolinerjik etkileri sebebiyle yan etkileri oldukça fazladır. Bulanık görme, ortostatik hipotansiyon, hipertermi, ağız kuruluğu, üriner retansiyon. konstipasyon, cinsel disfonksiyon, uyku ve iştah artışı, taşikardi, dar açılı glokomda artış gibi yan etkileri vardır (113). İntihar girişimlerinde

kullanımında ölüm riskini artırması nedeniyle kullanımı azalmıştır. Opipramol, imipramin, klomipramin, amitriptilin, maprotilin bu grupta yer alır (112).

Seçici Serotonin Gerialım İnhibitörleri (SSRI): Bu ilaçlar post sinaptik sinir ucunda serotin maddesinin (5-Hidroksitriptamin) presnaptik uç tarafından geri emilmesini engelleyerek toplam miktarını arttırmak yoluyla etki gösterirler (112). TSA'lara göre yan etkilerinin daha az olması nedeniyle daha güvenli ve ilaca uyumun daha iyi olduğu ilaçlardır. Bu grupta sertralin, fluoksetin, paroksetin, fluvoksamin, sitalopram, essitalopram yer almaktadır. Huzursuzluk, motor hareketlerde değişim, cinsel fonksiyon bozuklukları, diyare gibi yan etkileri olabilir. Özellikle ek medikal hastalıkları olanlarda ve yaşlılarda çoklu ilaç kullanımında sorun oluşturabilecek sitokrom enzim düzeyindeki etkileşimlere dikkat edilmelidir (111).

Serotonin Noradrenalin Gerialım İnhibitörleri (SNRI): Düşük dozlarda serotonerjik, yüksek dozlarda ise noradrenerjik sistemler üzerinde etkilidirler. Bu grubun yan etki profili SSRI'lara benzemektedir. Klinikte ilk tedavi seçeneği olarak tercih edilebilecekleri gibi SSRI tedavisinin başarısız olduğu durumlarda ikinci tercih olarak kullanılabilirler. Venflaksin, duloksetin, milnasipran bu grupta yer alan ilaçlardır (112).

Monoamin Oksidaz İnhibitörleri (MAOI): İlk olarak geliştirilen antidepresanlardır, monoamin oksidaz A ve B enzimlerini geri dönüşümsüz olarak inhibe ederler. Diyetle alınan aminlerin kan basıncında tehlikeli yükselmelere neden olabilmesi sebebiyle kullanımı sınırlı olmuştur. Bu grupta ülkemizde moklobemid bulunmaktadır (111).

Seçici Noradrenerjik Gerialım İnhibitörleri (NRI): Reboksetin bu grupta ülkemizde pazarlanan tek ilaçtır. Etkinlik açısından diğer antidepresanlarla benzerdir (111). Ağız kuruluğu, konstipasyon, tremor, bulanık görme, taşikardi, idrar retansiyonu gibi yan etkileri vardır (112).

Noradrenalin ve Dopamin Gerialım İnhibitörleri (NDGI): Bupropion bu grubun tek örneğidir. Türkiye'de antidepresan olarak değil, daha düşük dozda sigara bırakma tedavisinde kullanılmak üzere endikasyonu vardır (111).

Noradrenerjik (α2 antagonizması yoluyla) ve Serotonerjik Antidepreanlar (NaSSA): Diğer antidepresanlardan farkları, serotonin ve

noradrenalin düzeylerini monoaminleri veya monoamin gerialım pompalarını inhibe etmeden arttırmalarıdır. Mianserin ve mirtazapin bu grupta yer alır (111).

Serotonin 2A Antagonistleri/ Serotonin Gerialım İnhibitörleri (SAGI): Bu grup hem serotonin 2A reseptörlerini hem de serotonin gerialımını inhibe eder. Nefazodon, tianeptin, trazodon, gepiron bu gruptadır. Nefazodon karaciğere olan toksik etkileri nedeniyle kullanımdan çekilmiştir (111).

Psikolojik Yaklaşımlar: Depresyon tedavisinin önemli bir öğesini ise psikoterapiler oluşturmaktadır. Tek başına psikoterapik yaklaşımlar orta ve ağır vakalar dışında antidepresan ilaç tedavisi ile eşdeğer olabilir veya ilaç tedavisinin etkinliğini ciddi şekilde artırabilirler (114).

Bireysel Bilişsel Davranış Terapisi: Bireysel bilişsel terapi, tedavi amaçlarına ulaşmak için hasta ile terapist arasında etkin işbirliğini kullanan kısa süreli yapılandırılmış tedavidir (112). Bu sağaltım şeklinin en az farmakolojik tedavi kadar etkin olduğu yönünde giderek artan ciddi kanıt düzeyi yüksek veri bulunmaktadır (115).

Davranışsal Terapi: Hastanın özel iç çatışma deneyimleriyle ilgilenmeden ortadaki semptomların giderilmesi üzerinde durarak, açık olarak davranışa odaklanırlar. Davranışçı terapist bireydeki uyumsuz alışkanlık ya da tutumları söndürüp yeni uygun; anksiyete doğurmayan davranış örüntüleri oluşturmayı hedefler (112). Davranışsal terapi alan depresyonlu hastalarla yapılan 16 farklı çalışmanın meta analizinin sonuçlarına göre bu terapi yönteminin erişkin hastalardaki depresyon bulguları üzerindeki olumlu etkisinin en az bilişsel davranış terapisi kadar olduğu gösterilmiştir (116).

Kişiler Arası Terapi: Kişiler arası davranış depresif bozuklukların nedeni ve bir tedavi yöntemi olarak görülür. Terapist doğrudan öğütler verir, hastanın karar vermesine katkıda bulunur ve çatışma alanlarını açıklayarak yardımcı olur (112).

Hipnoterapi: Tedavide hipnoz kullanıldığı tedavi şeklidir. Hipnoz, karşıdakinin telkinlerine açık olma ve artmış odaksal yoğunlaşma durumu olarak tanımlanan karmaşık bir ruhsal olaydır (112). Depresyon konusunda hipnoterapinin etkinliğini araştıran tek randomize kontrollü çalışmada, hipnoterapinin bilişsel davranış terapisi ile kıyaslandığı zaman depresif semptomları daha başarılı bir şeklide azaltmıştır (117).

2.3. ANKSİYETE

2.3.1. Anksiyetenin Tanımı

Anksiyete, nedeni bilinmeyen, içten gelen, belirsiz, korku, kaygı, sıkıntı, kötü bir şey olacakmış endişesi ile yaşanan bir duygudurum bozukluğudur (118). Çarpıntı, nefes almada zorlanma, kalp hızının artması, göğüste sıkışma hissi, hızlı nefes alıp verme, aşırı terleme, ellerde ve ayaklarda titreme gibi otonomik belirtilerinin yanında sıkıntı, heyecan, kötü bir şey olacakmış hissi ve korkusu gibi pek çok psikolojik belirtileri de vardır. Anksiyete bir uyaranla ilişkili ya da ilişkisiz olabilir. (119).

Normal anksiyete, organizmanın bir korunma sistemi olup kişinin varlığına yönelik çeşitli bozucu, yıkıcı durumlara karşı geliştirdiği bir mekanizmadır, kaçma ya da savaşmayı sağlamak üzere ortaya çıkar (120).

2.3.2. Anksiyetenin Tarihçesi

Anksiyete (anxiety) Latince ‘tıkanma’, ‘boğulma’ anlamına gelen ‘angere’ kökünden türetilmiş bir kelimedir (118). Çiçero, öznel anksiyete yaşantısının süresi ve yoğunluğundan söz edip, geçici patlama tarzında olan anksiyeteyi tanımlarken ‘angor’, daha hafif ve süreğen olanını anlatmak için ise ‘anxietas’ terimi kullanılmıştır (121).

Orta çağda anksiyete tanrı korkusu olarak yorumlanmış, hastalık boyutunda ele alınmamıştır. Varoluşçu akım anksiyetenin özgürlük ve suçluluk bilincinden kaynaklanan hiçlik ve var olmama korkusuyla oluşan bir duygu olduğunu, bu nedenle insan ruhunun ulaşacağı doğal bir sonucu olarak ortaya çıktığını öne sürmüş ve bu konuya farklı bir bakış açısı getirmiştir (121).

19.yüzyılda Kretshner, Kraepelin ve Bleuler nevrozları psikozların minör hali olarak görmüşler, Pinel de bu bozuklukları moral bozuklukları olarak tanımlamıştır. Descartes ve Mettrie’nin çalışmalarıyla birlikte anksiyete, artık psikolojik bir sorun olarak ele alınmaya başlanmıştır (122).

Freud ‘anksiyete nörozu’ terimini kullanmış, anksiyetenin kontrol altına alınamamış libidodan kaynaklanan, baskılanmış düşünce ve arzuların orijinal yapılarının endişesinin yoğun olarak hissedilmesi olarak tanımlamıştır (123).

2.3.3. Anksiyetenin Epidemiyolojisi

Anksiyete bozuklukları prevalansını araştıran en kapsamlı çalışmalardan biri DSÖ’nün 1996 yılında sonuçlarını yayınladığı Sartorius ve arkadaşlarının yürüttüğü

çalışmadır. 14 ülkede 15 merkezde yürütülen, 25000 erişkinin psikiyatrik bozukluklar açısından tarandığı bu çalışmanın sonucunda anksiyete bozuklukları prevalansı %10,5 bulunmuştur (124). Kuzey Amerika kaynaklı bir epidemiyolojik çalışmanın verilerine göre anksiyetenin yaşam boyu prevalansı %10,4 ile %25,1 arasında değişmektedir. Anksiyete bozuklukları %25 oranla en yaygın görülen psikiyatrik bozukluklardandır, bu oran kadınlarda %30,5 iken erkeklerde %19,2'dir. Depresyon ise %17' lik oranla ikinci sırada yer alır (125).

Türkiye'de yapılan çalışmalarda toplumun %5-10'unda herhangi bir türde anksiyete bozukluğu saptanmış ve genellikle 20–30 yaşlarında başladığı görülmüştür. Tüm yaşamı boyunca bir kadında anksiyete bozukluğu görülme sıklığı %30' dur. Türkiye'de her beş kadından birinde herhangi bir ruhsal hastalık bulunmaktadır ve kadınlarda anksiyete görülme sıklığı %15,7' dir (126).

2.3.4. Anksiyetenin Etiyolojisi

Anksiyete ile ilişkili beyin yapıları; korteksin bazı alanları, bazal ganglionlar, limbik sistemin bazı yapıları (amigdal, hipokampus) ve talamustur (127). Limbik yapılar içinde amigdal; korku duygusu ve anksiyete oluşumunda en önemli role sahip olan bölgedir. Amigdal ve lateral hipotalamus, vagusun dorsomedial nükleusu, nükleus ambigius, parabrakial nükleus, ventral tegmental alan, lokus ceruleus, nükleus retikülaris ve hipotalamusun paraventriküler çekirdeği normal strese yanıt olarak ve patolojik boyutta anksiyete oluşumunda rolü olan başlıca yapılardır (128). Yapılan fonksiyonel görüntüleme çalışmalarında dinlenme durumunda global ve bölgesel kan akımında kontrollere göre farklılık olmadığı, fakat anksiyete sırasında beynin birçok bölgesinde serebral kan akımının azalmış olduğu bildirilmiştir (129). Bir pozitron emisyon tomografisi çalışmasında anksiyetesi olan hastaların oksipital, temporal ve frontal loblarında ve serebellumlarında metabolizma artışı, bazal ganglionlarında ise metabolizma azalması saptanmıştır (130).

Anksiyetenin etiyolojisinde genetik belirteçlerin de önemli rol oynadığına dair birçok kanıt vardır. Yapılan çalışmalarda 17q kromozomunda yerleşen serotonin taşıyıcı geni, anksiyete grubunda kontrol grubundan anlamlı olarak daha yüksek oranda saptanmış ancak bu sonucun anksiyeteye özgü olmadığı, obsesif kompulsif bozukluk hastalarında da benzer bir oran olduğu saptanmıştır (131).

Panik bozukluğu hastalarında noradrenalin düzeyini artıran ilaçların panik atakları ortaya çıkarması, anksiyete bozukluğu olan hastaların serebrospinal dolaşımında idrarlarında noradrenalin metabolit düzeyinin yüksek bulunması, noradrenalinin anksiyete bozukluklarında önemli rol oynadığını ortaya koymuştur. Ayrıca benzodiazepinlerin ve serotonin üzerinden etki gösteren ilaçların anksiyete bozukluklarının tedavisinde faydalı olması, anksiyete bozukluklarında γ-aminobutyric asit (GABA) ve seratoninin de rol oynadığını düşündürmektedir (132).

Anksiyetenin ortaya çıkışında psikolojik etkenler de önemli rol oynar. Psikanalitik kurama göre, bastırma ve diğer savunmalarının yeterince devreye girememesi durumunda, anksiyete sinyal olarak işlev gördüğü düşük düzeyin üstüne çıkarak serbest anksiyeteye dönüşmektedir (133). Klasik öğrenme kuramına göre ise kişi, geçmişte olan olaylar ile tehdit edici olmayan durumların varlığında yanıt olarak anksiyete geliştirir. Koşullu uyarandan kaçındıkça da, sönme gerçekleşmez ve öğrenilmiş anksiyete yanıtı sürdürülmeye devam eder (134).

2.3.5. Anksiyete Bozukluklarının Sınıflaması

DSM-V tanı ölçütlerine göre anksiyete bozukluklarının sınıflaması (33):

1- Ayrılma Kaygısı Bozukluğu

2- Seçici Konuşmazlık (Mutizm)

3- Özgül Fobi

4- Toplumsal Kaygı Bozukluğu (Sosyal Fobi)

5- Panik Bozukluğu

6- Agorafobi

7- Yaygın Kaygı Bozukluğu

8- Maddenin/ İlacın Yol Açtığı Kaygı Bozukluğu

9- Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı Kaygı Bozukluğu

10- Tanımlanmış Diğer Bir Kaygı Bozukluğu

11- Tanımlanmamış Kaygı Bozukluğu

2.3.5.1. Ayrılma Kaygısı Bozukluğu

A. Aşağıdakilerden en az üçünün olması ile belirli, kişinin bağlandığı insanlardan ayrılmasıyla ilgili, gelişimsel olarak uygun olmayan ve aşırı düzeyde bir kaygı ya da korku duyması;

1. Evden ya da bağlandığı başlıca kişilerden ayrılacak gibi olduğunda ya da ayrıldığında hep aşırı tasalanma.

2. Bağlandığı başlıca kişileri yitireceği ya da bu kişilerin başına, hastalık, yaralanma, yıkım, ölüm gibi kötü bir olay geleceğiyle ilgili olarak, sürekli bir biçimde, aşırı tasalanma.

3. Bağlandığı başlıca kişilerden birinden ayrılmaya neden olacak, istenmedik bir olay yaşayacağıyla ilgili olarak, sürekli bir biçimde, aşırı tasalanma.

4. Ayrılma korkusundan ötürü okula, işe ya da başka bir yere gitmek için dışarı çıkmayı, evden uzaklaşmayı hiç istememe ya da buna karşı koyma.

5. Evde ya da başka ortamlarda tek başına kalmaktan ya da bağlandığı başlıca kişilerle birlikte olmamaktan, sürekli bir biçimde, aşırı korku duyma ya da bu konuda isteksizlik gösterme.

6. Evinin dışında ya da bağlandığı başlıca kişilerden biri yanında olmadan uyuma konusunda isteksizlik gösterme ya da buna karşı koyma.

7. Yineleyici bir biçimde, ayrılma konusunu da içerene karabasanlar görme.

8. Bağlandığı başlıca kişilerden ayrıldığında ya da ayrılacak gibi olduğunda bedensel belirtilerle ilgili yineleyen yakınmalarının olması.

B. Bu korku, kaygı ya da kaçınma süreklilik gösterir, çocuklarda ve ergenlerde en az dört hafta, erişkinlerde altı ay ya da daha uzun sürer.

C. Bu bozukluk, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, okulla ilgili, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.

D. Bu bozukluk başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

2.3.5.2. Seçici Konuşmazlık (Mutizm)

A. Başka durumlarda konuşuyor olmasına karşın, konuşmasının beklendiği özgül toplumsal durumlarda (örn. okulda), sürekli bir bicimde, konuşamıyor olma.

B. Bu bozukluk, eğitimle ya da işle ilgili başarıyı engeller ya da toplumsal iletişimi bozar.

C. Bu bozukluğun suresi en az bir aydır (okulun birinci ayıyla sınırlı değildir).

D. Konuşamıyor olma, söz konusu toplumsal durumda konuşulan dili bilmeme ya da o dilde rahat konuşamama ile ilişkili değildir.

E. Bu bozukluk, iletişim bozukluğu ile daha iyi açıklanamaz ve yalnızca otizm açılımı kapsamında bozukluğun, şizofreninin ya da psikozla giden başka bir bozukluğun gidişi sırasında ortaya çıkmamıştır.

2.3.5.3. Özgül Fobi

A. Özgül bir nesne ya da durumla ilgili olarak belirgin bir korku ya da kaygı duyma (örn. uçağa binme, yükseklikler, hayvanlar, iğne yapılması, kan görme).

B. Fobi kaynağı nesne ya da durum, neredeyse her zaman, doğrudan korku ya da kaygı doğurur.

C. Fobi kaynağı nesne ya da durumdan etkin bir biçimde kaçınılır ya da yoğun bir korku ya da kaygı ile buna katlanılır.

D. Duyulan korku ya da kaygı, özgül nesne ya da durumun yarattığı gerçek tehlikeye göre ve toplumsal-kültürel bağlamda orantısızdır.

E. Korku, kaygı ya da kaçınma sürekli bir durumdur, altı ay ya da daha uzun sürer.

F. Korku, kaygı ya da kaçınma, klinik acıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.

G. Bu bozukluk başka bir ruhsal bozukluğun belirtileriyle daha iyi açıklanamaz.

2.3.5.4. Toplumsal Kaygı Bozukluğu (Sosyal Fobi)

A. Kişinin, başkalarınca değerlendirilebilecek olduğu bir ya da birden çok toplumsal durumda belirgin bir korku ya da kaygı duyması. Örnekleri arasında toplumsal etkileşmeler, gözlenme ve başkalarının önünde bir eylemi gerçekleştirme vardır.

B. Kişi, olumsuz olarak değerlendirilecek bir biçimde davranmaktan ya da kaygı duyduğuna ilişkin belirtiler göstermekten korkar.

C. Söz konusu toplumsal durumlar, neredeyse her zaman, korku ya da kaygı doğurur.

D. Söz konusu toplumsal durumlardan kaçınılır ya da yoğun bir korku ya da kaygı ile bunlara katlanılır.

E. Duyulan korku ya da kaygı, söz konusu toplumsal ortamda çekinilecek duruma göre ve toplumsal-kültürel bağlamda orantısızdır.

F. Korku, kaygı ya da kaçınma sürekli bir durumdur, altı ay ya da daha uzun sürer.

G. Korku, kaygı ya da kaçınma, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.

H. Korku, kaygı ya da kaçınma, bir maddenin ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

I. Korku, kaygı ya da kaçınma, panik bozukluğu, beden algısı bozukluğu ya da otizm açılımı kapsamında bozukluk gibi başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

J. Sağlığı ilgilendiren başka bir durum varsa korku, kaygı ya da kaçınma bu durumla açıkça ilişkisizdir ya da aşırı bir düzeydedir.

2.3.5.5. Panik Bozukluğu

A. Yineleyen beklenmedik panik atakları. Bir panik atağı, dakikalar içinde doruğa ulaşan ve o sırada aşağıdaki belirtilerden en az dördünün ortaya çıktığı, birden yoğun bir korku ya da yoğun bir içsel sıkıntının bastırdığı bir durumdur:

1. Çarpıntı, kalbin küt küt atması ya da kalp hızının artması.

2. Terleme.

3. Titreme ya da sarsılma.

4. Soluğun daraldığı ya da boğuluyor gibi olma duyumu.

5. Soluğun tıkandığı duyumu.

6. Göğüs ağrısı ya da göğüste sıkışma.

7. Bulantı ya da karın ağrısı.

8. Baş dönmesi, ayakta duramama, sersemlik ya da bayılacak gibi olma.

9. Titreme, üşüme, ürperme ya da ateş basması duyumu.

10. Uyuşmalar (duyumsuzluk ya da karıncalanma duyumları).

11. Gerçekdışılık ya da kendine yabancılaşma.

12. Denetimini yitirme ya da çıldırma korkusu.

13. Ölüm korkusu.

B. Ataklardan en az birinden sonra, aşağıdakilerden biri ya da her ikisi de bir ay (ya da daha uzun bir) süreyle olur:

1. Başka panik ataklarının olacağı ya da bunların olası sonuçlarıyla ilgili olarak sürekli bir kaygı duyma ya da tasalanma.

2. Ataklarla ilgili olarak, uyum bozukluğuyla giden davranış değişiklikleri gösterme.

C. Bu bozukluk, bir maddenin ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

D. Bu bozukluk, başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

2.3.5.6. Agorafobi

A. Aşağıdaki beş durumdan ikisi (ya da daha çoğu) ile ilgili olarak belirgin korku ya da kaygı duyma.

1. Toplu taşıma araçlarını kullanma.

2. Açık yerlerde bulunma.

3. Kapalı yerlerde bulunma.

4. Sırada bekleme ya da kalabalık bir yerde bulunma.

5. Tek başına evin dışında olma.

B. Kişi, kaçmanın güç olabileceğini ya da panik benzeri ya da yetersizleştiren ya da utanç veren diğer belirtilerin olması durumunda yardım alamayabileceğini düşündüğü için bu tur durumlardan korkar ya da kaçınır.

C. Agorafobi kaynağı durumlar, neredeyse her zaman, korku ya da kaygı doğurur.

D. Agorafobi kaynağı durumlardan etkin bir biçimde kaçınılır, bir eşlikçiye gereksinilir ya da yoğun bir korku ya da kaygı ile buna katlanılır.

E. Duyulan korku ya da kaygı, agorafobi kaynağı durumların yarattığı gerçek tehlikeye göre ve toplumsal-kültürel bağlamda orantısızdır.

F. Korku, kaygı ya da kaçınma sürekli bir durumdur, altı ay ya da daha uzun sürer.

G. Korku, kaygı ya da kaçınma, klinik acıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle İlgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.

H. Sağlığı ilgilendiren başka bir durum varsa, korku, kaygı ya da kaçınma açıkça aşırı bir düzeydedir.

I. Korku, kaygı ya da kaçınma, başka bir ruhsal bozukluğun belirtileriyle daha iyi açıklanamaz.

2.3.5.7. Yaygın Kaygı Bozukluğu

A. En az altı aylık bir sürenin çoğu gününde, birtakım olaylar ya da etkinliklerle ilgili olarak, aşırı bir kaygı ve kuruntu (kaygılı beklenti) vardır.

B. Kişi, kuruntularını denetim altına almakta güçlük çeker.

C. Bu kaygı ve kuruntuya, aşağıdaki altı belirtiden üçü (ya da daha çoğu) eşlik eder (en azından kimi belirtiler son altı ayın çoğu gününde bulunmuştur):

1. Dinginleşememe ya da gergin ya da sürekli diken üzerinde olma.

2. Kolay yorulma.

3. Odaklanmakta güçlük çekme ya da zihnin boşalması.

4. Kolay kızma.

5. Kas gerginliği.

6. Uyku bozukluğu.

D. Kaygı, kuruntu ya da bedensel belirtiler, klinik acıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.

E. Bu bozukluk, bir maddenin ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

F. Bu bozukluk, başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz

2.3.5.8. Maddenin/ İlacın Yol Açtığı Kaygı Bozukluğu

A. Klinik görünüme panik atakları ya da kaygı egemendir.

B. Öykü, fizik muayene ya da laboratuvar bulgularından elde edilen kanıtlar (1) ve (2)' nin varlığını gösterir:

1. A tanı ölçütündeki belirtiler, madde entoksikasyonu ya da yoksunluğu sırasında ya da az bir zaman sonrasında ya da bir ilaç aldıktan sonra gelişmiştir.

2. Söz konusu madde/ ilaç, A tanı ölçütündeki belirtileri ortaya çıkarabilir.

C. Bu bozukluk, maddenin/ ilacın yol açmadığı bir kaygı bozukluğuyla daha iyi açıklanamaz.

D. Bu bozukluk yalnızca deliryumun gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır.

E. Bu bozukluk, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.

2.3.5.9. Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı Kaygı Bozukluğu

A. Klinik görünüme panik atakları ya da kaygı egemendir.

B. Öykü, fizik muayene ya da laboratuvar bulgularında, bu bozukluğun, başka bir sağlık durumunun doğrudan patofizyoloji ile ilgili bir sonucu olduğuna ilişkin kanıtlar vardır.

C. Bu bozukluk, başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

D. Bu bozukluk yalnızca deliryumun gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır.

E. Bu bozukluk, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle İlgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.

2.3.6. Anksiyetenin Tedavisi

Anksiyete bozukluklarının tedavisinde ilaç tedavisi, davranışçı ve bilişsel psikoterapiler, relaksasyon eğitimi gibi tedavi yöntemlerinin yararlı olduğu günümüzde kabul görmektedir. Ancak bu tedavi yöntemlerinin birbirlerine üstünlüğü yeterince araştırılmamıştır (135-137). Hangi tedavi seçilirse seçilsin, başlangıçta hastayla anlaşmak, eğitim ve güvence vermek yararlıdır (138). Tedavide hem farmakolojik hem de psikolojik uygulamaların kullanıldığı birleşik modelin kullanılması önerilmektedir (139).

Anksiyeteyi artırabilecek ürünlerden uzak durulması öğütlenmelidir. Mümkünse kafein içeren gıdalar (asitli içecekler, çay, kahve) ve çikolata diyetten kaldırılmalıdır. Teofilin, stimülanlar, dekonjestanlar, kokain, esrar ve alkol kullanımı durdurulmalıdır (138,139).

2.3.6.1. Psikolojik tedavi

Orta şiddette anksiyetesi olan hastalara farmakolojik olmayan bu tedavi yöntemleri uygulanabilir (140)

Dinamik psikoterapi: Tedavinin temeli çatışmanın çözülmesi olup; işlev bozukluğuna ait ilişkiler, uyum bozukluğuna yönelik savunmalar ele alınmaktadır (140).

Destekleyici psikoterapi: Anksiyetenin zedeleyici doğası, çevresel stresin azaltılması ve bozulmaya sebep olan sıkıntılı durumların düzeltilmesi sağlanmaya çalışıldığı tedavi yöntemidir (140).

Bilişsel-davranışsal terapi: Bilişsel yapılanma; psikolojik eğitim, gevşeme, nefes kontrolünü sağlama, yüzleşme, pratik ayrıştırma, yol gösterici benlik eğitimini

içine alır (140). Bilişsel terapi, bilişsel bozuklukların yarattığı endişeleri daha gerçekçi bir şekilde görmeyi sağlamakta ve bu şekilde daha iyi planlama ile anksiyeteyi kontrol altına almanın yollarını göstermektedir (141).

2.3.6.2. Farmakolojik tedavi

Farmakolojik tedavi, anksiyetesi günlük yaşamını etkileyen hastalar için tercih edilmelidir (140). Hastaların %25'inde ilaç tedavisinin kesilmesinden bir ay sonra nüks ile karşılaşılırken, %60 ile %80 hastada ise bir sene içinde nüks ile karşılaşılmaktadır. En az altı ay tedavi gören hastalarda nüks oranı, daha kısa süre tedavi görenlere göre daha düşük bulunmuştur (142).

Benzodiazepinler: Benzodiazepinler anksiyolitik olarak en sık kullanılan ilaçlardır. Bu grup gama-aminobutirik asit/ benzodiazepin kompleks reseptörü üzerinden etki ederek sedasyon etkisi yaratmaktadır. Benzodiazepinler endişeyi azaltmamakta, fakat tetikte olmayı azaltarak anksiyetenin azalmasını sağlamakta ve kas gerginliği gibi bedensel belirtileri ortadan kaldırmaktadır (140).

Benzodiazepinlerin yan etkileri genellikle hafiftir ve sedasyon ve psikomotor yetmezlik yapalar, nadiren paradoksal saldırganlık ortaya çıkabilir. Antegrad amneziye (yeni öğrenilen bilginin unutulması) sebep olabilirler. Bu durum triazolam ve midazolam gibi yüksek potanslı benzodiazepinlerde görülmektedir (143).

Tüm benzodiazepinlerin bağımlılık potansiyeli vardır. Kesildiğinde irritabilite, anksiyete, uykusuzluk gibi belirtiler oluşabilir; bu belirtiler, yüksek doz ilaç kullanan ya da daha önceden madde bağımlılığı öyküsü olan hastalarda daha şiddetlidir. Tedaviye başlandıktan 6-8 hafta sonra ilaç dozu yavaş yavaş azaltılarak kesilebilir. Dozu her hafta %25 oranında ya da daha az azaltarak kesmek, kesilme belirtilerini en aza indirgeyebilir (144).

Buspiron: Buspironun, antipsikotik potansiyeli araştırılırken anksiyolitik etkisi saptanmıştır (140). Terapötik etkilerine karşı tolerans gelişmez (145). Buspiron benzodiazepinlere oranla daha az sedasyona sebep olur ve psikomotor işlevi azaltmaz. Sedasyon, psikomotor aktivite veya hafıza kaybı olmaması, alkolle etkileşmemesi, bağımlılık olasılığının olmaması, ilaç bırakma fenomeninin görülmemesi nedeniyle buspiron benzodiazepinlerden farklı yan etki profili gösterir (140).

Buspiron kronik anksiyetesi olan ve benzodiazepin tedavisinden sonra hastalığı nüks eden hastalarda çoğunlukla kullanılır. Ayrıca daha evvel madde kullanım öyküsü olan hastalarda, tedavi için öncelikli ilaçtır (146).

Buspironun yarı ömrü kısadır. Bu nedenle günde 2-3 kez, bölünmüş dozlarla alınmalıdır (140). Yan etkileri sersemlik, başağrısı, bulantı, sinirlilik ve parastezidir (147).

Antidepresanlar: Anksiyete tedavisinde kullanılan antidepresanların, terapötik etkinliğine ait pek çok çalışma vardır. Bu grup içinde en sık başvurulan ajanlar doksepin, imipramin, nefazodon, paroksetin ve venlafaksindir (140).

Yan etkileri açısından birbirinden farklılıklar gösterirler. Trisiklikler pek çok yan etkiye sahip olup antikolinerjik etkiler, ortostatik hipotansiyon, sedasyon, kardiak yan etki, kilo alma ve aşırı doza bağlı zehirlenme görülebilir. Daha yeni antidepresanlar aşırı doz için daha güvenilir olup, yan etkiler açısından daha iyi tolere edilirler. Paroksetin bulantı, baş ağrısı, huzursuzluk ve cinsel işlev bozukluğu yapabilir. Nefazodon sersemlik, uyuşukluk, ağız kuruluğu, bulantı, kusma ve kabızlık yapabilir. Venlafaksin tedavinin başında bulantı, baş ağrısı, uyku bozukluğu, sersemlik, cinsel işlev bozukluğu, yatar durumda diastolik kan basıncında artışa sebep olur (148).

Beta-blokörler: Beta-adrenerjik antagonistlerinin anksiyete tedavisinde sınırlı yeri vardır. Beta-blokörler periferik beta-adrenoreseptörleri bloke ederek anksiyetenin fiziksel belirtilerinin azalmasını sağlamaktadır. Özellikle propranololün nöron membranını stabilize ederek ve serotonin reseptörlerini etkileyerek "santral anksiyolitik" etki gösterdiği belirtilmiştir (149).

Depresif belirtiler, zayıflık, bulantı, yorgunluk, konsantrasyon kaybı gibi yan etkileri bulunmaktadır. Kalp yetmezliği olan hastalarda bradikardiye; astımlılarda ise belirtilerin alevlenmesine sebep olabilir (150).

3. YÖNTEM VE GEREÇLER

3.1 ARAŞTIRMA PROJESİ

Bu çalışmada; araştırma evreni olarak belirlenen annelerin ekte belirtilen Kısa Bilgi Formu, BECK Depresyon Ölçeği ve BECK Anksiyete Ölçeği ile alınan verilerin toplanmasının ardından istatistiksel yöntemler yardımıyla değerlendirilerek, özel eğitim programında çocuğa sahip annelerin depresyon ve anksiyete düzeylerinin belirlenmesi ve bunların sosyodemografik özelliklerle ilişkisinin saptanması amaçlanmıştır.

3.2. ARAŞTIRMANIN TİPİ VE SÜRESİ

Bu araştırma kesitsel, tanımlayıcı bir anket çalışması olup, Haziran 2017 tarihinde başlanarak 7 ay içinde tamamlandı.

3.3. ARAŞTIRMANIN YERİ

Araştırma gerekli onaylar alındıktan sonra Özel Buca Mutlu Çocuklar Özel Eğitim Ve Rehabilitasyon Merkezi'nde gerçekleştirilmiştir.

3.4. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini Özel Buca Mutlu Çocuklar Özel Eğitim Ve Rehabilitasyon Merkezi'nde eğitim alan 403 engelli çocuğun annesi oluşturmaktadır. Örneklem sayısının belirlenmesinde, CDC (Centers for Disease Control and Prevention)'nin EpiInfo programından yararlanılmış; örneklem büyüklüğü güven aralığı %95, hata payı %5 ve engelli çocuğa sahip annelerin depresyon ve anksiyete prevalansı %50 alınarak hesaplanmıştır. Çalışmaya 207 gönüllü engelli annesi katılmış olup örneklem büyüklüğüne ulaşılmıştır.

3.5. ARAŞTIRMAYA DÂHİL EDİLME KRİTERLERİ

Araştırmaya dahil edilme kriterleri:

- Özel Buca Mutlu Çocuklar Özel Eğitim Ve Rehabilitasyon Merkezi'nde eğitim alan zihinsel ve/ veya bedensel engelli çocuğa sahip olmak.
- 18 yaşından büyük olmak

- Gönüllü onam vermiş olmak.

3.6. ARAŞTIRMADAN DIŞLANMA KRİTERLERİ

Dışlanma kriterleri:

- 18 yaşından küçük olmak.
- Gönüllü onam vermemek.

3.7. VERİLERİN TOPLANMASI

Bu araştırmada katılımcıların tarafımızca hazırlanan sosyodemografik bilgileri de içeren veri formunu, BECK depresyon ölçeğini ve BECK anksiyete ölçeğini doldurmaları istenmiştir.

3.7.1. BECK Depresyon Ölçeği

1961 yılında Aeoron T. Beck tarafından geliştirilmiştir. Ölçek klinik gözlemler doğrultusunda belirlenen 21 depresif belirti kategorisini kapsamaktadır. Kategorilerin her birinde 4 seçenek bulunmaktadır ve her madde 0 ile 3 arasında puan almaktadır. Maddeler hafif formdan şiddetli forma göre sıralanmaktadır. Hastalardan şimdiki durumlarını en iyi tanımlayan ifadeyi işaretlemeleri istenmekte ve bu puanların toplanmasıyla depresyon puanı elde edilmektedir. Alınabilecek en yüksek puan 63'tür. Toplam puanın yüksek oluşu, depresyon düzeyinin ya da şiddetinin yüksek olduğunu göstermektedir (151). Türkçe yeterlilik ve güvenilirlik çalışması 1989 yılında da Hisli tarafından yapılmıştır ve kesme puanı 17 olarak belirlenmiştir. 17 kesme puanında Cronbach alfa katsayısı 0,80 olarak bulunmuştur. Yarıya bölme güvenilirliğinde, r=0,74 olarak saptanmıştır (152).

3.7.2. BECK Anksiyete Ölçeği

1988'de Aeron T.Beck tarafından geliştirilmiş olup 21 maddelik 4' lü likert tipi bir kendi kendini değerlendirme ölçeğidir. Her madde 0 ile 3 arasında puan almaktadır. Maddeler hafif formdan şiddetli forma göre sıralanmaktadır. Puan aralığı 0-63 olup, toplam puanın yüksekliği bireyin yaşadığı anksiyetenin şiddetini gösterir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Ulusoy ve arkadaşları tarafından 1998 yılında yapılmıştır (153).

3.8. VERİLERİN ANALİZİ

Bu araştırmada elde edilen veriler SPSS 24.0 (Statistical Package for Social Science) programı kullanılarak analiz edildi. Verilerin analizinde frekans, yüzde, ortalama, standart sapma gibi tanımlayıcı istatistiklerden faydalanıldı. Kantitatif verilerin normal dağılıma uygunluğu varyasyon katsayısı, histogram ve tek örneklem Kolmogorov Smirnov testi ile incelendi, buna göre normal dağılan verilere parametrik testler (Student's t testi), normal dağılmayan verilere nonparametrik (Mann Whitney U, Kruskal Wallis) testler uygulandı. İki bağımsız grubun karşılaştırmasında Student's t testi, ikiden fazla bağımsız grubun karşılaştırılmasında ise Kruskal Wallis testi kullanıldı. Sürekli değişkenler arasındaki ilişkiler Pearson korelasyon analizi ile incelendi. Sonuçlar %95 güven aralığında, $p<0,05$ istatistiksel anlamlılık düzeyinde değerlendirildi.

4. BULGULAR

4.1 Tanımlayıcı İstatistik

Çalışmaya Özel Buca Mutlu Çocuklar Özel Eğitim Ve Rehabilitasyon Merkezi'nde eğitim alan fiziksel ve / veya bedensel engelli çocuğa sahip 18 yaş ve üzeri 207 anne dahil edildi.

Araştırmaya katılan annelerin yaş ortalaması 39.59±9.15 yıl, en küçük yaş 21 yıl en büyük yaş ise 67 yıl idi (Tablo 1).

Tablo 1: Çalışma Grubunun Yaş Ortalaması

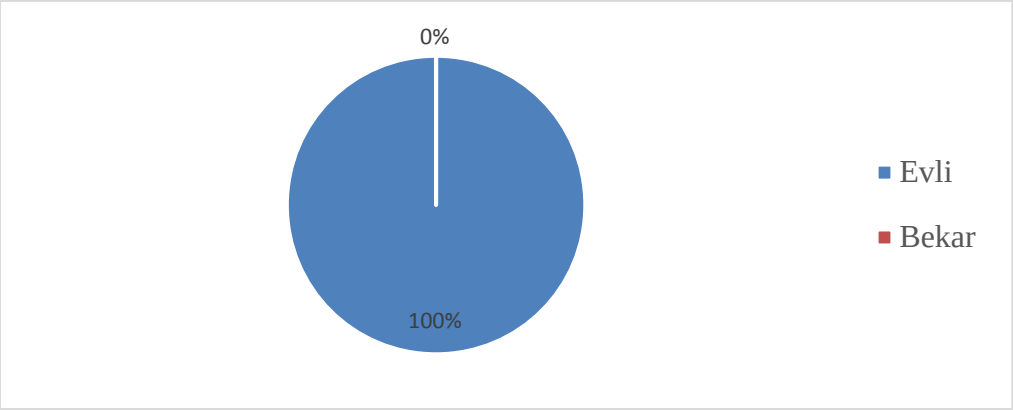
	Ortalama	**Standart sapma**	**Minimum**	**Maximum**
Yaş	39,59	9,15	21	67

Araştırmaya katılan annelerin %6,3'ü (n=13) 18-25 yaş aralığında, %27,5'i (n=57) 26-35 yaş aralığında, %42,0'ı (n=87) 36-45 yaş aralığında, %18,4'ü (n=38) 46-55 yaş aralığında, %5,8'i (n=12) 55 yaş üzerindeydi (Tablo 2).

Tablo 2: Çalışma Grubunun Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

Yaş grubu	**Frekans**	**Yüzde**	**Kümülatif Yüzde**
18-25 yaş	13	6,3	6,3
26-35 yaş	57	27,5	33,8
36-45 yaş	87	42,0	75,8
46-55 yaş	38	18,4	94,2
>55 yaş	12	5,8	100,0

Araştırmaya katılan annelerin tamamı (n:207) evli idi (Grafik 1).



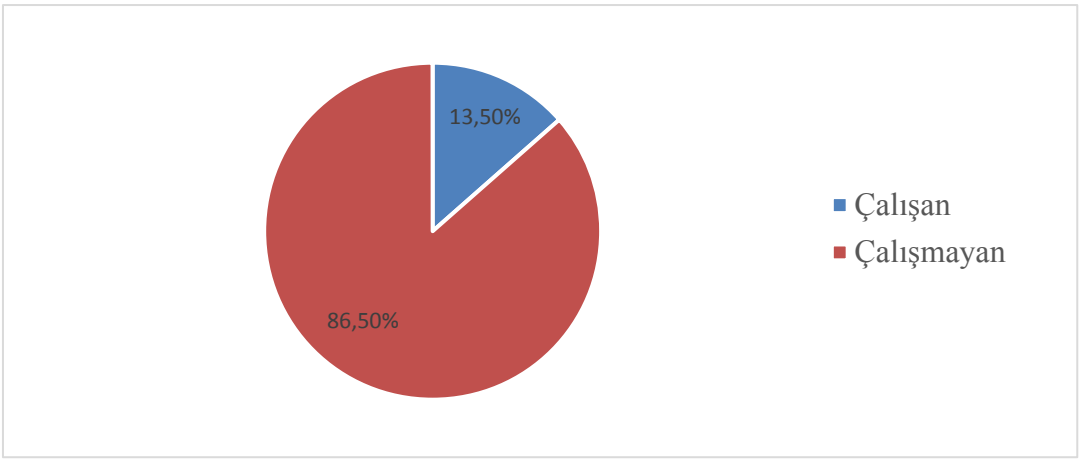
Grafik 1: Çalışma Grubunun Medeni Duruma Göre Dağılımı

Araştırmaya katılan annelerin %14'ünün (n=29) okuryazar olmadığı, %20,8'inin (n=43) okuryazar veya ilkokul mezunu olduğu, %21,3'ünün (n=44) ortaokul mezunu olduğu, %28'inin (n=58) lise mezunu olduğu, %15,9'unun üniversite mezunu olduğu görüldü (Tablo 3).

Tablo 3: Çalışma Grubunun Eğitim Düzeyine Göre Dağılımı

Eğitim Düzeyi	**Frekans**	**Yüzde**	**Kümülatif Yüzde**
Okuryazar Değil	29	14,0	14,0
İlkokul Mezunu	43	20,8	34,8
Ortaokul Mezunu	44	21,3	56,0
Lise Mezunu	58	28,0	84,1
Üniversite Mezunu	33	15,9	100,0

Araştırmaya katılan annelerin %13,5'i (n:28) çalışıyorken, %86,5'i (n:179) çalışmıyordu (Grafik 2).



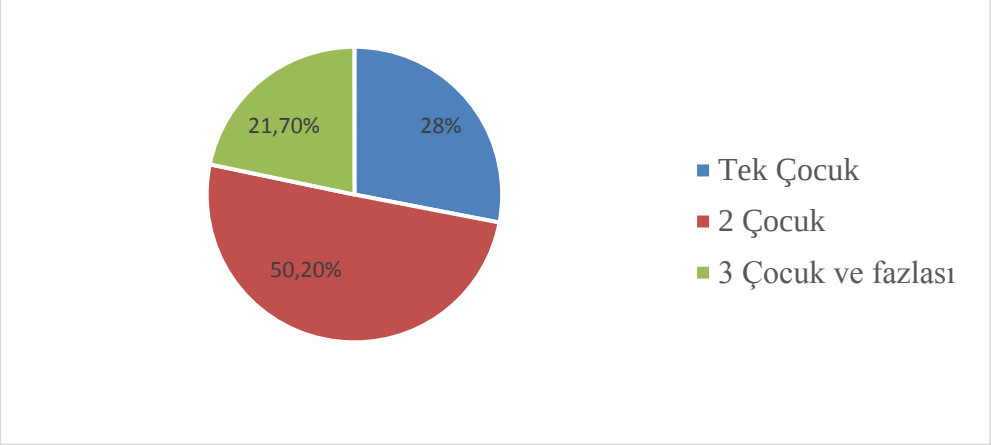
Grafik 2: Çalışma Grubunun Çalışma Durumuna Göre Dağılım

Araştırma grubunun %6,3' ünün (n:13) aylık gelir düzeyinin <1400 TL olduğu, %58,9' unun (n:122) aylık gelir düzeyinin 1400-2999 TL arasında olduğu, %27,1' inin (n:56) aylık gelir düzeyinin 3000-4999 TL arasında olduğu, %7,7' sinin (n:16) aylık gelir düzeyinin >5000 TL olduğu görüldü (Tablo 4).

Tablo 4: Çalışma Grubunun Aylık Gelir Düzeyine Göre Dağılımı

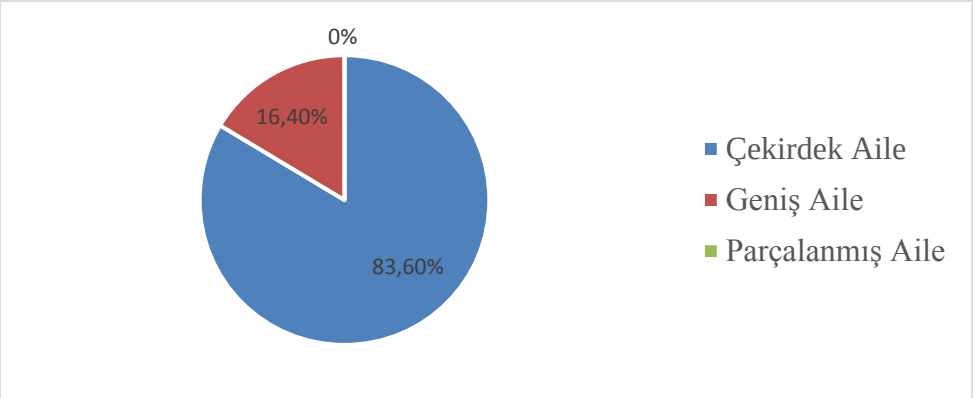
Aylık Gelir Düzeyi	Frekans	Yüzde	Kümülatif Yüzde
<1400 TL	13	6,3	6,3
1400-2999 TL	122	58,9	65,2
3000-4999 TL	56	27,1	92,3
>5000 TL	16	7,7	100,0

Araştırmaya katılan annelerin %28'inin (n:58) tek çocuğa sahip olduğu, %50,2' sinin (n:104) 2 çocuğa sahip olduğu, %21,7' sinin (n:45) ise 3 ve daha fazla çocuğa sahip olduğu görüldü (Grafik 3).



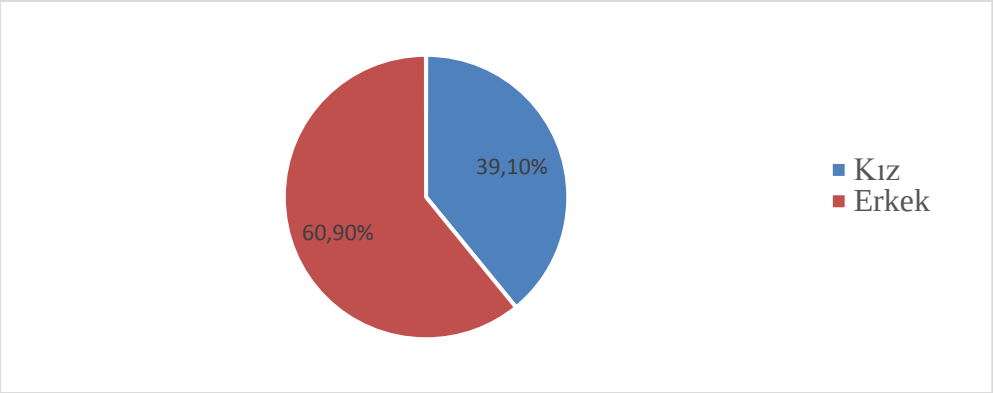
Grafik 3: Çalışma Grubunun Çocuk Sayısına Göre Dağılımı

Araştırma grubunun aile yapısı incelendiğinde %83,6'sının (n:173) çekirdek aile yapısında, %16,4' ünün (n:34) geniş aile yapısında olduğu görüldü (Grafik 4).



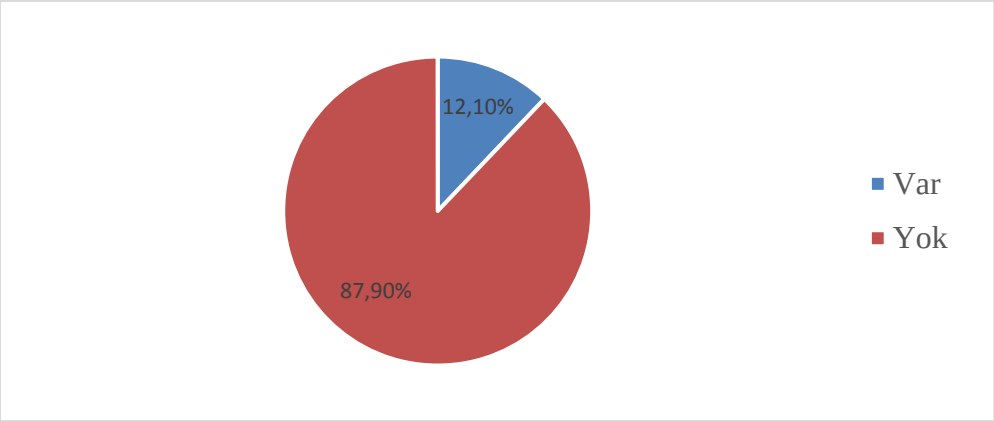
Grafik 4: Çalışma Grubunun Aile Yapısına Göre Dağılımı

Araştırmaya katılan annelerin engelli çocuklarının cinsiyeti %39,1'i (n:81) kız, %60,9'u (n:126) erkek idi (Grafik 5).



Grafik 5: Engelli Çocuğun Cinsiyete Göre Dağılımı

Katılımcıların %12,1'inin (n:25) ailesinde başka engeli olan birey var idi (Grafik 6).



Grafik 6: Ailede Başka Engelli Birey Varlığına Göre Dağılım

Katılımcı annelerin engelli çocuklarının %26,6'sı (n:55) fiziksel, %47,8'i (n:99) zihinsel, %25,6'sı (n:53) fiziksel ve zihinsel engelli idi (Tablo 5).

Tablo 5: Çalışma Grubunun Çocuklarının Engel Türüne Göre Dağılımı

Çocukların Engellilik Türü	Frekans	Yüzde
Fiziksel Engelli	55	26,6
Zihinsel Engelli	99	47,8
Fiziksel+ Zihinsel Engelli	53	25,6

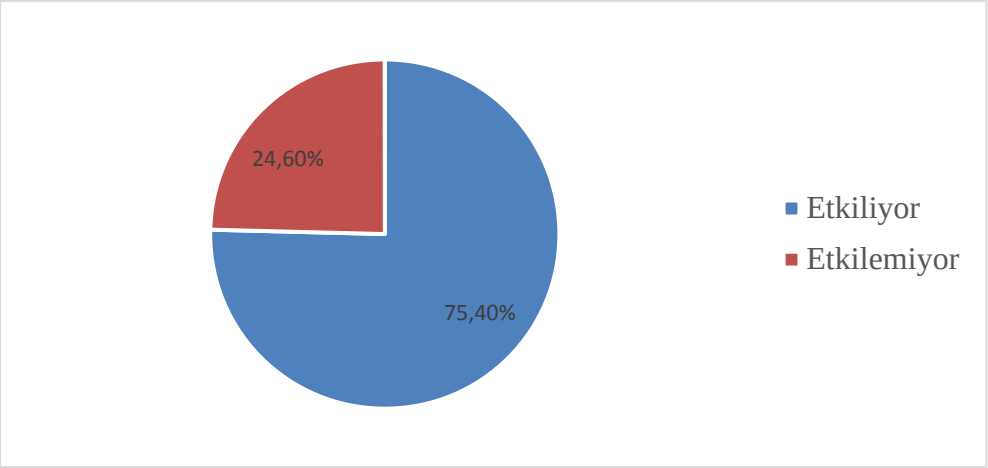
Araştırmaya katılan annelerin %4,3'ü (n:9) hafif derece fiziksel engelli çocuğa, %13,5'i (n:28) orta derece fiziksel engelli çocuğa, %8,7'si (n:18) ağır derece fiziksel engelli çocuğa %18,8'i (n:139) hafif derece zihinsel engelli çocuğa, %15,9'u (n:33) orta derece zihinsel engelli çocuğa, %13'ü (n:27) ağır derecede zihinsel engelli çocuğa, %11,1'i (n:23) orta derece zihinsel ve fiziksel engelli çocuğa, %14,5'i (n:30) ağır derecede zihinsel ve fiziksel engelli çocuğa sahip idi (Tablo 6).

Tablo 6: Çalışma Grubunun Çocuklarının Engel Derecesine Göre Dağılımı

	Engellilik Derecesi	Frekans	Yüzde
Fiziksel Engelli	**Hafif Derece**	4,3	9
	Orta Derece	13,5	28
	Ağır Derece	8,7	18
Zihinsel Engelli	**Hafif Derece**	18,8	139
	Orta Derece	15,9	33
	Ağır Derece	13,0	27
Zihinsel+Fiziksel Engelli	**Hafif Derece**	0	0
	Orta Derece	11,1	23
	Ağır Derece	14,5	30

Araştırmaya katılan annelerin tamamının (n:207) çocuklarıyla ilgili problemleri en sık eşleri ile paylaştığı saptandı.

Araştırmaya katılan annelerin %75,4' ünün (n:156) engelli çocuğa sahip olmalarının çevreleri ile ilişkilerini etkilediği saptandı (Grafik 7).



Grafik 7: Çevreyle İlişkiyi Etkileme Durumuna Göre Dağılım

Çalışmaya katılan annelerin tamamı (n:207) çocuğu ile ilgili problemleri en sık eşi ile paylaştığını belirtti.

4.2 Depresyon Ve Anksiyete İle İlgili Bulgular

Araştırmaya katılan annelerin BECK depresyon ölçeği (BDÖ) puan ortalaması 14,65±8,69, en düşük puan 0 en yüksek puan 46; BECK anksiyte ölçeği (BAÖ) puan ortalaması 13,43±8,45, en düşük puan 0 en yüksek puan ise 41 idi (Tablo 7).

Tablo 7: BDÖ ve BAÖ Puan Dağılımı ve Ortalamaları

	Ortalama	**Standart sapma**	**Minimum**	**Maksimum**
BDÖ Puanı	14,65	8,69	0	46
BAÖ Puanı	13,43	8,45	0	41

Araştırmaya katılan annelerin yaşı ile BDÖ (r:0,09, p>0,05) ve BAÖ (r:0,07, p>0,05) puanları arasında zayıf ilişki saptanmış, istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır(Tablo 8).

Tablo 8: Yaş ile BDÖ ve BAÖ Puanı Arasındaki İlişki

	Yaş	
	r	**p**
BDÖ Puanı	0,09	0,17
BAÖ Puanı	0,07	0,25

*r: Pearson korelasyon katsayısı *p<0,05*

Annelerin çalışma durumu ile BDÖ puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadı (p>0,05), çalışma durumu ile BAÖ puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmış olup (p<0,05) çalışmayan annelerin BAÖ puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur (Tablo 9).

Tablo 9: Çalışma Durumuna Göre BDÖ ve BAÖ Puanı Arasındaki İlişki

	Çalışma Durumu	**n**	**Ortalama**	**S.D.**	**p**
BDÖ Puanı	**Çalışan**	28	12,67	7,97	0,19
	Çalışmayan	179	14,96	8,77	
BAÖ Puanı	**Çalışan**	28	9,92	7,32	**0,01***
	Çalışmayan	179	13,98	8,50	

*Student's t testi *p<0,05*

Araştırmaya katılan annelerin aylık gelir düzeyi arttıkça BDÖ puan ortalamalarının düştüğü görülmüştür. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0,05). Bu farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için yapılan Post-Hoc analizde <1400 TL ile diğer üç grup arasında olduğu görülmüştür. Aylık gelir düzeyi arttıkça BAÖ puan ortalamasının azaldığı saptanmıştır ancak gelir düzeyi ile BAÖ puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamış (p>0,05) (Tablo 10).

Tablo 10: Aylık Gelir Düzeyi İle BDÖ Ve BAÖ Puanı Arasındaki İlişki

	Aylık Gelir	**n**	**Ortalama**	**S.D.**	**p**
BDÖ Puanı	**<1400 TL**	13	21,53	10,0	**0,04***
	1400- 2999 TL	122	14,53	8,2	
	3000- 4999 TL	56	14,12	9,37	
	>5000 TL	16	11,81	5,56	
BAÖ Puanı	**<1400 TL**	13	16,46	7,70	0,25
	1400- 2999 TL	122	13,95	8,52	
	3000- 4999 TL	56	12,19	8,82	
	>5000 TL	16	11,43	6,52	

*Kruskal Wallis testi *p<0,05*

Katılımcı annelerin eğitim düzeyi incelendiğinde en yüksek BDÖ puan ortalaması okuryazar olmayanlarda, en yüksek BAÖ puan ortalaması ise lise mezunlarında saptanmıştır. Eğitim düzeyi ile BDÖ ve BAÖ puanı karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p>0,05) (Tablo 11).

Tablo 11: Eğitim Düzeyi İle BDÖ ve BAÖ Puanı Arasındaki İlişki

	Eğitim Düzeyi	**n**	**Ortalama**	**S.D.**	**p**
BDÖ Puanı	**Okuryazar Değil**	29	17,31	10,71	0,16
	İlkokul	43	14,86	8,51	
	Ortaokul	44	16,11	8,30	
	Lise	58	13,34	8,65	
	Üniversite	33	12,39	6,83	
BAÖ Puanı	**Okur Yazar Değil**	29	14,37	8,47	0,20
	İlkokul	43	13,93	7,27	
	Ortaokul	44	15,0	8,73	
	Lise	58	17,79	9,14	
	Üniversite	33	11,03	8,07	

*Kruskal Wallis testi *p<0,05*

Sahip olunan çocuk sayısı ile BDÖ puanı incelendiğinde en yüksek puan ortalaması 3 ve daha fazla çocuk sahibi olan annelerde olup çocuk sayısı arttıkça puan ortalaması da artmaktadır ancak aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p>0,05). Çocuk sayısı ile BAÖ puanı incelendiğinde en yüksek puan ortalaması 2 çocuk sahibi annelerde idi. Sahip olunan çocuk sayısı ile BAÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p>0,05) (Tablo 12).

Tablo 12: Çocuk Sayısı İle BDÖ Ve BAÖ Puanı Arasındaki İlişki

	Çocuk Sayısı	**n**	**Ortalama**	**S.D.**	**p**
BDÖ Puanı	**Tek Çocuk**	58	12,89	7,27	0,24
	2 Çocuk	104	14,97	8,65	
	3 Ve Daha Fazla	45	16,17	10,15	
BAÖ Puanı	**Tek Çocuk**	58	12,12	7,50	0,34
	2 Çocuk	104	14,40	9,01	
	3 Ve Daha Fazla	45	12,91	8,16	

*Kruskal Wallis testi *p<0,05*

Katılımcıların aile yapısına göre BDÖ ve BAÖ puan ortalaması en yüksek olan geniş aile yapısındaki grup idi ancak aile yapısı ile BDÖ ve BAÖ puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (p>0,05) (Tablo 13).

Tablo 13: Aile Yapısı İle BDÖ Ve BAÖ puanı Arasındaki İlişki

	Aile Yapısı	**n**	**Ortalama**	**S.D.**	**p**
BDÖ Puanı	**Çekirdek Aile**	173	14,34	8,80	0,25
	Geniş Aile	34	16,20	6,89	
BAÖ Puanı	**Çekirdek Aile**	173	13,12	8,65	
	Geniş Aile	34	15,02	7,28	0,23

*Student's t testi *p<0,05*

Annelerin çocuklarının engel türü ile BDÖ ve BAÖ puanı arasındaki ilişki incelendiğinde; çocuğun engel durumu ile BDÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (p<0,05). Yapılan Post-Hoc analiz sonucu bu farklılığın fiziksel ile fiziksel+ zihinsel çocuğa sahip anneler arasında olduğu belirlenmiştir. BAÖ puan ile çocuğun engel durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır (p>0,05) (Tablo 14).

Tablo 14: Çocuğun Engel Türü İle BDÖ Ve BAÖ Puanı Arasındaki İlişki

	Çocuğun Engel Türü	n	Ortalama	S.D.	p
BDÖ Puanı	**Fiziksel**	55	13,29	10,06	**0,03***
	Zihinsel	99	14,32	8,30	
	Fiziksel + Zihinsel	53	16,67	7,60	
BAÖ Puanı	**Fiziksel**	55	11,85	8,75	0,17
	Zihinsel	99	13,79	8,81	
	Fiziksel + Zihinsel	53	14,41	7,29	

*Kruskal Wallis testi *p<0,05*

Çocukların engellilik derecesi ile BDÖ ve BAÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (p<0,05) (Tablo 15). En yüksek BDÖ ve BAÖ puanı ortalaması ağır derecede engelli çocuğa sahip annelerde idi. Yapılan Post- Hoc analiz sonucu farklılığın hafif ile ağır ve orta ile ağır düzey arasında olduğu belirlenmiştir. En yüksek BDÖ puanı ortalaması ağır derecede fiziksel + zihinsel engelli çocuğa sahip annelerde, en yüksek BAÖ puan ortalaması ağır derecede zihinsel engelli çocuğa sahip annelerde saptanmıştır.

Tablo 15: Engel Derecesi İle BDÖ Ve BAÖ Puanı Arasındaki İlişki

	Çocuğun Engel Derecesi	n	Ortalama	S.D.	p
BDÖ Puanı	**Hafif**	48	12,56	7,94	**0,00***
	Orta	84	11,85	7,16	
	Ağır	75	19,12	8,98	
BAÖ Puanı	**Hafif**	48	11,58	7,39	**0,00***
	Orta	84	11,88	8,21	
	Ağır	75	16,37	8,65	

*Kruskal Wallis testi *p<0,05*

Engelli çocuğun cinsiyeti ile BDÖ ve BAÖ puanı karşılaştırıldığında istatistiksel anlamlı fark saptanmamıştır (p>0,05). Her 2 ölçekte en yüksek puan ortalaması erkek çocuğa sahip annelerde bulunmuştur (Tablo 16).

Tablo 16: Çocuğun Cinsiyeti İle BDÖ Ve BAÖ Puanı Arasındaki İlişki

	Cinsiyet	**n**	**Ortalama**	**S.D.**	**p**
BDÖ Puanı	**Kız**	81	13,39	8,02	0,09
	Erkek	126	15,46	9,03	
BAÖ Puanı	**Kız**	81	12,16	8,99	0,08
	Erkek	126	14,26	8,02	

*Student's t testi *p<0,05*

Ailede başka engelli olup olmamasıyla BDÖ ve BAÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (p<0,05). Her 2 ölçekte de aile içinde başka engelli bireyin olması daha yüksek puan ortalamasına sahiptir (Tablo 17).

Tablo 17: Ailede Başka Engelli Varlığı İle BDÖ Ve BAÖ Puanı Arasındaki İlişki

	Ailede Başka Engelli	**n**	**Ortalama**	**S.D.**	**p**
BDÖ Puanı	**Var**	25	22,04	10,27	**0,00***
	Yok	182	13,63	7,96	
BAÖ Puanı	**Var**	25	19,16	10,23	**0,00***
	Yok	182	12,65	7,89	

*Student's t testi *p<0,05*

Katılımcı annelerin çevreyle ilişkilerini etkileyip etkilememesine göre BDÖ ve BAÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (p<0,05). BDÖ ve BAÖ puan ortalamaları engelli çocuğa sahip olmanın çevreyle ilişkilerini etkilediğini belirten annelerde çok daha yüksek tespit edildi (Tablo 18).

Tablo 18: Çevreyle İlişki İle BDÖ Ve BAÖ Puanı Arasındaki İlişki

	Çevre İle İlişki	**n**	**Ortalama**	**S.D.**	**p**
BDÖ Puanı	**Etkiliyor**	156	22,04	10,27	**0,00***
	Etkilemiyor	51	13,63	7,96	
BAÖ Puanı	**Etkiliyor**	156	19,16	10,23	**0,00***
	Etkilemiyor	51	12,65	7,89	

*Student's t testi *p<0,05*

Katılımcı annelerin BDÖ ve BAÖ puanları arasında yüksek düzeyde pozitif korelasyon (r: 0,76) ve anlamlı ilişki saptandı (p<0,05) (Tablo 19). BDÖ puanı arttıkça BAÖ puanının da yükseldiği belirlendi.

Tablo 19: BDÖ Puanı İle BAÖ Puanı Arasındaki İlişki

	BAÖ Puanı	
BDÖ Puanı	**r**	**p**
	0,76	**0,00***

*r: Pearson korelasyon katsayısı *p<0,05*

5. TARTIŞMA

Dünyada en sık görülen ruhsal bozuklukların başında depresyon ve anksiyete gelmektedir. Ruhsal bozuklukların kadınlarda, erkeklerden daha yüksek sıklıkta görüldüğü bilinmektedir. Bu farklılığın oluşmasında kadınların iş yükü ve sorumluluklarının erkeklerden daha fazla olması önemli rol oynamaktadır. Ev işleri, çocuk bakımı ve aile büyüklerinin bakımı genellikle kadının sorumluluğu olarak algılanmakta, bu durum gittikçe artan bir stres oluşturmakta, artan iş yükü ve genel stres, kadında tükenmişlik sendromu ve depresif belirtilere yol açmaktadır (154). Tüm bu faktörlerin üzerine engelli çocuğa sahip olmak da eklenince kadınlarda ruhsal bozukluk görülme riski daha da artırmaktadır. Zihinsel engelli çocukların annelerinde toplumun genelinden 2-3 kat fazla oranda ruh sağlığı sorunları görülmektedir (155).

Engelli annelerine ve çocuklarına daha iyi hizmet ve yardım vermek için annelerin yaşadıkları zorlukları ve psikolojik ihtiyaçlarını iyi anlamak gereklidir. Bu nedenle engelli çocuğa sahip ailelerin ruhsal durumlarının ve yaşam kalitesinin araştırıldığı pek çok çalışma yapılmıştır. Bunlar neticesinde biz de bu çalışmayı engelli çocuk annelerinde yapmayı planladık.

Çalışmamıza katılan annelerin yaş ortalaması 39.59±9.15 saptandı. % 75.8’ ini 45 yaş ve altı anneler oluşturuyor idi. Kadınlarda depresyon üzerine yapılan bazı çalışmalarda depresyonun en sık görülme yaşı ergenlik ve üreme çağında olan grupta saptanmıştır. Bunun nedeni sorumluluk ve beklentilerin bu dönemlerde değişmeye başlayıp artış göstermesi olarak yorumlanmıştır. Kayahan ve ark. 15-49 yaş arasındaki 232 kadınla yaptıkları araştırmada BDE' ne göre % 51,3’ ünde depresif belirti bulmuş ve kadınların %25,8' ine psikiyatrik görüşme sonrasında DSM-IV kriterlerine göre kesin depresyon tanısı koymuştur (105). Bu nedenle çalışma grubumuzdaki annelerin büyük kısmının depresyon açısından yüksek riskli yaş grubunda olduğu, depresyon ve anksiyete puanını artırabileceği ve sonuçları etkileyebileceği düşünülmektedir.

Çalışmamıza katılan annelerin BDÖ puan ortalaması 14,65± 8,69, BAÖ puan ortalaması 13,43±8,45 idi. Literatür incelendiğinde çalışmamızla uyumlu olarak Akıncı’ nın epilepsi tanılı çocuğu olan annelerde yaptığı çalışmada BDÖ puan ortalamasını 15,04±11,08, BAÖ puan ortalamasını 12,61±10,50 (156); Durukan ve

ark. otizmli 40 çocuğun annesiyle yaptığı çalışmada BDÖ puan ortalamasını 15,7±8,6, BAÖ puan ortalamasını 18,0±12,1 (157); Aydın engelli çocuk anneleriyle yaptığı çalışmada BAÖ puan ortalamasını zihinsel engelli çocuğa sahip annelerde 12,16±8,0, zihinsel ve fiziksel engelli çocuk annelerinde 14,93±7,55 saptamıştır (158); Zeytin ise kronik hastalığı olan çocukların ailelerinde yaptığı çalışmada daha yüksek sonuçlar elde etmiş; BDÖ puan ortalamasını 20,08±9,9, BAÖ puan ortalamasını 24,67±14,14 bulmuştur (159). Bu farklılığın kronik hastalığı olan çocukların fiziksel sağlık olarak stabil olmamalarından kaynaklandığı düşünülebilir. Çünkü kronik hastalığı olan çocukların kontrol amaçlı belirli aralıklarla hastaneye başvurmalarının ve bazı tetkiklerin yapılması gerekmekte bu da aileyi hem maddi hem de manevi açıdan zorlamatadır. Ayrıca çocuğun hastaneye yatmasını gerekertiren durumlar aile bütünlüğünü olumsuz etkileyerek aile içindeki dinamiği bozmaktadır.

Çalışmamızda annenin yaşı, eğitim düzeyi, çocuk sayısı, çocuğun cinsiyeti, aile yapısı ile depresyon ve anksiyete puanı arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Annenin yaşının depresyon ve anksiyeteyi etkilememesinin nedeni annelerin yaşlarının ilerlemesine rağmen çocuklarının durumunu kabullenememelerinden kaynaklanıyor olabilir. Günümüzde sosyokültürel gelişmişliğin artması, ataerkil toplum yapısının önemini yitirip çocukların cinsiyet ayrımı yapılmadan eşit tutulması, depresyon ve anksiyete yönünden çocuğun cinsiyetinin öneminin bulunmamasını açıklayabilir. Çocuk sayısının artması ailenin ekonomik durumunu zorlamasına rağmen sağlıklı çocuğun varlığı annenin teselli kaynağı olabilir ve anne sağlıklı çocuklarından hem fiziksel hem de ruhsal anlamda destek alabilir, sağlıklı çocuklarını gelecekte engelli çocuğa bakacak bir güvence olarak görüyor olabilirler. Bu da çocuk sayısının depresyon ve anksiyeteyi anlamlı olarak etkilememesine neden olmuş olabilir. Literatüre bakıldığında da çalışmamızla benzer sonuçlar bulunmuştur. Aydın engelli çocuk anneleriyle yaptığı çalışmada annenin yaşı, eğitim düzeyi ve çocuk sayısı ile depresyon puanı arasında (158), Yıldırım annenin yaşı, eğitim düzeyi, çocuk sayısı ve engelli çocuğun cinsiyeti ile ruhsal belirti düzeyi puanı arasında (160); Uskun ve ark. annenin yaşı ve engelli çocuğun cinsiyeti ile depresyon puanı arasında (161), Ergin ve ark.'ı annenin yaşı, eğitim durumu ve engelli çocuğun cinsiyeti ile depresyon puanı arasında (162) anlamlı fark

saptamamıştır. Zeytin' in kronik hastalığı olan çocukların aileleriyle yaptığı çalışmada eğitim düzeyi, çalışma durumu, aile yapısı ile depresyon ve anksiyete puanı arasında anlamlı fark saptamamıştır. Ancak çalışmamızın aksine ebeveynlerin yaşı ve çocuk sayısı ile depresyon arasında anlamlı fark saptamıştır (159). Bu farklılığın kronik hastalıkta düzenli ilaç kullanımı, sık hastane başvurusu gibi çok sayıda karıştırıcı faktörün olmasından kaynaklanmış olabileceği düşünüldü.

Çalışmamızda annelerin gelir düzeyi ile depresyon arasında anlamlı fark saptanmış, gelir düzeyi arttıkça depresyon puanının azaldığı tespit edilmiştir. Gelir düzeyinin artmasının, ailelerin yaşam kalitesini yükselterek, depresyon üzerine olumlu etki sağladığı söylenebilir. Zeytin ve Yıldırım da çalışmasında çalışmamızla benzer şekilde gelir düzeyi arttıkça depresyonun azaldığını bulmuşlardır (159, 160). Akıncı ve Aydın ise ekonomik durum ile depresyon arasında anlamlı fark bulmamıştır (156, 158).

Çalışmamızda çocuğun engel derecesi ile annelerin depresyon puan ortalamaları arasında anlamlı fark saptanmış, engellilik derecesi arttıkça depresyon puan ortalamasının arttığı gözlenmiştir. Çocuğun engellilik derecesi arttıkça işlevselliği azalmakta, kendi ihtiyaçlarını karşılayamayan çocuk anneye bağımlı hale gelmektedir. Buna bağlı olarak anneler zamanlarının büyük bir kısmını çocuklarına ayırmaktadır. Bu nedenler sosyal yaşamdan kendilerini kısıtlayan annelerin depresyon ve anksiyetesinin daha fazla olmasına neden oluyor olabilir. Aydın da çalışmasında çocuğu fiziksel ve zihinsel engelli olan annelerin çocuğu yalnızca zihinsel engelli olan annelere oranla depresyon düzeylerinin istatistiksel olarak anlamlı daha yüksek bulmuştur (158).

Çalışmamıza katılan annelerin % 75,4' ü engelli çocuğa sahip olmanın çevre ile ilişkilerini etkilediğini belirtmiş, çevre ile ilişkilerinin etkilendiğini belirten annelerin depresyon ve anksiyete puan ortalamaları anlamlı fark oluşturacak derecede daha yüksek bulunmuştur. Ayyılıdız ve ark' nın zihinsel engelli çocuğu olan annelerde yaptığı çalışmada annelerin %52,8' inin sosyal çevre ile iletişimde zorluk yaşadığı, %62,4' ünün toplumun bakış açısından rahatsız olduğunu; sosyal çevresiyle iletişim kurmakta zorluk çekme durumuna göre Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeğinin puanları arasında anlamlı fark olduğunu belirlemiş; sosyal çevresiyle iletişim kurmakta zorluk çekmeyen annelerin etkili baş etme

yöntemlerinden, çeken annelerin ise etkisiz baş etme yöntemlerinden yüksek puan aldıklarını saptamıştır (163).

Çlışmamızda ailede başka engelli birey olması annelerin BDÖ ve BAÖ puanını artırdığı görülmüş, istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Bu farklılığın annenin iş yükünün daha fazla olmasından kaynaklandığı söylenebilir.

Çalışmamızda BDÖ puanı arttıkça BAÖ puanının da yükseldiği belirlendi. Katılımcı annelerin BDÖ ve BAÖ puanları arasında yüksek düzeyde pozitif korelasyon saptandı. Bu durumun depresyon ve anksiyetenin birbiri ile ilşkili iki ruhsal bozukluk olmasından kaynaklandığı söylenebilir.

Literatürde sağlıklı çocukların anneleri ile engelli ya da kronik hastalığı olan çocukların annelerinin karşılaştırıldığı pek çok çalışma vardır:

Aksu çalışmasında kronik hastalığı olan çocukların annelerinin anksiyete düzeyleri kontrol grubuna göre yüksek saptanmıştır (164).

Rudolph ve arkadaşları konuşma bozukluğu olan çocukların annelerinde yaptıkları çalışmada depresyon sıklığını normal popülasyondan yüksek olarak saptamışlar fakat anksiyete değerlendirmelerinde normal popülasyondan anlamlı fark tespit etmemişlerdir (165).

Yılmaz ve ark.'nın yaptığı çalışmada kistik fibrozis ve astımlı çocukların annelerinin depresyon ve anksiyete düzeylerini, kontrol grubu olan sağlıklı çocukların annelerinin anksiyete ve depresyon düzeyine göre daha yüksek saptamıştır (166).

Sökmen ve arkadaşlarının kronik ve ölümcül hastalığa sahip çocukların ebeveynlerinin psikolojik durumlarını değerlendirmek için yaptığı çalışmada kronik hastalığı olan çocukların ebeveynlerinin depresyon ve anksiyete skorları sağlıklı çocukların ebeveynlerinden daha yüksek bulunmuştur (167).

Kazak ve ark.'ı yaşları birbirine yakın zihinsel engelli ve normal çocuğun anne ve babalarını karşılaştırdıkları çalışmalarında, zihinsel engelli çocuk ailelerinin daha yüksek düzeyde kaygıya sahip olduklarını göstermişlerdir (168).

Toros yaptığı araştırmada engelli çocuğa sahip annelerde depresyon düzeyi herhangi bir engeli olmayan çocuğa sahip annelerden anlamlı düzeyde daha yüksek bulmuştur (169).

Dilek ve ark.'nın yaptığı araştırmada serebral palsili çocuğa sahip annelerin Nottingham Sağlık Profili ve BDÖ puanı sağlıklı çocuğa sahip annelerden anlamlı derecede yüksek saptanmıştır (170).

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Özel eğitim ve rehabilitasyon programındaki zihinsel ve/ veya bedensel engelli çocukların annelerinin depresyon ve anksiyete düzeylerinin belirlenmesi amacıyla yaptığımız bu çalışmada aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır:

- Annelerin aylık gelir düzeyi arttıkça BDÖ puan ortalamalarının düştüğü görülmüştür. Bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).
- Çocukların engel türü ile BDÖ ve BAÖ puanı arasındaki ilişki incelendiğinde; en yüksek BDÖ ve BAÖ puan ortalaması fiziksel + zihinsel engelli çocuğa sahip, en düşük fiziksel engelli çocuğa sahip annelerde saptanmıştır. BDÖ ile değerlendirildiğinde bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).
- Çocuğun engel derecesi arttıkça BDÖ ve BAÖ puan ortalamasının arttığı gözlenmiş ve istatistiksel anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$).
- Ailede başka engelli birey olması BDÖ ve BAÖ puanını artırdığı görülmüş, istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$).
- Annelerin %75,4' ünün engelli çocuğa sahip olmalarının çevreleri ile ilişkilerini etkilediği saptanmıştır. BDÖ ve BAÖ puanı çevre ile ilşkilerinin etkilendiğini belirten annelerde istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek saptanmıştır ($p<0,05$).
- BDÖ puanı arttıkça BAÖ puanının da yükseldiği belirlenmiş, katılımcı annelerin BDÖ ve BAÖ puanları arasında yüksek düzeyde pozitif korelasyon saptanmıştır ($r: 0,76$, $p<0,05$).

Sonuç olarak engelli bir çocuk, ailede büyük bir hayal kırıklığı olarak algılanabilmekte ve yoğun bir kaygı kaynağı oluşturabilmektedir. Bu nedenle aile bireylerinin kolay ulaşabilecekleri ve yakın hissettikleri bir uzmandan hem çocuklarının sürekli bakımının yönlendirilmesi hem de ihtiyaç duydukları destekler konusunda sürekli yardım almaları sağlanmalıdır. İlk başvuru yerinin çoğunlukla birinci basamak sağlık hizmetlerinin olması aile hekimlerinin bu konuda daha bilinçli hale gelmelerinin önemini artırmaktadır. Aile hekimleri, çekirdek yeterliliklerinden olan kapsamlı yaklaşım gereği de sağlığı geliştirme, koruma, tedavi etme, bakım sağlama, palyasyon ve rehabilitasyon hizmetlerini iyi bir şekilde yönetip koordine etmelidir.

Çalışmamız çocuklarını rehabilitasyon ve özel eğitim merkezlerine götüren annelerde yapılmıştır. Çalışmamıza katılan annelerin çocuklarının engelliliğini bir derece de olsa kabullenmiş ve çocuklarını topluma kazandırma adına çabaları olduğu söylenebilir. Engelli çocuğa sahip aile bireylerinin gereksinimlerinin daha iyi anlaşılması amacıyla çocuğunu sosyal çevreden izole eden ebeveynlerle de görüşerek bu duruma neden olan etkenler ve aile bireylerine yönelik sunulacak psikolojik yardımın planlanması için daha kapsamlı araştırma yapılması önerilir.

7. KAYNAKLAR

1. Ataman, A. Özel Eğitime Muhtaç Olmanın Nedenleri. Özel Eğitime Giriş. Ankara: Gündüz Eğitim Yayıncılık, 2003: 9-50.
2. Bilal E, Dağ İ. Eğitilebilir Zihinsel Engeli Olan ve Olmayan Çocukların annelerinde stresi stresle başa çıkma ve kontrol odağının karşılaştırılması. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi, 2005;12(2): 56-68.
3. Dönmez N, Bayhan P, Artan İ. Engelli çocuğa sahip ailelerin beklentileri ve endişe duydukları konuların incelenmesi, Sosyal Hizmetler Dergisi, 2000; 11:16-24.
4. Dönmez NB, Bayhan P, ve Artan İ. Engelli Çocuğu Olan Ailelerin Yaşam Döngüsü İçinde Karşılaştıkları Sorunların İncelenmesi, Marmara Üniversitesi Döner Sermaye İşletmesi Teknik Eğitim Fakültesi Matbaası, 1998: 23-35.
5. Dereli F, Okur S. Determination of the depression level of the families having a handicapped child. New Medical Journal; , 2008; 25: 164-8 .
6. Scharer, K. Colon E, Moneyham L, Hussey J, Tavakoli A, Shugart M. A comparison of two types of social support for mothers of mentally ill children. JCAPN, 2009;22: 86-98.
7. Uğuz Ş, Toros F, İnanç BY, Çolakkadıoğlu, O. Zihinsel ve/veya bedensel engelli çocukların annelerinin anksiyete, depresyon ve stres düzeylerinin belirlenmesi. Klinik Psikiyatri,2004; 7(1):42-7.
8. Bumin G., Günal A., Tükel Ş. " Anxiety, depression and quality of life in mothers of disabled children". S. D. Ü. Tıp Fak. Derg.2008; 15: 6-11.
9. World Health Organization (2011). World report on disability. [Internet] [cited 26/10/2017]. Available from: http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report.pdf
10. 2002 Türkiye Özürlüler Araştırması [Internet] [cited 26/10/2017]. Available from: https://biruni.tuik.gov.tr/yayin/views/visitorPages/index.zul
11. Türkiye İstatistik Kurumu (2015). [Internet] [cited 26/10/2017]. Available from: http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=18617
12. Kayhan Ö. Yaygın Toplumsal Rehabilitasyon. Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon. Ed: Beyazova M. Kutsal YG. Ankara, Güneş Kitabevi, 2000.

13. Mutlu A. , Akmeşe P. ve Günel M. "Değişik Özür Seviyesindeki Serebral Palsili Çocukların Annelerinin Depresyon Düzeyleri Farklı mıdır? Yeni Tıp Dergisi, 2010;27,87-92.

14. Kaner, S. Engelli Çocukları Olan Ana babaların Algıladıkları Stres, Sosyal Destek ve Yaşam Doyumlarının İncelenmesi. Ankara Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Proje Numarası: 2001-0901-007. Ankara. 2004.

15. İçağasıoğlu A. Zihinsel Özürlüler Özel Rehabilitasyon Merkezleri: Verilen Hizmetler ve Sosyal Hizmet Uygulamaları. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2002.

16. Amerika Birleşik Devletleri'ndeki Engelli Tanımı Hakkında Bir İnceleme. [Internet] [cited 26/10/2017] Avaible from: http://auhf.ankara.edu.tr/dergiler/auhfd-arsiv/AUHF-2008-57-02/AUHF-2008-57-02-cakmak.pdf

17. Aslan M, Şeker S. Engellilere Yönelik Toplumsal Algı ve Dışlanmışlık. Sosyal Haklar Uluslararası Sempozyumu 2011:449-463.

18. Dünya Engelliler Vakfı Engelsiz Şehir Tasarım Raporu [Internet] [cited 26/10/2017] Avaible from: www.devturkiye.orguploadfilesengellilericintasarim.pdf

19. Özürlüler ve Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun 2005. [Internet] [cited 26/10/2017] Avaible form: http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2005/07/20050707-2.htm

20. Öztürk Y. Doğumsal Metabolik Hastalıklarda Beslenme. Clinic Pediatri, 2008; 3(3): 25-37.

21. Eripek S. Zihinsel Engelli Çocuklar. Anadolu Üniversitesi Basımevi, Eskişehir, 1996

22. Bouras N, Jacobson J. Mental Health Care For People With Mental Retardation: A Global Perspective. World Psychiatric Association, 2002; 1(3): 162-5.

23. Baykan Z. Özürlülük, Engellilik, Sakatlık Nedenleri Ve Korunma. Sürekli Tıp Eğitim Dergisi, 2000; 9 (9): 336-338.

24. Leff J. Mental Health Problems Of Homeless Children And Families, Longitudinal Study. British Medical Journal. 1998; 21; 97-113.

25. Yavuz, F. Zihinsel Engelli Çocuğu Olan Ailelerin Karşılaştıkları Sosyal Dışlanma Sorunsalı Üzerine Bir Araştırma (Tez). Muğla: Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü. 2016.

26. Edvards PA, Hertzberg SR, Youngblood NM. Pediatric Rehabilitation Nursing 1st Ed., Philadelphia: WB. Saunders Company, 1999.

27. Erdem E. Kanserli Çocukların Anne/ Babalarının Yaşam Kalitesi (Tez). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 1999.

28. Sarı HY. Zihinsel Yetersizliği Olan Çocuklarda Uyku Sorunları. Yeni Tıp Dergisi, 2010; 27: 151-155.

29. Yıldırım F, Conk Z. Zihinsel Yetersizliği Olan Çocuğa Sahip Ebeveynlerin Depresif Bulgularına Planlı Eğitimin Etkisi. 3. Uluslar Arası-10. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı. İzmir 2005.

30. Zihinsel Engelli Çocuklar ve Özellikleri [Internet] [cited 26/10/2017] Avaible form: http://www.zicev.org.tr

31. Bilginer Ş. Zihinsel Engelin Tanımı Ve Sınıflandırılması, B.T [Internet] [cited 26/10/2017] Avaible form: http://Okulweb.Meb.Gov.Tr/45/01/950362/Rehberlik3.Htm

32. Amerikan Psikiyatri Birliği: Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması El Kitabı, Yeniden Gözden Geçirilmiş 4." Baskı (DSM-IV-TR).(Köroğlu. E, Çev.). Ankara: Hekimler 2001.

33. Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru El kitabı'ndan, çev. Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2013.

34. Megep. Meslekî Eğitim ve Öğretim Sisteminin Güçlendirilmesi Projesi Çocuk Gelişimi ve Eğitimi Zihinsel Engelliler, MEB. Ankara. 2007.

35. Öztürk O, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları 2. Bayt Yayıncılık, 2014

36. Friend, M. Special education: Contemporary perspectives for school professionals. Boston, MA, Allyn and Bacon. 2006.

37. Darıca N, Abidoğlu Ü, Gümüşçü Ş. Otizm ve Otistik Çocuklar,(4. Basım), Özgür Yayınları, İstanbul, 2005.

38. Özdemir S. Sosyal Öyküler: Otistik Çocuklara Yönelik Bir Sağaltım, Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Özel Eğitim Dergisi, 8, 2, Ankara, 2007.

39. Köse S ve ark. 6-18 Yaş Aralığındaki Çocuklarda Otizm Spektrum Tarama Ölçeğinin Türkçe Uyarlamasının Psikometrik Özellikleri, Türk Psikiyatri Dergisi, 2016;27:1-11.

40. Skotko BG, Capone GT, Kishnani PS. Postnatal diagnosis of Down Syndrome: synthesis of the evidence on how best to deliver the news. Pediatr 2009;124:751-8.

41. Pavarino Bertelli EC, Biselli JM, Bonfim D, Goloni-Bertollo EM. Clinical profile of children with Down syndrome treated in a geneticsoutpatient service in the southeast of Brazil. Rev Assoc Med Bras, 2009; 55: 547-52.

42. Papoulidis I, Papageorgiou E, Siomou E, Oikonomidou E, Thomaidis L, Vetro A. Et al. A patient with partial trisomy 21 and 7q deletion expresses mild Down Syndrome phenotype. Genet 2013;2:541-3.

43. Cicchetti D, Beeghly M. An organizational approach to the study of Down syndrome: Contributions to an integrative theory of development. In Cicchetti, D. and Beeghly, M. (eds.). Children with Down Syndrome: A Developmental Perspective. New York, NY: Cambridge University Press, 1990;29-62.

44. Apak MY. Kromozomlar ve Hastalıkları. In: Neyzi O(ed). Pediatri(4. Baskı). İstanbul, Nobel Tıp Kitabevi, 2010; 4: 168-9.

45. Apak MY. Tıbbi genetik ve genetik hastalıklar. Neyzi O, Ertuğrul T (Editörler). Pediatri. 3. baskı, İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri, 2010.

46. Hall JG. Chromosomal clinical abnormalities. In: Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB, (eds). Nelson Textbook of Pediatrics. 19th edition. Philadelphia: Elsevier Science Co 2004;384-7.

47. Yiğiter A, Kavak Z. Anne Karnında Down Sendromu Tanısına Güncel Yaklaşımlar ve Bir Olgu Sunumu. Türk Aile Hek Derg, 2006; 10(4): 178-182.

48. Gülten T, Erçal D. Çocuk Sağlığı ve Prenatal Tanı. Türkiye Klinikleri. 2005.

49. Conde-Agudelo A, Kafury-Goeta AC. Triple-marker test as screening for Down syndrome: a meta-analysis. Obstet Gynecol Surg 1998; 53: 369-76.

50. Aktaş D, Utine GE, Alanay Y, Ogur MG. Kromozom Hastalıkları. In: Hasanoğlu E(ed). Temel Pediatri. Ankara,Hacettepe Taş Kitabevi, 2010; 218-20.

51. Tüysüz B, Göknar N, Öztürk B. Growth charts of Turkish children with Down syndrome. Am J Med GenetA, 2012; 158: 2656-64.

52. Bull MJ, Committee on Genetics. Health supervision for children with Down syndrome. Pediatrics, 2011; 128: 393.

53. Freeman SB, Yoon PW, Sherman SL, Taft LF, Gu Y, Pettay D, et al. Advanced maternal age and the risk of Down Syndrome characterized by the meiotic stage of chromosomal error: a population-based study. Am J Hum Genet 1996;58:628-33.

54. Bandyopadhyay R, McCaskill C, Knox-Du Bois C, et al. Mosaicism in a patient with Down syndrome reveals postfertilization formation of a Robertsonian translocation and isochromosome. Am J Med Genet A, 2003; 116: 159-63.

55. Karatas K. Engellilerin topluma kazandırılması. K. Karatas (Ed), Ufkun Ötesi, Körler Federasyonu Yayını 2001; 29: 10-19.

56. Özşenol F, Işıkhan V, Ünay B, Aydın H.İ., Akın R, Gökçay E. Engelli Çocuğa Sahip Ailelerin Aile İşlevlerinin Değerlendirilmesi. Gülhane Tıp Dergisi 2003; 45(2): 156-164.

57. Kılıç S. Fiziksel Engelli Çocuğun Evde Bakım Gereksiniminin Aileye Etkisi (tez). Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. İstanbul;2009.

58. Livanelioğlu A. , Kerem G. M. "Serebral Palside Fizyoterapi" Ankara 2009; 19-29.

59. Bax M, Goldstein M, Rosenbaum P, Leviton A, Paneth N, Dan B, Jacobsson B, Damiano D. Executive Committee for the Definition of Cerebral Palsy. Proposed definition and classification of cerebral palsy. Dev Med Child Neurol 2005; 47(8): 571-576.

60. Serdaroglu A. et al., Prevalence of cerebral palsy in Turkish children between the ages of 2 and 16 years. Developmental medicine and child neurology, 2006; 48(6): 413-16.

61. Ellenberg JH, Nelson KB. Birth weight and gestational age in children with cerebral palsy or seizure disorders. Am J Dis Child 1979;133(10):1044-8.

62. Erkin G. et al., Risk factors and clinical profiles in Turkish children with cerebral palsy: analysis of 625 cases. Int J Rehabil Res, 2008. 31(1): p. 89-91.

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

64. Menkes JH, Sarnat HB. Child Neurology. 6th eds. Chapter 5. Perinatal asphyxıa and trauma. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 2000; p:427-49.

65. Andersen GL, Irgens LM, Haagaas I, Skranes JS, Meberg AE, Vik T. Cerebral palsy in Norway: Prevalence, subtypes and severity. Eur J Paediatr Neurol 2008;12:4-13.

66. Yakut A. Serebral Palsi. In: Aysun S Eds. Çocuk Nöroloji. 1. Baskı, Ankara: Alp Ofset Matbaacılık Makine Sanayi ve Ticaret Ltd. Şti, 2006: 420-65.

67. Mukherjee, S. and D. Gaebler-Spira, Physical Medicine & Rehabilitation. 3rd Ed ed. Cerebral Palsy. Philedelphia: Saunders Elsevier. 2007;1243-1267.

68. Kırmızı Alsan E, Nöromusküler Hastalık Nedeniyle Yeti Yitimine Uğramış Çocukların Annelerinde Psikopatolojinin Değerlendirilmesi (tez) Kocaeli: Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi ; 2012.

69. Sarnat HB. Neuromuscular Disorders In: Kliegman RM, Behrman RE, Jenson HB, Stanton BF, Eds. Nelson Textbook of Pediatrics. 18th ed. Philedelphia, Saunders; 2008: 2531-2567.

70. Deymeer F. Spinal müsküler atrofi [Internet] [cited 29/10/2017] Avaible form: http://www.itfnoroloji.org/SMA/spinalmuskuler.htm

71. Serdaroğlu P ve Deymeer F. Kas ve nöromüsküler kavşak hastalıkları [Internet] [cited 29/10/2017] Avaible form: http://www.itfnoroloji.org/kas/kasindex.htm

72. Bushby K, Bourke J, Bullock R, Eagle M, Gibson M, Quinby J. The multidisciplinary managementof Duchenne muscular dystrophy. Current Paediatrics 2005; 15:292-300.

73. Portwood MM, Wicks JJ, Lieberman JS, Fowler WM. Psychometric evaluation in myotonic muscular dystrophy. Arch Phys Med Rehabil 1984;65:533-6.

74. Poppe M, Bourke J, Eagle M, et al. Cardiac and respiratory failure in limb-girdle muscular dystrophy 2I. Ann Neurol 2004;56(5):738–41.

75. Sadler TW. Langman‟s medical embryology 9th ed. Lippincott Williams & Wilkins 2004;51-86.

76. Grossman RG, Loftus CM. Principles of neurosurgery, 2th ed. Lippincott-Raven, Philadelphia 1999;60-75.

77. Northrup H, Volcik KA. Spina Bifida and Other Neural Tube Defects, CurrProbl Pediatr 2000;30:317–332.

78. Furukawa T. First description of spina bifida by Nicholaas Tulp, Neurology 1987;37:1816-1828.

79. Vermaes I, Janssens J, Bosman A, Gerris J. Parents' Psychological Adjustment in Families of Children with Spina Bifida: a Meta-analysis, BMCPediatrics 2005;5(32):1-13.

80. Mitchell L, Adzick NS, Melchionne J, Pasquariello PS, Sutton LN, Whitehead AS. Spina Bifida. Lancet 2004;364:1885–95.

81. Sebold CD, Melvin EC, Siegel D. NTD Collaborative Group Recurrence risks for neural tube defects in siblings of patients with lipomyelomeningocele. Genet Med 2005;7:64–67.

82. Frey L, Hauser WA. Epidemiology of neural tube defects. Epilepsia 2003;44 Suppl 3:4-13.

83. Özaras N, Yalçın S. Spina Bifida Tedavi ve Rehabilitasyon, 2000.

84. De Jong TPVM, Dik P, Klijn AJ, Van Gool JD. "Early start to therapy preserves kidney function in spina bifida patients." European urology 2006;49:908-913.

85. Marte A, Cotrufo AM, Di Iorio G, De Pasquale M. Electromyographic and manometric anorectal evaluation in children affected by neuropathic bladder secondary to myelomeningocele. Minerva Pediatr 2001;53:171-176.

86. Tatlı M, Güzel A, Ökten Aİ, Çaylı S. Omurilik yaralanmaların medikal tedavisi. C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi. 2005: 27 (4):165 – 172.

87. Roche C, Carty H. Spinal trauma in children. Pediatr Radiol. 2011; 31:677-700.

88. Hancock MK, Craig AR: Anxiety and depression over the first year of sinal crd injury. A longitudinal study. Paraplegia, 1993;31:349-357.

89. Dursun E, Çakıcı A: Medulla Spinalis Yaralanmaları. Editör Oğuz H. Tıbbi Rehabilitasyon. İstanbul: Nobel Tıp 1. Baskı, 1995:407-427.

90. Güzel R, Uysal FG: Spinal Kord Yaralanmaları. Editor Oğuz H, Dursun E, Dursun N Tıbbi Rehabilitasyon. İstanbul Nobel Tıp 2. Baskı, 2004;627-647.

91. Köknel Ö. Ruhsal Çöküntü: Depresyon. 6. Baskı. İstanbul: Altın Kitaplar, (2005).

92. Alper Y. Bütün Yönleriyle Depresyon. Gendaş A.Ş.Yayınları İstanbul.2003.

93. Karamustafalıoğlu O, Yumrukçal H, Depresyon ve Anksiyete Bozuklukları, Ş.E.E.A.H. Tıp Bülteni, 2011: 65-74.

94. Çevik A, Volkan V. Depresyonun psikosomatik etiyolojisi, Depresyon Monografları Serisi 3. 1993;109-122.

95. Akıskal HS. Mood Disoreders: Introduction And Overview, Comprehensive Textbook Of Psychiatry,1th ed. Kaplan HI, Sadock BJ. PA: Williams and Wilkins, 1995;1067-1079.

96. Babaoğlu A, Psikiyatri Tarihi, Okuyan Us Yayın, İstanbul, 2002;56-95.

97. Oral T, Karasevda'dan Depresyon'a Hüznün Tarihi, Başka Psikiyatri ve Düşünce Dergisi, 2009.

98. Köknel Ö, Duygudurum Bozukluklarının Tarihçesi, Duygudurum Dizisi, 2000 s:5-11.

99. Boratav C. Duygudurum Bozuklukları Ve Nozoloji, Duygudurum Dizisi, 2000 s:18-28.

100. Doğan O, Ketenoğlu C, Gülmez H ve Ark.: Ruhsal Bozuklukların Epidemiyolojisi, 1.Baskı, Dilek Matbaası, Sivas, 1995; 15.

101. Leckman, J. F. Duygudurum bozuklukları, Candansayar S. Current diagnosis & treatment in psychiatry. Eds. Michael H. Ebert, Peter T. Loosen, and Barry Nurcombe. Lange Medical Books/McGraw-Hill, 2000:304-20.

102. Charney EA,Weissmann M:Epidemiology of depressive and manic syndromes. Depression and Mania, Anastasias Georgotas, Robert Cancro (Ed), Elsevier Publishing Co, Newyork, 1998:26-52.

103. Hasin DS, Goodwin RD, Stinson FS, Grant BF. Epidemiology of Major Depressive Disorder Results From the National Epidemiologic Survey on Alcoholism and Related Conditions. Arch Gen Psychiatry . 2005;62(10):1097-106.

104. Erol N, Kılıç C, Ulusoy M, Keçeci M, Şimşek Z. Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu TC Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Ankara: Eksen Tanıtım LTD; 2001.

105. Kayahan B, Altıntoprak E, Karabilgin S, Öztürk Ö. On bes-kırk dokuz yasları arasındaki kadınlarda depresyon prevalansı ve depresyon siddeti ile risk faktörleri arasındaki iliski, Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2003; 4:208-18.

106. Kuduban AK. ''Ben İyiyim'' İfadesinin Tekrarının, Depresyon Hastalarında Etkisi (Tez). Düzce: Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi;2016.

107.Işık E. Depresyonun Nörobiyolojisi Işık E. Biyolojik Psikiyatri, 2012: 11-113.

108.Köroğlu E:Major depresif Bozukluk Psikiyatri Temel Kitabı Ed.Güleç C, Köroglu E. Hekimler Yayın birligi,Ankara,1997;389-421.

109. Uygur ÖF. Prematür Bebeklerin Annelerinde Doğum Sonrası Depresyon Sıklığı Ve İlişkili Faktörler (Tez). Konya: Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi.2015.

110.Özsoy Z. Kemoterapi Uygulanan Hastaların Birinci Derece Yakınlarında Depresyon Ve Anksiyete Sıklığı (Tez). Manisa: Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi. 2013.

111.Örsel S. Depresyonda Tedavi: Genel İlkeler ve Kullanılan Antidepresan İlaçlar. Klinik Psikiyatri 2004;(4):17-24.

112. Yalçın BM, Öztürk O. Birinci Basamakta Depresyon Tedavisine Yaklaşım. Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics 2017;8(1):29-37.

113.Türker Y. Protez Kapak Hastalarında Anksiyete Ve Depresyon İle İlişkili Sosyodemograrik Özellikler (Tez). Isparta: Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi. 2010.

114. Badger F, Nolan P. Use of self-chosen therapies by depressed people in primary care. J Clin Nurs 2007;16(7):1343-52.

115. Hensley PL, Nadiga D, Uhlenhuth EH. Longterm effectiveness of cognitive therapy in major depressive disorder. Depress Anxiety 2004;20(1):1-7.

116. Cuijpers P, van Straten A, Warmerdam L. Behavioral activation treatments of depression: a meta-analysis. Clin Psychol Rev 2007;27(3):318-26.

117. Alladin A, Alibhai A. Cognitive hypnotherapy for depression: an empirical investigation. Int J Clin Exp Hypn 2007;55(2):147-66.

118. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Saddock's Comprehensive Textbook of Psychiatry Çeviri Editörleri: Aydın H,Bozkurt A. Sekizinci Baskı Günes Kitabevleri İstanbul:1559-1800.

119.Tükel R. Panik Hastasına Yaklasım, Klinik Görünüm, Ayırıcı Tanı ve Tedavi İlkeleri, Klinik Gelisim Dergisi. 2009; s:1-9.

120. Stanley MA, Beck JG. Anxiety disorders. Clin Psychol Rev 2000; 20: 731–754.

121. Reiger Da, Narrow We, Rae Ds. The Epidemiology Of Anxiety Disorders. J Pychiatry Res Suppl, 1990; 2:3-14.

122.Özer Ş, Anksiyete Bozukluklarının Kısa Tarihçesi, 2006: 3-4

123.Özyurt G. Triple P Olumlu Anne Babalık Eğitimi'nin Anksiyete Bozukluğu Olan 8-12 Yaş Arası Çocuklarda Ve Ebeveynlerinde Anksiyete Düzeyi ve Ruh Sağlığı Üzerine Etkilerinin Araştırıldığı Randomize Kontrollü Bir Çalışma (Tezi). İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi 2013.

124. Davitson Jrt, Hughes Dl, George Lk, Blazer Dg. The Epidemiology Of Social Phobia: Findings From The Duke Epidemiological Catcment Area Study. Psychological Medicine, 1993;23:709-718.

125. Weissman Mm, Klerman Gl. Psychiatric Nosology And Midtown Manhattan Study. Arch Gen Psychiatry 1980;37:229-30.

126. Medeni İ. Bir İlçede 15 Yaş Ve Üzeri Kişilerde Depresyon Ve Anksiyete Belirtileri Sıklığı İle İlişkili Risk Etmenleri (Tez). Ankara: Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi. 2016.

127. Eşel E. Genelleşmiş Anksiyete Bozukluğunun Nörobiyolojisi Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 2003;13:78–87.

128. Ninan PT. The functional anatomy, neurochemistry, and pharmacology of anxiety. J Clin Psychiatry 1999; 60 (Suppl 22): 12-17.

129. Jetty PV, Charney DS, Goddard AW. Neurobiology of generalized anxiety disorder. Psychiatr Clin North Am 2001; 24: 75–97.

130. Wu JC, Buchbaum MS, Hershey TG, Hazlett E, Sicotte N, Johnson JC. PET in Generalized Anxiety Disorder. BiolPsychiatry 1991; 29: 1181–99.

131. Ohara K, Suzuki Y, Ochiai M, Tsukamoto T, Tani K, Ohara K. A variablenumber-tandem-repeat of the serotonin transporter gene and anxiety disorders. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry 1999; 23 (1): 55–65.

132. Noyes R Et All. Handbook Of Anxiety, Etiological Factors And Associated Disturbances, Elsevier Science Publisherss 1988:2,23- 41.

133. Bayraktar E. Yaygın Anksiyete Bozukluğunun Fenomenolojisi. In Tükel R, Aklın T, editors, Anksiyete Bozuklukları. Ankara: Türk Psikiyatri Derneği Yayınları: 2006:469–508.

134. Borkovec TD, Alcaine OM, Behar E. Avoidance theory of worry and generalîzed anxiety disorder. In: Heimberg RG, Turk CL, Mennin DS editors. Generalized Anxiety Disorder. New York; The Guilford Press, 2004. 77–108.

135. Brown TA, Barlow DH, Liebowitz MR: The empirical basis of generaİized anxiety disorder. Am J Psychiatry 1994; 151:1272-1280.

136. Gliatto MF. Generalized Anxiety Disorder. American Familiy Physician 2000; 62(7):1591-602.

137. 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 1989;146:1440-6.

138. Alkın T, Alptekin K. Yaygın Anksiyete Bozukluğu. In: Köroğlu E editor. Anksiyete Monografiar Serisi 4. Ankara:Medikomat Basım, 1995:149-188.

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

140. Saatçioğlu o. Yaygın Anksiyete Bozukluğunun Tedavisi ve Yeni Yaklaşımlar. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni, 2001: 11(1):60-77.

141. Butler G, Fennell M, Robson P, Gelder M. Comparison of behavior therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. J Consult Clin Psychol 1991;59:167-75.

142. Hales RE, Hilty DA, Wise MG. A treatment algorithm for the management of anxiety in primary care practice. J Clin Psychiatry 1997;58(suppl 3):76-80.

143. Salzman CN. Behavioral side effects of benzodiazepines. In: Adverse Effects of Psychotropic Drugs. Kane JM, Lieberman JA, eds. New York, NY: Guilford Press; 1992:139-52.

144. Ersoy F, Edirne T, Oğuz TF. Birinci Basamakta Anksiyete Bozuklukları – 2 sted. 2003;12:9:326-7.

145. Uhde TW, Tancer ME. Buspirone. In: Kaplan HI, Sadock, BJ, eds. Comprehensive Textbook of Psychiatry. 6th ed. Baltimore, Md: Williams and Wilkins; 1995:1957-60.

146. Rickels K, Schweizer E: The clinical course and long-term management of generalized anxiety disorder. J Clin Psychopharmacol 1990; 10(Suppl):101-110.

147. Goa KL, Ward A. Buspirone: a preliminary review of its pharmacological properties and therapeutic efficacy as an anxiolytic drugs 1986;32:114-29.

148. Perry PJ, Alexander B, Liskow BI. Psychotropic Drug Handbook. Washington, DC: American Psychiatric Press Inc; 1997:303-43.

149. Birkett P, Tyrer P: Beta-blocking drugs for the treatment oLgeneralized anxiety disorder. Noyes RJr, Roth M, Burrows GD (eds): Handbook of Anxiety, Vol. 4, Elsevier Science Publishers, Amsterdam, 1990:147-68.

150. Wingerson D, Roy-Byrne P. Review of anxiolytic drugs. In: Dunner DL editor. Current Psychiatric Therapy. Mexico: W.B. Saunders Company, 1993:295-303.

151. Beck AT, Wrad CH, Mendelson M, Mock J, Erbaough J. An inventory of measure in depression. Arch Gen Psychiatry. 1961;4(6):561-71.

152. Hisli N. Beck Depresyon Envanteri'nin üniversite öğrencileri için geçerliliği ve güvenilirliği. Psikoloji Dergisi, 1989;6: 3- 13.

153. Ulusoy M, Şahin N, Erkman H. Turkish version of The Beck Anxiety Inventory: Psychometric properties. J Cogn Psychother: Int Quaterly, 1998;12:28-35.

154. Nolen-Hoeksema S, Grayson C: Explaining the gender difference in depressive symptoms. J Personal Soc Psychol, 1999; 77:1061-1072.

155. Tonge B.J. and Einfeld S.L, Gray K.M. The family burden of emotional and behavioural problems in children with intellectual disability, IASSID Worlg Congerss Abstracts. Journal of Intellectual Disability Research, 2004; 48.4: 370.

156. Akıncı A. Epilepsi Hastalığı Olan Çocukların Annelerinde Depresyon Ve Anksiyete (Tez). Elazığ, Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi. 2014.

157. Durukan İ ve ark. Otistik Spektrum Bozukluğu Olan Çocukların Annelerindeki Baş Etme Tutumları ve Depresyon ile Anksiyete Düzeyleriyle İlişkisi. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi : 17 (2) 2010;-7582.

158. Aydın Ş. Fiziksel ve/veya Zihinsel Engelli Çocuk Annelerinin Depresyon Düzeylerinin İncelenmesi (Tez) İstanbul. Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. 2016.

159. Zeytin AM. Kronik Hastalığı Olan çocukların Ailelerinin Anksiyete Ve Depresyon düzeylerinin Belirlenmesi (Tez). Eskişehir, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi. 2012.

160. Yıldırım A ve ark. Engelli Çocukların Annelerinin Ruhsal Durumlarının Belirlenmesi. İ.Ü.F.N. Hem. Derg (2012) Cilt 20 - Sayı 3: 200-209.

161. Uskun E, Gündoğar D. The levels of stress, depression and anxiety of parents of disabled children in Turkey. Disability and Rehabilitation, 2010; Early Online, 1–11.

162. Ergin D ve ark. Engelli çocuğa Sahip Ebevenlerin Depresyon Düzeyi Ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2007; 10: 1;41-8.

163. Ayyıldız T ve ark. Zihinsel Engelli Çocuğa Sahip Annelerin Stresle Baş Etme Yöntemlerinin Değerlendirilmesi. Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi. 2012; 11,(2):1-12.

164. Aksu MT. Kronik Hastalığı Olan Çocukların Annelerinin Sosyodemografik Özellikleri Depresyon, Anksiyete, Problem Çözme Yeteneği ve Yaşam Kaliteleri

Açısından Değerlendirilmesi (Tez). İstanbul, T.C. Sağlık Bakanlığı Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2008.

165. Rudolph M, Rosanowski F, Eysholdt U, Kummer P. Anxiety and depression in mothers of speech impaired children. International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology 2003; 67(12): 1337- 1341.

166. Yılmaz O, Söğut A, Gülle S, Can D, Ertan P, Yüksel H. Sleep quality and depression- anxiety in mothers of children with two chronic respiratory diseases: asthma and cystc fibrosis. J Cyst Fibros. 2008;7(6):495-500.

167. Söhmen T, Yavaş İ, Bakır B, Söhmen G. Assesment of psychologıcal states of children with cancer in a Turkish sample. Bulletin of Clinical Psychopharmacology. 1996;6(1-4):48-53.

168. Kazak E. Marvin, R. " Differences, difficulties and adaption: Stres and Social network in families with a handicapped child" Family Relations.1984:33; 67-77.

169. Toros A. Zihinsel ve/ veya bedensel engelli annelerin anksiyete, depresyon, evlilik uyumlarını algılama seklinin değerlendirilmesi" Journal Of Clinical Psychology,2000:5;23-47.

170. Dilek B. ve ark. Serebral palsili çocukların annelerinde depresyon ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. Marmara Medical Journal 2013; 26:94-8.

8. EKLER

8.1. VERİ FORMU

1- Yaşınız: **2- Medeni Durumunuz:** a) Evli b) Bekar

3- Eğitim Durumunuz:

a) Okur yazar değil b) Ilkokul c) Ortaokul d) Lise e) Üniversite

5- Aylık Geliriniz:

a) < 1400 TL b) 1400-2999 TL c) 3000-4999 d) >5000 TL

6- Sahip Olduğunuz Çocuk Sayısı: a) 1 b) 2 c) 3 ve daha fazla

7- Aile Yapınız: a) Çekirdek aile b) Geniş aile c) Parçalanmış aile

4- Çalışma durumunuz: a) Çalışan b) Çalışmayan

8- Engelli Çocuğunuzun Engel Durumu:

a) Fiziksel b) Zihinsel c) Fiziksel +Zihinsel

9- Çocuğunuzun Engellilik Derecesi:

a) Hafif b) Orta c) Ağır

10- Engelli Çocuğunuzun Cinsiyeti:

a) Kız b) Erkek

11- Aile Üyeleri Arasında Başka Engellilik Durumu Olan Kişi:

a) Var b) Yok

12- Çocuğunuz ile ilgili problemlerinizi en sık kiminle paylaşırsınız? (Tek cevap veriniz.)

a) Eş b) Aile bireyleri/ akrabalar c) Arkadaşlar d) Diğer engelli aileleri

e) Hekim/Psikolog

13- Engelli bir çocuğa sahibi olmak çevrenizle ilişkilerinizi etkiledi mi?

a) Evet b) Hayır

8.2. BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ

Bu form **son bir (1) hafta içerisinde** kendinizi nasıl hissettiğinizi araştırmaya yönelik 21 maddeden oluşmaktadır. Her maddenin karşısındaki dört cevabı dikkatlice okuduktan sonra, size en çok uyan, yani sizin durumunuzu en iyi anlatanı işaretlemeniz gerekmektedir.

1. (0) Üzgün ve sıkıntılı değilim.
(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) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.

3. (0) Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum.
(1) Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum.
(2) Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
(3) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.

4. (0) Herşeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
(1) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.
(2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
(3) Herşeyden sıkılıyorum.

5. (0) Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum.
(1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
(2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
(3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.

6. (0) Kendimden memnunum.
(1) Kendimden pek memnun değilim.
(2) Kendime kızgınım.
(3) Kendimden nefrete ediyorum.

7. (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
(1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğunu düşünmüyorum.
(2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.
(3) Herşeyi yanlış yapıyormuşum gibi geliyor ve hep kendimi kabahatli buluyorum.

8. (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncülerim yok.
(1) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.
(2) Kendimi öldürmek isterdim.
(3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.

9. (0) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.
(1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
(2) Çoğu zaman ağlıyorum.
(3) Eskiden ağlayabilirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum.

10. (0) Her zaman olduğumdan daha canı sıkkın ve sinirli değilim.
(1) Eskisine oranla daha kolay canım sıkılıyor ve kızıyorum.
(2) Herşey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.
(3) Canımı sıkan şeylere bile artık kızamıyorum.

11. (0) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim.
(1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.
(2) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.
(3) Artık çevremde hiçkimseyi istemiyorum.

12. (0) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum.
(1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
(2) Eskiye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.
(3) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.

13. (0) Her zamankinden farklı göründüğümü sanmıyorum.
(1) Aynada kendime her zamanklinden kötü görünüyorum.
(2) Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.
(3) Kendimi çok çirkin buluyorum.

14. (0) Eskisi kadar iyi iş güç yapabiliyorum.
(1) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.
(2) Ufacık bir işi bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.
(3) Artık hiçbir iş yapamıyorum.

15. (0) Uykum her zamanki gibi.
(1) Eskisi gibi uyuyamıyorum.
(2) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum.
(3) Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.

16. (0) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum.
(1) Eskiye oranla daha çabuk yoruluyorum.
(2) Her şey beni yoruyor.
(3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum.

17. (0) İştahım her zamanki gibi.
(1) Eskisinden daha iştahsızım.
(2) İştahım çok azaldı.
(3) Hiçbir şey yiyemiyorum.

18. (0) Son zamanlarda zayıflamadım.
(1) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 Kg verdim.
(2) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 kg verdim.
(3) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 kg verdim.

19. (0) Sağlığımla ilgili kaygılarım yok.
(1) Ağrılar, mide sancıları, kabızlık gibi şikayetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.
(2) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafamı başka şeylere vermekte zorlanıyorum.
(3) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum.

20. (0) Sekse karşı ilgimde herhangi bir değişiklik yok.
(1) Eskisine oranla sekse ilgim az.
(2) Cinsel isteğim çok azaldı.
(3) Hiç cinsel istek duymuyorum.

21. (0) Cezalandırılması gereken şeyler yapığımı sanmıyorum.
(1) Yaptıklarımdan dolayı cezalandırılabileceğimi düşünüyorum.
(2) Cezamı çekmeyi bekliyorum.
(3) Sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor.

8.3. 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 Beni pek etkilemedi**	**Orta düzeyde Hoş değildi ama katlanabildim**	**Ciddi düzeyde Dayanmakta çok zorlandım**
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)				

8.4. ETİK KURUL ONAYI

T.C. Sağlık Bakanlığı

T.C.
İZMİR VALİLİĞİ
İZMİR İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
SBÜ İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Toplantı No : 14
Tarih : 11 Aralık 2017
Karar No : 6

Hastanemiz Aile Hekimliği asistanı Dr. Miyase Didem ÇEKİÇ' in tez çalışması olarak yapılması planlanan "**Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Programındaki Zihinsel ve / veya Bedensel Engelli Çocukların Annelerinin Depresyon ve Anksiyete Düzeyinin Belirlenmesi"** konulu araştırmaya ait dosya görüşülmüş çalışmanın gerekçe, yöntem ve etik açıdan uygun olduğuna, Dr. Miyase Didem ÇEKİÇ tarafından Aile Hekimliği Uzmanı Doç. Dr. Hülya PARILDAR sorumluluğunda yürütülmesine oy birliği ile karar verilmiştir.

BAŞKAN : Doç. Dr. Şükran KÖSE

ÜYELER:
Doç. Dr. Cüneyt Eftal TANER
Doç. Dr. Süheyla SERİN SENGER
Doç. Dr. Ahmet KAYA
Doç. Dr. Figen TOKUÇOĞLU
Doç. Dr. Tolga KANDOĞAN
Doç. Dr. Özgür ÖZTEKİN (izinli)
Doç. Dr. Emel Ebru PALA
Uzm. Dr. Ahenk PAKSOY (katılmadı)
Doç. Dr. Can ÖZTÜRK
Yrd. Doç. Dr. İ. Eren AKÇİÇEK
Emekli Subay Atıf Can ÖKTEN
Avukat Murat BAŞKIRT

İzmir Kuzey Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yerel Etik Kurulu Yenişehir / İZMİR
Telefon: 0 232 4696969 / 6128

Sayın Miyase Didem Çekiç,

İlgili yazınızda belirttiğiniz " Özel Eğitim Rehabilitasyon Programındaki Zihinsel Ve/ Veya Bedensel Engelli Çocukların Annelerinin Depresyon Ve Anksiyete Düzeyinin Belirlenmesi " konulu tez araştırmanız 05.09.2017 tarihinde incelenmiş Özel Eğitim Yönetmeliği kurallarına göre değerlendirilmiş tez araştırmanızın gönüllü annelere yapılması ve sonuçlarının tez olarak yayınlanması kurumumuz tarafından uygun görülmüştür. 08/09/2017

Güner KARACASU

Müdür

