

T.C.
FIRAT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI



SEREBRAL PALSİLİ ÇOCUĞA SAHİP ANNELERİN
PSİKIYATRİK SEMPTOM DÜZEYİ ve AİLE YÜKÜ
YÜKSEK LİSANS TEZİ

Gülsüm AŞAN

2021



ETİK BEYAN

Kendime ait çalışmalar ile bu tez çalışmasını gerçekleştirdiğimi, çalışmaların planlanmasından, bulgularının elde edilmesine ve yazım aşamasına kadar tüm aşamalarında etiğe aykırı davranışım olmadığını, bu tezdeki tüm bilgileri ve verileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışması içinde yer alan ancak bu tez çalışmasının bulguları arasında yer almayan verilere, bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi beyan ederim.

Gülsüm AŞAN

Tarih

İmza

Danışman: Doç. Dr. Pınar SOYLAR

Hemşirelik Anabilim Dalı

ELA ZİĞ

Beni bugünlere getiren

değerli babam Mehmet Hsn AŞAN ve

annem Meryem AŞAN'a



TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans öğrenimim ve tez çalışmam süresince bana her konuda destek veren, yardımlarını esirgemeyen, bilgi, birikim ve tecrübelerinden yararlandığım kıymetli, hoşgörülü danışman hocam Doç. Dr. Pınar SOYLAR’a saygılarımı sunar, teşekkürü bir borç bilirim.

Tez verilerimin toplanma sürecinde yardımlarını ve desteklerini esirgemeyen Diyarbakır Çocuk Hastalıkları Hastanesi ile Diyarbakır Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi evde sağlık birimi çalışanlarına teşekkür ederim.

Yüksek lisans ve tez çalışmam sürecinde benden yardımını esirgemeyen, birçok konuda fikir aldığım değerli arkadaşım Sinem AYTÖP’a teşekkür ederim.

Tüm yaşamım boyunca destek ve sevgileriyle daima yanımda olan canım aileme, tüm bu süreçte bana sabırla destek veren, her koşulda yanımda olan yüksek lisans sürecim boyunca varlığını ve desteğini hissettiğim değerli abilerim Aziz AŞAN ve Mehmet Nuri AŞAN, kardeşlerim Gülistan AŞAN, Şevval AŞAN ve Şimal AŞAN’a sonsuz teşekkürler.

İÇİNDEKİLER

BAŞLIK SAYFASI	i
ONAY SAYFASI	ii
ETİK BEYAN	iii
TEŞEKKÜR	v
İÇİNDEKİLER	vi
TABLO LİSTESİ	ix
SİMGELER ve KISALTMALAR	x
ÖZET	xi
ABSTRACT	xiii
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Serebral Palsi	4
2.1.1. Serebral Palsi Epidemiyolojisi	4
2.1.2. Serebral Palsi Etiyolojisi ve Risk Faktörleri	5
2.1.3. Serebral Palsinin Sınıflandırılması	6
2.1.3.1. Spastik Serebral Palsi	6
2.1.3.2. Diskinetik Serebral Palsi	7
2.1.3.3. Ataksik Serebral Palsi	8
2.1.3.4. Karışık (Mikst) Serebral Palsi	8
2.1.4. Serebral Palsiye Eşlik Eden Sorunlar	8
2.1.5. Serebral Palsi’de Tanı	9
2.1.6. Serebral Palsi’de Tedavi	10
2.1.6.1. İlaç Tedavisi	11
2.1.6.2. Cerrahi Yaklaşımlar	12
2.1.6.3. Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Uygulamaları	12
2.1.7. Serebral Palsili Çocuğun Bakımında Hemşirenin Rolü	13
2.2. Aile Yüğü Kavramı	14
2.2.1. Duygusal Yüğü	15

2.2.2. Ekonomik Yük	16
2.2.3. Sosyal Yük	16
2.2.4. Fiziksel Yük	16
2.3. Psikiyatrik Semptomlar	17
2.3.1. Depresyon	17
2.3.2. Anksiyete Bozuklukları	17
2.3.3. Somatizasyon	18
2.3.4. Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB)	18
2.3.5. Fobik Anksiyete	18
2.3.6. Kişilerarası Duyarlılık (KD)	18
2.3.7. Hostilite	19
2.3.8. Paranoid düşünce	19
2.3.9. Psikotizm	19
2.3.10. Ek maddeler	19
3.GEREÇ VE YÖNTEM	20
3.1. Araştırmanın Tipi	20
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	20
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	20
3.4 Araştırma Verilerinin Toplanması	21
3.5 Veri Toplama Araçları	21
3.5.1 Sosyodemografik Bilgi Formu	21
3.5.2 Aile Yükü Değerlendirme Ölçeği (AYDÖ)	21
3.5.3 Kısa Semptom Envanteri (KSE)	22
3.6. Verilerin değerlendirilmesi	23
3.7. Araştırmanın Değişkenleri	24
3.8. Araştırmanın Etik Yönü	24
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları	25
3.10. Araştırmaya Alınma Kriterleri	25
3.11. Araştırmanın Hipotezleri	25
3.12. Veri Toplama Süreci	26

4. BULGULAR	27
4.1. Anne ve Çocuğa Ait Tanıtıcı Bulgular	27
4.2. AYDÖ ve KSE Puan Ortalamaları	30
4.3. Anne ve Çocuğa Ait Değişkenlere Göre AYDÖ Puan Dağılımı	32
4.4. Anne ve Çocuğa Ait Bazı Değişkenlere Göre KSE Puan Dağılımı	37
4.5. AYDÖ ve KSE Arasındaki ilişkiye Ait Bulgular	44
5. TARTIŞMA	54
5.1. Anne ve Çocuğa Ait Tanıtıcı Bulguların İncelenmesi	54
5.2. Annelerin AYDÖ ve KSE puan düzeyleri	56
5.3. Anne ve Çocuğa Ait Değişkenlere ile AYDÖ ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması	57
5.4. Anne ve Çocuğa Ait Değişkenler ile KSE ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması	60
5.5. AYDÖ ve KSE Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi	64
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	67
7. KAYNAKLAR	71
EKLER	81
EK-1: Kişisel Tanıtım Formu	81
EK-2: Kısa Semptom Envanteri	84
EK-3: Aile Yüğü Değerlendirme Ölçeğı	86
EK-4: Etik Kurul Onam Formu	88
EK-5: Kurum İzni	90
EK-6 Gpower Protokolü	92
ÖZ GEÇMİŞ	93

TABLO LİSTESİ

Tablo 1.	Serebral Palsi Potansiyel Nedenleri	5
Tablo 2.	Korelasyon Katsayısı Gücü	24
Tablo 3.	Serebral Palsili Çocukların Annelerinin Sosyo-Demografik ve Bazı Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı (n=200)	27
Tablo 4.	Çocuğa İlişkin Tanıtıcı Özelliklerin Dağılımı	29
Tablo 5.	Serebral Palsili Çocuğa Sahip Annelerin Aile Yüküne İlişkin Medyan ve Min-Max ile Cronbach Alpha Değerleri (n=200)	30
Tablo 6.	Serebral Palsili Çocuğa Sahip Annelerin Kısa Semptom Envanteri Medyan ve Minimum-Maximum Değerleri(n=200)	31
Tablo 7.	Anneye Ait Değişkenlerin AYDÖ ile İlişkisine Ait Bulgular	32
Tablo 8.	Çocuğa Ait Değişkenler İle Annelerin AYDÖ Puanları Arasındaki İlişkiye Ait Bulgular	35
Tablo 9.	Anneye Ait Değişkenler İle KSE Arasındaki İlişkiye Ait Bulgular	37
Tablo 10.	Çocuğa Ait Değişkenler ile Annelerin KSE Puanları Arasındaki İlişkiye Ait Bulgular	41
Tablo 11.	Aile Yüğü Değerlendirme Ölçeği ve Kısa Semptom Envanteri Arasındaki İlişkiye Ait Bulgular	44

SİMGELER ve KISALTMALAR

SP	: Serebral Palsi
MRI	: Magnetic Resonance Imaging
GMA	: Prechtl Qualitative Assessment of General Movements
HINE	: Hammersmith Infant Neurologic Examination
(BTX-A)	: Botulinum Toxin-A
İTB	: İntratekal Baklofen
SDR	: Selektif Dorsal Rizotomi
DSM-IV	: Diagnostik and Statisti Manual of Mental Disorders Fourth Edition
OKB	: Obsesif Kompulsif Bozukluk
AYDÖ	: Aile Yüğü Değerlendirme Ölçeğı
KSE	: Kısa Semptom Envanteri
KD	: Kişilerarası Duyarlılık

ÖZET

SEREBRAL PALSİLİ ÇOCUĞA SAHİP ANNELERİN PSİKIYATRİK

SEMPTOM DÜZEYİ ve AİLE YÜKÜ

Amaç: Bu araştırma, serebral palsili çocuğa sahip annelerin psikiyatrik semptom düzeyi ve aile yükünü belirlemek, psikiyatrik semptomlar ile aile yükü arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Kesitsel ve ilişki arayıcı tipte yürütülen bu çalışma Diyarbakır’da evde sağlık hizmetleri birimlerine kayıtlı 200 serebral palsili çocuk annesi ile yürütülmüştür. Veriler yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır. Verilerin toplanmasında Sosyodemografik Bilgi Formu, Kısa Semptom Envanteri ve Aile Yükü Değerlendirme Ölçeği kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılan annelerin yaş ortalaması $39,67 \pm 7,70$ ’dir. Annelerin %98’i çalışmıyor, %61,5’i ise okuryazar değildir. Çocukların yaş ortalaması $12,13 \pm 6,89$ ’dir ve %46,5’i kız, %53,5’i erkeklerden oluşmaktadır. Çocukların engel yüzdesi $93,55 \pm 9,18$ ’tir. Annelerin aile yükü değerlendirme ölçeğinden aldıkları toplam puan ortalaması 146, 00, kısa semptom envanteri alt boyut puan ortalamaları sırasıyla, “Somatizasyon” 6, “Obsesif Kompulsif Bozukluk” 5, “Kişilerarası Duyarlılık” 4, “Depresyon” 4, “Anksiyete Bozukluğu” 5 olarak bulundu. Annelerin aile yükü değerlendirme ölçeği alt boyutlarından sosyal yük, duygusal yük ve zaman gereksinimi ile kısa semptom envanteri alt boyutları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulundu ($p < 0,05$).

Sonuç: Serebral palsili annelerin aile yükünün yüksek, yetersizlik algısı, duygusal yükü ve zaman gereksinimlerinin fazla ve somatizasyon, obsesif

kompulsif bozukluk, kişilerarası duyarlılık, depresyon ve anksiyete bozukluğu yönünden belirti gösterdikleri görüldü.

Anahtar Kelimeler: Serebral Palsi, Aile Yüğü, Psikiyatrik Semptomlar, Anne, Hemşirelik



ABSTRACT

PSYCHIATRIC SYPTOM LEVEL and FAMILY BURDEN of MOTHERS of CHILDREN WITH CEREBRAL PALSY

Objective: This study was conducted to determine the psychiatric symptom level and family burden of mothers with children with cerebral palsy, and to examine the relationship between psychiatric symptoms and family burden.

Method: This cross-sectional and correlational research study was conducted with mothers of children with 200 cerebral palsy registered in home health care units in Diyarbakır. Data were collected through face-to-face interviews. Sociodemographic Information Form, Brief Symptom Inventory and Family Burden Assessment Scale were used to collect data.

Results: The mean age of the mothers participating in the study was 39.67 ± 7.70 years. 98% of mothers are not working and 61.5% are illiterate. The mean age of the children is 12.13 ± 6.89 years and 46.5% are girls and 53.5% are boys. The percentage of children with disabilities is 93.55 ± 9.18 . The total mean score of the mothers from the family burden assessment scale was 146, 00, and the mean scores of the brief symptom inventory sub-dimensions were found respectively as "Somatization" 6, "Obsessive Compulsive Disorder" 5, "Interpersonal Sensitivity" 4, "Depression" 4, "Anxiety Disorder" 5. A meaningful positive correlation was found between social burden, emotional burden and time requirement, which are sub-dimensions of mothers' family burden assessment scale, and brief symptom inventory ($p < 0.05$).

Conclusion: It was observed that the mothers had high family burden, perceived inadequacy, emotional load and high time requirements, and showed symptoms in terms of somatization, OCD, interpersonal sensitivity, depression and anxiety disorders.

Keywords: Cerebral Palsy, Family Burden, Psychiatric Symptoms, Mother, Nursing



1. GİRİŞ

Serebral palsi (SP); bebek anne karnında gelişim sürecindeyken beyinde ortaya çıkan, kalıcı motor fonksiyon kaybı, hareket ve duruş bozukluğu görülen nörolojik kaynaklı gelişimsel bir bozukluktur. SP’de motor bozuklukların yanı sıra epilepsi, duyu ve algı problemleri, zihinsel ve gelişimsel bozukluklar, iletişimsel, sosyal ve davranışsal problemler ile kas-iskelet sistemi problemleri de görülür (1). SP’li çocuklara yaşamlarının erken evrelerinde yeteri kadar bakım verilmemesinden dolayı bu çocukların engelleri ciddi seviyelere ulaşabilmekte, ileriki süreçlerde bağımlı ve bakıma ihtiyaç duyan kişiler olabilmektedirler (2).

Her ebeveynin hayali, doğacak olan çocuklarının sağlıklı olmasıdır. Aile, çocuklarındaki farklı özellikleri fark ettiğinde duygu durum karmaşası yaşayarak bu durumu kabul etmek için zamana ihtiyaç duymaktadır (3). SP’li çocuğa sahip aileler genellikle sosyo-ekonomik zorluklara ek olarak psikolojik sorunlarla da başa çıkmak zorunda kalabilmektedirler. Bu ebeveynler endişe, şok, inkâr, mutsuzluk, kızgınlık, çevrenin tutumuyla yüz yüze gelmekten kaçınma, özgüven ile saygıda azalma duyguları gibi bazı psikolojik sorunlarda da yaşayabilmektedirler (4). Her ne kadar SP’nin tanısı konulduktan sonraki süreçten ailenin tüm bireyleri etkilense de anneler daha çok etkilenmektedir(3).

Bakım ve tedavi sürecinde çocukla birebir ilgilenen kişiler çoğunlukla annelerdir. Bu yüzden anneler psiko-sosyal açıdan büyük stres altında olabilirler. Annelerin stres altında kalması ve yaşam kalitesinin bozulması, bu hastaların yaşam kalitesindeki iyileşmeyi etkileyebilir (4,5). Literatüre bakıldığında SP li hastalar ve

anne-babaların da yaşam kalitesinin önemli derecede bozulduğu ve primer bakım veren kişilerde bazı psikiyatrik bozuklukların görüldüğü bildirilmektedir (6).

SP'li çocuğu olan annelerde, sağlıklı çocuğu olan annelere kıyasla, yaşam kalitesinde bozulma, ağrı, bakım yükü, depresyon gibi fiziksel ve mental bozulmaya ek olarak yorgunluk ve kalitesiz uyku gibi sıkıntılar da görülmektedir. Depresyon ile ailenin geliri ve annenin çocuğun zihin ve davranış sorunlarıyla ilgili düşünceleri arasında ilişki olduğu görülmüştür (7,8,9,10).

Zihinsel yetersizliği olan bir çocukla yaşamak aile bireylerinde yük duygusu oluşturmaktadır. Aile yükü, uzun süre yetersizliği olan bir kişiye bakım vermekten dolayı oluşan duygusal, sosyal ve maddi ihtiyaçların algılanma biçimi ile ilişkili psikolojik bir yüküdür. Aile yükü ailelerin deneyimlediği tüm zorluklar olarak da tanımlanabilir (11). Çocuğun yaşı, cinsiyeti, hastalığın derecesi ve fonksiyonel durumu, çocuğa bakım verenin yaşı, cinsiyeti, eğitim seviyesi, bireysel ve kültürel özellikleri, çocuk sayısı, ailede zihinsel yetersiz başka birinin olma durumu, bakım verenin ekonomik ve sosyal durumu aile yükünü etkileyen etkenler arasında yer almaktadır (12).

Zihinsel yetersizliğin tam olarak bir tedavisi olmadığından, ailelerde duygusal yüklenme görülmektedir. Bu durumdan aile bireyleri belirli derecelerde etkilenmektedir (11). Yapılan araştırmalar ailede yetersizliği olan bir çocuğun bulunması ile oluşan aile yükünden özellikle primer bakım veren annelerin etkilendiğini ve annede duygusal, fiziksel, sosyal ve ekonomik yük oluşturduğunu ortaya çıkarmıştır (13,14,15). Aile yükünü etkileyen birçok etken bulunmaktadır. Bakım verenin yaşı, cinsiyeti, etnik kökeni, eğitim durumu, bakım vermeye razı olup olmaması, gelir durumu, var olan bir hastalığın olup olmaması, baş etme

yöntemleri, sosyal desteği, yaşadığı toplumun kültürel özellikleri bu faktörler arasında sayılabilir. Bakım veren yük algısı fazla olan hastalarda davranış sorunları daha sık görölmektedir (16).

Literatüre bakıldığında SP’li çocuğa sahip annelerin psikolojik semptom düzeyi ve aile yükü arasında ki ilişkiyi inceleyen herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu bağlamda bu çalışmada Serebral palsili çocuğa sahip annelerin psikolojik semptom düzeyi ile aile yükü arasındaki ilişki incelenmek istenmiştir.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Serebral Palsi

Serebral Palsi; perinatal, prenatal ve postnatal dönemde merkezi sinir sisteminde meydana gelen herhangi bir yaralanmadan dolayı oluşan ilerleyici olmayan ancak çocukta konuşma, hareket, öğrenme ve motor fonksiyonlarda bozulmaya neden olan bir bozukluktur (17).

Serebral Palsinin ilk defa 1862’de William Little tarafından tanımı yapılmıştır ve ilk başlarda Little’s hastalığı olarak adlandırılmıştır. Gelişimsel fonksiyonların ilerlemesini etkileyen ve zamanla düzelmeyen, yaşamın ilk evrelerinde çocukları olumsuz etkileyen bir bozukluk olarak tanımlanmıştır. Little, aynı zamanda bu bozukluğu doğum sırasındaki beynin yetersiz oksijenlenmesiyle de bağdaştırmıştır. Daha sonra 1897’de Sigmund Freud, SP’nin gebelikte fetüsü etkileyen anormal etkenlerle ilgili olabileceğini öne sürmüştür (18).

2.1.1. Serebral Palsi Epidemiyolojisi

Gelişmiş ülkelerde SP görülme oranı 1000 canlı doğumda 2-3 tür. Bu oran 28 haftanın altında doğan prematüre çocuklar için 1000 canlı doğumda 40-100 arasında değişmektedir (19). Türkiye’de ise 2-16 yaş arasındaki çocuklarda SP prevalansının incelendiği bir çalışmada 1000’de 4.4 ile gelişmiş ülkelere göre daha yüksek olduğu bildirilmiştir (20). Türkiye’de bu oranın yüksek olması akraba evlilikleri, gebelikte geçirilen hastalıkların fazla olması, yetersiz sağlık kontrolleri, olumsuz doğum şartları, bebek bakım hizmetlerinin yetersiz olması, ebeveynlerde düşük eğitim düzeyi, olumsuz sosyo ekonomik ve kültürel etkenlerle açıklanmaktadır (21,22,23).

2.1.2. Serebral Palsi Etiyolojisi ve Risk Faktörleri

Serebral Palsi ile bağlantılı doğum öncesi, doğum sırası ve doğum sonrası olmak üzere birçok durum ve risk faktörü vardır (13). İntrauterin gelişim sırasında ortaya çıkan problemler, konjenital anomaliler, gebeliğin herhangi bir döneminde meydana gelen asfiksi ve erken doğum en sık görülen nedenlerdendir (24).

SP birden fazla nedenden kaynaklanabilir. Bu yüzden gerçek nedeni belirlemek güçtür (25). Serebral Palsi'li hastaların yaklaşık %25-40'ı, 37 haftadan önce doğmuştur. Doğum ağırlığı 1500 gr'ın altında olanlar yüksek risk altındadır (26). SP'nin %60,1 doğum öncesi, %28,4 doğum sırası ve %11,5 doğum sonrası nedenlerden kaynaklandığı ortaya çıkarılmıştır (27). Serebral palsi potansiyel nedenleri prenatal, perinatal ve postnatal şeklinde gruplandırılmaktadır (13) (Tablo 1).

Tablo 1. Serebral Palsi Potansiyel Nedenleri

<u>Prenatal</u>	<u>Perinatal</u>	<u>Postnatal</u>
✓ Hipoksi	✓ Asfiksi	✓ Asfiksi
✓ Genetik bozukluklar	✓ Prematüre doğum<32	✓ Postnatal steroidler
✓ Metabolik bozukluklar	✓ RH uyumsuzluğu	✓ Serebral enfarktüs
✓ Çoğul gebelik	✓ Enfeksiyon	✓ Hiperbilirubinemi
✓ Rahim içi enfeksiyonlar	✓ Plesental abrupsiyon	✓ Sepsis
✓ Trombofilik bozukluklar	✓ Anormal fetal	✓ Menenjit
✓ Teratojenik maruz kalma	prezentasyonu	✓ Kafa travması
✓ Maternal ateş	✓ -Düşük doğum	✓ -İntraventriküler
✓ Koryoamnionitis	ağırlığı<2500 gr	kanama
✓ Toksinlere maruz kalma		✓ Periventriküler
✓ Beyin yapılarının		lökomalize
malformasyonu		✓ Respiratuar distres
✓ Abdominal travma		sendromu/kronik
✓ Vasküler hasarlar		akciğer hastalığı
✓ İntra uterin gelişimin		✓ Sarsılmış bebek
kısıtlanması		sendromu

2.1.3. Serebral Palsinin Sınıflandırılması

Serebral Palsinin sınıflandırılmasında birçok sistem kullanılır bunlar fiziksel motor anomalileri ve fonksiyonu tanımlayanlar şeklinde ikiye ayrılır (28).

Avrupa Serebral Palsi Araştırma Grubu serebral palsiyi uzuv tutulumuna göre (bilateral ve unilateral), temel motor, fonksiyon ve tonus bozukluğuna göre spastik tip, diskinetik (distonik, atetoid), ataksik ve karışık (mixed) tip şeklinde sınıflandırmaktadır (19, 29). Bilateral ve unilateral terimi daha sonra hemipleji, dipleji ve quadriparazi şeklinde kullanılmıştır (29).

2.1.3.1. Spastik Serebral Palsi

Spastik SP, beynin kortikospinal yolundaki bozukluk ve hasardan kaynaklanır, ayrıca üst motor nöron hasarı olarak da tanımlanır. Spastik SP tüm vakaların %70 ile %80'nini oluşturur. %30'unda bilişsel bozukluklar görülür. Kas tonusunda gözlenen baskın artışa rağmen, hiperfleksiyon, klonus (istemsiz kas hareketi), kas babinski yanıtı ve kalıcı basit refleksler yaygın olarak görülür (17).

Spastik kuadriplejik

Spastik kuadriplejik SP, SP'nin en ağır seyreden formudur, çocukların %25'i her açıdan tam bakım gerektirir (30). Spastik serebral palsi hastalarının %10 ile %15'ini oluştururlar. Tüm kaslar etkilenmiştir gövde ve oral kaslar gibi. Tedavi edilemeyen vakaların yaklaşık %50'sinde epilepsi riski, zihinsel gerilik, sağırılık ve şiddetli görme bozukluğu görülebilir (13).

Spastik hemiplejik

Spastik SP'li hastaların %20-%30'unu oluşturur. Genellikle üst ekstremiteler alt ekstremitelerden daha çok etkilenir. Spastik hemiplejik hastalar genellikle 6 aya kadar asimetrik kol/bacak kullanımı ve ilk 1 yılında el tercihi mevcuttur (13,30).

Spastik diplejik

Spastik SP'li hastaların %30-%40'nı oluşturmaktadır. Spastik diplejik SP 'nin en yaygın nedeni erken doğumdur. Alt ekstremiteler üst ekstremitelere göre daha çok etkilenir. Öğrenme, dikkat, iletişim bozuklukları ve şaşılık riski yaygındır (13,30).

2.1.3.2. Diskinetik Serebral Palsi

Diskinetik SP; perinatal asfiksi veya şiddetli sarılık sonucu meydana gelen bazal ganglion ya da talamus hasarı sonucu gelişir (31). Bu tür hastalarda birden fazla istemsiz kas hareketi mevcuttur. Özellikle hasta heyecanlandığında ya da hareket girişiminde bulunduğu kaslar kasılır (17). Dizartri gibi konuşma problemleri yaygındır. Yaklaşık %30- %78' i zekâ olarak normaldir, %50'si ise ilerde mobilize olabilir (13).

Atetoz: İstem dışı yavaş yılanvari kıvrılma hareketleridir. Spastik hastaların %15'inde görülmektedir (32).

Korea: Genellikle baş, boyun ve ekstremitelerde aniden ortaya çıkan, düzensiz, sıçrar şekilde hareketlerle kendini gösterir (32).

Koreoatetoz: Atetoz ve koreiform hareketlerin beraber görülmesidir. Genel olarak büyük amplitüdlü istem dışı hareketler var olup, atetoid hareketler baskındır (32).

Distoni: Gövde ve ekstremitelerin uç kısmında belirgin tonus değişiklikleri ile beraber yavaş, ritimli ve torsiyonel hareketler mevcuttur. Duruş bozuklukları görülür (32).

2.1.3.3. Ataksik Serebral Palsi

Ataksik SP nadirdir ve diğer ilerleyici olmayan nörodejenaratif hastalıklardan ayırt edilmelidir. Genellikle oral motor zayıflıklar (yutma, salya akması, anormal konuşma şekli); denge problemleri, titreme ve zayıf kafa kontrolü, yaygın olarak geniş tabanlı, ayaktan dengesiz yürüyüş ve mental reterdasyon görülür (13, 17).

2.1.3.4. Karışık (Mikst) Serebral Palsi

Farklı derecelerde spastik, koreatetoid ve ataksik SP semptomlarının birlikte görüldüğü SP şeklidir. SP hastalarının %10' unu oluşturur. Mikst tip serebral palsi spastik tip serebral palsilerin artmış kas tonusu, gergin ve sert kas özelliklerinin yanı sıra atetoid serebral palsinin istemsiz ve kontrolsüz hareketlerini de içerir. Bu durum piramidial ve ekstrapiramidial bölgenin hasarı sonucu oluşur. Dil gelişim sorunları ve özel öğrenme zorlukları yaygın olarak görülür (33, 34).

2.1.4. Serebral Palsiye Eşlik Eden Sorunlar

Serebral Palsi' li çocuklarda hareket ve postür gibi problemlere ek olarak başka sorunlarda da görülebilir. Bunlar: Epilepsi, mental problemler, orol-motor fonksiyon bozuklukları, konuşma zorluğu, gastrointestinal sorunlar, diş problemleri, görme sorunları, işitme güçlüğü, solunum sorunları, üriner disfonksiyon (35).

SP'li çocukların üçte biri yürüyemiyor, %25'i konuşamıyor, %25'nin epilepsi tanısı var, %4'ünün işitme problemi var, dörtte üçünde ağrı, üçte birinde kalça çıkığı, %25'inde davranış bozukluğu, %25'inde üriner sistem problemleri, %20'si salya akıtıyor, %10'unda görme problemi, on beş kişiden biri tüple besleniyor ve yaklaşık %20'sinde de uyku bozukluğu mevcuttur (36).

2.1.5. Serebral Palsi'de Tanı

SP'de tanı, nörolojik değerlendirme, nöro-görüntüleme bulguları ve klinik risk faktörlerinin tanımlanmasıyla konulur. Bu nedenle tanı karmaşıktır ve sıklıkla geç konulur, genellikle 1-2 yaş veya sonrasında tanı konur. SP'nin teşhisi neonatal dönemde çocukta SP için tanımlanabilir risk faktörlerinin, daha erken sonuçlanan tarama ve çocuğun gelişimin yakından takip edilip edilmemesine göre değişir. Son yıllarda, SP'nin tanısı daha erken ve doğru teşhis edilebilir hale geldi ve bu çok olumlu bir gelişmedir, çünkü tedaviye erken başlanarak hızlı beyin büyümesin uzun vadeli sonuçları engellenebilir (37).

Yüksek riskli yeni doğanlarda SP' nin tanısı için bir dizi gelişimsel tanı araçları ve nörolojik değerlendirmeler kullanılmıştır. Son zamanlarda uluslararası multidisipliner SP uzman grubu tarafından yapılan bir incelemede, SP'nin 5 aydan önce saptanması için geçerliliği en iyi şu araçlara odaklanmıştır: Neonatal Magnetic Resonance İmaging (MRI) (duyarlılık %86–%89), the Prechtl Qualitative Assessment of General Movements (GMA) (duyarlılık %98), ve the Hammersmith Infant Neurologic Examination (HINE) (duyarlılık %90). Bu araştırmacılar, SP için tespit edilebilir risk faktörü olan yeni doğan bebeklerin 5 aydan önce teşhisine

yardımcı olmak için, standart bir nörolojik muayene, motor değerlendirme ve nörolojik görüntülemeye geçirilmesini öneriyor (38).

2.1.6. Serebral Palsi'de Tedavi

SP' nin kesin bir tedavisi yoktur. Tedavide amaç; hastanın yaşam kalitesini artırmak ve fonksiyonel düzeyini en yüksek seviyeye getirmektir. Bunun için kasların kuvvetlendirilmesi, hastanın dengesinin sağlanması, istemsiz kas hareketlerinin azaltılması ve SP ile beraber görülen diğer patolojilerin giderilmesi gerekmektedir. Her hastada farklı bozukluklar görüldüğünden tedavi planı yaparken hastanın nöro-gelişimsel, kas-iskelet sistemi durumu, kognitif fonksiyonları ve motivasyonu, hasta ve ailesinin hedefleri, ailenin sosyo-ekonomik düzeyi dikkate alınmalıdır. SP'de birden fazla semptom ve klinik belirtinin görülmesi nedeni ile birçok uzmanlık alanı ile alakalı olmasının yanında, ömür boyu devam edecek bir rehabilitasyon, eğitim, psikolojik danışmanlık ve aile danışmanlığı gibi hizmetlerin de verilmesi gereklidir. Bu nedenle SP, birçok uzmanlık alanının koordineli olarak çalışmasını gerektirir (39).

SP'nin tedavisi multidisipliner bir yaklaşım gerektirir, tedavi de motor bozukluklarla birlikte var olabilecek diğer komorbiditeler de ele alınmalıdır. SP'nin tedavisi ortopedi uzmanı, nöroloji uzmanı, fizik tedavi uzmanı, gastroenterolog, psikiyatrist, pediatri uzmanı, uyku terapisti, dil ve konuşma terapisti, beslenme uzmanı, iş-uğraş terapisti, hemşire ve çocuk gelişim uzmanı olmak üzere birden fazla uzmanlık alanı gerektirir (37).

Tedavide ilk önce SP'li çocuklarda spastisiteyi tetikleyen yorgunluk, ağrı stres, hareketsizlik, uyku bozuklukları gibi sistemik bir nedenden kaynaklanabilecek nedenler araştırılıp iyileştirilmelidir (40).

SP'de kullanılan tedavi seçenekleri fizyoterapi, ergoterapi, cihaz destekli yaklaşımlar, oral ilaç uygulamaları (benzodiazepam, diazepam, tizanidin, dantrolen vb.), Botulinum Toksin A Uygulaması (BTX-A), İntratekal Baklofen tedavisi (İTB), Selektif Dorsal Rizotomi (SDR) ile cerrahi tedaviden oluşmaktadır. Kullanılan tedavi çeşidi, hastanın gelişimsel durumuna göre değişmektedir. Bununla beraber hastaların çoğu fizyoterapi ve diğer tedavi seçeneklerine yanıt vermektedir (23,40).

2.1.6.1.İlaç Tedavisi

Serebral palsinin tedavisinde oral ilaçlar yaygın olarak kullanılmaktadır. Çocuklarda yaygın olarak kullanılan oral ilaçlar; baklofen, diazepam, klonazepam, dantrolen ve tiazinidindir (40,41).

BTX-A enjeksiyonu günümüzde spastitenin tedavisinde kullanılan birincil yaklaşımlardandır. BTX-A enjekte edilen kasta nöromusküler bağlantı noktasında asetilkolin salınımını bozarak, iskeletin doza bağlı zayıflığına neden olur. Bu kısmen, geçici olarak kası zayıflatarak kas kasılmasını kesintiye uğratar. Etkisi enjeksiyonu takiben 48-72 saatte ortaya çıkar ve ortalama 3-6 ay devam eder (40).

İntratekal Baklofen (İTB), 1996'da serebral kaynaklı spastitenin tedavisi için onaylanmıştır. İTB cerrahi olarak implante edilmiş bir sistemdir. Spinal kanal ve spinal kordun çevresine baklofeni doğrudan infüze ederek spastite kontrol edilir (40,42). İTB Spinal reseptörlere verilen dozu en üst seviyeye çıkarır ve oral baklofenden kaynaklı yan etkileri minimize eder (40,43).

Selektif Dorsal Rizotomi (SDR), BTX-A ve rehabilitasyon uygulamaları ile noktalanmış bir dizi uygulamadan sonra genellikle çocuk 4-5 yaşlarındayken uygulanan nörogirişimsel bir uygulamadır. SDR' nin uygulanabilmesi için spastitenin halen bir sorun olması, alt ekstremit ve gövde kaslarının güçlü olması, çocuğun düzgün bir şekilde ayakta durabilmesi ve egzersizleri anlayarak yeterince iyi yapabilmesi gerekir (40).

2.1.6.2. Cerrahi Yaklaşımlar

Ortopedik cerrahi yaklaşımları spastitenin yönetimi için bir tedavi seçeneği değildir. Bunun yerine zayıf hareket kontrolü ve spastik kasların yüzeylelerinin büyümesiyle ortaya çıkan sekonder sorunları düzeltmeye yardımcı olmak için kullanılır. Bu sorunlar arasında kas kısalması, eklem kontraktürleri ve kemik deformiteleri yer alır (44).

2.1.6.3. Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Uygulamaları

SP'li çocuklarda “rehabilitasyon” yaklaşımları, fiziksel, duyu-algı, bilişsel ve sosyal problemlerin çocukta ortaya çıkardığı sorunlara profesyonel ve multidisipliner ekip çalışmasını gerektiren bir kavramdır (45).

Fizyoterapi ve rehabilitasyon uygulamalarının amaçları; motor gelişimi desteklemek, kas tonusunu geliştirmek, düzeltme reaksiyonlarının gelişimini arttırmak, görme ve duyma reaksiyonları geliştirmek, kas-iskelet sistemi bozukluklarını engellemek, duysal ve motor deneyimleri normal hale getirmek, aile eğitimi, nöromotor değişiklikleri düzenli olarak kontrol etmek olarak sıralanabilir. Uygun fizik tedavi şeklinin belirlenmesinde yaş, fizyoterapiye başlama yaşı, anormal reflekslerin olma durumu ve şiddeti, postüral reaksiyonların

yetersizliği, kas tonusu sorunları, beraber görölen bilişsel sorunlar, işitme-görme-duyu-algı problemleri, genel sağlık durumu, aile desteği ile ekonomik durum da önemli olabilmektedir (46).

2.1.7. Serebral Palsili Çocuğun Bakımında Hemşirenin Rolü

Serebral Palsi’de temel problem motor bozukluktur, ancak motor bozukluğun üriner, kas-iskelet, gastrointestinal, işitme, görme, diş, solunum sistemleriyle yakın ilişkisi olduğundan bu sistemlerde de bozukluk çıkar. SP’li çocuklar boşaltım, yemek, uyku, banyo gibi temel öz-bakım becerilerini yerine getirmekte sıkıntı yaşarlar. Bunlar, çocuğun yaşam kalitesini önemli derecede etkiler. Hemşire bu durumları belirleme, değerlendirme ve çözüme kavuşturmakla yükümlüdür. Serebral Palsili çocuğun hemşirelik bakımının amacı; çocuğun kişisel yeteneği kapsamında hareketinin sağlama, iletişim becerileri kazandırma, çocuğun kendi bakımına katılabilmesini sağlama, yardımcı araç gereç kullanımında destek olma, beden imajını güçlendirme, aileye eğitim ve destek vererek aile olma sürecinin devamını sağlamaktır (47).

Çocuk ve ailesinin bakımı multidisipliner bir ekip çalışmasını gerektirir. Ekipte; hemşire, doktor, diyetisyen, fizik tedavi uzmanı, psikolog, özel eğitim uzmanı gibi birden fazla uzmanlık alanının yer alması önerilmektedir. Hemşire, ekipte çocuğun ve ailesinin bakımını üstlenerek diğer ekip üyeleriyle uyumu sağlayabilecek kişidir. Çocuk ve ailesine bakım veren hemşireler eğitimci, danışman, savunucu, karar verici gibi birçok bağımsız rollerini yerine getirmektedir (48).

Hemşire; psikolog ile beraber, engelli çocuk ve ailelerine stresle baş etme şekilleri ve öfke kontrolü davranışlarını kazandırabilir. Ailenin bu süreçteki

duygularını rahat bir şekilde ifade etmesine izin vermeli, ebeveynlerin destek gruplarına katılımlarını sağlayarak problem çözme becerilerini arttırmalı, ebeveynlerin maddi problemlerden kaynaklanan stresle başa çıkmalarını sağlamak için aileyi ekonomik olarak destek alabilecekleri kuruluşlara yönlendirilmelidir (49).

2.2. Aile Yüğü Kavramı

Aile yüğü kavramı ilk defa 1960'lı yıllarda Grad ve Sainsbury tarafından ortaya konulmuş, zihinsel hastalığı olan bireylere sahip ailelerin yaşamış olduğu olumsuzluklar olarak tanımlanmıştır (50).

Aile yüğü, bakım verenleri fiziksel, duygusal, sosyal ve maddi yönlerden etkileyen psikolojik bir yüktür. Ailede zihinsel engelli bir çocukla beraber olmak ve bakım vermek aile bireylerinde yük duygusu oluşturmaktadır. Yüğü, bakım verenin engelli çocuğun bakımını gerçekleştirirken yaşadığı öznel algıları ya da bireysel tepkileridir (51).

Ohaeri'ye (2003) göre yüğü kavramı rahatsızlığın, bakım verenlerin fiziksel, psikolojik ve sosyo-ekonomik iyiliğine etkilerini bir bütün şeklinde ele almaktadır. Ailede zihinsel yetersiz bir çocuğun olmasından kaynaklanan aile yüküne etki eden birden fazla etken vardır. Bunlardan bazıları bakıma dair zorluklar, evde düzenin ve rollerin bozulması, ekonomik sıkıntılar, tıbbi giderler, düşük gelir, duygusal stresler önemli yer kaplamaktadır. Bu açıdan bakınca aile yüğü birinin hastalığından dolayı ailenin yaşadığı zorluklar ve mücadeleler olarakta açıklanabilir (52,53). Sales (2003) ise aile yükünün nesnel ve öznel boyutlarını şu şekilde açıklamıştır:

Nesnel Aile Yüğü;

1. Bakım gereksinimleri ve sürekli gözetim altında tutma
2. Dolaylı görevler
3. Hastanın emosyonel gereksinimleriyle ilgilenmek ve hastayı cesaretlendirmek
4. Aile etkileşimi, aile rutinleri, boş zaman, iş, ruh sağlığı, fiziksel sağlık, sosyal etkileşim, ev halkı dışındaki diğer kişiler, sağlıklı çocuklar ve ekonomik durum üzerine etkiler

Öznel Aile Yüğü

1. Bakım verenin / annenin kişisel tepkileri; Stres, etiketlenme, üzüntü, utanç, öfke

Aile yüğü genel olarak; fiziksel, duygusal, sosyal ve ekonomik yüğü kapsamaktadır (54).

2.2.1. Duygusal Yüğü

Duygusal yüğü, engelli çocuğı sağıp ebeveynlerin tümünde görölmektedir. Engelli çocuğı sağıp olan ebeveynler, çocuklarının yaşıtlarından geri kalmasından, toplum tarafından dışlanmasından ve etiketlenmesinden büyük bir rahatsızlık duyarlar ve bu rahatsızlık ebeveynlerde duygusal yüğü oluşturur (55).

Ebeveynlerde duygusal yüğü etkileyen en önemli faktör kayıptır. Ebeveynler hayal ettikleri çocuğun kaybını yaşarlar ve çocuğun gelişim sürecinde de sürekli kederlidirler. Zihinsel engelli çocuğı sağıp ailelerde farklı ölçülerde duygusal yüğü görölmekte olup bu yükten ailedeki her birey farklı ölçülerde

etkilenmektedir. Engelin geri döndürülemez ve düzeltilemez olması duygusal yükü artırmaktadır (10).

2.2.2. Ekonomik Yük

Ailede engelli bir çocuğun varlığı aileye maddi zorluklar getirmektedir. Engelli çocukların özel eğitim ihtiyacı vardır ve özel eğitim masrafları ailenin ekonomik durumunu etkileyebilir. Normal bir çocuğu yetiştirmek aileyi maddi olarak zorlarken, özel gereksinimleri olan, tıbbi bakıma ihtiyaç duyan engelli bir çocuk aileye daha büyük ekonomik yük getirir (10,56).

2.2.3. Sosyal Yük

Zihinsel engelli çocuğa sahip ailelerin sosyal hayatları çeşitli nedenlerle etkilenmektedir. Birçok aile sosyal izolasyon yaşamaktadır. Aileler kendilerine yöneltilen bakışlardan korunmak, etiketlenmemek ve daha az zarar görmek amacıyla sosyal ilişkilerini sınırlandırmaktadır. Çocuğu yaşı ilerledikçe bu izolasyon daha belirgin hale gelmektedir (10).

2.2.4. Fiziksel Yük

Engelli bir çocuğa bakım vermek aile üyelerine fiziksel yük getirir. Bu çocuklar öz bakımlarını kendileri gerçekleştiremedikleri için ebeveynlerinin yardımına ihtiyaç duyarlar. Bundan dolayı çocuğun giyinme, beslenme, banyo, tuvalet, korunma ve yemek yeme ihtiyaçlarını ebeveynleri karşılar. Tüm bu bakımları üstlenen özellikle evdeki diğer işlerden sorumlu ebeveynin dinlenememesinden dolayı ciddi fiziksel yük oluşturmaktadır (55).

2.3. Psikiyatrik Semptomlar

2.3.1. Depresyon

Duygu durum bozuklukları, haftalarca veya aylarca sürebilen bireyin normal işlevlerinin önemli derecede bozulduğu, dönemsel olarak tekrarlayabilen bozukluklardır. Duygu durum bozukluklarının klinik seyrini belirleyen en önemli sendromlardan biri de depresyondur. Depresyon kişinin rutin olarak yaptığı ve daha önce kişinin yapmaktan hoşlandığı şeylerden eskisi gibi hoşlanmama ve bunlara olan ilginin kaybolmasıyla kendini gösteren, kişinin kendini çökkün, karamsar hissettiği keder ve elem duygularını içeren kişinin hem fiziksel hem ruhsal enerjisinin azaldığı bir duygu durum bozukluğudur (57).

2.3.2. Anksiyete Bozuklukları

Kaygı ve bunaltı olarak da adlandırılan anksiyete, olumsuz özellikleri ile diğer duygu durum bozukluklarından ayrılan bir bozukluktur. Anksiyete bozukluklarında çarpıntı, nefes almada zorluk, hızlı soluk alıp verme, ayaklarda ve ellerde titreme, çok fazla terleme gibi fizyolojik belirtilere ek olarak heyecan, bıkkınlık, ansızın kötü bir şey olacak hissi ve korkusu gibi psikolojik belirtiler de görülür. Diagnostik and Statisti Manual of Mental Disorders (DSM-V)'e göre anksiyete bozuklukları şunlardır: tıbbi durumla ilgili anksiyete bozukluğu, maddeye bağlı anksiyete bozukluğu, panik bozukluğu (agorafobili, agorafobisiz), sosyal fobi yaygın anksiyete bozukluğu, özgül fobi obsesif-kompulsif bozukluk, akut stres bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu, karışık anksiyete, depresif bozukluk, başka şekilde isimlendirilemeyen anksiyete bozukluğu (58).

2.3.3. Somatizasyon

Yaşanılan Psikolojik sıkıntı ve yakınmaların fiziksel bir rahatsızlık olarak ifade edilmesidir. Kalp-damar, mide-bağırsak, solunum ve başka sistemlerdeki fonksiyon bozukluklarına ilişkin sıkıntıları yansıtır (59).

2.3.4. Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB)

Saplantılı düşüncelerin tekrarlayan davranışlara yol açmasıyla oluşan bir bozukluktur. Bu düşünceler bireyler tarafından yaşanması arzu edilmez fakat sürekli ve istemsiz bir şekilde tekrar eder (59,60).

2.3.5. Fobik Anksiyete

Kişinin belirli bir duruma, nesneye karşı sürekli korku duymasıdır. Açık alanlara, kalabalık ortamlara, toplu taşımalara, seyahate vb. karşı duyulan korku sıkıntısıdır (59).

2.3.6. Kişilerarası Duyarlılık (KD)

Bireyin kendini sürekli yetersiz görmesi ve kendini aşağılama duygularıyla zorlamasıdır. Kişi kendini başkalarıyla karşılaştığında, yetersizlik ve kendini küçük görme duygularına kapılır ve bu durum ilişkilerde zorlu yaşaması, rahatsızlık duyması gibi negatif duyguları gösterir (59,60).

2.3.7. Hostilite

Duygu, düşünce ve davranışlardaki sürekli öfke ve düşmanlıktır. Bu boyutta maddeler agresyon, öfke, sinirlilik ve küskünlük gibi maddeleri içerir. Öfke olumsuz duygudurum üzerine odaklanır (59,60).

2.3.8. Paranoid düşünce

Kişinin kıskanç, güvensiz, kuşkucu ve kavgacı bir yapıda olmasıdır. Kişide bağımsızlığı kaybetme korkusu, düşmanlık, sanrılar bozukluğun temel yansımalarıdır (59,60).

2.3.9. Psikotizm

Gerçeği değerlendirme yetisinin bozulmasıdır. Bu boyut kişide içe kapanmayı, toplumdan soyutlanmayı, şizoid yaşam şeklini belirten maddeleri içerir. Bunlarda şizofrenin belirtileri arasında yer almaktadır (59,60).

2.3.10. Ek maddeler

Yeme içme bozukluğu, uyku bozukluğu, ölüm ve ölüm üzerine düşünceler, suçluluk duyguları içeren soruları içermektedir (59).

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Serebral palsili çocuğu olan annelerin psikiyatrik semptom düzeyi ve aile yükü arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla kesitsel ve ilişki arayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, 24 Ocak 2020– 24 Nisan 2020 tarihleri arasında Diyarbakır Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi ile Diyarbakır Çocuk Hastalıkları Hastanelerinin evde sağlık hizmetleri birimlerine kayıtlı Serebral palsy tanılı çocukların anneleriyle yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evreni; Her iki hastanede Eylül 2019 itibariyle elde edilen veriler doğrultusunda Diyarbakır Çocuk Hastalıkları Hastanesinde 40, Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinde 220 SP’li hasta olmak üzere toplamda 260 SP’li hastanın anneleri araştırmanın evrenini oluşturmaktadır. Örneklem büyüklüğünü hesaplamak için power analiz yapılmıştır. Bakım verme yükü ve semptom envanteri arasındaki korelasyon katsayısı dikkate alındığında %95 güven (1- α), %95 test gücü (1- β) ve $\rho=0,21$ etki büyüklüğü ile 241 kişi olarak hesaplanmıştır (61), ancak pandemi sürecinin başlamasıyla birlikte o tarihe kadar 200 kişiye ulaşılabilmiş ve hedeflenen örneklem büyüklüğü elde edilememiştir. Tekrar edilen power analiz sonucunda 200 kişi ile testin gücünün %91 olduğu görülmüş veri toplama süreci sonlandırılmıştır.

3.4 Araştırma Verilerinin Toplanması

Çalışma verileri toplanmadan önce, annelere çalışmanın amacı detaylı bir şekilde anlatılmış ve “Aydınlatılmış Onam Formu” onayı alınmıştır. Daha sonra, literatürden yararlanılarak hazırlanmış olan “Sosyodemografik Bilgi Formu”, psikiyatrik semptom düzeylerini ölçmek için “Kısa Semptom Envanteri (KSE)” ve aile yüklerini ölçmek için “Aile Yüğü Değerlendirme Ölçeğı (AYDÖ)” kullanılmıştır.

3.5 Veri Toplama Araçları

3.5.1 Sosyodemografik Bilgi Formu

Sosyodemografik Bilgi Formu, Bu araştırmaya katılmayı kabul eden SP’ li çocuğa sahip annelere ve çocuğa ait tanıtıcı bilgileri toplamak amacıyla geliştirilmiştir. Form annenin yaşı, mesleğı, eğitim durumu, çocuk sayısı, gelir durumu, çocuğun yaşı, cinsiyeti, engel yüzdesi, fiziksel kısıtlılık durumu ve evde sağlık hizmetleri ile ilgili bilgileri içeren 23 sorudan meydana gelmektedir.

3.5.2 Aile Yüğü Değerlendirme Ölçeğı (AYDÖ)

Aile Yüğü Değerlendirme Ölçeğı, zihinsel yetersizliğı olan çocuğa sahip aileler için geçerli ve güvenilir bir aile yüğü değerlendirme aracı oluşturmak amacıyla Yıldırım Sarı ve Başbakkal (2008) tarafından geliştirilmiştir. Ölçek, 5’li likert tipli olarak hazırlanmış, 43 maddeden (1-5 puan) ve 6 alt boyuttan (ekonomik, sosyal, fiziksel, duygusal yük, yetersizlik algısı, zaman gereksinimi) oluşmaktadır. Ölçek 5’li likert tipli olarak hazırlanmış olup, seçenekler “1= hiçbir zaman, 2=nadiren, 3=bazen, 4=çoğu zaman-sık sık, 5=her zaman” şeklinde puanlandırıldı.

Ölçeğin cronbach alfa güvenirlik katsayısının, 92 olduğu saptanmıştır, bu çalışmada ise bu değer, 91 olarak bulunmuştur. Aile yükü değerlendirme ölçeğinin alt boyutlarının güvenirlik katsayıları; ekonomik yük alt boyutu için $\alpha = ,89$, yetersizlik algısı alt boyutu için $\alpha = ,84$, fiziksel yük alt boyutu için $\alpha = ,85$, sosyal yük ve duygusal yük alt boyutları için $\alpha = ,82$, zaman gereksinimi alt boyutu için $\alpha = ,72$ olduğu belirlenmiştir. Aile Yükü Değerlendirme ölçeğinin kesme noktası 97 puan olarak saptanmıştır. Buna göre ölçekten 97'nin üzerinde puan alan annelerin yükü vardır, 97 ve altında puan annelerin yükü yoktur şeklinde yorumlanır (11).

3.5.3 Kısa Semptom Envanteri (KSE)

Ruhsal semptomları tespit etmek amacıyla kullanılan ölçeğin, Türkiye'de geçerlilik ve güvenirlik çalışması Şahin ve Durak tarafından yapılmıştır. KSE, 53 maddeden meydana gelen, “hiç” ve “çok fazla” ifadelerine eşlik eden maddeleri 0–4 arasında puanlanan 5'li Likert tipli bir ölçektir. Ölçek dokuz alt ölçek, üç global indeks ve ek maddelerden oluşmaktadır. Alt ölçekler somatizasyon, obsesif kompulsif bozukluk (OKB), kişilerarası duyarlılık, depresyon, anksiyete, hostilite, fobik anksiyete, paranoid düşünceler ve psikotizmdir. Her alt ölçekten elde edilen puan, o ölçekteki soru sayısına bölüldüğünde 1.00'in üzerinde çıkan sonuçlar o semptomun var olduğu anlamına gelmektedir. Ölçeği oluşturan 9 alt ölçek sırayla, Somatizasyon (2,7,23,29,30,33,37. maddeler), Obsesif kompulsif bozukluk (OKB) (5,15,26,27,32,36. maddeler), Kişilerarası duyarlılık (20,21,22,42. maddeler), Depresyon (9,16,17,18,35,50. maddeler), Anksiyete bozukluğu (1,12,19,38,45,49. maddeler), Hostilite (6,13,40,41,46. maddeler), Fobik anksiyete (8,28,31,43,47. maddeler), Paranoid düşünce (4,10,24,48,51. maddeler) ve Psikotizm (9

(3,14,34,44,53. maddeler) alt ölçekleri olarak adlandırılmıştır. Ek maddelerde, yeme içme bozuklukları, uyku bozukluğu, ölüm ve ölüm üzerine düşünceler ve suçluluk duygularıyla ilgili maddeler vardır. Global indeksler ise; Rahatsızlık ciddiyeti indeksi :Alt ölçeklerin toplamının 53'e bölünmesi yoluyla elde edilir: $(S+OKB+KD+D+AB+H+FA+PD+P+EM) / 53$ b) Belirti toplamı indeksi : 0 olarak işaretlenen maddeler dışındaki tüm maddelerin (pozitif olan tüm değerlerin) 1 olarak kabul edilmesi sonucu elde edilen toplam puandır. c) Semptom rahatsızlık indeksi : Alt ölçeklerin toplamının belirti toplamına bölünmesi ile elde edilir: $(S+OKB+KD+D+AB+H+FA+PDP+EM) / \text{Belirti Puanı}$. Ölçekten alınan toplam puanların yüksekliği, bireyin ruhsal belirtilerinin arttığını gösterir. Ölçekten alınabilecek puan 0-212 arasında değişmektedir. Geçerlilik güvenirlik araştırmasında ölçeğin iç tutarlılık katsayısı 0,96 (Cronbach's $\alpha=0,96$) olarak bulunmuştur, bu çalışmada ise bu değer Cronbach's $\alpha=0,94$ olarak bulunmuştur (62).

3.6. Verilerin değerlendirilmesi

Verilerin bilgisayara yüklenmesi ve kodlanması araştırmacı tarafından yapılmıştır. Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluk kontrolünde Kolmogorov Smirnov testi kullanılmıştır. Bu çalışmada veriler normal dağılıma uymadığı için iki bağımsız grup karşılaştırmalarında Mann-Whitney U Testi, üç bağımsız grubun karşılaştırmasında Kruskal-Wallis Testi uygulandı. Sayısal değişkenler arasındaki korelasyonlar için Spearman Korelasyon analizi kullanılmıştır. İstatistiksel analizler için SPSS for Windows version 22.0 paket

programı kullanılmıştır. %95 güven aralığında, $p<0.05$ anlamlılık düzeyinde analizler değerlendirilmiştir.

Korelasyon analizi yorumlanırken aşağıda verilen Tablo'dan yararlanıldı (63).

Tablo 2.Korelasyon Katsayısı Gücü

Korelasyon katsayısı (r)	Gücü
0-0.29	Zayıf
0.30-0.64	Orta
0.65-0.84	Kuvvetli
0.85-1	Çok kuvvetli

3.7. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı değişkenler: Annelerin Kısa Semptom Envanteri ortalama puanları ve Aile Yüğü Değerlendirme Ölçeği toplam puanları.

Bağımsız Değişkenler: Anneye ait kişisel tanıtıcı özellikler, çocuğa ait kişisel tanıtıcı özellikler, ailenin gelir durumu, Sosyal güvence durumu, ve bakımda destek olan kişinin varlığı.

3.8. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma öncesi, Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Etik Kurul'undan Etik Onay izni ve Diyarbakır İl Sağlık Müdürlüğünden kurum izni yazılı olarak alınmıştır. Araştırmaya katılan annelere çalışmanın amacı, içeriği ve katılımı gönüllülüğün esas olduğu sözel olarak ifade edilmiş sonrasında “Aydınlatılmış Onam Formu” alınmıştır.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

- ✓ Araştırmanın sadece Diyarbakır ilinde yapılması.
- ✓ Araştırmanın sadece 2 farklı hastanede yapılması.
- ✓ Araştırmanın sadece evde sağlığa kayıtlı hastaların anneleriyle yapılmış olması.
- ✓ Araştırmanın sadece annelerle yapılması.
- ✓ Araştırma tanımlayıcı tipte yapıldığı için araştırma sonuçları sadece araştırmanın yapıldığı örnekleme kapsar araştırma sonuçlarının genelleştirilememesi ve nedenselleştirilememesi araştırmanın sınırlılıklarını oluşturmaktadır.

3.10. Araştırmaya Alınma Kriterleri

- ✓ SP'li çocuğa sahip olmak,
- ✓ Konuşmaya ve işbirliğine açık olmak,
- ✓ İletişim engelinin olmaması,
- ✓ SP'li çocuğa anne dışında başka birinin bakım vermemesi.

3.11. Araştırmanın Hipotezleri

H0: SP' li çocuğa sahip annelerin aile yükü ile psikiyatrik semptom düzeyleri arasında ilişki yoktur.

H01: SP' li çocuğa sahip annelerin aile yükü yüksek değildir.

H02: SP'li çocuğa sahip annelerin psikiyatrik semptom düzeyi yüksek değildir.

H1: SP li çocuklara sahip annelerin aile yükü ile psikiyatrik semptom düzeyleri arasında ilişki vardır.

H2: SP'li çocuğa sahip annelerin aile yükü yüksektir.

H3: SP'li çocuğa sahip annelerin psikiyatrik semptom düzeyi yüksektir.

3.12. Veri Toplama Süreci

Araştırmada yüz yüze görüşme tekniği kullanarak anketler dolduruldu. Hasta listesinden basit rastgele örnekleme yöntemi ile seçilen hastalar evde sağlık hizmetleri ekipleri ile beraber ziyaret edilmiş ve ziyaret sırasında çalışmaya katılmayı kabul eden hastaların anneleriyle araştırma yürütülmüştür. Araştırmaya katılmayı kabul eden annelere onam formu ile bilgi verilerek gönüllülüğün esas olduğu belirtildi

4. BULGULAR

Bu bölümde, annelerden anket yoluyla toplanan verilerin analizi sonucunda elde edilen bulgular aşağıdaki başlıklar doğrultusunda ele alınmıştır.

- 1- Anne ve çocuğa ait tanıtıcı bulgular
- 2- AYDÖ ve KSE puan ortalamaları
- 3- Anne ve çocuğa ait değişkenlere göre AYDÖ puan dağılımı
- 4- Anne ve çocuğa ait değişkenlere göre KSE puan dağılımı
- 5- AYDÖ ve KSE arasındaki ilişkiye ait bulgular

4.1. Anne ve Çocuğa Ait Tanıtıcı Bulgular

Tablo 3. Serebral Palsili Çocukların Annelerinin Sosyo-Demografik ve Bazı Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı (n=200)

Değişkenler	n	%
Annenin yaşı (ort±ss) 39,67±7,70		
Annenin çalışma durumu		
Çalışıyor	2	1,0
Çalışmıyor	198	99,0
Annenin eğitim durumu		
Okur-yazar değil	123	61,5
İlkokul	53	26,5
Ortaokul	13	6,5
Lise ve üniversite	11	5,5
Annenin mesleği		
Öğretmen	2	1,0
Ev hanımı	198	99,0
Çocuk sayısı		
1	5	2,5
2	20	10,0
3	40	20,0
4 ve üzeri	135	67,5

Sosyal güvence		
Var	98	49,0
Yok	102	51,0
Gelir Durumu		
Gelir giderden az	156	78,0
Gelir gidere eşit	38	19,0
Gelir giderden fazla	6	3,0
Ev tipi		
Müstakil	58	29,0
Apartman dairesi	141	70,5
Diğer	1	0,5
Bakımda destek olan kişi		
Var	90	45,0
Yok	110	55,0
Var ise kimler		
Eş ve çocuklar	70	35,0
Diğer(Arne-Baba-kaynana-bakıcı)	18	9,0
Eş ile akraba olma durumu		
Evet	101	50,5
Hayır	98	49,0
Kronik hastalığının varlığı		
Evet	58	29,0
Hayır	142	71,0
Aile Tipi		
Çekirdek aile	182	91,0
Geniş aile	18	9,0
Kendinize vakit ayırabiliyor musunuz?		
Evet	51	25,5
Hayır	149	74,5
Hastanın hastalığı hakkında bilgi sahibi mi?		
Evet	151	74,5
Hayır	49	24,5

Tablo 3'te çalışmaya katılan annelere ilişkin bazı tanıtıcı özellikler verilmiştir. Annelerin yaş ortalaması $39,67 \pm 7,70$ 'dir. Annelerin %98'i çalışmıyor, %2'si Öğretmen, %61,5'i ise okuryazar değildir. Annelerin %67,5'inin çocuk sayısı

4'ten fazla, %51'inin sosyal güvencesi yok, %78'inin geliri giderinden az, %70,5'i apartmanda oturuyor. Annelerin %45'i çocuğun bakımında destek alıyor ve bu kişiler %35 oranında eş ve çocuklar olmaktadır. Anne-babaların %50,1'i arasında akrabalık ilişkisi bulunmaktadır. Annelerin %29'unun kronik bir hastalığı mevcuttur. %91'i çekirdek ailesiyle beraber yaşamakta, %74,5'i kendine vakit ayıramıyor. Annelerin %74,5'i çocuğun hastalığı ve bakımında bilgi sahibi olduğunu belirtmiştir.

Tablo 4. Çocuğa İlişkin Tanıtıcı Özelliklerin Dağılımı

Değişkenler	n	%
Çocuğun yaşı (ort±ss)	12,13±6,89	
Engel yüzdesi(ort±ss)	93,55±9,18	
Çocuğun cinsiyeti		
Kız	93	46,5
Erkek	107	53,5
Zihinsel engel durumu		
Evet	143	71,5
Hayır	56	28,0
Konuşma durumu		
Evet	51	25,5
Hayır	148	74,0
Hareket kısıtlılığı durumu		
Yok	10	5,0
Hafif	6	3,0
Orta	47	23,5
Ağır	137	68,5
Özel eğitim alma durumu		
Evet	143	71,5
Hayır	57	28,5

Tablo 4'te çalışmaya dâhil edilen 200 çocuğa ait bazı kişisel tanıtıcı özelliklerin dağılımı verilmiştir. Çocukların yaş ortalaması 12,13±6,89'dir. Çocukların cinsiyet oranlarına göre dağılımları incelendiğinde %46,5'i kız, %53,5'i

erkeklerden oluşmaktadır. Çocukların engel yüzdesi $93,55 \pm 9,18$ 'tir ve %71,5'i zihinsel engelli, %74'ü konuşmıyor, %68,5'inin ise hareket kısıtlılığı mevcuttur. Özel eğitim alan SP'li çocukların oranı %71,5'tir.

4.2. AYDÖ ve KSE Puan Ortalamaları

Tablo 5. Serebral Palsili Çocuğa Sahip Annelerin Aile Yüküne İlişkin Medyan ve Min-Max ile Cronbach Alpha Değerleri (n=200)

Aile yükü değerlendirme ölçeği	Medyan	Min-Max	Cronbach Alpha
Ekonomik Yük	21,00	10,00-30,00	0,815
Yetersizlik Algısı	40,00	12,00-40,00	0,826
Sosyal Yük	17,00	6,00-30,00	0,860
Fiziksel Yük	21,00	5,00-25,00	0,891
Duygusal Yük	26,00	15,00-47,00	0,854
Zaman Gereksinimi	24,50	9,00-35,00	0,735
Aile Yükü Değerlendirme Ölçeği Toplam	146,00	85,00-190,00	0,916

Araştırmaya katılan katılımcıların aile yükü değerlendirme ölçeğinden aldıkları puanların dağılımları Tablo 5'te incelenmiştir. Buna göre katılımcıların “Ekonomik Yük” alt boyut medyan değeri 21,00 (min-max; 10,00-30,00) , “Yetersizlik Algısı” alt boyut medyan değeri 40,00 (min-max; 12,00-40,00), “Sosyal Yük” alt boyut medyan değeri 17,00 (min-max; 6,00-30,00), “Fiziksel Yük” alt boyut medyan değeri 21,00 (min-max; 5,00-25,00), “Duygusal Yük” alt boyut medyan değeri 26,00 (min-max; 15,00-47,00) , “Zaman Gereksinimi” alt boyut medyan değeri 24,50 (min-max; 9,00-35,00), “Aile Yükü Değerlendirme Ölçeği” toplam medyan değeri 146,00 (min-max; 85,00-190,00) olarak bulunmuştur.

Tablo 6. Serebral Palsili Çocuğa Sahip Annelerin Kısa Semptom Envanteri Medyan ve Minimum-Maximum Değerleri(n=200)

KSE Alt Boyutları	Medyan	Min-Max	Cronbach Alpha
Somatizasyon	6	0-24	0,75
Obsesif Kompulsif Bozukluk	5	0-24	0,73
Kişilerarası Duyarlılık	4	0-16	0,60
Depresyon	4	0-24	0,77
Anksiyete Bozukluğu	5	0-20	0,70
Hostilite	2	0-19	0,71
Fobik Anksiyete	2	0-16	0,46
Paranoid Düşünce	3	0-19	0,66
Psikotizm	1,5	0-11	0,43
Ek Maddeler	3	0-12	0,46

Tablo 6’da annelerin kısa semptom envanteri alt boyutlarından aldıkları puanların dağılımı verilmiştir. Buna göre annelerin “Somatizasyon” alt boyut medyan değeri 6 (min-max; 0-24), “Obsesif Kompulsif Bozukluk” alt boyut medyan değeri 5 (min-max; 0-24), “Kişilerarası Duyarlılık” alt boyut medyan değeri 4 (min-max; 0-16), “Depresyon” alt boyut medyan değeri 4 (min-max; 0-24), “Anksiyete Bozukluğu” alt boyut medyan değeri 5 (min-max; 0-20), “Hostilite” alt boyut medyan değeri 2 (min-max; 0-19), “Fobik Anksiyete” alt boyut medyan değeri 2 (min-max; 0-16), “Paranoid Düşünce” alt boyut medyan değeri 3 (min-max; 0-19), “Psikotizm” alt boyut medyan değeri 1,5 (min-max; 0-11), “Ek Maddeler” alt boyut medyan değeri 3 (min-max; 0-12) olarak bulunmuştur.

4.3. Anne ve Çocuğa Ait Değişkenlere Göre AYDÖ Puan Dağılımı

Tablo 7. Anneye Ait Değişkenlerin AYDÖ ile İlişisine Ait Bulgular

	Ekonomik Yük X (min-max)	Yetersizlik Algısı X (min-max)	Sosyal Yük X(min-max)	Fiziksel Yük X (min-max)	Duygusal Yük X (min-max)	Zaman Gereksinimi X (min-max)	AYDÖ X (min-max)
Yaş							
<40 yaş	21 (10-30)	38 (12-40)	17 (6-30)	19 (5-25)	26 (15-44)	24 (11-35)	144 (85-192)
≥40 yaş	21 (10-28)	40 (21-40)	17 (6-30)	21 (7-25)	27 (15-47)	25 (9-35)	148 (95-188)
Z	-0,381	-2,312	-0,164	-3,080	-0,564	-0,594	-1,192
P	0,703	0,021	0,870	0,002	0,573	0,553	0,233
Eğitim							
OY değil	21 (10-27)	40 (10-40)	16 (6-30)	21 (5-25)	25 (15-47)	24 (11-35)	146 (91-192)
OY	21 (10-30)	38 (12-40)	17 (6-30)	21 (6-25)	28 (15-41)	25 (9-35)	146 (85-188)
Z	-,988	-1,322	,963	-,153	-1,395	-1,183	-1,031
P	,323	,186	,336	-,879	,163	,237	,303
Çalışıyor mu?							
Evet	22,5 (17-28)	38,5 (37-40)	16 (6-26)	19 (17-21)	27 (23-31)	22 (9-35)	145 (113-177)
Hayır	21 (10-30)	40 (12-40)	17 (6-30)	21 (5-25)	26 (15-47)	24,5 (11-35)	146 (85-192)
Z	-,616	-,284	-,234	-,183	-,209	-,049	-,068
P	,538	,776	,815	,854	,834	,961	,946
Gelir durumu							
Gelir giderden az	21 (10-30)	40 (19-40)	18 (6-30)	21 (6-25)	26 (15-47)	25 (11-35)	147 (91-192)
Gelir gidere eşit							
Gelir Giderden fazla	19 (10-28)	37 (12-40)	15 (6-30)	19 (5-24)	27 (15-39)	24 (11-35)	134 (85-183)
KWH(X ²)**	13 (10-18)	38,5 (26-40)	9 (6-21)	21 (14-25)	23,5 (21-26)	15,5 (9-31)	118 (112-136)
P	13,942	4,724	9,997	4,186	1,386	3,829	9,209
	0,001	,094	,007	,123	,500	,147	,010
Bakımda destek Alıyor mu?							
Evet	19 (10-28)	38,5 (12-40)	14 (6-30)	19 (6-25)	24 (15-41)	23,3 (9-35)	134,5(85-187)
Hayır	21 (10-30)	40 (19-40)	19 (6-30)	21 (5-25)	28 (15-47)	25 (14-35)	150 (95-192)
Z	-2,489	-1,727	-3,629	-3,173	-3,273	-2,214	-3,956
P	,013	0,84	,000	,002	,001	,027	,000
Akraba evliliği							
Var	20 (10-28)	39 (12-40)	16 (6-30)	21 (5-25)	26 (15-47)	24 (11-35)	146 (85-188)
Yok	21 (10-30)	40 (19-40)	18 (6-30)	21 (9-25)	26 (15-47)	25 (9-35)	147,5(97-192)
Z	-,771	-,111	-1,108	-1,034	-,291	-,448	-,851
P	,441	,911	,268	,301	,777	,654	,395
Hastalığı hakkında bilgi							
Var	19 (10-30)	39 (12-40)	16 86-30)	21 (5-25)	27 (17-47)	24 (9-35)	142 (85-192)
Yok	23 (12-26)	40 (19-40)	21 (6-30)	21 (8-25)	24 (15-38)	27 (15-35)	151(110-183)
Z	-3,137	-3,047	-3,505	-1,399	-3,086	-2,081	-1,986
P	,002	,002	,000	,162	,002	,037	,047

*z:Mann Whitney U, **KW: Kruskal Wallis

Annelerin eğitim, akraba evliliği ve çalışma durumuna göre aile yükü ölçeği ve alt boyutları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark göstermediği tespit edilmiştir ($p>0,05$).

Annelerin yaşına göre aile yükü ölçeği ve alt boyutlarından yetersizlik algısı ve fiziksel yük hariç diğer boyutların istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p>0,05$). Annelerin yaşına göre aile yükü değerlendirme ölçeği ve yetersizlik algısı alt boyutu arasında ($p=0,021$) ve fiziksel yük ($p=0,002$) alt boyutlarının istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık görülmüştür. Buna göre yaşı 40'ın üstünde olan annelerin yetersizlik algısı ile fiziksel yük düzeyi 40 yaşın altında olanlara göre daha yüksektir.

Annelerin gelir ile aile yükü değerlendirme ölçeği ve yetersizlik algısı, fiziksel yük, duygusal yük, zaman gereksinimi alt boyutları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p>0,05$). Annelerin gelir durumuna göre aile yükü değerlendirme ölçeği ve alt boyutlarından ekonomik yük ($p=0,001$), sosyal yük ($p=0,007$) ve aile yükü ($p=0,010$) istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık gösterdiği görülmüştür. Gelir giderinden az olan grubun ekonomik yük, sosyal yük ve aile yükü düzeyi geliri giderine eşit ve yüksek olanlara göre daha yüksek olduğu görülmüştür.

Annelerin bakımda destek alma durumuna göre AYDÖ ve yetersizlik algısı alt boyutu arasında anlamlı bir farklılık görülmezken ($p>0,05$). Annelerin bakımda destek alma durumuna göre aile yükü değerlendirme ölçeği ve ekonomik yük ($p=0,13$), sosyal yük ($p=0,000$), fiziksel yük ($p=0,002$), duygusal yük ($p=0,001$), zaman gereksinimi ($p=0,027$) ve aile yükünün ($p=0,00$) istatistiksel açıdan anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Bakımda destek almayan annelerin ekonomik

yük, sosyal yük, fiziksel yük, duygusal yük, zaman gereksinimi ve aile yükü düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmüştür.

Annelerin çocuğun hastalığı ve bakımı hakkında bilgi sahibi olma durumlarına göre aile yükü değerlendirme ölçeği ve fiziksel yük arasında anlamlı bir farklılık görülmezken ($p>0,05$), diğer alt boyutlarından ekonomik yük ($p=,002$), yetersizlik algısı ($p=,002$), sosyal yük ($p=,000$), duygusal yük ($p=0,002$), zaman gereksinimi ($p=,037$) ve aile yükü ($p=,047$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmüştür.

Çocuğun hastalığı ve bakımı hakkında bilgi sahibi olmayan annelerin ekonomik yük, yetersizlik algısı, sosyal yük, zaman gereksinimi ve aile yükü düzeyleri daha yüksek bulunurken, bilgi sahibi olan annelerin duygusal yük düzeyi istatistiksel açıdan daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 8. Çocuğa Ait Değişkenler İle Annelerin AYDÖ Puanları Arasındaki İlişkiye Ait Bulgular

	Ekonomik Yük X (min-max)	Yetersizlik Algısı X (min-max)	Sosyal Yük X (min-max)	Fiziksel Yük X (min-max)	Duygusal Yük X (min-max)	Zaman Gereksinimi X (min-max)	AYDÖ X (min-max)
Yaş							
≤12	21 (85-183)	39 (12-40)	17 (6-30)	21 (5-25)	26 815-41)	24 (9-35)	144 (85-183)
12-18	147, (98-192)	40 (21-40)	16 (6-30)	21 (8-25)	26 (15-47)	24,5 (11-35)	147,5(98-192)
Z	-1,187	-1,308	-1,404	-1,665	-1,145	-,110	-,515
p	,235	,191	,160	,096	,252	,912	,607
Cinsiyet							
Kız	21 (10-28)	40 (19-40)	17 (6-30)	21 (6-25)	26 (15-44)	25 (11-35)	146 (91-192)
Erkek	21 (10-30)	40 (12-40)	17 (6-30)	21 (5-25)	25 (15-47)	24 (9-35)	146 (85-192)
Z	-,243	-,041	-,926	-,124	-,430	-,440	-,006
p	,808	,967	,354	,901	,667	,660	,995
Zihinsel engeli var mı?							
Var							
Yok	20 (10-28)	40 (12-40)	17 (6-30)	21 (6-25)	25 (15-47)	24 (9-35)	146 (85-188)
	21,5 (10-30)	39,5 (19-40)	16 (6-30)	19 (5-23)	27,5 (15-44)	25 (14-35)	145 (97-192)
Z	-1,163	-,071	-,521	-1,721	-1,597	-,363	-,309
p	,245	,944	,602	,085	,110	,716	,757
Konuşabiliyor mu?							
Evet							
Hayır	21 (10-30)	39 (23-40)	16 (6-30)	21 (5-25)	27 (15-40)	24 (9-33)	142(103-183)
	10 (10-28)	40 (12-40)	18 (6-30)	21 (6-25)	26 (15-47)	25 (11-35)	147 (85-192)
Z	-1,057	-,169	-1,138	-,553	-,161	-1,123	-,793
p	,290	,866	,255	,580	,872	,261	,428
Hareket kısıtlılığı var mı?							
Yok	23 (15-30)	40 (34-40)	14,5 (6-30)	21 (8-22)	29 (19-44)	25 (21-33)	142,5(136-192)
Hafif	21 (10-26)	40 (40-40)	17 (6-29)	21 (14-23)	24,5 (20-36)	24,5 (17-32)	150(113-179)
Orta	19 (10-26)	38 (12-40)	17 (6-30)	21 (7-25)	26 (17-41)	24 (9-35)	143(85-179)
Ağır	21 (10-28)	40 (19-40)	18 (6-30)	21 (5-25)	26 (15-47)	24 (11-35)	147(97-188)
KWH(X²)	3,597	6,697	2,268	2,074	2,680	1,576	2,298
p	,308	,082	,465	,557	,444	,665	,513
Özel eğitim alıyor mu?							
Evet	21 (10-30)	40 (19-40)	16 (6-30)	21 (5-25)	26 (15-47)	24 (9-35)	146(91-192)
Hayır	20 (10-28)	40 (12-40)	18 (6-30)	21 (6-23)	26 (17-42)	25 (11-35)	147(85-188)
Z	-,162	-,472	-,744	-,166	-,089	-,386	-,351
p	,872	,637	,457	,929	,929	,699	,726

Tablo 8’de çocuğa ait bazı değişkenlere göre aile yükü değerlendirme ölçeği ve alt boyutları arasındaki ilişki incelenmiştir. Buna göre; çocuğun yaşı, cinsiyeti, zihinsel engel durumu, konuşma durumu, hareket kısıtlılığı durumu ve özel eğitim alma durumu ile AYDÖ ve alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki görülmemiştir ($p>0,05$).



4.4. Anne ve Çocuğa Ait Bazı Değişkenlere Göre KSE Puan Dağılımı

Tablo 9. Anneye Ait Değişkenler İle KSE Arasındaki İlişkiye Ait Bulgular

	Somatizasyon	Obsesif Bozukluk	Kompulsif	Kişilerarası Duyarlılık	Depresyon	Anksiyete Bozukluğu	Hostilite	Fobik Anksiyete	Paranoid Düşünce	Psikotizm	Ek maddeler
	X (min-max)	X (min-max)	X (min-max)	X (min-max)	X (min-max)	X (min-max)	X (min-max)	X (min-max)	X (min-max)	X (min-max)	X(min-max)
Yaş											
<40 yas	6 (0-24)	5 (0-21)	4 (0-16)	4 (0-17)	4 (0-19)	2 (0-19)	2 (0-11)	3 (0-15)	1 (0-8)	3 (0-12)	
≥40 yas	6 (0-24)	5 (0-24)	3 (0-13)	4 (0-24)	5 (0-20)	2 (0-18)	2 (0-16)	3 (0-19)	2 (0-11)	3 (0-12)	
Z	-,972	-,126	-,562	-,148	-,951	-,538	-,149	-,096	-,825	-,685	
p	,331	,900	,574	,251	,342	,591	,882	,273	,410	,493	
Eğitim											
OY	6 (0-24)	5 (0-19)	4 (0-16)	4 (0-22)	5 (0-20)	2 (0-19)	2 (0-16)	3 (0-15)	2 (0-11)	3 (0-12)	
OY değil	5 (0-20)	5 (0-24)	3 (0-12)	3 (0-24)	5 (0-18)	2 (0-18)	2 (0-12)	3 (0-19)	1 (0-10)	3 (0-12)	
Z	-,1303	-,233	-,815	-,059	-,488	-,601	-,388	-,182	-,536	-,830	
p	,193	,816	,415	,953	,626	,548	,698	,855	,592	,406	
Çalışma Durumu											
Evet	1,5 (0-3)	14 (7-21)	3 (2-4)	6,5 (3-10)	6,5 (3-10)	4 (2-6)	3 (2-4)	1,5 (0-3)	0,5 (0-19)	5 (2-8)	
Hayır	6 (0-24)	5 (0-24)	4 (0-16)	4 (0-24)	4 (0-24)	2 (0-19)	2 (0-16)	3 (0-19)	2 (0-11)	3 (0-12)	
Z	-,1791	-,1533	-,229	-,568	-,450	-,907	-,330	-,998	-,915	-,637	
p	,073	,125	,819	,570	,653	,365	,741	,318	,360	,524	
Gelir durumu											
Gelir giderden az	6 (0-24)	5 (0-24)	4 (0-16)	4 (0-16)	5 (0-20)	2 (0-18)	2 (0-16)	3 (0-19)	1,5 (0-11)	3 (0-12)	
Gelir gidere denk	5,5 (0-24)	6 (0-21)	4 (0-14)	4 (0-14)	5 (0-19)	2,5 (0-19)	3 (0-10)	3 (0-12)	2 (0-8)	2 (0-12)	
Gelir giderden çok	5 (0-12)	2,5 (1-19)	2 (0-11)	3,5 (0-9)	2,5 (0-14)	2 (0-4)	2 (0-10)	2,5 (0-8)	0,5 (0-4)	2 (0-11)	
KW(X ²)											
p	1,137	,892	,273	,116	,737	2,113	7,221	,769	1,283	1,667	
	,566	,640	,872	,944	,692	,348	,027	,681	,526	,435	
Bakımda destek alıyormu?											
Evet	5 (0-21)	4 (0-21)	2,5 (0-16)	3 (0-16)	4,5 (0-18)	2 (0-18)	2 (0-16)	3 (0-19)	1 (0-11)	3 (0-11)	
Hayır	6,5 (0-24)	6 (0-24)	4 (0-14)	5,5 (0-24)	5 (0-20)	2 (0-19)	3 (0-12)	3,5 (0-18)	2 (0-10)	3 (0-12)	
Z											
p	-,1542	-,1464	-,2045	2,498	-,1360	-,1445	-,636	-,2070	-,1204	-,1212	
	,123	,143	,041	,012	,174	,149	,524	,038	,228	,226	
Akraba evliliği var mı?											
Evet	6 80-24)	5 (0-24)	4 (0-16)	4 (0-22)	5 (0-20)	2 (0-19)	3 (0-16)	3 (0-18)	2 (0-11)	3 (0-12)	
Hayır	6 (0-24)	6 (0-21)	4 (0-12)	4 (0-24)	5 (0-16)	2 (0-18)	2 (0-12)	3,5 (0-19)	1 (0-10)	3,5 (0-12)	
Z											
p	-,431	-,766	-,083	-,038	-,116	-,741	-,1505	-,1737	-,514	-,1160	
	,667	,444	,934	,969	,908	,459	,132	,082	,607	,246	
Hastalığı hakkında bilgi											
Evet	7 (0-24)	6 (0-24)	4 (0-16)	5 (0-24)	5 (0-20)	2 (0-19)	3 (0-12)	3 (0-19)	2 (0-10)	4 (0-12)	
Hayır	4 (0-20)	3 (0-18)	2 (0-13)	3 (0-16)	3 (0-18)	2 (0-16)	2 (0-16)	2 (0-12)	1 (0-11)	2 (0-11)	
Z											
p	-,3597	-,3059	-,2363	-,2488	-,2719	-,1595	-,2020	-,1866	-,982	-,3186	
	,000	,002	,018	,013	,007	,111	,043	,062	,326	,001	

	Rahatsızlık indeksi	Belirti toplam indeksi	Semptom Rahatsızlık İndeksi
	X (min-max)	X (min-max)	X (min-max)
Yaş			
<40 yas	,6792 (0-2,51)	17 (0-43)	2,2330 (1-4)
≥40 yas	0,7170 (0-2,70)	19 (0-46)	2,0408 (1-3,62)
Z	-0,419	-1,278	-0,914
P	0,675	0,201	0,361
Eğitim			
OY	,6792 (,00-2,70)	18 (,00-46)	2,0787 (1-4)
OY değil	,6604 (,00-2,53)	19 (,00-42)	2,2670 (1-3,62)
Z	-0,122	-0,56	-0,951
P	0,903	0,575	0,341
Çalışma Durumu			
Evet	,8585 (,49-1,23)	16 (11-21)	2,7294 (2,36-3,10)
Hayır	,6792 (0-2,70)	18 (0-46)	2,1144 (1-4)
Z	-0,227	-0,491	-,1,391
P	0,82	0,623	0,164
Gelir durumu			
Gelir giderden az	,6981 (0-2,70)	18 (0-46)	2,1303 (1-4)
Gelir gidere denk	,7264 (,19-2,51)	19,5 (5-42)	2,1005 (1,28-3,24)
Gelir giderden fazla	,4906 (,26-1,85)	11 (7-31)	2,1818 (1,45-3,16)
KW(X ²)	1,185	2,112	0,253
P	0,553	0,348	0,881
Bakımda destek alıyormu			
Evet	5943 (0-2,70)	16 (0-44)	2 (1-4)
Hayır	,8302 (0-2,53)	20 (0-46)	2,3043 (1-3,62)
Z	-2,278	-1,455	-2,911
P	0,023	0,146	0,004

Tablo 9’da annelere ait bazı değişkenlere göre kısa semptom envanteri ve alt boyutları arasındaki ilişki incelenmiştir. Annelerin yaşı, eğitim durumu, çalışma durumu ve akraba evliliği ile kısa semptom envanteri alt ölçekleri arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki görülmemiştir ($p>0,05$). Annelerin gelir durumu ile kısa semptom envanteri alt ölçeklerinden sadece fobik anksiyete arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p=,027$). Geliri gidere denk olan grubun geliri giderinde az ve geliri giderinden çok olan gruba göre fobik anksiyete düzeyinin daha yüksek olduğu görülmüştür.

Annelerin bakımda destek ama durumu ile kısa semptom envanteri alt ölçekleri arasındaki ilişkiye bakıldığında sadece kişiler arası duyarlılık ($p=,041$), depresyon ($p=,012$) ve paranoid düşünce ($p=,038$) alt boyutları arasında anlamlı düzeyde bir farklılık saptanmıştır. Buna göre bakımda destek almayan annelerin kişiler arası duyarlılık, depresyon ve paranoid düşünce düzeylerinin destek alan annelere göre daha yüksek seviyede olduğu görülmüştür.

Çocuğun hastalığı hakkında bilgi sahibi olma durumu ile kısa semptom envanteri alt boyutlarından hostilete, paranoid düşünce ve Psikotizm arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmazken ($p>0,05$), somatizasyon, obsesif kompulsif bozukluk, kişilerarası duyarlılık, depresyon, anksiyete bozukluğu ve ek maddeler arasında anlamlı düzeyde bir ilişki saptanmıştır ($p<0,05$). Çocuğun hastalığı hakkında bilgi sahibi olan annelerin olmayan annelere göre somatizasyon ($p=,000$), obsesif kompulsif bozukluk ($p=,002$), kişilerarası duyarlılık ($p=,018$), depresyon ($p=,013$), anksiyete bozukluğu ($p=,007$), fobik anksiyete ($p=,043$) ve ek maddeler ($p=,001$) semptom düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Annelerin yaşı, eğitim durumu, çalışma durumu ve akraba evliliği ile rahatsızlık indeksi, belirti toplam indeksi ve semptom rahatsızlık indeksi değişkenleri arasında istatistiksel anlamda anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Bakımda destek alma durumu ile 3 global indeksten rahatsızlık indeksi ($p=,001$) ve semptom rahatsızlık indeksi ($p=,000$) arasında anlamlı bir farklılık görülmüştür. Bakımda destek almayan annelerin destek alan annelere göre rahatsızlık indeksi ve semptom rahatsızlık indeksi düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Çocuğun hastalığı hakkında bilgi sahibi olma durumu ile rahatsızlık indeksi ($p=,001$), belirti toplam indeksi ($p=,007$) ve semptom rahatsızlık indeksi ($p=,000$) arasında anlamlı bir farklılık görülmüştür. Hastalığı hakkında bilgi sahibi olan annelerin olmayan annelere göre rahatsızlık indeksi, belirti toplam indeksi ve semptom rahatsızlık indeksi düzeyleri daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 10. Çocuğa Ait Değişkenler ile Annelerin KSE Puanları Arasındaki İlişkiye Ait Bulgular

	Somatizasyon	Obsesif Kompulsif Bozukluk	Kişilerarası Duyarlılık	Depresyon	Anksiyete Bozukluğu	Hostilite	Fobik Anksiyete	Paranoid Düşünce	Psikotizm	Ek maddeler
Yaş										
≤12	6 (0-24)	5 (0-24)	4 (0-16)	4 (0-22)	4 (0-19)	2 (0-19)	2 (0-16)	3 (0-18)	2 (0-11)	3 (0-12)
12-18	6 (0-24)	5 (0-19)	4 (0-16)	4 (0-24)	5 (0-20)	2 (0-18)	2 (0-11)	3,5 (0-19)	1 (0-9)	3 (0-12)
Z	-1,707	-,544	-,232	-,758	-,245	-,757	-,541	-,930	-,121	-,276
p	,088	,587	,816	,448	,806	,449	,588	,352	,903	,782
Cinsiyet										
Kız	6 (0-20)	4 (0-21)	3 (0-16)	3 (0-22)	5 (0-18)	2 (0-18)	2 (0-16)	3 (0-19)	1 (0-11)	2 (0-12)
Erkek	6 (0-24)	6 (0-24)	4 (0-14)	4 (0-24)	5 (0-20)	2 (0-19)	3 (0-12)	3 (0-18)	2 (0-10)	4 (0-12)
Z	-,591	-,386	-,774	-,1,336	-,022	-,631	-,1,273	-,1,335	-,347	-,1,540
p	,555	,700	,439	,182	,982	,528	,203	,182	,728	,124
Zihinsel engeli var mı?										
Var	6 (0-24)	5 (0-21)	3 (0-16)	4 (0-22)	4 (0-20)	2 (0-18)	2 (0-16)	3 (0-19)	1 (0-11)	3 (0-12)
Yok	8 (0-24)	5 (0-24)	4 (0-14)	5 (0-24)	5,5 (0-19)	2 (0-19)	3 (0-11)	4 (0-18)	2 (0-8)	3 (0-12)
Z	-1,778	-,524	-1,985	-1,329	-1,369	-1,143	-2,773	-2,042	-,814	-,628
p	,075	,600	,047	,184	,171	,253	,006	,041	,416	,530
Konuşabiliyor mu?										
Evet	6 (0-24)	5 (0-16)	3 (0-14)	4 (0-17)	5 (0-19)	2 (0-19)	3 (0-11)	3 (0-11)	00 (0-8)	3 (0-10)
Hayır	6 (0-24)	5 (0-24)	4 (0-16)	4 (0-24)	5 (0-20)	2 (0-18)	3 (0-16)	3 (0-19)	2 (0-11)	3 (0-12)
Z	-,178	-,236	-,814	-,735	-,010	-,926	-,508	-,457	-,986	-,319
p	,858	,813	,416	,462	,992	,354	,612	,648	,324	,749
Hareket kısıtlılığı var mı?										
Yok	9 (0-20)	3 (0-15)	4,5 (0-12)	6,5 (1-14)	5,5 (2-13)	3 (0-18)	3,5 (0-11)	3 (0-19)	1,5 (0-9)	1,5 (0-11)
Hafif	7 (4-15)	9,5 (0-19)	4,5 (1-11)	7 (1-15)	9 (5-14)	2 (0-7)	4,5 (0-10)	6 (0-8)	3 (0-4)	6,5 (4-11)
Orta	6 (0-20)	6 (0-18)	3 (0-16)	3 (0-18)	5 (0-18)	2 (0-16)	3 (0-16)	3 (0-15)	0 (0-11)	2 (0-9)
Ağır	6 (0-24)	5 (0-24)	4 (0-16)	4 (0-24)	4 (0-20)	2 (0-19)	2 (0-12)	3 (0-18)	2 (0-10)	3 (0-12)
KW(X ²)	,882	2,885	1,719	2,515	4,770	3,893	8,329	3,792	,856	7,379
p	,830	,410	,633	,473	,189	,273	,040	,285	,836	,061
Özel eğitim alıyor mu?										
Evet	6 (0-24)	5 (0-24)	3 (0-16)	4 (0-22)	5 (0-20)	2 (0-19)	3 (0-16)	3 (0-19)	2 (0-11)	3 (0-12)
Hayır	6 (0-18)	5 (0-21)	4 (0-12)	5 (0-24)	5 (0-16)	2 (0-11)	2 (0-12)	3 (0-18)	1 (0-10)	3 (0-11)
Z	-,772	-,072	-,434	-,771	-1,040	-,323	-1,264	-1,736	-,255	-,501
p	,440	,943	,664	,441	,298	,747	,206	,083	,799	,617

	Rahatsızlık indeksi	Belirti toplam	Semptom Rahatsızlık İndeksi
Yaş			
≤12	,6604 (0-2,70)	18 (0-44)	2,1786 (1-4)
12-18	,6981 (0-2,36)	18,5 (0-43)	2,0833 (1-3,45)
Z	-0,42	-0,562	-0,396
P	0,675	0,574	0,692
Cinsiyet			
Kız	,6415 (0-2,70)	17 (0-46)	2 (1-4)
Erkek	,7736 (0-2,53)	19 (0-43)	2,2143 (1-3,62)
Z	-1,026	-0,524	-1,578
P	0,305	0,6	0,114
Zihinsel engeli var mı?			
Var	,6604 (0-2,70)	17 (0-46)	2,0347 (1-4)
Yok	,8396 (0-2,53)	21 (0-41)	2,4 (1-3,62)
Z	-1,897	-1,083	-2,619
P	0,058	0,279	0,009
Konuşabiliyor mu?			
Evet	,7925 (0-2,51)	19 (0-41)	2,2143 (1,3,48)
Hayır	,6792 (0-2,70)	17 (0-46)	2,1111(1-4)
Z	-0,324	-0,421	-0,042
P	0,746	0,674	0,966
Hareket kısıtlılığı var mı?			
Yok	,8585 (,11-2,36)	22,5 (6-40)	2,0714 (1-3,21)
Hafif	1,1604 (,45-1,85)	30,5 (8-34)	2,6647 (1,87-3,16)
Orta	,6604 (,13-2,70)	19 (2-44)	2,2 (1-4)
Ağır	,6604 (0-2,53)	17 (0-46)	2,1 (1-3,62)
KW(X ²)	2,945	2,633	3,562
P	0,4	0,452	0,313
Özel eğitim alıyor mu?			
Evet	,6792 (0-2,70)	18 (0-46)	2,2353 (1-4)
Hayır	,6604 (,02-2,45)	19 (1-40)	2 (1-3,29)
Z	-0,571	-0,299	-1,46
p	0,568	0,765	0,144

Tablo 10’da çocuğa ait bazı değişkenlere göre kısa semptom envanteri alt boyutları puan dağılımları incelenmiştir. Çocuğa ait yaş, cinsiyet, konuşma durumu ve özel eğitim alma durumu ile annelerin kısa semptom envanteri alt ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Buna göre çocuğun yaşı, cinsiyeti, konuşma durumu ve özel eğitim alma durumu annelerin psikiyatrik semptom düzeyini etkilememektedir.

Çocuğun zihinsel engel durumu ile annelerin kısa semptom envanteri alt boyutlarından kişilerarası duyarlılık ($p=,047$), anksiyete bozukluğu ($p=,006$) ve paranoid düşünce ($p=,041$) semptomları arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptanmıştır. Zihinsel engeli olmayan çocukların annelerinde kişilerarası duyarlılık, anksiyete ve paranoid düşünce düzeyi daha yüksek bulunmuştur.

Çocuğun hareket kısıtlılığı seviyesi ile annelerin kısa semptom envanteri alt ölçekleri arasında fobik anksiyete ($p=,040$) hariç diğer alt ölçekler arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Hareket kısıtlılığı hafif olan çocukların annelerinde hareket kısıtlılığı orta, ağır ve olmayan annelere göre fobik anksiyete puan düzeyinin daha yüksek olduğu görölmüştür.

Çocukların yaş, cinsiyet, konuşma durumu, hareket kısıtlılığı seviyesi ve özel eğitim alma durumu ile annelerin rahatsızlık indeksi, belirti toplam indeksi ve semptom rahatsızlık indekslerinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Çocuklardaki zihinsel engel durumu ile 3 global indeksten semptom rahatsızlık indeksi arasında anlamlı bir farklılık görölmüştür ($p=,009$). Buna göre zihinsel engeli olmayan çocukların annelerinin semptom rahatsızlık indeksinin daha yüksek olduğu görölmüştür.

4.5. AYDÖ ve KSE Arasındaki ilişkiye Ait Bulgular

Tablo 11. Aile Yüğü Değerlendirme Ölçeği ve Kısa Semptom Envanteri Arasındaki İlişkiye Ait Bulgular

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
Somatizasyon	r	1																		
	p																			
OKB	r	,594**	1																	
	p	,001																		
KD	r	,495**	,557**	1																
	p	,001	,001																	
Depresyon	r	,591**	,673**	,573**	1															
	p	,001	,001	,001																
Anksiyete bozukluğu	r	,647**	,682**	,549**	,722**	1														
	p	,001	,001	,001	,001															
Hostilite	r	,402**	,509**	,460**	,596**	,677**	1													
	p	,001	,001	,001	,001	,001														
Fobik anksiyete	r	,561**	,464**	,473**	,551**	,557**	,420**	1												
	p	,001	,001	,001	,001	,001	,001													
Paranoid	r	,385**	,482**	,495**	,534**	,453**	,429**	,431**	1											
	p	,001	,001	,001	,001	,001	,001	,001												
Psikotizm	r	,416**	,529**	,441**	,651**	,619**	,530**	,429**	,412**	1										
	p	,001	,001	,001	,001	,001	,001	,001	,001											
Ek maddeler	r	,594**	,614**	,564**	,586**	,651**	,468**	,512**	,448**	,439**	1									
	p	,001	,001	,001	,001	,001	,001	,001	,001	,001										
Rahatsızlık indeksi	r	,771**	,824**	,730**	,856**	,862**	,692**	,690**	,635**	,681**	,775**	1								

	p	,001	,001	,001	,001	,001	,001	,001	,001	,001	,001								
Belirti toplam indeksi	r	,741**	,758**	,648**	,847**	,840**	,692**	,636**	,618**	,706**	,698**	,936**	1						
	p	,001	,001	,001	,001	,001	,001	,001	,001	,001	,001	,001							
Semptom rahatsızlık indeksi	r	,523**	,622**	,628**	,538**	,575**	,439**	,531**	,435**	,383**	,628**	,733**	,467**	1					
	p	,001	,001	,001	,001	,001	,001	,001	,001	,001	,001	,001	,001						
Ekonomik yük	r	-,074	-,048	-,022	,098	,036	,066	-,033	,081	,031	,058	,043	,018	,039	1				
	p	,295	,503	,756	,167	,613	,351	,639	,251	,663	,415	,549	,797	,591					
Yetersizlik algısı	r	,029	,000	-,006	,135	,076	,051	,060	,084	,072	,076	,086	,104	,007	,412**	1			
	p	,680	,996	,931	,057	,284	,470	,401	,239	,312	,283	,225	,142	,920	,001				
Sosyal yük	r	-,051	,140*	,078	,213**	,093	,082	,031	,102	,229**	,125	,141*	,074	,202**	,505**	,332**	1		
	p	,476	,048	,274	,003	,192	,247	,663	,149	,001	,077	,046	,296	,004	,001	,001			
Fiziksel yük	r	,071	,020	-,048	,115	,061	,104	,059	,034	,042	,117	,082	,088	,045	,235**	,411**	,277**	1	
	p	,319	,774	,498	,104	,391	,142	,403	,634	,552	,098	,248	,216	,529	,001	,001	,001		
Duygusal yük	r	,377**	,431**	,376**	,508**	,475**	,479**	,330**	,377**	,376**	,393**	,543**	,553**	,322**	,095	,100	,258**	,181*	1
	p	,001	,001	,001	,001	,001	,001	,001	,001	,001	,001	,001	,001	,001	,183	,158	,001	,010	
Zaman gereksinimi	r	,020	,220**	,081	,261**	,242**	,202**	,014	,192**	,229**	,146*	,219**	,209**	,140	,557**	,336**	,616**	,243**	,333**
	p	,775	,002	,257	,000	,001	,004	,847	,006	,001	,039	,002	,003	,051	,001	,001	,001	,001	,001

Aile yükü değerlendirme ölçeği alt boyutları ile kısa semptom envanteri alt boyutları arasındaki ilişki spearman korelasyon analizi ile incelenmiştir. Tablodaki eksiler (-) negatif korelasyonu, artılar (+) ise pozitif korelasyonu göstermektedir.

Somatizasyon ile OKB arasında pozitif yönde orta ve anlamlı ilişki ($p=0,001$, $r=0,594$), somatizasyon ile kişilerarası duyarlılık arasında pozitif yönde zayıf ve anlamlı ilişki ($p=0,001$, $r=0,496$), somatizasyon ile depresyon arasında pozitif yönde orta ve anlamlı ilişki ($p=0,001$, $r=0,591$), somatizasyon ile anksiyete bozukluğu arasında pozitif yönde orta ve anlamlı ilişki ($p=0,001$, $r=0,647$), somatizasyon ile hostilite arasında pozitif yönde orta ve anlamlı ilişki ($p=0,001$, $r=0,402$), somatizasyon ile fobik anksiyete arasında pozitif yönde orta ve anlamlı ilişki ($p=0,001$, $r=0,561$), somatizasyon ile paranoid düşünce arasında pozitif yönde orta ve anlamlı ilişki ($p=0,001$, $r=0,385$), somatizasyon ile Psikotizm arasında pozitif yönde orta ve anlamlı ilişki ($p=0,001$, $r=0,416$), somatizasyon ile ek maddeler arasında pozitif yönde orta ve anlamlı ilişki ($p=0,001$, $r=0,594$), somatizasyon ile rahatsızlık indeksi arasında pozitif yönde kuvvetli ve anlamlı ilişki ($p=0,001$, $r=0,771$), somatizasyon ile belirti toplam indeksi arasında pozitif yönde kuvvetli ve anlamlı ilişki ($p=0,001$, $r=0,741$), somatizasyon ile semptom rahatsızlık indeksi arasında pozitif yönde orta ve anlamlı ilişki bulunmuştur ($p=0,001$, $r=0,523$). Somatizasyon ile aile yükü alt boyutlarından ekonomik yük ve sosyal yük ile aralarında negatif yönde anlamsız bir ilişki ($p>0,05$), duygusal yük ile aralarında pozitif yönde orta ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p=0,001$, $r=0,377$).

Obsesif kompulsif bozukluk ile kişilerarası duyarlılık arasında pozitif yönde orta ve anlamlı bir ilişki ($p=0,001$, $r=0,557$), OKB ile depresyon arasında pozitif

yönde kuvvetli ve anlamlı ilişki ($p=0,001$, $r=0,673$), OKB ile anksiyete bozukluğu arasında pozitif yönde kuvvetli ve anlamlı ilişki ($p=0,001$, $r=0,682$), OKB ile hostilite arasında pozitif yönde orta ve anlamlı ilişki ($p=0,001$, $r=0,509$), OKB ile fobik anksiyete arasında pozitif yönde orta ve anlamlı ilişki ($p=0,001$, $r=0,464$), OKB ile paranoid düşünce arasında pozitif yönde orta ve anlamlı ilişki ($p=0,001$, $r=0,482$), OKB ile psikotizm arasında pozitif yönde orta ve anlamlı ilişki ($p=0,001$, $r=0,529$), OKB ile ek maddeler arasında pozitif yönde orta ve anlamlı ilişki ($p=0,001$, $r=0,614$), OKB ile rahatsızlık indeksi arasında pozitif yönde kuvvetli ve anlamlı ilişki ($p=0,001$, $r=0,824$), OKB ile belirti toplam indeksi arasında pozitif yönde kuvvetli ve anlamlı ilişki ($p=0,001$, $r=0,758$), OKB ile semptom rahatsızlık indeksi arasında pozitif yönde orta ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p=0,001$, $r=0,622$).

OKB ile aile yükü değerlendirme ölçeği alt boyutları arasındaki ilişki incelendiğinde sosyal yük ile aralarında pozitif yönde zayıf ve anlamlı ilişki ($p=0,048$, $r=0,140$), OKB ile duygusal yük arasında pozitif yönde orta ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p=0,001$, $r=0,431$).

Kişilerarası duyarlılık ve depresyon arasında pozitif yönde orta ve anlamlı ilişki ($p=0,001$, $r=0,573$), KD ile anksiyete bozukluğu arasında pozitif yönde orta ve anlamlı ($p=0,001$, $r=0,549$), KD ile hostilite arasında pozitif yönde orta ve anlamlı ilişki ($p=0,001$, $r=0,460$), KD ile fobik anksiyete arasında pozitif yönde orta ve anlamlı ilişki ($p=0,001$, $r=0,473$), KD ile paranoid düşünce arasında pozitif yönde orta ve anlamlı ilişki ($p=0,001$, $r=0,495$), KD ile psikotizm arasında pozitif yönde orta ve anlamlı ilişki ($p=0,001$, $r=0,441$), KD ile ek maddeler arasında pozitif yönde orta ve anlamlı ilişki ($p=0,001$, $r=0,564$), KD ile rahatsızlık indeksi arasında

pozitif yönde kuvvetli ve anlamlı ilişki ($p=0,001$, $r=0,730$), KD ile belirti toplam indeksi arasında pozitif yönde orta ve anlamlı ilişki ($p=0,001$, $r=0,648$), KD ile semptom rahatsızlık indeksi arasında pozitif yönde orta ve anlamlı ilişki bulunmuştur ($p=0,001$, $r=0,628$).

KD ile aile yükü değerlendirme ölçeği alt boyutlarından ekonomik yük, fiziksel yük, yetersizlik algısı ve diğer boyutları ile arasında negatif yönde anlamsız bir ilişki olduğu görülmüştür ($p>0,05$). KD ile duygusal yük arasında pozitif yönde orta ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p=0,001$, $r=0,376$).

Depresyon ile anksiyete bozukluğu arasında pozitif yönde kuvvetli ve anlamlı ilişki ($p=0,001$, $r=0,722$), depresyon ile hostilite arasında pozitif yönde orta ve anlamlı ilişki ($p=0,001$, $r=0,596$), depresyon ile fobik anksiyete arasında pozitif yönde orta ve anlamlı ilişki ($p=0,001$, $r=0,551$), depresyon ile paranoid düşünce arasında pozitif yönde orta ve anlamlı ilişki ($p=0,001$, $r=0,534$), depresyon ile psikotizm arasında pozitif yönde kuvvetli ve anlamlı ilişki ($p=0,001$, $r=0,651$), depresyon ile ek maddelere arasında pozitif yönde orta ve anlamlı ilişki ($p=0,001$, $r=0,586$), depresyon ile rahatsızlık indeksi arasında pozitif yönde çok kuvvetli ve anlamlı ilişki ($p=0,001$, $r=0,856$), depresyon ile belirti toplam indeksi arasında pozitif yönde kuvvetli ve anlamlı ilişki ($p=0,001$, $r=0,847$), depresyon ile semptom rahatsızlık indeksi arasında pozitif yönde orta ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p=0,001$, $r=0,538$).

Depresyon ile aile yükü değerlendirme ölçeği alt boyutları arasındaki ilişki incelendiğinde sosyal yük, duygusal yük ve zaman gereksinimi hariç diğer alt boyutlarıyla aralarında anlamsız bir ilişkinin olduğu görülmüştür ($p>0,05$).

Depresyon ile sosyal yük arasında pozitif yönde zayıf ve anlamlı ilişki ($p=0,003$, $r=0,213$), depresyon ile duygusal yük arasında pozitif yönde orta ve anlamlı ilişki ($p=0,001$, $r=0,508$), depresyon ile zaman gereksinimi arasında pozitif yönde zayıf ve anlamlı ilişki bulunmuştur ($p=0,001$, $r=0,261$).

Anksiyete bozukluğu ile hostilite arasında pozitif yönde kuvvetli ve anlamlı ilişki ($p=0,001$, $r=0,677$), anksiyete bozukluğu ile fobik anksiyete arasında pozitif yönde orta ve anlamlı ilişki ($p=0,001$, $r=0,557$), anksiyete bozukluğu ile paranoid düşünce arasında pozitif yönde orta ve anlamlı ilişki ($p=0,001$, $r=0,453$), anksiyete bozukluğu ile psikotizm arasında pozitif yönde orta ve anlamlı ilişki ($p=0,001$, $r=0,619$), anksiyete bozukluğu ile ek maddelere arasında pozitif yönde kuvvetli ve anlamlı ilişki ($p=0,001$, $r=0,651$), anksiyete bozukluğu ile rahatsızlık indeksi arasında pozitif yönde çok kuvvetli ve anlamlı ilişki ($p=0,001$, $r=0,862$), anksiyete bozukluğu ile belirti toplam indeksi arasında pozitif yönde kuvvetli ve anlamlı ilişki ($p=0,001$, $r=0,840$), anksiyete bozukluğu ile semptom rahatsızlık indeksi arasında pozitif yönde orta ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p=0,001$, $r=0,575$).

Anksiyete bozukluğu ile aile yükü değerlendirme ölçeği alt boyutlarından duygusal yük ve zaman gereksinimi dışında diğer boyutlarıyla aralarında anlamsız ilişki bulunmuştur ($p>0,05$). Anksiyete bozukluğu ile duygusal yük arasında pozitif yönde orta ve anlamlı ilişki ($p=0,001$, $r=0,475$), anksiyete bozukluğu ile zaman gereksinimi alt boyutu arasında pozitif yönde zayıf anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p=0,001$, $r=0,242$).

Hostilite ve fobik anksiyete arasında pozitif yönde pozitif yönde orta ve anlamlı ilişki ($p=0,001$, $r=0,420$), hostilite ve paranoid düşünce arasında pozitif yönde orta ve anlamlı ilişki ($p=0,001$, $r=0,429$), hostilite ile psikotizm arasında

pozitif yönde orta ve anlamlı ilişki ($p=0,001$, $r=0,530$), hostilete ile ek maddeler arasında pozitif yönde orta ve anlamlı ilişki ($p=0,001$, $r=0,468$), hostilete ile rahatsızlık indeksi arasında pozitif yönde kuvvetli ve anlamlı ilişki ($p=0,001$, $r=0,692$), hostilete ile belirti toplam indeksi arasında pozitif yönde kuvvetli ve anlamlı ilişki ($p=0,001$, $r=0,692$), hostilete ile semptom rahatsızlık indeksi arasında pozitif yönde orta ve anlamlı ilişki bulunmuştur ($p=0,001$, $r=0,439$).

Hostilite ile aile yükü değerlendirme ölçeği alt boyutlarında duygusal yük ile aralarında pozitif yönde orta ve anlamlı ilişki ($p=0,001$, $r=0,479$), hostilete ile zaman gereksinimi arasında pozitif yönde zayıf ve anlamlı ilişki bulunmuştur ($p=0,004$, $r=0,202$).

Fobik anksiyete ile paranoid düşünce arasında pozitif yönde orta ve anlamlı ilişki ($p=0,001$, $r=0,431$), fobik anksiyete ile psikotizm arasında pozitif yönde orta ve anlamlı ilişki ($p=0,001$, $r=0,530$), fobik anksiyete ile ek maddeler arasında pozitif yönde orta ve anlamlı ilişki ($p=0,001$, $r=0,512$), fobik anksiyete ile rahatsızlık indeksi arasında pozitif yönde kuvvetli ve anlamlı ilişki ($p=0,001$, $r=0,690$), fobik anksiyete ile belirti toplam indeksi arasında pozitif yönde orta ve anlamlı ilişki ($p=0,001$, $r=0,636$), fobik anksiyete ile semptom rahatsızlık indeksi arasında pozitif yönde orta ve anlamlı ilişki bulunmuştur ($p=0,001$, $r=0,531$).

Fobik anksiyete ile aile yükü değerlendirme ölçeği alt boyutlarından duygusal yük hariç diğer boyutlarıyla aralarında anlamsız bir ilişki bulunmuştur ($p>0,05$). Fobik anksiyete ile duygusal yük arasında pozitif yönde orta ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p=0,001$, $r=0,330$).

Paranoid düşünce ile psikotizm arasında pozitif yönde orta ve anlamlı ilişki ($p=0,001$, $r=0,412$), paranoid düşünce ile ek maddeler arasında pozitif yönde orta

ve anlamlı ilişki ($p=0,001$, $r=0,448$), paranoid düşünce ile rahatsızlık indeksi arasında pozitif yönde orta ve anlamlı ilişki ($p=0,001$, $r=0,635$), paranoid düşünce ile belirti toplam indeksi arasında pozitif yönde orta ve anlamlı ilişki ($p=0,001$, $r=0,618$), paranoid düşünce ile semptom rahatsızlık indeksi arasında pozitif yönde orta ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p=0,001$, $r=0,435$).

Paranoid düşünce ile duygusal yük arasında pozitif yönde orta ve anlamlı ilişki ($p=0,001$, $r=0,377$), paranoid düşünce ile zaman gereksinimi arasında pozitif yönde zayıf ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p=0,006$, $r=0,192$).

Psikotizm ile ek maddeler arasında pozitif yönde orta ve anlamlı ilişki ($p=0,001$, $r=0,439$), psikotizm ile rahatsızlık indeksi arasında pozitif yönde kuvvetli ve anlamlı ilişki ($p=0,001$, $r=0,681$), psikotizm ile belirti toplam indeksi arasında pozitif yönde kuvvetli ve anlamlı ilişki ($p=0,001$, $r=0,706$), psikotizm ile semptom rahatsızlık indeksi arasında pozitif yönde orta ve anlamlı ilişki bulunmuştur ($p=0,001$, $r=0,383$).

Psikotizm ile aile yükü değerlendirme ölçeği alt boyutlarından sosyal yük arasında pozitif yönde zayıf ve anlamlı ilişki ($p=0,001$, $r=0,229$), psikotizm ile duygusal yük arasında pozitif yönde orta ve anlamlı ilişki ($p=0,001$, $r=0,376$), psikotizm ile zaman gereksinimi arasında pozitif yönde zayıf ve anlamlı ilişki bulunmuştur ($p=0,001$, $r=0,229$).

Ek maddeler ile rahatsızlık indeksi arasında pozitif yönde kuvvetli ve anlamlı ilişki ($p=0,001$, $r=0,775$), ek maddeler ile belirti toplam indeksi arasında pozitif yönde kuvvetli ve anlamlı ilişki ($p=0,001$, $r=0,698$), ek maddeler ile semptom rahatsızlık indeksi arasında pozitif yönde orta ve anlamlı ilişki bulunmuştur ($p=0,001$, $r=0,628$). Ek maddeler ile duygusal yük arasında pozitif

yönde orta ve anlamlı ilişki ($p=0,001$, $r=0,393$), ek maddeler ile zaman gereksinimi arasında pozitif yönde zayıf ve anlamlı ilişki bulunmuştur ($p=0,039$, $r=0,146$).

Rahatsızlık indeksi ile belirti toplam indeksi arasında pozitif yönde çok kuvvetli ve anlamlı ilişki ($p=0,001$, $r=0,936$), rahatsızlık indeksi ile semptom rahatsızlık indeksi arasında pozitif yönde kuvvetli ve anlamlı ilişki bulunmuştur ($p=0,001$, $r=0,733$). Rahatsızlık indeksi ile sosyal yük arasında pozitif yönde zayıf ve anlamlı ilişki ($p=0,046$, $r=0,141$), rahatsızlık indeksi ile duygusal yük arasında pozitif yönde orta ve anlamlı ilişki ($p=0,001$, $r=0,543$), rahatsızlık indeksi ile zaman gereksinimi arasında pozitif yönde zayıf ve anlamlı ilişki bulunmuştur ($p=0,003$, $r=0,209$).

Belirti toplam indeksi ile semptom rahatsızlık indeksi arasında pozitif yönde orta ve anlamlı ilişki bulunmuştur ($p=0,001$, $r=0,467$). Belirti toplam indeksi ile duygusal yük arasında pozitif yönde orta ve anlamlı ilişki ($p=0,001$, $r=0,553$), belirti toplam indeksi ile zaman gereksinimi arasında pozitif yönde zayıf ve anlamlı ilişki ($p=0,001$, $r=0,209$).

Ekonomik yük ile yetersizlik algısı arasında pozitif yönde orta ve anlamlı ilişki ($p=0,001$, $r=0,412$), ekonomik yük ile sosyal yük arasında pozitif yönde orta ve anlamlı ilişki ($p=0,001$, $r=0,505$), ekonomik yük ile fiziksel yük arasında pozitif yönde zayıf ve anlamlı ilişki ($p=0,001$, $r=0,235$), ekonomik yük ile zaman gereksinimi arasında pozitif yönde orta ve anlamlı ilişki bulunmuştur ($p=0,001$, $r=0,557$).

Yetersizlik algısı ile sosyal yük arasında pozitif yönde orta ve anlamlı ilişki ($p=0,001$, $r=0,332$), yetersizlik algısı ile fiziksel yük arasında pozitif yönde orta ve

anlamli ilişki ($p=0,001$, $r=0,411$), yetersizlik algısı ile zaman gereksinimi arasında pozitif yönde orta ve anlamli ilişki bulunmuştur ($p=0,001$, $r=0,336$).

Sosyal yük ile fiziksel yük arasında pozitif yönde zayıf ve anlamli ilişki ($p=0,001$, $r=0,277$), sosyal yük ile duygusal yük arasında pozitif yönde zayıf ve anlamli ilişki ($p=0,001$, $r=0,258$), sosyal yük ile zaman gereksinimi arasında pozitif yönde orta ve anlamli ilişki bulunmuştur ($p=0,001$, $r=0,616$).

Fiziksel yk ile duygusal yük arasında pozitif yönde zayıf ve anlamli ilişki ($p=0,001$, $r=0,010$), fiziksel yk ile zaman gereksinimi arasında pozitif yönde zayıf ve anlamli ilişki bulunmuştur ($p=0,001$, $r=0,243$).

Duygusal yük ile zaman gereksinimi arasında pozitif yönde orta ve anlamli bir ilişki bulunmuştur ($p=0,001$, $r=0,333$).

5. TARTIŞMA

Serebral palsili çocuğa sahip annelerin psikiyatrik semptom düzeyi ve aile yükünün belirlenmesi, anne ile çocuğun sosyodemografik ve bazı özellikleri ile ilişkisinin belirlenmesi amacıyla yapılan çalışmanın bulguları literatür doğrultusunda aşağıdaki beş başlık altında tartışılmıştır.

- 1- Anne ve çocuğa ait tanıtıcı bulguların incelenmesi
- 2- Annelerin AYDÖ ve KSE puan düzeyleri
- 3- Anne ve çocuğa ait değişkenlere ile AYDÖ ve alt boyutlarının karşılaştırılması
- 4- Anne ve çocuğa ait değişkenlere ile KSE ve alt boyutlarının karşılaştırılması
- 5- AYDÖ ve KSE arasındaki ilişki

5.1. Anne ve Çocuğa Ait Tanıtıcı Bulguların İncelenmesi

Diyarbakır Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi ile Diyarbakır Çocuk Hastanesi evde sağlık birimine kayıtlı 200 SP’li çocuğun anneleriyle yürütülen bu çalışmada annelerin yaş ortalaması 39.67 ± 7.70 ve %99’unun çalışmadığı görülmektedir. Halatçı ve ark. (2020) yaptığı çalışmada annelerin yaş ortalaması $36,35 \pm 8,24$ olarak bulunmuştur ve bu çalışma grubunun yaş ortalamasına yakınlık göstermektedir (64). Literatüre bakıldığında SP’li annelerle yapılan çalışmalarda annelerin büyük çoğunluğunun çalışmadığı görülmektedir (65,66,67). Türkiye’nin Güneydoğu Anadolu bölgesinde SP’li çocuklarla yapılan çalışmalarda annelerin %67.3-97.5’inin eğitim düzeyi ilköğretim veya altında

bulunmuştur (68,69). Bu çalışmada da literatürle paralel bir şekilde annelerin %88'inin eğitim düzeyi ilköğretim veya altında bulunmuştur. Bu çalışmada annelerin büyük çoğunluğunun çocuk sayısı 4'ten fazla, gelir durumu düşük ve sosyal güvencesi olmadığı görülmüştür yapılan çalışmalara bakıldığında çocuk sayısının 4'ten az olduğu görülmüştür (70,71). Balki ve Canbay'ın (2011) çalışmasında ailelerin ortalama aylık gelirleri 791.7±479.3 TL ve %52,5'inin gelir düzeyinin düşük ya da çok düşük olduğu görülmüştür (7). Bölgede doğurganlık oranının yüksek olması çocuk sayısının fazla olmasını açıklayabilir (72). Kavlak ve ark. (2017) yaptığı çalışmada da annelerin yarısından fazlasının sosyal güvencesinin olmadığı görülmüştür (73). Bu çalışmada annelerin büyük çoğunluğu apartman dairesinde çekirdek ailesiyle beraber yaşamakta, %55'i çocuğun bakımını tek başına yapmakta, %71'inin herhangi bir kronik hastalık öyküsü yok, %74,5'i kendine vakit ayıramıyor, %74,5'i çocuğun hastalığı hakkında bilgi sahibidir. SP'li çocukların ebeveynlerinde akraba evliliği oranı %33.3-52.6 arasında bildirilmektedir (68,69,74). Çalışmamızda bu oran %50,5 olarak bulunmuş olup ülkemizdeki genel akraba evliliği oranları ile uyumludur. Akmeşe ve arkadaşlarının (2011) yaptığı çalışmada annelerin %56'sının çocuğun hastalığı hakkında bilgi sahibi olduğu ve %30,3'ünün eşi ile arasında akrabalık bağı olduğu görülmüştür (67).

Araştırmaya dâhil edilen SP'li çocukların yaş ortalaması 12.13±6.89 ve yarısından fazlası erkek, çocukların engel yüzdesi 93.55±9.18, %71,5'inin zihinsel engeli var, %74'ü konuşmıyor, %68,5'inin ağır derecede hareket kısıtlılığı mevcut ve büyük çoğunluğu özel eğitim almaktadır. Yapılan diğer araştırmalarda SP'li

çocukların cinsiyet oranlarına bakıldığında erkeklerin çoğunlukta olduğu görülmüştür (65,66).

5.2. Annelerin AYDÖ ve KSE puan düzeyleri

Çalışmada aile yükü değerlendirme ölçeği toplam puan medyan değerinin (146.00, min-max 85.00-190.00) olduğu ve alt boyutlarından en yüksek medyan değerinin yetersizlik algısı (40.00, min-max 12.00-40.00) ve duygusal yük (26.00, min-max 15.00-47.00) olduğu görülmüştür. En düşük medyan değeri ise sosyal yük (17.00, min-max 6.00-30.00) olmaktadır. Ölçeğin kesme puanı 97 olduğundan bu çalışmada aile yükünün oldukça yüksek olduğu görülmüştür. Bildirici'nin (2014) özel eğitim gereksinimi olan çocukların anneleriyle yaptığı çalışmada annelerin aile yükü puan ortalaması 117.07, yetersizlik algısı puan ortalaması 28.05, duygusal yük puan ortalaması 25.70 olarak bulunmuştur (75). Yapılan çalışmalara baktığımızda annelerin aile yükü puan ortalaması 97'nin üzerinde, aile yükü değerlendirme ölçeği alt boyutlarından en yüksek puan ortalaması ise yetersizlik algısı olarak bulunmuştur, bu sonuçlar bizim çalışmamızı destekler niteliktedir (16,76,77,79).

Yetersizlik algısının yüksek olmasının nedeni çocuğun sürekli bakıma ihtiyaç duyması, tek başına hayatını sürdüremeyeceği korkusu, çocuğun akranlarından geri kalmasına annenin üzülmeyeceği korkusu, çocuğa karşı çevrenin tutumu ve tepileri de yetersizlik algısını artıran etkenlerden biridir (48). Ebeveynler engelli çocuğun teşhisinin konulmasıyla beraber hayal ettikleri ideal çocuğun kaybıyla ilgili başarısızlık hissi ve hayal kırıklığı duygularıyla başa çıkmaya çalışırlar. Ayrıca çocuklarının yalnız başına yaşamak, evlenmek, çalışmak,

çocuk sahibi olmak gibi dönüm noktalarını deneyimleyemeyeceğini düşünmek ebeveynlerde duygusal yüke neden olur (79).

Annelerin KSE ve alt boyutlarından aldıkları puanlara bakıldığında sırasıyla somatizasyon, OKB, kişilerarası duyarlılık, depresyon ve anksiyete bozukluğu yönünden belirti gösterdikleri görülmektedir. Yıldırım ve ark. (2012) engelli çocuğa sahip annelerin ruhsal durumunu belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada, annelerin genel ruhsal belirtilerinin sırasıyla depresyon, somatizasyon, öfke/düşmanlık, paranoid düşünce ve psikotizm olduğunu saptamışlardır (80).

Akmeşe ve ark. (2015) çalışmasında, SP'li çocuk annelerinde depresyon seviyesini sağlıklı çocuk annelerine göre anlamlı düzeyde yüksek bulmuşlardır (81). Dökmen'in (2012) yakınlarına bakım verenlerin ruh sağlıklarını araştırdığı çalışmasında psikolojik belirtiler bakımından hasta, yaşlı, engelli yakını olan ve olmayan gruplar arasında anlamlı fark olduğunu belirtmiştir. Hasta bireylere bakım verenlerde kaygı, depresyon, bedensel şikâyetler, olumsuz benlik algısı ve düşmanca duygular daha fazla görülmüştür. Hasta, yaşlı ve engelli yakınları olumsuz ruh sağlığına sahip olduğunu göstermişlerdir (82).

5.3. Anne ve Çocuğa Ait Değişkenlere ile AYDÖ ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

Çalışmada annelere ait eğitim, çalışma durumu ve eş ile akraba olma durumu özellikleri ile aile yükü değerlendirme ölçeği ve alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Kaçan ve arkadaşlarının (2016) çalışmasında da annenin eğitim ve çalışma durumu ile aile yükü arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır, ancak çalışan annelerin aile yükü puan düzeyi daha

yüksek bulunmuştur (77). Sever'in çalışmasında annelerin eğitim durumu ile ekonomik yük düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmuş, okur-yazar olan grubun ekonomik yükünün yüksek olduğu saptanmıştır. Eş ile akraba olma durumu ile duygusal yük arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (16). Çolak'ın (2019) yaptığı çalışmada eş ile akraba evliliği yapan annelerin yapmayan annelere göre aile yükü daha yüksek bulunmuştur ve bu durumun nedenini akraba evliliği yapmış ebeveynlerin çocuğun engelliliğini bu duruma bağlamış olma ve durumdan dolayı kendini suçlama olarak açıklamıştır (55). Demirhan'ın (2014) çalışmasında annelerin eğitim düzeyi arttıkça aile yükünün azaldığını göstermiştir (83).

Çalışmada annelerin yaşı ile aile yükü alt boyutlarından yetersizlik algısı ve fiziksel yük arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. 40 yaşın üzerinde olan annelerin yetersizlik algısı ve fiziksel yükü 40 yaşın altında olan annelere göre daha yüksek bulunmuştur. Akarsu'nun (2014) ve Haveman ve arkadaşlarının (1997) yaptığı çalışmada da annelerin yaşı ilerledikçe aile yükünün arttığını bulmuştur (12,84). Öztürk'ün (2011) çalışmasında ise annelerin yaşının aile yükünü etkilemediği bulunmuştur (85).

Annelerin gelir durumu ile ekonomik yük, sosyal yük ve aile yükü arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Gelir durumu düşük olan grubun ekonomik yük, sosyal yük ve aile yük düzeyi diğer gruplara göre daha yüksek bulunmuştur. Literatürde yapılan diğer çalışmalarda da düşük gelir durumuna sahip annelerin ekonomik, sosyal ve duygusal yükleri daha yüksek bulunmuştur (48, 12). Ailelerin çocuğun eğitimi, bakım ihtiyaçları, kullandığı araçlar, diyeti ve tıbbi bakım gereksinimleri için yaptığı harcamalar ailelerin ekonomik yüklerini artırmaktadır ve bu durumdan düşük gelirli aileler daha çok etkilenmektedir (10,12).

Annelerin bakımda destek alma durumları ile aile yükü değerlendirme ölçeği alt boyutlarından fiziksel yük, ekonomik yük, duygusal yük, zaman gereksinimi ve aile yükleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bakımda destek almayan annelerin yükleri daha fazla bulunmuştur. Çolak'ın (2019) ve Kaçan Softa'nın (2016) çalışmalarında bakıcı desteğinin aile yükünü etkilemediği görülmüştür (55,77). Chanda Chiluba ve Moyo (2017) çalışmalarında çocuğun bakımında ebeveynlerin çoğunun desteğe ihtiyaç duyduğunu ifade etmiştir. Anneler çocuğun bakımından dolayı kendilerine vakit ayıramadıklarını ifade etmişlerdir. Bakımda annenin tek başına kalması da annelerin yükünü artıran etmenlerden biridir (86). Karlıoğlu'nun (2017) çalışmasında ailenin çocuğu bırakabileceği yakın bir akrabanın varlığı ile aile yükü, ekonomik yük alt boyutu ve yetersizlik algısı alt boyutu arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Çocuğu bırakabileceği yakın bir akrabaya sahip olan annelerin aile yükü, ekonomik yükü ve yetersizlik algısı düzeyi daha düşük bulunmuştur (87). Çalışmamızda annelerin büyük çoğunluğunun bakımda destek olacak kimsesinin olmaması annelerin kendine vakit ayıramamasına ve yükünün artmasına neden olmaktadır.

Bu çalışmada çocuğun hastalığı hakkında bilgi sahibi olan annelerin yetersizlik algısı, ekonomik yük, sosyal yük, zaman gereksinimi ve aile yükü düzeyi bilgi sahibi olmayan annelere göre daha yüksek bulunmuştur. Bilgi sahibi olmayan annelerin de duygusal yükü fazla bulunmuştur. Çolak 'ın (2019) çalışmasında ise engelli çocuğun sorunlarıyla ilgili yeterli bilgi almayan annelerin aile yükleri yüksek, yaşam kaliteleri düşük bulunmuştur (55). Akarsu'nun (2014) çalışmasında annelerin çocuğun hastalığı, tedavisi, bakımı ile ilgili bilgi alan annelerin fiziksel yükü daha yüksek bulunmuştur. Çocuğun hastalığı ve bakımı hakkında bilgi sahibi

olan anneler, çocuğa nasıl yaklaşması gerektiğini, çocuğa öz bakım becerilerini kazandırması ve çocuğun hareketlerini nasıl kontrol altına alacağı konusunda daha bilinçli hale gelir ancak bu durum annelerin bakımda daha etkin rol almasını sağlarken yükünü de artırır (12).

Çalışmada çocuğun yaşı, cinsiyeti, zihinsel engel durumu, konuşma durumu, hareket kısıtlılığı durumu, özel eğitim alma durumunun aile yükü ve alt boyutlarını etkilemediği görülmüştür. Sevinç ve Babahanoğlu'nun (2016) engelli çocuğa sahip ailelerde aile yükünü değerlendirmek amacıyla yaptıkları çalışmada çocuğun cinsiyeti ve engel türü ile aile yükü arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (88). Çolak'ın (2019) çalışmasında cinsiyet, yaş, özel eğitim alma ve zihinsel engel durumu ile aile yükü arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. 7-15 yaş arası, erkek ve ağır zihinsel engeli olan çocukların annelerinde aile yükü düzeyi daha yüksek bulunmuştur. 1 yıl ve daha az süredir özel eğitim alan çocukların annelerinde aile yükü daha düşük bulunmuştur (55). Yapılan diğer çalışmalarda da çocuğun engel derecesi ile aile yükü arasında ilişki bulunmuştur. Çocuğun engel derecesi arttıkça ailenin yükü de artmaktadır (89,90).

5.4. Anne ve Çocuğa Ait Değişkenler ile KSE ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

Çalışmada annelere ait yaş, eğitim, çalışma durumu, eş ile akraba olma durumu ile kısa semptom envanteri ve alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Yurt dışında Gugala ve arkadaşlarının (2019) yaptığı çalışmada SP'li çocukların ebeveynlerinde sağlam çocuğu olan ebeveynlere göre depresyon ve anksiyete düzeyi daha yüksek bulunmuştur. SP'li çocukların ebeveynlerinde

anksiyete ve depresyon düzeyi ile ilişkili faktörler arasında sosyal destek eksikliği, çoğunlukla algılanan ve alınan destek, ebeveynlerin sağlık durumunun kötü olması, ailenin kötü ekonomik durumu, kötü yaşam koşulları, uyum, ebeveynin cinsiyeti ve çocuğun zihinsel engeli bulunmaktadır (91). Yılmaz ve ark. (2013) SP’li çocuk annesi ile sağlıklı çocuk annesine beck depresyon envanteri ile beck anksiyete envanterini uygulamış ve SP ‘li çocuk annelerinde depresyon ve anksiyete seviyesinin anlamlı derecede yüksek olduğunu bulmuşlardır. SP’li çocuklarda beden tutulumu, annenin eğitim durumu, yaş ve ekonomik durum ile depresyon anksiyete düzeyi ile aralarında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Çocuğun motor fonksiyon durumu ve konuşma bozuklukları ile aralarında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (92). Yıldırım ve ark. (2012) çalışmasında annelerin yaş, eğitim, eş ile akraba olma durumu ve bakımda destek alma durumu ile annelerin psikolojik semptom puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki bulunmazken, gelir durumu ile aralarında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Geliri giderinden az olan annelerin psikiyatrik semptom düzeyi daha yüksek bulunmuştur (80). Ekemen’in (2006) çalışmasında kadınların düşük eğitim ve sosyoekonomik düzeyi, çok sayıda çocuk sahibi olması ruhsal belirti puan ortalamalarını artırmıştır. Yine aynı çalışmada 40 yaşın üstünde olan kadınların somatizasyon’a biraz daha yatkın oldukları görülmüştür (56). Aydemir ve arkadaşlarının (2002) çalışmasında düşük eğitim grubunda olan bireylerin somatizasyon ve anksiyete düzeyi yüksek çıkmıştır. Kadınların somatizasyon, OKB ve kişiler arası duyarlılık açısından risk grubu oluşturduğunu saptamışlardır (93). Öksüz ve arkadaşlarının (2013) kemoterapi alan hasta yakınları ile yaptıkları çalışmada bakım verenlerin eğitim yılı ortalamaları arttıkça somatizasyon, OKB, kişilerarası duyarlılık, anksiyete, psikotizm ve

hostilite belirtilerinin şiddetinin de arttığını, yaş ortalamasının artmasıyla psikiyatrik semptom şiddetinin azaldığını bulmuşlardır (61). Tekinarslan'ın çalışmasında (2013) annelerin eğitim ve gelir durumu yükseldikçe depresyon seviyesinin düştüğünü, yaşlı annelerde ise depresyon seviyesinin daha yüksek olduğunu bulmuşlardır (94).

Çalışmada annelerin çocuğun hastalığı hakkında bilgi sahibi olma durumu arttıkça somatizasyon, OKB, ek maddeler, rahatsızlık indeksi ve semptom rahatsızlık indeksi şiddeti de artmıştır. Taylor ve arkadaşlarının (2012) yapmış oldukları çalışmada ise annelere çocuğun engeli ve ihtiyaçları konusunda eğitim vermenin annenin ruh sağlığı üzerinde olumlu etkisinin olduğunu bildirmişlerdir (95). Vadivelan ve arkadaşlarının (2020) SP'li annelerin bakım yükleri üzerine yaptıkları çalışmada, annelerin bakım vermedeki bilgi eksikliğinin umutsuzluk ve çaresizlik duygularına yol açtığını buna bağlı olarakta annelerdeki stres seviyesinin yüksek olduğunu belirtmişlerdir (96).

Bakımda destek almayan annelerin paranoid düşünce, depresyon, kişilerarası duyarlılık, rahatsızlık ciddiyet indeksi ve semptom rahatsızlık indeksi düzeyleri bakımda destek alan annelere göre daha yüksek çıkmıştır. SP'li çocuğa bakım verenlerde bakım yükü önemli bir endişe kaynağıdır. Wijesinghe ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında düşük bakım yükünün anne ve çocuğun mental sağlığını artırdığını, bakımda pratik ve psikolojik eş desteğinin stresi azalttığını göstermişlerdir (97). Bizim çalışmamızda bakımda destek almayan annelerin sayısı daha yüksektir, bakımı tek başına yapan annelerin bakım yükünden dolayı psikiyatrik semptom düzeyinin yüksek olduğu düşünülebilir.

Çalışmada geliri giderine denk olan annelerin fobik anksiyete seviyeleri diğer gruplara göre anlamlı seviyede yüksek bulunmuştur. Yapılan çalışmalarda gelir durumu düşük olan ebeveynlerin psikiyatrik semptom düzeyleri daha yüksek bulunmuştur (80,98). Bizim çalışmamızda ise bu durum literatürle uyumlu bulunmamıştır. Engelli çocuğa sahip annelerde ruhsal sorunların sağlıklı çocuğa sahip annelere göre daha yüksek olduğu bildirilmektedir (99,100).

Çalışmada çocuğun yaş, cinsiyet, konuşma durumu ve özel eğitim alma durumunun kısa semptom envanteri alt boyutlarını etkilemediği görülmüştür. Yıldırım ve arkadaşlarının (2012) çalışmasında da çocuğun yaş cinsiyet, engel türü ve özel eğitim alma süresi ile ruhsal belirtiler arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (80). Kaya Kara ve arkadaşlarının (2019) çalışmasında çocuğun mental ve genel sağlık durumu ile annelerin depresyon seviyesi arasında anlamlı bir ilişkinin olduğunu saptamışlardır (101). Dhimaan ve arkadaşlarının (2021) özel ihtiyaçları olan çocukların bakım vericilerinde yaptıkları araştırmada 6 yaşın üzerinde öz bakım yeteneğine sahip çocukların bakım vericilerinde mental sağlığın daha iyi olduğunu bildirmişlerdir (102).

Zihinsel engeli olmayan çocukların annelerinde kişilerarası duyarlılık, fobik anksiyete, paranoid düşünce ve semptom rahatsızlık indeksi daha yüksek düzeyde bulunmuştur. Şengül ve Baykan'ın (2013) zihinsel engelli çocukların annelerinde yaptıkları çalışmada orta ve ağır derecede zihinsel engeli olan annelerin depresyon ve anksiyete düzeyini daha yüksek bulmuşlardır (103). Balki ve Canbay'ın (2012) çalışmasında da SP'li çocuktaki zihinsel engelin annenin depresyon seviyesi üzerinde ciddi bir etken olduğunu bildirmişlerdir (7). Çalışmamızdan elde edilen sonuçlar literatür ile paralellik göstermemektedir.

Çalışmada hafif hareket kısıtlılığı olan çocukların annelerinde fobik anksiyete düzeyi diğer gruplara göre daha yüksek bulunmuştur. Yurtdışında yapılan bir çalışmada, çocuktaki hareket kısıtlılığının ebeveynlerin stres ve depresyon düzeylerini artırdığı görülmüştür (104). Baretto ve arkadaşlarının (2019) çalışmasında da çocuktaki işlevsellik derecesinin annelerdeki depresyon ve anksiyete prevalansı üzerinde önemli bir etken olduğunu bildirmişlerdir (98). Ribeiro ve arkadaşlarının (2014) yaptıkları çalışmaya göre ise hafif engeli olan çocukların anneleri, çocuklarının duygusal sorunları, saldırganlıkları ve öğrenme güçlükleriyle başa çıkmaya çalışırken, ağır sakatlığı olan çocukların anneleri ise çocuğun sağlık komplikasyonları ve fonksiyonel kısıtlamalarıyla başa çıkmaya çalışmaktadır (105). Safer'in (2017) çalışmasında çocuğun fonksiyonel durumu ile annenin depresyon seviyesi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (106). Akmeşe ve ark. (2015) SP'li çocuğun engel seviyesi ve spastite seviyesinin annenin depresyon seviyesini etkilediğini bildirmiştir (81). Balak Özpolat (2019) çalışmasında çocuğun fonksiyonel durumunda ki bozulmaların annenin fiziksel aktivitesini etkileyerek psikolojik durumunun bozulmasına yol açtığı görülmüştür (107). Gemiköz ve ark. (2020) çalışmasında da araştırmamızın sonucuyla paralel bir şekilde annelerdeki depresyon ve anksiyete seviyesinin çocuğun fonksiyonel durumundan etkilenmediğini bildirmişlerdir (71).

5.5. AYDÖ ve KSE Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Araştırma değişkenlerinin korelasyon katsayıları arasındaki ilişki incelendiğinde kısa semptom envanteri alt boyutlarından somatizasyon, OKB, KD, depresyon, anksiyete bozukluğu, hostilite, fobik anksiyete, paranoid düşünce,

psikotizm, ek maddeler, rahatsızlık ciddiyet indeksi, belirti toplam indeksi ve semptom rahatsızlık indeksi değişkenleri arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Buna göre annelerde görülen psikiyatrik semptom belirtilerinden birinin artışı diğer belirtilerinde artmasına neden olmaktadır. Konu ile ilgili yeterli literatür bilgisine ulaşılamadığından, benzer araştırmaların sonuçları incelenmiştir. Büyükacaroglu'nun (2019) özel öğrenme güçlüğü olan çocukların ebeveynleri ile yaptıkları çalışmada ebeveynlerin anksiyete seviyesi arttıkça stres ve depresyon seviyesinin de arttığını bildirmişlerdir (108). Yalaki'nin (2019) adölesanların psikiyatrik semptomlarını araştırdığı çalışmada psikiyatrik semptomlar arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur (109).

Annelerin aile yükü değerlendirme ölçeği alt boyutlarından fiziksel yük alt boyutu ile OKB, depresyon, psikotizm, rahatsızlık ciddiyet indeksi, belirti toplam indeksi semptomları ile aile yükü değerlendirme ölçeği alt boyutlarından ekonomik yük ve yetersizlik algısı ile aralarında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Buna göre annelerin fiziksel yükü arttıkça OKB, depresyon, psikotizm, rahatsızlık indeksi, belirti toplam indeksi, ekonomik yük ve yetersizlik algısı düzeyleri de artış göstermektedir.

Duygusal yük ile somatizasyon, OKB, KD, depresyon, anksiyete, hostilite, fobik anksiyete, paranoid düşünce, psikotizm, ek maddeler, rahatsızlık ciddiyet indeksi, belirti toplam indeksi, semptom rahatsızlık indeksi semptomları ve aile yükü değerlendirme ölçeği alt boyutlarından sosyal yük ve fiziksel yük ile aralarında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Annelerin duygusal yük puanları arttıkça somatizasyon, OKB, KD, depresyon, anksiyete, hostilite, fobik anksiyete, paranoid düşünce, psikotizm, ek maddeler, rahatsızlık ciddiyet indeksi,

belirti toplam indeksi, semptom rahatsızlık indeksi semptomları ile sosyal yük ve fiziksel yük düzeylerinde de artış görülmektedir.

Aile yükü değerlendirme ölçeği alt boyutlarından zaman gereksinimi ile OKB, depresyon, anksiyete, hostilite, paranoid düşünce, psikotizm, ek maddeler, rahatsızlık ciddiyet indeksi, belirti toplam indeksi, semptom rahatsızlık indeksi ekonomik yük, yetersizlik algısı, sosyal yük, fiziksel yük ve duygusal yük ile aralarında pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Buna göre annelerde zaman gereksinimi puanı arttıkça psikiyatrik semptom düzeyi ile ekonomik yük, yetersizlik algısı, sosyal yük, fiziksel yük ve duygusal yük puanları da artmaktadır. Literatürde konu ile ilgili yapılan bir çalışmaya rastlanmadığından benzer araştırmaların sonucu incelenmiştir. Büyükacaroglu'nun (2019) çalışmasında aile yükü ile stres, anksiyete ve depresyon arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığını bildirmişlerdir (108). Timuçin 'in (2018) otizm spektrum bozukluğu olan çocukların annelerinde yapmış oldukları çalışmalarında, fiziksel yük, sosyal yük, ekonomik yük, yetersizlik algısı, duygusal yük ve zaman gereksinimi boyutları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptamıştır (110).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Yaptığımız araştırmanın bulguları doğrultusunda;

- ✓ SP’li çocuk annelerinin aile yükünün ortalamanın üstünde olduğu,
- ✓ Annelerin yetersizlik algısı, duygusal yükü ve zaman gereksinimlerinin fazla olduğu,
- ✓ Annelerin somatizasyon, OKB, kişilerarası duyarlılık, depresyon ve anksiyete bozukluğu yönünden belirti gösterdikleri görülmüştür.
- ✓ 40 yaşın üstünde olan annelerin yetersizlik algısı ve fiziksel yük düzeylerinin yüksek olduğu,
- ✓ Geliri giderinden az olan annelerin ekonomik yük, sosyal yük ve aile yüklerinin fazla olduğu,
- ✓ Bakımda destek almayan annelerin ekonomik yük, sosyal yük, fiziksel yük, duygusal yük, zaman gereksinimi ve aile yükü düzeylerinin yüksek olduğu,
- ✓ Çocuğun hastalığı hakkında bilgi sahibi olan annelerin ekonomik yük, yetersizlik algısı, sosyal yük, zaman gereksinimi ve aile yükü düzeylerinin yüksek olduğu,
- ✓ Çocuğun hastalığı hakkında bilgi sahibi olmayan annelerin duygusal yüklerinin fazla olduğu,
- ✓ Çocuğun yaş, cinsiyet, zihinsel engel durumu, konuşma durumu, hareket durumu ve özel eğitim alma durumunun annelerin aile yükü arasında ilgi olmadığı,
- ✓ Geliri giderine denk olan annelerin fobik anksiyete düzeyinin yüksek olduğu,

- ✓ Bakımda destek almayan annelerin KD, depresyon, paranoid düşünce, rahatsızlık ciddiye indeksi ve semptom rahatsızlık indeksi belirti düzeylerinin yüksek olduğu,
- ✓ Çocuğun hastalığı hakkında bilgi sahibi olan annelerin somatizasyon, OKB, KD, depresyon, anksiyete bozukluğu, fobik anksiyete, ek maddeler, rahatsızlık ciddiye indeksi, belirti toplam indeksi ve semptom rahatsızlık indeksinin yüksek olduğu,
- ✓ Zihinsel engeli olmayan çocukların annelerinde fobik anksiyete, paranoid düşünce ve semptom rahatsızlık indeksinin yüksek olduğu,
- ✓ Hafif derecede hareket kısıtlılığı olan çocukların annelerinde fobik anksiyete düzeyinin yüksek olduğu,
- ✓ Kısa semptom envanteri alt boyutları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişkinin olduğu,
- ✓ Annelerin fiziksel yükü arttıkça OKB, depresyon, psikotizm, rahatsızlık ciddiye indeksi, belirti toplam indeksi semptomları ile aile yükü değerlendirme ölçeği alt boyutlarından ekonomik yük ve yetersizlik algısı düzeylerinin de arttığı,
- ✓ Annelerin duygusal yükü arttıkça somatizasyon, OKB, KD, depresyon, anksiyete, hostilite, fobik anksiyete, paranoid düşünce, psikotizm, ek maddeler, rahatsızlık ciddiye indeksi, belirti toplam indeksi, semptom rahatsızlık indeksi semptomları ve aile yükü değerlendirme ölçeği alt boyutlarından sosyal yük ve fiziksel yük düzeylerinin de arttığı,
- ✓ Annelerin zaman gereksinimi arttıkça OKB, depresyon, anksiyete, hostilite, paranoid düşünce, psikotizm, ek maddeler, rahatsızlık ciddiye indeksi, belirti

toplam indeksi, semptom rahatsızlık indeksi ile aile yükü değerlendirme ölçeği alt boyutlarında ekonomik yük, yetersizlik algısı, sosyal yük, fiziksel yük ve duygusal yük düzeylerinin de arttığı sonuçlarına varılmıştır.

Bu sonuçlar doğrultusunda şu önerilerde bulunulabilir;

- ✓ Araştırma örneklemini genişletilerek, daha büyük bir örneklem grubu ile çok merkezli araştırmalar yapılabilir.
- ✓ Annelerin aile yüklerini artıran etkenlere yönelik girişimlerde bulunulabilir.
- ✓ Annelerin yetersizlik algıları azaltmak için eğitim programları düzenlenebilir.
- ✓ Annelerin kendilerine vakit ayırabilecekleri zaman dilimlerinin sağlanması için çocukların bakımını üstlenebilecek kişi veya kuruluşlar organize edilebilir.
- ✓ Annelerin psikiyatrik semptomlarını ve duygusal yüklerini azaltmak ve yaşadıkları zorluklarla başa çıkabilmek için çocuğa SP tanısının konulmasından itibaren psikolojik destek ve danışmanlık hizmetleri sağlanabilir.
- ✓ SP'li çocukların ilerleyen yaşlarında sosyal hayata daha aktif katılabilmeleri için tekerlekli sandalye temin edilmesi için çalışmalar yapılabilir.
- ✓ SP'li çocukların annelerinin benzer sorunları yaşayan annelerle dernek ve sosyal destek programları oluşturularak iletişim kurabilecekleri alanlar sağlanabilir.
- ✓ Sp'li çocuğun bakım, tedavi ve rehabilitasyon süreci multidisipliner bir ekip yaklaşımı gerektirmektedir, bu bağlamda SP'li çocuğa bakım veren hemşire ve diğer sağlık personelinin çocuğun bakım ve tedavi sürecinde primer bakım veren annelerin psikolojik durumu ve aile yükünü de değerlendirmelidir.

- ✓ SP’li çocuğa sahip anneler fiziksel, duygusal, ekonomik ve sosyal yüklenme yaşamaktadır. Klinikte, rehabilitasyon merkezlerinde ve toplumda SP’li çocuk ve ailesine bakım veren hemşirelerin bu aileleri ve anneyi tanımları, yaşam şekilleri ve sosyo-ekonomik durumlarını bilmeleri hemşirelik bakımını planlamaları açısından önemlidir. Hemşire bu alanda çalışmalarını yürütürken eğitici, karar verici, savunucu, danışman ve bakım verici gibi birçok rolü ve bağımsız işlevi kullanırken annenin ve ailenin içinde bulunduğu durumu değerlendirmeli ve bütünsel yaklaşmalıdır.

7. KAYNAKLAR

1. Graham KR, Rosenbaum P, Paneth N, et al. Cerebral palsy. Nat Rev Dis Prim 2016; 82: 1-24.
2. Erdoğanoglu Y. Serebral Paralizili Çocuklar ve Ailelerinde Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2006.
3. Akmeşe PP. Erken çocukluk döneminde serebral palsili çocuğu olan annelerin algıladıkları sosyal destek düzeylerinin incelenmesi. Sakarya University Journal of Education 2016; 6(3):146-161.
4. Prudente COM, Barbosa MA, Porto CC. Relation between Quality of Life of mothers of children with cerebral palsy and the children's motor functioning, after ten months of rehabilitation. Rev Latino-Am Enfermagem 2010;18:149-55.
5. Eker L, Tüzün EH. An evaluation of quality of life of mothers of children with cerebral palsy. Disabil Rehabil 2004; 26:1354-1359.
6. Dilek B, Batmaz İ, Karakoç M ve ark. Serebral palsili çocukların annelerinde depresyon ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. Marmara Medical Journal 2013; 26:94-98.
7. Balki S, Canbay Ö. Serebral palsili çocukların anne-babalarında depresyon seviyesini belirleyen değişkenler. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2012; 3(4):242-249.
8. Garip Y, Özel S, Bozkurt Ö. Fatigue in the mothers of children with cerebral palsy. Disability and Rehabilitation 2017; 39(8):757-762.
9. Albayrak İ, Biber A, Çalışkan A, Levendoğlu F. Assessment of pain, care burden, depression level, sleep quality, fatigue and quality of life in the mothers of children with cerebral palsy. Journal of Child Health Care 2019; 23(3): 483-494.
10. Yıldırım Sarı H. Zihinsel engelli çocuğu olan ailelerde aile yüklenmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2007; 11(2): 1-7.
11. Yıldırım Sarı H, Başbakkal Z. Zihinsel yetersiz çocuğu olan aileler için aile yükü değerlendirme ölçeğinin geliştirilmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2008; 11(3): 86-95.

12. Akarsu Ö. Zihinsel Yetersiz Çocukların Aile Yüğü, Özbakım Becerileri, Annelerinin Yaşam Doyumu ve Etkileyen Faktörler. Yüksek Lisan Tezi, Edirne: Trakya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2014.
13. Wilson Jones M, Morgan E, Shelton JE, Thorogood C. Cerebral Palsy: Introduction and Diagnosis (Part I). Journal of Pediatric Health Care 2006; 21(3):146-152.
14. Bahar A, Bahar G, Savaş HA, Parlar S. Engelli çocukların annelerinin depresyon ve anksiyete düzeyleri ile stresle başa çıkma tarzlarının belirlenmesi. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2009; 4(11): 97-112.
15. Altuğ Özsoy S, Özkahraman G, Çallı F. Zihinsel engelli çocuk sahibi ailelerin yaşadıkları güçlüklerin incelenmesi. Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi 2006; 3(9): 69-77.
16. Zabun Sever M. Zihinsel Yetersizliği Olan Çocukların Annelerinde Aile Yüğü ve Öfke Düzeyi. Yüksek Lisan Tezi, Konya: Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2019.
17. Gulati S, Sandhi V. Cerebral Palsy. An Overview. Indian J Pediatr 2018;85(11):1006–1016
18. Kavcı A, DB Vodusek. A historical perspective on cerebral palsy as a concept and a diagnosis. European Journal of Neurology 2005;12: 582–587.
19. Cans C. Surveillance of cerebral palsy in Europe: a collaboration of cerebral palsy surveys and registers. Developmental Medicine & Child Neurology 2000; 42: 816–824.
20. Serdaroglu A, Cansu A, Ozkan S, Tezcan S. Prevalence of cerebral palsy in Turkish children between the ages of 2 and 16 years. Dev Med Child Neurol 2006;48:413-6.
21. Himmelmann K, Hagberg, G, Beckung E, Hagberg B. ve Uvebrant, P. The changing panorama of cerebral palsy in Sweden. IX. Prevalence and origin in the birth-year period 1995–1998. Acta Paediatrica 2005;94:287–294.
22. Murphy N, Such-Neibar T. Cerebral Palsy Diagnosis and Management: The State of the Art. Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care 2003; 33: 146-169.
23. Kerimoğlu G. Serebral Palsili Çocuğı Olan Annelerin Algıladıkları Sosyal Desteğın Anne Çocuk İlişkileri Üzerine Etkisinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2012.
24. Moster D. et al. . The association of Apgar score with subsequent death and cerebral palsy: A population-based study in term infants. The Journal of Pediatrics, 2001; 138:798-803

25. Rosenbaum P. Cerebral palsy: what parents and doctors want to know. *BMJ*, 2003;326:970-974.
26. Grether JK, et al. Perinatal and prenatal factors and cerebral palsy in very low birth weight infants. *The Journal of Pediatrics* 1996;128:407-414.
27. El Ö, Peker Ö, Bozan Ö, Berk H, Koşay C. Serebral Palsi Hastalarının Genel Özellikleri. *DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi* 2007;21:75-80.
28. Sevell MD, Eastwood DM, Wimalasundera N. Managing common symptoms of cerebral palsy in Children. *BMJ* 2014;349:1-13.
29. Wimalasundera N, NL Stevenson. Cerebral palsy. *BMJ* 2017;16: 184-194.
30. Murphy N, Neibar TS. Cerebral Palsy Diagnosis and Management: The State of the Art. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care* 2003;33:146-169.
31. Çobanoğlu M. “Serebral Palsili Hastalarda Kalça Cerrahisi ve Kaba Motor Fonksiyon Sınıflama Sistemi Üzerine Etkisi”. Uzmanlık Tezi, Aydın: Adnan Menderes Üniversitesi, Tıp Fakültesi, 2008.
32. Turğut A. Serebral Palsili Çocuğu Olan Annelerin Bakım Yüğü ve Yalnızlık Düzeylerinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: İstanbul Okan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2019.
33. Altun M. İstanbul Gaziosmanpaşa İlçesinde Yaşayan Serebral Palsili Hastalarda Sosyoekonomik ve Demografik Özelliklerin Bu Hastaların Ebeveynlerinin Yaşamkalitesinin Üzerine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2014.
34. Alboğa D. 1-18 Yaş Arası Serebral Palsili Hastalarımızın Klinik Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi, Malatya: İnönü Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Malatya, 2018.
35. Zararsız Ü. Serebral Palsili Çocuklarda Fonksiyonel Bağımsızlık Düzeyi ve Boş Zaman Aktivitelerine Katılımın Yaşam Kalitesi Üzerine Etkileri. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Hamidiye Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2019.
36. Novak L, Hines M, Goldsmith S, et al. Clinical prognostic messages from a systematic review on cerebral palsy. *PEDIATRICS* Volume 2012; 130: 1285-1312.

37. Micheal-Asalu A, Taylor G, Campbell H, et al. Cerebral palsy diagnosis, epidemiology, genetics, and clinical update. *Adv pediatr* 2019; 166: 189-2008.
38. Novak L, Morgan C, Adde L, et al. Early, accurate diagnosis and early intervention in cerebral palsy advances in diagnosis and treatment. *JAMA pediatrics* 2017; 171(9): 897-907.
39. Özkan F. Fizyoterapi Alan Serebral Palsili Çocuklarda Refleksolojinin Spastisiteye, Fonksiyonel Bağımlılık Düzeyine ve Yaşam Kalitesine Etkisi. Doktora Tezi, Kayseri: Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2016.
40. Shamsoddini A, Amirsalari S, Taghi Hollisaz M, et al. Management of Spasticity in Children with Cerebral Palsy. *Iranian Journal of Pediatrics* 2014;24(4): 345-351.
41. Chung CY, Chen CL, Wong AM. Pharmacotherapy of spasticity in children with cerebral palsy. *J Formos Med Assoc* 2011;110(4):215-222.
42. Roche N, Even-Schneider A, Bussel B, et al. Management of increase in spasticity in patients with intrathecal baclofen pumps. *Ann Readapt Med Phys* 2007; 50(2):93-9.
43. Mess SA, Kim S, Davison S, et al. Implantable baclofen pump as an adjuvant in treatment of pressure sores. *Ann Plast Surg* 2003; 51(5):465-7.
44. Gage J, Gormley Jr M, Krach L, et al. Managing spasticity in children with cerebral palsy requires a team approach. a pediatric perspective. *Gillette Children Spatiality Health Care* 2004;13(3):3-5.
45. Günel MK. Fizyoterapist bakış açısıyla beyin felçli çocukların rehabilitasyonu. *Acta Orthop Traumatol Turc* 2009;43(2):173-180.
46. Günel MK. Serebral palsili çocuklarda rehabilitasyon planı ve takım yaklaşımı. *Türk Ortopedi ve Travmatoloji Birliği Derneği Dergisi* 2018; 17:414–420.
47. Berberoğlu BK. Serebral palsili bir çocuğun orem öz-bakım eksikliği kuramı'na göre hemşirelik bakımı: olgu sunumu. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi* 2020; 4(2): 154-167.
48. Dalgıç İA, Turan Gürhopur FD. Zihinsel yetersiz çocuğu olan ebeveynlerde aile yükü. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2017;8(1):9–16.
49. Balcı S, Girgin AB. Fiziksel engelli çocuk ve ailesinin evde bakım gereksinimi. *Gümüşhane University Journal of Health Sciences* 2015;4(2): 305-317.

50. Chou KR. Caregiver Burden: A Concept Analysis. *Journal of Pediatric Nursing* 2000; 15: 398-407.
51. Sivrikaya T, Tekinarslan Çİ. Zihinsel Yetersizliği Olan Çocuğa Sahip Annelerde Stres, Sosyal Destek ve Aile Yüğü. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Özel Eğitim Dergisi* 2013; 14(2):17-29.
52. Ohaeri UJ. The burden of caregiving in families with a mental illness: a review of 2002. *Curr Opin Psychiatry* 2003; 16:457–465.
53. Demirhan H. Zihinsel Engelli ve Sınır Zekâ Kapasitesine Sahip Çocuk ve Ergenlerin Ebeveynlerinde Aile Yüğü ve Yaşam Kalitesi. Yüksek Lisan Tezi, Zonguldak: Bülent Ecevit Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2014.
54. Sales E. Family burden and quality of life. *Quality of Life Research* 2003; 12 (1): 33–41
55. Çolak B. Engelli Çocuğa Sahip Ebeveynlerin Aile Yüğü ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisan Tezi, Trabzon: Karadeniz Teknik Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2019.
56. Er M. Çocuk, hastalık, anne-babalar ve kardeşler. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* 2006; 49: 155-168.
57. Hocaoglu Ç, Çelik HF. ‘Major Depresif Bozukluk’ Tanımı, Etiyolojisi ve Epidemiyolojisi: Bir Gözden Geçirme. *ÇAĞDAŞ TIP DERGİSİ* 2016;6(1): 51-66.
58. Yumrukçal H, Karamustafalıoğlu O. Depresyon ve anksiyete bozuklukları. *Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Bülteni* 2011;45(2):65-74.
59. Ekemen N. 15-49 Yaş Dönemindeki Kadınlarda Kısa Semptom Envanteri ile Ruhsal Durumun Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Kayseri; Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, 2006.
60. Koç M. Polat Ü. Üniversite öğrencilerinin ruh sağlığı. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi* 2006;3:1-22.
61. Öksüz E, Barış N, Arslan F, Ateş MA. Kemoterapi alan hastalara bakım verenlerin psikiyatrik semptom düzeyleri ve bakım verme yükleri. *Anadolu Tıbbi Araştırmalar Dergisi* 2013; 7(1): 24-30.

62. Durak A, Şahin HN. Kısa Semptom Envanteri (Brief symptom inventory- BSI): Türk gençleri için uyarlanması. Psikoloji Dergisi 1994; 9(31): 44-56.
63. Ural A, Kılıç İ. Bilimsel Araştırma Süreci ve SPSS ile Veri Analizi. 5. Baskı, Detay Yayıncılık, Ankara, 2018.
64. Halatçı MF, Demirköse H, İlhan MN. Ankara'da özel bir eğitim ve rehabilitasyon merkezinde tedavi gören serebral palsi tanılı çocuk sahibi olan ailelerde sağlık okuryazarlığının incelenmesi. Ergoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi 2020; 8(2): 131-136.
65. Çalışır H, Sarıkaya Karabudak S, Karataş P, Meşcalan İ, Tosun AF. serebral palsili çocuğu olan annelerin aile yükü ve umutsuzluk düzeyleri. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi 2018;11 (2): 147-156.
66. Piştav Akmeşe P, Kayhan N, Mutlu A. Serebral palsi'li çocuğa sahip olan annelerin aile ortamını algılama düzeylerinin incelenmesi. Toplum ve Sosyal Hizmet 2011; 22(1): 105-113.
67. Çetinkaya Z, Öz F. Serebral palsili çocuğu olan annelerin bilgi gereksinimlerinin karşılanmasına planlı bilgi vermenin etkisi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2000; 4 (2): 1-8.
68. İpek B, Ecevit Ç, İpek I, ve ark. The evaluation of 371 cases with cerebral palsy between January 1984 and December 2004. J Neurol Sci 2007;24(4):270-279.
69. Nacitarhan S. Merkezimize başvuran Güneydoğu Anadolu Bölgesi serebral palsili çocukların sosyo-ekonomik ve demografik özellikleri. Dicle Tıp Dergisi 2005; 32(1):13-19.
70. Karadağ Saygı E, Giray E, Peynirci Cerşit H, Ulutatar F, Aydın R. Serebral palsili çocuğu olan ailelerin aile ortamlarının değerlendirilmesi ve gereksinimlerinin belirlenmesi. Türk Fiz Tıp Rehab Derg 2015;61:320-5.
71. Gemiköz M, Özgen M, Mutlu F. Serebral palsili çocuğa sahip annelerin anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesi düzeyleri. Güncel Pediatri 2020;18(1):114-124.
72. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye ve Sağlık Araştırması 2018. http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2018/rapor/TNSA2018_ana_Rapor.pdf Erişim Tarihi: 21.01.2020

73. Kavlak E, Kara G, Tekin F ve ark. Serebral bir çalışma palsili ve mental retardasyonlu çocuklara bakım veren annelerin stres ve depresyon düzeyleri: karşılaştırmalı. Pamukkale Tıp Dergisi 2017; 11(1): 25-31.
74. Altındağ I, Soran N, Akcan S. Şanlıurfa ve ilçelerinde serebral palsili çocukların demografik özellikleri. Gaziantep Tıp Dergisi 2009;15(1):24-27.
75. Bildirici F. Özel Eğitime Gereksinimi Olan Çocuğa Sahip Ailelerde Aile Yüğü ile Psikolojik Dayanıklılık Arasındaki İlişki. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Haliç Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2014.
76. Çalışkan Z, Bayat M. Zihinsel yetersizliğı olan çocukların annelerinde eğitim ve grup etkileşiminin aile yüğü ve aile desteğıne etkisi. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2016; 17(3):214-222.
77. Koçan Softa H, Sonkaya C, Düşünceli H. Zihinsel engelli çocuğı olan anne ve babaların aile yüğü ve yaşam doyumlarının incelenmesi. Uluslararası Hakemli Psikiyatri ve Psikoloji Araştırmaları Dergisi 2016;5:37-54.
78. Balcı S, Kızıl H, Savaşer S, Dur Ş, Mutlu B. Zihinsel engelli çocuğı olan ailelerin yaşadığı güçlüklerin ve aile yükünün belirlenmesi. Psikiyatri Hemşireliğı Dergisi 2019;10(2):124-130.
79. Dantas KO, Neves RF, Ribeiro KSQS, Brito GEG, Batista MC. Repercussions on the family from the birth and care of children with multiple disabilities: a qualitative meta-synthesis. Reperts in Puplic Health 2019; 35(6):1-18.
80. Yıldırım A, Hacıhasanoğılu Aşıl R, Karakurt P. Engelli çocukların annelerinin ruhsal durumlarının belirlenmesi. Florance Nightingale Hemşirelik Dergisi 2012;20(3):200-209.
81. Plştav Akmeşe P, Mutlu A, Öğretmen T, Dinçer D'Alessandro H. Serebral Palsili ve Sağlıklı Çocukların Annelerinin Depresyon Düzeyleri Arasında Fark Var Mıdır?. Sted 2015;24(3):83-88.
82. Dökmen ZY. Yakınlarına bakım verenlerin ruh sağlıkları ile sosyal destek algıları arasındaki ilişkiler. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 2012;3(1):3-38.

83. Demirhan H. Zihinsel Engelli ve Sınır Zekâ Kapasitesine Sahip Çocuk ve Ergenlerin Ebeveynlerinde Aile Yüğü ve Yaşam Kalitesi. Yüksek Lisans Tezi, Zonguldak: Bülent Ecevit Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2014.
84. Haveman M, Berkum G, Reijnders R, Heller T. Differences in service needs, time demands, and caregiving burden among parents of persons with mental retardation across the life cycle. *Family Relations* 1997;46(4):417-25.
85. Öztürk Y. Engelli Çocuğa Sahip Ailelerin Gereksinimlerinin Ve Aile Yüğüünün Belirlenmesi (tez). İstanbul: Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2011.
86. Chiluba BC, Moyo G. Caring for a cerebral palsy child: a caregivers perspective at the University Teaching Hospital, Zambia. *BMC Res Notes* 2017; 10: 724.
87. Karlıoğlu A. Zihinsel Yetersizliği Olan Çocukların Babalarında Ebeveyn Öz Yeterliği ve Algılanan Sosyal Desteğin Aile Yüğü İle İlişkisi. Yüksek Lisans Tezi, İzmir: Kâtip Çelebi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2017.
88. Sevinç İ, Babahanoğlu R. Engelli çocuğa sahip ailelerin aile yüğü değerlendirme durumlarının tükenmişlik düzeylerine etkisi: Konya örneği. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Meslek Yüksekokulu Dergisi Yıl 2016; 19(2): 109-121.*
89. Turan Gürhopur FD, İşler Dalgıç A. Zihinsel yetersiz çocuğu olan ebeveynlerde aile yüğü. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2017;8(1):9–16.
90. Shyam R, Govil D, Kavita. Stress and family burden in mothers of children with disabilities. *IJIMS* 2014; 1(4): 152-159.
91. Gugala B, Zadarko BP, Kotlarz DP et al. Assessment of anxiety and depression in polish primary parental caregivers of children with cerebral palsy compared to a control group, as well as identification of selected predictors. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2019; 16: 4173-4189.
92. Yılmaz H, Erkin G, Nalbant L. Depression and anxiety levels in mothers of children with cerebral palsy: a controlled study. *EUR J PHYS REHABIL MED* 2013; 49: 823-7.
93. Aydemir Ç, Kasım İ, Cebeci S, Göka E, Tüzer V. Kronik böbrek yetmezliği hastalarının yakınlarında yaşam kalitesi ve psikiyatrik semptomlar. *Kriz Dergisi* 2000; 10 (2): 29-39.

94. Tekinarslan Çiftçi İ. A comparison study of depression and quality of life in turkish mothers of children with down syndrome, cerebral palsy, and autism spectrum disorder. *Psychological Reports: Relationships & Communications* 2013; 112(1): 266-287.
95. Taylor HB, Pallant JF, Law M, Howie L. Predicting mental health among mothers of school-aged children with developmental disabilities: The relative contribution of child, maternal and environmental factors. *Research in Developmental Disabilities* 2012; 33: 1732–1740.
96. Vadivelan K, Sekar P, Sruthi SS, Gobichandran V. Burden of caregivers of children with cerebral palsy: an intersectional analysis of gender, poverty, stigma, and public policy. *BMC Public Health* 2020; 20:645.
97. Wijesinghe CJ, Cunningham N, Fonseka P, Hewage CG, Qstbye T. Factors Associated With Caregiver Burden Among Caregivers of Children With Cerebral Palsy in Sri Lanka. *Asia-Pacific Journal of Public Health* 2015; 27(1): 85-95.
98. Baretto TM, Bento MN, Baretto TM et al. Prevalence of depression, anxiety, and substance-related disorders in parents of children with cerebral palsy: a systematic review. *Developmental Medicine & Child Neurology* 2020;62: 163–168.
99. Uguz S, Toros F, İnanç BY, Çolakkadıoğlu O. Zihinsel ve/veya Bedensel Engelli Çocukların Annelerinin Anksiyete, Depresyon ve Stres Düzeylerinin Belirlenmesi. *Klinik Psikiyatri* 2004;7:42-7.
100. Hanson MJ, Hanline MF. Parenting a Child with a Disabilities:a Longitudinal Study of Parental Stress and Adaptation. *J Early Intervention* 1990;14(3):234- 48.
101. Kaya Kara Ö, Şahin S, Tonak HA, Gül A, Kara K. Serebral Palsili Çocuklarda Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi ve Annelerin Depresyon Düzeyi Arasındaki İlişki. *Türkiye Klinikleri Sağlık Bilimleri Dergisi* 2020;5(1):81-90.
102. Dhiman S, Sahu PK, Reed WR et al. Impact of COVID-19 outbreak on mental health and perceived strain among caregivers tending children with special needs. *Research in Developmental Disabilities* 2020;107:1-15.
103. Şengül S, Baykan H. Zihinsel engelli çocukların annelerinde depresyon, anksiyete ve stresle başa çıkma tutumları. *Kocatepe Tıp Dergisi* 2013; 14: 30-39.

104. Park EY, Kim JH. Activity limitation in children with cerebral palsy and parenting stress, depression, and self-esteem: A structural equation model. *Pediatrics International* 2020; 62:459–466.
105. Ribeiro MFM, Vandenberghe L, Prudente COM, Vila CSV, Porto CC. Cerebral Palsy: how the child's age and severity of impairment affect the mother's stress and coping strategies. *Ciência & Saúde Coletiva* 2016; 21(10):3203-3212.
106. Safer VB. Serebral palsili çocukların ve annelerin uyku kalitesini ve annelerdeki depresyonu etkileyen faktörler. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni* 2017;48(2):-
107. Balak Özpolat N. Serebral Palsili Çocukların Fonksiyonel Seviyelerinin Bakım Verenlerin Psikososyal Durumlarına Etkilerinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2019.
108. Koç Büyükcaraoğlu BB. Özgül Öğrenme Güçlüğü Olan Çocukların Ailelerinin Depresyon, Anksiyete ve Stres Düzeylerinin, Aile Yüğü Ve Algılanan Sosyal Destek İle İlişkisi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Aydın Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2019.
109. Yalaki Z. Adolesanlarda SCL-90-r ile Psikiyatrik Semptomların Taraması. Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2019.
110. Timuçin G. Otizm Spektrum Bozukluğu Olan Çocukların Annelerinde Aile Stresinin Yordayıcısı Olarak Aile Yüğü. Yüksek Lisans Tezi, Adana: Çukurova Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2018.

EKLER

EK-1: Kişisel Tanıtım Formu

Açıklama

Sayın katılımcı, bu çalışmadan elde edilen veriler gizli tutulacak olup, bilimsel amaçlarla kullanılacaktır. Sorulara vereceğiniz cevaplarda doğru veya yanlış yoktur ve çoğunu yuvarla içine alarak cevaplayabilirsiniz. Lütfen her soruyu cevaplayınız. İşbirliğiniz ve katkınız için teşekkür ederiz.

1) Yaşınız:.....

2) çocuk sayısı

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ve üzeri

3)Eğitim durumunuz:

☐ Okuryazar değil ☐ İlkokul ☐ Ortaokul ☐ Lise ☐ Üniversite ve üzeri

4) Çalışma durumunuz:

☐ Çalışıyorum ☐ Çalışmıyorum

5) Çalışıyorsa mesleği:.....

6) Sosyal güvenceniz var mı?

☐ Var ☐ Yok

7) Gelir durumunuz nasıl?

☐ Gelirim giderimden az ☐ Gelirim giderime denk ☐ Gelirim giderimden çok

8) Oturduğunuz ev tipi hangisidir?

☐ Müstakil ☐ Apartman dairesi ☐ Diğer(Belirtiniz)

9) Bakımda size destek kişi ya da kişiler var mı?

☐ Var ☐ Yok

10) Var ise kimler.....

11) Akraba evliliği var mı?

☐Evet ☐Hayır

12) Çocuğun yaşı.....

13) Çocuğun cinsiyeti

☐Kız ☐Erkek

14) Zihinsel Engeli var mı?

☐Evet ☐Hayır

15) Konuşabiliyor mu?

☐Evet ☐Hayır

16) Hareket kısıtlılığı var mı?

☐Yok ☐Hafif ☐Orta ☐Ağır

17) Özel eğitim alıyor mu?

☐Evet ☐Hayır

18) Engel yüzdesi.....

19) Hastanızın hastalığı ve bakımı hakkında bilginiz var mı?

☐Var ☐Yok

20) Evde bakım hizmetlerinden kaç yıldır faydalanıyorsunuz?.....

21)Evde sağlık hizmetlerinden memnun musunuz?

☐Çok memnunum ☐Memnunum ☐Kısmın ☐Memnun değilim

22) Evde sağlık hizmeti kapsamında aldığınız en temel tedavi/hizmet vs nedir?

☐Sonda değişimi ☐Alt bezi raporu ☐Kullanılan ilaçların devam raporu

☐Rutin muayene veya tetkik istemi ☐Pansuman veya yara bakımı

23).Evinizde kimlerle yaşamaktasınız?

☐Yalnız ☐Sadece eşinizle ☐Eş ve çocuklar ☐Anne ve baba ☐Diğer

24)Kronik bir hastalığınız var mı?

☐Evet ☐Hayır

25)Kendinize zaman ayırabiliyor musunuz? (alışveriş, piknik, misafirlik, sağlık sorunlarından dolayı hastaneye gitme vb.

☐Evet ☐Hayır



EK-2: Kısa Semptom Envanteri

Aşağıda insanların bazen yaşadıkları belirtilerin ve yakınmaların bir listesi verilmiştir. Listedeki her maddeyi lütfen dikkatle okuyun. Daha sonra o belirtinin sizde bugün dâhil, son bir haftadır ne kadar Var olduğunu yandaki bölmede uygun olan yerde işaretleyin. Her belirti için sadece bir yeri işaretlemeye ve hiçbir maddeyi atlamamaya özen gösterin. Yanıtlarınızı kurşun kalemle işaretleyin. Eğer fikir değiştirirseniz ilk yanıtınızı silin.

Yanıtlarınızı aşağıdaki ölçeğe göre değerlendirin:

Bu belirtiler son bir haftadır sizde ne kadar var?

0. Hiç yok

3.Epey var

1. Biraz var

4.Çok fazla var

2. Orta derecede var

Bu belirtiler son bir haftadır sizde ne kadar var?

	Hiç			Çok Fazla		
1.İçinizdeki sinirlilik ve titreme hali	0	1	2	3	4	
2.Baygınlık,baş dönmesi	0	1	2	3	4	
3.Bir başka kişinin sizin düşüncelerinizi kontrol edeceği fikri	0	1	2	3	4	
4.Başınıza gelen sıkıntılardan dolayı başkalarının suçlu olduğu korkusu	0	1	2	3	4	
5.Olayları hatırlamada güçlük	0	1	2	3	4	
6.Çok kolayca kızıp öfkelenme	0	1	2	3	4	
7.Göğüs (kalp) bölgesinde ağrılar	0	1	2	3	4	
8.Meydanlık (açık) yerlerden korkma duygusu	0	1	2	3	4	
9.Yaşamınıza son verme düşünceleri	0	1	2	3	4	
10.İnsanların çoğuna güvenilemeyeceği hissi	0	1	2	3	4	
11.İştahta bozukluklar	0	1	2	3	4	
12.Hiç bir nedeni olmayan ani korkular	0	1	2	3	4	
13.Kontrol edemediğiniz duygu patlamaları	0	1	2	3	4	
14.Başka insanlarla beraberken bile yalnızlık hissetmek	0	1	2	3	4	
15.İşleri bitirme konusunda kendini engellenmiş hissetmek	0	1	2	3	4	
16.Yalnızlık hissetmek	0	1	2	3	4	
17.Hüzünlü,kederli hissetmek	0	1	2	3	4	
18.Hiçbir şeye ilgi duymamak	0	1	2	3	4	
19.Ağlamaklı hissetmek	0	1	2	3	4	
20.Kolayca incinebilme,kırılmak	0	1	2	3	4	
21.İnsanların sizi sevmediğine, kötü davrandığına inanmak	0	1	2	3	4	
22.Kendini diğerlerinden daha aşağı görme	0	1	2	3	4	
23.Mide bozukluğu,bulantı	0	1	2	3	4	
24.Diğerlerinin sizi gözlediği yada hakkınızda konuştuğu duygusu	0	1	2	3	4	
25.Uykuya dalmada güçlük	0	1	2	3	4	
26.Yaptığınız şeyleri tekrar tekrar doğru mu diye kontrol etmek	0	1	2	3	4	
27.Karar vermede güçlükler	0	1	2	3	4	
28.Otobüs,tren,metro gibi umumi vasıtalarla seyahatlerden korkmak	0	1	2	3	4	
29.Nefes darlığı,nefessiz kalmak	0	1	2	3	4	
30.Sıcak soğuk basmaları	0	1	2	3	4	
31.Sizi korkuttuğu için bazı eşya,yer yada etkinliklerden uzak kalmaya çalışmak	0	1	2	3	4	
32.Kafanızın bomboş kalması	0	1	2	3	4	
33.Bedeninizin bazı bölgelerinde uyuşmalar,karınalanmalar	0	1	2	3	4	
34.Günahlarınız için cezalandırılmanız gerektiği	0	1	2	3	4	
35.Gelecekle ilgili umutsuzluk duyguları	0	1	2	3	4	
36.Konsantrasyonda (dikkati bir şey üzerinde toplama) güçlük/zorlanmak	0	1	2	3	4	
37.Bedenin bazı bölgelerinde zayıflık,güçsüzlük hissi	0	1	2	3	4	
38.Kendini gergin ve tedirgin hissetmek	0	1	2	3	4	
39.Ölme ve ölüm üzerine düşünceler	0	1	2	3	4	
40.Birini dövme,ona zarar verme,yaralama isteği	0	1	2	3	4	
41.Birşeyleri kırma,dökme isteği	0	1	2	3	4	
42.Diğerlerinin yanındayken yanlış birşeyler yapmamaya çalışmak	0	1	2	3	4	
43.Kalabalıklarda rahatsızlık duymak	0	1	2	3	4	
44.Bir başka insana hiç yakınlık duymamak	0	1	2	3	4	
45.Deşet ve panik nöbetleri	0	1	2	3	4	
46.Sık sık tartışmaya girmek	0	1	2	3	4	
47.Yalnız bırakıldığında / kalındığında yalnızlık hissetmek	0	1	2	3	4	
48.Başarılarınız için diğerlerinden yeterince takdir görmemek	0	1	2	3	4	
49.Yerinde duramayacak kadar tedirgin hissetmek	0	1	2	3	4	
50.Kendini değersiz görmek / değersizlik duyguları	0	1	2	3	4	
51.Eğer izin vererseniz insanların sizi sömüreceği duygusu	0	1	2	3	4	
52.Suçluluk duyguları	0	1	2	3	4	
53.Aklınızda bir bozukluk olduğu fikri	0	1	2	3	4	

EK-3: Aile Yüğü Değerlendirme Ölçeği

Faktör 1 Ekonomik Yüğü	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
1.Çocuğumun sağlık ve özel eğitim harcamaları aile bütçemizi zorluyor.	1	2	3	4	5
2.Çocuğumun masraflarından dolayı ailede herkesin gereksinimini karşılayamıyoruz.	1	2	3	4	5
3.Aile bütçemizi engelli çocuğumuza göre düzenliyoruz	1	2	3	4	5
4. Çocuğumun giderlerinden dolayı kendim için harcama yapamıyorum.	1	2	3	4	5
5.Çocuğumun masraflarından dolayı daha fazla çalışmak zorunda kalıyoruz	1	2	3	4	5
6.Çocuğumun rahatsızlığından dolayı daha fazla paraya gereksinimimiz oluyor	1	2	3	4	5
Faktör 2 Yetersizlik Algısı	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
7.Çocuğumun gelecekte evlenip yuva kuramayacağını düşünmek beni üzüyor	1	2	3	4	5
8.Çocuğumun ömür boyu benim bakımına muhtaç olması beni endişelendiriyor.	1	2	3	4	5
9.Çocuğumun gelecekte kendi başına hayatını sürdüremeyeceğini düşünerek endişeleniyorum	1	2	3	4	5
10. Çocuğuma meraklı gözlerle bakılmasına üzüliyorum	1	2	3	4	5
11 .insanların çocuğum hakkında sorular sormasına üzüliyorum	1	2	3	4	5
12. Çocuğumun yaşlıtlarından geri olmasına üzüliyorum	1	2	3	4	5
13.Çocuğumun acı çekmesine üzüliyorum	1	2	3	4	5
14.Çocuğuma kötü davranan insanlara sinirleniyorum	1	2	3	4	5
Faktör 3 Sosyal Yüğü	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
15. Bayramlarda, çocuğumdan dolayı bayram ziyareti yapamıyorum	1	2	3	4	5
16. Çocuğumdan dolayı eve misafir kabul edemiyorum	1	2	3	4	5
17.Çocuğumdan dolayı eğlenceye (düğün, nişan vs.) gidemiyorum	1	2	3	4	5
18.Çocuğumdan dolayı gezmeye, alışverişe, pazara gidemiyorum.	1	2	3	4	5
19. Çocuğumdan dolayı komşularımızla görüşemiyorum	1	2	3	4	5
20. Çocuğumu, diğer çocukların kötü davranmalarını istemediğim için parka götürmüyorum	1	2	3	4	5
Faktör 4 Fiziksel Yüğü	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
21.Çocuğumun giyinip soyunması sorun oluyor.	1	2	3	4	5
22. Çocuğumun tuvaletini yaptırmak sorun oluyor	1	2	3	4	5
23.Çocuğumun temizliği sorun oluyor.	1	2	3	4	5
24. Çocuğumun yemek yemesi sorun oluyor.	1	2	3	4	5
25. Çocuğumun bakımı beni yoruyor	1	2	3	4	5

Faktör 5 Duygusal Yük	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
26. Çocuğumdan dolayı çok bunalıyorum	1	2	3	4	5
27. Çocuğumdan dolayı en küçük şeylere bile sinirleniyorum	1	2	3	4	5
28. Çocuğumdan kaynaklanan nedenlerle psikiyatriste / psikoloğa gitme gereksinimim oluyor.	1	2	3	4	5
29. Çocuğumdan dolayı boş zamanlarda yapmaktan hoşlandığım şeylerden vazgeçiyorum.	1	2	3	4	5
30. Eğlenmekten zevk almıyorum.	1	2	3	4	5
31. Çocuğumun durumundan dolayı birçok rahatsızlığım / hastalığım oldu	1	2	3	4	5
32. Çocuğumun bana bağımlı olmasından sıkılıyorum.	1	2	3	4	5
33. Sürekli aynı işleri yapmaktan sıkılıyorum	1	2	3	4	5
34. Sürekli evde olmaktan sıkılıyorum.	1	2	3	4	5
35. Eşimle baş başa kalmayı özlüyorum.	1	2	3	4	5
36. Çocuğumdan dolayı eşimle cinsel sorunlar yaşıyoruz	1	2	3	4	5
Faktör 6 Zaman Gereksinimi	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
37. Zamanımın çoğunu çocuğumun bakımı için harcıyorum	1	2	3	4	5
38. Günlük planlarımı çocuğuma göre yapıyorum.	1	2	3	4	5
39. Yaralanmaması, zarar görmemesi için gözüm sürekli çocuğumun üzerinde oluyor.	1	2	3	4	5
40. Çocuğumu okula/özel eğitime götürmek zamanımı alıyor	1	2	3	4	5
41. Çocuğumdan dolayı eşime, diğer çocuklarıma zaman ayıramıyorum	1	2	3	4	5
42. Ev işlerini yetiştiremiyorum	1	2	3	4	5
43. Çocuğumun bakımından dolayı dinlenemiyorum.	1	2	3	4	5

EK-4: Etik Kurul Onam Formu

Evrak Tarih ve Sayısı: 29/11/2019-362594		T.C.			
		FIRAT ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ			
		Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu			
Sayı	:97132852/050.01.04/				
Konu	:Dr. Öğr. Üyesi Pınar SOYLAR				
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİNE					
İlgi	:21/10/2019 tarihli, 355019 sayılı ve "Komite, Komisyonlar (Etik Kurul)" konulu yazı				
Fakülteniz Dr. Öğr. Üyesi Pınar SOYLAR'a ait " Serebral Palsili Çocuğa Sahip Annelerin Psikiyatrik Semptom Düzeyi ve Aile Yüğü " konulu çalışma ile ilgili Etik Kurul Kararı ekte sunulmuştur.					
Bilgilerinizi ve gereğini arz/rica ederim.					
e-imzalıdır. Prof. Dr. Mustafa KAPLAN Kurul Başkanı					
Not : Araştırmacıların TÜBİTAK'a yapılacak başvurular için, tüm üyelerin ıslak imzalarının bulunduğu etik kurul kararını talep etmeleri gerekmektedir.					
EK : Etik Kurul Kararı 1(bir) sayfa					
Firat Üniversitesi Rektörlüğü 23119 ELAZİĞ/TÜRKİYE		Ayrıntılı bilgi için irtibat : Teslime ÖZKULUÇ			
Tel: 0 (424) 237 00 00		Faks: 0 424 2122717			
E-Posta: :		Elektronik ağı: http://www.firat.edu.tr			
Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.					

T.C.
FIRAT ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı

ETİK KURUL KARARI

TOPLANTI TARİHİ	TOPLANTI SAYISI	KARAR NO	ÇALIŞMACININ ADI SOYADI
28.11.2019	18	07	Sorumlu Araştırmacı: Dr. Öğr. Üyesi Pınar SOYLAR Diğer Araştırmacılar: Yük. Lis. Öğr. Gülsüm AŞAN

KARAR

“Serebral Palsili Çocuğa Sahip Annelerin Psikiyatrik Semptom Düzeyi ve Aile Yükü” konulu proje etik kurulumuzda görüşülmüş olup; çalışmanın etik kurallara uygun olduğuna oybirliğiyle karar verilmiştir.

Prof.			İmza
Prof. Dr. Figen DEVECİ (Üye)	İmza	Prof. Dr. Engin ŞAHNA (Üye)	Bulunmadı
Prof. Dr. Erdal TAŞKIN (Üye)	Bulunmadı	Doç. Dr. Funda GÜLCÜ BULMUŞ (Üye)	İmza
Doç. Dr. Fazilet ERMAN (Üye)	İmza	Doç. Dr. Burcu GÜL BAYKALIR (Üye)	İmza
Dr. Öğr. Üyesi Turgay BÖRK (Üye)	İmza	Dr. Öğr. Üyesi Adem GÖK (Üye)	İmza

EK-5: Kurum İzni

	T.C. DİYARBAKIR VALİLİĞİ İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ	DİYARBAKIR İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - DİYARBAKIR HASTANE HİZMETLERİ BİRİMİ 30/12/2019 18:38 / 61141975 / 799 / 621  00109123541
Sayı : 61141975-799 Konu : Anket Çalışması (Gülsüm AŞAN Hk.)		
DAĞITIM YERLERİNE		
İlgi : 17/12/2019 tarihli ve 91556205-929-1302 sayılı yazı.		
Müdürlüğümüze bağlı T.C. Sağlık Bakanlığı Eğil İlçe Devlet Hastanesinde görev yapan, Fırat Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi olan Gülsüm AŞAN'ın "Serebral Palsili Çocuğa Sahip Annelerin Psikiyatrik Semptom Düzeyi ve Aile Yükü" konulu anket çalışması, Müdürlüğümüz Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanlığı bünyesindeki Bilimsel Araştırma İzin Komisyonu tarafından uygun görülmüş olup, ilgili kişiye tebliğ edilmesi ve çalışmanın yürütüleceği sağlık tesislerinde gerekli hassasiyetin gösterilmesi hususunda;		
Gereğini rica ederim.		
e-imzalıdır. Dr. Öğr. Üyesi Abidin TÜZÜN Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanı		
Ek: Araştırma İzin Protokolu		
Dağıtım: Gereği: T.C. Sağlık Bakanlığı Eğil İlçe Devlet Hastanesi		
Bilgi: T.C. Sağlık Bakanlığı Diyarbakır Çocuk Hastalıkları Hastanesi		
Diyarbakır İl Sağlık Müdürlüğü Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanlığı- Eğitim Birimi. Elazığ Caddesi Eski İl Özel İdare Binası Yanı Sanayi Sitesi Karşısı No:98 Yenişehir /Diyarbakır Telefon: Faks No: e-Posta: esra.gunay1@saglik.gov.tr İnternet Adresi: esra.gunay1@saglik.gov.tr		Bilgi için: Esra GÜNAY HEMŞİRE Telefon No: (0 412) 228 69 94
Evrakın elektronik imzalı suretine http://e-belge.saglik.gov.tr adresinden dfcd8aba-941a-46c4-843b-d400a39a7158 kodu ile erişebilirsiniz. Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.		

T.C. Sağlık Bakanlığı Sbü Diyarbakır
Gazi Yaşargil Eğitim Ve Araştırma
Hastanesi

Diyarbakır İl Sağlık Müdürlüğü Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanlığı- Eğitim
Birimi. Elazığ Caddesi Eski İl Özel İdare Binası Yanı Sanayi Sitesi Karşısı No:98
Yenişehir /Diyarbakır
Telefon: Faks No:

Bilgi için: Esra GÜNAY

HEMŞİRE

e-Posta: esra.gunay1@saglik.gov.tr İnternet Adresi: esra.gunay1@saglik.gov.tr

Telefon No: (0 412) 228 69 94

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden dfcdebaba-941a-46c4-843b-d400a39a7158 kodu ile erişebilirsiniz.

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-6 Gpower Protokolü

Exact - Correlation: Bivariate normal model

Options: exact distribution

Analysis: A priori: Compute required sample size

Input:	Tail(s)	= One
	Correlation ρ H1	= 0.21
	α err prob	= 0.05
	Power (1- β err prob)	= 0.95
	Correlation ρ H0	= 0
Output:	Lower critical r	= 0.1062066
	Upper critical r	= 0.1062066
	Total sample size	= 241
	Actual power	= 0.9506301

