



T.C.

ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

**DİSTİMİ TANISI ALAN HASTALARIN ÇOCUKLARINDA
PSİKİYATRİK BOZUKLUK SIKLIĞI VE PSİKOSOSYAL
ÖZELLİKLERİN İNCELENMESİ**

(UZMANLIK TEZİ)

Dr. Özgür Deniz

BURSA - 2008



T.C.

**ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

**DİSTİMİ TANISI ALAN HASTALARIN ÇOCUKLARINDA
PSİKİYATRİK BOZUKLUK SIKLIĞI VE PSİKOSOSYAL
ÖZELLİKLERİN İNCELENMESİ**

(UZMANLIK TEZİ)

Dr. Özgür Deniz

DANIŞMAN: Yrd. Doç. Dr. Yeşim TANELİ

BURSA – 2008

İÇİNDEKİLER

İçindekiler	i
Türkçe Özet	ii
İngilizce Özet	iii
Giriş	1-18
Gereç ve Yöntem	19-25
Bulgular	26-38
Tartışma ve Sonuç	39-47
Kaynaklar	48-56
Ekler	57-71
Teşekkür	72
Özgeçmiş	73

ÖZET

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalında yürütülen bu çalışmada, distimi tanısı alan kişilerin 7-18 yaş arasındaki çocuklarında psikiyatrik bozukluk sıklığı ve psikososyal özellikler incelenmiştir. Çalışma Grubunu, Psikiyatri Anabilim Dalında 'Distimik Bozukluk' tanısı ile takip edilen 25 ebeveyn (2 erkek, 23 bayan) ve bunların 28 çocuğu, Kontrol grubunda psikiyatrik tanı almayan 24 anne ve bunların 27 çocuğu vardır. Çocuklara 'Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi- Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu (ÇDŞG-ŞY / K-SADS)' 'Piers ve Harris'in Çocuklarda Öz-Kavramı Ölçeği' (10-18 yaş) ile 'Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği' (13-18 yaş) uygulanmıştır. Anne-babalara 'Evlilik Uyum Ölçeği' ve 'Sosyal Uyum Kendini Değerlendirme Ölçeği' uygulanmıştır. İstatistiksel analizlerde SPSS kullanılmıştır. Psikiyatrik bozukluk, distimik hastaların çocuklarında (%60) kontrol grubuna (%18.5) göre daha sıktır ($p<0.001$). Araştırma grubunun çocuklarında en sık tanılar Duygudurum Bozukluğu (%17), Anksiyete Bozukluğu (%17) ve Yıkıcı Davranım Bozukluğu (%14) olmuştur. Benlik algısı açısından iki grubun çocukları arasında fark saptanmamıştır, ancak psikiyatrik eş tanı alan çocuklarda ($p<0.05$) ve ebeveyni 10 yıldan uzun süredir tedavi görenlerde ($p<0.05$) daha düşüktür. Çocukların algıladıkları sosyal destek açısından gruplar arasında bir fark gösterilememiştir. Distimik anne-babalarda evlilik uyumu ve sosyal işlevsellik düzeyi kontrol grubuna göre daha düşük ($p<0.01$), ayrıca 10 yıldan uzun süredir tedavi gören ebeveynin evlilik uyumu daha kısa süredir tedavi gören ebeveyne göre daha düşük ($p<0.05$) saptanmıştır ve bu durumun çocuklarını olumsuz etkilediği düşünülmüştür. Distimik ebeveyn çocukları ruh sağlığı açısından kontrol grubuna göre daha büyük risk altındadır. Bu çocukların koruyucu ruh sağlığı açısından değerlendirilmeleri ve gereğinde tedaviye yönlendirilmeleri uygundur.

Anahtar Sözcükler: Distimik ebeveyn, K-SADS, benlik algısı, sosyal destek, evlilik uyumu

SUMMARY

Frequency of Psychiatric Disorders and Psychosocial Features in Children of Parents with Dysthymic Disorder

This study, conducted at the Department of Child Psychiatry at Uludag University Medical School, aimed at investigating the frequency of psychiatric disorders and psychosocial features in children (ages 7-17) of parents with dysthymic disorder. Twentyfour parents with dysthymic disorder (Study Group: 2 fathers, 23 mothers) and their 28 children as well as 24 mothers without a psychiatric diagnosis (Control Group) and their 27 children were included. Children were evaluated with the "Kiddie-SADS-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL)", the "Piers-Harris Children's Self-Concept Scale" (ages 10-18) and the "Multidimensional Scale of Perceived Social Support" (ages 13-18). Parents filled out the "Marital Adjustment Test" and "Social Adaptation Self-Evaluation Scale". Statistical analysis used SPSS. Psychiatric disorders were more frequent in children of dysthymic patients (%60.17) than in the control group (%18.5) ($p < 0.001$). Most often diagnosis in children of the study group were affective (17%), anxiety (17%) and conduct disorders (14%). Self concept did not differ between groups but was lower in children with a psychiatric diagnosis ($p < 0.05$) and in children of parents with more than 10 years of therapy ($p < 0.05$). Children of dysthymic parents did not differ for perceived social support. Marital Adjustment and Social Adaptation were lower in dysthymic parents than in the control group ($p < 0.01$), and Marital Adjustment was lower in parents with more than 10 years of therapy ($p < 0.05$), both might have a negative effect on the offspring. The mental health of children of dysthymic patients is at increased risk. Preventive mental health measures and referral to treatment should be considered.

Key Words: Dysthymic parent, K-SADS, self-concept, social support, marital adjustment

GİRİŞ

1. Depresyon ve Distimi

Kronik depresif bir bozukluk olan distimik bozukluğun tanımı, daha önceleri diğer tanı sistemleri tarafından kronik minör depresyon, nörotik depresyon, depresif nevroz, karakterolojik depresyon, depresif kişilik, kronik disfori, intermittan depresyon ve tedaviye dirençli depresyon gibi tanımlamalarla karşılanmaya çalışılırken ilk kez 1980 yılında DSM III'ün yayınlanmasıyla 'Distimik Bozukluk' adıyla diğer psikiyatrik tanılar arasındaki yerini almıştır (1). Bu yaklaşım başlıca iki değişmeyi vurgulamaktadır. İlki, antidepresanlara ve psikoterapiye iyi yanıt vermesi beklenebilecek bir bozukluğun ortaya çıkması; ikincisi, şiddetçe düşük derecedeki bozukluklar 'minör' hastalıklar gibi görülürken, bunların kronik olması durumunda yaşam boyu yarattıkları kayıp etkilerinin, 'major' sayılan psikiyatrik bozukluklardan bile ağır olabildiğinin kavranmasıdır. Distimiye bu yeni bakış 1987'de DSM-III-TR'de, 1992'de ICD-10'da ve 1994'de DSM-IV'de geçerli kalmıştır (2). Distimik Bozukluk için DSM-IV-TR tanı ölçütleri (Tablo-1) ve ICD-10 tanı ölçütleri (Tablo-2) aşağıda verilmiştir.

Dünya Sağlık Örgütü (*World Health Organization, WHO*), 2005 yılında Major Depresif Bozukluğu (MDB) dünyanın 4. en önemli sağlık problemi olarak tanımlamıştır. Dünya genelinde 121 milyon insanda depresyon görüldüğünü bunların ise ancak %25 'inin tedavi alabildiği belirtilmiştir. Depresyon hastalarının yaklaşık %15 'inin intihar girişiminde bulunduğu ve bunların genelde genç ve yaşlı erkekler olduğu saptanmıştır (3).

Depresyon prevalansı, 2001 yılında yayınlanan ve 18-64 yaşları arasında değişen 8764 kişi ile yapılan ODIN (European Outcome of Depression International Network) çalışmasında yaklaşık %8.7 olarak bulunmuştur. Alt gruplara bakıldığında ise Depresif Bozukluk % 6.6, Distimik Bozukluk %1, Uyum Bozukluğu %0.3 oranında saptanmıştır (4).

Tablo-1: DSM-IV-TR Distimik Bozukluk Tanı Ölçütleri

- A. En az 2 yıl boyunca, günün büyük bir bölümünde süren, başkaları tarafından gözlemlenebilen ya da hastanın öznel olarak duyumsadığı çökkün duygudurum.
Not: Çocuk ve ergenlerde duygudurum irritabilite olabilir ve süre en az 1 yıl olmalıdır.
- B. Çökkün halde iken aşağıdakilerden 2 ya da daha fazlasının varlığı:
(1) İştahta azalma ya da aşırı yeme
(2) Uykusuzluk ya da gündüz aşırı uyku
(3) Enerji azalması ya da halsizlik
(4) Düşük benlik saygısı
(5) Konsantrasyon bozukluğu ya da karar verme güçlüğü
(6) Çaresizlik duyguları
- C. 2 yıllık dönem boyunca (çocuk ve ergenlerde 1 yıl) kişide bir seferde 2 aydan daha uzun süre A ve B ölçütlerinde yer alan belirtilerin olmadığı bir dönem yoktur.
- D. Bozukluğun ilk 2 yılı boyunca (çocuk ve ergenlerde 1 yıl) major depresif bozukluk geçirilmemiştir; yani bozukluk major depresif bozukluk ya da kısmi remisyonda M.D.B ile daha iyi açıklanamaz.
- Not:** Distimik bozukluk gelişmeden önce geçirilmiş ve tam remisyona girmiş(2 ay süre ile hiçbir önemli belirti ve bulgu olmayan) bir major depresif dönem olabilir. Ek olarak distimik bozukluğun ilk 2 yılından sonra(çocuk ve ergenlerde 1 yıl)üzerine eklenen major depresif dönemler olabilir. Bu durumda major depresif dönem ölçütleri karşılandığında her iki tanı da konulabilir.
- E. Hiçbir manik, karma ya da hipomanik dönem olmamıştır ve hiçbir zaman siklotimik bozukluk ölçütleri karşılanmamıştır.
- F. Bozukluk, yalnızca şizofreni ya da sanrısız bozukluk gibi kronik psikotik bir bozukluk sırasında ortaya çıkmaz.
- G. Belirtiler bir maddenin (örn: madde kötüye kullanımı ya da ilacın), ya da genel tıbbi durumun (Örn: hipotiroidizm) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı olarak gelişmemiştir.
- H. Belirtiler klinik açıdan önemli bir sıkıntıya ya da sosyal, mesleki ya da diğer önemli işlev alanlarında bozulmaya yol açar.

Eğer:

Erken başlangıç: Başlangıç 21 yaşından önce ise

Geç başlangıç: Başlangıç 21 yaşında ya da daha sonra ise. Belirtiniz.

Eğer (distimik bozukluğun en son 2 yılı için geçerlidir)

Atipik özellikli ise belirtiniz.

Tablo-2: ICD-10 Distimik Bozukluk Tanı Ölçütleri (F34.1)

- A. En az 2 yıl süre devamlı ya da devamlı tekrarlayan depresif dönem. Aradaki ötimik dönemler birkaç haftayı geçmez, hipomanik epizod yoktur.
- B. Bu iki yıllık dönem içindeki depresif epizodların hiçbiri şiddet veya süre bakımından tekrarlayan hafif depresif bozukluk (F33.0) kriterlerini karşılamaz ya da sadece çok az epizod bunları karşılar.
- C. Depresif dönemlerin en az birinde, aşağıdaki semptomlardan en az üçü görülür:
1. Azalmış aktivite
 2. Uykusuzluk
 3. Kendine güvende azalma, yetersizlik duygusu
 4. Konsantrasyon zorlukları
 5. Ağlamaya meyil
 6. Cinsellik dahil, hoşça giden aktivitelere ilgi kaybı
 7. Ümitsizlik ve çaresizlik duygusu
 8. Günlük rutin işlerle başa çıkmakta zorluk
 9. Gelecek konusunda kötümserlik veya geçmiş hakkında tekrarlayan olumsuz düşünceler.
 10. Sosyal geri çekilme
 11. Konuşkanlıkta azalma

(Not: İstenirse, erken başlangıç (ergenlik ya da 20'li yaşlarda) veya geç başlangıç (Sıklıkla 30-50 yaş arasında, afektif bir epizodun ardından) belirtilebilir.

Şili' de 2004 yılında 2979 kişi ile yapılan başka bir çalışmada depresyon sıklığı %6.3 olarak bulunmuş ve katılımcıların %3.4 ü major depresif bozukluk, %2.9'u distimi tanısı almıştır (5).

İran'da 2008 yılında yapılan çalışmada yaşları 18-70 arasında değişen yaklaşık 395.000 kişi taranmış ve %9.7 sinde depresyon saptanmıştır. Distimik bozukluğun görülme oranı %2.5 olarak saptanırken, Minör depresyon %5, Major depresyon ise %1 olarak saptanmıştır (6).

Ülkemizde yapılan çalışmada ise depresyonun erişkinlerde görülme sıklığı ise 'Türkiye Ruh Sağlığı Profili' araştırmasında % 4 olarak saptanmıştır (7).

Özmen ve ark.'nın (2002) yaptığı bir araştırmada ise birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuran hastalarda distimik bozukluk görülme sıklığını %3,5 olarak bulmuştur (8).

Distimik bozukluğun genel toplumda görülme oranının, tedavi talebinde bulunmayan ya da tedavi edilmeyen hastalar nedeniyle düşük çıktığı, gerçek oranın erkekler için %4.8, kadınlar için de %8 olduğu öne sürülmektedir (1).

2. Anne-Çocuk Etkileşimi:

Major Depresif Bozukluğun (MDB) hastaları olduğu kadar hastaların çevresindeki kişileri de olumsuz etkilediği bilinmektedir. Günümüzde annedeki depresyonun bebeklikten ergenliğe kadar çocukları olumsuz yönde etkilediği ve çocukta psikopatoloji geliştirme riskini artırdığı bilinmektedir(9, 10, 11, 12, 13). Depresif annelerin çocuklarda psikopatoloji gelişimi açısından riskleri belirlerken dört mekanizma ele alınmıştır: 1- Kalıtsal geçiş. 2- Doğuştan fonksiyonel olmayan nöroregülasyon mekanizması. 3- Annenin olumsuz biliş, davranış ve afektine maruz kalma. 4- Çocuğun yaşamında stresör etmenler. Riski azaltması muhtemel 3 faktör de: 1- Babanın sağlığı ve çocukla ilgisi;2- Annenin geçirdiği depresyonun seyri ve zamanı; 3- Çocuğun karakteri olarak belirtilmektedir(12).

Depresyonun genetik geçiş riskinin yaklaşık %37 olduğu (14) ve birinci derece yakınında depresyon olan ergenlerde genel topluma göre depresyon görülme oranının 2-3 kat fazla olduğu saptanmıştır (15). Genetik geçişin etkisi bilinmekle beraber şu anki bilgilerle müdahale edilebilir olmadığı için üzerinde durulan konu bu ailelere psikiyatrik destek sunulmasıdır (16). Annenin ocuk üzerine olan etkisi, babanın etkisinden ve genetik etmenlerden daha önemlidir. Bu görüş evlatlık verilen çocuklarla yapılan çalışmalarla da desteklenmektedir (17). Bebeğin sosyal davranışlarını düzenleyen en önemli şey Winnicott 'un belirttiği gibi onu saran çevresi, diğer bir deyişle bakımını sağlayan kişidir ki bu da çoğu zaman annesidir. Bu nedenle annenin bakım verme kapasitesi, duyarlılığı, duygusal olarak ulaşılabilir olması ve bağlantıyı sürdürme becerisi, diğer bir deyişle "etkileşim becerisi" ocuğun geliştireceği kapasiteler için oldukça önemlidir. Annedeki ruhsal sorun; anne-ocuk arasında etkileşimsel bir soruna yol açarak çocuğun gelişimini yavaşlatabilir, durdurabilir veya geriletebilir. Dolayısıyla annedeki psikiyatrik hastalığın bebeğin ve çocuğun gelişimini nasıl etkilediğini belirlemek, ileride psikopatoloji geliştirebilecek yüksek riskli çocukların erken dönemde tanınmasına ve gerekli müdahalenin yapılabilmesine fırsat verir, böylece zaten genetik yatkınlığı olan çocuklarda gelişebilecek psikopatoloji sınırlanmış ya da nlenmiş olur (18,19,20). Çocukların topluma sağlıklı bireyler olarak kazandırılmasının yanında, kamuya maliyeti açısından da bu kişilere ulaşmak ve tedavi etmek son derece önemlidir (21).

Depresyonu olan anneler, çocuklarının kişilik ve davranışlarını kafalarındaki olumsuz temalara göre değerlendirmekte ve çocuklarına olduğundan daha fazla sorun atfetmektedirler (22, 23, 24). Bu zellik, annelerin çocukları hakkında yaptıkları değerlendirmeleri, babaların ve öğretmenlerin aynı çocuklar hakkındaki değerlendirmeleri ile karşılaştırıldığında daha belirgin olarak ortaya çıkmaktadır (25). Annenin ocuğa, çevresine hatta kendine karşı olumsuz bilişlerine ek olarak, çocukla kurduğu sosyal ilişkinin şekli, çocuğun bunu örnek alması ve taklit etmesi de çocuğu olumsuz etkilemektedir. ocuk ilişki kurmayı, problem ozmeyi ve

duygularını ifade etmeyi çevresini, özellikle de anneyi taklit ederek öğrenmektedir (26).

Bağlanma kuramı açısından bakıldığında ise özellikle temel güven duygusunun oluştuğu ilk yıl içerisinde annenin çocuğa karşı tutumları oldukça önemlidir. Annenin bu dönemde geçirdiği bir depresyon, annenin bebeğine karşı ilgisiz, tahammülsüz olmasına ve duygusal katılım gösterememesine neden olmakta bu da bebeklerin zihinsel ve motor gelişimlerini olumsuz etkilemektedir (27,28, 29,30). Annenin doğum sonrası dönemde ve çocuğun bebeklik döneminde geçirdiği depresyonun çocuğun dil gelişimini olumsuz etkilediği bilinmektedir (31). Ayrıca bu annelerin bebeklerin yüzüne daha kısa süre baktıkları, daha az olumlu tutum gösterdikleri, annelik becerilerinin ve bebeğe karşı olan sorumluluklarının zayıfladığı bilinmektedir. Bu çocuklar bilişsel ve heyecansal yönden zayıflık göstermekte bu da annedeki depresif duyguları ve yetersizlik düşüncelerini arttırmaktadır (32). Gebe kadınlar “distimik” ve “MDB” olarak sınıflandırıldığında, distimik annelerin bebeklerinin MDB’ si olan anne bebeklerine göre daha erken ve daha düşük ağırlıklı doğduğu, boylarının daha kısa olduğu ve daha fazla komplikasyonlu doğduğu saptanmıştır. Bu bulgular da annedeki kortizol seviyelerindeki değişime bağlanmıştır (33). Bu çocukların yaratıcı oyunlar yerine basit fiziksel oyunları seçtikleri ve oyunda diğer çocuklardan gelen sosyal girişimlere olumsuz yanıtlar verdikleri görülmüştür (34).

Anne ya da babadaki ruhsal bozukluğun çocukta aynı bozukluğun gelişme riskini arttırmakla kalmadığı, aynı zamanda başka psikiyatrik bozuklukların gelişimi açısından da risk oluşturduğu gösterilmiştir (35). Anne ya da babadaki MDB’ nin ergenlerde depresyon ve davranım bozukluğu ile ilgili olduğu, babadaki depresyonun çocuk ve ergenlerde daha çok yıkıcı davranım bozukluğu ve alkol-madde kullanımına, annedeki depresyonun ise daha çok depresif bozukluk ve anksiyete bozukluklarına yol açtığı saptanmıştır (36). Bu çocuklarda davranım bozukluğunun sık görülmesi anne ve babanın disiplin konusunda yetersiz olmasına bağlanmıştır (37). Annenin depresyonunun çocukta depresyon gelişmesi riskini babanın depresyonundan daha çok arttırdığı öne sürülmüştür (38). Ayrıca bu çocuklarda bilişsel yetilerin

azaldığı saptanmıştır (39). Yine annede depresif bozukluk yanı sıra antisosyal kişilik özellikleri de mevcut ise çocuklarda psikiyatrik bozukluklar ve özellikle de davranım bozukluğu görülme oranları fazladır (40).

Annenin depresyonu kadar evlilik uyumu da çocuğun gelişimini etkilemektedir. Okul problemleri, içe yönelim ve dışa yönelim problemleri ile annenin evlilik uyumu arasında anlamlı bir birliktelik vardır (41, 42, 43, 44, 45).

3. Psikiyatrik Bozukluğu Olan Ebeveynler ve Çocukları

Bu konuda en kapsamlı araştırmalardan birisi Hammen ve Brennan 'ın 2003 yılında yaptıkları araştırmadır. Çalışmaya 1981 ile 1984 yılları arasında doğum yapan 816 anne ve bunların bebekleri alınmış ve gebelik sürecinde, doğumdan sonra, çocuk 6 aylıkken ve çocuk 5 yaşında iken değerlendirme yapılmıştır. Çalışmada yer alan 816 anneden 358 'i geçmişte ya da çalışma yapıldığı sırada depresyonda iken; kalan 458'i MDB atağı geçirmemiştir. Çalışma bulguları, annelerinde major depresyon ya da distimik bozukluk bulunan çocuklarda, 10 yaşına gelene kadar, anneleri depresyon yaşamayan çocuklara göre daha fazla major depresyon ya da distimi geliştiğini göstermektedir. Ayrıca annelerinde depresyon olan çocuklarda kaygı bozukluklarının da anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır. Yıkıcı davranım bozukluklarının (davranım bozukluğu, karşıt olma-karşı gelme bozukluğu, madde kullanımı ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu) depresif anne çocuklarında daha sık olduğu saptanmıştır. Yıkıcı davranım bozukluğu depresif olmayan annelerin grubunda 29 çocukta (458 çocuktan) bulunurken, depresif annelerin grubunda 44 (358 çocuktan) çocukta saptanmıştır. Depresyonu olmayan annelerin çocukların prognozunun annenin evlilik uyumu ile anlamlı ilişkisi olmadığı saptanırken, depresif annelerin çocuklarında psikiyatrik bozukluklara yatkınlığın, annesinin evlilik uyumu düşük olanlarda yüksek olanlara göre daha fazla olduğu saptanmıştır. Başka bir çalışmada boşanmış olan anne eğer eski kocası (çocuğun biyolojik babası) ile evlenmişse, annesi bekar olan veya başkası ile evlenenlere göre

daha yüksek oranda depresif bozukluğa yatkın bulunmuştur. Yine bu çalışmada annedeki depresyonun ve kronik stresin çocukta kişiler arası ilişkilerde epizodik strese yola açtığı ve çocuğun sosyal becerilerini zayıflattığı bulunmuştur (46).

Hammen ve ark. tarafından 1987 yılında yayınlanan bir çalışmada annedeki affektif bozukluğun, kronik hastalığın ve stresin çocukları için oluşturduğu psikopatoloji riski karşılaştırmalı olarak araştırılmıştır. Bu amaçla 58 anne ve 85 çocuk incelenmiştir. Çalışmaya 13 unipolar depreyonu olan anne ve çocukları (n:19), bipolar afektif bozukluğu olan 10 anne ve çocukları (n:13), genel tıbbi rahatsızlığı (diyabet veya artrit) olan 14 anne ve çocukları (n: 18) ile kontrol grubu olarak 22 sağlıklı anne ve çocukları (n:35) alınmıştır. Annelere "Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Yaşam Boyu Versiyonu" (SADS-L), "Beck Depresyon Envanteri" ve "Minnesota Multifazik Kişilik Envanteri" (MMPI) kısa formu uygulanmıştır. Çocuklarına ise "Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu" (Kiddie-SADS) uygulanmıştır. Çalışma sonucunda her iki afektif bozukluk grubundaki çocukların yüksek oranda psikiyatrik tanı aldığı, tıbbi rahatsızlığı olanlar grubundaki çocukların nispeten daha düşük oranda psikiyatrik tanı aldığı saptanmıştır. Unipolar depresyon grubundaki çocuklarda, bipolar afektif bozukluk grubuna göre daha fazla oranda major depresyon saptanmıştır. Distimik bozukluk ise unipolar depresyon grubunda 6 çocukta saptanmışken, bipolar afektif bozukluk grubunda 1 çocukta saptanmıştır. Unipolar depresyon grubundaki çocuklarda %77 oranında (n:10) depresif bozukluk (major depresyon veya distimik bozukluk) saptanırken bu oran bipolar afektif bozukluk grubunda %33 (n: 3) olarak saptanmıştır. Yine unipolar depresyon grubunda daha fazla oranda davranım bozukluğu ve madde kullanımı saptanmıştır. Yine unipolar depresif grupta tedavi ihtiyacı ve hastaneye yatış oranı daha fazla bulunmuştur (47).

Weissman ve ark. (2006) yaptığı çalışmaya *Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression* (STAR-D, Depresyonu hafifletici sıralı tedavi alternatifleri) çalışmasına katılan ve depresyon tedavisi gören 150 anne ve 7-17 yaş arası birer çocuğu alınmıştır. Annedeki depresyonun

remisyona girmesiyle çocuktaki psikopatoloji arasındaki ilişki araştırılmıştır. Çalışma sonucunda annenin 3 aylık ilaç tedavisi sonrasında çocukların semptomlarında anlamlı düşüşler saptanmıştır. Tedavi edilenlerin çocuklarında semptomlarda %11 oranında azalma olurken, tedavi edilmeyenlerin çocuklarında % 8 oranında artma saptanmıştır. Annesi remisyona giren çocuklarda depresif bozukluk oranı (%18'den %9 'a) ve yıkıcı davranım bozukluğu (%18 'den %12 'ye) azalmış, anksiyete bozukluğu oranı (%12) ise değişmemiştir. Annesi tedavi edilmeyenlerde ise depresif bozukluk oranı (%7' den %11'e), anksiyete bozukluğu oranı (%17'den %25'e) ve yıkıcı davranım bozukluğu oranı (%20'den %24'e) artmış olarak saptanmıştır(48).

Depresif annelerin tedavisinin önemini ortaya koyan başka bir çalışmada Swartz ve ark'nın (2008) 47 major depresyonu olan anne ve okul çağı çocuklarıyla yaptığı çalışmadır. Bu çalışmada Swartz bir grup aileye 9 seans yapılandırılmış kişilerarası psikoterapi (*interpersonal psychotherapy*) uygulamış ve tedavi sonrası annelerin ve çocukların semptomlarını değerlendirmiştir. Annelerdeki depresyon skorlarının düştüğü, işlevsellik düzeylerinin arttığı saptanmıştır. Çocuklarda ise depresyon düzeylerinin azaldığı saptanmıştır (49).

Bu konu ile ilgili olarak 2007 yılında yapılan başka bir çalışmada Rosemarie Fritsch ve ark'ı (2007) 290 depresif anne ve bunların çocuklarını değerlendirmiştir. Her annenin sadece bir çocuğu çalışmaya alınmıştır. Anneleri seçerken psikotik semptomu, yüksek intihar riski, alkol kötüye kullanımı ve mani öyküsü olmamasına dikkat edilmiştir. Çocuklara ise "Çocuklar İçin Davranış Değerlendirme Ölçeği (*Child Behavior Checklist-CBCL*)" uygulanmış. Çocukların yaklaşık %50 'sinde CBCL ölçeğinde klinik olarak anlamlı düzeyde psikopatoloji skoru saptanmıştır. İçe yönelim semptomları (*Internalizing symptoms*) (%62.2) dışa yönelim semptomlarından (*externalizing symptoms*) (%35,7) daha yüksek oranda bulunmuştur (50).

Frye ve Garber (2005) yaptıkları bir çalışmada annenin depresyonu ve eleştirel tutumu ile çocuklarındaki içe yönelim ve dışa yönelim semptomları arasındaki ilişkiyi araştırmışlar. Çalışmaya yaş ortalaması 11.88 ± 0.55 olan 194 ergen ve anneleri alınmış. 146 annede depresyon öyküsü saptanırken,

48 annede depresyon öyküsü saptanmamış. Annelerdeki eleştirel tutumlar *Five-Minute Speech Sample* (FMSS) isimli ölçekle, çocuklardaki semptomlar ise *Child Behaviour Check List* (CBCL) isimli ölçekle değerlendirilmiş. Annenin eleştirel tutumu ile ergenlerdeki hem içe yönelim hem de dış yönelim semptomlarının arasında negatif yönde anlamlı düzeyde bir ilişki saptanmıştır (51).

Diane Civic ve Victoria L. Holt, 1991 yılından beri takipte olan ve 1998 National Maternal and Infant Health Survey (NMIHS) çalışmasına katılan ve normal doğum ağırlıklı 5303 bebek ve annelerini çalışmaya almış ve annenin depresif semptomları ile çocuklarının davranış sorunlarını araştırmıştır. Çalışmaya alınan 5303 annenin %28 'inde doğumdan 17 ay sonra depresif semptomlar saptanmıştır ve bu oran çocuk 36 aylıkken %20'ye düşmüştür. Depresyonu olan anneler çocuklarından sağlıklı annelere göre daha fazla oranda şikayetçi olmuşlar. Anneler daha çok çocuklarının tepinme davranışı gösterdiklerinin, diğer çocuklarla yalnız kalmakta zorlandıklarının, korku ve mutsuzlukla baş edemediklerini belirtmişlerdir.

Jeffery G. Johnson ve ark'nın (2001) yayınladıkları bir çalışmada uygun olmayan ebeveyn tutumları ile ebeveyn ve çocuktaki psikiyatrik bozukluk arasındaki ilişki incelenmiştir. Bu çalışmaya 976 aile dahil edilmiştir. Uygun olmayan ebeveyn tutumları 1975, 1983 ve 1985 -1986 yıllarında değerlendirilmiş, ebeveyn ve çocuklardaki psikiyatrik semptomlar ise 1983, 1985-1986 ve 1991-1993 yıllarında değerlendirilmiştir. Çocuklardaki mizaç özellikleri 10 parametre üzerinden değerlendirilmiştir: (1)sakarlık/ dikkat dağınıklığı; (2) inatçılık; (3) öfke; (4) yaşlılarına karşı agresyon; (5) problem davranışlar; (6) tepinme; (7)hiperaktivite; (8) ağlama/ tutturma; (9) irkilme, (10) hissizlik. Çocuklara Diagnostik Görüşme Çizelgesi (*Diagnostic Interview Schedule for Children*) uygulanmış ve anksiyete, depresyon, yıkıcı davranış ve madde kullanımı araştırılmıştır. Yine çocuklara Kişilik Değerlendirme Ölçeği (*Personality Diagnostic Questionnaire*) ve DSM III Kişilik Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme Çizelgesi (*Structured Clinical Interview for DSM-III-R Personality Disorders*) uygulanmıştır. Ayrıca ebeveynleri değerlendirmek ve uygun olmayan tutumları saptamak için farklı ölçekler

uygulanmıştır. Çalışma sonucunda 593 anne, 593 baba ve 593 çocuk değerlendirilmeye alınmıştır. Kümülatif prevalans açısından annelerin (n:593) 11'inde Anksiyete Bozukluğu, 11'ninde Depresif Bozukluk, 4'ünde Yıkıcı Davranım Bozukluğu, 5'inde Kişilik Bozukluğu, 5'inde Madde Kullanımı saptanmıştır. Babalarda ise (n:593) 5'inde Anksiyete Bozukluğu, 2'sinde Depresif Bozukluk, 7'sinde Yıkıcı Davranım Bozukluğu, 3'ünde Kişilik bozukluğu, 13'ünde Madde Kullanımı saptanmıştır. Çocuklarda ise (n:593) 13'ünde Anksiyete Bozukluğu, 10'unda Depresif Bozukluk, 7'sinde Yıkıcı Davranım Bozukluğu, 11'inde Kişilik bozukluğu ve 8'inde Madde Kullanımı saptanmıştır. Çocuklarda bakılan zor mizaç özelliklerinde (10 parametrelilik) 6 yaş civarında, 14 ve 16 yaşına göre daha yüksek skorlar elde edilmiştir. Uygun olmayan ebeveyn tutumları ile çocuklarda anksiyete, depresyon, yıkıcı davranım bozukluğu, kişilik bozukluğu ve madde kullanımı arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Ayrıca ebeveyndeki psikiyatrik bozukluk ile çocuktaki psikiyatrik bozukluk arasında da anlamlı bir ilişki saptanmış, her iki ebeveynde de psikiyatrik bozukluk olan çocuklarda psikiyatrik bozukluk görülme oranı belirgin olarak fazla bulunmuştur (53).

Jeffery G. Johnson'ın 2006 yılında yayınladığı bir çalışmada ebeveyn tutumları ile çocuklarda kişilik bozukluğu gelişme riski arasındaki ilişki araştırılmıştır. 593 aile ve onların çocukları çalışmaya alınmış. Aileleri daha ilgisiz olan ailelerin çocuklarında daha çok antisosyal, çekingen, borderline, depresif, paranoid, şizoid ve şizotipal kişilik bozukluk riski yüksek bulunmuş. Aşırı cezalandırıcı ve sert ailelerin çocuklarında ise borderline, paranoid, pasif-agresif ve şizotipal kişilik bozuklukları riski daha yüksek bulunmuş (54).

Depresyonu olan annelerin çocuklarındaki psikiyatrik bozukluklar ve babanın psikopatolojisi ile ilişkisini araştıran önemli bir çalışma Marmorstein ve arkadaşlarının 2004 'te yayınladıkları makaledir. Bu çalışmaya ikiz aileleri ile yapılan bir çalışmadan (Minnesota Twin Family Study) seçilen depresyonu olan ve olmayan anneler, ergen ikizler (17 yaş) ve babaları katılmıştır. İlk etapta depresyonu olan annelerin eşlerinin(Biyolojik babalar) kişilik özelliklerini saptamak amacıyla babalarına ulaşılabilen 552 kişi (163 depresif, 389 depresif olmayan anne) çalışmaya alınmış, ikinci etapta ise çocuklardaki

psikopatolojiyi saptamak amaçlı 626 anne ve 556 babanın tamamı değerlendirilmeye alınmıştır. Anne baba ve çocuklara farklı ölçekler kullanılmıştır. Çalışma sonucunda depresyonu olan kadınların eşlerinde antisosyal davranışlar depresyonu olmayanlara göre anlamlı düzeyde daha sık saptanmıştır(%49 (n:80) eşinde depresyon olan babalar, %37 (n:143) eşinde depresyonu olmayan babalar). Annedeki major depresyonla babadaki major depresyon arasında ise böyle bir ilişki saptanmamıştır. Birinci gruptaki (antisosyal) kadınların %39'unun kocasında antisosyal davranış görülürken, İkinci gruptaki(antisosyal olmayan) kadınların %60'ünün kocasında antisosyal davranış görülmüştür(55). Bu da Krueger ve arkadaşlarının depresyonu olan kadınların antisosyal kişilik özelliklerine sahip erkeklerle birlikte olduğu hipotezini doğrulamaktadır(56). Marmorstein'in çalışmasındaki çocuklara bakıldığında ise psikiyatrik bozukluk sıklığı açısından cinsiyetler arasında farklılıklar bulunmaktadır. Çalışmaya alınan 578 erkek ve 674 kız incelendiğinde Major depresyon erkek çocuklarda %8 (n:49) iken kız çocuklarda %16 (n: 108) oranında bulunmuştur($p<0.05$). Davranım bozukluğu ise erkek çocuklarda %34 (n:198) oranında, kız çocuklarda ise %10 (n:68) oranında saptanmıştır ($p<0.05$). Sonuç olarak çocuklardaki depresyon ve davranım bozukluğu ile annedeki depresyon ve babadaki davranım bozukluğu arasında birbirinden bağımsız ve anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Ancak anne ve babanın hastalıkları arasında bir etkileşim görülmemiş yani birinin şiddeti diğerinin şiddetini hafifletmemiştir(55).

Lizardi ve arkadaşlarının (57) 2004 te yayınladığı bir çalışmada distimik bozukluk ve major depresif bozukluğa sahip annelerin çocukları karşılaştırmalı olarak araştırılmıştır. Çalışmaya 21 erken başlangıçlı distimik bozukluk tanılı anne bunların 41 çocuğu, 9 epizodik major depresyon tanılı anne ve bunların 19 çocuğu ile kontrol grubu olarak 11 anne ve 32 çocuğu çalışmaya alınmıştır. Bu annelerin çocuklarının yaşlarının 14-42 arasında değiştiği ve ortalama 22.7 ± 6.3 yaşında oldukları görülmüştür. Çalışma sonucunda erken başlangıçlı distimik bozukluğa sahip annelerin çocuklarının, epizodik major depresif bozukluğa sahip annelerin çocuklarına göre daha fazla oranda distimik bozukluğa, anksiyete bozukluğuna ve fobik bozukluğa

sahip olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Distimik anne grubunda 41 çocuktan: 20 'sinde duygudurum bozukluğu,(15'inde major depresyon, 6 'sında distimik bozukluk), 9 çocukta anksiyete bozukluğu (7'sinde fobik bozukluk, 3'ünde panik bozukluk, 1'inde obsesif kompulsif bozukluk), 13 çocukta madde kullanımı; 2 çocukta yeme bozukluğu; 1 çocukta psikotik bozukluk saptanmıştır. Epizodik major depresyon grubunda ise 19 çocuktan: 9'unda duygudurum bozukluğu ve tamamı major depresyon (distimik bozukluk saptanmamıştır); 4 çocukta madde kullanımı saptanmıştır. Bu grupta anksiyete bozukluğu, yeme bozukluğu ve psikotik bozukluğa sahip hiç çocuk bulunmamıştır. Kişilik bozuklukları da yine distimik gruptaki çocuklarda major depresif gruba göre yüksek (%48' e %37) oranda saptanmış ($p<0.05$) (57). Bu çalışma da annenin depresyona maruz kalma süresinin çocukların etkilenme düzeyini belirleyen en önemli değişkenlerden birisi olduğu fikrini desteklemektedir (58-59).

Rebecca ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada depresif annelerin özellikle kız çocuklarının ergenlikle birlikte annenin hastalığının etkisine daha çok maruz kaldıkları ve depresif döngüye girdikleri, erkek çocukların ise yaşları büyüdükçe etkilenme oranlarının azaldığı saptanmıştır (60).

Essau, depresyonu olan çocuklardan yola çıkılarak ebeveynleri değerlendirmiş ve çocuktaki depresyonla ebeveynin depresyonu arasında anlamlı ilişki saptamıştır. Bu çalışma için farklı okullardan 1035 çocuk ve bunların ebeveynleri değerlendirmiştir. Çocukların %17,9 'unda depresyon öyküsü saptanmıştır. Depresyonu olan çocukların yaklaşık %42 sinde sadece depresyon saptanmış, %40'ı depresyon ve bir ek tanı almış, %18'i ise depresyon ve en az iki ek tanı almıştır. Depresyonu olan çocukların (Ek tanı alsın veya almasın) ebeveynlerine bakıldığında %54,6'sında (n:101) depresyon, %22,2'sinde (n:41) alkol kullanımı, %11,4'ünde (n:3) madde kullanımı, ve %32,4'ünde (n:60) anksiyete bozukluğu saptanmıştır. Ayrıca ebeveyninde de depresyon olan depresif çocukların intihar düşünceleri ve depresif nöbet geçirme sıklığı ebeveyninde depresyon olmayan gruba göre daha yüksek bulunmuştur (61).

Michael ve Andrew 'in (1997) yayınladıkları bir çalışmada, 5-12 yaş arasında çocuğu olan 1151 aile araştırılmıştır. Çalışma sonucunda annesinde depresyon olan çocuklarda özellikle 5- 7 yaş arası dönemde dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve davranım bozukluğu semptomlarının yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). İzleme devam edilen çocuklar 12-16 yaş dönemine geldiğinde ise annedeki depresyonun sadece çocuktaki davranım bozukluğu ile anlamlı ilişkisi saptanmış ($p<0.05$), hiperaktivite ile böyle bir ilişki saptanmamış ($p>0.05$) (62).

Ohannessian'ın annedeki ve ergen çocuklarındaki psikopatolojiyi araştıran en kapsamlı çalışmalardan birini 2005 yılında yayınlamıştır. Bu çalışmaya 13-17 yaş arası 426 ergen ve bunların ebeveynleri alınmış. Hem ergen hem de ebeveynin yarı yapılandırılmış ölçeklerle değerlendirildiği bu çalışmada özellikle depresyon ve alkol bağımlılığı oranları incelenmiştir. Çalışma sonucunda babadaki depresyon ve alkol bağımlılığı ile ergendeki alkol bağımlılığı arasında pozitif olarak anlamlı bir ilişki saptanmışken annelerdeki depresyon ve alkol bağımlılığı ile ergenlerdeki alkol bağımlılığı arasında böyle bir ilişki saptanmamıştır. Ayrıca bu çalışmada annedeki alkol bağımlılığı ile çocuktaki diğer psikopatolojiler (davranım bozukluğu, depresyon, anksiyete, marijuana kullanımı) ile arasında direk ilişki saptanmamıştır. Alkol bağımlılığının aksine annedeki depresyon ise çocuktaki davranım bozukluğu, depresyon ve anksiyete ile ilişkili bulunmuş(63).

Bijl ve ark'nın (2002) yaptığı farklı çalışmalardan 7147 aile ile yapılan araştırmada babaların %7.9 'unda, annelerin ise %15.7'sinde depresif duygudurumu saptanmıştır. Bu çalışmada ebeveynler depresyonu olanlar, anksiyete bozukluğu olanlar, madde kullananlar, halüsinasyonu olanlar ve sağlıklı grup olarak ayrı ayrı değerlendirilmiştir. Kız çocukları ve erkek çocukları ayrı ayrı değerlendirmiştir. Depresyonu olan annelerin erkek çocuklarında duygudurum bozuklukları %20, anksiyete bozuklukları %20.8, madde kullanımı %40.5, diğer bozukluklar %56.1 oranında saptanmıştır. Depresyonu olan annelerin kız çocuklarında ise duygudurum bozuklukları %35.9, anksiyete bozuklukları %32.1, madde kullanımı %11.7, diğer bozukluklar %57.2 oranında saptanmıştır. Babalarında depresyon saptanan

erkek çocuklarda ise duygudurum bozuklukları %22.2, anksiyete bozuklukları %18.3, madde kullanımı %31.0, diğer bozukluklar %48.5 oranında saptanmıştır. Depresyon saptanan babaların kız çocuklarında ise duygudurum bozuklukları %20.1, anksiyete bozuklukları %21.8, madde kullanımı %5.5, diğer bozukluklar %34.1 oranında saptanmıştır. Bu tartışmada ebeveynin psikopatolojisi cinsiyetten bağımsız olarak çocuktaki psikopatoloji riskini arttırdığı gösterilmiştir. Bu durumun tek istisnası annenin alkol kullanımının çocuktaki psikopatoloji ile direk bir ilişkisinin gösterilememiş olmasıdır (35).

Ülkemizde depresif anne çocukları ile ilgili yapılan çalışmalar sınırlı sayıdadır. Aslan tarafından 1998 yılında yayınlanmış olan bir çalışmada, annedeki süregelen depresyonun çocuktaki kaygı ve depresyon üzerine olan etkisi araştırılmıştır. Çalışmaya psikiyatri polikliniğinde DSM IV' e göre Distimik Bozukluk tanısı ile en az bir yıldır takip edilen 44 kadın hastanın 8-17 yaşları arasındaki (n:79) çocukları ile kontrol grubu olarak da organik ve ruhsal hastalık nedeniyle hastaneye başvurmayan annelerin (n: 45) çocukları(n:75) alınmıştır. Bu çalışmada Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği (ÇDÖ), Çocuklar İçin Durumluluk Kaygı Envanteri (ÇDKE) ve Çocuklar İçin Sürekli Kaygı Envanteri (ÇSKE) kullanılmıştır. Çalışma sonucunda kontrol grubuna kıyasla distimik annelerin çocuklarında ÇDÖ, ÇDKE ve ÇSKE puanları daha yüksek saptanmıştır ($p<0.05$). Çocuklardan 11' i (%14) ÇDÖ 'de kesim puanı olan 19 ve üzerinde almıştır ve bu çocukların tamamı distimik annelerin çocuklarıdır. Yine bu çalışmada distimik annelerin ilk çocuklarında ÇDKE puanları kontrol grubuna göre daha yüksek saptanmıştır. Çocuklar 8-11 ve 12-17 yaşlarında iki grup olarak değerlendirildiğinde 8-11 yaş grubunda distimik anne çocuklarında sadece ortalama ÇDKE puanının kontrol grubuna göre yüksek olduğu saptanırken ($p<0.05$), 12-17 yaş grubunda ise ortalama ÇDKE, ÇSKE ve ÇDÖ puanlarının tamamı kontrol grubundan yüksek olarak saptanmıştır ($p<0.05$). Bu durum da ergenlik döneminin ruhsal olarak riskli bir dönem olması ve çevresel stresörlerin fazla olması ile açıklanmıştır (64).

Bu konuda ülkemizde yapılan bir başka çalışma da Öztop ve Uslu'nun (2007) yayınladıkları çalışmadır. Bu çalışmada annesinde depresyon olan 14-38 ay arasındaki çocukların davranışsal, etkileşimsel ve gelişimsel semptomatolojisi araştırılmıştır. Çalışmaya 15 depresyonu olan anne ve bunların çocukları alınmış ve kontrol grubu olarak da herhangi bir psikiyatrik rahatsızlık tanısı almayan 16 anne ve çocukları alınmıştır. Annenin psikiyatrik tanısı DSM IV tanı ölçütlerine göre eksen I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşme ile değerlendirilmiştir. Bebeğin psikiyatrik öyküsü ve tanısı demografik verileri ve gelişimsel öyküyü içeren bir anket formu, psikiyatrik değerlendirme formu ve 0-3 Tanı sınıflamasına göre belirlenmiştir. Çocuğun psikolojik ve gelişimsel düzeyi; Vineland Uyum Davranış Ölçeği, Ankara Gelişim Tarama Envanteri (AGTE), Denver II Gelişim Tarama test kullanılarak değerlendirilmiştir. Anne-çocuk ilişkisinin örüntüsü ve bağlanma örüntüsü Crowell Gözlemi ve 0-3 Tanı sınıflaması ile değerlendirilmiştir. Depresyonu olan annelerin bebeklerinin gelişimsel düzeylerinin kontrol grubundaki annelerin bebeklerine göre daha geri olduğu, anne-çocuk ilişki örüntüsünde daha fazla sorun yaşadıkları ve güvensiz bağlanma tipinin oranının daha fazla olduğu saptanmıştır. Araştırma grubunda yer alan çocukların AGTE ortalama puanlarının bütün alt testlerinde düşük olduğu saptanmasına rağmen araştırma ve kontrol grubu arasında sadece genel gelişim ve dil bilişsel puanlarının ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Araştırma grubunun ortalama Vineland Uyum Davranış Ölçeği alt testlerinin ortalama puanları kontrol grubu ortalamalarına göre daha düşüktür ($p<0.05$). Vineland alt testlerinden iletişim alanında, alıcı dil ve ifade edici dil alt alanlarında, sosyalleşme alanında, başa çıkma becerileri alanında araştırma ve kontrol grubu arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Denver II Testine göre sadece genel gelişim alanındaki fark anlamlı bulunmuştur. 0-3 tanı sınıflamasına göre araştırma grubunda ilişki bozukluğu oranı daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Depresyonu olan annelerin bebeklerinde güvensiz bağlanma oranı anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (20). Birinci basamak sağlık hizmeti veren kurumlarda doğum öncesi ve doğum sonrası dönemde risk altındaki kişilerin tanınması ve tedaviye yönlendirilmesi oldukça

önem taşımaktadır (65). Depresyonu olan bu annelere ev ziyaretleri düzenlenerek eğitici görüşmeler yapıldığı takdirde anne-bebek iletişimde belirgin düzelme görülmektedir (66,67).

Yapılan araştırmalarda okul korkusu olan çocukların annelerinde depresif belirti düzeyleri yüksek bulunmuştur. Özcan ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada okul korkusu olan 6-12 yaşları arasında 25 çocuğun anne babası değerlendirilmiş; 25 anneden 9'unda (%36), 25 babadan da 3'ünde (%12) major depresyon saptanmıştır($p<0.05$) (68).

Bu konuda Öç ve arkadaşları (69) anne-babalarında ruhsal bozukluk olan çocukların ruhsal durumlarını değerlendirmiştir. Bu amaçla bir üniversite hastanesi psikiyatri polikliniğinde ayaktan izlenen 61 erişkin hasta ve bunların 8-14 yaş grubunda birer çocuğu (n:61) ile kontrol grubu olarak yaşam boyu psikiyatri başvurusu olmayan 35 erişkin ve bunların 8-14 yaş grubunda birer çocuğu (n:35) çalışmaya dahil edilmiş. Çocuklar için Depresyon Ölçeği (ÇDÖ), Çocuklar için Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri (ÇDSKE) ve Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeği-Çocuk Formu (BSÖ) uygulanmıştır. Çocuklardaki ruhsal bozukluk tanıları anne baba ve çocuklarla yapılan DSM-IV'e dayalı klinik görüşmelerle konulmuş. Anne babasında ruhsal bozukluk bulunan çocuklarda, kontrol grubundaki çocuklara göre istatistiksel olarak anlamlı oranda daha fazla ruhsal bozukluk tanısı konduğu saptanmıştır. Çalışma grubundaki çocukların %62.3'üne (n:38) bir ruhsal bozukluk tanısı konurken, bu oran kontrol grubunda %34.3 (n:12) olarak bulunmuştur. Çalışma grubunu oluşturan çocukların 18'inin ebeveynine MDB tanısı konmuştur(17 anne, 1 baba). 15 çocuğun ebeveynine ise anksiyete bozukluğu tanısı konmuştur (14 anne, 1 baba). 28 ebeveyn ise psikoz tanısıyla izlenmektedir(10 anne, 18 baba). Major depresif bozukluk tanısı alan 17 annenin çocuklarına bakıldığında 5'inde ruhsal bozukluk saptanmamış, 5 çocukta Dikkat Eksikliği Hiperaktivite bozukluğu (DEHB), 2 çocukta anksiyete bozukluğu, 2 çocukta dışa atım bozukluğu, 1 çocukta MDB, 2 çocukta ise diğer ruhsal bozukluklar (kekemelik, tik bozukluğu) saptanmıştır. MDB saptanan 1 babanın çocuğunda ise MDB saptanmıştır. Anksiyete bozukluğu tanısı ile takip edilen ebeveynlerin çocuklarının ruhsal durumları

değerlendirildiğinde annesinde anksiyete bozukluğu olan 14 çocuğun 3'ünde ruhsal sorun saptanmazken, 5'inde DEHB, 3'ünde anksiyete bozukluğu, 2'sinde MDB, 1'inde diğer ruhsal bozukluklar (kekemelik,tik bozukluğu) saptanmıştır. Anksiyete bozukluğu olan 1 babanın çocuğunda ise DEHB saptanmıştır. Psikoz tanısıyla takip edilen ebeveynlerin çocukları değerlendirildiğinde ise Annesinde psikoz olan 10 çocuğun 6'sında ruhsal sorun saptanmamışken, 2 çocukta DEHB, 1 çocukta major depresif bozukluk, 1 çocukta anksiyete bozukluğu tanısı konmuştur. Babalarında psikoz olan çocuklara bakıldığında 18 çocuğun 9'unda ruhsal sorun saptanmazken, 6 çocukta DEHB, 2 çocukta MDB, 1 çocukta ise diğer ruhsal bozukluklar saptanmıştır.

Bu bulgular ışığında, anne-babada görülen psikiyatrik problemlerin bu kişilerin çocuklarını da olumsuz etkileyebildikleri görülmüştür. Yurtdışında yapılan çalışmalarda distimik bozukluğa sahip ebeveyn çocuklarında psikiyatrik bozuklukların, sağlıklı ebeveyn çocuklarına göre daha yüksek oranda görüldüğü saptanmıştır. Ülkemizde distimik ebeveyn çocukları ile ilgili bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Bizim çalışmamızda, distimik anne-babaların çocuklarının 'Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi – Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu (ÇDŞG-ŞY)' adli yarı yapılandırılmış görüşme çizelgesi ile değerlendirilerek, psikiyatrik bozukluk sıklığının bir kontrol grubu ile karşılaştırılarak araştırılması amaçlanmıştır.

Bunun yanı sıra, distimik anne-babalar ile kontrol grubunun evlilik uyumlarının ve sosyal uyumlarının değerlendirilmesi ve bu faktörler ile çocuğun ruh sağlığı, benlik algısı ve algıladığı sosyal destek ile ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Bu araştırmaya 29.01.2008 - 30.09.2008 tarihleri arasında Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı'nda distimi tanısıyla takip edilen 25 ebeveyn ve bunların bilişsel düzeyi çalışma yönergeleri için yeterli olan ve 7-18 yaş aralığında bulunan 28 (15 kız,13 erkek) çocuk ve ergen alındı. Ayrıca kontrol grubu oluşturmak amacıyla 16.09.2008-16.10.2008 tarihleri arasında psikiyatrik rahatsızlık geçirmemiş olan 25 ebeveyn ve bunların bilişsel düzeyi çalışma yönergeleri için yeterli olan ve 7-18 yaş aralığında bulunan ardışık 27 (16 kız,11 erkek) çocuk ve ergen çalışmaya alındı. Bu çalışma için Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 29.01.2008 tarihinde 2008-3/34 karar numarası ile ve 16.09.2008 tarihinde 2008-15/86 karar numarası ile onam alınmıştır.

Distimik ebeveyn ve çocuklarıyla görüşmeler Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Polikliniğinde ve önce ergenle daha sonra ebeveynle yalnız görüşmeye dikkat edilerek yapılmıştır. Öncelikle aileler bilgilendirilmiş; çocuk, ergen ve ebeveyn aydınlatılmış onam formunu okuyup imzaladıktan sonra görüşmeye geçilmiştir (Ek-1). Yapılan görüşmede, bu çalışma için geliştirilmiş olan, aile ve çocuk hakkında bilgiler içeren Sosyodemografik Görüşme Çizelgesi dolduruldu (Ek-2). "Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu" (ÇDŞG-ŞY) isimli yarı yapılandırılmış görüşme çizelgesi ile tanı görüşmesi yapıldı. Bu çalışmada ayrıca aşağıda açıklamaları ile sunulan gereçler kullanılmış olup birer örnekleri ekler bölümünde bulunmaktadır.

Çocuklar için:

- 1) Piers ve Harris'in Çocuklarda Öz-Kavramı Ölçeği (Ek-3)
- 2) Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (Ek-4)

Ebeveyn için:

- 1) Evlilik Uyum Ölçeği (Ek-5)
- 2) Sosyal Uyum Kendini Değerlendirme Ölçeği (SUKDÖ) (Ek-6)

Ruhsal yardım ve tedavi gereksinimi olan çocuk ve ergenler Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine yönlendirilmiştir.

Kontrol grubu için psikiyatrik rahatsızlık geçirmemiş anneler ve bunların çocukları çalışmaya alınmıştır. Bu grup daha çok hastane personeli ve çocuklarından oluşmaktadır. Çalışma grubuna uygulanan ölçek ve gereçler kontrol grubuna da uygulanmıştır.

1. Piers ve Harris'in Çocuklarda Öz-Kavramı Ölçeği (Ek-3)

Çocukların öz kavramlarını ölçmek üzere Piers ve Harris tarafından 1964 yılında ABD'de geliştirilen ve 9-16 yaş grubu çocukların kendilerine yönelik düşünce, duygu ve tutumlarını değerlendiren bir ölçektir. Türkçeye 1987 yılında Öner ve Çataklı tarafından çevrilmiştir (70). Grup uygulamaları için en az 3. sınıf seviyesinde okuma becerisi gerekir ve ölçeğin yanıtlanması ortalama 20-25 dakika alır. Okuma düzeyi düşük olan çocuklar ya da okuma yazması olmayanlar için bireysel uygulama yapılır. Ölçeği oluşturan 80 tanımlayıcı ifade vardır. Bunlara "evet" ya da "hayır" şeklinde yanıt verilir. Yanıtlar bir anahtarla puanlanır. Buna göre elde edilen puanlar kuramsal olarak 0 ila 80 arasında değişir. Yüksek puan olumlu, düşük puan ise olumsuz öz-kavramının varlığına işaret eder. Ölçekte 6 faktör bulunmaktadır, bunlar faktör 1: Mutluluk ve doyum, faktör 2: kaygı, faktör 3: popülerite ve sosyal beğeni, faktör 4: davranış ve uyum, faktör 5: fiziksel görünüm, faktör 6: zihinsel ve okul durumu. Mutluluk ve hoşnut olma-13 puan, kaygı-13 puan, gözde olma-11 puan, davranış-16 puan, fiziksel görünüm-10 puan, okul durumu-7 puandır. Tüm değişmezlik katsayısı .87, iç tutarlılık katsayısı tüm örneklem için kuder-richardson .20 ile .89 bulunmuştur. Toplam puan güvenilirliği katsayıları .09-5.0 arasında maddeden maddeye farklılık göstermiştir.

Geçerlik güvenilirliği 9-20 yaş aralığı için belirlenmiştir; ancak 7-18 yaş aralığındaki çocuklarla yapılan çalışmalar da mevcuttur. Bizim çalışmamızda 7-9 yaş arasındaki çocukların ölçeği birebir uygulamada yardımıla

tamamlayabildikleri görülmüş olmakla birlikte, istatistiksel analizlerde 9 yaşından büyük çocukların sonuçları bildirilmektedir.

2. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (Multidimensional Scale of Perceived Social Support-MSPSS) (Ek-4)

Üç farklı kaynaktan alınan sosyal desteğin yeterliliğini öznel olarak değerlendiren, kullanımı kolay, kısa bir ölçektir. Önerilen alt ölçek yapısı; aile, arkadaş ve kişi için özel değeri olan insandan alınan desteği içermektedir(71) Ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Eker ve Arkar (72) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin yapı geçerliği olarak Beck Depresyon Envanteri (BDE) ve Durumluluk-Süreklilik Kaygı Envanteri (STAI) kullanılmıştır. MSPSS, örneklemdaki farklı popülasyonlarda BDE ($r = -22$ ile $r = -55$ arasında) ve STAI Süreklilik ($r = -21$ ile $r = -36$ arasında), STAI Durumluluk ($r = -33$ ile $r = -47$ arasında) ile olumsuz yönde bir ilişkiye sahip bulunmuştur. Faktör analizinde, Türkçe formda ölçeğin orijinaline uygun üç faktör ortaya çıkmıştır (aile, arkadaş ve özel değeri olan bir insan)(71). Gençlerde (12-22 yaş) geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını Çakır ve Palabıyıkoglu yapmıştır (73). Test tekrar güvenirliliği 1 ay ara ile verildiğinde $r = .81$ olarak bulunmuştur. İç tutarlılığı için yapılan çalışmada $\sigma = .76$ olarak bulunmuştur.

MSPSS, 12 maddeden oluşan bir ölçektir. Desteğin kaynağına ilişkin 3 alt ölçeğin her biri için 4 soru maddesi bulunmaktadır. Sorular özel bir insan alt ölçeği ile ilgili (1,2,5,10), arkadaş alt ölçeği ile ilgili (6,7,9,12) ve aile alt ölçeği ile ilgili sorular (3,4,8,11) olmak üzere değerlendirilir. Bütün alt ölçek puanlarının toplanması ile ölçeğin toplam puanı elde edilir. Her madde 7 aralıklı Likert tipi ölçek kullanılarak derecelendirilmiştir. Elde edilen değerlerin yüksek olması, algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu ifade etmektedir.

Özellikle çocuklar, kısmen de ergenler bazı soruları anlamakta güçlük çekmiştir. Özellikle 'özel bir insan' tanımı ile başlayan soruların anlaşılmasında sıkıntı yaşanmıştır. Geçerlik ve güvenirliliği gençlerde 12-22 yaş için belirlenmiştir. Çalışmamızda 12 yaş üstü çocukların sonuçları bildirilmektedir.

3. Evlilik Uyum Ölçeği (EUÖ) (Ek-5)

Orijinal adı 'Locke ve Wallace Marital Adjustment Test' olan ve Türkçe'ye Tutarel-Kıslak tarafından 1999 yılında 'Evlilik Uyum Ölçeği' (EUÖ) olarak uyarlanmıştır. Ölçek evliliğin niteliğini ölçmek amacıyla geliştirilmiş, en temel ve ayırmedici sorulardan oluşmuş bir ölçek olup, son 30 yıldır pek çok araştırmada, geçerli ve güvenilir olarak kabul edilerek kullanılmış ve bugün de kullanılmaktadır (74).

EUÖ'nin 15 maddelik olması, ayrıca farklı maddelerin eşit olmayan ağırlıklarına rağmen puanlanmasının ve uygulanmasının kolay olması nedenleriyle kullanımı sürmektedir. Ölçek, hem genel evlilik doyumunu ya da niteliğini ölçmekte, hem de çeşitli konularda (aile bütçesi, duyguların ifadesi, arkadaşlar, cinsellik, toplumsal kurallar, yaşam felsefesi) anlaşma ya da anlaşmama ile ilişki tarzını (boş zaman, ev dışı etkinlikler, çatışma çözme, güven) ölçmektedir. Puanlama sistemi pratikte yaşanan sorunlar nedeniyle Hunt tarafından 1987 yılında revize edilmiştir ve genel kabul görmüştür.

Evlilik uyum ölçeği puanlanırken 1. madde "0,1,2,3,4,5,6" olarak, 2. madde ile 9. maddeler arasındaki sorular "5,4,3,2,1,0" olarak, 10. madde "0,1,2" olarak, 11. madde "3,2,1,0" olarak, 12. madde de "anlaşmazlık 0", "dışarıda bir şeyler yapmak 1", "evde oturmak 2" olarak 13. madde "0,1,2,3" olarak, 14. madde "2,1,0" olarak, 15. madde ise "0,1,2,3" olarak puanlanmaktadır. Ölçek sonucunda alınabilecek minimum puan 0 iken maksimum alınabilecek puan 60'dır. Kesme puanı ise 43 ve altı uyumsuz, 44 ve üzeri ise uyumlu olarak belirlenmiştir.

4. Sosyal Uyum Kendini Değerlendirme Ölçeği (SUKDÖ) (Ek-6)

Bir kendini değerlendirme ölçeği olan SUKDÖ ile depresyon hastalarında klinik araştırma amaçlı olarak sosyal işlevsellik düzeyi ölçülebilmektedir. Bosc ve arkadaşları (1997) tarafından geliştirilen test 21 maddelik kendini değerlendirme ölçeğidir. Klasik depresyon ölçeklerinin bir eksikliği olarak düşünülen yalnızca 'belirti düzeyinde düzelmeyi'

ölçmelerinden doğan açığı kapatabileceği ve düzelmenin bir göstergesi olan 'normal sosyal işlevselliğe' dönüşü ölçtüğü ileri sürülmektedir(75,76). Ölçeğin Türkçe geçerlik güvenilirlik çalışması Akkaya ve arkadaşları tarafından (2008) yapılmıştır (77).

Ölçeğin puanlaması yapılırken 1. soru ve 2. soru tek soru olarak puanlanmaktadır. Puanlamada "3,2,1,0" olarak değer verilmekte ancak 17,18,20 sorular ise tam tersi "0,1,2,3" olarak puanlanmaktadır. Bu çalışmadan alınabilecek minimum puan 0 iken maksimum 60 puan alınabilmektedir. Kişinin normal bir sosyal işlevselliğe sahip olması için en az 35 puan alması gerekli görülmektedir. Kişinin 35 puanın altında bir puan alması durumunda, sosyal işlevselliğinde sorun olduğu düşünülmektedir.

5. Sosyodemografik Görüşme Çizelgesi (Ek-2)

Bu çalışmada incelenen değişkenleri etkileyebileceği düşünülen çocuğa ve aileye ait birtakım bilgileri kapsayan 22 maddelik bir görüşme çizelgesi oluşturulmuştur. Çocuğun yaşı, cinsiyeti, öğrenim durumu, kardeş sayısı, öğrenim durumu gibi bilgiler ile ailenin ekonomik geliri, meslekleri, ailede göç olup olmaması, ailenin eğitim durumu, ilk 5 yaşta çocuğa kimin bakım verdiği sorgulanmıştır. Yine bu çizelgede distimik ebeveyne yönelik ilk psikiyatriye başvuru zamanı, düzenli ilaç kullanımı olup olmadığı, intihar girişimi öyküsü, ek herhangi bir tanısı olup olmadığı sorgulanmıştır.

6. Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu" (ÇDŞG-ŞY)

ÇDŞG-ŞY, çocuk ve ergenlerin DSM-III-R (APA 1987) ve DSM-IV (APA 1994) tanı ölçütlerine göre geçmişteki ve şu anki psikopatolojileri saptamak amacıyla Kaufman ve arkadaşları (1997) tarafından geliştirilmiş, yarı yapılandırılmış bir görüşme formudur. Form yapılandırılmamış başlangıç görüşmesi, tanı amaçlı tarama görüşmesi ve çocuklar için genel değerlendirme ölçeği olarak 3 bölümden oluşmaktadır. Form uygulanırken

anne-baba ve çocukla ayrı ayrı görüşerek uygulanır. Ergenlik öncesi çocuklarda önce anne-baba ile görüşülürken ergenlerde önce ergenin kendisiyle görüşülür. Eğer farklı kaynaklardan edinilen bilgilerde tutarsızlık varsa klinisyen kendi klinik yargısını kullanır (78).

ÇDŞG-ŞY şu temel tanıları içerir: Major Depresyon, Distimi, Mani, Hipomani, Siklotimi, Bipolar Bozukluk, Şizoaffektif Bozukluklar, Şizofreni, Şizofreniform Bozukluk, Kısa Tepkisel Psikoz, Panik Bozukluk, Agorafobi, Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu, Kaçınma Bozukluğu, Basit Fobi, Sosyal Fobi, Aşırı Anksiyete/Yaygın Anksiyete Bozukluğu, Obsesif Kompulsif Bozukluk, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), Davranım Bozukluğu, Karşı Gelme Bozukluğu, Enürezis, Enkoprezis, Anoreksiya Nevroza, Bulimiya, Geçici Tik Bozuklukları, Tourette Bozukluğu, Kronik Motor ya da Vokal Tik Bozukluğu, Alkol Kötüye Kullanımı, Madde Kötüye Kullanımı, Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) ve Uyum Bozukluğu.

ÇDŞG-ŞY'nin ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Gökler ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (79). Yapılan geçerlik çalışmasında, çocuk ve ergen psikiyatristlerince DSM-IV kriterlerine göre konulan tanıları ile ÇDŞG-ŞY 'ye göre konulan tanıları arasındaki ilişki anlamlı ve olumlu yöndedir. Kappa değerleri anksiyete bozuklukları için 0.517, DEHB için 0.721, dışa atım bozuklukları için 0.833, duygulanım bozuklukları için 0.561, tik bozuklukları için 0.639 ve karşı gelme bozukluğu için 0.458 olarak bulunmuştur.

Değerlendiriciler arası güvenilirlik kappa değerleri DEHB için 0.681, anksiyete bozuklukları için 0.625, dışa atım bozuklukları için 0.875 ve tik bozuklukları için 0.775 olarak bulunmuştur.

Test tekrar test güvenilirliği kappa değeri DEHB için 0.894, anksiyete bozuklukları için 0.783, dışa atım bozuklukları için 0.828 ve tik bozuklukları için 1.000 olarak bulunmuştur (42).

ÇDŞG-ŞY, anne-baba ve çocuğun kendisiyle görüşme yoluyla uygulanır ve en sonunda tüm kaynaklardan alınan bilgiler doğrultusunda değerlendirme yapılır. Ergenlik öncesi döneme uygulanırken önce anne-baba ile görüşme yapılır. Ergenlerle çalışılıyorsa, önce ergenin kendisi ile görüşülür.

7. İstatistiksel analiz

Bu çalışmamızın analizinde SPSS for Windows 13.0 (Chicago, IL) paket programı kullanılmıştır. Çalışmada sürekli değer alan değişkenler ortalama, standart sapma, maksimum ve minimum değerleri ile birlikte verilmiştir. Sürekli değer alan değişkenlere Shapiro-Wilk testi ile normallik testi uygulanmıştır. Normal dağılım gösteren bağımsız değişkenler iki grup arasında karşılaştırmalarda bağımsız örneklem t testi kullanılmıştır. Normal dağılım göstermeyen (nonparametrik) bağımsız değişkenler ise iki grup arasında Mann-Whitney U testi ile karşılaştırılmıştır. Kategorik değer alan değişkenlerin gruplarla olan karşılaştırmalarında Pearson Ki-Kare ile Fisher'in Kesin Ki-Kare testi kullanılmıştır. Sürekli değer ve kategorik değer alan değişkenlerin korelasyon hesabında Spearman yöntemi kullanılmıştır. Çalışmamızda anlamlılık düzeyi olarak $p < 0.05$ kabul edilmiştir.

BULGULAR

1. Sosyodemografik Bulgular

Çalışmaya Araştırma Grubu olarak Distimik Bozukluk tanısı alan 25 hasta ebeveyn ile bu hastaların 7-18 yaş arasındaki 28 çocuğu ve Kontrol Grubu olarak da psikiyatrik tedavi görmeyen 24 ebeveyn ile bu kişilerin 7-18 yaş arasındaki 27 çocuğu alınmıştır. Çocukların cinsiyete ve yaşa göre dağılımı Tablo-1'de gösterilmiştir. Çalışmaya alınan çocukların yaş ortalamaları ve cinsiyet dağılımları karşılaştırıldığında, araştırma grubu ve kontrol grubu arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Araştırma grubunun yaş ortalaması 11.64 ± 0.54 iken kontrol grubunun yaş ortalaması 11.11 ± 0.66 olarak bulunmuştur ($p > 0.05$). Her iki grupta da çalışmaya alınan en küçük çocuk 7 yaşında iken en büyük çocuk 17 yaşındaydı.

Tablo-1: Cinsiyetlere ve yaşa göre çocukların dağılımı

	Araştırma Grubu		Kontrol Grubu	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Kız	15	53.6	16	59.3
Erkek	13	46.4	11	40.7
7-11 yaş	15	53.6	15	55.5
12-18 yaş	13	46.4	12	44.4
Toplam	28	100	27	100

$p > 0.05$

Çocukların doğum yerlerine göre dağılımı Tablo-2'de gösterilmiştir. Kontrol grubundaki çocuklar büyük oranda (%92.6) il merkezinde doğmuşken, distimi grubundaki çocuklarda bu oran daha düşüktür (%67.9).

Tablo-2: Çocukların doğum yerleri

	Araştırma Grubu		Kontrol Grubu	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Kasaba	0	0	1	3.7
İlçe	9	32.1	1	3.7
İl	19	67.9	25	92.6
Toplam	28	100	27	100

Çocukların kardeş sayıları, öğrenim durumları ve ailenin tipi Tablo-3'de belirtilmiştir. Araştırma grubunda 4 ve üzerinde kardeşi olan çocukların oranı %14.2 iken kontrol grubunda bu oran %3.7 olarak bulunmuştur. Distimik grupta iki dağılmış aile bulunmaktayken kontrol grubunda dağılmış aile bulunmamıştır. Her iki ailede de çocuk çalışmaya alınan anne ile yaşamaktadır.

Tablo-3: Çocukların kardeş sayısı, öğrenim durumları ve aile tipi dağılımı.

		Araştırma Grubu		Kontrol Grubu	
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Kardeş sayısı	yok	4	14.3	3	11.1
	1	15	53.6	10	37.0
	2	3	10.7	8	29.6
	3	2	7.1	5	18.5
	4	1	3.6	0	0
	5 ve üzeri	3	10.7	1	3.7
	Toplam	28	100	27	100
	Öğrenim durumu	Okula gitmiyor	1	3.6	0
İlkokul		13	46.4	12	44.4
Ortaokul		8	28.6	7	25.9
Lise		6	21.4	8	29.6
Toplam		28	100	27	100
Aile Tipi	Çekirdek	26	92.9	23	85.2
	Dağılmış	2	7.1	0	0
	Geniş	0	0	4	14.8
	Toplam	28	100	27	100

Çocuklar 5 yaşına gelene kadar kimin bakım verdiği her iki grup için aşağıda Tablo-4'te belirtilmiştir. Araştırma grubunda kreşe giden çocuk bulunmazken kontrol grubunda 7 çocuk kreşe gitmiştir. Ayrıca kontrol grubunda bakıcı ve büyükanne tarafından bakım verilme oranları daha yüksek bulunmuştur.

Eğitim düzeyleri karşılaştırıldığında, araştırma grubundaki anne ve babaların eğitim düzeyi, kontrol grubuna oranla belirgin olarak düşük bulunmuştur (Tablo-5). Sekiz yıllık zorunlu eğitimden sonra okumaya devam eden annelerin oranı kontrol grubunda anlamlı olarak yüksektir ($p < 0.05$),

babalarda ise fark saptanmamıştır. Distimik gruptaki annelerden 2'si (%8.0) yüksekokul mezunu iken, kontrol grubunda 11 anne (%46.0) yüksekokul mezunudur. Ebeveynler yüksekokul mezunları ve diğerleri diye sınıflandırıldığında, her iki grup arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p<0.05$).

Tablo-4: Çocukların bakım verenlere göre karşılaştırılması.

		0 - 1 yaş		2 - 3 yaş		4 - 5 yaş	
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Araştırma Grubu Bakım veren	Anne	22	78.6	23	82.1	22	78.6
	Büyükanne	6	21.4	4	14.3	6	21.4
	Bakıcı	0	0	1	3.6	0	0
	Kreş	0	0	0	0	0	0
	Toplam	28	100	28	100	28	100
Kontrol Grubu Bakım veren	Anne	20	74.1	14	51.9	13	48.1
	Büyükanne	4	14.8	8	29.6	5	18.5
	Bakıcı	3	11.1	5	18.5	2	7.4
	Kreş	0	0	0	0	7	25.9
	Toplam	27	100	27	100	27	100

Tablo-5: Ebeveynlerin eğitim düzeyleri

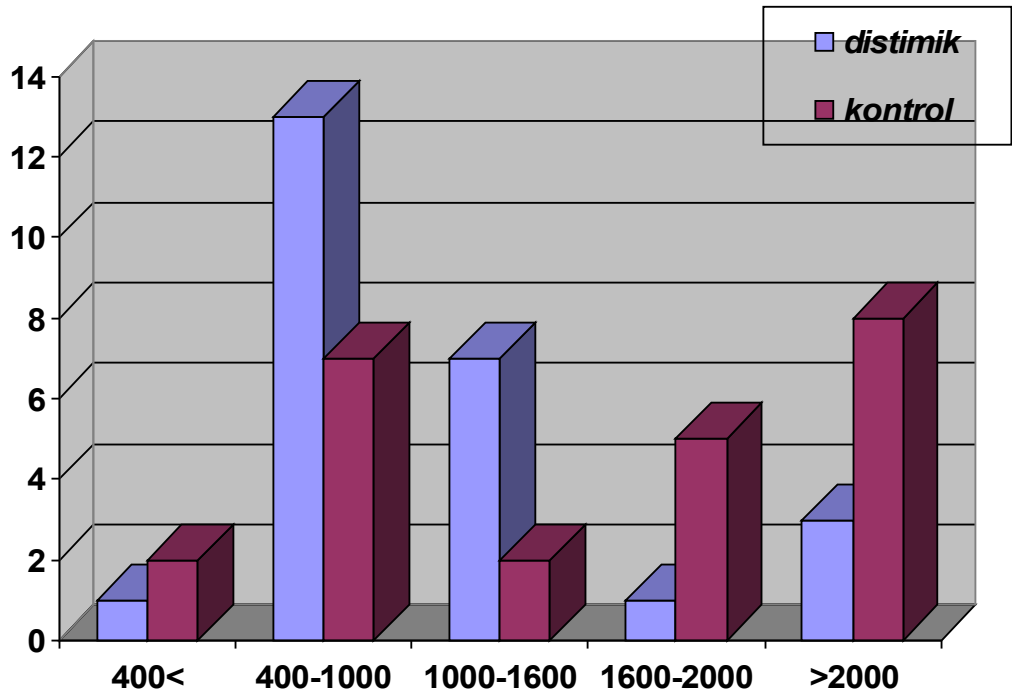
		Araştırma Grubu		Kontrol Grubu	
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Anne Eğitim Düzeyi	Okuryazar	0	0	3	12.5
	İlkokul	12	48	5	20.8
	Ortaokul	6	24	2	8.3
	Lise	5	20	3	12.5
	Yüksekokul	2	8.0	11	45.8
	Toplam	25	100	24	100
Babanın Eğitim Düzeyi	Okuryazar	0	0	1	4.2
	İlkokul	9	36	5	20.8
	Ortaokul	1	4	3	12.5
	Lise	8	32	5	20.8
	Yüksekokul	7	28	10	41.7
	Toplam	25	100	24	100

Anne babaların mesleklerine göre dağılımında ise distimik gruptaki annelerin %80'inin ev hanımı olduğu ve bir işte çalışmadığı saptanmıştır. Bu oran kontrol grubunda %48 olarak bulunmuştur. Anne ve babaların

mesleklerine göre dağılımı Tablo 6'da ve aylık gelir düzeyleri Şekil-1'de detaylı olarak gösterilmiştir.

Tablo-6: Ebeveynlerin meslekleri

		Araştırma Grubu		Kontrol Grubu	
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Annenin işi	Çalışmıyor	20	80	12	50
	İşçi	1	4	2	8.3
	Memur	1	4	7	29.2
	Emekli	2	8	2	8.3
	Serbest	1	4	1	4.2
	Toplam	25	100	24	100
Babanın işi	Çalışmıyor	1	4	0	0
	İşçi	6	24	4	16.7
	Memur	4	16	2	8.3
	Emekli	4	16	3	12.5
	Serbest	10	40	15	62.5
	Toplam	25	100	24	100



Şekil-1: Ailelerin aylık gelir düzeyleri (YTL)

2. Distimik Bozukluk hastalarına ait bulgular

Distimik Bozukluk tanısıyla takip edilen 23 anne ve 2 baba çalışmaya alınmıştır. Distimik ebeveynler ile kontrol grubunun ortalama yaşları arasında bir farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$). Ortalama yaş değeri tüm ebeveynler için 38.48 yıl saptanmış araştırma grubundaki ebeveynler için 39.08 yıl, kontrol grubundaki ebeveynler için ise 37.88 yıl olarak bulunmuştur.

Distimik bozukluk tanısına sahip hastaların ilk psikiyatri başvurusu açısından dağılımı aşağıda Tablo-7'de belirtilmiştir.

Tablo-7: Distimik hastaların ilk psikiyatri başvuruları

		<i>n</i>	%
Distimik Ebeveynin İlk Psikiyatri Başvurusu	Son 1 yıl içinde	5	20
	Son 1-2 yıl arası	1	4
	Son 3-4 yıl arası	5	20
	Son 5-10 yıl arası	5	20
	11 yıldan daha önce	9	36
	Toplam	25	100

Grupların sosyal uyumu (SUKDÖ değerleri) bakımından anlamlı fark saptandı ($p<0.01$). Araştırma grubunun SUKDÖ puan ortalaması 36.6 ± 1.36 ve kesme puanının (normal ≥ 35) hafif üzerinde iken, kontrol grubunda 46.2 ± 0.79 olarak saptanmıştır. Araştırma grubunun sosyal uyumu kontrol grubuna göre daha düşük bulunmuştur.

Grupların evlilik uyumu (EUÖ değerleri) bakımından da anlamlı fark saptandı ($p<0.01$). Araştırma grubunun EUÖ puan ortalaması 31.3 ± 2.17 ile kesme puanının (normal ≥ 44) altında olarak saptanmışken, kontrol grubunda 47.11 ± 1.65 ile kesme puanının üstündedir. Araştırma grubunun evlilik uyumu kontrol grubuna göre daha düşük bulunmuştur.

Grupların ortalama SUKDÖ ve EUÖ puanları Tablo-8 de belirtilmiştir.

Tablo-8 : Ebeveynlerin ortalama SUKDÖ ve EUÖ puanları

	Toplam (n:55)	Araştırma Grubu (n: 28)	Kontrol Grubu (n: 27)
SUKDÖ	41.32 ± 1.02	36.6 ± 1.36	46.22 ± 0.79
EUÖ	39.07 ± 1.73	31.32 ± 2.17	47.11 ± 1.65

Psikiyatrik tedavi görme süresi 10 yıl ve daha fazla olan ebeveynlerin evlilik uyumu (EUÖ puanları), 10 yıldan az süredir tedavi görenlere göre daha düşük saptanmıştır ($p<0.05$). Ancak bu fark iki grubun sosyal uyumu (SUKDÖ puanları) açısından saptanmamıştır ($p>0.05$).

Evlilik uyumu yüksek ebeveynlerin SUKDÖ puanları anlamlı olarak yüksek bulundu ($p<0.01$). Evlilik uyumu yüksek saptanan grubun ortalama SUKDÖ değeri 45 iken evlilik uyumu düşük saptanan grubun ortalama SUKDÖ puanı 36 olarak saptandı.

Ebeveynlerin toplam SUKDÖ ve toplam EUÖ puanları arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon saptanmıştır ($r=0.576$; $p<0.001$). Ancak distimik ve kontrol grupları ayrı ayrı incelendiğinde, anlamlı korelasyon saptanmamıştır ($p>0.05$). Diğer yandan, psikiyatrik tanı almayan çocukların ebeveynlerinin toplam EUÖ ve SUKDÖ puanları arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon saptanmışken ($r=0.673$; $p<0.001$), psikiyatrik tanı alan çocukların ebeveynlerinin EUÖ ve SUKDÖ puanları arasında anlamlı bir korelasyon saptanmamıştır ($p>0.05$).

3. Çocuklara ait bulgular

Araştırma grubundaki çocuklarda psikiyatrik tanı alma oranı, kontrol grubuna göre yüksek bulunmuştur (sırasıyla % 61 ve %18.5; $p=0.001$) En sık alınan psikiyatrik tanı Duygudurum Bozukluğu (%17) ve Anksiyete bozukluğu (%17) olarak saptanmıştır. Detaylı bulgular Tablo-9'da sunulmuştur.

Araştırma grubundaki çocuklarda saptanan psikiyatrik bozuklukların cinsiyete göre dağılımı Tablo-10'da ayrıntılı olarak verilmiştir.

Tablo-9: Çocuklarda saptanan birincil psikiyatrik bozuklukların dağılımı

			Çocuklarda saptanan psikiyatrik bozukluk						
			Yok	DDB	AB	DAB	YDB	Diğer	Toplam
Grup	Araştırma grubu	n	11	5	5	2	4	1	28
		%	39.3	17.9	17.9	7.1	14.3	3.6	100
	Kontrol grubu	n	22	1	2	0	2	0	27
		%	81.5	2.9	7.4	0	7.4	0	100
	Toplam	n	33	6	7	2	6	1	55
		%	60	10.9	12.7	3.6	10.9	1.8	100

DDB: Duygudurum Bozukluğu, AB: Anksiyete Bozukluğu, DAB: Dışaatım Bozukluğu, YDB: Yıkıcı davranım Bozukluğu

Tablo-10: Araştırma grubundaki çocuklarda saptanan birincil psikiyatrik bozuklukların cinsiyete göre dağılımı

Araştırma Grubu		Çocuklarda saptanan birincil psikiyatrik bozukluklar							
		Yok	DDB	AB	DAB	YDB	Diğer	Top.	
Cinsiyet	kız	n	6	2	4	1	1	1	15
		%	21.4	7.1	14.3	3.6	3.6	3.6	53.6
	erkek	n	5	3	1	1	3	0	13
		%	17.9	10.7	3.6	3.6	10.7	0	46.4
Toplam		n	11	5	5	2	4	1	28
		%	39.3	17.9	17.9	7.1	14.3	3.6	100

DDB: Duygudurum Bozukluğu, AB: Anksiyete Bozukluğu, DAB: Dışaatım Bozukluğu, YDB: Yıkıcı davranım Bozukluğu

Çalışmaya katılan toplam 55 çocuktan 8'inde (%14.4) birincil psikiyatrik bozukluğa eşlik eden ek psikiyatrik tanı mevcuttur. Araştırma grubunda 7 kişide eş tanı varken bu durum kontrol grubunda 1 kişide saptanmıştır. Ek tanılar Tablo-11'de gösterilmiştir.

Tablo-11: Çocuklarda saptanan birincil tanıya ek psikiyatrik tanılar

			Çocuklarda saptanan ek psikiyatrik bozukluk						
			Yok	DDB	AB	DAB	YDB	Tik boz.	Toplam
Grup	Araştırma grubu	n	20	1	3	2	1	1	28
		%	71.4	3.6	10.7	7.1	3.6	3.6	100
	Kontrol grubu	n	26	0	0	1	0	0	27
		%	96.3	0	0	3.7	0	0	100
	Toplam	n	46	1	3	3	1	1	55
		%	83.6	1.8	5.5	5.5	1.8	1.8	100

DDB: Duygudurum Bozukluğu, AB: Anksiyete Bozukluğu, DAB: Dışa atım Bozukluğu, YDB: Yıkıcı davranım Bozukluğu, Tik Boz: Tik bozukluğu

Çocuklara uygulanan “Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu” (ÇDŞG-ŞY) çizelgesinde yer alan geçmiş tanı değerlendirmesine göre sonuçlar tablo-12’de belirtilmiştir.

Tablo-12: Çocuklarda geçirilmiş psikiyatrik bozukluklar(Geçmiş Tanı).

			Çocuklarda geçirilmiş psikiyatrik bozukluklar							
			Yok	Tik Boz	ASB	DAB	DDB	YDB	SAB	Toplam
Grup	Araştırma grubu	n	21	1	1	2	1	1	1	28
		%	75	3.6	3.6	7.1	3.6	3.6	3.6	100
	Kontrol grubu	n	26	0	0	1	0	0	0	27
		%	96.3	0	0	3.7	0	0	0	100
	Toplam	n	47	1	1	3	1	1	1	55
		%	85.5	1.8	1.8	5.5	1.8	1.8	1.8	100

Tik Boz: Tik bozukluğu, ASB: Akut Stres Bozukluğu, DAB: Dışa atım Bozukluğu, YDB: Yıkıcı davranım Bozukluğu, SAB: Seperasyon Anksiyetesi

Piers Harris Çocuklarda Öz-Kavram Ölçeği'nin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması 9-20 yaş grubunu kapsamaktadır. Çalışmamızda, 7-9 yaş grubunun ölçeği destekle yanıtlayabildiği görüldüyse de, istatistiksel analizlerde ilgili benlik algısı puanları, 9-17 yaş grubumuz için bildirilmektedir.

Piers Harris benlik algısı puanları açısından cinsiyete göre anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$), kızların ortalama puanı erkeklere göre biraz daha düşük bulunmuştur (sırasıyla 58.75 ve 61.85). Çocuklar aile tiplerine göre kıyaslandığında da çekirdek aile ve geniş aile arasında Piers Harris benlik algısı puanları açısından anlamlı bir fark gösterilememiştir ($p>0.05$).

Çocukların Piers Harris benlik algısı puanları araştırma grubu ve kontrol grubunda karşılaştırmalı olarak alt faktörleri ile birlikte verilmiştir (Tablo-13). Buna göre distimik ebeveyn çocukları ile kontrol grubundaki ebeveyn çocuklarında benlik algısı puanları açısından anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo-13: Çocukların ebeveyn gruplarına göre Piers Harris ortalama toplam ve faktör puanları

Grup	PHH	PH1	PH2	PH3	PH4	PH5	PH6
Araştırma grubu (n:25)	58.76± 11.13	9.96± 3.03	7.28± 2.44	9.32± 1.57	12.32± 2.81	6.96± 2.44	4.84± 1.31
Kontrol grubu (n:19)	62.00± 7.66	10.00± 2.83	7.47± 1.74	9.90± 1.63	13.16± 1.30	7.37± 1.92	5.16± 1.34
Toplam (n:44)	60.16± 9.82	9.98± 2.91	7.36± 2.15	9.57± 1.61	12.68± 2.30	7.14± 2.22	4.98± 1.32

(Tümü için $p>0.05$) : Piers-Harris Ham puanı, PH: Piers-Harris faktör

Benlik algısı puanları her iki gruptaki psikiyatrik tanı alan çocuklarla psikiyatrik tanı almayan çocuklar arasında karşılaştırıldığında, benlik algısı toplam puanı ile faktör 1, 3 ve 5 puanları hasta çocuklarda sağlıklı çocuklara göre anlamlı oranda düşük bulundu ($p<0.05$). Faktör 2, 4 ve 6 puanları açısından ise anlamlı fark saptanmamıştır (Tablo-14).

Ayrıca araştırma grubundaki sağlıklı çocuklar ile kontrol grubundaki sağlıklı çocuklar ve araştırma grubundaki tanı alan çocuklar ile kontrol grubundaki tanı alan çocukların Piers Harris ham puan ve faktör ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Araştırma grubunda psikiyatrik tanı alan ve almayan çocukların Piers Harris puanları karşılaştırıldığında aralarında anlamlı bir fark saptanmazken

($p>0.05$), kontrol grubundaki psikiyatrik tanı alan çocukların Piers Harris ham puan ($p<0.05$), faktör-1 ($p<0.05$), faktör-2 ($p<0.05$) ve faktör-3 ($p<0.01$) puan ortalamaları tanı almayan çocuklara göre daha düşüktür (Tablo-15).

Tablo-14: Psikiyatrik tanı saptanan ve saptanmayan çocukların Piers Harris puanları

Tüm gruplarda psikiyatrik tanı saptanan ve saptanmayan çocukların Piers Harris puanları								
Psikiyatrik tanı		PH-Ham	PH-1	PH-2	PH-3	PH-4	PH-5	PH-6
VAR (n:19)	<i>ortalama</i> ±standart sapma	56.05 ± 10.93 *	8.84± 3.32 *	6.68± 2.11	8.79± 1.87 *	12.11± 2.83	6.32± 2.56 *	5.11± 1.15
YOK (n:25)	<i>ortalama</i> ±standart sapma	63.28± 7.72	10.84± 2.27	7.88± 2.07	10.16± 1.07	13.12± 1.74	7.76± 1.72	4.88± 1.45
		P<0.05	P<0.05	P>0.05	P<0.01	P>0.05	P<0.05	P>0.05

PH-H: Piers-Harris Ham puanı, PH1,2,3,4,5,6: Piers-Harris faktörleri; *($p<0.05$).

Tablo-15: Ebeveyn grubuna göre Piers Harris puanlarının karşılaştırılması

		Piers Harris puanları (<i>ortalama</i> ± ss)						
		PH-Ham	PH-1	PH-2	PH-3	PH-4	PH-5	PH-6
Araştırma Gruplarında Psikiyatrik tanı	VAR (n:15)	56.40± 12.24	9.27± 3.28	6.93± 2.31	9.00± 1.81	11.87± 3.14	6.33± 2.74	5.00± 1.20
	YOK (n:10)	62.30± 8.62	11.00± 2.40	7.80± 2.66	9.80± 1.03	13.00± 2.21	7.90± 1.60	4.60± 1.51
p		a.d.	a.d.	a.d.	a.d.	a.d.	a.d.	a.d.
Kontrol Grubu Çocuklarında Psikiyatrik tanı	VAR (n:4)	54.75± 3.86	7.25± 3.40	5.75± 0.50	8.00± 2.16	13.00± 0.82	6.25± 2.06	5.50± 1.00
	YOK (n:15)	63.93± 7.30	10.73± 2.25	7.93± 1.67	10.40± 1.06	13.20± 1.42	7.67± 1.84	5.07± 1.44
p		*	*	*	**	a.d.	a.d.	a.d.

*: $p<0.05$; **: $p<0.01$; a.d: anlamlı değil.

Çocukların benlik algısı puanları, distimik ebeveynin psikiyatriste ilk başvurma zamanına göre iki grup şeklinde karşılaştırıldığında, ebeveyni en az

10 yıldır psikiyatrik tedavi görenlerin Piers Harris ham puanı, faktör 2 ve faktör 5 puanları, 10 yıldan kısa süredir tedavi görenlere göre anlamlı olarak düşük saptanmıştır (tümü $p<0.05$); diğer faktörler açısından ise anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Çokboyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması 12-18 yaş grubunu kapsamaktadır. Çalışmamızda, 7-9 yaş grubunun ölçeği birebir destekle yanıtlayabildiği görüldüyse de, istatistiksel analizlerde ilgili algılanan sosyal destek puanları, 12-18 yaş grubumuz için bildirilmektedir

Sosyal Destek ham puanı ve faktörleri ortalama puanları açısından kız ve erkek çocuklar arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Çekirdek aile (n:23) ve geniş aile (n:1) arasındaki fark, örneklemin kısıtlılığı nedeniyle hesaplanamamıştır .

Çocukların Çokboyutlu Algılanan Sosyal Destek ham puanları ve alt faktörleri açısından incelendiğinde, distimik ebeveyn çocukları ile kontrol grubundaki ebeveyn çocukları arasında algıladıkları sosyal destek açısından anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$).

Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçek puanları psikiyatrik tanı alan ve almayan çocuklarda karşılaştırıldığında, toplam puan ve alt faktörler açısından anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$). Aşağıda Tablo-16' da ayrıntılı olarak belirtilmiştir.

Çocukların çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği puanları distimik ebeveynin psikiyatriste ilk başvurma zamanına göre 10 yıl ve daha uzun süredir psikiyatrik tedavi görenlerle, 10 yıldan az süredir tedavi görenler olarak karşılaştırıldığında, iki grup arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo-16: Psikiyatrik tanı saptanan ve saptanmayan çocukların çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği puanları

Psikiyatrik tanı		SDÖ-H	SDÖ-1	SDÖ-2	SDÖ-3
Yok (n:16)	Ortalama ± ss ss	65.68 ± 11.07	23.06 ± 4.81	22.69 ± 4.99	19.94 ± 7.85
Var (n:9)	Ortalama ± ss	55.67 ± 18.13	19.22 ± 4.87	18.33 ± 7.07	18.11 ± 8.39
Toplam	Ortalama± ss	62.08 ± 14.61	21.68 ± 5.09	21.12 ± 6.06	19.28 ± 7.92

p>0.05, SDÖ: çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği, SDÖ-H: Ham puan, SDÖ1-2-3: Faktör puanları

Çocuklara uygulanan Piers Harris benlik algısı ve Sosyal destek ölçeklerinin toplam puanları arasında (12 yaşından büyük) tüm çocuklarda (n:25; r=0.560; p<0.01) ve kontrol grubundaki çocuklarda (n:12; r=0.647; p<0.05) pozitif yönde anlamlı düzeyde bir korelasyon saptanmıştır; ancak araştırma grubundaki çocuklarda (n:13; p>0.05) bir korelasyon saptanamamıştır.

Ebeveynler, evlilik uyum ölçeğinin kesme puanı olan 42'nin altı (patolojik) ve üstü (yüksek) olarak iki ayrı gruba ayrıldığında, iki gruptaki çocukların Piers Harris benlik algısı ve algılanan sosyal destek ölçek toplam ve faktör puanları karşılaştırıldı ve Piers-Harris faktör 5 dışında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı (p>0.05). Piers-Harris faktör 5 ortalaması, evlilik uyumu düşük ebeveyn çocuklarında daha düşük bulundu (p<0.05).

Ebeveynler, Sosyal Uyum Kendini Değerlendirme Ölçeği (SUKDÖ) kesme puanı olan 35'in altı (patolojik) ve üstü (yüksek) olarak iki gruba ayrıldığında ise sosyal uyumu yüksek ebeveyn çocukları ile yüksek olmayan ebeveyn çocuklarının Piers Harris benlik algısı ve algılanan sosyal destek ölçek toplam puan ve faktörlerin ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmadı (p>0.05).

Ebeveynin sosyal uyum ortalama puanı ve evlilik uyumu ortalama puanı, psikiyatrik tanı alan çocuklarda almayanlara göre daha anlamlı ölçüde düşük bulunmuştur (p<0.05). Tanı alan ve tanı almayan çocukların

ebeveynlerinin evlilik uyum puan ölçekleri ve sosyal uyum ölçekleri karşılaştırmalı olarak tablo-17’de sunulmuştur.

Tablo-17: Tanı alan ve tanı almayan çocukların ebeveynlerinin evlilik uyum puan ölçekleri ve sosyal uyum ölçekleri

Çocukta psikiyatrik tanı	Ebeveynlerin ölçek puanları		
		Toplam SUKDÖ	Toplam EUÖ
Yok	<i>n</i>	33	33
	<i>ortalama</i>	43.67±1.21	43.47±1.76
	<i>min</i>	26	23
	<i>max</i>	59	59
Var	<i>n</i>	22	22
	<i>ortalama</i>	37.77±1.53	32.05±2.87
	<i>min</i>	26	3
	<i>max</i>	48	52
Toplam	<i>n</i>	55	55
	<i>ortalama</i>	41.32±	39.07±
	<i>min</i>	26	3
	<i>max</i>	59	59
		P=0.006	P=0.001

SUKDÖ: Sosyal Uyum Kendini Değerlendirme Ölçeği. EUÖ: Evlilik Uyum Ölçeği

TARTIŞMA ve SONUÇ

1. Sosyodemografik Veriler

Çalışmamıza Araştırma Grubu olarak distimi tanısı ile Uludağ Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı'nda takip edilen 25 hasta ve bunların okul çağındaki çocukları (n:28) alınmıştır. Kontrol grubu olarak çalışmaya psikiyatrik tedavi görmeyen 24 ebeveyn ve bunların 27 çocuğu katılmıştır.

Araştırma grubunda 23 kadın ve 2 erkek distimi hastası bulunmaktadır. Bizim çalışmamızda erkek hastaların sayısının düşük olduğu görülmektedir. Distimik bozukluğun kadınlarda erkeklere oranla 2-3 kat fazla görüldüğü bilinmektedir (2). Ancak erkek hasta sayısının bu kadar düşük olmasında erkek distimiklerin tedavi için öncelikle diğer dahili branşlara başvurmasının etkili olduğu düşünülebilir. Bunun neticesi olarak daha ileri yaşta tanı aldıkları ve çalışmaya uygun yaşta çocuklarının olmadığı düşünülebilir.

Çalışmaya katılan ailelerin sosyoekonomik düzeyleri karşılaştırıldığında araştırma grubunun gelir düzeyinin ve okumuşluk oranlarının kontrol grubuna kıyasla daha düşük olduğu saptanmıştır. Özellikle düşük sosyoekonomik düzeyde ebeveyn psikopatolojisinin çocukta psikopatoloji gelişme riskini daha fazla arttırdığı daha önce gösterilmiştir (80, 81).

Kontrol grubu ve araştırma grubundaki çocuklara 5 yaşına gelene kadar kimin bakım verdiği sorgulanmıştır. Kontrol grubundaki çocukların kreşe gitme / bakıcı tarafından büyütülme oranlarının daha yüksek bulunması, iki grup arasındaki sosyoekonomik farklılıktan kaynaklanabilir. Diğer yandan, kontrol grubunda çalışan ebeveyn oranının daha yüksek olması sonucunda çocuk bakımında bakıcı veya kreş desteğine ihtiyaçları daha fazla olabilir. Çalışmayan ebeveynin çocuk bakımını büyük oranda kendisinin üstlenmesi sonucunda daha çok yıpranarak çocuk yetiştirme konusunda tükenmişliğe bağlı yetersiz ve yanlış tutum sergilemesi olasıdır.

2. Ebeveyne ait veriler

Bizim bulgularımızda araştırma grubundaki ebeveynlerin ortalama evlilik uyum puanı kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır ($p<0.01$). Evlilik uyumu, araştırma grubunda patolojik düzeyde düşük, kontrol grubunda ise normal olarak bulunmuştur. Bu bulgu, okul problemleri ve dışa yönelim problemleri ile ebeveynin evlilik uyumu arasında anlamlı bir birliktelik olduğunu gösteren yayınlarla benzerlik göstermektedir (41). Bu çalışmalarda depresyonu olan annenin eşine ve çocuğuna karşı soğuk davrandığı, bunun neticesinde de çocuklarda eyleme vurma davranışının (acting out) daha fazla olduğu saptanmıştır. Annenin düşük evlilik uyumunun dışa yönelim bozukluğu ile ilişkili olduğu kadar içe yönelim davranışları ile de yakından ilişkili olduğunu belirten birçok yayın vardır (42, 43, 44, 45).

Yine bizim çalışmamızda ebeveynlerin sosyal işlevsellik düzeylerini ölçen Sosyal Uyum Kendini Değerlendirme Ölçeği (SUKDÖ) ortalama puanı araştırma grubunda kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur ($p<0.01$). Sosyal uyumu, araştırma grubunda normalin alt sınırında, kontrol grubunda ise normal olarak bulunmuştur. Distimi, kişinin işlevselliğini olumsuz yönde etkileyen kronik bir hastalıktır (1,2,8.82,83). Hem DSM-IV hem de ICD-10 araştırma kriterlerinde 'sosyal geri çekilme' önemli bir tanı kriteridir (2). Bu bulgularla birlikte düşünüldüğünde, SUKDÖ puanlarındaki düşüklük beklenen bir sonuçtur.

Ebeveynlerin EUÖ ile SUKDÖ puanları arasında pozitif yönde anlamlı düzeyde korelasyon saptanması, evlilik uyumunun, kişiyi sosyal uyum ve işlevselliğinin önemli bir parçası olması nedeniyle beklenen bir sonuçtur. Bu korelasyonun, araştırma ve kontrol grubu için ayrı ayrı gösterilememiş olması, iki değişken arasında multifaktöriyel bir etkileşimin sonucu olabilir.

On yıldan uzun süredir distimi tedavisi görenlerin evlilik uyumları 10 yıldan daha kısa süredir tedavi görenlerden anlamlı ölçüde düşük saptanmıştır ($p<0.05$). Diğer yandan, sosyal uyum açısından böyle bir fark saptanmamıştır. Bu durum, kronik bir rahatsızlık olan distiminin zamanla

evlilik uyumunu olumsuz yönde etkileyebileceğini, sosyal uyumun ise nispeten daha az etkilendiğini düşündürmektedir.

3. Çocuklara ait veriler

Bizim çalışmamızda araştırma grubunda yer alan 28 çocuktan 17 sinde (%60.7) psikiyatrik bozukluk saptanmıştır. 8 çocukta ise ilave bir psikiyatrik eş tanı olduğu görülmüştür. Ayrıca 7 çocuğun geçmişte bir psikiyatrik bozukluk geçirdiği saptanmıştır. Kontrol grubunda ise 27 çocuktan 5'inde (%18.5) psikiyatrik bozukluk saptanmıştır. 1 çocukta ilave ek tanı ve 1 çocukta geçmiş tanı saptanmıştır. Depresyonu olan annelerin çocuklarında psikiyatrik semptom ve bozukluk sıklığının daha yüksek olduğunu gösteren birçok çalışma vardır (9,10,11,12,13,18,47,53,57,69). Ancak distimik ebeveyn çocukları ile ilgili çok az çalışma vardır (57).

Bizim çalışmaya aldığımız 28 çocuktan 11'inde psikiyatrik bozukluk saptanmazken komorbidite hesaba katılmadan 5 çocukta duygudurum bozukluğu, 5 çocukta anksiyete bozukluğu, 4 çocukta yıkıcı davranım bozukluğu, 2 çocukta dışa atım bozukluğu, 1 çocukta ise konuşma bozukluğu (disleksi) birincil tanı olarak saptanmıştır. Bu değerlere ek tanıları da dahil edersek sonuç olarak 8 çocukta anksiyete bozukluğu, 6 çocukta duygudurum bozukluğu, 5 çocukta yıkıcı davranım bozukluğu, 4 çocukta dışa atım bozukluğu, 1 çocukta tik bozukluğu, 1 çocukta ise konuşma bozukluğu saptanmıştır. Bu durumda bizim çalışmamızda distimik hasta çocuklarında en sık görülen psikiyatrik bozukluk olarak anksiyete bozukluğu saptanmıştır. Bizim çalışmamızı destekleyen yayınlar olduğu gibi (53), en sık olarak duygudurum bozukluğunun (47,57) veya yıkıcı davranım bozukluğunun (69) görüldüğü yayınlar da vardır.

Bu yayınlara ve farklılıklara bakacak olursak;

Bizim çalışmamıza benzer bir çalışmada Lizardi ve ark. (57) 21 distimik anne ve bunların 41 ergen ve genç yetişkin çocuklarını incelemiş ve 41 çocuktan 20'sinde duygudurum bozukluğu, bunların 15'i major depresyon, 6 'sı distimik bozukluk; 9'unda anksiyete bozukluğu, bunların 7'si fobik

bozukluk, 3'ü panik bozukluk, 1'inde obsesif kompulsif bozukluk; 13'ünde madde kullanımı; 2 çocukta yeme bozukluğu ve 1 çocukta psikotik bozukluk saptamıştır. Bizim çalışmamızla kıyasladığımızda bu çalışmada çocuklarda psikopatoloji sıklığı, özellikle de duygudurum bozukluğu oranı oldukça yüksek bulunmuştur. Ayrıca bu grupta madde kullanımı oranları da yüksek bulunmuştur. Bunun nedeni olarak iki çalışma arasındaki örneklem gruplarının yaşları arasındaki farklılık düşünülebilir. Lizardi 'nin yaptığı araştırmada çocukların yaş ortalaması 23.2 ± 7.3 yıl iken bizim çalışmamızda ortalama yaş değeri 11.64 ± 0.54 yıl olarak bulunmuştur. Çocuklardaki anksiyete bozukluğu başlığı altındaki tanılara baktığımızda özellikle çocukluk döneminde görülen ayrılık anksiyetesi bozukluğu tanılarının bu farklılığa yol açmış olabileceği muhtemeldir. Ayrıca çocukluk döneminde sık görülen dışa atım bozukluğuna sahip çocukların zaman içinde özgüvende azalma, sosyal izolasyon, dışlanma gibi olumsuz faktörlere maruz kaldıkları ve bu kişilerin yetişkin dönemde karşımıza depresyon tanısıyla geldiği de bildirilmektedir (84,85,86). Bu etkenlerden dolayı bizim çalışmamızdaki hastaların genç yetişkinlik döneminde tekrar değerlendirilmesi halinde Lizardi'nin çalışmasındaki gibi depresyon oranlarının artması beklenebilir.

Bu konuda Hammen ve ark.'larının (47) yaptıkları çalışmada 13 unipolar depresyonu olan annenin 8-16 yaş arası 19 çocuğu çalışmaya alınmış. 19 çocuktan 14'ünde duygudurum bozukluğu, 7'sinde yıkıcı davranım bozukluğu, 6'sında anksiyete bozukluğu, 6'sında madde kullanımı saptanmış. 5 çocukta ise psikopatoloji saptanmamış. Hamman ve ark.'ın çalışmasının bizim çalışmamızdan farkı duygudurum bozukluğu oranının yüksek çıkmasıdır. Bu yükseklik annelerdeki unipolar depresyonun distimiye göre daha yüksek oranda genetik geçiş göstermesine bağlı olabilir (87,88). Ayrıca bir önceki çalışmada olduğu gibi, madde kullanım oranları bizim çalışmamızdan yüksek saptanmıştır. Bu konuda ülkemizde madde kullanım sıklığını araştıran anket araştırmaları olmasına rağmen psikiyatrik değerlendirme sonucu madde kullanım bozukluğu tanısı konan hastalarla ilgili çocuk ve ergenlerde prevalans değerlerine ulaşamamıştır. Bu yüzden net bir yorum yapmak mümkün olmasa da, okul anket çalışmaları

sonuçlarına göre, ülkemizde bu oranların daha düşük olduğu düşünülebilir (89,90).

Öç ve arkadaşlarının (69) major depresyonlu 18 ebeveynin çocuklarını incelediklerinde, yıkıcı davranım bozukluğu 5 çocukta, anksiyete bozukluğu 2 çocukta, major depresyon 2 çocukta, dışa atım bozukluğu 2 çocukta ve diğer bozukluklar 2 çocukta saptamışlar, ayrıca 5 çocukta psikiyatrik bozukluk saptamamışlardır. Bizim çalışmamızdan ve diğer iki çalışmalardan farklı olarak bu çalışmada yıkıcı davranım bozukluğu oranları daha yüksek bulunmuştur. Bunun nedeni çalışmalardaki denek sayılarının düşüklüğü olabileceği gibi özellikle bu çalışma için tanı koymadaki yöntem farklılığı düşünülebilir. Bizim çalışmamızda 'Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi- Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu (ÇDŞG-ŞY)' isimli yarı yapılandırılmış görüşme çizelgesi kullanılırken Öç'ün yaptığı çalışmada tanı psikiyatrik görüşme ile konulmuştur.

Jeffery G. Johnson ve ark. (53) yaptıkları bir çalışmada psikiyatrik bozukluğu olan annelerin çocuklarına bakılmış ve bu çalışmada da çocuklarda anksiyete bozukluğu en sık olmak üzere sırasıyla duygudurum bozukluğu, yıkıcı davranım bozukluğu, madde kullanımı görülmüştür. Bu çalışmadaki çocuklarda hastalık görülme sıklığı ile ilgili bulgular bizim çalışmamız arasında benzerlikler görülmektedir. Ancak bu çalışmada annenin psikiyatrik tedavi görüyor olması yeterli bir kriter olarak alınmıştır.

Yine bizim çalışmamızda psikiyatrik tanı alan 17 çocuktan 8'inde komorbid bir psikiyatrik bozukluk saptanmıştır. 2 hastada yıkıcı davranım bozukluğu ve dışaatım bozukluğu, 1 hastada anksiyete bozukluğu ve tik bozukluğu, 3 hastada duygudurum bozukluğu ve anksiyete bozukluğu, 1 hastada duygudurum bozukluğu ve yıkıcı davranım bozukluğu, 1 hastada ise anksiyete bozukluğu ve yıkıcı davranım bozukluğu birlikteliği saptanmıştır. Burada en sık duygudurum bozukluğu ile anksiyete bozukluğu birlikteliği göze çarpmaktadır (n:3). Bu birliktelik de psikiyatrik hastalıklar arasında en sık görülen komorbid durumlardan birisidir (91).

Tanı dağılımı, cinsiyete göre incelendiğinde ise araştırma grubunda kızların (n:15) %13.3' ünün (n:2) duygudurum bozukluğuna, %26.7'sinin (n:4) anksiyete bozukluğuna, %3.6'sının (n:1) dışaatım bozukluğuna, % 3.6'sının (n:1) yıkıcı davranım bozukluğuna ve %3.6'sının (n:1) diğer psikiyatrik bozukluğa (konuşma bozukluğu) sahip olduğu bulunmuştur. Erkeklerin (n:13) ise %23.1'inin (n:3) duygudurum bozukluğuna, % 7.7'sinin (n:1) anksiyete bozukluğuna, % 7.7'sinin (n:1) dışaatım bozukluğuna, %23.1'inin (n:3) yıkıcı davranım bozukluğuna sahip olduğu saptanmıştır. Denek sayısının düşüklüğü genellemeye izin vermese de, bu sonuçlarla distimik ebeveynlerin kızlarında anksiyete bozukluğunun, erkekler çocuklarında ise yıkıcı davranım bozukluğunun daha sık görüldüğü düşünülebilir. Marmorstein ve arkadaşlarının 2004 yılında yaptıkları çalışma da bizim hipotezimizi destekler şekilde depresyonu olan kadınların erkek çocuklarında yıkıcı davranım bozukluğu sıklığını kızlara oranla yaklaşık 4 kat yüksek bulmuştur (55).

Çocukların benlik algılarına bakıldığında, araştırma grubundaki çocukların Piers Harris benlik algısı toplam ve faktör ortalama puanları kontrol grubundaki çocuklara göre (istatistiksel olarak anlamlı olmasa da) daha düşük bulunmuştur. Öç ve ark'nın yaptıkları bir çalışmada da benzer sonuçlar elde edilmiştir (70). Bu sonuçlar bize ebeveyndeki distimik bozukluğun çocuktaki psikiyatrik bozukluk sıklığını arttırmasının yanısıra çocuğun benlik algısını da düşürebileceğini düşündürmektedir. Buna distimik annelerin çocuklarının kişilik ve davranışlarını kafalarındaki olumsuz temalara göre değerlendirmesi ve çocuklarına olduğundan daha fazla sorun atfetmesi sonuçta da çocuğun yetersizlik duygularının pekişmesi neden olabilir (22, 23, 24). Bağlanma kuramı açısından bakıldığında ise özellikle temel güven duygusunun oluştuğu ilk yıl içerisinde annenin çocuğa karşı tutumları oldukça önemlidir. Annenin bu dönemde geçirdiği bir depresyon, annenin bebeğine karşı ilgisiz, tahammülsüz olmasına ve duygusal katılım gösterememesine neden olmaktadır (27,28, 29,30). Temel güven duygusu sekteye uğrayan bir çocuğun benlik algısı ve öz güveninin düşük olması kaçınılmaz bir sonuç gibi

görülmektedir. Bizim çalışmamızda istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamasının nedeni, örneklem sayısının küçüklüğü olabilir.

Benlik algısı puanları cinsiyete göre incelendiğinde, kız çocukların benlik algısının erkek çocuklarından (anlamlı ölçüde olmasa da) bir miktar daha düşük olarak saptanmıştır. Bu konuda ülkemizde yapılan önemli çalışmalardan biri A. Çelik'in SSK Ankara Hastanesi Çocuk Psikiyatri polikliniğine başvuran çocuklardaki benlik algısı ile ilgili yaptığı araştırmasıdır (92). Bu çalışmada da bizim çalışmamıza benzer şekilde piers harris puanlarının kız çocuklarda erkeklere oranla daha düşük olduğu saptanmıştır. Ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Bunun nedeni olarak cinsel kimliğin ergenlikten sonra yerleşmeye başlaması nedeniyle cinsiyetin benlik kavramı üzerindeki etkisini azaltıcı fonksiyonu ile açıklanabilir.

Çelik'in çalışmasında da, bizim çalışmamıza benzer şekilde, geniş ailede yaşayan çocukların benlik algısı puanları ile çekirdek ailede yaşayanların puanları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır. Bunun nedeni,denek sayısının düşüklüğü olabileceği gibi, geleneksel aile yapılarının değişmesi de olabilir. Anne-babaların çocuklarını kendi yetiştirilişlerinde olduğu gibi sıkı disiplin ve terbiye kurallarına bağlı kalarak yetiştirmedikleri gözle görülür bir gerçektir. Aile yapısı gelenekselliğini korusa bile, medyanın da etkisiyle aile içi ilişkilerin gelenekselliğini koruyamaması sonuç üzerinde etkili olabilir.

Çalışmamızda benlik algısı puanları psikiyatrik tanı alan çocuklarla psikiyatrik tanı almayan çocuklar arasında karşılaştırıldığında ise Piers Harris ortalama toplam puan, Faktör 1 (mutluluk, doyum), Faktör 3 (popülarite, sosyal beğeni) ve Faktör 5 (fiziksel görünüm) puanları hasta çocuklarda anlamlı düzeyde düşük olarak saptanmıştır ($p<0.05$). Faktör 2 (kaygı), Faktör 4 (davranış ve uyma-konformite) ile Faktör 6 (zihinsel ve okul durumu) açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Bu bulgular bize ebeveyni distimik olsun veya olmasın çocuktaki psikiyatrik bozukluğun çocuğun benlik algısını düşürebildiğini göstermektedir ve beklenen bir sonuçtur.

Çocukların benlik algısı puanları distimik ebeveynin ilk psikiyatriye başvurma zamanına göre 10 yıl ve daha uzun süredir psikiyatrik tedavi görenlerle, 10 yıldan az süredir tedavi görenler olarak karşılaştırıldığında ise ortalama toplam puan ile faktör 2 (kaygı) ve faktör 5 (fiziksel görünüm) puanları anlamlı olarak düşük saptanmıştır ($p<0.05$). Diğer faktörler açısından ise anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Her iki grup arasında çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği puanları açısından ise yine anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Bu bulgular bize ebeveynin hastalığı kronikleştikçe çocuğun benlik algısının daha çok etkilendiğini göstermesi bakımından önemlidir. Diğer alt faktörlerde istatistiksel anlamlılık saptanmaması ise örneklem sayısının küçüklüğü ile açıklanabilir.

Çocukların çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçek puanları psikiyatrik tanı alan ve almayan çocuklar açısından karşılaştırıldığında, toplam puan ve alt faktörlerde anlamlı bir fark saptanmamıştır. Bu durum, örneklemimizdeki psikiyatrik hastalığı olan çocukların algıladıkları sosyal desteğin, psikiyatrik tanı almayan çocuklara göre azalmadığı yönünde değerlendirilebilir ve şaşırtıcı bir sonuçtur. Toplumda ve aile içinde görülebilen stigmatizasyon göz önünde bulundurulduğunda, net bir yorum için daha geniş örnekleme ihtiyaç duyulduğu açıktır.

Çocuklara uygulanan her iki ölçek (Piers Harris benlik algısı ve Algılanan Sosyal destek ölçeği) toplam puanları arasındaki korelasyona bakıldığında, 'tüm çocuklarda' ve kontrol grubundaki çocuklarda pozitif yönde anlamlı bir korelasyon saptanmıştır ($p<0.05$); ancak araştırma grubundaki çocuklarda bir korelasyon saptanamamıştır. Bu durum, distimik hastaların çocuklarının algıladıkları sosyal destek ile bu çocukların benlik algısı arasındaki ilişkinin multifaktöriyel özelliğinden ve ayrıca örneklemin küçüklüğünden kaynaklanabilir.

Ebeveynin sosyal uyum ve evlilik uyumu ortalama puanı, psikiyatrik tanı alan çocuklarda almayanlara göre daha düşük bulunmuştur. Diğer yandan, sağlıklı çocukların ebeveynlerinin evlilik uyum puanları ve sosyal uyum puanları arasında pozitif yönde korelasyon saptanmışken, psikiyatrik

tanı alan çocukların ebeveynlerinde böyle bir korelasyon saptanmamıştır. Distimi tanısına sahip ebeveynlerin evlilik uyumları ve sosyal uyumları kontrol grubuna göre anlamlı olarak düşük bulunmuştur. Bu veriler, evlilik uyumu ve sosyal uyumu düşük ailelerin çocuklarının daha sık psikiyatrik bozukluğa sahip olduğu şeklinde yorumlanabileceği gibi, hasta bir çocuğa sahip olmanın ebeveynin evlilik uyumunu ve sosyal uyumunu azalttığı da düşünülebilir. Bizim bulgumuzu destekler nitelikte annenin evlilik uyumundaki zorluklarının çocukları olumsuz etkilediği ile ilgili birçok araştırma vardır (41,42, 43, 44, 45).

Sonuç olarak çalışmamızda anne ya da babasında distimik bozukluk olan çocukların psikiyatrik başvurusu olmayan anne-babaya sahip çocuklara göre daha fazla ruhsal bozukluk tanısı aldığı görülmüştür. Diğer yandan, araştırma grubu ve kontrol grubundaki çocuklar arasında benlik algısı ve algılanan sosyal destek düzeyi açısından anlamlı fark saptanmamıştır. Örneklem sayısı daha ileri çıkarımlara izin vermemektedir. Ayrıca distimik ebeveynlerin evlilik uyumları ve sosyal uyumlarının psikiyatrik öyküsü olmayan ebeveynlere göre anlamlı ölçüde daha düşük olduğu saptanmıştır.

Çalışmanın gönüllü ailelerle yürütüldüğü göz önüne alındığında, bu ailelerin sorunların farkındalığı ve destek arayışı içinde olmaları sonuçların genellenebilirliğini kısıtlamaktadır.

Bu çalışmanın daha büyük bir örneklem grubu ile yürütülmesinin, ayrıca ailelerin belirli bir zaman sonra tekrar değerlendirilmesinin, ek olarak çalışmaya farklı hastalıklara sahip ebeveyn çocukları ile karşılaştırmaların eklenmesinin yararlı olacağı düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

- 1-Sarandöl A. Distimik Bozukluk. Birinci Basamak İçin Psikiyatri 2003; 2:16-24.
- 2-Yazıcı O. Distimi. Klinik Psikiyatri 2004; 7 : 54-62.
- 3- Akiskal, HS. Mood disorders: historical introduction and conceptual overview. In: Sadock BJ, Sadock VA. , editor. Comprehensive textbook of psychiatry. 8. baskı Williams & Willkins. New York. 2005 : 1559–1527.
- 4- J.L Ayuso , Et al Depressive disorders in Europa: prevalance figures from the ODIN Study. British Journal of Psychiatry 2001; 179 :308-16.
- 5- Vicente B, Kohn R, Rioseco P, Et al. Population prevalence of psychiatric disorders in chili: 6-month and l-month rates. BJ psychiatry. 2004;184:299.
- 6- Mohamad J. M, Hossein S.T, Mahnaz F, Et al. Prevalence of depressive disorders in Rasht, Iran: A community based study. Clin Pract Epidemol Ment Health. 2008; 4: 4-20.
- 7- Kılıç C. Türkiye Ruh Sağlığı Profili: Erişkin nüfusta ruhsal hastalık yaygınlığı, ilişkili faktörler, yeti yitimi ve ruh sağlığı hizmeti kullanımı sonuçları. Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu, T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara, Eksen Tanıtım Ltd.Sti; 77-93.
- 8- Özmen E, Ögel K, Sağduyu A, Boratav C. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Distimik Bozukluk. Türk Psikiyatri Dergisi 2002;13 : 23-32.
- 9- Leiferman J. The Effects of Maternal Depressive Symptomatology and Maternal Behaviors Associated with Child Health. Health Education and Behavior 2002 ; 29 : 496-607.
- 10- Rahman A, Harrington R, Bunn J. Can Maternal Depression Increase Infant Risk of Illness and Growth Impairment in Developing Countries? Child : Care, Health and Development 2002 ; 28: 51-56.
- 11- Lovejoy MC, Graczyk PA, O'Hare E, Neuman G. Maternal depression and Parenting Behavior: A Meta-Analytic Review. Clinical Psychology Review 2000 ; 20 : 561-592.

- 12- Goodman SH, Gotlib IH. Risk for psychopathology in the children of depressed mothers: a developmental model for understanding mechanisms of transmission. *Psychological Review* 1999; 106 : 458-490.
- 13- Cummings EM, Davies PT. Maternal Depression and Child Development. *J Child Psychology and Psychiatry* 1994 ; 35 : 73-112.
- 14- Sullivan PF, Neale MC, Kendler KS. Genetic epidemiology of major depression: review and meta-analysis. *Am J Psychiatry* 2000; 157 : 1552-1562.
- 15- Levinson DF. The genetics of depression: a review. *Biological Psychiatry* . 2006 ;60: 84-92.
- 16- Anne W. Riley, Carmen R. Valdez, Et al. Development of Family –based Program to Reduce Risk and Promote Resilience Among Families Affected by Maternal Depression: Theoretical Basis and Program Description. *Clin Child Fam Psychol Rev* 2008; 11:12–29.
- 17- Tully EC, Iacono WG, McGue M. An adoption study of parental depression as an environmental liability for adolescent depression and childhood disruptive disorders. *Am J Psychiatry* 2008; 165:1148–1154.
- 18- Downey G, Coyne JC. Children of depressed parents: an integrative review. *Psychol Bull.* 1990 ;108: 50- 76.
- 19- Orvaschel H, Walsh-Allis G, Ye WJ. Psychopathology in children of parents with recurrent depression. *J Abnormal Child Psychology.* 1988 ; 16:17-28.
- 20- Öztop D, Uslu R. Behavioral, interactional and developmental symptomatology in toddlers of depressed mothers: a preliminary clinical study within the DC:0-3 framework. *Turk J Pediatr.* 2007;49 :171-178.
- 21- Byrne C, Browne G, Roberts J, Et al. Changes in children's behavior and costs for service use associated with parents' response to treatment for dysthymia. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2006 ;45: 239-246.
- 22- Richters JE. Depressed mothers as informants about their children: a critical review of the evidence for distortion. *Psychol Bull.* 1992; 112: 485-499.

- 23- Elgar FJ, McGrath PJ, Waschbusch DA, Stewart SH, Curtis LJ. Mutual influences on maternal depression and child adjustment problems. *Clin Psychol Review*. 2004 ;24:441-459.
- 24- Cornah D, Sonuga-Barke E, Stevenson J, Thompson M. The impact of maternal mental health and child's behavioural difficulties on attributions about child behaviours. *Br J Clin Psychol*. 2003 ;42: 69-79.
- 25- Najman, J. M., Williams, G. M., Nikles, J,Et al. Mothers' mental illness and child behavior problems: Cause-effect association or observation bias. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2000: 39: 592-602.
- 26- Dodge K. A. Developmental psychopathology in children of depressed mothers. *Developmental Psychology* 1990; 26 : 3-6.
- 27- Herring, M. ve Kaslow, N. J. Depression and attachment in families: a childfocused perspective. *Family Process* 2002; 41 : 194-518.
- 28- Beck, C. T. The effects of postpartum depression on maternal-infant interaction: a meta-analysis. *Nursing Research* 1995; 44: 296-304.
- 29- Carothers AD, Murray L. Estimating psychiatric morbidity by logistic regression: application to post-natal depression in a community sample. *Psychol Med*. 1990 ; 20: 695-702.
- 30- Gülseren K, Olcay C. Ergenlerin ruhsal durumları ve anne baba tutumları ile bağlanma stilleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2008; 9:139-147.
- 31- Sara L. Sohr-Preston and Laura V. Scaramella. Implications of Timing of Maternal Depressive Symptoms for Early Cognitive and Language Development *Clinical Child and Family Psychology Review* 2006; 9: 65-83
- 32- Askın R. Depresyon El Kitabı (2. Baskı), Roche Mühtazarı, Konya;1999.
- 33- Tiffany F, Miguel D, Maria HR. Prenatal dysthymia versus major depression effects on the neonate. *Infant Behaviour & Development* 2008; 31: 190-193.
- 34- Uyar S. Postpartum depresyon oluşumunu etkileyen faktörlerin araştırılması. Yüksek Lisans Tezi. Afyon. Afyon Kocatepe Üniversitesi,

Danışman:Yrd. Doç. Dr. Ayşegül Bükülmez. Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Enstitüsü. 2005.

35- Bijl R.V, Cuijpers P, Smit F. Psychiatric disorders in adult children of parents with a history of psychopathology. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiology 2002 ;37 : 7-12.

36- McCauley-Ohannessian C, Et al. The relationship between parental psychopathology and adolescent psychopathology: an examination of gender patterns. Journal of Emotional and Behavioral Disorders 2005; 13 : 67-76.

37- Beck, C. T. Maternal depression and child behaviour problems: a meta-analysis. Journal of Advanced Nursing 1999 ; 29 : 623-629.

38- Marmorstein NR, Iacono WG. Major depression and conduct disorder in youth: associations with parental psychopathology and parent-child conflict. J Child Psychol Psychiatry. 2004 ;45 : 377-386.

39- Beardslee WR, Et al. Psychiatric disorder in adolescent offspring of parents with affective disorder in a non-referred sample. J Affect Disord. 1988;15 : 313-322.

40- Kim-Cohen J, Caspi A, Rutter M, Tomás MP, Moffitt TE. The caregiving environments provided to children by depressed mothers with or without an antisocial history. Am J Psychiatry 2006 ;163:1009-1018.

41- [Emery R](#), [Weintraub S](#), [Neale JM](#). Effects of marital discord on the school behavior of children of schizophrenic, affectively disordered, and normal parents. J Abnorm Child Psychology 1982 ; 10 : 215-228.

42- Fergusson DM, Horwood LJ, Lynskey MT. Maternal depressive symptoms and depressive symptoms in adolescents. J Child Psychol Psychiatry 1995 ; 36 : 1161-1178.

43- Davies PT, Windle M. Gender-specific pathways between maternal depressive symptoms, family discord, and adolescent adjustment Dev. Psychology 1997 ;33 : 657-668.

44- Elizabeth H. Blodgett Salafia, Dawn M. Gondoli Amber M. Grundy Marital Conflict as a Mediator of the Longitudinal Connections between Maternal Emotional Distress and Early Adolescent Maladjustment J Child Fam Study 2008;17: 928-950

- 45- Whiffen VE, Kerr MA, Kallos-Lilly V. Maternal depression, adult attachment, and children's emotional distress. *Fam Process*. 2005; 44: 93-103.
- 46- Brennan PA, Le Brocque R, Hammen C. Maternal depression, parent-child relationships, and resilient outcomes in adolescence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2003; 42 :1469-1477.
- 47- Hammen C, Gordon D, Burge D, Adrian C, Jaenicke C, Hiroto D. Maternal affective disorders, illness, and stress: risk for children's psychopathology *Am J Psychiatry*. 1987 Jun;144(6):736-741.
- 48- Weissman M.M, Et al, Remissions in maternal depression and child psychopathology: a STAR*D-child report *JAMA*. 2006; 295 :1389-1398.
- 49- Swartz H.A, Et al, Brief interpersonal psychotherapy for depressed mothers whose children are receiving psychiatric treatment. *Am J Psychiatry*. 2008; 165: 1155-1162.
- 50- Fritsch RM, Montt ME, Solís JG, Pilowsky D, Rojas MG. Psychopathology and social functioning among offspring of depressed women. *Rev Med Chil*. 2007; 135 : 602-612.
- 51- Frye AA, Garber J. The relations among maternal depression, maternal criticism, and adolescents' externalizing and internalizing symptoms. *J Abnorm Child Psychol*. 2005; 33 : 1-11.
- 52- Diane Civic and Victoria L. Holt. Maternal Depressive Symptoms and Child Behavior Problems in a Nationally Representative Normal Birthweight Sample. *Maternal and Child Health Journal* 2000; 4 : 215-221.
- 53- Johnson JG, Cohen P, Kasen S, Smailes E, Brook JS. Association of maladaptive parental behavior with psychiatric disorder among parents and their offspring. *Arch Gen Psychiatry* 2001; 58 : 453-460.
- 54- Johnson JG, Cohen P, Chen H, Kasen S, Brook JS. Parenting behaviors associated with risk for offspring personality disorder during adulthood. *Arch Gen Psychiatry* 2006; 63 : 579-587.
- 55- Marmorstein NR, Malone SM, Iacono WG. Psychiatric disorders among offspring of depressed mothers: associations with paternal psychopathology *Am J Psychiatry* 2004; 161:1588-1594.

- 56- Krueger RF, Moffit TE, Caspi A, Bleske A, Silva P: assortative mating for antisocial behaviour: developmental and methodological implications. *Behav genet* 1998; 28 : 173-186.
- 57- Lizardi H, Klein DN, Shankman SA. Psychopathology in the adolescent and young adult offspring of parents with dysthymic disorder and major depressive disorder. *J Nerv Ment Dis.* 2004; 192 : 193-199.
- 58- Brennan PA, Hammen C, Andersen MJ, Bor W, Najman JM, Williams GM. Chronicity, severity, and timing of maternal depressive symptoms: relationships with child outcomes at age 5. *Dev Psychol* 2000; 36 : 759-766.
- 59- Keller MB, Klerman GL, Lavori PW, Coryell W, Endicott J, Taylor J. Long-term outcome of episodes of major depression. Clinical and public health significance. *JAMA* 1984; 252 : 788-792.
- 60- Rebecca C. C, Charles B. F, Richard F. C , Eric C. B. Gender Differences in the Association between Maternal Depressed Mood and Child Depressive Phenomena from Grade 3 through Grade 10. *J Youth Adolescence* 2006; 35:815–826.
- 61- Essau CA. Frequency and patterns of mental health services utilization among adolescents with anxiety and depressive disorders. *Depression Anxiety* 2005; 22 :130-137.
- 62- Michael H. Boyle and Andrew R. Pickles. Influence of Maternal Depressive Symptoms on Ratings of Childhood Behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology* 1997; 5 : 399-412.
- 63- Ohannessian C.M, Et al. The relationship between parental psychopathology and adolescent psychopathology: an examination of gender patterns *Journal of Emotional and Behavioral Disorders* 2005; 13: 67-76.
- 64- Aslan S. H, Aslan O. ve Alpaslan Z. N. Annedeki süreğen depresyonun çocuktaki depresyon ve kaygı düzeylerine etkisi: karşılaştırmalı bir çalışma. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1998; 1: 32-37.
- 65- Boyd RC, Zayas LH, McKee MD. Mother-infant interaction, life events and prenatal and postpartum depressive symptoms among urban minority women in primary care. *Matern Child Health J.* 2006; 10:139-148.

- 66- van Doesum KT, Rixsen-Walraven JM, Hosman CM, Hoefnagels C.A
Randomized Controlled Trial of a Home-Visiting Intervention Aimed at
Preventing Relationship Problems in Depressed Mothers and Their Infants.
Child Dev. 2008; 79 : 547-61.
- 67- Toth SL, Rogosch FA, Manly JT, Cicchetti D. The efficacy of toddler-
parent psychotherapy to reorganize attachment in the young offspring of
mothers with major depressive disorder: a randomized preventive trial. J
Consult Clin. Psychology 2006; 74 :1006-1016.
- 68- Ö. Özcan, B.G. Kılıç, A. Aysev. Okul Korkusu Yakınması Olan Çocukların
Ana Babalarında Ruhsal Bozukluklar. Türk Psikiyatri Dergisi
2006; 17 : 173-180.
- 69- Ö.Y Öç ve ark. Anne-Babalarında Ruhsal Bozukluk Olan Çocukların
Ruhsal Durumlarının Değerlendirilmesi. Klinik Psikiyatri 2006; 9:123-130.
- 70- Öner, N. "Pier-Harris için Çocuklarda Öz Kavramı Ölçeği El Kitabı", Türk
Psikologlar Derneği, Kızılay, Ankara.1994.
- 71- Zimet GD, Powell SS, Farley GK, Werkman S, Berkoff KA. Psychometric
characteristics of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support. J
Pers Assess. 1990; 55:610-617.
- 72- Eker D, Arkar H. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin faktör
yapısı, geçerlik ve güvenilirliği. Türk Psikoloji Dergisi 1995; 10 : 45-55.
- 73- Çakır Y, Palabıyıköğlü R. Gençlerde Sosyal Destek - Çok boyutlu
algılanan sosyal destek ölçeğinin güvenilirlik ve geçerlik çalışması. Kriz
Dergisi 1997; 5(1):15-24.
- 74- Tutarel-Kıslak, S. "Evlilikte Uyum Ölçeği'nin Güvenirlik ve Geçerlik
Çalışması," 3P Dergisi 1999; 7: 50-56.
- 75- Dubini A, Bosc M, Polin V ve ark. Noradrenaline-selective versus
serotonin-selective antidepressant therapy: differential effects on social
functioning. J Psychopharmacology 1997; 11: 17-23.
- 76- Dubini A, Bosc M, Polin V ve ark. Do noradrenaline and serotonin
differentially affect social motivation and behaviour ? Eur
Neuropsychopharmacology 1997; 7: 49-55.
- 77- Akkaya C, Sarandöl A, Esen Danacı A. Sosyal Uyum Kendini

Değerlendirme Ölçeği (SUKDÖ) Türkçe Formunun Geçerlik ve Güvenilirliği. Türk Psikiyatri Dergisi 2008; 19 : 292-299.

78- . Kaufman J, Birmaher B, Brent D, Rao U, Flynn C, Moreci P, Williamson D, Ryan N. Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children-present and lifetime version (K-SADS-PL): Initial reliability and validity data. Journal of American Academic of Child and Adolescent Psychiatry 1997; 38:1065-1069.

79- Gökler B, Ünal F, Pehlivan Türk B, Kültür EÇ, Akdemir D, Taner Y. Okul çağı çocukları için duygulanım bozuklukları ve şizofreni görüşme çizelgesi-şimdi ve yaşam boyu şekli-Türkçe uyarlamasının geçerlik ve güvenilirliği. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi 2004; 11:109-116.

80- M.Savrun. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri: Depresyon, Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu özet kitabı. İstanbul 1999: 11-17.

81- Biedel DC, Turner SM. At risk for anxiety: I.Psychopathology in the offsprings of anxious parents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1997; 36:918-924.

82- Markowitz JC, Kocsis JH, Christos P, Bleiberg K, Carlin A. Pilot study of interpersonal psychotherapy versus supportive psychotherapy for dysthymic patients with secondary alcohol abuse or dependence. J Nerv Ment Dis. 2008; 196:468-474.

83- Subodh BN, Avasthi A, Chakrabarti S. Psychosocial impact of dysthymia: a study among married patients.J Affect Disord. 2008; 109:199-204.

84- Michaels JJ, Goodman SE. Incidence and intercorrelation of enuresis and other neuropathic traits in so-called normal children. Am J Orthopsychiatry 1934; 4: 79-106.

85- Morison MJ, Tappin D, Staines H. 'You feel helpless, that's exactly it': parents' and young people's control beliefs about bed-wetting and the implications for practice. J Adv Nurs. 2000; 31:1216-1227.

86- Longstaffe S, Moffatt ME, Whalen JC. Behavioral and self-concept changes after six months of enuresis treatment: a randomized, controlled trial. Pediatrics. 2000; 105:935-940.

- 87- Herken H. Depresyonun Etiyolojisinde Genetik Kanıtlar. Klinik Psikiyatri 2002; 4 : 5-10.
- 88- Kessing LV. Epidemiology of subtypes of depression. Acta Psychiatrica Scandinavica Supplementum. 2007;85-89.
- 89- K. Ögel, D. Tamar, C. Evren, D. Çakmak. İstanbul'da Lise Gençleri Arasında Sigara, Alkol ve Madde Kullanım Yaygınlığı. Klinik Psikiyatri 2000;3 : 242 – 245.
- 90- Barbro Andersson. ESPAD (European School Project on Alcohol and Other Drugs), alcohol and other drug use among students in 26 European countries, Pompidou group. Modintryckoffset AB, Stockholm, February 2007.
- 91- Ö.Uzun, T. Karlıdere. Depresyon Ve Komorbidite. Türkiye Klinikleri J Int Med Sci 2007; 3 : 26-31.
- 92-Çelik A. SSK Ankara Hastanesi Çocuk Psikiyatri servisine başvuran 9-14 yaş arasındaki çocukların benlik kavramlarının çeşitli değişkenler açısından incelenmesi. Kriz Dergisi 1994; 2: 240-246.

EKLER

EK-1: TIBBİ ARAŞTIRMALARA KATILIM İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

ÇALIŞMANIN BAŞLIĞI: Distimi tanısı alan hastaların çocuklarında psikiyatrik bozukluk sıklığının ve psikososyal özelliklerin incelenmesi

GÖNÜLLÜNÜN ADI: Sayın:
(Gönüllü adı)

Sayın:

(Veli/Vasisinin adı)

ÇALIŞMANIN İÇERİK VE AMACI :

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Kliniği'nde 'Distimik Bozukluk' tanısı ile takip edilen kişilerin 7-18 yaş arasındaki çocuklarında psikiyatrik bozukluk sıklığının ve psikososyal özelliklerin incelenmesi amaçlanmıştır.

İZLENECEK OLAN YÖNTEMLERİN AÇIKLANMASI:

A. DENEYSEL İŞLEMLER VE TEDAVİ:

Bu çalışma deneysel işlem veya tedavi içermemektedir

B. ÇALIŞMANIN TAHMİN EDİLEN SÜRESİ VE KATILMASI BEKLENEN GÖNÜLLÜ SAYISI

Bu çalışmaya onay tarihini izleyen 6 ayda en az bir ebeveyni distimi tanısı almış olan 20 çocuk veya ergen alınması hedeflenmektedir.

Bu gönüllülere 'Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi- Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu' (ÇDŞG-ŞY) adında yarı yapılandırılmış bir psikiyatrik görüşme ölçeği uygulanacaktır. Yine bu çocuklara 'Piers ve Harris'in Çocuklarda Öz Kavramı Ölçeği' ile 'Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği' uygulanacaktır. Distimik Bozukluk tanısı alan ebeveyne 'Evlilik Uyum Ölçeği' uygulanacak ve dosya bilgilerine başvurulacaktır.

BU ÇALIŞMANIN GETİREBİLECEĞİ OLUMLU NOKTALAR :

Bu çalışmanın kapsamındaki bütün muayene, tetkik ve diğer tıbbi bakım için sizden ve çocuğunuzdan ücret talep edilmeyecek ve bu çalışmadan çıkarılan sonuçlar sizin durumunuzda olan ailelerin ruh sağlığını desteklemek için kullanılacaktır.

YUKARIDA AÇIKLANAN ÇALIŞMA ESNASINDA UYGULANACAK OLAN İŞLEM VE TEDAVİLERİN GÖNÜLLÜYE GETİREBİLECEĞİ EK RİSK VE RAHATSIZLIKLAR

Olağan psikiyatrik görüşme riski.

KATILMA VE ÇIKMA :

Çalışmaya katılma tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır, çalışmayı katılmayı reddetmenin hiçbir ceza karşılığı yoktur ve hakkınız olan yararların kaybına neden olmayacaktır. Bir ceza ya da hakkınız olan yararların kaybı söz konusu olmaksızın araştırmaya katılmaya herhangi bir zamanda son verebilirsiniz. Ayrıca, çalışmanın yürütülmesi sırasında sorumlu doktor tarafından gerekli görüldüğü durumlarda çalışma dışı bırakılabilirsiniz.

MASRAFLAR :

Bu çalışmanın size herhangi bir masrafı olmayacaktır

GİZLİLİK :

Bu çalışmaya katılanların kimlik bilgileri yasal bir zorunluluk olmadığı takdirde kesinlikle gizli tutulacaktır. Ancak yasal zorunluluklar gereği yetkili kurumlar tarafından incelenme olasılığını, çalışmaya katılanların kabul ettiği varsayılır.

Ben,, [gönüllünün adı, soyadı **Kendi el yazısı ile**] yukarıdaki metni okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Çalışma hakkında soru sorma ve tartışma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları açıklandı. Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım zaman tedavimi üstlenenlerin herhangi bir ters tutumu ile karşılaşmayacağımı anladım.

Bu koşullarda söz konusu Klinik Araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün (Kendi el yazısı ile)

Adı-

Soyadı:
.....

İmzası :
.....

Adresi:

.....

(varsa Telefon No, Faks

No):

Tarih (gün/ay/yıl) :/...../.....

Velayet veya Vesayet Altında Bulunanlar İçin

Veli veya Vasisinin (Kendi el yazısı ile)

Adı-

Soyadı :
.....

İmzası :
.....

Adresi:

.....

(varsa Telefon No, Faks

No):

Tarih (gün/ay/yıl) :/...../.....

Açıklamaları Yapan Araştırıcının (Doktorun)

Adı-

Soyadı :
.....

İmzası :
.....

Tarih (gün/ay/yıl) :/...../.....

**Onay Alma İşlemine Başından Sonuna Kadar Tanıklık Eden Kuruluş
Görevlisinin**

Adı-

Soyadı:.....

İmzası:.....

..

Görevi:.....

...

Tarih (gün/ay/yıl) :/...../.....

Bu çalışma U.Ü. Tıp Fakültesi "Tıbbi Araştırma Etik Kurulu" tarafından onaylanmıştır.

Onay Tarihi:

Onay No:

Not: Bu formun bir kopyası gönüllüde kalacaktır.

EK-2: SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

Distimi tanısı alan hastaların çocuklarında psikiyatrik bozukluk sıklığının ve psikososyal özelliklerin incelenmesi

SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

Tarih:...../...../.....

Sıra No:

Çocuk ve velinin Adı ve Soyadı: /

Protokol

No :(Çoc.)

Adres:

(Ebv.)

Telefon:

Sosyal Güvencesi: SSK: Bağkur: Emekli Sandığı: Ücretli: Özel Sigorta:

Diğer:

1. Doğum Tarihi: / / . Yaş(Ay olarak):

2. Cinsiyet:

1. Kız 2. Erkek

3. Doğum Yeri:

1.Köy 2. Kasaba 3. İlçe 4. İl

4. Kardeş Sayısı:

0. Yok 1. 1 2. 2 3. 3 4. 4 5. 5 ve üzeri

5. Öğrenim Durumu:

1. Okula gitmiyor 2. İlkokul 3.Ortaokul 4. Lise Sınıfı:

.....

6. Ailenin tipi:

1. Çekirdek aile 2. Geniş aile 3. Dağılmış aile 4. Kurumda yaşıyor

7. Ailede göç var mı: Hayır

Evet ise: 1. 1 sene içinde 2. 1-2 sene arası 3. 3-4 sene arası 4. 5 seneden fazla

8. Çocuk kiminle yaşıyor:

1. Anne ve baba ile 2. Anne ile 3. Baba ile 4. Akrabalarının yanında

5. Kurumda

9. Anne

Öz

Üvey

Baba

Öz

Üvey

8. Ailenin eğitim durumu: Anne Baba
1. Okuma yazması yok
 2. Okuma yazması var
 - a. İlkokul mezunu
 - b. Ortaokul mezunu
 - c. Lise mezunu
 - d. Yüksekokul- üniversite mezunu
9. Çocuğa hamileyken ilaç tedavisi kullandı mı? Evet (İsmi:)
Hayır

10. Anne ve babanın mesleği Anne Baba
1. Çalışmıyor
 2. İşçi
 3. Memur
 4. Emekli
 5. Serbest Meslek
11. Ailenin toplam aylık geliri:
1. 400 YTL ve altı
 2. 401- 800 YTL arası
 3. 801-1200 YTL arası
 4. 1201-1600 YTL arası
 5. 1601 YTL 1800
 6. 1801-2000
 7. 2000 ve üzeri

12. Ebeveynde distimi öyküsü :

Annede: Babada: Her ikisinde

13. Eşinde psikiyatrik tanı var mı:

1. Evet (Açıklayınız:) 2. Hayır

14. Distimik Ebeveynin İlk Psikiyatri başvurusu ne zaman:

0. 1 yıl içinde 1. 1-2 yıl arası 2. 3-4 yıl arası 3. 5-10 yıl arası 4. 11 yıldan önce

15. Ne zaman distimi tanısı kondu:

0. 1 yıl içinde 1. 1-2 yıl arası 2. 3-4 yıl arası 3. 5-6 yıl arası 4. 7 yıldan fazla

16. Distimik Ebeveyn düzenli ilaç tedavisi görüyor mu:

1. Evet 2. Hayır

17. Distimik ebeveynde intihar girişimi öyküsü var mı:

1. Hayır 2. Evet 1 kez 3. Evet 1'den fazla

18. Distimik ebeveynde ek psikiyatrik tanı var mı

1. Evet (Açıklayınız:.....) 2. Hayır

19 . Distimik ebeveynde başka ek tıbbi hastalık tanısı var mı:

1. Evet (Açıklayınız:.....) 2. Hayır

20 .Distimik ebeveynin hastaneye yatış öyküsü var mı.Evet ise kaç kez:

1. Evet (.....kez)

Hayır

21.Çocuğa kim bakım verdi:

Anne

Büyükanne

Bakıcı

Kreş

0-1 yaş:

2-3 yaş:

4-5 yaş:

EK-3 PİERS VE HARRİS'İN ÇOCUKLARDA ÖZ KAVRAMI ÖLÇEĞİ

KENDİM HAKKINDA DÜŞÜNCELERİM

AÇIKLAMA: Aşağıda 80 cümle var. Bunlardan sizi tanımlayanları evet, tanımlayanları ise hayır ile cevaplandırın. Bazı cümlelerde karar vermek zor olabilir. Yine de lütfen bütün cümleleri cevaplayın. Aynı cümleyi hem evet, hem hayır şeklinde işaretlemeyin. Unutmayın, cümledeki ifade genellikle sizi anlatıyorsa evet genellikle sizi anlatmıyorsa hayır olarak işaretleyeceksiniz. Cümlelerin size uygun olup olmadığını en iyi siz kendiniz bilebilirsiniz. Bunun için kendinizi gerçekten nasıl gördüyseniz aynen öyle cevaplandırın. Cevaplarınızı işaretlerken, buradaki cümlelerin numarası ile cevap kağıdındaki numaranın aynı olmasına dikkat edin.

1. İyi resim çizerim.
2. Okul ödevlerimi bitirmem uzun sürer.
3. Ellerimi kullanmada becerikliyimdir.
4. Okulda başarılı bir öğrenciyim.
5. Aile içinde önemli bir yerim vardır.
6. Sınıf arkadaşlarım benimle alay ediyorlar.
7. Mutluyum.
8. Çoğunlukla neşesizim.
9. Akılliyim.
10. Öğretmenler derse kaldırıncaya heyecanlanırım.
11. Dış (fiziki) görüntüm beni rahatsız ediyor.
12. Genellikle çekingenim.
13. Arkadaş edinmekte güçlük çekiyorum.
14. Büyüdüğümde önemli bir kimsé olacağım.
15. Aileme sorun yaratırım.
16. Kuvvetli sayılırım.
17. Sınavlardan önce heyecanlanırım.
18. Okulda terbiyeli, uyumlu davranırım.
19. Herkes tarafından pek sevilen biri değilim.
20. Parlak, güzel fikirlerim vardır.
21. Genellikle kendi dediklerimin olmasını isterim.
22. İstedğim bir şeyden kolayca vazgeçerim.
23. Müzikte iyiyim.
24. Hep kötü şeyler yaparım.
25. Evde çoğu zaman huysuzluk ederim.
26. Sınıfta arkadaşlarım beni sayarlar.
27. Sinirli biriyim.
28. Gözlerim güzeldir.
29. Derse kalktığımda bildiklerimi sıkılmadan anlatırım.
30. Derslerde sık sık hayal kuranım.
31. (Kardeşiniz varsa) Kardeş(ler)ime sataşırım.
32. Arkadaşlarım fikirlerimi beğenir.
33. Başım sık sık belaya girer.
34. Evde büyüklerimin sözünü dinlerim.
35. Sık sık üzülür, meraklanırım.

E.V. Piers ve D.B. Harris'in A.B.D'de 1964 yılında İngilizce olarak geliştirdiği bu ölçek, Necla Öner ve Melike Çataklı tarafından Türkçeye uyarlanmıştır. Boğaziçi Üniversitesi, İstanbul, 1987.

36. Ailem benden çok şey bekliyor.
37. Halimden memnunuz.
38. Evde ve okulda pek çok sevin dışında bırakıldığım hissine kapılırm.
39. Saçlarım güzeldir.
40. Çoğu zaman okul faaliyetlerine gönüllü olarak katılırm.
41. Şimdiki halimden daha başka olmayı isterdim.
42. Geceleri rahat uyurum.
43. Okuldan hiç hoşlanmıyorum.
44. Arkadaşlar arasında oyunlara katılmak için bir seçim yapılırken, en son seçilenlerden biriyim.
45. Sık sık hasta olurum.
46. Başkalarına karşı iyi davranmam.
47. Okul arkadaşlarım güzel fikirlerimin olduğunu söylerler.
48. Mutsuzum.
49. Çok arkadaşım var.
50. Neşeliyim.
51. Pek çok şeye aklım ermez.
52. Yakışıklıyım/güzelim.
53. Hayat dolu bir insanım.
54. Sık sık kavgaya karışırm.
55. Erkek arkadaşlarım arasında sevilirim.
56. Arkadaşlarım bana sık sık sataşırlar.
57. Ailemi düş kırıklığına uğrattım.
58. Hoş bir yüzüm var.
59. Evde hep benle uğraşırlar.
60. Oyunlarda ve sporda başı hep ben çekerim.
61. Ne zaman bir şey yapmaya kalksam her şey ters gider.
62. Hareketlerimde hantal ve beceriksizim.
63. Oyunlarda ve sporda, oynamak yerine seyredirim.
64. Öğrendiklerimi çabuk unuturum.
65. Herkesle iyi geçinirim.
66. Çabuk kızarırm.
67. Kız arkadaşlarım arasında sevilirim.
68. Çok okurum.
69. Bir grupla birlikte çalışmaktansa tek başıma çalışmaktan hoşlanırm.
70. (Kardeşiniz varsa) Kardeş(ler)imi severim.
71. Vücutça güzel sayılırm.
72. Sık sık korkuya kapılırm.
73. Her zaman bir şeyler düşürür ve kırarırm.
74. Güvenilir bir kimseyim.
75. Başkalarından farklıyım.
76. Kötü şeyler düşünürüm.
77. Kolay ağlarım.
78. İyi bir insanım.
79. İşler hep benim yüzümden ters gider.
80. Şanslı bir kimseyim.

KENDİM HAKKINDA DÜŞÜNCELERİM
CEVAP KAĞIDI

ADINIZ, SOYADINIZ: _____

YAŞINIZ: _____

	EVET	HAYIR		EVET	HAYIR		EVET	HAYIR
1.	0	0	28.	0	0	55.	0	0
2.	0	0	29.	0	0	56.	0	0
3.	0	0	30.	0	0	57.	0	0
4.	0	0	31.	0	0	58.	0	0
5.	0	0	32.	0	0	59.	0	0
6.	0	0	33.	0	0	60.	0	0
7.	0	0	34.	0	0	61.	0	0
8.	0	0	35.	0	0	62.	0	0
9.	0	0	36.	0	0	63.	0	0
10.	0	0	37.	0	0	64.	0	0
11.	0	0	38.	0	0	65.	0	0
12.	0	0	39.	0	0	66.	0	0
13.	0	0	40.	0	0	67.	0	0
14.	0	0	41.	0	0	68.	0	0
15.	0	0	42.	0	0	69.	0	0
16.	0	0	43.	0	0	70.	0	0
17.	0	0	44.	0	0	71.	0	0
18.	0	0	45.	0	0	72.	0	0
19.	0	0	46.	0	0	73.	0	0
20.	0	0	47.	0	0	74.	0	0
21.	0	0	48.	0	0	75.	0	0
22.	0	0	49.	0	0	76.	0	0
23.	0	0	50.	0	0	77.	0	0
24.	0	0	51.	0	0	78.	0	0
25.	0	0	52.	0	0	79.	0	0
26.	0	0	53.	0	0	80.	0	0
27.	0	0	54.	0	0			

EK-4 ÇOK BOYUTLU ALGILANAN DESTEK ÖLÇEĞİ

ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ

Aşağıda 12 cümle ve herbirinde de cevaplarınızı işaretlemeniz için 1 den 7 ye kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede söylenenin sizin için ne kadar çok doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümle altındaki rakamlardan yalnız bir tanesini daire içine alarak işaretleyiniz. Bu şekilde 12 cümlenin her birinde bir işaret koyarak cevaplarınızı veriniz.

1. İhtiyacım olduğunda yanımda olan özel bir insan var.
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
2. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim özel bir insan var.
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
3. Ailem bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
4. İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden alırım.
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
5. Beni gerçekten rahatlatan özel bir insan var.
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
6. Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
7. İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
8. Sorunlarımı ailemle konuşabilirim.
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
9. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
10. Yaşamımda duygularıma önem veren özel bir insan var.
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
11. Kararlarımı vermede ailem bana yardımcı olmaya isteklidir.
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
12. Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

EK-5 EVLİLİK UYUM ÖLÇEĞİ (EUÖ)

Evlilik Uyum Ölçeği(EUÖ)

1. Aşağıdaki ölçek çizgisi üzerinde her şeyi ile şimdiki evliliğinizin mutluluk derecesini en iyi temsil ettiğine inandığımız noktayı daire içine alınız. Ortadaki 'mutlu' sözcüğü üzerindeki nokta, çoğu kişinin evlilikten duyduğu mutluluk derecesini temsil eder ve ölçek kademeli olarak sol ucunda evliliği çok mutsuz olan küçük bir azınlığı, sağ ucunda ise evliliği çok mutlu küçük bir azınlığı temsil etmektedir.

*	*	*	*	*	*	*
Çok Mutsuz			Mutlu			Çok Mutlu

Aşağıdaki maddelerde verilen konular hakkında, siz ve eşiniz arasındaki anlaşma ya da anlaşmazlık derecesini yaklaşık olarak belirtiniz. Lütfen her maddeyi dikkate alınız.

	Her zaman Anlaşırsınız	hemen her zaman anlaşırsınız	Ara sıra anlaşama- dığımız olur	Sıklıkla anlaşama yız	Hemen her zaman anlaşamayız	Her zaman an laşamayız
-2.Aile bütçesini idare etme	()	()	()	()	()	()
3.Boş zaman etkinlikleri	()	()	()	()	()	()
4. Duyguların ifadesi	()	()	()	()	()	()
5. Arkadaşlar	()	()	()	()	()	()
6.Cinsel ilişkiler	()	()	()	()	()	()
7. Toplumsal kurallara uyma (doğru, iyi veya yerinde davranma)	()	()	()	()	()	()
8. Yaşam felsefesi	()	()	()	()	()	()
9. Eşin akraba- larıyla ilişki biçimi	()	()	()	()	()	()

Lütfen evliliğinizi en iyi ifade ettiğine inandığımız bir cevabın altını çiziniz.

10. Ortaya çıkan uyumsuzluklar genellikle: ↑ erkeğin susması ile
↑ kadının susması ile
↑ karşılıklı tavizlerle anlaşmaya varılarak sonuçlanır.

11. Ev dışı etkinliklerinizin ne kadarını eşinizle birlikte yaparsınız? ↑ Hepsini
↑ Bazılarını
↑ Çok azını
↑ Hiçbirini

12.Boş zamanlarınızda genellikle hangisini tercih edersiniz? ↑ Bir şeyler yapmayı
↑ Evde oturmayı

Eşiniz genellikle aşağıdakilerden hangisini tercih eder? Bir şeyler yapmayı
 Evde oturmayı

13. Hiç evlenmemiş olmayı istediğiniz olur mu? Sık sık
 Arada sırada
 Çok seyrek
 Hiçbir zaman

14. hayatınızı yeniden yaşayabilseydiniz; Aynı kişiyle evlenirdiniz
 Farklı bir kişiyle evlenirdiniz
 Hiç evlenmezsiniz.

15. Eşinize güvenir, sırlarınızı ona rahatlıkla açar mısınız?
 Hemen hemen hiçbir zaman
 Nadiren
 Çoğu konularda
 Her konuda

EK-6 SOSYAL UYUM KENDİNİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (SUKDÖ)

SOSYAL UYUM KENDİNİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (SUKDÖ)

Ad, Soyad:
/

Tarih: /

Yaş:

Cinsiyet:

Aşağıdaki soruları **şu anki fikrinize** göre cevaplamanız istenmektedir. Lütfen tüm soruları cevaplayınız ve her soru için bir cevabı işaretleyiniz. Teşekkür ederiz.

Bir işiniz var mı? Evet Hayır

Cevabınız Evet ise:

1. İşinize ilginiz nasıl?
() Çok () Orta () Az () Hiç yok

Cevabınız Hayır ise:

2. Ev işlerine ilginiz nasıl?
() Çok () Orta () Az () Hiç yok

3. İşinizi ya da ev işlerini yaparken:

- () Çok zevk alıyorum () Orta düzeyde zevk alıyorum
() Az zevk alıyorum () Hiç zevk almıyorum

4. Hobi ya da boş zaman etkinliklerine ilginiz var mı?

- () Çok () Orta () Az () Hiç yok

5. Boş zamanlarınızın niteliği nasıl?

- () Çok iyi () İyi () Fena değil () Tatmin edici değil

6. Aile fertlerinizle (eş, çocuklar, ebeveyn vb.) ne sıklıkla temas kurmaya çalışırsınız?

- () Çok sık () Sık
() Nadiren () Hiç

7. Aile içi ilişkilerinizin durumu nasıl?

- () Çok iyi () İyi
() Fena değil () Tatmin edici değil

8. Ailenizin dışında sosyal ilişkileriniz var mı?

- () Birçok insanla var () Birkaç insanla var
() Pek az insanla var () Hiç kimseyle yok

9. Başkalarıyla ilişki kurmaya ne kadar gayret edersiniz?

- () Çok gayret ederim () Gayret ederim

() Orta derecede gayret ederim () Gayret etmem

10. Başkalarıyla olan ilişkilerinizi genel olarak nasıl değerlendirirsiniz?

() Çok iyi () İyi
() Fena değil () Tatmin edici değil

11. Başkalarıyla ilişkinize ne kadar değer verirsiniz?

() Çok değer veririm () Değer veririm
() Çok az değer veririm () Hiç değer vermem

12. Sosyal çevrenizdeki insanlar sizinle ne sıklıkla temas kurmaya çalışırlar?

() Çok sık () Sık
() Nadiren () Hiç

13. Sosyal kurallara, iyi davranışlara, nezakete vb. dikkat eder misiniz?

() Her zaman () Sıklıkla
() Nadiren () Hiç

14. Sosyal hayatın (cemiyet, toplantı ve benzerleri) ne ölçüde içindediniz?

() Tamamen () Orta derecede
() Az () Hiç

15. Çeşitli şeyleri, durumları ve insanları daha iyi anlamak için bilgi edinmekten ne kadar hoşlanırsınız?

() Çok () Orta () Az () Hiç

16. Bilimsel, teknik ya da kültürel bilgiye ne kadar ilgi duyarsınız?

() Çok () Orta () Az () Hiç

17. İnsanlara fikirlerinizi ifade etmekte ne sıklıkla güçlük çekersiniz?

() Her zaman () Sıklıkla () Bazen () Hiçbir zaman

18. Kendinizi çevrenizden ne sıklıkla reddedilmiş, dışlanmış hissedersiniz?

() Her zaman () Sıklıkla () Bazen () Hiçbir zaman

19. Fiziksel görünümünüzü ne kadar önemlersiniz?

() Çok () Orta () Pek değil () Hiç

20. Geçim kaynaklarınızı ve gelirinizi idare etmekte ne kadar zorluk çekersiniz?

() Her zaman () Sıklıkla () Bazen () Hiçbir zaman

21. Çevrenizi kendi istek ve ihtiyaçlarınıza göre düzenleyebileceğinizi hisseder misiniz?

() Fazlasıyla () Orta () Pek değil () Hiç

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince klinik bilgi, beceri ve deneyimlerini aktararak mesleki gelişimime büyük katkılar sağlayan Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı emekli öğretim üyesi Prof. Dr. Suna TANELİ' ye, Psikiyatri Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Selçuk KIRLI' ya, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Nöroloji Bilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Mehmet Sait OKAN' a teşekkürü bir borç bilirim. Ayrıca sadece rotasyon dönemi değil her ihtiyaç duyduğumda bilgi ve tecrübelerini paylaşan Doç. Dr. Aslı SARANDÖL, Yard. Doç. Dr. Yusuf SİVRİOĞLU, Yard. Doç. Dr. Cengiz AKKAYA, Uzm. Dr. Saygın EKER ve Uzm. Dr. Özlem ÖZDEMİR'e teşekkürlerimi sunarım.

Çalışmamın planlanmasında, istatistiksel analizinde ve tezimin şekillenmesinde büyük yardımını gördüğüm Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanı Yrd. Doç. Dr. Yeşim TANELİ' ye teşekkürlerimi sunarım.

Ayrıca çalışmamın istatistiksel analizinin her aşamasında büyük yardımını gördüğüm Arş. Gör. Ender Çarkungöz 'e ve hastanemizde birlikte çalışma fırsatı bulduğum uzmanlarıma, asistan arkadaşlarıma, hemşirelere ve tüm personele teşekkür ederim.

Her alanda desteğini gördüğüm eşime ve enerji kaynağım oğlum Yiğit'e sonsuz teşekkürler...

Dr. Özgür DENİZ

ÖZGEÇMİŞ

1977 yılında Antalya'da doğdum. İlkokulu Dr. Galip Kahraman ve Mehmet Akif Ersoy ilkokullarında tamamladım. Ortaokul ve lise öğrenimimi Antalya Anadolu Lisesi'nde tamamladıktan sonra 1996 yılında Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi'ne girdim. 2002 yılında mezun olduktan sonra mecburi hizmet kapsamında Artvin İli Borçka ilçesi Karşıköy Sağlık ocağında pratisyen hekim olarak çalıştım. Aralık 2003'te Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda Araştırma Görevlisi olarak çalışmaya başladım.