

Ergen Yaş Grubunda Bilinçli Farkındalık Ölçeğinin Psikometrik Özelliklerinin İncelenmesi

Investigation of the Psychometric Properties of Mindful Attention Awareness Scale in a Group of Adolescents

✉ Mesut Yavuz^{1,3}, ✉ Buse Çalkan¹, ✉ Ecem Sönmez¹, ✉ Gizem Tetik¹, ✉ Muhammed Tayyib Kadak²

¹İstanbul Aydın Üniversitesi Fen-Edebiyat Fakültesi, Psikoloji Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

²İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

³Fransız Lape Hastanesi, Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Kliniği, İstanbul, Türkiye

ÖZ

Amaç: Ergenlik fiziksel, bilişsel ve duygusal değişimlerin görüldüğü, bununla birlikte stres duyarlılığının arttığı bir dönemdir. Çalışmanın amacı, ergenlerde Bilinçli Farkındalık Ölçeği'nin (BİFÖ) psikometrik özelliklerini değerlendirmektir.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya 14-17 yaş aralığında 687 ergen (%52 kız, n=357) katılmıştır. BİFÖ, çocuklar için depresyon ölçeği, güçler ve güçlükler anketi öz bildirim formu kullanılmıştır. BİFÖ'nün ergen yaş grubu için Cronbach alfa değeri hesaplanmış ve doğrulayıcı faktör analizi (DFA) yapılmıştır. Depresif belirtilere göre, bilinçli farkındalık ve ruhsal değişkenlerin yordayıcı etkisi ikili durum (binary) regresyon analizi ile değerlendirilmiştir.

Bulgular: BİFÖ'nün, Cronbach alfa değeri, DFA ve test tekrar test sonuçları 14-17 yaş ergenler için güvenilir bir ölçüm aracı olduğunu göstermiştir. Bilinçli farkındalık düzeyi, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, duygusal, davranım sorunları ve akran ilişki sorunları ile sosyal davranış yetenekleri ergen yaş grubunda depresyon ile anlamlı ilişkiler göstermektedir.

Sonuç: Çalışmada BİFÖ'nün ergen yaş grubunda psikometrik özelliklerinin iyi olduğu ve bu yaş grubunda güvenle kullanılabilceği gösterilmiştir. Bilinçli farkındalık artırıcı terapötik müdahaleler, ergen depresyon sağaltımında faydalı olabilir. Ergenlik döneminde görülen içselleştirme ve dışsallaştırma sorunlarının erken fark edilmesinin ve bu sorunlara etkin müdahalelerde bulunulmasının da depresyon gelişiminde önleyici etkiye sahip olabileceği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Bilinçli farkındalık, depresyon, ergenler, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu

ABSTRACT

Objectives: Adolescence is a period in which physical, cognitive, and emotional changes are seen, along with an increased susceptibility to stress. The aim of this study is to measure the psychometric properties of Mindful Attention Awareness Scale (MAAS).

Materials and Methods: Six hundred and eighty-seven adolescents (52% female, n=357) between 14 and 17 years of age participated the study. MAAS, the child's depression inventory, and strength and difficulties questionnaire self report form were used. The Cronbach alpha value was calculated and confirmatory factor analysis (CFA) was performed for MAAS. The predictive effects of mindfulness and other psychological variables on depression levels were assessed by binary regression analysis.

Results: The Cronbach alpha value of the MAAS showed that CFA and test-retest results were reliable measures for adolescents aged between 14 and 17 years. The levels of mindful awareness, attention deficit hyperactivity disorder, emotional, behavioral and peer relationship problems, and social behavior skills were significantly associated with depression in the adolescent age group.

Conclusion: In this study, it was shown that the psychometric properties of MAAS was good and it was a reliable scale in the adolescent population. Therapeutic interventions that increase mindfulness may be beneficial in the treatment of adolescent depression. It is thought that early recognition of problems of internalization and externalization seen during adolescence and effective intervention in these problems may have preventive effects on the development of depression.

Keywords: Mindfulness, depression, adolescent, attention deficit hyperactivity disorder

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Dr. Mesut Yavuz, İstanbul Aydın Üniversitesi Fen-Edebiyat Fakültesi, Psikoloji Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

E-posta: mesutyavuzdr@gmail.com **ORCID:** orcid.org/0000-0002-8957-6510

Geliş Tarihi/Received: 30.07.2018 **Kabul Tarihi/Accepted:** 25.02.2019

©Telif Hakkı 2019 Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği / Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi, Galenos Yayinevi tarafından yayınlanmıştır.



Giriş

Ergenlik bedensel değişimle birlikte, soyut düşünme yetisini de içeren bilişsel ve duygusal gelişimin gerçekleştiği bir dönemdir. Bu değişimler ile birlikte ruhsal durum, kişiler arası ilişkiler ve sosyal çevre ile etkileşim oldukça kompleks bir durum almaktadır.¹ Bu değişimlere paralel olarak, ergenlik olumsuz duygulanım ve ruminatif düşünceye yatkınlığın arttığı,² işlevsel olmayan tutumların sık görüldüğü, ruhsal patolojilerin ve özellikle depresyonun görülme riskinin yüksek olduğu bir dönemdir.³

Bilinçli farkındalık (mindfulness) (BF), bireyin anlık deneyimlerine, düşüncelerine, duygularına açık fikirli, yargılamadan ve istemli olarak dikkatini yönlendirmesi olarak tanımlanmaktadır.^{4,5} Düşünce ve duygulara karşı yargısız tutum ve dikkatin şimdiki ana odaklanması duygu düzenleme stratejileri ile yakın ilişkilidir.^{4,6,7} Kabullenme ve dikkati yönlendirme, kaçınma davranışına yol açmadan duygu düzenlenmesini sağlar.^{7,8} İyi BF düzeyinin ruh sağlığı üzerinde olumlu etkileri olduğu bildirilmektedir. Bu etkiler arasında, ruminatif düşüncenin ve olumsuz duygulanımın,⁹ kaygı sorunlarının,¹⁰ obsesif kompulsif bozukluk belirtilerinin,¹¹ depresif belirtilerin¹² ve depresyonun tekrarlama riskinin azaltılması¹³ ve dikkatin iyileştirilmesi¹⁴ bulunmaktadır. İyi BF düzeyinin ergenlik sürecinde ergenlerin duygusal durumları ve limbik sistem tepkilerinin denetiminde faydalı olabileceği düşünülmektedir. Örneğin hem klinik hem de klinik dışı ergen örnekleme yapılan çalışmalarda iyi BF düzeyinin ergenlerde duygusal sorunların azaltılmasında yararlı olduğu gösterilmiştir.^{15,16}

Depresyon ergenlikte düşük benlik saygısı, değersizlik hissi ile seyreden, aile ve arkadaş ilişkilerini, okul başarısını ciddi oranda etkileyen bir bozukluktur.¹⁷ Ergenlik döneminde başlayan depresyonun tekrarlayıcı nitelikte olduğu, yaşam boyu işlevselliği düşürme riskinin yüksek olduğu bildirilmektedir.^{18,19} Ergenlik depresyonu, psikososyal sorunlara yol açmasının yanı sıra, kendine zarar verme ve intihar riskini de artırmaktadır.²⁰ Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu,²¹ arkadaş ilişki sorunları,²² toplumsal kaygı bozukluğu²³ ve davranış bozukluklarının²⁴ ergenlikte depresyon riskini artırdığı bildirilmektedir.

BF egzersizlerinin, erişkinlere benzer şekilde, ergenlik depresyonunda da faydalı olduğu gösterilmektedir.^{15,25,26} Bilgilerimize göre, ulusal yazında ergenlerde BF ile ruhsal patolojiler arasındaki ilişkiyi inceleyen bir araştırma bulunmamaktadır. Önceden vurgulandığı üzere, ergenlik depresyonunun BF düzeyi ve içselleştirme ve dışsallaştırma sorunları ile ilişkili olduğu uluslararası yazında bildirilmiştir. Çalışmamızın birinci hipotezi BİFÖ'nün ergenlerde kullanılabileceğini göstermektedir. İkinci hipotezimiz ise düşük BF düzeyinin ergenlerde depresif belirtileri artıracaktır. Üçüncü olarak, ergenlerde içselleştirme ve dışsallaştırma sorunları ile yüksek depresif belirti düzeyi arasında bir ilişkinin olacağı yönündedir. Bu bilgiler ışığında mevcut çalışmada, bir grup lise öğrencisinde, BİFÖ'nün psikometrik özelliklerinin

ve BF düzeyinin ruhsal ve davranışsal sorunlar ile ilişkisi araştırılmıştır.

Gereç ve Yöntem

Katılımcılar ve İşlem

Çalışma öncesinde etik kuruldan ve İstanbul İl Milli Eğitim Müdürlüğü'nden izin alınmıştır. Planlanan katılımcı sayısı belirtilmiş ve Milli Eğitim Müdürlüğü'nün izinleri doğrultusunda, İstanbul'un Bağcılar ve Beylikdüzü ilçelerinden bir temel lise, bir de anadolu lisesi olmak üzere iki ortaöğretim kurumunun müdürlükleri ile görüşülmüş ve çalışmanın bu okullarda yürütülmesi planlanmıştır. Çalışmaya dahil edilmesi planlanan lise öğrencilerine ve ailelerine çalışmanın amacı ve uygulanması açıklanmış, yazılı onamları alınan ergenler ve aileler çalışmaya dahil edilmiştir. Etik kurul onayı İstanbul Aydın Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan alınmıştır (AYD050.06.04/44). Uygulanacak ölçekleri doğru anlayıp cevaplamak için okuma yazması yeterli olmayan, yaygın gelişimsel bozukluk, zeka geriliği, görme ve/veya işitme engeli bulunan ergenler sağlıklı veri toplanmasını engelleyebileceği için çalışmaya dahil edilmemiştir. Çalışmanın planlandığı dönemde aktif bir psikiyatrik ilaç kullanan veya psikoterapötik bir süreçte olan ergenler de çalışma sonuçlarının etkilenmesi olasılığı nedeniyle araştırma dışında bırakılmıştır. Bu doğrultuda, mevcut çalışma 14 ile 17 yaş arası, %52'si kız (n=357) toplam 687 lise öğrencisi üzerinde yürütülmüştür. Çalışmaya dahil edilen kızların yaş ortalaması 15,92±1,2, erkeklerin yaş ortalaması ise 16,23±1,20'dir. Katılımcılara uygulama süresi 45 dakika olarak belirlenmiştir. Bilinçli farkındalık ölçeğinin (BİFÖ) tekrar uygulanması için 494 (%52 kız, n=259) katılımcıya üç ay sonra tekrar ulaşılmıştır.

Araçlar

Sosyo-demografik veri formu: Katılımcıların cinsiyeti, sınıfları, yaşları ve ailelerin ekonomik seviyeleri araştırmacılar tarafından oluşturulan form ile değerlendirilmiştir.

Bilinçli farkındalık ölçeği: Bireylerin BF düzeyini değerlendirilmesi amacı ile Brown ve Ryan²⁷ tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkiye'de üniversite örnekleminde yapılan geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında Cronbach alfa katsayısı 0,80 olarak saptanmıştır.²⁸ Ölçek 15 sorudan oluşan, tek boyutlu, altılı likert tipi değerlendiren bir ölçektir. Bireylerin ölçekten alabileceği minimum ve maksimum puan 15 ile 90 arasındadır. Yüksek puanlar, yüksek BF düzeyini işaret etmektedir.

Çocuklar için depresyon ölçeği (ÇDÖ): ÇDÖ, Kovacs²⁹ tarafından 6-17 yaş arası çocuklarda depresyon belirtileri düzeyinin belirlenmesi için geliştirilmiş, 27 sorudan oluşan, üçlü likert tipi derecelendirilmiş bir ölçektir. Her bir madde depresyon belirtisi şiddetine göre 0,1 ve 2 olarak puanlanmaktadır. Tek boyutlu ölçekten alınabilecek puanlar 0-54 arasında olabilir. Yüksek puanlar daha ciddi depresif belirti düzeyini işaret etmektedir. Ölçeğin kesme puanı 19'dur. Ölçeğin Türkiye örnekleminde geçerlik ve güvenilirlik çalışması

Öy³⁰ tarafından yapılmış ve Cronbach alfa katsayısı 0,80 olarak bulunmuştur.

Güçler ve güçlükler anketi (GGA): GGA, Goodmann ve ark.^{31,32} tarafından çocuk ve ergenlerde ruhsal ve davranışsal sorunları tarama amacıyla geliştirilmiş tüm dünyada yaygın olarak kullanılan bir ölçektir. Ölçek her biri beş soru içeren beş alt boyuttan oluşmaktadır: Duygusal sorunlar, davranış sorunları, dikkat eksikliği/hiperaktivite, arkadaş sorunları ve sosyal davranışlar. Sorular, doğruluk derecesine göre 0,1 ve 2 olarak puanlanmaktadır. İlk dört alt ölçekten alınan puanların toplamı, toplam sorun puanını vermektedir. Sosyal davranışlar alt ölçeği ise olumlu davranışları ölçmektedir ve toplam sorun puanına dahil edilmemektedir. Ölçeğin Türkiye’de yapılan geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında Cronbach alfa katsayısı öz bildirim formu için 0,73, anne baba formu için 0,84 olarak bulunmuştur.³³ Çalışmamızda ölçeğin 11 ile 17 yaş arası ergenler tarafından doldurulan öz bildirim formu kullanılmıştır.

İstatistiksel Analiz

Verilerin analizinde SPSS 24 ve AMOS 21 istatistik programları kullanılmıştır. Verilerin normal dağılıp dağılmadıklarını değerlendirmek için basıklık ve çarpıklık değerleri hesaplanmıştır. Değişkenlerin basıklık ve çarpıklık değerleri -1,5 ile +1,5 aralığında bulunmuş ve Tabachnick ve Fidell³⁴ kriterlerine göre normal dağıldığı varsayılmıştır. BİFÖ ölçeğinin iç tutarlılığı Cronbach alfa katsayısı hesaplanarak değerlendirilmiştir. Ölçeğin farklı zamanlarda tutarlı sonuçlar verip vermediğini değerlendirmek için BİFÖ, ilk uygulamadan üç ay sonra katılımcıya tekrar uygulanmış ve korelasyon katsayıları hesaplanmıştır. Sıklık, ortalama değerler ve standart sapma değerleri hesaplanmıştır. İkili grup karşılaştırmaları bağımsız örneklem t-testi ile yapılmıştır. Ölçekler arası ilişkinin gücü Pearson momentler çarpımı korelasyon testi ile değerlendirilmiştir. BİFÖ ve GGA ölçek ve alt ölçek puanlarının depresyon düzeyine yordayıcı etkisi iki durumlu (binary) lojistik regresyon analizi ile değerlendirilmiştir. Çocukluk depresyon ölçeğinden kesme puanı dikkate alındığında, ≥ 19 puan

alanlar olgu grubunu, < 19 puan alanlar karşılaştırma grubunu oluşturmuştur. BİFÖ ölçeğinin ergen yaş grubunda psikometrik özelliklerini belirlemek amacı ile AMOS programı ile doğrulayıcı faktör analizi uygulanmıştır.

Bulgular

Çalışmaya katılan kızların %27’sinde (n=99), erkeklerin %20’sinde (n=69) ÇDÖ puanı 19 ve üstünde olan bulunmuş ve olgu grubu olarak kabul edilmiştir. ÇDÖ puanı 19 altında olan grup ise karşılaştırma grubu olarak kabul edilmiştir. Ki-kare incelemesine göre, olgu ve karşılaştırma grubu arasında cinsiyet açısından istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır (p=0,74). Bağımsız örneklem t-testine göre iki grup arasında yaş değişkeni açısından da bir fark bulunmamıştır (t=-1,36; p=0,176) (Tablo 1).

Güç analizi sonucunda olgu ve karşılaştırma grubunda otuz beşer katılımcı bulunması gerektiği anlaşılmıştır. Çalışmamızın katılımcı sayısı verilerin sağlıklı analizi açısından yeterlidir. BİFÖ’nün içsel tutarlılığını gösteren Cronbach alfa değeri 0,805 olarak hesaplanmıştır. Doğrulayıcı faktör analizi sonuçlarında BİFÖ uyum indeksleri χ^2/df : 3,73, GFI:0,966, CFI:0,934, NFI:0,921, TLI: 0,916, RMSEA: 0,05 olarak hesaplanmıştır. BİFÖ’nün ilk uygulanması ile üç ay sonra tekrar uygulanmasının sonuçları arasındaki ilişki Pearson korelasyon testi ile değerlendirilmiş ve korelasyon katsayısı 0,608 olarak bulunmuştur.

Pearson momentler çarpımı testi korelasyon katsayıları incelendiğinde, depresyon puanlarının GGA toplam sorun ölçeği (r=0,636), dikkat eksikliği ve hiperaktivite (r=0,370), duygusal sorun (r=0,468), davranım sorunları (r=0,345) ve akran ilişki sorun puanları (r=0,414) ile pozitif yönde anlamlı korelasyon gösterdiği görülmüştür. Depresyon ile sosyal davranış (r=-0,285) ve BİFÖ (r=-0,497) puanları arasında negatif yönde anlamlı korelasyon bulunmaktadır. ÇDÖ, BİFÖ ölçekleri ile, GGA ölçek ve alt ölçek puanları arasındaki korelasyon katsayıları Tablo 2’de sunulmuştur.

Tablo 1. Olgu grubu ve karşılaştırma grubunun bilinçli farkındalık ölçeği, güçler ve güçlükler anketi ölçek ve güçler ve güçlükler anketi alt ölçek puanlarının, cinsiyet yüzdelerinin ve yaş ortalamalarının karşılaştırılması

	ÇDÖ ≥ 19 (n=168) Ort. (SS)	ÇDÖ < 19 (n=519) Ort. (SS)	t	p
BİFÖ*	51,40 (11,45)	62,66 (11,17)	11,28	<0,001
Sosyal Davranış*	7,21 (2,29)	8,20 (1,81)	5,76	<0,001
Dik/hiper*	5,38 (2,22)	4,03 (1,92)	-7,67	<0,001
Duygusal sorun*	4,39 (3,37)	2,29 (1,91)	-10,13	<0,001
Davranış sorun*	3,15 (1,79)	2,02 (1,37)	-8,62	<0,001
Akran sorun*	3,50 (1,93)	2,15 (1,51)	-9,40	<0,001
GGA toplam*	16,43 (5,66)	10,50 (3,96)	-15,14	<0,001
Yaş*	16,17 (1,13)	16,01 (1,38)	-1,36	0,176
Cinsiyet**	Kız: %27 (n=99) Erkek: %20 (n=69)	Kız: %73 (n=257) Erkek: %80 (n=262)	-	0,74

*Bağımsız örneklem t testi, **ki-kare testi; BİFÖ: Bilinçli farkındalık ölçeği, Dik/hiper: Dikkat eksikliği ve hiperaktivite, SS: Standart sapma, Ort: Ortalama, ÇDÖ: Çocuklar için depresyon ölçeği, GGA: Güçler ve güçlükler anketi

İkili durum (binary) regresyon analizi sonuçlarına göre, BİFÖ [risk oranı (R.O)=0,956, $p<0,001$] ve sosyal davranış puanları (R.O=0,860, $p=0,018$) negatif yönde, dikkat eksikliği ve hiperaktivite (R.O=1,135, $p=0,042$), duygusal sorunlar (R.O=1,411, $p<0,001$), davranış sorunları (R.O=1,306, $p=0,001$) ve akran ilişki sorunları (R.O=1,103, $p<0,001$) puanları ise pozitif yönde depresyon puanlarını yordamaktadır. Cinsiyet, yaş ve ekonomik durumun ise depresyon puanları üzerine anlamlı olarak yordayıcı etkisi görülmemiştir ($p>0,05$). İkili durum (binary) regresyon analizi sonuçları Tablo 3'te sunulmuştur.

Tartışma

Ergenlerde BİFÖ'nün içsel tutarlılık, test-tekrar test korelasyon katsayısı ve uyum indeks değerlerinin iyi bulunması üzerine ergen yaş grubunda BİFÖ'nün güvenle kullanılabilirliği görülmüştür. Daha sonra BF düzeyi, dikkat eksikliği ve hiperaktivite, duygusal sorunlar, davranış sorunları ve akran sorunları puanlarının depresyon düzeyine etkisi incelenmiştir. Sonuçlar ergenlerde depresyon belirti düzeyinin, düşük BF düzeyi, içselleştirme ve dışsallaştırma sorunları ile ilişkili olduğunu göstermiştir.

Uluslararası alanda ölçüm araçları göz önünde bulundurulduğunda, BİFÖ'nün ergenlerde bilinçli farkındalığın değerlendirilmesinde kullanılmasının en uygun seçenek olduğu

belirtilmektedir.³⁵ Uluslararası yazında çocuk ve ergenlerde geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğu gösterilen³⁶⁻³⁸ BİFÖ'nün ülkemizde ergen yaş grubunda psikometrik özellikleri incelenmiştir. Çalışmamızda, BİFÖ'nün Hu ve Bentler³⁹ kriterlerine göre, GFI, CFI, NFI ve TLI değerlerinin $>0,9$, RMSEA değerinin ise $<0,6$ olarak hesaplanması uyum indeksinin iyi olduğunu göstermektedir. χ^2/df değerinin 5'in altında olması kabul edilebilir olarak bildirilmiştir.^{40,41} Araştırmamızda BİFÖ uyum indeks değerleri iyi bulunmuştur. İçsel tutarlılığı gösteren Cronbach alfa $>0,8$ olarak hesaplanmış ve iyi sınırlarda kabul edilmiştir. Test tekrar test korelasyon katsayısının da güçlü bulunması üzerine BİFÖ'nün ergen yaş grubunda psikometrik özelliklerinin iyi olduğu ve güvenle kullanılabilirliği kanaatine varılmıştır.

BF mevcut deneyimlere, düşüncelere, duygulara ve algılara açık olarak, yargılamadan dikkatini yönlendirme olarak tanımlanmaktadır. Örnek olarak, BF yönelimli terapötik yaklaşımların içe atım bozukluklarında, özellikle de depresif ve kaygı bozukluğu belirtilerinin azalmasında etkin olduğu bildirmiştir.⁴²⁻⁴⁴ Bu doğrultuda bilinçli farkındalığın geliştirilmesine yönelik egzersizler, içselleştirme⁴⁵ ve dışsallaştırma sorunlarının⁴⁶ psikoterapisinde etkili olduğu bildirilmiştir. BF temelli psikoterapötik müdahaleler, BF

Tablo 2. Çocuklar için depresyon ölçeği, bilinçli farkındalık ölçeği ve güçler ve güçlükler anketi ölçekleri ve güçler ve güçlükler anketi alt ölçekleri arasındaki korelasyon katsayıları

	ÇDÖ	BİFÖ	Sosyal davranış	Dik/hiper	Duygusal sorun	Davranış sorun	Akran ilişki sorun
BİFÖ	-0,497**	-	-	-	-	-	-
Sosyal davranış	-0,285**	0,260**	-	-	-	-	-
Dik/hiper	0,370**	-0,395**	-0,193**	-	-	-	-
Duygusal sorun	0,468**	-0,270**	-0,023	0,221**	-	-	-
Davranış sorun	0,345**	-0,349**	-0,382**	0,288**	0,114*	-	-
Akran ilişki sorun	0,414**	-0,315**	-0,279**	0,172**	0,276**	0,265**	-
GGA toplam sorun	0,626**	-0,505**	-0,300**	0,661**	0,709**	0,568**	0,624**

Pearson momentler çarpımı korelasyon testi; ÇDÖ: Çocuklar için depresyon ölçeği, BİFÖ: Bilinçli farkındalık ölçeği, GGA: Güçler ve güçlükler anketi, Dik/hiper: Dikkat eksikliği ve hiperaktivite, * $p<0,05$, ** $p<0,001$

Tablo 3. Depresyon olup olmama durumuna, yaş, cinsiyet, ekonomik durum değişkenlerinin, bilinçli farkındalık ölçeği ve güçler ve güçlükler anketi alt ölçek sorun puanlarının yordayıcı etkisi

Bağımlı değişken: Depresyon	B	Wald	S.H	R.O (Exp B)	df	p	%95 G.A (düşük-yüksek)
BİFÖ	-0,045	14,331	0,012	0,956	1	$<0,001$	0,930-0,971
Dik/hiper	0,127	4,132	0,062	1,135	1	0,042	1,223-1,510
Duygusal sorun	0,344	32,670	0,060	1,411	1	$<0,001$	1,158-1,560
Davranış sorun	0,267	10,754	0,081	1,306	1	0,001	1,164-1,520
Akran ilişki sorun	0,265	12,951	0,073	1,103	1	$<0,001$	1,004-1,258
Sosyal davranış	0,151	5,57	0,064	0,860	1	0,018	1,128-1,505
Yaş	-0,002	0,093	0,001	1	1	0,897	0,998-1,197
Cinsiyet (Kategorik)	-	4,800	-	-	2	0,91	-
Aylık gelir (Kategorik)	-	6,9	-	-	5	0,228	-

İki durumlu (binary) lojistik regresyon analizi; BİFÖ: Bilinçli farkındalık ölçeği, Dik/hiper: Dikkat eksikliği ve hiperaktivite; S.H: Standart hata; R.O: Risk oranı; G.A: Güven aralığı; Depresyon (+) çocuklar için depresyon ölçeği ≥ 19 n:166; Depresyon (-) çocuklar için depresyon ölçeği <18 n:519

temelli bilişsel terapi⁴⁷ ve BF temelli stres azaltma⁴⁸ olarak belirtilmektedir. İyi düzeyde bilinçli farkındalığın depresyon,⁴⁹ kaygı bozuklukları,⁵⁰ obsesif kompulsif bozukluk,⁵¹ dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu,⁵² yeme bozuklukları vb.⁵³ birçok ruhsal bozuklukta koruyucu etkisi olduğu bildirilmektedir. Düşük BF düzeyinin hem depresif belirtiler hem de anksiyete duyarlılığı ile ilişkili olduğu belirtilmiştir.⁵⁴⁻⁵⁷ Araştırmamızda depresif belirtilerin ciddiyeti ve BF düzeyi arasında negatif yönde bir ilişki olduğu görülmüştür. Düşük BF olan gençlerde, BF yönelimli müdahalelerin dikkat ve farkındalığı artırarak depresif belirtilerin azalmasında yararlı olabileceği düşünülebilir.^{58,59} Bu sonuçlar ışığında, BF temelli terapilerin depresif belirtiler sergileyen ergenlerde faydalı olabileceği ve BİFÖ ölçeğinin depresif belirtiler sergileyen ergenlerde değerlendirme aracı olarak kullanılabilmesi kanaatine varılmıştır.

Çalışmamızda, düşük BF düzeyine ek olarak, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) belirtileri, davranım bozukluğu, akran sorunları gibi eşlik eden sorunların da ergenlik dönemi depresyonuna eşlik ettiği görülmüştür. Bu sonuçlar DEHB,⁶⁰ davranım bozukluğu⁶¹ ve akran ilişki sorunlarının²⁴ ergenlik döneminde depresyon ile ilişkili olduğunu bildiren araştırmalar ile uyumludur. DEHB belirtileri gösteren çocuk ve ergenler yaşamları döneminde özgüven düşüklüğü, ders başarısızlığı, sosyal dışlanma, akademik ve psikososyal sorunlara yatkındırlar.⁶² Bu sorunlar depresif belirtilere yakınlığı artırabilir ve çalışmamızın sonuçlarını açıklayabilir. Bunun dışında depresif belirtiler ve DEHB ortak bir kalımsal yakınlık sonucu sık birliktelik gösterebilir.⁶³ BF eğitimlerinin dikkatin düzenlenmesi ve yürütücü işlevler üzerinde olumlu etkisi olduğu bildirilmektedir. BF temelli müdahaleler bu yolla dikkati iyileştirirken, kişinin dikkatini depresif veya kaygılı ruminatif düşüncelerden uzaklaştırmasına imkan verir ve bu yolla stres yanıtını azaltabilir.^{64,65}

GGA duygusal sorunlar alt ölçeği kaygı, somatizasyon ve depresif belirtileri değerlendiren sorulardan oluşmaktadır. Çalışmamızda, beklentilerimize uygun şekilde, GGA duygusal sorunlar puanlarının depresif belirti şiddeti ile ilişkili olduğu görülmüştür. Çalışma sonuçlarımızla uyumlu olarak somatik yakınmalar⁶⁶ ve kaygı sorunlarının⁶⁷ ergenlerde depresif belirtiler ile ilişkili olduğu bildirilmiştir.

Çalışmanın Kısıtlılıkları

Çalışmanın kesitsel deseni nedensellik konusunda kesin bir kanaate varılamamasına sebep olmaktadır. Bu sorun uzunlamasına yapılacak çalışmalar ile ele alınabilir. Ek olarak, çalışmamızda BF temelli terapilerin etkinliği araştırılmamıştır. Depresyon tanılı ergenlerin BF temelli bilişsel terapi ve BF temelli stres azaltma terapilerine vereceği yanıtların değerlendirilmesi, bu konudaki bilgilerimize katkıda bulunabilir.

Sonuç

Sonuç olarak, çalışmamızda BİFÖ'nün ergen yaş grubunda psikometrik özelliklerinin iyi olduğu ve BF düzeyinin ergenlik döneminde depresif belirtilerle ilişkili olduğu görülmüştür.

Bu bilgiye dayanarak BİFÖ'nün ergen yaş grubunda güvenle kullanılabileceği ve de BF temelli terapilerin ergenlik depresyonunda faydalı olabileceği kanaatine varılmıştır. Bununla birlikte ek ruhsal ve davranışsal sorunların da depresif belirtilerle ilişkili olduğu bilgisine dayanarak, ayrıntılı bir ruhsal değerlendirme ve eşlik eden sorunların da ele alınması terapötik müdahalelerin etkinliğini artırabilir. Çalışmamızın güçlü yanı, BİFÖ'nün ergenlerde psikometrik özelliklerini gösteren ülkemizdeki ilk araştırma olmasıdır. Bu nedenle ileriki araştırmalara ışık tutabilecek ve klinik alanda yol gösterebilecek bir araştırma olabilecektir.

Etik

Etik Kurul Onayı: İstanbul Aydın Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay alınmıştır (AYD050.06.04/44).

Hasta Onayı: Çalışmamıza dahil edilen tüm hastalardan bilgilendirilmiş onam formu alınmıştır.

Hakem Değerlendirmesi: Editörler kurulunda olan kişiler tarafından değerlendirilmiştir.

Yazarlık Katkıları

Konsept: M.Y., M.T.K., Dizayn: M.Y., B.Ç., E.S., G.T., M.T.K., Veri Toplama, İşleme: M.Y., B.Ç., E.S., G.T., Analiz: M.Y., G.T., M.T.K., Literatür Arama: M.Y., B.Ç., E.S., M.T.K., Yazan: M.Y., M.T.K.

Çıkar Çatışması: Yazarlar tarafından çıkar çatışması bildirilmemiştir.

Finansal Destek: Yazarlar tarafından finansal destek almadıkları bildirilmiştir.

Kaynaklar

1. Chambers R, Gullone E, Hassed C, Knight W, Garvin T, Allen N. Mindful emotion regulation predicts recovery in depressed youth. *Mindfulness*. 2015;6:523-534.
2. Treynor W, Gonzalez R, Nolen-Hoeksema S. Rumination reconsidered: A psychometric analysis. *Cognit Ther Res*. 2003;27:247-259.
3. Allen NB, Sheeber LB. The importance of affective development for the emergence of depressive disorders during adolescence. Cambridge University Press, New York; 2009.
4. Kabat-Zinn J. Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness, 15th anniversary ed. New York; 2005.
5. Bishop SR, Lau M, Shapiro S, Carlson L, Anderson ND, Carmody J, Segal ZV, Abbey S, Speca M, Velting D, Devins G. Mindfulness: A proposed operational definition. *Clin Psychol*. 2004;11:230-241.
6. Gross JJ. The emerging field of emotion regulation: an integrative review. *Rev Gen Psychol*. 1998;2:271-299.
7. Aldao A, Nolen-Hoeksema S, Schweizer S. Emotion-regulation strategies across psychopathology: a meta-analytic review. *Clin Psychol Rev*. 2010;30:217-237.
8. Schäfer JÖ, Naumann E, Holmes EA, Tuschen-Caffier B, Samson AC. Emotion regulation strategies in depressive and anxiety symptoms in youth: a meta-analytic review. *J Youth Adolesc*. 2017;46:261-276.
9. Desrosiers A, Vine V, Klemanski DH, Nolen-Hoeksema S. Mindfulness and emotion regulation in depression and anxiety: common and distinct mechanisms of action. *Depress Anxiety*. 2013;30:654-661.

10. Boettcher J, Aström V, Pahlsson D, Schenström O, Andersson G, Carlbring P. Internet-based mindfulness treatment for anxiety disorders: a randomized controlled trial. *Behav Ther.* 2014;45:241-253.
11. Key BL, Rowa K, Bieling P, McCabe R, Pawluk EJ. Mindfulness-based cognitive therapy as an augmentation treatment for obsessive-compulsive disorder. *Clin Psychol Psychother.* 2017;24:1109-1120.
12. Kuyken W, Crane R, Dalgleish T. Does mindfulness based cognitive therapy prevent relapse of depression. *BMJ.* 2012;345:e7194.
13. MacKenzie MB, Abbott KA, Kocovski NL. Mindfulness-based cognitive therapy in patients with depression: current perspectives. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2018;14:1599-1605.
14. Cassone AR. Mindfulness training as an adjunct to evidence-based treatment for ADHD within families. *J Atten Disord.* 2015;19:147-157.
15. Kallapiran K, Koo S, Kirubakaran R, Hancock K. Effectiveness of mindfulness in improving mental health symptoms of children and adolescents: a meta-analysis. *Child Adolesc Ment Health.* 2015;20:182-194.
16. Burckhardt R, Manicavasagar V, Batterham PJ, Hadzi-Pavlovic D, Shand F. Acceptance and commitment therapy universal prevention program for adolescents: a feasibility study. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health.* 2017;11:27.
17. Weersing VR, Jeffreys M, Do MT, Schwartz KT, Bolano C. Evidence Base Update of Psychosocial Treatments for Child and Adolescent Depression. *J Clin Child Adolesc Psychol.* 2017;46:11-43.
18. Zisook S, Lesser I, Stewart JW, Wisniewski SR, Balasubramani GK, Fava M, Gilmer WS, Dresselhaus TR, Thase ME, Nierenberg AA, Trivedi MH, Rush AJ. Effect of age at onset on the course of major depressive disorder. *Am J Psychiatry.* 2007;164:1539-1546.
19. Avenevoli S, Knight E, Kessler RC, Merikangas KR. Epidemiology of depression in children and adolescents. In: Abela, JRZ, Hankin BL, eds. *Handbook of depression in children and adolescents.* New York: Guilford Press; 2008:6-32.
20. Bevan Jones R, Thapar A, Stone Z, Thapar A, Jones I, Smith D, Simpson S. Psychoeducational interventions in adolescent depression: A systematic review. *Patient Educ Couns.* 2018;101:804-816.
21. Chronis-Tuscano A, Molina BS, Pelham WE, Applegate B, Dahlke A, Overmyer M, Lahey BB. Very early predictors of adolescent depression and suicide attempts in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Arch Gen Psychiatry.* 2010;67:1044-1051.
22. La Greca AM, Harrison HM. Adolescent peer relations, friendships, and romantic relationships: do they predict social anxiety and depression. *J Clin Child Adolesc Psychol.* 2005;34:49-61.
23. Stein MB, Fuetsch M, Müller N, Höfler M, Lieb R, Wittchen HU. Social anxiety disorder and the risk of depression: a prospective community study of adolescents and young adults. *Arch Gen Psychiatry.* 2001;58:251-256.
24. Kiesner J. Depressive symptoms in early adolescence: Their relations with classroom problem behavior and peer status. *J Res Adolesc.* 2002;12:463-478.
25. Raes F, Griffith JW, Van der Gucht K, Williams JMG. School-based prevention and reduction of depression in adolescents: A cluster-randomized controlled trial of a mindfulness group program. *Mindfulness.* 2014;5:477-486.
26. Bluth K, Eisenlohr-Moul TA. Response to a mindful self-compassion intervention in teens: A within person association of mindfulness, self-compassion, and emotional well-being outcomes. *J Adolesc.* 2017;57:108-118.
27. Brown KW, Ryan RM. The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *J Pers Soc Psychol.* 2003;84:822-848.
28. Özyeşil Z, Arslan C, Kesici Ş, Deniz ME. Bilinçli farkındalık ölçeği'ni türkçeye uyarlama çalışması. *Eğitim ve Bilim.* 2011;36:224-235.
29. Kovacs M. The Children's Depression, Inventory (CDI). *Psychopharmacol Bull.* 1985;21:995-998.
30. Öy B. Çocuklar için depresyon ölçeği: geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Derg.* 1991;2:132-136.
31. Goodman R. The Strengths and Difficulties Questionnaire: A research note. *J Child Psychol Psychiatry.* 1997;38:581-586.
32. Goodman R, Meltzer H, Bailey V. The Strengths and Difficulties Questionnaire: A pilot study on the validity of the self-report version. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 1998;7:125-130.
33. Güvenir T, Özbek A, Baykara B, Arkar H, Şentürk B, İncekaş S. Güçler ve Güçlükler Anketi'nin (GGA) Türkçe uyarlamasının psikometrik özellikleri. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi.* 2008;15:65-74.
34. Tabachnick BG, Fidell LS. *Using Multivariate Statistics.* MA: Allyn and Bacon, Boston; 2001.
35. Pallozzi R, Wertheim E, Paxton S, Paxton S. Trait mindfulness measures for use with adolescents: a systematic review. *Mindfulness.* 2017;8:110-125.
36. Brown KW, West AM, Loverich TM, Biegel GM. Assessing adolescent mindfulness: validation of an adapted Mindful Attention Awareness Scale in adolescent normative and psychiatric populations. *Psychol Assess.* 2011;23:1023-1033.
37. de Bruin EI, Zijlstra BJ, van de Weijer-Bergsma E, Bögels SM. The Mindful Attention Awareness Scale for Adolescents (MAAS-A): Psychometric Properties in a Dutch Sample. *Mindfulness (N.Y.).* 2011;2:201-211.
38. Lawlor M, Schonert-Reichl K, Gadermann AM, Zumbo BD. A validation study of the mindful attention awareness scale adapted for children. *Mindfulness.* 2014;5:730-741.
39. Hu L, Bentler PM. Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling.* 1999;6:1-55.
40. Marsh HW, Hocevar D. Application of confirmatory factor analysis to the study of self-concept: First- and higher order factor models and their invariance across groups. *Psychol Bull.* 1985;97:562-582.
41. Marsh HW, Hau KT, Wen Z. In Search of Golden Rules: Comment on Hypothesis-Testing Approaches to Setting Cutoff Values for Fit Indexes and Dangers in Overgeneralizing Hu and Bentler's (1999) Findings. *Structural Equation Modeling.* 2004;11:320-341.
42. Chiesa A, Serretti A. A systematic review of neurobiological and clinical features of mindfulness meditations. *Psychol Med.* 2010;40:1239-1252.
43. Hofmann SG, Sawyer AT, Witt AA, Oh D. The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: a meta-analytic review. *J Consult Clin Psychol.* 2010;78:169-183.
44. Chen KW, Berger CC, Manheimer E, Forde D, Magidson J, Dachman L, Lejuez CW. Meditative therapies for reducing anxiety: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Depress Anxiety.* 2012;29:545-562.
45. Semple RJ, Reid EFG, Miller L. Treating anxiety with mindfulness: An open trial of mindfulness training for anxious children. *J Cogn Psychother.* 2005;19:379-391.
46. Bögels SM, Hoogstad B, van Dun, L, Schutter S, Restifo K. Mindfulness training for adolescents with externalizing disorders and their parents. *Behav Cogn Psychother.* 2008;36:193-210.
47. Morgan D. Mindfulness-based cognitive therapy for depression: a new approach to preventing relapse. *Psychother Res.* 2003;13:123-125.
48. Shapiro SL, Astin JA, Bishop SR, Cordova M. Mindfulness-based stress reduction for health care professionals: results from a randomized trial. *Int J Stress Manage.* 2005;2:164-176.
49. Jimenez SS, Niles BL, Park CL. A mindfulness model of affect regulation and depressive symptoms: Positive emotions, mood regulation, expectancies, and self-acceptance as regulatory mechanisms. *Pers Ind Dif.* 2010;49:645-650.

50. Marchand WR. Mindfulness-based stress reduction, mindfulness-based cognitive therapy, and Zen meditation for depression, anxiety, pain, and psychological distress. *J Psychiatr Pract.* 2012;18:233-252.
51. Hanstede M, Gidron Y, Nyklicek I. The effects of a mindfulness intervention on obsessive-compulsive symptoms in a non-clinical student population *J Nerv Ment Dis.* 2008;196:776-779.
52. Van der Oord S, Bogels SM, Peijnenburg D. The effectiveness of mindfulness training for children with ADHD and mindful parenting for their parents. *J Child Fam Stud.* 2012;21:139-147.
53. Wanden-Berghe RG, Sanz-Valero J, Wanden-Berghe C. The application of mindfulness to eating disorders treatment: a systematic review. *Eat Disord.* 2011;19:34-48.
54. McCracken LM, Keogh E. Acceptance, mindfulness, and values based action may counteract fear and avoidance of emotions in chronic pain: an analysis of anxiety sensitivity. *J Pain.* 2009;10:408-415.
55. Vujanovic AA, Zvolensky MJ, Bernstein A, Feldner MT, McLeish AC. A test of the interactive effects of anxiety sensitivity and mindfulness in the prediction of anxious arousal, agoraphobic cognitions, and body vigilance. *Behav Res Ther.* 2007;45:1393-1400.
56. McKee L, Zvolensky MJ, Solomon SE, Bernstein A, Leen-Feldner E. Emotional-vulnerability and mindfulness: a preliminary test of associations among negative affectivity, anxiety sensitivity, and mindfulness skills. *Cogn Behav Ther.* 2007;36:91-101.
57. Cash M, Whittingham K. What facets of mindfulness contribute to psychological well-being and depressive, anxious, and stress-related symptomatology? *Mindfulness.* 2010;1:177-182.
58. Burke CA. Mindfulness-based approaches with children and adolescents: a preliminary review of current research in an emergent field. *J Child Fam Stud.* 2010;19:133-144.
59. Waszczuk MA, Zavos HM, Antonova E, Haworth CM, Plomin R, Eley TC. A multivariate twin study of trait mindfulness, depressive symptoms, and anxiety sensitivity. *Depress Anxiety.* 2015;32:254-261.
60. Meinzer MC, Pettit JW, Viswesvaran C. The co-occurrence of attention-deficit/hyperactivity disorder and unipolar depression in children and adolescents: a meta-analytic review. *Clin Psychol Rev.* 2014;34:595-607.
61. Loeber R, Burke JD, Lahey BB, Winters A, Zera M. Oppositional defiant and conduct disorder: a review of the past 10 years, part I. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2000;39:1468-1484.
62. Daviss WB. A review of co-morbid depression in pediatric ADHD: etiology, phenomenology, and treatment. *J Child Adolesc Psychopharmacol.* 2018;18:565-571.
63. Faraone SV, Biederman J. Do attention deficit hyperactivity disorder and major depression share familial risk factors. *J Nerv Ment Dis.* 1997;185:533-541.
64. Teasdale JD, Segal Z, Williams JM. How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should attentional control (mindfulness) training help. *Behav Res Ther.* 1995;33:25-39.
65. Shapiro SL, Schwartz GE (2000) The role of intention in self-regulate: toward intentional systemic mindfulness. Eds: Zeidner M, Pintrich PR, Boekaerts M, Handbook of Self Regulation. Academic Press, San Diego, s:253-273.
66. Zwaigenbaum L, Szatmari P, Boyle MH, Offord DR. Highly somatizing young adolescents and the risk of depression. *Pediatrics.* 1999;103:1203-1209.
67. Cummings CM, Caporino NE, Kendall PC. Comorbidity of anxiety and depression in children and adolescents: 20 years after. *Psychol Bull.* 2014;140:816-845.