



Psikiyatrik Tanı Alan Çocuk ve Ergenlerin Annelerinin Kaygı-Depresyon ve Suçluluk-Utanç Düzeylerinin Çocuğun Tanısı ile İlişkisi

The Relationship Between the Anxiety-Depression and Guilt-Shame Levels of Mothers of Children and Adolescents Receiving a Psychiatric Diagnosis and the Child's Diagnosis

Esin Cerit^{1*}, Dilşad Yıldız Miniksar²

¹Yozgat Bozok Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Yozgat, Türkiye
esin.cerit@yobu.edu.tr

²Dr. Sami Ulus Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Psikiyatri Kliniği, Ankara, Türkiye
dr_dilsad1984@hotmail.com

* Sorumlu Yazar / Corresponding Author



Geliş Tarihi/Received: 01.12.2023
Kabul Tarihi/Accepted: 01.04.2024
Çevrimiçi Yayınlanma Tarihi/Available Online Date: 07.06.2024

Amaç: Araştırmada, psikiyatrik tanısı olan çocuk ve ergenlerin annelerinin depresyon, kaygı ve suçluluk-utanç düzeylerinin çocuğun tıbbi tanısı ile ilişkisinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem ve Gereçler: Araştırma kesitsel desende, ilişki arayıcı bir çalışmadır. 15.10.2021-15.02.2022 tarihleri arasında ***Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Polikliniğine başvuran 92 hastanın annesi üzerinde yapılmıştır. Veriler, Kişisel Bilgi Formu, Beck Depresyon Envanteri, Suçluluk Utanç Ölçeği ve Beck Anksiyete Ölçeği ile toplanmıştır. Verilerin analizinde frekans dağılımı ve tanımlayıcı istatistikler verilmiştir. Bağımsız Örneklem t Testi, Tek Yönlü Varyans Analizi, Mann Whitney U testi, Pearson Korelasyon Analizi ve basit doğrusal regresyon analizi verilerin analizinde kullanılmıştır.

Bulgular: Annelerin çocuklarının psikiyatrik tanısına göre BDÖ ve BAÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Majör depresif bozukluk tanısı olan çocuğa sahip annelerin BDÖ puan ortalaması, anksiyete bozukluğu ve nörogelişimsel bozukluk tanısına sahip çocukları olan annelerin puan ortalamasından anlamlı olarak yüksektir. Çocukların psikiyatrik tanılarının annelerinin Beck Depresyon Ölçeği'nden ve Beck Anksiyete Ölçeği'nden aldıkları puanların her birinin %8'ini açıkladığı saptanmıştır.

Sonuç: Çalışmamız çocukta var olan psikopatoloji ile anne ruh sağlığı arasında ilişki olduğunu destekler nitelikte olması açısından anlamlıdır. Bu bağlamda çalışma sonuçlarımız, çocuk psikopatolojisinin tedavisi ve bakımında annenin rolünün ayrıntılı bir şekilde ele alınmasına işaret etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Psikiyatrik tanı, Çocuk, Anne, Depresyon, Kaygı, Suçluluk, Utanç

Objective: The aim of the study was to determine the relationship between the depression, anxiety and guilt-shame levels of mothers of children and adolescents with psychiatric diagnoses and the child's psychiatric diagnosis.

Methods and Materials: The research is a cross-sectional, correlational study. It was conducted on the mothers of 92 patients who applied to ***University Health Application and Research Center, Child and Adolescent Psychiatry Polyclinic between 15.10.2021-15.02.2022. Data were collected with the Personal Information Form, Beck Depression Inventory, The Guilt and Shame Proneness Scale and Beck Anxiety Inventory. In the analysis of the data, frequency distribution and descriptive statistics were given. Independent Sample t Test, One-Way Analysis of Variance, Mann Whitney U test, Pearson Correlation Analysis and simple Linear Regression Analysis were used to analyze of the data.

Results: It was determined that there was a statistically significant difference between the mothers' BDI and BAI score averages according to the psychiatric diagnosis of their children ($p < 0.05$). The average BDI score of mothers with children diagnosed with major depressive disorder is significantly higher than the average score of mothers with children diagnosed with anxiety disorders and neurodevelopmental disorders. It was determined that children's psychiatric diagnoses explained 8% each of their mothers' scores on the Beck Depression Inventory and the Beck Anxiety Inventory.

Conclusion: Our study is significant in that it supports the relationship between child psychopathology and maternal mental health. In this context, our study results point to a detailed consideration of the mother's role in the treatment and care of child psychopathology.

Keywords: Psychiatric diagnosis, Mother, Depression, Anxiety, Guilt, Shame

EXTENDED ABSTRACT

Background

There are many factors that affect children's mental health, and the mother's mental health is also an important factor. The mother is the first and most important person with whom her child establishes a bond, and the mother's mental health plays a decisive role in the child's emotional and psychological development. The mother is obliged to meet her child's emotional needs, provide a safe environment and provide emotional support. However, if the mother has mental health problems, it may become difficult for her to perform these tasks. For example, conditions such as depression or anxiety can affect the mother's emotional reactions, preventing her from understanding and supporting the child's needs. This situation can negatively affect the child's emotional development, damage his sense of confidence, and increase the risk of mental health problems in later years. Therefore, it is important

to protect the mother's mental health and support it when necessary for the child to have a healthy mental health. This study aims to determine the relationship between the depression, anxiety and guilt-shame levels of mothers of children and adolescents with psychiatric diagnoses.

Method

The research is a relationship-seeking study with a cross-sectional design. The research was conducted on the mothers of 92 patients who applied to Yozgat Bozok University Health Application and Research Center, Child and Adolescent Psychiatry Polyclinic between 15.10.2021-15.02.2022. Data were collected with the Personal Information Form, Beck Depression Inventory (BDI), Beck Anxiety Inventory (BAI), Guilt Shame Scale. At the end of the interview held in the examination room by the researcher to the mothers of children and adolescents who applied to the child and adolescent psychiatry outpatient clinic, an explanation was made about the research

and data collection forms were given to those who volunteered to participate in the research. It took the mothers approximately 20-25 minutes to fill out the forms.

Results

It was determined that there was a statistically significant difference between the mothers' BDI and BAI score averages according to the psychiatric diagnosis of their children ($p < 0.05$). The average BDI score of mothers with children diagnosed with major depressive disorder is significantly higher than the average score of mothers with children diagnosed with anxiety disorders and neurodevelopmental disorders. It was determined that children's psychiatric diagnoses explained 8% each of their mothers' scores on the BDI and the BAI.

It was determined that there was a positive, moderately significant relationship between the mothers' BDI and BAI mean scores ($r: 0.55$, $p < 0.001$). A statistically low, positive relationship was found between the BAI and the Shame Subscale score mean of the Guilt Shame Scale. It was determined that there was a moderately significant positive relationship between the Shame Subscale and Guilt Subscale score averages of the Guilt Shame Scale ($r: 0.5$, $p < 0.001$).

The effect of the participants' descriptive characteristics on the mothers' BAI scores was examined by multiple regression analysis. The regression model created was found to be significant ($F = 2,332$, $p: 0.005$). The "enter" method was used as the method in the created model. It was determined that the descriptive characteristics of the participants had a 39.6% effect on the mothers' BAI score averages. BAI scores of mothers with children diagnosed with major depressive disorder were found to be 8,116 units higher than those of mothers with children

diagnosed with anxiety disorders ($p: 0.037$). BAI scores of single mothers were found to be 12,210 units lower than those of married mothers ($p: 0.040$). BAI scores of non-working mothers were found to be 7,484 units lower than those of working mothers ($p: 0.020$). In addition, 7,864 units ($p: 0.036$) of mothers who expressed their economic situation as income equal to expenses and 12,580 units ($p: 0.015$) of mothers who expressed their income as more than expenses were lower than those of mothers whose income was less than expenses.

The effect of the participants' descriptive characteristics on the mothers' BDI scores was examined by multiple regression analysis and the regression model was found to be significant ($F = 1.865$, $p: 0.029$). The "enter" method was used as the method in the created model. The BDI level of mothers with children diagnosed with major depressive disorder was found to be 2,874 units higher than that of mothers with children with anxiety disorders ($p: 0.047$). The average BDI score of mothers with secondary school education is 3,126 units higher than that of mothers with primary school education ($p: 0.013$).

Conclusion

As a result of our study, it was determined that the depression and anxiety levels of mothers of children diagnosed with major depressive disorder were higher than those of mothers of children with other diagnoses, and that the medical diagnosis of the children had an effect on the mothers' anxiety and depression levels. Additionally, it was determined that there was a positive relationship between mothers' anxiety levels and their depression and shame levels.

Our study is significant in that it supports the relationship between child psychopathology and maternal mental health. In this context, our study

results point to a detailed consideration of the mother's role in the treatment and care of child psychopathology.

In line with the results of the study, it is recommended to increase the number of family-centered studies designed with different samples and designs, in which the factors underlying the psychopathology in children and adolescents and the psychopathology in their mothers are discussed in more detail and their fathers are included in the studies.

1. GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü (2001), çocuk ve ergenlerde ruh sağlığını "ideal psikolojik sağlık, işleve sahip olma ve bunu sürdürülebile kapasitesi" olarak tanımlamıştır. Bu bağlamda çocukluk ve ergenlik dönemlerinde ruh sağlığında oluşabilecek bozulmalar normal psikolojik gelişimi aksatarak çocuk ve ergenlerin ideal düzeyde işlevsel olmalarında ve sahip oldukları güçlü yönlerin farkına varmalarında büyük bir engel oluşturmaktadır.¹

Günümüzde üç milyar kadar çocuk ve ergenin yaşadığı tahmin edilmektedir.^{2,3} Dünya genelinde yapılan çalışmalara bakıldığında çocuk ve ergenlerin yaklaşık %10-20'sinin ruh sağlığı sorunları yaşadığı^{4,5} ve ruhsal bozuklukların %50'sinin 14 yaşından önceki yaşlarda başladığı bildirilmektedir.⁶ Yine Dünya genelinde gençler için ruhsal bozukluklar sağlıkla ilgili yükün önde gelen nedenini oluşturmaktadır ve yaşamın ilk otuz yılında kaybedilen engelliliğe göre ayarlanmış yaşam yıllarının (DALY) %15-30'unu ruhsal bozuklukların oluşturduğu vurgulanmaktadır.^{7,8} Türkiye Ruh Sağlığı Profili (1998) araştırmasında; genel olarak çocuk ve gençlerde %11 oranında ruhsal bir hastalık görüldüğü ve hastalıklar içerisinde en çok depresif bozuklukların yer aldığı belirtilmiştir.⁹ Türkiye'nin Erken

Çocukluk Dönemi (1-3 Yaş) Ruh Sağlığı Profiline Belirlenmesi (2009) çalışmasında; yaklaşık %60 ebeveyn, çocuklarında ruhsal ya da gelişimsel bir sorun olduğunu düşündüğünü açıklamıştır.¹⁰ Demirkaya (2015), çocuk ve ergen psikiyatrisi kliniğine başvuru yapan bireylerin tanımlarını ve sosyodemografik özelliklerinin belirlenmesi amacıyla yaptığı çalışmada, birinci sırada dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (%20, 6), sonrasında diğer yıkıcı davranış bozuklukları (%12,4) ve üçüncü olarak da anksiyete bozukluğu (%10,2) tanısının saptandığını belirtmiştir.¹¹

Çocuğun ruh sağlığı, biyolojik-fiziksel, bireysel, psikolojik ve sosyal-kültürel faktörlerin karmaşık etkilerinin bir sonucudur. Çalışmalar, çocuk ve ergenlerin ruhsal sorunlarında çocuğun fiziksel hastalığı, ebeveyn çatışması, parçalanmış aile, kalabalık aile, ebeveynlerin psikiyatrik hastalığı, alkolik ebeveyn, erken ebeveynlik ve sosyo-ekonomik yönden düşük gelir gibi psikososyal faktörlerle ilişkili olduğunu gösterilmektedir.^{12,13}

Çocuk ve ergenlerde gelişen ruhsal bozukluklar üzerinde pek çok değişkenin rol aldığı bilinmekle birlikte çocuğun gelişiminde özellikle ailenin özelliklerinin ve ebeveynlerde var olan psikopatolojinin çocuk ruh sağlığı sorunları ile ilişkili olduğunu vurgulayan çalışmalar bulunmaktadır.^{14,15} Ruhsal hastalıkların temelinde genetik faktörlerin yadsınamaz bir rolü olduğu, yaşamın ilk yıllarında çocuğun bakım vereniyile güvenli ilişki kuramamasının, anneden yoksun yetişmesinin ya da aşırı ilgi görmesinin ve sürekli kaygılı, öfkeli, depresif davranışları olan ebeveynlerin rol model alınmasının çocuğu olası tehditlere karşı aşırı duyarlı hale getirdiği ve ruhsal hastalıklar açısından riskli bir grup olmalarına sebep olduğu belirtilmektedir.¹⁶ Fatima et al. (2021) çocuğunda nörogelişimsel bozukluk (otizm spektrum bozukluğu, dil ve iletişim bozuklukları, dikkat eksikliği -hiperaktivite bozukluğu vb.) olan

annelerin depresyon ve kaygı düzeylerinin yüksek olduğunu vurgulamıştır.¹⁷ Farsi et al. (2016) otizm spektrum bozukluğu tanımlı çocuğa sahip anneler ve normal gelişim gösteren çocukların anneleri ile yaptıkları karşılaştırma çalışmasında, otizm spektrum bozukluğu tanısına sahip çocukların annelerinin stres, kaygı ve depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğunu saptamışlardır.¹⁸

Bu bilgiler ışığında çalışmamızda psikiyatrik tanısı olan çocuk ve ergenlerin annelerinin depresyon, kaygı ve suçluluk-utanç düzeylerinin çocuğun tanısı ile ilişkisinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Psikiyatrik tanısı olan çocuğa sahip annelerin ruh sağlığı durumunun ortaya konulması hem anne hem çocuk ruh sağlığının iyileştirilmesi için kritik bir adımdır. Çalışma sonuçlarının psikiyatrik tanısı olan çocuk ve annelerinin ruh sağlıklarını iyileştirme amaçlı yapılacak çalışmalara katkı sağlayacağı veruhsağlığı çalışanlarına bu kapsamda önemli ipuçları sunacağı düşünülmektedir.

2. GEREÇ ve YÖNTEMLER

2.1. Araştırma Deseni

Araştırma kesitsel desende, ilişki arayıcı bir çalışmadır.

2.2. Araştırmanın Soruları

Çocuk ve ergenlerin psikiyatrik tanıları ile annelerinin kaygı düzeyleri arasında ilişki var mıdır?

Çocuk ve ergenlerin psikiyatrik tanıları ile annelerinin depresyon düzeyleri arasında ilişki var mıdır?

Çocuk ve ergenlerin psikiyatrik tanıları ile annelerinin suçluluk-utanç düzeyleri arasında ilişki var mıdır?

2.3. Araştırma Grubu

Araştırma, 15.10.2021-15.02.2022 tarihleri arasında ***Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Polikliniğine başvuran 92 hastanın annesi

üzerinde yapılmıştır. Örneklem belirlenmesinde ek bir yöntem belirlenmemiştir. Çalışmaya Türkçe iletişim kurabilen annelerden çalışmaya katılmaya gönüllü olanların tamamı dahil edilmiştir. Örneklem istatistiksel gücünün hesaplanmasında, G *Power 3.1 istatistik programında post hoc analiz tekniği kullanılmıştır. Beck Depresyon Ölçeği ve Beck Anksiyete Ölçeği puan ortalamaları arasında yapılan korelasyon analizi ($r:0.55$) sonuçlarına göre etki büyüklüğü 0,70 olarak saptanan çalışmanın gücü, %100 olarak hesaplanmıştır.

2.4. Verilerin Toplanması

Veriler, Kişisel Bilgi Formu, Beck Depresyon Envanteri, Beck Anksiyete Ölçeği, Suçluluk Utanç Ölçeği ile toplanmıştır. Araştırmacı tarafından çocuk ve ergen psikiyatri polikliniğine başvuran çocuk ve ergenlerin annelerine muayene odasında yapılan görüşmenin sonunda araştırma hakkında açıklama yapıp, araştırmaya katılmaya gönüllü olanlara veri toplama formları verilmiştir. Annelerin formları doldurması yaklaşık 20-25 dk sürmüştür.

Kişisel Bilgi Formu Psikiyatrik tanısı olan çocuğa sahip annelerin çalışma ile ilgili olduğu düşünülen bazı tanıtıcı özelliklerinin yer aldığı 13 sorudan oluşmaktadır.

Beck Depresyon Ölçeği (BDE) Ölçek, Beck (1961) tarafından, insanların depresyon riskini, depresif belirtilerin düzeyini ve depresyonun şiddetinin değişimini ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçeğin tıbbi tanı koymak gibi bir amacı yoktur. Ölçeğin Türkçe uyarlamasını 1988 yılında Nesrin Hisli yapmıştır. BDE, 0'dan 3'e kadar puanlandırılan 21 maddeli bir ölçektir. Her bir maddeden elde edilen puanların toplanmasıyla "0- 63 puan" arasında değişen toplam bir ölçek puanı elde edilmektedir. 0-9 puan arası: minimal depresyon; 10-16 puan arası: hafif depresyon; 17-29 puan arası: orta

düzy depresyon; 30–63 puan arası: şiddetli depresyon olarak belirtilmektedir. Bu çalışmada Cronbach alfa iç tutarlılık kat sayısı 0.89'dur.¹⁹

Beck Anksiyete Ölçeği Ölçek, Beck ve arkadaşları (1988) tarafından bireylerin yaşadığı anksiyete belirtilerinin sıklığının saptanması amacıyla geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Nesrin Hisli Şahin, Mustafa Ulusoy ve Hüsnü Erkmen tarafından 1996 yılında yapılmıştır. 21 maddeden oluşan ölçeğin maddeleri 0-3 puan arasında değerlendirilmektedir. Ölçekten toplamda en düşük 0 ve en yüksek 63 puan alınabilmektedir. Ölçekten alınan toplam puan bireyin yaşadığı anksiyetenin şiddetini belirtmektedir. Bu çalışmada Cronbach Alfa iç tutarlılık kat sayısı 0.94'tür.²⁰

Suçluluk-Utanç Ölçeği Ölçek, 1992 yılında çeşitli durumlarda hissedilen ve depresyonla ilişkili olduğu ileri sürülen suçluluk ve utanç duygularını ölçmek amacıyla, Nesrin H. Şahin ve Nail Şahin tarafından geliştirilmiştir. Ergen ve yetişkinlere uygulanabilmektedir. Ölçek, 24 sorudan oluşan beşli likert tipindedir. Ölçekte, suçluluk ve utanç duygularını belirten iki ayrı alt boyut bulunmaktadır. "3, 6, 7, 11, 12, 14, 16, 17, 21, 22, 23, 24." maddelerin toplamı suçluluk alt boyutunun puanını; "1, 2, 4, 5, 8, 9, 10, 13, 15, 18, 19, 20." maddelerin toplamı ise utanç alt boyutunun puanını vermektedir. Puanların yükselmesi suçluluk ya da utanç duygularının daha çok var olduğunu göstermektedir (Savaşır ve Şahin 1997).²¹ Bu çalışmada Cronbach Alfa iç tutarlılık kat sayısı, 0.82 olarak belirlenmiştir.

2.5. Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler analiz edilirken kategorik değişkenler için sayı, yüzde; sayısal değişkenler için tanımlayıcı istatistiklerden yararlanılmıştır. Normal dağılım gösteren değişkenlerde iki grup arasında fark olup olmadığını belirlemek için Bağımsız Örneklem

t testi, ikiden fazla grup arasında fark olup olmadığını saptamak içinse Tek Yönlü Varyans Analizi (One Way ANOVA) kullanıldı. Yapılan, One Way ANOVA sonucunda varyans homojenliği için öncelikle Levene Testi, ardından farklılığın hangi grup veya gruplardan kaynaklandığını belirlemek için Tamhane T2 testi kullanıldı. Normal dağılım göstermeyen iki grup arasında istatistiksel olarak fark olup olmadığını saptamak için Mann Whitney U Testi'nden yararlanılmıştır. Ölçeklerden elde edilen ortalama puanlar arasındaki ilişkinin belirlenmesi için Pearson Korelasyon Analizi, ölçek puan ortalamalarının birbirlerine etkisinin belirlenmesi için ise Basit Doğrusal Regresyon Analizi kullanılmıştır. Ölçeklerin güvenilirliğini belirlemek için Cronbach alfa değeri kullanıldı.

2.6. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmaya başlamadan önce, ***Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Onayı (Tarih: 13.10.2021, Karar no: 2017-KAEK-189_2021.10.13_04) alınmıştır. Veri toplama aşamasına geçmeden önce çalışmaya katılmaya gönüllü olan bireylere çalışma hakkında kısa bir açıklama yapıp istedikleri zaman çalışmadan ayrılacakları aktarılmıştır. Araştırmaya katılan gönüllülerin mahremiyetlerinin korunacağı ve araştırmadan elde edilen verilerin güvenilirliğinin sağlanacağı araştırmacılar tarafından katılımcılara vurgulanmıştır. Araştırma süresince gerekli etik ilkelere uyulmuştur.

2.7. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın yalnızca il merkezinde yer alan bir üniversite hastanesinin çocuk ve ergen psikiyatrisi polikliniğine başvuran hastalar üzerinde yürütülmesi nedeni ile elde edilen sonuçlar sadece veri toplanan gruba yönelik fikir vermektedir. Ayrıca anket formunda yer alan soruların cevaplarının hastaların kendi ifadelerine dayalı olması çalışmanın bir sınırlılığıdır. Yine araştırmamızda yalnızca psikiyatrik tanısı olan

çocukların anneleri araştırma örnekleminde yer almaktadır. Çalışmamızda psikiyatrik tanısı olmayan çocuklara sahip annelerden oluşan kontrol grubu oluşturulmamış olması çalışmamızın önemli bir sınırlılığıdır. Annelerin kaygı ve depresyon düzeylerinin belirlenmesinde DSM 5 tanı kriterleri yerine BAÖ ve BDÖ'nün veri toplama araçları olarak kullanılması kişilik bozuklukları gibi ek tanılarının göz ardı edilmesine yol açmış olabilir.

3. BULGULAR

Tablo 1'de annelerin tanıtıcı özellikleri yer almaktadır. Annelerin yaş ortalaması 39.43±5.87'dir. Annelerin %87'si evli, %34.8'i lise mezunu, %71.7'si çalışmamakta, %70.7'si gelir gidere denk, psikiyatrik tanı alan çocukların %53.3'ü kız, çocukların %54.3'ü ilk çocuk, %52.2 si ilkököl öğrencisidir. Çocuklar en çok (%50) nörogelişimsel bozukluk (iletişim bozuklukları (2), otizm spektrum bozukluğu(8), dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (20), entelektüel yeti yitimi (13), özgül öğrenme güçlüğü (3) birey) tanısı almıştır.

Tablo 2'de annelerin tanıtıcı özelliklerine göre ölçeklerden aldıkları puan ortalamaları yer almaktadır. Annelerin evlilik süresi, çalışma durumu, çocuk sayısı, psikiyatrik tanı alan çocuğunun cinsiyeti, çocuğun eğitim düzeyine göre ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

Tablo 1.

Katılımcıların Tanımlayıcı Özellikleri

ÖZELLİKLER	Sayı	%
Anne yaş ortalaması X±SS(Median)	39.43±5.87 (39)	
Medeni durum		
Evli	80	87.0
Boşanmış	12	13.0
Evlilik Süresi		
1-5 yıl	3	3.3
6-15 yıl	30	32.6
16-25 yıl	42	45.7
26 yıl ve üzeri	17	18.5
Eğitim Durumu		
İlkokul	25	27.2
Ortaokul	19	20.7
Lise	32	34.8
Lisans ve üstü	16	17.4
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	26	28.3
Çalışmıyor	66	71.7
Çocuk sayısı		
1	13	14.1
2	44	47.8
3	30	32.6
4 ve üzeri	5	5.4
Ekonomik Durum		
Gelir giderden az	17	18.5
Gelir gidere denk	65	70.7
Gelir giderden fazla	10	10.9
Çocuk Yaş Ortalaması (X±SS)	13.07±3.4	
Çocuk cinsiyet		
Kız	49	53.3
Erkek	43	46.7
Çocuğun Doğum Sırası		
İlk	50	54.3
Ortancalardan Biri	24	26.1
Son	18	19.6
Çocuğun Eğitim Durumu		
Anasınıfı	2	2.2
İlköğretim	48	52.2
Lise	42	45.7
Çocuğun Tıbbi Tanısı		
Major Depresif Bozukluk	27	29.3
Nörogelişimsel Bozukluklar	46	50.0
Anksiyete Bozuklukları	19	20.7

Tablo 2.*Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre BDÖ, BAÖ VE SUTÖ Puan Ortalamaları*

Özellikler	BDÖ	test	BAÖ	test	Suçluluk	test	Utancı	test
Medeni durum								
Evli	33.25±	U: 354.00	33.90± 13.05	U: 362.00	50.47±12.10	U: 359.50	43.47±11.89	U:259.50¹
Boşanmış	29.00±	p:0.144	31.33±15.28	p 0.171	47.25±9.62	p:0.161	35.83±8.23	p: 0.011
Evlilik Süresi:								
1-5 yıl	32.00±13.22	F:0.503 p:0.681	29.33±8.38	F:2.077 p: 0.109	48.66±3.05	F:0.638 p:0.592	41.33±2.88	F:1.924 p:0.132
6-15 yıl	32.43±8.90		29.03±8.20		48.90±14.73		40.16±12.01	
16-25 yıl	33.83±9.76		36.45±13.54		51.88±10.98		45.59±11.67	
26 yıl ve üzeri	30.47±10.37		35.17±18.39		47.82±8.54		39.05±11.07	
Eğitim Durumu								
İlkokul	31.16±9.18	F:3.688² p:0.015	36.96±16.64	F: 1.546 p: 0.208	46.80±14.28	F: 2.052 p:0.112	44.12±14.95	F: 0.299 p:0.826
Ortaokul	38.89±11.54		35.36±11.94		47.36±13.69		42.78±13.51	
Lise	31.50±8.79		32.37±13.33		52.00±7.56		41.84±9.15	
Lisans ve üstü	30.12±6.64		28.50±6.08		54.43±11.00		40.81±8.74	
Çalışma Durumu								
Çalışıyor	33.88 ±10.34	t: 0.702 ³	36.30±15.72	t:1.196	51.65±10.99	t:0.799	40.92±8.91	t:-0.791
Çalışmıyor	32.30±9.41	p:0.485	32.61±12.22	p:0.235	49.44±12.23	p:0.426	43.09±12.78	p:0.431
Çocuk sayısı								
1	29.84±6.47	F: 1.943 p:0.128	25.76±4.47	F: 2.153 p:0.099	52.07±16.02	F: .295 p:0.829	40.76±11.79	F: .598 p:0.618
2	34.22±9.07		33.56±12.56		50.31±11.28		44.06±11.95	
3	33.00±11.48		36.16±15.53		48.60±11.55		40.70±12.17	
4 ve üzeri	24.80±2.77		38.20±15.57		51.20±6.05		43.60±6.46	
Ekonomik Durum								
Gelir giderden az	35.82±10.85	F: 2.093 p:0.129	39.82±15.88a	F: 3.621 p:0.031 a>b	46.47±14.95	F: 1.728 p:0.184	40.41±13.51	F: .373 p:0.690
Gelir gidere denk	32.58±9.39		33.04±12.88		50.21±10.53		43.12±11.79	
Gelir giderden fazla	28.10±7.54		26.30±4.98b		55.10±13.07		41.80±8.09	
Çocuk cinsiyet								
Kız	33.57±10.91	T: .931	33.55±12.99	t: -0.011	51.75±11.52	t: 1.484 p:0.141	42.48±10.07	t: .010
Erkek	31.69±7.90	p:0.354	33.58±13.78	p:0.991	48.11±11.97		42.46±13.50	p:0.992
Çocuğun Doğum Sırası								
İlk	32.64±9.00	F:0.194 p:0.824	30.26±10.064b	F: 6.012 p:0.004 a>b	50.94±12.31	F: 2.449 p:0.092	41.50±11.03	F: 1.287 p:0.281
Ortancalardan Biri	31.95±9.30		33.91±12.47		45.79±12.16		41.54±13.57	
Son	33.83±11.92		42.27±18.20a		53.27±8.39		46.44±10.74	
Çocuğun Eğitim Durumu								
Anasınıfı	31.58±7.96	F:0.743 p:0.479	31.10±9.98	F: 1.888 p: 0.157	48.83±12.70	F:676 p:0.511	41.68±12.60	F: .225 p: 0.799
İlköğretim	33.78±11.13		36.47±16.10		51.59±10.95		43.35±11.04	
Okula Gitmedi	36.50±14.84		31.50±10.60		47.00±1.41		43.00±0	
Çocuğun Tıbbi Tanısı								
Major Depresif Bozukluk	36.88±11.29	F: 3.889 p:0.024	39.59±15.79	F: 4.334 p: 0.016	52.37±9.47	F: 2.099 p: 0.129	45.22±9.83	F: 1.089 p: 0.341
Nörogelişimsel Bozukluk	31.13±8.02		31.56±11.24		47.56± 14.24		41.60±14.02	
Anksiyete Bozukluğu	30.52±9.22		29.84±11.24		52.78±6.08		40.68±6.89	

1:Mann Whitney U Testi, 2: Tek Yönlü varyans analizi (a: en büyük puan ortalaması),3: Bağımsız Örneklem t test

Annelerin eğitim düzeyine göre BDÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır (p: 0,015). Annelerin ekonomik durumlarına göre BAÖ puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir (p:0,031). Yapılan ileri düzey analiz sonucunda gelirini giderden az olarak ifade edenlerin puan ortalamasının geliri giderden fazla olanlardan anlamlı olarak yüksek olduğu belirlenmiştir. Annelerin psikiyatrik tanı alan çocuğunun doğum sırasına göre BAÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu bulunmuştur (p:0.004). İleri düzey analiz yapıldığında son çocuğu tanı alan annelerin BAÖ puan ortalamalarının ilk çocuğu tanı alanlara göre anlamlı olarak yüksek olduğu belirlenmiştir. Annelerin çocuklarının psikiyatrik tanısına göre BDÖ (p:0.024) ve BAÖ (p:0.016) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır. Major depresif bozukluk tanısı olan çocuğa sahip annelerin depresyon ve kaygı düzeylerinin nörogelişimsel bozukluk ve anksiyete bozukluğu olan çocuğa sahip annelerinkinden yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 3'te annelerin ölçeklerden aldıkları puan ortalamaları arasındaki ilişki yer almaktadır. BDÖ ile BAÖ puan ortalamaları arasında pozitif yönde, orta düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (r:0.55 p<0.001) BAÖ ile Suçluluk Utanç Ölçeği 'nin Utanç Alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak pozitif yönde düşük düzeyde bir ilişki olduğu ve Suçluluk Utanç Ölçeği 'nin Utanç Alt boyutu ile Suçluluk Alt boyutu puan ortalamaları arasında orta düzeyde anlamlı pozitif yönde bir ilişki olduğu saptanmıştır (r:0.5, p<0.001).

Tablo 3.*Ölçek Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki*

	BDÖ	BAÖ	Suçluluk	Utanç
BDÖ	1	r:0.55 p<0.001	r:0.010 p:0.925	r: 0.22 p:0.029
BAÖ	r:0.55 p<0.001	1		r:0.29 p:0.004
Suçluluk	r:0.010 p:0.925	r: 0.09 p:0.38	1	r:0.57 p<0.001
Utanç	r: 0.22 p:0.029	r:0.29 P:0.004	r:0.57 p<0.001	1

*test: Pearson Korelasyon Analizi

Model 1 de annelerin BAÖ puanları üzerinde katılımcıların tanıtıcı özelliklerinin etkisi incelenmiştir ve oluşturulan regresyon modeli anlamlı bulunmuştur (F= 2,332, p:0.005). Oluşturulan modelde yöntem olarak "enter " metodu kullanılmıştır. Katılımcıların tanıtıcı özelliklerinin annelerin BAÖ puan ortalamaları üzerinde %39.6 etkisinin olduğu saptanmıştır. Major depresif bozukluk tanılı çocuğa sahip olan annelerin BAÖ puanları anksiyete bozukluğu tanılı çocuğu olanlara göre 8,116 birim daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (p:0.037) Bekar annelerin BAÖ puanları evli olanlara göre 12.210 birim daha düşük olarak saptanmıştır (p:0.040). Çalışmayan annelerin BAÖ puanları çalışanlarınkine göre 7.484 birim daha düşük bulunmuştur (p:0.020). Ayrıca ekonomik durumunu gelir gidere denk olarak ifade eden annelerin 7.864 birim (p:0.036) ve gelir giderden fazla olarak ifade edenlerin 12.580 birim (p:0.015) gelir giderden az olanlarınkine göre düşüktür (Tablo 4).

Model 2 'de annelerin BDÖ puanları üzerinde katılımcıların tanıtıcı özelliklerinin etkisi incelenmiştir ve oluşturulan regresyon modeli anlamlı bulunmuştur (F=1,865, p:0,029). Oluşturulan modelde yöntem olarak "enter" metodu

Tablo 4.

Katılımcıların Tanıtıcı Özelliklerinin BAÖ ve BDÖ puan Ortalamaları Üzerine Etkisinin Çoklu Regresyon Analizi ile İncelenmesi

Model 1(BAÖ)						Model 2(BDÖ)				
F= 2,332, p:0,005, R ² =%63, Düzeltilmiş R ² =%39.6						F= 1,865, p:0,029, R ² =%58, Düzeltilmiş R ² =%39.6				
	β0 (%95 CI)	S. Hata	β1	t	p	β0 (%95 CI)	S. Hata	β1	t	p
Sabit	41,268(15,637- 66,899)	12,855		3,210	,002	38,053	9,691		3,927	P<0,001
Çocuğun Tanısı (anksiyete bozukluğu)	Referans					Referans				
Major depresif bozukluk	8,116 (,516-15,717)	3,812	,279	2,129	,037	5,801(,071-11,530)	2,874	,276	2,019	,047
Nörogelişimsel Bozukluk	1,863(-5,391-9,117)	3,638	,070	,512	,610	,264(-5,205-5,733)	2,743	,014	,096	,924
Çocuk Eğitim Düzeyi (Okula gitmiyor)	Referans					Referans				
anasınıfi	,638(-19,128-20,403)	9,913	,024	,064	,949	-4,138(-19,038-10,763)	7,473	-,216	-,554	,582
ilkokul	,257(-20,744-21,258)	10,533	,010	,024	,981	-3,895(-19,727-11,937)	7,940	-,203	-,491	,625
Çocuğun Doğum Sırası (İlk)	Referans					Referans				
Ortanca	-3,390(-10,875-4,096)	3,754	-,113	-,903	,370	-1,078(-6,721-4,565)	2,830	-,049	-,381	,705
Son	5,120(-3,127-13,367)	4,136	,154	1,238	,220	1,805(-4,412-8,022)	3,118	,075	,579	,564
Çocuğun Cinsiyeti (Kız)	Referans					Referans				
Erkek	4,637(-1,502-10,777)	3,079	,175	1,506	,136	,889(-3,739-5,518)	2,321	,046	,383	,703
Anne medeni durum (Evli)	Referans					Referans				
Bekar	-12,210(-23,830-5,90)	5,828	-,300	-2,095	,040	-1,606(-10,366-7,154)	4,393	-,054	-,366	,716
Anne eğitim durumu (İlkokul)	Referans					Referans				
Ortaokul	1,353(-6,915-9,621)	4,147	,041	,326	,745	7,984(1,751-14,217)	3,126	,338	2,554	,013
Lise	-2,958(-10,693-4,776)	3,879	-,107	-,763	,448	,074(-5,7575,904)	2,924	,004	,025	,980
Lisans	-7,252(-16,714-2,210)	4,745	-,208	-1,528	,131	-2,897(-10,030-4,236)	3,577	-,115	-,810	,421
Anne Çalışma Durumu (Çalışıyor)	Referans					Referans				
Çalışmıyor	-7,484(-13,755-1,214)	3,145	-,255	-2,380	,020	-4,517(-9,244-210)	2,371	-,213	-1,905	,061
Annenin ekonomik durum algısı (Gelir giderden az)	Referans					Referans				
Gelir gidere eşit	-7,864(-15,192-536)	3,675	-,271	-2,140	,036	-3,682(-9,207-1,842)	2,771	-,175	-1,329	,188
Gelir giderden fazla	-12,580(-22,657-2,503)	5,054	-,296	-2,489	,015	-7,486(-15,082-111)	3,810	-,244	-1,965	,053
Evlilik Süresi (1)	Referans					Referans				
2	-6,620(-23,231-9,991)	8,331	-,235	-,795	,429	1,510(-11,013-14,032)	6,280	,074	,240	,811
3	-1,417(-18,688-15,853)	8,661	-,053	-,164	,870	1,028(-11,991-14,048)	6,529	,054	,157	,875
4	3,001(-16,471-22,472)	9,765	,088	,307	,760	-7,26(-15,405-13,953)	7,362	-,029	-,099	,922
Çocuk sayısı (1)	Referans					Referans				
2	4,159(-4,571-12,889)	4,378	,157	,950	,345	2,773 (,404--3,808)	3,301	,145	,840	2,773
3	6,036(-3,167-15,238)	4,615	,214	1,308	,195	,699(-6,238-7,637)	3,479	,034	,201	,841
4 ve üzeri	5,622(-9,218-20,461)	7,442	,096	,755	,453	-8,239(-19,426-2,948)	5,610	-,195	-1,468	,146

* , β0: Standartlaştırılmamış beta katsayısı, β1: Standartlaştırılmış beta katsayısı

kullanılmıştır. Major depresif bozukluk tanısı olan çocuğa sahip annelerin BDÖ düzeyi anksiyete bozukluğu olan çocuğa sahip annelerinkine göre 2.874 birim yüksek bulunmuştur (p:0.047). Eğitim düzeyleri ortaokul olan annelerin BDÖ puan ortalaması ilkokul olanlara göre 3.126 birim daha yüksektir (p:0.013) (Tablo 4).

4. TARTIŞMA

Çalışmamızda çocuk ve ergenlerde en çok karşılaşılan psikiyatrik tanının nörogelişimsel bozukluklar olduğu, ikinci sırada major depresif bozukluk ve üçüncü sırada anksiyete bozukluklarının olduğu belirlenmiştir. Meriçli ve ark (2019) tarafından yapılan bir çalışmada bir çocuk ve ergen psikiyatrisi polikliniğine başvuran çocuk ve ergenlerde en çok dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, sonrasında da anksiyete bozuklukları ve depresyonun görüldüğü saptanmıştır.²² Türkiye’de çocuk ve ergen ruh sağlığı hastalıklarının yaygınlığının belirlenmesi için yapılan en kapsamlı çalışma olarak nitelendirilen Ruh Sağlığı Profili (1998) araştırmasına göre, çocuklarda en çok depresif bozukluk tanısı görülmektedir.⁸ Singapur da (2007) çocuklarda toplum ruh sağlığı sorunlarının değerlendirildiği bir çalışmada, çocuk ve ergenlerde en çok otizm spektrum bozukluğu, ikinci sırada dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve üçüncü sırada da major depresif bozukluk görüldüğü belirlenmiştir.²³ Yine Fransa da Ulusal Tıbbi Sağlık Araştırma Enstitüsü (INSERM) tarafından yapılan bir çalışmada çocuk ve ergenlerde en sık görülen üç ruhsal hastalık sırasıyla anksiyete bozuklukları (%5), dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (%1-2) ve major depresif bozukluk olduğu bildirilmiştir(%0.05).²⁴ Farklı örneklerde, farklı ölçüm araçları kullanılmasına rağmen çocuk ve ergenlerde en sık karşılaşılan üç hastalık major depresif bozukluk, nörogelişimsel bozukluklar ve anksiyete bozuklukları olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu sonuç, çocuklarda ve ergenlerde ruh sağlığı sorunlarını önleme ve te-

davi planlamalarına yönelik yapılacak çalışmalarda öncelik verilmesi gereken gruplar konusunda önemli fikirler sunmaktadır.

Çalışmamızın önemli bir sonucu da majör depresif bozukluk tanılı çocukların annelerinin BDÖ ve BAÖ puan ortalamaları anksiyete bozukluğu ve nörogelişimsel bozukluk tanısına sahip çocukların annelerinin puan ortalamalarından anlamlı olarak yüksek bulunmuş olmasıdır. Ohannessian ve ark. (2005) anne ya da babalarında major depresyon tanısı olan ergenlerde depresyon ve davranım bozukluğu tanısı görülme sıklığının arttığını, babadaki depresyonun çocuk ve ergenlerde daha çok yıkıcı davranış bozuklukları ile alkol ve madde kullanım bozukluğuna neden olduğunu, annedeki depresyonun ise çocuklarda daha çok depresif bozukluklar ve anksiyete bozukluklarının oluşmasında rol aldığını belirtmiştir.¹³ Seguin et al (2003) tarafından yapılan çalışmada anneleri depresyon tanılı olan depresif ergenlerin ailelerinde aile psikopatolojisinin yüksek olduğu ve geçmişte travma yaşadıklarını bildirdikleri vurgulanmıştır.²⁵ Çalışma sonuçlarımız literatürle uyumluluk göstermektedir. Annede var olan depresyon annenin ebeveynlik rollerini daha etkili bir şekilde yapmasına engel oluşturmaktadır.²⁶ Bu durum da depresyon tanısına sahip annelerin çocuklarının depresyon için riskli bir grup olmasına zemin oluşturmaktadır.

Çalışmamızda annelerin depresyon ve anksiyete düzeyleri arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişkisinin olduğu saptanmıştır. Karadağ ve Sölpük (2018) tarafından yapılan insanların depresyon ve kaygı düzeyleri arasındaki ilişkinin incelendiği 69 çalışmanın ele alındığı bir metanaliz çalışmasında depresyonun kaygı üzerinde pozitif yönde etkisinin olduğu vurgulanmıştır.²⁷ Öz ve ark (2020) yaptıkları çalışmada da Otizm Spektrum Bozukluğu olan çocuğa sahip annelerin depresyon ve anksiyete düzeyleri arasında pozitif bir ilişkinin

olduğunu saptamışlardır.²⁸ Çalışma sonuçlarımız literatürle paralellik göstermektedir. Depresyon ve anksiyete bozuklukları, uyku bozuklukları, yorgunluk, konsantrasyon kaybı, psikomotor becerilerde yavaşlama, sosyal etkileşimde bozulma gibi birçok eş belirtilerinin olması nedeniyle eş tanı olma durumunun sık yaşandığı hastalıklardır. Tam bir sağaltım gerçekleşmesi için tedavi ve bakım süreçlerinde her iki tanıya yönelik koordineli bir planlama yapılması kaçınılmazdır aksi halde tam anlamıyla bir iyileşme gerçekleşmemektedir.²⁹

Çalışmamızda major depresif bozukluk tanısı olan çocuğa sahip annelerin BAÖ düzeyinin anksiyete bozukluğu tanısı olan çocuğa sahip annelere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Literatürde konu ile ilgili sınırlı sayıda çalışma olmakla birlikte, çalışma sonucumuzdan farklı olarak anksiyete bozukluğu, depresyon bozukluğu, entelektüel yeti yitimi gibi tanılara sahip çocukları olan ebeveynlerin kaygı düzeylerinin karşılaştırılmasında anlamlı bir farklılık olmadığı³⁰ daha çok psikotik bozukluk tanılı çocuğa sahip ebeveynlerin diğer ruhsal tanılara sahip çocuğu olan ebeveynlerden kaygı düzeylerinin daha yüksek olduğunu belirtilen çalışmalar³¹ olduğu gözlenmiştir. Çalışmamızdaki sonucun farklı olması annelerin bireysel (genetik, sosyokültürel, stresle baş etme becerileri vb.) özelliklerinin etkisinin olduğunu düşündürmektedir.

Çalışmamızda bir diğer sonuçta annelerin BAÖ ile Utanç alt boyutu puan ortalamaları arasında pozitif bir ilişki olmasıdır. Literatürde çalışma sonuçlarımızı destekleyen çalışmalar yer almaktadır. Hedman et al (2013) bireylerde sosyal anksiyete bozukluğu ile suçluluk-utanç düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelemiş ve sosyal anksiyete düzeyi ile utanç duymak arasında pozitif bir ilişki olduğunu vurgulamıştır.³² Leonardi et al (2020) üniversite öğrencileri üzerinde yaptıkları çalışmada ergenlerde utanç duygusu arttıkça endişeli olma

düzeyinin de arttığını belirtmişlerdir.³⁰ Kişinin kendisini kusurlu, değersiz ya da beceriksiz hissetmesinin temelinde yatan utanç duygusunun anksiyete ve depresyon başta olmak üzere kişide psikopatoloji gelişmesinde etkin bir duygu olduğu bir gerçektir ve çalışma sonuçları da bu yargıyı destekler niteliktedir.³³

5. SONUÇ

Çalışmamızın sonucunda majör depresif bozukluk tanısı olan çocukların annelerinin depresyon ve kaygı düzeylerinin diğer tanılara sahip olan çocukların annelerinkinden yüksek olduğu ve çocuklarda var olan tıbbi tanının annelerin kaygı ve depresyon düzeyleri üzerinde etkisi olduğu saptanmıştır. Ayrıca annelerin kaygı düzeyleri ile depresyon ve utanç düzeyleri arasında pozitif ilişki olduğu belirlenmiştir.

Çalışmamız çocukta var olan psikopatoloji ile anne ruh sağlığı arasında ilişki olduğunu destekler nitelikte olması açısından anlamlıdır. Bu bağlamda çalışma sonuçlarımız, çocuk psikopatolojisinin tedavisi ve bakımında annenin rolünün ayrıntılı bir şekilde ele alınmasına işaret etmektedir.

Çalışmanın sonucunda, çocuk ve ergenlerde var olan psikopatoloji ve annelerinde var olan psikopatolojinin altında yatan faktörlerin daha ayrıntılı olarak ele alındığı, çalışmalara babalarında dahil edildiği, aile merkezli, farklı örneklemelerde ve desenlerde tasarlanmış çalışmaların sayısının artırılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. World Health Organization. The World health report: 2001: Mental health: New understanding, new hope. World Health Organization, 2001. Erişim adresi: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2566704/pdf/0042_9686_79_11_1085.pdf Erişim tarihi:15.10.2023
2. Lehtimäki S, Schwalbe N. Spark Street Consulting with Liam Sollis at Plan International UK. Adolescent Health – the Missing Population in Universal Health Coverage. 3-7.
3. Child Population. Erişim Tarihi:15.11.2023; Erişim

- Linki:<https://worldpopulationreview.com/country-rankings/children-in-the-world-by-country>
4. Yiğit R. Çocuk ve Ergenlerde Ruh Sağlığı Sorunları. Türkiye Klinikleri J Pediatr Nurs-Special Topics 2018;4(2):117-22
 5. Perou R, Bitsko R, Blumberg S, Pastor P, Ghandour R, Gfroerer J, et al. Mental health surveillance among children -united states, 2005-2011. U.S. Department of health and human services: Centers for Disease Control and Prevention. Supplement 2013;62(2):1-35.
 6. Tripathi A, Arya A, Garg K. Preventive Psychiatry In Children And Adolescents: Current status and future. J. Indian Assoc. Child Adolesc. Ment. Health 2016;12(1):1-8.
 7. Lopez AD. Disease Control Priorities Project. Global burden of disease and risk factors. New York, NY: Oxford University Press; and Washington, DC: World Bank; 2006.
 8. Kieling C, Baker-Henningham H, Belfer M, Conti G, Ertem I, Omigbodun O, et al. Global Mental Health 2 Child and adolescent mental health worldwide: evidence for action October 17, 2011. DOI:10.1016/S0140-6736(11)60827-1
 9. Erol N, Kılıç C, Ulusoy M, Keçeci M, Şimşek Z. Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu. Birinci baskı, Ankara, 1998
 10. Karabekiroğlu KMZ, Uslu R, SEYİTOĞLU KGE, Özbaran B, Öztöp DB, Özcan ÖÖ. et al. Türkiye'nin erken çocukluk dönemi (1-3 yaş) ruh sağlığı profilinin belirlenmesi. <https://search.trdizin.gov.tr/tr/yayin/detay/609237/turkiyenin-erken-cocukluk-donemi-1-3-yas-ruh-sagli-gi-profilinin-belirlenmesi>
 11. Demirkaya SK, Aksu H, Yılmaz N, Özgür BG, Eren E, Avcil SN. Bir üniversite hastanesi çocuk ve ergen psikiyatrisi polikliniğine başvuran olguların tanıları ve sosyodemografik özellikleri. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2015;16(1):4-8.
 12. Díaz R, Gual A, García M, Arnau J, Pascual F, Cañuelo B et al. Children of alcoholics in Spain: from risk to pathology. Results from the ALFIL program. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2008;43(1):1-10.
 13. Hysing M, Elgen I, Gillberg C, Lie SA, Lundervold AJ. Chronic physical illness and mental health in children. Results from a large scale population study. J Child Psychol Psychiatry 2007;48(8):785-92
 14. Ohannessian CM, Hesselbrock VM, Kramer J, Kuperman S, Bu-cholz KK, Schuckit MA, et al. The relationship between parental psychopathology and adolescent psychopathology: An examination of gender patterns. J Emot Behav Disord. 2005;13(2):67-76. doi: 10.1177/10634266050130020101
 15. Türkbay T, Söhmen T (2001) Ayrılık kaygısı bozukluğunda bireysel ve ailesel etmenler. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi, 8:77-78
 16. Arabacı BL. Ruh Sağlığı VE Hastalıklarında Temel Hemşirelik Bakımı. Ankara Nobel Tıp Kitabevleri, ss: 18-25, 2020, Ankara.
 17. Nousheen Fatima a, Palanivel Chinnakali b, Sathish Rajaa b, Vikas Menon c, Nivedita Mondal d, Venkatesh Chandrasekaran, Clinical Epidemiology and Global Health. Volume 11, July-September 2021, 100792. <https://doi.org/10.1016/j.cegh.2021.100792>. Prevalence of depression and anxiety among mothers of children with neuro-developmental disorders at a tertiary care centre, Puducherry
 18. Farsi O, Farsi Y, Sharbati M, Adawi S. Stress, anxiety, and depression among parents of children with autism spectrum disorder in Oman: a case-control study. Neuropsychiatric Disease and Treatment 2016;12 1943-1951. DIO: 10.2147/NDT.S107103
 19. Hisli N. Beck Depresyon Envanterinin Geçerliliği Üzerine Bir Çalışma Psikoloji Dergisi 22, 118-126
 20. Turkish Version of the Beck Anxiety Inventory: Psychometric Properties Ulusoy M, Sahin NH, Erkmen H. Journal of Cognitive Psychotherapy; 1998; 12, 2:163-172.
 21. Şahin NH, Şahin N. Bilişsel-Davranışçı Terapilerde Değerlendirme: Sık Kullanılan Ölçekler. Ankara, TPD Yayınları, 1.baskı, 1997, 104-106
 22. Meriçli M, Yıldız T, Baykal S. Çocuk ve ergen psikiyatrisi polikliniğine başvuran olgularda sosyodemografik özellikler, semptom ve tanı dağılımı. Namık Kemal Tıp Dergisi 2019; 7(2): 140 -145
 23. Woo BSC, Ng TP, Fung DSS, Chan YH, Lee YP, Koh JBK, Cai Y. Emotional and behavioural problems in Singaporean children based on parent, teacher and child reports. Orig Artic Singapore Med J. 2007;48(12):100
 24. Bailly D, Bouvard M, Casadebaig F, Corcos M, Fombonne E, Gorwood P et al. Troubles mentaux: dépistage et prévention chez l'enfant et l'adolescent. Archive ouverte HAL 2017. [cited 2022 Jul 22]. Available from: <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01570673/>
 25. Séguin M, Manion I, Cloutier P, McEvoy L, Cappelli M. Adolescent depression, family psychopathology and parent/child relations: a case control study. The Canadian Child and Adolescent Psychiatry Review Feb. 2003; 12(1):1-9.
 26. England MJ, Leslie J. Sim Depression in Parents, Parenting, and Children, Washington (DC):. PMID: 25009931, Bookshelf ID: NBK215117, DOI: 10.17226/12565, National Academies Press (US); 2009, Washington.
 27. Karadağ E, Sölpük N. Relationship between depression and anxiety symptoms in studies conducted in Turkey: a metaanalysis study. Düşünen Adam the Journal of Psychiatry and Neurological Sciences 2018;31: 163-176. DOI: 10.5350/DAJPN2018310204
 28. Öz B, Yüksel T, Nasıroğlu S. Otizm spektrum bozukluğu tanısı alan çocukların annelerinde görülen depresyon-anksiyete belirtileri ve damgalanma algısı. Arch Neuropsychiatry 2020;57:50-55. DOI:10.29399/npa.23655
 29. Kafes AY. Depresyon ve anksiyete bozuklukları üzerine bir bakış. Humanistic Perspective 2021, 3 (1), 186-194.

DOI: 10.47793/hp.867111

30. Toros, F.Tot, Ş. Düzovalı, Ö. (2002).Kronik Hastalığı Olan Çocuklar, Anne ve Babalarındaki Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri, Klinik Psikiyatri 2002;5: 240-247
31. Brandt R.B. Anxiety and defence strategies in mothers of children with different disabilities. British Journal of Medical Psychology 63(2):183-192. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1990.tb01611.x>
32. Hedman E, Stroöm P, Stunkel A, Moörtberg E. Shame and guilt in social anxiety disorder: effects of cognitive behavior therapy and association with social anxiety and depressive symptoms. PLoS ONE 2013; 8(4): e61713. DOI:10.1371/journal.pone.0061713
33. Leonardi J, Fimiani R, Faccini F, Gorman BS, Bush M, Gazzillo F. An empirical investigation into pathological worry and rumination: git, shame, depression, and anxiety. Psychology Hub 2020. XXXVII, 3, 31-42
34. Callow TJ, Moffit RL, Neumann DL. External shame and its association with depression and anxiety: the moderating role of self-compassion, Australian Psychologist 2021, 56:1, 70-80, DOI: 10.1080/00050067.2021.1890984