

T.C  
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HALK SAĞLIĞI (TIP) ANABİLİM DALI

İLKÖĞRETİM II. KISIM ÖĞRENCİLERİNDE  
KOVAKS ÖLÇEĞİ İLE DEPRESYON TARAMASI  
SONUÇLARININ  
SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERLE İLİŞKİSİ

T.C. YÜKSEKÖĞRETİM KURULU  
DOKÜMANTASYON MERKEZİ

DOKTORA TEZİ

Dr.Hasan KÜÇÜKKENDİRCİ

103283

DANIŞMAN  
Prof.Dr.Said BODUR

KONYA-2000

T.C.  
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HALK SAĞLIĞI (TIP) ANABİLİM DALI

İLKÖĞRETİM II. KISIM ÖĞRENCİLERİNDE  
KOVAKS ÖLÇEĞİ İLE DEPRESYON TARAMASI SONUÇLARININ  
SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERLE İLİŞKİSİ

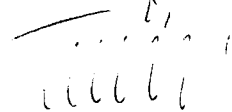

DOKTORA TEZİ

Dr. Hasan KÜÇÜKKENDİRCİ

Bu tez, aşağıda isimleri yazılı tez jürisi tarafından 18.12 2000 günü sözlü olarak yapılan tez savunma sınavında oy birliği ile kabul edilmiştir (SBE Yön. Kur. Karar tarih ve no: 19.10.2000-374/4589).

Tez Jürisi

Jüri Başkanı	Prof.Dr.Orhan Demireli
Danışman	Prof.Dr.Said Bodur
Üye	Prof.Dr.Cemalettin Kalyoncu
Üye	Prof.Dr.Rahim Kucur
Üye	Doç.Dr.Emel Türkanbaş



**İ Ç İ N D E K İ L E R**

<b>1. GİRİŞ</b>	<b>1-2</b>
<b>2. LİTERATÜR BİLGİ</b>	<b>3-33</b>
2.1. Toplum Sağlığının geliştirilmesinde Koruyucu Akıl Sağlığı	3
2.1.1. Birinci Basamakta Koruyucu Akıl Sağlığı Çalışmaları	7
2.1.1.1. Çocukluk Döneminde Koruyucu Akıl Sağlığı	8
2.1.1.2. Okul Döneminde Koruyucu Akıl Sağlığı	9
2.1.1.3. Yetişkinlerde Koruyucu Akıl Sağlığı	10
2.2. Depresyon	11
2.2.1. Depresyon Kavramının Gelişimi	11
2.2.2. Depresyonun Tanımı	12
2.2.3. Depresyonun Mekanizması	13
2.2.4. Depresyon Epidemiyolojisi	15
2.2.4.1. Dünyada Depresyon Epidemiyolojisi	15
2.2.4.2. Türkiye’de Depresyon Epidemiyolojisi	16
2.2.5. Depresyon Tipleri	17
2.2.6. Çocukluk ve Ergenlik Depresyonu	21
2.2.7. Depresyonda Risk Faktörleri	23
2.2.7.1. Cinsiyet	23
2.2.7.2. Yaş	23
2.2.7.3. Depresif Anne ve Baba	24
2.2.7.4. Çocukluk Yaşantıları	24

2.2.7.5. Kişilik Yapısı	25
2.2.7.6. Yaşamsal Olaylar	25
2.2.7.7. Sosyal Sınıf	26
2.2.7.8. Kültür	26
2.2.8. Depresyonda Tanı	26
2.2.9. Depresyonda Tedavi	29
<b>3. MATERYAL ve METOT</b>	<b>34-38</b>
<b>4. BULGULAR</b>	<b>39-51</b>
<b>5. TARTIŞMA ve SONUÇ</b>	<b>52-57</b>
<b>6. ÖZET</b>	<b>58-59</b>
<b>7. SUMMARY</b>	<b>60-61</b>
<b>8. LİTERATÜR LİSTESİ</b>	<b>62-69</b>
<b>9. ÖZGEÇMİŞ</b>	<b>70</b>
<b>10. EKLER</b>	<b>71-79</b>

**TABLO LİSTESİ**

Tablo 4.1. Öğrencilerin yaş ve cinsiyete göre dağılımı _____	39
Tablo 4.2. Çocukluk depresyonunun cinsiyete göre dağılımı _____	40
Tablo 4.3. Depresif olan ve olmayan çocukların yaşa göre dağılım _____	40
Tablo4.4. Anne-babanın durumuna göre çocukluk depresyon oranının dağılımı _____	41
Tablo 4.5. Baba mesleğine göre çocuklarda depresyon olup olmama durumu _____	42
Tablo 4.6. Ailelerin çocuk sayısına göre çocukların depresyon oranları _____	43
Tablo 4.7. Öğrencilerin ailenin doğum sırasına göre depresyon oranları _____	44
Tablo 4.8. Anne-babanın, alkol ya da sigara kullanma durumuna göre çocukların depresif olup olmama oranları (anne ve/veya babası ölenler hariç) _____	45
Tablo 4.9. Çocukların depresif olup olmama durumunun başarı durumuna göre dağılımı _____	46
Tablo 4.10. Çocukların depresif olup olmama durumunun evdeki oda sayısı ve kendine ait odasının olup olmamasına göre dağılımı _____	47
Tablo 4.11. Ailelerin ekonomik durumuna göre çocukluk depresyon oranları _____	48
Tablo 4.12. Ebeveyn formunun depresyon olan ve olmayan çocuklarda ailede kimin tarafından doldurulduğuna göre dağılımı _____	49
Tablo 4.13. Çocukluk depresyonu ile ilişkisi bulunan faktörlerin logistik regresyon sonuçları _____	50

## EKLERİN LİSTESİ

1. Araştırma yapılan okulların listesi.....71-75
2. İzinler.....76
3. Çocukluk Depresyon Ölçeği.....77
4. Anne-baba Çocukluk Depresyon Ölçeği.....78
5. Sosyodemografik anket.....79



# 1 . G İ R İ Ő

Dünyada ve Türkiye’de mental problemler ve Şikayetler gün geçtikçe artmaktadır. Mental hastalıklar; yüksek prevelansı, kronikleŐme eğilimleri, psikososyal aktivitelerde yol açtığı bozukluklar ve intihar riski nedeniyle tüm yaş gruplarında bir halk sağlığı sorunu olarak karŐımıza çıkmaktadır. Ancak toplumun psikiyatrik problemler karŐısındaki tutumu. bu alandaki tanı, tedavi ve koruyucu hizmetleri güçleŐtirmektedir.

Toplumda sık rastlanan ve zihinsel sorunlardan biri depresyondur. Yaklaşık her on kiŐiden biri depresif olup, yaşam boyu prevalans bunun iki katı kadardır.

Yetişkin dönem psikiyatrik sorunlarının temelinde yatan önemli olgulardan biri, çocukluk depresyonudur. Bununla beraber çocukluk depresyonunun yetişkin depresyonu kadar araŐtırmalara konu olmadığı bilinmektedir Oysa erken tanı ile depresyonun ağır sonuçları önlenebilmektedir. Erken tanı çalışması ne kadar erken yaşta olursa o kadar olumlu sonuçlar vermektedir. Koruyucu akıl sağlığı hizmetlerinin amaçlarından biri de budur. Bu sebeple koruyucu akıl sağlığı yönünden psikiyatri polikliniklerine yansımayan sorunların toplum içinde ve erken yaşta belirlenmesi için çocuklara yönelik çalışmaların yapılması kaçınılmazdır.

Bu araştırmanın amacı, çocukluk ağı depresyonunu epidemiyolojik olarak irdelemek ve erken tanı ile koruyucu akıl sağlığı hizmetlerine katkı sağlamaktır.

Çalışmanın amaçları Şu baŐlıklar halinde de ele alınabilir:

1. Çocuklarda depresyon sıklığını saptamak,
2. Depresyonlu ocukların sosyodemografik özelliklerini belirlemek,
3. Anne-babaların, çocuklarında depresif durumların varlığı konusunda görüşlerini almak,

4. Anne-babaların, çocuklarında depresif durumların varlığı ile ilgili görüşlerinin tutarlılığını değerlendirmek,

5. Geniş bir kitleyi tarayarak koruyucu akıl sağlığı hizmeti vermektir.





## 2 . L İ T E R A T Ü R B İ L G İ L E R

Kesin tanı ve ağır sonuçlarının tedavisi itibariyle psikiyatrik bir konu olan depresyon, sık görülmesine karşılık hekimlere az intikal etmesi sebebiyle erken tanı çalışmaları ve diğer koruyucu önlemler yönünden toplum sağlığı ve koruyucu akıl sağlığı hizmetlerinin bir konusudur. Buna göre konu, koruyucu akıl sağlığı, depresyonun epidemiyolojisi, depresyonda erken tanı ve risk faktörleri öne çıkarılarak ele alınmıştır.

### 2.1. Toplum Sağlığının Geliştirilmesinde Koruyucu Akıl Sağlığı

Halk Sağlığı çalışmalarının önemli amaçlarından biri, geleneksel hekimlikten farklı olarak toplum sağlığının geliştirilmesidir (WHR 1998). Herkes için sağlık hedeflerinden biri de insanların psikososyal iyilik halinin geliştirilmesidir (SB. 1999). Halk sağlığı biliminin tanımında “akıl sağlığının geliştirilmesine” vurgu yapılmış ve WHO’nun anayasasında “zihinsel yönden tam bir iyilik hali”ne yer verilmiştir (WHO 1988, Fişek 1985).

Koruyucu akıl sağlığı, bireylerin çevrelerine akıl ve his-heyecan bakımından ahenkli bir şekilde uyabilmelerini sağlamaya çalışan bir koruyucu tıp dalıdır (Velicangil 1975). Halk sağlığının bir dalı olarak gelişen toplum akıl sağlığı, psikiyatriden değil, halk sağlığı, hemşirelik, toplumbilim, eğitim, antropoloji ve sosyoloji gibi alanlardan çıkmıştır. Dolayısıyla koruyucu akıl sağlığı çalışmaları, psikiyatrik disiplinin sınırlarına hapsedilemeyecek genişliktedir(Güleç 1995, Öztürk 1994, ICD 10 1998).

Koruyucu akıl sağlığı çalışmaları önemli bir hizmet alanı olmasına rağmen bulaşıcı hastalıklar ve ana-çocuk sağlığı ile ilgili sorunlar öncelik aldığından sorunları görece olarak ikinci planda kalmaktadır. Sağlık hizmetlerinde akıl sağlığı konusuna gereken önemin verilmemesinde, sağlık personelinin eğitimlerinde kişilerin fizik yönden iyi halde olmalarının sağlanmasına ağırlık verilmesinin de etkisi vardır (Fişek 1985).

Çağdaş sağlık anlayışı içinde, gelişen yaşam kalitesi yaklaşımı, kişiye bütüncül olarak yaklaşip ele alma, onu yalnızca fiziksel yönden değil, zihinsel ve sosyal açıdan da iyilik durumunu ele almaktadır (Bech 1997).

Sağlıkta, mutluluk ve erinç de amaçlandığına göre bedensel hastalığı olmayan, sosyal statü sahibi insanların, intihar girişimleri, uyuşturucu ve alkole yönelmeleri ile kendini gösteren mutsuzlukları, sorumsuz davranabilmeleri gibi durumları, “iyilik hali” ile örtüşmez. Bu sebeple kamu sağlığı faaliyetlerinin bir hedefi de psikososyal iyilik halinin geliştirilmesidir. Bu hedef 21. yüzyılda herkes için sağlık hedeflerinin de öncelikleri arasındadır. (Bodur 1995, SB 1999).

Son yıllarda mental sorunların tanımlanması ve takip edilmesindeki güçlüklerle dikkat çekilmektedir (Bech 1997).

Zihinsel alanda, sağlıklılığı ya da normal tanımlamak daha da güçtür. Genel bir yaklaşımla sağlıklı ya da normal kişi, belli bir toplumda, insanların uyumlarına göre dağılımını gösteren çan eğrisinde ortalarda yer alan birey olarak düşünülebilir (Öztürk 1994).

Zihinsel yönden iyi durumdaki bir insanda aranacak özelliklerden bazıları şöyle sıralanabilir.

-Psikiyatride belirti sayılan bunaltı (anksiyete), kuruntu, kuşku, üzüntü, güvensizlik, korku ve benzerinden uzak olmalı.

-İçinde yaşadığı aile, yakın ve uzak çevresiyle olumlu ve tutarlı ilişkiler içinde olmalı,

-Kendine güveni olmalı,

-Karşılaştığı güç durumlarla baş edebilecek gücü bulunmalı, yeni durumlara uyma esnekliği gösterebilmeli,

-Kendi başına kararlar alıp uygulayabilmeli ve eylemlerinin sorumluluğunu taşıyıp sonuçlarına katlanabilmelidir (Öztürk 1981, Velicangil 1975).

Günümüzde ruhsal sorunlar, yaygınlıkları, yüksek süregenleşme eğilimleri ve taşıdıkları tedavi güçlükleri ile bir halk sağlığı sorunudur. Bu sorunlara, akıl sağlığı ile uğraşanların çabaları yanında, insanı içinde yaşadığı toplumla bir bütün olarak değerlendirip ruhsal sorunların toplumsal yanını araştırarak yaklaşılmalıdır (Bodur 1995, Güleç 1995).

Halk sağlığı, bulaşıcı hastalıklar alanındaki başarılı çalışmalarından sonra, özellikle gelişmiş toplumlarda akıl sağlığı sorunlarıyla ağırlıklı olarak ilgilenmektedir. Halk sağlığı ilkeleri bu alanda da geçerli olup öncelikle toplumun yapısı, düzeni, ekonomisi, öğrenim düzeyi, inançları, önyargıları, kısacası kültürünün iyi incelenmesi gerekir. Koruyucu akıl sağlığı planlaması ve örgütlenme bundan sonra gelir(Güleç 1991, Öztürk 1981).

Koruyucu akıl sağlığı çalışmaları birbiriyle ilişkili üç aşamada yürütülür:

#### 1. Birincil Koruma

Toplumdaki zihinsel sorunların ortaya çıkışını önlemek ya da azaltmak amacıyla bu sorunlara yol açan etkenlerin ortadan kaldırılmasına yönelik çalışmaları kapsar. Yaşam kalitesinin artırılması, endemik guatr bölgelerinde fertil çağlardaki kadınlara iyot takviyesi, duyu bozukluklarının erken saptanıp düzeltilmesi, anne açlığına meydan verilmemesi doğum sırasında hipoksinin, bebeklik çağında ise konvulziyonların önlenmesi gibi akıl sağlığını olumsuz etkileyen çeşitli bedensel hastalıkların önlenmesi ve tedavisi de bu çalışmalara dahildir (Soddy 1979, TSH-RS 1995, Tyrer ve ark 1997).

Akıl sağlığını olumsuz yönde etkileyen faktörler (Velicangil 1975):

A- Prenatal Faktörler: Genetik geçiş ile ilgili olduğu düşünülen affektif bozukluklar, epilepsi, zeka gerilikleri ile gebelik döneminde annenin yetersiz

beslenmesi, bazı hastalıklara maruziyeti, sigara ve alkol alımı, radyasyona maruziyeti, üremi gibi faktörlerdir.

B- Perinatal Faktörler : Doğumun ve anestezinin uzun sürmesi veya forceps kullanılması gibi.

C- Postnatal Faktörler : Çocukluğun ilk aylar ve yaşlarındaki enfeksiyon ve kimyasal etkenlere maruziyeti, beslenme ve metabolizma bozuklukları ile çocuğun ilk yaşlardaki eğitimi ve öğretimi, ailesizlik, suçluluk, ilaç, sigara ve alkol bağımlılıkları gibi.

## 2. İkincil Koruma

Akıl sağlığı sorunları ile ilgili erken tanı çalışmalarını kapsar. Bu ikincil önleme, toplumdaki riskli grupların taranması yoluyla yapılabileceği gibi genel hastanelerde, psikiyatri kliniklerinde, çocuk kliniklerinde, ana çocuk sağlığı merkezlerinde, çocuk yuvalarında ve okullarda da yapılabilir. Değerlendirme formları kullanılarak erken tanı ile depresyonun ağır şekilleri ve intiharların önlenmesi gibi. Erken tanıyı kuşkusuz uygun önlemler ve psikiyatrik tedavi izlemelidir (Öy 1991, Savaşır ve Şahin 1997).

Akıl sağlığında erken tanıya konu olan sorunlardan bazıları şunlardır: Enürezis, tırnak yeme, parmak emme gibi okul dönemi uyumsuzlukları, depresyona eğilim ve adölesan dönemdeki madde bağımlılığı, cinsel sorunlar gibi (Şenol 2000, Illing ve Spranger 1994, Kaplan ve Sadock 1996, Pekcan 1995, Yörükoğlu 1981, Grant 1981, Sonuvar 1981).

Koruyucu akıl sağlığı çalışmaları çerçevesinde psikiyatri polikliniklerine yansımayan sorunların toplum içinde ve erken yaşta belirlenmesi için çocuklara yönelik çalışmalar kaçınılmazdır. Çünkü çocukluk çağında tanısı konan psikiyatrik sorunların prognozu ve tedavisi erişkin dönemde tanı konan psikiyatrik sorunlarından daha önemlidir Yetişkin dönem psikiyatrik sorunlarının çoğunun başlangıcının çocuklukta

olması sebebiyle erken tanı önemlidir (Malmquist 1971, Öy 1991, Karaca ve ark.1997, Şenol 2000).

### 3. Üçüncül Koruma

Belirti vermiş ve tanı konmuş akıl sağlığı sorunlarının tedavi edilerek nükslerin, kronikleşmelerin, intihar girişimlerinin, bağımlılıkların ve ölümlerin önlenmesi çalışmalarını kapsar. İlaç ile tedavi, psikoterapi, elektrokonvulsif tedavi ile rehabilitasyon ve uyum çalışmaları da bu gruba girer. Bunun en güzel örneği Belçika'da Gheel adında bir köydeki uygulamadır. Yüzyıllardır bu köyde akıl hastaları köylülerle yan yana yaşamakta, tedavi görmekte, çalışmakta ve toplumsal ilişkilerini sürdürmektedir (Öztürk 1981, Tezcan ve ark 1995, Tyrer ve ark 1997).

Ne var ki koruyucu akıl sağlığı çalışmaları daha emekleme dönemindedir. Koruyucu çalışmalarında daha olumlu sonuçlar alınabilmesi için çocukluk çağına yoğunlaşılmalıdır (Aşkın1994, Demir ve ark 1999).

#### 2.1.1. Birinci Basamakta Koruyucu Akıl Sağlığı Çalışmaları

Sağlığın korunması ve geliştirilmesi açısından sağlık hizmetlerinin en önemli basamağı birinci basamak sağlık hizmetleridir. Akıl sağlığı çalışmaları da birinci basamak sağlık hizmetlerinin önemli bir parçasıdır (Yüksel 2000, Doğan ve ark 1996, Kaplan ve Sadock 1998).

Duygudurum bozuklukları genel toplumda çok sık izlenen hastalıklardır. Bireysel ve toplumsal maliyetleri çok yüksektir. Maliyete etki eden sosyal etkenler şunlardır: Mortalitedeki artış, fatal kaza olasılığında artış, intiharlar, iş ve üretim kaybı, okul performansında bozulma, madde bağımlılığı, aile içi ilişkilerin bozulması, fiziksel sağlığın bozulması. Bu açıdan birinci basamak sağlık hizmetlerinde tanınarak tedavi edilmeleri genel sağlık düzeyinin artması yönünden çok önemlidir (Sayıl 1987, Steven 1985, Yüksel 2000).

Birinci basamakta koruyucu akıl sağlığı çalışmaları üç dönemle ilgili olarak ele alınabilir : Çocukluk dönemi, okul dönemi ve yetişkin dönemi.

#### **2.1.1.1. Çocukluk Döneminde Koruyucu Akıl Sağlığı**

Ülkemizde çocuk sağlığındaki iyileşmeler, yıllar itibari ile, sosyoekonomik göstergelerde olduğundan daha yavaştır. Bu nedenle çocuk sağlığına ilişkin programların koruyucu akıl sağlığı çalışmaları dahil öncelikle ele alınması gereklidir (Topçuoğlu ve ark 1998, Yörüköğlu 1981)

Bebeklik, çocukluk ya da ergenlik döneminde tanısı konan enürezis, yangın çıkarma, mutizm (konuşmazlık), tikler, tırnak yeme, hiperkinetik sendrom ve okul fobisi gibi bozukluklar çocukluk devresinde sık karşılaşılan akıl sağlığı ile ilgili belirtilerdir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde bu bozukluklara sahip olan çocuklar sıkı takip edilmelidir (Şenol 2000, Kaplan ve Sadock 1996, Illing ve Spranger 1994, Öztürk 1994).

Gelişim kuramlarının tümünde çocukluktaki yaşam deneyimlerinin, kişiliğin gelişiminde önemli bir yer tuttuğu belirtilmektedir. Çocuğun aile ortamında ya da çocuk yuvasında bulunmasına göre bedenen ve ruhen gelişiminde farklı düzeylerde aksamalar ortaya çıkabilmektedir. Aile fertlerinin özellikle de anne ve babanın zihinsel yönden sağlıklı olması çocuğun akıl sağlığının gelişiminde önemli yer tutar. Okul çağına kadar ailenin vereceği davranış ve anlayış biçimi çocuğun akıl yapısının gelişmesinde birinci derecede rol oynar (Göğüş 1995, Altuhul ve ark 1994, Işık 1994, Velicangil 1975).

Çocuk ve psikiyatri kliniklerinde giderek artan sayıda çocukluk dönemi depresyonuna rastlanmaktadır. Türkiye’de bedenen ve aklen sağlıklı bir toplum hedefine ulaşmak için birinci basamak sağlık hizmetlerinin her yönden desteklenmesi yararlı sonuçlar doğuracaktır. Çocukların akıl sağlığının daha iyi duruma getirebilmesi

için, ülkenin sosyoekonomik koşullarının iyiye gitmesi de ön koşuldur. (Dirican 1993, Tezcan ve ark 1995).

#### **2.1.1.2. Okul Döneminde Koruyucu Akıl Sağlığı**

Birey küçük yaşlardan itibaren vücuduyla ve buna bağlı olarak da sağlığıyla ilgili bilgileri öğrenmelidir. Sağlık eğitiminin amaçlarından biri, sağlığını koruyabilen ve basit sağlık sorunlarını kendi çözebilen bireyi yetiştirmek olmalıdır (Sarp 1994)

Değişik ülkelerde okula başlama yaşı farklı olduğundan, okul sağlığı hizmetlerinin sunulacağı yaş grubunu da belirlemek güçtür. WHO, yerinde bir görüşle okul sağlığı kapsamına alınması gereken yaş grubunu 5-24 olarak belirtmektedir (WHO 1976, WHO 1986).

Bedensel, mental ve sosyal yönden kişi yaşantısının en hareketli dönemi olan okul çağında, bir yandan vücut yapısının değişmesi ve gelişmesiyle ortaya çıkan sorunlara, diğer yandan sağlam bir akılsal yapının oluşturulmasına özellikle dikkat edilmelidir (Pekcan 1995, Dirican 1993).

Okul döneminde akıl sağlığı ile ilgili olarak yapılabilecek bazı çalışmalar şöyle özetlenebilir (Şenol 2000, WHO, 1998, Kaplan ve Sadock 1998, Pekcan 1995, Dirican 1993, Yörükoğlu 1981):

1-Öğrencilerin genel sağlığını değerlendirmek,

2-Davranış ve uyum sorunlarını saptamak,

3-Gece işemesi, tik, kekemelik, parmak emme, tırnak yeme gibi problemleri olan çocukların tespitini yapmak,

4-Hiperkinetik ve obsesif çocukları tedaviye kanalize etmek,

5-Özürlü çocukların saptanmasına ve eğitimlerine yardımcı olmak,

6-Cinsel eğitim vermek,

7-İyileştirilebilir bozuklukların düzeltilebilmesi için yönlendirmek,

8-Öğrenci ve velilere sağlıkla ilgili konularda rehberlik ve danışmanlık hizmetleri vermektir.

Okul, çocuğun ailesi dışında katıldığı ilk sosyal gruptur. Bu grup içinde yeni ortama uymanın güçlükleri, uğradığı baskı ve zorlamalar, akıl sağlığına yönelik sorunlara yol açabilir. Depresyona giren ve tedavi olmak isteyen ergenlik çağındaki gençlerin ve genç yetişkinlerin sayısı giderek artmaktadır. Bu çağdaki akılsal bozuklukların çoğu erken tanı ve bilinçli bir rehberlik ile tam tedavi olabilirler. (Pekcan 1995, Dirican 1993, MEB 1987, Tezcan ve ark 1995)

### **2.1.1.3. Yetişkinlerde Koruyucu Akıl Sağlığı**

Toplumun fiziksel, zihinsel, duygusal ve toplumsal sorunlarının en yakınındaki hizmet birimi birinci basamak sağlık hizmetidir. Her yaştaki bireyin akıl sağlığının geliştirilmesinde ikincil korumanın en erken yapılabileceği yer yine birinci basamaktır (Yüksel 2000, Tyrer ve ark 1997, Kaplan ve Sadock 1996).

Ülkemizde bulaşıcı hastalıklar ve ana-çocuk sağlığı sorunlarının öncelik alınması sebebiyle akıl sağlığı sorunları görece olarak ikinci planda kalmaktadır. Sağlık hizmetlerinde akıl sağlığı konusuna gereken önemin verilmemesinde, sağlık personelinin eğitimlerinde kişilerin fizik yönden iyi halde olmalarının sağlanmasına ağırlık verilmesinin de etkisi vardır (Fişek 1983).

Birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuran hastalar arasında psikiyatrik yakınması olanların sayısının psikiyatristlere başvuranlardan fazla olduğu ancak tanılarının çoğunlukla atlandığı ileri sürülmektedir (Doğan ve ark 1996, Kaplan ve Sadock 1996).



Depresyon, anksiyete ve bu iki soruna eşlik eden bedensel ve psikolojik belirtiler birinci basamak sağlık hizmetlerinde en fazla karşılaşılan akılsal tablolardır. Birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuranlar arasında depresyon görülme sıklığı %10-12 dolayındadır. Depresif bozukluklar tüm yetişkin yaş grupları için ciddi bir toplum sağlığı konumundadır (Gögüş 1995, Tezcan ve ark 1995).

## **2. 2. Depresyon**

### **2.2.1. Depresyon Kavramının Gelişimi**

Depresyon karşılığı kullanılan melankoli terimini ilk kez Hipokrat (MÖ. 460-377) ortaya atmış ve durgunluk, ilgisizlik, isteksizlik, uykusuzluk, kaygı, yetersizlik ve intihar düşüncesi gibi belirtilerle ortaya çıkan bir hastalık şeklinde tanımlamıştır. Celsus (MS. 2.yy başı), "hekimlik" adını verdiği kitabında, melankoliye ve maniye baş hastalıkları arasında yer vererek, ilk kez bu hastalıkla beyin ve merkezi sinir sistemi arasında yapısal bir yakınlık sağlamıştır. Galen (MS.129-199) ise melankolinin ve maninin ortaya çıkmasında hastalığa yatkın kişilik yanında, beynin işlevsel bozukluğunun ve iç salgı bezlerinin rol oynadığını vurgulayarak Hipokrat'ın etkisi altında kalmıştır. Aepina, 7.yy.da hala melankolinin "şeytanın insanın ruhunu ele geçirmesine" bağlı olduğunu ileri sürmüştür (Köknel 1992, Karan 1981).

Rönesans'tan sonra 1586 yılında İngiltere'de Timothy Bright, "Melankoli" adlı bir kitap yayınlamıştır. Akılsal bozukluk ve hastalıkların sınıflandırılması ve tanımına bilimsel yaklaşımı getiren Paola Zacchias (1584-1659), akıl hastalıklarını zihinsel çöküntü ve yetersizlik, ateşli akıl hastalıkları ve ateşsiz akıl hastalıkları olmak üzere üç grupta toplamış, mani ve melankoliye ateşsiz hastalıklar arasında yer vermiştir. Wilham Griesinger (1817-1868) akılsal hastalıkların beyin hastalığı olduğu görüşünü ortaya atmıştır. 1893 yılında ise Moebius akıl hastalıklarının sebebinin eksojen ve endojen kaynaklı olduğu; melankolinin endojen, depresyonun ise eksojen kaynaklı olduğu üzerinde durmuştur (Köknel 1992, Karan 1981).

Depresyon kavramındaki çağdaş görüşler, Freud'un (1917) akılsal yaşantının önemini belirtirken, depresyonların oluşmasında fiziko-kimyasal nedenlerin rol oynayabileceğini vurgulamasıyla ortaya çıkmaya başlar. 1933'te Alman Psikiyatri Derneği tarafından kabul edilen Warzberger sınıflandırması depresyonun ilk sınıflandırma çalışmalarındandır. 1952 yılında DSM-I (Diagnostic and Statistical Manual) tanı ve istatistik el kitabında sınıflandırma devam etti. 1968'de DSM-II, 1980'de DSM-III ve 1987'de DSM-III-R yayınlandı ve tanı ölçütlerine dayanan sınıflandırmaya ağırlık verildi (Köknel 1992, Öy 1990, Karan 1981)

1987'de ICD-10 taslağı hazırlanarak yayınladı. Bu yayınlarda akılsal hastalıkları tanımlayan ve sınıflandıran bölümlere yer verildi. 1980'li yıllardan beri birçok ülkede ve ülkemizde DSM-IV ve ICD-10 kullanılmaktadır(ICD-10 1998).

Erişkin depresyonu yıllardır araştırıldığı halde, "çocukluk depresyonu" başlığı 1970'lerden itibaren psikiyatri kitaplarında yer alabildi. 1970'li yıllarda çocukluk depresyonuna olan ilgi çok arttı ve bu konuda yayınlar yapılmaya başlandı.1980'li yılların son döneminde ise depresyonun bir tanı olarak kabul edilmesi, çocuk psikiyatrisinin en önemli gelişmelerinden biridir(Öy 1990).

DSM-III ve DSM-III-R'de çocukluk depresyonu için ayrı bir başlık ayrılmamış, DSM-IV'de ise kısmen çocukluk depresyonuna yer verilmiştir(DSM-IV 1995, Öy 1990).

### **2.2.2. Depresyonun Tanımı**

Akıl sağlığı açısından depresyon oldukça önem taşımaktadır. Çoğu insan kendisini hayatlarının bir döneminde mutsuz hissetmiştir. Bunun sebeplerinden biri, sevilen birinin kaybı ile ortaya çıkan üzüntü olabilir. Bu üzüntü, ilerleyici ve sürekli olursa depresyondan söz edilir (Yüksel 2000, Aşkın 1994).

Depresif hasta mutsuzdur. Hastada zevk alma duygusunu ve kendine güvenini yitirmiştir, sıkıntılı ve endişelidir. Hastada ağlamalar, ümitsizlik, suçluluk duyguları,

ilgisizlik, kararsızlık, dikkatini toparlayamama, hipokondriak ve obsesif uğraşlar görülür. Ayrıca, sabahları daha çok olmak üzere halsizlik, yorgunluk, baş dönmesi, kalp ritminde bozukluklar, ağız kuruluğu, konstipasyon, solunum şikayetleri, uykusuzluk, iştahsızlık, kilo kaybı, adet düzensizlikleri, empotans ve baş ağrısı gibi psikosomatik semptomlar depresyona eşlik eder. Tablonun daha da ağırlaşması halinde tekrarlayıcı ölüm ya da intihar düşünceleri ve hatta girişimleri olabilir (Yüksel 1998, Küey 1998, Aşkın 1994, Öztürk 1994).

Depresyon, üzüntü ile bağlantılı, uyku ve iştah değişiklikleri, haz verici etkinliklere karşı ilgi kaybı, psikomotor değişiklikler, dikkat toplayamama, yorgunluk, ümitsizlik ve çaresizlik duyguları ve intihar düşünceleri ile birlikte işlevsel bozukluğun olduğu bir duygudurum bozukluğu dönemidir (DSM-IV 1995 , Kaplan ve Sadock 1996, Yüksel 1998).

Depresyon kişisel, mesleki, ailevi ve sosyal yönden ağır komplikasyonları olan; ölüm riski taşıyan, yaygın, süregen ve maliyeti çok yüksek bir hastalıktır(Yüksel 2000, Kaplan ve Sadock 1996, Aşkın 1994, Öztürk 1994).

### **2.2.3. Depresyonun Mekanizması:**

Depresyonu açıklamaya yönelik çeşitli hipotezler ileri sürülmüştür.

A-Psikolojik (Psikanalitik) Model: Freud, depresyonda obje kaybının önemine değinip gerçek yada hayaldeki ambivalan (karşıt duygulu)sevgi objesinin kaybedilmesi ve buna karşı duyulan suçluluk duygularıyla agresyonun kendine yönelmesinin yol açtığını ileri sürmüştür. Abraham oral fiksasyonun rolüne, Bibring ise ego ideallerine erişilemeyişinin agresyona ve bunun kişinin kendine yönelmesiyle depresyona yol açtığını savunmuşlardır. Pek çok araştırmacı ise depresyonda erken yaşlarda anne ya da anne figürü yerine geçen objenin kaybı ya da ayrılığı sonucu ortaya çıkan “anaklitik depresyon”la erişkinlik döneminde görülen depresyon arasındaki ilişkiye dikkat çekmiştir. Beck, depresyonun ortaya çıkışına , primer olarak hastalardaki düşünce

bozukluğunun yol açtığını belirtmiştir. (Aşkın 1994, Birsöz ve Turgay 1994, Öztürk 1981, Yemez ve Alptekin 1998).

B-Biyolojik Model: Antidepresan ilaçların tedavi alanına girmesiyle ilgi ve dikkatler depresyonun biyolojisi üzerine çevrilmiştir. MAOI (monoamin oksidaz inhibitörleri) ve trisiklik antidepresan ilaçların beyin nörotransmitterleri üstündeki etkisinin anlaşılmasıyla Schildleraut, depresyonda biyojenik amin eksikliği ve manide biyojenik amin artışı hipotezini geliştirdi. Yapılan çalışmalarda depresyona katekolamin (Norepinefrin) ve indolamin (serotonin) azlığının yol açtığı ileri sürüldü. Bu iki nörotransmitterin azalmasının yanı sıra presinaptik ve postsinaptik reseptörlerdeki değişik stabilite ve sensitivitenin de depresyonun görülmesiyle ilgili olabileceği ileri sürülmüştür. Yine depresyonda beyin anomalileri, endokrin bozukluklar, uyku-ritim bozuklukları ve genetik yatkınlığa ilişkin çalışmalar depresyonun oluşumunda biyolojik bir bozukluğun etkili olduğuna ilişkin görüşleri desteklemektedir (Yemez ve Alptekin 1998, Aşkın 1994, Birsöz ve Turgay 1994).

C-Bütünleştirici Model: Akiskal ve arkadaşları depresyonu davranışsal; yaşantısal ve kimyasal süreçlerin kesiştiği bir “ortak son yol” olarak tanımlayıp biyolojik yatkınlık ve gelişimsel defisitlerle, fizyolojik ve psikolojik zorlanmaların önemini belirtmişlerdir. Bu görüşe göre, çeşitli yaşam olayları sonucu duygulanım, motor aktivite, iştah, uyku, libido gibi işlevleri düzenleyen diensefalik merkezlerde çeşitli düzeylerde ortaya çıkan fonksiyon bozuklukları sonucu depresyon ortaya çıkmaktadır (Birsöz ve Turgay 1994).

Çeşitli etkenlerin depresyon etyolojisindeki önemi tam olarak aydınlatılamamıştır. Bu sebeple her hastanın bireysel olarak ele alınması, biyolojik ve biyolojik olmayan tedavi yaklaşımlarının birlikte kullanımı da bu teoriyi desteklemektedir (Birsöz ve Turgay 1994).

## 2.2.4. Depresyon Epidemiyolojisi

### 2.2.4.1. Dünyada Depresyon Epidemiyolojisi

Depresyonlar, tüm insanlığı etkileyen patolojik bir yaşantıdır. Prevelansının yüksek olmasından dolayı depresyon, psikiyatrinin “soğuk algınlığı” olarak isimlendirilirken, bazı yazarlar günümüzü “melankoli çağı” biçiminde adlandırmaktadır (Aşkın 1995, Birsöz ve Turgay 1994, Güleç 1991).

Psikiyatrik değerlendirmeyi gerektirecek düzeyde mental sorunu olan hastaların önemli bir kısmı depresif tipteki psikiyatrik bozukluklardır (Köknel 1992).

Ortalama yaşam boyu depresyon geçirme olasılığı yaklaşık %20 dolayındadır. Başka bir ifadeyle tüm dünyada yaşayan insanların yaklaşık 1/5'i yaşamlarının bir döneminde tedaviyi gerektirecek şiddette bir depresyon atağı geçirmekte ve depresyon tüm dünyada giderek artmaktadır (Yüksel 2000, Göğüş 1995, Güleç).

ABD’de major depresyon yaygınlığı % 5 kadardır. Hayat boyu risk erkeklerde % 12 iken kadınlarda % 26’ya kadar çıkmaktadır. Gençlik döneminde başlayan bu fark 45-65 yaşları arasında ortadan kalkmaktadır. ECA çalışmalarına göre major depresyonun başlama yaşı 27 olmasına rağmen çocuk ve ergenlerde depresyon artıyor gibi görünmektedir (Angst 1992).

Toplumda sık ve yaygın olarak görülen ve sırf bu nedenle ciddi bir halk sağlığı sorunu olarak kabul edilen depresyonların klinik açıdan da ciddi sonuçları vardır; bu sonuçların en önemlisi, kronikleşmesidir. Akut atak geçirenlerin yaklaşık % 12-20 kadarında depresyon süregenleşme eğilimi gösterir. Genel nüfustaki yaygınlığı ise ortalama % 4-5’tir. Yaşam boyu yaygınlığı yaklaşık % 6, nokta prevelansı ise % 3’tür. Kadınlarda daha sıktır. Akut depresif epizoda göre kronik depresyonun tedavisi daha zordur. Bu nedenle akut dönemdeki depresyonlarda doğru tanı ve uygun tedavi büyük önem taşımaktadır. Depresyonların ikinci ciddi komplikasyonu intihardır. İntihar ve

intihar girişimlerinin başında depresyon yer alır. Depresyonların genel popülasyondaki intihar riskini 30 kat arttırdığı ileri sürülmektedir (Yüksel 2000, Küey 1998, Güleç 1991, Aşkın 1994).

Epidemiyolojik açıdan depresif hastaları 3 ana gruba ayırmak mümkündür(Güleç 1991).

Birinci grup, depresyonların %90'ını oluşturan ve toplum içinde hastalık olarak değerlendirilmeyen tanı konmamış depresyon vakalarını kapsar.

İkinci gruba girenler herhangi bir sağlık personeli tarafından görülmesine rağmen tanısı atlanmış ya da yakınmaları ve belirtileri "hafif"bulunduğu için ciddiye alınmamış vakalardır.

Üçüncü grup ise, tanı konmuş ve tedaviye alınmış hastalardan oluşmaktadır. Ancak doğru tanı konduğu halde yanlış ya da uygun olmayan tedaviler alan depresyon vakalarının yüksek olduğu bilinmektedir.

#### **2.2.4.2. Türkiye'de Depresyon Epidemiyolojisi**

Dünyada giderek artan depresyon, gelişmekte olan endüstri ülkelerinde ve Türkiye'de de modern çağın hastalıkları arasında yerini almaya başlamıştır. Genel olarak Türkiye'de toplum içinde klinik düzeyde depresyon yaygınlığı % 10 civarındadır. Toplum örneklerinde yaşam boyu risk kadınlar için % 10-25 erkekler için % 5-12 aralığındadır (Küey 1998, Aşkın ve ark 1995).

Yetişkinlerde olduğu gibi çocukluk ve gençlikte de depresyon önemli bir sorundur. Üniversite öğrencilerine hizmet veren bir psikiyatri polikliniğinde tüm hastalar içinde birinci sırayı % 35'lik oranı ile depresyonların oluşturduğu saptanmıştır (Güleç 1995).

Hacettepe Üniversitesi Çocuk Psikiyatrisi Bölümüne 1977-1979 yılları arasında başvuran çocuklarda belirtilerin değerlendirilmesinde ilk altı sırada depresyon yer almamıştır. 1979-1988 ve 1992 yıllarında Ankara Üniversitesi Çocuk Psikiyatrisi

Bölümü'nde aynı değerlendirme yapılmış ve depresyonun ilk yedi sırada yine yer almadığı görülmüştür (Avcı 1992). 1991 yılında İstanbul Üniversitesi Çocuk Psikiyatrisi bölümünün yaptığı çalışmanın sonuçları da benzerdir. Çukurova Üniversitesi Psikiyatri kliniğine başvuran 1082 çocuktan yalnızca 39'u (% 3.6) depresyon tanısı almıştır. Oysa yapılan alan çalışmalarında depresif belirtilerin sanıldığı kadar az olmadığı görülmüştür (Avcı ve ark 1996, Karaca ve ark 1997).

Alan çalışmalarının öncülüğünü yapan Öy,1991'de çocuklarda depresyon prevalansını % 11.3 olarak bulurken, 1995'de Tezcan ve arkadaşları Elazığ bölgesi çocuklarında yaptıkları çalışmada depresyon prevalansını % 12.3 olarak bulmuşlardır (Öy 1991, Tezcan ve ark 1995). 1997'de Konya'da yapılan diğer bir araştırmada depresyon prevalansı % 15 olarak bulunmuştur (Karaca ve ark 1997).

Alan çalışmaları sonucunda Türkiye'de depresyon prevalansının, klinik çalışmalara oranla daha yüksek olduğu görülmüştür (Avcı ve ark 1996). Birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuranlar arasında da % 10-12 dolayında depresyon görülür. (Yüksel 2000, Göğüş 1995).

### 2.2.5. Depresyon Tipleri

Majör Depresyon: İştah ve kilo kaybı, uyku bozukluğu, karamsarlık ve güncel aktivitelerde azalma ile belirti veren, ilaç ve elektroşok tedavilerine cevap veren ciddi ve ağır çökkünlüklere majör depresyon denmektedir (DSM IV 1995).

Melankoli: Melankoli, hemen tüm etkinliklere karşı zevk kaybı ve hoşnutluk verici uyaranlara karşı tepkisizlik etkenlerinden biri ile aşağıdaki semptomlardan en az üçünün bulunması durumudur (DSM-IV 1995, ICD-10 1992):

1-Çökkün duygulanımın farklı kalitesi

2-Düzenli olarak sabahları kötüleşmesi.

3-Sabah erken uyanma

4-Belirgin psikomotor retardasyon

5-Önemli iştahsızlık ve kilo kaybı

6-Yoğun yada uygunsuz suçluluk

Depresif hastaların yaklaşık üçte ikisi melankolik olarak düşünülmüştür(Aşkın 1994).

Maskeli Depresyon:Bu tür depresyonlarda hastada depresyon bilinci söz konusu değildir. Bunun yerine daha çok bedensel şikayetlere sahiptirler ve hatta yüzlerine savunma amaçlı bir gülümseme maskesi takabilirler. Hastalarda baş ağrısı, bitkinlik, halsizlik, yorgunluk, sırt ağrısı, uykusuzluk gibi yakınmalar;dolaşım, solunum ve sindirim sistemine ilişkin belirtiler ve zayıflama olabilir. Maskeli depresyon tanısı, ABD ve diğer ülkelerde yaygın olarak konulmakta ve muhtemelen bütün depresif durumların %10'unu oluşturmaktadır(DSM IV 1995, Aşkın 1994, Öy 1990).

Kronik Depresyon:İki yıldan uzun süren depresyon semptomları eğer kişinin psikososyal etkinliklerini aksatacak boyutta ise, bu durumda kronik depresyondan söz etmek mümkündür (Güleç 1991). Depresyonun daha hafif bir formu olmakla birlikte depresyon tedavisi için gelen hastalar arasında yaklaşık % 25'lik bir oranı oluşturması nedeniyle önemli bir halk sağlığı sorunudur. Bu tip hastaların klasik portresi, sürekli olarak kederli, içe dönük, karamsar huylu, aşırı dürüst, şaka yapmayan ve kişisel yetersizliğiyle uğraşıp durma özelliklerini taşıyan bir biçimdedirler(ICD-10 1992, Öztürk 1994 Aşkın 1994).

. DSM-IV'e göre bu tanı için çökkün duygulanımın en az iki yıl (çocuk ve ergenlerde bir yıl) sürmesini ve aşağıdaki altı belirtiden en az ikisinin bulunmasını öngörmektedir (DSM IV 1995):

1-Zayıf iştah veya aşırı yeme

2-Uykusuzluk yada aşırı uyuma



3-Düşük enerji yada yorgunluk

4-Düşük benlik saygısı

5-Zayıf konsantrasyon veya karar verme güçlüğü

6-Umutsuzluk duyguları.

Endojen Depresyon: Hastalığı başlatan çevresel ve dış etkenlerin bulunmayışı ve nöro kimyasal değişikliklerle ilişkililiği ifade eder. Bu tip depresyonun en önemli özelliğinin nörofizyolojik değişiklikler ve retardasyon olduğu bildirilmektedir(DSM-IV 1995, Aşkın 1994).

Ajite Depresyon: Ön plandaki semptom, yoğun huzursuzluk, sıkıntı ve gezinme ile kendini gösteren ajitasyondur. Ajite depresyon genellikle yaşlılık depresyonu için tipiktir (Savaşır 1981).

Psikotik (hezeyanlı) Depresyon: Hospitalize edilen depresif hastaların %15-20'si psikotik depresyon kategorisinde olup, hezeyan, hallüsinasyon, düşünce bozukluğu ve ciddi ölçüde uygunsuz davranışlar göstermektedirler. Hezeyanlar, depresyonda aynı zamanda güçlü intihar göstergesi olarak düşünülür. Ayrıca psikotik depresyonda suçluluk duyguları ve psikomotor bozukluklarla birlikte nörokimyasal değişiklikler de söz konusudur(DSM-IV 1995, Aşkın 1994). Psikotik depresyondaki hezeyanlar hipokondriyak ya da nihilistik, suçluluk, günahkarlık, değersizlik ile ilişkili abartılı referans fikirler; hallüsinasyonlar ise gayipten sesler işitme, ölmüş yakınlarının görüntülerini veya tabut görme gibidir. Günümüzdeki imkanların artması sonucu çok ağırlaşmış psikotik depresyonlara rastlanmamakta ve hastalık şiddetlenmeden tedavi altına alınmaktadır(Savaşır 1981).

Bipolar Depresyon: Bipolar depresyon klinik açıdan atipik depresyon özellikleri taşır. Hipersomnia ve hiperfaji gibi bulgular mevcuttur(DSM-IV 1995, ICD-10 1992, Yüksel 2000, Savaşır 1981, Aşkın 1994).

Nörotik-Reaktif Depresyon: Yaşamsal olaylar ve toplumsal koşullarla depresyon belirtilerinin görülmesi arasında yakın ilişki bulunur. Bu tür depresyonlarda suçluluk, günahkarlık düşünceleri, hezeyanları bulunmaz. Uyku bozuklukları, sıklıkla geç ve güç uykuya dalma biçiminde olup, sabahları erken uyanma olmaz. Kaygı ve öteki belirtiler gün boyunca artar, geceleri doruğa ulaşır. Nörotik depresyonlular için başkalarını suçlayıcılık, ve yetersiz kişilik özelliği de öne sürülmüştür. Nörotik depresiflerin klinik özellikleri dört semptom profili altında ele alınmış;olumsuz zihniyetlilik, dürtü eksikliği, anksiyete ve uyarılmışlıktır(Aşkın 1994).

Atipik Depresyon: Atipik depresyonlarda temelde elem doğrultusunda artmış olan duygu durumu vardır. Beslenme, cinsel yaşam ve uyku bozuklukları, alkol ve uyuşturucu madde bağımlılığı, aile ve iş yaşamında uyumsuzluk, psikonevrozları andıran belirtiler sık görülür. Bu tip depresyonlarda fobi ve panik ataklarla birlikte, uyku, iştah, kilo ve libido artışı gibi semptomlar mevcuttur. Külçeleşme hissi ve reddedilmeye karşı aşırı duyarlılıkta görülmektedir(DSM-IV 1995, Aşkın 1994).

Double (çift) Depresyon: Son yıllarda major depresyonlu hastaların önemli bölümü (% 10-25), aynı zamanda altta yatan kronik minör depresif bozukluklardan da muzdariptirler. Çift depresyonlu hastalarda intihar girişimlerine daha sık rastlanmakta ve bundan dolayı 6 ay sıkı takip edilmeleri gerekmektedir(DSM-IV 1995, Aşkın 1994).

İkincil (sekonder) Depresyonlar: Sekonder depresyon terimi, genel olarak başka organik veya psikiyatrik hastalıkları takiben gelişmiş depresyonu tanımlar. Primer ve sekonder depresyonların semptomları benzer şekildedir. Orijinal ayırım başlama zamanına dayanılarak yapılabilir(DSM-IV 1995, Diler ve ark1998, Yavaş ve ark 1994).

Postpartum Depresyon: Doğum sonrası tanı konulan depresyon oranı ortalama %16 kadar olup, bunun %6'sı major %10'u minör depresyon şeklindedir(Savaşır 1981).

Mevsimsel Depresyon: Tekrarlayıcı biçimde kışları ortaya çıkan depresyonlara ilgi son 15 yılda arttığından dolayı DSM III-R ve DSM IV 1994'te yerini almıştır. Mevsimsel depresyon genellikle Kasım'da başlayıp Mart'ta bitmektedir. Bu tip depresyon yüksek rakımlı yerlerde ve kadınlarda daha sıklıkla tanımlanmıştır(DSM IV 1995, Aşkın 1994, Köknel 1992).

Preenstrüel Sendrom: Primer olarak menstrüel siklusun luteal fazında, her seferinde değilse bile, tekrarlayıcı biçimde oluşan ve her siklusta değişen şiddetteki duygulanım semptomlarını ifade eder(Aşkın 1994, Köknel 1992).

Yaşlılık Depresyonu: Depresyon, yaşlılardaki en yaygın psikiyatrik bozukluluktur. Önemli depresyon semptomları gösteren yaşlıların oranı %20'den fazladır(Köknel 1992, Savaşır 1981).

Psödodemans: Depresif demans da denilen bu tipte asıl tanı depresyon olup, muhtemelen depresyona yol açan beyin sapı nöronal disfonksiyonu veya biyojenik amin yetersizliği gibi faktörlere bağlı bilişsel kusurlar oluşmaktadır. Hafıza bozuklukları ve depresif düşünce bozuklukları mevcuttur (Aşkın 1994, Savaşır 1981).

Çocukluk ve Ergenlik Depresyonu: (Bkz. 2.2.6.Çocukluk ve Ergenlik Depresyonu)

### **2.2.6.Çocukluk ve Ergenlik Depresyonu:**

Çocukluk psikozları ve depresyonları bu yüzyılın ilk yarısında bile çok az bilinen okul hastalıklarındandır. Yetişkinlerdeki psikotik belirtilerin çocukta aranması, uzun yıllar, çocukluk psikozlarının ayrı hastalık kümeleri olarak tanınmasını geciktirmiştir. Örneğin 1940 yılından önceki literatürlerde çocukluk psikoza ve depresyonuyla ilgili bilgiler yer almamaktadır (Öy 1990, Öztürk 1994\*)

Ergenlik öncesi çocuklar ile ergenler arasında depresif semptomların çoğunluğunda önemli farklılıklar bulunmamıştır. Ancak depresif çocuklara ulaşmak zordur. Çünkü çocukların depresif duygularını kendiliğinden bildirmeleri hekime gitme

istekleri ihtimal dışıdır. Hekime getirilen çocuklar da yaşa uygun kelime ve kavramların kullanıldığı sorulara yanıt verebilirler. Anne ve babaların ise çocuklarının depresif semptomlarını anlatmaları için çok duyarlı ve özel bilgiye sahip olmaları gerekir. Yalnızca anne-baba ve öğretmenlerin bildirimlerine dayanılırsa, oldukça ciddi bir depresyon bile atlanabilir. Çünkü bunlar, çocuklardaki birçok semptomları uygun şekilde değerlendirmeyebilirler. Ancak ebeveyn çocuklarının çöküntülü olduğundan söz ederse hekim bunu ciddi bir şekilde dikkate almalıdır (Şenol 2000, Aşkın 1994, Avcı ve ark 1996).

Günümüzde eskiden olduğundan çok daha güçlü biçimde, önemli tanısal bilgi kaynağının, çocuğun kendisi olduğu düşünülmektedir (Demir ve ark 1999, Öy 1991).

Ergenlerde intihar girişiminin çocukluk döneminde ve girişimden bir önceki yıl içindeki olumsuz olaylarla (yaşam durumunda değişiklik, çok sayıda olumsuz olay yaşama, sınıfta kalma, cinsel istismar gibi) önemli ilişkisi olduğu bulunmuştur. (Aslan ve Alparslan 1999, Demir ve ark 1999).

Genel olarak erken başlayan psikiyatrik bozukluklar, kötü prognozlu kabul edilir. Orta derecede ya da şiddetli çoğu çocukluk depresyonları, kroniktir. 15-16 yaşında iken depresyon yaşamış 1004 kişiyi 24-25 yaşlarında yeniden değerlendirildiklerinde, depresif semptomların stabil kaldığını genel olarak çökkün duygulanım, ağır sigara içimi, sapkın eylemler, kazalara yatkınlık, ana-baba ve eşle olan ilişkileri sürdürmede zayıflık ve kadınlarda yatıştırıcı ilaç kullanımında artma, erkeklerde ise iş sorunlarıyla başa çıkamama saptanmıştır (Kandel ve Davies 1986, Aşkın1994, Demir ve ark 1999).

Sonuç olarak çocukluk ve ergenlik yıllarında başlayan duygulanım bozukluklarının daha şiddetli, kronikleşmeye meyilli ve daha kötü prognozlu olduğu söylenebilir.

### **2.2.7. Depresyonda Risk Faktörleri**

Genel olarak depresyonda risk faktörleri çok çeşitlidir. Burada sadece çocukluk depresyonunda öne çıkan risk faktörlerine yer verilmiştir.

#### **2.2.7.1. Cinsiyet**

Depresyon kızlarda, erkeklerden iki kat daha sıklıkla ortaya çıkmaktadır. Kızların olaylara karşı daha duyarlı yaklaşımları ve çözüm üretememeleri depresyona itici fonksiyonu oluşturmaktadır. Genel olarak kadınların sosyal statüleri de dezavantajlı görülmektedir. Toplum örneklerinde yaşam boyu risk kadınlar için %10-25 erkekler için % 5-12 aralığındadır (Yüksel 2000, Şenol 2000, Demir ve ark 1999, Göğüş 1995, Birsöz ve Turgay 1994, Kashani ve ark 1987).

#### **2.2.7.2. Yaş**

Depresyonun yaşla birlikte arttığı genel olarak kabul edilmekle birlikte, son zamanlarda aşağı yaşlara doğru bir kayma söz konusudur (Angold 1988).

12-21 yaşları arasını kapsayan dönemlerdeki depresif duygu ve belirtiler, sistematik ve uzun süreli olmayıp genellikle kısa süreli ve geçici bir durum arz etmektedir. Ergenlik dönemindeki bedensel endişeler, duygusal ilişkiler ile ebeveyn çatışmaları da depresyon için öncelik taşıyan yaşam dilimini oluşturmaktadır (Işık 1994).

Kuşak çatışması, anne-babanın öğrenim durumu düşüklüğü, sigara, alkol ve uyuşturucu bağımlılığı ile duygulanım bozuklukları depresyonun daha genç yaşlarda görülmesinde etken olmaktadır. Ayrıca sınav psikolojisi ve başarısızlıklar yine gençlerde depresyona yatkınlığı artırmaktadır (Demir ve ark 1999).

### **2.2.7.3. Depresif Anne ve Baba**

Depresyonun gelişimi ve seyrinde ailenin önemli rol oynadığı, son on yılda artan delillerle desteklenmektedir. Depresyonlu anne ve babanın çocukları depresyona yakalanma açısından 3 kat artmış risk taşırlar (Şenol 2000, Aşkın 1994, Göğüş 1995). Duygulanım bozukluğu olan anne-babaların çocuklarında major depresyon oranı %23-38 arasında olup, depresif anne babaların çocuklarındaki depresyon aynı zamanda daha erken yaşta (12-13 yaş) başlamaktadır. Anne-baba hastalığının şiddeti ve kronikliği de çocuğun psikopatolojisini ve fonksiyonunu büyük ölçüde etkilemektedir (Işık 1994, Yörükoğlu 1981, Velicangil 1975).

### **2.2.7.4. Çocukluk Yaşantıları**

Çocukluk yaşantıları depresyon etyolojisinde sıklıkla ele alınmasına rağmen, bu konudaki araştırmalar oldukça azdır. Bununla birlikte çocuklukta anne-baba ölümünün depresif riski arttırdığı açıktır. 11 yaşından önce anne ölümü özellikle önemlidir. Ayrıca çocuklukta anne tarafından reddin ileride yaşam olaylarına duyarsızlaştıracağı da ileri sürülmüştür. Çocuğun evindeki karmaşık, düşmanca ve genel olarak olumsuz çevre, depresyon için bir risk oluşturur. Böylesi bir çevre, anne-baba depresyonunun sonucu olabilir. Büyük aile hacmi, sosyoekonomik düzeyin düşüklüğü, çocuklukta anne-baba veya kardeş ölümü, uzun süreli hastane yatışı gerektiren veya zeka kaybına yol açan çocukluk hastalıkları, anne-baba ayrılıkları, sağlık problemleri ve okul değiştirme gibi özellikler tek başına önemli değilken birlikte önemli etkiler oluşturdukları bildirilmiştir. Anne ve babanın çocuktan yüksek beklentilerinin depresif hastalığın psikodinamiğinde önemli bir faktör olarak rol alır (Aslan ve Alparslan 1999, Aydın ve Doğan 1988, Diler ve ark. 1998, Lefkowitz ve Tesiny 1985, Tezcan ve ark. 1995, Aşkın ve ark 1995, Aşkın 1994, Demir ve ark.1999, Göğüş 1995).

### **2.2.7.5. Kişilik Yapısı**

Melankolik tip, düzenlilik, dürüstlük, kılı kırk yarma, yüksek başarı değeri ve yakın kişisel ilişkilerde bağımlılıkla karaktersizdir. Bu yapı, kendini eleştirici, vicdanlı, aşırı çalışkan, sosyal olarak iyi entegre ve kayıplarda kendini cezalandırıcı ve kötüyücü tarzda tepki veren, geç başlangıçlı ve genellikle psikotik depresyonun tarifine uyumludur (Aşkın 1994, Öztürk 1994\*).

Depresif hastalarda % 23-85 arasındaki oranlarda kişilik bozukluğu bildirilmiştir. Buna rağmen kişilik bozukluğu olmaksızın depresyona yatkınlık da mevcuttur (Aşkın 1994).

Öte yandan içe dönüklük, kendine güven yetersizliği, iddiasızlık, sosyal beceri eksikliği, bağımlılık, kaygılanma ve obsesyonelizme eğilim, karamsarlık içeren karakter eğilimleri depresyona yatkınlaştırıcı tutumlardır (Velicangil 1975).

DSM III-R' ye göre majör ve kronik depresyon, narsistik, bağımlı, obsesif-kompulsif, pasif agresif ve mazohistik kişilik bozukluklarının komplikasyonları şeklinde baş gösterebilir. Bu tip kişilik bozukluklarının varlığı, depresyonun tedavisini güçleştirir (Öztürk 1994).

### **2.2.7.6. Yaşamsal Olaylar**

Günümüzde yaşam olayları ile depresyon arasında ilişki kurmamak mümkün değildir. Uzun süreli ve büyük sosyal güçlükler depresif problemlerin nedenini oluştururlar(Göğüş 1995). Bedensel hastalıklara yatkınlık, sağlık sorunları, yakın bir kişinin ölümü ve ailevi problemler gibi stresli yaşam olaylarının genelde psikiyatrik durumların üçte birine sebep olabileceği sonucuna varılmaktadır (Yüksel 2000, Aslan ve Alparslan 1999, Aşkın ve ark 1995, Demir ve ark.1999, Göğüş 1995).

### **2.2.7.7. Sosyal Sınıf**

Sosyal olarak dezavantajlı kişiler depresyona daha yatkındırlar. Ekonomik düzeyin düşük olması depresyonla nedensel bir ilişkiye sahip olabilir. Ayrıca sosyoekonomik düzeyin oldukça yüksek olması da depresyona yatkınlığı artırıcı sebepler arasında yer almaktadır (Tezcan ve ark. 1995, Karaca ve ark 1997, „Slotkin ve ark 1988, Aydın ve Doğan 1988, Lefkowitz ve Tesiny 1985, Kashani ve ark 1983).

Okul dönemindeki çocukların farklı entelektüel anlayışlardan bir araya gelişi, düşük entelektüeliteye sahip olan çocuklarda depresyonu ortaya çıkarıcı çatışmalara sebep olabilir (Demir ve ark 1999).

### **2.2.7.8. Kültür**

Bazı kültürlerin katı bir süperego geliştirdiğine inanılır. Japonlar buna bir örnek teşkil edebilir. Bunun dışında kültürel karmaşanın ve kültür değişimlerinin önemli faktörler olduğu ve bu değişimlerin kimlik sorunu doğurduğu yaygın olarak kabul edilmektedir. Kültürel faktörlerin depresyonun klinik özelliklerini de değiştirdiği iyi bilinmektedir (Aşkın 1994). Kişiler arası ilişkileri artırıcı, sosyal desteği güçlendirici çeşitli alt kültürlerin koruyucu rol oynadığı düşünülebilir. Göç ve sosyal izolasyon, yalnız yaşama, düşük ilişki düzeyi depresyona yatkınlaştırıcı faktörler olarak bildirilmiştir (Aşkın 1995).

### **2.2.8. Depresyonda Tanı**

#### **A- Depresyonda Erken Tanı Çalışmaları**

Depresyonun belirtilerinin, kültürel ve bölgesel özelliklerinin iyi bilinmesi erken tanıda son derece önemlidir. Klinik açıdan önemli ölçüdeki depresyon olgularının %50'den fazlasının temel tedavi hizmeti alanında tanınmadığı bildirilmiştir. Muhtemelen teknolojik gelişmelerin de katkısı ile değişen toplumsal değerler, depresyonun klinik tablosunda da değişikliklere yol açarken gelişmekte olan ve



gelişmiş ülkeler arasında da farklı klinik görünümeler meydana gelebilmektedir (Yüksel 2000, Aşkın 1994, Doğan ve ark 1996).

Önceleri depresyonun orta yaşlı ve yaşlılara özgü bir hastalık olduğu düşünülürdü. Bu gün çocukluk çağı depresyonu akılsal bir hastalık olarak kabul edilmekte, depresyona giren ve tedavi olmak isteyen ergenlik çağındaki gençlerin ve genç yetişkinlerin sayısı giderek artmaktadır. Bu nedenle erken tanı çalışmalarına çocukluk döneminde başlanması toplum sağlığı açısından daha yararlıdır (Tezcan ve ark 1995).

Depresif hastalara tanısız açıdan bakıldığında, hastalarının %90'nın toplum içinde hastalık olarak değerlendirilmeyen tanı konmamış depresyon vakalarının oluşturduğu ileri sürülmüştür. Buna herhangi bir sağlık kuruluşunda muayenesine rağmen tanısı "atlanmış", ya da yakınma ve belirtileri "hafif" bulunduğu için ciddiye alınmamış vakalarda eklenince dikkatle yapılmış erken tanı ve tarama çalışmalarının önemini daha da artırmaktadır (Güleç 1995).

Bilişsel terapilerin gelişmesi ile ölçme ve değerlendirme araçlarına duyulan gereksinim artmış, hem araştırmalarda, hem erken tanıda, hem de terapinin izlenmesinde kullanılmak üzere çok sayıda ölçek geliştirilmiştir. Ölçeklerin çoğu kendini değerlendirme tarzında kağıt kalem testidir (Savaşır ve Şahin 1997).

Dünyada ve ülkemizde de gerek risk gruplarını saptamaya yarayacak gerekse bilişsel davranışçı tedavileri değerlendirecek, ölçekler üzerinde geniş kapsamlı çalışmalar yapılmıştır (Özkürkçügil ve Kırılı 1998, Öy 1991, Savaşır ve Şahin 1997). Bu ölçeklerin başlıcaları şunlardır: Beck Depresyon Ölçeği, Otomatik Düşünceler Ölçeği, Sosyotropi-Otonomi Ölçeği, Problem Çözme Envanteri, Beck Anksiyete Envanteri, Offer Benlik İmgesi Ölçeği, Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği vb gibi (Savaşır ve Şahin 1997).

## B-Klinik Tanı Çalışmaları:

Depresyonda tanı sağlayacak spesifik ve patognomonik bir özellik yoktur. Bu nedenle tanı, bir bütün olarak klinik tabloya, hastalığın seyrine ve soy geçmişine dayanılarak konulmak zorundadır (Işık 1994).

Tekrarlayıcı somatik şikayetler klinik olarak, çocuklarda depresyon tanısı için önemli ipuçlarını teşkil eder. Hiperaktivite, saldırganlık, okul başarısızlığı, suç işleme gibi davranışlar maskeli bir depresyon belirtisi olarak görülebilir (Öy 1990).

Depresyonun teşhisinde şu üç ana özelliğin dikkate alınması gerekmektedir(Göğüş 1995, Işık 1994, Avcı ve ark 1996,DSM-IV 1995, ICD-10 1992):

1-Depresif bulguların yoğunluğu: Duygu ve düşünsel alanda gerçek bir üzüntü, umutsuzluk, .moral, ızdırap, benlik saygısında azalma, değersizlik, suçluluk duyguları, ölüm düşüncesi ve isteği gibi belirtiler; davranışlarda ise ya genel bir psikomotor yavaşlama ile hareketsizlik ya da kızgınlık, hırçınlık, öfke, irritabilite, ajitasyon, ve şiddete başvurma, alkol, ilaç ya da uyuşturucu madde alımıdır.

2-Depresif bulguların süresi: Eğer bulgular 15 günü aşan bir süredir devam ediyorsa, üstelik uyku bozuklukları, iştahsızlık, kilo kaybı, besin reddiyle seyreden beslenme bozuklukları gibi genel olarak biyolojik etkenlerin varlığını düşündüren bulgular da eklenmişse, bu tablonun bir depresyon olabileceği unutulmamalıdır. Burada önemli olan nokta depresyon süresi arttıkça intihar düşüncesi ve girişimindeki oranın artış kaydetmesidir.

3-Bulguların ortaya çıkışını izah edecek olaylar: Nesne kaybı, yan tutma, ailevi sorunlar, yoğun çatışmalar, yaşamı alt üst edecek olaylar, hayal kırıklığı vb gibi.

### 2.2.9. Depresyonda Tedavi:

Depresif bulguların geçici olduğu ya da kişilerin içinde bulunduğu durumdan kaynaklandığı hallerde, kişiyle yapılacak birkaç görüşme, sorunların dile getirilmesi ve destekleyici bir yaklaşım yararlı çoğu kez yeterlidir. Eğer depresif belirtiler devam ediyorsa, o zaman daha etkin yaklaşımlara gerek vardır. Burada bir önemli nokta yapılacak tedavinin şeklini tayin etmektir: İlaç tedavisi mi? Bireysel psikoterapi mi? Aile tedavisi mi? Yoksa bunların kombinasyonları mı? Bu konuda karar vermek her zaman kolay değilse de, yapılması gereken, hastaya göre bu yöntemlerden en uygun bir ya da birkaçının seçilmesidir. (Işık 1994)

Günümüzde, çok sayıda etkin klinik müdahalenin varlığına rağmen, tanı konmamış, yetersiz tedavi görmüş ve tedavi edilmemiş depresif bozukluklar bir insan ve ekonomi kaybı oluşturur. Günümüzde depresyonlu bireylerin %80-90'ı başarılı bir şekilde tedavi edilmektedir. Ne var ki, depresyonlu bireylerin yalnızca beşte biri tedavi aramaktadır. Tedavi için başvuranlarda sıklıkla yetersiz tanınmakta ya da uygunsuz tedavi görmektedir (Göğüş 1995).

Depresyonun yanlış anlaşılmasına bağlı uygunsuz yaklaşım pahalı ve trajiktir. Depresyona bağlı ekonomik kaybı ve insan mutsuzluğunu engellemek için, halkın depresyonun semptomlarını ve tedavisinin mümkün olduğunu, bu bozukluğun “zayıflık” değil hastalık olduğunu öğrenmesi son derece önemlidir. Çoğu insan depresif bireyin kendi çabaları ile düzelebileceğine inanır ve hekime başvurmanın, çevresi ve işi üzerinde olumsuz etkiler bırakacağını düşünür. Tüm dünyada hastaların çoğu hala psikiyatrik başvuruyu sosyal olarak damgalayıcı bulmaktadır (Yüksel 2000)

#### A-Psikososyal Tedavi

Çocuk ve ergenlerdeki duygulanım bozuklukları ve depresyonların tedavisinin temel prensiplerinden birini psikososyal yaklaşım oluşturur. Değerlendirme, çocuğun

yaşına, bilişsel gelişimine ve sözel becerisine göre yapılmalıdır. Psikoterapinin yalnızca sözel olması gerekmez, faaliyet ve oyuna da dayanabilir (Yüksel 2000, Işık 1994).

Psikoterapi açısından hekimin en iyi bildiği terapi türünü seçmesi yararlıdır. Gençlerle yapılacak bireysel görüşmelerle, sorunlar ortaya çıkarılmaya ve tartışılmaya çalışılır. Yalnız bunun için çocuk ve gencin terapist tarafından gerektiği şekilde dinlendiği, önem verildiği duygusunu yaşaması, kendine güvenilmesi ve onun da tedavi edene güven duyması önemlidir. Hekim ile hasta arasında olan diyalogun, hastanın onayı olmadan, başka kimselere anlatılmaması güvenin en önemli şartıdır (Yüksel 2000, Işık 1994).

Hastaneye yatırmayı gerektirecek denli hastalık durumunda, genel bir kural olarak 12 yaşın altındaki çocuklar evde hospitalize edilirler. Hastaneye yatırma endikasyonları, öncelikle intihar riski ve evdeki ortamın tedaviye uygun olmaması gibi, yetişkinlerdeki hususlarla benzerdir (Yüksel 2000, Işık 1994).

#### B-İlaç Tedavisi:

Uzun süren ve ilaçsız yaklaşımların yetersiz kaldığı depresif çocuklarda, yetişkin depresyonlarında kullanılan antidepresif ilaçlardan yararlanılır. Hastalık uzun süredir devam ediyorsa, tekrarlanmalar görülüyorsa, ailenin diğer bireylerinde depresyon öyküsü varsa, burada biyolojik etkinlerin rolünün daha fazla olduğu düşünülmeli ve antidepresif ilaç tedavisine gecikmeden başlanmalıdır (Yüksel 2000, Birsöz ve Turgay 1994, Işık 1994).

İlaç tedavisi, en az altı ay sürmüş ve bir-iki aylık ilaç dışı çalışmalarla sonuç alınamamış, tıbbi kontrendikasyonun ve birlikte madde kullanımının olmadığı, tedavi öncesi EKG'nin normal olduğu, orta ya da şiddetli depresyonlarda önerilir (Aşkın 1994, Birsöz ve Turgay 1994, Öztürk 1994).

Çocukluk ve ergenlik depresyonlarında desipramin, imipramin ve amitriptilin kullanılır. Bu ilaçlara genellikle günlük 1-1.5 mg/kg dozla başlanıp, her üç günde bir 1-

1.5mg/kg artışlar yapılarak 5mg/kg'a kadar çıkılabilir. Doz günde iki veya üç bölünmüş olarak verilmelidir. Çocuklar ve ergenlerde sabit doz ve plazma düzeyi arasında çok az ilişki olduğu için plazma düzeyi ölçülmesi pek gerekli değildir. Tedavi, düzelmeden sonra 3-6 ay sürdürülebilir ve yavaş yavaş kesilir. Fluoksetin ve sestralın gibi selektif seratonin geri alım blokörleri de yararlı ve nisbeten güvenli ilaçlardır (Yüksel 2000, Aşkın 1994).

Çocuklar ve ergenlerin plaseboya çok yüksek yanıt vermelerinden dolayı trisiklik antidepressanların plasebodan daha etkili olduğu gösterilememiştir. Örneğin Puiy-Antich, ergenlik öncesi çocuklarda, major depresyonda plasebo ile %68'lik, imipraminle de %56'lık bir düzelmeye bildirmişlerdir. Çocukluk depresyonlarında rutin antidepressan uygulamasını destekleyen açık deliller yoksa da, bazı klinisyenler antidepressanlarla dramatik düzelmeler bildirmektedirler(Birsöz ve Turgay 1994).

Lityum, çocuk ve ergen bipolar bozukluklarında etkin olup, serum düzeyi ve yan etkileri yetişkinlere benzer. Uygulamada problem oluşturmamışsa da lityumun kemik büyümesi ve büyüme hormonu regülasyonunu etkilemesi teorik olarak olasıdır(Aşkın 1994).

#### C- Aile Terapileri:

Gençlerin sorunlarında ailelerin konumu önemli bir yer işgal eder. Bazen çocuğun sorunu ya da ruhsal hastalığı, gerçekte aile içindeki bir sorunu yansıtır olabilir. Yani gençte izlenen tablo, aslında ailedeki patolojinin bir göstergesi rolünü oynayabilir. Örneğin gencin bir sorunu, aslında kopmuş, ancak devam ediyor gibi görünen anne-baba ilişkisinin sağlıklı sürecini temin eden bir araç görevi görebilir. Nitekim bu ailelerde çocuğun iyileşme belirtileri göstermesi aileyi hoşnut etmeyecek, çünkü gencin iyileşmesi, ebeveyn arasındaki çatışmaların gün ışığına çıkmasına sebep olabilecektir. Öte yandan çocukta izlenen bazı belirtiler de (örneğin intihar tehdidi ya da girişi gibi) gerçekte aileye gönderilen yardım, anlayış, yakınlık vb. istekleri bildiren sinyaller olabilir, ya da gençle aile bireyleri arasındaki çatışmalarda görülen akılsal gösterilerin

nedenlerini oluşturabilir. Diğer yandan çocuk ya da gencin rahatsızlığı ailede değişik tepkilerin doğmasına da neden olabilir. Bazı aileler çocuklarındaki ruhsal bir rahatsızlığı kabullenir ve tedaviye yardımcı olurlarken, bazıları hastalığı reddedici bir tutum içinde olabilir. Bu nedenlerden dolayı genç, ayrı ve bağımsız bir birey olarak ele alındığı gibi, ailesiyle ilişkileri de değerlendirilmeli, aile dinamiği çıkartılmalı ve aile ile yakın işbirliği kurularak gerektiğinde aile de tedaviye alınmalıdır (Yüksel 2000, Sayıl 1987, Işık 1994)

Ailelerle çalışmanın esası, öncelikle onları çocuklarının hastalığı hakkında eğitmektir. Bazı aileler hastalık konusunda duyarlı olmasına rağmen bazıları hastalığın kendi hastalarından dolayı kaynaklandığını düşünerek çekingen davranırlar. Bundan dolayı aileleri de psikososyal tedavi kapsamına almak gereklidir (Yüksel 2000, Tezcan ve ark 1995).

Çocuğun öğretmeni ile de ilişki kurarak, hastalığın yapısı, çocuktan neler istenebileceği, çocuğun hasta olduğu kötü ya da özürlü olmadığı iletilmelidir (Tezcan ve ark 1995).

D-Elektrokonvulsif tedavi (EKT):

Çaresiz kalınan vakalarda ender başvurulan bir tedavi yöntemidir (Yüksel 2000, Işık 1994).

E-Halk sağlığı açısından tedaviye bakış:

Temel sağlık hizmetleri çerçevesinde ele alındığında depresyonun, hekime başvurmadan önceki seviyede tespiti ile karşılaşırız. Bu konuda taramalarda kullanılan tanı ölçütleri, hastaları tanımlamakta geçerlilik ve güvenilirliği sağlamıştır. I. Basamak sağlık hizmetlerine bu konuda destek verilerek, hizmet içi eğitim çalışmaları yapılmalıdır (ICD-10 1996, Velicangil 1975).

Koruyucu akıl sağlığı hizmetleri ve bu hizmetleri verecek olan kuruluşları şöyle

özetleyebiliriz (WHO 1998, TSH-RS 1995, Öztürk 1994, Velicangil 1975, ):

#### 1-Akıl Sağlığı Merkezleri:

Bu merkezler aile ve bireylerin eğitimi, akılsal bozuklukların erken teşhisi ve gerekenlerin ayakta tedavisi veya hastanelere sevkinde yardımcı olurlar. Bu merkezler, akıl sağlığı hizmetinin çekirdeğini teşkil eder.

#### 2-Akıl Sağlığı Tedavi Kurumları:

Bunlar psikiyatri klinikleridir. WHO, bu kliniklerin 'açık kapı' sisteminde çalışmalarını ve toplum ile sıkı temas halinde bulunmalarını tavsiye eder.

#### 3-Akıl Sağlığı Rehabilitasyon Merkezleri:

Kişilerin topluma adaptasyonu ve meslek edinme çalışmalarını örgütler

#### 4-Akıl Sağlığı Araştırma Merkezleri:

Akıl sağlığı dalında epidemiyolojik araştırmaları yapar. Sosyoekonomik ve kültürel koşullara göre en uygun düşecek olan hizmetleri organize eder.

#### 5-Çocuk Sağlığı Merkezleri

Çocuklarla ilgili olarak okullarda rehberlik çalışmalarını düzenler. Gerekli uzmanlarla görüşerek Akılsal bozukluklara eğilimi olan çocukların, tedavi ve takip çalışmalarını organize eder. Okul ve öğretmenlerle görüşerek, okulda çocuğun başarısının arttırılmasını sağlar ve okul-aile işbirliğinde katalizör rol oynamak bu merkezlerin görevidir.

### 3. MATERYAL ve METOT

Araştırma 1998 yılında Konya il merkezinde yapıldı. Araştırma, tanımlayıcı ve kesitsel bir araştırmadır. Proje 1997 yılında Sağlık Bilimleri Enstitüsüne teslim edildi. 1998-99 yılında çalışma yapıldı, 1999'da literatürler güncelleştirildi. Bunun için internet ortamında web sitelerinden, YÖK, Hacettepe ve Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi kütüphanesinden yararlanıldı ve tez yazımına başlandı.

#### Araştırmanın tipi:

Araştırma, tanımlayıcı ve kesitsel bir araştırmadır.

#### Araştırma evreni

Araştırma evreni, Konya ili ve merkez ilçeleri Selçuklu, Karatay ve Meram'daki ilk öğretim okullarının II. Kısım, VII öğrencilerin anne-babalarıdır.

#### Araştırmanın örnekleme

1998-1999 öğretim döneminde Konya ili ve merkez ilçelerdeki ilk öğretim okullarının II kısım VII sınıf öğrencilerinin tümü çalışma kapsamına alındı. Ayrıca bu öğrencilerin anne ve / veya babaları da çalışma kapsamına alındı.

#### Veri kaynakları

Veri kaynakları ilköğretim II kısım VII sınıf öğrencilerine doldurtulan Çocuk Depresyon Ölçeği ile sosyodemografik anket formudur. Anne ve/veya babalara ise çocukluk depresyon ölçeğinin anne-baba formu doldurtulmuştur.

#### Verilerin elde edilmesi

Verilerin elde edilmesi için ÇDÖ, ÇDÖ anne-baba formu ve sosyodemografik anketten yararlanıldı. Veriler öğrencilerle yüz yüze doldurtularak toplanmıştır.



### Etik durum ve izinler

Konya Valiliği ile il ve ile Milli Eğitim M¼d¼rl¼klerinden yazılı izin alındı. Ayrıca uygulamanın yapıldığı tüm ilköğretim okulu m¼d¼rleri ve öğretmenlerinden sözl¼ izin alındı. Öğrencilerden ve anne-babalarından ise form ve anket uygulaması için onay alındı.

### Araştırmanın değişkenleri

Öğrencilerin; cinsiyeti, yaşı, anne-babanın hayatta olup olmadığı, anne-babanın mesleği, anne-babanın sigara ve alkol kullanıp kullanmadığı, anne-babanın kronik hastalığı olup olmadığı, kardeş sayısı, kaçıncı çocuk olduğu, okul başarısı ve ailenin ekonomik durumunu irdeleyen özellikleri araştırmanın değişkenleridir. Ayrıca çocuk depresyon ölçeği (DÖ) ve anne-baba formu araştırmanın diğer önemli değişkenlerindedir.

### Anketör seçimi ve eğitimi

Anketörler, Selçuk Üniversitesi Tıp Fak¼ltesi, Halk Sağlığı ABD’de staj yapan intern doktorlardan seçildi. İtern doktorlar 14 kişi idi. Form ve anketlerin uygulamasıyla ilgili eğitim verildi. Bu amaçla ikişer kişilik pilot uygulama yaptırıldı. Anketörlerin çalışmalarının karşılığı araştırıcı tarafından ödendi.

### Veri toplama denetimi

Anket uygulamalarının denetiminde ulaşım güçlüğü sebebiyle ilköğretim okullarına telefon edilerek anketlerin yapılıp yapılmadığına ilişkin bilgiler alınarak anketörler denetlendi.

### Analize hazırlık ve veri denetimi

Ölçek ve anket formlarındaki veriler kodlanarak veri kodlama formlarına işlendi. Veriler, aynı sıra ve aynı kodlarla SPSS for Windows 10.0 paket programına aktarıldı.

Veri kodlarının en az-en çok denetimi yapıldı, kodların karşılıkları bilgisayara tanıtıldı. Veri kodlama formundaki bilgiler %1 oranında rasgele olarak anket ve ölçek formlarıyla karşılaştırılarak denetlendi.

### Verilerin analizi

Verilerin analizi özetlenmesinde ortalama, standart sapma, ortanca, en az (min)-en çok (max) ve yüzde kullanıldı. Ayrıca ki-kare testi, intraclass korelasyon, Kappa istatistiği, Chronbach  $\alpha$  katsayısı ve logistik regresyon analizleri de yapıldı.

### Araştırma bütçesi

Tezin proje aşamasında yapılan masraflar, anket hazırlanmasındaki masraflar, anket uygulamasındaki (anketörlerin yevmiye ücretleri ve diğer giderler) masraflar, literatürleri belirlemek ve ulaşmak için yapılan masraflar, bilgisayar ortamına aktarmak için yapılan masraflar, tezin basımı ve çoğaltılması için yapılan masrafların tamamı araştırmacı tarafından karşılandı, herhangi bir kuruluş yada fondan mali destek alınmadı.

### **Araştırmada Kullanılan Önemli Terimler**

**Depresyon:** : Depresyon kişisel, mesleki, ailevi ve sosyal ağır komplikasyonları olan; ölüm riski taşıyan, yaygın, süregen ve maliyeti çok yüksek bir hastalıktır.

**Epidemiyoloji:** Toplumlarda sağlıkla ilgili tüm olayları (hastalıkların/sağlık sorunlarının dağılımı, sıklığı ve nedenleri)kişi, yer ve zaman özelliklerine göre inceleyen bu olayların sebepleri ve bunları etkileyen faktörleri araştıran, elde edilen sonuçlara göre toplum sağlığını geliştirmek ve hastalıkları azaltmak için en uygun çözüm yollarını belirleyen yöntemlerin tümüdür.

**Sosyodemografik Özellik:** Nüfusun yapısını incelerken birey bazında ele alınan yaş, cinsiyet, doğum, ölüm, evlenme, meslek, aile yapısı, göç gibi özelliklerdir.

**Çocukluk Depresyon Ölçeği(ÇDÖ):** Araştırmada kullanılan bu ölçek çocuklardaki depresyon düzeyini niteliksel olarak tespit eder. 6-17 yaş arası çocuklara uygulanabilen kendini değerlendirme ölçeğidir. Ölçek 27 maddeliktir ve her madde üç seçenekten oluşmaktadır. Çocukların, maddeleri son iki haftalarını düşünerek yanıtlaması istenir. Her maddedeki cümleler çocukluk depresyonunun belirtilerine ilişkin ifadeler içermektedir. Örneğin;1-Kendimi arada sırada üzgün hissederim 2-Kendimi üzgün hissetmem 3-Kendimi her zaman üzgün hissederim (Kovacs 1985, Savaşır ve Şahin 1997).

Her madde belirtinin şiddetine göre 0, 1 veya 2 puan alır. Bu puanların toplanmasıyla depresyon puanı elde edilir. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 54'tür. Toplam puanın yüksek oluşu,depresyon düzeyinin ya da şiddetinin yüksekliğini gösterir. Kesim puanı 19 olarak önerilir (Kovacs 1981, Öy 1991). Son yıllarda kesim puanı 17 üzerinden yapılan çalışmalarda mevcuttur (Almqvist ve ark 1999, Almqvist ve ark 1999\*).

Ölçek ilk olarak 1980 yılında Kovacs tarafından geliştirilmiştir. Orijinal adı Children's Depression Inventory (CDI)'dir. Ölçeğin iç tutarlılık katsayısı 0.86, test tekrar test güvenilirliği 0.72 olarak bulunmuştur (Kovacs 1981).

Çocuklar için Depresyon Ölçeği önce Öy tarafından Türkçe'ye çevrilmiş, daha sonra Hacettepe Üniversitesi Çocuk Psikiyatrisi Kliniği'nde görevli dört öğretim üyesi tarafından gözden geçirilerek son şekli verilmiştir. Çocuklar için Depresyon Ölçeği 6-17 yaşlarına uygulanabilen bir ölçek olmasına rağmen, yapılmış olan çalışmada 9 yaşın altındakilerin ölçeği kavramakta güçlük çekebilecekleri, 13 yaşın üstündekilerin ise ergenlik dönemine girmeleri nedeniyle sonuçlarda sapmaya neden olabilecekleri düşünülerek 9-13 yaş arası daha uygun görülmüştür (Öy 1991).

Türkiye'de yapılan çalışmalarda ölçeğin doğru tanı koyma oranı %84.75 olarak bildirilirken, ölçüt bağıntılı geçerlilik ise %61.0 olarak bulunmuştur. Ayrıca ölçeğin test-tekrar test güvenilirliği %80.0 olarak bulunmuştur (Öy 1991).

**Anne-Baba Çocukluk Depresyon Ölçeği (AB-ÇDÖ):** Çocuklar için Depresyon Ölçeği'nin, anne veya baba tarafından çocuklarının geçmiş iki haftası göz önünde bulundurularak doldurulması istenen bir ölçektir. Değerlendirme yine ÇDÖ değerlendirmesi gibi yapılır. Kesim puanı 19'dur (Öy 1991).

Hem çocuktan hem de anne ve babadan alınan bilgiler doğrultusunda depresyon tanısının konmasının daha güvenilir olduğu bildirilmiştir (Kronenberg ve ark 1988, Tezcan ve ark 1995).

Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik testleri yine Öy tarafından yapılmıştır (Öy 1991).



#### 4 . B U L G U L A R

Araştırma kapsamına alınan Konya il merkezindeki ilköğretim okullarının 7. sınıflarındaki 7602 öğrencinin 3010'u (% 39.6) kız, 4592'si (% 60.4) erkek olup % 87.7'si 13 ve 14 yaşlarında idi. Yaş gruplarına göre dağılım cinsiyete göre farklılık göstermekte, küçük yaşlarda kız çocuklarının, büyük yaşlarda ise erkek çocuklarının oranı daha fazlaydı (P<0.05) (Tablo 4.1).

*Tablo 4.1. Öğrencilerin yaş ve cinsiyete göre dağılımı*

Yaşlar	Kız		Erkek		Toplam	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
12	164	59,9	110	40,1	274	100,0
13	1813	49,4	1856	50,6	3669	100,0
14	912	30,4	2084	69,6	2996	100,0
15	109	19,5	450	80,5	559	100,0
16	12	11,5	92	88,5	104	100,0
Toplam	3010	39,6	4592	60,4	7602	100,0

$$\chi^2=428.5, sd=4, P=0.000$$

Araştırmada çocuklarla ilgili olarak elde edilen sosyodemografik özellikler, çocukların depresif olup olmama durumlarıyla birlikte ele alındı.

Araştırma popülasyonunda Kovaks ölçeğine göre (ÇDP) çocuklar arasında depresif bulunma oranı % 9.9 bulundu (7602 çocuktan 754'ü).

ÇDP'ye göre çocukluk depresyon oranı erkeklerde daha düşük bulundu (P<0.05) (Tablo 4.2)

*Tablo 4.2. Çocukluk depresyonunun cinsiyete göre dağılımı*

Cinsiyet	Depresif olan		Depresif Olmayan		Toplam	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Kız	407	13.5	2603	86.5	3010	100.0
Erkek	347	7.6	4245	92.4	4592	100.0
Toplam	754	9.9	6848	90.1	7602	100.0

$\chi^2=72.40$ ,  $sd=1$ ,  $P=0.000$

Depresif olan ve olmayan çocukların yaşa göre dağılımı incelendi. Depresyon oranı 16 ve 15 yaşındaki çocuklarda diğerlerine göre anlamlı düzeyde daha yüksek bulundu ( $P<0.05$ ) (Tablo 4.3)

*Tablo 4.3. Depresif olan ve olmayan çocukların yaşa göre dağılımı*

Yaş	Depresif Olan		Depresif Olmayan		Toplam	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
12	29	10.6	245	89.4	274	100.0
13	309	8.4	3360	91.6	3669	100.0
14	321	10.7	2675	89.3	2996	100.0
15	74	13.2**	485	86.8	559	100.0
16	21	20.2*	83	79.8	104	100.0
Toplam	754	9.9	6848	90.1	7602	100.0

\* $\chi^2=30.63$ ,  $sd=4$ ,  $P=0.000$

\*\* $\chi^2=18.42$ ,  $sd=3$ ,  $P=0.001$

Anne ve/veya babanın hayatta olup olmaması ya da ayrı yaşama durumu ile çocukluk depresyonu arasındaki ilişki incelendi. Annesi ölen çocuklarla anne-babası ayrı yaşayan çocuklarda depresyon oranı önemli derecede yüksek bulundu ( $P<0.05$ ) (Tablo 4.4)

*Tablo 4.4. Anne-babanın durumuna göre çocukluk depresyon oranının dağılımı*

Anne-babanın durumu	Depresif olan		Depresif olmayan		Toplam-	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Anne baba sağ	700	9.7	6534	90.3	7234	100.0
Anne ölü	8	22.9*	27	77.1	35	100.0
Baba ölü	25	11.2	198	88.8	223	100.0
Anne baba ayrı	21	19.1**	89	80.9	110	100.0
Toplam	754	9.9	6848	90.1	7602	100.0

\* $\chi^2=17.80$ ,  $sd=3$ ,  $P=0.000$

\*\* $\chi^2=11.28$ ,  $sd=2$ ,  $P=0.004$

Anne-babanın mesleğine göre çocukluk depresyon oranları irdelendi. Annesi ölenler dışındaki çocukların annelerinin sadece % 6.7'si ücret karşılığı herhangi bir işte çalışmakta ya da bu işten emekli durumundaydı. Annenin ev hanımı olması ya da bir işte çalışması ile çocukluk depresyonu arasında ilişki saptanmadı ( $P>0.05$ ).

Çocukların babalarının mesleğine göre depresyon durumları karşılaştırıldığında (babası ölenler hariç) babası serbest meslek ve tüccar olanlarda depresyon oranının daha düşük olduğu belirlendi (P<0.05). Diğer mesleklerle çocukluk depresyonu arasında ilişki saptanamadı (P>0.05) (Tablo 4.5).

*Tablo 4.5. Baba mesleğine göre çocuklarda depresyon olup olmama durumu*

Baba Mesleği	Depresif		Depresif değil		Toplam	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
İşsiz	27	12.8	184	87.2	211	100.0
İşçi	217	10.9	1770	89.1	1987	100.0
Memur	156	10.7	1306	89.3	1462	100.0
Serbest meslek ve tüccar	70	6.3*	1041	93.7	1111	100.0
Esnaf ve sanatkar	185	9.5	1756	90.5	1941	100.0
Sağlık personeli	5	7.9	58	92.1	63	100.0
Emekli	49	13.5	315	86.5	364	100.0
Çiftçi	19	8.9	195	91.1	214	100.0
Belirtilmeyen	1	3.8	25	96.2	26	100.0
<b>Toplam</b>	<b>729</b>	<b>9.9</b>	<b>6650</b>	<b>90.1</b>	<b>7379</b>	<b>100.0</b>

Not : Babası ölü olan çocuklar dahil edilmemiştir(n=223).

\* $\chi^2=28.53$ , sd=8, P=0.000



Depresyon ölçeği (ÇDÖ) uygulanan 7602 çocuğun % 62.6 sı 2 ve 3, % 13.5 i ise 5 ve yukarı çocuklu ailelere mensuptu. Çocuk sayısı ortancası 3 idi. Ailedeki çocuk sayısı ile çocuklarda depresyon oranları arasında bir ilişki saptanamadı ( $P>0.05$ ) (Tablo 4.6).

*Tablo 4.6. Ailelerin çocuk sayısına göre çocukların depresyon oranları*

Kardeş Sayısı	Depresif olan		Depresif olmayan		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Tek çocuk	25	12.6	174	87.4	199	2.6
2 çocuk	167	9.3	1620	90.7	1787	23.5
3 çocuk	275	9.2	2699	90.8	2974	39.1
4 çocuk	185	11.5	1430	88.5	1615	21.2
5 çocuk	102	9.9	925	90.1	607	8.0
Toplam	754	9.9	6848	90.1	7602	100

$\chi^2=7.99$ ,  $sd=4$ ,  $P=0.092$

Çocukların doğum sırası ve buna göre depresif olup olmama durumuna bakıldığında, doğum sırasıyla çocukluk depresyon puanı arasında ilişki saptanamadı ( $r_s=0.016$ ,  $P=0.165$ ). Doğum sırasına göre depresyon oranları arasında da istatistiksel olarak önemli fark bulunmadı ( $P>0.05$ ) (Tablo 4.7).

*Tablo 4.7. Öğrencilerin ailenin doğum sırasına göre depresyon oranları*

Çocuğun doğum sırası	Depresif olan		Depresif olmayan		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
1. Çocuk	258	9.8	2370	90.2	2628	34.6
2. Çocuğu	216	9.2	2121	90.8	2337	30.7
3. Çocuğu	141	9.6	1327	90.4	1468	19.3
4. Çocuğu	88	12.7	603	87.3	691	9.1
5. Çocuk ve sonrası	51	10.7	427	89.3	255	3.4
Toplam	754	9.9	6848	90.1	7602	100.0

$\chi^2=7.82$ ,  $sd=4$ ,  $P=0.098$

Anne ve/veya babası ölenler dışındaki çocukların anne-babalarının sigara içme ve alkol alma durumuna göre depresif olup olmama oranları irdelendi. Hem sigara içen hem de alkol alan babaların çocuklarında depresyon oranı daha yüksek iken ( $P<0.005$ ), sadece sigara içen annelerin çocuklarında depresyon oranı diğerlerinden yüksekti ( $P<0.005$ ) (Tablo 4.8).

*Tablo 4.8. Anne-babanın, alkol ya da sigara kullanma durumuna göre çocukların depresif olup olmama oranları (anne ve/veya babası ölenler hariç)*

Değişkenler	n	Depresif Olan		Depresif Olmayan		$\chi^2$	P
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde		
<b>Anne alkol</b>						0.52	0.471
Alan	51	3	5.9	48	94.1		
Almayan	7516	743	9.9	6773	90.1		
<b>Baba alkol</b>						8.24	0.004
Alan	458	63	13.8*	395	86.2		
Almayan	6921	666	9.6	6255	90.4		
<b>Anne sigara</b>						10.88	0.001
Kullanan	968	124	12.8*	844	87.2		
Kullanmayan	6599	622	9.4	5977	90.6		
<b>Baba sigara</b>						8.32	0.004
Kullanan	4858	515	10.6*	4343	89.4		
Kullanmayan	2521	214	8.4	2307	91.6		

Çocukların bir önceki yılda sınıf geçme başarılarına göre depresif olup olmama durumları incelendiğinde başarı durumu arttıkça depresyon oranının oransal olarak azaldığı ( $P<0.005$ ), ve başarı ile ÇDP arasında negatif korelasyon bulunduğu gözlemlendi ( $r_s=-0.18$ ,  $P=0.000$ ) (Tablo 4.9).

Tablo 4.9. Çocukların depresif olup olmama durumunun başarı durumuna göre dağılımı

Başarı Durumu	Depresif olan		Depresif Olmayan		Toplam	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Sınıfı tekrarlayan	36	19.8**	146	80.2	182	100.0
Doğrudan geçen	509	11.7	3851	88.3	4360	100.0
Teşekkürle geçen	102	8.5***	1104	91.5	1206	100.0
Takdirle geçen	107	5.8*	1747	94.2	1854	100.0
Toplam	754	9.9	6848	90.1	7602	100.0

\* $\chi^2=73.32$ ,  $sd=4$   $P=0.000$

\*\* $\chi^2=23.46$ ,  $sd=2$ ,  $P=0.000$

\*\*\* $\chi^2=10.00$ ,  $sd=1$ ,  $P=0.002$

Evdeki oda sayısı ve evde kendine ait oda olup olmamasına göre çocukluk depresyon oranlarına bakıldı. Evinde üç ve daha az oda sayısı olan ailelerin çocuklarında ve kendine ait odası olduğunu ifade eden çocuklarda depresyon oranı daha yüksek bulundu( $P<0.05$ ) (Tablo 4.10).

*Tablo 4.10. Çocukların depresif olup olmama durumunun evdeki oda sayısı ve kendine ait odasının olup olmamasına göre dağılımı*

Değişkenler	n	Depresif olan		Depresif olmayan		$\chi^2$	P
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde		
Oda sayısı						10.50	0.015
İki	117	15	12.8	102	87.2		
Üç	1771	206	11.6*	1565	88.4		
Dört	4475	426	9.5	4049	90.5		
Dörtten fazla	1224	104	8.5	1120	91.5		
Kendine ait oda						44.55	0.000
Yok	4665	378	8.1	4287	91.9		
Var	2937	376	12.8*	2561	87.2		
Toplam	7602	754	9.9	6848	90.1		

Ailelerin ekonomik durumları dolaylı olarak belirlenmeye çalışıldı. Bunun için bulaşık makinesi, çamaşır makinesi ve otomobil varlığına göre basit bir skala geliştirildi. Ekonomik durumuna göre çocuklardaki depresyonun dağılımı incelendi. Ekonomik durumu kötü olan ailelerin çocuklarında depresyon oranının diğerlerinden daha yüksek olduğu görüldü ( $P < 0.05$ ) (Tablo 4.11).

*Tablo 4.11. Ailelerin ekonomik durumuna göre çocukluk depresyon oranları*

Ekonomik Durum	Depresif Olan		Depresif Olmayan		Toplam	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Çok kötü	107	14.0*	658	86.0	765	100.0
Orta	265	9.8	2447	90.2	2712	100.0
İyi	260	9.5	2488	90.5	1748	100.0
Çok iyi	122	8.9	1255	91.1	1377	100.0
Toplam	754	9.9	6848	90.1	7602	100.0

\* $\chi^2=16.6$ ,  $sd=3$ ,  $P=0.001$

Ebeveyn tarafından doldurulması istenen AB-ÇDÖ'nin, çocuğun depresif olup olmamasına göre evde kimin tarafından doldurulduğu öğrenildi. Depresif çocuklarda formun hiç doldurulmama ve anne-baba dışındaki kişilerce doldurulma oranı anlamlı derecede yüksekti ( $P<0.05$ ) (Tablo 4.12). AB-ÇDÖ'nin anne ve/veya babası tarafından doldurulan çocuklarda toplam depresyon oranı % 7.9 iken anne-baba dışındaki kişilerce doldurulan ya da forma yanıt vermeyen ailelerin çocuklarında bu oran daha yüksekti ( $P<0.05$ ) (Tablo 4.12).

*Tablo 4.12. Ebeveyn formunun depresyon olan ve olmayan çocuklarda ailede kimin tarafından doldurulduğuna göre dağılımı*

Formu dolduran	Depresif olan		Depresif olmayan		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Anne ve/veya baba	347	7.9*	4065	92.1	4412	100.0
Diğer	65	13.8	407	86.2	472	100.0
Doldurulmayan	342	12.6	2376	87.4	2718	100.0
Toplam	754	9.9	6848	90.1	7602	100.0

\* $\chi^2=50.26$ ,  $sd=2$ ,  $P=0.000$

Ki-kare analizlerinin sonucunda çocukluk depresyonu ile ilişkili bulunan faktörler tek tek ele alındığından, sonucu etkilemede gerçekten etkili faktörleri ortaya çıkarabilmek için logistik regresyon analiziyle, bu faktörlerin tümünün depresyon üzerindeki etkileri irdelendi. Ki-kare analizlerinde etkili olduğu bulunan on faktörden dördünün etkili olmadığı ortaya çıktı (Tablo 4.13). Buna göre bu çalışmanın yöntem ve koşullarında çocukluk depresyonu ile ilişkili bulunan faktörler şunlardır: Yaş, cinsiyet,

annenın sigara içmesi, başarı durumu, çocuğa ait oda olup olmaması, ebeveyn formunun kim tarafından doldurulduğu. Bunlar arasında odds oranı en yüksek olanlar arasında doğrudan çocukla ilişkili olanlar cinsiyet, yaş ve başarı durumu ile; dolaylı etkisinden bahsedile bilinecek olanlar ise annenın sigara içmesi, çocuğa ait oda olup olmaması, ebeveyn formunun kim tarafından doldurulduğudur.

*Tablo 4.13. Çocukluk depresyonu ile ilişkisi bulunan faktörlerin logistik regresyon sonuçları*

Değişkenler	B	St hata	P	Odds oranı
Cinsiyet	0.922	0.084	0.000	2.514
Yaş	0.322	0.053	0.000	1.380
Babanın alkol alması	0.196	0.150	0.192	1.217
Babanın sigara içmesi	0.128	0.085	0.132	1.137
Annenin sigara içmesi	0.267	0.110	0.015	1.306
Başarı durumu	-0.440	0.052	0.000	0.644
Çocuğa ait oda olması	0.519	0.083	0.000	1.681
Ebeveyn formunun kim tarafından doldurulduğu	0.524	0.079	0.000	1.688
Ekonomi düzeyi	-0.083	0.046	0.072	0.920
Oda sayısı	-0.091	0.059	0.125	0.913

Denklikte yer alan faktörler depresif olup olmama durumunu % 90.1 oranında açıklanmaktadır ( $\chi^2=4285.4$ ,  $sd=9$ ,  $P=0.000$ ).



Çocukların depresyon puanını belirlemek üzere anne ve/veya babalar tarafından doldurulması istenen formun (AB-ÇDÖ) % 35.8' ne yanıt gelmemiş, % 6.2'side anne-baba dışındaki aile büyükleri tarafından doldurulmuştu. Bu grup hariç tutularak anne ve/veya baba tarafından doldurulan (% 58.0) anne-baba formundaki ÇDP ile bu ailelerin çocuklarının doldurduğu formlardaki ÇDP karşılaştırıldı. Her iki formdaki ÇDP'leri arasında güvenilirlik söz konusu idi( $\alpha=0.726$ ,  $P=0.000$ ). Aynı formlar kesim puanına göre çocuğun depresif olup olmaması yönünden karşılaştırıldığında saptanan "gözlenen uyum" oranı % 92.2 idi. Ancak Kappa uyum katsayısı düşük bulundu ( $K=0.35$ ,  $P=0.000$ ). Babaların doldurduğu formlarla çocukların puanı arasındaki uyum daha düşüktü ( $K=0.22$ ,  $P=0.000$ ).



## 5 . T A R T I Ő M A V E S O N U Ç

Araştırma kapsamına alınan öğrencilerin yaş gruplarına göre dağılımı cinsiyet açısından farklılık arz etmektedir. Kck yaşlarda kız çocuklarının, büyük yaşlarda ise erkek çocuklarının oranı daha fazladır (Tablo 4.1). Bu durum toplumda kız çocuklarının daha erken okula gönderilme eğilimi ya da sınıf tekrarı alan öğrencilerin çoğunun erkek öğrencilerden oluşmasından kaynaklanabilir.

Araştırma populusyonunda DP'ye göre çocuklarda depresif olarak tanımlamaların oranı % 9.9 olup, bu oran kız çocuklarında daha yüksektir (Tablo 4.2). Yedinci sınıf öğrencileri arasında kız çocuklarında depresyon oranının daha yüksek olması; ve kızların puberteye erkeklerden daha önce girmesi, hormonal dengenin bozulması, bu dönemde erkeklere oranla daha fazla gclkle karşılaşması ve cinsiyete ilişkin rollerin kızlar için daha az etkili başa çıkma mekanizmalarına olanak tanınması ile açıklanabilir. 12 yaş üzeri adölesan döneminde kız çocuklarındaki depresyona eğilimdeki artışa başka araştırmacılar da dikkat çekmiştir (Kashani ve ark 1987, Demir ve ark 1999, Şenol 2000). Hem bu çalışmada hem diğer araştırmalardan anlaşıldığına göre depresyona eğilimde cinsiyet farkı 12-13 yaşlardan itibaren ortaya çıkmaktadır Daha nceki yaşlarda yani puberte öncesinde cinsiyete göre DP ortalamalarının farklı olmadığı bilinmektedir (Doerfler ve ark 1988, Finch ve ark 1985, Kaslow ve ark 1984, Lefkowitz ve ark 1985, Saylor ve ark 1984, Slothkin ve ark 1988, y 1991, Tezcan ve ark 1995).

Araştırma kapsamındaki 12-16 yaş çocuklar arasında depresyon oranı, kızlarda daha yüksek olmak üzere 15-16 yaşlarda artış göstermektedir (Tablo 4.3). Çocukluk depresyonunun 10 yaştan itibaren başladığı bilinmektedir (Şenol 2000). Çalışma grubunda bu yaşlarda depresyonun yüksek bulunmasının sebebi, bu yaştaki çocukların puberte dönemi sorunlarını yoğun olarak yaşamaları olabilir (Weinberg ve ark 1989, Tezcan ve ark 1995, Demir ve ark 1999, Mayda ve ark 1997). Sınıfına göre oldukça

büyük yaşta olan bu çocuklar sınıf tekrarı da almış olabilirler. Okuldaki başarısızlık durumu ile depresyon ilişkisi ileride tartışılacaktır.

Annesi ölen çocuklarla anne-babası ayrı yaşayan çocuklarda depresyona eğilim artmaktadır (Tablo 4.4). Yaşam boyu destek alacağı bir varlık olan annenin ölümü çocukta yeti yitimine sebep olarak depersyonu açığa çıkarmaktadır. Anne-baba arasında boşanmaya varan geçimsizlikler ya da ayrı yaşamaya yol açan sorunlar çocuğun aile içerisinde ilgi ve sevgi noksanlığını beraberinde getirmektedir. Bunlarla ilgili olarak benzer yaşlarda 467 çocuğa yapılan bir ankette çocuklara korkuları sorulduğunda, anne ölümü birinci sırayı alırken anne-baba ayrılığı ilk beş korku arasında yer almıştır (Aslan ve Alparslan 1999). Yine anne ölümü ve ebeveynin boşanmasının depresyonu artırıcı rol oynadığını belirten çalışmalar da (Demir ve ark 1999, Göğüş 1995, Aşkın 1995) bu çalışmadaki bulguları destekler özelliindedir. Marton ve Maharaj (1993) ise anne-babadan birinin ölümünün doğrudan doğruya depresyonu artırmadığını ileri sürmüşler, asıl sebep olarak aile etkileşimi ve önceki uyum yeteneğinin kaybolmasını göstermişlerdir.

Babasının mesleği tüccar ve serbest meslek olan çocukların depresyona eğilimi daha düşüktür. Baba mesleğinin sosyoekonomik düzeyle doğrudan ilişkili olduğu düşünülebilir. Ekonomik durumun iyi olmasının depresyonu azaltıcı faktörlerden biri olduğunu ileri süren çalışmalar vardır (Lefkowitz ve Tesiny 1985, Aydın ve Doğan 1988, Öy 1991, Tezcan ve ark 1995). Anne mesleğinin çocuk depresyonu ile bir ilişkisi yoktur.

Ailelerin çocuk sayısı ile çocukların depresif olup olmamaları arasında ilişki yoktur (Tablo 4.6). Diğer birçok araştırmada da kardeş sayısının depresyonla ilişkili olmadığı gösterilmiştir (Akiskal ve Weller 1989, Mc Couley ve ark 1993, Demir ve ark 1999).

Çocukların doğum sırası ile depresyona eğilim arasında ilişki yoktur (Tablo 4.7). Çoğu yayında çalışmamıza benzer şekilde doğum sırası ile depresyona eğilim

arasında ilişki saptanmamıştır (Akiskal ve Weller 1989, Mc Couley ve ark 1993, Demir ve ark 1999). Buna karşılık 1. çocukların psikolojik problemlere daha yatkın olduğunu ifade eden çalışmalar da (Böke ve ark 1995) vardır. Bunun nedeni olarak 1. çocukların aile içi sorumluluklarda diğer kardeşlerden daha ön planda tutulması ve örnek olma psikolojisi gösterilmiştir.

Okulda başarısız olan çocuklar arasında depresyon oranı daha yüksektir (Tablo 4.9). Okuldaki başarısızlık çocuklarda depresyona eğilimi artırmakta ya da depresif çocuklarda başarı oranı düşmektedir. Okul başarısızlığında aile içi geçimsizlikler, okul isteksizliği, öğretmen-öğrenci çatışmaları da rol oynayarak depresyona gidişi hızlandırabilir. Sınıfta kalma, okul isteksizliği ve başarısızlığının depresyonlu çocuklarda daha sık görüldüğüne dair bilgilerle birlikte, depresyonun tedavisi ile okul başarısızlığının ortadan kalktığını gösteren çalışmalar da vardır (Demir ve ark 1999, Öy 1994, Weinberg ve ark 1989). Başka bir çalışmada ise depresyonlu çocuklarla depresyonlu olmayan çocukların okul başarıları arasında istatistiksel olarak fark bulunmamıştır (Tezcan ve ark 1995). Görülüyor ki depresyon ile okul başarısı birbirini indükleyen kısır bir döngü izlenimini vermektedir. Sonuç olarak, okul başarısı ile depresyon arasında ilişkinin varlığı muhakkaktır. Ancak bu iki faktörden hangisinin sebep hangisinin sonuç olduğu longitudinal araştırmalarla ortaya konulmalıdır.

Sigara içen annelerin çocukları daha yüksek oranda depresiftir (Tablo 4.8). Annenin sigara kullanması aile içi madde bağımlılığını artırarak, çocuklara kötü örnek teşkil etmektedir. Böylece çocuklarda depresyonun oluşması için zemin hazırlanmaktadır. Annedeki her türlü psikopatolojinin çocuk depresyonunu artırıcı role sahip olduğu bildirilmiştir (Şenol 2000). Bunun yanında baba tarafından alkol alınmasının aile fertleri arasında depresyonu artırıcı rol oynadığını bildiren çalışmalar mevcuttur (Grant 1981, Angold 1988, Tezcan ve ark 1995, Aşkın 1995, Demir ve ark 1999).

Çocukların kendine ait odasının olması depresyon oranının artışına eşlik ederken, evdeki oda sayısının artışı depresyon oranının düşüşü ile birlikte gözlenmiştir (Tablo 4.10). Bu çelişkili bir bulgudur. Oda sayısının az olduğu evlerde çocuğa ait oda bulunma olasılığı düşüktür. Bu çelişki çocukların “kendine ait oda” kavramını doğru algılayamamasından kaynaklandığı düşünülebilir. Şöyle ki kendine ait odası olduğunu ifade eden çocukların % 87.3’ünün evinde yalnızca bir yada iki oda olduğu anlaşılmaktadır. Çocukların dünyasında kendine ait odanın olması bir ayrıcalık gibi algılanarak yada bulunduğu odayı sahiplenerek yanlış bilgi verdikleri düşünülmüştür. Bununla birlikte çocuğun kendine ait odada daha çok yalnızlığa itilmesi ve sosyal açıdan zayıf kalması depresyonu körükleyebilir

Ailelerin ekonomik durumu ile depresyonun ilişkisi incelendi. Ki-kare analizine göre ekonomik durumu çok kötü olan ailelerin çocuklarında depresyon oranı oldukça yüksektir (Tablo 4.11). Logistik regresyon analizinde ise ekonominin depresyona etkisi çok belirgin olmamakla birlikte ( $P=0.072$ ), sosyal çalışmalarda P’nin daha esnek ele alınması gerekliliği (Akgül 1997) dikkate alınır; ekonomik durumun çocukluk depresyonuna etkisi yoktur denilemez. Düşük ekonomik düzey, stresli yaşam olaylarıyla başa çıkmada çocuğu sıkıntıya sokmakta ve ailede dayanışma zayıflığını belirgin hale getirmektedir. Parasızlık ve ihtiyaçları karşılamadaki zorluklar çocuğu yaşlıları ile kıyasa götürerek depresyona eğilimi hızlandırmaktadır. Düşük ekonomik düzeyin depresyonu artırdığıyla ilgili çok sayıda literatüre rastlanmaktadır (Lefkowitz ve Tesiny 1985, Aydın ve Doğan 1988, Öy 1991, Tezcan ve ark 1995). Bunun yanısıra ekonomik düzeyin depresyonu etkilemediği hatta yüksek ekonomik düzeyin depresyonu artırdığını savunan araştırmacılar da mevcuttur (Slothkin ve ark 1988, Kashani ve ark 1983, Karaca ve ark 1997). Düşük sosyoekonomik düzeyin yoksunlukla, yüksek sosyoekonomik düzeyin ise tatminsizlikle depresyona eğilimi artırdığı düşünülmektedir.

AB-ÇDÖ’ne göre anne-babalar çocukların % 7.9’nu depresif olarak değerlendirmişlerdir (ÇDP’ye göre % 9.9). Anne baba dışındakilerin ise aynı formu

doldurduğunda çocukların %13.8'ni depresif olarak değerlendirdikleri görülmüştür (Tablo 4.12). Anne-babalar çocuklarını gözlemede daha tutarlıdır. Ancak, anne-baba gözlemine göre depresyon oranının daha düşük olması, anne-babanın gözeticilik ve koruyuculuk duygusunu öne çıkararak çocuklarının durumunu daha iyimser ve doğal kabullenmelerinden kaynaklanabilir. Anne ve babadan alınan bilgiler doğrultusunda depresyon tanısının konulmasının daha sağlıklı olacağını vurgulayan çalışmalar da mevcuttur (Kronenberg ve ark 1988). Anne-baba dışındaki gözleyicilerin çocukları daha depresif tanımlamaları ise çocuğa bakışlarının daha yargılayıcı nitelikte olduğunu akla getirmektedir. Dikkat çekici bir durum da AB-ÇDÖ'ni doldurmayan ailelerin çocuklarında depresyonun yüksek oranda olmasıdır. Bu formların doldurulmama sebebi ya çocukların formları bir sebeple ailelerine ulaştırmamaları, ya ailelere ulaşsa da çocukla ilgili ilgi eksikliği, ya da sonuçla ilgili tedirginlik ve antisosyal tutum olabilir.

Sonuç olarak, bu çalışmadan elde edilen bulgular aşağıdaki gibi özetlenebilir:

1. Kız çocukları depresyona daha çok eğilimlidirler. Kız çocuklarında olaylara karşı başa çıkma mekanizmaları daha az etkilidir. Toplumda cinsiyetler arası duygusal gelişme farklılığı göz önünde tutularak ev ve okulda sosyal bir travmaya maruz kalındığında rehberlik ve danışmanlık hizmetlerinde kız çocuklarına öncelik verilmelidir.

2. Adölesan dönemdeki çocuklarda depresyon oranı artmaktadır. Adölesan dönemde hormonal ve fizyolojik gelişmeler bu yaştaki çocukların bilgi sahibi olmadıkları ilk değişimlerdir. Bu dönemdeki çocuklar gerek sağlık bilgisi ve biyoloji derslerinde gerekse rehberlik öğretmenleri tarafından aydınlatılmalıdır. Ayrıca adölesan dönemdeki çocukların ailelerine de çocukların sorunları ve çözümleriyle ilgili bilgi verilmelidir.

3. Aile ekonomisinin çok kötü olması depresyonu artırmaktadır. Toplumda ekonomik kalkınmaya yönelik çalışmaların yoğunlaşarak ailesel yönden insanların

refaha kavuşması çocuklar üzerinde olumlu etkiler yapacaktır. Okul bünyesinde çocukların ekonomik farklılıklarının dikkate alınarak, düşük ekonomik seviyeli ailelerin çocuklarına burs ve kredi yardımıyla bulunmalıdır.

4. Çocukluk depresyonu ile okul başarısızlığı birbiriyle ilişkilidir. Başarısız ve depresif öğrencileri tek tek ele alarak problemin kaynağına inilmelidir. Psikolojik danışmanlık ve rehberlik öğretmenleri ve psikologlardan destek alınmalıdır. Manifest bir hastalığa sahip çocukları psikiyatristlerle görüştürmelidir. Depresyonlu çocukların tespitini hızlandırmak için, öğrenci dosyalarına genel sağlık bilgileri yanında bir depresyon skalası konulmalı ve risk grubuna giren çocuklara periyodik takip yapılmalıdır. İlgi ve izlemin çocuk üzerindeki olumlu etkisi unutulmamalıdır.

5. Anne ölümü ve anne-baba ayrılığı depresyona itici bir faktördür. Anne yoksunluğu ve anne-babası ayrı olan çocuklara aile bazında danışmanlık hizmeti vererek, bu tip travmalara karşı başa çıkma mekanizmaları anlatılmalıdır. Okul rehberlik hizmetlerinde evdeki ilgi noksanlığını telafi edici çalışmalara ağırlık verilmelidir. Genelde ise anne-baba okullarının açılmasını ve boşanma sıklığını azaltmak için geçimsiz ailelerin başvuracağı aile danışmanlık merkezlerinin açılmasını ve yaygınlaştırılmasını teşvik etmelidir. Ayrıca bu konuda toplumsal eğitim çalışmaları yapılmalıdır.

6. Annesi sigara içen çocuklarda depresyon oranı yüksektir. Ailede sigara içen birinin olması çocuklarda da bu kötü alışkanlıklara afiniteyi artırmaktadır. Annenin özellikle bu konuda daha duyarlı davranması gerekmektedir. Sigaraya başlamayı önleyici önlemler alınmalı ve toplum bu konuda eğitilmelidir. Okul ve aile, sigara ve kötü alışkanlıklar konusunda devamlı iletişim içerisinde olmalıdır.

7. Anne ve baba ilgisizliği, çocukluk depresyonu ile ilişkilidir. Risk grubundaki çocukların aileleri ile iletişim içerisinde olmalıdır. Rehberlik ve danışmanlık öğretmenleri ailenin ilgisizliğinin nedenini araştırarak ilgisizliği kompanse edici rol oynamalıdır.

## 6 . Ö Z E T

S.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü  
Halk Sağlığı (TIP) Anabilim Dalı  
DOKTORA TEZİ / KONYA 2000  
Dr.Hasan KÜÇÜKKENDİRCİ

**Danışman**

Prof.Dr.Said BODUR

### **İlköğretim II. Kısım Öğrencilerinde Kovaks Ölçeği ile**

#### **Depresyon Taraması Sonuçlarının Sosyodemografik Özelliklerle İlişkisi**

**Amaç:** Çocuklarda depresyon prevalansını saptamak ve depresyonla ilişkili sosyodemografik faktörleri belirlemek.

**Yöntem:** Tanımlayıcı ve kesitsel tipteki araştırma, 1998'de Konya il merkezindeki ilköğretim okullarının II. kısımlarında sensus yöntemiyle yapıldı. ÇDÖ, AB-ÇDÖ ve sosyodemografik anketle elde edilen veriler, SPSS for Windows 10.0 istatistik programında ortalama, ortanca, standart sapma, en az-en çok, yüzde, ki-kare testi, intraclass korelasyon, Kappa istatistiği, Chronbach  $\alpha$  katsayısı ve logistik regresyon analizleri kullanılarak irdelendi.

**Bulgular:** 7602 ilköğretim II. kısım öğrencisinin % 9.9'u depresif olarak bulundu. Çocukluk depresyonu ile yaş, cinsiyet, okul başarısı, anne ölümü, ebeveyn ayrılığı, aile ekonomisi, baba mesleği, aile ilgisi ve annenin sigara içmesi arasında ilişki bulundu. Kız çocuklarının (% 13.5) ve 15-16 yaşlarında bulunan adölesan dönemi çocukların (% 14.3) depresyona daha yatkın oldukları görüldü. Okul başarısı iyi olmayan (sınıf tekrarlayan) çocuklarda depresyon oranı % 19.8 bulundu. Bu oran annesi ölenlerde % 22.9 ve anne-babası ayrılmış çocuklarda % 19.1 idi. Depresyon oranı ekonomik düzeyi çok kötü olan ailelerin çocuklarında yüksek (% 14.0), baba mesleği tüccar veya serbest meslek olan çocuklarda ise düşük bulundu (%6.3). Annesi



sigara içen çocuklarda depresyona eğilim daha yüksekti (% 12.8). Anne ve baba ilgisinin düşük düzeyde olduğu belirlenen çocuklarda ise depresyon oranı %12.8 idi.

**Tartışma ve Sonuç:** Bu bulgulara göre adölesan dönemde özellikle kız çocuklarına ve ailelere bu dönemin sorunsuz atlatılmasına ilişkin eğitime destek verilmeli, çocukların okul başarıları artırılmalıdır. Genelde ailelerin ekonomik yapısı güçlendirilmeli, annesi ölen yada anne-babasından ayrı yaşayan çocuklar sosyal destek programlarına alınmalıdır. Ayrıca, okul rehberlik servislerince ailelerin çocuğa ilgisi sağlanmalı ve sigara içen anneler uyarılmalıdır.



## 7 . S U M M A R Y

### **The Relationship between Sociodemographic Characteristic and the Depression Scan Results with Children Depression Invevtory in the students Primary school(Part two)**

**Purpose:** To determine the depression prevalence of children and relationship the with sociodemographic factors.

**Method:** This study is a descriptive and cross-sectional type of research. It was performed with a census method on the students of the primary school part two in Konya city in 1998. The collected data from the CDI and MF-CDI and sociodemographic questionnaire were subjected to SPSS statistical package for Windows 10.0 program. The mean, standard deviation, median, minimum & maximum, percentages, Chi-square Test, Interclass Korelasyon, Kappa Statistic, Chronbach  $\alpha$  coefficient and Logistic Regresyon analysis were used for statistical description and analysis.

**Results:** Among a total of 7602 students, 9.9 % were found depressive. The main reasons related with childhood depression were referred to age, sexuality, school success, mother's death, separation of parents, family economy, father's work, family concern and mother's who smokes .In 13.5 % of girls and 14.3 % of 15-16 old-age children, the depression was more susceptible. Of the total percentage in the depression rate, the failing factor in the study formed 19.8 % and 22.9 % for the children who's mothers dead and 19.1 % for the children who's parents were separated.. Depression rate was found very high (14.0 %) among the children who's family lives in bad economical conditions. Depression rate were found low among the children who's parents are merchants or have free work (6.3 %). The depression rate was found high

among the children who's mothers smoke (12.8 %) and the children who's parents interest was not enough (12.8 %).

**Conclusion:** We understand that with this findings, on adolescence period especially girls and their parents must be educated and the children's school success must be expanded. The economic structure of family must be strengthen. The children who's parents were separated or who's parents were died must be taken to the support programs. Also, with the help of school guiding services, the interest of parents to children must be provided and the mother who smokes must be warned.



## 8 . L İ T E R A T Ü R L İ S T E S İ

**Akiskal HG, Weller EB (1989)** Mood disorders and in children and adolescents. Comprehensive Textbook of Psychiatry/5. Vol:2 içinde HI Kaplan BJ Sadock (ed). Williams and Wilkins, Baltimore;1981-1994

**Akgül A (1997)** Tıbbi araştırmalarda istatistiksel analiz teknikleri “SPSS Uygulamaları” Mustafa Kitapevi, Ankara.

**Almqvist F, Kumpulainen K, Ikaheimo (1999).** *Behavioural and emotional symptoms in 8-9 year old children.* European Child and Adolescent Psychiatry 8:4 7-16.

**Almqvist F, Puura K, Kumpulainen K and at al (1999)\*.** *Psikiyatrik disordes in 8-9 year old children based on a diagnostik interview with the parents.* European Child and Adolescent Psychiatry 8:Suppl 4 17-28 .

**Altuhul S, Bodur S, Yaycı M (1994)** *Aile Ortamı ve Çocuk Yuvasındaki Çocukların Bazı Gelişim Özelliklerinin İncelenmesi.* Sağlık Bakanlığı Sağlık Dergisi, (66)1-2, 89-97.

**Angold A (1988).** Childhood and adolescent depression. Br J Psychiatry 152:601-617

**Angst J (1992)** *Epidemiology of depression.* Psychopharmacology, 106 (suppl):71-74

**Aşkın R. (1994)** Depresyon El Kitabı. Atlas Kitabevi, Konya.

**Aşkın R.(1995)** *Depresyon Epidemiyolojisi.* IV. Anadolu Psikiyatri Günleri, Konya 87-92.

**Aşkın R, Çayköylü A, Karaca S, Turan M, Kuloğlu M, Herken H (1995)** *Depresyonlu hastalarda sosyodemografik özelliklerin klinik belirtiler ve tedavi yanıtı ile ilişkisi.* IV. Anadolu Psikiyatri Günleri Konya 273-282.

- Aslan H, ve Alparslan N. (1999)** *Çocuk ve ergenlerdeki korkularla, kaygı ile depresyon düzeyleri ve fiziksel kötüye kullanım arasındaki ilişki.* Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi;6(2):75-81.
- Avcı A, Aslan H, Alparslan M (1996).** *Çocuk Psikiyatrisine Başvuran Olgularda depresif bulgular.* Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 1996;21(3)137-141.
- Aydın C ve Doğan L (1988).***Normal prepubertal çocuklarda depresif bulguların araştırılması.* XXIV. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi, Ankara..
- Bech P (1997)** *Psikiyatrik Hastalarda Yaşam Kalitesi.* Servier Yayınları, İstanbul.
- Birsöz S, ve Turgay A. (1994)** Psikiyatride ilaç tedavisi. Medikomat Basımevi Ankara
- Bodur S. (1995)** *Sağlık kavramı ve toplum sağlığının ölçüleri.* Türkiye Tıp Dergisi;2(2):115-118.
- Böke Ö, Karaca S, Kaya N, Kucur R (1995)** *Genel Psikiyatri Polikliniğine Bir Yıl İçinde Başvuran Çocukların Değerlendirilmesi.* S.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi 11 (2-4): 131-137.
- Demir T, Demir D.E, Kayaalp M.L, Büyükkal B (1999)***Ergenlerde depresif bozuklukların yaygınlığı ve depresif bozukluğu olan ergenlerin özellikleri.* Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi;6(1):132-136.
- Diler RS, Toprak SN, Gündüz Ş, Avcı A (1998)** *Kalp Hastalığı Olan Çocuklarda Obsesif ve Depresif Belirtilerin Değerlendirilmesi: Karşılaştırmalı Bir Klinik Çalışma.* Ç.Ü Tıp Fakültesi Dergisi (23) 76-81.
- Dirican R ve Bilgel N (1993)** Halk Sağlığı (toplum Hekimliği) 2. Baskı Uludağ Üniversitesi Basımevi, Bursa.
- Doerfler LA, Feiner RD, Rowlison RT at al (1988).** *Depression in children and adolescents: a comparative analysis of the utility and construct validity of two assesment measures.* J. Cons Clin Psychol.;56:769-772.

- Doğan O ve ark (1996)** Ruhsal Bozuklukların Epidemiyolojisi. Dilek Matbaası, Sivas
- (DSM IV) (1995)** Amerikan Psikiyatri Birliği : Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı. 2 Cilt IV. Baskı Washington DC, 1994'ten çeviren Koroğlu E, Hekimler Yayın Birliği Ankara
- Fişek NH (1985)** Halk Sağlığına Giriş . Çağ Matbaası Ankara.
- Finch AJ, Saylor CF, Edwards GL (1985).** *Children's depression inventory: sex and grade norms for normal children.* J Cons Clin Psychol;53:424-425.
- Grant M (1981)** Handbook of Community Health Third Edition 200-229 Philadelphia USA.
- Göğüş A. (1995)** *Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Depresyon.* Hacettepe Tıp Dergisi 26(1):9-11
- Güleç C.(1991)** Depresyon. Çağdaş Tedavi Yaklaşımları. Servier İlaç ve Araştırma Ankara
- Güleç C.(1995)** Toplum Ruh Sağlığı Açısından Psikiyatrik Epidemiyoloji. Halk Sağlığı Temel Bilgiler “ Editörler Bertan M ve Güler Ç, 442-455 Güneş Kitabevi, Ankara
- (ICD-10) (1998)** Temel Sağlık Hizmetleri için Ruhsal Bozuklukların Tanı ve Tedavi Rehberi: Bölüm V.WHO / Hacettepe Üniversitesi, Net matbaacılık, İstanbul.
- (ICD-10) (1992)** Ruhsal ve Davranışsal Bozuklukların Sınıflandırması: Klinik Tanımlamalar ve Tanı Kılavuzları. WHO / Cenevre Medikomat Matbaası, Ankara..
- Illing S, Spranger S (1994).** Pediatri Klinik muayene tanı ve tedavi acil kılavuzu. Çev. Editörü:Mehmet Çetiner Yüce Yayınları, Alemdar Ofset, İstanbul
- Işık E (1994)** Duygulanım Bozuklukları Depresyon ve Mani.1.Baskı Boğaziçi Matbaası İstanbul.

**Kandel DB, Davies M (1986)** *Adult Sequela of Adolescent Depressive Symptoms*. Arch Gen Psychiatry (43) 255-262.

**Kaplan HI, Sadock BJ (1998)** Birinci Basamak Psikiyatri El Kitabı. Çev: Büyükkal B Turgut Yayıncılık, İstanbul.

**Karaca S, Bodur S, Küçükkendirci H (1997)** *Ortaokul Öğrencilerinde Depresyon Sıklığı*. Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfı Dergisi (7)1: 9-12

**Karan D (1981)** *Psikiyatrinin Tarihi*. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları içinde Editör:Öztürk MO. Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği Yayın No:7 (1-23) Ankara

**Kashani JH, Mc Gee RO, Clarkson SE ve ark. (1983)** *Depression in a sample of 9-year-old children: prevalence and associated characteristics*. Arch Gen Psychiatry;40:1217-1223.

**Kashani JH, Carlson GA (1987)** *Seriously Depressed Preschoolers*. Am J Psychiatry;144:348-350.

**Kaslow NJ, Rehm LP, Siegel AW. (1984)** *Social cognitive and cognitive correlates of depression in children*. J Abnorm Child Psychol;12:605-620

**Kovacs M. (1981)** *Rating scale to assess depression in school aged children*. Acta Paedopsychiat;46:305-315.

**Kovacs M. (1985)** *The Children's depression Inventory (CDI)*. Psychopharmacol Bull 21: 995-998

**Köknel Ö (1992)** Depresyon Ruhsal Çöküntü. Altın Kitaplar Basımevi 3.Basım. İstanbul.

**Kronenberg Y, Blumensohn R, Apter A (1988)** *A comparison of different diagnostic tools for childhood depression*. Acta Psychiat Scand 77:194-198

**Küey L (1998)** *Birinci Basamakta Depresyon:Tanıma, Ele Alma, Yönlendirme*. Psikiyatri Dünyası (2)1.5-13.

**Lefkowitz MM, Tesiny EP (1985)** *Depression in children: prevalence and correlates.* J Cons Clin Psychol;53:647-656.

**Malmquist CP (1971)** *Depression in childhood and adolescents.* N Engl J Medicine;284:887-893.

**Marton P, Maharaj S (1993)** Family factors in adolescent unipolar depression. Can J Psychiatry 38: 373-381.

**Mayda S, Sumer H, Korkmaz A (1997)** *Sivas Yetiştirme Yuurdunda kalan Çocukların Fizik, Sosyal ve Psikolojik Durumlarının Aile Yanında kalan Çocuklarla Karşılaştırılması.* Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfı Dergisi (7)1: 13-20

**Mc Couley E, Myers K, Mitchell J, et al(1993)** Depression in young people: Initial presentation and clinical course. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 32:715-722.

**Milli Eğitim Bakanlığı (MEB) (1987)** Sağlık Eğitim Merkezleri İçin Okul Sağlığı Eğitimi ve Uygulama Rehberi. ME Basımevi, Ankara

**Öy. B (1991)** *Çocuklar için depresyon ölçeği geçerlik ve güvenilirlik çalışması.* Türk Psikiyatri Dergisi;2:132-136

**Öy. B (1990)** *Çocukluk Depresyonu: Tarihçe, Sınıflandırma ve Tanı Ölçütleri.* Türk Psikiyatri Dergisi;1:2, 21-24

**Öy B (1994)** *Sene kaybı olan öğrencilerde çocuklar için depresyon ölçeği uygulaması.* Türk Psikiyatri Dergisi;5(2):139-142

**Öztürk MO (1981)** Ruh Sağlığı ve Hastalıkları. Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği Yayın No:1981 Ankara

**Öztürk MO (1994)** Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 5.Basım Hekimler Yayın Birliği Ankara.



- Öztürk M (1994)\*** *Çocukluk Çağı Ruhsal Sorunları ve Bozuklukları*. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları içinde, Editör: Öztürk MO 5.Basım Hekimler Yayın Birliği Ankara.
- Pekcan H (1995)** Adölesan ve Okul Sağlığı. “ Halk Sağlığı Temel Bilgiler “ Editörler Bertan M ve Güler Ç, 187-225 Güneş Kitabevi, Ankara
- Sağlık Bakanlığı (SB) (1999)** 21. Yüzyılda Herkes İçin Sağlık .TSH Genel Müdürlüğü, Ankara
- Sarp N (1994)** *İlkokul 4.ve 5. Sınıf Öğrencilerinin Sahip Oldukları Sağlık Bilgileri*. Sağlık Bakanlığı Sağlık Dergisi, (66)1-2, 59-76.
- Savaşır Y (1981)** *Affektif Bozukluklar* Ruh Sağlığı ve Hastalıkları içinde Editör:Öztürk MO. Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği Yayın No:7 (167-195) Ankara
- Savaşır I ve Şahin NH (1997)** Bilişsel Davranışçı Terapilerde Değerlendirme: Sık kullanılan ölçekler. Türk Psikologlar Derneği Yayınları, Ankara.
- Saylor CF, Finch AJ, Baskin CH (1984)**. *Construct validity for measures of childhood depression:application of multitrait-multimethod methodology*. J Cons Clin Psychol 52:977-985.
- Slotkin J. Forehand R, Fauber R. at all (1988)** *Parent completed and adolescent-completed CDI's:relationship to adolescent ocialandcognitive functioning*. J. *Abnorm child Psychol*, 16:207-217..
- Soddy K. (1979)** *The theory and practice of public health*. Ed:Hobson W Oxford Universty Press Newyork-Toronto:473.
- Sonuvar B (1981)** *Çocukluğa Özgü Ruhsal Sorunlar*. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları içinde Editör:Öztürk MO. Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği Yayın No:7 (305-317) Ankara
- Steven EH (1985)** Acil Psikiyatri. Çeviri Editörü: Saygılı R, Ege Üniversitesi Basımevi İzmir.

- Temel Sağlık Hizmetlerinde Ruh Sağlığı (TSH-RS) (1995)** WHO 1990 Çev. Öncel S, Bozkaya Ç. Aydoğdu Ofset (1-53), Ankara.
- Tezcan A.E, Çulha F, Kalkan Oğuzhanoglu N, Namlı M, Karabulut C.(1995)** *Elazığ bölgesinde çocuklarda depresyon epidemiyolojisi. IV. Anadolu Psikiyatri Günleri* Konya 1995 86-92.
- Topçuoğlu H, Haznedaroğlu D, Üstündağ M, Köse MR (1998)** *Türkiye’de Çocuk Sağlığının Genel Durumu* VI Ulusal Halk Sağlığı Kongresi 1998 Adana
- Tyrer P, Horn EJV, Piper M (1997)** *Public Mental Health* Oxford Textbook of Public Health, Newyork: Oxford University Press;1143-1159
- Velicangil S (1975)** *Koruyucu ve Sosyal Tıp.* Sermet Matbaası İstanbul
- Weinberg WA, Mc Lean A, Snider RL, et all (1989)** Depression learning disability and school behavior problems. *Psychol Rep* 64:275-283.
- WHO (World Health Organization) (1976)** Basic Documents of the World Health Organization 26th Edition, Ceneva
- WHO (World Health Organization) (1986)** Basic Documents of the World Health Organization Ceneva
- WHO (World Health Organization) (1988)** Basic Documents, Thirty Seventh Edition, Ceneva
- WHO (World Health Organization) (1998)** The World Health Report 1998. WHO Pub. Ceneva
- Yavaş İ, Söhmen G, Söhmen T. (1994)** *Kanser hastalığı olan çocukların ruhsal durumlarının değerlendirilmesi.* Türk Psikiyatri Dergisi 5;(3):210-212.
- Yemez B ve Alptekin K (1998)** *Depresyon Etyolojisi.* Birinci Basamakta Depresyon:Tanıma, Ele Alma, Yönlendirme. *Psikiyatri Dünyası* (2)1.21-26.

**Yörükoğlu A (1981) Çocukluk Psikozları.** Ruh Sağlığı ve Hastalıkları içinde  
Editör:Öztürk MO. Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği Yayın No:7 (317-325)  
Ankara

**Yüksel N (1998) Depresyonda Tanı ve Ayırıcı Tanı. Birinci Basamakta  
Depresyon:Tanıma, Ele Alma, Yönlendirme.** Psikiyatri Dünyası (2)1.13-21.

**Yüksel N (2000) Birinci Basamakta Depresyon-Tanı ve Tedavi,** Çizgi Tıp Yayınevi,  
Ankara

**Şenol S (2000) Çocukluk Çağı Depresyonları Birinci Basamakta Depresyon-Tanı ve  
Tedavi,** Yüksel N 91-115 Çizgi Tıp Yayınevi, Ankara



## 9 . Ö Z G E Ç M İ Ş

Dr. Hasan Küçükkendirci, 1968 yılında Konya’da doğdu. İlk ve orta öğrenimini Konya’da tamamladı. 1991 yılında Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesinden mezun oldu. Aynı yıl SSK Zindankale Dispanserine tayin oldu. 1997-1998 yıllarında aynı ünitenin Baştabibliğini üstlendi. Halen aynı ünite de hekim olarak görevini sürdürmektedir. Evli ve bir çocuk babası olup, İngilizce bilmektedir.



## 10 . EKLE R

KONYA İLİNE BAĞLI İLKÖĞRETİM OKULLARI İLE ORTAÖĞRETİM OKULLARININ LİSTESİ

S.NO	İLÇE ADI	OKULUN ADI
1.	KARATAY	AKÇEŞME İLKÖĞRETİM OKULU
2.	"	AKIFPAŞA İLKÖĞRETİM OKULU
3.	"	BİROL POLAT İLKÖĞRETİM OKULU
4.	"	BÜYÜKSİNAN İLKÖĞRETİM OKULU
5.	"	CENGİZ TOPEL İLKÖĞRETİM OKULU
6.	"	ÇATALHÜYÜK İLKÖĞRETİM OKULU
7.	"	ESENTEPE İLKÖĞRETİM OKULU
8.	"	FERİTPAŞA İLKÖĞRETİM OKULU
9.	"	GAZİ MUSTAFA KEMAL İLKÖĞRETİM OKULU
10.	"	H.ALİ YÜCEL İLKÖĞRETİM OKULU
11.	"	H.V.Z.A.HAŞHAŞ İLKÖĞRETİM OKULU
12.	"	H.Y.M.MAH.A.HAŞHAŞ İLKÖĞRETİM OKULU
13.	"	HALİL BAHÇELİ İLKÖĞRETİM OKULU
14.	"	HÜRRIYET İLKÖĞRETİM OKULU
15.	"	İSMETPAŞA İLKÖĞRETİM OKULU
16.	"	İSTİKLAL İLKÖĞRETİM OKULU
17.	"	İZZETBEY İLKÖĞRETİM OKULU
18.	"	KARMA İLKÖĞRETİM OKULU
19.	"	KOYUNOĞLU İLKÖĞRETİM OKULU
20.	"	KURTULUŞ İLKÖĞRETİM OKULU
21.	"	MAHİDE KOŞUKÇU İLKÖĞRETİM OKULU
22.	"	MAHMUT ŞEVKET PAŞA İLKÖĞRETİM OKULU
23.	"	MUSTAFA AYDIN İLKÖĞRETİM OKULU(Taşıma merkezi)
24.	"	NAKİPOĞLU İLKÖĞRETİM OKULU
25.	"	NAMİK KEMAL İLKÖĞRETİM OKULU
26.	"	SARAÇOĞLU A.HAŞHAŞ İLKÖĞRETİM OKULU
27.	"	ŞEHİT A.İ.K.OĞLU İLKÖĞRETİM OKULU8Taşıma merkezi)
28.	"	ŞEHİT SADIK İLKÖĞRETİM OKULU
29.	"	ŞEKİBE AKSOY İLKÖĞRETİM OKULU
30.	"	TATLICAK İLKÖĞRETİM OKULU
31.	"	ULUBATLI HASAN İLKÖĞRETİM OKULU
32.	"	ULUIRMAK İLKÖĞRETİM OKULU
33.	"	VALİ KEMAL KATITAŞ İLKÖĞRETİM OKULU
34.	"	YAŞAR DOĞU İLKÖĞRETİM OKULU(Taşıma merkezi)
35.	"	YAVUZ SELİM İLKÖĞRETİM OKULU
36.	"	YENİKENT İLKÖĞRETİM OKULU
37.	"	YUSUF İZZETTİN HORASANLI İLKÖĞRETİM OKULU
38.	"	ZELİHA SEYMEN İLKÖĞRETİM OKULU
39.	"	19 MAYIS İLKÖĞRETİM OKULU
40.	"	23 NİSAN EGEMENLİK İLKÖĞRETİM OKULU
41.	"	KARAASLAN ATATÜRK İLKÖĞRETİM OKULU
42.	"	KARAASLAN CUMHURİYET İLKÖĞRETİM OKULU
43.)	"	ACIDORT İLKÖĞRETİM OKULU
44.	"	AĞAÇKUYU İLKÖĞRETİM OKULU
45.	"	AĞSAKLI İLKÖĞRETİM OKULU
46.	"	AKÖREN KIŞLA İLKÖĞRETİM OKULU
47.	"	AKÖREN KIŞLA KIZBOĞAN YAY.İLKÖĞRETİM OKULU
48.	"	BAKİRTOLU İLKÖĞRETİM OKULU
49.	"	BAŞGÖTÜREN İLKÖĞRETİM OKULU
50.	"	BEŞAĞIL İLKÖĞRETİM OKULU
51.	"	ÇENGİLTİ İLKÖĞRETİM OKULU

52.	"	DİVANLAR İLKÖĞRETİM OKULU
53.	"	ERLER KÖYÜ İLKÖĞRETİM OKULU
54.	"	GÖÇÜ KÖYÜ İLKÖĞRETİM OKULU
55.	"	GÖKTUZLA YAY.İLKÖĞRETİM OKULU
56.	"	HAYIROĞLU İLKÖĞRETİM OKULU
57.	"	İPEKLER İLKÖĞRETİM OKULU
58.	"	KARADONA İLKÖĞRETİM OKULU
59.	"	KATRANCI İLKÖĞRETİM OKULU
60.	"	KARAKAYA İLKÖĞRETİM OKULU
61.	"	KÖSEALİ İLKÖĞRETİM OKULU
62.	"	İSMİL ATATÜRK İLKÖĞRETİM OKULU
63.	"	İSMİL CUMHURİYET İLKÖĞRETİM OKULU
64.	"	İSMİL FATİH İLKÖĞRETİM OKULU
65.	"	KIZÖREN İLKÖĞRETİM OKULU(Taşıma merkezi)
66.	"	OBRUK B.BURNAK BURHAN YAY.İLKÖĞRETİM OKULU
67.	"	OBRUK AKÖREN KIŞLA TOPRAKLI YAY.İLKÖĞRETİM OKULU
68.	"	OBRUK BURUNKUYU İLKÖĞRETİM OKULU
69.	"	OBRUK KEMERLİ KOLCA YAY.İLKÖĞRETİM OKULU
70.	"	OBRUK PİRİKUYU YAY.İLKÖĞRETİM OKULU
71.	"	OBRUK MERKEZ İLKÖĞRETİM OKULU
72.	"	ŞATIR İLKÖĞRETİM OKULU
73.	"	SURUÇ ACIKUYU YAY.İLKÖĞRETİM OKULU
74.	"	SURUÇ İLKÖĞRETİM OKULU
75.	"	OVAKAVAĞI İLKÖĞRETİM OKULU
76.	"	SAKYATAN İLKÖĞRETİM OKULU
77.	"	YAĞLIBAYAT İLKÖĞRETİM OKULU(Taşıma merkezi)
78.	"	YARMA İLKÖĞRETİM OKULU
79.	"	YAVŞANKUYU İLKÖĞRETİM OKULU
80.	"	YENİCE İLKÖĞRETİM OKULU
81.	"	YENİKUYU İLKÖĞRETİM OKULU
82.	"	ZİNCİRLİKUYU İLKÖĞRETİM OKULU
83.	"	KARATAY LİSESİ
84.	"	CEMİL KELEŞOĞLU LİSESİ
85.	"	CELAL AKIN LİSESİ
86.	"	ANADOLU LİSESİ
87.	"	İSMİL ÇOK PROGRAMLI LİSESİ
88.	"	ZÜBEYDE HAN.KIZ.MES.VE ANADOLU KIZ MESLEK LİSESİ
89.	"	ANADOLU OTELCİLİK VE TURİZM MESLEK LİSESİ
90.	"	MERKEZ İMAM HATİP LİSESİ
91.	"	KARATAY İMAM HATİP LİSESİ
1	SELÇUKLU	100.YIL A.HAŞHAŞ İLKÖĞRETİM OKULU
2	"	A.PERİHAN DEMİROK İLKÖĞRETİM OKULU
3	"	ABDİN ERÇAL İLKÖĞRETİM OKULU
4	"	AHMET KARACIĞAN İLKÖĞRETİM OKULU
5	"	AKINCILAR MAH.A.HAŞHAŞ İLKÖĞRETİM OKULU
6	"	AKŞEMSETTİN İLKÖĞRETİM OKULU
7	"	ALAADDİN İLKÖĞRETİM OKULU
8	"	AYŞE TÜMER İLKÖĞRETİM OKULU
9	"	BARBOROS İLKÖĞRETİM OKULU
10	"	B.HİZMETKENT İLKÖĞRETİM OKULU(Taşıma merkezi)
11	"	CEMİLE ERKUNT İLKÖĞRETİM OKULU
12	"	CUMHURİYET MAH.A.HAŞHAŞ İLKÖĞRETİM OKULU
13	"	DUMLUPINAR MAH.A.HAŞHAŞ İLKÖĞRETİM OKULU
14	"	EŞREFOĞLU İLKÖĞRETİM OKULU
15	"	HAKİM ÖMER ONSUN İLKÖĞRETİM OKULU

16	"	HAZIM ULUŞAHİN İLKÖĞRETİM OKULU
17	"	HOCACIHAN İLKÖĞRETİM OKULU(Taşıma merkezi)
18	"	İBRAHİM YAPICI İLKÖĞRETİM OKULU
19	"	İHSANIYE İLKÖĞRETİM OKULU
20	"	İNKILAP İLKÖĞRETİM OKULU
21	"	KAŞGARLI MAHMUT İLKÖĞRETİM OKULU
22	"	KAYACIK İLKÖĞRETİM OKULU
23	"	KAZIM ÖZENÇ SEÇEN İLKÖĞRETİM OKULU
24	"	M.NURİ KÜÇÜKKÖYLÜ İLKÖĞRETİM OKULU
25	"	MEHMET AKDOĞAN İLKÖĞRETİM OKULU
26	"	MUSTAFA BÜLBÜL İLKÖĞRETİM OKULU
27	"	MUSTAFA HOTAMIŞLI İLKÖĞRETİM OKULU
28	"	MUSTAFA KARACIĞAN İLKÖĞRETİM OKULU
29	"	NESRİN VE AYŞE KARDEŞLER İLKÖĞRETİM OKULU
30	"	OĞUZ KAĞAN İLKÖĞRETİM OKULU
31	"	ORG.BEDRETTİN DEMİREL İLKÖĞRETİM OKULU
32	"	OVAUN İLKÖĞRETİM OKULU
33	"	ÖĞRETMEN FETHİYE ONSUN İLKÖĞRETİM OKULU
34	"	ÖRNEK İLKÖĞRETİM OKULU
35	"	ÖZEL İDARE 100.YIL İLKÖĞRETİM OKULU
36	"	REBİL KARATEKİN İLKÖĞRETİM OKULU
37	"	SİLLE İLKÖĞRETİM OKULU(Taşıma merkezi)
38	"	SIRAÇ AYDIN TAŞBAŞ İLKÖĞRETİM OKULU
39	"	ŞÜKRİYE ONSUN İLKÖĞRETİM OKULU
40	"	ZELİHA LÜTFİ KULLUK İLKÖĞRETİM OKULU
41	"	İŞİTME ENGELLİLER İLKÖĞRETİM OKULU
42	"	GÖRME ENGELLİLER İLKÖĞRETİM OKULU
43	"	AKPINAR İLKÖĞRETİM OKULU
44	"	ARDIÇLI İLKÖĞRETİM OKULU
45	"	AŞAĞI PINARBAŞI İLKÖĞRETİM OKULU(Taşıma merkezi)
46	"	BAGRIKURT İLKÖĞRETİM OKULU
47	"	BAŞARAKAVAK İLKÖĞRETİM OKULU
48	"	ÇALDERE İLKÖĞRETİM OKULU
49	"	ÇALTI İLKÖĞRETİM OKULU
50	"	DAGDERE İLKÖĞRETİM OKULU
51	"	EĞRİBAYAT İLKÖĞRETİM OKULU
52	"	GÜVENÇ İLKÖĞRETİM OKULU
53	"	KARAÖMERLER İLKÖĞRETİM OKULU
54	"	KÜÇÜKMÜHSİNE İLKÖĞRETİM OKULU
55	"	KIZILCAKUYU İLKÖĞRETİM OKULU
56	"	KINIK KÖYÜ İLKÖĞRETİM OKULU
57	"	MEYDAN KÖYÜ İLKÖĞRETİM OKULU
58	"	SARAYKÖY İLKÖĞRETİM OKULU
59	"	SELAHATTİN İLKÖĞRETİM OKULU
60	"	SIZMA KASB.ALPAŞLAN İLKÖĞRETİM OKULU
61	"	TATKÖY İLKÖĞRETİM OKULU
62	"	TEPEKÖY İLKÖĞRETİM OKULU(Taşıma merkezi)
63	"	TEPEKÖY PINARBAŞI İLKÖĞRETİM OKULU
64	"	TÖMEK İLKÖĞRETİM OKULU
65	"	YAZİBELEN İLKÖĞRETİM OKULU
66	"	YUKARIPINARBAŞI İLKÖĞRETİM OKULU
67	"	YÜKSELEN KASB.İLKÖĞRETİM OKULU
68	"	ATATÜRK KIZ LİSESİ
69	"	ÇUMHURİYET LİSESİ
70	"	DUMLUPINAR LİSESİ

71	"	ERBİL KORU LİSESİ
72	"	MEHMET AKİF ERSOY LİSESİ
73	"	SELÇUKLU LİSESİ
74	"	SELÇUKLU ANADOLU LİSESİ
75	"	DOLAPOĞLU ANADOLU LİSESİ
76	"	FATİH TEK.VE END.MESLEK LİSESİ
77	"	SELÇUKLU TEK.VE END.MESLEK LİSESİ.
78	"	SELÇUKLU KIZ MESLEK LİSESİ
79	"	SELÇUKLU GAZİ LİSESİ
80	"	ANADOLU İMAM HATİP LİSESİ
81	"	SELÇUKLU İMAM HATİP LİSESİ
1	MERAM	A.SAMET FAZİLET KUZUZUCU İLKÖĞRETİM OKULU
2	"	ALİ İHSAN DAYIOĞLUĞİL İLKÖĞRETİM OKULU
3	"	ALİ TAŞOLUK İLKÖĞRETİM OKULU
4	"	AHMET NACİ GÜCÜYENER İLKÖĞRETİM OKULU
5	"	ALPASLAN İLKÖĞRETİM OKULU
6	"	ATATÜRK İLKÖĞRETİM OKULU
7	"	A.HAŞHAŞ İLKÖĞRETİM OKULU
8	"	AYŞE SÖNMEZ İLKÖĞRETİM OKULU
9	"	CEMAL BARDAKÇI İLKÖĞRETİM OKULU
10	"	CUMHURİYET İLKÖĞRETİM OKULU
11	"	ÇUMRALIOĞLU İLKÖĞRETİM OKULU
12	"	DERE CUMHURİYET İLKÖĞRETİM OKULU
13	"	DERE ZAFER İLKÖĞRETİM OKULU
14	"	FAİK ALTIOKLAR İLKÖĞRETİM OKULU
15	"	FATİH SULTAN MEHMET İLKÖĞRETİM OKULU
16	"	FEVZİ ÇAKMAK İLKÖĞRETİM OKULU(Taşıma merkezi)
17	"	HANEFİ AYTEKİN İLKÖĞRETİM OKULU
18	"	HACİVEYİŞADE AHMET HAŞHAŞ İLKÖĞRETİM OKULU
19	"	HASANKÖY İLKÖĞRETİM OKULU
20	"	HATİP İLKÖĞRETİM OKULU
21	"	İ.HAKKI KONYALI İLKÖĞRETİM OKULU
22	"	İHSAN ÖZKAŞIKÇI İLKÖĞRETİM OKULU
23	"	KARAHÜYÜK AHMET HAŞHAŞ İLKÖĞRETİM OKULU
24	"	KEMAL HATİPOĞLU İLKÖĞRETİM OKULU
25	"	KOZAĞAÇ İLKÖĞRETİM OKULU
26	"	LALEBAHÇE İLKÖĞRETİM OKULU
27	"	MEHMET BEĞEN İLKÖĞRETİM OKULU
28	"	MEHMET HASAN SERT İLKÖĞRETİM OKULU
29	"	MERAM İLKÖĞRETİM OKULU
30	"	M.KARACIĞANLAR MEVLANA İLKÖĞRETİM OKULU
31	"	MİTATPAŞA İLKÖĞRETİM OKULU
32	"	MÜMTAZ KORU İLKÖĞRETİM OKULU
33	"	M.ŞÜKRİYE SERT İLKÖĞRETİM OKULU
34	"	NECATİBEY İLKÖĞRETİM OKULU
35	"	ORG.TURAL İLKÖĞRETİM OKULU
36	"	ÖĞR.AYŞE İHSAN İLKÖĞRETİM OKULU
37	"	SARE ÖZKAŞIKCI İLKÖĞRETİM OKULU
38	"	SELÇUK İLKÖĞRETİM OKULU
39	"	ŞEYH ŞAMİL İLKÖĞRETİM OKULU
40	"	ŞEKER İLKÖĞRETİM OKULU
41	"	ŞÜKRÜ DORUK İLKÖĞRETİM OKULU
42	"	TIĞARET BORSASI İLKÖĞRETİM OKULU
43	"	ÜRESİNLER İLKÖĞRETİM OKULU
44	"	V.NECATİ ÇETİNKAYA İLKÖĞRETİM OKULU



45	"	YAYLAPINAR İLKÖĞRETİM OKULU
46	"	YUNUS EMRE İLKÖĞRETİM OKULU
47	"	ZAFER İLKÖĞRETİM OKULU
48	"	24 KASIM İLKÖĞRETİM OKULU
49	"	ALAKOVA İLKÖĞRETİM OKULU(Taşıma merkezi)
50	"	BAYAT İLKÖĞRETİM OKULU
51	"	BOYALI İLKÖĞRETİM OKULU
52	"	BORUKTOLU İLKÖĞRETİM OKULU
53	"	ÇARIKLAR İLKÖĞRETİM OKULU
54	"	ÇAYIRBAĞI İLKÖĞRETİM OKULU
55	"	ÇOMAKLI TALİP KAHRAMAN İLKÖĞRETİM OKULU
56	"	ÇUKURÇİMEN İLKÖĞRETİM OKULU
57	"	DİKMELİ KÖYÜ İLKÖĞRETİM OKULU
58	"	ERENKAYA İLKÖĞRETİM OKULU
59	"	EVLYATEKKE İLKÖĞRETİM OKULU
60	"	GÖKYURTU KÖYÜ İLKÖĞRETİM OKULU
61	"	GÜNEYDERE İLKÖĞRETİM OKULU
62	"	HATUNSARAY İLKÖĞRETİM OKULU(Taşıma merkezi)
63	"	HASANŞEYH İLKÖĞRETİM OKULU
64	"	İKİPİNAR İLKÖĞRETİM OKULU
65	"	İNLİCE İLKÖĞRETİM OKULU(Taşıma merkezi)
66	"	KARAĞAÇ İLKÖĞRETİM OKULU
67	"	KARADIĞIN İLKÖĞRETİM OKULU
68	"	KARADIĞIN DERESİ İLKÖĞRETİM OKULU
69	"	KAYADIBI İLKÖĞRETİM OKULU
70	"	KAYHÜYÜK İLKÖĞRETİM OKULU
71	"	KUMRALI İLKÖĞRETİM OKULU
72	"	KAŞINHANI ATATÜRK İLKÖĞRETİM OKULU
73	"	KAŞINHANI CUMHURİYET İLKÖĞRETİM OKULU(Taşıma merkezi)
74	"	KAVAK İLKÖĞRETİM OKULU
75	"	KAYALI İLKÖĞRETİM OKULU
76	"	KIZILOREN İLKÖĞRETİM OKULU
77	"	KUMRALI İLKÖĞRETİM OKULU
78	"	PAMUKÇU İLKÖĞRETİM OKULU
79	"	SADIKLAR İLKÖĞRETİM OKULU
80	"	SARIKIZ İLKÖĞRETİM OKULU
81	"	SAGLIK İLKÖĞRETİM OKULU
82	"	SEFAKÖY İLKÖĞRETİM OKULU
83	"	YATAĞAN İLKÖĞRETİM OKULU
84	"	YENİBAHÇE İLKÖĞRETİM OKULU
85	"	YEŞİLDERE İLKÖĞRETİM OKULU
86	"	YEŞİLTEKKE İLKÖĞRETİM OKULU
87	"	KONYA LİSESİ
88	"	MUHİTTİN GÜZELKILIÇ LİSESİ
89	"	NACIYE MUMCUOĞLU LİSESİ
90	"	ZEKİ ÖZDEMİR LİSESİ
91	"	ANADOLU LİSESİ
92	"	FEN LİSESİ
93	"	TEK.END.MESLEK VE ANADOLU TEKNİK LİSESİ
94	"	KIZ MES.TEKNİK VE ANADOLU KIZ TEKNİK LİSESİ
95	"	TİCARET VE ANADOLU TİCARET MESLEK LİSESİ
96	"	İMAM HATİP LİSESİ
97	"	YETİŞKİNLER TEKNİK EĞİTİM MERKEZİ
98	"	GELENEKSEL TÜRK SANATLARI KIZ MESLEK LİSESİ
1	AHIRLI	AKKİSE ATATÜRK İLKÖĞRETİM OKULU



T. C.  
KONYA VALİLİĞİ  
Selçuklu İlçe Milli Eğitim Müdürlüğü

Sayı : B.08.4.MEM.4.42.03. 02.04.Eğ.Öğ./311/3443  
Konu : Anket Uygulaması.

08 NISAN 1999

.....MÜDÜRLÜĞÜNE  
SELÇUKLU

Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı Doktora öğrencisi Dr.Hasan KÜÇÜKKENDİRCİ'nin ilçemiz İlköğretim Okullarındaki "7.sınıf öğrencilerinde Depresyon Sıklığı" konusunda anket uygulaması ile ilgili Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı Başkanlığı Yazısı ve anket formları ekte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Eki:4

Hüseyin ÖZEL  
İlçe Milli Eğitim Müdürü V.

T.C.  
KONYA İLİ  
KARATAY KAYMAKAMLIĞI  
MİLLİ EĞİTİM MÜDÜRLÜĞÜ

07 NISAN 1999

Sayı : B.08.4.MEM.4.42.01 07- 2500  
Konu : Anket Uygulaması.

.....İLGEMİZ... İLKÖĞRETİM OKULU MÜDÜRLÜĞÜNE  
KARATAY

İlgi : İl Millî Eğitim Müdürlüğü'nün 18.3.1999 tarih ve 7969 sayılı yazısı.

S.Ü. Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Halk Sağlığı Anabilim Dalı Doktora öğrencisi Dr.Hasan KÜÇÜKKENDİRCİ'nin okulumuzda anket uygulaması ile ilgili Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı Başkanlığı Yazısı ve anket formları ekte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Eki : 04  
Anket Formları.

DAĞITIM : Tıp Fakültesi Öğrencilerine.

Sabit ÇALIK  
Müdür a.  
ŞEF MÜDÜRÜ

T. C.  
KONYA VALİLİĞİ  
Meram İlçe Milli Eğitim Müdürlüğü

08 NISAN 1999

Sayı : B.08.4.MEM.4.42.02. 07.311/ 3540  
Konu : Anket uygulaması.

.....MÜDÜRLÜĞÜNE

İLGİ : İl Millî Eğitim Müdürlüğü'nün;18.03.1999 Tarih ve 7969 Sayılı Yazısı.

İlgi yazı ekinde alınan,S.Ü.Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı Doktora öğrencisi Dr.Hasan KÜÇÜKKENDİRCİ'nin Okulumuzdaki "7.sınıf öğrencilerinde Depresyon Sıklığı" Konusunda anket uygulaması yapmasına dair Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanlığı'nın yazısı ektedir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

EKİ : 1-Yazı ve Anket Formu(2 Adet)

DAĞITIM : Merkez İ.Ö.Okul Müdürlüklerine,

Ahmet KÜLAHLI  
Müdür a.  
Şube Müdürü

Çocuğunuzun  
Adı Soyadı : .....  
Cinsiyeti : .....  
Doğum tarihi (ay - yıl) : .....

**ANNE - BABA TARAFINDAN  
DOLDURDULACAK  
ÇOCUK DURUM BİLGİ  
FORMU**

Formu dolduran : 1. Annesi  
(İşaretleyiniz) 2. Babası  
3. Anne-baba birlikte  
4. Diğer : .....

Aşağıda gruplar halinde bazı cümleler yazılmıştır. Her gruptaki cümleleri dikkatlice okuyunuz. Her grubun cümle için, bugün dahil son iki hafta içinde çocuğunuza en uygun olan cümlelerin yanındaki numarayı daire içine alınız.

№ 3935

- A 0. Çocuğum arada kendini üzgün hisseder.  
1. Çocuğum sık sık kendini üzgün hisseder.  
2. Çocuğum her zaman üzgün.
- B 0. Çocuğum işlerinin hiçbir zaman yolunda gitmeyeceğine inanır.  
1. Çocuğum işlerinin yolunda gidip gitmeyeceğinden emin değil.  
2. Çocuğum işlerinin yolunda gideceğinden emin.
- C 0. Çocuğum işlerinin çoğunu doğru yapar.  
1. Çocuğum işlerinin çoğunu yanlış yapar.  
2. Çocuğum her şeyi yanlış yapar.
- D 0. Çocuğum pek çok şeyden hoşlanır.  
1. Çocuğum bazı şeylerden hoşlanır.  
2. Çocuğum hiç bir şeyden hoşlanmaz.
- E 0. Çocuğum her zaman kötü çocuk olduğuna inanır.  
1. Çocuğum çoğu zaman kötü bir çocuk olduğuna inanır.  
2. Çocuğum arada sırada kötü bir çocuk olduğuna inanır.
- F 0. Çocuğum arada sırada başına kötü bir şeylerin geleceğini düşünür.  
1. Çocuğum sık sık başına kötü bir şeylerin geleceğinden endişelenir.  
2. Çocuğum başına çok kötü şeyler geleceğinden emin.
- G 0. Çocuğum kendinden nefret eder.  
1. Çocuğum kendini beğenmez.  
2. Çocuğum kendini beğenir.
- H 0. Çocuğum bütün kötü şeylerin kendi hatası olduğuna inanır.  
1. Çocuğum kötü şeylerin bazılarının kendi hatası olduğunu düşünür.  
2. Çocuğum kötü şeylerin genellikle kendi hatası olmadığına inanır.
- I 0. Çocuğum kendini öldürmeyi düşünmez.  
1. Çocuğum kendini öldürmeyi düşünür ama yapmaz.  
2. Çocuğum kendini öldürmek istiyor.
- İ 0. Her gün çocuğumun içinden ağlamak gelir.  
1. Bir çok günler çocuğumun içinden ağlamak gelir.  
2. Arada sırada çocuğumun içinden ağlamak gelir.
- J 0. Her şey her zaman çocuğumu sıkır.  
1. Her şey sık sık çocuğumu sıkır.  
2. Her şey arada sırada çocuğumu sıkır.
- K 0. Çocuğum insanlarla beraber olmaktan hoşlanır.  
1. Çocuğum çoğu zaman insanlarla birlikte olmaktan hoşlanmaz.  
2. Çocuğum hiç bir zaman insanlarla birlikte olmaktan hoşlanmaz.
- L 0. Çocuğum herhangi bir şey hakkında karar veremez.  
1. Herhangi bir şey hakkında karar vermek çocuğuma zor gelir.  
2. Çocuğum herhangi bir şey hakkında kolayca karar verir.
- M 0. Çocuğum kendini yakışıklı, güzel bulur.  
1. Çocuğum yakışıklı, güzel olmayan yanları olduğuna inanır.  
2. Çocuğum kendini çirkin bulur.

- N 0. Çocuğum okul ödevlerini yapmak için her zaman kendini zorlar.  
1. Çocuğum okul ödevlerini yapmak için çoğu zaman kendini zorlar.  
2. Okul ödevlerini yapmak çocuğum için sorun değil.
- O 0. Çocuğum her gece uyumakta zorluk çeker.  
1. Çocuğum bir çok gece uyumakta zorluk çeker.  
2. Çocuğum oldukça iyi uyur.
- Ö 0. Çocuğum arada sırada kendini yorgun hisseder.  
1. Çocuğum birçok gün kendini yorgun hisseder.  
2. Çocuğum her zaman kendini yorgun hisseder.
- P 0. Çocuğum hemen her gün canı yemek yemek istemez.  
1. Çocuğumun canı çoğu gün yemek yemek istemez.  
2. Çocuğum oldukça iyi yemek yer.
- R 0. Çocuğum ağrı ve sızılardan endişe etmez.  
1. Çocuğum çoğu zaman ağrı ve sızılardan endişe eder.  
2. Çocuğum her zaman ağrı ve sızılardan endişe eder.
- S 0. Çocuğum kendini yalnız hissetmez.  
1. Çocuğum çoğu zaman kendini yalnız hisseder.  
2. Çocuğum her zaman kendini yalnız hisseder.
- Ş 0. Çocuğum okuldan hiç hoşlanmaz.  
1. Çocuğum arada sırada okuldan hoşlanır.  
2. Çocuğum her zaman okuldan hoşlanır.
- T 0. Çocuğumun bir çok arkadaşı var.  
1. Çocuğumun bir kaç arkadaşı var ama daha fazla olmasını ister.  
2. Çocuğum un hiç arkadaşı yok.
- U 0. Çocuğumun okul başarısı iyi.  
1. Çocuğumun okul başarısı eskisi kadar iyi değil.  
2. Çocuğum eskiden iyi olduğu derslerde çok başarısız.
- Ü 0. Çocuğum hiçbir zaman diğer çocuklar kadar iyi olmadığına inanır.  
1. Çocuğum eğer isterse diğer çocuklar kadar iyi olabileceğine inanır.  
2. Çocuğum diğer çocuklar kadar iyi olduğuna inanır.
- V 0. Çocuğum kimsenin onu sevmediğine inanır.  
1. Çocuğum kendisini seven insanlar olup olmadığına emin değil.  
2. Çocuğum kendisini seven insanlar olduğundan emin.
- Y 0. Çocuğum kendine söylenenin genellikle yapar.  
1. Çocuğum kendisine söyleneni çoğu zaman yapar.  
2. Çocuğum kendisine söylenenin hiçbir zaman yapmaz.
- Z 0. Çocuğum insanlarla iyi geçinir.  
1. Çocuğum insanlarla sık sık kavga eder.  
2. Çocuğum insanlarla her zaman kavga eder.

# SAĞLIK TARAMASI ÖĞRENCİ BİLGİ FORMU

KOD	SIRA	BİLGİLER	Adınız Soyadınız :
[ ]	1.	Cinsiyetiniz : 1. Kız 2. Erkek	
[ ]	2.	Yaşınız :	
[ ]	3.	Anne-Babanızın durumu :1- Anne ve babam sağ 2- Annem öldü 3- Babam öldü 4- Annem de babam da öldü 5- Annemle babam ayrı; ben ..... 'nın yanında yaşıyorum. 6- Annem babam sağ ama ben ..... 'nın yanında büyüdüm.	
[ ]	4.	Annenizin mesleği : 1. Ev hanımı 2. Çalışıyor (yaptığı işi yazınız) :.....	
[ ]	5.	Babanızın mesleği (Çalıştığı işi) :.....	
[ ]	6.	Annemiz sigara içer mi? 1. Evet 2. Hayır	
[ ]	7.	Annemiz alkollü içki içer mi? 1. Evet 2. Hayır	
[ ]	8.	Babanız sigara içer mi? 1. Evet 2. Hayır	
[ ]	9.	Babanız alkollü içki içer mi? 1. Evet 2. Hayır	
[ ]	10.	Annemenizin devamlı ilaç kullandığı bir hastalığı var mı? 1. Yok 2. Varsa belirtiniz :.....	
[ ]	11.	Babanızın devamlı ilaç kullandığı bir hastalığı var mı? 1. Yok 2. Varsa belirtiniz :.....	
[ ]	12.	Kaç kardeşiniz?	
[ ]	13.	Siz ailenizin kaçınıcı çocuğusunuz?	
[ ]	14.	Evinizin durumu : 1. Kendimizin 2. Kirada oturuyoruz.	
[ ]	15.	Eviniz kaç oda? 1. 2 oda 2. 2 oda 1 salon 3. 3 oda 1 salon 4. Diğer :.....	
[ ]	16.	Evinizde kendinize ait odanız var mı? 1. Yok 2. Var	
[ ]	17.	Aşağıdaki mal ve eşyalardan evinizde bulunanları işaretleyiniz. Otomobil, taksi 1. Var 2. Yok Minibüs, otobüs, kamyon, tır 1. Var 2. Yok Otomatik bulaşık makinası 1. Var 2. Yok Otomatik çamaşır makinası 1. Var 2. Yok Renkli televizyon 1. Var 2. Yok Buzdolabı 1. Var 2. Yok Ekilebilir tarla, bağ, bahçe 1. Var 2. Yok Bilgisayar 1. Var 2. Yok	
[ ]	18.	Geçen yılki okul başarı durumunuz : 1. Sınıfta kaldım, aynı sınıfta tekrar okuyorum. 2. Sınıfta takdirname ile geçtim. 3. Sınıfta teşekkür ile geçtim. 4. Sınıfta doğrudan geçtim.	