



ISSN: 1301-3904

ÇOCUK VE GENÇLİK RUH SAĞLIĞI DERGİSİ

Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health

2018

Cilt: 25 Sayı: 3



ÇOCUK VE GENÇLİK RUH SAĞLIĞI DERGİSİ

TURKISH JOURNAL OF CHILD AND ADOLESCENT MENTAL HEALTH

Cilt : 25 Sayı : 3 2018

Mart - Temmuz ve Kasım olmak üzere yılda üç kez yayınlanır.

YAYIN KURULU

Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği Adına

Sahibi ve Sorumlu Müdürü

Prof. Dr. Eyüp Sabri Ercan

Onursal Yayın Yönetmeni

Prof. Dr. Bahar Gökler

Yayın Yönetmeni

Prof. Dr. Neslihan İnal Emiroğlu

Yardımcı Yayın Yönetmenleri

Prof. Dr. S. Ebru Çengel Kültür,
Prof. Dr. Özlem Özel Özcan,
Doç. Dr. Ali Güven Kılıçoğlu,
Doç. Dr. Ayhan Bilgiç,
Doç. Dr. Burak Baykara,
Doç. Dr. Caner Mutlu
Doç. Dr. Devrim Akdemir,
Doç. Dr. Dilşad Foto Özdemir,
Doç. Dr. Evren Tufan,
Doç. Dr. İbrahim Durukan,
Doç. Dr. Onur Burak Dursun,
Doç. Dr. Ömer Faruk Akça,
Doç. Dr. Özhan Yalçın,
Dr. Öğr. Üyesi İbrahim Selçuk Esin,
Dr. Öğr. Üyesi İpek Perçinel Yazıcı,
Uzm. Dr. Ülkü Akyol Ardıç

Üyeler

Prof. Dr. Ayşe Rodopman Arman
Prof. Dr. Ayhan Çöngöloğlu
Prof. Dr. Aynur Akay
Prof. Dr. Birim Günay Kılıç
Prof. Dr. Elvan İşeri
Prof. Dr. Eyüp Sabri Ercan
Prof. Dr. Fatih Ünal
Prof. Dr. Fevziye Toros
Prof. Dr. Füsun Çuhadaroğlu Çetin
Prof. Dr. Neşe Perdahlı Fiş
Prof. Dr. Nursu Çakın Memik
Prof. Dr. Özlem Yıldız Gündoğdu
Doç. Dr. Cem Gökçen
Doç. Dr. Esra Çöp
Doç. Dr. Esra Güney
Doç. Dr. Gül Karaçetin
Doç. Dr. Murat Coşkun
Doç. Dr. Pınar Vural
Dr. Öğr. Üyesi Gonca Özyurt
Dr. Öğr. Üyesi Vahdet Görmez
Dr. Öğr. Üyesi Yusuf Öztürk
Uzm. Dr. Gülser Dinç
Uzm. Dr. Meryem Özlem Küttük
Uzm. Dr. Nagihan Cevher Binici
Uzm. Dr. Sevay Alşen Güney
Uzm. Dr. Yasemin Taş Torun

Bilimsel Danışma Kurulu

Prof. Dr. Ali Saffet Gönül
Prof. Dr. Ayşegül Özerdem
Prof. Dr. Cesar Soutullo
Prof. Dr. Christoph Correll
Prof. Dr. Ellen Leibenluft
Prof. Dr. Mani Pavuluri
Prof. Dr. Mary Fristad
Prof. Dr. Mücahit Öztürk
Prof. Dr. Nahid Motavallı Mukaddes
Prof. Dr. Oğuz Karamustafaloğlu
Prof. Dr. Ömer Aydemir
Prof. Dr. Yankı Yazgan
Doç. Dr. Rasim Somer Diler

KAPAK RESMİ

Gümüüşu Memik, 11 yaş

KAPAK TASARIMI

Temmuz Bağış

BU SAYININ YAYIN KOORDİNATÖRÜ

Doç. Dr. Ömer Faruk Akça

BU SAYININ ÇEVİRİ DENETMENİ

Uzm. Dr. Handan Özek Erkuran

BU SAYININ TÜRKÇE DENETMENİ

Dr. Öğr. Üyesi İpek Perçinel Yazıcı

BASKIYA HAZIRLIK VE BASKI

AYRINTI BASIM YAYIM MATBAACILIK HİZMETLERİ SAN. TİC. LTD. ŞTİ.

İvedik Organize Sanayi 770. Sokak No : 105/A Ostim / Yenimahalle/ ANKARA Tel: 394 55 90-91

Derğide yer alan yazılarda belirtilen görüşlerden yazarlar sorumludur. Yazılardan kaynak göstererek alıntı yapılabilir.

YAZIŞMA ADRESİ

Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği Cinnah Cad. 35/12 Çankaya - Ankara Tel: (312) 440 12 57 Fax : (0.312) 440 12 58
E.Posta : crsdergi@hacettepe.edu.tr www.cogepder.org.tr http://www.idealonline.com.tr/

Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi

Index Copernicus, Türk Psikiyatrisi ve Türkiye Atıf Dizisinde Yer almaktadır.

* Bu derğie asitsiz kağıda basılmıştır.

İÇİNDEKİLER

Editörün Önsözü 195
N.İ. Emiroğlu

ARAŞTIRMA MAKALELERİ

İzmir İlinde Suça Sürüklenen Çocukların Adli Değerlendirme Sonuçları: Bir Bölge Çocuk Hastanesinin Verileri 197
N. C. Binici, S. A. Güney, H. Ö. Erkuran

Ebeveyn-Çocuk İlişkisi Ölçeği Türkçe Uyarlaması: Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması 209
B. Aytaç, S. Çen, G.P. Yüceol

Bir Çocuk Psikiyatri Kliniğinde Yatarak Tedavi Gören Çocuk ve Ergenlerin Klinik ve Sosyodemografik Özelliklerinin Değerlendirilmesi 223
Ş. Eray, N. Akkuzu, Ö. Yıldırım, A. P. Vural

OLGU SUNUMLARI

Fluoksetin Kullanan İki Ergen Olguda Tedaviye Düşük Doz Aripiprazol Eklenmesi Sonrası Gelişen Akut Distonik Reaksiyon 237
F. Yaylacı, H. Özek Erkuran

Erken Başlangıçlı Anoreksiya Nervoza Tanılı 8 Yaş Erkek Çocuk: Genetik ve Çevresel Etmelerin Etkileşimi 243
T.D. Kuşcu, A.B. Ayaz, A. R. Arman

GÖZDEN GEÇİRME YAZILARI

Çocukluk Çağında Görülebilen Kronik Hastalıklarda Uyku Bozuklukları 249
R.O. Çıray, Ç. Ermiş, A. P. Akay

KİTAP TANITIMI

Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları 257
İ. P. Yazıcı

KONGRE VE BİLİMSEL TOPLANTI DUYURULARI 260
İ. P. Yazıcı

EDİTÖRÜN ÖNSÖZÜ

Değerli Meslektaşlarım ve Alanımızın Değerli Profesyonelleri

Yine en çok bilgi gereksinimi duyduğumuz alanlarla ilgili araştırma, olgu sunumu ve gözden geçirme yazıları ile dolu yılın son sayısı ile karşınızdayız. Bir süredir çocuk istismarına yönelik araştırma ve gözden geçirmelere yer veren dergimiz, bu sayısında, diğer önemli bir adli psikiyatri sorunu olan suça sürüklenen çocuk ile ilgili bir merkez niteliğinde olan bölge hastanesinin verilerini paylaşmıştır. Bir diğer köklü yataklı servise sahip çocuk ergen kliniğinin deneyimleri bu sayıda yer bulmuştur. Son sayımızda nadir rastlanan deneyimlere yönelik olgu sunumları -ki tercihimiz bu yönde olgu sunumları yayınlamaktır- ve konsültasyon liyezona yönelik bir gözden geçirmeye yer verilmiştir. Yayın kurulu adına keyifli okumalar ve mutlu bir yeni yıl dileriz.

Sevgi ve Saygılarımla
Prof. Dr. Neslihan İNAL EMİROĞLU

ARAŞTIRMA MAKALESİ

İZMİR İLİNDE SUÇA SÜRÜKLENEN ÇOCUKLARIN ADLİ DEĞERLENDİRME SONUÇLARI: BİR BÖLGE ÇOCUK HASTANESİNİN VERİLERİ

Nagihan Cevher BİNİCİ*, Sevay Alşen GÜNEY*, Handan Özek ERKURAN*

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada, adli makamlarca Türk Ceza Kanunu (TCK) madde 31/2 gereğince bilirkişi raporu düzenlenmek üzere İzmir'in en büyük çocuk hastanesine gönderilen suça sürüklenen çocuklar ve ailelerinin sosyodemografik özellikleri, işlenen suça ait özellikler ve suça sürüklenen çocukların psikiyatrik değerlendirme sonuçlarının araştırılması amaçlanmıştır. **Yöntem:** Bu çalışma, 01.11.2012-01.05.2015 tarihleri arasında adli makamlar tarafınca Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniğine, TCK madde 31/2 gereğince hakkında rapor düzenlenmesi istenen çocuk ve ergenlerin dosya kayıtlarının geriye dönük olarak taranması ile gerçekleştirilmiştir. **Sonuçlar:** Olguların %86,6'sı (s=162) erkektir. En sık işlenen suçun mal varlığına karşı işlenen suçlar olduğu, bunu beden dokunulmazlığına karşı işlenen suçların izlediği görülmüştür. Olguların %19,7'sinin (s=37) tekrarlayan suç öyküsüne sahip olduğu, ailelerinde suç kaydı olan olguların oranının %46 (s=86) olduğu, işlediği fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını bilme ve davranışlarını yönlendirme oranının ise %49,2 (s=92) olduğu bulunmuştur. Birden fazla kez suç işlemiş ve ailesinde suç öyküsü olan olguların daha fazla psikiyatrik tanı aldıkları bulunmuştur. **Tartışma:** Çocuk suçluluğunu azaltmak için risk altındaki çocukların ve bu çocukların biyopsikososyal gereksinimlerinin belirlenmesi, buna uygun koruyucu ve destekleyici önlemlerin alınmasının önemli olduğu düşünülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Suç, suça sürüklenen çocuk, psikiyatrik tanı, adli değerlendirme

SUMMARY: FORENSIC EVALUATION RESULTS OF JUVENILE DELINQUENTS IN THE PROVINCE OF IZMIR: THE DATA OF A REGIONAL CHILDREN'S HOSPITAL

Objective: The aim of this study was to evaluate the sociodemographic features of juvenile offenders and their families, characteristics of the crime committed and psychiatric evaluation results of juvenile delinquents, that were referred to İzmir's biggest children's hospital for forensic evaluation regarding Turkish penal code article 31/2, by legal forces.

Methods: This study was carried out by retrospective review of medical records of children and adolescents that were referred to Dr. Behçet Uz Children's Hospital Child and Adolescent Psychiatry Department for forensic evaluation regarding Turkish penal code article 31/2 by legal authorities between the dates 11.01.2012 and 05.01.2015. **Results:** Of the whole sample, 86,6% (n=162) were male. Most commonly committed crimes were offences against property, followed by crimes committed against physical integrity. By assessing clinical evaluation reports, it was shown that, 19,7% (n=37) of the cases had a history of engaging in repetitive criminal behavior, 46% (n=86) had a history of crime committed in their family, and 49,2% of the cases were reported to have gained the developmental level of ability to perceive the legal meaning and consequences of the crime and to direct his/her behaviors related with the crime committed. It was found that cases who had committed more than one crime and had a history of crime committed in their families, were much more likely to have been diagnosed with any psychiatric disorder. **Discussion:** It is thought that determining the requirements of children under risk along with their biopsychosocial deficiencies, taking precautions and providing support according to these deficiencies would be important in order to decrease rates of child delinquency.

Key Words: crime, juvenile delinquents, psychiatric diagnosis, forensic evaluation

GİRİŞ

Günümüz çocukluk anlayışının temel varsayımı, çocukluğun kendine özgü, dinamik yapıda bir gelişimsel dönem olduğudur. Çocuk hızla gelişmekte ve değişmekte olan bir varlıktır ve

sosyal, psikolojik, biyolojik ve bilişsel açıdan yaşanan bu değişimler esnasında da uygun destek ve yönlendirme ihtiyacı gösterir. Bu destek ve yönlendirme ihtiyacı toplumun en küçük birimi olan aileden başlayarak tüm toplum tarafından karşılandığı ölçüde çocukluktan erişkinliğe

*Uzm. Dr. Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği

geçiş mümkün olduğunca sağlıklı bir biçimde başarılabilmektedir. Ancak yaşanan bu değişim esnasında uygun denetim ve yönlendirme yapılamaz, ek olarak olumsuz ailesel ve çevresel faktörler de etkin olursa çocukluktan erişkinliğe geçiş dönemine uyum sağlanması zorlaşmakta ve çoğu kez ortaya suç davranışı çıkabilmektedir. Yapılan çalışmalarda, suç davranışının sıklıkla ortaya çıkış döneminin, bahsi geçen değişim sürecinin en belirgin yaşandığı ergenlik dönemi olduğundan bahsedilmektedir (Nasıroğlu ve Semerci 2017).

Çocukluk ve gençlik çağında işlenen suçlar, hazırlayıcıları da göz önüne alındığında, toplumlar hakkında fikir vermekte ve toplumsal açıdan hem ekonomik hem de psikolojik olarak ciddi sonuçları olan önemli bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadırlar.

Türkiye’de güvenlik birimlerine suça sürüklenme nedeniyle getirilen çocuk ve genç sayısı Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre 2017 yılında 107 bin 984 olarak belirlenmiştir (TÜİK İstatistikleri 2017). Bir başka deyişle 2017 yılında her 100.000 çocuk ve gençten 1608 tanesi suça sürüklenmiştir (Türkiye Adalet Bakanlığı Adalet İstatistikleri 2017). Bu kapsamda 2017 yılında kolluk kuvvetlerine getirilen bireylerin %34,4’üne yaralama, % 24,8’ine hırsızlık, %6,6’sına Pasaport Kanunu’na muhalefet, %6,2’sine uyuşturucu veya uyarıcı madde kullanmak, satmak veya satın almak, % 3,9’una mala zarar verme suçu işledikleri bildirilmektedir (Türkiye İstatistik Kurumu İstatistikleri 2017).

Güvenlik birimlerine suça sürüklenme nedeniyle getirilen çocuk sayısı, 2008-2016 yıllarını kapsayan 9 yıllık süreçte 859 bin 759 olup, bu çocukların % 69,5’inin 15-17 yaş grubunda, % 24,4’ününün 12-14 yaş grubunda,% 5,7’sinin ise 11 yaş ve altındaki çocuklar olduğu bildirilmektedir (Türkiye İstatistik Kurumu İstatistikleri 2017). Bu veriler, çocukluk ve gençlik döneminde suça sürüklenmenin, dünya genelinde oldu-

ğu gibi Türkiye için de oldukça ciddi bir halk sağlığı sorunu olduğunu göstermektedir.

Çocuk Koruma Kanuna (ÇKK) göre “çocuk” daha erken yaşta reşit olmuş olsa dahi (ÇKK md. 3/a), 18 yaşını doldurmamış kişi olarak tanımlanmaktadır (Çocuk Koruma Kanunu, 2005). Çocuk adalet sistemi bakış açısıyla çocuk, mağdur çocuk (MÇ), suça sürüklenen çocuk (SSÇ), korunma ihtiyacı olan çocuk (KİOÇ) olarak sınıflandırılmaktadır. Çocuk Koruma Kanunu kapsamında SSÇ, kanunlarda suç olarak tanımlanan bir fiili işlediği iddiası ile hakkında soruşturma veya kovuşturma yapılan ya da işlediği fiilden dolayı hakkında güvenlik tedbirine karar verilen çocuk olarak tanımlanmaktadır (Çocuk Hakları Sözleşmesi 1995, Çocuk Koruma Kanunu 2005). Temel amaç, çocuk adalet sistemi içindeki çocuğun yüksek yararının korunmasıdır. Bu nedenle söz konusu SSÇ olduğunda, ceza hukukunun geleneksel amaçlarının (bastırma/cezalandırma) gerçekleştirilmesinden çok, rehabilitasyon ve onarıcı adalet tercih edilmektedir (Çocuk Hakları Sözleşmesi 1995).

5237 sayılı Türk Ceza Kanunu’nun (TCK), 31. maddesinde ceza ehliyeti konusunda suçun işlendiği tarihte bulunulan yaş itibarı ile 0-12 yaş grubu, 12-15 yaş grubu ve 15-18 yaş grubu olmak üzere üç yaş grubu öngörülmüştür. Ceza sorumluluk yaşı 12 yaşın doldurulmasından itibaren başlatılmış, ikinci grupta bulunan çocukların işlediği iddia olunan fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılama ve davranışlarını yönlendirme yeteneğinin varlığı sorumluluğu kabul edilmiş ve bu sorumluluğun ceza hukuku bakımından indirimli ceza uygulaması olduğu belirtilmiş, üçüncü grubu oluşturan çocukların cezai sorumluluğu prensip olarak kabul edilmiş, ancak; indirimle ceza uygulamasına tabi tutulmuştur (Türk Ceza Kanunu 2009).

Suçta sürüklenen çocukların, adli makamlarca en sık Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları kliniklerine gönderilerek görüş sorulma nedeni, çocuğun işlediği suçun (suçun işlendiği tarihte

çocuğun 15 yaşını doldurmamış olması durumunda) hukuksal anlam ve sonuçlarını algılama veya davranışlarını yönlendirme yeteneğinin bulunup bulunmadığıdır (Bilaç ve ark. 2014, Çakaloz ve ark. 2016, Kurtuluş ve ark. 2009).

Suçta sürüklenen çocukların, tekrarlayıcı şekilde suça sürüklendiği ve erişkin yaşta suç işleme risklerinin yüksek olduğu bilinmektedir. Bu sebeple risk faktörlerinin belirlenmesi, erken yapılacak tespit, tedavi ve iyileştirme uygulamalarının bu olguların suça sürüklenme riskinde azalmaya yardımcı olacağı düşünülmektedir (Çakaloz ve ark. 2016).

Çalışmamızda Türkiye'nin 3. büyük ili olan İzmir'in en büyük çocuk hastanesi olan Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniğine, adli psikiyatrik değerlendirme amacıyla SSÇ sınıfı ile gönderilen tüm çocuk ve ergenlerin geriye dönük olarak, işledikleri iddia olunan suçun hukuki anlam ve sonuçlarını algılama veya davranışlarını yönlendirme yetileri konusunda düzenlenen raporlara ait veriler, sosyodemografik özellikleri, varsa geçmiş ve şu anki psikiyatrik tanıları, varsa geçmiş ve şu anki suç türleri ve ailede suç öyküsüne dair özelliklerinin incelenmesi amaçlanmıştır.

YÖNTEM

Bu çalışma, 01.11.2012-01.05.2015 tarihleri arasında adli makamlar tarafınca Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniğine TCK'nin 31/2 maddesi gereğince hakkında rapor düzenlenmesi istenen 257 çocuk ve ergenin dosya kayıtları geriye dönük olarak taranarak yapılmıştır. Nihai raporları düzenlenmeyen, başka merkezlere sevk edilen ve/veya dosya verileri eksik olan olgular araştırmaya alınmamıştır. Sonuç olarak suça karıştığı iddia olunan 187 olgu çalışmaya dahil edilmiştir. Çalışma protokolü için Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları Hastanesi girişimsel olmayan klinik araştırmalar etik kurul onayı alınmıştır (Tarih: 25.06.2015 Sayı No: 2015/09-04).

Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniğine TCK'nin 31/2 maddesi gereğince hakkında adli rapor düzenlenmesi amacıyla yönlendirilen tüm olgular için yapılan değerlendirmeler sonucunda elde edilen veriler adli dosyaya kaydedilmekte, adli makamlar tarafından gönderilmiş olan soruşturma evrakının ve düzenlenen bilirkişi raporunun bir örneğiyle birlikte arşivlenmektedir. Adli dosyaya olgu ve ailesine ilişkin sosyodemografik verilerin yanı sıra, adli olayla ilgili ayrıntılı bilgi, görüşmede saptanan ruhsal belirtiler, ruhsal muayene bulguları, olgunun zihinsel kapasitesine ait klinik değerlendirme sonuçları ve Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition Text Revision (DSM-IV-TR) tanı ölçütlerine göre saptanan psikiyatrik tanılar kaydedilmektedir. Bu çalışmada; olguların sosyodemografik özellikleri, suça ilişkin bilgileri, klinik görüşme ve varsa WISC-R'a ilişkin bilgilerini içeren dosya kayıtları geriye doğru taranmıştır.

Verilerin değerlendirilmesi SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 17.0 paket programında yapılmış, aritmetik ortalama±standart sapma, sayı ve yüzde değerleri verilmiştir. Analizlerde %95 güven aralığında anlamlılık değeri $p < 0,05$ olarak kabul edilerek yüzdelerin karşılaştırılmasında ki-kare test kullanılmıştır.

BULGULAR

Suçta sürüklenen çocukların ve ailelerinin demografik özellikleri

Araştırmaya, 01.11.2012 ve 01.05.2015 tarihleri arasında adli psikiyatrik değerlendirme istemi ile yönlendirilen 187 olgu alınmıştır. Olguların %86,6'sı erkek ($s=162$), %13,4'ü ($s=25$) kızdı. Olguların yaş ortalaması $13,9 \pm 1,1$ (yaş aralığı: 12 yaş-17 yaş) olarak saptandı. Çalışma grubunun yaş ve cinsiyete göre dağılımı Tablo 1'de gösterilmiştir.

Tablo 1. Çalışma grubunun yaş, cinsiyet özellikleri ve yaş gruplarına göre dağılımı

Yaş (Ort±SS)	13,9±1,1
Cinsiyet (Erkek/Kız)	162/25
12-15 yaş aralığı (Erkek/Kız)	117/15
15-18 yaş aralığı (Erkek/Kız)	45/10

Adli psikiyatrik değerlendirme amacıyla SSC olarak başvuran olguların eğitim durumu incelendiğinde ilkokul mezunu olanların oranı %19,3 (s=36), ortaokul mezunu olan veya halen ortaokula devam edenlerin oranı %54,5 (s=102) ve lise mezunu olan ya da halen liseye devam etmekte olanların oranı %25,1 (s=42) idi. Çalışmamızda örgün eğitimden ayrılma oranı %24,6 (s=46) olarak bulunmuştur. Olguların yalnızca 2'sinin (%1,1) okuma-yazma bilmediği dikkati çekti. Olguların büyük çoğunluğu bir çekirdek aileye üye iken (%62,6, s=117), %37,4'ünün (s=60) geniş aileye mensup olduğu bulundu. Olguların geldikleri ailelere ait özellikler ayrıntılı incelendiğinde, SSC'lerin %71,7'sinin (s=134) ebeveynleri bir arada yaşayan çocuklar oldukları ve geri kalan %28,3'ünün (s=53) ise tek ebeveyn tarafından bakım aldığı (boşanmış ebeveyn veya ölmüş ebeveyn) gösterildi. Ebeveynleri bir arada yaşayan çocuklar arasında geniş ailede yaşama oranı %16,8 iken bu oran tek ebeveyne sahip olgular arasında % 21,4 olarak bulundu.

Olguların mensubu oldukları aileler, kendi beyanları doğrultusunda değerlendirildiğinde sosyoekonomik açıdan %70,6'sının (s=132) alt sosyoekonomik düzeye, %24,6'sının (s=46) orta sosyoekonomik düzeye ve %4,8'inin (s=9) üst sosyoekonomik düzeye sahip olduğu belirlendi.

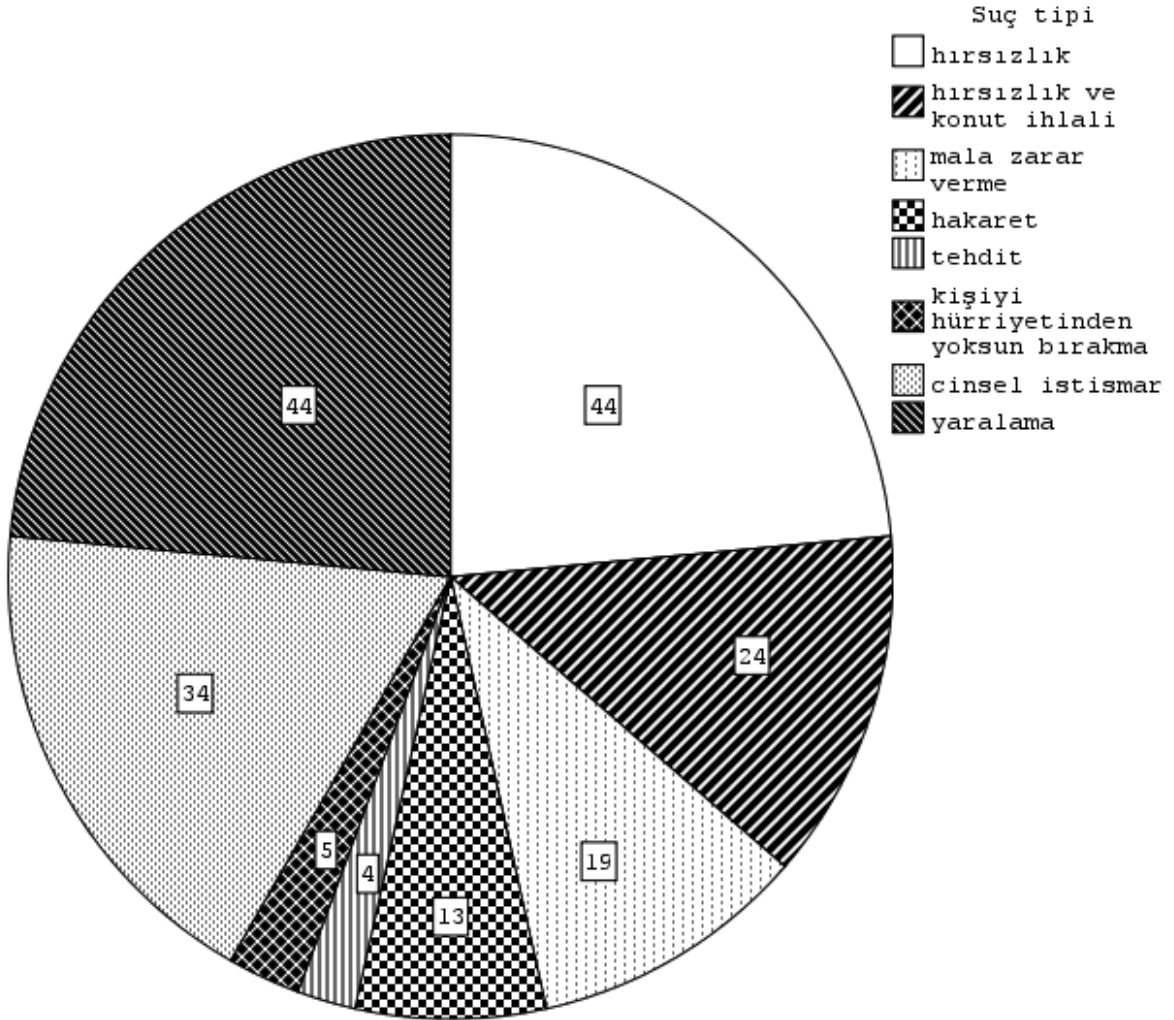
Örneklem grubunu oluşturan olguların annelerinin, olguları doğurma yaşları değerlendirildiğinde, annelerin %28,3'ünün (s=53) olgulara olan gebeliklerinin ergen gebeliği olarak değerlendirilebileceği (18 yaş altı doğum) dikkati çekti. Annelerin yaş ortalaması 35,5± 4,7 olarak bulundu (minimum: 30 yaş, maksimum: 47 yaş). Annelerin eğitim durumları incelendiğinde %15'inin (s=28) okuryazar olmadığı, %15'inin

(s=28) okuryazar olduğu, %45,5'inin (s=85) ilkokul mezunu, %17,1'inin (s=32) ortaokul mezunu, %5,3'ünün (s=10) lise mezunu ve son olarak %2,1'inin (s=4) üniversite mezunu olduğu görüldü. SSC'lerin annelerinin %66,3'ü (s=124) çalışan kadınlar iken, %33,7'si (s=63) ev kadını idi. Babalara ait sosyodemografik özellikler incelendiğinde, babaların yaş ortalamasının 45,2± 6,9 olarak bulundu (minimum: 31 yaş, maksimum: 77 yaş). Babaların eğitim durumlarına bakıldığında, %4,8'inin (s=9) okuryazar olmadığı, %9,6'sının (s=18) okuryazar olduğu, %47,1'inin (s=88) ilkokul mezunu, %18,2'inin (s=34) ortaokul mezunu, %13,4'ünün (s=25) lise mezunu ve son olarak %7'sinin (s=13) üniversite mezunu olduğu görüldü. Suça sürüklenen çocuk sıfatı ile adli psikiyatrik değerlendirmeye başvuran olguların babalarının %77,5'i (s=145) çalışmakta iken, %22,5'inin (s=42) çalışmadığı saptandı.

Örneklem grubunu oluşturan olguların mensubu oldukları ailedeki kardeş sayısı değerlendirildiğinde 2 veya daha az kardeş olan olguların oranı %22,5 (s=42), 3 ve daha fazla kardeş olan olguların oranı ise %77,5 (s=145) olarak bulundu. Kardeş sayısı ortalaması ise 3,7±1,1 olarak bulundu.

Suçla ilişkili özellikler

Olguların işlediği iddia olunan suçlar, türlerine göre değerlendirildiğinde olguların %23,5'inin (s=44) hırsızlık, %12,8'inin (s=24) hırsızlık ve konut ihlali, %23,5'inin (s=44) adam yaralama, %18,2'sinin cinsel istismar (s=34), %10,2'sinin (s=19) mala zarar verme, %7'sinin (s=13) hakaret, %2,1'inin (s=4) tehdit, %2,7'sinin (s=5) kişiyi hürriyetinden yoksun bırakma, suçlarını işlemiş oldukları iddia edilmekteydi (Şekil 1).

Şekil 1. Adli psikiyatrik değerlendirme yapılması istenen SSC'lerin suç tiplerinin dağılımı

Olguların değerlendirmelerinin yapıldığı dönem öncesinde, geçmiş suç davranışının olup olmadığı da araştırılan diğer konular arasındadır. Olguların %19,7'sinin (s=37) suç geçmişi olduğu, geriye kalan %80,2'sinin (s=150) ise daha önce suç işlemediği öğrenilmiştir. Çalışmamızda örneklem grubunu oluşturan olguların ferdi oldukları ailelerin suça karışma özellikleri değerlendirildiğinde, ailelerinde suç kaydı olan olguların oranı %46 (s=86), ailelerinde suça karışma öyküsü olmayan olguların oranı ise %54 (s=101) olarak bulunmuştur.

Suçta sürüklenen çocukların adli ve psikiyatrik özellikleri

Suçta sürüklendiği iddia edilen olguların psikiyatrik geçmişleri incelendiğinde olguların %75,9'unun (s=142) geçmişte bilinen bir psikiyatrik tanuları olmadığı, geriye kalan %18,7'sinin (s=35) geçmişte bir psikiyatrik tanısı olduğu dikkati çekmektedir.

Olguların başvurularında işledikleri iddia olunan fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını bilme ve/veya davranışlarını yönlendirme yeteneklerinin gelişip gelişmediği konularında düzenlenen adli

BİNİCİ VE ARK.

psikiyatrik değerlendirme raporları incelendiğinde; örneklem grubunda fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını bilme oranı %63,1 (s=118) olarak değerlendirilmiştir. İşledikleri iddia olunan fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını bilmediği yönünde rapor düzenlenen olguların oranı %36,9'dur (s=69). Davranışlarını yönlendirme yeteneği değerlendirildiğinde ise olguların %51,3'ünün (s=96) davranışlarını yönlendirmesine engel bir durumu olmadığı; %48,7'sinin (s=91) ise davranışlarını yönlendirmesine engel bir durumu olduğu yönünde kanaat bildirilmiştir. İşledikleri iddia olunan fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını bilen ve davranışlarını yönlendirme yeteneği gelişmiş olguların oranı %49,2 (s=92) olarak bulunmuştur.

Olgular için ruhsal değerlendirme yapılırken klinik izlenimi destekleyecek bilgiler sunabilmesi açısından kullanılan bir ölçüm de WISC-R (6-16 yaş) uygulamasıdır. Olguların %60,4'ünün (s=113) WISC-R testi ile değerlendirilirken, %39,6'sı (s=74) için WISC-R değerlendirilmesinin gerekli görülmemiş olduğu gözlenmiştir. Ancak tüm olgularda, olgulara ait zeka kapasitesinin değerlendirmesi test sonuçlarına değil klinik değerlendirme sonuçlarına göre yapılmıştır.

Adli psikiyatrik rapor düzenlerken dikkate alınan ve olguların işledikleri iddia olunan fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını bilme ve/veya davranışlarını yönlendirme yeteneğini doğrudan etkileyen zekâ düzeyi değerlendirmesi temelde klinik olarak yapılmaktadır. Adli psikiyatrik raporu düzenleyen hekimlerin örneklem grubumuzda yer alan SSÇ'lerin klinik değerlendirmelerinde, olgulardan klinik olarak normal zeka olanların oranı %64,7 (s=121), sınırda entelektüel işlevsellik düzeyinde olarak değerlendirilen olguların oranı %33,2 (s=62), hafif düzeyde zekâ geriliği tanısı alan olguların oranı %2,1'dir (s=4).

Klinik olarak normal zeka olduğu kanaatine varılan olguların %33,1'inin (s=40) bir psikiyatrik tanı aldığı, geriye kalan %76,9'unun ise herhangi bir psikiyatrik tanı almadığı görülürken bu

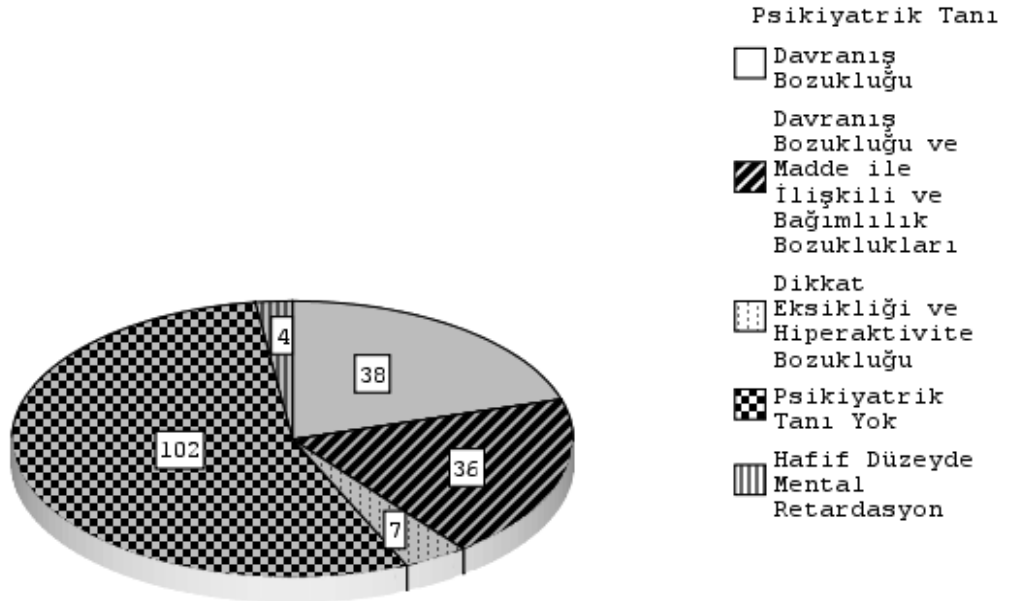
oranlar sınırda entelektüel işlevsellik düzeyinde olan olgular için sırasıyla %50 (s=31) ve %50 (s=31) şeklindedir.

Ayrıca SSÇ kapsamında başvuran ve psikiyatrik değerlendirmeleri yapılarak haklarında adli psikiyatrik rapor düzenlenen olguların psikiyatrik tanı alıp almamalarına göre ve psikiyatrik tanı alıyorlarsa psikiyatrik tanı tiplerine göre dağılımına bakılmıştır. Olguların %20,3'ünün (s=38) davranış bozukluğu, %19,3'ünün (s=36) davranış bozukluğu ve madde ile ilişkili ve bağımlılık bozuklukları, %3,7'sinin (s=7) dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanısı ve son olarak %2,1'inin (s=4) hafif düzeyde zihinsel gerilik tanısı aldığı, geriye kalan %54,6'sının (s=102) ise bir psikiyatrik bozukluğa ait tanı kriterlerini karşılar nitelikte yakınması olmadığından tanı almadığı bulunmuştur (Şekil 2).

Son olarak haklarında TCK'nin 31/2 maddesi gereğince rapor düzenlenen çocukların işledikleri iddia edilen suçun hukuki anlamını ve sonuçlarını bilmeyen olgular (s=64), davranışlarını yönlendirme yeteneği olmayanlar (s=85), işledikleri iddia edilen suçun hukuki anlamın ve sonuçlarını bilmeyen ve davranışlarını yönlendirme yeteneği olmayan olgular (s=32), cinsiyet ($X^2=1,42;p=0,88$), eğitim düzeyleri ($X^2=1,99;p=0,29$), annelerinin gebelik yaşı ($X^2=1,41;p=0,87$), annelerin çalışma durumu ($X^2=1,77;p=0,59$), babalarının çalışma durumu ($X^2=2,97;p=0,05$), ailedeki çocuk sayısı ($X^2=1,42;p=0,88$), suç tipi ($X^2=2,42;p=0,11$) ailede suç öyküsü ($X^2=2,34;p=0,23$), ailenin sosyoekonomik düzeyi, anne-babalarının birliktelik durumları ($X^2=2,40;p=0,05$) ve bir psikiyatrik tanıya sahip olmamaları ($X^2=1,49;p=0,84$) bakımından karşılaştırılmıştır. Bu veriler açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Ancak işledikleri iddia olunan suç sayısına göre değerlendirildiğinde birden fazla kez suç işlemiş olguların bir kez suç işlemiş olan olgulara oranla, adli değerlendirme sırasında istatistiksel ola-

Şekil 2. Suça sürüklenen çocukların psikiyatrik tanı dağılımları



rak anlamlı düzeyde daha fazla bir psikiyatrik tanı aldıkları gösterilmiştir. ($X^2=6,22;p<0,001$). Benzer biçimde yönlendirilen olgulardan ailesinde suç öyküsü olanlar ile olmayanlar karşılaştırıldığında, ailesinde suç öyküsü olanların olmayanlara oranla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla bir psikiyatrik tanı aldıkları bulunmuştur ($X^2=7,23;p=0,001$) (Tablo 2).

TARTIŞMA

Çalışmamızda elde edilen bulgular değerlendirildiğinde; suça sürüklenen çocukların çoğunun erkek cinsiyette olduğu, olguların örgün eğitimden ayrılma oranlarının tüm örneklem grubunun yaklaşık $\frac{1}{4}$ ' ü oranında olduğu; olguların ebeveynlerinin sosyoekonomik düzeyleri

Tablo 2. Suça sürüklenen çocuklar arasında yapılan adli psikiyatrik değerlendirmelerde psikiyatrik tanı alan ve almayan olgular arasında olguların ve ait oldukları ailelerin suç geçmişi özellikleri açısından karşılaştırılması

	Psikiyatrik Tanı Yok		Psikiyatrik Tanı Var		Toplam		p*
	n	%	n	%	n	%	
Suç sayısı							
Bir kez	95	93,1	55	64,7	150	80,2	0,001
Birden fazla kez	7	6,9	30	35,3	37	19,8	
Toplam	102	100	85	100			
Ailede suç öyküsü							
Yok	83	81,4	18	21,2	101	54,0	0,001
Var	19	18,6	67	78,8	86	46,0	
	102	100	85	100			

*Ki kare testi, istatistiksel olarak anlamlılık: $p<0,05$

ve eğitim düzeylerinin düşük olduğu, olguların büyük çoğunluğunun çekirdek yapıdaki ancak kardeş sayısının 3 veya daha fazla olan kalabalık ailelerden geldiği dikkati çekmektedir. Çalışmamızın bir diğer bulgusu ise işlendiği iddia olunan suçların genel kapsamında bakıldığında büyük çoğunluğunun mal varlığına karşı işlenen suçlar içerisinde yer alıyor olduğudur (hırsızlık/hırsızlık+konut ihlali). Ayrıca en çok işlendiği iddia olunan ikinci suçun vücut dokunulmazlığına karşı işlenen suçlar kapsamında yer alan kasten yaralama suçu olduğu da dikkati çekmiştir. Çalışmamızda geriye yönelik olarak değerlendirilen olguların %45,4'ünün bu değerlendirmelerde bir veya daha fazla psikiyatrik tanı almış oldukları gösterilmiştir. Yapılan adli psikiyatrik değerlendirmeler sonucunda TCK'nin 31/2 maddesi kapsamında fillinin hukuksal anlam ve sonucunu algılama veya davranışlarını yönlendirme yeteneğine sahip olgular çalışmamız kapsamında incelenen örneklem % 49,2'sini oluşturmaktadır. Çalışmamızın yazına katkı sağlayacağı düşünülen diğer önemli bulguları, psikiyatrik tanısı olan olguların olmayan olgulara göre tekrarlayan suç işleme oranlarının daha yüksek olması ve suç geçmişi olan ailelerden gelen olguların, ailelerinde suç öyküsü olmayan olgulara göre daha fazla psikiyatrik tanı almış olmalarıdır.

Ülkemizde yapılan çalışmalar ve konuya dair uluslararası verilerle de uyumlu bir biçimde çalışmamızda SSÇ örnekleminin büyük çoğunluğu erkek cinsiyettedir (Bilaç ve ark. 2014, Gökçen ve Dursun 2012, Göker ve ark. 2006). Erkek çocuk ve ergenlerin kızlara oranla daha yüksek oranda suç karışıyor olmaları, erkek cinsiyete ait biyolojik özellikler, olumsuz akran etkisinin erkek çocuklar üzerinde daha belirgin bir biçimde gözleniyor olması, erkek çocuk ve ergenlerin dışa yönelim bozukluklarına daha yatkın olmaları, daha fazla fiziksel istismar mağduru olmaları gibi nedenlerle açıklanmaktadır (Çakaloz ve ark. 2016, Harris 1996). Ülkemizde sosyokültürel etkenler ve kaygılar nedeniyle kız çocuklarının ebeveynlerinin daha fazla denetimi altında tu-

tuldukları bilinmektedir. Bu nedenle erkek çocuklarına göre ev dışında geçirdikleri zamanın daha kısıtlı olması ve ayrıca psikiyatrik açıdan dışa yönelim bozukluklarından daha fazla içe yönelim bozuklukları tanısı alıyor olmaları gibi etkenlerin, kız çocuklarının suç işleme risklerini azaltıyor olabileceği düşünülmüştür.

Yazında adli psikiyatrik değerlendirme kapsamında zeka düzeyi değerlendirilmesinin, yapılacak zeka testlerinde SSÇ'lerin içinde buldukları durumdan dolayı, cezadan kurtulmak amaçlı test sonuçlarını olumsuz etkileyebilecek tutumlar sergileyebilecekleri göz önünde bulundurularak klinik olarak yapılmasının daha uygun olacağı yönünde kanaat bildiren çalışmalar bulunmaktadır (Bilaç ve ark. 2014, Çakaloz ve ark. 2016)

Çalışmamızda zekâ testleri uygulanan olgular bulunmakla beraber olguların zihinsel kapasiteleri ile ilgili verilen kararlar klinik görüşmelerde elde edilen bilgiler doğrultusunda alınmıştır. Yapılan çalışmalarda zeka kapasitesindeki kısıtlılığın suç davranışını arttırıyor olabileceği yönünde sonuçlara ulaşılmış olmakla beraber (Çakaloz ve ark. 2016, Farrington 1998, Lopez-Leon ve Rosner 2010, Nasıroğlu ve Semerci 2017) çalışmamızda zeka kapasitesindeki sınırlılığın (sınırdaki entelektüel işlevsellik ve hafif düzeyde zeka geriliği) gözlendiği olguların oranının %35,3 (n=66) olduğu bulunmuştur. Bu veriler ışığında düşük zeka kapasitesinin yönlendirilmeye açık olma ve davranışın suç olduğunun ve sonuçlarının ayırdına varabilmede yaşanan güçlükler açısından SSÇ'ler için önemi bir risk faktörü olduğunu söylemek mümkündür.

Okula devam etme (örgün eğitim), eğitim düzeyi ve okul başarısının suç davranışının ortaya çıkışı üzerine etkisinin olduğu bilinmektedir (Cottle ve ark. 2001, Çakaloz ve ark. 2016). Uygun bir okul ortamında uygun öğretmen denetimi ve yönlendirmesine ayrıca olumlu akran etkisine sahip olan, ders başarısı ortalama ve üstünde olan çocukların suç davranışında bulunma riski-

nin daha düşük olduğu bildirilmektedir (Cottle ve ark. 2001). Çalışmamızda örgün eğitimden ayrılan SSC oranının tüm olguların yaklaşık ¼'ünü oluşturduğu ve 2 olgunun da hiç okula gitmediği dikkati çekmiştir. Örgün eğitimden kazanılabilecek eğitim ve öğretim alanlarına ilişkin olumlu özelliklerin, çocuğun/ergenin bilişsel ve sosyal gelişim süreçlerine olan olumlu etkilerinin kazanılmasında ortaya çıkan eksiklikler ve yoksunlukların suç işleme oranlarını arttırıyor olabileceği düşünülmüştür.

Çalışmamızda SSC'nin mensubu olduğu ailenin sosyoekonomik düzeyi değerlendirilirken kendilerinin beyan ettikleri sosyoekonomik düzey (SED) esas alınmıştır. Çalışmamıza alınan olguların büyük çoğunluğunun düşük SED'ye sahip ailelerden geldiği gösterilmiştir. Ailenin SED'si incelenirken, ailenin gelir düzeyi, evin bulunduğu muhit, aile üyelerinin yaşadığı sosyal çevre ve toplum içersindeki statüleri akla gelmektedir. Bu bakımdan ele alındığında düşük SED ile suç davranışı arasındaki ilişki daha anlaşılır hale gelmektedir. Nitekim özellikle SSC'ler arasında hırsızlık suçu ile düşük SED arasında doğrudan bir ilişkinin varlığı ülkemizde yapılan bir çalışmada gösterilmiştir (Cantürk 2005). Yazında suç davranışı için diğer risk faktörleri arasında ailelerin eğitim düzeyinin düşük olması, ebeveynler arasında ciddi evlilik sorunlarının bulunması ve aile birliğinin zayıf olması gibi etmenler de yer almaktadır. Çalışmamızda incelenen olguların annelerinin ¾ oranında ilkokul ve daha altı düzeyde eğitim aldıkları, bu oranının babalar arasında ise ⅔ oranında olduğu gösterilmiştir. Her ne kadar çalışmamızda çekirdek aileye mensup ve evli anne ve baba çocuklarının oranı yazından uyumsuz biçimde daha yüksek bulunmuş olsa da, çalışmamızda aile işlevselliğinin düzeyinin değerlendirilmesi mümkün olmamıştır. Hem yazındaki sonuçlar hem de çalışmamıza ait sonuçlar birlikte değerlendirildiğinde ailelerin niteliksel özelliklerinden çok işlevsellik düzeylerinin, her bir aile bireyinin suç davranışı üzerinde etkili olan faktör olabileceği düşünülmüştür.

Çalışmamızda incelenen bir diğer konu da SSC annelerinin olgulara gebe kalma yaşlarıdır. Türkiye'de ergen gebelik oranı %8,0-12,0 arasındadır (Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003). Çalışmamızda annelerin yaşları ve olguların yaşları değerlendirildiğinde, SSC için annelerinin 18 yaş altında gebe kalma oranları yaklaşık ⅓'tür. Anneliğe ruhsal ve fiziksel açıdan hazır olmayan ergen annelerin, hem kendisinin hem de bebeğinin bakımı konusunda yetersiz kaldığı bilinmektedir (Şen ve Kavlak 2001, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003). Ergenlik döneminde gebe kalan ve henüz bedensel ve ruhsal açıdan hazır olmadığı doğum gibi zor olayı yaşayan anne, çocuk büyütmenin maddi ve manevi yükünü taşıırken hem bebeğini hem de kendisini ihmal edebilmekte ya da örseleyebilmektedir. Suça sürüklenen çocuklar arasında bu oranın Türkiye ortalamasından yaklaşık 2,5 kat daha fazla olması tüm bu yönleriyle değerlendirildiğinde dikkat çekici bir bulgu olarak karşımıza çıkmaktadır.

Suça sürüklenen çocuklara ait verilerden incelenen bir diğer değişken kardeş sayısıdır. Kardeş sayısı 3 ve daha fazla olan olgu sayısının tüm olgu gurubunun yaklaşık ¼ gibi yüksek bir oranını oluşturması da yazınla uyumludur (Çakaloz ve ark. 2016, Kurtuluş ve ark. 2009). Aile içinde kardeş sayısının fazla olması, ebeveynlerin denetim, yönlendirme, ilgi ve sevgi gösterme olanaklarını kısıtlayabilmekte, ebeveynlerin çocuk başına düşen maddi ve manevi desteğini böldüğünden ebeveyn çocuk için yetersiz kalabilmekte, bu da eş zamanlı olarak aile içi ihmal ve istismar riskinin artmasına ve dolayısıyla suça sürüklenmenin kolaylaşmasına neden olabilmektedir.

Ülkemizde işlenen suçların en fazla yoğunlaştığı alanlar hırsızlık, yağma, mala zarar verme, suç eşyasını kullanma, güveni kötüye kullanma, dolandırıcılığı içeren mal varlığına karşı işlenen suçlardır. Bizim çalışmamızda da bu kapsamda işlenen suçların oranının tüm suçlar arasında %46,5 gibi yüksek bir oranda görülmesi yazınla

uyumlu olarak değerlendirilmiştir. Yine önceki çalışmalar ile uyumlu biçimde vücut dokunulmazlığına karşı işlenen suçlar kapsamında yer alan kasten yaralama suçu SSÇ'ler arasında işlenen ikinci en yüksek suç grubu olarak karşımıza çıkmaktadır (Aksu ve ark. 2013, Çakaloz ve ark. 2016, Kurtuluş ve ark. 2009).

Amerika Birleşik Devletlerinde çocuk ve ergen suçular ile yapılan bir çalışmada (Wesserman ve ark. 2003) bir ya da daha fazla psikiyatrik tanı alma oranının %65-70 olduğu gösterilmiş olup bu oran daha sonraki yıllarda yapılan yerli ve yabancı çalışmalara ait sonuçlar ile uyumludur (Ayaz ve ark. 2010, Mannuzza ve ark. 2008, Nasıroğlu ve Semerci 2017). Suça sürüklenen çocuk ve ergenlerde, en sık görülen ruhsal bozukluklar sırasıyla davranım bozukluğu (DB), Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) ve zekâ geriliği olarak saptanmıştır (Bilaç ve ark. 2014, Mannuzza ve ark. 2008, Murray ve Farrington 2010). Çalışmamızda SSÇ kapsamında değerlendirilen olguların yaklaşık yarısının en az bir psikiyatrik tanı aldığı bir diğer önemli bulgu olarak karşımıza çıkmaktadır. Yazınla uyumlu biçimde çalışma grubumuzda yer alan olgulara en sık konulan tanı DB'dir (Bilaç ve ark. 2014, Murray ve Farrington 2010). Ruhsal açıdan sağlık, genel sağlığın bütünüleyici bir parçasıdır. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre ruh sağlığı, bireyin sahip olduğu yetenekleri kullanabilmesini, yaşamdaki olağan stres verici olaylarla baş edebilmesini, üretken ve verimli çalışabilmesini, içinde yaşadığı topluma katkı sağlayabilmesini içeren bir iyi olma halidir (World Health Organization 2004). Bu bakış açısıyla ruh sağlığında bozulma, kişinin aralarında davranışlarını yönlendirmenin de dâhil olduğu pek çok temel yetisini kullanamayacağı anlamına da gelebilmektedir. İşlevsellik alanlarında bozulmaya yol açan bir psikiyatrik durumun, özellikle de kişi henüz erişkin olarak nitelendirilemeyecek yaşta ise kişiyi suça sürükleyebileceğini düşünmek olasıdır. Psikiyatrik hastalıkların suça sürüklenmeye neden olabilecek diğer pek çok etken arasında yer almasının, çalışmamızda psikiyatrik tanı oranının yüksek olarak bulun-

masına neden olduğu düşünülmüştür.

Çalışmamızda, işledikleri iddia olunan fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını bilen ve davranışlarını yönlendirme yeteneği gelişmiş olguların oranı %49,2 olarak bulunmuştur. Bu sonuç ülkemizde daha önce yapılan bazı çalışmalar ile uyumlu iken (Aksu ve ark. 2013, Bilaç ve ark. 2014, Çakaloz ve ark. 2016; Gökçen ve Dursun 2012, Göker ve ark. 2006) bazıları ile uyumlu değildir (Aksu ve ark. 2013, Aydın ve ark. 2005, Bilginer ve ark. 2012, Dirol ve ark. 2002, Karagöz ve ark. 2003, Kurtuluş ve ark. 2009). Yazın incelendiğinde SSÇ için işlediği fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını tam olarak algılama ve davranışlarını yönlendirme yeteneğine dair yapılan değerlendirmelere ait sonuçların değerlendirmecilerin uzmanlık alanlarına (Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları-ÇERSAH-, Adli Tıp) göre farklılaştığı dikkati çekmektedir. Ülkemizde yapılan bir çalışmada adli tıp uzmanlarının ve ÇERSAH uzmanlarının TCK 31/2 kapsamında yaptıkları değerlendirmelerde, ÇERSAH uzmanları %66.6 oranında işlediği suçun hukuksal anlam ve sonuçlarını algılama veya davranışlarını yönlendirme yeteneğinin bulunmadığı şeklinde yanıt vermiş ancak, adli tıp uzmanları tamamına yakını işlediği suçun hukuksal anlam ve sonuçlarını algılama veya davranışlarını yönlendirme yeteneğinin bulunduğu şeklinde yanıt vermiştir (Aksu ve ark. 2013). Bu farklılık yazındaki çalışmalarda elde edilen farklı sonuçlarla uyumludur (Aksu ve ark. 2013, Aydın ve ark. 2005, Bilginer ve ark. 2012, Dirol ve ark. 2002, Karagöz ve ark. 2003). Çocuğun gelişim süreci dikkate alınarak işlediği fiilin hukuki sonuçlarını tümüyle algılayıp algılamadığı veya kendi iradesi ile davranışını başlatabilecek ve sonlandırabilecek denetim gücünün gelişip gelişmediğinin değerlendirilmesi amacını güden bu değerlendirme sürecinin, ayrıntılı ruhsal durum muayenesi, varsa gelişimsel dönem özelliklerinde gözlenen sapmalar, yetiştirilme özellikleri ve sosyokültürel öğelerden ayrı tutulması beklenemez. Bu açıdan değerlendirildiğinde tutarlı bir yaklaşımın sergilenebilmesi adına çocuk ve ergenler SSÇ kapsamında

değerlendirilirken ÇERSAH ve adli tıp uzmanlarının birlikte çalışmasının uygun olacağı düşünülebilir.

Elde edilen bir diğer önemli bulgu psikiyatrik tanısı olan olguların olmayan olgulara göre daha fazla oranda tekrarlayan suç öyküsüne sahip olduklarıdır. Bu sonuç yineleyen suç işleme davranışının ön görücülerinin incelendiği bir metaanaliz çalışmasının sonuçlarıyla da uyumludur (Cottle ve ark. 2001). Bu çalışmada tekrarlayan suç davranışının öngörücüleri 30 farklı maddede sıralanmış olup bu maddelerden biri de ruhsal patolojinin varlığıdır. Bu sonuçlar birlikte değerlendirildiğinde risk altındaki çocuk ve ergenlerin düzenli psikiyatrik izlemlerinin yapılması ve tedavilerinin sağlanmasının çocuk ve ergenlerin olduğu kadar toplumların da yüksek yararına olacağını söylemek yanlış olmaz. Son olarak çalışmamızda ailelerinde suç öyküsü bulunan SSC'lerin daha fazla psikiyatrik tanı aldıkları dikkati çekmektedir. Çocuk ve ergenlerin ailelerinde suç öyküsü olmasının bozuk aile işlevselliği, uygunsuz ve yetersiz ebeveyn denetimi, bakım almada yetersizlik ve yoksunluk, suç ortamında büyüme ve suç işleyen ebeveyni/aile üyesini rol model alma gibi çocuğu risk altında bırakan etmenlerle bir arada olabileceği, bunun da bir çocuğun ruhsal gelişimi ve sağlığını önemli ölçüde tehdit edebileceği düşünülmüştür. Bu açıdan suç işleyen ailelerde büyüyen ve kendisi de suç işleyen çocuk ve ergenlerin düzenli psikiyatrik izlemlerinin gerekirse "sağlık tedbiri" (Çocuk Koruma Kanunu; madde 16) kapsamında yapılması önemlidir.

Çalışma retrospektif desende dosya inceleme yöntemiyle yapıldığından, ölçek kullanılmamış olması, karşılaştırma grubu içermemesi ve çalışmaya alınan olguların sosyodemografik özellikler açısından heterojen olması gibi kısıtlılıklar içermektedir. Bu veriler ışığında, toplumsal sağlık ve koruyucu ruh sağlığı açısından SSC için risk faktörlerinin belirlenmesini sağlayacak prospektif desende çalışmaların ve izlem çalışmalarının son derece önemli olduğunu söyle-

mek mümkündür.

Sonuç olarak suça sürüklenen çocuklara ait veriler değerlendirildiğinde, biyolojik ve çevresel etkenlerin bir araya gelmesiyle şiddete ve suça yatkınlığın arttığı görülmekte, ruhsal hastalıkların suça eğilimi arttırmasının yanı sıra, suça neden olan etkenlerin ruhsal sağlık üzerine olumsuz etkileri olduğu dikkati çekmektedir. Çocuk suçluluğunun azaltılabilmesinde sosyoekonomik ve kültürel koruyucu önlemlerin alınmasının yanı sıra koruyucu ve tedavi edici ruh sağlığı hizmetlerinin ulaşılabilir hale getirilmesi ve ebeveynlere uygun bakım ve denetim sağlanabilmeleri adına destek sağlanması önemlidir.

KAYNAKLAR

Aksu H, Karakoç S, Özgür BG ve ark. (2013) Aydın ilinde bir yıldaki çocuk ve ergen adli olguların değerlendirilmesi. *Anadolu Psikiyatri Derg* 14:369-377.

Ayaz M, Ayaz AB, Soyulu N (2012) Çocuk ve Ergen Adli Olgularda Ruhsal Değerlendirme. *Klinik Psikiyatri* 15:33-40.

Aydın B, Turla A, Kocakaya M ve ark. (2005) Samsun'da 2004 Yılında Suç İşlediği İddia Edilen Çocukların Sosyodemografik Özellikleri. *Adli Psikiyatri Dergisi* 2:5-13.

Bilaç Ö, Şentürk Pılan B, Orhon Z ve ark. (2014) Suça sürüklenen çocukların suç ve tanı dağılımlarının incelenmesi: Kesitsel bir araştırma. *Çocuk Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* 21:115-122.

Bilginer Ç, Hesapçioğlu ST, Kandil S (2012) Bir Üniversite Hastanesine Adli Psikiyatrik Muayene Amacıyla Gönderilen Çocuk ve Ergenlerin Değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri J Foren Med* 9(1):20-27.

Cantürk G (2005) Çocuk suçluluğunda adli psikiyatrik değerlendirme. *Sted* 14:3134.

Cottle CC, Lee RJ, Heilbrun K (2001) The prediction of criminal recidivism in juveniles: A meta-analysis. *Crim Justice Behav* 28:367-394.

Çakaloz B, Ünlü G, Terzioğlu MA ve ark. (2016) Çocuklar-

BİNİCİ VE ARK.

da suç davranışı ile sosyodemografik özelliklerin ve zekanın ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Derg* 17:411-418.

Çocuk Hakları Sözleşmesi. T.C. Resmi Gazete, 27 Ocak 1995, sayı:22184. www.resmigazete.gov.tr/arsiv/22184.pdf Erişim tarihi:24.9.2018.

Çocuk Koruma Kanunu. T.C. Resmi Gazete, 15 Temmuz 2005, sayı:5395. <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2005/07/20050715-1.htm> Erişim tarihi :24.09.2018.

Dirol F, Cantürk G, Küçük H (2002) 1997-1999 yıllarında Elazığ İli Adli Tıp Şube Müdürlüğü'nde farik ve mümeyyizlik muayenesi yapılan olguların değerlendirilmesi. *Klinik Adli Tıp* 2:43-46.

Farrington DP (1998) Predictors, causes and correlates of male youth violence. *Youth Violence içinde*, M Tonry ve M Moore (ed), University of Chicago Press, Chicago, s:421-475.

Gökçen C, Dursun OB (2012) Bir Eğitim Hastanesi Çocuk Psikiyatri Birimine Gönderilen Adli Olguların İncelenmesi. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi* 25:238-243.

Göker Z, Hesapçioğlu ST, Sarp KS ve ark. (2006) KTÜ Tıp Fakültesi Çocuk-Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'ne son iki yılda başvuran adli olguların değerlendirilmesi. *Adli Tıp Dergisi* 20:1-5.

Harris MB (1996) Aggression, gender and ethnicity. *Aggress Violent Behav* 1:123-146.

Karagöz MY, Atılgan M, Sargın OÖ ve ark. (2003) Antalya'da Suç İşlediği İddia Edilen Çocukların Sosyodemografik Özellikleri. 10. Ulusal Adli Tıp Günleri Paneller ve Poster Sunuları Kitabı 148-154.

Kurtuluş A, Salman N, Günbet G ve ark. (2009) Denizli ilinde 12-15 yaş arasındaki suça sürüklenen çocukların sosyodemografik özellikleri. *Pam Tıp Derg* 2:8-14.

Lopez-Leon M, Rosner R (2010) Intellectual quotient of juveniles evaluated in a forensic psychiatry clinic after committing a violent crime. *J Forens Sci* 55:229-231.

Mannuzza S, Klein RG, Moulton JL (2008) Lifetime criminality among boys with attention deficit hyperactivity disorder: a prospective follow-up study into adulthood using official arrest records. *Psychiatry Res* 160:237-246.

Murray J, Farrington DP (2010) Risk factors for conduct disorder and delinquency: key findings from longitudinal studies. *Can J Psychiatry* 55:633-642.

Nasıroğlu S, Semerci B (2017). Mental problems and sociodemographic characteristics in children driven to committing crimes and the preparation of forensic reports. *Psychiatry & Clin Psychopharmacol* 27:132-138.

Promoting Mental Health Summary Report. World Health Organization 2004.

http://www.who.int/mental_health/evidence/en/promoting_mhh.pdf. Erişim tarihi:24.09.2018.

Savaşır I ve Şahin N (1995) Wechsler Çocuklar için Zekâ Ölçeği (WISC-R) Uygulama Kitapçığı. Türk Psikologlar Derneği Yayını, Ankara.

Şen S, Kavlak A (2011) Çocuk Gelinler: Erken Yaş Evlilikleri ve Adölesan Gebeliklere Yaklaşım. *Aile ve Toplum* 12:7:35-44.

Şenol S (2008) Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu. Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı içinde, FÇ Çetin, A Coşkun, E İşeri ve ark. (ed), Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Derneği, Ankara, s.293-311.

Türkiye Adalet Bakanlığı Adalet İstatistikleri 2017. http://www.adlisicil.adalet.gov.tr/AdaletIstatistikleriPdf/Adalet_ist_2017.pdf Erişim tarihi 24.09.2018

Türk Ceza Kanunu. T.C. Resmi Gazete, 26 Eylül 2009, sayı:5237.

<http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2004/10/20041012.htm> Erişim tarihi: 24.9.2018.

Türkiye İstatistik Kurumu İstatistikleri. Güvenlik birimine getirilen çocuk ve genç sayısı 2017. <https://biruni.tuik.gov.tr/medas/?kn=98&locale=tr> Erişim tarihi 24.9.2018.

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Basımevi, Ankara.

Wasserman RG, Jensen PS, Ko SJ ve ark. (2003) Mental health assessments in juvenil justice: Report on the Consensus Conference. *J Am Acad Child Adloesc Psychiatry* 42:752-761.

ARAŞTIRMA MAKALESİ

EBEVEYN-ÇOCUK İLİŞKİSİ ÖLÇEĞİNİN TÜRKÇE UYARLAMASI: GEÇERLİLİK VE GÜVENİLİRLİK ÇALIŞMASI

Berna AYTAÇ*, Suzan ÇEN*, Gül Pembe YÜCEOL*

ÖZET

Amaç: Bu çalışmanın amacı, ebeveyn çocuk ilişkisinin niteliğini olumluluk ve olumsuzluk temelinde ele alan Ebeveyn Çocuk İlişkisi Ölçeği'nin Türkçe uyarlamasını yapmak, geçerlilik ve güvenilirliğini test etmektir. **Yöntem:** Örneklem 4-13 yaş arası çocuğu olan 406 anneden oluşmaktadır. Veri toplama aracı olarak, Demografik bilgi formu, Özerk İradeyi Destekleme Ölçeği, Ebeveyn Çocuk İlişkisi Ölçeği ve Çocuk Yetiştirme Anketi kullanılmıştır. Faktör analizi, korelasyon analizi ve AMOS programında ortalama açıklanan varyans değerleri kullanılarak (yakınsama ve ayırt edici geçerlilik) yapı geçerliliği analizi yapılmıştır. **Sonuç:** Ölçeğin Türkçeye uyarlanan versiyonu orijinali gibi 2 faktörlüdür. Yapı geçerliliği analizleri iki faktörlü yapı için olumlu sonuçlar vermiştir. Ayrıca, bileşik güvenilirlik ve ölçeğin test-tekrar test sonuçları ölçeğin güvenilir olduğunu göstermiştir. **Tartışma:** Sonuç olarak, bu çalışma ile ebeveyn çocuk ilişkisinin niteliğini ölçebilecek geçerli ve güvenilir bir ölçeğin alana kazandırıldığı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Ebeveyn çocuk ilişkisi, geçerlilik, güvenilirlik

SUMMARY: ADAPTATION OF PARENT-CHILD RELATIONSHIP SCALE TO TURKISH: A STUDY OF VALIDITY AND RELIABILITY

Objective: This study aims to adapt Parent-Child Relationship Scale measuring parent child relationship quality based on positivity and negativity dimensions, and to test the reliability and validity of the Turkish version of the scale.

Method: The sample included a total of 406 mothers of 4 to 13-years-old children. Sociodemographic Information Form, Parent Support Scale, Parent-Child Relationship Scale and Parenting Style Scale were used in the study. Factor analysis, correlation analysis, and construct validity analysis (convergent validity and discriminant validity) were conducted using confirmatory factor analysis in AMOS. **Results:** The Turkish version of the scale has also two-factors as the original scale. The construct validity analysis was satisfactory for two-factor structure. In addition, composite reliability and test-retest results demonstrated the reliability of the scale. **Discussion:** In all, this study was thought to contribute to the field by adapting a reliable and valid scale that measure quality of parent child relationship.

Key Words: Parent-child relationship, validity, reliability

GİRİŞ

Ebeveyn ve çocuk arasındaki ilişki, birincil bakım veren ve çocuk arasındaki duygusal bağ olarak tanımlanan bağlanma kavramı ile çalışılmaya başlanmıştır (Şendil 2012). İlk olarak Freud anne çocuk arasındaki bu bağı, bebeğin anne memesinden beslenmesi ve oral doyum sağlaması üzerinden tanımlamıştır (Keenan ve Evans 2009). Ancak, Harlow bebek maymunlar ile yaptığı deneylerle, Freud'un savunduğunun

aksine bu bağın oluşumunda beslenmeden ziyade annenin bebeğe sağladığı rahatlık duygusunun önemli olduğunu görmüştür (Şendil 2012). Erikson'a göre ise, gelişimin ilk yılında anne/birincil bakım veren ile olan ilişki güven duygusu üzerinden kurulur. Güven duygusunun oluşumu çocuğun gelişimi için kritiktir, fiziksel rahatlık ve duyarlı bakım bu aradaki güven duygusunun oluşumunda önemlidir (Keenan ve Evans 2009).

*Hacettepe Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü.

Ebeveyn ve çocuk arasındaki bu bağ Bowlby (1969) ve Ainsworth'un (1978) çalışmalarıyla bağlanma adını almıştır (Şendil 2012). Anne çocuk arasında sıcak, duyarlı, hassas ve güvene dayalı bir ilişki var ise; çocuğun çevreyi keşfettiği, rahat ve huzurlu olduğu görülmüştür (Cummings ve ark. 2003, Thompson ve ark. 2003). Ebeveynle kurulan bu bağın güvensiz olması ise çocuğun kendisi, diğerleri ve ilişkileri hakkında olumsuz, düşmanca veya reddedici bir tutum geliştirmesine neden olabilmektedir (Bauminger ve Kimhi-Kind 2008).

Ebeveyn çocuk ilişkilerinin araştırılmasında yakın bağın yanı sıra, ebeveynin tutum ve davranışları ile bunların çocuklar üzerindeki etkilerini incelemek de bu alana katkı sağlamıştır. Baumrind (1971)'in ebeveynlik stilleri sınıflandırması (otoriter, açıklayıcı/otoriter ve izin verici ebeveynlik) ile Maccoby ve Martin (1983)'nin Baumrind'in bu sınıflandırmasını ele alarak "izin verici ebeveynliği", "izin verici/hoşgörülü" ve "izin verici/ihmkar" olarak iki farklı kategoride değerlendirerek ebeveynlik stillerini yeniden sınıflandırmasının bu alanda önemli yer tuttuğu görülmektedir (Şendil 2012). Çocuğun gelişimini ve uyumunu psikolojik açıdan en olumlu biçimde etkileyen stilin açıklayıcı ebeveynlik stili olduğu belirtilmiştir (Sümer ve Güngör 1999).

İlgili alanyazın incelendiğinde, ebeveyn çocuk arasındaki ilişkinin bağlanma, ebeveyn tutumları veya ebeveynlik stilleri temelinde çalışıldığı görülmektedir. Ancak son yıllarda, ebeveyn çocuk arasındaki ilişki, ebeveynden çocuğa doğru olan tek taraflı bir etkiden ziyade, çocuğun ve ebeveynin karşılıklı olarak birbirini etkilediği çift yönlü bir etkileşim çerçevesinde ele alınmaktadır. Bu çalışmalarda, ebeveyn çocuk ilişkisinin en çok duygusal ve sosyal yönüne, ebeveynin sıcak, hassas, duyarlı davranışları ve duygusal ulaşılabilir olması veya reddedici, çatışmacı, umursamaz olmasına vurgu yapıldığı görülmektedir (Cummings ve ark. 2003).

Araştırma bulguları incelendiğinde, ebeveyn çocuk ilişkisinin sıcak ve destekleyici olmasının çocuğun bilişsel ve dil gelişimini (Kaiser ve Hancock 2003); sosyoduygusal ve kişilik gelişimini (Cummings ve ark. 2003, Maccoby 1992; Mahoney ve Bella 1998) akademik uyumunu ve başarısını (Pianta ve Harbers 1996) olumlu yönde etkilediği, davranış problemleri açısından riskli durumlarda ise koruyucu olduğu (Pianta ve ark.1991) görülmektedir. Türkiye'de ebeveyn çocuk ilişkisi ise, okul öncesi yaş grubu çocukları ile daha sık çalışılmıştır (Saygı 2011, Saygı ve Balat 2013). Okul öncesi yaş grubundaki (5-7 yaş) çocuklarla yapılan çalışmalar; anne çocuk arasındaki ilişkide annenin yaşı, bilgi ve tecrübesi arttıkça çocuğu ile daha az çatışma yaşadığı, ancak çocuğun yaşı arttıkça anne ve çocuk arasındaki çatışmanın arttığı bulunmuştur. Annenin çalışma durumunun bu ilişkiyi güçlendirdiği bulunurken; cinsiyet açısından ise erkek çocuklarına kıyasla annenin kız çocukları ile daha olumlu ilişkileri olduğu bulunmuştur. Ancak Türkiye'de yapılan bu çalışmaların daha çok okul öncesi çocuklar ile yapılan tanımlayıcı çalışmalar olduğu görülmektedir. Bu nedenle orta çocukluk ve erken ergenlik dönemindeki ebeveyn çocuk arasındaki ilişkinin de araştırılmaya ihtiyacı bulunmaktadır. Bu çalışmanın da bu grupla yapılacak tanımlayıcı çalışmalara temel teşkil edebileceği düşünülmektedir.

Özetle, Türkiye'deki ulaşılabilir alanyazın çerçevesinde çalışmalar incelendiğinde, ebeveyn çocuk etkileşiminin niteliğini inceleyen ölçeklerin genellikle ebeveynlerin tutumlarını belirlemeye yönelik olduğu (Boratav 2003, Demir ve Şendil 2008, Diken ve ark. 2009) ve bu iki faktörü (olumlu ebeveyn çocuk ilişkisi-olumsuz ebeveyn çocuk ilişkisi) temel alan orta çocukluk ve erken ergenlik dönemini kapsayan bir ebeveyn çocuk ilişkisi ölçeğinin olmadığı bulunmuştur. Hetherington ve Clingempeel (1992)'in bu anlamdaki çalışmalarına bakıldığında; ebeveyn çocuk ilişkisini olumluluk ve olumsuzluk temelinde 6-12 yaş arası çocuklar ve ebeveynleri ile çalıştıkları görülmüştür. Bu boyutlardan; olumlu ebeveyn

çocuk ilişkisi; ebeveynin çocuğa karşı ne düzeyde duyarlı, ilgili sıcak, çocukla ne kadar iyi iletişim kurduğunu ve çocuğun ebeveyni olmaktan ne kadar memnun olduğunu değerlendirmektedir. Olumsuz ebeveyn çocuk ilişkisi boyutu ise, çocukla olan ilişkisindeki çatışma, olumsuz duygu ve cezalandırma düzeyini ölçmektedir (Montgomery ve ark. 1992). Sonuç olarak bu çalışmada, çocuğun gelişimi ve uyumu için son derece önemli olan ebeveyn çocuk ilişkisinin niteliğini ölçen, Hetherington ve Clingempeel (1992) tarafından geliştirilen Ebeveyn Çocuk İlişkisi Ölçeği'nin Türkçe uyarlamasını yapmak, geçerlilik ve güvenilirliğini test etmek hedeflenmiştir.

YÖNTEM

Örnekleme

Araştırmanın örnekleme, ulaşılabilir/uygun (convenience sampling) seçkisiz örnekleme yöntemi kullanılarak, Ankara il merkezinde yaşayan evli ve çocuğu olan annelerden oluşmuştur. Mevcut çalışma iki bölüm halinde yürütülmüştür. İlk bölümde 320 anneye geçerlilik ve güvenilirliği yapılan ölçek uygulanmıştır. İkinci bölümde ise ölçeğin yakınsama geçerliliğini (convergent validity) ve ayırt edici geçerliliğini (discriminant validity) incelemek amacıyla 86 anne ile çalışılmıştır. Örneklem sayısı, faktör analizi için önerilen madde sayısının en az beş katı örneklem büyüklüğü ölçütünü karşılayacak şekilde belirlenmiştir (Büyüköztürk 2002, Tabachnik ve Fidell 2001). Bu örnekleme annelerin ve çocukların ortalama yaşları sırasıyla 36.64 (S = 5.16), 8.23'tür (S = 1.79). Anneler ortalama 1 ile 6 arasında çocuğa sahiptir. Annelerin evlilik süresi ortalama 13.74'tür (S = 5.15). Annelerin eğitim düzeylerine göre dağılımları şu şekildedir: %2 okuma-yazma bilmeyen (n = 6), % 14 ilköğretim mezunu (n = 56), % 15 ortaokul mezunu (n = 60), % 28 lise mezunu (n = 112), % 4 açık öğretim mezunu (n = 14), % 33 üniversite mezunu (n = 133) ve % 5 yüksek lisans mezunu (n = 22). Annelerin % 44'ü (n = 176) çalışırken, % 54'ü (n = 230) çalışmamaktadır.

Veri Toplama Araçları

Demografik bilgi formu, Özerk İradeyi Destekleme Ölçeği, Ebeveyn Çocuk İlişkisi Ölçeği ve Çocuk Yetiştirme Anketi bu çalışmada kullanılan veri toplama araçlarıdır.

Demografik Bilgi Formu: Demografik bilgi formunda annenin yaşı, eğitim durumu, medeni durumu, çalışma durumu, sahip olduğu çocuk sayısı ve çalışmada yer alan çocuğunun yaşı gibi sorular yer almıştır.

Özerk İradeyi Destekleme Ölçeği (ÖİDÖ): Grolnick ve arkadaşları (1991) tarafından ebeveynin özerk iradeyi destekleme davranışlarını ölçmek için geliştirilmiştir. Soenens ve arkadaşları (2007) tarafından ölçek gözden geçirilmiş ve Çocukların Ebeveyn Algısı Ölçeği'nin (Children's Perceptions of Parents Scale) bir alt boyutu olarak düzenlenmiştir. Bu çalışmada da bu alt boyut kullanılmıştır. Bu alt boyut sekiz maddeden oluşmakta ve beş derece üzerinden değerlendirilmektedir (ör. "Çocuğumun yapmak istediği şeyleri planlamasına izin veririm."; 1- Kesinlikle katılmıyorum, 5- Kesinlikle katılıyorum). Ölçekten elde edilen yüksek puanlar, ebeveynlerin çocuklarının özerk iradesini desteklediğini göstermektedir. Orijinal ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı .79 bulunmuştur (Soenens ve ark. 2007). Türkçeye uyarlaması Kındap ve Sayıl (2011) tarafından yapılmış ve Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı annenin kendi bildirimine göre .76 olarak bulunmuştur. Ölçeğin bu çalışmada kullanılma amacı Ebeveyn Çocuk İlişkisi Ölçeği ile arasındaki ilişkiyi inceleyerek birleşen geçerlilik hakkında bilgi sahibi olmaktır.

Ebeveyn Çocuk İlişkisi Ölçeği (EÇÖ): Ebeveyn ile çocuk arasındaki ilişkiyi değerlendiren ölçek, annenin çocuk ile olan karşılıklı ilişkisinde algıladığı ilişki niteliği düzeyini ölçmektedir. Ölçek 15 maddeden ve iki alt ölçekten oluşmaktadır. İlk alt ölçek olan olumlu ebeveyn çocuk ilişkisi; ilişkinin sıcaklık, ilgi ve duyarlılık düzeyini

kapsamaktadır (ör. "Çocuğunuzla yalnız zaman geçirmekten ne kadar keyif alıyorsunuz?"). Bu alt ölçeğin iç tutarlılık katsayısı .71 olarak bulunmuştur (Hetherington ve Clingempeel 1992). İkinci alt ölçek olan olumsuz ebeveyn çocuk ilişkisi; ilişkideki çatışma, cezalandırma ve olumsuz duygu gibi özellikleri içermektedir (ör. "Çocuğunuzla ne kadar eleştiriyorsunuz"). Bu alt ölçeğin iç tutarlılık katsayısı .74 olarak bulunmuştur (Hetherington ve Clingempeel 1992). Ölçeğin olumlu ebeveyn çocuk ilişkisi alt ölçeğinden alınan puanların artması ebeveyn çocuk ilişkisindeki olumlu ilişkinin niteliğinin artması anlamına gelmektedir. Aynı durum diğer alt ölçek için de geçerlidir. Ölçek 5'li likert tiptedir, 1 (hiç)'den 5 (aşırı)'e kadar verilen maddenin ne kadar çocuğu ile olan ilişkisini yansıttığını işaretlenmesi istenmektedir. Ölçek bu çalışma kapsamında Türkçeye çevrilmiştir. Ayrıntılar işlem bölümünde verilmektedir.

Çocuk Yetiştirme Anketi (ÇYA): Sanson (1994) tarafından geliştirilen ve Paterson ve Sanson (1999) tarafından genişletilen Çocuk Yetiştirme Anketi ebeveynlik davranışlarını ölçmek için geliştirilmiştir. Ölçek, aile fertlerinin çocuk yetiştirme görüşlerini ölçmek için uyarlanmıştır. Çocuk Yetiştirme Anketi, ebeveynin her bir davranışının sıklığını 5'li bir ölçekte belirttiği toplam 30 maddeden oluşmaktadır (1 = "Hiçbir zaman", 5 = "Her zaman"). Çocuk Yetiştirme Anketi, Açıklayıcı Akıl Yürütme (ör. "Çocuğuma bazı şeylerin neden gerekli olduğunu açıklamaya çalışırım."), Cezalandırma (ör. "Çok kötü davrandığında, çocuğuma fiziksel ceza veririm; örnek, tokat atarım."), İtaat Bekleme (ör. Çocuğumun kendisine söyleneni açıklamaz yapmasını beklerim.") ve Sıcaklık (ör. "Çocuğumla benim, sıcak ve çok yakın olduğumuz anlar vardır.") olmak üzere 4 alt ölçek içermektedir. Çocuk Yetiştirme Anketi'nin Türkçeye uyarlanması Boratav (2003) tarafından yapılmıştır. Türkçe versiyonunun iç tutarlılığı kısmen daha yüksektir ve alt ölçeklerin Cronbach's alfa değeri sırasıyla .76, .84, .78, ve .68'dir (Boratav 2003).

Ölçeğin bu çalışmada kullanılma amacı Ebeveyn Çocuk İlişkisi Ölçeği ile arasındaki ilişkiyi inceleyerek birleşen geçerlilik hakkında bilgi sahibi olmaktır. Özetle, ölçekten alınan olumlu ebeveyn çocuk ilişkisi alt ölçeği puanları arttıkça açıklayıcı akıl yürütme ve sıcaklık; olumsuz ebeveyn çocuk ilişkisi alt ölçeği puanları arttıkça cezalandırma ve itaat bekleme puanlarının da artması beklenmektedir.

İşlem

Çalışma için öncelikle Hacettepe Üniversitesi'nden gerekli etik izinler alınmıştır (17.11.2015 tarihli; 35853172/410_3253 sayılı). Mevcut araştırmanın alana ölçek kazandırmak amacı olduğundan daha kapsamlı bir örnekleme ulaşılmak istenmiştir. Bu nedenle bireylere farklı kanallardan ulaşmak amacıyla (sosyal paylaşım siteleri, e-posta vb.) bir online anket formu da düzenlenmiştir. Katılımcılara online (N = 74) ve doğrudan iletişim kurularak (N = 332) ulaşılmıştır. Ulaşılan annelere; araştırmanın amacını ve önemini anlatan bir Bilgilendirme ve Onam Formu verilmiştir ve gönüllük esas alınmıştır.

Ölçeğin orijinali üç çevirmen tarafından birbirlerinden bağımsız olarak Türkçeye çevrilmiştir. Orijinal maddeleri temsil eden en iyi çeviri maddelerin seçilip hem Türkçe hem de İngilizceye aynı derecede hakim bir psikolog tarafından yeniden İngilizceye çevrilmesi ve orijinal maddelerle kıyaslanması yoluyla ölçek son haline getirilmiştir. Tüm örneklemedeki katılımcılar Ebeveyn Çocuk İlişkisi Ölçeğini doldururken, örneklemeden 86 katılımcıya ise üç ölçek uygulanmıştır. Evli ve çocuğu olan annelerden ölçekleri doldurmaları istenmiştir. Yaş sınırları içinde birden fazla çocuğu olan ailelerde annelerden büyük çocuklarını düşünerek doldurmaları istenmiştir. Bilgilendirilmiş onam formunu okuduktan sonra çalışmaya katılmayı kabul eden anneler çalışmaya dahil edilmiştir. Ölçekleri doldurmak katılımcıların yaklaşık 20-25 dakikalarını almıştır ve ölçeklerin sırasından kaynaklanan bir karıştırıcı faktörü engellemek için karşı dengeleme yapılarak ölçekler uygulanmıştır.

Verilerin Analizi

Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirliğini test etmek için SPSS 23 ve AMOS 23 programları kullanılmıştır. İlk olarak, yapının gerçekten de altta yatan gizil değişkenleri ölçüp ölçmediğini belirlemek amacıyla Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) yapılmış ve uyum indeksleri incelenmiştir. Daha sonra ise ortalama açıklanan varyans değerleri kullanılarak (yakınsama ve ayırt edici geçerlilik) yapı geçerliliği analizi yapılmıştır. Son olarak, test-tekrar test güvenilirliği için ikinci aşamada seçkisiz ulaşılabilir örnekleme yöntemiyle ulaşılan 46 katılımcıya ilk uygulamadan 1 ay sonra ölçek tekrar uygulanmıştır. Bileşik güvenilirlik ve test-tekrar test analizleri ile de ölçeğin güvenilirliği test edilmiştir. Analizlerin içeriklerine ilişkin ayrıntılı açıklama bulguların anlaşılmasını kolaylaştırmak amacıyla sonuçlarla birlikte analiz kısmında verilmiştir.

BULGULAR

Tanımlayıcı İstatistikler

Öncelikle, normal dağılım sayıltısı kontrol edilmiştir. Normallik testinin kontrolü bulguları yorumlamak için önemlidir çünkü normallik ihlali ki kare değerlerinin şişirilmesine ve standart hatanın değerinin altında yordanmasına yol açabilir. Ne çarpıklık ne de basıklık dağılımı saptanmıştır. Önemli bir gereklilik de, verilerin aynı zamanda çok değişkenli normal dağılım göstermesidir (Byrne 2010). Mardia katsayısı değeri de (çok değişkenli normallığın standart ölçüm değeri) bu çalışmada AMOS kullanılarak elde edilmiş ve 89.427 olarak bulunmuştur. Bu değer istenildiği gibi, $[p(p+2)]$, formülüne göre daha düşük bulunmuştur ($p = \text{toplam gözlemlenen göstergelerin sayısı}$; $15(17) = 255$ (Khine 2013). Bu nedenle, çok değişkenli normallik gerekliliği karşılanmış ve verinin AMOS'ta En Yüksek Olasılık (Maximum Likelihood (ML)) yöntemi kullanılarak analiz edilmesine uyumlu olduğu düşünülmüştür.

Yapı Geçerliliği

Ölçeğin öncelikle geçerli olup olmadığı incelenmiştir. Bu sebeple ilk olarak, Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA), yapının gerçekten de altta yatan gizil değişkenleri ölçüp ölçmediğini belirlemek için yapılmıştır. DFA modeli veriye uyumlanarak iki faktörlü yapı test edilmiştir: olumlu ebeveyn çocuk ilişkisi (EÇİÖ-P) ve olumsuz ebeveyn çocuk ilişkisi (EÇİÖ-N).

Afthanorhan (2013)'e göre uyum indeksleri izlenen gereklilikler elde edildiğinde yapı geçerliliğine ulaşılır; $GFI > 0.90$, $CFI > 0.90$, $RMSEA < 0.08$ ve $Chisq/Df < 5.0$. Bu çalışmanın modelinde, ki kare değeri anlamlı bulunmuştur ($\chi^2(89) = 496,861$, $p = .00$), bu da gözlemlenen verilerin tasarlanan modele uyumlu olmadığını akla getirmiştir. Ki kare değerleri ile ilgili en çok bilinen problem, anlamlılığının örneklem büyüklüğüne bağlı olmasıdır. Hair ve arkadaşları (2010) örneklem büyüklüğünün artıca χ^2 değerinin de anlamlı farklılıklar gösterme eğiliminde olduğuna işaret etmiştir. Bu nedenle, χ^2 'nin serbestlik derecesine olan oranını (χ^2/df) kullanmak tercih edilen bir indekstir, oran 5 veya altında olduğunda kabul edilebilir uyum göstergesidir. Bu çalışmada bu oran 5.58'dir. Diğer indeksler aynı zamanda modelin uyumunu göstermek için kullanılmıştır. Karşılaştırmalı uyum indeksi (Comparative Fit Index, CFI) .77, yaklaşık hataların ortalama karekökü (Root Mean Square Error of Approximation, RMSEA) .11 ve iyilik uyum indeksi (Goodness of Fit Index, GFI) .83 bulunmuştur. Bu ölçümler modelin iyi bir uyumunun olmadığını düşündürmüştür.

Byrne ve arkadaşları (1989)'nın belirttiği gibi iyi bir model uyumu elde etmek için bazen ilişkili hatalara izin vermek gerekmektedir. Örneğin, bazen ölçüm aracının alt ölçeklerinin madde formatından çıkabilecek hatalar olabilir. Bu nedenle, ilişkili olabilecek bu hataları modelle birleştirmek doğru bir yaklaşım olabilir. Modifikasyon indeksleri modelin nerelerde hatalar içerdiğini bulabilmek üzere rehberlik etmesi için incelen-

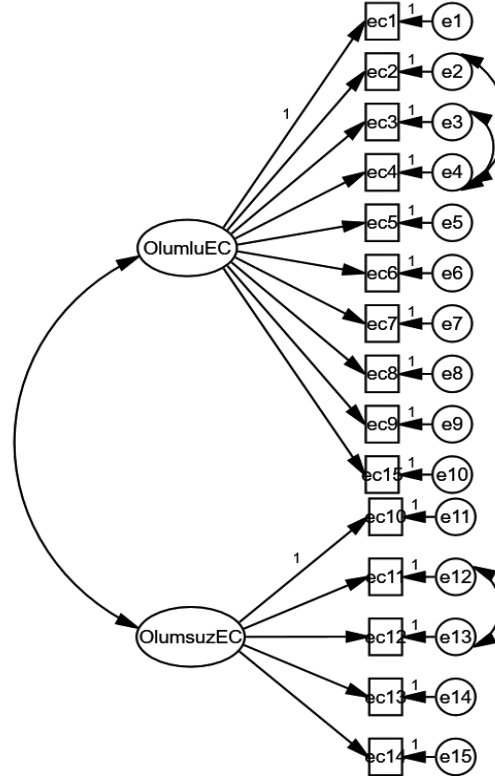
miş, madde 2 ve madde 4; madde 3 ve madde 4, madde 12 ve madde 13 arasında hata kovaryansı olduğu görülmüştür. Bu kovaryanslar modele eklendikten sonra, verinin uyumu tekrar kontrol edilmiştir. Ki kare testinin hala anlamlı olduğu görülmüştür ($\chi^2(86) = 278.375, p=.000$). Ancak oranın 3.24 olması, hipotetik model ve örneklem verileri arasında kabul edilebilir uyum olduğunu göstermiştir. Karşılaştırmalı uyum indeksi (CFI) 0.89, yaklaşık hatalarının ortalama karekökü (RMSEA) 0.07 ve iyilik uyum indeksi (GFI) .92 bulunmuştur. Bu kovaryansları içeren modelin daha düşük RMSEA değeri, yüksek CFI ve GFI değerleri ve kabul edilebilir χ^2 oranının olması daha iyi bir uyumunun olduğunu düşündürmüştür. Ayrıca, iki model arası χ^2 farkının anlamlı olması, ilk modelin iyileştirilmiş modele

göre anlamlı olarak kötü uyumunun olduğunu göstermiştir ($\Delta\chi^2(3) = 111.20, p<0.001$).

Modelin uyum istatistikleri ile ölçeğin Türkçeye çevrilmesi ve adaptasyonu bütün uyum istatistikleri ve indeksleri ile iyi bir model oluşturduğu ve ölçeğin yapı geçerliğine sahip olduğu düşünülebilir. Karşılaştırmalı faktör analizinden elde edilen diyagram Şekil 1’de gösterilmiştir.

Verilerin psikometrik özellikleri aynı zamanda yakınsama geçerliliği (convergent validity) ve ayırt edici geçerliliği (discriminant validity) incelenerek elde edilmiştir. Yakınsama ve ayırt edici geçerliliği, örtülü olan bir değişkenin ölçümlerinin kendilerinin varyansını ne kadar paylaştığını ve nasıl diğerlerinden farklı olduğunu incelemektedir.

Şekil 1: Ebeveyn Çocuk İlişkisi Ölçeği Faktör Yapısı



Not. Olumsuz EC = Ebeveyn Çocuk İlişkisi Olumsuzluk Alt boyutu, Olumlu EC = Ebeveyn Çocuk İlişkisi Olumsuzluk Alt boyutu. ec = Ebeveyn çocuk ilişkisini, sayı numarası ise madde numarasını ifade etmektedir.

Yakınsama geçerliliği aynı yapının göstergelerinin nasıl birleştiğini veya yüksek korelasyon gösterdiğini ifade etmektedir (Hair ve ark. 2010) ve üç kriter kullanılarak incelenebilmektedir. İlk olarak, her göstergenin tasarlanan faktörüne olan standartlaştırılmış faktör yükünün anlamlı, en az .5 ve tercihen .7'den büyük olmasıdır (Hair ve ark. 2010). Tüm maddelerin faktör yükü anlamlı olarak 0.5'ten yüksektir (madde 9 hariç) (Tablo 1). Bu nedenle sonuçlar birlikte ele alındığında, maddelerin ilgili yapının güvenilir bir ölçümü olduğu sonucuna varılabilir.

İkinci olarak, yakınsama geçerliliğinin iyi bir göstergesi ortalama açıklanan varyans değerleridir (OAV; Average Variance Extract). OAV, gizil yapının maddeleri aracılığıyla açıkladığı ortalama varyans değerini göstermektedir (Hair ve ark. 2010). Yakınsama geçerliliği OAV değeri .5'e eşit veya üzerinde olduğunda sağlanmaktadır (Fornell ve Larcker 1981). EÇİÖ-P alt ölçeği için OAV.30 ve EÇİÖ-N alt ölçeği için ise OAV .46'dır. OAV değeri her bir yapı için değerlendirildiğinde, EÇİÖ-N alt ölçeği yakınsama geçerliliği gösterirken, EÇİÖ-P alt ölçeği kısmi yakınsama geçerliliği göstermiştir. EÇİÖ-P ölçeğinin düşük OAV değeri ağırlıklı olarak madde 9'dan kaynaklanmaktadır ki bu madde ölçekteki diğer maddeler kadar güçlü olarak algılanmamıştır. OAV bu madde atılarak iyileştirilebilir. Ancak Fornell ve Larcker (1981)'in kriterinin katı olduğu ve kabul edilebilir düzeyde iç tutarlılığı olan iki alt ölçeğin maddelerinin makul düzeyde yapı geçerliliği olduğunu düşündürmektedir. Analizler EÇİÖ-P alt ölçeği için madde 9 dışarda bırakıldıktan sonra tekrar edildiğinde bileşik güvenilirlik değişmemiştir. Bu nedenle madde 9 yapının teorik tutarlılığını korumak adına modelde tutulmuştur.

Üçüncü olarak, benzer ölçekler arası korelasyona bakıldığında; EÇİÖ-P ile ÖİDÖ ($r = .30, < .01$), EÇİÖ-P ile ÇYA-İtaat ($r = -.25, p < .05$), EÇİÖ-P ile ÇYA-Ceza ($r = .25, p < .05$), EÇİÖ-P ile ÇYA-Akıl yürütme ($r = .29, p < .01$) korelasyon gösterdiği bulunmuştur. Beklenildiği gibi EÇİÖ-P

alt boyutu ÖİDÖ ile pozitif yönde, ÇYA-İtaat ile negatif yönde, ÇYA-Akıl yürütme ile pozitif yönde ilişki göstermiştir. Ancak, beklenilenin aksine EÇİÖ-P alt ölçeği ÇYA-Ceza ile pozitif yönde ilişki göstermiştir. EÇİÖ-N alt ölçeği ise, diğer ölçekler ile beklenen korelasyonları göstermemiştir (Tablo 2).

Fornell ve Larcker (1981)'in testi aynı zamanda ayırt edici geçerliliği incelemek için de kullanılabilir. Ayırt edici geçerlilik bir yapının ilişkili diğer yapılardan ne kadar farklı olduğunu göstermektedir (Hair ve ark. 2010). Ayırt edici geçerlilik için ilk kriter, ortalama açıklanan varyansın (OAV) karekökünün her bir yapı için yapılar arasındaki korelasyondan yüksek olmasıdır (Khine 2013). Veri analizleri ayırt edici geçerliliği desteklemektedir çünkü OAV'nin karekökü yapı arası korelasyondan daha büyüktür ($r = -0.16, p > .05$), bu bulgu faktörlerin ayırt edici geçerliliğinin olduğunu göstermektedir.

Güvenilirlik

Ölçeğin güvenilirliği için bileşik güvenilirlik ve test-tekrar test analizleri yapılmıştır. İlk olarak bileşik güvenilirliğe bakılmıştır. Bileşik (veya yapı) güvenilirliği aynı zamanda yakınsama geçerliliğinin de bir göstergesidir (Netemeyer ve ark. 2003). Bileşik güvenilirlik Cronbach alfa'ya göre daha az yansız bir ölçüdür. .7'den yüksek değerler iyi güvenilirlik, .6-.7 arası değerler ise kabul edilebilir güvenilirlik düzeylerini ifade etmektedir (Hair ve ark. 2010). Bileşik güvenilirlik EÇİÖ-P alt ölçeğinde .81 ve EÇİÖ-N alt ölçeğinde .80'dir; alt ölçekler iyi bileşik güvenilirlik göstermektedir.

Test-tekrar test güvenilirliği için ölçek 46 anneye bir ay arayla tekrar uygulanmıştır. İki değer arası korelasyon değerleri hem EÇİÖ-P alt ölçeği ($r = .46, p < .001$) hem de EÇİÖ-N alt ölçeği ($r = .81, p < .000$) için ölçeklerin aynı katılımcılar tarafından farklı zamanlarda tutarlı olarak ölçüm yaptığını göstermektedir.

Tablo 1:Ebeveyn Çocuk İlişkisi Ölçeği Faktör Örüntüsü

Madde	F1	F2	R ²
8. Çocuğunuz onun hakkında ne düşündüğünüzü ne kadar önemsiyordur?	.64		.41
5. Çocuğunuza sevginizi kolaylıkla gösterebilir misiniz?	.62		.39
7. Çocuğunuzun sizin hakkınızda ne düşündüğüne ne kadar önem verirsiniz?	.60		.36
2. Sizce çocuğunuz sizinle yalnız zaman geçirmekten ne kadar zevk alıyordu?	.59		.35
6. Çocuğunuz size sevginizi kolaylıkla gösterebilir mi?	.58		.34
1. Çocuğunuzla yalnız zaman geçirmekten ne kadar keyif alıyorsunuz?	.55		.30
15.Çocuğunuzun annesi veya babası olmaktan ne kadar keyif alıyorsunuz?	.52		.28
4. Sizce çocuğunuz sizinle baş başa geçirdiği süreden ne kadar memnundur?	.52		.27
3. Çocuğunuzla baş başa geçirdiğiniz süreden ne kadar memnunsunuz?	.49		.24
9. Çocuğunuza ne kadar benzediğinizi düşünüyorsunuz?	.33		.11
12. Çocuğunuzu ne kadar eleştiriyorsunuz?		.87	.77
11. Çocuğunuz yanlış yaptığınız konuda size ne kadar söylenir?		.70	.48
13. Çocuğunuz sizi ne kadar eleştiriyor?		.68	.46
10. Çocuğunuzun yaptığı yanlışlarla ilgili ona ne kadar söylenirsiniz?		.58	.33
14. Çocuğunuz sizinle ne sıklıkla görüş ayrılığı yaşar?		.51	.26
Bileşik güvenilirlik katsayısı	.81	.80	

Not. F1: Ebeveyn Çocuk İlişkisi Olumluluk Alt boyutu (EÇİÖ-P), F2: Ebeveyn Çocuk İlişkisi Olumsuzluk Alt boyutu (EÇİÖ-N).

Tablo 2: Araştırma Değişkenleri Arası Korelasyon Tablosu

Değişkenler	1	2	3	4	5	6	7
1.ÖİDÖ	-	.30**	-.13	-.03	.31**	-.07	.23*
2.EÇİÖ-P		-	-.07	-.25*	.25*	-.09	.29**
3.EÇİÖ-N			-	.16	.15	.14	-.10
4. ÇYA-İtaat				-	.27*	.70**	.03
5. ÇYA-Ceza					-	.48**	.20
6. ÇYA-Sıcaklık						-	.17
7. ÇYA-Akıl yürütme							-

Not. * $p < .05$, ** $p < .01$ ÖİDÖ = Özerk İradeyi Destekleme, EÇÖ-P = Ebeveyn Çocuk İlişkisi Olumluluk Alt boyutu, EÇÖ-N = Ebeveyn Çocuk İlişkisi Olumsuzluk Alt boyutu ÇYA = Çocuk Yetiştirme Anketi.

Son olarak, araştırma modelinin açıklayıcı gücü (Şekil 1), yapıların belirleyicilik katsayısı (R2) hesaplanarak incelenmiştir. Falk and Miller (1992) R2 değerinin 0.10 veya daha yukarıda olması gerektiğini önermiştir. Bulgular, tüm R2 değerlerinin bu gereklilikten yüksek olduğunu göstermektedir (Tablo 1).

TARTIŞMA

Ebeveynin duygusal olarak sıcak, yakın olması veya reddedici, umursamaz olmasının ebeveyn çocuk ilişkileri için önemli olduğu belirtilmektedir (Cummings ve ark. 2003). Hetherington ve Clingempeel'in (1992) olumlu ve olumsuz ebeveyn çocuk ilişkisi alt boyutlarına ayırdığı Ebeveyn Çocuk İlişkisi Ölçeği de, ebeveynin çocuğuyla olan ilişkisindeki duyarlılık ve sıcaklık ile çatışma ve olumsuz duyguları ölçmektedir (Montgomery ve ark. 1992). Türkiye'deki çalışmalar incelendiğinde ölçeklerin genellikle ebeveynlerin tutumlarını belirlemeye yönelik olduğu (Boratav 2003, Demir ve Şendil 2008,

Diken ve ark. 2009) ve ebeveyn çocuk ilişkisinin duygusal yönünün ölçülmesine dair kısıtlılığın olduğu görülmüştür. Bu nedenle bu çalışmada Hetherington ve Clingempeel'in (1992) Ebeveyn Çocuk İlişkisi Ölçeği'nin Türkçeye uyarlanması ve geçerlilik güvenilirliğinin test edilmesi hedeflenmiştir. Ölçeğin uyarlanması uyarlama süreci ve uygulama süreci olmak üzere iki aşamada gerçekleşmiştir. Uyarlama sürecinde İngilizce ölçek formu çevrilerek Türkçe form oluşturulmuş; uygulama sürecinde ise oluşturulan Türkçe form 406 anneye uygulanmıştır.

Ölçeğin yapı geçerliliğini test etmek için öncelikle Doğrulamalı Faktör Analizi uygulanmıştır (Pohlmann 2004). Ölçeğin Türkçe formunun da orjinal formunda olduğu gibi, olumluluk ve olumsuzluk olmak üzere, iki faktörlü yapı gösterdiği görülmüştür (Şekil 1). Bu analiz doğrultusunda incelenen uyum indeksleri, ilişkili hataların modelle birleştirilmesinin ardından tekrar kontrol edilmiştir. Modelin kabul edilebilir düzeyde uyumunun olduğu bulunmuş, geçerlilik

ve güvenilirlik analizlerine devam edilebilmiştir. Bir sonraki adımda ise yakınsama geçerliliği ve ayırt edici geçerlilik incelenmiştir. Orijinal ölçekte tanımlanan madde puanlarının hipotez edilen yapılar için olumlu ebeveyn çocuk ilişkisi alt ölçeğinin kısmi yakınsama geçerliliği, olumsuz ebeveyn çocuk ilişkisi alt ölçeğinin ise yakınsama geçerliliği gösterdiği bulunmuştur. Ayırt edici geçerlilik için yapılan analizlerde faktörlerin ayırt edici geçerliliğinin olduğu görülmüştür.

Ölçeğin farklı ülkelerde yapılmış geçerlilik ve güvenilirlik çalışmalarına ilişkin yapılan alanyazın incelemesinde, Amerika ve İngiltere örneklemine bugüne kadar ölçeğin sıklıkla kullanıldığı görülmektedir (ör. Coldwell ve ark. 2016, Hetherington ve Clingempeel 1992, Pike ve ark. 2005). Amerika'da kullanılmakta olan ebeveyn çocuk ilişkisi ölçeğinin orijinal formunda olumluluk için güvenilirlik değeri .71, olumsuzluk için .74'tür (Hetherington ve Clingempeel, 1992). İngiltere'de Coldwell ve arkadaşların (2016) ev ortamı ve ebeveynliğin çocuk davranışları üzerindeki etkilerini araştırdıkları çalışmalarında ise ebeveyn çocuk ilişkisi ölçeğinin Cronbach alfa değerleri .67 ile .80 arasında değişmektedir. Ölçeğin güvenilirliği için bu çalışmada bileşik güvenilirlik katsayısı değerlerine bakıldığında olumlu ebeveyn çocuk ilişkisi için güvenilirlik değerinin .81, olumsuz ebeveyn çocuk ilişkisi için .80 olduğu görülmektedir. Genel olarak ölçeğin diğer kültürlerdeki formları ile karşılaştırıldığında ölçeğin Türkçe formunun da yeterli düzeyde güvenilirlik değerlerine sahip olduğu düşünülmüştür.

Ölçeğin geçerliliği ve güvenilirliği için yapılan analizlere ayrıntılı olarak bakıldığında, ilk olarak ölçeğin kavramsal olarak ilişkili olabileceği düşünülen diğer ölçeklerle olumlu ebeveyn çocuk ilişkisi alt ölçeğinin anlamlı korelasyon gösterirken; olumsuz ebeveyn çocuk ilişkisi alt ölçeğinin anlamlı korelasyon göstermediği görülmektedir (Tablo 2). Olumlu ebeveyn çocuk ilişkisi alt ölçeği ile cezalandırma, itaat bekleme ve akıl yürütme alt ölçekleri ile korelasyon

nun düşük düzeyde olması, uyarlaması yapılan mevcut ölçeğin ayırıcı bir yönünün olduğunu göstermektedir. Ayrıca olumlu ebeveyn çocuk ilişkisi alt ölçeğinin cezalandırıcı çocuk yetiştirme tutumu ile pozitif yönde ilişki göstermesi, her iki ebeveynlik örüntüsünün bir arada bulunabileceğine işaret etmektedir. Ebeveynlikte katı disiplin uygulamalarının baskın ve normatif kabul edildiği kültürlerde yapılan çalışmalarda, bu uygulamalara olumsuz duyguların her zaman eşlik etmeyebileceği, katı disiplin uygulamaları ve sıcaklığın bir arada bulunabileceği gösterilmiştir (Rudy ve Grusec 2001). Aynı zamanda, çocukların da bu uygulamaları sıcaklık ve ilgi ile eş tutarak olumsuz etkilenmedikleri bulunmuştur (Aytac ve ark. 2016, Chan ve ark. 2010, Deater-Deckard ve ark. 1996). Bununla birlikte, olumsuz ebeveyn çocuk ilişkisi alt ölçeği ile diğer alt ölçekler arasında bir korelasyon bulunmamıştır. Çocuk yetiştirme anketindeki alt ölçekler ile olumsuz ebeveyn çocuk ilişkisi alt ölçeğinin maddelerinin içerikleri incelendiğinde farklılaştıkları görülmüştür. Olumsuz ebeveyn çocuk ilişkisi alt ölçeği içeriğinin, çocuk yetiştirme anketi içeriğinin aksine (cezalandırma, itaat bekleme) ebeveyn çocuk arasındaki bireysel fikir ayrılıklarına ve çatışmalara işaret ettiği görülmektedir. Bu nedenle anlamlı bir korelasyon ilişkisinin bulunmadığı düşünülmüştür.

Buna ek olarak, ölçeğin test tekrar test güvenilirliğine ilişkin bulgular incelendiğinde, olumlu ebeveyn çocuk ilişkisi alt ölçeğinin olumsuz ebeveyn çocuk ilişkisi alt ölçeğine kıyasla daha düşük korelasyon değeri gösterdiği görülmektedir. Bu bulgu ile ilgili ulaşılabilir alanyazın incelendiğinde, kişiler arası ilişkilerle ilgili olarak, bireylerin yakın ilişkilerindeki olumsuzluk ve çatışmanın olumluluğa göre daha durağan bir örüntü gösterdiği belirtilmiştir (Kirkpatrick ve Davis 1994). Ancak çalışmadaki modelin açıklayıcı gücü, geçerlilik, güvenilirlik ve faktör yükleri analizleri birlikte düşünüldüğünde, iç tutarlılığın yüksek olduğu, söz konusu ölçeğin tutarlı ve geçerli olduğu görülmüştür.

Türkiye'deki ulaşılabilir alanyazın incelendiğinde ebeveyn çocuk ilişkisinin niteliğini ölçen ölçüm aracına ulaşmada kısıtlılıklar olduğu, daha yaygın biçimde ebeveynlik tutum ve davranışlarını değerlendiren ölçümlerin kullanıldığı görülmüştür (Sümer ve ark. 2010). Bu nedenle bu çalışmada ebeveyn çocuk ilişkisinin niteliğine ve yapı geçerliliğine vurgu yapılmak istenmiştir. Bu çerçevede bakılan yapı geçerliliği ve güvenilirlik sonuçlarının istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuş, ölçeğin orjinal formuna benzer biçimde ebeveyn çocuk ilişkisi niteliğini ölçen iki faktörlü bir araç elde edilmiştir. Diğer bir ifade ile Türkiye örneklemindeki annelerin çocukları ile olan ilişkilerini olumlu ve olumsuz olarak değerlendirebildikleri görülmüştür.

Bununla birlikte mevcut çalışmanın bir takım sınırlılıkları bulunmaktadır. Mevcut çalışmanın verileri sadece ulaşılabilir örneklem yoluyla toplanmıştır. İleriki çalışmalar daha kapsayıcı bir örneklem ile yürütülebilir. Ayrıca, olumlu ebeveyn çocuk ilişkisi alt ölçeği için 9. maddenin (Çocuğunuza ne kadar benzediğinizi düşünüyorsunuz?) hem faktör yükünün hem de belirleyicilik katsayısının görece diğer maddelere göre düşük olması, bu alt ölçeğin kısmi geçerli olmasına yol açmıştır. Maddenin belirgin olarak bir faktöre yük bindirmemesi; benzerlik algısının diğer kültürlerde olumlu olarak algılanırken, Türkiye kültüründe ebeveyne olan benzerliğin belirgin olarak olumlu ya da olumsuz değerlendirilmemesinden kaynaklanabilir. Ancak, 9. maddenin ölçekten çıkartılması durumunda ölçeğin güvenilirliğinin değişmemesi nedeniyle ve orijinal formundaki kuramsal yapının korunması adına Türkçe formunda da maddenin kullanılmasına karar verilmiştir.

Özetle, Türkiye'deki çalışmalar açısından bakıldığında, araştırmanın en önemli pratik sonucu, ebeveyn çocuk ilişkisinin duygusal yönünü ölçen bir ölçeğin alana kazandırılmış olmasıdır. Ayrıca, ileriki çalışmalarda araştırmacıların bu ilişkinin niteliğini ölçen ölçekler geliştirilmesinde çalışmalarını destekleyebileceği düşünülmüş-

tür. Bunun yanı sıra, verilerin analiz edilmesinde ileri istatistiksel yöntemlerin kullanılmasının alana katkı sağlayabileceği ön görülmüştür.

KAYNAKLAR

Afthanorhan WMABW (2013) *A comparison of partial least square structural equation modeling (PLS-SEM) and covariance based structural equation modeling (CB-SEM) for confirmatory factor analysis. International Journal Engineering and Science Innovative Technologies (IJESIT) 2: 198-205.*

Aytac B, Pike A, Bond R (2016) *Parenting and child adjustment: A comparison of Turkish and English families. Journal of Family Studies 1-20.*

Bauminger N, Kimhi-Kind I (2008) *Social information processing, security of attachment, and emotion regulation in children with learning disabilities. Journal of Learning Disabilities 41: 315-332.*

Baumrind D (1971) *Current patterns of parental authority. Developmental psychology 4: 1-103.*

Boratao AB (2003) *The role of child temperament, socio-cognitive abilities, parenting and social context in the development of prosocial behaviour. Unpublished doctoral dissertation, University of Melbourne, Victoria, Australia.*
Büyükoztürk Ş (2002) *Faktör analizi: Temel kavramlar ve ölçek geliştirmede kullanımı. Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi 32: 470-483.*

Byrne BM (2013). *Structural equation modeling with Mplus: Basic concepts, applications, and programming. Routledge, New York.*

Byrne BM, Shavelson RJ, Muthén B (1989) *Testing for the equivalence of factor covariance and mean structures: The issue of partial measurement invariance. Psychological Bulletin 105: 456-466.*

Coldwell J, Pike A, Dunn J (2006) *Household chaos-links with parenting and child behaviour. Journal of Child Psychology and Psychiatry 47: 1116-1122.*

Cummings EM, Braungart-Rieker JM, Rocher-Schudlich DT (2003) *Emotion and personality development in childhood. Handbook of psychology: Volume 6 developmental*

psychologyiçinde, RM Lerner, MAEasterbrooks veJMistry (ed)John Wiley & Sons Inc, New Jersey, s:211-239

Chan K, Penner K, Mah JW ve ark. (2010) Assessing parenting behaviors in euro-canadian and east asian immigrant mothers: Limitations to observations of responsiveness. *Child & Family Behavior Therapy* 32: 85-102.

Demir EK, Şendil G (2008) Ebeveyn tutum ölçeği (ETÖ). *Türk Psikoloji Yazıları*11: 15-25.

Deater-Deckard K, Dodge KA, Bates JE ve ark. (1996) Physical discipline among African American and European American mothers: Links to children's externalizing behaviors. *Developmental Psychology*32:1065-1072.

Diken Ö, Topbaş S, Diken İH (2009) Ebeveyn Davranışını Değerlendirme Ölçeği (EDDÖ) ile Çocuk Davranışını Değerlendirme Ölçeği (ÇDDÖ)'nin geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Özel Eğitim Dergisi* 10: 41-60.

Falk RF, Miller NB (1992) *A primer for soft modeling.* University of Akron Press.

Fornell C, Larcker DF (1981) Structural equation models with unobservable variables and measurement error: Algebra and statistics. *Journal of Marketing Research* 18: 382-388.

Grolnick WS, Ryan RM, Deci EL (1991) The inner resources for school performance: Motivational mediators of children's perceptions of their parents. *Journal of Educational Psychology* 83: 508-517.

Hair JF, Black WC, Babin BJ ve ark. (2010) *Multivariate data analysis: A global perspective.* Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice Hall.

Hetherington EM, Clingempeel WG (1992) I. Coping with marital transitions: A family systems perspective. *Monographs of the Society for Research in Child Development* 57: 1-207.

Kaiser AP, Hancock TB (2003) Teaching parents new skills to support their young children's development. *Infants & Young Children*16: 9-21.

Keenan T, Evans S (2009) *An introduction to child development.* (2. ed), Sage Publications.

Khine MS (2013) *Application of structural equation modeling in educational research and practice.* Sense Publishers. Kindap Y, Sayıl M (2011) Kendini belirleme kuramı temelinde ergenlikte destekleyici ebeveynlik, akademik ve sosyal uyum ve kendini belirleme düzeyi arasındaki ilişkilerin boylamsal olarak incelenmesi. Ankara: Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi.

Kirkpatrick LA, Davis KE (1994) Attachment style, gender, and relationship stability: A longitudinal analysis. *Journal of Personality And Social Psychology* 66: 502-512.

Maccoby EE (1992) The role of parents in the socialization of children: An historical overview. *Developmental Psychology*28: 1006-1017.

Mahoney G, Bella JM (1998) An examination of the effects of family-centered early intervention on child and family outcomes. *Topics in Early Childhood Special Education*18: 83-94.

Montgomery MJ, Anderson ER, Hetherington EM ve ark. (1992) Patterns of courtship for remarriage: Implications for child adjustment and parent-child relationships. *Journal of Marriage and the Family* 54: 686-698.

Netemeyer RG, Bearden WO, Sharma S (2003) *Scaling procedures: Issues and applications.* Sage Publications, California.

Paterson G, Sanson A (1999) The association of behavioural adjustment to temperament, parenting and family characteristics among 5-year-old children. *Social Development* 8: 293-309.

Pianta RC, Harbers KL (1996) Observing mother and child behavior in a problem-solving situation at school entry: Relations with academic achievement. *Journal of School Psychology* 34: 307-322.

Pianta RC, Smith N, Reeve RE (1991) Observing mother and child behavior in a problem-solving situation at school entry: Relations with classroom adjustment. *School Psychology Quarterly* 6: 1-15.

Pike A, Coldwell J, Dunn JF (2005) Sibling relationships in early/middle childhood: links with individual adjustment. *Journal of Family Psychology* 19: 523-532.

Pohlmann JT (2004) *Use and interpretation of factor analy-*

sis in *The Journal of Educational Research*: 1992-2002. *The Journal of Educational Research* 98: 14-22.

Rudy D, Grusec JE (2001) Correlates of authoritarian parenting in individualist and collectivist cultures and implications for understanding the transmission of values. *Journal of Cross-Cultural Psychology* 32: 202-212.

Sanson A (1994) Parenting questionnaire for 3-7 year olds. Unpublished Manuscript, University of Melbourne, Melbourne.

Saygı D (2011) Ebeveyn Çocuk İlişkisi Ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlanması ve anne çocuk ilişkisinin bazı değişkenler açısından incelenmesi. Marmara Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Saygı D, Uyanık BG (2013) Anasınıfına devam eden çocukları olan annelerin çocukları ile ilişkilerinin incelenmesi. *International Journal of Human Sciences*10: 844-862.

Soenens B, Vansteenkiste M, Lens W ve ark. (2007) Conceptualizing parental autonomy support: Adolescent perceptions of promotion of independence versus promotion of voli-

tional functioning. *Developmental Psychology* 43: 633-646.

Sümer N, Güngör D (1999) Çocuk yetiştirme stillerinin bağlanma stilleri, benlik değerlendirmeleri ve yakın ilişkiler üzerindeki etkisi. *Türk Psikoloji Dergisi* 14: 35-58.

Sümer N, Gündoğdu-Aktürk E, Helvacı E (2010) Anne-baba tutum ve davranışlarının psikolojik etkileri: Türkiye'de yapılan çalışmalara toplu bakış. *Türk Psikoloji Yazıları*13: 42-59.

Şendil G (2012) Bebeklikte sosyo-duygusal gelişim (Çev.ed G Yüksel) Yaşam Boyu Gelişim: Gelişim Psikolojisi. Nobel Akademik Yayınları. Ankara, 2017, s. 348-406. Çevrilen kitap: Sandrock, J. W. (2011). *Life Span Development*, 13th ed., New York: McGraw-Hill.

Tabachnik BG, Fidell LS (2001) *Using multivariate statistics*. (4 ed.). Allyn ve Bacon, Boston.

Thompson RA, Easterbrooks MA, Padilla-Walker LM (2003) Social and emotional development in infancy. *Handbook of psychology: Volume 6 developmental psychology içinde Lerner, RM Lerner, MA Easterbrooks ve Mistry (ed) John Wiley & Sons Inc, New Jersey, s:91-106*

ARAŞTIRMA MAKALESİ

BİR ÇOCUK PSİKİYATRİ KLİNİĞİNDE YATARAK TEDAVİ GÖREN ÇOCUK VE ERGENLERİN KLİNİK VE SOSYODEMOGRAFIK ÖZELLİKLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Şafak ERAY*, Nazmi AKKUZU*, Özlem YILDIRIM* Ayşe Pınar VURAL*

ÖZET

Amaç: Çalışmamızın amacı ülkemizde az sayıda hizmet veren çocuk psikiyatrisi kliniklerinden biri olan kliniğimizde yatan hastaların sosyodemografik ve klinik özelliklerini incelemektir. **Yöntem:** Çalışmamızda 2017-2018 yılları arası Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk Psikiyatrisi kliniğinde yatarak tedavi gören 186 çocuğun yatış ve taburculuktaki klinik ve sosyodemografik verileri incelenmiştir. Değerlendirmeler, Bilgi Toplama Formu, Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi- Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli (ÇDSG-ŞY-T) ve Klinik Global İzlem Ölçeği (KGIÖ) ile yapılmıştır. **Sonuç:** Hastaların yaş ortanca değerinin 15 yıl (min:5, max:17), ve %31.9'unun erkek olduğu görülmüştür. En sık yatışa neden olan belirtiler sırasıyla intihar düşüncesi veya girişimi (%26.3), mutsuzluk (%12.4), sinirlilik (%10.8), psikotik belirtiler (%15.7) ve yemek yememe ya da tıknarcasına yeme (%7.6) olarak izlenmiştir. En sık konulan tanılar ise sırasıyla depresyon (%47.3), psikotik bozukluklar (%11.8) ve yeme bozuklukları (%8.1) olarak belirlenmiştir. Hastaların %9.6'ı ilaçsız taburcu edilirken, %37.6'ı tek, %45.6'sı ikili, %6.9'u üçlü psikotrop ilaç ile taburcu edilmiştir. Antipsikotikler (%67.74) ve antidepressanlar (%54.3) en sık kullanılan ilaçlar olarak belirlenmiştir. Yatış ve taburculuk KGI puanları arasında anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.001$). **Tartışma:** Bu konuyla ilişkili çalışmaların artması ve deneyimlerin paylaşılması, gelişmekte olan çocuk ve ergen ruh sağlığı alanına önemli katkılar sağlayacaktır.

Anahtar Kelimeler: Çocuk ve ergen, yataklı tedavi, sosyodemografik özellikler, klinik özellikler

SUMMARY: EVALUATION OF CLINICAL AND SOCIODEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS OF CHILDREN AND ADOLESCENTS WHO WERE TREATED IN INPATIENT UNIT OF A CHILD PSYCHIATRY CLINIC

Objective: The aim of this study is to examine the sociodemographic and clinical traits of adolescents who were treated in inpatient unit of our clini which is one of the few clinics in our country. **Method:** In this study clinical and socidemographic features of 186 children, who had been treated in inpatient unit of Uludağ University Child and Adolescent Psychiatry Inpatient Clinic between 2017 and 2018, were investigated firstly, during the time when they were in inpatient unit and secondarily at the time when they were discharged. Their sociodemographic and clinical features were evaluated by information collection forms, Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (KSADS), and Clinic Global Index (CGI). **Results:** The median age of the patients was 15 (min.5, max.17), and 31.9% of them were males. The most common symptoms leading to hospitalization were suicidal thoughts and attempts (26.3%), anhedonia (12.4%), irritability (10.8%), psychotic symptoms (15.7%), refusal of food or binge eating (7.6%). The most common diagnoses were depression (47.3%), psychotic disorders (11.8%) and eating disorders (8.1%). 9.6% of the patients were discharged without any medication, whereas 37.6% of the patients were discharged with one psychotropic drug, 45.6% of the patients were discharged with twopsychotropic drugs and 6.9% of the patients were discharged with threepsychotropic drugss. Antipsychotics (67.74%) and antidepressants (54.3%) were reported as the most common used drugs. There was a significant difference between hospitalization and discharge CGI scores of patients ($p<0.001$). **Discussion:** Increasing the number of studies on this subject and sharing of experiences will provide important contributions for the child and adolescent psychiatry area.

Key Words: Child and adolescent, inpatient treatment, sociodemographic features, clinical features.

GİRİŞ

Ruhsal hastalıkların toplumda yaşam boyu görülme sıklığı %26 olarak bildirilmiştir (Kessler ve ark. 2005). Bu bozuklukların büyük çoğunluğunun çocuk ve ergen yaş grubunda başladığı bilinmektedir (Coşkun ve ark. 2012). Yapılan çalışmalarda kadınların %31'inin, erkeklerin ise

%42'sinin, 16 yaşına gelinceye dek en az bir psikiyatrik bozukluk geçirdiği gösterilmiştir (Costello ark. 2003). Çocuk ve ergenlerde yaşanan ruhsal sorunların dörtte birinin ise ağır ruhsal bozukluk olduğu bilinmektedir. Ayaktan tedavi edilmesi mümkün olmayan ağır psikiyatrik du-

*Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD

Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi : 25 (3) 2018

rumların tedavisinde yataklı kliniklerin önemi büyüktür (James ve ark. 2010, Meagher ve ark. 2013).

Günümüzde çocuk ve ergen ruh sağlığı alanında yapılan çalışmalar incelendiğinde çocuk ve ergen hastaların psikiyatrik ilaç kullanımı ve yataklı servislerde tedavi oranlarında artış izlenmiştir (Ansermot ve ark. 2018). Çocuk ve ergenlerin ruh sağlığı servislerine yatış endikasyonları çocuğun ve çevresindeki tehlikeli davranışlardan korunması, ayaktan tedavinin mümkün olmadığı durumlar, değerlendirme ve tanıda güçlük yaşanan durumlar, çocuğun aileden ayrı olarak değerlendirilmesi ve tedavi edilmesi gereken durumlar şeklinde özetlenebilir (Karaçetin 2016). Yatarak tedavi gören çocuk ve ergenleri araştıran çalışmalar incelendiğinde, Özbaran ve arkadaşlarının (2016) yaptığı çalışmada çocuk ve ergen psikiyatrisi uygulamasında yataklı servis ve yatarak tedavinin iyileşmeye katkısının yüksek olduğu bildirilmiştir (Özbaran ve ark. 2016). Ayrıca yapılan çalışmalar yatarak tedavi gören hastaların iyileşme oranlarının yüksek ve kalıcı olduğunu vurgulamışlardır (Özbaran ve ark. 2016, Taş ve ark. 2007, Taş ve ark. 2010). Ülkemizde yatarak tedavi gören çocuk ve ergen hastaları ele alan çalışmalar incelendiğinde kısıtlı sayıda veriye ulaşılabilmektedir. İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Erişkin Psikiyatri Kliniği'nde yatarak sağaltım gören çocuk ve ergenlerin klinik ve sosyodemografik özelliklerinin incelendiği bir çalışmada çocuk psikiyatri yataklı servislerinin sayısının azlığı nedeniyle bu servislerde tedavi gören çocuk ve ergenlerin klinik ve sosyodemografik özellikleriyle ilgili çalışmaların artması ve deneyimlerin paylaşılmasının gerekliliği belirtmiştir (Coşkun ve Zoroğlu 2016).

Çocuk ve ergenlerin psikiyatri kliniklerine başvuru şekilleri, değerlendirme süreçleri ve aldıkları tedaviler coğrafi, kültürel ve sosyal ortamlara göre değişiklik gösterebilmektedir (Verhulst ve ark. 2003). Türkiye'de beş tanesi üniversite hastanesi, dört tanesi eğitim araştırma hastanesi, iki tanesi ruh sağlığı ve hastalıkları hastanesi

kapsamında tedavi veren on bir çocuk ve ergen ruh sağlığı yataklı servisi bulunmaktadır (Karaçetin 2016). Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Yataklı Servisi, 18 yaş ve altındaki çocuk ve ergenlerin yatarak tedavi edildiği, 12 yatak kapasitesine sahip yarı açık bir klinikdir. 2004 yılında hizmet vermeye başlayan klinik ayaktan tedavinin mümkün olmadığı birçok hastanın yatarak tedavisine katkı sunmuştur. Çalışmamızın amacı ülkemizde az sayıda hizmet veren çocuk psikiyatrisi kliniklerinden biri olan kliniğimizde yatan hastaların sosyodemografik ve klinik özelliklerini incelemektir. Bu hastaların aldıkları tanılar, yatış süreleri, kullandıkları ilaçlar ve işlevselliklerindeki değişim gibi klinik bilgileri belirlemenin çocuk ve ergen ruh sağlığı çalışanları için yatarak tedavinin yeri ve kullanımında yol gösterici olabileceği düşünülmüştür.

YÖNTEM

Çalışmamızın örneklemini 2017-2018 yılları arası Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları kliniğinde yatarak tedavi gören 186 çocuk oluşturmaktadır. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları kliniği 12 yatak kapasitesine sahip, kapalı klinik ihtiyacı olmayan ancak yatarak tedavi ihtiyacı olan hastaların yönlendirildiği yarı açık bir klinikdir. Çalışmamızda araştırmaya katılan çocuklara ait bilgiler geriye dönük olarak dosyalar üzerinden edinilmiştir. Çalışmaya başlamadan önce gerekli yasal izin Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Etik kurul komitesinde alınmıştır (No:2018-10/8). Hastaların bilgilerini değerlendirmek için araştırmacılar tarafından hazırlanan Bilgi Toplama formu, Hastaların değerlendirilmesinde rutin olarak kullanılan yatış ve taburculukta, Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi- Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli- (ÇDŞG-ŞY-T) değerlendirme sonuçları ve Klinik Global İzlem Ölçeği (KGIÖ) kullanılmıştır.

Veri Toplama Araçları

Bilgi Toplama Formu:

Araştırmacılar tarafından hazırlanan bilgi toplama formu, olguların yaş, cinsiyet, eğitim, aile öyküsü gibi sosyodemografik verileri, başvuru semptomları, yatış ön tanıları, taburculuk tanıları, yatış öncesi ve taburculuk sırasındaki farmakolojik tedavileri, daha önce çocuk psikiyatri kliniğinde yatışı olup olmadığı gibi bilgileri içermektedir.

Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi- Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli- (ÇDŞG-ŞY-T):

ÇDŞG-ŞY-T Kaufman tarafından 1997'de DSM kriterlerine göre çocuk ve ergenlerde ruhsal hastalıkları değerlendirmek için geliştirilen yarı yapılandırılmış bir ölçektir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Gökler ve arkadaşları(2004) tarafından yapılmıştır. Klinisyenler tarafından çocuk ve ergenlerde görülen psikiyatrik hastalıkların belirlenmesi için kullanılmaktadır.

İstatistiksel Yöntem

Verilen değerlendirilmesi Sosyal Bilimler İçin İstatistik Paket Programı (SPSS 22.0) programı kullanılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler ise frekans ve yüzde (%) olarak verilmiştir. İstatistiksel yöntemler normal dağılım gösteren sürekli değişkenler ortalama±standart sapma, normal dağılım göstermeyenler ortanca (en küçük ve en büyük değer) şeklinde belirtildi. Kategorik verilerin değerlendirilmesinde ise ki kare testi kullanılmıştır. İstatistiksel analizlerde en düşük anlamlılık düzeyi 0.05 kabul edilmiştir.

SONUÇLAR

Çalışmamıza Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları kliniğinde yatarak tedavi gören 186 çocuk katılmıştır. Yaş ortanca değeri 15 (min:5, max:17)

olarak değerlendirilmiştir. Hastaların sosyodemografik özellikleri Tablo 1'de belirtilmiştir.

Yatan hastaların %35.1'i çocuk psikiyatrisi poliklinikleri tarafından kliniğimize yönlendirilirken, %30.3'ü çocuk acil servisi ve %32.4'ü ise dış merkezden sevkli olarak kliniğimize yönlendirilmiştir. Hastaların %50.5'inin (n=94) daha öncesinde bir çocuk psikiyatri polikliniğe başvurusu varken %49.4'ünün (n=92) daha önce çocuk psikiyatri başvurusunun olmadığı anlaşılmıştır. Hastaların %19.3'ünün (n=36) daha önce çocuk psikiyatri kliniğine yatışı varken %80.6'sının (n=150) ilk kez yatarak tedavi aldığı saptanmıştır. Hastaların ortalama yatış süresi 20.12 ± 1.08 gün olarak belirlenirken en kısa yatış süresinin 1 gün en uzun yatış süresinin 85 gün olduğu izlenmiştir. Hastaların yatışına neden olan psikiyatrik belirtiler Tablo 2'de belirtilmiştir.

Kliniğe yatışa en sık neden olan psikiyatrik bozukluk %46.8'lik oran ile depresyon olarak belirlenmiştir. Hastaların yatış ve taburculuk tanı dağılımları Tablo 3'te belirtilmiştir.

Hastalıkların tanılarını cinsiyetlere göre incelediğimizde depresyon her iki cinsiyette birinci sırayı alırken, kızlarda yeme bozuklukları erkeklerde ise psikotik bozuklukların ikinci sırayı aldığı saptanmıştır (Tablo 4).

Hastaların %39.2'si (n=73) yatış öncesi ilaç kullanmazken, %27.4'ünün (n=51) tekli, %29'unun (n=54) ikili ve %4.3'ünün de (n=8) üç ya da daha fazla psikotrop ilaç kullandığı görülmüştür. Bu oranlar taburculuk sırasında sırasıyla %9.6 (n=18), %37.6 (n=70), %45.6 (n=85), %6.9 (n=13) olarak belirlenmiştir. Kullanılan ilaç grupları Tablo 5'te verilmiştir.

Kliniğimizde yatarak tedavi görmüş olan 186 hastanın yatış öncesi ve taburculuk sonrası durumları KGIÖ'ye göre değerlendirilmiştir. İlk yatış sırasındaki muayenede değerlendirilen KGIÖ-Ş median puanı 5 (belirgin hasta) (aralık: 2-7), taburculuk sonrası KGIÖ-Ş median değeri 3

Tablo 1a: Yatan hastaların sosyodemografik özellikleri

		n	%
Cinsiyet	Erkek	59	31.9
	Kız	126	68.1
Yaş		14.58 ± 0.16	
Kardeş sayısı	Kardeş yok	29	15.7
	1	79	42.7
	2	43	23.2
	3	17	9.2
	4 ve üzeri	9	4.9
Eğitim durumu	Okula devam	148	80
	Terk	27	14.6
	Lise Mezunu	2	1.1
Yaşadığı yer	İl	138	74.6
	İlçe	35	18.9
	Köy	6	3.2
Anne baba birliktelik	Evli	129	69.7
	Boşanmış	37	20.0
	Anne ya da baba vefat etmiş	11	5.9

Tablo 1b: Yatan hastaların sosyodemografik özellikleri

Akraba evliliği	Var	18	9.7
	Yok	159	85.9
Sigara kullanımı	Var	53	28.6
	Yok	127	68.6
Alkol kullanımı	Var	15	8.1
	Yok	165	89.2
Madde kullanımı	Var	6	3.2
	Yok	174	94.1
Anne yaşı		41.65 ± 0.44	
Anne eğitim düzeyi	Okumamış	7	3.8
	İlkokul	85	45.9
	Ortaokul	23	12.4
	Lise	40	21.6
	Üniversite	22	11.9
Annenin işi	Çalışmıyor	119	64.3
	İşçi	26	14.1
	Memur	15	8.1
	Özel sektör	8	4.3

Tablo 1c: Yatan hastaların sosyodemografik özellikleri

	Emekli	8	4.3
Babanın işi	Çalışmıyor	16	8.6
	İşçi	62	33.5
	Memur	23	12.4
	Özel sektör	42	22.7
	Emekli	25	13.5
Baba eğitim düzeyi	Okumamış	4	2.2
	İlkokul	72	38.9
	Ortaokul	34	18.4
	Lise	36	19.5
	Üniversite	29	15.7
Baba yaşı		44.4 ± 0.71	
Annede psikiyatrik hastalık	Var	61	33.0
	Yok	116	62.7
Babada psikiyatrik hastalık	Var	33	17.8
	Yok	143	77.3
Ailede psikiyatri kliniğinde yatış	Var	42	22.7
	Yok	135	73.0

Tablo 2: Yatışı neden olan belirtiler

	Toplam		Kız		Erkek	
	n	%	n	%	n	%
İntihar düşüncesi veya girişimi	49	26.3	43	34.1	6	10.2
Mutsuzluk/keyifsizlik/isteksizlik	23	12,4	13	10.3	10	16.9
Sinirlilik/saldırganlık	20	10.8	11	8.7	9	15.3
Halüsinasyon/hezeyanlar	29	15.7	11	8.7	18	30.5
Yemek yememe ya da tıknırcasına yeme	14	7.6	12	9.5	2	3.4
Kendine zarar verme davranışı	13	7.0	11	8.7	2	3.4
Manik/hipomanik belirtiler	11	5.9	9	7.1	2	3.4
Takıntılar	8	4.3	4	3.2	4	6.8
Konversif bayılma veya kasılma	6	3.2	6	4.8	0	0
Dezorganize konuşma ve davranış	3	1.6	2	1.6	1	1.7
Diğer	9	4.9	4	3.2	5	8.5

Tablo 3: Hastaların yatış ve taburculuk tanı dağılımları

Giriş tanı dağılımı	n	%	Çıkış tanı dağılımı	n	%
Depresyon	87	46.8	Depresyon	88	47.3
Psikotik bozukluk	33	17.7	Psikotik bozukluk	22	11.8
Yeme bozuklukları	15	8.1	Yeme bozuklukları	15	8.1
Mani	14	7.5	Mani	14	7.5
Davranım bozukluğu	11	5.9	Davranım bozukluğu	14	7.5
OKB	9	4.8	OKB	10	5.4
Konversif bozukluk	5	2.7	Konversif bozukluk	5	2.7
DEHB	1	0.5	DEHB	5	2.7
TSSB	3	1.6	TSSB	4	2.2
Otizm	2	1.1	Otizm	3	1.6
Anksiyete bozuklukları	1	0.5	Anksiyete bozuklukları	2	1.1
KOKG	2	1.1	KOKG	1	0.5
Diğer	2	1.1	Diğer	2	1.1

OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk, DEHB: Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu

TSSB: Travma Sonrası Stres Bozukluğu, KOKG: Karşı Gelme Bozukluğu

Tablo 4: Cinsiyetlere göre taburculuk tanı dağılımları

Kız			Erkek		
	n	%		n	%
Depresyon	70	55.6	Depresyon	18	30.5
Yeme bozuklukları	13	10.3	Psikotik bozukluk	15	25.4
Mani	9	7.1	Davranım bozukluğu	6	10.2
Davranım bozukluğu	8	6.3	OKB	6	10.2
Psikotik bozukluk	7	5.6	Mani	5	8.5
Konversif bozukluk	5	4.0	Yeme bozuklukları	2	3.4
OKB	4	3.2	TSSB	1	1.7
TSSB	3	2.4	DEHB	5	8.5
Otizm	3	2.4	KOKG	1	1.7
Anksiyete bozuklukları	2	1.6	Anksiyete bozuklukları	0	0
DEHB	0	0	Otizm	0	0
KOKG	0	0	Konversif bozukluk	0	0
Diğer	2	1.6	Diğer	2	1.1

OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk, DEHB: Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu,

TSSB: Travma Sonrası Stres Bozukluğu, KOKG: Karşı Gelme Bozukluğu

Tablo5: Kullanılan ilaç grupları

	n (%)
İlaç kullanımı yok	18 (9.67)
Antipsikotik	126 (67.74)
Antidepresan	101 (54.3)
Anksiyolitik	1 (0.53)
Duygudurum Düzenleyici	26 (13.97)
Stimülan/ Atomoksetin	11 (5.91)
Biperiden	16 (8.60)

(hafif düzeyde hasta) (aralık: 1-6), olarak saptanmıştır. Yatış ve çıkış KGİÖ-Ş puanları karşılaştırıldığında, aralarındaki farkın anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.001$). Çıkış düzelme median puanı 2 (oldukça düzeldi) (aralık: 1-4) olarak belirlenmiştir.

TARTIŞMA

Bu çalışmada bir üniversite hastanesi çocuk psikiyatri kliniğinde bir yıl boyunca yatarak tedavi gören çocuk ve ergenlerin sosyodemografik özellikleri, yatış süreleri, yatış için yönlendirildikleri yerler, yatışa yol açan semptomlar, yatış ve taburculuk tanıları, KGİÖ puanları, kullandığı ilaçlar geriye dönük olarak değerlendirilmiştir.

Çalışmamızda yatarak tedavi gören hastalarda kız cinsiyet oranı erkeklere göre daha yüksek bulunmuştur. Yatarak tedavi gören çocuk ve ergenlerde cinsiyet faktörünün önemli olmadığını belirten yurtdışı kaynaklı çalışmalar olsa

da (Green ve ark. 2007), Türkiye’de yapılan çalışmalarda kız cinsiyet daha fazla bulunmuştur (Coşkun ve Zoroğlu 2016, Taş ve ark. 2007).

Hastaların başvuru şikayetlerine baktığımızda Türkiye’de yapılan diğer klinik çalışmalarla benzer şekilde, en sık yatışa yol açan semptomun intihar düşünceleri veya girişiminin, ikinci sırada hezeyan/halüsinasyonların, üçüncü sırada mutsuzluk, keyifsizlik ve isteksizliğin yer aldığı görülmektedir (Güvenir ve ark. 2009). Hastaların tanılarına bakıldığında ise başvuru şikayetlerini destekleyecek şekilde en sık major depresyonun, ikinci sırada psikotik bozuklukların, üçüncü sırada yeme bozukluklarının, dördüncü sırada ise bipolar duygulanım bozukluklarının yer aldığı görülmektedir. Bu konuda literatüre bakıldığında en sık yatışa yol açan tanıların bizim bulgularımızla paralel olarak duygu durum bozuklukları ve psikotik bozukluklar olduğu izlenmiştir (Park ve ark. 2011). Çalışmamızda dikkat çeken bir bulgu da yeme bozuklukları tanısının Türkiye’de yapılan diğer çalışmalara

göre daha yüksek olduğudur. Bunun nedeni son yıllarda artan yeme bozukluğu insidansı olabileceği gibi (Favaro ve ark. 2009), yeme bozuklukları multidisipliner tedavi gerektiren bir hastalık grubu olması nedeniyle üniversite hastanesine yönlendirilme oranlarının daha fazla olması da olabilir. Multidisipliner yaklaşımın mümkün olmadığı özelleşmiş dal hastanelerinde yeme bozukluğu tedavisinin zorluğu tedavi imkanlarını kısıtlı hale getirmektedir. Çalışmamızın bir üniversite hastanesinde olması, kliniğimizdeki yeme bozuklukları oranının literatüre oranla daha yüksek çıkmasına neden olmuş olabilir. Bununla birlikte çalışmanın yapıldığı kliniğin yarı açık klinik olması nedeniyle, kapalı klinik ihtiyacı olan hastaların yatırılmamasının da tanı dağılımını etkileyen diğer bir faktör olabileceği düşünülmüştür.

Yatış tanılarını cinsiyete göre karşılaştıracak olursak kızlarda en sık görülen tanılar sırasıyla depresyon, yeme bozuklukları ve bipolar bozukluk, erkeklerde ise sırasıyla majör depresyon, psikotik bozukluklar ve davranım bozukluğudur. Genel olarak yatış ön tanıları ile taburculuk tanıları arasında uyum olsa da, en sık yanlış konulan ön tanı psikotik bozukluk olarak görülmüştür. Çalışmamızda kliniğe yatış sırasında 33 hastada ön tanı olarak psikotik bozukluk düşünüldüğü, fakat taburculuk sırasında bunların 22 tanesinin psikotik bozukluk olduğu, 11 tanesinin ise tanının dışında kaldığı görülmüştür. Bu durum yoğun anksiyetenin veya duygu durum değişikliklerinin neden olduğu dissosiyatif semptomların sıklıkla psikotik semptomlarla ve psikotik semptomlar gösteren diğer psikiyatrik bozukluklarla karışması ile açıklanabilir. Değişen tanıların sırasıyla, dissosiyatif bozukluk, davranım bozukluğu, psikotik özellikli depresyon, iç görüşüz obsesif kompulsif bozukluk ve travma sonrası stres bozukluğu olduğu görülmüştür.

Çocuk psikiyatrisi servisinde yatarak tedavi gören çocuk ve ergenlerle yapılan çalışmalarda ortalama yatış süreleri değişkenlik göstermekte-

dir. Avrupa'da daha uzun yatış süreleri bildirilmektedir (Mayes ve ark. 2001). Sağlık sigortasına bağlı olarak Amerika ve Avustralya'da 4 haftadan daha kısa ortalama yatış süreleri bildirilmiştir (Gavidia-Payne ve ark. 2003, Swadi ve Bobier 2005). Ülkemizde yapılmış çalışmalarda ise ortalama yatış süreleri 20-30 gün arasında bildirilmektedir (Coşkun ve Zoroğlu 2016, Özbaran ve ark. 2016, Pılan ve ark. 2017). Bizim çalışmamızda da ortalama yatış süresi ülkemizdeki diğer çalışmalarla benzer şekilde 20 gün bulunmuştur. Yatış süresi tanıya göre değişmekle birlikte en uzun yatış sürelerinin yeme bozuklukları ve psikotik bozukluklarda olduğu tespit edilmiştir.

Hastaların %39.2'sinin yatış öncesi ilaç kullanmazken, %27,4'sının tekli %29'unun ikili %4.3'ünün ise üç ya da daha fazla psiko trop ilaç kullandığı görülmüştür. Bu oranlar taburculuk sırasında sırasıyla %9.6, %37.6, %45.6, %6.9 olarak belirlenmiştir. Taburculukta hastaların büyük bir kesiminin 2 veya daha fazla ilaç kullandığı görülmektedir. Kullanılan ilaç gruplarına bakıldığında ise hastaların %67'sinin antipsikotik, % 54'ünün antidepresan grubu ilaç kullandığı izlenmektedir. Yapılan diğer çalışmalarla benzer şekilde en sık kullanılan ilaç grubu antipsikotikler olarak bulunmuş fakat diğer çalışmalardaki kadar yüksek oranlar bulunmamıştır (Özbaran ve ark. 2016, Taş ve ark. 2007).

Hastaların KGIÖ puanlarına bakacak olursak ilk yatış sırasındaki hastalık değeri ile taburculuk sonrasındaki hastalık değeri arasında belirgin bir fark görülmüştür. Hastaların büyük bir kısmının belirgin düzelme gösterdikleri izlenmiştir. Bu değerlere bakılacak olursa yatarak tedavi gören çocuk ve ergenlerin tedaviden fayda gördükleri, yatarak tedavilerin çocuk ve ergenlerde etkili ve gerekli olduğu söylenebilir.

Çalışmamızın geriye dönük hasta dosyaları üzerinden planlanması en temel sınırlılıklarındandır. Ancak, ülkemizde çocuk ve ergenlerde yataklı kliniklerinin sayısının çok az olması ve bu alanda yapılan çok az sayıda çalışmanın bu-

lunması çalışmamızın güçlü yanlarından. Bu konuyla ilişkili çalışmaların artması ve deneyimlerin paylaşılması, gelişmekte olan çocuk ve ergen ruh sağlığı alanı için önemli katkılar sağlayacaktır.

KAYNAKLAR

Ansermot N, Jordanov V, Smogur M ve ark. (2018) Psychotropic Drug Prescription in Adolescents: A Retrospective Study in a Swiss Psychiatric University Hospital. *Journal of child and adolescent psychopharmacology* 28(3), 192-204.

Coskun M, Bozkurt H, Ayaydm H ve ark. (2012) Bir üniversite hastanesi psikiyatri servisinde yatarak tedavi edilen ergen hastaların klinik ve sosyodemografik özellikleri. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* 19(1), 17-24.

Coşkun M, Zoroğlu S (2016) Phenomenology and Psychiatric Comorbidity in Pediatric Bipolar Disorder/Pediyatrik Bipolar Bozuklukta Fenomenolojik Özellikler ve Psikiyatrik Komorbidite. *Anadolu Kliniği Tıp Bilimleri Dergisi* 21(3),187-196.

Costello EJ, Mustillo S, Erkanli A ve ark. (2003) Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Archives of general psychiatry* 60(8), 837-844.

Favaro A, Caregaro L, Tenconi E ve ark. (2009) Time trends in age at onset of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of Clinical Psychiatry* 16(12), 1715. Gavidia-Payne S, Littlefield L, Hallgren M ve ark. (2003) Outcome evaluation of a statewide child inpatient mental health unit. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry* 37(2), 204-211.

Gökler B, Ünal F, Pehlivanürk B, Kültür EÇ ve ark. Reliability and Validity of Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Age Children-Present and Lifetime Version-Turkish Version (K-SADS-PL-T) *Turk J Child Adolesc Ment Health* 2004;11(3):109-116.

Green J, Jacobs B, Beecham J ve ark. (2007) Inpatient treatment in child and adolescent psychiatry—a prospective study of health gain and costs. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 48(12), 1259-1267.

Güvenir T, Tas FV, Özbek A. (2009) *Child and Adoles-*

cent Mental Health Inpatient Services in Turkey: Is There a Need and Are They Effective?/Türkiye’de Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Yataklı Servisleri, Gerekli mi ve İse Yarıyor mu? Noro-Psikiyatri Arsivi 46(4), 143-148.

James A, Clacey J, Seagroatt V ve ark. (2010) Adolescent inpatient psychiatric admission rates and subsequent one-year mortality in England: 1998-2004. *J Child Psychol Psychiatry* 51:1395-1404

Karaçetin G (2016) Yataklı Tedaviler. *Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları içinde*, A. Pekcan ve E. S. Ercan (ed) *Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği Yayınları*, Ankara,s: 676-685.

Kaufman J, Birmaher B, Brent D, Rao U, Flynn ve ark. Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL): Initial Reliability and Validity Data. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 1997;36(7):980-988.

Kessler RC, Chiu WT, Demler O ve ark. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry* 62(6), 617-627.

Mayes SD, Calhoun SL, Krecko VF ve ark. (2001) Outcome following child psychiatric hospitalization. *The Journal of Behavioral Health Services & Research* 28(1), 96-103.

Meagher SM, Rajan A, Wyshak G ve ark. (2013) Changing trends in inpatient care for psychiatrically hospitalized youth: 1991-2008. *Psychiatr Q* 84:159-168

Özbaran B, Köse S, Yılmaz E ve ark. (2016) Çocuk ve ergen psikiyatrisi uygulamasında yataklı servis deneyimi ve yatisin iyilesmeye katkisinin degerlendirilmesi/Evaluation of the contribution of inpatient services and experiences on improvement in child and adolescent psychiatry practice. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 17(2), 120-126.

Park C, McDermott B, Loy J ve ark. (2011) Adolescent admissions to adult psychiatric units: patterns and implications for service provision. *Australasian psychiatry* 19(4), 345-349.

Pilan BŞ, Bilaç Ö, Orhon Z ve ark. (2017) Bir Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Hastanesinin Çocuk Ve Ergen Psikiyatrisi Kliniğinde Yatarak Tedavi Gören Hastalarda İlaç Kullanı-

mi. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* 24(3), 207-218.

Swadi H, Bobier C (2005) Hospital admission in adolescents with acute psychiatric disorder: how long should it be? *Australasian psychiatry* 13(2), 165-168.

Taş FV, Güvenir T, Miral S (2007) Bir çocuk ve ergen psikiyatrisi kliniğinde yatarak tedavi gören hastalarda ilaç kullanımı. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* 14(3), 139-150.

Taş FV, Güvenir T, Özbek A (2010) Çocuk ve ergenlerin yatarak tedavisinde iyileşme ne kadar kalıcı oluyor?/How long does the recovery last with inpatient treatment of child and adolescents? *Noro-Psikiyatri Arsivi* 47(4), 319-323.

Verhulst FC, Achenbach TM, Van der Ende J ve ark. (2003) Comparisons of problems reported by youths from seven countries. *American Journal of Psychiatry* 160(8), 1479-1485.

OLGU SUNUMU

FLUOKSETİN KULLANAN İKİ ERGEN OLGUDA TEDAVİYE DÜŞÜK DOZ ARIPIPRAZOL EKLENMESİ SONRASI GELİŞEN AKUT DİSTONİK REAKSİYON

Ferhat YAYLACI*, Handan Özek ERKURAN**

ÖZET

Amaç: Akut distoni göz (okulojirik kriz), baş, boyun (tortikollis veya retrokollis), kol-bacak veya gövde kaslarının olağan dışı ve uzun süreli kasılması şeklinde tanımlanmaktadır. Nigrostriatal yoldaki dopamin blokajı akut distoni de dahil ekstrapiramidal yan etki riskini artırmaktadır. Reseptör bağlanma özelliklerindeki farklılıklar nedeniyle aripiprazol kullanımı ile ilaçların neden olduğu akut distoni riski daha azdır. Yazında nadir bir durum olan aripiprazol ve akut distoni arasındaki ilişki olgu sunumları ve çalışmalarla belirtilmiştir. Bu yazıda fluoksetin kullanımı sırasında tedaviye eklenen aripiprazole bağlı akut distoni gelişen ve ilaç kesilmesini takiben belirtilerin hızla gerilediği iki ergen hastanın sunulması amaçlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Distoni, aripiprazol, ergen, fluoksetin

SUMMARY: ACUTE DYSTONIC REACTION FOLLOWING ADD-ON LOW DOSE ARIPIPRAZOLE TO ONGOING FLUOXETINE TREATMENT OF TWO ADOLESCENTS

Acute dystonia has been identified as abnormal and long-lasting contraction of eye (oculogyric crisis), head, neck (torticollis or retrocollis), arm-leg or trunk muscles. Dopaminergic blockade within the nigrostriatal pathway increase the risk of extrapyramidal side effects, including acute dystonia. Due to differences arising from its receptor-binding properties, aripiprazole has been linked to lower rates of drug-related acute dystonia, compared to other commonly used atypical antipsychotic drugs. Scarcely reported in relevant literature, there has been a few number of case studies that describe the relationship between aripiprazole and acute dystonia. Through this case report, we have aimed to present the clinical courses of two adolescents who had developed acute dystonia upon low-dose add on aripiprazole to their original treatment with fluoxetine, where symptoms quickly dissolved following cessation of aripiprazole.

Key Words: Dystonia, aripiprazole, adolescent, fluoxetine

GİRİŞ

Akut distoni göz (okulojirik kriz), baş, boyun (tortikollis veya retrokollis), kol-bacak veya gövde kaslarının olağan dışı ve uzun süreli kasılması şeklinde tanımlanmaktadır. İlaçların neden olduğu akut distoni ilaca başladıktan, ilacın

dozunu arttırdıktan veya ekstrapiramidal belirtilere yönelik kullanılan ilacın dozunu azalttıktan sonra görülebilmektedir (DSM-5, APA 2013). Yaşları 10-19 arasında olan hastalar için akut distoni riski yüksektir ancak risk, yaş artışıyla birlikte doğrusal olarak azalmaktadır ve 45 yaş üzerindeki hastalarda akut distoni nadirdir (Van Harten ve ark. 1999). Yaş dışında erkek cinsiyet, kokain bağımlılığı, distoni öyküsü ve yüksek

*Uzm. Dr., Tokat Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi, Çocuk Psikiyatrisi Kliniği.

**Uzm. Dr., SBÜ İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Sağlığı ve Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi, Çocuk Psikiyatrisi Kliniği.

potens antipsikotik kullanımı ilaca bağlı distoni gelişimi için bilinen diğer risk faktörleridir. Bunlar içinde distoni öyküsü bu durum için en güçlü yordayıcı olarak tanımlanmaktadır (Van Harten ve ark. 1999). Tipik antipsikotiklerle ilişkili olarak tanımlanan ekstrapiramidal belirtiler atipik antipsikotiklerin kullanımında daha düşük oranda ortaya çıkmaktadır (Greenaway ve Elbe 2009).

Bir atipik antipsikotik olan aripiprazol dopamin D2 reseptörlerine parsiyel agonistik etki göstermekte ve dopamin D2 reseptörlerinde intrinsik aktiviteyi düzenlemektedir. Bu durum dopamin D2 reseptör aracılı nörotransmisyonunda aşırı blokaj olmadan bir denge sağlar. Aripiprazole bu nedenle dopamin sistem stabilizatörü denmektedir (Tadori ve ark. 2005). Aripiprazol aynı zamanda serotonin 5-HT1A ve 5-HT2C reseptörlerinin parsiyel agonisti, 5-HT2A reseptörünün ise antagonistidir (DeLeon ve ark. 2004). Reseptör bağlanma özelliklerinden dolayı aripiprazolün yan etki insidansının daha düşük oranda olduğu ve ekstrapiramidal belirtilere diğer antipsikotiklerle karşılaştırıldığında daha az neden olduğu rapor edilmiştir. Bu nedenle çocuk ve ergen psikiyatrisi için aripiprazol güvenli bir seçenek olabilir. Günümüzde şizofreni, bipolar bozukluk, tik bozukluğu, otizm spektrum bozukluğu, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, davranış bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk gibi psikiyatrik hastalıklarda kullanılmaktadır (Doğangün ve ark. 2008, Greenaway ve Elbe 2009, Kirino 2012).

Bu yazıda, fluoksetin kullanımı olan obsesif kompulsif bozukluk tanılı iki olguda tedaviye düşük doz aripiprazol eklenmesi sonrası gelişen akut distonik reaksiyon (ADR) tartışmaya sunulmuştur. Tartışmada, aripiprazolün ekstrapiramidal sistem üzerine olan yan etkilerinin tipik antipsikotiklere göre daha düşük olduğu bilirse de fluoksetin gibi bir SSRI ile aripiprazolün birlikte kullanımının bu yan etki riskini artırıp artırmayacağını yazın eşliğinde gözden geçirilmesi amaçlanmıştır. Çünkü, yazında aripipra-

zolün tedavide SSRI'lar ile birlikte kullanımının ekstrapiramidal sistem üzerine olan yan etki riskini artırmış olabileceğine yönelik yalnızca olgu bildirimleri bulunmaktadır.

Olgu 1: On altı yaşında kız olgu, devlet hastanesi çocuk ruh sağlığı polikliniğine babaannesi ile birlikte "aileme kötü bir şey olur mu?", "aileme zarar gelir mi?", "ailemi kaybeder miyim?" şeklinde sevdiklerine gelecek bir zarardan korkmakla ilgili olan obsesyonlar ve sonrasında bu düşünceleri uzaklaştırmaya yönelik "içinden o an belirlediği sayıya kadar sayma", "bir yere tekrarlayan şekilde dokunma" gibi sayma-dokunma kompulsiyonları nedeniyle başvurmuştur. Yaklaşık 1,5 yıl önce başlayan bu belirtilerin giderek arttığı ve son 6 aydır olgunun işlevselliğinde belirgin bozulmayı takiben polikliniğimize başvurduğu saptanmıştır.

Alınan öyküde, ev hanımı olan annesi ve serbest meslekle uğraşan babasından oluşan bir ailede yaşayan olgunun cinsiyet beklentisi olmayan bir gebelik sonrası normal kiloda, vajinal yolla doğduğu; lise onuncu sınıfa devam ettiği ve ders başarısının orta düzeyde olduğu belirtilmiştir. Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü tanımlanmamıştır. Olgunun kilosu 47 kg, boyu 155 cm ve vücut kitle indeksi 19.6 kg/m²'dir.

Yapılan ilk değerlendirme ve tetkikler sonrası "obsesif kompulsif bozukluk" tanısı olduğu düşünülen olguya (CY-BOCS:33), fluoksetin 20 mg/gün tedavisi başlanmış ve izlem sürecinde tedaviye yanıt alınamaması nedeniyle (CY-BOCS: 28) 60 mg/gün'e kadar çıkılmıştır. Tedavinin 12. haftasında yapılan psikiyatrik değerlendirme ve alınan öyküde, belirtilerde istenen düzeyde iyilik halinin sağlanamadığının görülmesi üzerine (CY-BOCS: 26) tedaviye aripiprazol 2.5 mg/gün eklenmiş olup bir hafta içerisinde 5 mg/gün'e çıkılması amaçlanmıştır. Ancak aripiprazol 5 mg/gün'e çıkılmasından bir gün sonra olgu, devlet hastanesi acil servisine dilini hareket ettirememeye, konuşmada zorluk, çene ve boynunda kasılma şikayetiyle başvur-

muş olup yapılan muayenesinde tortikollis ve oromandibuler distoni saptanmıştır. Şikayetlerin ani başlaması, öncesinde benzer şikâyetinin olmaması ve aripiprazol tedavisiyle şikayetlerin zamansal korelasyon göstermesi nedeniyle bu tablo kullanmakta olduğu aripiprazol nedeniyle gelişen ADR olarak düşünülmüş ve Naranjo advers ilaç reaksiyonları ölçme skalası skoru 7 olarak saptanmıştır. Olguya intramuskuler biperiden 2,5 mg uygulanmış ve olgunun şikayetlerinde 30 dakika içerisinde tama yakın düzelme görülmüştür.

Taburculuk öncesi aripiprazol tedavisi kesilmiş ve biperiden 2 mg/gün oral yoldan tedaviye eklenmiştir. Bir hafta sonra yapılan kontrolde olguda distoni saptanmamış ve biperiden tedavisi sonlandırılmış, fluoksetin 60 mg/gün ile tedaviye devam edilmiştir.

Olgu 2: On beş yaşında erkek olgu, devlet hastanesinde çocuk ruh sağlığı polikliniğine ailesi ile birlikte “söylediğim doğru olmayabilir mi?”, “yalan söylemiş olabilir miyim?”, “yalan söylersem günaha girip cehenneme gider miyim?” şeklinde tam doğruyu söyleyememe, bu nedenle günah işleme ile ilgili olan obsesyonlar ve sonrasında kendisini rahatlatmak için her cümlesinin sonunu “olabilir de olmayabilir de” sözleriyle tamamlamaya yönelik kompulsiyonlar nedeniyle başvurmuştur. Olgunun geçmişte Asperger Bozukluğu tanısı aldığı ve bu nedenle izlendiği, yaklaşık 2 yıl önce “bir yerlere dokunduğunda kirlenme” ve sonrasında tekrarlayan “el yıkama” şeklinde obsesif-kompulsif belirtilerinin başladığı, bu belirtilere son dönemde başvurudaki belirtilerin eklendiği saptanmıştır. Olgu son 2 aydır işlevselliğinde belirgin bozulmayı takiben polikliniğimize başvurmuştur.

Alınan öyküde, eczacı olan annesi ve doktor olan babasından oluşan bir ailede yaşadığı ifade edilmiştir. Olgunun cinsiyet beklentisi olmayan bir gebelik sonrası normal kiloda, sezeryan ile doğduğu; lise 11. sınıfa devam ettiği ve ders başarısının iyi düzeyde olduğu belirtilmiştir. Ailede

psikiyatrik hastalık öyküsü tanımlanmamıştır. Olgunun kilosu 75 kg, boyu 178 cm ve vücut kitlesi indeksi 23.7 kg/m²’dir.

Yapılan değerlendirme ve tetkikler sonrası “otizm spektrum bozukluğu” ve eş tanı olarak “obsesif kompulsif bozukluk” tanısı olduğu düşünülen olguya (CY-BOCS:39) fluoksetin 20 mg/gün tedavisi başlanmış ve izlemde tedaviye yanıt alınamaması nedeniyle 40 mg/gün’e kadar çıkmıştır. Tedavinin onuncu haftasında istenen düzeyde iyilik hali sağlanamaması üzerine (CY-BOCS:31), tedaviye aripiprazol 2.5 mg/gün eklenmiş olup bir hafta içerisinde 5 mg/gün’e çıkılması planlanmıştır. Ancak aripiprazol doz artışından bir gün sonra olgu çocuk ruh sağlığı polikliniğine başta sol omuza doğru eğilme ve boyun hareketlerinde zorlanma şikayetiyle başvurmuş ve yapılan muayenesinde tortikollis saptanmıştır. Şikayetlerin ani başlaması, daha önce benzer şikâyetinin olmaması ve şikayetlerin aripiprazolün tedaviye eklenmesi ile zamansal korelasyon göstermesi nedeniyle bu durum kullanmakta olduğu aripiprazol nedeniyle gelişen ADR olarak düşünülmüş ve Naranjo advers ilaç reaksiyonları ölçme skalası skoru 7 olarak saptanmıştır. Olgunun aripiprazol tedavisi kesilmiş ve olguya oral biperiden 2 mg başlanmıştır. Olgunun bir gün sonra yapılan kontrolünde şikayetlerinde tama yakın düzelme görülmüştür.

Biperiden 2 mg/gün oral yoldan tedavisi bir hafta daha sürdürülen olguda yapılan kontrolde distoni saptanmamış ve biperiden tedavisi sonlandırılmış, fluoksetin 40 mg/gün ile tedaviye devam edilmiştir.

TARTIŞMA

Tartışılan olgularda, fluoksetin tedavisine istenen düzeyde yanıt alınamaması nedeniyle eklenen aripiprazolden sonra ADR geliştiği görülmüştür. Olguların şikayetlerinin ani başlaması, daha önce benzer şikâyetlerinin olmaması ve şikayetlerin aripiprazolün tedaviye eklenmesi ile zamansal korelasyon göstermesi nedeniyle bu

durum tedaviye eklenen aripiprazol ile ilişkilendirilmiş ve her iki olgunun Naranjo advers ilaç reaksiyonları ölçme skalası skoru 7 olarak saptanmıştır. Naranjo ve arkadaşları tarafından geliştirilen Naranjo advers ilaç reaksiyonları ölçme skalası, bir advers ilaç etkisinin (AE) başka faktörlerden ziyade ne derecede ilaca bağlı olduğu ihtimalini öngörmektedir (Naranjo ve ark. 1981). Bu skalaya göre saptanan 7 puan, olgularda aripiprazolün tedaviye eklenmesi sonrası gelişen ADR'nin, aripiprazolle ilişkisinin muhtemel olduğu şeklinde yorumlanmaktadır.

Aripiprazol, Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi (FDA) tarafından onaylanmış bir atipik antipsikotiktir. Çocuk ve ergen psikiyatrisinde aripiprazol kullanımının bipolar bozukluk, şizofreni, tik bozukluğu, otizm spektrum bozukluğu gibi hastalıklarda etkinliğine yönelik kanıtlar bulunmaktadır. Mevcut kanıtlarda bu kullanımla ilişkili yan etkiler de bildirilmektedir. Bunlar bulantı, kusma, gastrointestinal rahatsızlık, baş ağrısı gibi zamanla giderilen ve daha yavaş doz titrasyonu ile önlenilebilen yan etkilerden nöroleptik malign sendrom (NMS) gibi daha ciddi yan etkilere kadar uzanabilir (Greenaway ve Elbe 2009). Ekstrapiramidal yan etki riski ise aripiprazol tedavisi sırasında ilacın reseptör bağlanma özelliklerinden dolayı teorik olarak azalmaktadır. Çünkü nigrostriatal yoldaki dopamin blokajı akut distoni de dahil ekstrapiramidal yan etki riskini artırmaktadır. Aripiprazol ise parsiyel agonistik etki özelliği nedeniyle nigrostriatal yoldaki dopamin aktivitesi üzerine çok az etki gösterir (Stahl 2002). Bununla birlikte akut distoni özellikle 5 mg/gün ve yukarı dozlarda yazında rapor edilmiştir (Başay ve ark. 2016, Chen ve Liou 2013, Fountoulakis ve ark. 2006, Goga ve ark. 2012, Singh ve ark. 2007, Varkula ve Dale 2008). Ancak güncel bir meta-analizde aripiprazolün ADR yapma riskinin bilinenin aksine nadir olmadığı raporlanmıştır (Bernagie ve ark. 2016).

Aripiprazolle ilişkili ADR için olası nedenlere bakıldığında bunlardan ilki aripiprazolün an-

tikolinerjik etkiden yoksun olmasıdır. Ek olarak 5HT₆, 5HT₇ reseptör antagonizması ve D₃ reseptörü üzerine aripiprazolün etkileri hala bilinmemektedir ve bu durum ADR için potansiyel bir rol oynayabilir. Ayrıca aripiprazolün hiperdopaminerjik durumlarda (örneğin bipolar bozukluk manik epizod, şizofreni) D₂ reseptör antagonist etkisi daha belirgindir. Son olarak çalışmalarda aripiprazolün serotonin taşıyıcısı üzerine inhibitör etkileri gösterilmiştir ve bu durum bazal ganglionlarda dopamin dengesini değiştirebilir. Bu nörobiyolojik mekanizmalar tek başına veya birlikte aripiprazolle ilişkili ADR gelişmesinde rol oynayabilir (Desarkar ve ark. 2006).

Diğer taraftan, selektif serotonin reuptake inhibitörleri (SSRI) kullanımı ile ilişkili de ekstrapiramidal belirtiler (örneğin distoni, diskinezi, akatizi, parkinsonizm ve nöroleptik malign sendrom) yazında rapor edilmiştir. Özellikle distoniyle ilişkili olgu bildirimleri fluoksetin ve paroksetin kullanımında daha fazladır (Gill ve ark. 1997). Ancak iki olgu da aripiprazol tedaviye eklenmeden önce ve kesildikten sonra fluoksetin tedavisini tolere edebilmiş olup, olgularda fluoksetin dozu sabit kaldığı halde ADR belirtilerinde gerileme gözlenmiştir. Bu nedenle olgularda ortaya çıkan ADR'nin daha çok aripiprazol ile ilişkili olduğu düşünülmüştür. Ancak, fluoksetin kullanımının bu olgularda ADR ortaya çıkmasına katkısı olabileceği düşünülmüştür. Özellikle, fluoksetin ve aripiprazolün birlikte kullanımı, ilaç etkileşimi üzerinden aripiprazolün serum konsantrasyonunu artırarak ADR gelişme riskini artabilir. Her ne kadar aripiprazolün tek başına kullanımı ile fluoksetin gibi bir SSRI ile birlikte kullanımını ekstrapiramidal yan etki riski açısından karşılaştıran bir çalışma yazında olmasa da fluoksetin, aripiprazolün serum konsantrasyonu arttığından dolayı, mantıksal olarak birlikte kullanımın bu açıdan daha riskli olabileceği düşünülebilir. Çünkü fluoksetin ve paroksetin CYP2D6'yı inhibe ettiği bilinen antidepresanlardır. Aripiprazolün bu antidepresanlarla birlikte kullanımının

doz ayarlı serum konsantrasyonlarında kontrol grubuyla kıyaslandığında %45 oranında artışa neden olduğu rapor edilmiştir (Waade ve ark. 2009). Yazında SSRI ile birlikte aripiprazol kullanımının ekstrapiramidal yan etki riskiyle ilişkili olabileceğini bildiren az sayıda olgu bildirimleri bulunmaktadır. Bu olgu bildirimlerinde yazarlar, SSRI'ların CYP2D6 inhibisyonu ile aripiprazol düzeylerini artırarak ekstrapiramidal yan etkiye katkıda bulunabileceğini ve birlikte kullanımlarda bu nedenle dikkatli olunması gerektiğini rapor etmişlerdir (Saddichha ve ark. 2012, Sanghadia ve Pinninti 2007). Burada tartışılan olgularda, aripiprazol düzeyleri elde edilemediğinden, bu hipotez test edilememiştir. Ancak yazın bilgileri çerçevesinde birlikte kullanımın ekstrapiramidal yan etki açısından riskli olabileceği düşünülmüştür. Diğer taraftan biraz önce bahsedilen, ADR ile aripiprazol tedavisi arasındaki zamansal korelasyon ilişkisi göz önünde bulundurulduğunda bu duruma aripiprazolün bağımsız katkısının tamamen teyit edilebileceğini de unutmamak önemlidir.

Sonuç olarak, aripiprazolün gençlerde kullanımını olumlu risk profili algılaması nedeniyle son yıllarda artmıştır. Buna paralel olarak klinik uygulamalarda aripiprazolün, SSRI'lar ile birlikte kullanımına da sık rastlanmaktadır. Bu nedenle, aripiprazolün birlikte kullanımlarında ADR için muhtemel riskli olabilecek bu gibi durumları akılda tutmak gerekmektedir. Çünkü, bu durumların akla gelmemesi tedaviyi yönlendirmeyi zorlaştırabilir. Ayrıca sebep ne olursa olsun, aripiprazol terapotik dozlarda bile çocuk ve ergenlerde akut distoni için potansiyel risk göstermektedir. Bu nedenle yazın bilgileri çerçevesinde, ortaya çıkabilecek bu tip reaksiyonları öngörerek klinik izlemin devam ettirilmesinin uygun olacağını düşünmekteyiz.

KAYNAKLAR

American Psychiatric Association (2013) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed.* APA, Washington DC.

Bayay Ö, Basay BK, Öztürk Ö ve ark. (2016) *Acute Dystonia Following a Switch in Treatment from Atomoxetine to Low-dose Aripiprazole.* *Clinical Psychopharmacology and Neuroscience* 14:221-225.

Bernagie C, Danckaerts M, Wampers M ve ark. (2016) *Aripiprazole and Acute Extrapyramidal Symptoms in Children and Adolescents: A Meta-Analysis.* *CNS Drugs.* 30:807-818.

Chen MH, Liou YJ (2013) *Aripiprazole-associated acute dystonia, akathisia, and parkinsonism in a patient with bipolar I disorder.* *J Clin Psychopharmacol* 33:269-270.

DeLeon A, Patel NC, Crismon ML (2004) *Aripiprazole: a comprehensive review of its pharmacology, clinical efficacy, and tolerability.* *Clin Ther* 26:649-666.

Desarkar P, Thakur A, Sinha VK (2006) *Aripiprazole induced acute dystonia.* *Am J Psychiatry* 163:1112-1113.

Dogangun B, Kayacetin G, Kayaalp L (2008) *A review about the use of aripiprazole in children and adolescents.* *Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health* 15:163-175.

Fountoulakis KN, Siamouli M, Kantartzis S ve ark. (2006) *Acute dystonia with low-dosage aripiprazole in Tourette's disorder.* *Ann Pharmacother* 40:775-777.

Gill HS, DeVane CL, Risch SC ve ark. (1997) *Extrapyramidal symptoms associated with cyclic antidepressant treatment: a review of the literature and consolidating hypotheses.* *J Clin Psychopharmacol* 17:377-389.

Goga JK, Seidel L, Walters JK ve ark. (2012) *Acute laryngeal dystonia associated with aripiprazole.* *J Clin Psychopharmacol* 32:837-839.

Greenaway M, Elbe D (2009) *Focus on Aripiprazole: A Review of its use in child and adolescent psychiatry.* *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry* 18:250-260.

Kirino E (2012) *Efficacy and safety of aripiprazole in child and adolescent patients.* *Eur Child Adolesc Psychiatry* 21:361-368.

Naranjo CA, Busto U, Sellers EM ve ark. (1981) *A method for estimating the probability of adverse drug reactions.* *Clin Pharmacol Ther* 30:239-245.

YAYLACI VE ERKURAN

- Saddichha S, Kumar R, Babu GN ve ark. (2012). Aripiprazole associated with acute dystonia, akathisia, and parkinsonism in a single patient. *J Clin Pharmacol* 52:1448-1449.
- Sanghadia M, Pinninti NR (2007) Aripiprazole-associated acute dystonia. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 19:89-90.
- Singh MK, Delbello MP, Adler CM (2007) Acute dystonia associated with aripiprazole in a child. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 46:306-307.
- Stahl S (2002) *Essential Psychopharmacology of Antipsychotics and Mood Stabilizers*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Tadori Y, Miwa T, Tottori K ve ark. (2005) Aripiprazole's low intrinsic activities at human dopamine D2L and D2S receptors render it a unique antipsychotic. *Eur J Pharmacol* 515:10-19.
- Van Harten PN, Hoek HW, Kahn RS (1999) Fortnightly review: Acute dystonia induced by drug treatment. *BMJ* 319:623-626.
- Varkula M, Dale R (2008) Acute dystonic reaction after initiating aripiprazole monotherapy in a 20-year-old man. *J Clin Psychopharmacol* 28:245-247.
- Waade RB, Christensen H, Rudberg I ve ark. (2009) Influence of comedication on serum concentrations of aripiprazole and dehydroaripiprazole. *Ther Drug Monit* 31: 233-238.

OLGU SUNUMU

ERKEN BAŞLANGIÇLI ANOREKSİYA NERVOZA TANILI 8 YAŞ ERKEK ÇOCUK: GENETİK VE ÇEVRESEL ETMENLERİN ETKİLEŞİMİ

Tuğba Didem KUŞCU*, Ayşe Burcu AYAZ**, Ayşe RODOPMAN ARMAN***

ÖZET

Anoreksiya Nervosa ve diğer yeme bozuklukları sıklıkla ergenlik döneminde ve kızlarda görülmesi nedeniyle, erkek olan ve ergenlik öncesi dönemde başlayan vakalar gözden kaçabilmekte ve bu hastaların tanı ve tedavileri gecikebilmektedir. Bu olgu sunumunda 8 yaşında Anoreksiya Nervosa tanılı erkek hasta sunulacaktır. Hastalığın gelişiminde olası etmenlerin etkileşimi tartışılacaktır.

Anahtar Kelimeler: Anoreksiya nervosa, erken başlangıç, erkek, risk etmenleri.

SUMMARY: COMBINATION OF GENETIC AND ENVIRONMENTAL FACTORS ON EARLY ONSET ANOREXIA NERVOSA IN AN 8-YEAR-OLD BOY

Anorexia Nervosa and other eating disorders usually begin in adolescence, and these disorders are commonly seen in girls. Therefore, boys with anorexia nervosa and children with preadolescent onset may be overlooked and their diagnosis and treatment may delay. In this case report, an 8 year-old boy diagnosed with Anorexia Nervosa will be explained, and interaction of potential factors in the development of disorder will be discussed.

Key Words: Anorexia nervosa, early onset, male, risk factors.

GİRİŞ

Yeme bozuklukları (YB) anormal yeme davranışı kalıpları, vücut ağırlığıyla abartılı uğraş ve değişmiş beden algısı ile karakterizedir. Hem anoreksiya nervosa (AN) hem de bulimiya nervosa (BN)'nin başlangıcı normalde ergenlik döneminde olsa da, bazı yazarlarca AN'nin başlangıcının 7 yaş kadar erken olabileceği belirtilmektedir (Gonçalves ve ark. 2013). Ergenlerde AN yaygınlığı son zamanlarda artmış olup bazı çalışma sonuçları ve medya bildirimlerine göre ergenlik öncesi AN sıklığı da artmaktadır (Poppe ve ark. 2015). AN kadın cinsiyet hastalığı olarak öne çıkarılsa da erkeklerde görülme oranı göz ardı edilmemelidir. (Wooldridge ve Lytle 2012). Ayrıca erkeklerdeki AN insidansı ergenlik öncesinde daha yüksek olabilmektedir (Gonçalves ve ark. 2013). Erken başlangıçlı AN fiziksel gelişimi

geciktirebilir, hatta durdurabilir. Hastalık sürecinde kilo kaybı gözlenmeyebilir (Pinhas ve ark. 2011). AN'nin küçük çocuklarda, özellikle de erkeklerde görülebileceği farkındalığının az olması nedeniyle bu çocuklarda yönlendirme, tanı ve tedavi gecikebilmektedir (Smink ve ark. 2012). Yeme bozukluklarının etiyolojisi tam bilinmemekle birlikte, etiyolojide biyolojik, genetik, psikososyal ve çevresel etmenler gibi birçok bileşenin rol aldığı düşünülmektedir (Harrington ve ark. 2015). Çocukluk döneminde obsesyonel eğilimler gösteren ya da anksiyete bozuklukları geliştiren bireylerde, mankenlik ya da atletlik gibi zayıflığa değer verilen ortamlarda çalışan bireylerde ve birincil derece biyolojik akrabalarında AN saptanan bireylerde görülme sıklığı daha yüksektir (American Psychiatric Association 2013).

*Dr., **Uzm. Dr., ***Prof. Dr. Marmara Üniversitesi Pendik EAH, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD

Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi : 25 (3) 2018

KUŞCU VE ARK.

Bu yazıda 8 yaşında AN tanısı almış bir erkek olgu sunularak erken yaş grubunda ve erkek cinsiyette AN tanı farkındalığını arttırmak amaçlanmıştır. Ayrıca hastalığa neden olabileceği düşünülen olası etmenler bu olgu üzerinden tartışılacaktır.

Olgu

Sekiz yaşında, erkek hasta (M) bir psikiyatrist tarafından "AN, kısıtlayıcı tip" tanısıyla polikliniğimize yönlendirilmişti. Ailesi tarafından belirtilen başvuru şikayetleri kilo alma korkusu, yeme reddi ve fiziksel gelişimde gecikmeydi.

M'nin ilk görüşmede doktoruyla konuşmayı reddetmesi nedeniyle öykü çoğunlukla ebeveynlerinden alındı. M 2 yıl öncesinde yemeklerini kısıtlayana dek sağlıklı bir çocukmuş. İki yıl öncesinde yemek konusunda seçici değilmiş ancak yediği miktara dikkat etmekteymiş. Yemeklerden sonra aynanın karşısında vücudunu inceleyerek kocaman bir göbeği olduğu ve kıyafetlerinin yakışmadığı ile ilgili yakınmaktaymış. Sık sık tartılmakta, kilo aldığı zaman porsiyonlarını daha da küçültmekteymiş. Bir yıl önce annesi daha çok yemesi ve dolu bir tabağı bitirmesi konusunda ısrar etmeye başlayınca, itiraz etmeden yemeğini bitirmekteymiş ancak hemen ardından yediklerini kusmaktaymış. Hastalığı sürecinde annesi M'nin yemek zamanlarını ve yediği miktarları sıkı bir şekilde takip etmesine rağmen, M yeme düzenini değiştirmemekteymiş. Ayrıca, düzenli gittiği futbol kursundaki hocası M'nin fiziksel performansının son zamanlarda düştüğünü gözlemlemiş. M hastalığı sürecinde yemek saklama, aşırı egzersiz yapma, laksatif kullanma benzeri davranışlar sergilememiş.

Ailesi, M'nin, televizyondaki obez insanlar hakkında yapılan yorumlardan olumsuz yönde etkilendiğini ve kilo alma korkusunda medyanın etkileyici bir rol oynadığını düşünmekteydi. M'nin kız kuzeni 10 yaşındayken AN tanısı almıştı. Kuzeniyle araları iyiydi ve hemen her

hafta sonu beraber evde oyun oynayarak vakit geçiriyorlardı.

M'nin 2 ay öncesine dek psikiyatri başvurusu olmamış. İki ay önce farklı bir şehirde yaşayan teyzesini ziyarete gittiğinde, zaten AN tanısı konan kız yeğeni hakkında endişeli olan teyze M'nin yeme tutumu ve kilo alma korkusu karşısında endişelenip M'yi bir psikiyatriste götürmüştü. O başvuruda ölçülen boyu 117.7 cm (3. persentilde), ağırlığı 21 kg (3-10 persentil aralığında) ve vücut kitle indeksi (VKİ) 15.16 olarak saptanmış. AN, kısıtlayıcı tip tanısı konulan M'ye fluoksetin 10 mg/gün ve risperidon 0.50 mg/gün ilaç tedavisi başlanmış ve ailesinin yaşadığı şehre dönünce bir çocuk psikiyatristine gitmesi önerilmiş.

M planlanan ve istenen bir çocuk olup zamanında, sezeryanla dünyaya gelmiş. Doğumda bir komplikasyon yaşanmamış. Bir buçuk yaşında yürümeye başlaması dışında tüm gelişimsel basamakları uygun yaşlarda başarmış.

M üçüncü sınıf öğrencisiydi ve notları konusunda mükemmelliyetçiydi. Okuldaki arkadaşlarıyla iyi geçiniyor ancak arkadaşları tarafından "bücürük" diye çağırılıyordu. Bu duruma içerlese de hiçbir zaman şiddetli bir üzüntü hali yaşamamıştı. Okuldan kaçma ya da disiplin suçu öyküsü yoktu.

M anne ve babası ile yaşıyordu ve ailenin tek çocuğuydu. M'nin babası, 48 yaşında, fabrikada işçi, annesi ise, 41 yaşında, ev hanımıydı. Ebeveynleri M'nin her istediğini yapıyor ve sınır koymıyordu ve genellikle ebeveynlerle tartışması yemek üzerine oluyordu M'nin annesi normal kiloda, babası ise obez olarak tanımlanabilecek kiloda idi. M babasını defalarca fazla kiloları nedeniyle uyarmasına rağmen babası bugüne dek hiç diyet yapmadığını ifade etti. M annesini aşırı koruyucu ve müdahil, babasını ise mesafeli olarak tanımlamaktaydı. Boş zamanlarında babasıyla nadiren de olsa balığa gitmekten mutlu olan M, bazen komşu çocuklarla futbol

oynadığını ancak okulda arkadaşlarının kendisiyle fiziksel özellikleri nedeniyle dalga geçmeleri nedeniyle rahatsız olduğunu belirtti. M hafta sonlarını genellikle aynı şehirde yaşayan teyzesinde, AN tanılı kuzeniyle oyun oynayarak geçirirdi. Oyunlarda M öğrenci ya da erkek evlat rolünü üstlenirken, kuzeni ise öğretmen ya da anne olurdu. M kuzeniyle geçirdiği vakitleri çok sevdiğini belirtti.

M'nin annesinin gestasyonel diyabeti olduğu ve M'ye gebeyken depresif atak geçirdiği öğrenildi. M'nin kız kuzeni 10 yaşında AN tanısı almış ve 3 yıl boyunca bir çocuk psikiyatristi tarafından tedavi edilmişti. Şu anda remisyonda olduğu öğrenildi.

M'nin bilinen bir ilaç alerjisi veya fiziksel gelişim gecikmesi dışında tıbbi bir sorunu yoktu. M fluoksetin 10 mg/gün ve risperidon 0.50 mg/gün tedavisi dışında ilaç kullanmıyordu.

M ilk görüşmede özenli ve temiz giyinmişti. Boyu yaşına göre biraz kısa görünüyordu. Kas tonusu ve gücü normal aralıkta olup herhangi bir anormal hareket gözlenmedi. Yürüyüşü doğaldı. Psikomotor ajitasyon ya da retardasyon gözlenmedi. M başlarda utangaçtı ve psikiyatristiyle göz teması kurmaktan kaçınıyordu, ancak görüşmeler ilerledikçe daha çok konuşmaya başladı. Duygudurumu ötimik olup duygulanımı biraz kısıtlıydı. Konuşması normal ton, şiddet ve kalitedeydi. Düşünme süreci uygun ve amaca yönelikti. Düşünce içeriğinde kilo alma korkusu ve boyunun kısa kalmasıyla ilgili endişesi vardı. Kendine ya da başkalarına zarar verme düşüncesi yoktu. Algısal bozukluk tariflemiyordu. Yer-kişi-zaman oryantasyonu tamdı. Bellekle ilgili sorun yoktu. Zeki görünüyordu ve yaşına uygun bilgisi tamdı. Buna rağmen durumuyla ilgili iç görüşü yoktu ve yeme miktarıyla ilgili yanlış tutumları devam ediyordu.

Daha önce gittiği çocuk psikiyatristi tarafından M'ye anoreksiya nervosa tanısı konulmuştu. Yaşına göre düşük persentildeki kilo ve boyu, kilo

almaktan ciddi bir korku sergilemesi ve beden görünümü algısında sapmalar olması nedeniyle AN tanısı konulan hastanın sadece diyet yapması nedeniyle kısıtlayıcı tür olduğuna karar verilmiştir. Tıkınırcasına yeme ataklarının olmaması ve sonradan başlayan ve kısa süren tepkisel kusmaları nedeniyle diğer YB'lerden ayrılmaktadır. Okulda sözlü zorbalığa maruz kalması ve annede depresyon öyküsü varlığı nedeniyle major depresyon açısından da detaylıca irdelenen M'nin duygudurumunun takiplerde her zaman ötimik olduğu ve düşünce içeriğinde depresif temaların olmadığı görülmüştür. Tedavi esnasında aileye karşı belirgin direncin ortaya çıkmasıyla karşıt olma karşı gelme bozukluğu açısından değerlendirilen hastada direncin daha çok AN doğasıyla ilişkili olduğu düşünülmüştür.

Detaylı bir değerlendirmeden sonra, önceki psikiyatristin 2 ay önce başlamış olduğu ilaç tedavisine annenin ilaçtan fayda gördüklerini, M'nin eskiye göre daha rahat yediğini belirtmesi üzerine devam edildi. Büyüme ve gelişmesinin takibi için bir pediatriste yönlendirildiler. Farmakoterapiye ek olarak, M'ye ve ailesine hastalığın nedenleri, gidişatı ve tedavisi hakkında psikoeğitim verildi. Boyu ve kilosuna hakkında ikilemde olduğu gözlenen M ile motivasyonel görüşme teknikleri kullanıldı. İkileminin çözülmesi adına şu prensiplerden yararlandı: empatinin gösterilmesi için etkin yansıtma dinleme, hastanın şimdiki davranışları ile hedefleri arasındaki çelişkileri ortaya çıkarma, dirençle çalışırken tartışmadan uzak durma, kendine yeterliliği destekleme. Çocuk psikiyatristi tarafından M ile ayda bir 30 dakikalık görüşmeler düzenlendi ve her oturumdan sonra 15 dakika ebeveynleri ile çocuktan ayrı olarak görüşüldü. Aile oturumunun amaçları M'nin durumu hakkında ailenin iç görüşünü kuvvetlendirmek, yeme kontrolünü M'ye geri vermek ve aile içinde uygun sınırlar oluşturmaktı. M'nin boyunun uzaması için motivasyonu düştüğü zamanlarda, ödül-ceza sistemini kullanmak tedavi sürecinde çok işe yaradı. M ile yapılan oturumlarda öncelikle M'nin ikircikli ifadelerini keşfetmesine

yardım edildi. Bu ifadelerden bazıları şunlardı: "Kilo almaktan korkmuyorum.", "Kilo vermek istemiyorum.", "Babam gibi şişman olmak istemiyorum.", "Büyümek ve uzun olmak istiyorum." Boyunun uzamasını gerçekten istiyordu ve oturumlar ilerledikçe boyunun uzaması için kilo vermemesi gerektiği gerçeğinin farkına vardı. Buna rağmen, kilosunda sürekli olarak artış ve azalışlar oluyordu. Bunun iki ana sebebi olduğu düşünüldü önlemler alındı. Birincisi, M AN tanılı kuzeniyle görüşmeye devam ediyordu ve her görüşmeden sonra diyetini kısıtladığı fark edildi. Ebeveynlerine M'nin kuzeniyle daha uzun aralıklarla görüşmesi önerildi. İkincisi, M'nin ebeveynlerine karşı gelme davranışları arttı ve karşı gelme davranışlarından biri de yemeyi reddetmekti. M ile ebeveynleri arasındaki çatışma arttıkça, ebeveynlerin tedavi sürecine katılımları azaldı. Karşı gelme davranışlarını azaltmak için risperidon dozu 0.50 mg/gün'den 0.75 mg/gün'e çıkarıldı.

Tedavinin beşinci ayında M'nin ağırlığı 24 kg'a (25. persentil), boyu 119 cm'e (10. persentil) ve VKI ise 16.95'e yükselerek normal büyüme persentillerini yakaladı. Halen, fluoksetin ve risperidon ilaç tedavisi ile motivasyonel görüşmeler devam etmektedir. Ebeveyn oturumları, aile içi çatışmayı çalışabilmek için 30 dakikaya çıkarılmıştır. Güncel olarak yatarak ya da yoğun ayaktan tedavi gerektirecek bir durum bulunmamaktadır.

Özet olarak, M'nin özgeçmişinde herhangi bir tıbbi ya da psikiyatrik hastalık yoktu. M AN tanı ölçütlerini karşılaması nedeniyle bir çocuk psikiyatristine yönlendirilmişti. Olgu biyo-psi-ko-sosyal açıdan incelendiğinde hastalığına sebep olabilecek çeşitli etkenler bulunabilir. M dış görünümüne önem veren bir çocuktan kendisine rol model olması beklenen ebeveyni yani babası obezdi. Gelecekte babası gibi obez biri olma düşüncesinden oldukça rahatsızdı. M'nin yaşamının ilk yılında annenin geçirdiği depresyonun bağlanma ilişkilerini olumsuz etkilediği, annenin aşırı korumacı ve müdahale-

ci tutumunun M üzerinde kontrol sahibi olmaya çalışmasına ve bunu da en çok yemek üzerinden yapmasına neden olduğu ve bu durumun M'de karşı gelme tutumlarını ortaya çıkarttığı düşünülmektedir. M ailenin tek çocuğu olduğundan ve ailesi yetersiz ebeveynlik becerileri nedeniyle sınır koyamadığından, M'nin karşı gelme davranışları artmıştı ve yeme reddi de bu davranışlarından biriydi. Ayrıca, M kendisine sınır konulmadığı için TV'de istediği programı istediği kadar izleme konusunda da serbest kalmıştı. Dahası, okulda zorbalığa maruz kalması nedeniyle muhtemelen büyümesi konusunda umutsuzluğa kapılmış ve tepki olarak diyetini kısıtlamıştı. Son olarak, belki de en önemlisi, AN için genetik yatkınlığı vardı ve ayrıca kuzeni M için bir rol model olmuş gibi görünüyordu.

TARTIŞMA

AN genellikle ergenlik dönemi başlangıçlı ve kadın cinsiyet hastalığı olarak bilinmektedir. Yapılan çalışmalarda kadın olmak ve ergenlik dönemi, yeme bozuklukları için risk faktörü olarak dikkat çekmektedir (Dahlmann ve ark. 2018, Gonçalves ve ark. 2013, Roberts ve ark. 2018). Ancak bazı çalışma sonuçlarına göre AN başlangıç yaşı son yıllarda giderek düşmektedir (Nicholls ve ark. 2011, Pinhas ve ark. 2011). Danimarka'da yapılmış bir çalışmada 1995-2010 yılları arasında AN insidansı 2 katına çıkarken, başlangıç yaşının giderek düştüğü bulunmuştur (Steinhausen ve Jensen 2015). İngiltere'de 10-14 yaş arası hastaneye yatışı yapılan AN olgu sayısı 1990'dan 2011'e dek ciddi oranda artmıştır (Holland ve ark. 2016). Bir çalışmada ilkökul çağı çocukları arasında erkeklerin %5-8'inin, kızların %9-14'ünün yeme bozuklukları için tanı ölçütlerini tam karşılamadığı bildirilmiştir (Halmi 2009). Ayrıca Davey ve Bishop (2006) kolejlerde gittikçe artan oranlarda erkeklerin yeme bozukluğu için danışmanlık aldığını saptamışlardır. Son zamanlardaki çalışmalarda vakaların erkek kadın oranı 1:10 ile 1:4 arasında değişkenlik göstermektedir ve bu oranların muhtemelen erkek lehine daha yüksek olduğu

düşünülmektedir (Hudson ve ark. 2007, Murray ve ark. 2017). Bu vaka AN denilince akla hemen gelmeyen iki gruba- çocukluk dönemi ve erkek cinsiyet- dikkat çekmesiyle önemli olup tanı öncesi 2 yıllık hastalık geçmişi ile özellikle küçük çocuklarda tanı gecikmesinin büyüme- gelişmede gecikme ile sonuçlanacağına çarpıcı bir örneği olup literatürle uyumlu sonuçlara ulaşılmıştır (Nicholls ve ark. 2011). Çocuklardaki yeme bozukluklarının aile hekimleri tarafından tanınma oranları çok düşüktür (Hoek ve van Hoeken 2003). Özellikle pediatristler ve aile hekimleri çocuklardaki yeme davranışlarındaki değişikliklerle ilgili kuşku olmalı çünkü bu hekimler psikiyatristlere kıyasla pediatrik popülasyonla daha sık karşılaşmaktadır ve erken müdahale gidişatı etkilemektedir. Pediatrik yeme bozuklukları erken ve uygun müdahalelerle iyi bir gidişata sahip olabilmektedir (Campbell ve Peebles 2014). Aile temelli davranışçı terapiler başta olmak üzere, ego odaklı bireysel psikoterapiler, dialektik davranışçı terapiler ve ağır, dirençli semptomlarda tamamlayıcı tedavi olarak ilaç tedavileri halen AN için elimizde bulunan en güçlü tedavi araçlarıdır. İlaç tedavileri tartışılmalı olmakla birlikte bazı durumlarda psikoterapiyi güçlendirmek için atipik antipsikotiklerin ve antidepressanların, besin takviyesi için çinko preparatlarının, azalmış kemik yoğunluğunu artırmak için östrojen gibi üreme hormonlarının ve kilo alımını destekleyip depresyon belirtilerini azaltmak için siproheptadinin faydası olabileceği bildirilmektedir (Martin A ve ark. 2007). Olgumuz görüldüğü gibi, 5 aylık uygun tedavi ile yaşı ve cinsiyeti ile uyumlu normal gelişimi yakalamıştır.

Yazında erken başlangıçlı AN'nın, çeşitli etiyolojik ve risk faktörlerinin kompleks bir birleşimi ile ilişkili olduğu belirtilmektedir (Poppe ve ark. 2015). Bu olgu için özellikle üç faktör üzerinde durulacaktır: genetik, rol model ve medya. Anoreksik bir kuzene sahip olmak hem genetik bir risk faktörüdür hem de rol model olması açısından önemlidir. İkizlerde eş zamanlı AN tanısı saptanma oranlarının yüksek olması dikkat

çekicidir (Klump ve ark. 2001, Lilley ve Silberg 2013). Ayrıca yapılan ikiz ve aile çalışmalarında kalıtsallığın yüksek olduğu, hastalığın ailesel kümelenme gösterdiği ve özellikle hastaların birinci derece akrabalarında AN riskinin yüksek olduğu bildirilmiştir (Clarke ve ark. 2012, Shih ve Woodside 2016, Steinhausen ve ark. 2015, Strober ve ark. 2000). Tüm bu bulgular hastalığın etiolojisinde genetik etmenlerin önemini göstermektedir. Yazında rol modelin AN üzerine etkilerine dair bir yayın bulamamak da bu olguda yeme bozukluğunun başlangıcı ve tedavi direnci anoreksik kuzenle yakın etkileşim ile ilişkili görünmektedir. Ayrıca olgu için rol model olması beklenen kişi yani babası obez olması nedeniyle olgunun arzuladığı fizik görünüşün zıttına sahiptir. Medyanın çocuk ve ergenlerdeki yeme davranışı üzerine güçlü bir etkisi vardır. Medyanın AN üzerine etkisi dayatılan zayıflık düşüncesi/imesi ile ilişkilendirilmiştir (Gonçalves ve ark. 2013). M'nin ebeveynleri, M'nin TV izleme alışkanlıklarını kontrol edemedikleri ve çocuklarının sürekli olarak medyada dayatılan "Zayıf ol!" mesajına maruz kalması nedeniyle suçlu hissetmektedirler. Hausenblas ve ark. (2013) tarafından yapılan meta-analize göre medya tarafından dayatılan ideal fizik düşüncesi/imesi yeme bozukluğu belirtilerinde küçük değişikliklerle sonuçlanmaktadır ve bu değişiklikler özellikle yeme bozukluğu gelişmesi açısından yüksek risk taşıyanlarda görülmektedir.

KAYNAKLAR

American Psychiatric Association (2013) Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5). American Psychiatric Pub.

Campbell K, Peebles R (2014) Eating disorders in Children and Adolescents: State of the Art Review. Pediatrics 134:582-592.

Clarke TK, Weiss AR, Berrettini WH (2012) The genetics of Anorexia Nervosa. Clin Pharmacol Ther 91:181-188.

Dahlmann BH, Dempfle A, Egberts KM ve ark. (2018)

KUŞCU VE ARK.

- Outcome Of Childhood Anorexia Nervosa-The Results of A Five-To Ten-Year Follow-Up Study. Int J Eat Disord* 51: 295-304.
- Davey CM ve Bishop JB (2006) Muscle dysmorphia among college men: An emerging gender-related counseling concern. *Journal of College Counseling* 9:171-180.
- Gonçalves JA, Moreira EAM, Trindade EBSM ve ark. (2013) Eating disorders in childhood and adolescence review (Trastornos alimentares en la infancia y adolescencia y factores de riesgo). *Rev Paul Pediatr* 31:96-103.
- Halmi KA (2009) Anorexia nervosa: an increasing problem in children and adolescents. *Dialogues Clin Neurosci* 11:100-103.
- Harrington BC, Jimerson M, Haxton C ve ark. (2015) Initial Evaluation, Diagnosis, and Treatment of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. *Am Fam Physician* 91:46-52.
- Hausenblas H.A, Campbell A, Menzel JE ve ark. (2013) Media effects of experimental presentation of the ideal physique on eating disorder symptoms: a meta-analysis of laboratory studies. *Clin Psychol Rev* 33:168-181.
- Hoek HW, van Hoeken D (2003) Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *Int J Eat Disord* 34: 383-396.
- Holland J, Hall N, Yeates DGR ve ark. (2016) Trends in hospital admission rates for anorexia nervosa in Oxford (1968-2011) and England (1990-2011): Database studies. *Journal of the Royal Society of Medicine* 109: 59-66.
- Hudson JI, Pope Jr HG, Hiripi E ve ark. (2007) The Prevalence and Correlates of Eating Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry* 61:348-358.
- Klump KL, Miller KB, Keel PK ve ark. (2001) Genetic and environmental influences on anorexia nervosa syndromes in a population-based twin sample. *Psychol Med* 31:737-740.
- Lilley EC, Silberg JL (2013) The Mid-Atlantic Twin Registry, revisited. *Twin research and human genetics. The official journal of the International Society for Twin Studies* 16:424-428.
- Martin A, Volkmar FR (Edit) (2007) *Lewis's child and adolescent psychiatry: a comprehensive textbook*. Lippincott Williams&Wilkins.
- Murray SB, Nagata, J, Griffiths S ve ark. (2017) The enigma of male eating disorders: A critical review and synthesis. *Clinical Psychology Review* 57: 1-11.
- Nicholls DE, Lynn R, Viner RM (2011). Childhood eating disorders: British national surveillance study. *The British Journal of Psychiatry* 198:295-301.
- Pinhas L, Morris A, Crosby RD ve ark. (2011) Incidence and age-specific presentation of restrictive eating disorders in children: a Canadian Paediatric Surveillance Program study. *Arch Pediatr Adolesc Med* 165:895-899.
- Poppe I, Simons A, Glazemakers I ve ark. (2015) Early-onset eating disorders: a review of the literature. *Tijdschr Psychiatr* 57: 805-814.
- Roberts SR, Ciao AC, Czopp AM (2018) The Influence of Gender on The Evaluation of Anorexia Nervosa. *International Journal Of Eating Disorders* DOI: 10.1002/eat.22917.
- Shih PB, Woodside DB (2016) Contemporary Views on the Genetics of Anorexia Nervosa. *Eur Neuropsychopharmacol* 26: 663-673.
- Smink FR, van Hoeken D, Hoek HW (2012) Epidemiology of Eating Disorders: Incidence, Prevalence and Mortality Rates. *Current Psychiatry Reports* 14: 406-414.
- Steinhausen HC, Jensen CM (2015) Time trends in lifetime incidence rates of first-time diagnosed anorexia nervosa and bulimia nervosa across 16 years in a Danish nationwide psychiatric registry study. *International Journal of Eating Disorders* 48: 845-850.
- Steinhausen HC, Jakobsen H, Helenius D ve ark. (2015) A nation-wide study of the family aggregation and risk factors in anorexia nervosa over three generations. *Int J Eat Disord* 48:1-8.
- Strober M, Freeman R, Lampert C ve ark. (2000) Controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa: evidence of shared liability and transmission of partial syndromes. *The American journal of psychiatry* 157:393-401.
- Wooldridge T, Lytle P (2012) An Overview of Anorexia Nervosa in Males. *Eating Disorders* 20: 368-378.

GÖZDEN GEÇİRME

ÇOCUKLUK ÇAĞINDA SIK GÖRÜLEN KRONİK HASTALIKLARDA UYKU BOZUKLUKLARI

Remzi Oğulcan ÇIRAY*, Çağatay ERMİŞ*, Aynur Pekcanlar AKAY*

ÖZET

Amaç: Uykunun çocukluk çağında öğrenme, nörobilişsel işlevler, bilginin entegrasyonu ve yaşam kalitesi üzerine belirgin etkileri vardır. Çocukluk çağında uykunun kalite veya süresini değiştiren birçok hastalık uyku ve yaşam kalitesi etkilemektedir. Kronik ya da ilerleyici doğada olan, düzenli ilaç kullanımı ya da takip gerektiren, ağrı gibi somatik yakınmalara yol açan süregelen hastalıklar uykuyu nitelik ve nicelik olarak etkileyebilmektedir. Bu hastalıkların uykuya olan etkisini daha iyi anlamak hastaların nörobilişsel ve bedensel gelişimi olumlu yönde etkileyecektir. Ayrıca uyku bozuklukları kardiyovasküler, nörobilişsel ve endokrinolojik bozuklukların etiolojik bir faktörü olabilir. Bu alanda diyabet, çocukluk çağı kanserleri, kronik ağrı ile giden hastalıklar, nörolojik hastalıklar ve hava yolu patolojileri çocukluk çağında uyku bozukluklarına yol açabilmektedir. Uyku bozukluklarının daha iyi anlaşılması ve tedavi edilmesi, hastaların genel iyilik haline katkıda bulunabilir.

Anahtar Kelimeler: Uyku bozuklukları, kanser, kronik hastalıklar, epilepsi, uyku apne sendromu

SUMMARY: SLEEP DISORDERS IN COMMON CHILDHOOD CHRONIC DISEASES

Sleep has marked effects on learning, neurocognitive functions, integration of information, and quality of life during childhood. Many pediatric diseases may impair both quality of sleep and quality of life of children. Diseases with chronic or progressive nature, requiring regular drug use or long term follow-up, causing somatic complaints like pain may effect sleep qualitatively or quantitatively. A better understanding of the effects of these diseases on sleep will have a positive effect on the neurocognitive and physical development of patients. Sleep disorders could be an etiologic factor for cardiovascular, neurocognitive and endocrinological disorders as well. Diabetes, childhood cancers, diseases with chronic pain, neurological diseases and airway pathologies may cause sleep disorders in childhood. Further understanding and better treatment of sleep disorders may contribute to the general well-being of the patients.

Key Words: Sleep disorders, cancer, chronic diseases, epilepsy, sleep apnea syndrome

GİRİŞ

Uyku çocukların sağlıklı bedensel ve zihinsel gelişiminde çok önemli yer tutmaktadır. Uyku süresi çocukluk çağında maksimumdur ve 2-5 yaş arası çocuklar günlerinin neredeyse yarısını uykuda geçirirler. Uyku bozuklukları çocukların %20-50'sini etkilemektedir (Mindell ve

Owens 2010). Ülkemizde yapılan bir çalışmada katılımcıların %18,8'inde insomnia, %47,8'inde parasomnia tespit edilmiştir. Uykuda konuşma en sık görülen parasomni tipi (28,4) brüksizm (%14,1) ve kâbuslar (%12,9) bunu takip etmektedir (Ozgun ve ark. 2016). Bu bağlamda hekimlerin çok sık karşılaştığı sorunlar olması

*Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Hastalıkları A.D.

Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi : 25 (3) 2018

ve klinik olarak komorbid hastalıkların gidişatını etkileyebileceği için klinisyenler tarafından uyku bozukluklarının psikiyatrik veya psikiyatri dışı nedenlerinin bilinmesi önem taşımaktadır.

Dissomni ve parasomniler en sık görülen uyku bozukluklarıyken (okul öncesi çocuklarda %80'in üzerinde) bunları horlama, obstrüktif uyku apnesi ve kardiyak ritim bozuklukları izlemektedir (Kotagal 2008). Uykunun ayrıca çocukların stresle baş etmesinde de çok etkili olduğu ve düzenli uykusu olan çocukların strese uyum yeteneklerini de arttırdığı bildirilmiştir (Gregory ve Sadeh 2012). Uykunun bellek üzerine de olumlu etkileri bulunmaktadır. İlk kez 1920'lerde bellek ile uğraşan iki fizyolog Jenkins ve Dallenbach tarafından iyi uyuyanların belleklerine kayıtlı olan bilgileri daha iyi geri çağırabildikleri gösterilmiş ve bu süreçten itibaren özellikle deneysel fizyoloji alanında uyku-bellek ilişkisi üzerine pek çok çalışma yapılmıştır (Jenkins ve Dallenbach 1924). Uyku REM ve non-REM olmak üzere temelde iki kısma ayrılmakla birlikte non-REM kendi içerisinde 4 kısma ayrılmıştır. Kronik hastalıklar ve bunlarla doğrudan ya da dolaylı ilişkili komplikasyonlar uykunun bu evrelerini değiştirerek çeşitli uyku bozukluklarına neden olabilmektedir. Bu derlemede, psikiyatrik problemler dışında uyku bozukluklarına neden olan kronik tıbbi hastalıklar ve bunların nöro-gelişim üzerine etkileri incelenecektir (Kotagal 2008).

YÖNTEM

Bu derleme yazılırken Pubmed veritabanı kullanılmış olup 58 adet yayın taranmıştır. Yayınlar taranırken "sleep apnea, chronic diseases, cancer, epilepsy, sleep apnea syndrome" gibi anahtar kelimeler kullanılmıştır. İncelenen yayınların çoğunluğu derleme olmakla birlikte olgu sunumları, çalışmalar ve kitaplardan da yararlanılmıştır. Yayınların tamamının tam metnine ulaşılmıştır. Bu derlemede uyku bozukluklarının tedavisi her komorbid hastalık için farklı olabileceğinden ele alınmamıştır. Kronik hastalıklar

ve uyku bozukluğu birlikteliğiyle ilgili genel bir bilgi vermek amaçlanmıştır. Derlemede seçilen hastalıklar klinikte en sık karşılaşılan ve üzerinde en çok çalışılmış hastalıklar olması bakımından önemlidir.

BULGULAR

Diabetes Mellitus

Diyabetin beyin gelişimini ve nöronal işlevselliği etkilediği eskiden beri bilinen bir gerçektir. İlk kez 1922 yılında ortaya atılan bu teori günümüze kadar pek çok araştırmacı tarafından çalışılan bir konudur (Miles 1922). Uluslararası Diyabet Federasyonu'na göre (IDF) dünyada 542.000 tip 1 diyabetli çocuk bulunmaktadır (International Diabetes Federation 2015). Tip 1 diyabetin santral sinir sistemi gelişimini etkilediği bilinse de hangi özelliklerin gelişimini olumsuz etkilediği tam olarak bilinmemektedir (Adler ve ark 2016, Litmanovitch ve Edna 2015).

Diabetes mellitus, metabolik dalgalanmalar, psikolojik etmenler ve hastalık komplikasyonları gibi nedenlerle uyku bozukluklarına neden olabilmektedir (Adler ve ark. 2016). Daha önce bu alanda yapılmış çalışmalar göstermektedir ki, uyku düzeninin bozulması ve uyku kalitesinin düşmesi düşük glukoz toleransı ve insülin direnciyle ilişkili bulunmuştur (Gottlieb ve ark. 2005). Özellikle tip1 diyabetli çocuklar artmış depresyon riskiyle karşı karşıyadır (Hood ve ark. 2006). Uyku bozuklukları da özellikle tip1 diyabetli depresyonlu çocuklarda depresyona sekonder olarak da sık saptanmaktadır (Hood ve ark, 2006, Perfect ve ark. 2012). Diyabetin komplikasyonlarından otonomik nöropatinin, tam aydınlatılmasa da, santral apneden sorumlu olabileceği düşünülmektedir (Mondini ve ark. 1985). Villa ve arkadaşlarının (2000) yaptığı bir çalışmada, diyabetli çocuklarda sağlam kontroller göre uyku sırasında solunumsal işlev bozukluğunun daha fazla görüldüğü bulunmuş, yine aynı çalışmada kötü metabolik kontrolün ve otonomik nöropatinin uykuda ventilasyonu

bozabileceği ve santral apneye neden olabileceği düşünülmüştür. Diyabetli hastalarda REM uykusu sırasında görülen sempatik disfonksiyonun kardiyovasküler sistem üzerine ölümcül etkileri olabileceği de söylenmektedir (Villa ve ark. 2000). Bazı çalışmalarda ise tip 1 diyabet hastalarında artmış gündüz uykuluğu süresi yüksek bulunmaktadır (Barone ve ark. 2015, Miles 1922). Bazı son yapılan çalışmalarda, tip 1 diyabetlilerde hastalığı kontrol etme düzeyleri arttıkça (sık kan glukozu ölçümü, insülin dozunun doğru ayarlanması vs.) uyku süresinin arttığı bulunmuştur (McDonough ve ark. 2016). Ancak bunlar arasında kesin bir ilişki kurmak için hala yeterince veri yoktur. Her ne kadar diyabet ve komplikasyonları dolayısıyla uyku bozukluklarının ortaya çıktığı iddia edilse de van Dijk ve arkadaşlarının (2011) yaptığı bir çalışmada uyku karakteristikleri ile glisemik kontrol ve yüksek HbA1c düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (van Dijk ve ark. 2011). Çelişkili verilerin varlığında diyabetin uyku bozuklukları üzerine etkilerinin net olarak anlaşılması için daha fazla uzunlamasına izlem çalışmalarına ve kontrollü çalışmalara ihtiyaç vardır.

Kanser

Maligniteler son 20 yılda her 4 erişkin ölümünden birinin sorumlusuysen, özellikle gelişmiş ülkelerde çocuklardaki en sık ikinci ölüm nedenidir. En sık görülen çocukluk çağı kanserleri lösemiler, santral sinir sistemi tümörleri ve lenfomalardır (Kaatsch 2010).

Kanser hastası çocuklarda en sık görülen uyku bozukluğu artmış gündüz uykululuğudur (AGU) (Rosen ve ark. 2010). AGU, gece yetersiz uyumanın, insomnianın ya da bozulmuş sirkadiyen ritmin bir sonucu olabilir. Bunun yanında gece uykunun bölünmesi kansere sekonder gelişmiş anksiyete ve depresyondan kaynaklı da olabilmektedir (Kothare ve Kaleyias 2008). Türkiye’de yapılmış bir başka çalışmada ise kanser hastalarında uyku kalitesinde belirgin azalma olmakla birlikte, yaş, hastalık süresi, kan-

serin tipi ile uyku kalitesi düşüklüğü arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Aslan ve ark. 2010).

Sekonder maligniteler, büyüme geriliği, kardiyovasküler, endokrinolojik sorunlar ve fertilitenin etkilenmesi bu popülasyonda sık görülen durumlardır. Dahası kronik yorgunluk ve uyku sorunları da sıkça görülmektedir. Santral sinir sistemini etkileyen primer beyin tümörleri, kraniyofarinjioma, beyin sapı tümörleri, radyoterapi uygulamaları ve melatonin sekresyonu yapan tümörlerle ilişkili uyku bozuklukları bildirilmiştir. Özellikle malignitelere bağlı halsizlik, yorgunluk ve yüksek dozda alınan radyoterapinin uyku bozukluklarına neden olacağı belirtilmiştir. Kognitif fonksiyonların korunması için önemli olan REM uykusunda da malignitelerle birlikte bozulma olabileceği bildirilmektedir. Çocuklarda neoplastik hastalıkların erişkinlere göre daha etkin tedavi edilebilmesi, bu hastalıklardan sağ kalanlarda hastalıkların uzun vadeli sonuçlarının da daha iyi ele alınmasını sağlamıştır. Santral sinir sistemi tümörlerinden kurtulan hastalarda, lösemi ve Hodgkin Lenfomadan kurtulan hastalara göre nörogelişimsel problemlerin daha fazla olduğu bildirilmektedir. Ayrıca maligniteleri tedavi edilen hastalarda da düşük uyku kalitesi ve artmış gündüz uykululuğu daha fazla tespit edilmektedir (Clanton ve ark. 2011). Kanserle ilişkili halsizliğe bağlı uyku sorunlarında, özellikle son yıllarda dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu için en sık kullanılan ilaçlardan biri olan metilfenidat reçetelenmektedir. Ancak gerçekten işe yaradığına dair daha çok çalışmaya ve kanıtı ihtiyaç vardır (Gong ve ark. 2014). Özellikle beyin tümörlerinin medullayı hasarlaması, glossopharingeal, hypoglossal ve vagal siniri tutması santral uyku apnesine neden olarak dolaylı yoldan uyku bozukluklarına neden olabilir (Rosen ve ark. 2008). Genel olarak bakıldığında kanserlerin doğrudan uyku bozukluğu yapmadığı, dolaylı yoldan çeşitli komplikasyonlar sonucu uyku bozukluklarına neden olduğu söylenebilir.

Epilepsi ve Nörolojik Hastalıklar

Epilepsi, epileptik nöbetlerin izlendiği bir grup nörolojik hastalığa verilen isimdir (Chang ve ark. 2003). Epilepsi genel popülasyonun %0,4 ile %0,8'ini etkilemektedir ve işlev kaybı oluşturan önemli bir rahatsızlıktır (Fisher ve ark. 2014). Normalde beyin aktivitesi nöronlar ve çevresel faktörlerin etkisi ile düzenlenir. Nöron tipleri, iyon kanalları, kanalların gen ekspresyonu ve nörotransmitter sisteminin glial hücreler tarafından kontrol edilmesi patogeneizde önemlidir (Bromfield 2003).

Uyku bozuklukları özellikle epilepsi hastalarında sık görülen komorbid bozukluklardan biridir (Bazil 2003). Yapılan çalışmalar epilepsisi olan çocuklarda görülen uyku problemlerinin sağlıklı kontrollere göre daha fazla olduğunu belirtmektedir (Byars ve ark. 2008). Çalışmalar sadece epilepsinin uyku bozukluklarına neden olmadığını, epilepsi tedavisinde kullanılan ilaçların ve epilepsiye eşlik eden komorbid hastalıkların da uyku bozuklukları yapabileceğini göstermektedir (Batista ve Nunes 2007). Epilepsi tedavisinde sık kullanılan sodyum valproatın, kullanan hastaların %50'sine yakınında gündüz uyuklama hali yaptığı gösterilmiştir (Garikipati ve ark. 2008). Epilepsili çocuklarda psikiyatrik bozukluklar da daha sık görülebilmektedir. Epilepsisi olan çocukların %28-70'inde dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) görülmektedir (Berl ve ark. 2015). DEHB'li çocuklarda ise uyku bozuklukları normal popülasyondan siktir (Corkum ve ark 1999). DEHB'nin özellikle impulsivite ve hiperaktivite baskın komponentinde uyku sorunlarının daha sık olduğu bildirilmektedir (Hiscock ve ark. 2015). Yine ülkemizde yakın zamanda yapılan bir çalışmada da epilepsi hastası çocuklar normal kontrollerle karşılaştırılmış ve uyku bozukluklarının daha sık olduğu bildirilmiştir (Ekinci ve ark. 2016). Epilepsi dışında santral sinir sistemini etkileyen diğer hastalıkların da uyku bozukluklarına ve uyku kalitesinin bozulmasına neden olabileceği bilinmektedir. Hızlı başlangıçlı hipotalamik disfonksiyon,

hipoventilasyon ve otonomik disregülasyon sendromunda obeziteye ve nokturnal hipoventilasyona bağlı uyku kalitesinde bozulma gözlenmektedir. Odin'in laneti olarak da bilinen santral hipoventilasyon sendromunda da özellikle uyku sırasında görülen hiperkapniye sekonder uyku kalitesinin düştüğü gösterilmiştir (Repucci ve ark. 2016, Weese-Mayer ve ark. 2016). Salah ve arkadaşlarının (2016) yaptığı bir başka çalışmaya 50 inme geçirmiş hemiplejik hasta ve 50 kontrol grubu alınmış, çalışmanın sonucunda hemiplejik hastalarda artmış gündüz uykululuğunun daha fazla olduğu tespit edilmiştir (Salah ve ark. 2016). Parkinson gibi nörodejeneratif hastalıklarda da özellikle non-REM ve REM siklusunda bozulmalar olabildiği gibi, uyku terörü gibi parasomniler sık gözlenmektedir. Brunetti ve arkadaşlarının (2016) bildirdiği bir olguda, ensefalit sonrası gelişen parkinsonizmde de uyku bozuklukları ve REM non-REM düzensizlikleri görülebileceği bildirilmektedir (Brunetti ve ark. 2016). Tüm bu veriler göstermektedir ki nörolojik hastalıklar ile uyku bozuklukları yakın bir ilişki içindedir ve tedaviler planlanırken bu yakın ilişki göz önünde bulundurulmalıdır.

Kronik Ağrı Sendromları

Gençlerin ortalama %25-40'ı devam eden ya da yineleyen ağrıdan şikâyet etmektedir (Stanford ve ark. 2008). Çocukluk çağında en sık bildirilen ağrılar, baş ağrısı, karın ağrısı ve kas ağrısıdır. Pek çok bölgesinde ağrı tarifleyen gençlerin, tek bir bölgede ağrı tarifleyenlere göre ağrıyı daha fazla hissettikleri ve kız çocukların erkeklerden daha şiddetli ağrı tarifledikleri bildirilmiştir (Goodman ve McGrath 1991, Stanford ve ark. 2008). Çocuklarda ağrıyla ilgili en sık komorbid durum düşük uyku kalitesidir ve kendisini uykuya dalmada zorluk, uykuyu sürdürmede zorluk, bozulmuş uyku hijyeni ve uyku süresinin azalması olarak gösterebilir (Knutson ve Kristen 2015).

Zekâ geriliği yapan çeşitli nedenler (otizm, serebral palsi, Down sendromu, Fragil X vs) ve

bu nedenlere bağlı zekâ geriliği olan çocuklar olmayanlara göre daha fazla uyku bozukluğu çekmektedir (Breau ve Camfield 2011). Uyku bozukları ayrıca sadece zekâ geriliği değil fiziksel engelliliği olan çocuklarda da olmayanlara göre daha fazladır (Hemmingsson ve ark. 2009). Azalmış uyku süresi, bruksizm ve düşük uyku kalitesinin yine baş ağrısı ve migreni olan çocuklarda daha fazla olduğu bilinmektedir. Uyku bozukluğunun prediktörleri olarak; gece veya öğleden sonra başlayan baş ağrısı, migren, baş ağrısının şiddeti, baş ağrısının sıklığı ve başladığından bu yana geçen zaman sayılabilir (Bruni ve ark. 1997).

Kistik fibrozis hastalarının neredeyse %42-75'i kronik göğüs, karın, sırt ve kas ağrularından yakınmaktadır. Ağrı şiddeti hayat standartlarının düşmesi, günlük aktivitelerini yerine getireme ve tedaviye başvurmada önemli bir belirleyicidir. Yine uyku bozukluğu kistik fibrozisin doğrudan bir sonucu olmasa da özellikle yoğun öksürük uyku bozukluklarıyla birlikte bulunmuştur (Stenekes ve ark. 2009). Polisomnografik çalışmalar göstermiştir ki, gece öksürüğü, üst hava yolu obstrüksiyonu, hipoksi ve alt hava yolu obstrüksiyonuna bağlı nefes alıp verme sırasında artan iş uykuyu bölüp kaliteli bir uyku uyumasını engelleyebilmektedir (Milross ve ark. 2004).

Bazı romatolojik hastalıklar da özellikle çocuklarda uyku bozukluklarına neden olabilmektedir. Juvenil idiopatik artrit uyku bölünmesiyle ilişkilidir ve non-REM sırasında alfa/delta dalgası aktivitesi artmış bulunmaktadır. Artmış alfa aktivitesi ise artmış ağrı hissi ile ilişkilidir (Passarelli ve ark. 2006). Juvenil fibromiyaljinin neden olduğu baş ağrısı, eklem ve yaygın kas ağrıları, halsizlik ve yorgunluk da çocuklarda uyku düzeninde bozulmaya neden olabilmektedir (Bell ve ark 1994).

Solunum Yolu Patolojileri

Pediyatrik uyku apnesi sendromu (OSAS) ço-

cuklarda tekrarlayan üst hava yolu obstrüksiyonu, hipoksemi, hiperkapni ve horlamayla karakterize bir hastalıktır. Kısıtlı bazı epidemiyolojik çalışmalar ortaokul çocuklarının %2-3 ünde OSAS olduğunu bildirmektedir (Rosen ve ark. 2003). Çocukluk çağı OSAS'ı erişkin OSAS'ı ile benzerlik göstermektedir. Tüm yaşlarda hava yolunun tıkanması genelde son basamaktır. OSAS risk faktörleri ise erkek cinsiyet, solunum düzensizliği ve yüksek kilodur. Yapılan çalışmalara göre, vücut ağırlığında meydana gelen küçük bir değişiklik apne-hipopne indeksini değiştirebilmektedir. Vücut kitle indeksinde %1 artış apne-hipopne indeksinde %3 değişikliğe neden olmaktadır (Peppard ve ark. 2000, Strohl ve ark. 1986). Peki, çocuklarda yüksek kilo OSAS etiyojisi için ne kadar önemlidir? 4-18 yaş arası çocukların izlendiği Cleveland Aile Çalışması'nda kilolu çocukların normal kilolulara göre 4,6 kat daha fazla uyku apnesi riski bulunduğu ortaya konmuştur (Redline ve ark. 1999). OSAS ile ilişkili davranışsal sorunlar, çocuklarda fazla kiloya da neden olabilmektedir. Klinik olarak anlamlı yüksek öfke/ düşük frustrasyon eşiği olan çocuklarda fazla kilolu olma riskinin arttığı gösterilmiştir (Agras ve ark. 2004). Çocukluk çağında OSAS ile en sık birliktelik gösteren durumlar davranış sorunları, insülin direnci, artmış oksidatif stres, hipertansiyon, kardiyak hipertrofi, gastrointestinal reflü ve astımdır (Ievers-Landis ve Susan 2007). Kronik akciğer hastalıkları yalnız hastaları değil bakım verenlerin de hayatlarını etkileyebilmektedir. Detroit şehrinde yapılan bir çalışmada astımlı çocukların bakım verenlerinin uyku süreleri ve kaliteleri azalmış bulunmuştur (Cheezum ve ark. 2013). Astımlı çocuklarda yapılmış bir çalışmada, astımı olanlar ile olmayanlar yeme bozuklukları, davranışsal sorunlar, uyku bozuklukları gibi parametrelerle karşılaştırılmış ve anlamlı farklılıklar bulunmuştur (Macri' ve ark. 2008).

SONUÇ

Çocuklarda görülen pek çok kronik hastalık uyku bozukluklarına neden olabilmektedir. Di-

yabetes mellitus özellikle kardiyovasküler ve metabolik komplikasyonları üzerinden uyku- nun devamlılığını bozmakta ve kaliteli uyku süresini azaltmaktadır. Kanserler, neden olduğu halsizlik yorgunluk gibi semptomların yanı sıra yol açtığı depresyon, anksiyete bozuklukları gibi psikiyatrik birtakım bozukluklar neticesinde de uyku bozukluklarına neden olabilmektedir. Kronik ağrı yapan pediyatrik çağda yaygın görülen romatolojik ve genetik hastalıkların, ağrıya sekonder uyku bozuklukları yaptığı, bazı romatolojik hastalıkların uyku paterni üzerinde değişiklik yaptığı gösterilmiştir. Hava yolu obstrüksiyonu yapan OSAS, astım gibi hastalıkların uykunun kalitesini bozduğu, bunun yanı sıra çeşitli metabolik ve kardiyovasküler komplikasyonlara da neden olabileceği belirtilmektedir. Fazla kilolu olmanın da yine doğrudan olmasa da dolaylı yoldan uyku bozukluklarına neden olduğu söylenmektedir. Uyku bozukluklarının yalnız kronik hastalıkları olan çocuklarda değil, aynı zamanda ailelerinde de uyku ile ilgili sorunlar yaratabildiğine dair çalışmalar da mevcuttur.

KAYNAKLAR

Adler A, Avital A, Michal-Yackobovitz G ve ark. (2017) Do children, adolescents, and young adults with type 1 diabetes have increased prevalence of sleep disorders? *Pediatric Diabetes* 18:450–458.

Agras WS, Hammer LD, McNicholas, F. ve ark (2004) Risk factors for childhood overweight: a prospective study from birth to 9.5 years. *J Pediatr* 145: 20–25.

Aslan O, Sanisoglu Y, Akyol M ve ark. (2010) Subjective sleep quality of cancer patients. *J BUON* 15:708–714.

Barone MTU, Wey D, Schorr F ve ark. (2015) Sleep and glycemic control in type 1 diabetes. *Arch Endocrinol Metab* 59: 71–78.

Batista BHB, Nunes ML (2007) Evaluation of sleep habits in children with epilepsy. *Epilepsy Behav* 11: 60–64.

Bazil CW (2003) Epilepsy and sleep disturbance. *Epilepsy Behav* 4, 39–45.

Bell DS, Bell KM, Cheney PR (1994) Primary juvenile fibromyalgia syndrome and chronic fatigue syndrome in adolescents. *Clin Infect Dis* 18 Suppl 1: 21–23.

Berl MM, Virginia T, Alexandra S ve ark. (2015) Speed and complexity characterize attention problems in children with localization-related epilepsy. *Epilepsia*, 56: 833–840.

Breau LM, Camfield CS (2011) Pain disrupts sleep in children and youth with intellectual and developmental disabilities. *Res Dev Disabil* 32: 2829–2840.

Bromfield EB (2003) *Diagnosis and Classification of Epilepsy. Office Practice of Neurology.* (pp. 928–932).

Brunetti V, Testani E, Iorio R ve ark. (2016) Post-Encephalitic Parkinsonism and Sleep Disorder Responsive to Immunological Treatment: A Case Report. *Clin EEG Neurosci* 47:324–329.

Bruni O, Fabrizi P, Ottaviano S ve ark. (1997) Prevalence of sleep disorders in childhood and adolescence with headache: a case-control study. *Cephalalgia* 17: 492–498.

Byars A W, Byars KC, Johnson CS ve ark. (2008) The relationship between sleep problems and neuropsychological functioning in children with first recognized seizures. *Epilepsy Behav* 13: 607–613.

Chang BS, Lowenstein DH (2003) Epilepsy. *N Engl J Med* 349(13), 1257–1266.

Cheezum RR, Parker EA, Sampson NR ve ark (2013) Nightwatch: Sleep disruption of caregivers of children with asthma in Detroit. *J Asthma Allergy Educ* 4: 217–225.

Clanton NR, Klosky JL, Chenghong L ve ark. (2011) Fatigue, vitality, sleep, and neurocognitive functioning in adult survivors of childhood cancer. *Cancer* 117, 2559–2568.

Corkum P, Moldofsky H, Hogg-Johnson ve ark. (1999) Sleep problems in children with attention-deficit/hyperactivity disorder: impact of subtype, comorbidity, and stimulant medication. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 38: 1285–1293.

Ekinci O, Isik U, Gunes S ve ark (2016) Understanding sleep problems in children with epilepsy: Associations with quality of life, Attention-Deficit Hyperactivity Disorder and maternal emotional symptoms. *Seizure* 40: 108–113.

- Fisher RS, Acevedo C, Arzimanoglou A ve ark. (2014) ILAE official report: a practical clinical definition of epilepsy. *Epilepsia* 55: 475–482.
- Garikipati V, Vandana G, Toops DS ve ark. (2008) Bioequivalence studies of a new valproic acid delayed-release capsule and divalproex sodium delayed-release tablet. *Curr Med Res Opin* 24: 1869–1876.
- Gong S, Sheng P, Jin H ve ark. (2014) Effect of methylphenidate in patients with cancer-related fatigue: a systematic review and meta-analysis. *PloS One* 9: e84391.
- Goodman JE, McGrath PJ (1991) The epidemiology of pain in children and adolescents: a review. *Pain*, 46: 247–264.
- Gottlieb DJ, Punjabi NM, Newman AB ve ark. (2005) Association of sleep time with diabetes mellitus and impaired glucose tolerance. *Arch Intern Med* 165: 863–867.
- Gregory AM, Sadeh A. (2012) Sleep, emotional and behavioral difficulties in children and adolescents. *Sleep Med Rev* 16: 129–136.
- Hemmingsson H, Stenhammar AM, Paulsson K (2009) Sleep problems and the need for parental night-time attention in children with physical disabilities. *Child Care Health Dev* 35: 89–95.
- Hiscock, H., Sciberras, E., Mensah, F. ve ark (2015) Impact of a behavioural sleep intervention on symptoms and sleep in children with attention deficit hyperactivity disorder, and parental mental health: randomised controlled trial. *BMJ* 350: h68.
- Hood KK, Huestis S, Maher A ve ark. (2006) Depressive Symptoms in Children and Adolescents With Type 1 Diabetes: Association with diabetes-specific characteristics. *Diabetes Care* 29: 1389.
- Ievers-Landis CE, Susan R (2007) Pediatric Sleep Apnea. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine* 175: 436–441.
- Jenkins JG, Dallenbach KM (1924) Obliviscence during Sleep and Waking. *Am J Psychol* 35: 605.
- Kaatsch P (2010) Epidemiology of childhood cancer. *Cancer Treat Rev* 36: 277–285.
- Knutson K, Kristen K (2015) Sleep and pain: summary of the 2015 Sleep in America Poll. *Sleep Health*, 1: 85.
- Kotagal S (2008) Parasomnias of childhood. *Curr Opin Pediatr* 20: 659–665.
- Kothare SV, Kaleyias J (2008) The clinical and laboratory assessment of the sleepy child. *Semin Pediatr Neurol* 15: 61–69.
- Litmanovitch E, Edna L (2015) Short and long term neurobehavioral alterations in type 1 diabetes mellitus pediatric population. *World J Diabetes*, 6: 259.
- Macri' F, Rossi FP, Lambiasi C ve ark (2008) Psychological factors in childhood asthma. *Pediatr Pulmonol* 43: 366–370.
- McDonough RJ, Clements MA, DeLurgio SA ve ark. (2017) Sleep duration and its impact on adherence in adolescents with type 1 diabetes mellitus. *Pediatr Diabetes* 18:262–270.
- Miles WR (1922) Psychological tests applied to diabetic patients. *Arch Intern Med* 30: 767.
- Milross MA, Piper AJ, Dobbin CJ ve ark. (2004) Sleep disordered breathing in cystic fibrosis. *Sleep Med Rev* 8: 295–308.
- Mindell JA, Owens JA (2010) *A Clinical Guide to Pediatric Sleep: Diagnosis and Management of Sleep Problems*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Mondini S, Susanna M, Christian G (1985) Abnormal breathing patterns during sleep in diabetes. *Ann Neurol* 17: 391–395.
- Ozgun N, Sonmez FM, Topbas M ve ark. (2016) Insomnia, parasomnia, and predisposing factors in Turkish school children. *Pediatr Int* 58: 1014–1022.
- Passarelli CM, Roizenblatt S, Len CA ve ark. (2006) A case-control sleep study in children with polyarticular juvenile rheumatoid arthritis. *J Rheumatol* 33: 796–802.
- Peppard PE, Young T, Palta, M ve ark. (2000) Longitudinal study of moderate weight change and sleep-disordered breathing. *JAMA* 284: 3015–3021.
- Perfect MM, Patel PG, Scott RE ve ark. (2012) Sleep, glu-

ÇIRAY VE ARK.

cose, and daytime functioning in youth with type 1 diabetes. *Sleep*, 35: 81–88.

Redline S, Susan R, Tishler PV ve ark. (1999) Risk Factors for Sleep-disordered Breathing in Children. *Am J Respir Crit Care Med* 159: 1527–1532.

Reppucci D, Hamilton J, Yeh EA ve ark. (2016) ROHHAD syndrome and evolution of sleep disordered breathing. *Orphanet J Rare Dis* 11: 106.

Rosen CL, Larkin EK, Kirchner HL ve ark. (2003) Prevalence and risk factors for sleep-disordered breathing in 8- to 11-year-old children: association with race and prematurity. *J Pediatr* 142: 383–389.

Rosen G, Gerald R, Brand SR (2010) Sleep in children with cancer: case review of 70 children evaluated in a comprehensive pediatric sleep center. *Support Care Cancer* 19: 985–994.

Rosen GM, Shor AC, Geller TJ (2008) Sleep in children with cancer. *Curr Opin Pediatr* 20:676–681.

Salah S, Sana S, Mariem R ve ark. (2016) A comparative cross-sectional study of the prevalence of sleep disorders in ischemic stroke patients. *Ann Phys Rehabil Med* 59: e77.

Stanford EA, Chambers CT, Biesanz JC ve ark. (2008) The frequency, trajectories and predictors of adolescent recurrent pain: A population-based approach. *Pain* 138: 11–21.

Stenekes SJ, Hughes A, Grégoire MC ve ark. (2009) Frequency and self-management of pain, dyspnea, and cough in cystic fibrosis. *J Pain Symptom Manage* 38: 837–848.

Strohl KP, Cherniack NS, Gothe B (1986) Physiologic basis of therapy for sleep apnea. *Am Rev Respir Dis* 134: 791–802.

van Dijk M, Donga E, van Dijk JG ve ark. (2011) Disturbed subjective sleep characteristics in adult patients with long-standing type 1 diabetes mellitus. *Diabetologia* 54: 1967–1976.

Villa MP, Multari G, Montesano M ve ark. (2000) Sleep apnoea in children with diabetes mellitus: effect of glycaemic control. *Diabetologia* 43: 696–702.

Weese-Mayer DE, Rand CM, Zhou A ve ark. (2017) Congenital Central Hypoventilation Syndrome (CCHS): A Bedside-to-Bench Success Story for Advancing Early Diagnosis and Treatment and Improved Survival and Quality of Life. *Pediatr Res* 81: 192–201.

KİTAP TANITIMI

ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI

Dr.Öğr. Üyesi İpek PERÇİNEL YAZICI*

Bilindiği gibi tıp eğitimi dinamik bir eğitimidir. Bilgilerin sürekli olarak güncellenmesi gerekmektedir. Tıp fakültesi eğitiminde, çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları dalında, mezuniyet öncesi öğrencilere yönelik temel ve güncel bilgilerin aktarıldığı kaynak kitap alanında bir boşluk olduğu göze çarpmıştır. "Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları" kitabı, Malatya İnönü Üniversitesi Yayınevi tarafından basılmış, öncelikle mezuniyet öncesi tıp fakültesi öğrencilerinin eğitimi amacıyla hazırlanmıştır. Kitap, İnönü Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı'ndan değerli hocamız Prof. Dr. Özlem Özel Özcan tarafından yayına hazırlanmış olup genel yayın yönetmen-

liğini İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı öğretim üyesi Prof. Dr. Cengiz Yakıncı yapmıştır.

Toplam 135 sayfa olarak hazırlanan bu kitapta, temel tıp eğitimi alan herkesin bilgi sahibi olması gereken on dört çocuk ve ergen ruh sağlığı konusu incelenmiş ve temel uygulama basamakları anlatılmıştır. Kitabın içeriği oluşturulurken, mezuniyet öncesi çekirdek eğitim programı ile birlikte, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi ve Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi ders programları temel alınmıştır. Kitapta emeği geçen yazarlar; İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı öğretim üyeleri Prof. Dr. Özlem Özel Özcan, Dr.

* Fırat Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD.

Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi : 25 (3) 2018

Öğretim Üyesi İlknur Ucuz, Dr. Öğretim Üyesi Arzu Çalışkan Demir, Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı öğretim üyeleri Dr. Öğretim Üyesi Kemal Utku Yazıcı, Dr. Öğretim Üyesi İpek Perçinel Yazıcı, Malatya Eğitim Araştırma Hastanesi çocuk psikiyatristi Uzm. Dr. Yunus Emre Dönmez ve Elazığ Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi çocuk psikiyatristi Uzm. Dr. Serdar Karatoprak'tır.

"Bebeklik ve Oyun Çağında Bilişsel, Duygusal ve Sosyal Gelişim" başlıklı ilk bölümde, birçok alanda hızlı ve karmaşık gelişimin gerçekleştiği bebeklik ve oyun çağı dönemimin, yaşanabilecek aksaklıklar açısından oldukça riskli bir dönem olduğu; temel kuramların, bu dönemden "hassas dönem" olarak bahsettikleri vurgulanmış, bu dönemdeki sağlıklı gelişim basamakları irdelenmiştir.

İkinci bölüm, "Okul Çağı Döneminde Bilişsel, Sosyal ve Duygusal Gelişim" bölümüdür. Bu bölümde, okul çağı döneminin genel olarak 6-7 yaştan 11-12 yaşa kadar olan bebeklik ile ergenlik arasında kalan dönem olarak tanımlandığı belirtilmiş, döneme özgü gelişim basamakları ve kazanımlar ayrıntılı olarak açıklanmıştır.

"Ergenlik Döneminde Bilişsel, Duygusal ve Sosyal Gelişim" in anlatıldığı üçüncü bölümde ise çocukluktan erişkin hayata geçiş evresi olarak tanımlanan, fiziksel büyüme, cinsel gelişme ve psikososyal olgunlaşmanın gerçekleştiği, toplumsal etkilerin birey için çok fazla önem arz ettiği bir dönem olan ergenlik dönemi basamakları anlatılmış ve kimlik gelişiminden söz edilmiştir. Dördüncü bölüm olan "Çocuk ve Ergen Psikiyatrisinde Ruhsal Değerlendirme" başlıklı bölümde çocuk ve ergenlerin biyopsikososyal yaklaşım çerçevesinde, çocuğun ilişki halinde olduğu aile, okul, akran, toplum ve kültürel yapılarla bir bütün olarak değerlendirilmesi gerektiği vurgulanmış, psikiyatrik muayenenin genel ilke ve basamakları anlatılmıştır.

Diğer bölümlerin başlıkları sırasıyla, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu, Özgül Öğrenme Güçlüğü, Mental Retardasyon, Otizm Spektrum Bozukluğu, Tik Bozuklukları, Dışa Atım Bozuklukları, İhmal ve İstismar'dır. Bu başlıklarda ilgili bozukluklar epidemiyoloji, etiyoloji, klinik özellikler, tanı, ayırıcı tanı, komorbidite ve tedavi açısından incelenmiştir.

On üçüncü bölüm olan "Aile Danışmanlığı" bölümünde, aile kavramı, temel işlevleri, ailenin gelişim-değişim dönemlerinden bahsedilmiş, sistemler kuramına göre aile kavramı tanımlanmıştır.

Kitabın son bölümü olan on dördüncü bölümünde ise, "Çocuk ve Ergenlerde Psikofarmakolojinin Temel İlkeleri" anlatılmıştır. Bu başlık altında nörogelişim süreci, farmakokinetik ve farmakodinamik özellikler ile birlikte çocuk ve ergenlerde psikotrop ilaç uygulamasının temel ilkelerinden söz edilmiştir.

Alanımızda yayınlanan kitapların sayısının son yıllarda giderek artış göstermesi bizleri mutlu etmektedir. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları kitabının da, tıp fakültesi öğrencilerinin hem mezuniyet öncesi eğitim süreçlerinde hem de mezuniyet sonrası dönemde birinci basamakta çalışma aşamasında faydalanabilecekleri bir kaynak olacağını umuyoruz.

ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI

ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI

Hazırlayan
Prof. Dr. Özlem Özel Özcan

Psikiyatrik sorunlar toplumda giderek artan sıklıkta gözlenmekte olup günümüzde birinci basamak hekimlerinin sıkça karşılaştığı hastalık gruplarından birisi haline gelmiştir.

Çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları; duygusal, bilişsel, fiziksel ve davranışsal alanda yeti yitimi ile sonuçlanan psikiyatrik hastalıkların bebek, çocuk ve ergenlerdeki tanı, tedavi ve takip süreçleri ile ilgilidir. Bu alan genetik, fizyolojik, biyokimyasal, nöroendokrin yapıyı ve gelişimsel özellikleri incelemesi açısından biyolojik bir bilim; kişilerarası iletişim, etkileşim, ailesel ve çevresel etkenleri araştırması nedeniyle ise bir toplum bilimidir. Ayrıca bebek, çocuk, ergen ve ailelerinin davranışlarını değerlendirmesi ve biçimlendirmesi açısından ise bir eğitim ve davranış bilimi olarak değerlendirilebilir.

Bu kitap tıp fakültesi öğrencilerine yönelik hazırlanmış bir ders kitabı olup mezuniyet sonrası dönemde de birinci basamak hekimlerimizin klinik pratikte faydalanabilecekleri bilgiler içermektedir. Konuları ve içeriği titizlikle hazırlanmış olan bu ders kitabını öğrencilerimize sunmaktan mutluluk duyuyoruz.



KONGRE VE BİLİMSEL TOPLANTI DUYURULARI

Dr. Öğr. Üyesi. İpek Perçinel YAZICI

Prof. Dr. Selahattin Şenol 5. Bahar Okulu, 14-17 Mart 2019, Antalya, Türkiye, <http://cocukergen-kongre.com/baharokulu5/>

4. Psikiyatri Zirvesi & 11. Ulusal Anksiyete Kongresi, 14-17 Mart 2019, Antalya, Türkiye, <http://psikiyatrizirvesi.org/>

Child & Adolescent Psychopharmacology 2019, 15-17 Mart 2019, Hawaii, ABD, https://mghcme.org/courses/course-detail/child_adolescent_psychopharmacology_2019

7. Ulusal Ergen Sağlığı Kongresi, 22-24 Mart 2019, Ankara, Türkiye, <http://www.ergensagligikon-gresi2019.com/>

27th European Congress of Psychiatry, 6-9 Nisan 2019, Varşova, Polonya, <https://epa-congress.org/2019/>

11. Uluslararası Psikofarmakoloji Kongresi & 7. Uluslararası Çocuk ve Ergen Psikofarmakolojisi Sempozyumu, 18-21 Nisan 2019, Antalya, Türkiye, <http://psikofarmakoloji2019.org/>

7th World Congress on ADHD, 25-28 Nisan 2019, Lizbon, Portekiz, <https://www.adhd-congress.org/>

29. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kongresi, 2-5 Mayıs 2019, İstanbul, Türkiye, <http://cocukergen2019.com/>

21st International Conference on Child and Adolescent Psychiatry, 27-28 Mayıs 2019, Tokyo, Japonya, <https://waset.org/conference/2019/05/tokyo/ICCAP>

44. Uluslararası Katılımlı Grup Psikoterapileri Kongresi, 29 Mayıs-1 Haziran 2019, İzmir, Türkiye, <http://bergamakongresi2019.org/anasayfa/genel-bilgiler/>

18th International Congress of ESCAP, 30 Haziran-2 Temmuz 2019, Viyana, Avusturya, <https://www.escap.eu/escap-congresses/2019-vienna/>

14th International Conference on Child and Adolescent Psychopathology, 22-24 Temmuz 2019, Londra, İngiltere, <https://www.iccapconference.com/>

19th WPA World Congress of Psychiatry, 21-24 Ağustos 2019, Lizbon, Türkiye, <https://2019.wcp-congress.com/>

32nd ECNP Congress, 7-10 Eylül 2019, Kopenhag, Danimarka, <https://2019.ecnp.eu/>

12th Autism-Europe International Congress, 13-15 Eylül 2019, Nice, Fransa, <http://www.autis-meurope-congress2019.com/en/>

15th Annual CADDRA ADHD Conference & ADHD Research Day Preconference, 4-6 Ekim 2019, Toronto, Kanada, <https://www.caddra.ca/events/future-conferences/>

AACAP's 66th Annual Meeting, 14-19 Ekim 2019, Chicago, USA, https://www.aacap.org/aacap/CME_and_Meetings/Future_Annual_Meetings.aspx

