



YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

**PSİKİYATRİK TANI ALAN ÇOCUK VE ERGENLERİN
EBEVEYNLERİNDE KAYGI VE DEPRESYON DÜZEYLERİNİN TANI
GRUBU İLE İLİŞKİSİ**

EFSUN KORUKLUOĞLU

YÜKSEK LİSANS TEZİ

LEFKOŞA
2019

**PSİKİYATRİK TANI ALAN ÇOCUK VE ERGENLERİN
EBEVEYNLERİNDE KAYGI VE DEPRESYON DÜZEYLERİNİN
TANI GRUBU İLE İLİŞKİSİ**

EFSUN KORUKLUOĞLU

YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Yrd. Doç. Dr. EZGİ ULU

LEFKOŞA
2019

KABUL VE ONAY

Efsun Korukluoğlu tarafından hazırlanan “Psikiyatrik Tanı Alan Çocuk ve Ergenlerin Ebeveynlerinde Kaygı ve Depresyon Düzeylerinin Tanı Grubu ile İlişkisi” başlıklı bu çalışma, 12/06/2019 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda başarılı bulunarak jürimiz tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

JÜRİ ÜYELERİ

Yrd. Doç. Dr. Ezgi ULU (Danışman)
Yakın Doğu Üniversitesi
Fen Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü

Yrd. Doç. Dr. Meryem KARAAZİZ
Yakın Doğu Üniversitesi
Fen Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü

Doç. Dr. Ece EMRE MÜEZZİN (Başkan)
Kıbrıs Sosyal Bilimler Üniversitesi
İnsan ve Toplum Bilimleri Fakültesi Psikoloji Bölümü

Prof. Dr. Mustafa Sağsan
Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürü

BİLDİRİM

Hazırladığım tezin, tamamen kendi çalışmam olduğunu ve her alıntıya kaynak gösterdiğimi taahhüt ederim. Teziminkağıt ve elektronik kopyalarının Yakın Doğu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü arşivlerinde aşağıda belirttiğim koşullarda saklanmasına izin verdiğimi onaylarım.

- ☐ Tezimin tamamı heryerden erişime açılabilir.
- ☐ Tezim sadeceYakın Doğu Üniversitesi'nde erişime açılabilir.
- ☐ Teziminiki (2) yıl süre ile erişime açılmasını istemiyorum. Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım taktirde tezimin tamamı erişime açılabilir.

Tarih: 12/06/2019

İmza

Ad Soyad

TEŞEKKÜR

Tezimi hazırlamamda emeği geçen, başta Yakındoğu Üniversitesi Psikoloji Bölümü hocam ve tez danışmanım olan Sayın Yrd. Doç. Dr. Ezgi ULU'ya, bilimsel gelişimim konusunda verdiği büyük destek ve emeklerinden ötürü sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Çalışmam boyunca her zaman motivasyonumu korumamı sağlayan, zor günlerimde moral desteğini esirgemeyen, kendisinden çok şey öğrenmemi sağlayan, çalışma arkadaşım, manevi ablam Sayın Uz. Dr. Gülten ALTIN'a, özverisini esirgemeyen, her zaman yanımda olduğunu bildiğim eşim, kıymetlim Ender KORUKLUOĞLU'na, çocuklarım Emir ve Pelin'e hayatımda oldukları için teşekkür ederim.

Çalıştığım kurumda bu programa başlamama vesile olan ve tamamlamada destek olan tüm çalışma arkadaşlarıma kıymetli zamanlarını bana destek olmaya ayırdıkları için teşekkür ederim.

ÖZ

PSİKİYATRİK TANI ALAN ÇOCUK VE ERGENLERİN EBEVEYNLERİNDE KAYGI VE DEPRESYON DÜZEYLERİNİN TANI GRUBU İLE İLİŞKİSİ

Bu araştırmanın amacı, psikiyatrik bir tanı almış olan çocuğun ebeveyninde kaygı ve depresyon düzeyinin hangi tanı grubunda daha yüksek olduğunu ortaya koymak ve ilk ve ikinci ölçüm puanları arasındaki değişimi belirlemektir. Aynı zamanda ailenin çocuk sayısı, yaşı, eğitim düzeyi, mesleği, tanı alan bireyin ailede kaçınıcı çocuk olduğu gibi sosyo-demografik değişkenler ile ebeveynin kaygı ve depresyon puanlarının ilişkisi de araştırılmıştır. Araştırma Antalya'da bulunan özel hastanelerin psikiyatri bölümüne başvuran ve psikiyatrik bir tanı alan çocuk ve ergen hastaların anne ve babaları arasından gönüllü olarak çalışmaya katılan 50 kişi ile yürütülmüştür. Çocuğa konulan psikiyatrik tanının ebeveyndeki kaygı ve depresyona etkilerini ölçmek amacıyla ilişkisel tarama yöntemi kullanılmıştır. Katılımcılara Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Sosyo-demografik Bilgi Formu uygulanmıştır. Çalışma sonucunda anne ve babaların kaygı ve depresyon düzeylerinin çocuğun aldığı tanıyla ilişkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. İlk test ve son test arasında BDE puanlarının karşılaştırılmasına göre anlamlı ilişki bulunmamış, BAE puanlarının analiz sonuçlarında ise ilk test ve son test arasında anlamlı fark bulunmuştur. Çocuğun doğum sırasının anne ve babanın kaygı ve depresyon düzeyine etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Ancak, ilk çocuğu için başvuranların sayısı, ikinci, üçüncü ve daha sonraki çocukları için başvuran anne-babalardan oldukça fazla bulunmuştur. Ebeveynlerin sosyo-demografik özelliklerinin hiçbirisi, uygulanan anksiyete ve depresyon envanterlerindeki sonuçlar ile anlamlı ilişki göstermemiştir. Ancak katılımcı olan annelerin anksiyete puanları babalara göre daha yüksek bulunmuştur.

AnahtarKelimeler: Kaygı, Depresyon, Psikiyatrik tanı, Çocuk, Ergen

ABSTRACT

The aim of this study is to determine the prevalence of anxiety and depression development responses in the parents whose child was diagnosed with a psychological disorder. According to the diagnosis of the child and adolescent, and to determine which diagnoses scored higher in the depression scale in parents. At the same time, the relation between the levels of anxiety and depression and socio-demographic variables such as number of the children, age, education level and occupations of the parents, the birth order of the diagnosed child was investigated. The study was carried out with the participation of 50 volunteer parents, whose children were admitted to and got diagnosed in the psychiatry departments of hospitals in Antalya, Turkey. To measure the effects and psychiatric diagnosis of the child on anxiety and depression development on parents, relational screening model was used. Beck Depression Inventory, Beck Anxiety Inventory and Socio-demographic Information Form were applied to the participants. As a result of the study, the relation between the anxiety and depression levels of the parents and the child's diagnosis is found to be not statistically significant. No significant correlation was found between the first and the last tests for BDI; significant correlation was found between the first and the last tests for BAI. The effects of child's birth order on anxiety and depression levels of the parents was not statistically significant. However, the number of applicants for their first child was considerably higher compared to applicants for their second, third and subsequent child. None of the socio-demographic characteristics of the parents showed a significant and meaningful relation with the results of anxiety and depression inventory. However, the anxiety scores of mothers were found to be higher than the fathers.

Keywords: Anxiety, Depression, Psychological diagnosis, Child, Adolescent

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY	i
BİLDİRİM	ii
TEŞEKKÜR	iii
ÖZ	iv
ABSTRACT	v
İÇİNDEKİLER	vi
TABLO DİZİNİ	ix
KISALTMALAR	x

1.BÖLÜM

GİRİŞ	1
1.1. Problem Durumu	1
1.2. Araştırmanın Amacı	3
1.3. Araştırmanın Önemi	4
1.4. Sınırlılıklar	6
1.5. Tanımlar	6

2. BÖLÜM

KURAMSAL ÇERÇEVE VE İLGİLİ ARAŞTIRMALAR	7
2.1. Çocuk Psikiyatrisine Başvuruda Tanı Dağılımı	7
2.2. Ebeveynde Tanıyı Kabul Sürecini Açıklayan Modeller.....	10
2.2.1. Aşama Modeli	10
2.2.2. Sürekli Üzüntü Modeli	13
2.2.3.Birleşik Model	14
2.2.4.Kişisel Yapılanma Modeli	15
2.2.5.Çaresizlik, Güçsüzlük ve Anlamsızlık Modeli	15
2.3.Anksiyete	15

2.3.1.Anksiyete Kuramları	16
2.3.1.1.Psikanalitik Kuram	16
2.3.1.2.Davranışçı Kuram.....	16
2.3.1.3.Bilişsel Kaçınma Kuramı	17
2.3.1.4.Varoluşçu Kuram	17
2.3.2.Ruhsal Bozukluk Gösteren Çocuğa Sahip Ebeveynde Kaygı ile İlgili Araştırmalar	17
2.3.3. Anksiyete (Bunaltı) Bozuklukları Sıklık ve Yaygınlık.....	20
2.3.4.Anksiyete Bozukluklarında Biyolojik ve Çevresel Nedenler	21
2.4. Depresyon	23
2.4.1. Depresyonu Açıklayan Kuramlar	25
2.4.1.1.Psikanalitik Yaklaşım	25
2.4.1.2.Bilişsel Yaklaşım	26
2.4.1.3.Davranışçı Yaklaşım ve Öğrenilmiş Çaresizlik	26
2.4.1.4.Umutsuzluk Kuramı	27
2.4.1.5.Kişilerarası İlişkiler Yaklaşımı	27
2.4.2.Ruhsal Bozukluk Gösteren Çocuğa Sahip Ebeveynde Depresyon ve İlgili Araştırmalar	28
2.4.3.Depresyonun Görülme Sıklığı	31
2.4.4. Depresyonun Ruhsal ve Toplumsal Nedenleri.....	32
 3.BÖLÜM	
YÖNTEM	34
3.1.Araştırmanın Modeli	34
3.2.Evren ve Örneklem	34
3.3.Verİ Toplama Araçları	38
3.3.1.Beck Depresyon Envanteri	38
3.3.2.Beck Anksiyete Envanteri	40
3.3.3.Sosyodemografik Bilgi Formu	40

3.4.Verilerin Toplanması	40
3.5.Verilerin İstatistiksel Analizi	41
 4. BÖLÜM	 43
BULGULAR	43
 5.BÖLÜM	 55
TARTIŞMA	55
 6.BÖLÜM	 65
SONUÇ VE ÖNERİLER	65
6.1. Sonuç	65
6.2. Öneriler	66
 KAYNAKÇA	 69
EKLER	75
Ek.1.Bilgilendirme Formu	75
Ek.2.Aydınlatılmış Onam Formu	76
Ek.3. Sosyodemografik Bilgi Formu	77
Ek.4. Beck Depresyon Envanteri	79
Ek.5. Beck Anksiyete Envanteri	80
Ek.6. Ölçek İzinleri	81
ÖZGEÇMİŞ	82
İNTİHAL RAPORU	83
ETİK KURUL RAPORU	84

TABLO DİZİNİ

Tablo 1. Ebeveynlerin Sosyo-demografik Özellikleri	36
Tablo 2. Tanı Almış Çocukların Sosyo-demografik Özellikleri	38
Tablo 3. Ebeveynlerin Ön Test- Son Test Beck Depresyon Envanteri Puanlarının Karşılaştırılması	43
Tablo 4. Ebeveynlerin SosyoDemografik Özelliklerine Göre Ön Test Beck Depresyon Envanteri Puanlarının Karşılaştırılması.....	44
Tablo 5. Tanı Almış Çocukların Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Ebeveynlerin Ön Test Beck Depresyon Envanteri Puanlarının Karşılaştırılması	46
Tablo 6. Ebeveynlerin SosyoDemografik Özelliklerine Göre Son Test Beck Depresyon Envanteri Puanlarının Karşılaştırılması.....	47
Tablo 7. Tanı Almış Çocukların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Ebeveynlerin Son Test Beck Depresyon Envanteri Puanlarının Karşılaştırılması	48
Tablo 8. Ebeveynlerin Ön Test-Son Test Beck Anksiyete Envanteri Puanlarının Karşılaştırılması	49
Tablo 9. Ebeveynlerin SosyoDemografik Özelliklerine Göre Ön Test Beck Anksiyete Envanteri Puanlarının Karşılaştırılması	50
Tablo 10. Tanı Almış Çocukların SosyoDemografik Özelliklerine Göre Ebeveynlerin Ön Test Beck Anksiyete Envanteri Puanlarının Karşılaştırılması	52
Tablo 11. Ebeveynlerin SosyoDemografik Özelliklerine Göre Son Test Beck Anksiyete Envanteri Puanlarının Karşılaştırılması	53
Tablo 12. Tanı Almış Çocukların SosyoDemografik Özelliklerine Göre Ebeveynlerin Son Test Beck Anksiyete Envanteri Puanlarının Karşılaştırılması	54

KISALTMALAR

TDK: Türk Dil Kurumu

BDE: Beck Depresyon Envanteri

BAE: Beck Anksiyete Envanteri

DSM-5: Ruhal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı

ICD-10:Dünya Sağlık Örgütü, *Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırılması*

SPSS: Sosyal Bilimler İçin İstatistik Programı

DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

ÖÖG: Özel Öğrenme Güçlüğü

OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk

MR: Mental Retardasyon

1. BÖLÜM

GİRİŞ

1.1. Problem Durumu

Bir hastalık tanısı almak, bireye ve yakınlarına kaygı getiren bir süreçtir. Tanı koyulması öncesindeki bilinmezlikten duyulan kaygı, tanı almadan sonra bireyi ve aileyi “peki şimdi ne olacak?” şeklinde yeni bir bilinmezliğe sürüklemekte, yeni yük ve sorumluluklarla başa çıkmayı gerektirdiği için de kimi zaman umutsuzluğa düşürmektedir.

Çocuklarının süregelen hastalık, zihinsel veya bedensel engellilik tanısı alması, aileler için oldukça travmatik bir durumdur. Araştırmalar zihinsel veya bedensel engelli çocuğa sahip anne-babaların (özellikle annelerin) engelli çocuğa sahip olmayan anne-babalara göre daha çok stress altında olduklarını ve anksiyete düzeylerinin daha yüksek olduğunu göstermektedir (Esdaille ve ark. 2003, Frey ve ark. 1989, Glidden ve ark. 2003, Hasting 2003, Macias ve ark. 2003, Pelchat ve ark. 1999, Ryde-Brandt 1990). Engelli çocuğa sahip olan annelerde somatik yakınmalar, depresyon ve anksiyete bozukluğu gibi ruhsal sorunların engelli çocuğa sahip olmayan annelere göre daha sık görüldüğü bildirilmektedir (Miller ve ark. 1992, Hanson ve Hanline 1994). Seltzer ve arkadaşları da (2001) zihinsel veya bedense lengelli çocuğa sahip anne babalarda depresyon ve alkol bağımlılığının daha sık görüldüğünü bildirmişlerdir.

Magill, Evans ve arkadaşları (2001) serebral palsili olan ve olmayan iki grup ergenin anne-babaları ile yaptıkları araştırmada; serebral palsili olan gençlerde ve bu gençlerin anne-babalarında, gelecekle ilgili umut, bağımsızlık

ve başarı beklentilerinin kontrol grubuna göre daha düşük olduğunu saptamışlardır. Florian ve Findler de (2001) SP'li çocuğa sahip annelerde sağlıklı kontrol grubuna göre özgüven ve evlilik uyumu düzeylerinin daha düşük olduğunu bildirmişlerdir.

Fizyolojik bir hastalık tanısı almakta olduğu gibipsikiyatrik bir hastalık tanısı almakta da ebeveynde benzer kaygılar gözlenmektedir. Daha önce yapılan araştırmalarda, doktora başvurma sebepleri arasında çocuktaki belirti ruhsal kökenli olduğunda anne babanın yaşadığı kaygının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Altuğ, Tüzün, Zoroğlu, 1992).

Bazı ebeveynler için çocuğa konulan tanıyı anlamak, tedavi için gerekli desteğe ulaşabilmek ve toplum tarafından kabul görmekle ilgili sorunlar da tabloya eklenebilir. İşte bu bağlamda ebeveynin çocuğuna konulan psikiyatrik tanıya göre göstereceği kaygı ve depresyon belirtilerinin de değişeceği ön görülmektedir.

Geriye dönük olarak bakıldığında literatürde bir psikiyatri kliniğine başvuran çocuk ve ergenlerin tanı gruplarını, sosyo-demografik özelliklerini ve ebeveynlerinde görülen kaygı veya depresyon düzeylerini betimleme amaçlı pek çok çalışma olduğu görülmüştür(Altuğ ve Tüzün1992; Durukan, Karaman, Kara, Türker, Tufan, Yalçın, Karabekiroğlu; 2011)

Bu çalışmaların bir kısmı çeşitli tanı gruplarında kaygı, durumluk kaygı veya sürekli kaygı gibi daha detaylı boyutlarda veriler sağlamaya yönelik olmuş bir kısmı da tanı grupları arasında kaygı ve depresyon düzeylerini karşılaştırmıştır. Bazı çalışmalar ise çocuğun yaşadığı kronik hastalık durumunda ebeveyndeki kaygı ve depresyon düzeylerini göstermeyi amaçlamıştır(Toros, Tot, Düzovalı, 2002).

Psikiyatrik hastalıklar dışında, kronik hastalık (örneğin kanser, böbrek yetmezliği, tip II diyabet) tanısı alan kişinin kendisinin veya aile bireylerinin süreç içerisinde yaşadığı kaygı ve depresyon düzeylerini ölçmeye odaklı çalışmalar da mevcuttur (Toros ve arkadaşları, 2002; Üstün, 2011). Bu

çalışmalarda hasta yakınlarına düşen yük ile hasta yakınlarının duygusal tepkileri ilişkilendirilmiştir.

Kronik hastalık tanısı almış hasta yakınlarının yaşadığı kaygı ve depresyonun incelendiği araştırmalara örnek bulunurken (Altuğ ve arkadaşları 1992; Toros ve arkadaşları 2002) çocuk ve ergende görülen psikiyatrik tanı karşısında ebeveynin yaşadığı kaygı ve depresyon konusunda Altuğ ve Tüzün'ün (1995) çalışması ile Çataloluk'un (2005) çalışmalarınarastlanmıştır.

Ayrıcayapılan literatür taramasında, çalışmalar arasında psikiyatrik tanı almış çocuk veya ergenleri ve onların ebeveynlerini konu alan, süreç odaklı olan, tanı koyulmasından sonraki zaman içerisinde anne babadaki kaygı ve depresyon düzeylerine bakan bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Hastalık ve uyum arasındaki bağın pek çok farklı kurama göre pek çok farklı açıklaması olmakla birlikte temel olarak, kişinin kendini ve çevreyi algılayış biçimi ile ilişkili olduğu söylenebilir. Aynı zamanda bireyin ulaşabildiği tedavi imkânları ve sosyal kabul ile de bağlantılı olduğunu gösteren çalışmalar vardır (Dikeç, 2015; Üstün 2011; Görgü, 2005). Bu çalışmalarda kronik hastalık (diyabet, kanser, şizofreni, otizm ...) tanısı almış bireyler ve onlara bakım veren yakınlarının uyum programlarına devam etmiş olmalarının veya algıladıkları sosyal destek düzeyinin tedaviye uyumu ve baş etme becerilerini arttırdığı görüşü sunulmuştur. Ailenin bu şekilde desteklenmesi uyum ve baş etmeyi kolaylaştırıyorsa tanıyı kabul sürecinde kaygı düzeyini de azaltabilir.

Bu bilgilerden yola çıkarak ebeveynde görülen kaygı ve depresyon gibi duygusal tepkilerin tükenmişliğe dönmemesi için psikiyatrik tanı almış bireylerin ve yakınlarının uyum programları ile desteklenmesi gerektiği ve bu konuda zamanın önemli olduğu düşünülmektedir. Bu nedenle bu araştırmada çocuğuna psikiyatrik bir tanı konmuş ebeveynlerin tanı ile yeni karşılaştıkları zaman ile aradan geçen zamandan sonra yapılan kaygı ve depresyon ölçümlerinin kıyaslanması hedeflenmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmada, anksiyete bozuklukları, nörogelişimsel bozukluklar, depresyon bozuklukları, obsesif kompulsif bozukluklar gibi tanıların aileler tarafından kabul düzeyinin zamanla doğru orantılı olarak değişeceği ve bu nedenle kaygı ve depresyon belirtilerinin de farklılık göstereceği düşünülmektedir. Bu amaçla tanının aileye bildirildiği ilk görüşmeden sonra belirli tarih aralıkları ile kaygı ve depresyon envanterlerinin tekrar uygulanması ve ilk görüşme ile ikinci görüşme arasındaki değişikliğin istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığını ortaya çıkarmak amaçlanmaktadır.

Ayrıca katılımcıların kaygı ve depresyon puanlarının çocuk sayısı, yaş ve eğitim düzeyi, tanı alan bireyin ailede kaçınıcı çocuk olduğu gibi demografik özelliklerinin de betimlenmesi hedeflenmektedir.

Bu nedenle araştırmanın genel amacı, çocuk ve ergenin aldığı psikiyatrik tanı gruplarının toplumdaki dağılımını betimlemek ve hangi tanılarda ebeveyndeki depresyon veya anksiyete ölçek puanlarının yükseldiğini ortaya koymaktır.

Bu genel amacın doğrultusunda çalışmada şu sorulara da yanıt aranacaktır:

1. Psikiyatri kliniğine başvuran çocuk/ergen sahibi ailelerin sosyodemografik özelliklerine göre kaygı düzeyleri ne seviyededir?
2. Psikiyatri kliniğine başvuran çocuk/ergen sahibi ailelerin sosyodemografik özelliklerine göre depresyon düzeyi ne seviyededir?
3. Psikiyatri kliniğine başvuran çocuk/ergen sahibi ailelerin ikinci ölçüm kaygı düzeyleri ne seviyededir?
4. Psikiyatri kliniğine başvuran çocuk/ergen sahibi ailelerin ikinci ölçüm depresyon düzeyi ne seviyededir?
5. Psikiyatri kliniğine başvuran çocuk/ergen sahibi ailelerin ilk ve ikinci ölçüm kaygı düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
6. Psikiyatri kliniğine başvuran çocuk/ergen sahibi ailelerin ilk ve ikinci ölçüm depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

1.3. Araştırmanın Önemi

Başlangıcı çocukluk dönemi ile birlikte olan ruhsal bozuklukların pek çoğu yaşam boyunca önem taşımaktadır. Bu psikiyatrik hastalıklar hem çocuğun hem de ailesinin yaşamını olumsuz etkilemekle beraber çocuğun gelişiminde önemli etkisi olacak fırsatları da kaçırmaya sebep olabilmektedir.

Ruhsal hastalık sorunu olan çocuk ve ergenlerin uygun tedavi ve destek olanaklarına kavuşmadıkları sürece bu sorunlar, onların sosyal, eğitimsel ve mesleki geleceklerini tehlikeye sokabilecektir. Çocuklardaki ruhsal sorunların dağılım ve yaygınlığının belirlenmesi, cinsiyete ve yaş gruplarına göre muhtemel tanıların belirlenmesi, koruyucu önlemlerin alınmasını ve tedavi hizmeti gerektiren alanların saptanmasına veya bu hizmetlerin iyileştirilmesine katkıda bulunabilir. Bu çalışma da alandaki bilgilerin çoğaltılmasını ve planlanacak hizmetlerin şekillenmesini desteklemek amacıyla yapılmaktadır.

Çalışmanın sonucunun, psikiyatri bölümüne başvurmuş anne ve babaların kaygı ve depresyon düzeylerinin çocuğun aldığı tanı ile ilişkisine bakılması hedeflenmektedir. Böylece hangi tanılarda anne babadaki kaygı ve depresyon puanlarının daha yüksek veya daha düşük olduğu betimsel olarak tanımlanabilecektir.

Anne ve babanın sosyo- demografik durumlarının kaygı ve depresyon puanlarına etkisi de araştırılacak konular arasındadır. Eğitim veya gelir düzeyine göre anne babadaki kaygı ve depresyon düzeylerindeki farkın betimlenmesi hedeflenmektedir.

Tanının aileye bildirilmesinden hemen sonra yapılan ölçüm ile aradan geçen zaman sonunda yapılan ikinci ölçüm ile arasındaki değişimin tespit edilmesi ile tanıyı kabul ve tedaviye uyumda zamanın etkisi gösterilmeye çalışılacaktır.

Çalışmanın, tanıyı kabul ve tedaviye uyum sürecindeki değişkenler konusunda yapılacak diğer çalışmalara ışık tutması için bir kaynak oluşturması hedeflenmektedir. Elde edilen bulguların çocuklar, ergenler ve onların

ailelerine yönelik kullanılmasıyla ruhsal sağlıklarının geliştirilmesi ve tedavi sürecinde hastalıkla başetme becerilerini güçlendirecek uyum programlarının hazırlanabilmesi için önem taşımaktadır.

Çocuk psikiyatrisi servisine başvuran hastaların tanı grubu, tedaviyi kabul süreci ve tedaviye devamlılık açısından izlenmesi, bu grubun sağaltımdan ne düzeyde ve ne şekilde faydalandığına dair bilgi sahibi olmamızı sağlayacaktır. Tanı almasına rağmen tedaviye devam edemeyen çocuk ve ergenlerin hangi sebeplerden ötürü destek alamadığının bilinmesi aile ile ilişkili nedenlerde sorunların giderilmesine yardımcı olacaktır. Çocuk ve ergen psikiyatri servislerinin ebeveyni desteklemesinde öncelikli gereksinimlerin belirlenmesi ile ebeveynin duygusal tepkilerine destek vermek mümkün olacak ve bu bireylerin topluma kazandırılma oranı artacaktır.

1.3. Sınırlılıklar

Bu araştırma, Antalya'da bulunan özel bir hastaneye Kasım 2018- Ocak 2019 tarihleri aralığında başvuran 50 kişi ile sınırlıdır.

1.5.Tanımlar

Depresyon: Derin üzüntüyle veya hem üzüntü hem bunaltı ile birlikte görülebilen bir duygudurum bozukluğudur. Çökkünlük; düşünce, konuşma, devinim ve fizyolojik işlevlerde yavaşlamaya sebep olurken bunlara ilaveten güçsüzlük, değersizlik, isteksizlik ve karamsarlık duygu ve düşünceleri de duruma eşlik etmektedir. (Öztürk, 2016).

Kaygı: Genellikle nesnesi biline bir şeye karşı duyulan merak, tasalanma ve endişe duygusudur (Öztürk, 2016).

2. BÖLÜM

KURAMSAL ÇERÇEVE VE İLGİLİ ARAŞTIRMALAR

2.1.Çocuk Psikiyatrisine Başvuruda Tanı Dağılımı

Ülkemizde çocuk psikiyatrisi polikliniklerine başvuran hastaların tanı grubu, yaş ve cinsiyet dağılımlarının incelendiği çeşitli çalışmalar bulunmaktadır(Altuğ ve Tüzün, 1995; Görker ve ark, 2004; Aras ve ark. 2007; Durukan ve ark. 2011; Türokoğlu, 2014, Görmez ve ark. 2016).

Altuğ ve Tüzün'ün (1995) çalışmasında İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi çocuk psikiyatrisi bölümüne başvuran 100 hasta; tanı grupları ve ebeveynlerinde görülen kaygı düzeyi açısından incelenmiştir. Vakaların %75'i erkek çocuk %25'i kız çocuktur. En sık (%59) başvuru yaşı 5-10 yaş arasındır. DSM-4 kriterlerine göre sınıflandırılan bu olgular içerisinde tanıda sıklık sırasıyla, zekâ geriliği %24, DEHB %17, kekemelik %17, davranım bozukluğu %8, ayrılma anksiyetesi %8 olarak bulunmuştur (Altuğ ve Tüzün, 1995).

Görker ve arkadaşları (2004)12–18 yaş arası 1079 ergenin İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Polikliniği'ne bir yıl içinde yapmış oldukları başvurularını geliş nedenlerine göre geriye dönük olarak taramışlardır. Tüm olguların başvuru yakınmalarının incelendiği bu araştırmada toplamda 266 belirti saptanmış olup; bu belirtiler içinde en fazla görülen yakınmaların, sinirlilik, okul başarısızlığı, tırnak yeme, sıkıntı hissi, içe kapanıklılık, yaşlılarıyla anlaşamama, kardeş kıskançlığı olduğu belirlenmiştir. 441 kız, 638 erkeğin incelendiği çalışma DSM-4 ölçütlerine göre değerlendirildiğinde ise %14 anksiyete bozukluğu, %13duygudurum bozukluğu, %11 mental retardasyon tanısı görülmüştür. Dikkat eksikliği ve

yıkıcı davranış bozuklukları oranının ise %9 olduğu belirlenmiştir (Görker ve ark, 2004).

2002 yılının ilk altı ayı içinde Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi polikliniğine başvuran 523 erkek, 299 kız hastanın incelenmesinde ise DSM-4tkriterlerine göre %28 olguda eştanı(lar) olduğu bulunmuştur. Erkeklerde kızlara göre anlamlı şekilde yüksek olarak aşırı hareketlilik, dikkat dağınıklığı, ders başarısızlığı ve kekeleme yakınmaları görülmüş; Kızlarda ise erkeklere göre anlamlı düzeyde yüksek olarak aile ilişkisi sorunları, mutsuzluk- karamsarlık- isteksizlik- bunaltı- sıkıntı- huzursuzluk, fiziksel yakınmalar ve özkıym girişimi yakınmaları olduğu görülmüştür. (ŞahbalAras ve ark., 2007)

2009 yılının ilk altı ayı içinde GATA Çocuk ve Ergen psikiyatrisi polikliniğine başvuran hastaların tanı dağılımlarının belirlenmesi için, başvuran 538 hastanın dosyaları geriye dönük olarak incelenmiş ve olguların dörtte üçüne, en az bir tanı konduğu, 0-6 yaş arası bireylerde ise tanı konma oranının %50 olduğu belirlenmiştir. Olguların çoğunlukla erkek olduğu ve 7-18 yaş aralığında çocuk ve ergenlerden oluştuğu belirlenmiş; %13.7 oranında eş tanıya rastlanmış ve eştanıgörölme oranının en fazla dikkat eksikliği hiperaktivitebozukluğu grubunda olduğu görülmüştür (Durukan ve ark. 2011).

2009 yılında yapılan bu çalışmada sırasıyla DEHB, yaygın anksiyete bozukluğu, zekâ geriliği, depresyon ve enürezisen sık görülen tanılar olmuş ve tüm yaş gruplarında ise en sık DEHB tanısı konulduğu belirlenmiştir. Cinsiyete göre karşılaştırıldığında erkek çocuklarda en sık DEHB, zekâ geriliği, yaygın anksiyete bozukluğu, enürezis ve depresyon; kızlarda ise DEHB, yaygın anksiyete bozukluğu, depresyon, zekâ geriliği ve enürezis olduğu bulunmuştur(Durukan ve ark. 2011).

Ordu Devlet Hastanesi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Bölümüne başvuran hastaların tanı dağılımlarını inceleyen bir diğer araştırmada 2109 hastanın dosyaları geriye dönük olarak incelenmiş ve olguların %60'ının erkek olduğu saptanmıştır. Başvuruların büyük çoğunluğu (%79) 7-18 yaş grubu çocuk ve

ergenlerden (%78.6) oluşmaktadır. Başvuran olguların %75'ine bir ya da birden fazla tanı konmuştur. Eş tanı saptanma oranı en sık DEHB grubundadır. 0-6 yaş arası olgularda tanı konma oranı %45, 7-11 yaş arası olgularda %85, 12-18 yaş arası olgularda ise %80'dir. En sık saptanan tanılar, sırasıyla DEHB, depresyon, yaygın anksiyete bozukluğu, enürezis ve zeka geriliğidir. Cinsiyete göre tanı dağılımı incelendiğinde erkek çocuklarda DEHB, enürezis, depresyon, yaygın anksiyete bozukluğu ve zeka geriliği en sık rastlanan tanı grupları iken; kızlarda DEHB, depresyon, yaygın anksiyete bozukluğu, enürezis ve zeka geriliği tanılarının en sık rastlanan tanılar olduğu belirlenmiştir (Türkoğlu, 2014).

İstanbul Bezmialem Vakıf Üniversitesi Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniğine yapılan başvurular incelendiğinde çoğunluğu (%63) erkek olarak saptanan olguların %84'üne en az bir tanı konmuştur. DSM-5 kriterlerine göre incelenen grupta en sık görülen psikiyatrik tanılar DEHB (%32), özgül fobi (%25), karşıt olma karşı gelme bozukluğu (%13) ve uyum bozukluğu (%8.3) olarak saptanmıştır. Erkeklerde en sık rastlanan tanılar sırasıyla DEHB, özgül fobive karşıt olma karşı gelme bozukluğu (%16) iken, kızlarda en sık rastlanan tanılar sırası ile özgül fobi (%30), DEHB (%17) ve uyum bozukluğu (%12) olmuştur. 5-12 yaş aralığında en sık rastlanan tanılar sırasıyla DEHB (%35.7), özgül fobi (%25.4) ve karşıt olma karşı gelme bozukluğu (%13.6) iken, 13-18 yaş aralığında özgül fobi (%26), DEHB (%20.6) ve depresyon (%16.6) en sık konulan tanılar olmuştur (Görmez ve ark., 2016).

Görülüyor ki araştırmaların yapıldığı tarihe ve örneklemin alındığı yere göre farklı sonuçlar elde edilmekte ancak bazı noktalar araştırmalarda birbirini destekler sonuçlar vermektedir. Örneğin çocuk ve ergen psikiyatrisine başvuruda genellikle erkek gruplar çoğunluktadır. Rutter (1975); ruh sağlığı kliniklerine daha çok erkek çocuklarının getirilmesini, erkek çocuğun fizyolojik olgunlaşmamışlığı ile açıklamaktadır.

Olguların çoğuna bir veya daha fazla eş tanı koyulduğu görülmüştür. Tanı sıklığına göre cinsiyetler arası farklar bulunmaktadır. Cinsiyet gözetilmeden

sıklığa bakıldığında genellikle en sık tanının DEHB ve anksiyete bozukluğu olduğu belirlenmiştir. Çalışmalarda çocuk psikiyatrisi polikliniğine başvuru yaşı da değişmektedir. Altuğ ve Tüzün'ün çalışmasında çocukların başvuru yaşı %59 oranla 5–10 yaş aralığındadır. Erol (1988) çocuk psikiyatrisi polikliniğine en sık başvuru yaşını 7 yaş, Tanrıöver (1992) ise 6–11 yaş olarak bildirmektedir.

Araştırmalar arasındaki farklı sonuçlar, toplumdaki değişimlerin ruh sağlığı alanına bir yansıması olarak düşünülebileceği gibi, ölçüm araçlarının ve başvuran olguların kurumlara göre değişiklik göstermesinden de kaynaklanabilir. Ebeveynin farkındalığı ve yardım arayışı da sonuçlar üzerinde etkili olabilir. Zaman içinde eğitimdeki ilerlemenin toplumsal bilgilendirmeyi artırdığı ve ebeveynin sorunu fark ederek yardım arayışına götürdüğü de bir varsayım olabilir.

2.2. Ebeveynde Tanıyı Kabul Sürecini Açıklayan Modeller

2.2.1. Aşama Modeli

Yetersizliği olan çocuğa sahip anababanın ilk tepkilerini açıklamada sürekli üzüntü modeli, kişisel yapılanma modeli, çaresizlik, güçsüzlük ve anlamsızlık modeli gibi çeşitli modeller bulunmaktadır (Akkök, 1997); ancak bunlar arasında en sık kullanılan model “aşama modeli”dir.

Modelin özgün hali Kübler- Ross (1969) tarafından ölümcül hastalık tanısı almış bireyler ve yakınlarının tepkilerini tanımlamak amacıyla oluşturulmuştur. Bu modele göre yadsıma, kızgınlık ve öfke, pazarlık, depresyon ve kabullenme aşamaları bulunmaktadır (Kübler ve Ross'tan aktaran Doğan, 2015)

Sloman, Springer ve Vachon'a (1993) göre bu duygular, yalnızca fiziksel ölüm ya da kayıpların ardından değil, anne baba açısından, “mükemmel” bir çocuğa sahip olma rüyasının ölümüyle de ortaya çıkabilir. Fiziksel ölüm nesne kaybıyla sonuçlanırken, ebeveynin idealindeki mükemmel çocuk yetiştirme

hayalinin kaybı da “proje kaybı” olarak kavramlaştırılabilen bir sonuç doğurur (Doğan, 2015).

Aşama modeli Fortier ve Wanlass(1984)tarafından “zamana bağlı model” olarak ortaya konulmuş bir yaklaşım modelidir.Zihinsel engellilik, fiziksel engellilik, kronik hastalık gibi özel gereksinimleri olan çocukların anne babalarının tepkilerini açıklama amacıyla geliştirilmiştir. Anne baba için krizin başlangıcı olan şaşkınlık tepkisi çocuğa verilen tanının ilk kez duyulması ile başlamaktadır. Tanının yanlış olması ümidiyle inkâr safhasına geçilir, bu süreçte aile alternatif yöntemler arayarak geçici bir avunma dönemine de girmiş olur. Böylece tanının gerçekliği ile yüzleşmede zaman kazanmış olacaktırlar.

Keder evresinde öfke, üzüntü ve suçluluk bir arada dışa vurulan duygulardır. Çocuğa konulan tanı nedeniyle ebeyninbaşkalarını suçlaması söz konusu olabilir. Başa çıkma yöntemleri yeterince devreye girdiğinde “keder evresi” tamamlanır. Bu şekilde anne baba dışarıdan yardım kabul edebilecek duruma gelebilir ve gerçekçi bir şekilde yaşamlarını duruma uyarlayabilirler. Son evre olan kapanış evresinde ebeveynler, çocuğun tanısının normal aile yaşantısını bozduğunu ve bozmaya devam edeceğini kabul ederler ve çocuğun aile hayatına uyumu için yöntemgeliştirmeye koyulurlar. Hastalığın kabullenilmesi ve anlaşılması tedaviyle birlikte hastalığın gidişini önemli ölçüde etkileyeceğinden çeşitli sebeplerle evrelerde ilerleme sağlayamayan veya bir önceki evreye geri dönen bireylerin desteklenmesi için profesyonel yardıma gereksinim duyulmaktadır (Er, 2006).

- **Birincil Tepkiler:** Aşama modeli veya diğer adıyla zamana bağlı modelde kişi, ani bir üzüntüye maruz kaldığında şoktan kabul ve uyuma doğru ilerleyen birtakım evrelerden geçer. Kişinin duruma uyumunu sağlayacak bu evreler aşamalı olarak birbirini takip eder. Bazen bireyler bu aşamaların birinde uzun süre takılabilir veya bir önceki basamağa dönebilir. Çoğu zaman bu evreler uç uca eklenmiş değil de iç içe geçmiş gibi seyretmektedir.

Birincil tepkiler çocuğunun hastalık tanısı alması karşısında ebeveynin ilk verdiği tepkilerdir. Şok;annenin çaresiz şekilde büyük bir çöküş yaşadığı,ağlama krizlerinin eşlik ettiği, anne babanın çevresiyle ilişkilerini büyük oranda sona erdirdiği evredir. Ardından gelen inkâr evresi, aslında ebeveynlerin kendilerini duygusal acıdan korumasının bir şeklidir. Anne baba bir yanıyla tanıyı bilir ve konuyla ilgilenir, bir yanıyla inkâr eder, hiç yokmuş gibi davranır. Bu durum, çocuğun ileride yaşayacaklarının belirsiz olmasından ve bilinmezliğin korkusundan doğmaktadır. Birincil tepkilerin son aşamasında “keder ve çöküntü” tepkisi başlar, gerçeğin farkına varılması için yaşanması gereken bir evredir. Ebeveynler, tüm çabalarına rağmen bu kronik tanının veya hastalığın değişmeyeceğini anlarlar ve ciddi bir üzüntü içine girerek umutsuzluk duygusuna kapılırlar.

- **İkincil Tepkiler:** Anne babanın durumu kısmen de olsa kabullenmesiyle beraber birbirlerine ve çocuklarına olan tepkilerinin şekillendiği evredir. Eş zamanlı olarak öfke, suçluluk, kendini veya diğerini suçlama, çocuğa aşırı özveri veya çocuğu reddetme gibi tepkiler yaşanmaya başlar. Karşıt duygular; öfkenin ve sevginin bir arada yaşanmasıdır. Bunun sonucunda ebeveynlerin, kendilerini çocuklarına tamamen adama ihtimalleri bulunduğu gibi, tam aksine çocuklarını tamamen reddetme ya da engellilik gerçeğini kabul etmeyerek beklentilerini aşırı yükseltme durumu da geliştirebilirler.

Suçluluk; bu evrede atlatılması en güç duygudur. Anne baba, doğrudan ya da dolaylı olarak çocuğun hastalığında veya engellilik durumunda bir paylarının olduğunu düşünür ve kendilerini veya birbirlerini suçlayabilirler. Bazen de çocuğun sorununun kendilerinin yapmış olduğu hatalı bir davranışın yaptırımı veya cezası olduğunu düşünerek gerçekçi olmayan duygulara kapılırlar. İkincil tepkiler evresinde görülen en yoğun duygulardan bir de öfkedir. Kızgınlık, ailelerin engelli çocuklarını kabul etmelerinde önemli bir zorluk getirir. “Neden bu hastalık, neden biz?” soruları yoğunlaşır. Aile, hissettiklerini doktorlara, terapistlere ve öğretmenlere yansıtır ve kişileri de suçlayabilir. Ebeveynin çocuğun durumunu kabulleniş veya reddediş biçimine bağlı olarak utanmatepkisi de görülebilir. Çocuğun engeli, ebeveynin engeli gibi

algılanabilir ve çocuğa toplum tarafından gösterilen acıma ya da dışlama gibi durumlarla baş etmeyi zorlaştırabilir.

- **Üçüncül Tepkiler:** Kişinin duruma uyuma yaklaştığı ve artık kabulün çoğaldığı evredir. Pazarlık etme ve uzlaşma evresinde anne ve baba çocuğun engelini sona erdirmeyi, ortadan kaldırmayı hedefler. Belki de suçluluk ve çaresizlik duygularının bir yansıması olarak, bu çözüme ulaşmak için çocuğun normalleşmesini sağlayabileceğini düşündükleri kişilerle uzlaşmaya girebilirler. Uyma ve yeniden düzenlemeevresinde normal olmayan özelliklerde bir çocuğa sahip olduklarını ve bu konuda yapılabileceklerini ciddi ve gerçekçi bir şekilde düşünmeye başlayan ebeveynler, çocukları ile daha olumlu ve etkili bir ilişki kurmaya çabalarlar. Son evre olan “kabul ve uyum” döneminde anne babasüreçilerledikçe hem çocukları hem de kendileri açısından daha fazla bilgi sahibi olurlar ve yalnızca çocuklarının değil, kendilerinin de güçlü ve zayıf yanları olduğunu kabullenmeye başlarlar (MEB Aile Eğitim Rehberi, 2008).

Bu evrelerin uzunluğu ve yoğunluğu her anababa için değişebilmekle birlikte, evrensel bir sırayı da izlemekte ve gelişimsel geçiş dönemlerinde yeniden yaşanabilmektedir. Aşama modeli evreleri, kriz durumunda yaşanan tepkilerle ve uyum evreleri ile benzerlik göstermektedir (Doğan, M. 2001).

2.2.2. Sürekli Üzüntü Modeli

Sürekli Üzüntü Modeli, süregelen hüznü trajik bir olaya verilen doğal bir tepki olarak yorumlamaktadır (Olshansky'den aktaran Er, 2006). Tanım ilk olarak zihinsel engelli çocuğu olan ebeveynlerde görülen psikolojik tepkiyi açıklamak için kullanılmıştır. Süregelen hüznün, anne-baba-çocuk etkileşimi sürecinde verilen duygusal bir cevaptır. Olshansky, zamana bağlı modelin kapanış evresini benimseyen meslektaşlarının aksine, anne-babaların, kapanış evresine geçmeyi yani kabullenmeyi hiçbir zaman başaramayacaklarını savunur. Ebeveynler aslında hiçbir zaman etki evresinden kurtulamaz ve hiçbir zaman suçluluk duygularının üstesinden gelemez; çocuklarını desteklemek için gösterdikleri çaba da kabullenme anlamına gelmez. Bu yaklaşımı savunanlara göre anne-babalar hiçbir zaman kapanış evresine gelemezler (Er, 2006).

Aşama modelinde, ailelerin birtakım aşamaları atlatabildiği, durumu kabullenebildiği ve uyum gösterme noktasına ulaşabildiği varsayılmaktadır (Ataman, 2003). Ancak bu görüşe bir eleştiri olarak bir yakının kaybı sonrası yaşanan uyum süreci ile çocuğun yeti yitimi veya kronik tanısı ile başlayan süreç arasında dikkate değer bir fark vardır. Ölüm ya da fiziksel kayıptan sonra, yaşanan yasın nesnesi artık olmadığından bu yasın başarılı bir şekilde çözümlenme olasılığı daha yüksektir; ancak süregelen bir yetersizliğin varlığında, yasın nesnesi sürekli olarak aileyle birlikte olduğundan ailenin yaşadığı duygular da çoğu zaman süregelen bir hal oluşturacaktır (Kurtzer-White ve Luterman'dan aktaran Ataman, 2003).

Süregelen hüznün modelinde aileler, çocuklarının farklılığı, toplum tarafından gösterilen olumsuz tepkiler ve ailevi yaşantılarındaki sorunlar nedeniyle sürekli olarak kaygı ve üzüntü halindedirler. Engelin kabullenilmesiyle birlikte, ebeveynler çocukları için ellerinden geleni yapmaya başlayacak aynı zamanda sürekli bir üzüntü içinde olacaklardır. Kabul ve üzüntünün birlikte yaşanacağı bu süreçte kaygı ve üzüntü tepkileri patolojik kabul edilmez ve uyum sürecinin bu şekilde geliştiği ifade edilmektedir(Akkök, 1997).

2.2.3. Birleşik Model

Aşama modelini ve sürekli üzüntü modelini birbiri ile entegre olarak sunan ve her iki görüşü de içinde barındıran yönleri ortaya koyan modeli Copley ve Bodensteiner(1987) sunmuşlardır. Birleşik model; zamana bağlı modelin çerçevesi ile süregelen hüznün fikrinin özelliklerini birleştiren ortak bir modeldir.

Bu araştırmacılar, engelli çocukların ailelerinin birinci evre basamakları olan şaşkınlık, inkâr ve keder tepkileri arasında dönüp durdukları görüşünü benimserler. Bu ilk evre, aralıksız duygusal iniş çıkışların yaşandığı (Roller-CoasterRide) bir evreolarak tanımlanır. İkinci evre ise dışarıya odaklanma yani anne babanın dışarıdan yardım alma arayışının başladığı ve kapanış yani kabullenme ilesonlanan evredir. Bu evre anne-babanın, çocuğun yeti yitimini ve uzun vadedeki sonuçlarını kavramaya başladıkları dönemdir. Anne-baba artık çocuklarını olduğu gibi kabul ederve onunla olan ilişkilerinde mutlu

olurlar. Aile dönemsel olarak krizyaşantılarını deneyimlese de bunları yeniden çözümlemeye dair yeni ve yeterli başa çıkma stratejilerine ulaşırlar (Melek Er 2006).

2.2.4.Kişisel Yapılanma Modeli

Akkök 'ün(2003) geliştirdiği bu modele göre ebeveynlerin çocuklarındaki engellilik nedeniyle gösterdikleri reaksiyonlar ve uyum sağlama süreçleri, özellikle bilişsel yönden değerlendirilmektedir. Bu yaklaşıma göre, ailelerin çocuklarındaki yetersizlik durumuna karşı gösterdikleri farklı tepkiler, ailelerindurumu yorumlama ve algılama farkına göre şekillenmektedir. Ebeveynlerin geleceğe dair planları, tecrübelerine ve beklentilerine göre şekillenmektedir ve anne babalar bu konuları göz önüne alarak bilişsel örüntüler oluşturmaktadırlar. Oysa ailelerin planladıkları veya hayal ettikleri ile çocuğun aileye dahil olması sonrası yaşananlar arasında bir çelişki bulunduğu, ailelerde büyük bir kaygı oluşmaktadır ancak, bu süreç sonrasında aileler yeniden yapılanma aşamasına geçerler ve oluşan yeni yapılarla uyum sağlamayı başarırlar(Akkök, 2003).

2.2.5.Çaresizlik, Güçsüzlük ve Anlamsızlık Modeli

Önceki modellerle kıyaslandığında ebeveynler açısından bu model daha olumsuz bir görünüme sahiptir. Bu modele göre, engelli bir çocuğun dünyaya gelmesinin anne baba açısından oluşturduğu duygular, aslında çevrenin söylemlerinden oluşmaktadır (Akkök, 2003). Çocuğun aldığı destek eğitim hizmetleri, ailenin aldığı danışmanlık bilgileri, toplumdaki bireylerin tepkileri ve hazır bulunuşluk düzeyleri de ailelerin reaksiyon şeklini belirleyen etkileyen etmenler arasındadır (Akkök, 1997).

2.3. Anksiyete

Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabında (DSM-5) “Kaygı Bozuklukları” olarak karşımıza çıkan kavram, aşırı korku ve kaygı özelliklerini paylaşan bozuklukları kapsamaktadır. Korku gerçek, göz korkutucu bir olayı (örneğin savaş karşısında verilen kaçma tepkisini) içerirken, kaygı daha çok

olabilecek kötü sonuçlara karşı tetikte olma ve kaçınan davranma durumunu kapsar (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014).

2.3.1. Anksiyete Kuramları

2.3.1.1. Psikanalitik Kuram

1970'lerde Freud'un başlattığı psikanalitik kurama göre iç çatışma; benlik (ego) ve altbenlik (id) ya da benlik (ego) ve üst benlik (süperego) arasındaki dengenin kurulamamasından kaynaklanır. Bunaltı benliğin bir alarm işaretidir ve çatışmaya karşı savunma düzeneklerini harekete geçirir (Öztürk, 1997).

Freud'a göre (1926) insan davranışları, tüm yönleriyle uyum sağlamaya yöneliktir ve anksiyete, fiziksel ya da toplumsal çevreden gelen tehlikelere karşı bireyi uyarma, bireyin uyumunu sağlama ve yaşamı sürdürme işlevlerine katkıda bulunur. Ancak anksiyete nevrotik anksiyete de olduğu gibi mantık dışı bir nitelik alırsa, uyum işlevini yitirir ve normal dışı davranışların ortaya çıkmasına sebep olur (Geçtan, 2012).

Otto Rank (1924), tüm anksiyetelerin oluşumunu doğum travması ve çocuğun anneden kopup dış dünyayla karşılaşması ile ilişkilendirirken Harry Sullivan (1947) anne ile çocuğun erken ilişkisini ve annenin anksiyetesinin bebeğe geçişini vurgulamıştır. Sullivan, bir insanın gerçek veya imgesel bir tehditle karşılaştığı zaman yaşanan duyguyu anksiyete olarak tanımlamıştır (Geçtan, 2012).

2.3.1.2. Davranışçı Kuram

Davranışçı görüşe göre bunaltı ve fobiler öğrenilmiş durumdadır. Korku; acı veren bir uyarana karşı biyolojik temelli bir tepkidir. Davranışçı kuram, anksiyetenin özgün çevresel uyarana, koşullandırılmış yanıt olduğunu belirtir. DeneySEL ortamda hayvanlara, hiç korkmadıkları bir uyarana karşısında duymaları eş zamanlı ağırlı bir uyarana verilerek sağlanabilir. İnsanlarda öğrenme süreçleri hayvanlardan daha karmaşık olsa da kaygı ve fobilerin

tedavisindeki davranışsal yaklaşımın başarısı, öğrenmenin de bu yönde olduğunu destekler niteliktedir (Öztürk, 1997).

2.3.1.3.Bilişsel Kaçınma Kuramı

Borkovic'in geliştirdiği bu kuram, tasalanmanın bunaltıdan kaçınma yolu olduğunu söyler. Bu kurama göre tasalanma, imgeselden ziyade sözel olarak yani iç konuşma şeklinde derin duygusal kaygılardan ya da felaket beklentisinden kaçınma şeklindedir. Bu görüşe göre tasalanma, dikkati dayanılmaz kaygı verici konulardan daha az önemli konulara yönelten bir süreç olarak tarif edilebilir (Öztürk, 1997).

2.3.1.4.Varoluşçu Kuram

Varoluşçu görüşü benimsemiş felsefeciler ve ruh hekimleri, gerçek bunaltıyı “kişinin var oluşunun tümden yok edilebileceği” tehdidini fark etmesiyle ilişkilendirirler (Öztürk, 1997).

Heidegger'e(1940) göre varoluşçu kuramın ana kavramı, kişilerin özgürlüklerinden ve hayatlarının sorumluluğundan haberdarolmasıdır. Bireyler, bu sorumluluğu hissedebilmelerinden ötürü yaşamının sorumluluğunu almakla ilgili kaygı duymaktadırlar. Ölümün kaçınılmazlığı, yaşamın doyumluluğunu ve anlamlılığını sorgulamamıza neden olmaktadır. Öyle ki bu yokluk ve hiçlik duygusu, kaçınılmaz olan ölümü kabullenmekten bile daha rahatsızlık verici olabilir. “Varoluş anksiyetesi” kavramıyla tanımlanan bu durum, doğmuş olduğumuzun ve yaşamın birgün sona ereceğinin bilincinde olmamızın sonucudur (Geçtan, 2013).

2.3.2.Ruhsal Bozukluk Gösteren Çocuğa Sahip Ebeveynde Kaygı ve İlgili Araştırmalar

Her bireyin zorlayıcı durumlardan etkilenme ve onunla başedebilme biçimleri birbirinden farklıdır ve her birey farklı bedensel, kişisel ve sosyal koşullara sahiptir. Bütün bunlar hastanın tıbbi ve ruhsal açıdan prognozunu olumlu ya da olumsuz biçimde etkiler. Bu nedenle hastalık, bazı durumlarda bir çocuğun

veya ailenin tüm hayatında bir iz bırakacak bir etkilenmeye sebep olurken bazı durumlarda ruhsal örselenmelere yol açmaz, çocuk ve aile hastalıkla etkin biçimde başa çıkarlar. Son yıllarda, gelişmiş ülkelerde ve ülkemizde hangi faktörlerin hasta çocuğun sıkıntı ve sorunlarını azalttığı ve hangilerinin artırdığı, tıbbi hastalığı olan çocuğa psikolojik yardımın nasıl yapılacağı konusu önem kazanmıştır (Ekşi,1999).

Özellikle pediatriistlerden çocuğun rutin sağlığını gözlemlemek ve olası bir anormallikte ilk belirtiyi yakalamak ve aileyi uyarmakla ilgili beklenti yüksektir. Ebeveyn kaygısının, gizlilik döneminde hastaneye başvurmada %27-30 oranı ile ilk sırada yer aldığı bildirilmiştir (Fosson, Martin, Haley; 1991). Çocuğun muayenesinden sorumlu hekimin ebeveyn kaygısı ile dikkatle ilgilenmesi, ebeveynde suçluluk duygularının artmasına mahal vermemesi önemlidir (Altuğ ve Tüzün, 1995)

Hasta çocuğun ebeveyni kaygılıdır; çocuktaki belirti ruhsal kaynaklı olduğunda ise ebeveynin yaşadığı kaygının dahada arttığı belirtilmektedir (Altuğ, Tüzün, Zoroğlu; 1992).Sadece çocuğunu çocuk psikiyatrisi polikliniğine getirmek bile ebeveynde kaygı oluşturabilmektedir (Altuğ ve Tüzün, 1995).

Bu durumdaki ebeveyn çaresiz, huzursuz, öfkeli, hatta çökkün hissetmektedir. Bunun nedeni, psikiyatrik bir sorunu olmanın toplumda utanılacak bir durum olarak düşünülmesidir. Diğer nedenler arasında ise ailenin psikiyatrik sorunla başa çıkamayacağını düşünmesi, erken yaşta psikiyatrik tanı almanın ileride çocuğa zarar getireceği inancı, çocuğun durumundan kendilerini sorumlu tutmak sayılabilir. Ailenin bu kaygısı çocuğa zarar verebilecekleri korkusu ile ondan uzaklaşmalarına veya savunmaya geçerek çocuğu tedaviden uzaklaştırmalarına neden olabilir(Öztürk, 1992).

Literatürde, annelerin çocukları ile beraber doktora gitme sayıları, babalardan daha yüksektir. Buna sebep olan faktörlerden biri de annelerin babalardan daha yüksek kaygı puanına sahip olmaları ve doktora beraber gelerek kısmen de olsa rahatlamaları şeklinde yorumlanmaktadır. Illingworth; annelerin daha kolay endişelendiklerini, bu durumun önüne geçemediklerini, duyarlılıkları

nedeniyle gereksiz bir endişe içindeki bu annelerin doktora gerekli bilgiyi aktaramadıklarını bildirmektedir.

Tanı, takip ve sağaltım aşamasında çocuk ve ergenle çalışan tüm uzmanların, özellikle ruh sağlığı uzmanlarının konsültasyon ve liyezon çalışmalarını başarı ile yürütmelerinin önemi pek çok çalışmada vurgulanmaktadır. Tedavi ekibinin iş birliği içinde çalışmasının hem çocuğun hem de ebeveynin tanıyı/hastalığı kabullenme ve başa çıkma süreçleri ile doğrudan ilişkisi vardır.

Bir kısım çalışmalarda (Altuğ, Tüzün ve Zoroğlu, 1992; Toros ve ark. 2002; Üstün 2011) kronik hastalık tanısı almış çocukların ve ailelerinin ruhsal durumundaki değişimler ve uyum çabaları; bazı çalışmalarda ise psikiyatrik tanı alma aşamasında olan çocuk ve ergenlerin ailesindeki kaygı düzeyi incelenmiştir (Altuğ ve Tüzün, 1995).

Kanser (AML, ALL, Wilms tümörü gibi) ve diğer önemli kronik hastalık (diyabet, talasemi, hemofili, böbrek yetmezliği) tanısı almış olan çocuklar ile sağlıklı çocuklardan oluşan kontrol grubu karşılaştırılmıştır. Kronik hastalığı olan çocuklar ve anne babalarının depresyon ve anksiyete düzeylerinin sağlıklı çocuklar ve onların anne babalarından daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Toros ve ark. 2002). Aynı çalışmayla annedeki kaygı düzeyinin babanınkinden daha yüksek olduğu ve babaların kaygı düzeyi ile çocukların hastalık süresi arasında da anlamlı pozitif ilişki olduğu bulunmuştur.

Altuğ ve Tüzün'ün (1995) çalışmasında "Durumluk Kaygı Enventeri" uygulanan katılımcılarda çocuğun yaşı ile ebeveynin kaygı düzeyi arasında ilişki saptanamamış olmakla beraber, birden fazla çocuğa sahip ebeveynlerin tek çocuklu ebeveynlerden daha fazla durumluk kaygı puanı aldığı görülmüştür. Orta veya son çocuğunu getiren ebeveynlerin kaygı düzeylerinde de anlamlı olarak yükseklik bulunmuştur. Katılımcıların eğitiminin artması ile kaygı puanlarının azaldığını gösteren negatif korelasyon görülmüştür. Sürekli kaygıyı bildiren bu ölçeğin puanları, sadece çocuğun hastalığından ebeveynin etkilenmesini değil, ekonomik durumdan, iş ve ev problemlerinden, geçmiş ve gelecekle ilgili olaylardan ve kişinin mevcut

süreğen hastalığı gibi pek çok faktörden de etkilenmektedir. Çocuğu psikiyatrik bir tanı alan ve almayan ebeveynin Durumluk Kaygı Envanteri puanlarına bakıldığında çocuğunu çocuk psikiyatrisi polikliniğine muayeneye getirmenin tanıdan bağımsız olarak da ebeveynde kaygı oluşturabileceği fikrini oluşturmuştur.

Doğru ve Arslan'ın(2006)yapmışolduğu “engelli çocuğu olan annelerin sürekli kaygı düzeyi ile durumluk kaygı düzeylerinin karşılaştırılması” çalışmasında Konya'da bir rehabilitasyon merkezine devam eden 51 çocuk ve ev hanımı olan anneleri örneklem olarak alınmış ve çalışmanın sonucunda annelerin çoğunluğunda kaygı puanı yüksek çıkmıştır. Bu çalışmada ailedeki çocuk sayısının kaygı puanında anlamlı fark oluşturmadığı ancak, sağlıklı bir evlat dünyaya getirmiş olan annelerin sonraki (ikinci, üçüncü veya dördüncü) çocuklarının engelli olması durumunda kaygı düzeylerinin anlamlı şekilde yükseldiği görülmüştür. Annenin yaş ve eğitim durumuna göre anlamlı düzeyde bir fark bulunmamıştır. Gelir durumu değişkenine göre durumluk kaygı puanları arasında anlamlı fark olmayıp sürekli kaygı puanları arasında anlamlı fark görülmüştür. Düşük gelir düzeyine sahip ailelerin annelerinde engelli çocuğa bakım vermenin uzun vadeli maddi yükünün bu kaygı puanını yükseltmiş olabileceği düşünülmektedir. (Doğru ve Arslan, 2006)

Ryde ve Brandt (1990), psikotikbozukluğu, Down sendromu, çeşitli bedensel engelli olan çocukların anneleri ile sağlıklı çocuğu olan annelerin anksiyete düzeyini karşılaştırmışlardır ve psikotikbozukluğu olan çocukların annelerinin anksiyete düzeyini diğer gruplardan anlamlı düzeyde daha yüksek olarak saptamışlardır.

2.3.3. Anksiyete (Bunaltı) Bozuklukları Sıklık ve Yaygınlık

Anksiyete bilişsel, somatik, duygusal ve davranışsal bileşenleri olan ruhsal ve fizyolojik bir durumdur (Bal, 2013). Anksiyete bozuklukları, ruhsal bozukluklar içinde en yaygın görülen sorundur (Reiger ve Narrow 1990). Tüm ruhsal bozuklukların %25'i anksiyete bozukluğudur. Bu oran %17 olan depresyon

yaygınlığından fazladır. Bir yıl içinde görülen tüm anksiyete bozukluklarının sıklığı %12,6, yaşam boyu sıklığı ise %14.6'dır (Bal, 2013).

Amerikan ulusal eştanıçalışması verilerine göre anksiyetede yaşam boyu sıklık kadınlarda %30,5, erkeklerde %19,2 olarak belirlenmiştir. Anksiyete bozukluklarında cinsiyetler arasındaki farklılıkların biyolojik ve psikososyal nedenlerin etkileşimi ile oluştuğu düşünülmektedir (Bal, Çakmak, Uğuz; 2013).

Bunaltı bozuklukları genellikle erken yaşlarda ortaya çıkmaya başlar. Başlangıç için en riskli dönem 10-25 yaş arasındadır. Olguların %80-90'ında belirtiler 35 yaşından önce ortaya çıkar. Bir bunaltı bozukluğu olan hastaların büyük bir çoğunluğunda bir başka bunaltı bozukluğu daha bulunur. Bunaltı ya da duygudurum bozukluğu hastalarının yarısından çoğunda bu iki bozukluk bir arada bulunur. Yaşam boyu bunaltı bozukluğu tanısı konanların $\frac{3}{4}$ 'ünde yaşam boyu en az bir başka bozukluk daha görülmektedir. ESEMeD çalışmasında yaşam boyu bunaltı bozukluğu gösteren kişilerin %60-70'i görüşmeden önceki son 6-12 ayda da bu belirtilerin olduğunu bildirmişlerdir (Öztürk, 2016).

Sadock (2008) ve Bland (1988) in bildirdiğine göre yaygın anksiyete bozukluğunda yıllık prevalans %3-8; kadın/erkek oranı 2/1'dir. Bu hastaların yaklaşık 1/3'ü hekime başvurur. Bunların çoğu yirmili yaşlardadır ve anksiyete bozukluğunun bedensel belirtileri için tedavi arayışındadırlar (Aktaran Karamustafalıoğlu ve Yumrukçal, 2011)

Yaşam boyu yaygınlık %13,6-%28,8 arasında bildirilmektedir. 12 aylık yaygınlık oranları Avrupa ülkelerinde yapılan ESEMeD (European Study of the Epidemiology of Mental Disorders) çalışmasında %6,4 (kadınlarda %17,5, erkeklerde %3,8) olarak bulunmuştur. Yaşam boyu yaygınlık yüzdelerindeki farklılık kullanılan tanımlar, sınıflandırma sistemi ve örneklem seçimi ile ilgili olabilir (Öztürk, 2016)

2.3.4. Anksiyete Bozukluklarında Biyolojik ve Çevresel Nedenler

Yaşamın ilk yıllarında çocuğa bakım veren ile çocuğun güvenli bağlanmasındaki sorunların anksiyeteye neden olduğu düşünülmektedir. Güvensiz bağlanma, bakım veren ve bakım alan arasındaki rollerin değişmesine neden olur ve çocuk, olası tehditlere karşı aşırı duyarlılaşır. Kendisi için de kendisine bakım veren için de aşırı tasalanmaya başlar. Erişkin dönemde ise dünyanın tehlikeli bir yer olduğuna dair düşünceler geliştirir ve tasalanmayı, başa çıkma için etkili bir yöntem olarak kullanmaya başlar.

Çocukluktaki travmatik yaşantılar da erişkin yaşamdaki davranış ve ruhsal işlevler üzerinde olumsuz etki yapabilir. Ancak çocukluktaki kötü muamele ve travmatik olaylar her tür psikopatoloji için risk oluşturmaktadır. Yani bu yaşantılar, sadece anksiyete bozukluklarına özgü bir etken değildir.

Anksiyete bozukluklarının etiyolojisinin açıklanmasında 1980'lere kadar psikodinamik ve bilişsel görüş ağırlık taşısa da son yıllardaki ilgi, etiyolojide genetiğin rolüne odaklanmıştır. Bu konu hakkında elde edilen bilgiler; aile çalışmalarına, ikiz çocuk ve evlat edinme, genetik bağlantı ve assosiyasyon araştırmalarına dayanmaktadır. Anksiyete bozukluklarında nozolojik sınıflandırmaya göre yürütülen aile ve ikiz çocuk çalışmalarında etyolojide genetik belirteçlerin önemli rol oynadığına dair birçok kanıt gösterilmiştir (Arnold 2004).

Yapılan ikiz çalışmalarında farklı tipte kaygı bozuklukları için kalıtılabilirlik tahminleri. 25-.60 arasında değişmektedir. (McGrath 2012'den aktaran Öztürk, 2016). Ailesel yığılım ise %30-40 düzeyinde bildirilmektedir (Fisher 2007'den aktaran Öztürk, 2016). Özellikle panik bozukluk, obsesif kompulsif bozukluk ve zarardan kaçınma gibi anksiyete özelliklerinde duyarlılığa neden olan genler araştırılmaktadır. Alkolizm, otizm ve yeme bozukluklarında olduğu gibi anksiyete bozukluklarında da çevresel faktörlerle bağlantılı genetik yatkınlık olduğu düşünülmektedir (Arnold 2004'den aktaran Bal, 2010).

Yaygın anksiyete bozukluğunun etyolojisinde genetik nedenler rol oynamaktadır. Sağlıklı kontrol grubu bireylerin birinci derece akrabalarıyla yaygın anksiyete bozukluğuna sahip bireylerin birinci derece akrabaları karşılaştırıldığında ikinci grupta YAB'nun beş kat daha fazla olduğu görülmüştür (Noyes ve ark. 1987). Ancak geçiş oranları monozigot ve dizigot ikizler arasında farklılık göstermez (Andrews ve ark. 1990). YAB'na yatkınlık varyansının en az %70'i çevresel kaynaklıdır. Mackintosh ve ark. (2006) nagore yaşlı ikizlerle yapılan bir çalışmada YAB'nin ılımlı derecede kalıtsal olduğu sonucuna ulaşmıştır. Kendler ve ark. (1992) ise YAB ve duygudurum bozuklukları için paylaşılmış bir kalıttan söz etmektedir (Sevinçok 2007).

Anksiyete bozukluklarında otonom sinir sisteminde sempatik etkinliğin arttığı, buna bağlı olarak fizyolojik belirtilerin ortaya çıktığı düşünülmektedir. Biyokimyasal olarak yapılan çalışmalarda nörotransmitterler üzerinde durulmakta, noradrenalin ve serotonin düzeylerinin arttığı düşünülmektedir. Bazı nörokimyasal maddelerin verilmesiyle yapay olarak panik nöbetlerinin oluşturulabilmesi de biyokimyasal nedenselliği destekler niteliktedir (Özpoyraz).

2.4. Depresyon

Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı (DSM-5) tanı ölçütlerine göre iki haftalık dönem boyunca neredeyse her gün, günün büyük bölümünde kendini çökkün hissetme, ağlamaklı ya da öfkeli olma, neredeyse bütün etkinliklere karşı ilgide azalma, bir diyetle ilgili olmadan kilo alma veya kilo kaybetme, neredeyse her gün uykusuzluk çekme veya aşırı uyuma, hareketlerde kısırma veya yavaşlama, içsel gücün azalması, bitkinlik, neredeyse her gün değersizlik ya da suçluluk duyguları yaşama, neredeyse her gün düşünmekte ve odaklanmakta güçlük çekme ya da kararsızlık yaşama ve ölüm düşünceleri, kendini öldürme planı veya girişimi gibi belirtilerle giden psikiyatrik bir bozukluktur (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013).

DSM-5 de yer alan “Depresyon” tanı kriterleri şöyledir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013): Aynı iki haftalık dönem boyunca aşağıdaki belirtilerden beşi (ya

da daha çoğu) bulunmuştur ve önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olmuştur. Bu belirtilerden en az biri ya (1) çökkün duygudurum ya da (2) ilgisini yitirme ya da zevk almamadır.

- 1- Çökkün duygudurum neredeyse her gün günün büyük bir bölümünde bulunur ve bu durumu ya kişinin kendisi bildirir (örn. üzüntülüdür, kendini boşlukta hisseder ya da umutsuzdur) ya da bu durum başkalarınca gözlenir (örn. ağlamaklı görünür). (Not: çocuklarda ve ergenlerde kolay kızan bir durum olabilir.)
- 2- Bütün ya da neredeyse bütün etkinliklere karşı ilgide belirgin azalma ya da bunlardan zevk almama durumu neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunur (öznel anlatıma göre ya da gözlemlerle belirlenir).
- 3- Kilo vermeye çalışmıyorken (diyet yapmıyorken) çok kilo verme ya da kilo alma (örneğin bir ay içinde ağırlığının %5'inden daha çok olan bir değişiklik) ya da neredeyse her gün, yeme isteğinde azalma ya da artma (not: çocuklarda beklenen kilo alımını sağlayamama göz önünde bulundurulmalıdır.)
- 4- Neredeyse her gün, uykusuzluk çekme ya da aşırı uyuma
- 5- Neredeyse her gün psikodevinimsel kıskırma (ajitasyon) ya da yavaşlama (başkalarınca gözlenebilir; yalnızca öznel dinginlik sağlayamama ya da yavaşladığı duygusu taşıma olarak değil)
- 6- Neredeyse her gün bitkinlik ya da içsel gücün kalmaması (enerji düşüklüğü)
- 7- Neredeyse her gün değersizlik ya da aşırı ya da uygunsuz suçluluk duyguları (sanrısallık olabilir) (yalnızca hasta olduğundan ötürü kendini kınama ya da suçluluk duyma olarak değil).
- 8- Neredeyse her gün düşünmekte ve odaklanmakta güçlük çekme ya da kararsızlık yaşama (öznel anlatıma göre ya da başkalarınca gözlenir).
- 9- Yineleyici ölüm düşünceleri (yalnızca ölüm korkusu değil), özel eylem tasarlamaksızın yineleyici kendini öldürme (intihar) düşünceleri ya da kendini öldürme girişimi ya da kendini öldürmek üzere özel bir eylem tasarlama.

A- Bu belirtiler klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya yada toplumsal işle ilgili alanlarda yada önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.

B- Bu dönem bir maddenin ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

Not: A-C- tanı ölçütleri bir yeğin depresyon dönemini oluşturur.

Not: önemli bir yitim (kayıp) (örn. yas, batkılık, doğal bir yıkım sonucu yitirilenler, önemli bir hastalık ya da yeti yitimi karşısında gösterilen tepkiler arasında, A tanı ölçütünde belirtilen yoğun bir üzüntü duygusu yaşama, yitimle ilgili düşünüp durma, uykusuzluk çekme, yeme isteğinde azalma ve kilo verme gibi belirtiler olabilir ve bunlar da bir depresyon dönemini andırabilir. Bu gibi belirtiler anlaşılabilir ya da yaşanan yitime göre uygun bulunabilirse de önemli bir yitime olağan tepkinin yanı sıra bir yeğin depresyon döneminin de olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Bu karar kişiden alınan öykünün ve yitim bağlamında yaşanan acının kültürel ölçülere göre dışavurumunun değerlendirilmesini gerektirir.

C- Yeğin depresyon döneminin ortaya çıkışı şizoduygulanımsal bozukluk, şizofreni, şizofrenimsi bozukluk sanrılı bozukluk yada şizofreni açılım kapsamında ve psikozla giden tanımlanmış yada tanımlanmamış diğer bozukluklarla daha iyi açıklanamaz.

D- Hiçbir zaman bir mani dönemi ya da bir hipomani dönemi geçirilmemiştir.

Not: Mani benzeri ya dahipomani benzeri dönemler maddenin yol açtığı dönemlerse ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanabiliyorsa bu dışlama uygulanmaz.

2.4.1. Depresyonu Açıklayan Kuramlar

2.4.1.1.Psikanalitik Yaklaşım

Freud (1917), melankoli ve yası değerlendirirken depresyon döneminde yas döneminde olduğu gibi gerçek bir nesne kaybı olmadığını vurgulamaktadır. Kişinin sevdiği birini ölüm sonucu yitirmesi ile yas oluşur. Bu dönemde kişide sevdiği kişi tarafından terk edilmiş gibi bir yitim duygusu meydana gelir. Yasta yitim duygusu olabilir ama “sevilmiyorum, kötüyüm” gibi bir özsaygı yitimi

olmaz. Depresyonda ise yitim duygusu sevgi ve özlem vasıtasıyla üstbenliğin kişinin kendisine öfke yöneltmesine neden olur ve böylece öz saygı yitirilir. “Ben artık sevilmiyorum”, “kötüyüm” düşüncesi egoya olumsuz nitelendirmeler yakıştıracak (sevilmeye değer biri değilim) ve depresyon oluşacaktır(Öztürk, 2004).

Bibring’egore ise benliğin özseviselerlerine ulaşma çatışmaları ile depresyon doğmaktadır. Bireyin; değerli, güçlü, sevilen, üstün, seven, güvenli biri olmakla ilgili çok güçlü yaşamsal amaçları varken bir yaşam olayı - emeklilik, hastalık gibi- bu ereklere ulaşmayı engelleyebilir. Beklentilerine ulaşamayacağı düşüncesi geliştiren kişi öz saygısını yitirir ve çökkünlüğe girer (Öztürk, 2004).

2.4.1.2.Bilişsel Yaklaşım

Aeron Beck (1983) ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olan bilişsel görüşe göre çökkünlük, temelde bir duygulanım bozukluğundan ziyade kişinin, yaşamının ilk dönemlerinden başlayarak oluşturduğu şemalarının bir sonucudur. Bilişsel modele göre kişi önce kendine ilişkin olumsuz algılamalara (şemalara) sahip olur, daha sonra da dünyayı ve geleceği olumsuz algılamaya başlar. Kendini yetersiz ve değersiz olarak algılayan bireyin çevresindeki herşey artık onun için engelleyici olmaktadır. Burada vurgulanan konu depresif kişilerin bilişsel yönlerindeki sorundur. Depresyonu bilişsel, davranışsal ve duygusal açıdan bir bütün olarak ele alan Beck’in tanımına göre depresif duygulanım daha çok bilişsel bir bozukluktur (Öztürk, 2004).

Duygusal bozuklukların tanımında bilişsel yapılar olan şemaları kullanan Beck (1983) şemaların bireyin belleğini, algılarını ve yargılarını etkilediğini ifade etmektedir. Williams ve arkadaşlarına (1997) göre tecrübeler, bireylerin şemaları doğrultusunda algılanmaktadır ve şemalarla uyumlu olarak tecrübelerin yorumlarında da bozulmalar gerçekleşmektedir (Koç, 2008). Kendisini yetersiz ve değersiz olarak algılayan kişinin çevresindeki herşey onun için engelleyici olarak algılanmaktadır (Batıgün, 2001). Bu bireyler, yaşantılarını son derece olumsuz şekilde yorumlarlar. Kişisel dünyalarını aşırı ölçüde yüklü, yaşamı aşılmaz engellerle dolu, zevksiz veya doyumsuz olarak

algılarları. Mevcut problemlerinin ne zaman biteceği belirsizdir. Önlerinde düzelmesi mümkün olmayan cefalı, mahrum, engelli bir hayat görürler (Aşkın, 1999).

2.4.1.3.Davranışçı Yaklaşım ve Öğrenilmiş Çaresizlik

Ferster, davranışçı açıdan ilk kez ayrılık, ölüm, ani çevresel değişiklik gibi olumlu pekiştiricinin kaybı ile depresyonu ilişkilendirmiştir (Aşkın, 1999; Akyüz, 2004).

Davranışçı yaklaşımda depresyonun temel özelliği olumlu yöndeki pekiştiricinin ortaya konmasındaki azalma şeklinde tanımlanmıştır (Köknel, 1989).

Seligman'ın "öğrenilmiş çaresizlik" görüşünde olduğu gibi köpeklerde deney sırasında oluşturulan kaçınma davranışı ile başlayan kurtulma çabası bir süre sonra teslimiyet ve çaresizliğe dönüşür (Öztürk, 1997). Seligman'a göre (1992), kişi, uzunca bir süre acılı uyaranlarla karşılaşması halinde çaresizlik duygusu yaşayacak ve bu durumdan nasıl kurtulacağını bilemeyecektir (Koç, 2008). Bu görüşe göre depresyon, çocukluktan itibaren acılı tecrübelerle karşılaştığında bunlardan kaçma, kurtulma yolunu bilememe ve çaresiz kalma durumudur (Öztürk, 1997; Korkmaz, 2001).

2.4.1.4.Umutsuzluk Kuramı

Abramson, Metalsky ve Alloy (1989), öğrenilmiş çaresizlik modelini yeniden ele almışlar ve depresyonun açıklamasında umutsuzluğu ortaya koymuşlardır. Bu görüşe göre depresyonun kaynağı, kişilerde oluşan ve istenilen durumların gerçekleşmeyeceği veya istenilmeyen durumların gerçekleşeceğine dair beklentilerin, istenmeyen neticeyi engelleyemeyeceği düşüncesidir (Koç, 2008). Abrahamson ve arkadaşlarına göre (1978), depresif kişiler, sıkıntılara kendilerinin neden olduğunu (bu benim suçum), bu olayların artık değişmeyeceğini (hep böyle olacak) ve herşeyi etkileyeceğini düşünmektedirler (Koç, 2008).

2.4.1.5.Kişilerarası İlişkiler Yaklaşımı

Depresyonda kişiler arası ilişkiler yaklaşımı, tek bir nedenden ziyade çoğulcu, bütünlleştirici görüşü temsil eder. Kişilerarası ilişkiler yaklaşımına göre depresyonun kaynaklarını evlilik, ebeveynlik, aile üyeliği, iş ve arkadaşlık işlevlerindeki ciddi sorunlar oluşturmaktadır. Sosyal çevre ve kişilerarası ilişkiler bozulmuş veya kayıplar yaşanmışsa umut yitimi başlayabilir ve bağlanma ilişkilerinin oluşturulması, sürdürülmesi ya da yenilenmesindeki sorunlar depresyon kaynaklarını oluşturabilir (Aşkın, 1999; Öztürk 1997).

2.4.2.Ruhsal Bozukluk Gösteren Çocuğa Sahip Ebeveynde Depresyonla İlgili Araştırmalar

Çocuklarına süregelen hastalık, zihinsel veya bedensel engellilik tanısı koyulması anne babalar için oldukça örseleyici bir durumdur. Araştırmalar zihinsel veya bedensel olarak engelli bir çocuğa sahip anne ve babaların (özellikle de annelerin) engelli çocuğa sahip olmayan anne ve babalara göre daha çok stres altında olduklarını ve anksiyete düzeylerinin daha yüksek olduğunu göstermektedir (Esdaile ve ark., 2003; Glidden ve ark. 2003; Hasting, 2003; Macias ve ark., 2003; Pelchat ve ark., 1999; Ryde-Brandt, 1990; Frey ve ark., 1989). Engelli çocuğa sahip olan annelerde somatik yakınmalar, depresyon ve anksiyete bozukluğu gibi ruhsal sorunların sağlıklı çocuğa sahip annelere göre daha sık görüldüğü bildirilmektedir (Miller ve ark. 1992, Hanson ve Hanline 1994). Seltzer ve arkadaşları (2001) ise zihinsel veya bedensel engelli çocuğa sahip annesababalarda depresyon ve alkol bağımlılığına daha sık rastlandığını bildirmişlerdir.

Bazı kültürlerde olduğu gibi bizim kültürümüzde de babalar, genellikle ailenin geçimi ile ilgili maddi sorumlulukları üstlenirken, anneler daha çok evde çocukla kalmakta, onun bakımı ile ilgili sorumlulukları üstlenmekte, hobilerine zaman ayıramamakta, ev işi dışında iş ortamı sağlayamadıkları için arkadaş ilişkileri de daha sınırlı olmaktadır. Bunun sonucunda engelli çocuk ile uğraşırken tükenmişliği ve yetersizliği engelli çocuğa sahip olmayan annelere göre daha çok yaşamaktadırlar. Bu nedenlerden dolayı yapılan çalışmaların pek çoğunda engelli çocukların annelerinin ortalama BDE puanının kontrol

grubundaki annelere göre anlamlı düzeyde yüksek olması beklenen bir sonuç olarak karşımıza çıkmaktadır.

Magill-Evans ve arkadaşları (2001) serebral palsilive sağlıklı iki grup ergen ve anne-babalarında yaptıkları araştırmada; serebral palsili (SP) olan 19–23 yaşlarındaki gençlerde ve SP’li olan her iki yaş grubundaki (13-15 ve 19-23) ergen ve gençlerin anne-babalarında, gelecekle ilgili umut, bağımsızlık ve başarı beklentilerinin sağlıklı kontrol grubuna göre daha düşük olduğunu saptamışlardır. Florian ve Findler de (2001) öz güven ve evlilik uyumu düzeylerinin SP’li çocuğa sahip annelerde sağlıklı kontrol grubuna göre daha düşük olduğunu bildirmişlerdir.

Toros ve arkadaşlarının 2004 yılında yayınlanan çalışmasında 13–22 yaş aralığındaki engelli bireylerin anneleri örneklem olarak alınmış ve bu katılımcıların kaygı, depresyon ve stres düzeyleri BDE, BAE ve Holroyd Stres Kaynakları Ölçeği puanları kontrol grubu ile karşılaştırılmıştır. Engelli grubu oluşturan serebral palsy, otizm ve mental retardasyon tanılı çocukların annelerinin oluşturduğu gruplar kendi aralarında karşılaştırıldığında kaygı ve depresyon düzeylerinde anlamlı fark görülmemiş, kontrol grubu ile karşılaştırıldığında ise depresyon ve anksiyete puanı farkının engelli çocuk sahibi olmayan annelere göre anlamlı şekilde yüksek olduğu saptanmıştır. Engelli çocuğa sahip anneler, stres faktörlerini sağlıklı çocuğa sahip olan annelere kıyasla çocuklarının kendilerine daha çok bağımlı olmaları, kendi kendilerini yönetememeleri, aile yaşantılarına daha çok sorumluluk getirmeleri ve aileye genel olarak daha fazla zorluk yaşatmaları şeklinde sıralamışlardır (Toros ve arkadaşları, 2002).

Toros’un çalışmasında (2002) fiziksel ve/veya bedensel engelli çocuğa sahip annelerdeki BDE puanı, herhangi bir engeli olmayan çocuğa sahip annelerden anlamlı düzeyde daha yüksektir. Ayrıca engelli çocuk anneleri alt grupları içerisinde en yüksek depresyon puanı otistik bozukluk gösteren çocukların annelerindedir. Herken ve arkadaşlarının (2000) Down sendromlu çocuğa sahip anne-babalarda yaptıkları araştırmada da benzer sonuçlar elde edilmiştir.

Literatüre bakıldığında kronik hastalık tanısı almış çocuk ve ergenlerin anne ve babalarındaki depresyon ve kaygı düzeyi ile ilgili pek çok çalışmaya (Toros, 2002; Üstün, 2011; Dikeç 2005) rastlanmaktadır. Down sendromu, serebral palsi veya otizm gibi çok belirgin yeti yitimine neden olan fiziksel veya zihinsel engellilik durumuna sahip çocukların anne ve babalarına yönelik çalışmalar (Uğuz; Doğru; Görgü, 2005; Küllü, 2008) da bulunmakta ancak ne yazık ki ruhsal bozukluk gösteren ya da bu çalışmadaki gibi daha geniş anlamıyla “psikiyatrik bir bozukluk tanısı alan” çocuk ve ergenleri kapsayan çalışmaliteratürde oldukça kısıtlı yer almaktadır(Altuğ ve Tüzün, 1995). Altuğ ve Tüzün’ün çalışması da bu çalışmaya benzer bir örneklem grubu ile yapılmıştır. Bu çalışmalardaki örneklem grubu ile ebeveynde kaygı ve depresyonu özellikle boylamsal açıdan ölçümleyen bir çalışmaya,ulaşılın literatürde rastlanmamıştır.

Zihinsel engelli, fiziksel engelli, otizmlı ve DEHB’na sahip çocukların anne ve babalarındaki depresyon düzeylerini konu alan araştırmalara bakıldığındaGörgü (2005) 3–7 yaş arasında olan ve bir rehabilitasyon merkezine devam eden otizmlı çocukların anneleri ile yaptığı çalışmada annenin eğitim durumunun, ev dışında bir işte çalışıp çalışmamasının, eşin eğitimi durumunun, ailenin aylık gelirinin, ailedeki çocuk sayısınınannelerin depresyonları ile ilişkili olduğunu belirlemiştir. Ayrıca çocuklara doğumdan itibaren bakan kişinin anne veya bir başkası oluşu, şuan bakıcı yardımı alıp almama ve çocuktaki otizm derecesini algılama değişkenlerinin de annelerin algıladıkları sosyal destek düzeyi ile ilişki ve depresyona etkisi gösterilmiştir. Bu çalışma sonucuna göre ailenin maddi gücü ve sosyal desteğe ulaşma derecesi yükseldikçe annenin depresyon düzeyi azalmaktadır.

Küllü’nün 2008’de yaptığı çalışmaya özel eğitim kurumlarına devam eden fiziksel ya da zihinsel engelli çocuk sahibi yaklaşık 700 anne ve baba katılmıştır. Araştırma sonucunda, engelli çocuğa sahip ebeveynlerde, BDÖ’ne göre orta ve şiddetli depresif belirti görülme oranı %32,depresyon puan ortalamaları ise 13.9 olarak bulunmuştur. Elde edilen bu sonuçlar genelpopülasyonda görülen depresyon yaygınlığına göre yüksek ve yapılan

diğer araştırmaların sonuçlarıyla uyumlu bulunmuştur. Çalışmada 30 yaş altındaki anne ve babalarda depresif belirti görülme oranı daha düşük olarak bulunmuştur. Anne ve babanın yaşının ilerlemesi ile depresyon düzeyi arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalarda farklı sonuçlar elde edilmekle beraber yaşın ilerlemesi ile kaygı arasındaki bağı araştıran çalışmalarda sonuçlar birbirine yakındır. Kaygı pek çok çalışmada yaşla beraber artmaktadır. Akkök, çocuğun yası büyüdükçe, özellikle babalarda malî kaynaklı kaygıların arttığını bulmuştur (Akkök, 1989). İleri yaşlarda ailelerin depresyon belirti oranlarının yükselmesi çocuk büyüdükçe bakım için gerekli maddî gereksinimlerin çoğalması ve eğitimin ya da tedavinin daha da zorlaşması ile açıklanabilir. Ayrıca ailenin kendilerinden sonra engelli çocuğa bakım verecek kurum veya kişilere olan gereksinimi düşünmeleri de bir neden olabilir. Depresyonun orta yaş grubunda daha yüksek yaygınlık göstermesi (Kaya, 2007) ileri yaşlardaki ebeveynlerin özür lü çocukla geçirdikleri süre ve bunun neden olduğu olumsuz faktörlerle etkileşimlerin daha fazla olması ile ilişkili olabilir.

2.4.3. Depresyonun Görülme Sıklığı

Majör depresyon yinelemelerle giden, yüksek yeti yitimine sebep olan ve sık görülen bir zihinsel hastalıktır. Araştırma yöntemlerindeki farklılıklara bağılı olarak değışik oranlar bildirilmişse de sıklığının ve yaygınlığının yüksek olduğu konusunda tam bir görüş birliğı vardır. Ancak bu konuda yapılan çalışmaların çoğı yaygınlık (prevalance) çalışmasıdır; sıklık (incidence) çalışması azdır (Öztürk, 2016).

Türkiye Ruh sağılığı profil verilerine göre tüm çökkünlük bozukluklarının son bir yıldaki yaygınlığı %7,2 olarak belirlenmiştir (Kılıç, 1998). Majör depresyonda bir yıllık yaygınlığı %6,6, yaşam boyu yaygınlığı %16.2 olarak bildirilmiştir. Çökkünlüklerde sıklık erkeklerde 80–200/100000, kadınlarda 250–600/100000 olarak bildirilmiştir. Yaşam boyu hastalanma oranı erkelerde %8–12, kadınlarda %20–26 olarak bulunmuştur. Son 30- 40 yıl içinde yapılan çalışmalarda çökkünlüklerde kadın –erkek arasındaki farkın giderek azaldığı

tahmin edilmektedir. Bu durum kadının gelişmiş toplumlardaki sosyo-ekonomik yerinin değişmesi ile ilişkili olabilir (Öztürk, 2016)

Dünya Sağlık Örgütü'nün iş birliği ile aralarında Türkiye'nin de bulunduğu 14 ülke için tanı konabilen depresyon tiplerinin yaygınlık oranı %10,4; Ankara Gölbaşı Sağlık Merkezi için %11.6 olarak bulunmuştur (Sağduyu ve ark., 2000).

Depresyon altı aylıktan yaşamın son noktasına kadar herhangi bir dönemde başlayabilir. Major depresyonun yaşam boyu yaygınlığı kadınlar için %10-25, erkekler için %5-12 olarak bulunmuştur. Major depresyon insidansı birinci basamakta %10, yatan hastalarda %15'tir. (Rihmer'den aktaran Karamustafalıoğlu, 2011).

2.4.4. Depresyonun Ruhsal, Toplumsal ve Biyolojik Nedenleri

Aron Beck 1960lı yıllarda depresif hastalar için belirli dış uyaranlara karşı geliştirilen ilgisiz ya da uygunsuz bilişsel yanıtlardan bahsetmiştir. Ona göre bir kişi için fazla bir anlam ifade etmeyen bir durum, depresif kişi için yıkıcı düşüncelerle sonuçlanabilecektir (Beck 1967).

Depresyona yatkın bireylerin, depresif ruminasyonları ya da çağrışımları bir dış uyaran olmaksızın kolayca üretebildikleri gözlemnebilir. Bu bireylerin gerçeği çarpıtarak yorumlama özelliği belirli bir önveriden yoksundur ve akıl yürütmeye dayanmamaktadır. İstemsiz ve otomatize şekilde oluşan bu bilişler, depresif yatkınlığı olan kişilerce oldukça inandırıcı algılanır. Bu duruma eklenen güçlü bir duygulanım da inandırıcılığın etkisini güçlendirir (Çelik ve Hocioğlu 2016).

Depresyon; psikososyalyönü olduğu kadar kişiler arası ilişkilerden de kaynak alan bir hastalıktır. Depresyonun kendisi, kişilerarası sorunlara yol açabileceği gibi, kişilerarası sorunlar da depresyonun gelişimine katkıda bulunabilir. Depresyonla kişilerarası sorunlar arasında birbirini olumsuz etkileyen karşılıklı bir ilişki vardır(Işık, Işık, Taner, 2013).

Çocukluğun erken dönemlerinde anne yitiminin çökkünlüğe yatkınlık açısından önemli bir etken olduğu genellikle kabul edilir. Bebeklik döneminde anne babadan yoksun kalma çökkünlüğe neden olan en önemli etmenlerden sayılabilir. Bu tür yoksunluklar çocukta zorlanmaya karşı hipotalamus-hipofiz-böbrek üstü bezi dizgesinin etkinliğini artırarak hem nöroendokrin dizgenin hem de beynin gelişiminde önemli izler bırakabilir. İş yitimi, emeklilik, sağlık veya aile sorunları gibi sevgi nesnesinin yitimi her zaman her bireyde çökkünlüğe neden olmaz, ancak biyolojik veya ruhsal yatkınlığı olan kişilerde rahatsızlığın başlamasında önemli rol oynar (Öztürk, 2016)Çökkünlük geçiren hastaların birinci dereceden yakınlarında hastalanma riski genel nüfusa oranla 2-3 kat yüksektir. İkiz çalışmalarında kalıtımla geçişin %31 ile%42 arasında olduğu tahmin edilmektedir (Öztürk, 2016).

Depresyonun ortaya çıkmasında psikososyal ve çevresel faktörlerin yanında etkili olduğu gösterilen faktörlerden birisi de kalıtsal faktörlerdir. Yapılan genetik çalışmalar, çökkünlüğün ilişkili olduğu genleri ve antidepresanların genlerle ilişkili etki mekanizmasını araştırmaya yöneliktir. Özellikle depresyon nedeni ile intihar eden vakaların ölüm sonrasıincelenmesinde bu kişilerin prefrontal kortekslerinde epigenetik değişikliklere rastlanmıştır (Ernst ve arkadaşlarından aktaran Çelik ve Hocioğlu, 2016).McGowan (2009) ise çalışmasındaDNA'da ilgili genin baskılandığını ve bu genin sessizleşerek stres yanıtını artırdığı belirmiştir(aktaran Öztürk, 2016).

İkiz araştırmaları, depresyonda genetik geçiş olduğu desteklemektedir. Bu durumbipolar bozukluğa bağlı depresyonda daha belirgin olarak ortaya çıkmaktadır (Ersan ve Abay,2001).

Aile ve evlat edinme çalışmalarında ise major depresif bozukluk hastalarının birinci derece akrabalarında depresyon riskinin arttığını gösteren sonuçlar mevcuttur. Biyolojik anne babasında depresyon olan evlat edilmiş çocuklarda da depresyona yakalanma riskinin daha fazla olduğu görülmüştür (Çelik ve Hocioğlu 2016).

3. BÖLÜM

YÖNTEM

Bu bölümde sırasıyla araştırmanın modeli, araştırmanın evren ve örnekleme, veri toplama araçları, veri toplama yöntemi ve verilerin analizi ile ilgili bilgilere yer verilmiştir

3.1. Araştırmanın Modeli

Bu araştırma katılımcıların sahip oldukları kaygı ve depresyon düzeylerini ve diğer niceliksel özelliklerini ölçmeyi amaçladığından nicel bir araştırmadır. Nicel araştırma, olgu ve olayları nesnelleştirerek gözlemlenebilir, ölçülebilir ve sayısal olarak ifade edilebilir bir şekilde ortaya koyan araştırma türüdür. Bu yöntemle “ne kadar ne miktarda ne sıklıkta ne kadar yaygın” gibi sorulara cevap aranır (Gurbetoğlu, 2018).

Çocuğa konulan psikiyatrik tanının ebeveyndeki kaygı ve depresyon puanlarının ön test- son test arasındaki farkını ölçmek amacıyla deneysel desen yöntemi kullanılmıştır. Bu model, araştırmacının kontrolü altındaki değişkenler arasında neden sonuç ilişkilerini keşfetmek için görölmek istenen verilerin üretildiği araştırma alanıdır. Deneysel modelde mutlaka bir karşılaştırma vardır (Büyüköztürk, 2000; Karasar, 2005).

3.2. Evren ve Örneklem

Araştırma evreni Antalya’da bulunan Özel Medstar Hastanesi’nin psikiyatri bölümüne başvuran hastalardır. Araştırma örnekleme ise bu hastalar içerisinde psikiyatrik tanı almış çocuk ve ergenlerden oluşan 50 kişilik grubun anne veya babasını kapsamaktadır. Katılımcılar uygun örnekleme ile seçilmiştir. Bölüme

başvuran 0-18 yaş grubu hastalar içerisinde psikiyatrik bir tanı alanlar araştırmaya dahil edilmiş, görüşme sonucu DSM-5 tanı kriterlerini karşılamayanlar- normal bulunanlar- çalışmaya alınmamıştır. Örnek seçilen hastaların Antalya ili merkezinde ve çevre ilçelerinde ikamet ediyor olma şartı aranmıştır. Isparta, Konya, Burdur gibi çevre illerden gelenler kapsam dışında bırakılmıştır. Bilgilendirme ve aydınlatılmış onam formu sunulan hasta yakınları içerisinde gönüllü olanlara formlar uygulanmıştır. Seçilen katılımcıların tamamı gönüllü olmayı kabul etmiştir. Psikiyatri bölümüne hem anne hem de baba ile gelen hastalar olduğunda, katılımcı sayısında anne-baba oranını dengeleyebilmek için formu babanın doldurması tercih edilmiştir.

Tablo 1’de araştırmaya katılan ebeveynlerin sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı gösterilmiştir.

Tablo 1.
Ebeveynlerin sosyo-demografik özellikleri

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet		
Kadın (anne)	26	52,00
Erkek (baba)	24	48,00
Yaş grubu		
35 yaş ve altı	12	24,00
36-40 yaş	13	26,00
41-45 yaş	17	34,00
46 yaş ve üzeri	8	16,00
Eğitim durumu		
İlköğretim	7	14,00
Lise-Önlisans	22	44,00
Lisans-Lisansüstü	21	42,00
Meslek		
Kamugörevlisi	15	30,00
Özel sektörçalışanı	14	28,00
Serbestmeslek	9	18,00
Evhanımı	12	24,00
Medeni durum		
Evli	42	84,00
Boşanmış/Dul	8	16,00
Evlilik süresi (n=42)		
8 yıl ve altı	7	16,67
9-16 yılları	19	45,24
17 yıl ve üzeri	16	38,10
Aylık gelir		
3000 TL ve altı	12	24,00
3001-5000 TL	16	32,00
5001 TL ve üzeri	22	44,00
Aile tipi		
Yalnızyaşayan	1	2,00
Çekirdekaile	47	94,00
Geniş aile	2	4,00
Yardımcı		
Var	9	18,00
Yok	41	82,00
Çocuk sayısı		
Bir	18	36,00
İki	25	50,00
Üç ve üzeri	7	14,00

Tablo 1. incelendiğinde, araştırmaya dahil edilen ebeveynlerin %52,0'sinin kadın, %48,0'inin erkek olduğu, %24,0'ünün 35 yaş ve altı, %26,0'sinin 36-40 yaş, %34,0'ünün 41-45 yaş ve %16,0'sinin 46 yaş ve üzeri yaş grubunda olduğu

görülmüştür. Ebeveynlerin %14,0'ünün ilköğretim, %44,0'ünün lise-önlisans ve %42,0'sinin lisans-lisans üstü mezunu olduğu, %30,0'unun kamu görevlisi, %28,0'inin özel sector çalışanı, %18,0'inin serbest meslek sahibi ve %24,0'ünün evhanımı olduğu belirlenmiştir. Araştırmaya katılan ebeveynlerin %84,0'ünün evli, %16,0'sinin boşanmış olduğu, evli olan ebeveynlerin %16,67'sinin 8 yıl ve altı, %45,24'ünün 9-16 yıl arası ve %38,10'unun 17 yıl ve üzeri süredir evli olduğu saptanmıştır. Ebeveynlerin %24,0'ünün aylık gelirin 3000 TL ve altında, %32,0'sinin 3001-5000 TL arasında, %44,0'nünün 5001 TL ve üstünde olduğu belirlenmiştir. Ebeveynlerin %94,0'ünün çekirdek aile olduğu, %18,0'inin ev işlerinde yardımcısı olduğu, %36,0'sinin bir çocuk, %50,0'sinin iki çocuk ve %14,0'ünün üç ve üzeri sayıda çocuk sahibi olduğu saptanmıştır.

Tablo 2.*Tanı almış çocukların sosyo-demografik özellikleri*

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Çocuğuncinsiyeti		
Kız	21	42,00
Erkek	29	58,00
Tanı alan çocuğunyaşı		
7 yaş ve altı	19	38,00
8-12 yaş	14	28,00
13 yaş ve üzeri	17	34,00
Tanı alan çocuğudoğumsırası		
Bir	38	76,00
İki	6	12,00
Üç ve üzeri	6	12,00
Tanı		
Anksiyete Boz.	20	40,00
Nöro-gelişimsel Boz.	15	30,00
ObsesifKompulsif Boz.	3	6,00
Depresyon Boz.	6	12,00
Diğer	6	12,00

Tablo 2.'de araştırmakapsmanına alınan ebeveynlerin tanı almış olan çocuklarınailişkin sosyo-demografik özelliklerindağılımıverilmiştir.

Tablo 2. incelendiğinde, araştırmaya alınan ebeveynlerin %42,0'sinin tanı almış olan çocuğununkız, % 58,0'inin ise erkekolduğu, %38,0'inin 7 yaş ve altı, %28,0'inin 8-12 yaş ve %34,0'ünün 13 yaş ve üzeriyaşgrubundaolduğu, %76,0'sinin tanı almış olan çocuğunun ilk çocuğolduğubelirlenmiştir. Çocukların tanılarıincelendiğinde, %40,0'ının anksiyete bozuklukları, %30'unun nöro-gelişimselbozukluklar, %6,0'sinin obsesifkompulsifbozukluklar ve %12,0'sinin depresyon bozukluklarıtanısıaldığı saptanmıştır.

3.3. Veri Toplama Araçları

3.3.1.Beck Depresyon Envanteri (BDE)

15 yaşın üzerindeki ergen ve erişkinlerde kullanılır. Bireyin kendi kendine 10-15 dakikada uygulayabileceği bir ölçektir. Beck (1961) tarafından bireye tanı koymaktan çok bireyin depresyon riskini, kişideki depresif belirtilerin düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek amacıyla geliştirilmiştir.BDE, 0'dan 3'e kadar

derecelendirilen 21 maddeli bir ölçek olup, derecelendirmelerin toplanmasıyla 0- 63 arasında değişen bir toplam puan elde edilmektedir. Toplam puanın yüksekliği bireyin yaşadığı depresyonun şiddetini gösterir. 0–9 puan arası: minimal depresyon; 10–16 puan arası: hafif depresyon; 17–29 puan arası: orta düzey depresyon; 30–63 puan arası: şiddetli depresyon olarak nitelendirilmektedir.

Envanterdeki her bir madde depresyona özgü bir davranışsal örüntüyü belirlemekte ve azdan çoğa doğru giden dört derecelik kendini değerlendirme cümlesini içermektedir. Şikâyetlerin şiddetini ölçmek için geliştirilmiş olan formdaki bu maddeler etiyolojiye dair bir kuramı yansıtmamaktadır. Bu belirtiler; depresif ruh durumu, karamsarlık, başarısızlık ve suçluluk duygusu, doyum alamama, ağlama nöbetleri, tedirginlik, karasızlık, beden algısının çarpıtılması, uyku, yorgunluk, iştah ve kilo kaybı, cinsel ilginin kaybı ve somatik meşguliyetleri kapsamaktadır. (Hisli, 1988)

Türkiye için uyarlama çalışması Nesrin Hisli (1988) tarafından yapılmıştır. Beck DepressionInventory'nin 1978 tarihli versiyonu Türkçeye çevrilmiş ve iki form arasındaki korelasyon kat sayılarının. 81 ve. 73 olduğu bulunmuş, Türkçe form ile İngilizce form arasında iyi bir uyuşma olduğuna karar verilmiştir. Yarıya bölme tekniği ile yapılan güvenirlik çalışmasında güvenirlik 0,74 olarak belirlenmiştir. Hisli'nin (1988) yaptığı geçerlik çalışmasında ise, BDE ile birlikte psikiyatrik bir örnekleme MMPI depresyon alt ölçeği uygulanmış ve aralarındaki korelasyon. 63 olarak hesaplanmıştır. Üniversite öğrencilerinden oluşan örnekleme ise aynı hesaplama sonucu Pearson momentler korelasyon katsayısı. 50 çıkmıştır.

Yapı geçerliği için üniversite öğrencileri üzerinde yapılan faktör analizi çalışmasında altı faktör elde edilmiş, bunlardan dört tanesinin yorumlanabilir olduğu belirtilmiştir. Birinci faktörde umutsuzluk, ikinci faktörde kişinin kendine yönelik olumsuz duyguları, üçüncü faktörde bedensel kaygılar ve dördüncü faktörde suçluluk duygulanımları yer almaktadır.

Hisli'nin (1988) poliklinik hastalarıyla yaptığı geçerlilik güvenirlik çalışmasında kesme noktaları belirlenmiş, 17 ve üzerindeki puanların tedavi gerektirecek düzeyde depresyonu %90 olasılıkla belirleyebileceği ve bu ölçümün literatürle

tutarlı olduğu belirtilmiştir. 70 psikiyatrik hasta ve 189 üniversite öğrencisinin karşılaştırıldığı bir çalışmada ölçeğin bu iki grubu anlamlı şekilde ayırt ettiği görülmüştür. (Savaşır, Şahin, 1997)

3.3.2.Beck Anksiyete Envanteri (BAE)

Beck ve arkadaşları (1988) tarafından geliştirilmiş olan bu ölçek, bireylerin yaşadığı anksiyete belirtilerinin sıklığının belirlenmesi amacıyla kullanılmaktadır ve bireyin kendini değerlendirmesini sağlar. Ergen ve yetişkinlere grup veya bireysel olarak uygulanabilir. 0-3 arası puanlanan likert tipi bir ölçüm aracıdır ve 21 maddeden oluşmaktadır. Cevaplar soru formu üzerine işaretlenir. Puan ranjı 0-63'tür. Ölçekten alınan toplam puan bireyin yaşadığı anksiyetenin şiddetini gösterir.

Ölçek ilk olarak Beck, Epstein, Brown ve Steer tarafından 1988'de geliştirilmiş ve Beck Anxiety Inventory adı ile tanınmıştır. Türkiye uyarlaması Nesrin Hisli Şahin, Mustafa Ulusoy ve Hüsnü Erkmen tarafından 1996'da yapılmıştır. Form, üç psikolog tarafından önce İngilizce'den Türkçe'ye daha sonra her iki dili de çok iyi bilen bir yardımcının katılımıyla tekrar İngilizce'ye çevrilmiş ve orijinal dili en iyi temsil ettiği düşünülen ifadeler seçilerek Türkçe form oluşturulmuştur.

Türkçe geçerlik çalışmasında Cronbach Alfa iç tutarlılık kat sayısı 177 psikiyatrik hastadan oluşan bir örneklem için. 93 olarak bulunmuştur. Test – tekrar test güvenirliği $r=.57$ olarak bildirilmektedir. Yapı geçerliliği analizleri sonucunda anksiyeteli grubu diğer gruplardan (depresyon, karışık ve kontrol gruplarından) anlamlı şekilde ayırt edebildiği belirlenmiştir.

3.3.3.Sosyo-demografik Bilgi Formu

Araştırmaya katılan anne ve babaların sosyo-demografik bilgilerini (yaş, cinsiyet, meslek, eğitim, çocuk sayısı gibi) kaygı ve depresyon düzeyine etki edebilecek özellikleri tespit edebilmek amacıyla araştırmacının kendisi tarafından hazırlanmış 15 sorudan oluşan formdur.

3.4. Verilerin Toplanması

Araştırma için Yakındoğu Üniversitesi etik kurulundan izin alındıktan sonra uygulama için Medstar Antalya Hastanesi Psikiyatri Bölümü ile iş birliğiyapılmış, hastane yönetiminden uygulama için izin alınmıştır. Katılımcılara araştırmanın amacı açıklanarak yazılı izinleri alınmıştır.

Psikiyatrist görüşmesi sonucu DSM–5 ölçütlerine göre tanı almış çocukların ebeveynlerinden gönüllü olanlar çalışmaya dâhil edilmiş, istekli olmayanlar çalışma dışı bırakılmıştır. Uygulama, ölçeklerin araştırmacının kendisi tarafından katılımcılara sunulması ve yönerge verilerek katılımcıların formları kendilerinin doldurulması sağlanarak yapılmıştır. Formlar, tanının aileye söylendiği görüşmeden hemen sonra verilmiştir. Uygulama için hasta bekleme alanı kullanılmıştır.

İlk uygulama için veri toplama süresi katılımcı sayısının istenen düzeye (50 kişi) ulaşması sağlanana kadar sürmüştür (yaklaşık 2 ay). İlk uygulama ile ikinci uygulama arasında 3 aylık bir zaman dilimi bırakılmıştır. İkinci ölçüm için de aynı esaslar gözetilmiş ve ilk uygulamaya katılan anne veya babaya BDE ve BAE; görüşmeye tekrar gelebilenler için yüz yüze, gelemeyenler için e-mail yoluyla ikinci kez uygulanarak veriler toplanmış, elde edilen puanlar istatistiksel bilgiye dönüştürülmüştür. İkinci uygulamada sosyo-demografik özelliklerin sabit kaldığı varsayımı ile bilgi formu tekrar verilmemiştir. İkinci ölçümün tamamlanması da ilk ölçümle zaman eşitliği olması için 2 ay sürdürülmüştür.

3.5. Verilerin İstatistiksel Analizi

Araştırma kapsamına alınan ebeveynlerden toplanan verilerin istatistiksel açıdan değerlendirilmesi için IBM firmasının SPSS yazılımının 24.sürümü kullanılmıştır.

Araştırmaya katılan ebeveynlerin sosyo-demografik özellikleri ve tanı almış çocukların sosyo-demografik özelliklerinin saptanmasında frekans analizi kullanılmıştır.

Ebeveynlerin ön testte ve son testte Beck Depresyon Envanterinden ve Beck Anksiyet Envanterinden aldıkları puanların normal dağılıma uyum gösterme durumunun incelenmesinde Shapiro-Wilk testi kullanılmış olup,ebeveynlerin ölçekten aldıkları puanların normal dağılıma uymadığı belirlenmiştir. Buna göre ebeveynlerin Beck Depresyon Envanterinden ve Beck Anksiyete Envanterinden aldıkları ön test-son test puanları karşılaştırılmasında Wilcoxon testi kullanılmıştır. Araştırmaya katılan ebeveynlerin sosyo-demografik özelliklerine ve tanı almış çocukların sosyo-demografik özelliklerine göre Beck Depresyon Envanteri'nden ve Beck Anksiyete Envanteri'nden aldıkları puanların karşılaştırılmasında; bağımsız değişken iki kategorili ise Mann-Whitney U testi, ikiden fazla kategorili ise Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır.

4. BÖLÜM

BULGULAR

Bu bölümde

- Anne-babanın sosyodemografik özellikleri ile BDE ve BAE'nden aldıkları puanların ilişkisine yönelik analiz sonuçları,
- Anne-babanın tanı alan çocuğunun (yaş, doğum sırası ve tanı gibi) özellikleri ile BDE ve BAE'nden aldıkları puanların ilişkisine yönelik analiz sonuçları,
- Anne ve babanın ilk test ve sontest BDE puanlarının analiz sonuçları,
- Anne ve babanın ilk test ve sontest BAE puanlarının analiz sonuçları yer almaktadır.

Tablo 3.

Ebeveynlerin ön test-son test Beck Depresyon Envanteri puanlarının karşılaştırılması

Ölçek	Ölçüm Zamanı	n	$\bar{x}$	s	M	Min	Max	Z	p
Beck Depresyon	Ön test	50	11,88	7,20	10	3	30	-0,944	0,345
Envanteri	Son test	50	12,30	7,22	10	3	33		

Tablo 3.'te araştırma kapsamına alınan ebeveynlerin ön test-son test Beck Depresyon Envanteri puanlarının karşılaştırılması için uygulanan Wilcoxon test sonuçları gösterilmiştir.

Tablo 3. incelendiğinde ebeveynlerin ön testte Beck Depresyon Envanterinden aldıkları puan ortalaması $11,88 \pm 7,20$, son testte aldıkları puan ortalaması ise $12,30 \pm 7,22$ bulunmuştur. Araştırmaya katılan ebeveynlerin ön test-son test Beck Depresyon Envanteri puanları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p > 0,05$). Ebeveynlerin son testte Beck Depresyon Envanterinden aldıkları puanlar ön teste göre yüksek bulunmuş olsa da bu fark istatistiksel olarak anlamlı düzeyde değildir.

Tablo 4.

Ebeveynlerin sosyodemografik özelliklerine göre ön test Beck Depresyon Envanteri puanlarının karşılaştırılması

	n	$\bar{x}$	s	M	SO	Z / χ^2	p
Cinsiyet							
Kadın	26	11,88	6,28	10,00	26,27	-0,389	0,697
Erkek	24	11,88	8,22	10,00	24,67		
Yaş grubu							
35 yaş ve altı	12	12,92	8,15	11,50	27,21	0,326	0,955
36-40 yaş	13	10,54	6,19	10,00	23,88		
41-45 yaş	17	12,00	7,48	10,00	25,50		
46 yaş ve üzeri	8	12,25	7,70	9,50	25,56		
Eğitim durumu							
İlköğretim	7	15,29	10,44	15,00	29,36	1,137	0,566
Lise-Önlisans	22	12,36	7,29	10,00	26,50		
Lisans-Lisansüstü	21	10,24	5,60	10,00	23,17		
Meslek							
Kamugörevlisi	15	10,60	4,26	10,00	24,80	0,679	0,878
Özel sektör çalışanı	14	13,43	9,15	10,50	27,36		
Serbest meslek	9	11,11	8,71	7,00	22,56		
Evhanımı	12	12,25	6,90	10,00	26,42		
Medeni durum							
Evli	42	12,10	7,20	10,00	26,06	-0,62	0,533
Boşanmış/Dul	8	10,75	7,55	8,50	22,56		
Aylık gelir							
3000 TL ve altı	12	14,33	9,48	12,00	28,42	5,312	0,070
3001-5000 TL	16	13,25	5,57	12,00	30,56		
5001 TL ve üzeri	22	9,55	6,41	8,50	20,23		
Bakıcı							
Var	9	9,44	3,78	10,00	22,39	-0,709	0,479
Yok	41	12,41	7,68	10,00	26,18		
Çocuk sayısı							
Bir	18	10,67	7,71	9,00	21,83	3,106	0,212
İki	25	11,76	6,65	11,00	26,00		
Üç ve üzeri	7	15,43	7,66	14,00	33,14		

Tablo 4.'te ebeveynlerin sosyo-demografik özelliklerine göre ön test Beck Depresyon Envanteri puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin yapılan Mann-Whitney U testi ve Kruskal-Wallis H test sonuçları belirtilmiştir. Tablo 4. incelendiğinde araştırma kapsamına alınan ebeveynlerin sosyo-demografik özelliklerine göre ön test Beck Depresyon Envanteri puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı tespit edilmiştir ($p > 0,05$).

Ebeveynlerin sosyo-demografik özelliklerine göre ön test Beck Depresyon Envanteri puanları benzer bulunmuştur.

Tablo 5.

Tanı almış çocukların sosyodemografik özelliklerine göre ebeveynlerin ön test Beck Depresyon Envanteri puanlarının karşılaştırılması

	n	$\bar{x}$	s	M	SO	Z	p
Çocuğun cinsiyeti							
Kız	21	10,67	5,86	10,00	23,95	-0,640	0,522
Erkek	29	12,76	8,02	10,00	26,62		
Tanı alan çocuğun yaşı							
7 yaş ve altı	19	11,74	7,54	10,00	24,68	0,104	0,949
8-12 yaş	14	12,07	7,63	12,00	26,25		
13 yaş ve üzeri	17	11,88	6,88	10,00	25,79		
Tanı alan çocuğun doğum sırası							
Bir	38	11,61	7,42	10,00	24,67	1,684	0,431
İki	6	9,83	2,79	10,00	23,58		
Üç ve üzeri	6	15,67	8,36	14,50	32,67		
Tanı							
Anksiyete Boz.	20	11,90	6,55	10,50	26,13	4,224	0,377
Nöro-gelişimsel Boz.	15	9,60	6,14	9,00	20,67		
Obsesif Kompulsif Boz.	3	17,33	8,50	14,00	37,17		
Depresyon Boz.	6	10,50	4,09	11,00	25,08		
Diğer	6	16,17	11,65	14,50	30,08		

Tablo 5. ebeveynlerin tanı almış olan çocuklarının sosyo-demografik özelliklerine göre ebeveynlerin ön test Beck Depresyon Envanteri puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin yapılan Mann-Whitney U testi ve Kruskal-Wallis H testi bulguları verilmiştir.

Tablo 5'e göre ebeveynlerin tanı almış olan çocuklarının sosyo-demografik özelliklerine göre ebeveynlerin ön test Beck Depresyon Envanteri puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı düzeyde değildir ($p > 0,05$). Tanı almış çocuklarının sosyo-demografik özelliklerine göre ebeveynlerin Beck Depresyon Envanteri ön test puanları benzerdir.

Tablo 6.

Ebeveynlerin sosyodemografik özelliklerine göre son test Beck Depresyon Envanteri puanlarının karşılaştırılması

	n	$\bar{x}$	s	M	SO	Z / χ^2	p
Cinsiyet							
Kadın	26	16,88	10,41	16,00	28,73	-1,634	0,102
Erkek	24	12,08	8,75	11,50	22,00		
Yaş grubu							
35 yaş ve altı	12	16,58	13,73	15,00	26,63	0,864	0,834
36-40 yaş	13	12,31	7,91	11,00	22,54		
41-45 yaş	17	15,35	9,66	15,00	27,24		
46 yaş ve üzeri	8	13,63	6,67	14,50	24,94		
Eğitim durumu							
İlköğretim	7	17,57	9,16	19,00	31,50	1,391	0,499
Lise-Önlisans	22	14,86	11,13	14,00	24,70		
Lisans-Lisansüstü	21	13,29	8,82	15,00	24,33		
Meslek							
Kamugörevlisi	15	14,33	7,28	16,00	26,97	3,288	0,349
Özel sektör çalışanı	14	13,07	10,03	10,00	22,54		
Serbest meslek	9	10,78	8,07	11,00	20,67		
Evhanımı	12	19,50	12,57	15,50	30,75		
Medeni durum							
Evli	42	14,60	10,33	14,50	25,44	-0,07	0,947
Boşanmış/Dul	8	14,50	7,43	14,00	25,81		
Aylık gelir							
3000 TL ve altı	12	18,83	10,58	15,50	31,42	5,101	0,078
3001-5000 TL	16	16,13	9,76	15,50	28,00		
5001 TL ve üzeri	22	11,14	8,68	9,50	20,45		
Bakıcı							
Var	9	10,11	8,33	9,00	18,83	-1,518	0,129
Yok	41	15,56	9,98	15,00	26,96		
Çocuk sayısı							
Bir	18	15,72	10,35	15,00	27,06	0,689	0,709
İki	25	13,64	10,35	10,00	23,80		
Üç ve üzeri	7	15,00	7,33	15,00	27,57		

Ebeveynlerin sosyo-demografik özelliklerine göre Beck Depresyon Envanterinden son testte aldıkları puanların karşılaştırılmasına ilişkin yapılan Mann-Whitney U testi ve Kruskal-Wallis H test sonuçları Tablo 6.'da verilmiştir. Araştırma katılan ebeveynlerin sosyo-demografik özelliklerine göre son test Beck Depresyon Envanteri puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı saptanmış olup, sosyo-demografik özelliklerine göre

ebeveynlerin son test Beck Depresyon Envanteri puanlarının benzer olduğu tespit edilmiştir ($p>0,05$).

Tablo 7.

Tanı almış çocukların sosyodemografik özelliklerine göre ebeveynlerin son test Beck Depresyon Envanteri puanlarının karşılaştırılması

	n	$\bar{x}$	s	M	SO	Z	p
Çocuğun cinsiyeti							
Kadın	21	14,14	9,07	14,00	25,07	-0,177	0,859
Erkek	29	14,90	10,53	15,00	25,81		
Tanı alan çocuğun yaşı							
7 yaş ve altı	19	12,79	9,68	12,00	22,71	1,187	0,552
8-12 yaş	14	15,50	11,51	15,50	26,50		
13 yaş ve üzeri	17	15,82	8,85	15,00	27,79		
Tanı alan çocuğun doğum sırası							
Bir	38	14,50	10,64	14,00	24,95	0,268	0,875
İki	6	14,50	7,06	14,50	26,42		
Üç ve üzeri	6	15,17	8,01	16,00	28,08		
Tanı							
Anksiyete Boz.	20	12,80	5,76	13,00	28,18	6,533	0,163
Nöro-gelişimsel Boz.	15	10,27	6,06	9,00	21,30		
Obsesif Kompulsif Boz.	3	20,67	9,29	18,00	40,17		
Depresyon Boz.	6	8,50	3,56	8,00	18,25		
Diğer	6	15,33	12,27	11,00	27,00		

Tablo 7.'de araştırma yada hile edilen ebeveynlerin tanı almış olan çocuklarının sosyo-demografik özelliklerine göre ebeveynlerin son test Beck Depresyon Envanteri puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin yapılan Mann-Whitney U testi ve Kruskal-Wallis H testinden elde edilen bulgulara yer verilmiştir.

Ebeveynlerin tanı almış olan çocuklarının sosyo-demografik özelliklerine göre ebeveynlerin son test Beck Depresyon Envanteri puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ve tanı almış olan çocuklarının sosyo-demografik özelliklerine göre ebeveynlerin son test Beck Depresyon Envanteri puanlarının benzer olduğu saptanmıştır ($p>0,05$).

Tablo 8.

Ebeveynlerin ön test-son test Beck Anksiyete Envanteri puanlarının karşılaştırılması

Ölçek	Ölçüm Zamanı	n	$\bar{x}$	s	M	Min	Max	Z	p
Beck Anksiyete Envanteri	Ön test	50	13,34	10,82	11	0	45	-2,225	0,026*
	Son test	50	14,58	9,86	14	0	45		

* $p < 0,05$

Araştırma kapsamına alınan ebeveynlerin ön test-son test Beck Anksiyete Envanteri puanlarının karşılaştırılması için uygulanan Wilcoxon testinden elde edilen bulgular Tablo 8.'de gösterilmiştir.

Araştırma kapsamına alınan ebeveynlerin ön testte Beck Anksiyete Envanterinden ortalama $13,34 \pm 10,82$ puan, son testte ise $14,58 \pm 9,86$ puan aldıkları tespit edilmiştir. Ebeveynlerin Beck Anksiyete Envanterinden ön testte ve son testte aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunduğu belirlenmiştir ($p < 0,05$).

Tablo 9.

Ebeveynlerin sosyodemografik özelliklerine göre ön test Beck Anksiyete Envanteri puanlarının karşılaştırılması

	n	$\bar{x}$	s	M	SO	Z / χ^2	p
Cinsiyet							
Kadın	26	15,04	11,98	11,50	27,54	-1,030	0,303
Erkek	24	11,50	9,32	10,00	23,29		
Yaş grubu							
35 yaş ve altı	12	15,00	13,45	10,50	26,25	0,674	0,879
36-40 yaş	13	11,15	9,08	9,00	22,92		
41-45 yaş	17	14,71	11,96	12,00	27,18		
46 yaş ve üzeri	8	11,50	6,76	11,00	25,00		
Eğitim durumu							
İlköğretim	7	14,86	11,95	17,00	27,79	0,201	0,905
Lise-Önlisans	22	13,86	12,54	10,50	25,14		
Lisans-Lisansüstü	21	12,29	8,76	11,00	25,12		
Meslek							
Kamugörevlisi	15	13,20	8,08	12,00	27,23	1,619	0,655
Özel sektör çalışanı	14	13,21	10,47	10,00	25,46		
Serbest meslek	9	10,11	10,69	9,00	20,17		
Evhanımı	12	16,08	14,47	10,50	27,38		
Medeni durum							
Evli	42	13,00	11,08	11,00	24,77	-0,81	0,419
Boşanmış/Dul	8	15,13	9,86	11,50	29,31		
Aylık gelir							
3000 TL ve altı	12	16,42	12,52	13,50	29,42	4,718	0,095
3001-5000 TL	16	15,63	10,62	13,50	29,50		
5001 TL ve üzeri	22	10,00	9,47	8,00	20,45		
Bakıcı							
Var	9	9,89	9,14	9,00	20,33	-1,176	0,240
Yok	41	14,10	11,11	12,00	26,63		
Çocuk sayısı							
Bir	18	13,94	11,68	10,50	25,81	1,585	0,453
İki	25	12,36	11,35	9,00	23,62		
Üç ve üzeri	7	15,29	6,75	17,00	31,43		

Tablo 9.'da araştırmaya dahi ledilen ebeveynlerin sosyo-demografik özelliklerine göre ön test Beck Anksiyete Envanteri puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin yapılan Mann-Whitney U testi ve Kruskal-Wallis H testi sonuçları verilmiştir.

Tablo9.'da verilen Mann-Whitney U testi ve Kruskal-Wallis H testi sonuçları araştırma kapsamına alınan ebeveynlerin sosyo-demografik özelliklerine göre ön test Beck Depresyon Anksiyete puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı görülmüştür ($p>0,05$). Ebeveynlerin sosyo-demografik özelliklerine göre ön test Beck Anksiyete Envanteri puanları benzer bulunmuştur.

Tablo 10.

Tanı almış çocukların sosyodemografik özelliklerine göre ebeveynlerin ön test Beck Anksiyete Envanteri puanlarının karşılaştırılması

	n	$\bar{x}$	s	M	SO	Z	p
Çocuğuncinsiyeti							
Kadın	21	12,52	11,13	11,00	24,00	-0,620	0,535
Erkek	29	13,93	10,76	13,00	26,59		
Tanı alan çocuğun yaşı							
7 yaş ve altı	19	12,68	10,83	9,00	24,26	1,390	0,499
8-12 yaş	14	12,71	12,91	10,00	23,14		
13 yaş ve üzeri	17	14,59	9,43	12,00	28,82		
Tanı alan çocuğun doğum sırası							
Bir	38	13,18	11,88	9,50	24,38	1,099	0,577
İki	6	12,67	6,83	13,00	27,33		
Üç ve üzeri	6	15,00	7,35	15,00	30,75		
Tanı							
Anksiyete Boz.	20	13,00	9,28	11,00	25,90	4,667	0,323
Nöro-gelişimsel Boz.	15	10,60	11,98	7,00	20,00		
ObsesifKompulsif Boz.	3	25,67	21,83	30,00	34,17		
Depresyon Boz.	6	15,33	4,23	16,00	32,58		
Diğer	6	13,17	9,58	12,00	26,50		

Tablo10.'da araştırmaya dahil edilen ebeveynlerin tanı almış olan çocuklarının sosyo-demografik özelliklerine göre ebeveynlerin ön test Beck Anksiyete Envanteri puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin yapılan Mann-Whitney U testi ve Kruskal-Wallis H testi bulgularınayerverilmiştir.

Araştırma kapsamına alınan ebeveynlerin tanı almış olan çocuklarının sosyo-demografik özelliklerine göre ebeveynlerin ön test Beck Anksiyete Envanteri puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı düzeyde değildir ($p>0,05$). Ebeveynlerin tanı almış çocuklarının sosyo-demografik özelliklerine göre Beck Anksiyete Envanteri ön test puanları benzerdir.

Tablo 11.

Ebeveynlerin sosyodemografik özelliklerine göre son test Beck Anksiyete Envanteri puanlarının karşılaştırılması

	n	$\bar{x}$	s	M	SO	Z / χ^2	p
Cinsiyet							
Kadın	26	12,65	6,41	12,50	711,00	-0,934	0,350
Erkek	24	11,92	8,13	9,00	564,00		
Yaş grubu							
35 yaş ve altı	12	13,00	7,90	10,00	26,58	0,275	0,965
36-40 yaş	13	10,85	4,63	11,00	24,77		
41-45 yaş	17	12,82	8,96	9,00	24,53		
46 yaş ve üzeri	8	12,50	6,41	11,50	27,13		
Eğitim durumu							
İlköğretim	7	14,43	10,91	11,00	26,57	0,096	0,953
Lise-Önlisans	22	12,50	7,18	9,00	25,82		
Lisans-Lisansüstü	21	11,38	5,95	13,00	24,81		
Meslek							
Kamugörevlisi	15	10,80	5,10	10,00	23,53	0,847	0,838
Özel sektör çalışanı	14	13,43	9,04	10,50	27,04		
Serbest meslek	9	11,56	7,06	9,00	23,56		
Evhanımı	12	13,42	7,73	10,50	27,63		
Medeni durum							
Evli	42	12,60	7,51	9,50	25,83	-0,37	0,710
Boşanmış/Dul	8	10,75	5,60	10,50	23,75		
Aylık gelir							
3000 TL ve altı	12	13,42	8,68	11,50	26,46	0,508	0,776
3001-5000 TL	16	12,25	6,06	10,00	27,03		
5001 TL ve üzeri	22	11,73	7,41	9,00	23,86		
Bakıcı							
Var	9	11,33	3,28	11,00	26,89	-0,316	0,752
Yok	41	12,51	7,84	9,00	25,20		
Çocuk sayısı							
Bir	18	12,33	7,63	10,00	25,25	0,616	0,735
İki	25	12,00	7,42	10,00	24,58		
Üç ve üzeri	7	13,29	6,26	10,00	29,43		

Ebeveynlerin sosyo-demografik özelliklerine göre Beck Anksiyete Envanterinden son testte aldıkları puanların karşılaştırılmasına ilişkin yapılan Mann-Whitney U testi ve Kruskal-Wallis H testi bulguları Tablo 6.'da verilmiş olup, ebeveynlerin sosyo-demografik özelliklerine göre son test Beck Anksiyete Envanteri puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$). Araştırmaya dahil edilen ebeveynlerin

sosyo-demografik özelliklerine göre ebeveynlerin son test Beck Anksiyete Envanteri puanlarının benzer olduğu görülmüştür.

Tablo 12.

Tanı almış çocukların sosyodemografik özelliklerine göre ebeveynlerin son test Beck Anksiyete Envanteri puanlarının karşılaştırılması

	n	$\bar{x}$	s	M	SO	Z	p
Çocuğuncinsiyeti							
Kız	21	12,10	6,92	9,00	25,17	-0,138	0,890
Erkek	29	12,45	7,55	10,00	25,74		
Tanı alan çocuğunyaşı							
7 yaş ve altı	19	10,79	6,12	9,00	22,58	1,700	0,428
8-12 yaş	14	14,00	7,22	13,50	29,25		
13 yaş ve üzeri	17	12,59	8,36	10,00	25,68		
Tanı alan çocuğudoğumsırası							
Bir	38	12,39	7,69	9,50	25,12	1,504	0,472
İki	6	9,83	4,62	10,00	21,75		
Üç ve üzeri	6	14,17	6,37	11,50	31,67		
Tanı							
Anksiyete Boz.	20	15,35	7,33	15,50	28,33	4,318	0,365
Nöro-gelişimsel Boz.	15	12,27	12,30	9,00	19,80		
Obsesif Kompulsif Boz.	3	24,67	19,04	26,00	34,50		
Depresyon Boz.	6	14,50	2,59	14,50	27,08		
Diğer	6	12,83	9,45	14,50	24,25		

Araştırma kapsamına alınan ebeveynlerin tanı almış olan çocuklarının sosyo-demografik özelliklerine göre ebeveynlerin son test Beck Anksiyete Envanteri puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin yapılan Mann-Whitney U testi ve Kruskal-Wallis H testinden elde edilen bulgular Tablo 12.'de sunulmuştur.

Tablo 12. incelendiğinde araştırma kapsamına alınan ebeveynlerin tanı almış olan çocuklarının sosyo-demografik özelliklerine göre ebeveynlerin son test Beck Anksiyete Envanteri puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Tanı almış olan çocuklarının sosyo-demografik özelliklerine göre ebeveynlerin son test Beck Anksiyete Envanteri puanlarına benzerdir.

5.BÖLÜM

TARTIŞMA

Bu araştırmada, çocuk ve ergenlerin aldığı psikiyatrik tanıya göre ebeveynlerinde görülen kaygı ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Ölçüm sonunda yapılan analizlerin sonucunda anne ve babaların kaygı ve depresyon düzeylerinin çocuğun aldığı tanıyla ilişkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Bu nedenle araştırmanın temel amacı desteklenmemiş olmakla birlikte, elde edilen diğer bulgular bu bölümde tartışılacaktır.

Çalışmadaki birinci alt amaç, psikiyatri bölümüne başvuran çocuk/ergen sahibi ailelerin sosyodemografik özelliklerine göre kaygı düzeylerinin belirlenmesidir. Çalışma sonunda yapılan analizlere göre cinsiyet, yaş grubu, eğitim düzeyi, medeni durum, meslek, gelir düzeyi ve ailedeki çocuk sayısı açısından anne ve babaların kaygı düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Çocuktan kaynaklı değişkenlere bakıldığında da ebeveynlerin çocuklarının cinsiyeti, yaşı, kaçıcı çocuk olduğu gibi etkenler de anne babada ölçümlenen kaygı düzeyi açısından anlamlı farka neden olmamıştır. Bu sonuç, “ebeveynin sosyokültürel durumu ve çocuklarının yaş, cinsiyet doğum sırası gibi özellikleri ne olursa olsun kaygıyı benzer düzeyde yaşadıkları” şeklinde yorumlanabilir.

Bunun yanında, araştırmamızda tespit edilen psikiyatri polikliniğine başvuruda en sık görülen 7-11 yaş aralığı, literatürle uyumlu bulunmuştur. 1995- 2016 yılları arasında Türkiye’de yapılmış çeşitli araştırmalarda çocuk psikiyatrisine en sık başvuru yaşının 6-10 veya 7- 11 yaş aralığı olduğu gösterilmiştir (Altuğ ve Tüzün1995, Aras ve Ark. 2007, Durukan ve Ark. 2011, Türkoğlu 2014, Görmez ve ark. 2016).

Bu yaş aralığında başvuru oranının yüksek olması, okula başlama döneminde ortaya çıkan uyum sorunları, beklenenin altında akademik başarı ve ergenliğe geçişteki davranış sorunları ile ilişkili olabilir. Aynı zamanda başvuru yaşı oranlarını değiştiren nedenler arasında bölgenin ve ailenin sosyokültürel ve sosyoekonomik koşulları ve okul öncesi veya örgün eğitime verilen önem gibi birçok faktörün etkili olabileceği düşünülebilir.

Literatürde, pek çok çalışmada çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalığı polikliniğine başvuruda erkek çocuk sayısının kızdan fazla olduğu gösterilmiştir (Tanrıöver 1992). Altuğ ve Tüzün (1995) %75 erkek; Görker ve arkadaşları (2004) %63 erkek; Aras ve Ünlü (2007) %52 erkek; Durukan ve arkadaşları (2011) çoğunluğu erkek; Türkoğlu (2014) %59 erkek; Görmez ve arkadaşları (2016) %63 erkek çocuk başvurusu olduğunu belirtmişlerdir. Yurt dışında yapılan çalışmaların sonuçları da ağırlıklı olarak erkek çocukların psikiyatriye başvurduğu ve tanı aldığı bilgisini vermektedir.

Bu çalışmada da literatürle uyumlu olarak psikiyatriye başvuruda tanı alan erkek çocuk sayısı (%58), kız çocuk sayısından (%44) fazladır. Erkek çocukların genel toplumda kızlara oranla ruh sağlığı polikliniklerinedaha sık getirilmesinin erkek çocukların fizyolojik olgunlaşma sürecinin kızlara oranla daha geç başlaması ve daha geç tamamlanması ile ilişkilendirilmektedir (Tanrıöver ve ark. 1992).

Çocuk psikiyatrisine başvuru oranında çocuğun doğum sırası ile ilgili veriler literatürde değişkenlik göstermektedir. Altuğ ve Tüzün'ün (1995) çalışmasında ilk çocuk (%36), ortanca çocuk (%30) ve son çocuk (%34) başvuru oranı birbirine çok yakındır. Bu çalışmada çocuğun doğum sırası dağılımının yakın olması, örneklemin İstanbul Üniversitesi Hastanesi gibi genel popülasyona ulaşmada ön sırada bir poliklinik olması nedeniyle veya araştırmanın yapıldığı tarihteki aile dinamikleri ile ilgili olabilir.

Aras, Ünlü, Taş (2007) ise 7-12 yaş aralığında yaptıkları çalışmada ilk veya tek çocuk için başvuru oranını %61,6 olarak belirlemişlerdir. Araştırmamızda ilk çocuğu için psikiyatriye başvuranların sayısı (%76), ikinci ve daha sonraki çocuğu için başvuranlardan (%24) 3 kat fazladır. Örneklem grubundaki yaş

aralıkları birebir aynı olmasa da bu sonuç, Aras ve arkadaşlarının bulguları ile uyumludur.

Altuğ ve Tüzün (1995) yapmış oldukları araştırmada çocuğun aldığı tanı ile ebeveyn kaygısının ilişkili olduğunu gösteren istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar elde etmişlerdir. Bu çalışmada anne ve babanın kaygı düzeyini ölçmek için STAI-I ve STAI-II ölçeği kullanılmıştır. STAI- I (Durumluk Kaygı Envanteri) bireylerin soruları yanıtladıkları sırada kendilerini nasıl hissettikleri ile ilgilidir. Bu envanter daha önce hasta çocuğun anne ve babasındaki kaygıyı ölçümlemek için başka araştırmalarda kullanılmış ve anlamlı sonuç vermiştir. STAI-II (Sürekli Kaygı Envanteri) ise bireylerin çocuğun hastalığı dışındaki diğer durumlardan -örneğin sosyo ekonomik şartlar ve aile ilişkileri gibi- nasıl etkilendiklerini göstermek amacıyla kullanılmıştır.

Bizim çalışmamızda kullanılan Beck Anksiyete Envanteri, STAI-S ile 0.45 ve STAI-T ile 0.53 korelasyon göstermektedir. Ancak analiz sonuçları Altuğ ve Tüzün'ün (1995) çalışması ile benzeşmemektedir. Ulaşılabilen literatürde çocuk psikiyatrisi polikliniğine başvuran anne babanın kaygısının sosyodemografik değişkenlere göre anlamlılığını BAE ile ölçümleyen daha önce yapılmış bir çalışma olmadığından bu araştırma literatüre bu bakımdan katkı sağlayabilir.

Altuğ ve Tüzün'ün(1995) araştırmasında çocuğun yaşı ile ebeveyn STAI-I puanı arasında anlamlı ilişki saptanamamıştır. Ancak tek çocuklu ebeveynlere göre birden fazla çocuğa sahip ebeveynlerin daha fazla durumluk kaygı puanı elde ettikleri belirlenmiştir. Kardeşler arasındaki yer sıralaması dikkate alındığında ise ortanca veya son çocuğunu getiren ebeveynlerin kaygı düzeyleri anlamlı olarak fazla bulunmuştur. Aynı çalışmada ebeveyn eğitimi ile STAI-I puanı arasında negatif korelasyon belirlenmiş, eğitim düzeyinin artması ile durumluk kaygı puanının azaldığı gösterilmiştir

Ulaşılan literatürde daha çok yaş, cinsiyet ve tanı grupları üzerinde durulduğu, çocuğun doğum sırası bilgisine nadiren yer verildiği görülmüştür. Bu anlamda araştırmamızın çocuk psikiyatrisine başvuruda çocuğun doğum sırasının

önemi açısından literature katkısı olacağı düşünülmektedir. İlk kez anne baba olan bireylerin çocuğunda bir sorun olma olasılığı ile ilgili “daha kaygılı olmasa da daha duyarlı olduğu” sonucu çıkarılabilir.

Araştırmadaki ikinci alt amaç, psikiyatri bölümüne başvuran çocuk/ergen sahibi ailelerin sosyodemografik özelliklerine göre depresyon düzeylerinin belirlenmesidir. Çalışma sonunda yapılan analizlere göre cinsiyet, yaş grubu, eğitim düzeyi, medeni durum, meslek, gelir düzeyi ve ailedeki çocuk sayısı açısından anne ve babaların kaygı düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı, sonuçların benzer olduğu görülmüştür. Çocukla ilgili özelliklere bakıldığında ebeveynlerin çocuklarının cinsiyeti, yaşı, kaçınıcı çocuk olduğu gibi etkenler de anne babada ölçümlenen depresyon düzeyi açısından anlamlı fark göstermemiştir.

Literatürde çocuk psikiyatrisine başvuran bireylerin aile tipine ve eğitim düzeyine değinen çalışma sayısı oldukça kısıtlıdır. Görker (2014) çalışmasına katılan ebeveynlerin çoğunlukla (%71) çekirdek aile olduğunu belirtmiştir. Bizim çalışmamızda da çekirdek aile oranı %94 olarak bulunmuştur. Bu oran literatürle uyumlu olup örneklemin çalışıldığı grup ile ilişkili olarak veya zamanın etkisi ile daha büyük miktara yükselmiş olabilir. Nitekim toplumumuzdaki çekirdek aile sayısı giderek artmaktadır.

Eğitim durumuna bakıldığında Altuğ ve Tüzün’ün (1995) araştırmasında katılımcı ebeveynlerin çoğu (%49) ilkokul mezunudur. Bizim çalışmamızda ise (2019) ebeveynlerin yalnızca %14’ü ilkokul mezunudur. Lise- önlisans mezunu olanlar %44, lisans- lisansüstü mezunu olanlar %42 oranındadır. Bu sonuç; toplumumuzdaki sosyo demografik özelliklerin zamana bağlı olarak değişimi ve eğitim seviyesinin toplulumuzda yıllar içinde artış göstermesi ile açıklanabilir. Ya da örneklemin alındığı bölgeye göre farklılık göstermiş olabilir.

Araştırmadaki üçüncü alt amaç psikiyatri bölümüne başvuran çocuk/ergen sahibi ailelerin ikinci ölçüm kaygı düzeylerinin belirlenmesidir. Araştırmaya katılan anne ve babaların son test ortalama Beck Anksiyete Envanteri puanları

14,58±9,86 olarak bulunmuştur. Birerylerin yaşadığı anksiyete belirtilerinin sıklığının belirlenmesi için kullanılan bu envanterde puan ranjı 0-63 arasındadır. Katılımcıların son test ortalama puanları bu aralığa göre düşüktür denebilir.

Araştırmadaki dördüncü alt amaç psikiyatri bölümüne başvuran çocuk/ergen sahibi ailelerin ikinci ölçüm depresyon düzeyinin belirlenmesidir. Araştırmaya katılan anne ve babaların son test ortalama Beck Depresyon Envanteri puanları 12,30±7,22 olarak bulunmuştur. Bu puan bireye klinik depresyon tanısı koymak için önerilen 17 kesme puanının altındadır.

Araştırmadaki beşinci alt amaç psikiyatri bölümüne başvuran çocuk/ergen sahibi ailelerin ilk ve ikinci ölçüm kaygı düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığının belirlenmesidir. Ebeveynlerin ön test Beck Anksiyete Envanteri puan ortalaması ile son test puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Literatürdeki bazı çalışmalar birbir bu çalışma ile örtüşmese de ebeveynin tanıdan sonra çocukla geçirdiği zamana ve olumsuz deneyime bağlı olarak kaygı düzeyinde artış olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur. Bu bağlamda çalışmanın sonucu literatürle uyumludur.

Araştırmadaki altıncı alt amaç psikiyatri bölümüne başvuran çocuk/ergen sahibi ailelerin ilk ve ikinci ölçüm depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığının belirlenmesidir. Ebeveynlerin ön test Beck Depresyon Envanteri puan ortalaması 11,88±7,20, son testte ise 12,30±7,22 olarak bulunmuştur. Ebeveynlerin son testte Beck Depresyon Envanterinden aldıkları puanlar ön teste göre yüksek bulunmuş olsa da bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür. DSM-5 ölçütlerine göre bireyin yeğin depresyon tanısı alması için en az iki haftalık süre boyunca semptomları göstermesi yeterlidir. Araştırmamızda ilk ve ikinci ölçüm arasında 3 ay zaman bırakılmış olmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı sonuç elde edilememiştir. Bu konuda yapılmış boylamsal çalışmaya ulaşılan literatürde rastlanılmadığı için karşılaştırma yapmak mümkün değildir.

Çalışmadaki ana amaç, ebeveynlerin çocuklarının aldığı tanıyla kaygı ve depresyon düzeylerinin ilişkili olup olmadığını görmek, alt amaçlar ise ailelerin sosyodemografik özelliklerini ortaya koyarak ebeveynlerin bu değişkenlere göre kaygı ve depresyon puanlarını saptamaktır.

Klinik gözlemde hastalık yükü fazla olan tanıların bir süre sonra ebeveyne, özellikle de anneye getirdiği kaygı, depresyon gibi psikiyatrik sorunların çocuğun tedavisinde olumsuz etkisi olduğu görülmektedir. Çocuktaki belirti ruhsal kaynaklı olduğunda ebeveynin yaşadığı kaygının daha yüksek olduğu belirtilmektedir (Altuğ, Tüzün, Zoroğlu; 1992). Ailenin bu kaygısı çocuğa zarar verebilecekleri korkusu ile ondan uzaklaşmalarına veya savunmaya geçerek çocuğu tedaviden uzaklaştırmalarına neden olabilir (Öztürk, 1992). Bu bağlamda çocuğun sağaltımında ve aileye yapılacak klavuzlukta ebeveynin yaşadığı kaygı ve depresyon durumu önem arz etmektedir.

Altuğ ve Tüzün, Çocuk Psikiyatrisi Polikliniğine çocuklarını getiren ebeveynlerin kaygı düzeylerini belirleyerek bu grubun demografik özellikleri ve çocuklarının aldıkları tanı ile durumluk kaygı puanları arasında anlamlılık olup olmadığını incelemişlerdir. Bu çalışmada 1995 yılında araştırmanın başladığı tarihten itibaren ilk kez İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi Polikliniğine getirilen 100 çocuk ve onların ebeveynleri incelenmiştir. Katılımcı anne babaya Durumluk- Sürekli Kaygı Envanteri uygulamış ve dışa atım bozukluğu, uyum bozukluğu, zekâ geriliği, iletişim bozukluğu, depresif bozukluk tanıları alan çocuklarla ebeveynlerinin durumluk kaygı puanları arasında istatistiksel anlamlılık bulmuşlardır. Çocuğun almış olduğu psikiyatrik tanı ile ebeveyn kaygısı arasındaki ilişki araştırıldığında dışa atım bozukluğu dışındaki tüm tanıları için ebeveynin almış olduğu STAI-I puanı Türk toplumu için normal yetişkinler ortalamasının üzerinde bulunmuştur.

Çocuk psikiyatrisine başvuruda tanı dağılımı ve sosyodemografik özellikler konu başlığında pekçok çalışma olsa da; ebeveynin kaygı ve depresyon düzeyini çocuğun aldığı psikiyatrik tanıyla ilişkilendiren araştırma konusu Altuğ ve Tüzün'ün araştırması ile sınırlıdır. Bunun dışında kanser, diyabet, kronik böbrek hastalıkları, otizm, zihinsel veya bedensel engellilik tanılarını almış çocuklar ile bu çocukların ebeveynleri için kaygı ve depresyonu araştıran

alışmalara ulaşmak mümkündür. Bu araştırmalar, çoğunlukla hastanede tedavi alan veya rehabilitasyona devam eden bireyleri ve ailelerini kapsamaktadır.

Literatürdeki kısıtlılık nedeniyle bu çalışmaların sonuçlarından kısaca bahsetmek gerekirse çalışmalarda ulaşılan veriler şu şekilde özetlenebilir:

Toros, Tot, Düzovalı (2002) kronik hastalığı olan çocuklar ve ebeveynleri üzerinde yaptıkları araştırmada ocuk ve ergenler ile onların anne-babalarına kaygı ve depresyon ölçekleri uygulanmıştır. Birinci gruptaki çocuklar çeşitli kanser tanısı alan çocuklardır. İkinci gruptakiler ise şeker hastalığı, kronik böbrek yetmezliği, hemofili, talasemi gibi tanıları olan çocuklardır. nc grupta ise herhangibir kronik hastalık tanısı almamış çocuklar bulunmaktadır.

Bu çalışmanın sonucuna göre kanser tanısı almış çocukların annelerinde diğer gruplara göre kaygı ve depresyon puanı daha yüksek iken aynı grupta babaların depresyon puanında anlamlı yükselme olduğu görülmüştür. Ayrıca tüm gruplarda annelerdeki depresyon ve anksiyete puanları babalarınkinden daha yüksektir. Anne ve babanın eğitim düzeyleri ile depresyon düzeyleri arasında negatif korelasyon vardır.

Tip 1 diyabet tanısı almış ocuk ve ergenler ile onlara bakım veren ebeveynleri kapsayan başka bir araştırmada çocuklarına göre ebeveynlerin daha az sosyal destek algıladıkları ve daha fazla psikolojik semptom gösterdikleri saptanmıştır (stn,2011). Bu sonuç, araştırmacı tarafından hastalığın daha ağır algılanması ve sosyal desteğin daha az algılanmasının sonucu olarak yorumlanmıştır.

Görgü'nn (2005) otizmlili bireyler ve anneleri ile yapmış olduğu çalışmada ise normal topluma göre otizmlili bireylerin annelerinde sosyal destek algısının daha düşük olduğu ve depresyon puanının (ortalama 21.9) normal popülasyona göre orta düzeyde olduğu belirlenmiştir. Bu sonuç literatürde, engelli çocuğa sahip ailelerin daha düşük sosyal destek algılamaları ve daha yüksek depresyon belirtileri göstermeleri şeklindeki bulgularla benzerlik göstermektedir. Yine bu araştırmada annenin eğitim seviyesi yükseldikçe

depresyon puanında düşme olduğu görülmüştür. Çalışan anneye göre ev hanımı olan annenin depresyon puanı da daha yüksektir. Bu araştırmaya göre çalışan annenin sosyal destek algısı yükselmekte ve depresyon puanı düşmektedir. Aynı zamanda maddi geliri yüksek olan annelerin depresyon puanı diğer gelir gruplarına göre daha düşüktür. Bu durum, çocuğuna sağlayabileceği olanaklara ulaşmada annenin rahat olması ile açıklanabilir. Görgü'nün çalışmasında ailedeki çocuk sayısı, çocuğun doğum sırası ve çocuğun yaşı ile annenin depresyon puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Yeni veya eski tanımlı otizmlili çocukların annelerinde depresyon puanları arasında da anlamlı bir fark bulunmamıştır. Araştırmacı bu sonucu çocuklar arasındaki yaş farkının azlığına ve hepsinin okul öncesi yaşta olmasına bağlamıştır.

Rehabilitasyon programına devam eden engelli çocukların aileleri ile yapılan çalışmada (Doğru, Arslan 2006), zihinsel engelli, işitsel engelli, otizmlili veya karma engelli bireylerin annelerine durumluk kaygı ve sürekli kaygı envanterleri uygulanmış ayrıca umutsuzluk düzeylerine bakılmıştır. Bu çalışmada annelerin çoğunda sürekli kaygı durumu belirlenmiş ve annelerin eğitim durumlarına göre kaygı düzeylerinin arttığı görülmüştür. Annelerin çocukları ile ilgili olumsuz yaşantıları arttıkça kaygı düzeylerinde de artış olduğu görülmüştür. Anne yaşı açısından durumluk kaygı ve sürekli kaygı puanları arasında anlamlı fark bulunmamış; çocuğun doğum sırası açısından ise sağlıklı çocuk sahibi olmuş annelerin 3. veya 4. çocuklarının engelli olması durumunda sürekli kaygı puanlarında anlamlı yükselme olduğu görülmüştür.

Çocukların cinsiyetleri ve engel dereceleri ile anne-babaların umutsuzluk düzeyleri arasında anlamlı ilişki bulunmamış, ancak çocuğun yaşının ve eğitim aldığı sürenin anne-babanın umutsuzluk düzeyi üzerinde etkili olduğu belirlenmiştir.

Ulaşılabilen literatürdeki çalışmalar tek bir tanı (DEHB, otizm, zihinsel veya fiziksel engellilik gibi) üzerinden ebeveynin kaygı veya depresyon düzeyini ve ilişkili sosyodemografik özellikleri incelemişlerdir. Bizim çalışmamızda ise hangi tanı olduğuna bakılmaksızın 3 aylık inceleme süresi içinde başvuran ve

tanı alan tüm bireyler katılımcı olarak kabul edilmiştir. Bu çalışmada çocuk ve ergenlerin tanıları önceden planlanarak seçilmemiş; katılımcıların çocuklarına verilen tüm tanılar kapsama alınmıştır (DEHB, ÖÖG, MR, OKB, otizm, depresyon, aksiyete ve diğer tanılar).

Örneklemin alındığı tarih nedeniyle çocuk ve ergenlerin aldığı tanılar DSM- 5 ölçütlerine göre birçok farklı alt başlıkta bulunmuştur. İstatistiksel olarak anlamlılığı araştırabilmek için ana tanı gruplarına indirgenerek sınıflandırma yapılmıştır. Anksiyete Bozuklukları, Nöro-gelişimsel Bozukluklar, Obsesif Kompulsif Bozukluklar, Depresyon Bozuklukları ve Diğer Bozukluklar şeklinde beş temel kategoride tanılar kümelenmiş ve analizler bu grupla rüzerinden yapılmıştır.

Antalya'da yaşayan ve özel hastaneye çocuğundaki psikiyatrik bir sorun nedeniyle başvuran anne babaların tanı ile ilk karşılaştıkları gün yapılan ölçüm ile üç ay sonra yapılan ölçüm arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Bu sonuç; örneklem grubunun niceliksel olarak küçük olmasından, örneklemin alındığı popülasyondan veya aradan geçen zamanın azlığından kaynaklanabilir.

Değişkenler gözönüne alındığında anne babanın yaş, cinsiyet, eğitim, gelir durumu gibi faktörlerle kaygı ve depresyon puanları arasında anlamlı ilişki görülmemiştir. Aynı şekilde çocuğun aldığı tanıyla da anne veya babadaki depresyon puanı anlamlı ilişki göstermez. Bu sonuç, örneklem içerisindeki tanı dağılımının normal olmayışından, örneklem için verilen tanıların ebeveyne yeterince hastalık yükü getirmemesinden veya ebeveynin bu durumu bir sorun olarak görmemesinden kaynaklanıyor olabilir. Ayrıca bu sonuç ailenin durumu yeterince olumsuz algılamamasından kaynaklanmış olabilir. Nitekim otizm, zihinsel engel, bedensel engel, diyabet, kanser, kronik hastalıklar gibi tanı gruplarıyla yapılan çalışmalarda özellikle annede kaygı veya depresyon düzeyinde anlamlı fark bulunmuş, bu durum maddi olanaklara, çocuğun tanısının süresine, annenin çocukla olan olumsuz yaşantı miktarına ve sosyal destek algısına göre değişkenlik göstermiştir.

Çalışmada gruplar arasında kaygı ve depresyon açısından anlamlı bir fark bulunmaması, ailelerin kronik tanı almış gruplara göre kendilerini çözümsüz bir sorunla karşı karşıya hissetmemiş olmalarından ya da yeterince olumsuz yaşantı yaşayacak zaman geçirmemiş olmalarından kaynaklanıyor olabilir. Bu çalışmadaki katılımcı tanıları kanser, diyabet, zihinsel veya bedensel engellilik tanılarına kıyasla aileye yeterince yük getirmemiş olabilir veya yük getirmesi için tanı konma sürecinin üzerinden daha uzun zaman geçmesi gerekebilir. Aynı şekilde ailelerin sorunla başa çıkma güçleri yüksek olduğu için kaygı ve depresyon belirtileri anlamlı düzeyde yükselmemiş olabilir.

6.BÖLÜM

SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuç

Bu araştırmada, çocuk ve ergenlerin aldığı psikiyatrik tanıya göre ebeveynlerinde görülen kaygı ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Bu çalışma sonucunda anne ve babaların kaygı ve depresyon düzeylerinin çocuğun aldığı tanıyla ilişkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Bunun yanında katılımcı olan annelerin anksiyete puanları babalara göre bir miktar yüksektir. Bu sonuç istatistiksel olarak anlamlı olmasa da literatürle uyumludur.

Çalışmamızda literatürle uyumlu olarak çocuk ve ergende görülen psikiyatrik bozuklukların dağılımı benzer oranlarda bulunmuştur: Anksiyete bozuklukları, ensık (%40) görülen tanı olmuş; zihinsel gerilik, DEHB, ÖÖG ve aynı anabashlıktaki diğer tanıları kapsayan nörogelişimsel bozukluklar (%30) ikinci sık görülen tanı olmuş, depresyon bozuklukları (%12) olarak bulunmuş ve OKB ise onlarii zleyen sırada olmuştur.

Ayrıca psikiyatri bölümüne başvuran ailelerin çocuklarının çoğunun erkek olması ve başvuruda rastlanan 7-11 yaş aralığı da literatürle uyumlu bulunmuştur.

Çocuğun doğum sırasının anne ve babanın kaygı ve depresyon düzeyine etkisini gösteren çalışma sonuçları birbirinden farklılık göstermektedir. İlk çocuktan sonra engelli çocuk sahibi olmak anne babanın kaygı ve depresyon düzeyini arttırırken; psikiyatri bölümüne başvuruda ilk çocuk için gelenlerin sayısının ikinci ve üçüncü çocuğu için gelenlerden oldukça yüksek olduğu

görülmüştür. Ancak başvuru sayısı yüksek olsa da kaygı düzeyi diğer gruptaki ebeveynlere göre anlamlı fark göstermemiştir.

Ebeveynlerin sosyo-demografik özelliklerinin hiçbiri, uygulanan anksiyete ve depresyon envanterlerindeki sonuçlar ile anlamlı ilişki göstermemiştir. Bu durum literatürdeki çalışmalar ile farklılık göstermektedir. Engelli bireylerin aileleri ile yapılan bir çalışmada ailenin eğitim düzeyi ile kaygı düzeyi arasında pozitif korelasyon bulunmuştur. Otizmlı çocuk sahibi annelerin çalışma durumu ile depresyon düzeyleri arasında ise negatif korelasyon bulunmuştur.

Kanser ve tip 1 diyabet hastaları ile yapılan çalışmalarda hastalık süresinin ebeveynin psikolojik durumuna olumsuz etkileri gösterilmiştir. Semptom tarama ölçekleri ile yapılan bu çalışmada kronik hastalık tanısı almış çocuğun ebeveynin kontrol grubuna göre daha fazla psikolojik semptom göstermiştir.

Bu çalışmada ise ilk test ve son test arasında geçen 3 aylık zaman dilimi için BDE puanları arasında anlamlı fark gösterilememiş fakat, BAE puanları arasında anlamlı fark olduğu belirlenmiştir.

6.2. Öneriler

Bu çalışma, bir benzerine literatürde rastlanmadığından özgün bir değere sahiptir. Literatürde belirli psikiyatrik tanımlar tek başına çalışılmış veya kronik hastalık tanısı üzerinden ebeveynin psikolojik sorun gösterme durumuna bakılmıştır. Özellikle boylamsal açıdan yapılmış çalışma sayısı çok kısıtlıdır. Bu açıdan birkaç farklı tanıyı birarada alan çalışmaların çoğaltılması önerilmektedir. Tanı gruplarının çok çeşitli olması istatistiksel anlamlılığı gösterebilmekte zorluk yarattığından, bundan sonraki çalışmalarda bir veya iki tanı üzerinden gidilerek ebeveynin kaygısının daha net ölçümlenebileceği ve bu iki tanı grubu arasındaki anlamlılığa daha kolay ulaşılabileceği düşünülmektedir.

Otizm, kanser ve tip 1 diyabet hastalıklarında olduğu gibi, çocuğa konulan tanının zaman içerisinde aileye giderek artan bir zorluk olarak yansıdığı

bilinmektedir. Bu bireylerle yaşanan olumsuz deneyim veya hastalık süresi arttıkça anne babanın psikolojik sorun gösterme düzeyi artmaktadır.

Bizim çalışmamızda da BDE ve BAE ikinci ölçümlerinde birinci ölçüme göre bir miktar yükselme olduğu ve anksiyete puanları açısından sonucun anlamlı olduğu görülmüştür.

Ölçeklerin uygulanma aralığında daha fazla zaman bırakılması değişimlerin daha somut görülmesini ve istatistiksel açıdan anlamlı sonuç bulunma olasılığını artırabilir. Daha uzun aralıklı ölçümlerde daha farklı sonuçlar elde edilebileceği için bundan sonraki çalışmalarda ilk ve son ölçüm arasında daha uzun zaman bırakılması önerilir.

Yeni çalışmalar yapılırken tanı almamış çocuk ve ergenlerin ailelerinden oluşan bir kontrol grubu da çalışmaya eklenebilir.

Örneklem grubu farklı şehirlerden seçilebilir ve sayıca daha geniş tutulabilir. Böylece daha spesifik değerlendirme yapma imkanı oluşacaktır.

Bu çalışmada bireylerin kaygı ve depresyon düzeylerini ölçümlemek için sıklıkla kullanılan ve güvenilirliği gösterilmiş bir test olan BAE ve BDE araştırma için tercih edilmiştir. Ancak, ebeveynin çocuğun aldığı tanı ile ilişkili olduğu öngörülen depresyon ve kaygı düzeyi, kullanılan ölçek nedeniyle de doğru ölçümlenememiş olabilir. Bundan sonraki çalışmalarda ölçekler farklı seçilebilir.

Araştırmada ölçümlenmesi zor bir değişken olarak ailenin tanıyı ne kadar önemseydiği de önemlidir. Sonraki çalışmalarda bu konuya eğilmek önerilebilir. Ailenin tanıyı benimsemesi ve bu sorunun giderilmesi için çaba göstermesi duygusal bir yükür ve kronik hastalıklarda, otizm ve şizofrenide ebeveyndeki kaygı veya depresyon düzeyini olumsuz etkilediği gösterilmiştir.

Çalışmamızdaki tanı gruplarının aileye getirdiği hastalık yükü, nicel ölçümde klinik gözlemde algılandığı kadar yüksek olmayabilir. Aile, tanı görüşmesinden sonra “konuyu rafa kaldırmışsa” bu durumda kaygı ve depresyon puanlarında

anlamlı bir fark görülmeyebilir. Nitekim ikinci görüşmeye davet edildiklerindeki isteksizlik bunun göstergesi olabilir.

Bu bağlamda katılımcıların aradan geçen zamanda çocukları için ne yaptıkları konusu sonraki çalışmalarda incelenebilir. İlk görüşmede tanı ile bereber aileye bir tedavi yöntemi önerilmiştir (test, ilaç tedavisi, özel eğitim, psikoterapi gibi). Bu öneriye uyup uymadıkları da tanıyı kabul ve tedaviye uyuma muhtemel etkisi olabilecek bir durumdur. Bu konu, çalışma sonucundan çıkarılabilecek yeni hipotezlerin problemi olma niteliğindedir ve ayrı bir araştırma konusu olarak önerilebilir.

KAYNAKÇA

- Akkök, F. (1989). Özürlü Bir Çocuğa Sahip Anne Babaların Kaygı ve Endişe Düzeyini Ölçme Aracının Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Psikoloji Dergisi 1989; 23 (7): 26-39
- Akkök, F. (1997). Farklı Özelliği Olan Anne Babaların Yaşadıkları, Farklılıkla Yaşamak, Türk Psikologlar Derneği Yayınları, 1997;13: 9-22.
- Akkök, F. (2003). Bayan Perşembeler, Farklı Özelliği Olan Çocuk Anneleri ile Yapılan Psikolojik Danışma Gruplarının Ardından, İstanbul: Özgür.
- Altuğ, B. Tüzün, Ü. Zoroğlu, S. (1992). Çocuğun Hastalığı ve Ebeveyn Anksiyetesi, Yeni Tıp Dergisi
- Altuğ, B. Tüzün, Ü. (1995). Çocuk Psikiyatrisi Polikliniğine Başvuru Sırasında Ebeveynin Yaşadığı Kaygının Çocuğun Aldığı Tanı ile İlişkinin Araştırılması, Düşünen Adam; 1995, 8 (4): 17-22
- Aras, Ş. Ünlü, G. Taş, F. V. (2007). Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Polikliniğine Başvuran Hastalarda Belirtiler, Tanılar ve Tanıya Yönelik İncelemeler, Klinik Psikiyatri Dergisi 2007, 10(1): 28-37
- Arnold PD, Zai G, (2004). Richter MA. Genetics of Anxiety Disorders. Curr Psychiatry Rep, 2004; 6:24
- Aşkın, R. (1999). Depresyon El Kitabı. İstanbul: Roche.
- Ataman, (2003). Özel Eğitime Muhtaç Olmanın Nedenleri. Özel Eğitime Giriş, Ankara: Gündüz.
- Bal, U. Çakmak, S. Uğuz, Ş. (2013). Anksiyete Bozukluklarında Cinsiyete Göre Semptom Farklılıkları, Arşiv Kaynak Tarama Dergisi. Archives Medical Review Journal 2013; 22(4):441-459
- Bal, U. (2010). Anksiyete Bozukluklarında Cinsiyete Göre Semptom Farklılıkları, Arşiv Kaynak Tarama Dergisi, 2010; Cilt 22, sayı 4

- Batıgün, A.D. (2001). Depresyonda Bilişsel Davranışçı Terapiler. Türk Psikologlar Bülteni 2001; 7 (20), 16-31.
- Beck, A. T. (2005). Bilişsel Terapi ve Duygusal Bozukluklar. İstanbul: Litera.
- Beck, A. T. An Inventory for Measuring Depression. Arch Gen Psychiatry 1961; 4: 561-571
- Büyüköztürk, Ş. (2001). Deneysel Desenler. Ankara: Pegem
- Copley MF, Bodensteiner JB. Chronic Sorrow In Families Of Disabled Children. J Child Neurol 1987; 2: 67-70
- Çataloluk, C. (2005). Engelli Ailelerinde Tanı ve Kabul Süreci: Yas, Sapiens Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Dergisi, 2005; Sayı:1
- Çelik, F.H. Hocaoglu, Ç. (2016). 'Major Depresif Bozukluk' Tanımı, Etiyolojisi ve Epidemiyolojisi: Bir Gözden Geçirme, Journal Of Contemporary Medicine 2016;6(1): 51-66 DOI: 03180
- Darıca, N. Arıboğan, Ü. Gümüştürk, Ş. (2005). Otizm ve Otistik Çocuklar, Ankara: Özgür.
- Dikeç, G., Kutlu, Y. (2015). Ruhsal Bozukluklarda Tedavi Uyumunu Artırmak İçin Bir Yöntem: Tedaviye Uyum Programı, Psikiyatri Hemşireliği Dergisi 2015;6(1):40-46
- Doğan, M. (2001). İşitme Engelli Çocuğa Sahip Ebeveynlerin Çeşitli Psikolojik Değişkenler Açısından Değerlendirilmesi, Ankara: Ankara Üniversitesi.
- Doğan, M. (2015). Yetersizliği Olan Çocuklar, Aile ve Aile Eğitimi: Kavramsal ve Uygulamaya Dönük Gelişmeler, Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 2015;15(Özel Sayı), 111-127.
- Doğru, S.Y. Arslan, E. (2006). Zihinsel ve/veya Bedensel Engelli Çocukların Annelerinin Anksiyete, Depresyon ve Stres Düzeylerinin Belirlenmesi
- <http://dergisosyalbil.selcuk.edu.tr/susbed/article/view/432/414>

Durukan, İ. Karaman, D. Kara, K. Türker, T. Tufan, A. E. Yalçın, Ö. Karabekiroğlu, K. (2011). Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Polikliniğine Başvuran Hastalarda Tanı Dağılımı, Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi,

2011;(24):2,113-120. DOI:10.5350/DAJPN2011240204

Dünya Sağlık Örgütü, ICD-10 Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırılması, (2014), Çev. ed.: Öztürk, M. O. Uluğ. B, Çev.: Çuhadaroğlu, F. Kaplan, İ. Özgen, G. Öztürk, M.O. Rezaki, M. Uluğ, B. Ankara: Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği Yayını

Ekşi, A. (1999). Ben Hasta Değilim, Ankara: Nobel.

Enç, M. (1990). Ruhbilim Terimleri Sözlüğü, Ankara: Karatepe

Er, D. M. (2006). Çocuk, Hastalık, Anne-Babalar ve Kardeşler, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2006; 49: 155-168

Erol, N. (1998). Çocuk Psikiyatrisinde Demografik Özellikler ve Belirti Dağılımı, Ankara Tıp Bülteni 1988; 10:13-24.

Ersan, E. Abay, E. (2001). Depresyonun Genetik Nedenleri, Duygudurum Dizisi 2001;6:277-82.

Fortier, L, Wanlass R. (1984). Family Crisis Following The Diagnosis Of A Handicapped Child, Family Relations 1984; 33: 13-24.

Fosson A, Martin J, Haley J. (1991). Anxiety Among Hospitalized Latency- Age Children, J Dev Behav Pediatrics 1991; 12:216.

Geçtan, E. (2012). Psikanaliz ve Sonrası, İstanbul: Metis

Geçtan, E. (2013). Varoluş ve Psikiyatri, İstanbul: Metis

Görgü, E. (2005). 3–7 Yaş Arası Otistik Çocuğa Sahip Olan Annelerin Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyleri ile Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişki, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul. Marmara Üniversitesi.

<https://katalog.marmara.edu.tr/eyayin/tez/T0052010.pdf>

Görker, I. Korkmazlar, Ü. Durukan, M. Aydoğdu, A. (2004). Çocuk ve Ergen Psikiyatri Kliniğine Başvuran Ergenlerde Belirti ve Tanı Dağılımı, Klinik Psikiyatri Dergisi, 2004; 7(2) 103-110

Görmez, V. Örengül, A.C. Baljinyam, S. Aliyeva, N. (2017). Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Polikliniğine Başvuran Hastalarda Tanı Dağılımı ve Demografik Özellikler, DOI: 10.5455/jmood.20170215091605 Journal of Mood Disorders (JMOOD) 2017;7(1):41-6

Gurbetoğlu, A. (2018). Bilimsel Araştırma Yöntemleri,

<http://agurbetoglu.com/files/2->

[%20ARA%C5%9ETIRMA%20%20T%C3%9CRLER%C4%B0.pdf](http://agurbetoglu.com/files/2-%20ARA%C5%9ETIRMA%20%20T%C3%9CRLER%C4%B0.pdf)

Hisli, N. (1988). Beck Depresyon Envanterinin Geçerliliği Üzerine Bir Çalışma, Psikoloji Dergisi, 1988; cilt 6, sayı 22

Hovardaoğlu, S. (1999). Yükleme Kuramı Açısından Sağlık Davranışları, Ankara: TPD

Işık, E. Işık, U. Taner, Y. (2013). Çocuk, Ergen, Erişkin ve Yaşlılarda Depresif ve Bipolar Bozukluklar, Ankara: Ziraat Grup.

Karamustafalıoğlu, H. Yumrukçal, O. (2011). Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni, 2011; Cilt: 45, Sayı: 2

Karasar, N. (2012). Bilimsel Araştırma Yöntemi, Ankara: Nobel.

Kaya, B. Kaya, M. (2007). 1960'lerden Günümüze Depresyonun Epidemiyolojisi, Tarihsel Bir Bakış, Klinik Psikiyatri 2007; 10(6): 3-10

Kılıç, C. (1988). Erişkin Nüfusta Ruhsal Hastalıkların Yaygınlığı, İlişkili Faktörler, Yeti Yitimi ve Ruh Sağlığı Hizmeti Kullanım Sonuçları, 1998, Türkiye Ruh Sağlığı Profili, Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı.

Kılıç, C. (1998). Türkiye Ruh Sağlığı Profili, Bölüm 4. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

- Koç, V. (2008). Kişilerarası Tarz, Kendilik Algısı, Öfke ve Depresyon, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Türk Psikiyatri Dergisi 2011;22(1):17-25
- Korkmaz, B. (2001). Yağmur Çocuklar, İstanbul: Doğan Kitap.
- Köknel, Ö. (2005). Ruhsal Çöküntü: Depresyon. İstanbul: Altın Kitaplar.
- Köroğlu, E. (2013). Psikiyatri Başvuru El Kitabı, Ankara: HYB.
- Köroğlu, E. (2014), Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı Türkçe Çeviri 5. Baskı (DSM-5), Ankara: HYB
- Küllü, Z. (2008). Özürlü Çocuğa Sahip Ebeveynlerde Depresyon Durumunun Değerlendirilmesi, <https://www.ulusaltezmerkezi.net/ozurlu-cocuga-sahip-ebeveynlerde-depresyon-durumunun-degerlendirilmesi/>
- Luterman, D. (1987). Deafness in theFamily. Boston: College-HillPress.
- Luterman, D. (1997). EmotionalAspectsof HearingLoss. The Volta Review, 99(5), 75-83
- MEB Aile Eğitim Rehberi, (2008). Zihinsel Özürlüler, Ankara: T.C. Başbakanlık Özürlüler İdaresi Başkanlığı Yayınları.
- MEB, (2006). Özel Eğitim Hizmetleri Tanıtım El Kitabı. Ankara: Devlet Kitapları Müdürlüğü Basımevi
- Özdemir, O. (2012). Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-CurrentApproaches in Psychiatry 2012;4(3):315-334 doi:10.5455/cap.20120419 Psikiyatride Boyutsal Yaklaşım DimensionalApproach in Psychiatry
- Özpoyraz, N. (2019). Anksiyete Bozuklukları,Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Ders Notları <https://docplayer.biz.tr/10494888-Anksiyete-bozukluklari.html>
- Öztürk, O. Uluşahin, A. (2016).Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, Ankara: Bayt.
- Polvan, Ö.(2000).Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi, İstanbul: Nobel Tıp.

- Reiger, D.A. Narrow W.E. Rae DS. (1990). TheEpidemiology Of AnxietyDisorders: The Epidemiologic Catchment Area (Eca) Experience. J PsychiatrRes. 1990; (2):3-14
- Sağduyu, A. ve ark. (2000). Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Depresyon, Türk Psikiyatri Dergisi 2000;11: 3-16
- Savaşır, I. Şahin, N. H. (1997). Bilişsel Davranışçı Terapilerde Değerlendirme, Sık Kullanılan Ölçekler, Ankara: TPD.
- Sevinçkök, L. (2007). Yaygın Anksiyete Bozukluğunun Nörobiyolojisi, Klinik Psikiyatri 2007;10(Ek 5):3-12
- Sonuvar, B. Yörükoğlu, A. Öktem, F. ve ark. (1982). Hacettepe Çocuk Ruh Sağlığı Kliniğinde İki Yıl İçinde Görülen Çocukların Demografik Özellikleri. Psikoloji Dergisi 1982; 13:33-39.
- Sloman, L., Springer, S., &Vachon, M. L. S. (1993). Disordered Communication And Grieving in Deaf Member Families. Family Process, 32, 171-183.
- Tanrıöver, S. Kaya, N. Tüzün, Ü. Aydoğmuş K. (1992). Çocuk Psikiyatrisi Polikliniğine Başvuran Çocukların Demografik Özellikleri. Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi 1992; 5:13-19
- Toros, F.Tot, Ş. Düzovalı, Ö. (2002).Kronik Hastalığı Olan Çocuklar, Anne ve Babalarındaki Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri, Klinik Psikiyatri 2002;5: 240-247
- TDK Güncel Türkçe Sözlük (2019) <http://sozluk.gov.tr/>
- Türkoğlu, S. (2014). Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Polikliniğine Başvuran Hastalarda Tanı Dağılımları, Selçuk Tıp Dergisi 2014;30(3): 118-122
- Uğuz, Ş. Toros, F. İnanç, B. Y. Çolakkadioğlu, O. (2008). Engelli Çocuğu Olan Annelerin Sürekli Kaygı Düzeyi ile Durumluk Kaygı Düzeylerinin Karşılaştırılması
https://www.researchgate.net/publication/26517227_ENGELLI_COCU

GU OLAN ANNELERİN SUREKLİ KAYGI DÜZEYİ İLE DURUML
UK KAYGI DÜZEYLERİNİN KARSILASTIRILMASI/

- Üstün, S. (2011).Tip-I Diyabet Tanısı Almış Çocuklar ile Ailelerinin Hastalığa Uyum Süreci ve Hastalığı Kabul Düzeylerinin Karşılaştırılması, İzmir <http://acikerisim.deu.edu.tr:8080/xmlui/handle/20.500.12397/7040>
- Wing, L. (2005).Otizm El Rehberi (TheAutisticSpectrum), İstanbul: Tohum Türkiye Otizm Erken Tanı ve Eğitim Vakfı.

EKLER

Ek.1. Bilgilendirme Formu

BİLGİLENDİRME FORMU

Psikiyatrik tanı alan çocuk ve ergenlerin ebeveynlerinde kaygı ve depresyon düzeylerinin tanı grubuna göre dağılımı ve tanıyı kabul ile ilişkisinin araştırılması.

Değerli katılımcı;

Bu çalışmanın amacı psikiyatri kliniğine başvuran çocuk ve ergenlerin ebeveynlerinde tanı sürecinde görülen kaygı ve depresyon düzeylerini ve ilişkili sosyo- demografik etkenleri belirlemektir.

Bu çalışmada size bir sosyo-demografik bilgi formu ve iki ölçek sunduk. Sosyo-demografik bilgi formu sizin yaş, cinsiyet, meslek, çocuk sayısı gibi demografik özellikleriniz hakkındaki soruları içermektedir. Ölçekler ise kaygı ve depresyon belirtilerinizi ölçmektedir.

Ölçeklerde ve görüşmelerde verdiğiniz cevaplar araştırma boyunca gizli tutulacaktır. Eğer çalışmayla ilgili herhangi bir endişeniz veya sorunuz varsa bu çalışmanın araştırmacısı olan Efsun Korukluoğlu ile iletişime geçebilirsiniz.

Katılımınız için teşekkür ederiz.

Ek.2.Aydınlatılmış Onam Formu

AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Değerli katılımcı;

Bu çalışma Yakın Doğu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji Bölümü tarafından gerçekleştirilen bir çalışmadır. Çalışmaya katılım, gönüllülük esasına dayanmaktadır.

Bu çalışmanın amacı, Medstar Antalya Hastanesi psikiyatri kliniğine başvuran çocuk ve ergenlerin ebeveynlerinde tanı sürecinde kaygı ve depresyon düzeylerini ve ilişkili sosyo- demografik etkenleri belirlemektir.

Kullanılacak olan bilgi formu bilimsel amaçlarla düzenlenmiştir. Bilgi formu ve ölçeklerde kimlik bilgileriniz yer almayacaktır. Kişisel bilgileriniz gizli tutulacak, çalışmadan elde edilen veriler yalnızca araştırmanın istatistiksel analizi amacıyla kullanılacaktır. Çalışmanın tamamlanmasının ardından form ve ölçeklerle toplanan bilgiler anonimleştirilerek saklanacak, şahsi bilgiler veri tabanından silinecektir. Yanıtlarınızı samimi ve doğru olarak vermeniz, bu araştırma sonucunun akademik amaçlı çalışmalarda topluma yararlı bir bilgi olarak kullanılmasını sağlayacaktır.

Desteğiniz için teşekkür ederiz.

Yukarıdaki bilgilerin tümünü ayrıntılı biçimde okudum ve ölçeklerin uygulanmasını gönüllü olarak onayladım.

Ek.3. Sosyodemografik Bilgi Formu

SOSYODEMOGRAFIK BİLGİ FORMU

Aşağıdaki bilgi formu çeşitli mesleklerden alınan örneklem grupları arasında problem çözme envanteri sonuçlarının karşılaştırılması amacı ile bir istatistik araştırmasında kullanılmak üzere hazırlanmış ve size sunulmuştur.

Verilen seçenekler arasından durumunuzu en iyi ifade eden seçeneğin üzerine çarpı (X) işareti koyarak yanıtınızı belirtiniz.

1 Cinsiyetiniz:

Kadın Erkek

2 Yaşınız:

21-25 26-30 31-35 36-40 41-45 46-51 52
ve üzeri

3 Eğitiminiz:

İlkokul orta okul lise ön lisans lisans yüksek lisans doktora
daha üzeri

4 Mesleğiniz:

5 Medeni durumunuz:

Evli Bekâr

6 Evlilik süreniz:

1 ila 4 yıl 5 ila 8 yıl 9 ila 12 yıl 13 ila 16 yıl 17 ila 20 yıl 21
ve daha üzeri

7 Ailenizin toplam gelir aralığı:

2000-3000 3001-5000 5001-7000 7001-9000 9001-11000
11000'den daha fazla

8 Aile ile birlikte kalan diğer bireyler var mı? Size uyan birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz.

- Çekirdek aileyiz ve bekar çocuklarımız bizimle yapıyor
- Aile büyükleri bizimle yapıyor
- Yatılı bakımcımız bizimle yapıyor
- Akrabalarımız bizimle yapıyor
- Diğer bir kişi bizimle yapıyor

- Yalnız yapıyorum

9 Ailede yardımcı, bakıcı, yatılı bakıcı gibi bireyler var mı?

- Yok
- Temizlik yardımcısı var
- Çocuk bakıcısı var
- Yatılı bakıcı var

10 Çocuk sayınız:

- Bir
- İki
- Üç
- Dört
- Beş
- Daha fazla

11 Çocuklarınızın yaşları:

- 1. çocuğun yaşı
- 2. çocuğun yaşı
- 3. çocuğun yaşı
- 4. çocuğun yaşı
- 5. çocuğun yaşı
- Varsa diğer çocukların yaşı

12 Psikiyatriye başvuran çocuğunuz kaçınıcı çocuğunuzdur?

13 Ailede psikiyatrik tanı alan veya psikiyatrik öyküsü olan başka bir birey var mı?

- Evet (açıklayınız)
- Hayır

14 Çocuğunuzun psikiyatrik tanısı:

15 Çocuğunuz için önerilen tedavi planı:

Ek.4. Beck Depresyon Envanteri**BECK DEPRESYON ENVANTERİ**

- (0) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.
- (1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
- (2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
- (3) O kadar üzüntülü ve sıkıntılıym ki artık dayanamıyorum.

- (0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.
- (1) Gelecek hakkında karamsarım.
- (2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
- (3) Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.

- (0) Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.
- (1) Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.
- (2) Geçmişime baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
- (3) Kendimi tümüyle başarısız bir kişi olarak görüyorum.

Ek.5. Beck Anksiyete Envanteri

BECK ANKSİYETE ENVANTERİ

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli olduğu zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra her maddedeki belirtinin bugün dâhil son bir haftadır sizi ne kadar rahatsız ettiğini aşağıdaki ölçekten yararlanarak maddelerin yanındaki uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

0.Hiç derecede 1. Hafif derecede 2. Orta derecede 3.Ciddi derecede

	Hiç	Hafif	Orta	Ciddi
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma	0	1	2	3
2. Sıcak/ ateş basmaları	0	1	2	3
3. Bacaklarda halsizlik, titreme	0	1	2	3

Ek.6. Ölçek İzinleri

Sayın Nesrin Hisli Şahin Hocam,

Yakın Doğu Üniveristesi Klinik Psikoloji yüksek lisans tez öğrencisiyim. Etik kurula sunmuş olduğum "Psikiyatrik Tanı Alan Çocuk ve Ergenlerin Ebeveynlerinde Kaygı ve Depresyon Düzeylerinin Tanı Grubuna Göre Dağılımı ve Tanıyı Kabul ile İlişkisi" başlıklı araştırma konumda kullanmak üzere Beck Depresyon ve Beck Anksiyete Ölçeklerini hasta yakınlarına uygulamak istiyorum. Bu ölçeklerin araştırmamda gönüllü olan katılımcılara yüzyüze görüşme ile veya google formlar aracılığı ile uygulanmasında bir sakınca olmadığına dair yazılı izninizi rica ederim.

Saygılarımla...

Psikolog Efsun Korukluoğlu

Handan Deniz Ayalp<hdenizayalp@gmail.com>

5.1.2019 (Cmt) 00:26

Aşağıda bulunan izin yazısı ile söz konusu ölçeğe ilişkin materyaller, Prof. Dr. Nesrin Hisli Şahin tarafından gönderilmektedir.

Sayın Korukluoğlu,

Beck Anksiyete Ölçeği'ni araştırma amaçlı olarak kullanmanızda benim açımdan bir sakınca bulunmamaktadır. Ancak sizden önemli ricam, Ölçeğin başka kopyalarını değil; size gönderdiğim kopyasını, puanlama formunu ve ölçeğin ikinci sayfasındaki kaynakları da kullanmanızdır. Uyarlama çalışmasına ilişkin kaynağı ekte dijital ortamda gönderiyorum. Ayrıca, Envanterin orijinalinin Aaron Beck tarafından geliştirilmiş olduğu bilgisiyle gerekli referanslarının da çalışmanızda verilmesi gerekecektir. Çalışmanızda başarılar dilerim.

Nesrin Hisli Sahin <nesrinhislisahin@gmail.com>, 26 Ara 2018 Çar, 18:54 tarihinde şunu yazdı:

ÖZGEÇMİŞ

Efsun Korukluoğlu, 1997 İstanbul Üniversitesi Psikoloji Bölümü mezunudur. Mesleki çalışma hayatı boyunca çeşitli özel kurumlarda çocuk, ergen ve ailelerle çalışmıştır. Çalışma hayatının ilk yıllarında, özellikle özel ihtiyaçlı çocuklar ilgi alanında olmuştur. Bu alanda pilot okul olarak açılan bir okulöncesi kaynaştırma kurumunda eğitmen olarak görev almıştır. Bu süreçte işitme, görme, bedensel engelli, otizmlili, down sendromlu veya mental retardasyonlu pek çok çocuk ve onların ailesi ile çalışma imkânı bulmuştur. Sonraki yıllarda Türkiye Otistikler Derneği ve Eğitim Vakfı'nda otizmlili 2-18 yaş grubu bireylerle özel eğitim alanında çalışmış, onların ailelerine yönelik eğitimler düzenleyen ekibin içinde yer almış ve vakıf adına düzenlenen bir dergide yazıları yayınlanmıştır. Bir başka özel kurumda çocuk odaklı aile danışmanlığı yapmış, bu alanda düzenlenen pek çok eğitim ve kongreye katılmıştır. İstanbul Üniversitesi Çocuk Psikiyatrisi'ne bağlı olan Fahrettin Kerim Gökay Vakfı'nda çocuk psikiyatristleri ile birlikte, tanılama basamağındaki bireylerin test ve diğer ölçeklerini uygulamış; eğitim programlarını düzenlemiştir. İstanbul'daki iş yaşamından sonra Antalya'ya yerleşerek özel bir hastanede danışanlarını görmeye başlamış ve eş zamanlı olarak yüksek lisans programını yürütmeye devam etmiştir. Bu kurumlardaki çalışmaları boyunca özel gereksinimli bireyler, psikiyatrik tanı alan çocuk ve gençler ile onların aileleri ile yaşadığı etkileşim, kendisini bu tez konusunu seçmeye yöneltmiştir. Bu bireylerle çalışmakta iken uzun yıllar takip ettiği vakalar ve ailelerin bu süreçte yaşadığı değişimler tezindeki konu başlığını oluşturmuştur. Bundan sonraki çalışma yaşamında da çocuk, ergen ve aileleri ile çalışmalarını sürdürmeyi ve ortak sağaltımlarını yürütmeyi hedeflemektedir.

İNTİHAL RAPORU

TEZ

ORJİNALLIK RAPORU

% 11	% 5	% 5	% 10
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	Submitted to Beykent Üniversitesi Öğrenci Ödevi	% 5
2	Submitted to Girne American University Öğrenci Ödevi	% 2
3	www.selcuktipdergisi.org İnternet Kaynağı	% 1
4	www.klinikpsikiyatri.org İnternet Kaynağı	% 1
5	dergipark.ulakbim.gov.tr İnternet Kaynağı	% 1
6	www.dusunenadamdergisi.org İnternet Kaynağı	% 1
7	Submitted to Okan Üniversitesi Öğrenci Ödevi	% 1

ETİK KURUL RAPORU

05.02.2019

Sayın Efsun Korukluoğlu

Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'na yapmış olduğunuz YDÜ/SB/2018/287 proje numaralı ve **“Psikiyatrik Tanı Alan Çocuk ve Ergenlerin Ebeveynlerinde Kaygı ve Depresyon Düzeylerinin Tanı Grubuna Göre Dağılımı ve Tanıyı Kabul İle İlişkinin Araştırılması”** başlıklı proje önerisi kurulumuzca değerlendirilmiş olup, etik olarak uygun bulunmuştur. Bu yazı ile birlikte, başvuru formunuzda belirttiğiniz bilgilerin dışına çıkmamak suretiyle araştırmaya başlayabilirsiniz.

Doçent Doktor Direnç Kanol

Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu Raportörü

