

ISSN: 1301-3904

# Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi

Turkish Journal of Child and Adolescent  
Mental Health



2019

galenos  
yayıncılık

Cilt / Volume: 26

Sayı / Issue: 3

Kasım / November

[www.cogepderg.org](http://www.cogepderg.org)





# Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi

Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health

**Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği Adına Sahibi ve Sorumlu Müdürü/On behalf of Turkish Association for Child and Adolescent Psychiatry Owner and Manager**  
Prof. Dr. Eyüp Sabri Ercan

**Onursal Yayın Yönetmeni/Honorary Publication Director**  
Prof. Dr. Bahar Gökler

## Baş Editör/Editor In Chief

Prof. Dr. Neslihan İnal Emiroğlu  
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Ruh Sağlığı Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye  
neslihanemir@hotmail.com / +90 506 627 30 76

## Vekil Editör/Associate Editor

Prof. Dr. Ali Evren Tufan  
Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Ruh Sağlığı Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye  
tevenus@yahoo.com

## Yardımcı Editörler/Assistant Editors

**Dr. Öğr. Üyesi Gonca Özyurt**  
İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Ruh Sağlığı Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye  
goncaenginozyurt@gmail.com

**Uzman Dr. Ülkü Akyol Ardıç**  
Serbest Hekim  
ulkuakyol@yahoo.com

**Dr. Öğr. Üyesi İpek Percinel Yazıcı**  
Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Ruh Sağlığı Anabilim Dalı, Elazığ, Türkiye  
ipek.pr@hotmail.com

**Doç. Dr. Ali Güven Kılıçoğlu**  
Bezmi Alem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye  
gkilocoglu@yahoo.com

**Doç. Dr. Özhan Yalçın**  
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Ruh Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye  
cpozhan@gmail.com

**Dr. Öğr. Üyesi İbrahim Selçuk Esin**  
Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Ruh Sağlığı Anabilim Dalı, Erzurum, Türkiye  
esinibrahimselcuk@gmail.com

**Uzman Dr. Yasemin Taş Torun**  
Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği, Ankara  
ysmn.ts@gmail.com

**Dr. Öğretim Üyesi Meryem Özlem Kütük**  
Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Ruh Sağlığı Anabilim Dalı, Adana, Türkiye  
drozlemina@hotmail.com

## Yönetim ve Gelişim Editörleri/Executive and Development Editors

**Doç. Dr. Ömer Faruk Akça**  
Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Konya, Türkiye  
dromerakca@gmail.com

**Doç. Dr. Caner Mutlu**  
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul, Türkiye  
canerrmutlu@yahoo.com

**Uzman Dr. Nagihan Cevher Binici**  
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dr. Behçet Uz Çocuk Sağlığı ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İzmir, Türkiye  
ncevher@gmail.com

**Dr. Öğr. Üyesi Yusuf Öztürk**  
Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Bolu, Türkiye  
yusuf26es@hotmail.com

**Uzman Dr. Sevay Alşen Güney**  
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dr. Behçet Uz Çocuk Sağlığı ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İzmir, Türkiye  
sevayalsen@gmail.com

## Kapak Resmi/ Cover Image

Gümüşsu Memik,  
12 yaş

## Bu Sayının Yayın Koordinatörü/ Publication Coordinator of This Volume

Prof. Dr. Ali Evren Tufan

## Bu Sayının Çeviri Denetmeni/Translation Examiner of This Volume

Uzm. Dr. Handan Özek Erkuran

## Bu Sayının Türkçe Denetmeni/Turkish Examiner of This Volume

Hatice Küçükğöz

## YAZIŞMA ADRESİ / ADDRESS FOR CORRESPONDENCE

Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği

Cinnah Cad. 35/12 Çankaya - Ankara Tel.: +90 312 440 12 57 Faks: +90 312 440 12 58 E-posta: crsdergi@hacettepe.edu.tr Web: www.cogepderg.org.tr



# Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi

Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health

## Editörler Kurulu/Editorial Board

### Prof. Dr. Ayhan Bilgiç,

Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Konya, Türkiye

### Doç. Dr. Burak Baykara

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Ruh Sağlığı Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

### Doç. Dr. Devrim Akdemir

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Ruh Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

### Doç. Dr. Dilşad Foto Özdemir

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Ruh Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

### Doç. Dr. İbrahim Durukan

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Ankara, Türkiye

### Doç. Dr. Onur Burak Dursun

Trabzon Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Trabzon, Türkiye

### Prof. Dr. Ayşe Rodopman Arman

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

### Prof. Dr. Ayhan Çöngöloğlu

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Ankara, Türkiye

### Prof. Dr. Aynur Akay

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Ruh Sağlığı Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

### Prof. Dr. Cem Gökçen

Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Gaziantep, Türkiye

### Prof. Dr. Birim Günay Kılıç

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Ruh Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

### Prof. Dr. Özlem Özel Özcan

İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Malatya, Türkiye

### Prof. Dr. Elvan İşeri

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

### Prof. Dr. Eyüp Sabri Ercan

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

### Prof. Dr. Fevziye Toros

Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Mersin, Türkiye

### Prof. Dr. Fatih Ünal

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Ruh Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

### Prof. Dr. Füsun Çuhadaroğlu Çetin

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Ruh Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

### Prof. Dr. Ebru Çengel Kültür

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Ruh Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

### Prof. Dr. Neşe Perdahlı Fiş

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

### Prof. Dr. Nursu Çakın Memik

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Kocaeli, Türkiye

### Prof. Dr. Özlem Yıldız Gündoğdu

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Kocaeli, Türkiye

### Doç. Dr. Vahdet Görmez

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

### Doç. Dr. Esra Çöp

Ankara Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hematoloji ve Onkoloji Hastanesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Ankara, Türkiye

### Doç. Dr. Esra Güney

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

### Doç. Dr. Gül Karaçetin

Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk ve Ergen Psikiyatri Kliniği, İstanbul, Türkiye

### Doç. Dr. Murat Coşkun

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



# Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi

Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health

**Doç. Dr. Pınar Vural**

Uludağ İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Bursa Türkiye

**Uzman Dr. Gülser Dinç**

Ankara Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hematoloji ve Onkoloji Hastanesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Ankara, Türkiye

## Uluslararası Bilimsel Danışma Kurulu/International

### Scientific Advisory Board

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

## Yabancı Dil Editörü/Language Editor

Uzman Dr. Handan Özek



Galenos Yayınevi Kurucusu ve Sahibi/  
Galenos Publishing House Owner and Publisher  
Derya Mor  
Erkan Mor

Genel Yayın Koordinatörü/Publication Coordinator  
Burak Sever

Web Koordinatörleri/Web Coordinators  
Fuat Hocalar  
Turgay Akpınar

Grafik Departmanı/Graphics Department  
Ayda Alaca  
Çiğdem Birinci  
Gülşah Özgül

Proje Koordinatörleri/Project Coordinators  
Günay Selimoğlu  
Hatice Sever

Proje Asistanları/Project Assistants  
Duygu Yıldırım  
Gamze Aksoy  
Melike Eren  
Saliha Tuğçe Evin

Araştırma&Geliştirme/Research&Development  
Mert Can Köse  
Mevlûde Özlem Akgüney

Finans Koordinatörü/Finance Coordinator  
Sevinç Çakmak

Yayınevi İletişim/Publisher Contact

Adres/Address: Molla Gürani Mah. Kaçamak Sk. No: 21/1  
34093 İstanbul, Turkey

Telefon/Phone: +90 (212) 621 99 25

Faks/Fax: +90 (212) 621 99 27

E-posta/E-mail: info@galenos.com.tr/yayin@galenos.com.tr

Web: www.galenos.com.tr

Yayıncı Sertifika No/Publisher Certificate Number: 14521

Yayın Tarihi/Publication Date: Kasım/November 2019

ISSN: 1301-3904

International periodical journal published three times in a year.



# Çocuk ve Ergenlik Ruh Sağlığı Dergisi

Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health

## ► HAKKIMIZDA

Türkiye Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Dergisi (TJCAMH), Türkiye Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Derneği'nin bilimsel yayın organıdır ve 1994'ten beri yayınlanmaktadır.

Türkiye Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Dergisi, Türkçe ve İngilizce dillerinde yayınlanmaktadır. Çift-kör hakem değerlendirmesi ilkesine dayanan bağımsız bir uluslararası dergidir. TJCAMH yılda düzenli olarak 3 kez yayınlanmaktadır. TJCAMH'in amacı, özgün araştırma ve alanıyla ilgili teorik, bilimsel ve klinik uygunluk bildirileri yayınlamak çocuk ve ergen psikiyatrisi bilimini ve pratiğini geliştirmektir. TJCAMH, özellikle çocukların, ergenlerin ve ailelerin ruh sağlığı, genetik, epidemiyolojik, nörobiyolojik ve psikopatolojik araştırmaları; bilişsel, davranışsal, psikodinamik ve diğer psikoterapötik araştırmalar; ebeveyn-çocuk, kişilerarası ve aile araştırmaları; ve yatarak, ayakta tedavi, konsültasyon-irtibat ve okul temelli ortamlarda klinik ve ampirik araştırmaları içeren yazıları kabul eder. Katılımlar ulusal ve tüm dünyadan teşvik edilmektedir.

Hedef kitle, ilgili çocuk ve ergen alanındaki uzmanlar ve eğitimde olanlardır.

Yayın politikaları, Uluslararası Tıp Dergisi Editörleri Komitesi (2013, <http://www.icmje.org/> adresinde arşivlenmiştir) ve "Tıp Dergilerinde Bilimsel Çalışmalarda Bilimsel Çalışmaların Yapılması, Raporlanması, Düzenlenmesi ve Yayınlanması İçin Tavsiyeler" e dayanmaktadır .

Türkiye Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Dergisi; Index Copernicus, Türk Psikiyatri ve Türkiye Atıf Dizini'nde indekslenmektedir.

### Açık Erişim Politikası

Bu dergi, kamuoyunda serbestçe araştırma yapmanın daha büyük bir küresel bilgi alışverişini desteklediği ilkesi ile içeriğine anında erişim sağlar.

Açık Erişim Politikası, Budapeşte Açık Erişim Girişimi (BOAI) <http://www.budapestopenaccessinitiative.org/> kurallarına dayanmaktadır. Hakemli araştırma literatürüne "açık erişim" ile, herkesin bu makalelerin tüm metinlerini okumalarına, indirmelerine, kopyalamalarına, dağıtımalarına, basmalarına, aramalarına veya bağlantılarına, tarama yapmalarına izin vererek, halka açık internet üzerinden ücretsiz erişilebilirliğini kastediyoruz. İndeksleme için, bunları yazılıma veri olarak aktarınız veya internete erişim sağlamadan ayrılmaz olanlar dışındaki finansal, yasal veya teknik engeller olmadan başka bir yasal amaç için kullanınız. Üreme ve dağıtım üzerindeki tek kısıtlama ve bu alandaki telif hakkı için tek rol, yazarlara çalışmalarının bütünlüğü ve uygun şekilde onaylanma ve atıf yapma hakkı üzerinde kontrol sağlamaktır.

### İzin Talepleri

Telif hakkı sahibini ve yazar haklarını korumak için CC-BY-NC-ND lisansı altında yayımlanan ve ticari amaçlarla (satış vb.) Kullanım izni gereklidir. Yayınlanan herhangi bir materyalin resimlerinin veya tablolarının yayınlanması ve çoğaltılması, kaynakların yazar isimlerinin uygun şekilde kaynak gösterilmesi ile yapılmalıdır: makale başlığı; gazete başlığı; yıl (cilt) ve yayın sayfası; makalenin telif yılı.

### Abonelik Bilgileri

Yayınlanan tüm yazılara tam metin olarak ücretsiz olarak ulaşılabilir: [www.cogepderg.com](http://www.cogepderg.com) Abonelik talepleri, Türkiye Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Derneği'ne iletilmelidir.

Yazılar elektronik olarak ancak bir hesap oluşturduktan sonra [www.journalagent.com/cogepderg](http://www.journalagent.com/cogepderg) adresinden gönderilebilir. Bu sistem çevrimiçi gönderime ve incelemeye izin verir.





# Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi

Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health

## ▶ ABOUT US

Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health (TJCAMH) is the scientific publication of the Turkish Association For Child And Adolescent Psychiatry and it has been published since 1994.

The Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health is currently published in Turkish and English languages. It is an independent international periodical journal based on single-blind peer-review principle. TJCAMH is regularly published three times a year. The aim of TJCAMH is to advance the science and practice of child and adolescent psychiatry by publishing original research and papers of theoretical, scientific, and clinical relevance to the field. TJCAMH welcomes in particular papers covering on the mental health of children, adolescents, and families; genetic, epidemiological, neurobiological, and psychopathological research; cognitive, behavioral, psychodynamic, and other psychotherapeutic investigations; parent-child, interpersonal, and family research; and clinical and empirical research in inpatient, outpatient, consultation-liaison, and school-based settings. Contributions from national institutions and all around the world are encouraged.

The target audience includes specialists and physicians in training in child and adolescent psychiatry in all relevant disciplines.

The editorial policies are based on the "Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing, and Publication of Scholarly Work in Medical Journals (ICMJE Recommendations)" by the International Committee of Medical Journal Editors (2013, archived at <http://www.icmje.org/>) rules.

The Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health is currently indexed in the Index Copernicus, Turkish Psychiatry, and Turkish Citation Index.

### Open Access Policy

This journal provides immediate open access to its content on the principle that making research freely available to the public supports a greater global exchange of knowledge.

Open Access Policy is based on the rules of the Budapest Open Access Initiative (BOAI) <http://www.budapestopenaccessinitiative.org/>. By "open access" to peer-reviewed research literature, we mean its free availability on the public internet, permitting any users to read, download, copy, distribute, print, search, or link to the full texts of these articles, crawl them for indexing, pass them as data to software, or use them for any other lawful purpose, without financial, legal, or technical barriers other than those inseparable from gaining access to the internet itself. The only constraint on reproduction and distribution, and the only role for copyright in this domain, should be to give authors control over the integrity of their work and the right to be properly acknowledged and cited.

### Permission Requests

Permission required for use any published under CC-BY-NC-ND license with commercial purposes (selling, etc.) to protect copyright owner and author rights. Republication and reproduction of images or tables in any published material should be done with proper citation of source providing authors names; article title; journal title; year (volume) and page of publication; copyright year of the article.

### Subscription Information

All published volumes in full text can be reached free of charge through the website [www.cogepderg.com](http://www.cogepderg.com). Requests for subscription should be addressed to the Turkish Association For Child and Adolescent Psychiatry.

Manuscripts can only be submitted electronically through [www.journalagent.com/cogepderg](http://www.journalagent.com/cogepderg) after creating an account. This system allows online submission and review.





# Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi

Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health

## ▶ YAZARLARA BİLGİ

Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği'nin süreli yayın organı olan Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi, Türkçe ve İngilizce dilinde elektronik olarak yayınlanmaktadır.

Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi makale başvuru ücreti veya makale işlem ücreti uygulamamaktadır.

Dergiye kabul edilen eserlerin özgün ve daha önceden başka ortamlarda yayınlanmamış olması esas alınır.

Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi'nin kısaltması TJCAMH'dır, ancak kaynaklarda Turk J Child Adolesc Ment Health şeklinde belirtilmelidir. Uluslararası indekslerde ve veritabanında derginin adı Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health, İngilizce kısaltması Turk J Child Adolesc Ment Health olarak kaydedilecektir.

Yazıların bilimsel ve etik sorumlulukları yazarlara, telif hakkı ise TJCAMH'ya aittir. Yazıların içeriğinden ve kaynakların doğruluğundan yazarlar sorumludur. Yazarlar, yayın haklarının devredildiğini belirten onay belgesini (Yayın Hakları Devir Formu) yazıları ile birlikte göndermelidirler. Bu belgenin tüm yazarlar tarafından imzalanarak dergiye gönderilmesi ile birlikte yazarlar, gönderdikleri çalışmanın başka bir dergide yayınlanmadığı ve/veya yayınlanmak üzere incelemede olmadığı konusunda garanti vermiş, bilimsel katkı ve sorumluluklarını beyan etmiş sayılırlar.

Dergiye yayımlanmak üzere gönderilen tüm yazılar 'iThenticate' programı ile taranarak intihal kontrolünden geçmektedir. İntihal taraması sonucuna göre yazılar red ya da iade edilebilir.

Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi'nde yayımlanmak amacıyla gönderilen ve etik kurul onayı alınması zorunluluğu olan deneysel, klinik ve ilaç araştırmaları için uluslararası anlaşmalara ve 2013'de gözden geçirilmiş Helsinki Bildirisi'ne uygun etik kurul onay raporu gereklidir (<https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>). Etik kurul onayı ve "bilgilendirilmiş gönüllü onam formu" alındığı araştırmanın "Gereç ve Yöntem" bölümünde belirtilmelidir. Deneysel hayvan çalışmalarında ise yazarlar, "Guide for the care and use of laboratory animals" (<http://oacu.od.nih.gov/regs/guide/guide.pdf>) doğrultusunda hayvan haklarını koruduklarını belirtmeli ve kurumlarından etik kurul onay raporu almalıdır.

Yayın direkt ya da indirekt ticari bağlantı içeriyorsa veya çalışmaya materyal desteği veren bir kuruluş varsa, yazarlar kullanılan ticari ürün, ilaç, firma vs. ile ticari hiçbir ilişkisinin olmadığını ya da var ise nasıl bir ilişkisinin olduğunu (konsültan, diğer anlaşmalar) editöre sunum sayfasında belirtmek zorundadır.

Araştırmalara yapılan her türlü yardım ve diğer desteklerin alındığı kişi ve kuruluşlar beyan edilmeli ve çıkar çatışmasıyla ilgili durumları açıklamak amacıyla Çıkar Çatışmaları Bildirim Formu doldurulmalıdır.

Tüm yazılar, editör ve editör yardımcıları ile en az üç danışman hakem tarafından incelenir.

Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi bağımsız, önyargısız ve çift-kör hakemlik ilkeleri çerçevesinde yayın yapan süreli bir yayın organıdır. Hakemler yazının konusuyla ilgili uluslararası literatürde yayınları ve atıfları olan bağımsız uzmanlar arasından seçilmektedir. Makale baş editör ve yardımcı editöre ulaştınca değerlendirilir ve yardımcı editöre gönderilir. Asistan editör makaleyi 3 hakeme gönderir. Hakemler 21 gün içinde kararlarını belirtmelidirler. Yardımcı editör hakem kararlarına kendi değerlendirme ve önerisini ekleyerek baş editöre gönderir. Son karar dergi editörü tarafından verilir. Ayrıca hakemlerin kararları çatışıyorsa dergi editörü yeni hakem atayabilir.

Dergide yayımlanacak yazıları değerlendiren hakemler dergide belirtilen danışmanlar ve gerekirse yurt içi/dışı konu ile ilgili uzmanlar arasından seçilir. Yazarlar, yayına kabul edilen yazılarda, metinde temel değişiklik yapmamak kaydı ile editör, editör yardımcıları, biyoistatistik uzmanı ve dil uzmanının düzeltme yapmalarını kabul etmiş sayılır.

İncelemeye sunulan araştırmada olası bir bilimsel hata, etik ihlal şüphesi veya iddiasıyla karşılaşırsa, bu dergi verilen yazıyı destek kuruluşların veya diğer yetkililerin soruşturmasına sunma hakkını saklı tutar. Bu dergi sorunun düzgün biçimde takip edilmesi sorumluluğunu kabul eder, ancak gerçek soruşturmayı veya hatalar hakkında karar verme yetkisini üstlenmez.

Yayın Politikası ve Makale Yazım Kuralları aşağıda belirtilen maddeler, "Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing, and Publication of Scholarly Work in Medical Journals (ICMJE Recommendations)" (2013, <http://www.icmje.org/>) temel alınarak hazırlanmıştır. Araştırma makalelerinin hazırlığı, sistematik derleme, meta-analizleri ve sunumu ise uluslararası kılavuzlara uygun olmalıdır:

Randomize çalışmalar için; CONSORT (Moher D, Schultz KF, Altman D, for the CONSORT Group. The CONSORT statement revised recommendations for improving the quality of reports of parallel group randomized trials. JAMA 2001; 285:1987-91) (<http://www.consort-statement.org/>).

Sistematik derleme ve meta-analizlerin raporlamaları için; PRISMA (Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLoS Med 2009; 6(7): e1000097) (<http://www.prisma-statement.org/>).

Tanısal değerli çalışmalar için; STARD (Bossuyt PM, Reitsma JB, Bruns DE, Gatsonis CA, Glasziou PP, Irwig LM, et al, for the STARD Group. Towards complete and accurate reporting of studies of diagnostic accuracy: the STARD initiative. Ann Intern Med 2003;138:40-4) (<http://www.stard-statement.org/>).

## ► YAZARLARA BİLGİ

Gözlemsel çalışmalar için; STROBE (<http://www.strobe-statement.org/>).

Meta-analizleri ve gözlemsel çalışmaların sistematik derlemeleri için; MOOSE (Stroup DF, Berlin JA, Morton SC, et al. Meta-analysis of observational studies in epidemiology: a proposal for reporting "Meta-analysis of observational Studies in Epidemiology" (MOOSE) group. JAMA 2000; 283: 2008-12).

### GENEL KURALLAR

Yazılar sadece çevrim-içi olarak kabul edilmektedir. Yazarların makale gönderebilmesi için Journalagent online makale değerlendirme sistemine (<http://journalagent.com/cogepderg/>) kayıt olup, hesap açmaları gerekmektedir. Bu sistem çevrim-içi yazı gönderilmesine ve değerlendirilmesine olanak tanımaktadır. **Sayfa düzeni:** Makaleler, A4 sayfasının iki yanında 2.5 cm boşluk bırakacak şekilde, Arial yazı stilinde, 12 font büyüklüğünde, 1.5 satır aralığıyla, Microsoft Word programında yazılmalıdır. **Kısaltmalar:** Kelimenin ilk geçtiği yerde parantez içinde ve tüm metin boyunca kullanılır. Uluslararası kullanılan kısaltmalar için "Bilimsel Yazım Kuralları" kaynağına başvurulabilir. **Editöre sunum sayfası:** Gönderilen makalenin kategorisi, daha önce başka bir dergiye gönderilmemiş olduğu, var ise çalışmayı maddi olarak destekleyen kişi ve kuruluşlar ve bu kuruluşların yazarlarla ilişkileri, makale İngilizce ise İngilizce yönünden kontrolünün ve araştırma makalesi ise biyoistatistiksel kontrolünün yapıldığı belirtilmelidir.

### KAYNAKLAR

Kaynakların gerçekliğinden yazarlar sorumludur.

**Metin içinde:** Kullanılan kaynaklar, ilgili cümlenin sonunda noktadan hemen sonra üst simge olarak belirtilmelidir. Eğer kullanılan kaynağın yazar/yazarları cümle başında belirtiliyorsa, kaynak isimden hemen sonra gelecek şekilde üst simge olarak yazılmalıdır. Türkçe kaynak var ise, belirtilmesine özen gösterilmelidir. Kongrelerde sunulan bildiriler, basılmamış yayınlar, tezler, internet kaynaklı adresler, kişisel görüşme ya da deneyimler kaynak olarak belirtilmemelidir. Adı geçen kaynaklardan bahsedilmek isteniyorsa, yazıda geçtiği cümlenin sonunda kaynak numarası belirtilmeden, açık yazı ile parantez içine alınarak kaynağın niteliği belirtilmelidir.

**Kaynaklar bölümünde:** Kaynaklar metin içerisinde geçiş sırasına göre numaralandırılmalıdır. Kaynaklarda tüm yazarlar belirtilmelidir. Dergilerin isimleri Index Medicus'ta kullanılan stillere göre kısaltılmalıdır.

**Kaynak yazılımı için örnekler:** Dergi: Yazar(lar)ın soy isim(ler) ve yazar isim(ler)inin ilk harfi, makale başlığı, dergi adı (dergide belirtilen orijinal kısaltması), yıl, cilt ve sayfa numaraları.

**Örnek:** Ceyhan AA. Ergenlerin Problemlü İnternet Kullanım Düzeylerinin Yordayıcıları, Turk J Child Adolesc Ment Health. 2011;18:85-94.

**Kitap:** Yazar(lar)ın soy isim(ler) ve yazar isim(ler)inin ilk harfi, bölüm başlığı, editörün(lerin) ismi, kitap ismi, kaçınıcı baskı olduğu, basıldığı şehir, basım yeri, yayınevi, basım yılı ve sayfa numaraları.

**Örnek:** Herbert L. The Infectious Diseases (1<sup>st</sup> ed). Philadelphia; Mosby Harcourt; 1999:11;1-8.

**Kitap bölümü:** Yazar(lar)ın soy isim(ler) ve yazar isim(ler)inin ilk harfi, bölüm ve kısım, editörün(lerin) ismi, kitap adı, basım yeri, yayınevi adı, basım yılı, sayfa numaraları.

**Örnek:** O'Brien TP, Green WR. Periocular Infections. In: Feigin RD, Cherry JD, eds. Textbook of Pediatric Infectious Diseases (4th ed). Philadelphia; W.B. Saunders Company;1998:1273-1278.

Yazar ve editörün aynı olduğu kitap: Yazar(lar)ın/editör(ler)in soy ismi ve isim(ler)inin ilk harfi, bölüm başlığı, editörün(lerin) ismi, kitap ismi, baskı sayısı, şehir, yayınevi, yıl ve sayfalar.

**Örnek:** Solcia E, Capella C, Kloppel G. Tumors of the exocrine pancreas. In: Solcia E, Capella C, Kloppel G, eds. Tumors of the Pancreas. 2nd ed. Washington: Armed Forces Institute of Pathology; 1997:145-210.

### RESİM, TABLO, GRAFİK VE ŞEKİLLER

Tüm görsel materyaller metnin sonunda ayrı birer sayfa olarak hazırlanmalıdır. Şekil, resim, tablo ve grafiklerin açıklamaları makale sonuna eklenmelidir.

**Resimler:** Resimlere metindeki geçiş sırasına göre numara verilmeli ve kısa birer başlık yazılmalıdır. Başka bir yayından alıntı yapılıyorsa yazılı baskı izni birlikte yollanmalıdır. Fotoğrafların ayrıntıları seçilmeli, JPEG formatında ve en az 300 piksel/inç olarak kaydedilmelidir.

**Tablolar, Grafikler, Şekiller:** Tüm tablolara, grafiklere ve şekillere metinde geçiş sırasına göre numara verilmeli ve kısa birer başlık yazılmalıdır. Kullanılan kısaltmalar alt kısımda mutlaka açıklanmalıdır. Özellikle tablolar metni açıklayıcı ve kolay anlaşılır hale getirme amacı ile hazırlanmalı ve metnin tekrarı olmamalıdır.

### BİYOİSTATİSTİK

Araştırma bulgularının denetlenebilirliğini sağlamak için, araştırma düzeni, örneklem, yöntem, bilimsel yaklaşımlar ve uygulamalar tanımlanarak kaynakları sunulmalıdır.

Anlamlılık sınırı olarak seçilen "p" değeri ile birlikte uygun hata ve belirsizlik payları (güven aralıkları, vs) belirtilmelidir. Kullanılan istatistiksel terimler, kısaltmalar ve semboller tanımlanmalı, kullanılan yazılım (software) belirtilmelidir. İstatistik terminolojisi (random, signifikant, korelasyon, vs.) istatistik dışı anlamlarda kullanılmamalıdır.



## ▶ YAZARLARA BİLGİ

Verilerin ve analizin tüm sonuçları tablo, şekil veya grafik olarak "Bulgular" bölümünde, kullanılan biyoistatistiksel yöntemler ve uygulama ayrıntıları yazının "Gereç ve Yöntem" bölümünde veya ayrı bir başlık altında sunulmalıdır.

### YAZI ÇEŞİTLERİ

#### Özgün Araştırmalar

Klinik araştırma klinik gözlem, yeni teknikler, deneysel ve laboratuvar çalışmalarını kapsar. Özgün araştırmalar; başlık, özet, yazının ana konusu ile ilgili anahtar kelimeler, giriş, gereç ve yöntem, bulgular, tartışma, çalışmanın kısıtlılıkları, sonuç, teşekkür, kaynaklar, tablolar, grafikler ve resimler bölümlerini içermelidir. Başlık, özet ve anahtar kelimeler Türkçe ve İngilizce olarak yazılmalıdır. Makale yukarıda belirtilen yazım kuralları ile yazılı 16 A4 sayfasını aşmamalıdır. **Başlık sayfası:** Makalenin başlığı, kısa başlık, yazar isimleri ve yazar bilgilerini kapsayan sayfadır. Sırasıyla şu tanımlar yapılmalıdır;

1. Makalenin başlığı (Türkçe ve İngilizce) mümkün olduğunca kısa ve açıklayıcı olmalı, boşluklar dahil 135 karakteri geçmemeli, kısaltma içermemelidir. Başlık makalede kullanılan en az bir anahtar kelime içermelidir.
2. Kısa başlık (Türkçe ve İngilizce), en fazla 60 karakterden oluşmalıdır.
3. Yazar isimleri (yazarların isimleri tam olarak kısaltılmadan yazılmalıdır, yazarın akademik görevi yazılmamalıdır) ve bağlı bulunduğu kurumlar.
4. İletişim kurulacak yazarın ismi, adresi, telefon ve faks numarası ile e-posta bilgileri.
5. Bilimsel toplantılarda sunulan ve özeti kongre kitabında yer almış eserlerin toplantı yeri ve tarihi.

**Özet:** Dergiye yabancı uyruklu yazarlar tarafından gönderilen yazılar için, yazının Türkçe özeti, başlığı ve anahtar kelimeleri derginin editöryal ofisi tarafından sağlanacaktır. Yazının ana hatlarını içeren, en fazla 250 kelimededen oluşan özet Türkçe ve İngilizce olarak hazırlanmalıdır. Özet bölümünde kaynak gösterilmemeli, kısaltmalardan mümkün olduğunca kaçınılmalıdır. Yapılacak kısaltmalar metindekilerden bağımsız olarak ele alınmalıdır.

**Araştırma makalelerinde özet 5 alt başlık olarak hazırlanmalıdır:**

**Amaç:** Çalışmanın amacı açıkça belirtilmelidir.

**Gereç ve Yöntem:** Çalışma tanımlanmalı, standart kriterleri, randomize olup olmadığı, retrospektif veya prospektif olduğu ve varsa istatistiksel yöntem belirtilmelidir.

**Bulgular:** Çalışmanın detaylı sonucu verilmeli, istatistiksel anlamlılık derecesi belirtilmelidir.

**Sonuç:** Çalışmanın sonuçlarını yansıtmalı, klinik uygulanabilirliği tanımlamalı, olumlu ve olumsuz yönlerini göstermelidir.

**Anahtar kelimeler:** En az 3, en çok 8 anahtar kelime özetin sonunda yer almalıdır. İngilizce anahtar kelimeler "Medical Subject Headings'e (MESH) uygun olarak verilmelidir ([www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html](http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html)). Türkçe anahtar kelimeler ise <http://www.bilimterimleri.com> 'dan referans alınarak oluşturulmalıdır.

**Araştırma makalelerinde ana metin aşağıdaki başlıkları içermelidir;**

**Giriş:** Konu hakkında kısa ve öz bilgi verilmeli, çalışmanın amacı belirtilmeli, bunlar literatür bilgisi ile desteklenmelidir.

**Gereç ve Yöntem:** Çalışma planı verilmeli, randomize olup olmadığı, retrospektif veya prospektif olduğu, denek sayısı, özellikleri, çalışmaya dahil edilme ve dışlanma kriterleri, ve kullanılan istatistiksel yöntem belirtilmelidir.

**Bulgular:** Elde edilen sonuçlar belirtilmeli, tablo ve resimler numara sırasıyla verilmeli, sonuçlar uygulanan istatistiksel analiz yöntemine göre değerlendirilmelidir. Görsel materyallerin yazım kuralları hakkında gerekli bilgi "Genel Kurallar" başlığı altında bulunan "Resim, Tablo, Grafik ve Şekiller" bölümünde bulunmaktadır.

**Tartışma:** Elde edilen değerler olumlu ve olumsuz yönleriyle tartışılmalı, literatür ile karşılaştırılmalı, çalışmadan elde edilen sonuç vurgulanmalıdır. Çalışmanın kısıtlılıkları: Bu bölümde çalışma sürecinde yapılamayanlar ile sınırları ifade edilmeli ve gelecek çalışmalara ilişkin öneriler sunulmalıdır.

**Çalışmanın Kısıtlılıkları:** Çalışmanın kısıtlılıkları tartışılmalıdır. Ek olarak, gelecek araştırma için elde edilen bulguların değerlendirilmesi ana hatlarıyla yapılmalıdır.

**Sonuç:** Çalışmadan elde edilen sonuç vurgulanmalıdır. **Teşekkür:** Her türlü çıkar çatışması, finansal destek, bağış ve diğer editöryal (istatistik analiz, İngilizce/Türkçe değerlendirme) ve/veya teknik yardım var ise metnin sonunda sunulmalıdır.

**Kaynaklar:** Kaynakların gerçekliğinden yazarlar sorumludur. Kaynakların yazım kuralları hakkında gerekli bilgi "Genel Kurallar" başlığı altında bulunan "Kaynaklar" bölümünde bulunmaktadır.

#### Olgu Sunumları

Nadir görülen, tanı ve tedavide farklılık gösteren, mevcut bilgilerimize yenilerini ekleyip katkı sağlayan olguları içermelidir. Türkçe ve İngilizce başlık, 150 kelimeyi aşmayan, yapılandırılmamış özet ve anahtar kelimeler ilk sayfada yer almalıdır. Sunum metni giriş, olgu sunumu, tartışma ve kaynaklardan oluşmalıdır. Metnin tümü yukarıda bahsedilen yazım kuralları çerçevesinde 5 (A4) sayfayı geçmemelidir.



# Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi

Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health

## ► YAZARLARA BİLGİ

### Derlemeler

Derlemeler, klinik veya temel oftalmolojinin herhangi bir konusunu ele alabilir. Bir bilgi ya da konunun klinikte kullanılması için vardığı son düzeyi anlatan, tartışan, değerlendiren ve gelecekte yapılacak olan çalışmalara yön veren bir formatta hazırlanmalıdır. Derlemelerin çoğu davet ile hazırlanmaktadır, ancak davetli olmayan derleme başvuruları da kabul edilmektedir. Derleme başvurusu yapılmadan önce konunun editör ile görüşülmesi önerilir. Güncel bir konuyu bağımsız, hiçbir farklı görüşü öne çıkarmadan derinlemesine inceleyen yazılardır. Yazının ilk bölümünde Türkçe ve İngilizce başlık, özet, anahtar kelimeler bulunmalıdır. Özet bölümü yapılandırılmamalıdır. Konuda geçen her alıntının kaynağı mutlak gösterilmelidir. Tümü 25 A4 sayfayı geçmemelidir.

### Editöre Mektuplar

Psikyatri alanında güncel gelişmeleri, bilimsel ve sosyal yönden irdeleyen veya özellikle Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi'nde yayınlanan yazılarla ilgili soru veya katkı içerikli, 1000 kelimeyi geçmeyen ve kaynak belirten yazılar olmalıdır. Başlık ve özet bölümleri içermez. Kaynak sayısı 5 ile sınırlıdır.

1) Gönderilecek makaleler Microsoft Word, RTF veya WordPerfect formatlarında olmalıdır.

- 2) Metin çift satır aralıklı, 12 puntoda olmalıdır. (URL adresleri hariç) Tüm şekiller, grafikler ve tabloların konumu, metinde uygun noktalarda işaretlenmelidir.
- 3) Tüm yazarlar referanslarda numaralandırılmaksızın listelenmelidir.
- 4) Metin, "Yazarlara Bilgi" kısmında belirtilen stilistik ve bibliyografik gerekliliklere uygun halde olmalıdır.
- 5) İngilizce anahtar kelimeler için, <http://www.nlm.nih.gov/mesh> (Medical Subject Headings), Türkçe anahtar kelimeler için <http://www.bilimterimleri.com> siteleri referans alınmalıdır.

### YAZIŞMA

Tüm yazışmalar dergi editörlüğünün aşağıda bulunan posta veya e-posta adresine yapılabilir.

Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği

Cinnah Caddesi 35/12 Çankaya / ANKARA

Tel.: +90 312 440 12 57 Cep: +90 541 440 33 54

Dernek İnternet Sayfası: [www.cogepderg.org.tr](http://www.cogepderg.org.tr)

Dergi İnternet Sayfası: [cogepderg.com](http://cogepderg.com)

E-posta: [editor@cogepderg.org](mailto:editor@cogepderg.org)

# Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi

Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health

## Hakem Değerlendirmesi ve Etik

Türkiye Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi bağımsız, önyargısız ve çift-kör hakemlik ilkeleri çerçevesinde yayın yapan süreli bir yaygın organıdır.

Yayın Politikası ve Makale Yazım Kuralları, aşağıda belirtilen maddeler "Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing, and Publication of Scholarly Work in Medical Journals (ICMJE Recommendations)" (2016, <http://www.icmje.org>) temel alınarak hazırlanmıştır.

Gönderilen yazılar, öncelikle tarafsız olarak baş editör tarafından bilimsel açıdan incelenir. Makale baş editör ve vekil editöre ulaşınca değerlendirilir ve editör yardımcısına gönderilir. Editör yardımcısı makaleyi 3 hakeme gönderir. Daha sonra yazı, en az üç danışmana (hakem) incelenmek üzere gönderilir. Editörler kurulu makaleyi gerek gördüğünde başka bir danışmana da gönderebilir. Danışmanlar yurt içinden veya yurt dışından bağımsız, alanında uzman kişilerdir. Hakem değerlendirme sonrasında, yardımcı editör hakem kararlarına kendi değerlendirme ve önerisini ekleyerek vekil editöre ve baş editöre gönderir. Son karar baş editör tarafından, hakem ve yardımcı editör yorumları göz önünde bulundurularak verilir. Değerlendirme süresi üç ayı geçmeyecek şekilde tamamlanır. Tüm yazılar istatistiki açıdan, ayrıca istatistik editörü tarafından da incelenir.

Yazıların geliş tarihleri ve kabul ediliş tarihleri her makalenin ilk sayfasında belirtilir.

Editör ve editör yardımcıları, yaygın ilkelerine uymayan yazıları düzeltmek üzere yazarına geri gönderme, yazının biçiminde düzenleme veya yazıyı hakemlere göndermeden reddetme yetkisine sahiptir.

Tüm şikayetler editör ile iletişime geçilerek iletir. Şikayet editör tarafından değerlendirilir ve gerekli işlemler yapılır. İnceleme bittiğinde ve bir karara varıldığında, şikayeti ileten kişi ile iletişime geçilir ve karar bildirilir.

Gerçekleşmesi istenen makaleler Türkiye Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi'ne geri çekme gerekçesi ile bildirilmelidir. Editöryal politikalar göz önünde bulundurularak makale ile ilgili karar verilir.

Dergiye gönderilen yazılar kabul edildiğinde otomatik yazılım tarafından intihal, tekrarlanan yaygın olup olmadığı taramasına tabi tutulur. Derginin alıntı kontrolü "iThenticate" programı kullanılarak yapılmaktadır. Yazılar daha önce kongre veya herhangi bir şekilde sunulmuş ise sorumlu yazar tarafından bu durum belirtilmelidir.

## Etik

Dergiye yayınlanmak amacıyla gönderilen ve etik kurul onayı alınma zorunluluğu olan deneysel, klinik ve ilaç araştırmaları için uluslararası anlaşmalara ve 2013'de gözden geçirilmiş Helsinki Bildirisi'ne uygun etik kurul onay raporu gereklidir (<https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research->

involving-human-subjects/). Etik kurul onayı ve "bilgilendirilmiş gönüllü onam formu" alındığı, araştırmanın "Gereç ve Yöntem" bölümünde belirtilmelidir. Deneysel hayvan çalışmalarında ise yazarlar, "Guide for the care and use of laboratory animals" (<http://oacu.od.nih.gov/regs/guide/guide.pdf>) doğrultusunda hayvan haklarını koruduklarını belirtmeli ve kurumlarından etik kurul onay raporu almalıdır.

Toplanan hiçbir veri üçüncü parti şahıslarla ve organizasyonlarla paylaşılmayacaktır. Yazarların kişisel bilgileri (sorumlu yazar hariç; bilgiler makalenin ilk sayfasında belirtilecektir) korunacaktır. Hastaların kişisel bilgileri açıklanmayacaktır.

Etik Kurul onay belgesi, Türkiye Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi için makale ile birlikte gönderilmelidir.

Etik kurul onayı, hastaların onaylarının alındığı "Gereç ve Yöntem" bölümünde, bu iş için gerekli olgu raporlarında ne zaman data/media kullanılmış olabileceği, hasta kimliği ortaya konularak belirtilen uluslararası kurallar çerçevesinde beyan edilmelidir. Yazarların kurum, finansal veya maddi destek bildirim, yardım arasında çıkar çatışması beyanı yazması zorunludur ve beyan yazının sonunda görünmelidir. Hakemler olası çıkar çatışmasını, hakem, yazarlar ve kurumların arasında olup olmadığını raporla bildirmek zorundadır. Tüm editörler alanlarında uzman kişilerdir; bu yüzden herhangi bir çıkar çatışması bulunmamaktadır. Çıkar çatışması bulunması durumunda, baş editör COPE Guidelines'a göre hareket eder.

İntihal: Başka bir yazarın yayınının içeriğini tamamen veya kısmen, bir referans vermeden, kendi yayını gibi yeniden yayımlamak.

Fabrikasyon: Mevcut olmayan veri ve bulguları/sonuçları yayımlamak.

Duplikasyon/Teksisir: Herhangi başka bir yayından veri tekrarı yapmak, yaygın dilini değiştirerek atıf yapılmayan makaleler yayımlamak.

Salamisation/Yanıltma: Doğal olmayan yollarla yapılmış bir çalışmanın sonuçlarını bölerek birden fazla yaygın oluşturmak.

İntihal kontrolü için makale yayımlanmadan önce Crossref Similarity Check powered by "iThenticate" kullanılmaktadır. İntihal, uydurma, teksisir ve yanıltma gibi etik olmayan uygulamalar ve makale inceleme sürecini etkileme çabası ile hediye yazarlık katkıları gibi uygunsuz teşekkür bildirim ve kaynak gösterimler onaylanmamaktadır. Şüpheli durumda yazarlardan ek açıklamalar istenecektir. Tüm eylemler COPE Flowchart'lara göre yapılacaktır.

Ayrıca, yazarlar çalışmaya katkıda bulunanların gizlilik haklarına saygı duymalıdır. Diğer taraftan, kongre kitaplarında yayımlanan ve 400 kelimeyi aşmayan kısa özetler ve elektronik ortamda önceden yayımlanmış ön araştırma ve mevcut veriler işlem için kabul edilmez. Bu durumda yazarların, makalenin ilk sayfası ve kapak mektubunda bu durumu bildirmeleri gerekir (COPE: <http://publicationethics.org>).



# Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi

Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health

## ► INSTRUCTIONS FOR AUTHORS

The Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health is an official peer-reviewed publication of the Turkish Association For Child And Adolescent Psychiatry. Accepted manuscripts are published online in both Turkish and English languages.

The Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health does not charge any article submission or processing charges.

A manuscript will be considered only with the understanding that it is an original contribution that has not been published elsewhere.

The abbreviation of the Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health is TJCAMH; however, it should be denoted as Turk J Child Adolesc Ment Health when referenced. In the international index and database, the name of the journal will be registered as the Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health and abbreviated as Turk J Child Adolesc Ment Health.

The scientific and ethical liability of the manuscripts belongs to the authors and the copyright of the manuscripts belongs to the Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health. Authors are responsible for the contents of the manuscript and accuracy of the references. All manuscripts submitted for publication must be accompanied by the Copyright Transfer Form. Once this form, signed by all the authors, has been submitted, it is understood that neither the manuscript nor the data it contains have been submitted elsewhere or previously published and authors declare the statement of scientific contributions and responsibilities of all authors.

All manuscripts submitted to the Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health are screened for plagiarism using the 'iThenticate' software. Evidence indicating plagiarism may result in manuscripts being returned or rejected.

Experimental, clinical and drug studies requiring approval by an ethics committee must be submitted to the Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health with an ethics committee approval report confirming that the study was conducted in accordance with international agreements and the Declaration of Helsinki (revised 2013) (<https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>). The approval of the ethics committee and the presence of informed consent given by the patients should be indicated in the Materials and Methods section. In experimental animal studies, the authors should indicate that the procedures followed are in accordance with animal rights as per the Guide for the Care and Use of Laboratory Animals (<http://oacu.od.nih.gov/regs/guide/guide.pdf>) and they should obtain animal ethics committee approval.

Authors must provide disclosure/acknowledgment of financial or material support, if any was received, for the current study.

If the article includes any direct or indirect commercial links or if any institution has provided material support to the study, authors must state in the cover letter that they have no relationship with the commercial product, drug, pharmaceutical company, etc. concerned; or specify the type of relationship (consultant, other agreements), if any.

Authors must provide a statement on the absence of conflicts of interest among the authors and provide authorship contributions.

All the manuscripts are examined by editors, editor assistants and at least three reviewers.

The Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health is an independent international journal based on double-blind peer-review principles. The manuscript is assigned to the Editor-in-Chief, and Associate Editor, who reviews the manuscript and makes an initial decision based on manuscript quality and editorial priorities. Manuscripts that pass initial evaluation are sent for external peer review, and the Associate Editor assigns an Assistant Editor. The Assistant Editor sends the manuscript to three reviewers (internal and/or external reviewers). The reviewers must review the manuscript within 21 days. The Associate Editor recommends a decision based on the reviewers' recommendations and returns the manuscript to the Editor-in-Chief. The Editor-in-Chief makes a final decision based on editorial priorities, manuscript quality, and reviewer recommendations. If there are any conflicting recommendations from reviewers, the Editor-in-Chief can assign a new reviewer.

The scientific board guiding the selection of the papers to be published in the journal consists of elected experts of the journal and if necessary, it is selected from national and international authorities. The Editor-in-Chief, Associate Editors, biostatistics expert, and the language consultant may make minor corrections on accepted manuscripts that do not change the main text of the paper.

In case of any suspicion or claim regarding scientific shortcomings or ethical infringement, the journal reserves the right to submit the manuscript to the supporting institutions or other authorities for investigation. The journal accepts the responsibility of initiating action but does not undertake any responsibility for an actual investigation or any power of decision.

The Editorial Policies and General Guidelines for manuscript preparation specified below are based on "Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing, and Publication of Scholarly Work in Medical Journals



## ▶ INSTRUCTIONS FOR AUTHORS

(ICMJE Recommendations)" by the International Committee of Medical Journal Editors (2013, archived at <http://www.icmje.org/>).

Preparation of research articles, systematic reviews and meta-analyses must comply with study design guidelines:

CONSORT statement for randomized controlled trials (Moher D, Schulz KF, Altman D, for the CONSORT Group. The CONSORT statement revised recommendations for improving the quality of reports of parallel group randomized trials. *JAMA* 2001; 285: 1987-91) (<http://www.consort-statement.org/>);

PRISMA statement of preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses (Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med* 2009; 6(7): e1000097.) (<http://www.prisma-statement.org/>);

STARD checklist for the reporting of studies of diagnostic accuracy (Bossuyt PM, Reitsma JB, Bruns DE, Gatsonis CA, Glasziou PP, Irwig LM, et al., for the STARD Group. Towards complete and accurate reporting of studies of diagnostic accuracy: the STARD initiative. *Ann Intern Med* 2003;138:40-4.) (<http://www.stard-statement.org/>);

STROBE statement, a checklist of items that should be included in reports of observational studies (<http://www.strobe-statement.org/>);

MOOSE guidelines for meta-analysis and systemic reviews of observational studies (Stroup DF, Berlin JA, Morton SC, et al. Meta-analysis of observational studies in epidemiology: a proposal for reporting Meta-analysis of observational Studies in Epidemiology (MOOSE) group. *JAMA* 2000; 283: 2008-12).

### GENERAL GUIDELINES

Manuscripts can only be submitted electronically through the online manuscript submission system (<http://journalagent.com/cogepderg/>) after creating an account. This system allows online submission and review.

**Format:** Manuscripts should be prepared using Microsoft Word, size A4 with 2.5 cm margins on all sides, 12 pt Arial font and 1.5 line spacing.

**Abbreviations:** Abbreviations should be defined at first mention and used consistently thereafter. Internationally accepted abbreviations should be used; refer to scientific writing guides as necessary.

**Cover letter:** The cover letter should include statements about manuscript type, single-journal submission affirmation, conflict of interest statement, sources of outside funding, equipment (if applicable), approval of language for articles in English, and approval of statistical analysis for original research articles.

### REFERENCES

Authors are solely responsible for the accuracy of all references.

**In-text citations:** References should be indicated as a superscript immediately after the period/full stop of the relevant sentence. If the author(s) of a reference is/are indicated at the beginning of the sentence, this reference should be written as a superscript immediately after the author's name. If relevant research has been conducted in Turkey or by Turkish investigators, these studies should be given priority while citing the literature. Presentations presented in congresses, unpublished manuscripts, theses, Internet addresses, and personal interviews or experiences should not be indicated as references. If such references are used, they should be indicated in parentheses at the end of the relevant sentence in the text, without reference number and written in full, in order to clarify their nature.

**References section:** References should be numbered consecutively in the order in which they are first mentioned in the text. All authors should be listed regardless of number. The titles of journals should be abbreviated according to the style used in the Index Medicus.

### Reference Format

**Journal:** Last name(s) of the author(s) and initials, article title, publication title and its original abbreviation, publication date, volume, the inclusive page numbers. Example: Collin JR, Rathbun JE. Involuntary entropion: a review with evaluation of a procedure. *Arch Ophthalmol*. 1978;96:1058-1064.

**Book:** Last name(s) of the author(s) and initials, chapter title, book editors, book title, edition, place of publication, date of publication and inclusive page numbers of the extract cited.

**Example:** Herbert L. *The Infectious Diseases* (1st ed). Philadelphia; Mosby Harcourt; 1999;11;1-8.

**Book Chapter:** Last name(s) of the author(s) and initials, chapter title, book editors, book title, edition, place of publication, date of publication and inclusive page numbers of the cited piece.

**Example:** Ceyhan AA. , Ergenlerin Problemleri İnternet Kullanım Düzeylerinin Yordayıcıları, *Turk J Child Adolesc Ment Health*. 2011;18:85-94

**Books in which the editor and author are the same person:** Last name(s) of the author(s) and initials, chapter title, book editors, book title, edition, place of publication, date of publication and inclusive page numbers of the cited piece.

**Example:** Solcia E, Capella C, Kloppel G. Tumors of the exocrine pancreas. In: Solcia E, Capella C, Kloppel G, eds. *Tumors of the Pancreas*. 2nd ed. Washington: Armed Forces Institute of Pathology; 1997:145-210.

## ► INSTRUCTIONS FOR AUTHORS

### TABLES, GRAPHICS, FIGURES, AND IMAGES

All visual materials together with their legends should be located on separate pages that follow the main text.

**Images:** Images (pictures) should be numbered and include a brief title. Permission to reproduce pictures that were published elsewhere must be included. All pictures should be of the highest quality possible, in

JPEG format, and at a minimum resolution of 300 dpi.

**Tables, Graphics, Figures:** All tables, graphics or figures should be enumerated according to their sequence within the text and a brief descriptive caption should be written. Any abbreviations used should be defined in the accompanying legend. Tables in particular should be explanatory and facilitate readers' understanding of the manuscript, and should not repeat data presented in the main text.

### BIOSTATISTICS

To ensure controllability of the research findings, the study design, study sample, and the methodological approaches and applications should be explained and their sources should be presented.

The "P" value defined as the limit of significance along with appropriate indicators of measurement error and uncertainty (confidence interval, etc.) should be specified. Statistical terms, abbreviations, and symbols used in the article should be described and the software used should be defined. Statistical terminology (random, significant, correlation, etc.) should not be used in non-statistical contexts.

All results of data and analysis should be presented in the Results section as tables, figures and graphics; biostatistical methods used and application details should be presented in the Materials and Methods section or under a separate title.

### MANUSCRIPT TYPES

#### Original Articles

Clinical research should comprise clinical observation, new techniques or laboratories studies. Original research articles should include title, structured abstract, key words relevant to the content of the article, introduction, materials and methods, results, discussion, study limitations, conclusion, references, tables/figures/images, and acknowledgement sections. Title, abstract, and key words should be written in both Turkish and English. The manuscript should be formatted in accordance with the above-mentioned guidelines and should not exceed sixteen A4 pages.

**Title Page:** This page should include the title of the manuscript, short title, name(s) of the authors, and author information. The following descriptions should be stated in the given order:

1. Title of the manuscript (Turkish and English), as concise and explanatory as possible, including no abbreviations, up to 135 characters. A title should have at least one keyword used in article.
2. Short title (Turkish and English), up to 60 characters
3. Name(s) and surname(s) of the author(s) (without abbreviations and academic titles) and affiliations
4. Name, address, e-mail, phone and fax number of the corresponding author
5. The place and date of scientific meeting in which the manuscript was presented and its abstract published in the abstract book, if applicable

**Abstract:** Turkish abstract, title and keywords will be supplied by editorial office for the manuscripts that have been sent by foreign authors. References should not be cited in the abstract. Use of abbreviations should be avoided as much as possible; if any abbreviations are used, they must be taken into consideration independently of the abbreviations used in the text.

**Abstract should be prepared as 5 subheadings in the research articles:**

**Objectives:** The aim of the study should be clearly stated.

**Materials and Methods:** The study and standard criteria used should be defined; it should also be indicated whether the study is randomized or not, whether it is retrospective or prospective, and the statistical methods applied should be indicated, if applicable.

**Results:** The detailed results of the study should be given and the statistical significance level should be indicated.

**Conclusion:** This section should summarize the results of the study, the clinical applicability of the results should be defined, and the favorable and unfavorable aspects should be declared.

**Keywords:** A list of minimum 3, but no more than 8 key words must follow the abstract. Key words in English should be consistent with "Medical Subject Headings (MESH)". ([www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html](http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html)). Turkish key words should be consistent with <http://www.bilimterimleri.com>.

**Original research articles should have the following sections:**

**Introduction:** This section should consist of a brief explanation of the topic and indicate the objective of the study, supported by information from the literature.



## ► INSTRUCTIONS FOR AUTHORS

**Materials and Methods:** The study plan should be clearly described, indicating whether the study is randomized or not, whether it is retrospective or prospective, the number of trials, the characteristics, and the statistical methods used.

**Results:** The results of the study should be stated with tables/figures given in numerical order; the results should be evaluated according to the statistical analysis methods applied. See General Guidelines for details about the preparation of visual material.

**Discussion:** The study results should be discussed in terms of their favorable and unfavorable aspects and they should be compared with the literature. The conclusion of the study should be highlighted.

**Study Limitations:** Limitations of the study should be discussed. In addition, an evaluation of the implications of the obtained findings/results for future research should be outlined.

**Conclusion:** The conclusion of the study should be highlighted.  
**Acknowledgements:** Any technical or financial support or editorial contributions (statistical analysis, English/Turkish evaluation) towards the study should appear at the end of the article.

**References:** Authors are responsible for the accuracy of the references. See General Guidelines for details about the usage and formatting required.

### Case Reports

Case reports should present cases which are rarely seen, feature novelty in diagnosis and treatment, and contribute to our current knowledge. The first page should include the title in Turkish and English, an unstructured summary not exceeding 150 words, and key words. The main text should consist of introduction, case report, discussion and references. The entire text should not exceed 5 pages (A4, formatted as specified above).

### Review Articles

Review articles can address any aspect of clinical or laboratory ophthalmology. Review articles must provide critical analyses of contemporary evidence and provide directions of current or future research. Most review articles are commissioned, but other review submissions are also welcome. Before sending a review, discussion with the editor is recommended.

Review articles analyze topics in depth, independently and objectively. The first chapter should include the title in Turkish and English, an unstructured summary, and key words. Source of all citations should be indicated. The entire text should not exceed 25 pages (A4, formatted as specified above).

### Letters to the Editor

Letters to the Editor should be short commentaries related to current developments in psychiatry and their scientific and social aspects, or may be submitted to ask questions or offer further contributions in response to work that has been published in the journal. Letters do not include a title or an abstract; they should not exceed 1,000 words and can have up to 5 references.

1. Submitted manuscripts should be written in Microsoft Word, RTF or WordPerfect format.
2. Text should be double-spaced with 12 type size. (Except URL's) All the places of schemes, graphics, and tables should be pointed in appropriate points in text.
3. All authors should be listed without being numbered in references section.
4. The text should be in accordance with the stylistic and bibliographic requirements specified in "Information to Authors"
5. For English keywords, <http://www.nlm.nih.gov/mesh> (Medical Subject Headings), and for Turkish keywords <http://www.bilimterimleri.com> should be referenced.

### CORRESPONDENCE

All correspondence should be directed to the TJO Editorial Board:

**Post:** Turkish Association For Child And Adolescent Psychiatry

Cinnah Street 35/12 Çankaya / ANKARA

**Phone:** +90 312 440 12 57

+90 541 440 33 54

**Affiliation Web Page:** [www.cogepderg.org.tr](http://www.cogepderg.org.tr)

**Journal Web Page:** [cogepder.com](http://cogepder.com)

**E-mail:** [editor@cogepderg.com](mailto:editor@cogepderg.com)



# Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi

Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health

## Ethical Issues & Peer-Review

The Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health is an independent, non-biased periodical publication that adheres to the double-blind peer review process.

The Publication Policy and Manuscript Writing Rules were prepared in accordance with the Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing, and Publication of Scholarly Work in Medical Journals (ICMJE Recommendations) (2016, <http://www.icmje.org>).

Submitted manuscripts are first evaluated for their scientific value by the editor. After initial evaluation, regarding to article's topic, one of the associate editors is assigned. Then, manuscripts are sent to at least three peer reviewers for evaluation by assistant editor. The Editorial Board may also send the manuscript to another reviewer if necessary. All reviewers are independent national and international experts in the field. After peer-review process, associate editor adds his/her own comments to the peer reviews and send them to the Editor-in-Chief and deputy editor. Editor-in-Chief considers peer-reviewers' and associate editor's comments and commits his/her final decision. The whole evaluation process is aimed to be finished within 3 months. Every submission is also evaluated by the statistics editor.

Dates when the manuscript was received and accepted are stated in the first page of the manuscript that is published.

The Editor-in-Chief and associate editors have the right to reject, return manuscripts for revision, or revise the format of manuscripts that do not comply with publication rules.

For all complaints and appeals, please contact the Editorial Office. A complaint will be reviewed by Editor and the action will be taken. Whenever the investigation is completed and the decision is made, the complainant will be notified upon the decision.

The Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health must get informed about the manuscripts which is requested to be withdrawn, including the justifications. The decision is made in accordance with the editorial policies.

## Ethical Issues

For the experimental, clinical and drug human studies, approval by ethical committee and statement on the adherence of the study protocol to the international agreements (Helsinki Declaration revised 2013 (<https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>)) are required. In experimental animal studies, the authors should indicate that the procedures followed are in accordance with animal rights (Guide for the care and use of laboratory animals, [www.nap.edu.catalog/5140.html](http://www.nap.edu/catalog/5140.html)) and they should obtain animal ethic committee approval.

All collected data will not be shared with third-party person, organization or any other affiliation. Authors' personal data (excluding corresponding author; it is stated in each article) are protected. Patients' personal data will not be disclosed.

The Ethic Committee approval document should be submitted to the Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health together with the manuscript.

The approval of the ethic committee, statement on the adherence to international guidelines mentioned above and the patients' informed consent that is obtained should be indicated in the 'Material and Method' section and it is required for case reports whenever used data/media that could reveal the identity of patient. The declaration of the conflict of interest between authors, institutions, acknowledgement of any financial or material support, and aid is mandatory for authors submitting manuscript and the statement should appear at the end of manuscript. Reviewers are required to report if any potential conflict of interest exists between reviewer and authors and institutions. All editors are experts in their own fields; therefore, all possible conflicts of interest are prevented. In case of any, Editor-in-Chief will take the action according to the COPE Guidelines.

**Plagiarism:** To re-publish whole or in part the contents of another author's publication as one's own without providing a reference.

**Fabrication:** To publish data and findings/results that do not exist.

**Duplication:** Use of data from another publication, which includes re-publishing a manuscript in different languages without citing.

**Salamisation:** To create more than one publication by dividing the results of a study preternaturally.

We use Crossref Similarity Check powered by "iThenticate" to screen all submissions for plagiarism before publication. We disapprove upon such unethical practices as plagiarism, fabrication, duplication, and salamisation, as well as efforts to influence the review process with such practices as gifting authorship, inappropriate acknowledgements, and references. In case of suspicion, the authors will be asked for additional explanation. Further actions will be made according to the COPE Flowcharts.

Additionally, authors must respect participant right to privacy. On the other hand, short abstracts published in congress books that do not exceed 400 words and present data of preliminary research, and those that are presented in an electronic environment are not accepted pre-published work.

Authors in such situation must declare this status on the first page of the manuscript and in the cover letter. (The COPE flowchart is available at: <http://publicationethics.org>)



## ► İÇİNDEKİLER

### ÖZGÜN ARAŞTIRMALAR / ORIGINAL ARTICLES

- 97 **Tıp Fakültesi 6. Sınıf Öğrencilerinde Otizm Spektrum Bozukluğu ile İlgili Bilgi ve Farkındalık Düzeyi**  
The Level of Knowledge and Awareness About Autism Spectrum Disorder on 6<sup>th</sup> Class Students of Adnan Menderes University Faculty of Medicine  
*Serhat Pirinççi, Hatice Aksu, Filiz Abacıgil, Pınar Okyay; Aydın, Türkiye*
- 103 **Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocuk ve Ergenlerde Serum Anti-oksidan Vitamin Düzeyleri**  
Serum Anti-oksidan Vitamin Levels in Children and Adolescents with Attention Deficit Hyperactivity Disorder  
*Müslüm Kul, Mahmut Zabit Kara, Saniye Önal, Fatih Ünal; Mersin, Antalya, Ankara, Türkiye*
- 108 **Ortaokul Yedinci ve Sekizinci Sınıf Öğrencilerinin Sosyal Anksiyete Düzeyleri ile Benlik Saygıları, Anne-Baba Tutumları, Mükemmeliyetçilik Özellikleri Arasındaki İlişki**  
The Relationship Between Social Anxiety Levels and Self Esteem, Parental Attitudes, Perfectionism Traits of Seventh and Eighth Grade Students in Secondary School  
*Kübra Eroğlu, Hatice Odacı; Trabzon, Türkiye*
- 116 **Özgün Öğrenme Bozukluğunun Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğundaki Sosyal Beceriye Etkisi**  
The Effect of Specific Learning Disability on Social Skills in Attention Deficit Hyperactivity Disorder  
*Nurcan Eren Şimşek, Nursu Çakın Memik, Özlem Yıldız Gündoğdu; Bayburt, Kocaeli, Türkiye*
- 125 **Erken Evlendirilmeleri için Adli Rapor Talebi ile Çocuk Psikiyatri Polikliniğine Yönlendirilen Ergenlerin Sosyo-demografik ve Ruhsal Özelliklerinin Değerlendirilmesi**  
Evaluation of the Socio-demographic and Psychiatric Features of the Adolescents who were Referred to a Child Psychiatry Clinic for the Forensic Evaluation for Early Marriage  
*Onur Tuğçe Poyraz Fındık, Burcu Gökalp Özcan, Ayşe Rodopman Arman, Funda Gümüştas; İstanbul, Balıkesir, Türkiye*

### OLGU SUNUMLARI / CASE REPORTS

- 131 **Travma Sonrası Stres Bozukluğu Tanılı Ergene Bilişsel Davranışçı Yaklaşım: Bir Olgu Sunumu**  
Summary: Cognitive Behavioral Approach on an Adolescent Patient with Posttraumatic Stress Disorder: A Case Report  
*Hatice Ünver, Neşe Perdahlı Fiş; İstanbul, Türkiye*
- 136 **Kısa Etkili Metilfenidat Tedavisinden Uzun Etkili Metilfenidat Tedavisine Geçiş Sonrası Ortaya Çıkan Epileptik Nöbet: Bir Olgu Sunumu**  
Epileptic Seizure Following A Switch From Short-acting Methylphenidate to Long-acting Methylphenidate Treatment: A Case Report  
*Serkan Şahin, Hasan Bozkurt; Tokat, Türkiye*
- 140 **Entelektüel Yetersizliğe Eşlik Eden Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Davranım Bozukluğu Olgusunda Klonidin Tedavisi**  
Clonidine Treatment in a Case with Intellectual Disability Accompanied by Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Conduct Disorder  
*Ebru Sağlam Baskın, Ayhan Bilgiç; Konya, Türkiye*

### 2019 İNDEKS / 2019 INDEX

- 2019 Hakem Dizini / 2019 Referee Index  
2019 Yazar Dizini / 2019 Author Index  
2019 Konu Dizini / 2019 Subject Index

### KONGRE VE BİLİMSEL TOPLANTI DUYURULARI / CONGRESS AND SCIENTIFIC MEETINGS



# Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi

Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health

## ► EDİTÖRDEN / EDITORIAL

Değerli Meslektaşlarım ve Alanımızın Değerli Profesyonelleri,

Yılın en son sayısı ile tekrar karşınızdayız. Artan araştırma makalesi sayılarımız ve yayınların gösterdikleri bilimsel kalite editörler kurulu olarak bizleri çok sevindirmektedir. Kendi ülkemizde yapılmış çalışmaları referans göstermek, kendi çalışmalarımızı uluslararası yayına dönüştürürken oldukça önem kazanmaktadır. Bu nedenle dergimizde yayınlanmış çalışmaları referans kaynak olarak göstermeniz dergimizin etki gücünü yükseltilmesi açısından inanılmaz katkılar sağlayacaktır. Bu alanda desteklerinizi dört gözle bekliyoruz.

Geçen sayıda sizlerin yüreğine dokunup dergimize desteğin meslek grubumuza ne kadar büyük bir iyilik olacağını ifade etmeye çalışmıştım. Bu yazımdan sonra Türkiye'nin dört bir yanından sevgili meslektaşlarım ve araştırmacılar dergimize destek olmak için hazırladıkları makaleleri bildirmiş, hatta bazıları makaleleri göndermiştir. Bu kadar duyarlı ve çalışkan bir topluluğun bir üyesi olmaktan yine çok büyük onur ve mutluluk duyduğumu söylemek isterim. Özellikle genç meslektaşlarımın akademik kariyerlerini oluşturmaya çabalarken dergimizde yaptıkları yayınlar onlara pek çok katkı sağlayacaktır. Sanırım hepimiz bu dergiye olan sevgimizden dolayı bundan büyük bir manevi haz da duymaktayız. Bu nedenlerle bu meslek topluluğuna ve bu dergi uğruna yapılan tüm emeklere değer...

Uzmanlık alanımızın klinikten araştırmaya en yaygın sorun ve bozuklukları olan nörogelişimsel bozukluklardan kaygı ve travmaya dek çok zengin çalışmayı içeren yılın son sayısını keyifle okumanızı dilerken saygılarımı sunuyorum.

**Prof. Dr. Neslihan İnal Emiroğlu**  
Editör

# Tıp Fakültesi 6. Sınıf Öğrencilerinde Otizm Spektrum Bozukluğu ile İlgili Bilgi ve Farkındalık Düzeyi

*The Level of Knowledge and Awareness About Autism Spectrum Disorder on 6<sup>th</sup> Class Students of Adnan Menderes University Faculty of Medicine*

© Serhat Pirinççi<sup>1</sup>, © Hatice Aksu<sup>2</sup>, © Filiz Abacıgil<sup>1</sup>, © Pınar Okyay<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Aydın, Türkiye

<sup>2</sup>Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Anabilim Dalı, Aydın, Türkiye

ÖZ

**Amaç:** Otizm spektrum bozukluğu (OSB) toplumsal iletişim ve etkileşimde güçlükler ile sınırlı, yineleyici davranış örüntülerinden oluşan nörogelişimsel bir bozukluktur. OSB oldukça sık rastlanan ciddi hastalıklardan biridir. Amerikan Psikiyatri Birliği'nin Haziran 2015 verilerine göre her 68 çocuktan birine OSB tanısı konmaktadır.

**Gereç ve Yöntem:** Çalışma tanımlayıcı tipte bir araştırmadır. Araştırmanın evreni, Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi 6. Sınıf öğrencilerinden oluşmuştur (n=167). Verilerin toplanmasında 45 sorudan oluşan bir anket formu kullanılmıştır. Anket sorularının belirlenmesinde DSM-5 tanı kriterleri, Değiştirilmiş Erken Çocukluk Dönemi Otizm Tarama Ölçeği ve Sağlık Çalışanları Arasında Çocukluk Çağı Otizmi Hakkında Bilgi Anketi'nden faydalanılmıştır.

**Bulgular:** Çalışmaya 127 kişi katılmıştır. Çalışmaya katılan 127 kişiden 23'ü (%18,1) OSB'yi duymadığını belirtmiştir. Bilgi düzeyi açısından erkekler ve kadınlar arasında anlamlı fark bulunmamıştır (p=0,378). Katılımcıların 27'si (%21,1) çocuk psikiyatrisi stajı sırasında OSB olan hasta muayene ya da takibine katıldıklarını belirtmişlerdir ve katılanlar ile katılmayanlar arasında bilgi düzeyi açısından anlamlı fark tespit edilmiştir (p<0,001). Çalışmaya katılan beş öğrenciden biri OSB'yi duymadığını belirtmiştir. Bunun nedeni; anketin ilk sorusunda OSB'yi duyup duymama durumu sorgulanmış ve duymadığını belirtenlerin anketi sonlandırması istenmiştir. Çalışmaya ilgisiz olan katılımcıların bu seçeneği tercih etmiş olduğu öngörülebilir. OSB olan hasta muayene ya da takibine katılım bilgi kalıcılığı ve farkındalık açısından olumlu etki göstermektedir.

**Sonuç:** OSB'nin giderek yaygınlaşması, bu hastalığı önemli bir halk sağlığı sorunu haline getirmiştir. Tıp fakültesi öğrencilerinin hasta muayene ve takibine katılımı üzerinde durulmalıdır. Sağlık çalışanlarına aralıklı eğitim seminerleri ve yenileme eğitimleri verilmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** Otizm spektrum bozukluğu, tıp öğrencileri, farkındalık

ABSTRACT

**Objectives:** Autism spectrum disorder (ASD) is a neuro-developmental syndrome that is defined by deficits in social reciprocity and communication, and by unusual restricted, repetitive behaviors. ASDs are one of the very common serious diseases. According to data from the American Psychiatric Association in June 2015, one per 68 children is diagnosed with ASD.

**Materials and Methods:** The study is a descriptive study. The population of the research includes the grade 6 students from Adnan Menderes University School of Medicine (n=167). In the study, it was tried to involve the entire population. To determine the survey questions, the diagnostic criteria for DSM-5, Modified Checklist for Autism in Toddlers and Knowledge About Childhood Autism Among Health Workers Survey have been benefited from.

**Results:** The study included 127 participants. Of these participants, 23 (18.1%) said they had not heard of ASD. There was no significant difference between men and women in terms of the level of knowledge (p=0.378). Twenty seven participants (21.1%) reported that they participated in the examination or follow-up of patients with ASDs during the internship in the department of child psychiatry and there was a significant difference in the level of knowledge between the students who participated and did not participate (p<0.001). One of the five students who participated in the study stated that they never heard of ASD. This is because the students were asked about whether or not they heard about ASD in the first question of the survey and they were asked to finalize the survey if they did not. It can be suggested that the students not interested in the study might have preferred this option. Participation in the examination and follow-up of patients with ASD shows a positive effect in terms of memorability and awareness of knowledge.

**Conclusion:** ASD's being increasingly widespread has made this disease a major public health problem. The participation of medical students in the patient examinations and follow-up periods should be emphasized. Health workers should be given intermittent training seminars and refresher trainings.

**Keywords:** Autism spectrum disorder, medical students, awareness

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Dr. Serhat Pirinççi, Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Aydın, Türkiye

Tel.: +90 530 937 99 92 E-posta: pirincciserhat@gmail.com ORCID: orcid.org/0000-0002-6167-8726

Geliş Tarihi/Received: 28.07.2016 Kabul Tarihi/Accepted: 28.06.2016

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



## Giriş

Otizm spektrum bozukluğu (OSB) toplumsal iletişim ve etkileşimde güçlükler ile sınırlı, yineleyici davranış örüntülerinden oluşan nörogelişimsel bir bozukluktur. Toplumsal iletişim ve etkileşimde güçlükler; ilişki kurma ve sürdürmede zorlanma, göz kontağı kuramama, duyguları ifade edememe ve etkileşim başlatma ve sürdürmede zorlanma şeklinde açıklanabilir. Sınırlı, yineleyici davranış örüntüleri ise basmakalıp ve tekrarlayıcı motor hareketler, aynılıkta ısrar, rutine sıkı bağlılık, sınırlı ve yoğun ilgi alanı ve duyuşal az veya çok uyarılma şeklinde açıklanabilir.<sup>1</sup>

OSB oldukça sık rastlanan çocukluk çağı ruşsal hastalıklarından biridir ve sıklığı Amerika'da 2004 yılında yaklaşık binde 6,2 iken, Amerikan Psikiyatri Birliği'nin Haziran 2015 verilerine göre hastalık kontrol ve önleme merkezlerinde 68 çocuktan birine OSB tanısı konmaktadır. Erkek çocuklarda kız çocuklarına oranla 3-4 kat daha fazla görülmektedir.<sup>2,3</sup> OSB'nin etiyojisi tam olarak açıklanamamıştır. Çeşitli nörogenetik ve nörobiyolojik mekanizmaların etiyojide rol oynadığı düşünülmektedir. OSB'ye özgü klinik belirtiler, başka birçok nörolojik, genetik ve metabolik hastalıkta da görülür.<sup>4,5</sup>

Erken tanı ve tedavi, OSB'nin azaltılması ve OSB'li çocukların ve ailelerinin yaşam kalitesinin iyileştirilmesi için önemlidir. OSB tanısı için hiçbir tıbbi test yoktur. Tanı gözleme dayalı olarak çocuğun aynı yaştaki diğer çocuklarla kıyaslanması neticesinde konur.<sup>2</sup> Kesin tanı koymak için çocuğun birçok defa, belli aralıklarla, değişik ortamlarda ve birden fazla uzman tarafından görülmesi uygundur.

OSB olan çocukların yaklaşık yarısında konuşma anlamlı bir iletişim aracı olacak şekilde gelişmez ve konuşma gecikmesi ailelerin en büyük kaygısı olarak görünmektedir.<sup>6</sup> Önceki çalışmalar OSB'li çocuklarda erken tanı ve müdahalenin önemini vurgulasa da birçok aile tanı sürecinde tatmin olmamaktadır. Bu durumu düzeltmek için aile hekimleri büyük önem taşımaktadır. Aile hekimleri OSB'nin temel semptomlarına tamamen hakim olmalıdır.<sup>7</sup>

Doktorlar, hemşireler, terapistler ve eğitimciler gibi otistik çocuklarla ilk teması sağlayan profesyonellerde OSB bilgi ve farkındalığı genel olarak düşük bulunmuştur.<sup>8,9</sup> Farkındalığın az olması nedeni ile az tanı konulması, tedavi erişiminin yetersiz olması ve OSB'nin artan sıklığı, bu hastalığı önemli bir halk sağlığı problemi haline getirmiştir.<sup>10</sup>

Bu çalışmanın amacı; Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi 6. Sınıf öğrencilerinin OSB hakkındaki bilgi ve farkındalık düzeylerinin belirlenmesidir.

Çalışmanın hipotezleri; tıp fakültesi öğrencilerinin sosyo-demografik özellikleri bakımından bilgi ve farkındalık düzeylerinde fark yoktur ( $H_0$ ), ve tıp fakültesi öğrencilerinin çocuk psikiyatrisi stajına aktif katılıp katılmaması bakımından bilgi ve farkındalık düzeylerinde fark yoktur ( $H_0$ ).

## Gereç ve Yöntem

### Çalışmanın Genel Özellikleri

Çalışma tanımlayıcı tipte bir araştırmadır. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay alınmıştır, onay numarası 2015/675'dir. Etik kurul izni kapsamında, tıp fakültesi dekanlığı ve hastane başhekimliğinden de izin alınmıştır.

### Çalışma Grubu

Araştırmanın evrenini, Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi 2015-2016 eğitim-öğretim yılı 6. sınıf öğrencileri oluşturmaktadır (n=167). Çalışmada örneklem büyüklüğü hesaplanmamış, evrenin tamamına ulaşılmaya çalışılmıştır. Öğrencilere Eylül 2015'te Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nde ulaşılmıştır. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır.

Çalışmaya alınma kriterleri; Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi 6. sınıf öğrencisi olmak ve çalışmaya katılmayı istemektir. Katılımcıların anket formunu tamamlamaması çalışmadan çıkarılma kriteri olarak belirlenmiştir.

### Anket Özellikleri ve Uygulaması

Araştırmada verilerinin toplanmasında anket formu kullanılmıştır. Anket sorularının belirlenmesinde DSM-5 tanı kriterleri, Otizm Spektrum Bozukluğu Erken Tanı Sorgulama Formu (M-CHAT "Modified Checklist for Autism in Toddlers") ve Sağlık Çalışanları Arasında Çocukluk Çağı Otizmi Hakkında Bilgi Anketi'nden faydalanılmıştır. M-CHAT testi, otistik çocuğun davranışlarını sistematik olarak gözlemek, değerlendirmek ve aileye ayrıntılı sorular sorabilmek için geliştirilmiş bir testtir.

Uygulanan anket 3 bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde sosyo-demografik özellikler, ikinci bölümde katılımcıların OSB'yi duyup duymadıkları ve katılımcı öğrencilerin OSB olan çocukların muayenesine katılıp katılmadığı sorgulanmıştır. Üçüncü bölüm ise katılımcı öğrencilerin bilgi ve farkındalığını belirleme amacıyla hazırlanmış 45 sorudan oluşmuştur. Üçüncü bölümdeki soruların cevapları doğru, yanlış ve fikrim yok seçenekleri ile değerlendirilmiştir. Her sorunun bir doğru cevabı vardır. Doğru cevaplar 1 puan, yanlış ve fikrim yok cevapları ise 0 puan olarak değerlendirilmiştir. Anketler anketörlerin gözetimi altında katılımcılar tarafından kendi kendilerine doldurulmuştur. Anket uygulama süresi yaklaşık 15 dakikadır.

### İstatistiksel Analiz

Veri analizi için bir istatistik programı (Windows için SPSS, v21.) kullanılmıştır. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testi ile değerlendirilmiş ve verilerin normal dağıldığı tespit edilmiştir. Tanımlayıcı veriler, yüzdelikler, ortalama  $\pm$  standart sapma olarak verilmiştir. Analitik değerlendirmede bağımsız örneklem Student's t-testi ile ki-kare testi kullanılmıştır. Tip 1 ( $\alpha$ ) hata düzeyi 0,05 olarak alınmıştır.

## Bulgular

Çalışmaya 127 (%76,1) kişi katılmıştır. Çalışmaya katılmayan öğrencilerin hastane dışı stajda olduğu öğrenilmiştir. Katılımcıların 69'u erkek (%54,3) ve 58'i kadındır (%45,6). Katılımcıların yaş ortalaması 24,0±0,3'tür.

Çalışmaya katılan 127 kişiden 23 kişi (%18,1) OSB'yi duymadığını belirttiğinden anketleri sonlandırılmıştır.

Katılımcı öğrencilerin 27'si (%21,1) çocuk psikiyatrisi stajı sırasında OSB olan hasta muayene ya da takibine katıldıklarını belirtmişlerdir. Öğrencilerin Otizm Spektrum Bozukluğu hasta takip durumu Şekil 1'de verilmiştir.

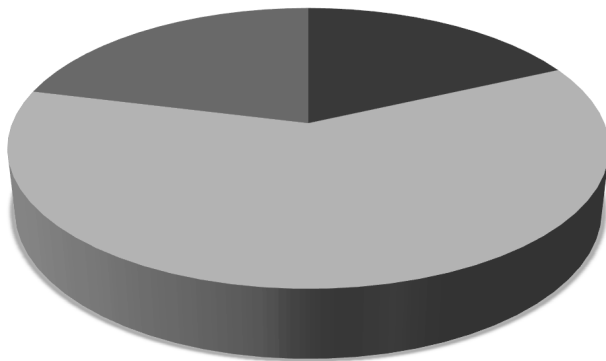
Öğrencilerden OSB'yi duyanlar ile duymayanlar arasında cinsiyet ( $p=0,484$ ) ve yaş ( $p=0,509$ ) bakımından fark yoktur.

Öğrencilerin otizm spektrum bozukluğu bilgi düzeyleri Tablo 1'de verilmiştir. Öğrencilerin aldıkları toplam puan 45 üzerinden 24,0±5,9'dur. Erkeklerin aldığı toplam puan 45 puan üzerinden 23,5±5,8, kadınların aldığı toplam puan 45 puan üzerinden 24,5±5,9'dur. Çalışmaya katılan öğrencilerde bilgi düzeyi açısından erkekler ve kadınlar arasında anlamlı fark yoktur ( $p=0,378$ ). Çocuk psikiyatrisi stajı sırasında OSB'li hasta muayene ya da takibine katılanlar ile katılmayanlar arasında bilgi düzeyi açısından anlamlı fark vardır ( $p<0,001$ ).

Öğrencilerden soruların tamamına doğru yanıt veren olmamıştır. En yüksek puan alan 1 kişi (%0,9) 45 üzerinden 39 puan almıştır. Ayrıca öğrencilerden soruların tamamına yanlış cevap veren de olmamıştır. En düşük puan alan 1 kişi (%0,9) 45 üzerinden 10 puan almıştır.

## Tartışma

Çalışmaya katılan beş öğrenciden biri OSB'yi duymadığını belirtmiştir. Bu yüksek duymama oranının, OSB'yi gerçekten duymama dışında da nedenleri olabilir. Bunlardan en önemlisi anket yapısı ile ilişkilidir ve çalışmanın bir kısıtlılığı olarak değerlendirilebilir. Veri toplama formunun ilk sorusunda



- Otizm Spektrum Bozukluğu'nu Duymayanlar (%18,1)
- Otizmi Hasta Görmeyenler (%60,8)
- Otizmli Hasta Takibine katılanlar (%21,1)

**Şekil 1.** Öğrencilerde otizm spektrum bozukluğu hasta takip durumu

OSB'yi duyup duymama durumu sorgulanmış ve duymadığını belirtenlerin anketi sonlandırması istenmiştir. Çalışmaya ilgisiz olan katılımcıların bu seçeneği tercih etmiş olduğu öngörülebilir. Aslında bu da başlı başına önemli bir veridir. Otizm ile ilgili bir duyarlılık eksikliği olarak yorumlanabileceği gibi, böyle bir grubun bilimsel bir çalışmaya olan ilgisizliği saha çalışmalarında toplumdaki gönüllü katılımcı bulabilme adına endişe vericidir. Bu durum, araştırmanın farkındalık ve bilgi sorularını yanıtlayan katılımcı oranını da etkilemiş ve çalışma evrene göre %62,3'lük bir katılma oranı ile sonuçlanmıştır. Öğrencilerin gerçekten de OSB'yi duymama olasılıkları çok düşük olsa da, saha çalışmalarında tıbbi meslek gruplarında yüksek oranlara rastlanılmıştır. Hekim grubunda, 2011 yılında Rahbar ve ark.'nın<sup>11</sup> Pakistan'da yaptıkları çalışmada OSB'yi duymama oranı aile hekimleri arasında %55,4'tür.

Çalışmaya katılan dört öğrenciden biri OSB olan hasta muayenesine veya takibine katıldığını belirtmiştir. Bakare ve ark.<sup>12</sup> tıp öğrencilerinde yaptığı benzer çalışmada OSB olan hasta muayenesine veya takibine katılım oranının %28,8 olarak tespit edildiğini bildirmişlerdir. Çocuk psikiyatrisi stajı sırasında OSB olan hasta muayene ya da takibine katılanlar ile katılmayanlar arasında bilgi düzeyi açısından anlamlı fark vardır. Bu durum bilgi kalıcılığı ve farkındalık açısından hasta muayenesine veya takibine katılımın olumlu etkisini göstermektedir. Nijerya'da Esegbe ve ark.'nın<sup>13</sup> yaptığı çalışmada da benzer bir şekilde OSB olan hasta muayenesi ve takibinin bilgi düzeyini artırıcı faktör olduğu tespit edilmiştir.

Shah'ın<sup>7</sup> İngiltere'de tıp fakültesi öğrencilerinde yaptığı çalışmada 1. sınıf öğrencileri ile 4. sınıf öğrencileri arasında etiyoloji, prognoz ve tedavi bilgisi açısından fark yok iken, temel semptomlar ve tanı kriterleri açısından 4. sınıf öğrencileri daha bilgilidir. Bu durum sınıf arttıkça etiyoloji, prognoz ve tedavi bilgi durumunun değişmediğini ve tıp eğitimi sürecinde bu konular üzerinde durulması gerektiğini göstermektedir.

Bu çalışmada, "hayali oyun kurgulayıp oynayabilme (%33,6)", "ne olduğunu merak ettiği bir şeyi işaret parmağıyla gösterme (%29,8)", "bir şeyin ilgisini çektiğini belirtmek için işaret parmağıyla gösterme (%28,8)", "bazı şeyleri (eşyalar, oyuncaklar gibi) göstermek için çevresindekilere getirme (%29,9)", "bilmedikleri bir durumla karşılaştıkları zaman çevresindekilerin davranışını anlamak amacıyla yüzlerine bakma (%28,8)" gibi OSB'li çocukların çevresiyle ve çevresindeki kişilerle ilişki durumunu sorgulayan sorulara genel olarak düşük oranda doğru cevap verilmiştir. Bu durum OSB tanı aşamasında uzun süre gözlemin önemini ortaya koymaktadır ve tanının OSB konusunda tecrübeli bir klinisyen tarafından koyulması gerekliliğini doğrulamaktadır. Hartley-McAndrew ve ark.<sup>10</sup> hastalarla ilk teması sağlayan profesyoneller ile yaptığı çalışmada, "sözel olmayan iletişim ve ilişkilerin sürdürülmesinde güçlük durumu" bilgisini tek başlıkta sorgulamışlar ve %53 oranında doğru cevap almışlardır.

Çalışmamızda yer alan öğrenciler tarafından en düşük oranda cevaplanan klinik bulguların "ortak dikkati sorgulayan sorular" olduğu saptanmıştır. "Bazı şeyleri (eşyalar, oyuncaklar gibi) göstermek için çevresindekilere getirme (%27,9)", "bir şeyin

**Tablo 1. Öğrencilerde otizm spektrum bozukluğu bilgi düzeyi (n=104)**

	Doğru		Yanlış		Fikrim yok	
	n	%	n	%	n	%
Çevreye karşı ilgi kaybı yaşarlar	83	<b>79,8</b>	9	8,7	12	11,5
Bazen boşluğa bakıyormuş gibi dalıp giderler	83	<b>79,8</b>	13	12,5	8	7,7
Bazı seslerden aşırı derecede rahatsız olabilirler	82	<b>78,8</b>	15	14,5	7	6,7
Otizm spektrum bozukluğu konusunda sağlık personelinde farkındalık düşüktür	81	<b>77,9</b>	11	10,6	12	11,5
Kalıplaşmış veya tekrarlayan hareket ve konuşma vardır	76	<b>73,1</b>	18	17,3	10	9,6
Otizm spektrum bozukluğu bir nörogelişimsel bozukluktur	74	<b>71,2</b>	20	19,2	10	9,6
Bir-iki saniyeden daha uzun süreli göz teması (gözünüzün içine bakması) kuramazlar	74	<b>71,2</b>	16	15,3	14	13,5
Dil gelişiminde gecikme veya eksiklik vardır	73	<b>70,2</b>	22	21,2	9	8,6
Erken müdahale etkilidir	72	<b>69,2</b>	13	12,5	19	18,3
Yüzünün önünde parmaklarıyla anlaşılabilir hareketler yaparak ellerini seyrederek	72	<b>69,2</b>	14	13,5	18	17,3
Ağır veya ılımlı şekilde ortaya çıkabilir	69	<b>66,3</b>	23	22,1	12	11,6
Acıya/sıcağa duyarlılık, belirli seslere, kokulara, ışığa aşırı ilgi/ilgisizlik vardır	68	<b>65,4</b>	18	17,3	18	17,3
Zamanı geldiğinde yürüyebilirler	67	<b>64,4</b>	28	26,9	9	8,7
Çevresindekiler çocuğun iyi işitmediğinden endişe duyarlar	67	<b>64,4</b>	25	24,0	12	11,6
Çevresindeki diğer çocuklarla ilgilenirler*	27	26,0	66	<b>63,5</b>	11	10,5
Anormal yemek yeme alışkanlıkları olabilir	66	<b>63,5</b>	18	17,3	20	19,2
Otizm spektrum bozukluğu zihinsel engellilik ile ilişkili olabilir	66	<b>63,4</b>	24	23,1	14	13,5
Nesnelerin parçalarına karşı kalıcı meşguliyet vardır	65	<b>62,5</b>	25	24,0	14	13,5
Küçük oyuncakları (araba, lego gibi) ağızına almadan, fırlatıp atmadan veya elinde sallamadan amacına uygun olarak oynayabilirler*	28	26,9	63	<b>60,6</b>	13	12,5
Otizm spektrum bozukluğu çocukluk çağı şizofrenisidir*	17	16,4	62	<b>59,6</b>	25	24,0
Çevresindekilerin baktığı şeylere onlar da bakarlar*	33	31,7	59	<b>56,7</b>	12	11,6
Sallanmaktan, dizde hoplatılmaktan veya benzeri oyunlardan hoşlanırlar	59	<b>56,7</b>	25	24,0	20	19,3
Otizm spektrum bozukluğu bir otoimmün durumdur*	18	17,3	59	<b>56,7</b>	27	26,0
İsmiyle çağrıldığında cevap verirler*	34	32,7	57	<b>54,8</b>	13	12,5
Özel yetenek ve becerilere sahip olanlar vardır	54	<b>51,9</b>	19	18,3	31	29,8
Çevresindeki insanların neler söylediğini/konuştuğunu anlarlar*	38	36,5	48	<b>46,2</b>	18	17,3
Parçalanmış aile ile ilgilidir*	21	20,2	47	<b>45,2</b>	36	34,6
Uygun tedavi ile iyileşebilirler	47	<b>45,2</b>	26	25,0	31	29,8
Bakıldığında veya güldüğünde onlar da gülerler veya taklit ederler*	44	42,3	47	<b>45,2</b>	13	12,5
Otizm spektrum bozukluğu epilepsi ile ilişkili olabilir	46	<b>44,2</b>	36	34,6	22	21,2
Ce-ee (yüzün ellerle kapatıp açarken ce-ee demek) saklambaç oyunlarından hoşlanırlar*	33	31,7	45	<b>43,3</b>	26	25,0
Çevresindekiler bir şeyler yapmaya çalışırken onların dikkatini çekmek için çaba gösterirler*	45	43,3	45	<b>43,3</b>	14	13,4
Eşyalara (örneğin koltuk, kütüphane vb.) ve benzeri şeylere tırmanmayı severler	44	<b>42,3</b>	40	38,5	20	19,2
Dört yaşından önce tanı alamazlar*	43	41,3	41	<b>39,4</b>	20	19,3
Bir eşya (örneğin oyuncak) işaret edildiğinde veya gösterildiğinde eşyaya bakarlar	48	46,2	40	<b>38,5</b>	16	15,3
Diyet müdahalesi tedavi seçeneklerinden biridir*	33	31,7	36	<b>34,6</b>	35	33,7
Nesnelerin gruplandırmasına karşı aşırı ilgilidirler (renk, boyut, şekil) (n=104)*	48	46,2	36	<b>34,6</b>	20	19,2
Hayali oyun kurgulayıp oynayabilirler (örneğin telefonu alıp karşısında biri varmış gibi konuşma veya oyuncak bebeğin altını temizler gibi yapma)*	53	51,0	35	<b>33,6</b>	16	15,4
Ne olduğunu merak ettiği bir şeyi (sormak amacıyla) işaret parmağıyla gösterirler*	62	59,6	31	<b>29,8</b>	11	10,6
Yüksek sosyo-ekonomik düzey ve yüksek eğitim durumu ile ilgilidir*	31	29,8	31	<b>29,8</b>	42	40,4
Ülkemizdeki sıklığı gelişmiş ülkelere göre düşüktür	31	<b>29,8</b>	41	39,4	32	30,8
Tanısal testi yoktur	31	<b>29,8</b>	48	46,2	25	24,0

**Tablo 1. Devamı**

	Doğru		Yanlış		Fikrim yok	
	n	%	n	%	n	%
Bilmedikleri bir durumla karşılaştıkları zaman çevresindekilerin davranışını anlamak amacıyla yüzlerine bakarlar	58	55,8	30	<b>28,8</b>	16	15,4
Bir şeyin ilgisini çektiğini belirtmek için işaret parmağıyla gösterirler	61	58,7	30	<b>28,8</b>	13	12,5
Bazı şeyleri (eşyalar, oyuncaklar gibi) göstermek için çevresindekilere getirirler	52	50,0	29	<b>27,9</b>	23	22,1

\*\*“Yanlış” yanıtının “doğru yanıt” olduğu sorular

ilgisini çektiğini belirtmek için işaret parmağıyla gösterme (%28,8)”, ve “bilmedikleri bir durumla karşılaştıkları zaman çevresindekilerin davranışını anlamak amacıyla yüzlerine bakma %28,8)” bunların başlıcalarıdır. Bakare ve ark.<sup>12</sup> yaptıkları çalışmada, klinik bulgular hakkında en düşük oranda cevaplanan soruların “bakıldığında veya gülündüğünde onların da gülmesi veya taklit etmesi” (%54,4) ve “anormal yemek yeme alışkanlıklarının olabilmesi” (%49,8) olduğunu bildirmişlerdir.

Öğrenciler tarafından en yüksek oranda doğru cevaplanan anket sorularının; “çevreye karşı ilgi kaybı yaşama (%79,8)”, “bazen boşluğa bakıyormuş gibi dalıp gitme (%79,8)” ve “bazı seslerden aşırı derecede rahatsız olabilmek (%78,8)” olduğu saptanmıştır. Bakare ve ark.’nın<sup>12</sup> yaptığı çalışmada, en yüksek oranda cevaplanan soruların; çevresindeki diğer çocuklarla ilgilenmeme (%91,5) ve çevresindekiler bir şeyler yapmaya çalışırken onların dikkatini çekmek için çaba gösterme (%86,8) olduğu belirtilmiştir.

Katılımcı öğrenciler OSB’de %70,2 oranında dil gelişiminde gecikme olabileceğini, %44,2 oranında da epilepsi ile ilişkili olabileceğini belirtmişlerdir. Hartley-McAndrew ve ark.<sup>10</sup> hastalarla ilk teması sağlayan profesyonellerde yaptıkları çalışmada bu oranları sırasıyla %42 ve %46 olarak bildirmişlerdir.

Katılımcı beş kişiden üçü OSB’li hastaların dört yaşından önce tanı alabileceğini bilmemektedir. Bu bulgu çalışmanın en önemli bulgularından biridir. Koruyucu hekimlik açısından çok önemli olan erken tanı yaklaşımının ne yazık ki, bu bilgi durumu ile hayata geçirilmesi zor görünmektedir. Benzer şekilde, Imran ve ark.’nın<sup>14</sup> sağlık profesyonellerinde yaptığı çalışmada erken tanı için önemli olan ilk 36 aya hekimlerce gerekli hassasiyetin gösterilmediği tespit edilmiştir.

Öğrencilerden OSB olan çocukların muayenesine katılanlar bilgi ve farkındalık düzeyi bakımından katılmayanlardan daha iyidir. Bu nedenle öğrencilerde OSB ile ilgili bilgi ve farkındalık oluşturmak için sadece teorik ders dinleme yeterli olmayıp; eğitimin hasta muayenesi ve/veya takibi ile desteklenmesi gereklidir.

### Çalışmanın Kısıtlılıkları

Bu çalışmanın güçlü yanı ülkemizde bu konuda yapılmış olan az sayıdaki çalışmadan biri olmasıdır. Çalışmanın kısıtlılıkları ise; çalışmanın tek merkezli olması, dar kesimde yapılmış olması ve öğrencilerden sorulara yeterli ölçüde yanıt alınamamasıdır. Çalışmanın en önemli kısıtlılığı ise tanımlayıcı

niteliği ile nedensellik ile ilgili ilişkiyi tanımlayamaması ve beyana bağlı olması nedeni ile öğrencilerin hasta başında gözlemlenmeleri gibi daha güçlü bir değerlendirmeye göre daha kısıtlı olmasıdır.

### Sonuç

OSB’nin artan sıklığı bu hastalığı önemli bir halk sağlığı sorunu haline getirmiştir. Tıp fakültesi öğrencilerinin OSB ile ilgili bilgi eksikliği bulunmaktadır. Çocuk psikiyatrisi stajlarında OSB’li hastaların takip sürecine katılmak çok önemli bir bilgi artışı sağlamaktadır. Tıp fakültesi öğrencilerinin eğitim sürecinde OSB ile ilgili farkındalığı arttırıcı çabalar içinde OSB tanısı olan hastaların muayene ve takiplerine bizzat katılmalarının önemli olduğu dikkate alınmalıdır. Erken tanının önemi ve bu konuda tespit edilen bilgi yetersizliği nedeniyle, hekim adaylarına meslek hayatları süresince de OSB hakkında düzenli aralıklarla eğitim seminerleri ve yenileme eğitimleri verilmesi önemli görünmektedir.

### Etik

**Etik Kurul Onayı:** Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu’ndan onay alınmıştır (karar no: 2015/675).

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

**Hakem Değerlendirmesi:** Editörler kurulu ve editörler kurulu dışında olan kişiler tarafından değerlendirilmiştir.

### Yazarlık Katkıları

Konsept: S.P., H.A., F.A., P.O., Dizayn: F.A., P.O., Veri Toplama veya İşleme: S.P., Analiz veya Yorumlama: S.P., H.A., F.A., P.O., Literatür Arama: S.P., H.A., Yazan: S.P.

**Çıkar Çatışması:** Yazarlar tarafından çıkar çatışması bildirilmemiştir.

**Finansal Destek:** Yazarlar tarafından finansal destek almadıkları bildirilmiştir.

### Kaynaklar

1. DSM The Manual Used By Clinicians and Researchers To Diagnose and Classify Mental Disorders. The American Psychiatric Association (APA), DSM-5 in 2013.
2. <http://www.psychiatry.org/patients-families/autism/what-is-autism-spectrum-disorder>(Erişim Tarihi: Haziran 2015).

3. Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı. HYB Yayıncılık, Ankara 2008;242:256.
4. Nicholas JS, Charles JM, Carpenter LA, King LB, Jenner W, Spratt EG. Prevalence and Characteristics of Children With Autism-Spectrum Disorders. *Ann Epidemiol.* 2008;18:130-136.
5. Korkmaz B. Otizm: Klinik ve nörobiyolojik özellikleri, erken tanı, tedavi ve bazı güncel gelişmeler. *Turk Pediatri Ars* 2010;45:37-44
6. Bryson SE, Zwaigenbaum L, Roberts W. The early detection of autism in clinical practice. *Paediatr Child Health.* 2004;9:219-221.
7. Shah K. Research in brief: what do medical students know about autism? *Autism.* 2001;5:127-133.
8. Volkmar FR. Brief report: diagnostic issues in autism: results of the DSM-IV field trial. *J Autism Dev Disord.* 1996;26:155-157.
9. Bakare MO, Ebigbo PO, Agomoh AO, Menkiti NC. Knowledge about childhood autism among health workers (KCAHW) questionnaire: description, reliability and internal consistency. *Clin Pract Epidemiol Ment Health.* 2008;4:17.
10. Hartley-McAndrew M, Doody K, Mertz J. Knowledge of Autism Spectrum Disorders in Potential First-Contact Professionals. *NAJ Med Sci.* 2014;7:97-102.
11. Rahbar MH, Ibrahim K, Assassi P. Knowledge and Attitude of General Practitioners Regarding Autism in Karachi, Pakistan. *J Autism Dev Disord.* 2011;41:465-474.
12. Bakare MO, Tunde-Ayinmode MF, Adewuya AO, Bello-Mojeed MA, Sale S, James BO, Yunusa MA, Obindo JT, Igwe MN, Odinka PC, Okafor CJ, Oshodi YO, Okonoda KM, Munir KM, Orovwigho AO. Recognition of Autism Spectrum Disorder (ASD) symptoms and knowledge about some other aspects of ASD among final year medical students in Nigeria, Sub-Saharan Africa. *BMC Res Notes.* 2015;8:454.
13. Esegbe EE, Nuhu FT, Sheikh TL, Esegbe P, Sanni KA, Olisah VO. Knowledge of Childhood Autism and Challenges of Management among Medical Doctors in Kaduna State, Northwest Nigeria. *Autism Res Treat.* 2015;2015:892301.
14. Imran N, Chaudry MR, Azeem MW, Bhatti MR, Choudhary ZI, Cheema MA. A survey of Autism knowledge and attitudes among the healthcare professionals in Lahore, Pakistan. *BMC Pediatr.* 2011;11:107.



# Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocuk ve Ergenlerde Serum Anti-oksidan Vitamin Düzeyleri

*Serum Anti-oksidan Vitamin Levels in Children and Adolescents with Attention Deficit Hyperactivity Disorder*

© Müslüm Kul<sup>1</sup>, © Mahmut Zabit Kara<sup>2</sup>, © Saniye Önal<sup>3</sup>, © Fatih Ünal<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Mersin Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Kliniği, Mersin, Türkiye

<sup>2</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Kliniği, Antalya, Türkiye

<sup>3</sup>Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Beslenme ve Metabolizma Laboratuvarı, Ankara, Türkiye

<sup>4</sup>Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

## ÖZ

**Amaç:** Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) etiyojisi henüz tam olarak anlaşılammıştır. Son dönemlerde yapılan çalışmalarda bu hastalıkta oksidatif yükün arttığı ve anti-oksidan savunmaların zayıfladığı bildirilmiştir. Bu çalışmanın amacı; DEHB tanısı konan çocuk ve ergenler ile sağlıklı kontrol grubunu, anti-oksidan savunma mekanizmalarının önemli bir bileşeni olan serum anti-oksidan vitamin düzeyleri açısından karşılaştırmaktır.

**Gereç ve Yöntem:** Yapılan klinik değerlendirme ve kullanılan ölçek sonuçları ile DEHB tanısı konan 39 çocuk ve ergen, yaş ve cinsiyet açısından benzer 25 sağlıklı kontrol ile serum vitamin A, C ve E düzeyleri açısından karşılaştırıldı.

**Bulgular:** DEHB grubunda A, C ve E vitamin düzeyleri sağlıklı kontrollere benzer bulunmuştur.

**Sonuç:** Çalışmamızın sonuçları serum anti-oksidan vitamin düzeylerinin DEHB hastalarında sağlıklı kontrollerden farklı olmadığını göstermiştir. Bununla birlikte bu konuda daha geniş gruplar ile yapılacak çalışmalara ihtiyaç vardır.

**Anahtar Kelimeler:** DEHB, anti-oksidan savunma, serum vitamin düzeyleri

## ABSTRACT

**Objectives:** The etiological causes of attention deficit and hyperactivity disorder (ADHD) are not fully understood yet. Recent studies have reported that the anti-oxidant activity is reduced and the oxidative stress is increased in ADHD. The aim of this study is to compare serum anti-oxidant vitamin levels, which are important components of anti-oxidant defense system, between the children and adolescents with ADHD and healthy controls.

**Materials and Methods:** Serum levels of vitamin A, C and E were compared between 39 children and adolescents diagnosed with ADHD and 25 healthy controls with similar age and gender by using clinical evaluation and rating scales.

**Results:** There were no significant differences in serum vitamin A, C and E levels between ADHD and control groups.

**Conclusion:** This study concludes no significant effect of serum A, C and E vitamin levels on ADHD. There is still need for future studies on larger samples.

**Keywords:** ADHD, anti-oxidant defense, serum levels of vitamin

## Giriş

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) çocukluk çağının en sık psikiyatrik hastalığı olup etiyojisi tam olarak anlaşılammıştır. Son yıllarda DEHB'nin nörobiyolojik temellerine yönelik araştırmaların sayısı ve elde edilen veriler artmaktadır. Bu amaçla yapılan çalışmalarda araştırılan konulardan bir tanesi de oksidatif metabolizmadır.

Vücudumuzda indirgenme tepkimeleri sonucunda oksidan denilen atık moleküller ortaya çıkar. Oksidan moleküllerin büyük bölümünü, reaktif oksijen türevleri olarak adlandırılan ve oksijenden oluşan serbest radikaller oluşturur.<sup>1</sup> Bu moleküller son derece toksik olup hücrenin temel yapılarını etkileyerek hücre ölümüne kadar varabilen hasara yol açarlar.<sup>2</sup> Oksidanların oluşum hızı ile bunları etkisizleştiren anti-oksidanlar arasındaki dengenin oksidanlar lehine bozulması,

**Yazışma Adresi/Address for Correspondence:** Dr. Mahmut Zabit Kara, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Kliniği, Antalya, Türkiye

**E-posta:** mahmutz.kara@yahoo.com **ORCID:** orcid.org/0000-0002-7727-3838

**Geliş Tarihi/Received:** 18.07.2013 **Kabul Tarihi/Accepted:** 09.06.2017

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



hücreleri oksidanların zararlı etkilerine açık hale getirir. Oksidanların artışı ile hücre işlevleri üzerinde yaptıkları biyolojik hasar için "oksidatif stres" tanımı kullanılır.<sup>3</sup> Son yıllarda yapılan çeşitli çalışmalarda şizofreni, bipolar afektif bozukluk, depresyon, otizm ve DEHB gibi birçok psikiyatrik hastalıkta nitrik oksit, malondialdehit gibi bazı oksidan moleküllerin arttığı, buna karşın glutatayon peroksidaz, süperoksit dizmutaz gibi bazı anti-oksidan moleküllerin ise azaldığı gösterilmiş olup bunun da hastalıkların oluşumunda rol oynayabileceği öne sürülmüştür.<sup>4-10</sup> Erişkin DEHB grubunda yapılan bir çalışmada ise total anti-oksidan seviye (TAS), total anti-oksidan seviyenin (TOS) ve oksidatif stres indeksi (TOS/TAS) kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek olduğu bulunmuştur. Yüksek TAS değerleri artmış oksidatif yükün dengelenmeye çalışılması ile ilişkilendirilmiş, bu artışa rağmen DEHB grubunda oksidatif balansın bozulmuş olduğu saptanmıştır.<sup>11</sup>

Oksidatif stresin etkisi ile ilgili en güçlü varsayım, oksidanların zarla ilişkili proteinler ile tepkimeye girmelerinden kaynaklanmaktadır. Zar yapısındaki bozulmanın nöronların reseptörlerini de etkileyebileceği ve bunun da nöron işlevlerinin bozulmasına neden olabileceği öne sürülmüştür.<sup>12</sup> Ayrıca nöronal hücre zarlarında meydana gelen bozulmaların norepinefrin ve dopamin başta olmak üzere nörotransmitterler ile ilgili sorunlara neden olabileceği bildirilmiştir.<sup>13-14</sup> Serbest radikallerin oluşumunu ve bunların meydana getirdiği hasarı önlemek için vücutta anti-oksidan savunma sistemleri bulunur. Enzimatik yapıdaki anti-oksidanlar hücre içinde etkinlik gösteren çeşitli enzimlerden oluşur. Enzimatik yapıda olmayan başlıca anti-oksidan moleküller besinlerle alınan A, C ve E vitaminleridir.<sup>15</sup>

A vitamini hem hücre DNA'sının korunmasında hem de fagositik hücrelerin oto oksidatif hasardan korunmasında rolü vardır.<sup>16-17</sup> Anti-oksidan özellikleri nedeniyle karotenoidler, patogenezlerinde oksidatif stresin rol aldığı düşünülen birçok kronik hastalığın tedavisinde ya da bu hastalıklardan korunma amacıyla denemektedir.<sup>15</sup> A vitamini beyinde dopamin, serotonin ve noradrenalin (NA) metabolizması üzerinde düzenleyici etkilere sahiptir.<sup>18</sup> Ayrıca vitamin A eksikliğinin hayvan deneylerinde öğrenme ve belleği olumsuz etkilediği de gösterilmiştir.<sup>19</sup> Vitamin C (askorbik asit) en güçlü anti-oksidan etkisini lipid peroksidasyonunu tetikleyen radikallerin etkilerini yok ederek gösterir. Böylece hücre membran ve DNA'sını hasardan korur. Askorbik asit ayrıca dopamini NA'ya çeviren dopamin β-hidroksilazın kofaktörüdür. Yine hem glutamat hem de dopamin aracılı nörotransmisyonunda rolü olan bir nöromodulatördür.<sup>20</sup> Vitamin E anti-oksidan olarak en önemli görevi, hücre membran lipidlerindeki çoklu doymamış yağ asitlerini serbest radikal hasarından korumaktır.<sup>15</sup> Anti-oksidan etkisine ek olarak hücrede gen ekspresyonu regülasyonunda, hücre içi sinyal iletiminde ve hücresele proliferasyonunun modülasyonunda rol alır.<sup>21</sup>

Çocuk ve ergen DEHB hastalarında oksidatif metabolizmayı değerlendirmeye dönük son yıllarda artan çalışma sayısına rağmen anti-oksidan savunmaların önemli bir ayağı olan anti-

oksidan vitamin düzeylerini araştıran çalışma bulunmamaktadır. Bu çalışmada DEHB tanısı konan çocuk ve ergenlerin plazma A, C ve E vitamin düzeylerinin sağlıklı çocuk ve ergenler ile karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Çalışmanın varsayımları; DEHB grubunda kontrollere göre plazma A, C ve E vitamin düzeylerinin düşük olacağı şeklindedir.

## Gereç ve Yöntem

Çalışmamıza Hacettepe Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'ne başvuran, psikiyatrik değerlendirmelerinde DSM-IV tanı ölçütlerine göre DEHB tanısı alan 39 hasta alındı. Çalışmaya alınan DEHB grubunda ek psikiyatrik, nörolojik ve metabolik hastalıklar dışlandı. Araştırmanın kontrol grubu ise çeşitli yakınmalarla polikliniğimize başvuran yapılan değerlendirmelerinde herhangi bir psikopatoloji saptanmayan 25 çocuk ve ergenden oluşturuldu. Alınan ayrıntılı öykü ve yapılan nörolojik muayane sonucunda nörolojik hastalık şüphesi olan hastalar çalışma dışı bırakıldı. Metabolik hastalık öyküsü ve/veya hastane başvurusu bulunanlar çalışmaya alınmadı. Yine vücut kitle indeksi değerleri hesaplanarak büyüme gelişme geriliği veya obezitesi olan katılımcılar ile herhangi bir nedenle özel beslenme diyeti ya da ilaç alanlar çalışmadan çıkarıldı. Katılımcılardan son 1 hafta içinde enfeksiyon, enflamasyon, travma öyküsü tespit edilenler çalışmaya dahil edilmedi. Gönüllülük esasına göre çalışmaya dahil edilen katılımcılar ve ailelerinden yazılı onam alındı. Araştırma, Ankara 3 No'lu Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından onaylandı (dosya no: 2009-2539).

Tüm katılımcılar, DSM-IV tanı ölçütlerinin esas alındığı, yarı yapılandırılmış bir görüşme olan Çocuk ve Gençler için Duygulanım Bozukluğu ve Şizofreni Ölçeği-Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu (K-SADS-PL; Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged Children- Present and Lifetime Version)<sup>22</sup> ile değerlendirildi. Araştırmanın tanı aşaması Conners Öğretmen Derecelendirme Ölçeği (Conners' Teacher Rating scale)<sup>23</sup> ve ebeveynler tarafından doldurulan Çocuk ve Ergenlerde Davranım Bozuklukları için DSM-IV'ye Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği (YDB-TDÖ)<sup>24</sup> ile desteklendi. K-SADS-PL ile DEHB grubu alt tipleri ayrımı yapıldı ve eş tanılar araştırıldı. DEHB grubunda karşı olma karşı gelme bozukluğu (KOKGB) dışında ek psikiyatrik tanı alanlar çalışma dışında bırakıldı. Katılımcıların ailelerinin sosyo-ekonomik-sosyo-kültürel düzeyini belirlemek amacıyla, Hollingshead-Redlich<sup>25</sup> ölçeği kullanıldı.

Katılımcılardan bir gecelik açlığın ardından periferik venden 5 cc kan alındı. Alınan kan örnekleri Hacettepe Üniversitesi Metabolizma Laboratuvarı'nda santrifüj edilerek serumlar ayrıldı ve -80 °C'de analiz yapılncaya kadar saklandı. Vitamin C düzeyi kalorimetrik yöntemle bakıldı. Vitamin A ve E düzeyleri ise yüksek basınçlı sıvı kromatografi sisteminde immuchrom hazır ticari kiti kullanılarak çalışıldı. Ölçümlerin referans aralığı A vitamini için 316-820 µg/L, C vitamini için 4-21 mg/L, ve E vitamini için 6,6-14,3 mg/L'dir.

## İstatistiksel Analiz

Çalışmamızın istatistiksel analizleri SPSS 15.0 programı kullanılarak yapıldı. Dağılımların normalliği normallik testleri (Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk) ve görsel araçlar (histogram) kullanılarak değerlendirildi. Sürekli değişkenlerde bağımsız 2 grup karşılaştırılmasında Student's t-test, 3 grup karşılaştırılmasında ise ANOVA testi kullanıldı. Katogerik verilerin karşılaştırılmasında çapraz tablolar yapılarak değerlendirilmelerinde ki-kare testi kullanıldı. Kullanılan ölçekler ile değişkenler arasındaki ilişkiyi değerlendirmek için ise Pearson'ın bağıntı analizi uygulandı. Tüm istatistiksel işlemlerde anlamlılık düzeyi en az  $p \leq 0,05$  olarak kabul edildi.

## Bulgular

Katılımcıların 39'u DEHB grubuna, 25'i kontrol grubuna aitti. DEHB grubu yaş ortalamaları [ $\pm$  standart sapma (SS)] 120,1 $\pm$ 23,1 ay iken kontrol grubu yaş ortalamaları ( $\pm$ SS) 123,7 $\pm$ 26,4 ay olup, iki grup yaş ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlenmedi ( $p=0,781$ ). Çalışmamızda yer alan DEHB grubunun 11'i (%28,2) kız 28'i erkek (%71,8) iken, kontrol grubunun 7'si kız (%28) 18'i erkek (%72) olup, cinsiyetler açısından gruplar arasında fark yoktu ( $p=0,941$ ). Yine her iki grup sosyo-ekonomik düzeyleri açısından birbirlerine benzer özellikler göstermekteydi.

Her iki grubun serum A ve E vitamin düzeyleri ortalamaları birbirlerine benzer olup gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı. Serum C vitamin düzeylerinin ise DEHB grubunda, istatistiksel anlamlılık olmamakla birlikte, kontrol grubuna göre düşük düzeyde olduğu görüldü. DEHB ve kontrol gruplarına ait serum A, C ve E vitamin değerleri Tablo 1'de verilmiştir.

DEHB hastalarının 16'sında (%41) KOKGB eş tanısı vardı. KOKGB eş tanısı olmayan DEHB grubu, KOKGB eş tanısı olan DEHB grubu ve kontrol grubu arasında da serum A vitamini ( $p=0,401$ ), C vitamini ( $p=0,092$ ) ve E vitamini ( $p=0,591$ ) değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark gözlenmedi. Her üç gruba ait ortalama değerler ve istatistik sonuçları Tablo 2'de özetlenmiştir.

DEHB grubunda kullanılan CÖDÖ ölçeği toplam puanı ile serum A vitamini düzeyleri arasında ( $r=0,294$ ,  $p=0,069$ ) zayıf

ilişki saptanırken serum C vitamin düzeyleri arasında ( $r=0,217$ ,  $p=0,184$ ) ve serum E vitamin düzeyleri arasında ( $r=0,145$ ,  $p=0,343$ ) ilişki saptanmamıştır. Yine YDB-TDÖ ölçeği toplam puanı ile serum A vitamini düzeyleri arasında ( $r=0,156$ ,  $p=0,307$ ), serum C vitamini düzeyleri arasında ( $r=0,031$ ,  $p=0,841$ ) ve serum E vitamini düzeyleri arasında da ( $r=0,019$ ,  $p=0,908$ ) istatistiksel ilişki saptanmadı.

Çalışmaya alınan DEHB grubunun %49'u ( $n=19$ ) DEHB bileşik tip (DEHB-B), %33'ü ( $n=13$ ) DEHB dikkatsizliğin önde geldiği tip (DEHB-DE) ve %18'i ( $n=7$ ) DEHB hiperaktivite-dürtüsellüğün önde geldiği tip (DEHB-H/D) tanısı aldı. Her üç DEHB alt tipinin karşılaştırıldığı analizlerde serum vitamin düzeyleri açısından fark tespit edilmedi (A vitamini için;  $p=0,519$ ,  $F=0,668$ , C vitamini için;  $p=0,599$ ,  $F=0,520$  ve E vitamini için;  $p=0,111$ ,  $F=2,33$ ).

## Tartışma

DEHB'de oksidatif stresin rolü olabileceğini iddia eden çalışmalar bulunmasına rağmen çocuk ve ergen hasta grubunda antioksidan vitamin düzeylerine dair çalışma bulunmamaktadır. Erişkin grupta yapılan tek çalışmada A ve E vitamin düzeyleri çalışılmış; DEHB hastaları ve kontrol grubu arasında anlamlı fark bulunmamıştır.<sup>26</sup> Bu konuda çok sınırlı sayıda çalışma yapılması en önemli nedeni oksidatif metabolizma çalışmalarının DEHB'de görece yeni bir konu olması ve vitamin düzeyi çalışmanın teknik olarak zorluğu olabilir. Çalışmamızda A ve E vitamin düzeyleri sağlıklı kontrollere benzer bulunurken C vitamini düzeyi, istatistiksel anlamlılık olmamakla beraber, düşük bulundu. Daha geniş gruplar ile yapılacak çalışmalar C vitamini düzeyindeki olası farkları göstermek açısından yol gösterici olabilir.

Güçlü anti-oksidan etkileri olan A, C ve E vitaminleri anti-oksidan savunma mekanizmalarının bir parçasını oluşturmaktadır. Vücudumuzda toplam anti-oksidan kapasiteye etki eden birçok bileşen bulunmaktadır. Dolayısıyla serum anti-oksidan vitamin düzeylerinde fark bulunmaması DEHB'de anti-oksidan savunmaların etkilenmediği anlamına gelmez. Özgül moleküllerdeki değişimlerin toplam anti-oksidan kapasiteye etkisi olmakla beraber bütünü göstermediği unutulmamalıdır.

**Tablo 2. Yalnız DEHB, KOKGB eş tanısı olan DEHB ve kontrol grubunun A, C ve E vitamin değerleri**

	DEHB (n=39) (ortalama $\pm$ standart sapma)	Kontrol (n=25) (ortalama $\pm$ standart sapma)	İstatistik
A vitamini ( $\mu$ g/L)	449 $\pm$ 81	473 $\pm$ 110	t=0,992 p=0,325
C vitamini (mg/L)	6,46 $\pm$ 3,3	8,01 $\pm$ 4,1	t =1,585 p=0,097
E vitamini (mg/L)	11,32 $\pm$ 1,7	10,95 $\pm$ 1,7	t=-0,820 p=0,415

DEHB: Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu

	Yalnız DEHB (n=23) (ortalama $\pm$ standart sapma)	DEHB + KOKGB (n=16) (ortalama $\pm$ standart sapma)	Kontrol grubu (n=25) (ortalama $\pm$ standart sapma)	İstatistik
A vitamini ( $\mu$ g/L)	457 $\pm$ 84	437 $\pm$ 77	473 $\pm$ 110	F=0,925 p=0,401
C vitamini (mg/L)	6,35 $\pm$ 3,2	6,62 $\pm$ 3,5	8,01 $\pm$ 4,1	F=2,470 p=0,092
E vitamini (mg/L)	11,45 $\pm$ 1,8	11,14 $\pm$ 1,5	10,95 $\pm$ 1,7	F=0,533 p=0,591

DEHB: Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, KOKGB: Karşı olma karşı gelme bozukluğu

Bununla beraber, anti-oksidan seviyenin normalin üstünde olduğu durumlarda dahi oksidatif imbalanstan söz edilebileceği gösterilmiştir.<sup>11</sup> Bu nedenle ileri çalışmalarda anti-oksidan vitamin düzeylerinin toplam oksidan ve anti-oksidan kapasite ile birlikte değerlendirilmesi önerilebilir.

Çalışmamız, çocuk ve ergen grup DEHB'de anti-oksidan vitamin düzeylerinin araştırıldığı ilk çalışma olma özelliğine sahiptir. Psikiyatrik hastalıklarda anti-oksidan vitamin düzeylerini araştırılan çalışmalar sınırlıdır. Otizm hastalarında Guo ve ark.<sup>27</sup> A vitamin düzeyinin, Bakkaloğlu ve ark.<sup>28</sup> A, C ve E vitamin düzeylerinin, Al-Gadani ve ark.<sup>29</sup> ise vitamin E düzeyinin azalmış olduğunu bildirmişlerdir. Şizofreni hastalarının sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığı iki ayrı çalışmada serum C ve E vitamin seviyeleri düşük bulunmuştur.<sup>30-32</sup> Guatam ve ark.<sup>33</sup> ise yaygın anksiyete bozukluğu ve depresyon hastalarında A, C ve E vitamin düzeylerinin sağlıklı kontrollere göre düşük olduğunu bildirmişlerdir.<sup>33</sup>

Psikiyatrik hastalıklarda anti-oksidan vitamin ekleme tedavileri ile ilgili olumlu sonuçlar bildiren çalışmalar vardır. Literatürde vitamin ekleme tedavilerinin kullanımı anti-oksidan savunmayı güçlendirme, besinlerle yetersiz alıma bağlı eksikliğin giderilmesi ve bazı anti-psikotik ilaçların üretimini arttırdığı reaktif oksijen radikallerine karşı koruyucu amaçlı olmak üzere üç ayrı koşulla ilişkilendirilmiştir.<sup>34</sup> Dolske ve ark.<sup>35</sup> otistik hasta grubunda yaptıkları çift kör plasebo kontrollü bir çalışmada, askorbik asit ekleme tedavisi ile kanat çırpma, sallanma ve dönme gibi stereotipik hareketlerde belirgin iyileşme olduğunu belirtmişlerdir. İki ayrı çalışmada ise şizofreni hastalarında anti-psikotik tedaviye ek olarak verilen anti-oksidan vitaminlerin hastalık belirtilerinde belirgin düzelmeye neden olduğu bildirilmiştir.<sup>36-38</sup> Guatam ve ark.<sup>33</sup> A, C ve E vitamin düzeyini düşük buldukları yaygın anksiyete ve depresyon hastalarında 6 haftalık vitamin destek programından sonra, hastaların A ve C vitamin düzeylerinin normale döndüğünü ve bununla hastaların ölçek skorlarında düzelmeye yol açtığını bulmuşlardır. DEHB'de anti-oksidan vitamin ekleme tedavilerine dair yeterli veri bulunmamaktadır. Gren ve ark.<sup>39</sup> anti-oksidan özellikleri olan yüksek doz vitamin kullandıkları çalışmalarında, belirgin bir etki gözlenmediğini bildirmişlerdir. Joshi ve ark.<sup>40</sup> ise Omega 3 ve vitamin C kombinasyonunun birlikte kullanımının DEHB belirtilerinde azalmaya yol açtığını bulmuşlardır.

Her ne kadar olumlu sonuçlar bildiren çalışmalar olsa da; anti-oksidan vitaminlerin vücutta optimum miktarın üzerine çıktığında nasıl etkide buldukları net olarak aydınlatılamamıştır.<sup>34</sup> Vitamin A ve C'nin bazı koşullarda anti-oksidan olarak işlev göstermedikleri; aksine prooksidan olarak işlev gösterebilecekleri gösterilmiştir.<sup>41,42</sup> Ayrıca bu tedaviler sırasında gelişebilecek hipervitaminozlar durumlarına karşı dikkatli olunması gerekmektedir.<sup>43</sup> Eldeki veriler ışığında vitamin takviyelerinin olgu düzeyinde ele alınması, birincil önceliğin tespit edilen eksikliği gidermek ve optimum kan düzeyini sağlamak olması gerektiği önerilebilir.

### Çalışmanın Sınırlılıkları

Bu çalışmanın en önemli sınırlılığı vitamin düzeylerinin yalnızca periferik kanda bakılmış olmasıdır. Sağlıklı

bireylerde periferik kan ve beyin omirilik sıvısı (BOS) vitamin düzeyleri korele olmakla beraber alzheimer, demans gibi çeşitli klinik durumlarda değişimler olduğu bildirilmiştir. Ayrıca vücudumuzda oksijenin birim ağırlık başına en fazla kullanıldığı organ beyin dokusudur (Shulman ve ark.<sup>44</sup>). Dolayısı ile reaktif oksijen türlerinin en yoğun açığa çıktığı yer de beyin dokusudur. Bunun yanında beyin dokusunun anti-oksidan kapasitesinin sınırlı olması ve yine yüksek lipit ve demir yoğunluğuna sahip olması, beyin dokusunu serbest radikal hasarına daha duyarlı kılmaktadır (Chauhan ve Chauhan<sup>45</sup>). Tüm bu nedenlerden dolayı ileri çalışmalarda bu parametrelerin BOS seviyelerinin araştırılması konu hakkında daha önemli veriler sağlayabilir. Çalışmanın bir diğer sınırlılığı ise olgu sayılarının azlığıdır. K-SADS-PL yapılarak ek tanıların dışlanmış olması, hastaların herhangi bir tedavi almamış olmaları çalışmanın güçlü yanlarıdır.

### Sonuç

Çalışmamızın sonuçları anti-oksidan vitamin düzeylerinin DEHB tanısı konulan hastalarda sağlıklı kontrollerden farklı olmadığını göstermiştir. İstatistiksel düzeyde anlamlı olmamakla beraber serum C vitamini düzeyinde tespit edilen azalmanın, daha geniş gruplar ile yapılacak çalışmalarda değerlendirilmesi önerilir.

### Etik

**Etik Kurul Onayı:** Araştırma, Ankara 3 No'lu Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından onaylandı (dosya no: 2009-2539).

**Hasta Onayı:** Alındı.

**Hakem Değerlendirmesi:** Editörler kurulu ve editörler kurulu dışında olan kişiler tarafından değerlendirilmiştir.

### Yazarlık Katkıları

Konsept: M.K., M.Z.K., S.Ö., F.Ü., Dizayn: M.K., M.Z.K., S.Ö., F.Ü., Veri Toplama veya İşleme: M.K., M.Z.K., S.Ö., F.Ü., Analiz veya Yorumlama: M.K., M.Z.K., S.Ö., F.Ü., Literatür Arama: M.K., M.Z.K., S.Ö., F.Ü., Yazan: M.K., M.Z.K., S.Ö., F.Ü.

**Çıkar Çatışması:** Yazarlar tarafından çıkar çatışması bildirilmemiştir.

**Finansal Destek:** Yazarlar tarafından finansal destek almadıkları bildirilmiştir.

### Kaynaklar

1. Barry Halliwell. Antioxidant defence mechanisms: From the beginning to the end (of the beginning). *Free Radical Research*. 1999;31:261-272.
2. Kannan K, Jain SK. Oxidative stress and apoptosis. *Pathophysiology*. 2000;7:153-163.
3. Haddad JJ. Oxygen sensing and oxidant/redox-related pathways. *Biochemical and Biophysical Research Communications*. 2004;316:969-977.
4. Zoroğlu SS, Herken H, Yurekli M, Uz E, Tutkun H, Savaş HA, Bağcı C, Ozen ME, Cengiz B, Cakmak EA, Dogru MI, Akyol O. The possible pathophysiological role of plasma nitric oxide and adrenomedullin in schizophrenia. *Journal of Psychiatric Research*. 2002;36:309-315.

5. Paşca SP, Nemes B, Vlase L, Gagyi CE, Dronca E, Miu AC, Dronca M. High levels of homocysteine and low serum paraoxonase 1arylesterase activity in children with autism. *Life Sciences*. 2006;78:2244-2248.
6. Ceylan MF, Şener S, Bayraktar AC ve ark. Changes in oxidative stress and cellular immunity serum markers in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2012;66:220-226.
7. Ceylan M, Sener S, Bayraktar AS ve ark. Oxidative imbalance in child and adolescent patients with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*. 2010;34:1491-1494.
8. Can M, Güven B, Atik L, Konuk N. Lipid peroxidation and serum antioxidant enzymes activity in patients with bipolar and major depressive disorders. *Journal of Mood Disorders* 2011;1:14-18.
9. Nasim S, Naeini AA, Najafi M ve ark. Relationship between antioxidant status and attention deficit hyperactivity disorder among children. *Int J Prev Med*. 2019;10:41.
10. Felicity Ng, Michael Berk, Olivia Dean, Ashley I. Bush, Oxidative stress in psychiatric disorders: evidence base and therapeutic implications. *International Journal of Neuropsychopharmacology*. 2008;11:851-876
11. Selek S, Bulut M, Ocak AR, Kalenderoglu A, Savas H. Evaluation of total oxidative status in adult attention deficit hyperactivity disorder and its diagnostic implications. *J Psychiatr Res* 2012;46:451-455.
12. Yorbik O, Cansever A, Söhmen T. Otizmde nöronal görüşler. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*. 2002;9:118-127.
13. Mahadik SP, Mukherjee S. Free radical pathology and antioxidant defense in schizophrenia:a review. *Schizophrenia Res* . 1996;19:1-17.
14. Reddy RD, Yao JK. Free radical pathology in schizophrenia:a review. *Prostaglandins Leukot Essent Fatty Acids*. 1996;55:33-43.
15. Sencer E ve Orhan Y. Vitaminler. "Klinik Beslenme" 1. baskı içinde. Sencer E ve Orhan Y (ed). Çapa-istanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık. 2005;s:166-187.
16. Sies H, Stahl W, Sundquist AR. Antioxidants function of vitamins E and C, beta carotene and other carotenoids. *Ann NY Acad Sci*. 1992;30:7-20.
17. Rao AV, Ray MR, Rao LG. Lycopene. *Adv Food Nutr Res*. 2006;51:99-164.
18. O'Reilly KC, Trent S, Bailey SJ, Lane MA. 13-cis-retinoic acid alters intracellular serotonin, increases 5-HT1A receptor, and serotonin reuptake transporter levels in vitro. *Exp Biol Med (Maywood)* 2007;232:1195-1203.
19. Cocco S, Diaz G, Stancampiano R, Diana A, Carta M, Curreli R et al. Vitamin A deficiency produces spatial learning and memory impairment in rats. *Neuroscience*. 2002;115:475-482.
20. Rice ME. Ascorbate regulation and its neuroprotective role in the brain. *Trends Neurosci*. 2000;23:209-216.
21. Takada T, Suzuki H. Molecular mechanisms of membrane transport of vitamin E. *Mol Nutr Food Res*. 2010;54:616-622.
22. Gökler B, Ünal F, Pehlivan Türk B, Çengel Kültür SE, Akdemir D, Taner Y. Okul çağı çocukları için duygulanım bozuklukları ve şizofreni görüşüne çizelgesi şimdi ve yaşam boyu versiyonu - Türkçe versiyonu'nun (ÇDSG-SY-T) geçerlilik ve güvenilirliği. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*. 2004; 11:109-116.
23. Dereboy Ç, Şenol S, Şener Ş, Dereboy F. Connors Kısa Form Öğretmen ve Ana Baba Derecelendirme Ölçeklerinin Geçerliliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2007;18:48-58.
24. Turgay, A. Çocuk ve ergenlerde davranım bozuklukları için DSM-IV'e dayalı tarama ve değerlendirme ölçeği (Yayınlanmış Ölçek). Integrative Therapy Institute, Toronto : Kanada. 1995
25. Hollingshead AB, Redlich F C. Social class and mental illness: A community study. New York: Wiley. 1958.
26. Landaas ET, Aarsland TIM, Ulvik A ve ark. Vitamin levels in adults with ADHD. *BJPsych Open*. 2016;2:377-384
27. Guo M, Zhu J, Yang T ve ark. Vitamin A and vitamin D deficiencies exacerbate symptoms in children with autism spectrum disorders. *Nutritional Neuroscience*. 2018;16:1-11.
28. Bakkaloğlu B. Otistik bozuklukta antioksidan enzim ve antioksidan vitamin düzeyleri, malondialdehit ve glutatyon düzeyleri (Uzmanlık tezi). Ankara, Hacettepe Üniversitesi. 2007
29. Al-Gadani Y, El-Ansary A, Attas O ve ark. Metabolic biomarkers related to oxidative stress and antioxidant status in Saudi autistic children. *Clin Biochem*. 2009;42:1032-1040.
30. Derin D, Yazıcı A, Erkoç Ş. Şizofrenik bozukluğu olan hastalarda serbest radikal metabolizması ve nonenzimatik antioksidan savunma sistemi elemanlarının incelenmesi. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*. 2001;11:174-182.
31. Dadheech G, Mishra S, Gautam S ve ark. Oxidative stress, α-tocopherol, ascorbic acid and reduced glutathione status in schizophrenics. *Indian J Clin Biochem*. 2006;21:34-38.
32. Kılıçgün H, Erşan EE, Bakır S, ve ark. Xanthine oxidase, adenosine deaminase and vitamin E levels in patients with schizophrenia. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2016;17:476-481.
33. Guatam M, Agrawal M, Guatam M ve ark. Role of antioxidants in generalised anxiety disorder and depression. *Indian J Psychiatry*. 2012;54:244-247.
34. Mazlum B. Antioksidan Vitaminler ve Psikiyatride Kullanımı. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*. 2012;4:486-505.
35. Dolske MC, Spollen J, McKay S ve ark. A preliminary trial of ascorbic acid as supplemental therapy for autism. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 1993;17:765-774.
36. Dakhale GN, Khanzode SD, Khanzode SS ve ark. Supplementation of vitamin C with atypical antipsychotics reduces oxidative stress and improves the outcome of schizophrenia. *Psychopharmacology (Berl)*. 2005;182:494-498.
37. Sivrioglu EY, Kirli S, Sipahioglu D ve ark. The impact of omega-3 fatty acids, vitamins E and C supplementation on treatment outcome and side effects in schizophrenia patients treated with haloperidol: an open-label pilot study. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2007;31:1493-1499.
38. Arvindakshan M, Ghate M, Ranjekar PK, Evans DR, Mahadik SP. Supplementation with a combination of omega-3 fatty acids and antioxidants (vitamins E and C) improves the outcome of schizophrenia. *Schizophr Res*. 2003;62:195-204.
39. Green WH. The treatment of attention deficit hyperactivity disorder with nonstimulant medications. *Child Adolesc Psychiatric Clin North Am*. 1995;4:169-195.
40. Joshi K, Lad S, Kalea M ve ark. Supplementation with flax oil and vitamin C improves the outcome of attention deficit hyperactivity disorder. *Prostaglandins, Leukotrienes and Essential Fatty Acids*. 2006;74:17-21.
41. Gelain DP, Bittencourt Pasquali MA, Caregnato FF, Moreira JC. Vitamin A (retinol) up-regulates the receptor for advanced glycation endproducts (RAGE) through p38 and Akt oxidant-dependent activation. *Toxicology*. 2011;289:38-44.
42. Buettner GR, Jurkiewicz BA. Catalytic metals, ascorbate and free radicals: combinations to avoid. *Radiat Res*. 1996;145:532-541.
43. Kimmoun A, Leheup B, Feillet F, Dubois F, Morali A. Hypercalcemia revealing iatrogenic hypervitaminosis A in a child with autistic troubles. *Arch Pediatr*. 2008;15:29-32.
44. Shulman RG, Rothman DL, Behar KL ve ark. Energetic basis of brain activity: implications for neuroimaging. *Trends Neurosci*. 2004;27:489-495.
45. Chauhan A, Chauhan V. Oxidative stress in autism. *Pathophysiology*. 2006;13:171-181.

# Ortaokul Yedinci ve Sekizinci Sınıf Öğrencilerinin Sosyal Anksiyete Düzeyleri ile Benlik Saygıları, Anne-Baba Tutumları, Mükemmeliyetçilik Özellikleri Arasındaki İlişki

*The Relationship Between Social Anxiety Levels and Self Esteem, Parental Attitudes, Perfectionism Traits of Seventh and Eighth Grade Students in Secondary School*

© Kübra Eroğlu<sup>1</sup>, © Hatice Odacı<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Yomra Maden Ortaokulu, Rehberlik Öğretmeni, Trabzon, Türkiye

<sup>2</sup>Trabzon Üniversitesi Fatih Eğitim Fakültesi, Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, Trabzon, Türkiye

**Amaç:** Bu çalışmada, ortaokul öğrencilerinin sosyal anksiyete düzeyleri ile benlik saygısı, algılanan anne-baba tutumları ve mükemmeliyetçilik özellikleri arasındaki ilişkiler incelenmiştir.

**Gereç ve Yöntem:** Çalışmaya Trabzon ilinde 2016-2017 eğitim öğretim yılında öğrenimlerine devam eden 970 ortaokul öğrencisi (503 kız ve 467 erkek) katılmıştır. Katılımcılara Çocuklar İçin Sosyal Anksiyete Ölçeği Yenilenmiş Biçimi, İki Boyutlu Benlik Saygısı Ölçeği (Kendini Sevme ve Öz-Yeterlik Ölçeği), Anne-Baba Tutum Ölçeği ve Olumlu ve Olumsuz Mükemmeliyetçilik Ölçeği uygulanmıştır.

**Bulgular:** Öğrencilerin sosyal anksiyete düzeyleri ile benlik saygıları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. Ayrıca sosyal anksiyete ile koruyucu ve otoriter anne-baba tutumu arasında negatif yönde anlamlı ilişki olduğu, ancak demokratik tutum ile sosyal anksiyete arasında anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir. Öğrencilerin sosyal anksiyete düzeyleri ile olumsuz mükemmeliyetçilik özelliği arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu gözlemlenirken, olumlu mükemmeliyetçilikle sosyal anksiyete arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Benlik saygısı alt boyutu olan kendini sevme ve öz-yeterliliğin, koruyucu ve otoriter anne-baba tutumlarının ve olumsuz mükemmeliyetçiliğin sosyal anksiyeteyi anlamlı bir şekilde yordadığı sonucuna ulaşılmıştır.

**Sonuç:** Bireylerin ergenlik döneminde yaşamış oldukları sosyal anksiyetenin kendilerini değerlendirme biçimleriyle, ebeveynlerinin anne-babalık tutumlarının bazılarıyla ve her şeyi iyi yapmaya yönelik algılarıyla ilişkili psikolojik bir kavram olduğu söylenebilir.

**Anahtar Kelimeler:** Sosyal anksiyete, benlik saygısı, anne-baba tutumu, mükemmeliyetçilik

**Objectives:** The present study was conducted to examine the relationship between social anxiety levels and self-esteem, perceived parental attitudes and perfectionism traits in secondary school students.

**Materials and Methods:** In this study, 970 students (503 females and 467 males) were recruited from secondary schools in Trabzon in the 2016-2017 academic year. The Social Anxiety scale for Children Updated Form, Two Dimensional Self-Esteem scale (Self-Liking/Self-Competence scale, Parental Attitude scale, Adaptive-Maladaptive Perfectionism scale were administered to the participants.

**Results:** It was found that there was a significant negative correlation between social anxiety levels and self-esteem of the students. Social anxiety had a significant negative correlation with over-involvement and authoritative parental attitudes; however, there was not a significant relationship between democratic parental attitude and social anxiety. While the findings indicated that there was a significant positive correlation between the students' social anxiety levels and negative perfectionist traits, there was not a significant correlation between positive perfectionism and social anxiety. It was confirmed that self-liking and self-competence, which are two dimensions of self-esteem, authoritative and over-involvement parental attitudes, and negative perfectionism significantly predicted social anxiety.

**Conclusion:** Social anxiety which individuals have during adolescence period can be described as a psychological term associated with their self-assessment manner, some of their parents' parental attitudes, and their perception about making everything the best.

**Keywords:** Social anxiety, self-esteem, parental attitude, perfectionism

ÖZ

ABSTRACT

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Kübra Eroğlu, Yomra Maden Ortaokulu, Rehberlik Öğretmeni, Trabzon, Türkiye

Tel.: +90 538 509 43 50 E-posta: kubraeroglu@gmail.com ORCID: orcid.org/0000-0002-0175-8492

Geliş Tarihi/Received: 11.10.2018 Kabul Tarihi/Accepted: 29.08.2019

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



## Giriş

İnsanoğlu yaşamının ilk anından itibaren sosyal bir çevre içerisinde yer almakta ve diğerleriyle etkileşimde bulunmaktadır. Sosyal anksiyete bozukluğu ise bu etkileşimin önündeki bir engeldir. DSM-V'e<sup>1</sup> göre kaygı bozukluklarından biri olan sosyal anksiyete bozukluğu; sosyal durumlarda utanmaktan, aşağılanmaktan, yanlış bir şey yapmaktan ve diğerleri tarafından olumsuz değerlendirilmekten aşırı derecede korkma ve bu sosyal durumlardan geri çekilme halidir. Leary ve Kowalski'nin<sup>2</sup> kendini sunma modeline göre sosyal anksiyete bozukluğu iki koşul birlikte bulunduğu ortaya çıkmaktadır. Bu koşullar, kişinin başkaları üzerinde belirli bir izlenim bırakmak istemesi ve bununla birlikte bu izlenimi bırakabileceğinden endişe duymasındır. Bu koşullardan herhangi birisi yoksa, kişi istediği izlenimi bırakacağından emin ise sosyal anksiyete ortaya çıkmaz. Aslında sosyal anksiyete bozukluğu sosyalleşmeye yönelik güçlükler yaşama ve bunlarla baş edebilmeye yönelik yetersizlik algısıdır.<sup>3</sup>

Sosyal anksiyete bozukluğunun genel yaygınlığına ilişkin veriler sosyal anksiyetenin yaşam boyu yaklaşık %4'ten %13'e kadar değiştiğini göstermektedir.<sup>4</sup> Ülkemizde yapılan çalışmalarda ise anksiyete bozukluğunun yaşam boyu yaygınlığının %9 ile %22 arasında değiştiği tespit edilmiştir.<sup>5,6</sup> Bu bilgiler ışığında sosyal anksiyete bozukluğunun toplumda yaygın bir bozukluk olduğu anlaşılmaktadır. Sosyal anksiyete bozukluğunun başlama yaşına dair veriler ise sosyal anksiyetenin insanların %50'sinde onlu yaşlarda, %80'inde ise yirmili yaşlarda ortaya çıktığını göstermektedir.<sup>7</sup> Flanagan ve ark.<sup>8</sup> yaptıkları çalışmada, sosyal anksiyete bozukluğunun başlangıç yaşının 11 ile 15 arasında değiştiğini belirtmişlerdir. Dolayısıyla sosyal anksiyete bozukluğu tipik olarak geç çocukluk veya erken ergenlikte ortaya çıkan bir kaygı bozukluğudur.<sup>9</sup>

Sosyal anksiyete bozukluğu en fazla ergenlik döneminde yaşanmaktadır.<sup>2</sup> Çocuklukla yetişkinlik dönemi arasında bulunan ergenlik gelişme, ruhsal olgunlaşma ve yaşama hazırlık dönemi olarak değerlendirilmektedir. Weiner<sup>10</sup> ergenliği ağırlaştırılmış kendilik bilinci ve fiziksel çekicilik, sosyal yeterlik, diğerleri tarafından yapılacak olan olumsuz değerlendirmelerin korkusu gibi sorunlardan endişe duyulan bir dönem olarak tanımlamıştır. Anlaşıldığı üzere bu dönemde birey biyolojik, psikolojik, zihinsel ve sosyal açıdan bir gelişme ve olgunlaşma içine girmektedir. Ergen kendindeki bu biyolojik ve sosyal değişimlere ayak uydurmaya çalışırken bir taraftan da bilişsel sistemindeki değişimler sonucunda kendisine odaklanmakta ve insanların odak noktası olduğunu düşünmekte, dolayısıyla sosyal anksiyetesi artmaktadır.<sup>11</sup> Sosyal anksiyete bozukluğu ergenlerde seçici konuşmazlık, ayrılma anksiyetesi, okul reddi, madde ve alkol kötüye kullanımı, intihar davranışları gibi gençlerin yaşamını olumsuz etkileyecek ve akademik, mesleki ve kişisel anlamda birçok sıkıntıya yol açabilecek bir etkiye sahip olabilmektedir.<sup>12</sup>

Ergenlik döneminde kişi bir birey olarak kim olduğunu yeniden değerlendirmektedir. Bu değerlendirme sonucunda bireyde oluşan doyum ya da memnuniyetsizlik duygusu olan benlik saygısı davranışın önemli bir belirleyicisidir.<sup>13</sup> Benlik saygısı

Tafarodi ve Swann<sup>14</sup> tarafından kendini sevmeye ve öz-yeterlik olmak üzere iki boyutlu bir yapı olarak tanımlanmıştır. Kendini sevmeye boyutu kişinin kendisini toplumsal bir nesne olarak iyi ya da kötü şekilde değerlendirmesi iken, öz-yeterlik boyutu kişinin iradesiyle arzulan sonuçları yerine getirebileceğine dair olumlu ya da olumsuz inancıdır. Kendini değerlendirmeye yönelik bu iki boyut birleşerek genel benlik saygısını oluşturmaktadır.<sup>15</sup> Düşük benlik saygısı bireylerde sosyal etkileşimlerde tehdit hissetme, tartışmalara katılmaktan kaçınma, fizyolojik/psikolojik iyi olamama durumlarına neden olabilmekte ve bu olumsuz yaşam olayları bireylerin kaygı duyarlığına bağlı olarak sosyal anksiyete düzeylerini artırabilmektedir.<sup>16</sup>

Anne-babalar çocukların toplumsallaşma sürecinde etkin rol almaktadırlar. Çocuğa yönelik ebeveyn davranış ve beklentilerinin bütünü anne, baba tutumu olarak tanımlanmaktadır.<sup>17</sup> Araştırmalar bu tutumların çocuklardaki sosyal anksiyete bozukluğu üzerinde etkili olduğunu göstermektedir. Anne-babasını demokratik algılayan çocukların sosyal anksiyetelerinin daha düşük olduğu belirtilmektedir.<sup>18,19</sup> Demokratik tutuma sahip ebeveynlerin çocuğun ilgi ve gereksinimlerine saygı duyması, kendisini ifade etmesi için fırsat sağlaması ve onu desteklemesi çocuğun daha girişken, hoşgörülü, kendine ve diğerlerine saygılı, kendine güvenen bir birey olarak sağlıklı sosyal ilişkiler kurabilmesine imkan sağlamaktadır.<sup>19</sup>

Sosyal ilişkilerde mükemmel izlenim bırakma isteği ve buna dair şüpheler bireyde sosyal anksiyete bozukluğuna neden olmaktadır.<sup>20</sup> En iyisini yapma isteği olan mükemmeliyetçilik Hewitt ve Flett<sup>21</sup> tarafından durum ve sonuçtan bağımsız olarak ulaşılamayan hedefler ve yüksek standartlar için çaba sarf etme, öz değer ve saygınlığı sergilenen performans ile eşdeğer görme, başarısızlık karşısında kendini cezalandırma aynı zamanda başarılılardan memnun olmama, iki uçlu (ya hep ya hiç) düşünme tarzı ile başarıları kaçınılmaz olarak azaltma ve seçici dikkat ile başarısızlığa yönelik ipuçlarına yönelme özelliklerinin tümü olarak tanımlanmıştır. Sosyal anksiyete bozukluğu olan bireylerin olumsuz değerlendirileceklerine ilişkin beklentileri ile sosyal ortamlardaki performanslarından şüphe duymaları mükemmeliyetçi bireylerin özellikleriyle benzerlik göstermektedir.<sup>22</sup> Yapılan araştırmalar sosyal anksiyete bozukluğuyla mükemmeliyetçilik arasındaki bu ilişkiyi ortaya koymuştur.<sup>23,24</sup>

Bu bilgiler ışığında ülkenin geleceğine ışık tutacak çocukların kişisel, mesleki ve sosyal yönden gelişimsel görevlerini sağlıklı bir şekilde yerine getirebilmeleri, ayrıca doyum veren bir yaşam biçimi oluşturabilmeleri için sosyal anksiyete bozukluğuyla başa çıkabilmeleri gerektiği anlaşılmaktadır. Sosyal anksiyete bozukluğuyla ilgili alan yazında sosyal anksiyetenin başa çıkma becerileri, akademik başarı, benlik saygısı, depresyon, ebeveyn tutumları, akran ilişkileri, romantik ilişkiler, beden imajı, mükemmeliyetçilik gibi birçok farklı değişkenle ilişkisinin incelendiği araştırmalar mevcuttur.<sup>8,25-30</sup> Bu çalışmada ise; sosyal anksiyete bozukluğunun benlik saygısı, anne-baba tutumları ve mükemmeliyetçilik özelliği ile ilişkisi birlikte incelenerek sosyal anksiyete bozukluğunun kaynağını anlamaya yönelik araştırmalara katkı sağlaması beklenmektedir. Bu

kapsamda araştırmanın amacı sosyal anksiyete bozukluğu ile benlik saygısı, anne-baba tutumları ve mükemmeliyetçilik arasındaki ilişkiyi ve bu bağımsız değişkenlerin sosyal anksiyeteyi nasıl açıkladığını tespit etmektir.

## Gereç ve Yöntem

### Örneklem

Çalışmaya 2016-2017 öğretim yılında Trabzon ili Ortahisar, Araklı, Arsin, Yomra ve Düzköy ilçelerinde ortaokul öğrenimine devam eden yedinci ve sekizinci sınıf öğrencileri arasından uygun örnekleme yöntemi ile belirlenen gönüllü 1000 öğrenci katılmıştır. Veri analizi için uygun olmadığı tespit edilen 30 ölçek takımından elde edilen veriler analiz dışında tutulmuştur. Verilerin son haliyle araştırmanın katılımcı grubu, 503 kız (%51,9) ve 467 erkek (%48,1) olmak üzere toplam 970 yedinci ve sekizinci sınıf öğrencilerinden oluşmuştur.

### Veri Toplama Araçları

#### Çocuklar için Sosyal Anksiyete Ölçeği-Yenilenmiş Biçim

Çocukların sosyal anksiyete düzeylerini tespit etmek amacıyla La Greca ve Stone<sup>31</sup> tarafından geliştirilmiştir. Ölçek öz-bildirime dayalı beşli likert tipi 18 maddeden oluşmaktadır. Her bir madde 1, 2, 3, 4 ya da 5 olarak puanlanmakta, dolayısıyla ölçekten alınabilecek puanlar 18-90 arasında olmaktadır ve ölçekten alınan daha yüksek puanlar yüksek sosyal anksiyeteye işaret etmektedir. Ölçeğin Türkçe uyarlaması Demir ve ark.<sup>32</sup> tarafından yapılmıştır. Bu çalışma için ölçeğin tamamına ilişkin Croanbach alfa değeri 0,83 olarak hesaplanmıştır.

#### İki Boyutlu Benlik Saygısı Ölçeği (İBBSÖ)

Tafarodi ve Swann<sup>33</sup> tarafından geliştirilen iki boyutlu benlik saygısı ölçeği, kendini değerlendirme türünde 16 maddeden oluşan likert tipi bir ölçektir. Ölçek benlik saygısını oluşturan kendini sevme (8 madde) ve öz-yeterlik (8 madde) alt boyutlarından oluşmaktadır. Ölçekteki beşli likert tipi her madde 1, 2, 3, 4 ve 5 olarak puanlanmaktadır. Ölçekten alınan yüksek puanlar yüksek benlik saygısını göstermektedir. Ülkemizde ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Doğan<sup>34</sup> tarafından yapılmıştır. Bu çalışmada ölçeğin tamamına ilişkin Croanbach alfa değeri 0,63 olarak bulunmuştur.

#### Anne-Baba Tutum Ölçeği (ABTÖ)

Demokratik (15 madde), koruyucu/istekçi (15 madde) ve otoriter (10 madde) olmak üzere üç alt ölçekten ve 40 maddeden oluşan anne-baba tutum ölçeği (ABTÖ) Kuzgun<sup>35</sup> tarafından geliştirilmiştir. Her alt ölçek ayrı ayrı puanlanır. Beşli likert tipi ölçeğin puanlaması 1, 2, 3, 4 ve 5 şeklinde yapılmaktadır. Alt ölçekten alınan yüksek puanlar, ölçekte belirtilen niteliklere uygunluğu ifade eder. ABTÖ bireysel ve grupla uygulanabilecek yapıdadır ve uygulama esnasında zaman sınırlaması yoktur. Sözü geçen ölçeğin Croanbach alfa değeri 0,74 olarak tespit edilmiştir.

#### Olumlu ve Olumsuz Mükemmeliyetçilik Ölçeği

İlköğretim ikinci kademedeki okuyan ön ergenlerin olumlu ve olumsuz mükemmeliyetçilik özelliklerini ölçmek amacıyla

Kırdök<sup>36</sup> tarafından geliştirilen bu ölçek, likert tipi toplam 17 maddeden oluşmaktadır. İki alt boyutu olan ölçeğin olumlu mükemmeliyetçilik alt boyutu 10, olumsuz mükemmeliyetçilik boyutu ise 7 maddeden oluşmaktadır. Dörtlü likert tipi olan ölçek 1, 2, 3 ya da 4 olarak puanlanır. Alt ölçeklerden alınan puanlar yükseldikçe olumlu veya olumsuz mükemmeliyetçiliğin düzeyi artmaktadır. Bu çalışma kapsamında ölçeğin hesaplanan Croanbach alfa değeri 0,79'dur.

### İşlem

Kullanılan ölçme araçlarına ilişkin izinler ilgili akademisyenlerden e-mail yoluyla elde edilmiştir. Daha sonra belirlenen okullardan veri toplamak için resmi izinler Milli Eğitim Bakanlığı Trabzon İl Milli Eğitim Müdürlüğü Araştırma Geliştirme Birimi'nden alınmıştır. Araştırma sürecinde herhangi bir cerrahi/medikal uygulama yapılmadığı için etik kurul izni alınmamıştır. Gönüllü öğrenciler araştırmacı gözetiminde ve yaklaşık bir ders saati içerisinde ölçekleri doldurmuşlardır.

### İstatistiksel Analiz

Verilerin istatistiksel analizinde IBM SPSS 23.0 (Statistical Packet for Social Sciences) paket programından yararlanılmıştır. Sosyal anksiyete, anne-baba tutumu, benlik saygısı, mükemmeliyetçilik arasındaki ilişkinin analizi için "Pearson Momentler Çarpım Korelasyon Katsayısı" tekniği kullanılmıştır. Bağımsız değişkenlerin (benlik saygısı, anne-baba tutumları, mükemmeliyetçilik) bağımlı değişkeni (sosyal anksiyete bozukluğu) açıklama durumunu belirlemek için de hiyerarşik regresyon analizinden yararlanılmıştır.

### Bulgular

Sosyal anksiyete ile benlik saygısı, anne-baba tutumları ve mükemmeliyetçilik özelliği arasındaki ilişkiye dair bulgulara Tablo 1'de yer verilmiştir. Analiz sonucunda sosyal anksiyete bozukluğu ile benlik saygısı ve benlik saygısının alt boyutları olan kendini sevme ve öz yeterlik arasında düşük düzeyde negatif yönde anlamlı ilişkiler elde edilmiştir. Yine sosyal anksiyete bozukluğuyla koruyucu ve otoriter anne-baba tutumu arasında düşük düzeyde, olumsuz mükemmeliyetçilikle orta düzeyde pozitif yönde anlamlı ilişki bulunurken, sosyal anksiyete bozukluğu ile demokratik anne-baba tutumu ve olumlu mükemmeliyetçilik arasında anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir.

Sosyal anksiyete bozukluğu ile bağımsız değişkenlere ilişkin regresyon analizine geçilmeden önce verilerin normal dağılım gösterip göstermediğine bakılmıştır. Değişkenler arasındaki ikili korelasyon incelenerek çoklu bağlantılılık sorunu olup olmadığını tespit edilmesi gerekmektedir.<sup>37</sup> Yapılan analizler sonucunda bu çalışmanın verilerinin normal dağılım gösterdiği ve değişkenler arasındaki korelasyon değerlerinin 0,80'den küçük olduğu tespit edilmiştir. Daha sonrasında yapılan regresyon analizi sonuçları Tablo 2'de sunulmuştur. Benlik saygısı (R<sup>2</sup>=0,087, F<sub>2/967</sub>=46,145, p<0,001) ve alt boyutları olan kendini sevme (β=-0,136, p<0,001) ve öz-yeterliğin (β=-



0,203,  $p < 0,001$ ), koruyucu ve otoriter anne-baba tutumunun ( $R^2=0,134$ ,  $F_{5/964}=29,740$ ,  $p < 0,001$ ), mükemmeliyetçiliğin ( $R^2=0,222$ ,  $F_{7/962}=39,262$ ,  $p < 0,001$ ) ve alt boyutu olan olumsuz mükemmeliyetçiliğin ( $\beta=0,329$ ,  $p < 0,01$ ) sosyal anksiyete bozukluğunu anlamlı bir şekilde yordadığı bulunmuştur. Ayrıca analiz sonucunda demokratik anne-baba tutumu ( $\beta=0,045$ ,  $p > 0,05$ ) ve olumlu mükemmeliyetçiliğin ( $\beta=-0,036$ ,  $p > 0,05$ ) modele olan özgün katkısının anlamsız olduğu tespit edilmiştir. Sosyal anksiyete bozukluğunun yordanmasında değişkenlerin modele özgün katkıları ise Tablo 3'te gösterilmiştir. Sonuçlara göre benlik saygısı toplam varyansın %8,5'ini açıklarken, koruyucu ve otoriter anne-baba tutumunun modelde açıkladığı özgün varyans %4,7'dir.

Mükemmeliyetçiliğin açıkladığı özgün varyansın ise %8,9 olduğu gözlenmektedir.

## Tartışma

Bu çalışmada ortaokul yedinci ve sekizinci sınıf öğrencilerinin sosyal anksiyete düzeyleri ile benlik saygısı, algıladıkları anne-baba tutumu ve mükemmeliyetçilik özelliği arasındaki ilişki incelenmiştir.

Analizler sonucunda, sosyal anksiyete bozukluğuyla benlik saygısı ve benlik saygısının alt boyutları olan kendini sevmeye ve öz-yeterlilik arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu, aynı zamanda kendini sevmeye ve öz-yeterliliğin sosyal anksiyete bozukluğunu açıkladığı tespit edilmiştir. Bu bulgu çalışmaya

**Tablo 1. Sosyal anksiyete, benlik saygısı, anne-baba tutumları ve mükemmeliyetçilik arasındaki ilişkiler**

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Ort.	SS
1. SA	1									40,46	11,08
2. İBBKSAB	-0,24*	1								31,46	5,65
3. İBBÖYAB	-0,27*	0,49*	1							26,68	5,03
4. İBB	-0,29*	0,88*	0,85*	1						58,14	9,24
5. DABT	-0,05	0,38*	0,29*	0,39*	1					58,55	10,74
6. KABT	0,23*	-0,14*	-0,10*	-0,14*	-0,06	1				41,78	9,32
7. OABT	0,12*	-0,35*	-0,22*	-0,33*	-0,43*	0,54*	1			21,53	7,22
8. OLM	0,02	0,23*	0,28*	0,29*	0,39*	0,05	-0,21*	1		31,39	6,06
9. OSM	0,39*	-0,23*	-,19*	-0,24*	-0,05	0,28*	0,24*	0,25*	1	19,63	4,97

\* $p < 0,01$ , SK: Sosyal anksiyete; İBBKSAB: İki boyutlu benlik saygısı kendini sevmeye alt boyutu, İBBÖYAB: İki boyutlu benlik saygısı öz yeterlilik alt boyutu, İBB: İki boyutlu benlik saygısı, DABT: Demokratik anne-baba tutumu, KABT: Koruyucu anne-baba tutumu, OABT: Otoriter anne-baba tutumu, OLM: Olumlu mükemmeliyetçilik, OSM: Olumsuz mükemmeliyetçilik, SS: Standart sapma, Ort: Ortalama

**Tablo 2. Sosyal anksiyetenin yordanmasına ilişkin hiyerarşik regresyon analizi**

Model	Yordayan	R <sup>2</sup>	F	df	B	SE	$\beta$	p
1	(Sabit)							
	İBBKSAB	0,087	46,145	2/967	-0,266	0,069	-0,136	<0,000*
	İBBÖYAB				-0,448	0,078	-0,203	<0,000*
2	(Sabit)							
	İBBKSAB				-0,292	0,072	-0,149	<0,000*
	İBBÖYAB	0,134	29,740	5/964	-0,448	0,077	-0,203	<0,000*
	DABT				0,047	0,037	0,045	>0,205
	KABT				0,284	0,044	0,239	<0,000*
	OABT				-0,126	0,064	-0,082	<0,000*
3	(Sabit)							
	İBBKSAB				-0,194	0,069	-0,099	<0,000*
	İBBÖYAB				-0,362	0,075	-0,174	<0,000*
	DABT	0,222	39,262	7/962	0,026	0,036	0,025	>0,481
	KABT				0,214	0,042	0,180	<0,000*
	OABT				-0,184	0,061	-0,120	<0,003**
	OLM				-0,067	0,062	-0,036	>0,280
OSM				0,733	0,072	0,329	<0,000*	

\* $p < 0,001$ , \*\* $p < 0,01$ , SA: Sosyal anksiyete, İBBKSAB: İki boyutlu benlik saygısı kendini sevmeye alt boyutu, İBBÖYAB: İki boyutlu benlik saygısı öz yeterlilik alt boyutu, İBB: İki boyutlu benlik saygısı, DABT: Demokratik anne-baba tutumu, KABT: Koruyucu anne-baba tutumu, OABT: Otoriter anne-baba tutumu, OLM: Olumlu mükemmeliyetçilik, OSM: Olumsuz mükemmeliyetçilik

**Tablo 3. Sosyal anksiyetenin yordanmasında değişkenlerin modele özgün katkıları**

Model	R <sup>2</sup> change	Fchange	df	p
1	0,087	46,145	2/967	<0,000*
2	0,047	17,253	3/964	<0,000*
3	0,089	54,771	2/962	<0,000*

katılan öğrencilerin benlik saygısı puanları arttıkça sosyal anksiyete puanlarının düştüğünü göstermektedir. Sosyal anksiyete bozukluğuyla ilgili literatür incelendiğinde, benlik saygısının sosyal anksiyete bozukluğunu açıkladığı ve aralarında negatif yönlü bir ilişki olduğunu gösteren araştırmalar mevcuttur.<sup>23,38,39</sup> Sosyal anksiyete bozukluğu olan bireylerde olumsuz benlik değerlendirmesi yani düşük benlik saygısını inceleyen Hiller ve ark.<sup>38</sup> sosyal anksiyete bozukluğu olan bireylerin sağlıklı bireylere göre daha düşük benlik saygısına sahip olduğunu ve daha fazla durumluluk kaygı yaşadıklarını belirtmişlerdir. Benzer şekilde Sübaşı<sup>40</sup> yaptığı çalışmada sosyal anksiyetenin en güçlü yordayıcısının benlik saygısı olduğunu ve aralarındaki ilişkinin ters yönlü olduğunu ifade etmiştir.

Kişinin kendisini nasıl değerlendirdiğinin bir sonucu olan benlik saygısı, bireyin kendisini olumlu değerlendirmesi sonucunda yüksek, olumsuz değerlendirmesi sonucunda ise düşük olmaktadır. Bilindiği üzere negatif benlik değerlendirmesi ve başkaları tarafından olumsuz değerlendirilme korkusu sosyal anksiyete bozukluğunun temel özelliklerindedir.<sup>1</sup> Dolayısıyla sosyal durumlarda olumsuz benlik değerlendirmesi harekete geçen sosyal anksiyeteli birey, içinde bulunduğu koşulları yanlış yorumlayarak yoğun bir endişe yaşayabilmektedir. Ayrıca başarısız olduğuna, davranışlarının felakete sonuçlanacağına inanan sosyal anksiyeteli bireyin kendine ilişkin bu olumsuz bakış açısının ve başkalarının da kendisini reddedeceğine, eleştireceğine dair algısının bu bireylerde düşük benlik saygısına yol açtığı şeklinde yorumlanabilir.

Araştırmanın bir diğer bulgusu sosyal anksiyete bozukluğu ile anne-baba tutumlarından koruyucu ve otoriter tutum arasında pozitif yönde anlamlı ilişkiler olduğu, fakat sosyal anksiyete bozukluğuyla demokratik tutum arasında herhangi bir ilişkinin olmadığı yönündedir. Ayrıca yapılan hiyerarşik regresyon analizi sonucunda otoriter ve koruyucu anne-baba tutumunun sosyal anksiyeteyi açıkladığı tespit edilmiştir. Literatürdeki farklı çalışmalarda koruyucu ve otoriter anne-baba tutumuyla sosyal anksiyete bozukluğu arasındaki pozitif yönlü ilişkiyi destekleyen bulgular yer almaktadır.<sup>19,27,41</sup> Buna rağmen sosyal anksiyete bozukluğu ile anne-baba tutumları arasında herhangi bir ilişki olmadığını gösteren çalışmalar da mevcuttur.<sup>40,42</sup> Konuyla ilgili birçok çalışmada anne-baba tutumlarının demokratik, otoriter, koruyucu vb. sınıflandırılmasının sosyal anksiyeteye ilişkininden ziyade, ebeveyn tutumlarının duyarlılık ve talepkarlık boyutlarının sosyal anksiyeteye ilişkisinin incelendiği görülmektedir. Bu boyutlardan talepkarlık anne-babanın ebeveynlik stillerindeki kontrol, denetim ve olgunluk talebini, duyarlılık ise duygusal sıcaklık, kabul ve çocukla iletişim derecesini

ifade etmektedir. Talepkarlık ve duyarlılık boyutunun yüksek olması demokratik ebeveyn tutumunu temsil ederken, yüksek talepkarlıkla birlikte düşük duyarlılık otoriter ebeveyn tutumunu göstermektedir.<sup>43</sup> Örneğin Asbrand ve ark.<sup>44</sup> tarafından yapılan çalışmada sosyal anksiyeteli çocukların annelerinin kontrol grubundaki annelere göre çocuklarına yönelik aşırı kontrol uyguladıkları ve çocuklarının davranışlarına, düşüncelerine daha fazla müdahale ettikleri gözlemlenmiştir. Çinli ergenler üzerinde Xu ve ark.'nın<sup>45</sup> yaptığı çalışmada duygusal sıcaklığın yüksek olduğu ailelerde, sosyal anksiyete puanlarının daha düşük olduğu; ancak ebeveyn reddi ve aşırı korumanın yüksek olduğu ailelerde ise, sosyal anksiyetenin daha yüksek olduğu ifade edilmiştir. Çocuk gelişiminde aile, çocuğun dünyaya geldiği ilk andan itibaren hayati bir öneme sahip olmaktadır. Ergenlik döneminin gelişimsel özellikleriyle bağlantılı olarak ebeveynlerle olan ilişkilerin, arkadaşlarla olan ilişkilere kıyasla önemi biraz azalmış olsa bile, ebeveynler ergenlerin hayatlarında önemli kişiler olarak kalmaktadır. Bu yüzden otoriter ebeveynlerin çocuklarını yetiştirirken uyguladıkları katı kurallar, çocuklarına yönelik haksız suçlamalar ve aşırı eleştiriler çocuklarının kendilik algılarını olumsuz yönde etkileyebilmekte, kendilerinin sevilmez, yeteneksiz ve iyi olmayan biri olarak algılamalarına yol açabilmektedir. Bu tür eleştiri ve aşağılama çocukların olumsuz benlik değerlendirmelerini artırabilir, dolayısıyla akranlarının veya diğer kişilerin kendilerini reddedeceklerini düşünmelerine ve sosyal etkileşimlerden kaçınmalarıyla birlikte sosyal anksiyete düzeylerinin artmasına neden olabilir. Koruyucu ebeveynlik tutumunda ise ebeveynler dünyayı bol miktarda tehlikeli durum ve kişilerle dolu bir yer olarak görme eğiliminde olduklarından adeta çocuklarını cam bir fanus içerisinde, tüm tehlikelerden koruyarak yetiştirme arzusunda olabilmektedirler. Bunun sonucunda aşırı korumacı ebeveynlere sahip çocukların daha az özerkliğe sahip olması, yeni durumları keşfetme, farklı sosyal beceriler kazanma fırsatlarının sınırlandırılması, onların daha düşük sosyal yeterliliğe ve daha yüksek sosyal anksiyeteye sahip olacakları şeklinde yorumlanabilir. Ayrıca mevcut çalışmada demokratik ebeveyn tutumu ile sosyal anksiyete bozukluğu arasında herhangi bir ilişki bulunmamıştır. Oysaki demokratik tutuma sahip ebeveynlerin çocuklarına yönelik göstermiş oldukları yüksek duyarlılık, sevgi ve kontrolle birlikte onların özerkliğini desteklemesi, görüşlerini ifade etmede çocuklarına söz hakkı vermesi, bireysel farklılıklara saygı duyması çocukların aile içinde kendilerini kabul gören, sevilen biri olarak algılamasına, kendi gibi davranmasına, duygu ve düşüncelerini baskı hissetmeden açıklamasına izin verebilir. Bu olumlu aile ikliminin çocuğun sosyal yaşamında da kendisini göstererek baskı hissetmeden ilişkiler kurabilmesine yardımcı olabileceği öngörülebilir. Konuyla ilgili önceki çalışmalar incelendiğinde, demokratik ebeveyn tutumu ile sosyal anksiyete bozukluğu arasında ters yönlü bir ilişki olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur.<sup>41,46</sup>

Araştırmanın bağımsız değişkenlerine ilişkin son bulgu ise sosyal anksiyete bozukluğu ile olumsuz mükemmeliyetçilik arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişkinin olduğu, fakat olumlu mükemmeliyetçilik ile arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı yönündedir. Ayrıca analizler sonucunda olumsuz

mükemmeliyetçiliğin sosyal anksiyete bozukluğunu açıkladığı tespit edilmiştir. Yani, olumsuz mükemmeliyetçilik puanları arttıkça sosyal anksiyete puanları da yükselmektedir. Bu sonucu destekleyen çalışmalar alan yazında yer almaktadır.<sup>23,24</sup> Literatürde mükemmeliyetçilik iki boyutlu bir yapı olarak ele alınmaktadır. Stoeber ve Otto<sup>47</sup> olumlu mükemmeliyetçi çabalar ve olumsuz mükemmeliyetçi endişeler kavramlarını mükemmeliyetçiliğin olumlu ve olumsuz doğasını anlamak için kullanmışlardır. Olumlu mükemmeliyetçi çabalar, yüksek kişisel standartları ve kendine yönelik mükemmeliyetçiliği içerirken; olumsuz mükemmeliyetçi endişeler, hatalar üzerine endişeyi, davranışlardan şüphe duymayı, sosyal düzene yönelik mükemmeliyetçiliği ve yüksek beklentiler ile sahip olunan başarılar arasındaki tutarsızlığı kapsamaktadır. Olumlu mükemmeliyetçilik üst düzeyde olumlu mükemmeliyetçi çabayı ve düşük olumsuz mükemmeliyetçi endişeyi, olumsuz mükemmeliyetçilik ise yüksek düzeyde mükemmeliyetçi çabayı ve mükemmeliyetçi endişeyi içermektedir. Konuyla ilgili çalışmalar gözden geçirildiğinde olumsuz mükemmeliyetçilik ile sosyal anksiyete bozukluğu arasındaki pozitif ilişkiye vurgu yapıldığı gözlemlenmektedir. Örneğin Jain ve Sudhir'in<sup>48</sup> çalışmasında sosyal anksiyeteli bireyler kontrol grubuna göre mükemmeliyetçilik ölçeğinin hatalar üzerine endişe, davranışlardan şüphe duyma, ebeveyn eleştirisi alt boyutlarından daha yüksek puanlar almışlardır. Cox ve Chen<sup>25</sup> ise çalışmalarını sonucunda sosyal düzene yönelik mükemmeliyetçilik ile davranışlardan şüphe duymanın sosyal anksiyete bozukluğuyla ilişkili olduğunu ve bu boyutların sosyal anksiyeteyi öngördüğünü tespit etmişlerdir. Schlenker ve Laery<sup>20</sup> sosyal anksiyete bozukluğunun, bireyin sosyal ilişkilerde arzulan sosyal etkiyi bırakma yeteneği hakkındaki endişelerinden ve bu endişeleri artıran, performans için aşırı yüksek standartlar belirleme gibi kişilik özelliklerinden kaynaklandığını ifade etmişlerdir. Sosyal anksiyete bozukluğu olan bireyler, sosyal durumlarda davranışlarından şüphe ederek uygun davranışı gösteremeyeceklerini ve bu durumdan dolayı diğerleri tarafından olumsuz değerlendirileceklerini düşünme eğilimindedirler. Clark ve Wells<sup>49</sup> benzer şekilde sosyal anksiyeteli bireylerin "herkese uygun bir biçimde davranmalıyım", "hiç kimsenin endişeli olduğumu anlamasına izin vermemeliyim" gibi fonksiyonel olmayan inançları olduğunu ve bu durumla başa çıkabilmek adına kendileri için aşırı yüksek performans standartları oluşturduklarını belirtmektedirler. Bu standartların karşılanması imkansız olmasa da başarılması güçtür. Anlaşıldığı üzere mükemmeliyetçilik, sosyal anksiyete bozukluğunda davranışlar hakkında şüphe ve hata yapma konusunda aşırı endişe olarak deneyimlenmektedir. Ergenin benmerkezci düşünce yapısı, beğenilme arzusu, mükemmel yakalayabilme çabası onun davranışlarına daha fazla odaklanmasına, davranışlarından emin olamamasına, hatalarından endişe duymasına, önemli diğerlerinin kendilerinden üst düzey beklenti içinde olduğuna inanmasına yol açabilir. Ergen bu durumla başa çıkabilmek için kendisi adına yüksek standartlar belirleyebilir ve bu standartları nasıl karşılayacağına ilişkin hissedeceği endişe onun yüksek sosyal anksiyete yaşamasına neden olabilir. Ayrıca mevcut çalışmanın

olumlu mükemmeliyetçiliğin sosyal anksiyete bozukluğuyla ilişkili olmadığına dair bulgusu, ilgili literatür tarafından desteklenmektedir.<sup>48,50</sup> Olumlu mükemmeliyetçiliğin yüksek kişisel standartları ve kendine yönelik mükemmeliyetçiliği içerdiği bilinmektedir. Shumaker ve Rodebaugh<sup>50</sup> yaptıkları çalışmada yüksek kişisel standartların düşük sosyal anksiyeteyeyle ilişkili olduğunu, ayrıca yüksek kişisel standartların sosyal anksiyeteyeyle ilişkili olmadığını belirtmişlerdir. Farklı bir çalışmada Levinson ve ark.<sup>51</sup> düşük kişisel standartların ve değerlendirilmeye dayalı kaygının yüksek sosyal anksiyeteyeyle ilişkili olduğunu belirtmişlerdir. Sonuç olarak, sosyal anksiyete bozukluğu olan bireylerin kendileri için düşük beklentilere sahip olmaları ve aynı zamanda değerlendirilmeye ilgili yüksek endişeleri bir araya geldiğinde sosyal anksiyeteleri artabilir. Dolayısıyla negatif öz değerlendirme olmadan yüksek kişisel standartlara sahip olmanın bireyleri olumsuz etkilemeyeceği ve sosyal anksiyete bozukluğuna yol açmayacağı düşünülebilir.

### Çalışmanın Kısıtlılıkları

Bu çalışmayı sınırlı hale getiren bazı durumlar vardır. Çalışma sözü geçen veri toplama araçları ve araştırma kapsamına dahil edilen 7. ve 8. sınıf öğrencileriyle sınırlıdır. Gelecekte yapılacak olan çalışmalar sosyal anksiyete bozukluğunun gelişim dönemleriyle ilişkisini açıklayabilmek adına farklı öğretim kademelerinden belirlenecek katılımcı gruplarıyla karşılaştırmalı olarak gerçekleştirilebilir. Ayrıca çalışmadan elde edilen veriler öz bildirim dayalı nicel veri toplama yoluyla elde edilmiştir. Nitel verilerin elde edileceği görüşmeye dayalı çalışmalarla nicel verileri destekleyecek çalışmaların planlanmasının daha kapsamlı bulgular ortaya koyacağı düşünülmektedir. Son olarak bu araştırma ilişkisel bir çalışmadır. Alan çalışanları bu konuya yönelik grup müdahale programlarını temel alan deneysel çalışmalar planlayabilirler.

### Sonuç

Bu çalışma sonucunda, benlik saygısı düşük, koruyucu ve otoriter ebeveyn tutumuna sahip, olumsuz mükemmeliyetçilik özelliği olan öğrencilerin sosyal anksiyete düzeylerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Öğrencilerde sosyal anksiyete bozukluğunu etkileyen faktörlerin anlaşılmasının sosyal anksiyete bozukluğu yaşayan öğrencilerin fark edilmesinde ve sosyal anksiyetenin sağaltımında ruh sağlığı çalışanlarına önemli katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

### Etik

**Etik Kurul Onayı:** Araştırma sürecinde herhangi bir cerrahi/medikal uygulama yapılmadığı için etik kurul izni alınmamıştır.

**Hasta Onayı:** Çalışma grubu hasta bireylerden oluşmadı.

**Hakem Değerlendirmesi:** Editörler kurulu ve editörler kurulu dışında olan kişiler tarafından değerlendirilmiştir.

### Yazarlık Katkıları

Konsept: H.O., Dizayn: H.O., Veri Toplama veya İşleme: K.E., Analiz veya Yorumlama: H.O., K.E., Literatür Arama: K.E., Yazan: K.E.

**Çıkar Çatışması:** Yazarlar tarafından çıkar çatışması bildirilmemiştir.

**Finansal Destek:** KTÜBAP tarafından desteklendi (Proje No: SYL-2017-6003).

## Kaynaklar

- Amerikan Psikiyatri Birliği. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı (DSM-V) (Çev. E Köroğlu). Hekimler Yayın Birliği, Ankara. 2014.
- Asbrand J, Svaldi J, Kramer M, Breuninger C, Tuschen-Caffier B. Familial accumulation of social anxiety symptoms and maladaptive emotion regulation. *PLoS One*. 2016;11:e0153153.
- Asbrand J, Hudson J, Schmitz J, Tuschen-Caffier B. Maternal parenting and child behaviour: An observational study of childhood social anxiety disorder. *Cognit Ther Res*. 2017;41:562-575.
- Ateş B. Investigation of the social anxiety score of pre-service teachers in terms of some variables. *MJH*. 2015;2:61-70.
- Aydın A, Sütçü ST. Ergenler için Sosyal Kaygı Ölçeği' nin geçerlik ve güvenilirliğinin incelenmesi. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*. 2007;2:79-89.
- Büyüköztürk Ş. Sosyal bilimler için veri analizi el kitabı (23. Baskı). Ankara: Pegem A Yayıncılık. 2017.
- Clark D, Wells A. A cognitive model of social phobia. *Social Phobia: Diagnosis, Assessment, and Treatment* içinde, Heimberg RG, Liebowitz MR, Hope DA, Schbeier FR (ed) Guilford, New York, 1995;69-93.
- Cox SL, Chen J. Perfectionism: A contributor to social anxiety and its cognitive processes. *Aust J Psychol*. 2015;67:231-240.
- Çağlar M, Dinçyürek S, Arslan N. Üniversite öğrencilerinin sosyal kaygı analizi. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi* 2012;43:106-116.
- Darling N, Steinberg L. Parenting style as context: An integrative model. *Psychol Bull*. 1993;3:487-496.
- Demir T, Eralp-Demir D, Türksoy N, Özben E, Uysal Ö. Çocuklar için sosyal anksiyete ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirliği. *Düşünen Adam Dergisi* 2000;1:42-48.
- Dilbaz N. The prevalence of social phobia among the Turkish university students. Paper presented at the XII. World Congress of Psychiatry, Yokohama. 2002.
- Doğan T. İki boyutlu benlik saygısı: Kendini sevmeye ve öz-yeterlilik ölçeğinin Türkçe uyarlaması ve psikometrik özelliklerinin incelenmesi. *Eğitim ve Bilim*. 2011;162:126-137.
- Erkan Z. Sosyal kaygı düzeyi yüksek ve düşük ergenlerin ana baba tutumlarına ilişkin nitel bir çalışma. *Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 2002;10:120-133.
- Erözkan A. Üniversite öğrencilerinin reddedilme duyarlılıkları ile sosyal kaygı düzeylerinin bazı değişkenlere göre incelenmesi. 13. Ulusal Eğitim Bilimleri Kurultayı. Malatya: İnönü Üniversitesi Eğitim Fakültesi. 2004.
- Festa CC, Ginsburg GS. Parental and peer predictors of social anxiety in youth. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2011;3:291-306.
- Flanagan KS, Erath SA, Bierman KL. Unique associations between peer relations and social anxiety in early adolescence. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2008;37:759-769.
- Gümüş AE. sÜniversite öğrencilerinin sosyal kaygı düzeylerinin çeşitli değişkenlere göre incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. 1997.
- Hardin E. Depression and social anxiety among asian and european americans: The roles of self-discrepancy, optimism, and pessimism. (Unpublished master's thesis). Ohio State University, Columbus, USA. 2002.
- Hewitt PL, Flett GL. When does conscientiousness become perfectionism? Traits, self-presentation styles, and cognitions suggest a persistent psychopathology. *Current Psychiatry* 2007;7:49-60.
- Hiller TS, Steffens MC, Ritter V, Stangier U. On the context dependency of implicit self-esteem in social anxiety disorder. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2017;57:118-125.
- Iancu I, Bodner E, Joubran S, Ben Zion I, Ram E. Why not the best? Social anxiety symptoms and perfectionism among Israeli Jews and Arabs: A comparative study. *Compr Psychiatry*. 2015;59:33-44.
- İzgiç F, Akyüz G, Doğan O, Kuşu N. Üniversite öğrencilerinde sosyal fobi yaygınlığı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2000;4:207-214.
- Jain M, Sudhir PM. Dimensions of perfectionism and perfectionistic self-presentation in social phobia. *Asian J Psychiatr*. 2010;3:216-221.
- Kashdan TB, Volkmann JR, Breen WE, Han S. Social anxiety and romantic relationships: The cost and benefits of negative emotion expression are context-dependent. *J Anxiety Disord*. 2007;21:475-492.
- Kaya A, Bozaslan H, Genç G. Üniversite öğrencilerinin anne-baba tutumlarının problem çözme becerilerine, sosyal kaygı düzeylerine ve akademik başarılarına etkisi. *Dicle Üniversitesi Ziya Gökalp Eğitim Fakültesi Dergisi* 2012;18:208-225.
- Kırdök O. Olumlu ve olumsuz mükemmeliyetçilik ölçeği geliştirme çalışması. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Adana. 2004.
- Kuzgun Y. Ana-baba tutumlarının bireyin kendini gerçekleştirme düzeyine etkisi. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Eğitim Enstitüsü, Ankara. 1972.
- La Greca AM, Stone WL. Social anxiety scale for children—revised: Factor structure and concurrent validity. *Journal of Clinical Child Psychology* 1993;22:117-127.
- Leary MR, Kowalski RM. *Social Anxiety*. Guilford Press, Newyork. 1995.
- Levinson CA, Rodebaugh TL, Shumaker EA, Menatti AR, Weeks JW, White EK, Heimberg RG, Warren CS, Blanco C, Schneier F, Liebowitz MR. Perception matters for clinical perfectionism and social anxiety. *J Anxiety Disord*. 2015;29:61-71.
- Martínez I, García JF, Yubero S. Parenting styles and adolescents' self-esteem in Brazil. *Psychol Rep*. 2007;100:731-745.
- Morrison J. DSM-5'i Kolaylaştıran 'Klinisyenler İçin Tanı Rehberi'. Nobel Yayıncılık, Ankara. 2016.
- Newby J, Pitura VA, Penney AM, Rupert GK, Flett GL, Hewitt PL. Neuroticism and perfectionism as predictors of social anxiety. *Pers Individ Dif*. 2017;106:263-267.
- O'Connor LE, Berry JW, Weiss J, Gilbert P. Guilt, fear, submission, and empathy in depression. *J Affect Disord*. 2002;71:19-27.
- Rosser S, Issakidis C, Peters L. Perfectionism and social phobia: Relationship between the constructs and impact on cognitive behavior therapy. *Cognit Ther Res*. 2003;2:143-151.
- Schlenker BR, Leary MR. Social anxiety and self presentation: A conceptualization and model. *Psychological Bulletin* 1982;92:641-669.
- Schreiber FR, Steil F. Haunting self-image? The role of negative self-image in adolescent social anxiety disorder. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2013;44:158-164.
- Shumaker EA, Rodebaugh TL. Perfectionism and social anxiety: Rethinking the role of high standards. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2009;40:423-33.
- Stein MB, Stein DJ. Social anxiety disorder. *Lancet*. 2008;371:1115-1125.
- Stoeber J, Otto K. Positive conceptions of perfectionism: Approaches, evidence, challenges. *Pers Soc Psychol Rev*. 2006;4:295-319.
- Sübaşı G. Üniversite öğrencilerinde sosyal kaygıyı yordayıcı bazı değişkenler. *Eğitim ve Bilim* 2010;144:3-15.
- Tafarodi RW, Swann WB. Self-liking and self-competence as dimensions of global self-esteem: Initial validation of a measure. *J Pers Assess*. 1995;65:322-342.

44. Tafari RW, Swann WB. Two-dimensional self-esteem: Theory and measurement. *Pers Individ Dif.* 2001;5:653-673.
45. Tafari RW, Tam J, Milne AB. Selective memory and the persistence of paradoxical self-esteem. *Pers Soc Psychol Bull.* 2001;9:1179-1189.
46. Tan J, Lo P, Ge N, Chu C. Self-esteem mediates the relationship between mindfulness and social anxiety among Chinese undergraduate students. *Social Behavior and Personality: An International Journal.* 2016;8:1297-1304.
47. Thomas I, Sanandaraj HS. A factor analytical study on the antecedents of self-esteem. *Psychological Studies.* 1985;30:97-101.
48. Van Zalk N, Van Zalk M. The importance of perceived care and connectedness with friends and parents for adolescent social anxiety. *J Pers.* 2015;83:346-360.
49. Weiner IB. *Psychological Disturbance in Adolescence.* Wiley & Sons, Inc, New York. 1992.
50. Wu Y, Zhao X, Li, Y, Ding XX, Yang HY, Bi P, Sun YH. The risk and protective factors in the development of childhood social anxiety symptoms among chinese children. *Psychiatry Res.* 2016;240:103-109.
51. Xu J, Ni S, Ran M, Zhang C. The relationship between parenting styles and adolescents' social anxiety in migrant families: A study in Guangdong, China. *Front Psychol.* 2017;8:626.

# Özgül Öğrenme Bozukluğunun Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğundaki Sosyal Beceriye Etkisi

*The Effect of Specific Learning Disability on Social Skills in Attention Deficit Hyperactivity Disorder*

© Nurcan Eren Şimşek<sup>1</sup>, © Nursu Çakın Memik<sup>2</sup>, © Özlem Yıldız Gündoğdu<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Bayburt Devlet Hastanesi, Çocuk Psikiyatrisi Polikliniği, Bayburt, Türkiye

<sup>2</sup>Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Kocaeli, Türkiye

ÖZ

**Amaç:** Bu çalışmada, özgül öğrenme bozukluğu (ÖÖB) eş tanısı olan ve olmayan çocuklarda, ÖÖB'nin dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğundaki (DEHB) sosyal beceri düzeyi üzerine etkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Çalışmaya, 7-12 yaş aralığında olan, yalnızca DEHB tanısı ile takip edilen 30 çocuk ve ÖÖB eş tanısı olan (DEHB + ÖÖB) 30 çocuk dahil edilmiştir. Bu çocukların DEHB belirtileri medikal tedavi ile kontrol altına alınmıştır. Araştırmacı tarafından tüm çocuklara "Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu-Türkçe Uyarlaması" uygulanmış ve DSM-5'e göre klinik görüşme yapılarak tanı konmuştur. ÖÖB olduğu düşünülen hastalara ek olarak "özgül öğrenme güçlüğü bataryası" uygulanmıştır. Çalışmaya katılan tüm çocukların ebeveynlerine "Sosyo-demografik Bilgi Formu" ve "Sosyal Beceri Değerlendirme ölçeği (SBDÖ)" verilmiştir.

**Bulgular:** Sosyal beceri toplam puan ortalaması DEHB + ÖÖB'li grupta 216,96±52,83 iken, DEHB grubunda 217±25,59 bulunmuş ve her iki grup arasında hem toplam hem de alt ölçek toplam puanlarında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ). Tüm hastalar değerlendirmeye alındığında (DEHB + ÖÖB ve DEHB) kız cinsiyet, yüksek anne eğitimi ve sosyal aktivite yapma durumunda SBDÖ toplam puan ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüştür.

**Sonuç:** Çalışmamızda DEHB + ÖÖB'li grup ile DEHB'li grup arasında sosyal beceri toplam ve alt ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Bunun nedeni; hastaların eğitsel ve medikal tedavi almaları ile ilişkili olabileceği gibi, ÖÖB eş tanısının sosyal beceri açısından ek bir zorluğa yol açmamasından da olabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, özgül öğrenme bozukluğu, sosyal beceri

ABSTRACT

**Objectives:** In this study, it was aimed to investigate the effect of the specific learning disability (SLD) of children with and without the comorbidity of the SLD on the social skills in the attention deficit hyperactivity disorder (ADHD).

**Materials and Methods:** Thirty children between the ages of 7 and 10 years, who were only monitored with the diagnosis of ADHD and 30 children with comorbidity of the SLD, (ADHD + SLD) were included in the study. ADHD symptoms of these children were controlled by the medical treatment. The researcher administered the Turkish Version of the Affective Disorders for School-age Children and Schizophrenia Interview Schedule-Now and Lifelong Version to the children and the diagnosis was made by clinical interview according to DSM-5. SLD battery was also performed to children who were suspected to have the diagnosis of SLD. "Socio-demographic Form" and "Social Skills Assessment scale (SSAS)" were given to the parents of all children included in the study.

**Results:** Total mean score level of social skills was 216.96±52.83 in the ADHD + SLD group while it was found as 217±25.59 in the ADHD group, and statistically significant difference was not found in total and subscale scores between two groups ( $p>0.05$ ). When all the patients (ADHD and ADHD + SLD) were assessed, total mean score of social skills was statistically found to be significantly higher in terms of to being female, having higher mother education, and making social activity.

**Conclusion:** In our study, there was no statistically significant difference between ADHD and ADHD+SLD groups regarding total mean score and subscale scores of social skills. This may be related to the educational and medical treatment of the patients, or it is likely that SLD comorbidity does not cause additional difficulties in terms of social skills.

**Keywords:** Attention deficit hyperactivity disorder, specific learning disability, social skill

**Yazışma Adresi/Address for Correspondence:** Dr. Nursu Çakın Memik, Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Kocaeli, Türkiye

**Tel.:** +90 262 303 86 36 **E-posta:** nursucakinmemik@gmail.com **ORCID:** orcid.org/0000-0001-9029-3457

**Geliş Tarihi/Received:** 14.05.2019 **Kabul Tarihi/Accepted:** 29.08.2019

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



## Giriş

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) ve özgül öğrenme bozukluğu (ÖÖB), çocuk psikiyatri polikliniklerinde en sık konulan tanılar arasındadır.<sup>1,2</sup> Bu iki bozukluk, nörogelişimsel bozukluklar kapsamındadır.<sup>3</sup> Öğrenme bozukluğu olgularının %25'inde DEHB, DEHB olgularının ise %21,7'sinde ÖÖB birlikteliği saptanmıştır.<sup>4,5</sup> DEHB ve/veya ÖÖB tanılı çocukların sosyal becerilerinin zayıf olduğu, bu nedenle akran ve ebeveyn ilişkilerinde sorunlar yaşadıkları saptanmıştır.<sup>6-8</sup>

Sosyal beceri; bireyin, içinde bulunduğu sosyal ortama uygun şekilde, olumlu ya da olumsuz duygularını anlatabilmesi, kişisel haklarını savunabilmesi, gerektiğinde başkalarından yardım isteyebilmesi gibi diğer bireylerle sağlıklı bir iletişim kurabilmesine yardımcı olan davranışları tanımlamaktadır.<sup>9</sup> Sosyal beceri kişinin toplum içinde yer edinmesini, aidiyet ve güven duygularını hissetmesini sağlamaktadır.<sup>10</sup> Sosyal becerileri yetersiz olan bireyler, kişiler arası ilişkilerde, akademik-duygusal-davranışsal alanlarda, mesleki yaşamlarında sorunlar yaşayabilmektedir.<sup>11</sup>

DEHB bilişsel, akademik, ailevi ve günlük yaşam alanlarında birçok sorun yaratmaktadır. DEHB'de görülen sosyal işlev bozukluğu bu çocukların akranları tarafından dışlanmalarına, ebeveynleri ve akranları ile çatışma yaşamalarına sebep olarak, kısa ve uzun dönemde hastalığın gidişini olumsuz yönde etkilemektedir.<sup>12</sup> Sosyal yetersizlikleri olan DEHB'li çocukların erken tanınması ortaya çıkabilecek sorunları önlemede önemlidir.<sup>13</sup> DEHB ve sosyal beceri alanında yapılan bir çalışmada, otuz beş DEHB hastasına on iki seans sosyal beceri eğitimi verilmiştir. Eğitim sonucunda öğretmen ve ebeveynler tarafından doldurulan sosyal becerileri değerlendirme ölçeklerinde düzelleme saptanmıştır. Çalışma DEHB için en iyi tedavi yönteminin ebeveyn eğitimi ve ilaç kombinasyonuna ek olarak sosyal beceri eğitiminin verilmesi olduğunu vurgulamaktadır.<sup>14</sup> Thorkildsen 1985'te yaptığı çalışmada, sosyal beceri eksikliklerine erken dönem müdahale uygulamalarının geleceğe yönelik riskleri önlediğine vurgu yapmıştır.<sup>15</sup>

Dislektik çocukların sosyal özelliklerini araştırmak için yapılan çalışmalar, bu çocukların dislektik olmayan çocuklara göre sınıf arkadaşları tarafından daha fazla dışlandıklarını, yalnızlık ve kıskançlık duygularını daha fazla hissettiklerini, çoğu zaman kendi okulları dışında ve yaşça daha küçük çocuklarla arkadaşlık kurduklarını tespit etmiştir.<sup>16</sup> Empati kurma, yüz ifadelerini tanıma, yardım isteme alanlarında güçlükler yaşadıkları, takdir edilmemekten ya da kendileri ile alay edilmesinden korktukları ve yetişkinlere daha bağımlı oldukları ifade edilmiştir. Sayıca fazla arkadaşları olsa bile dost edinme becerilerinin kötü olduğu, dostluk için önemli olan samimiyet, fiziksel temas ve onaylama davranışlarından kaçındıkları belirtilmiştir.<sup>6,16</sup> Dislektik olmayan çocuklara göre zorbalığa uğrama ihtimallerinin fazla olduğu, kendilerinin hem mağdur, hem de zorba olabileceği vurgulanmaktadır.<sup>6</sup>

ÖÖB ile ilgili yapılan çalışmaların incelendiği bir araştırmada; çalışma konuları arasında sosyal beceri özelliklerine fazla

yer verilmediğine ve sınırlı sayıda çalışma bulunduğu dikkat çekilmiştir. Aynı zamanda çoğunlukla okuma alanında sorunlar yaşayan çocukların araştırma gruplarına alındığı, ÖÖB'nin diğer alanlarında sorun yaşayan çocukların da çalışmalara dahil edilmesinin önemli ve yararlı olacağı belirtilmiştir.<sup>17</sup>

Yazında yaptığımız araştırmalar sonucunda DEHB'si olan çocukların ÖÖB eş hastalanımında sosyal becerilerinin nasıl etkilendiğine dair bir araştırma bulunmamıştır. Bu nedenle üzerinde pek fazla durulmayan bu alan araştırmamızın amacını oluşturmuştur. Yaygın olarak görülen DEHB ve ÖÖB'nin sosyal beceri düzeyine etkisini bilmek eğitimin şekillendirilmesi, tedavi müdahalelerinin düzenlenmesi, aileye verilecek önerilerin biçimlendirilmesi açısından önemli veriler sağlayacaktır. Bu araştırmada, ÖÖB eş tanılı DEHB'li çocukların ÖÖB eş tanısı olmayan DEHB'li çocuklarla, sosyal beceri düzeyleri ve sosyal beceri alt grupları açısından karşılaştırılması ve ÖÖB'nin öğrenme ve okul becerileri dışında sosyal beceri üzerine olan etkisinin de araştırılması amaçlanmıştır.

## Gereç ve Yöntem

### Örneklem

Çalışmaya alınan çocuklar Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk Ruh Sağlığı Polikliniği'nde ayaktan takip edilen çocuklar arasından seçilmiştir. Çalışma Ekim 2016 ile Aralık 2016 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. DEHB + ÖÖB grubu DSM-5 tanı ölçütlerine göre DEHB ve ÖÖB tanılı ile takip edilmekte olan, DEHB belirtileri medikal tedavi ile kontrol altında olan, 7-12 yaş grubundaki, klinik olarak zeka geriliği olmayan, otizm spektrum bozukluğu ve/veya tanı alacak düzeyde ek psikiyatrik bozukluğu olmayan 30 çocuktan oluşmuştur. DEHB grubuna klinik olarak zeka geriliği olmayan, eş zamanlı olarak otizm spektrum bozukluğu ve/veya tanı alacak düzeyde ek psikiyatrik bozukluğu olmayan, DEHB tanısı ile takip edilmekte olan ve medikal tedavi ile DEHB belirtileri kontrol altında olan ve ÖÖB eş tanısı olmayan 30 çocuk dahil edilmiştir.

Araştırmaya katılan her iki gruptaki çocuklar ve aileleri çalışma hakkında bilgilendirilmiş, hem çocuktan hem de ailelerinden onam alınmış, ebeveynlerine onam formu imzalatılmıştır. 2016/283 karar no ve 2016/238 proje numaralı etik kurul onayı, 21.09.2016 tarihinde Kocaeli Üniversitesi Araştırma Etik Kurulu'ndan alınmıştır.

### Yöntem

Genel psikiyatrik değerlendirmenin yapılması ve olası psikiyatrik tanıların saptanması için araştırmacı tarafından çocuklara ve ebeveynlerine Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu- Türkçe Uyarlaması (ÇDŞG-ŞY-T) uygulanmıştır. Yapılan görüşmelerde ÇDŞG-ŞY-T ile taranamayan tanılar, araştırmacının DSM-5 tanı ölçütlerine dayalı klinik görüşü ile değerlendirilmiştir. ÖÖB tanısı düşünülen hastalara ek olarak "özellik öğrenme güçlüğü bataryası" uygulanmıştır. Çalışmaya katılan tüm çocukların ebeveynlerine "Sosyo-demografik

Bilgi Formu” ve “Sosyal Beceri Değerlendirme ölçeği (SBDÖ)” verilmiştir.

### Veri Toplama Araçları

Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu-Türkçe Uyarlaması

Olası eş tanıları taramak için çocuk ve ebeveynlere ÇDŞG-ŞY-T uygulanmıştır. ÇDŞG-ŞY-T, DSM-3-R ve DSM-IV tanı ölçütlerine göre çocuk ve ergenlere psikiyatrik tanı koymak için geçerli ve güvenilir bir tanı aracıdır.<sup>18</sup> ÇDŞG-ŞY-T yarı yapılandırılmış bir görüşme olup, negatif semptomlu şizofreni ve ÖÖB dışında birçok psikiyatrik bozukluğu taramaktadır. Tarama skorları ve tanı açısından, değerlendiriciler arası uyum %93-100 olarak bulunmuştur. Testin yeniden test güvenilirliği için kappa katsayısı çeşitli tanıları için 0,63-1,00 aralığındadır. Türkçe uyarlaması, geçerlik ve güvenilirlik çalışması Gökler ve ark.<sup>19</sup> tarafından 2004 yılında yapılmıştır.

### Özgül Öğrenme Güçlüğü Bataryası

1993 yılında Görker ve ark.'in<sup>14</sup> kullandığı batarya daha sonraki çalışmalarda yeni testler eklenerek genişletilmiştir. Genişletilmiş haliyle batarya 9 testten oluşmaktadır. Bunlar okuma testi, yazma testi, alfabenin harfleri, sınıf düzeyine göre toplama ve çarpım tablosu soruları, aylar ve günler ile öncelik-sonralık ilişkilerinin sorgulanması, Gessel şekilleri, saat çizme testi, Head sağ-sol ayırt etme testi, Harris lateralleşme testidir.<sup>20</sup>

### Sosyo-demografik Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından hazırlanan bu form çocuğun ebeveynleri tarafından doldurulmuştur. Hastanın adı soyadı, doğum tarihi, doğum yeri, adresi, anne, baba ve kardeşlere ait bilgiler, gelişim öyküleri, tıbbi öykü, okul öncesi eğitim ve süresi, okuma-yazmaya geçiş zamanı, düzenli aktivitesinin olup olmadığı sorgulanmıştır.

### Sosyal Beceri Değerlendirme Ölçeği

Ölçek, 7 ile 12 yaşlarındaki çocukların sahip olması gereken sosyal becerileri sorgulayan soruları içermektedir. Ölçekte 69 madde ve 12 alt ölçek bulunmaktadır. Temel sosyal beceriler, temel konuşma becerileri, ileri konuşma becerileri, ilişkiyi başlatma ve sürdürme becerileri, grupla iş yapma becerileri, duygusal beceriler, kendini kontrol etme becerileri, saldırgan davranışlarla başa çıkma becerileri, sonuçları kabul etme becerileri, yönerge verme becerileri ve bilişsel beceriler ölçeğin alt gruplarıdır. Beşli derecelendirme şeklinde oluşturulmuş likert tipi bir ölçektir. Maddelerin tamamı olumludur. Ölçekte alınabilecek en düşük puan 69 ve en yüksek puan 345'tir. Ölçeğin kesme puanı olmayıp, ölçekten alınan puanın yüksek olması sosyal becerilerin iyi olması olarak yorumlanmaktadır. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması, 2005 yılında 7-12 yaş aralığındaki çocuklar için yapılmıştır. Ölçeğin güvenilirliği, Cronbach alfa katsayısı hesaplanarak test edilmiştir ( $r=0,97$ ).<sup>11</sup> Ölçek çocuğun ebeveynleri tarafından doldurulmuştur.

### İstatistiksel Analiz

Veriler, Sosyal Bilimler için İstatistik Paket Programı 20.0 (Statistical Program for Social Sciences-SPSS for Windows, 20.0) kullanılarak analiz edilmiştir. Olgulara ait değişkenlerin (sayısal veriler) normal dağılıma uygunluk testi Kolmogorov-Smirnov testi ile değerlendirilmiştir. Normal dağılım gösteren sayısal değişkenler ortalama +/- standart sapma, normal dağılım göstermeyen sayısal değişkenler ise medyan (25. persantil-75. persantil) olarak verilmiştir. Normal dağılım gösteren sayısal değişkenler için gruplar arasındaki farklılık Student's t-testi, tek yönlü varyans analizi ve Tukey çoklu karşılaştırma testi ile; normal dağılım göstermeyen sayısal değişkenler için ise gruplar arasındaki farklılık Mann-Whitney U testi, Kruskal Wallis tek yönlü varyans analizi ve Dunn's çoklu karşılaştırma testi ile belirlenmiştir. Kategorik değişkenler arasındaki ilişkileri belirlemek için Fisher's exact ki-kare analizi kullanılmıştır.  $P<0,05$  değeri istatistiksel olarak önemlilik için yeterli kabul edilmiştir.

### Bulgular

Çalışmaya 22'si (%36,7) kız, 38'i (%63,3) erkek toplam 60 hasta alınmıştır. DEHB+ÖÖB grubundaki 30 hastanın 11'i (%36,7) kız, 19'u (%63,3) erkektir. DEHB grubundaki 30 hastanın da 11'i (%36,7) kız, 19'u (%63,3) erkektir. Gruplar arasında cinsiyete göre dağılım farklı bulunmamıştır ( $p=1$ ). Çalışmaya katılan hastaların yaş aralıkları 7-12 olup, DEHB + ÖÖB grubunda ortalama yaş  $9,38\pm 1,15$ , DEHB grubunda ise  $9,70\pm 2,15$  bulunmuştur. Gruplar arasında yaş ortalamaları açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p=0,48$ ). Gruplar cinsiyet, kardeş sayısı, fiziksel ve ek ruhsal hastalık varlığı, düzenli sosyal aktivite ve ilaç kullanımı alanlarında benzerlik göstermiştir. Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri Tablo 1'de özetlenmiştir. Olguların ilk kelime ve cümle kurduğu, tuvalet eğitimi aldığı ve yürümeye başladığı ayların ortalaması DEHB + ÖÖB grubunda daha geç olmakla birlikte istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Her iki grupta da okul öncesi eğitim alma açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ). DEHB + ÖÖB grubunda okumaya ve yazmaya geçiş sürelerinin DEHB grubuna oranla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha geç olduğu saptanmıştır ( $p<0,001$ ). Grupların okul öncesi eğitim alma durumları ve okumaya ve yazmaya geçiş süreleri Tablo 1'de gösterilmiştir. Gruplar arasında anne-baba yaşı, aile yapısı, aile gelir düzeyi, anne-babaların eğitim düzeyi, çalışma durumları ve fiziksel ve ruhsal hastalık varlığı benzerlik göstermiştir ( $p>0,05$ ) (Tablo 1).

Sosyal beceri puan ortalaması DEHB + ÖÖB grubunda  $216,96\pm 52,83$ , DEHB grubunda ise  $217,66\pm 25,59$  bulunmuştur. SBDÖ alt test ve toplam puan ortalamaları Tablo 2'de gösterilmiştir. Gruplar arasında SBDÖ alt test ve tüm ölçek puanları açısından anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Araştırmaya katılan tüm çocukların cinsiyete göre SBDÖ toplam ve alt test puan ortalamaları Tablo 3'te gösterilmiştir. Tüm çocuklar değerlendirmeye alındığında (DEHB + ÖÖB ve DEHB) ilişkiyi sürdürme ve duygusal beceri puan ortalamaları kız çocuklarında erkek çocuklara oranla daha yüksek bulunmuştur ( $p=0,03/$



**Tablo 1. Katılımcıların gruplara göre sosyo-demografik özellikleri ve gelişim basamakları**

Özellikler	Gruplar	DEHB+ÖÖB		DEHB		İstatistiksel test*, f	
		n	%	n	%	x <sup>2</sup>	p
Cinsiyet	Kız	11	36,7	11	36,7	-	-
	Erkek	19	63,3	19	63,3		
Kardeş sayısı	Yok	3	10,0	4	13,3	-	-
	1 kardeş	18	60,0	18	60,0		
	2 kardeş	7	23,3	7	23,3		
	3 ve daha çok kardeş	2	6,7	1	3,3		
Çocukta fiziksel hastalık	Yok	28	93,3	29	96,7	-	-
	Var	2	6,7	1	3,3		
Sosyal aktivite	Yok	22	73,3	18	60,0	-	-
	Var	8	26,7	12	40,0		
İlaç kullanımı	Yok	8	26,7	5	16,7	-	-
	Var	22	73,3	25	83,3		
Aile yapısı	Çekirdek aile	23	76,7	24	80,0	2,11	1,00
	Geniş aile	6	20,0	5	16,7		
	Parçalanmış aile	0	0	1	3,3		
	Anne/baba ölü	1	3,3	0	0		
Aylık gelir düzeyi	1500 TL'den az1	4	13,3	5	16,7	4,50	0,23
	1500-3000	21	70,0	16	53,3		
	3000-4500	4	13,3	3	10,0		
	4500 TL'den fazla	1	3,3	6	20,0		
Anne eğitim durumu	İlkokul	15	51,7	15	50,0	8,00	0,05
	Ortaokul	7	24,1	2	6,7		
	Lise	3	10,3	11	36,7		
	Üniversite	4	13,8	2	6,7		
Anne iş durumu	Çalışmıyor	20	69,0	23	76,7	0,14	0,71
	Çalışıyor	9	31,0	7	23,3		
Baba eğitim durumu	İlkokul	12	40,0	6	20,0	3,79	0,312
	Ortaokul	7	23,3	6	20,0		
	Lise	7	23,3	12	40,0		
	Üniversite	4	13,3	6	20,0		
Baba iş durumu	Çalışmıyor	2	6,7	0	0	-	0,492f
	Çalışıyor	28	93,3	30	100		
Ailede fiziksel hastalık	Yok	26	86,7	30	100	-	0,112f
	Var	4	13,3	0	0		
Ailede ruhsal hastalık	Yok	28	93,3	26	86,7	-	0,671f
	Var	2	6,7	4	13,3		
Ortalama okul öncesi eğitim	Evet	20	69,0	24	80,0	0,45	0,50
	Hayır	9	31,0	6	20,0		
Ortalama okuma yazma geçiş zamanı	Birinci sınıf ilk dönem	9	32,1	26	86,7	18,82	<0,001
	Birinci sınıf ikinci dönem	8	28,6	3	10,0		
	İkinci sınıf	11	39,3	1	3,3		
		<b>Ort.</b>	<b>SS</b>	<b>Ort.</b>	<b>SS</b>	<b>İstatistiksel test**</b>	
						<b>t</b>	<b>p</b>
İlk kelime (ay)		16,04	12,06	11,21	2,71	1,83	0,080
İlk cümle (ay)		25,63	12,18	20,13	7,41	1,82	0,073
Yürüme zamanı (ay)		14,46	6,15	12,44	4,23	1,38	0,169
Tuvalet eğitimi (ay)		29,46	29,46	27,61	8,98	0,76	0,447
Ortalama anne yaşı		35,62	4,23	36,24	5,18	0,49	0,620
Ortalama baba yaşı		39,36	5,72	40,86	7,58	0,86	0,395

\*ki-kare testi, \*\*Student's t-testi, f: Fisher testi, Ort: Ortalama, SS: Standart sapma, TL: Türk lirası, DEHB: Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, ÖÖB: Özgül öğrenme bozukluğu

p=0,01). Tüm çocuklar değerlendirmeye alındığında (DEHB + ÖÖB ve DEHB) annenin eğitim düzeyi ilkokul olan çocukların temel sosyal beceri, konuşmayı başlatma ve sürdürme becerileri puan ortalamaları annesi ortaokul, lise ve üniversite mezunu olan çocuklara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır (p<0,001) (Tablo 3).

Tüm çocuklar değerlendirildiğinde düzenli sosyal aktivite yapan çocuklarda, genel grupta toplam sosyal beceri (232,50±41,05)

ve grupla iş yapabilme beceri puan ortalamaları (26,30±5,44) aktivite yapmayanların toplam sosyal beceri (209,72±39,55) ve grupla iş yapabilme beceri puan ortalamalarına (22,40±5,94) oranla daha yüksek bulunmuştur (p=0,04/ p=0,03).

## Tartışma

Bu çalışmada Kocaeli Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Anabilim Dalı'nda, DEHB ile birlikte ÖÖB ve yalnızca DEHB

**Tablo 2. Olguların gruplara göre Sosyal Beceri Değerlendirme Ölçeği ve alt testleri puanları**

SBDÖ	Grup				İstatistiksel test*,**		
	DEHB+ÖÖB (n=30)		DEHB (n=30)		p	t	U
	Ort.	SS	Ort.	SS			
Temel sosyal beceriler	40,76	10,28	39,70	7,41	0,948*	0,46	---
Temel konuşma becerileri	15,63	4,45	14,30	3,10	0,27**	---	376,50
İleri konuşma becerileri	11,13	3,89	10,93	2,11	0,93**	---	435,50
İlişki başlatma becerileri	15,83	5,57	15,63	3,65	0,870*	1,64	---
İlişki sürdürme becerileri	20,73	6,15	20,33	4,17	0,769*	0,29	---
Grupla iş yapma becerileri	22,93	7,36	24,46	4,30	0,34**	---	386,00
Duygusal beceriler	17,60	6,92	17,56	4,90	0,83**	---	435,50
Kendini kontrol becerileri	17,80	5,49	19,53	4,17	0,174*	1,38	---
Saldırgan davranışlarla başa çıkma becerileri	13,33	4,15	12,73	2,97	0,523*	0,64	---
Sonuçları kabul etme becerileri	8,46	3,62	8,73	2,16	0,26**	---	374,50
Yönerge verme becerileri	14,10	5,03	14,76	2,45	0,89**	---	441,50
Bilişsel beceriler	18,36	5,03	18,70	4,12	0,98**	---	448,50
Toplam sosyal beceri	216,96	52,83	217,66	25,59	0,94*	0,07	---

\*Student's t-testi, \*\*Mann-Whitney U testi, SBDÖ: Sosyal Beceri Değerlendirme Ölçeği, Ort: Ortalama, SS: Standart sapma, DEHB: Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, ÖÖB: Özgül öğrenme bozukluğu

**Tablo 3. Sosyal Beceri Değerlendirme Ölçeği toplam puan ve alt puanlarının cinsiyet ve annenin eğitim durumu ile ilişkisi**

SBDÖ	Cinsiyet				İstatistiksel test*,**		
	Kız		Erkek		p	t	u
	Ort	SS	Ort	SS			
Temel sosyal beceriler	41,86	9,43	39,28	8,56	0,28*	1,08	---
Temel konuşma becerileri	15,77	4,18	14,50	3,64	0,28**	---	348,00
İleri konuşma becerileri	11,09	3,29	11,00	3,04	0,83**	---	404,50
İlişki başlatma becerileri	16,63	4,59	15,21	4,70	0,25*	1,14	---
İlişki sürdürme becerileri	22,36	4,38	19,47	5,41	0,03*	2,13	---
Grupla iş yapma becerileri	23,86	5,47	23,60	6,40	0,71**	---	394,00
Duygusal beceriler	19,90	5,62	16,23	5,78	0,01**	---	259,50
Kendini kontrol becerileri	19,04	4,62	18,44	5,12	0,65*	0,45	---
Sorunlu davranışla başa çıkma becerisi	13,72	3,88	12,63	3,04	0,25*	1,14	---
Sonuçları kabul etme becerisi	8,22	3,22	8,81	3,82	0,37**	---	361,00
Yönerge verme becerileri	15,50	2,73	13,81	3,43	0,08**	---	307,00
Bilişsel beceriler	19,36	3,99	18,05	4,85	0,15**	---	325,00
Toplam sosyal beceri	227,09	37,17	211,65	42,74	0,16*	1,41	---

\*Student's t-testi, \*\*Mann-Whitney U testi, \*\*\*Tek yönlü varyans analizi; \*\*\*\*Kruskal-Wallis testi, SBDÖ: Sosyal Beceri Değerlendirme Ölçeği, Ort: Ortalama, SS: Standart sapma, İOM: İlkokul mezunu, OOM: Ortaokul mezunu, LM: Lise Mezunu, ÜM: Üniversite mezunu

tanısı ile takip edilmekte olan, yaşları 7-12 arasında bulunan çocukların sosyal beceri düzeyleri ve ÖÖB'nin DEHB'deki sosyal beceri düzeyi üzerine etkisi araştırılmıştır. Gruplar, yaş ve cinsiyet açısından karşılaştırıldığında bir farkın olmadığı, cinsiyet özellikleri açısından bakıldığında her iki grupta da erkeklerin sayısının fazla olduğu görülmüştür. Bu bulgu DEHB ve ÖÖB'nin erkeklerde daha sık görüldüğü bilgisi ile uyumludur.<sup>21,22</sup> Pek çok klinik çalışma, hiperaktivite, impulsivite, dışsallaştırıcı davranış problemleri ile okuma ve yazma alanında öğrenme bozukluğu belirtilerinin erkeklerde daha sık olduğunu bildirmektedir.<sup>23,24</sup> DEHB + ÖÖB grubu ile DEHB grubunun gelişim basamaklarını kazanma süreleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı olmasa da fark bulunmaktadır. DEHB + ÖÖB'li hastaların ilk kelime ve cümle kurma, tuvalet eğitimi alma ve yürümeye başlama sürelerinin DEHB grubunda bulunan çocuklardan daha geç olduğu saptanmıştır. ÖÖB'li çocuklarda konuşmanın gecikebileceği, sözcük dağarcığı düzeylerinin yaşlarına uygun olmadığı, sözcükleri doğru telaffuz etmekte ve düzgün cümle kurmakta zorlandıkları, ince-kaba motor beceriler ve koordinasyon sorunları nedeniyle erken dönemde motor, konuşma ve dil kazanımında gecikmelerin olabileceği bilinmektedir.<sup>22,25</sup> Bizim çalışmamızda da ÖÖB olan grupta bu gecikmelerin olduğu görülmüştür. Gruplar arasında okumaya ve yazmaya geçiş sürelerine bakıldığında, DEHB + ÖÖB grubunun okuma ve yazmaya geçiş süreleri anlamlı olarak DEHB grubundaki çocuklara göre geç olmuştur. DEHB grubundaki çocukların %86,7'si birinci sınıfın ilk dönemi okuma ve yazmaya geçerken, DEHB + ÖÖB'si olan grupta birinci sınıfın ilk döneminde okumaya ve yazmaya geçenlerin oranı %32,1'dir. DEHB + ÖÖB'li gruptaki çocukların %28,6'sının birinci sınıfın ikinci döneminde, %39,3'ünün ikinci sınıfta okuma ve yazmaya geçtiği saptanmıştır. ÖÖB eğitim ile yakından ilişkili bir

bozukluktur. Bu nedenle tanı sıklıkla ilköğretim döneminde konmaktadır.<sup>26</sup> Öğrenme bozukluğu olgularının %80'ini okuma bozukluğu, %4'ünü de yazılı anlatım bozukluğu olgularının oluşturduğu bildirilmektedir.<sup>25-27</sup> Çalışmamızda da ÖÖB'nin DEHB'den bağımsız bir biçimde okuma yazmayı geciktirdiği görülmüştür.

Gruplar arasında ebeveyn yaş ortalaması, anne-baba eğitim durumu, anne-baba çalışma durumu, aile yapısı, aile aylık gelir düzeyi, ebeveyn çalışma durumu, fiziksel ve ruhsal hastalık varlığı değişkenlerinde anlamlı fark bulunmamıştır. Daha önceki çalışmalar ÖÖB tanısı olan çocukların anne-babalarının sosyo-demografik verilerinin kontrol grupları ile farklı olmadığını, bu sonucun olguların ilgi ve yardım yoksunluğundan dolayı akademik alanda başarısızlık yaşıyor olma olasılığını dışlayıcı nitelikte olduğunu bildirmektedir.<sup>28,29</sup> Çalışmamızda sosyo-demografik verilerle ilgili farklılığın olmaması daha önceki çalışmalar ile uyumludur.

Örneklemin sosyal beceri düzeyini değerlendirmek için Sosyal Beceri Değerlendirme Ölçeği kullanılmıştır. Ölçeğin toplam ve alt faktör puanları gruplar arasında değerlendirilmiştir. Ölçeğin "temel sosyal beceri", "temel konuşma becerisi", "ileri konuşma becerisi", "ilişkiyi başlatma becerisi", "ilişkiyi sürdürme becerisi", "grupla iş yapma becerisi", "duygusal beceriler", "kendini kontrol etme becerileri", "sorunlu davranışla başa çıkma becerileri", "sonuçları kabul etme becerileri", "yönerge verme becerileri", "bilişsel beceriler" şeklinde alt faktörleri vardır. DEHB + ÖÖB'li grupta toplam sosyal beceri düzeyi 216,96±52,83, DEHB grubunda ise toplam sosyal beceri düzeyi 217±25,59 olarak bulunmuştur. Çalışmaya DEHB'ye ÖÖB'nin eşlik etmesinin çocukların sosyal becerilerini olumsuz etkilediği hipotezi ile başlanmıştır. Ancak çalışmamızda gruplar arasında sosyal beceri toplam ve alt test ortalama puanları arasında

Anne eğitim durumu						İstatistiksel test**, ****					Sonuç
İOM		OOM		LM		ÜM		p	f	Kw	
Ort	SS	Ort	SS	Ort	SS	Ort	SS				
35,66	7,94	47,66	6,59	42,42	5,87	46,66	11,03	0,001***	8,14	--	İ<O,L,Ü
13,60	3,20	17,88	3,10	15,28	3,33	17,33	5,98	0,01****	---	11,32	İ<O,Ü
10,16	2,67	10,66	2,95	12,28	2,84	13,33	4,58	0,04****	---	0,49	İ<L,Ü
15,60	4,67	16,11	5,62	15,42	4,70	17,50	3,50	0,81***	0,32	---	---
19,90	5,77	22,11	3,14	20,42	4,92	22,16	4,92	0,61***	0,59	---	---
23,73	6,88	22,88	5,32	24,57	5,09	23,16	6,04	0,93****	---	0,41	---
17,33	6,81	15,77	3,38	17,35	4,98	22,16	5,77	0,19****	---	4,70	---
17,83	5,55	19,77	3,76	19,78	4,64	19,00	4,00	0,57***	0,67	--	----
13,26	3,60	12,22	3,89	12,42	3,27	14,83	4,16	0,49***	0,81	---	---
8,30	2,71	8,22	2,94	9,07	3,33	9,50	3,93	0,80****	---	0,995	---
13,86	3,41	14,33	3,96	14,71	2,86	16,83	1,83	0,22****	---	4,33	---
18,16	5,07	18,66	3,77	19,28	4,84	19,33	1,86	0,92****	---	0,49	---
206,00	41,09	231,77	36,90	223,83	34,73	241,83	52,37	0,12****	2,04	---	---

istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. DEHB tanılı çocukların sosyal becerilerinin araştırıldığı bir çalışmada, DEHB grubunun sosyal beceri toplam puan ortalaması 200,25 olarak hesaplanmış; grubun yönerge verme becerileri dışında SBDÖ toplam ve diğer alt test puanları kontrol grubundan anlamlı derecede düşük bulunmuştur.<sup>30</sup> Solanto ve ark.'nın<sup>31</sup> bileşik tip ve dikkat eksikliği ön planda olan DEHB tanılı çocuklarla yaptığı çalışmada, her iki grupta sosyal beceriler düşük saptanmakla birlikte öğretmenler dikkat eksikliği ön planda olan çocukların haklarını daha az savduklarını, bileşik tip olanların ise kendilerini kontrol becerilerinin daha düşük olduğunu bildirmişlerdir. Çalışmamızda karşılaştırılan her iki grubun da DEHB hastalarından oluştuğu düşünüldüğünde, sosyal becerilerin DEHB nedeniyle olumsuz etkilenmiş olabileceği ve ÖÖB komorbiditesinin sosyal beceri açısından ek bir bozukluğa yol açmayabileceği akla gelmiştir. Takip sürecinde yapılandırılmış sosyal beceri eğitimi programı uygulanmaksızın, ailelere ve çocuklara ÖÖB ile ilgili öneriler verilmesinin, klinik takiplerde çocukların yaşadıkları sorunlara yönelik baş edebilme becerileri üzerine destek almalarının ve ailelerin kurumumuzda düzenlenen aile eğitimi programlarına katılıyor olmalarının aile içi sorunları azalttığı, bu durumun da sosyal beceri düzeyini etkilediği düşünülmüştür.

Çalışmamızda ilişkiyi sürdürme ve duygusal beceri ortalama puanları genel grupta kızlarda erkeklere oranla anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Cinsiyet değişkeni açısından sosyal becerilerin incelendiği bir çalışmada, kızların daha çok olumlu sosyal davranışlara sahip olduğu, erkeklerin daha çok saldırgan davranışlar gösterdikleri saptanmıştır.<sup>32</sup> Ebeveynlerin çocuklarını yetiştirirken çocukların cinsiyetine yönelik farklı tutumlar göstermelerinin, çocukların sosyal becerilerini etkilediği görülmüştür. Annelerin kız çocuklarıyla etkileşimde daha çok akran yönelimli etkinlikleri seçtikleri ve ahlaki değerleri önemsedikleri, erkek çocuklarında ise gelişimsel özelliklere odaklandıkları saptanmıştır.<sup>33,34</sup> Chaplin<sup>35</sup> 2005'te yaptığı çalışmada, babaların kızlarının boyun eğici, oğullarının uyumsuz davranışlarına dikkat ettiklerini ve bu dikkatin sonraki yıllarda kızların boyun eğici, erkeklerin uyumsuz davranışlarını arttırdığı saptanmıştır. Mercurio'nun<sup>36</sup> 2003'te yaptığı çalışmada, erkek çocuklarının yetiştirilme tarzından dolayı duygusal olgunluklarının düşük olduğu belirtilmektedir. Bizim çalışmamızda da sosyal beceri puanlarının genel grupta kız çocuklarında daha yüksek olması yazın ile uyumludur.

Çalışmamızda, genel grupta çocukların temel sosyal beceri puan ortalamaları, temel konuşma becerileri puan ortalamaları, ileri konuşma becerileri puan ortalamaları annesinin eğitim düzeyi ilköğretim olanlarda ortaokul, lise ve üniversite olanlara göre anlamlı olarak düşük bulunmuştur. Baran<sup>37</sup> 1989'da yaptığı çalışmada annenin öğrenim düzeyi düştükçe davranış problemlerinin arttığı sonucuna ulaşmıştır. Karaca ve ark.'nın<sup>38</sup> yaptığı çalışmada, annesi üniversite mezunu olan çocukların hem iş birliği yapmada hem de sosyal ilişkilerde ortalama puanlarının daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Bizim çalışmamızın sonuçları da yazın ile benzerdir. Bu sonuç, eğitim düzeyi ilköğretim düzeyinde olan annelerin kelime düzeylerinin ve

ifade becerilerinin kısıtlı olabildiğini, bu durumun çocuğun dil ve konuşma becerilerini etkilediğini, bu nedenle annesi ilköğretim mezunu olan çocukların konuşmayı başlatma ve sürdürme becerilerinin diğer çocuklara göre daha geri olduğunu düşündürmüştür.

Çalışmamızda düzenli sosyal aktivite yapan çocukların toplam sosyal beceri puanları ve grupla iş yapabilme beceri puanları, sosyal aktivitesi olmayan çocuklara göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Kara ve Çam<sup>29</sup>, doğaçlama, rol oynama, tiyatro ya da drama tekniklerinden yararlanılarak hazırladıkları yaratıcı drama yönteminin, çocukların grupla iş yapma ve yürütme becerileri, ilişkiyi başlatma ve sürdürme becerileri ile kendini kontrol etme becerileri üzerine etkili olduğunu göstermişlerdir. Altıncı ve yedinci sınıf öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada çocukların bedensel aktivite yoluyla kendilerine olan güvenlerinin arttığı, kendilerine çevre bulmak ve oluşturmak için diğer arkadaşlarını davet ettikleri ve daha girişken oldukları saptanmıştır.<sup>40</sup> Allison ve ark.'nın<sup>41</sup> 1999'da yaptığı çalışmada, 9-11 yaşları arasında olan öğrencilerin fiziksel aktiviteye katılmaları, beden eğitimi dersleri, diğer okullarla olan aktiviteleri, engellerin farkında olma ve aşabilme durumları, okul dışındaki faaliyetleri ile sosyal yetkinlik beklentisi arasındaki ilişki incelenmiş ve fiziksel aktiviteye katılım ile sosyal yetkinlik beklentisi arasında anlamlı bir ilişki olduğu gösterilmiştir. Bizim çalışmamızda da genel grupta toplam sosyal beceri ve grupla iş yapabilme toplam puan ortalamalarının sosyal aktivite yapan çocuklarda yapmayanlara oranla daha yüksek olduğu saptanmış olup sonuç daha önceden yapılmış olan çalışmalarla benzerdir.

### Çalışmanın Kısıtlılıkları

Yaptığımız çalışmada DEHB ve ÖÖB'nin alt tiplerinin değerlendirmeye alınmamış olması, var olan bozukluğun şiddetinin ölçülmemiş olması, sağlıklı bir grup ile karşılaştırmanın yapılmamış olması, yeni tanı konan, henüz tedavi almamış olan hastaların çalışmaya dahil edilmemiş olması çalışmamızın sınırlılıklarını oluşturmaktadır.

### Sonuç

Bu çalışma tüm hastalar değerlendirmeye alındığında (DEHB + ÖÖB ve DEHB) sosyal beceri düzeylerinin cinsiyet, anne eğitim durumu ve sosyal aktivite değişkenlerinden etkilenebileceğini; ancak DEHB + ÖÖB'li grup ile DEHB'li grup arasında sosyal beceri toplam ve alt ölçek puanları arasında anlamlı farkın olmadığını göstermiştir. Belirtilmiş olan sınırlılıkların giderilmiş olduğu daha geniş gruplarla yapılacak çalışmalar, ÖÖB'nin sosyal beceri düzeyleri üzerine etkisi ile ilgili bilginin artmasına yardımcı olacaktır.

### Etik

**Etik Kurul Onayı:** 2016/283 karar no ve 2016/238 proje numaralı etik kurul onayı, 21.09.2016 tarihinde Kocaeli Üniversitesi Araştırma Etik Kurulu'ndan alınmıştır.

**Hasta Onayı:** Araştırmaya katılan her iki gruptaki çocuklar ve aileleri çalışma hakkında bilgilendirilmiş, hem çocuktan hem

de ailelerinden onam alınmış, ebeveynlerine onam formu imzalatılmıştır.

**Hakem Değerlendirmesi:** Editörler kurulu ve editörler kurulu dışında olan kişiler tarafından değerlendirilmiştir.

### Yazarlık Katkıları

Konsept: N.E.Ş., N.Ç.M., Ö.Y.G., Dizayn: N.E.Ş., N.Ç.M., Ö.Y.G., Veri Toplama veya İşleme: N.E.Ş., N.Ç.M., Ö.Y.G., Analiz veya Yorumlama: N.E.Ş., N.Ç.M., Ö.Y.G., Literatür Arama: N.E.Ş., N.Ç.M., Ö.Y.G., Yazan: N.E.Ş., N.Ç.M., Ö.Y.G.,

**Çıkar Çatışması:** Yazarlar tarafından çıkar çatışması bildirilmemiştir.

**Finansal Destek:** Yazarlar tarafından finansal destek almadıkları bildirilmiştir.

### Kaynaklar

1. Aras Ş, Ünlü G, Varol Taş F. Çocuk ve ergen psikiyatri polikliniğine başvuran hastalarda belirtiler, tanılar ve tanıya yönelik incelemeler. *J Clin Psy*. 2007;10:28-37.
2. Görker I, Korkmazlar Ü, Durukan M, Aydoğdu A. Çocuk ve ergen polikliniğine başvuran ergenlerde belirti ve tanı dağılımı. *Klin Psikiyatr*. 2004;7:103-110.
3. Silver CH, Ruff RM, Iverson GL, Barth JT, Broshek DK, Bush SS, Koffler SP, Reynolds CR. Learning disabilities: the need for neuropsychological evaluation. NAN Policy and Planning Committee. *Arch Clin Neuropsychol*. 2007;23:217-219.
4. Bilgiç A, Kılıç BG, Gürkan K, Aysev A. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanısı konulan bir klinik örnekte yıkıcı davranış bozuklukları ve özgül öğrenme bozuklukları. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Derg*. 2006;13:54-59.
5. Erman Ö. Öğrenme bozukluğu ve aşırı hareketlilik bozukluğu olgularının nörofizyolojik ve nöropsikolojik yöntemlerle incelenmesi. 1997.
6. Ghisi M, Bottesi G, Re AM, Cerea S, Mammarella IC. Socioemotional Features and Resilience in Italian University Students with and without Dyslexia. *Front Psychol*. 2016;7:478.
7. Shea B, Wiener J. Social Exile: the cycle of peer victimization for boys with ADHD. *Can J Sch Psychol*. 2003;18:55-90.
8. Treuting JJ, Hinshaw SP. Depression and self-esteem in boys with attention-deficit/hyperactivity disorder: associations with comorbid aggression and explanatory attributional mechanisms. *J Abnorm Child Psychol*. 2001;29:23-39.
9. Soria O. Sosyal beceriler ve değerlendirme yöntemleri. *Psikol Derg*. 1986;5:24-29.
10. Korkut F. İletişim becerileri eğitiminin lise öğrencilerinin iletişim becerilerini değerlendirmelerine etkisi. *3P Derg*. 1996;4:191-198.
11. Akçamete G, Avcıoğlu H. Sosyal becerileri değerlendirme ölçeğinin (7-12 yaş) geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*. 2005;5:61-77.
12. Nijmeijer JS, Minderaa RB, Buitelaar JK, Mulligan A, Hartman CA, Hoekstra PJ. Attention-deficit/hyperactivity disorder and social dysfunctioning. *Clin Psychol Rev*. 2008;28:692-708.
13. Pennington BF, Van Orden GC, Smith SD, Green PA, Haith PP. Phonological processing skills and deficits in adult dyslexics. *Child Dev Dec*. 1990;61:1753-1778.
14. Frankel F, Myatt R, Cantwell DP, Feinberg DT. Parent-assisted transfer of children's social skills training: effects on children with and without attention-deficit hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997;36:1056-1064.
15. Thorkildsen R. Using an interactive videodisc program to teach social skills to handicapped children. *Am Ann Deaf*. 1985;140:383-385.
16. Wiener J. Do peer relationships foster behavioral adjustment in children with learning disabilities? *Learn Disabil Q*. 2004;27:21-30.
17. Özkardeş Güngörmüş O. Türkiye'de özel öğrenme güçlüğüne ilişkin yapılan araştırmaların betimsel analizi. *Boğaziçi Üniversitesi Eğitim Derg*. 2012;30:124-153.
18. Kaufman J, Birmaher B, Brent D, Rao U, Flynn C, Moreci P, Williamson D, Ryan N. Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997;36:980-988.
19. Gökler B, Ünal F, Pehlivan Türk B, Kültür Çengel E, Akdemir D, Taner Y. Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli-Türkçe Uyarlamasının Geçerlik ve Güvenirliliği. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Derg*. 2004;11:109-116.
20. Turgut S, Erdem G, Karakaş S. Özgül Öğrenme Güçlüğü (ÖÖG) Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) birlikteliği ve kontrol gruplarının ÖÖG bataryası ile belirlenen profilleri. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Derg*. 2010;17:13-25.
21. Ercan ES, Mukaddes N, Yankı Y ve ark. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu. In: *Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları*. ed: Ercan ES. Ankara: Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği; 2016;33-55.
22. Kılıç BG. Özgül Öğrenme Bozukluğu. In: *Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları*. ed : Akay AP, Ercan ES, Ankara: Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği; 2016;87-94.
23. Biederman J, Mick E, Faraone SV, Braaten E, Doyle A, Spencer T, Wilens TE, Frazier E, Johnson MA. Influence of gender on attention deficit hyperactivity disorder in children referred to a psychiatric clinic. *Am J Psychiatry* 2002;159:36-42.
24. Newcorn J, Halperin J, Jensen PS, Abikoff HB, Arnold LE, Cantwell DP, Conners CK, Elliott GR, Epstein JN, Greenhill LL, Hechtman L, Hinshaw SP, Hoza B, Kraemer HC, Pelham WE, Severe JB, Swanson JM, Wells KC, Wigal T, Vitiello B. Symptom profiles in children with ADHD: effects of comorbidity and gender. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2001;40:137-146.
25. Sürücü Ö, Gündoğdu B. Öğrenme Bozuklukları. In: *Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı*. ed: Çetin FÇ. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2008;216-229.
26. Silver LB. Developmental Learning Disorder, Child and Adolescent Psychiatry A Comprehensive Textbook. M Lewis (Ed), Baltimore, Williams & Wilkins. 1996;520-526.
27. Shaywitz SE, Shaywitz BA, Fletcher JM, Escobar MD. Prevalence of reading disability in boys and girls. Results of the Connecticut Longitudinal Study. *JAMA*. 1990;264:998-1002.
28. Koçkar İ, Aydın Z. Ebeveyn kabul ve reddi, benlik saygısı ve psikolojik uyum: öğrenme güçlüğü olan çocuklarla diyabetik çocukların karşılaştırılması. *Yayınlanmamış doktora tezi*. Orta Doğu Teknik Üniversitesi, Ankara. 2006.
29. Turgut S. Özgül öğrenme güçlüğü'nde nöropsikolojik profil. *Yayınlanmamış yüksek lisans tezi*. Hacettepe Üniversitesi, Ankara. 2008.
30. Büyükaşlan A. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan ilköğretim çocuklarında duygusal zeka ile sosyal beceri bileşenlerinin değerlendirilmesi. *Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı*. (Yayınlanmamış uzmanlık tezi) İstanbul. 2015.
31. Solanto MV, Pope-Boyd SA, Tryon WW, Stepan B. Social functioning in predominantly inattentive and combined subtypes of children with ADHD. *Journal Atten Disord*. 2009;13:27-35.
32. Phillipson LC, Bridges KS, McLemore G, Saponaro LA. Perceptions of social behavior and peer acceptance in kindergarten. *Journal of Research in Childhood Education*. 1999;14:68-77.
33. Park SY, Cheah CSL. Korean mothers' proactive socialization beliefs regarding preschoolers' social skills. *International Journal of Behavioral Development*. 2005;29:24-34.

34. Susan M. McHale, Ann C. Crouter, Kristina Kupanoff Parents' involvement in adolescents' peer relationships: a comparison of mothers' and fathers' roles. *Journal of Marriage and Family*, 2001;63:655-668.
35. Chaplin TM, Cole PM, Zahn-Waxler C. Parental socialization of emotion expression: gender differences and relations to child adjustment. *Emotion*. 2005;5:80-88.
36. Mercurio CM. Guiding boys in the early years to lead healthy emotion allives. *Early Childhood Education Journal*. 2003;30:255-258.
37. Baran G. On yaş çocuklarında davranış bozuklukları ile benlik kavramının gelişimi arasındaki ilişki üzerine bir çalışma. Ankara Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Ev Ekonomisi Ana Bilim Dalı. Yüksek lisans tezi. Ankara. 1989.
38. Karaca NH, Gündüz A, Aral N. Okul öncesi dönem çocuklarının sosyal davranışının incelenmesi. *Kuramsal Eğitim Bilim*. 2011;4:65-76.
39. Kara Y, Çam F. Yaratıcı drama yönteminin bazı sosyal becerilerin kazandırılmasına etkisi. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*. 2007;32:145-155.
40. Ryan GJ, Dzewaltowski DA. Comparing the relationship between different types of self-efficacy and physical activity in youth. *Health Educ Behav*. 2002;29:49-504.
41. Allison KR, Dwyer JJ, Makin S. Self-efficacy and participation in vigorous physical activity by high school students. *Health Educ Behav*. 1999;26:12-24.

# Erken Evlendirilmeleri için Adli Rapor Talebi ile Çocuk Psikiyatri Polikliniğine Yönlendirilen Ergenlerin Sosyo-demografik ve Ruhsal Özelliklerinin Değerlendirilmesi

*Evaluation of the Socio-demographic and Psychiatric Features of the Adolescents who were Referred to a Child Psychiatry Clinic for the Forensic Evaluation for Early Marriage*

© Onur Tuğçe Poyraz Fındık<sup>1</sup>, © Burcu Gökalp Özcan<sup>2</sup>, © Ayşe Rodopman Arman<sup>3</sup>, © Funda Gümüştaş<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul, Türkiye

<sup>2</sup>Balıkesir Atatürk Şehir Hastanesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Balıkesir, Türkiye

<sup>3</sup>Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

## ÖZ

**Amaç:** Birçok ülkede evlilik için yasal yaş sınırı bulunmasına rağmen, erken evlilik olarak tanımlanan 18 yaş altı evlilikler varlığını halen sürdürmektedir. Cinsiyetler arası ciddi farklılıkların gözlemlendiği erken evlilikler, özellikle kız çocuklarının fiziksel ve ruhsal iyilik halini olumsuz etkilemektedir. Çalışmamızda erken evlilikler ile ilişkili olabilecek sosyo-demografik etmenler ve psikiyatrik tanıların incelenmesi amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Çalışmamıza erken evlendirilmeleri için mahkemeler tarafından adli değerlendirilmesi yapılması amacı ile yönlendirilen 42 ergen alındı. Olguların dosyaları, sosyal inceleme raporları ve psikometrik değerlendirme sonuçları geriye dönük olarak incelendi. Psikiyatrik bozukluk tanıları DSM-5'e dayalı klinik görüşme ile belirlendi.

**Bulgular:** Olguların tamamı kız ergendi, %20'si okuryazar değildi, %40'ı ilköğretim mezunuydu. Örneklemin %56,8'i kırsal alanda yaşıyordu. Adli görüşmeye geldiğinde %81'i dini nikah ile gayri resmi evlilik gerçekleştirmişti. Kızların %59,5'i gebeydi, %9,5'inin çocuğu vardı. DSM-5'e göre psikiyatrik tanı alma oranı %9,5'ti. Erken yaşta gebelik yaşayanlar, hiç gebelik yaşamayanlar ile karşılaştırıldığında, daha küçük yaşta dini nikah ile evlendirildikleri ve eşleri ile aralarındaki yaş farkının daha fazla olduğu gözlemlendi ( $p < 0,05$ ).

**Sonuç:** Erken evlilikler düşük eğitim düzeyi ve sosyo-ekonomik güçlükler ile ilişkilidir. Yüksek risk altında olan kızların okul ortamında kalma sürelerinin uzatılması, küçük yaşta evlilik oranlarını azaltabilmek amaçlı en temel tedbirlerden biridir. Evli kızlara yönelik eğitim, bilgi ve beceri gelişimini destekleyici özel ağların oluşturulmasına ihtiyaç vardır.

**Anahtar Kelimeler:** Çocuk, erken evlilik, adli değerlendirme, psikiyatri

## ABSTRACT

**Objectives:** Although there is a legal age limit for marriage in most countries, early marriage, which is defined as marriages under the age of 18 years, still persists. Early marriages, in which major gender inequality is observed, particularly affect the physical and mental well-being of girls in a negative way. The aim of this study was to examine socio-demographic factors and psychiatric diagnoses that might be associated with early marriages.

**Materials and Methods:** Our study included forty-two adolescents referred by the courts for forensic evaluation for early marriage. The case files, social examination reports and psychometric evaluation results were examined retrospectively. Psychiatric diagnoses were established by clinical interview based on DSM-5.

**Results:** All of the cases were adolescent girls, 20% were illiterate, 40% were graduated from primary school. Of the sample, 56.8% lived in rural areas. Before the time of their forensic evaluation, 81% carried out informal marriage with religious marriage. Of girls, 59.5% were pregnant, 9.5% had a child. The rate of having any psychiatric diagnosis was 9.5% according to DSM 5. It was observed that those who were pregnant at earlier ages were married with religious marriage at a younger age, and the age gap between them and their spouses was higher, compared to those who never became pregnant ( $p < 0.05$ ).

**Conclusion:** Early marriages are associated with low levels of education and socio-economic difficulties. Keeping the girls in the school setting for longer is one of the most substantial prevention to reduce early marriages. There is a need to establish special networks for married girls to support the development of their education, knowledge and skills.

**Keywords:** Child, early marriage, forensic evaluation, psychiatry

**Yazışma Adresi/Address for Correspondence:** Dr. Onur Tuğçe Poyraz Fındık, Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul, Türkiye

**Tel.:** +90 507 768 88 99 **E-posta:** onurtuce@hotmail.com **ORCID:** orcid.org/0000-0002-2376-7592

**Geliş Tarihi/Received:** 01.06.2019 **Kabul Tarihi/Accepted:** 06.09.2019

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



## Giriş

Son on yılda erken yaşta yapılan evliliklerin sıklığı tüm dünyada önemli bir azalma eğilimi gösterse de, günümüzde halen yaygınlığını sürdürmektedir. Dünya üzerinde genç kadınların %21'inin 18 yaşından önce evlendiği ve her yıl 12 milyon kızın erken yaşta evlenmeye devam ettiği bildirilmektedir.<sup>1</sup> Ülkelerin sosyo-ekonomik düzeyleri ile yakın ilişkili olan erken evlilik oranları, Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) yaklaşık %9 iken, Sahra Altı Afrika'da %50'nin üzerine çıkmaktadır.<sup>1,2</sup> Türkiye'de ise resmi kayıtlara göre 16-17 yaş aralığında evlenen ergenlerin oranı 2007 yılında %7,9 iken 2017 yılında %4,2'ye düşmüştür.<sup>3,4</sup> Bölgesel farklılıkların dikkat çektiği ülkemizde, 18 yaş altı evliliklerin orta Anadolu kesiminde ve Doğu Anadolu Bölgesi'nde daha yaygın olduğu bilinmektedir.<sup>3,5</sup> TÜİK verilerine göre Türkiye'de erken evlilikler %16,6 ile en sık Ağrı ilinde gerçekleşmektedir.<sup>4</sup>

Genellikle hem uluslararası ve bölgesel insan hakları sözleşmelerine hem de ülkelerin hukuki düzenlemelerine göre kız çocukları için hak ihlali olarak kabul edilen erken evlilikler, toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin bir sonucu olarak, kültürel normlar, dini inanışlar ve ekonomik sorunlar nedeni ile varlığını sürdürmektedir.<sup>6,7</sup> Kız çocuklarının bilişsel ve psiko-sosyal gelişimlerini olumsuz etkileyen erken evlilikler nedeni ile kızların eğitim hayatı sekteye uğramakta, kimlik oluşumu, sorgulama, değerler oluşturma gibi erişkin ruhsal olgunluğuna erişim için önemli bir psikososyal gelişim dönemi olan ergenlik dönemi erken sonlanmaktadır. Diğer yandan erken yaşta gerçekleşen evliliklerde akraba evliliklerinin, boşanma oranlarının, yoksulluğun, 18 yaşından önce hamile kalma sıklığının ve çocuk sayısının daha fazla olduğu bildirilmektedir.<sup>2,8,9</sup>

Evlilik sonrası kısa süre içinde gelişen hamilelikler, henüz üreme organlarının tam olarak gelişmediği ergenlik döneminde anne ve çocuğun fiziksel sağlığı açısından olumsuz sonuçlar ile ilişkilendirilmiştir. Doğum komplikasyonları, erken doğum, anne, bebek ve beş yaş altı çocuk ölümleri açısından artmış risk söz konusudur.<sup>10</sup> Ergen annelerin, anne-çocuk sağlığı, bebek bakımı konusundaki bilgi ve tecrübeleri kısıtlı düzeydedir. Sosyo-ekonomik imkansızlıkları nedeniyle gebelik dönemleri de dahil olmak üzere kendileri ve bebekleri için sağlıklı besinlere erişmede sıkıntıları olabilmektedir. Bu nedenlerle çocuklarında fetal dönemden itibaren malnütrisyon ve kalıcı boy kısalıkları görülebilmektedir.<sup>6</sup> Kadın sağlığı açısından ise, erken evlenen olgularda servikal kanser ve cinsel yolla bulaşan hastalık risklerinde artış olduğu vurgulanmaktadır.<sup>10</sup>

Erken evliliklerin fiziksel sağlık üzerine olan etkileri kadar çok araştırılmış olmasa da, ruh sağlığı sorunları açısından da artmış riskler ile ilişkili olduğu bilinmektedir. Çalışmalarda erken evlenen olgularda depresyon, intihar düşüncesi ve girişimi sıklıklarının yüksek olduğu bildirilmiştir.<sup>11-13</sup> ABD'de yapılan toplum temelli bir çalışmada, erken evlilik yapan kadınların, erişkin dönemde evlenenlere göre daha fazla psikiyatrik bozukluk tanısı aldığı ve daha sık psikiyatrik hizmet başvurusu olduğu gösterilmiştir.<sup>2</sup> Ayrıca bu olguların birçok ruhsal soruna neden olduğu bilinen fiziksel ve cinsel istismara maruz kalma

sıklıkları, 18 yaşından sonra evlilik gerçekleştirenlere göre daha yüksek bulunmuştur.<sup>12-14</sup>

On sekiz yaşın altında gerçekleştirilen evliliklerin ülkeler arası ve ülke içi varyasyonları hakkındaki veriler kabataslak olup, her ülkede çocuk evliliklerini azaltmak ve anlamak için daha dikkatli incelemelere ihtiyaç duyulmaktadır.<sup>12</sup> Bu bağlamda, çalışmamız, Ağrı ilinde, yasal evlilik gerçekleştirebilmesi için aileleri tarafından mahkemeye başvuran 16 yaşını doldurmuş çocukların adli değerlendirme sürecinde erken evlilik ile ilişkili sosyo-demografik ve psikiyatrik belirleyicilerin incelenmesini amaçlamaktadır.

## Gereç ve Yöntem

Çalışmaya Ağustos 2015-Şubat 2017 tarihleri arasında Ağrı Devlet Hastanesi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Polikliniği'ne, evlenme başvurusu sürecinde mahkeme tarafından "evliliğine ruhen ve bedenen engel durumun bulunup bulunmadığının değerlendirilmesi" istemiyle adli rapor düzenlenmesi için yönlendirilen, 16-17 yaş arası 42 olgu alındı. Olguların ruhsal değerlendirmelerini içeren klinik dosyaları, sosyal inceleme raporları ve düzenlenmiş adli raporları geriye dönük olarak incelendi. Olguların bedensel değerlendirilmesi kadın hastalıkları ve doğum uzmanı tarafından yapıldı. Ruhsal değerlendirme sürecinde çocuk ve ergen psikiyatrisi uzmanı tarafından DSM-5'e dayalı klinik görüşme ile psikiyatrik bozukluk varlığı incelendi ve bir psikolog tarafından Kent E.G.Y ve Porteus Labirentleri zeka testleri uygulandı. Klinik değerlendirme sürecinde ruhsal bozukluk tanısı olan olguların tedavi düzenlenmesi ve takip için izleme alınması planlandı, ancak hiçbir olgunun tedavi sürecine devam etmediği gözlemlendi. Çalışma için Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 09.2019.960 numaralı etik kurul onayı alınmıştır.

## İstatistiksel Analiz

Veriler, Sosyal Bilimler için İstatistik Paket Programı (Statistical Program for Social Sciences-SPSS for Windows, 22.0) kullanılarak analiz edilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler ortalama, standart sapma, minimum, maksimum değerler, sayı ve yüzde olarak belirtildi. Gruplar arası karşılaştırmada sürekli değişkenler için Mann-Whitney U testi, kategorik değişkenler için ki-kare ve Fisher'in kesin testi kullanıldı. Tüm analizler için anlamlılık düzeyi  $p < 0,05$  olarak kabul edilmiştir.

## Bulgular

Örneklem tamamı kız olmak üzere 42 ergenden oluşuyordu. Yaş ortalaması  $16,25 \pm 0,28$  olarak saptandı. Çalışmaya dahil edilen ergenlerden hiçbiri okula devam etmiyordu. Ortalama eğitim yılı  $5,6 \pm 2,47$  (minimum: 0, maksimum: 8) yıldı. Olguların %20'si (n=7) okuryazar değildi, %8,6'sı (n=3) okuryazar, %40'ı (n=14) ilkökul, %31,4'ü (n=11) ortaokul mezunuydu. Annelerinin hiçbiri çalışmıyordu. Babalarının %18,9'u (n=7) işsizdi; %35,1'i (n=13) çiftçiydi; %29,7'si (n=11) geçici değişken işlerde ve %16,2'si (n=6) sabit gelir getiren işlerde çalışıyordu. %16,6'sının (n=7) ebeveynlerinden biri vefat etmişti. Bireylerin kalabalık ailelere sahip olduğu, kardeş sayısının ortalama



8,14±3,04 (minimum: 2, maksimum: 19) olduğu gözlemlendi. Yerleşim yeri açısından incelendiğinde; %29,7'sinin (n=11) merkezde, %13,5'inin (n=5) ilçelerde ve %56,8'inin (n=21) köylerde yaşadığı görüldü.

Çalışmaya alınan ergenlerin %81'i (n=34) dini nikah ile evlilik gerçekleştirmiş ve birlikte yaşamaya başlamış olgular, %7,1'i (n=3) ise nişanlıydı. Gayriresmi olarak yürüttükleri evlilikleri ve resmi nikah amacı ile mahkeme başvurusu yaptıkları eş adayları ile ilişkili bilgiler Tablo 1'de özetlenmiştir.

DSM-5'e dayalı psikiyatrik değerlendirme ve psikometrik testler sonucunda örneklemin %2,4'ü depresif bozukluk (n=1), %2,4'ü sosyal fobi (n=1), %2,4'ü yaygın anksiyete bozukluğu (n=1) ve %2,5'i hafif düzeyde anlksal yeti yitimi (n=1) tanısı aldı. Ortalama Kent EGY zeka testi puanı 85,65±6,60 ve ortalama Porteus Labirentleri zeka testi puanı 87,35±8,57 olarak saptandı. Zihinsel beceriler açısından yapılan klinik ve psikometrik değerlendirmede %15'i (n=6) sınırda zihinsel işlevsellik düzeyi ile uyumlu bulunurken, %82,5'i normal zeka (n=33) düzeyi ile uyumluydu.

Çalışmaya dahil edilen ergenler arasında gebe ve/veya çocuğu olanlar ile hiç gebelik yaşamamış olanlar karşılaştırıldığında, dini nikah gerçekleştirme yaşı (p=0,026, U=26,500, Z=-2,196), eş adayı ile arasındaki yaş farkı (p=0,012, U=22,500, Z=-2,249), eş adayının yaşı (p=0,012, U=22,500, Z=-2,449) açısından istatistiksel olarak anlamlı fark mevcuttu (Tablo 2). Sosyo-demografik değişkenler ve psikiyatrik bozukluk tanısına sahip olma açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlenmedi.

## Tartışma

Çalışmamızda erken evlilik talebi ile mahkemeye başvuran 16 yaşını doldurmuş, 17 yaşını doldurmamış 42 ergen kız olgunun sosyo-demografik özellikleri, psikiyatrik tanıları ve erken anne olma ile ilişkili faktörler değerlendirilmiştir.

Erken evlilik prevalansı ülkeden ülkeye değişse de, ülkelerin sosyo-ekonomik ve kültürel özelliklerinden bağımsız şekilde cinsiyetler arası oranın benzer olduğu bilinmektedir. Erkeklerin de erken evlilik gerçekleştirdiği görülmekle beraber, kızların bu durumdan orantısız şekilde daha fazla etkilendiği gösterilmektedir.<sup>15</sup> Erkek evliliklerine yönelik genel eğilim belirli bir eğitim düzeyi, askerlik hizmetinin tamamlanması ve istihdam olanaklarının değerlendirilmesinin sonrasına ertelenirken, kızlarda ise yoksulluk, eğitim olanaklarının sınırlı olması, hane halkının geçim problemleri sebebi ile evlilikle evden ayrılmanın desteklenmesi, evliliğin cinsel ilişki ve aile onuru açısından bir tür "koruma" sağlayacağı algısı, sosyal normlar, erken evlenen kızlarda evlilik hayatı ve geniş aileye daha kolay uyum sağlanacağı inancı ve yetersiz yasal düzenlemeler erken yaşta evliliği kolaylaştırmaktadır.<sup>8,16</sup> TÜİK verilerine göre, Türkiye'de 2018 yılında yapılan evliliklerde kadınların yaklaşık %18'i 16-19 yaş grubunda evlilik gerçekleştirenken, erkeklerde ise bu oran yaklaşık %2'dir.<sup>17</sup> Benzer şekilde, Mardin ilinde erken evlilik için mahkeme başvurusu olan 54 olgunun adli

psikiyatrik değerlendirmesinin yapıldığı bir çalışmada, olguların %98'inin kız olduğu bildirilmiştir.<sup>18</sup> Çalışmamızda, cinsiyetler arası farkı vurgulayan diğer çalışmalar ve görüşler ile uyumlu olarak, 18 yaş öncesi evlendirilmeleri için mahkeme başvurusu olan olguların tümünün kız olduğu gözlenmiştir. Bu bilgiler

**Tablo 1. Olguların gayri resmi evlilik süreçleri ve resmi nikah amacı ile mahkeme başvurusu yaptıkları eş adayları ile ilişkili özellikler**

	Ortalama ± SS	Minimum - Maksimum
Gayri resmi evlilik gerçekleştirdiği yaş (yıl)	15,56±0,67	13-16,83
Eş adayı ile yaş farkı (yıl)	9,39±3,43	2-16
Eş adayının yaşı (yıl)	25,39±3,43	18-32
Gayri resmi evli yaşadığı süre (ay)	8,93±7,15	1-36
Gebelik süresi (hafta)	15,65±8,40	3-39
Gebe kaldığı yaş (yıl)	16,02±0,37	15,41-16,66
	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
Dini nikah gerçekleştirenler (n=42)	34	81
Eş adayı ile akrabalık bağı olması (n=40)	14	35
Gebelik/çocuk (n=42)		
Yok	13	31
Gebe	25	59,5
Çocuğu var	4	9,5
Evlenildikten sonra yaşayacağı aile yapısı (n=32)		
Çekirdek aile	8	25
Geniş aile	24	75
Eş adayının işi (n=42)		
İşsiz	1	2,4
İnşaat işçisi	31	73,8
Çiftçi	1	2,4
Aylık düzenli geliri var	9	21,5
Eş adayının çalıştığı yer (n=41)		
Şehir dışı	15	36,6
Şehir içi	26	63,4

\*p<0,05, sürekli değişkenler için Mann-Whitney U test, kategorik değişkenler için  $\chi^2$  ve Fisher's kesin testi uygulanmıştır. SS: Standart sapma

**Tablo 2. Gebelik veya çocuk sahibi olma varlığına göre değişkenlerin karşılaştırılması**

	Gebe/çocuğu var n=29 ortalama ± SS	Gebelik/çocuk yok n=13 ortalama ± SS
Yaş (yıl)	16,32±0,27	16,23±0,28
Dini nikah yaşı (yıl)*	15,47±0,68	16,06±0,43
Gayri resmi evlilik süresi (ay)*	9,82±1,09	2,20±7,22
Eş adayının yaşı (yıl)*	26,18± 3,27	22,50±2,42
Yaş farkı (yıl)*	10,18±3,27	6,50±2,42
Eğitim süresi (yıl)	5,72±2,23	5,22±3,19

\*p<0,05, sürekli değişkenler için Mann-Whitney U test uygulanmıştır. SS: Standart sapma

ışığında, aile, sosyal ve akademik yaşamda cinsiyet eşitsizliğinin giderilmesine yönelik çalışmalara ek olarak istihdamda cinsiyet ayrımcılığını yasaklayan yasaların hem erken evlilikleri hem de erken evliliklerde gözlenen cinsiyet farklılıklarını azaltabileceği öngörülmüştür. Daha yüksek risk altında olan kız çocuklara yönelik kültürel, sosyal ve dini farklılıkları da göz önünde bulunduran müdahalelere ihtiyaç olduğu açıktır.

Erken evlilikler ile ilgili yapılan çalışmalarda sosyo-ekonomik faktörler öne çıkan en önemli risk alanlarından biridir. UNICEF çocuk evlilikleri hakkında yayınladığı raporunda, yoksulluğun erken evlilik riskini 2,5 kat arttırdığını öne sürmektedir.<sup>15</sup> Ülkemizde de erken evlilikler ile ilişkili risk faktörlerini inceleyen çeşitli çalışmalarda ailelerin düşük sosyo-ekonomik düzeye sahip oldukları tutarlı bir şekilde ortaya konmuştur.<sup>13,18</sup> Ek olarak, erken evlilik ve doğurganlık yaşının düşmesi ile kırsal alanda yaşama ve düşük eğitim düzeyi de ilişkili bulunan diğer faktörlerdendir. Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması'na göre kırsal alanda yaşayan ergenlerin %6'sı doğurganlık dönemine geçerken, kentlerde bu oranın %4 civarında olduğu bildirilmiştir. Aynı çalışmada eğitim düzeyi ile olan ilişki de işaret edilmiş; ilköğretimden daha az düzeyde eğitim alanların lise ve üzeri eğitim alanlardan ortalama 6 yaş daha erken evlendiği ortaya konmuştur.<sup>19</sup> Çalışmamızda da erken yaşta çocuklarını evlendirmek amacı ile mahkemeye başvuran ailelerde olguların annelerin hiçbirinin çalışmadığı, babalarının büyük oranda çiftçilik yaptığı veya geçici, sabit geliri olmayan işlerde çalıştığı, kardeş sayısının fazla olduğu, dolayısı ile hane halkının kalabalık olduğu, yarısından fazlasının kırsal alanda yaşadığı gözlenmiştir. Ayrıca kızların ortalama eğitim süresinin ilköğretim düzeyinde olduğu, zorunlu eğitim süresini tamamlamadıkları, önemli bir kısmının ise okuryazar olmadığı görülmüştür. Bu bulgulardan yola çıkarak erken evliliklerin önlenmesi konusunda sosyo-ekonomik düzeyi düşük ailelere yönelik özel politikaların geliştirilmesinin, eğitim sisteminin toplumun her kesimi için erişilebilir olmasının, yasal olarak güvence altına alınmış asgari eğitim sürelerinin belirlenmesinin ve uygulamadaki sorunların izlenmesinin kritik öneme sahip olduğu söylenebilir.

Erişkin rolü için kısıtlı bilgi ve beceri edinimi olan ergenlerin, istemedikleri şekilde ve beklenmedikleri bir zamanda başkaları tarafından düzenlenmiş evlilikleri gerçekleştirdikleri, erişkin dönemde evlilik yapanlara göre daha sık olarak eşler arasında yüksek yaş farkı bulunduğu bilinmektedir.<sup>20,21</sup> Düşük eğitim düzeyi, çalışma hayatına dahil olmama ve eşler arası yaş farkının fazlalığı erken evlenen kızların özerkliğini ve karar verme yetilerini etkilediği bilinen önemli faktörlerdendir.<sup>21</sup> Ülkemizde evliliklerin genel yapısını inceleyen araştırmalar ele alındığında, eşler arası yaş farkının ortalama 4 olduğu, her beş evlilikten birinin (%21,3) akraba evliliği olduğu, çalışmamızın gerçekleştirildiği Ağrı ilini kapsayan Kuzeydoğu Anadolu Bölgesi'nde ise akraba evliliği oranının %22,8 olduğu ortaya konmuştur.<sup>19,22</sup> Erken evliliklerin incelendiği bir çalışmada ise akraba evliliği yaygınlığı %42 olarak bildirilmiştir.<sup>23</sup> Erken yaşta evlenme amacı ile adli süreci başlatmış olan olgulardan oluşan örneklemimizde ise eşler arası ortalama yaş farkının

dokuz olduğu, her üç evlilikten birinin ise akraba evliliği olduğu görülmüştür. Ek olarak, eş adaylarının sabit gelirin olmadığı, önemli bir kısmının şehir dışı işlerde çalıştığı ve ekonomik bağımsızlığın sağlanamadığı, evliliklerinde sıklıkla geniş aile ile yaşamın planlandığı gözlenmiştir. Bu doğrultuda daha küçük kızların, geniş ailede yaşam ve eşinin ailesine uyum sağlama, ev işlerinin üstlenilmesi gibi konularda yönlendirilmeye daha açık oldukları, bu sebeple geniş ailede yaşama planı olan ve şehir dışı işlerde çalışan kişiler tarafından kızların yaşının küçük olmasının tercih edilebilir bir sebep haline gelebileceği düşünülmüştür.

Erken evlilikler kontrasepsiyona sınırlı erişim ve istenmeyen gebeliklerle de ilişkilendirilmektedir.<sup>24</sup> Erişkin dönemde evlenenler ile karşılaştırıldıklarında daha erken çocuk sahibi oldukları, daha kısa aralıklarla doğum yaptıkları, dolayısı ile daha fazla çocuk sahibi oldukları bildirilmektedir.<sup>15,25</sup> Ek olarak, kızların erken yaşta gebe kalmaları eğitim ve istihdam olanaklarından uzak olmalarına, dolayısı ile sosyal izolasyon ve aile içi şiddet mağduru olma açısından da yüksek risk altında olmalarına yol açmaktadır.<sup>26,27</sup> Ülkemizde 15 yaş öncesi evlenmiş olan kızların dahil edildiği bir çalışmada, örneklemin %75'inin ergenlik döneminde gebe kaldığı, %44,8'inin en az bir canlı doğum gerçekleştirdiği ancak gerçekleşen gebeliklerin %83'ünün plansız olduğu ve %32'sinin istenmeyen gebelik olduğu bildirilmiştir.<sup>13</sup> Mardin'de erken evlilik talebi ile adli süreci devam eden olgular ile yapılan başka bir çalışmada ise, olguların %27'sinin hamile veya çocuğu olduğu gösterilmiştir.<sup>18</sup> Diyarbakır'da yapılan bir çalışmada ise, çocuğu olan ve/veya gebe olanların örneklemin %52,6'sı olduğu bildirilmiştir.<sup>23</sup> Çalışmamızda gebe ve/veya çocuğu olanların örneklemin %69'unu oluşturduğu, bu alandaki yazın bilgisini destekler şekilde 18 yaş öncesi dini nikah ile evlilik gerçekleştiren kızların büyük bir kısmının evliliklerinin ilk ayları içerisinde gebe kaldıkları, hem fiziksel hem de ruhsal açıdan birçok riske açık hale gelerek, ergenlik dönemlerinde çocuk sahibi oldukları gözlenmiştir.

Erken yaşta evlilikler ile psikiyatrik bozukluk arasındaki ilişki incelendiğinde alan yazınında sınırlı sayıda araştırma olduğu görülmektedir. ABD'de yapılan bir çalışmada 18 yaş öncesi evlilik gerçekleştiren kadınların sosyo-demografik özellikler ve parite sayısı kontrol altına alındığında bile istatistiksel olarak psikiyatrik bozukluk tanısı alma oranlarının ve bu alanda sağlık sistem başvurularının fazla olduğu ortaya konmuştur.<sup>2</sup> Ülkemizde de 18 yaş öncesi evlilik gerçekleştiren ergenlerde artmış psikiyatrik hastalık prevalansı olduğu çeşitli çalışmalarda bildirilmiştir.<sup>13,18,23</sup> Ayrıca, erken yaşta evlilik gerçekleştiren olgularda intihar düşüncelerinin ve girişimlerinin yanı sıra, cinsel ve fiziksel istismar oranlarının da artmış olduğunu gösteren yayınlar mevcuttur.<sup>11,13,23</sup> Çalışmamızda psikiyatrik bozukluk tanısı alma oranı, alan yazınından farklı olarak, düşük düzeyde gözlenmiştir. Bu durumun olguların evliliğe engel durumları olmadığı yönünde rapor alma isteği doğrultusunda belirtmelerini gizlemesi, eş adayının ve/veya ebeveynlerinin süreçte ceza alabilme ihtimaline yönelik kaygıları ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür. Diğer yandan çalışmamızda dini nikah ile evli olanların ortalama evlilik

süreleri yaklaşık 9 aydı. Evlilik yaşantısının başında olan bu bireylerin, küçük yaşta evliliğe bağlı zorlu yaşam olayları ile henüz yeterince karşılaşmamış olmaları, evliliğe bağlı görev ve sorumlulukları tam olarak yüklenmemiş olmaları nedeni ile psikiyatrik bozukluk oranlarının beklenenden az gözlenmiş olabileceği tahmin edilmektedir.

Gebelik öyküsüne göre örneklem iki gruba ayrılmış; gebelik ve/veya çocuğu olanların dini nikah yaşının daha küçük olduğu, eşinin yaşının daha büyük dolayısı ile aralarındaki yaş farkının da daha fazla olduğu görülmüştür. Bu durum kızların evlilik yaşı küçüldükçe kendi evlilikleri üzerine karar verme, eş seçme, gebelik planlama gibi konularda daha büyük yaşta evlenenlere göre daha ciddi özerklik kaybı olduğu görüşünü destekler bir bulgudur. Bununla birlikte, gruplar arasında psikiyatrik bozukluk tanısı alma, eğitim süresi ve kırsal alanda yerleşim açısından istatistiksel anlamlılık düzeyinde fark gözlenmemiş, bunun nedeninin olgu sayısının az olması ile ilgili olabileceği düşünülmüştür.

### Çalışmanın Kısıtlılıkları

Geriye dönük bir araştırma olması, tek bir yerel bölgenin verilerinden faydalanılmış olması, yalnızca resmi kayıt altına alınma amacı ile başvuran erken evlilik olgularından oluşması sebebi ile kayıt dışı erken evlilikleri içermemesi, farklı bölgelerde erken evlilik yapan ergen olgularla veya aynı bölgede yaşayan, aynı yaş grubunda erken evlilik yapmayan ergenlerle sosyo-demografik ve ruhsal sorunlar açısından karşılaştırma yapılmamış olması ve ruhsal sorun belirti düzeylerini belirlemek amacıyla değerlendirme ölçeklerinin kullanılmamış olması çalışmamızın en önemli kısıtlılıklarıdır. Kısıtlılıklarımıza rağmen çalışmamızın, ülkemizde hala belirli bölgelerde oldukça yüksek oranlara ulaşan 18 yaş altı evlilikler ile ilişkili sosyo-kültürel ve sosyo-ekonomik yetersizliklere ek olarak erken gebelik riskini vurgulaması açısından ilgili yazına katkısı olduğunu düşünmekteyiz.

### Sonuç

Çalışmamız erken evlilik yapan kızların sosyo-ekonomik ve sosyo-kültürel güçlüklerini, evlilik sonrası yetersiz yaşam koşullarını, eşlerinin eğitim ve iş olanaklarındaki kısıtlılıkları, erken gebelik risklerini ve 18 yaş altında gebe kalma ile eşler arasındaki yaş farkının ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır. Kızların eşlerini seçme konusundaki sınırlı özerklikleri, eğitim eksiklikleri ve toplumsal cinsiyete dayalı eşitsizliğin bir sonucu olarak göze çarpan erken evliliklere verilen yanıtın, eğitim, sağlık ve adalet gibi sektörlerle ortaklık ve işbirliği gerektirdiği açıktır. Müdahalelerin kız ve erkek çocukları, aileleri, toplulukları, dini liderleri, hükümetleri de içeren, temel sosyal değişikliklere yol açan somut eylemlerin birleşiminden oluşması önerilmektedir.<sup>28</sup> Daha yüksek risk altında olan kızların eğitim olanaklarına yönelik daha fazla yatırım yapılması, okul ortamında kalma sürelerinin uzatılması küçük yaşta evlilik oranlarını azaltabilmek amaçlı en temel tedbirlerden biridir. Ek olarak, evli kızlara yönelik eğitim, bilgi ve becerilerin gelişimini destekleyici özel ağların oluşturulmasına ihtiyaç vardır. Bunun yanı sıra ebeveynler

ve genç kızlar için erken evliliğin neden olabileceği gelişimsel ve ruhsal sorunlar açısından farkındalık eğitimlerinin planlanması, ailelerin ekonomik sorunlarına çözüm bulma amacıyla istihdam oranlarını arttırabilmeye yönelik çalışmaların yapılması önem arz etmektedir.

### Etik

**Etik Kurul Onayı:** Çalışma için Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 09.2019.960 numaralı etik kurul onayı alınmıştır.

**Hasta Onayı:** Retrospektif dosya taraması özelliğinde bir çalışma olduğundan, hasta onamı alınmamıştır.

**Hakem Değerlendirmesi:** Editörler kurulu ve editörler kurulu dışında olan kişiler tarafından değerlendirilmiştir.

### Yazarlık Katkıları

Konsept: O.T.P.F., B.G.Ö., Dizayn: O.T.P.F., A.R.A., Veri Toplama veya İşleme: O.T.P.F., B.G.Ö., Analiz veya Yorumlama: O.T.P.F., F.G., Literatür Arama: O.T.P.F., F.G., Yazan: O.T.P.F.

**Çıkar Çatışması:** Yazarlar tarafından çıkar çatışması bildirilmemiştir.

**Finansal Destek:** Yazarlar tarafından finansal destek almadıkları bildirilmiştir.

### Kaynaklar

1. United Nations Children's Fund (UNICEF). Child marriage around the world. 2019. 26 Mayıs 2019'da Available from: <https://www.unicef.org/stories/child-marriage-around-world>
2. Le Strat Y, Dubertret C, Le Foll B. Child marriage in the United States and its association with mental health in women. *Pediatrics*. 2011;128:524-530.
3. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). İstatistikle ile Çocuk 2014. 2015; Yayın No:4372. 20 Mayıs 2019' da Available from: [https://www.tuseb.gov.tr/enstitu/tacese/yuklemeler/istatistik/istatistiklerle\\_cocuk\\_2014.pdf](https://www.tuseb.gov.tr/enstitu/tacese/yuklemeler/istatistik/istatistiklerle_cocuk_2014.pdf).
4. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). İstatistiklerle Çocuk, 2017. 2018; Sayı: 27596. 01 Haziran 2019'da Available from: [www.tuik.gov.tr/PdfGetir.do?id=27596](http://www.tuik.gov.tr/PdfGetir.do?id=27596)
5. Kaptanoğlu İ, Ergöçmen B. Çocuk Gelin Olmaya Giden Yol. *J Soc Res*. 2012;15:128-161.
6. Efebera Y, Bhabha J, Farmer PE, Fink G. Girl child marriage as a risk factor for early childhood development and stunting. *Soc Sci Med*. 2017;185:91-101.
7. Petroni S, Das M, Sawyer SM. Protection versus rights: age of marriage versus age of sexual consent, *Lancet Child Adolesc Health*. 2019;3:274-280.
8. Güler Ö, Küçük H. Early marriages among adolescent girls in Afyonkarahisar, Turkey, *Eur J Gen Med*. 2010;7:365-371.
9. Dahl GB. Early teen marriage and future poverty. *Demography*. 2010;47:689-718.
10. Nour NM. Child marriage: a silent health and human rights issue. *Rev Obstet Gynecol*. 2009;2:51.
11. Gage AJ. Association of child marriage with suicidal thoughts and attempts among adolescent girls in Ethiopia, *J Adolesc Health*. 2013;52:654-656.
12. Pandey S. Physical or sexual violence against women of childbearing age within marriage in Nepal: Prevalence, causes, and prevention strategies. *Int Soc Work*. 2016;59:803-820.

13. Soylu N, Ayaz M. Adli değerlendirme için yönlendirilen küçük yaşta evlendirilmiş kız çocuklarının sosyodemografik özellikleri ve ruhsal değerlendirmesi, *Anadolu Psikiyatri Derg.* 2013;14:136-44.
14. Güneş M, Selcuk H, Demir S, İbiloğlu AO, Bulut M, Kaya MC, Yılmaz A, Atli A, Sır A. Çocuk Evliliği Yapan Kadınlarda Çift Uyumu ve Çocukluk Çağı Ruhsal Travması, *J Mood Disord.* 2016;6:63-70.
15. United Nations Children's Fund (UNICEF). Ending Child Marriage: Progress and prospects. 2014. 26 Mayıs 2019'da Available from: [https://www.unicef.org/media/files/Child\\_Marriage\\_Report\\_7\\_17\\_LR..pdf](https://www.unicef.org/media/files/Child_Marriage_Report_7_17_LR..pdf)
16. Raj A. When the mother is a child: The impact of child marriage on the health and human rights of girls, *Arch Dis Child.* 2010;95:931-935.
17. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). Hayati İstatistikler, Evlenme İstatistikleri. 27 Mayıs 2019'da Available from: [http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt\\_id=1060](http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1060)
18. Eyüboğlu D, Eyüboğlu M. Küçük Yaşta Evlendirilmek İstenen Çocuklarda Psikiyatrik Bozukluklar ve Sosyodemografik Özellikler. *J Clin Psy.* 2018;21:122-129.
19. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. 2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması-TNSA. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Kalkınma Bakanlığı ve TÜBİTAK, Ankara; 2014.
20. Erulkar, A. Early marriage, marital relations and intimate partner violence in Ethiopia, *Int Perspect Sex Reprod Health.* 2013;39:6-13.
21. Santhya KG, Ram U, Acharya R, Jejeebhoy SJ, Ram F, Singh A. Associations between early marriage and young women's marital and reproductive health outcomes: evidence from India, *Int Perspect Sex Reprod Health.* 2010;36:132-139.
22. Turğut M, Feyzioğlu S. Türkiye Aile Yapısı Araştırması: Tespitler, Öneriler. T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Aile ve Toplum Hizmetleri Genel Müdürlüğü, İstanbul; 2014.
23. Kasım B, Cem U, Mustafa K, Süleyman S. Evaluation of the Early Age Married Girls Applying to Our Department, *Open J Pediatr.* 2015;5:334-338.
24. Koski A, Heymann J. Child Marriage in the United States: How Common Is the Practice, And Which Children Are at Greatest Risk?. *Perspect Sex Reprod Health.* 2018;50:59-65.
25. Kalmuss DS, Namerow PB. Subsequent childbearing among teenage mothers: the determinants of a closely spaced second birth. *Fam Plann Perspect.* 1994;26:149-153,159.
26. Kalamar AM, Lee-Rife S, Hindin MJ. Interventions to prevent child marriage among young people in low-and middle-income countries: a systematic review of the published and gray literature. *J Adolesc Health.* 2016;59:16-21.
27. Nasrullah M, Zakar R, Zakar MZ. Child marriage and its associations with controlling behaviors and spousal violence against adolescent and young women in Pakistan. *J Adolesc Health.* 2014;55:804-809.
28. Machel G, Pires E, Carlsson G. The world we want: an end to child marriage. *Lancet.* 2013;382:1005-1006.

# Travma Sonrası Stres Bozukluğu Tanılı Ergene Bilişsel Davranışçı Yaklaşım: Bir Olgu Sunumu

*Summary: Cognitive Behavioral Approach on an Adolescent Patient with Posttraumatic Stress Disorder: A Case Report*

© Hatice Ünver<sup>1</sup>, © Neşe Perdahlı Fiş<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim Araştırma Hastanesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul, Türkiye

<sup>2</sup>Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

## ÖZ

Çocuk ve ergen hastalarda travma sonrası stres bozukluğu tedavisi çok yönlü olup, hastaların yaşına ve özelliklerine uygun yöntemlerin seçilmesi ve tedavi sürecine aile üyelerinin katılımının sağlanması önemlidir. Travma odaklı bilişsel davranışçı terapinin etkinliği çocuk ve ergen hastalarda gösterilmiştir. Terapide psiko eğitim, maruz bırakma, tepki engelleme, davranışçı ve bilişsel müdahaleler, gevşeme egzersizleri ve ev ödevleri kullanılmaktadır. Bu olgu sunumunda 15 yaşındaki erkek hastanın geçirdiği trafik kazası sonrası 1 yıllık bilişsel davranışçı terapi süreci tartışılmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Bilişsel davranışçı terapi, ergen, travma sonrası stres bozukluğu

## ABSTRACT

The treatment of posttraumatic stress disorder in children and adolescents is multifaceted and it is important to select appropriate methods for the age and characteristics of patients and to ensure the participation of family members in the treatment process. Efficacy of trauma-focused cognitive behavioral therapy has been demonstrated in children and adolescents. Psychoeducation, exposure, response prevention, behavioral and cognitive interventions, relaxation exercises and homework are used in therapy. In this case report, it was discussed 15-year-old male patient underwent 1-year cognitive behavioral therapy after a traffic accident.

**Keywords:** Cognitive behavioral therapy, adolescent, posttraumatic stress disorder

## Giriş

Bilişsel davranışçı terapi (BDT) çocuk ve ergen hastalarda önemli bir tedavi yaklaşımıdır. Anksiyete bozuklukları ve depresif bozuklukların tedavisinde BDT'nin etkin olduğu gösterilmiştir.<sup>1</sup> Benzer şekilde travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) belirtilerinin tek ele alındığı bir BDT sürecinin çocuk ve ergen hastalarda etkili olduğuna dair pek çok çalışma mevcuttur.<sup>2-4</sup> Travma belirtilerinin ele alındığı farklı BDT yaklaşımları bulunmaktadır. Travma odaklı bireysel BDT, grup odaklı travma BDT'si ve okul temelli BDT en yaygın uygulananlardır.<sup>5</sup> Bu farklı yaklaşımların uygulanabilirliği hastaya ve bulunulan koşullara göre değişebilmektedir. Problem odaklı ve aktif bir süreç olan BDT seansları yapılandırılmış olup; ev ödevleri ya da egzersizlerle devam eder. Çocuk ve ergenlerle çalışırken katı sınırlara bağlı kalınmaması, gelişim dönemi özelliklerinin göz önünde bulundurulması önerilmektedir.<sup>6</sup> Bu olgu sunumunda TSSB tanılı hastanın travma odaklı BDT süreci tartışılmıştır.

## Olgu Sunumu

On beş yaşında erkek hasta, meslek lisesi 10. sınıf öğrencisi olup; sinirlilik ve mutsuzluk şikayetleriyle annesi eşliğinde çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları polikliniğine başvurmuştur. Polikliniğe kendisinin gelmek istediği öğrenilmiştir. Daha önceden herhangi bir psikiyatrik yakınması olmayan, doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası öyküsünde özellik bulunmayan, psikomotor gelişim basamakları zamanında olan hastanın özellikle son 1 yıldır bu şikayetleri mevcutmuş. Ağustos 2016'da memleketlerinde amcası ile motosiklet sürerken tır çarpması sonrası yaralandığı öğrenilen hastanın kazadan 1 yıl sonra ilk kez çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları polikliniğine başvurduğu bilgisi alındı. Hastayla ilk görüşmede psikoterapötik ilişki kurulmaya çalışıldı. Kaza ile ilgili konuşmak istememesi nedeniyle TSSB'ye çok sık eşlik ettiği düşünülerek depresif belirtileri tanı ve ayırıcı tanı açısından ayrıntılandırılmaya çalışıldı.

Hastanın kaza sonrası tedavisi nedeniyle 10. sınıfı dondurduğu, bir yıl okula gidemediği öğrenildi. 2017-2018 eğitim yılında 10.

**Yazışma Adresi/Address for Correspondence:** Hatice Ünver, Marmara Üniversitesi İstanbul Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Ergen ve Ruh Sağlığı Kliniği, İstanbul, Türkiye

**Tel.:** +90 544 769 34 72 **E-posta:** drhaticeunver@gmail.com **ORCID:** orcid.org/0000-0003-2067-9770

**Geliş Tarihi/Received:** 01.05.2019 **Kabul Tarihi/Accepted:** 06.09.2019

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



sınıfı kendisinden yaşça küçük öğrencilerle okuduğu için okula gitmekte isteksiz olduğu, okulunu değiştirmek istediği, sınıfta durmak istemediği, her şeyin onu çok zorladığı, dikkatinin bozulduğu, ders başarısının düştüğü bilgisi alındı. Daha kolay öfkelenildiği, üzgün ve gergin hissettiği, baş ağrılarının olduğu, hiçbir şeyi eskisi gibi isteyerek yapamadığı, ağır bir kaza atlatmasına rağmen ailesinin kendisini anlamadığını düşündüğü, kendisini beğenmediği, uykularının düzensiz olduğu, dinlenmiş uyanmadığı ve bitkin hissettiği öğrenildi. Hastanın kaza sonrası kollarına jiletle kesi atma şeklinde kendine zarar verme davranışlarının olduğu, kendini öldürme düşüncelerinin aklına bazen geldiği ancak herhangi bir plan ya da girişiminin olmadığı bilgisi alındı. Kaza sonrası bacağındaki dikiş izleri dışında herhangi bir fiziksel sekeli ya da takip edilecek bir hastalığı olmadığı bilgisi iletildi. Madde kullanım öyküsü olmayan hasta; günlük 10 tane sigara kullanmaktaydı.

Hastanın annesinin 43 yaşında, ilkokul mezunu ve ev hanımı olduğu; babasının 45 yaşında, lise mezunu ve tesisatçı olduğu öğrenildi. Hastanın 9 yaşında bir erkek kardeşinin olduğu, hasta, kardeşi ve anne babanın birarada yaşadığı öğrenildi. Aile öyküsünde herhangi bir özellik yoktu.

Ruhsal durum muayenesinde yaşında gösteren, giyimi sosyoekonomik düzeyine uygun, özbakımı iyi, görüşmede gergin ve huzursuz tavırları dikkat çeken erkek ergen hastaydı. İletişim başlatmıyordu, ilişki kurma düzeyi yetersizdi. Konuşurken göz teması kurmaktan kaçındığı, sorulara kısa yanıtlar verdiği gözlemlendi. Bilinci açık, yönelimi her üç alanda tamdı, dikkat ve konsantrasyonu azalmıştı. Algı ve bellek kusuru gözlenmedi. Yargılama ve içgörü tamdı. Duygudurumunun depresif, duygulanımının kaygılı olduğu gözlemlendi. Düşünce süreci olağandı, düşünce içeriğinde sınırlı olması ile ilgili temalar mevcuttu. Konuşma hızı ve biçimi olağandı. Konuşma miktarı azalmıştı. Zekası klinik olarak normal zeka izlenimi veriyordu.

Takip görüşmelerinde hastadan ve ailesinden kazayla ilgili bilgi alındı. Hasta kazayla ilgili ayrıntıları yeterince hatırlayamadığını belirtiyor, sorulara cevap vermekte zorlanıyor, gergin ve huzursuz olduğu dikkat çekiyordu. Hastadan ve ailesinden alınan bilgilerle kazanın şu şekilde meydana geldiği öğrenildi; hasta ve ailesi tatilde memleketlerinde kalırken, hasta amcası ile motosikletle gezmek istemiş, motosikleti amcası (25 yaş, bekar, işçi) kullanmakta, hasta arkasında oturmaktaymış. İkisinde de kask ya da koruyucu bir aparat yokmuş, bölünmemiş köy yolunda hızlı gelen bir tır kontrolünü kaybetmiş ve onlara çarpmış. Hastanın bacağında ve elinde kırıklar oluşmuş, bacağından 2 kez ameliyat geçirmiş ve bacağı uzun süre alçıda kalmış. Hastanede geçirdiği ilk günlerde karın ağrısı ve dalak rüptürü şüphesi de gelişmiş ancak takiplerde patoloji saptanmamış. Kafa travması geçirmediği söylenmiş, bilinci hep açıkmiş. Takiplerde de kafa travmasına yönelik bir radyolojik ya da nörolojik bulgusu olmamış. Hastanede yattığı süreçte herhangi bir psikiyatrik değerlendirme/konsültasyon istenmemiş. Amcasının ehliyeti yokmuş, kaza sonrası amcasının sağlık durumu hastaya göre daha kötümüş, bilinci kapalıymış, geçirdiği ameliyatlara nedeniyle bacağı kısa kalmış, işine devam edememiş, şu an

ablasının evinde kalmaktaymış. Tır şoförünün herhangi bir ceza almamış ve mahkeme süreci devam ediyormuş.

İzleyen görüşmelerde hastadan TSSB belirtilerine yönelik bilgi alınmaya çalışıldı. Kaza anının ve ambulansla hastaneye götürüldüğü zamanların kaza sonrası çok sık aklına geldiği, aklına gelince kendini kötü hissettiği, özellikle annesinin ağlama ve çığlık seslerini hatırladığı öğrenildi. Ailesinin hastaya kızması ya da onu suçlaması olmamış. Ameliyat sonrası nekahat döneminde 20 gün teyzesinde kaldığında kimseyle görüşmek istemediği, ziyarete gelenlerin kazayla ilgili sorularına cevap vermek istemediği, yanında konuşulmasından rahatsız olduğu öğrenildi. Kazayı rüyalarında görmediği ancak uykuya dalmakta zorluk yaşadığı bilgisi alındı. O dönem hemen evlerine dönmek istediğini, teyzesinde kalmak istemediğini belirtiyordu. Evlerine döndükten sonra bir süre kazanın olduğu yere, memleketlerine gidemediğini, tır görünce rahatsız olduğunu, amcasının durumuna üzüldüğünü dile getiriyordu. Amcasını ziyaret etmeye birkaç kez gittiği, şimdi de sadece anne ve babasından amcası hakkında bilgi aldığı öğrenildi.

Hastaya görüşmelere kendisi gelmek istediği ve kaza üzerinden konuşmayı ve çalışmayı kabul ettiği için teşekkür edildi, cesareti ve gayreti desteklendi. Belirtilerine ve TSSB'ye yönelik psikoeğitim verilerek şikayetleri normalize edilmeye çalışıldı. Kendisiyle benzer durumda olan hastaların olduğu aktarıldı; yalnız olmadığını bilmesi, belirtilerini anlaması ve tedaviye katılması amaçlandı. Beklenmedik kaza, doğal afet ya da terör gibi olayların insanların yaşamlarını olumsuz etkileyebileceği, korku ve çaresizlik gibi yoğun duygular hissettirebileceği, kazanın istemeden sık sık aklına gelebileceği, kaza aklına gelince olumsuz duygu ve düşüncelerin de eşlik edebileceği, rahatsız edici rüyalar, uykusuzluk gibi belirtilerin olabileceği, bu duygu ve düşüncelerden kaçınmak istemenin bu sürecin bir parçası olduğu, huzursuzluk, öfke, dikkat sorunları, duygu hissedememe ya da aşırı hissetme, irkilme gibi belirtilerin olabileceği dile getirildi. Hastanın belirtileri ve kaçınma davranışları gösterildi. Görüşme sonrası hastaya evde okuması için travma geçirme sonrası gelişebilen belirtilerle ilgili bir okuma parçası da verildi.

Hastadan var olan belirtileri ile başa çıkmak için neler yaptığı öğrenilmeye çalışıldı. Bu sorunlar olmasa hayatında neler değişirdi gibi sorularla motivasyonu öğrenilmeye çalışıldı ve terapi hedefleri konuşuldu. Belirli aralıklarla düzenli görüşmeler yapılacağı, ev ödevleri verileceği söylendi. Hastayla iş birliği kurulmaya çalışılarak, bir ekip gibi çalışılmanın amaçlandığı vurgulandı. Her görüşmede önce, bir önceki görüşme ile ilgili aklında kalanlar üzerinden konuşuldu, verilen ödev kontrol edildi, gündem belirlendi ve yeni ödev planlandı. Görüşmelerin sonunda özet yapıldı ve hastadan geri bildirim alındı.

Özellikle geliş şikayeti olan sınırlılığı ayrıntılı konuşuldu. Duygu, düşünce ve davranışları arasındaki ilişki örneklerle gösterilmeye çalışılarak BDT modeli anlatıldı. Öfkenin erken işaretlerini fark etmeye çalışması istendi. Öfkesini gidermesine yönelik davranışçı müdahaleler konuşuldu, gevşeme ve nefes egzersizleri anlatıldı. Güvenli yer egzersizi anlatıldı. Gevşeme egzersizlerini görüşmeler dışında da aktif olarak yapmasının önemi vurgulandı. Fikrinin alınarak verilen önerilerin hangisinin

daha yapılabilir olduğunu belirtmesi istendi. Duyularını tanıyabilmesi ve rahatsız edici duygularıyla baş edebilmeyi öğrenmesinin amaçlandığı vurgulandı. Duygu ve davranışlar arasındaki ilişkinin çalışılmasından sonra otomatik düşünceler hakkında bilgi verildi. Sinirli olduğu zamanlarda aklından geçen düşünceleri fark etmeye çalışması istendi. Düşüncelerine verdiği duygusal ve davranışsal tepkileri üzerinden konuşuldu. Öfkeli olup her zamankinden farklı davrandığı zamanlar gösterilmeye çalışıldı. Otomatik düşüncelerini yakalamakta zorlanan hastaya Olumsuz Otomatik Düşünce Kontrol Listesi verilerek örnekler oluşturuldu, listede var olan otomatik düşünceleri üzerinden, düşünceleri destekleyen ve desteklemeyen kanıtlar bulunmaya çalışıldı.<sup>7</sup> Hastanın bu süreçte aktif olmasına dikkat edildi. Yaygın yapılan bilişsel hatalar anlatılarak, düşüncelerindeki bilişsel hataları fark etmesi için çalışıldı. Bilişsel Hata Listesi üzerinden örnekler verildi.<sup>7</sup>

İlerleyen görüşmelerde kazanın ne sıklıkta aklına geldiğini kaydetmesi, hatırlatıcıları fark etmeye çalışması, kaza aklına gelince hissettiği duygular, böyle hissetmeye başlamadan önce aklından geçenleri yakalamaya çalışması istendi. Travmasına yönelik sıkıntı verici düşünceler, korku ve kaçınma davranışlarının üzerinde durulması amaçlandı. Kazanın özellikle bacağındaki dikiş izlerini görünce aklına geldiği, kendini kötü hissettiği, iş bulamazsam, askerliğimi yapamazsam diye düşündüğü, amcası aklına gelince kendini suçladığı öğrenildi. Bilişleri konuşulan hastaya davranışçı ödevler verilmeye başlandı. Maruz bırakma, tepki engelleme ve alıştırma teknikleri anlatıldı. Kaygı eğrisi anlatıldı. Bir maruz bırakma tekniği olarak imgesel alıştırma yapılması planlandı. Hastadan kazayı hatırladığı şekilde ayrıntılı olarak sanki film izliyor gibi şimdiki zamanda anlatması istendi. Kendini kötü hissettiğinde devam etmeyebileceği, filmi durdurur gibi durdurup başa alabileceği anlatıldı. Bu anlatımda kaza öncesinin, kaza sırası ve sonrasının, en kötü hissettiği bölümün olması istendi. Ruminasyon ya da disosiyasyonlara yönelik gevşeme egzersizleri yaptırmak gibi müdahalelerle araya girilmesi planlandı. Poliklinik şartları nedeniyle görüşme sık bölündü ve alıştırma tamamlanamadı. Hasta evde yazabileceğini belirtti. Kazayı anlattığı 4 sayfalık yazı bir sonraki görüşmede okundu. Hasta terapistin okumasını istedi. Yazı okunurken ne hissettiği, aklından ne geçtiği, ne gördüğü, ne duyduğu, ne kokusu aldığı öğrenilmeye çalışıldı. Korku, kalp atışları, titreme, terleme gibi fiziksel belirtileri soruldu. Ailesini üzmüş olmak ve amcasının sağlık durumunun kötü olması nedeniyle kendisini suçlaması üzerinden konuşularak, bilişsel çarpıtmaları fark ettirilmeye çalışıldı. Hangi davranışları için kendisini suçladığı öğrenilmeye çalışıldı. Bu düşüncelerinin kırık bir plağın sürekli aynı şeyi tekrar etmesi gibi sürekli ruminatif şekilde aklına gelip gelmediği öğrenilmeye çalışıldı. Hastanın yazısında suçlayıcı, ruminatif tarzda tekrarlayıcı düşünceler ya da söylemler belirgin değildi. Hastanın kazadaki sorumluluğunu pasta dilimi tekniği ile değerlendirmesi, kazaya sebep olabilecek, yol şartları, tır ve şoförün etkileri ile kendisinin etkisine bir yüzde vermesi istendi. Suçlu olduğunu düşünmesinin ne kadarının gerçeklik olduğu ne kadarının hastalığının bir belirtisi olabileceği hasta ile tartışılarak düşüncesi yeniden çerçevelendirilmeye çalışıldı. Suçluluk düşüncesini destekleyen ve desteklemeyen

kanıtlar birlikte araştırıldı. Kazadan çıkardığı sonuçlar ve neler öğrendiği konuşuldu. Kendisiyle aynı durumda olan birine neler söyleyebileceği soruldu. Travmayla ilgili daha akılcı bakış açısı kazanması amaçlandı. Benzer durumda bir kaza yaşamaması için nasıl önlemler alabileceği öğrenilmeye çalışıldı. Geleceğe dönük planları ve alternatifleri konuşuldu. Hastadan izin alınarak yazısının bir kopyası alındı ve dosyasına konuldu, kendisinden bu yazıyı evde yine okuması istendi. Günlük tutması önerildi. Devam eden görüşmelerde hasta evde yazıyı okurken eskisi gibi kaygı düzeyinin fazla olmadığını belirtti. Travma geçirmenin kişisel bir keşif ve büyüme için bir fırsat olabileceği, belirtilerin nasıl üstesinden geldiğinin önemli olduğu görüşmelerde yeri geldikçe vurgulandı. Olumlu ve güçlü yönlerine yönelik sorularla kendisini fark etmesi sağlanmaya çalışıldı. Hasta ile görüşmelerde çelik eğilir, genleşir ama kırılmaz ya da yaranın izi kalır ancak ilk zamanlar gibi acıtırmaz metaforlarından faydalandı. Kaçınma davranışları kazanın ilk olduğu zamanlar kadar yoğun değildi ancak var olan davranışlarına yönelik ödevler planlandı, özellikle amcası için neler yapabileceği konuşuldu.

Travma odaklı görüşmelerden sonra; kendine zarar verme davranışları gibi başlıklar üzerinden görüşmeler yapıldı. Her görüşmede hasta ile gündem başlıkları belirlenirken günlük hayatında yaşadığı ev içi, yaşıt ya da okul problemleri üzerinden 'şimdi ve burada' odaklı konuşularak, düşüncelerini test etmek, düşüncelerine verdiği tepkiyi fark etmesini sağlamak üzerine çalışıldı. Olasılıklı, esnek, gerçekçi ve alternatif düşündürmeye çalışmanın amaçlandığı belirtildi. Kendisini 5 yıl sonra nerde ve ne şartlarda gördüğünü yazması ödevi verildi.

Aileye psikoeğitim verilerek hastaya evde yardımcı terapistlik yapmaları istendi. Ebeveynlik becerilerine yönelik konuşuldu. Sosyal desteğin önemli olduğu vurgulandı. Kaza öncesi ev içi rutinlerine dönmeleri önerildi. Hasta ile ilgili kaygıları konuşuldu. Kaza geçirme gibi travmatik olayların, ebeveynleri tarafından nasıl atlatıldığını görmenin travma hastaları için önemli olduğu belirtildi.

Hastaya DSM-5 tanı ölçütlerine göre TSSB ve depresif bozukluk tanıları konulmuştur. Hasta ile yaklaşık yıl düzenli görüşme yapılmıştır. Görüşmeler önce iki haftada bir, sonra ayda bir olacak şekilde planlanmıştır ve yaklaşık 30 dakika sürmüştür. Hastaya 3.görüşmeden itibaren özellikle yeniden yaşantılama, aşırı uyarılma, kendine zarar verme ve depresif belirtilerine yönelik sertralın 50 mg/gün ve risperidon 1mg/gün tedavisi başlanmış, tedavi bitiminde ilaçlar tedrici azaltılarak kesilmiştir. Takiplerde yaklaşık 3 ayda bir TSSB'nin şiddetini değerlendirmemizi sağlayan Travma Sonrası Reaksiyon Ölçeği verilmiş, ölçek puanları tedavi başında ciddi düzeyde hastalığı (40-59 puan) ifade ederken, tedavi sonunda eşik altı düzeye gerilemiştir (<12).<sup>8</sup> Beck Depresyon Ölçeği ve Cümle Tamamlama testleri 6 ayda bir verilmiş; Beck Depresyon Ölçeği puanları ile şiddetli düzeyde depresif belirtilerin puanı (45) minimal düzeye (10) gerilemiştir. Hastanın ve ailesinin şikayetleri azalmıştır. Olgu sunumu için hastadan ve ailesinden onam alınmıştır.

## Tartışma

TSSB'nin bilişsel davranışçı terapisinin diğer anksiyete bozukluklarının terapisine göre daha kişisel olduğu bildirilmektedir.<sup>9</sup> Ayrıca travma odaklı BDT'nin diğer anksiyete bozukluklarının BDT'sine göre daha az etkili olduğu da dile getirilmektedir.<sup>10</sup> Ayrıca son çalışmalarda Göz Hareketleriyle Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme (Eye Movement Desensitization and Reprocessing-EMDR) tekniğinin BDT ile kombine edilmesiyle tedavide daha iyi sonuçlar alındığı, tek başına EMDR tekniğinin BDT kadar etkili olduğu belirtilmektedir.<sup>11</sup>

Travmaya yönelik BDT uygulamalarının temel bileşenleri psikoeğitim, anksiyete yönetimi, maruz bırakma ve bilişsel yeniden yapılandırma'dır.<sup>12</sup> Hastayla güven ilişkisi kurulduktan sonra, terapinin psikoeğitim kısmında yeniden yaşantılama ve kaçınma belirtilerinin rahatsız edici de olsa iyileşmenin bir belirtisi olabileceği, bu belirtilerin yapboz şeklinde birbirinden kopuk olan travmaya ilişkin anıların birleşmesini sağladığı, kişinin eski haline dönmesini kolaylaştırdığı için dengeyi sağlayıcı bir tarafının olduğunun aktarılması önerilmektedir. Yeniden yaşantılama deneyiminin, travmanın şemalara aktarılmasını sağladığı, kaçınma davranışlarının da hastanın yoğun olumsuz duygu ve düşüncelerini kontrol etmek için kullandığı bir savunma mekanizması olduğu bildirilmektedir.<sup>13</sup> Gevşeme ve anksiyetenin birarada bulunmayacağı düşünülerek hastaya öğretilen aşamalı gevşeme egzersizlerinin anksiyetenin yönetiminde faydalı olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır.<sup>14,15</sup> İmgesel alıştırma TSSB terapisinde kullanılan bir maruz bırakma tekniği olup; hastayı dışarıdan izleyen birinin ya da kendisinin bakışıyla, ebeveyn/terapist eşliğinde olayı hikaye şeklinde anlattırarak, yazdırarak ya da sesini kaydettilerip dinlettirilerek yaptırılabilir. Bu davranışçı teknikle hasta kaygı oluşturan düşünceleriyle karşılaştırılmakta; kaygısını azaltmak için yaptığı kaçınma ya güvenlik sağlayıcı davranışların engellenmesi amaçlanmaktadır. Hastamızla tüm bu bileşenler uygulanmaya çalışılmış, hasta ile görüşmelerde örnek çalışmalar yapılmış, ev ödevleri verilmiştir. Ayrıca BDT'ye eklenen farmakoterapinin fizyolojik uyarımları azaltabileceği, dikkat ve odaklanmayı arttırabileceği bilinmekte; uyku bozukluğunun düzeltilmesiyle müdahalelerin daha kolay uygulanabileceği bildirilmektedir.<sup>16</sup> Hastanın işlevselliğini bozan belirtilerine yönelik bireyselleştirilmiş bir kombine tedavinin etkinliği de gösterilmiştir.<sup>17</sup> Hastamızın sinirlik ve uykuya dalamama gibi aşırı uyarılma, kendine zarar verme ve depresif belirtilerine yönelik ilaç tedavisi de takiplerde BDT'ye eklenmiştir.

Aile üyelerinin yardımcı terapistik yapmalarının, tedavi sürecine katılmalarının, istikrarlı aile ve arkadaş ilişkilerinin önemli olduğu bildirilmektedir.<sup>18</sup> Ailenin hastanın dönemsel öfke sorunlarına tahammül etmeleri önerilmektedir. Ancak hastanın kendisine ya da etrafına zarar verecek düzeyde öfkeli davranışlarına yönelik müdahale yöntemlerinin aile ile konuşulması faydalıdır çünkü bu düzey öfkeli davranışlar travma öyküsü olan hastalarda suçluluk duygusunu arttırabilmektedir.

Hastanın iyileşmeye yönelik gayreti takdir edilmeli, "survivor-hayatta kalan" olduğu vurgulanmalıdır. Kaza anını kontrol edemediği ancak iyileşmek için yapabileceklerinin kontrolünün kendisinde olduğu belirtilmelidir. BDT sürecinde kendi kendisinin terapisti olmasını istediğimiz vurgulanmalıdır. Bu süreçte öğrendiği becerileri aktif olarak kullanması için görüşmelerde yapılanların kaydedilmesi ve bir örneğinin hastada bulunması sağlanmalıdır.

Bu olgu sunumunda hastanın tedavi motivasyonunun yüksek olmasının, sosyal desteğinin iyi olmasının, tedavi rasyonelini iyi anlamış olmasının, psikiyatrik hastalık açısından soygeçmiş ya da özgeçmişinde öykü bulunmamasının olumlu gidişi etkilediği düşünülmüş, TSSB'ye ek olarak depresif bozukluk tanısının olması ve tedaviye geç başlanmış olmasının oluşturabileceği zorluklar göz önünde bulundurulmuş, kombine tedavi ile takip edilmiştir.

## Etik

**Hasta Onayı:** Olgu sunumu için hastadan ve ailesinden onam alınmıştır.

**Hakem Değerlendirmesi:** Editörler kurulu ve editörler kurulu dışında olan kişiler tarafından değerlendirilmiştir.

## Yazarlık Katkıları

Konsept: H.Ü., N.P.F., Dizayn: H.Ü., N.P.F., Veri Toplama veya İşleme: H.Ü., N.P.F., Analiz veya Yorumlama: H.Ü., N.P.F., Literatür Arama: H.Ü., N.P.F., Yazan: H.Ü., N.P.F.,

**Çıkar Çatışması:** Yazarlar tarafından çıkar çatışması bildirilmemiştir.

**Finansal Destek:** Yazarlar tarafından finansal destek almadıkları bildirilmiştir.

## Kaynaklar

1. Üneri ÖŞ. Anksiyete bozuklukları, obsesif kompulsif bozukluk ve travma sonrası stres bozukluğunda psikoterapötik yaklaşımlar. Türkiye Klinikleri. 2014;2:40-46.
2. Deblinger E, Stauffer LB, Steer RA. Comparative efficacies of supportive and cognitive behavioral group therapies for young children who have been sexually abused and their nonoffending mothers. *Child Maltreat*. 2001;6:332-343.
3. Cohen JA, Deblinger E, Mannarino AP, Steer RA. A multisite, randomise controlled trial for children with sexual abuse-related PTSD symptoms. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2004;43:393-402.
4. Cohen JA, Berliner L, Mannarino A. Trauma-focused CBT for children with trauma and behavior problems. *Child Abuse Negl*. 2010;34:215-224.
5. Smith P, Yule W, Perrin S, Tranah T, Dalgleish T, Clark DM. Cognitive behavior therapy for PTSD in children and adolescents: a preliminary randomized controlled trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007;46:1051-1061.
6. Friedberg RD, Crosby LE, Friedberg BA, Rutter JG, Knight KR. Making cognitive behavioral therapy user friendly to children. *Cognitive Behavioral Practice*. 2000;6:189-200.
7. Wright JH. Integrating CBT and pharmacotherapy. Leahy RL (Ed.) *Contemporary Cognitive Therapy: Theory, Research, and Practice* içinde. Guilford Press. 2004;341-366.
8. Pynoos RS, Frederick C, Nader K, Arroyo W, Steinberg A, Eth S, Nunez F, Fairbanks L. Life threat and posttraumatic stress in school-age children. *Arch Gen Psychiatry*. 1987;44:1057-1063.



9. Ehlers A, Clark DM, Hackmann A, McManus F, Fennell M. Cognitive therapy for posttraumatic stress disorder: development and evaluation. *Behav Res Ther.* 2005;43:413-431.
10. Cohen JA, Langley A. (2012) Pediatric posttraumatic stress disorder. Szigethy E, Weisz JR, Findling RL (Eds.). *Cognitive-Behavioral Therapy for Children and Adolescent* içinde 263-299.
11. Gillies D, Maiocchi L, Bhandari AP, Taylor F, Gray C, O'Brien L. Psychological therapies for children and adolescents exposed to trauma. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;10:CD012371.
12. Stallard P. A clinician's Guide to Think Good-Feel Good: Using CBT with Children and Young People. Gökçen C (Çev.Ed.). *İyi düşün iyi hisset.* Sayı yayınları: 2017;193-216.
13. Sungur MZ, Herbert C (2011) Travmayı ve depresyon sonrası ortaya çıkan psikolojik tepkileri anlamak. *Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları.*
14. Wolpe J. *The practice of behavioral therapy.* Pergamon press. 1969.
15. Payne RA. *Relaxation Techniques: A Practical Handbook for Health Care Professionals.* Churchill Livingstone Press. 2005.
16. Wright JH. Integrating CBT and pharmacotherapy. Leahy RL (Ed.) *Contemporary Cognitive Therapy: Theory, Research, and Practice* içinde. Guilford Press. 2004;341-366.
17. Keeshin BR, Strawn JR. Psychologic and pharmacologic treatment of youth with posttraumatic stress disorder: an evidence-based review. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 2014;23:399-411.
18. Ünver H. Obsesif kompulsif bozukluk tanılı hastaya bilişsel davranışçı yaklaşım: bir olgu sunumu. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi.* 2018;25:77-81.

# Kısa Etkili Metilfenidat Tedavisinden Uzun Etkili Metilfenidat Tedavisine Geçiş Sonrası Ortaya Çıkan Epileptik Nöbet: Bir Olgu Sunumu

*Epileptic Seizure Following A Switch From Short-acting Methylphenidate to Long-acting Methylphenidate Treatment: A Case Report*

© Serkan Şahin, © Hasan Bozkurt

Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Tokat, Türkiye

## ÖZ

Metilfenidat, günümüzde dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) tedavisinde en yaygın kullanılan stimülant etkili bir ajandır. Yapılan çalışmalarda stimulanların çocuklarda ve erişkinlerde etkin oldukları ve iyi tolere edildikleri gösterilmiştir. Metilfenidatın yan etkileri olarak sıklıkla iştahsızlık, sinirlilik, huzursuzluk, baş ağrısı, uykusuzluk, karın ağrısı ve bulantı bildirilmektedir. Metilfenidatın nöbet eşliğini düşürdüğüne dair yaygın bir inanış söz konusudur. Kısa ve uzun etkili metilfenidat formlarının iyi tolere edildikleri ve benzer yan etki profiline sahip oldukları bildirilmiştir. Bu sunumda, geçmişte epilepsi öyküsü olan DEHB tanılı bir çocuk olguda kısa etkili metilfenidat tedavisinden uzun etkili metilfenidat preparatına (Medikinet retard®) geçiş sonrasında ortaya çıkan epileptik nöbet tablosunun yazın eşliğinde tartışılması amaçlanmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Uzun etkili metilfenidat, yan etki, epileptik nöbet, çocuk

## ABSTRACT

Methylphenidate is the most commonly prescribed psychostimulant medication for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). Its efficacy and tolerability in children and adults have been described in numerous studies. Side effects frequently reported during methylphenidate use include appetite loss, irritability, restlessness, headache, insomnia, abdominal pain, and nausea. Methylphenidate is widely accepted to lower seizure threshold. However, both long-acting and short-acting methylphenidate are generally well tolerated with a similar side effect profile. Here we present a child with ADHD a history of seizure, who developed epileptic seizure following a switch from short-acting methylphenidate to long-acting methylphenidate treatment (Medikinet retard®) discussing with the literature findings.

**Keywords:** Long-acting methylphenidate, side effect, epileptic seizure, child

## Giriş

Metilfenidat, 6 yaş ve üzeri çocuklarda dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun (DEHB) tedavisinde genel olarak yüksek bir güvenilirlik ve tolerabilite ile kullanılan psikostimulan ajandır.<sup>1,2</sup> Ülkemizde yakın zamana kadar biri kısa etkili (Ritalin®) diğeri uzun etkili (Concerta®) olmak üzere metilfenidatın iki farklı formu mevcut iken, hem kısa etkili (Medikinet tablet®) hem de uzun etkili formu (Medikinet retard®) olan yeni bir metilfenidat preparatı DEHB tedavisi için kullanılmaya başlanmıştır.

Kısa etkili metilfenidat, üzerinde en çok çalışma yapılan ve DEHB tedavisinde etkinliği kabul edilen bir ilaç olmasına rağmen, etkisinin kısa sürmesi ve bölünmüş dozlarda uygulanması nedeniyle kullanım zorlukları ortaya çıkmaktadır.<sup>3</sup> DEHB tanılı

hastaların zaman ayarlaması yapma konusunda sıkıntılarının olması, uzun etkili ilaçların belirtileri daha iyi kontrol edebilmeleri ve ilaç uyumunun daha iyi olması, klinikte ilaç seçiminde uzun etkili formların daha fazla tercih edilmelerini sağlamaktadır.

Metilfenidat kullanımına bağlı olarak en sık izlenen yan etkiler; uykusuzluk, iştahsızlık, kilo azalması ya da beklenen kilo alımının durması, irritabl duygudurum, baş ağrısı ve karın ağrısıdır. İlaça bağlı meydana gelebilen kalp atım hızı ve kan basıncında artış genellikle doz ayarlaması ile kolaylıkla kontrol edilebilir. Deride döküntüler ve sersemlik olguların %1-10'unda görülür.<sup>4</sup> Ayrıca metilfenidatın nöbet eşliğini düşürdüğüne dair yaygın bir inanış söz konusudur.<sup>5</sup> Kısa ve uzun etkili metilfenidat formlarının benzer yan etki profiline sahip olduğu bildirilmiştir.<sup>6-9</sup>

**Yazışma Adresi/Address for Correspondence:** Dr. Serkan Şahin, Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Tokat, Türkiye

**Tel.:** +90 507 214 12 75 **E-posta:** drserkansahin@hotmail.com

**Geliş Tarihi/Received:** 01.09.2015 **Kabul Tarihi/Accepted:** 08.01.2016

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



Bu sunumda, geçmişte epilepsi öyküsü olan bir olguda, kısa etkili metilfenidat tedavisinden -ülkemizde henüz kullanılmaya başlanan-uzun etkili metilfenidat preparatına (Medikinet retard®) geçiş sonrasında ortaya çıkan epileptik nöbet tablosunun yazın eşliğinde tartışılması amaçlanmıştır.

## Olgu Sunumu

A, 10 yaşında erkek çocuğu; anne, baba ve erkek kardeşiyle yaşıyor ve 3. sınıfa gidiyordu. Annesi tarafından polikliniğe “ders yaparken çabuk sıkılma”, “unutkanlık”, “aşırı hareketlilik” şikayetleriyle getirildi. Görüşmeler boyunca dikkat süresinin kısa olduğu, hareketli ve dürtüsel olduğu gözlenmiştir. Sınıf öğretmeninden alınan bilgiye göre sınıfta oturmakta zorlandığı, sürekli hareket halinde olduğu, dikkatini veremediği ve eşyalarını sınıfta unuttuğu öğrenilmiştir. Geçmiş tıbbi öyküden, 3 yaşında iken gözlerde kayma ve bilinç kaybı ile giden iki nöbet geçirdiği, nöbetleri nedeniyle valproik asit tedavisine başlandığı ve tedaviye beş yıl boyunca devam edildiği tespit edildi. Tedavi ile nöbetleri tekrarlamayan hastanın elektroensefalografi (EEG) tetkiklerinin normal olması üzerine 2 yıl önce valproik asit tedavisi sonlandırılmıştı. Soygeçmişinde herhangi bir özellik yoktu.

Alınan öykü, yapılan klinik değerlendirmeler ve uygulanan ölçekler (Çocuk ve Ergenlerde Yıkıcı Davranış Bozuklukları için Tarama ve Değerlendirme Ölçeği, Conners Ebeveyn ve Öğretmen Değerlendirme Ölçekleri Çocuk ve Ergenler için Davranış Değerlendirme Ölçeği) neticesinde Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı'nın Beşinci Basımı (DSM-5) tanı ölçütlerine göre “DEHB Bileşik Görünüm” tanısı konan ve eşlik eden başka bir psikiyatrik hastalık tespit edilmeyen hastaya kısa etkili metilfenidat (Ritalin®) sabah ve öğle 5'er mg olmak üzere toplam 10 mg/gün başlanarak bir hafta sonra doz sabah 10 ve öğle 5 mg olmak üzere 15 mg/güne çıkarıldı. Tedaviden bir ay sonra DEHB belirtilerinde hem ev hem de okulda olmak üzere belirgin düzelme sağlanan hastada kısa etkili metilfenidat ile herhangi bir yan etki gözlenmedi. Fakat görüşmelerde anne öğle araları ilaç vermenin zorluğundan ve çocuğunun ilaç kullanıyor olmasından dolayı okulda arkadaşları tarafından etiketlenebileceği endişelerini dile getirdi. Bunun üzerine kısa etkili metilfenidat tedavisi sonlandırılarak uzun etkili metilfenidat 10 mg/gün (Medikinet retard®) başlandı. Üç gün sonra anne çocuk psikiyatri polikliniğine acilen başvurarak uzun etkili metilfenidat tedavisini verdiği gün çocuğunun 3 yaşında geçirdiği nöbetlerin aynısını geçirdiğini ve korkarak ilacı kestiğini ifade etti. Epileptik nöbete neden olabilecek herhangi bir organik nedeni (enfeksiyonlar, metabolik bozukluklar) dışlamak amacıyla uygulanan standart laboratuvar tetkiklerinde (tam kan sayımı, açlık kan şekeri, sodyum, potasyum, klor, alanin aminotransferaz, aspartat aminotransferaz, kan üre azotu, kreatinin) anormal bir bulguya rastlanmadı. Hastada başka bir ilaç kullanımı, enfeksiyon ya da başka tıbbi durum öyküsü yoktu. Bunun üzerine ilaç tedavisi kesilerek aile kontrol amaçlı çocuk nöroloji polikliniğine konsülte edildi. Hastanın dış merkezde çocuk nöroloji uzmanı tarafından yapılan muayenesi neticesinde, konsültasyon notunda; EEG tetkikinde anormal

değişikliklerin gözlemlendiği, hastalık öyküsü ile birlikte ele alındığında mevcut tablonun epilepsi lehine değerlendirildiği, bu nedenle hastaya valproik asit tedavisi başlandığı ve metilfenidat tedavisinin sonlandırılmasının uygun olacağı, ayrıca kontrol EEG tetkiklerinin planlandığı tarafımıza bildirildi. Metilfenidat tedavisi kesilen hastanın takibinde nöbet veya benzeri bir durumun tekrarlamadığı gözlemlendi. Olgu sunumu için hastanın ebeveyninden bilgilendirilmiş onam formu alındı.

## Tartışma

Metilfenidat ve diğer psikostimülanların, *de novo* (kendiliğinden) epileptik aktiviteyi mi ortaya çıkardığı yoksa zaten var olan epileptik zeminde nöbet eşliğini düşürerek epilepsi gelişimine mi yol açtığı hususunda yeterli veri yoktur (Tan ve Appleton<sup>10</sup>). Ancak yeni bir epileptik nöbet gelişiminden ziyade, altta yatan epileptik aktivite zemininde nöbet gelişimini tetikleyebileceği bildirilmiştir (Kanner<sup>11</sup>). Metilfenidatın nöronal düzeyde asıl etkisi; epilepsi patofizyolojisi ile ilişkili olduğu bilinen Gamma amino-butirik asit, glutamik ve aspartik asit gibi nörotransmitterler veya sodyum, kalsiyum kanalları üzerinden değil, presinaptik dopamin ve noradrenalin re-uptake mekanizması aracılığıyla gerçekleşmektedir. Dopamin re-uptake blokajı etkisi, norepinefrin re-uptake blokajı etkisinden daha güçlüdür (Gucuyener ve ark.<sup>5</sup>). Bu etki mekanizması nedeniyle pro-konvülzan olduğunu söylemek mümkün gözükmemektedir (Tan ve Appleton<sup>10</sup>). Ancak doz aşımı durumlarında metilfenidatın artmış sempatomimetik etkinlik aracılığıyla merkezi sinir sistemini uyararak nöbete yol açabileceği de bilinmelidir (Klein-Schwartz<sup>12</sup>). Ayrıca metilfenidatın, asetilkolinesteraz aktivitesini azalttığı ve asetilkolin düzeylerini arttırdığı, bu nedenle kolinerjik sistem üzerine olan bu etkisi nedeniyle pro-konvülzan aktiviteye yol açabileceği bildirilmiştir (Linhares ve ark.<sup>13</sup>). Bunun yanı sıra metilfenidatın, epileptik olmayan, anormal EEG bulguları üzerine iyileştirici etkinliği olduğu da gösterilmiştir (Gucuyener ve ark.<sup>5</sup>). Nitekim DEHB'li hastaların EEG kayıtlarında epileptiform aktiviteye normal popülasyona oranla daha yüksek oranda rastlandığı bilinmektedir (Richer ve ark.<sup>14</sup>, Socanski ve ark.<sup>15</sup>).

Yazında, epilepsi tanılı çocuk ve ergenlerde DEHB prevalansının normal popülasyona kıyasla (%3-5) daha fazla olduğu (%12-39) bildirilmiştir (Torres ve ark.<sup>16</sup>). DEHB varlığı nöbet gelişimi için bir risk faktörü olabileceği gibi aynı zamanda geçirilen nöbetler ve subklinik EEG bozuklukları da DEHB belirtilerinin artmasına neden olabilmektedir (Dunn ve Kronenberg<sup>17</sup>). Tedavi kılavuzları incelendiğinde, DEHB tanılı çocuklarda yeni başlayan epileptik nöbet varlığında öncelikle antiepileptik tedavinin düzenlenmesinin önerildiği dikkat çekmektedir (CADDRA<sup>18</sup>). Ayrıca DEHB tedavisi için kullanılan metilfenidatın, enzim inhibisyonu aracılığıyla antiepileptik ilaçların kan düzeyini arttırabileceği belirtilmektedir (Lawlor<sup>19</sup>). Bizim olgumuzda, kısa etkili metilfenidat tedavisinden uzun etkili metilfenidat tedavisine geçildikten sonra epileptik nöbet gelişmiş olup, tedavisinin düzenlenmesi amacıyla çocuk nörolojisi bölümüne yönlendirilmiştir.

Yazın incelendiğinde, epilepsi tanılı hastalarda DEHB tedavisi için kullanılan metilfenidatin genellikle güvenilir olduğu dikkati çekmektedir (Dunn ve ark.<sup>17</sup>, Dunn ve Kronenberger<sup>20</sup>). Kısa etkili metilfenidatin epileptik hastalarda DEHB belirtilerinde düzelme sağladığı ve nöbet sıklığını anlamlı düzeyde etkilemediği bildirilmiştir (Feldman ve ark.<sup>21</sup>, Gross-Tsur ve ark.<sup>22</sup>). Kısa etkili metilfenidat ile epileptik çocuklarda yapılan uzunlamasına ve plasebo kontrollü bir çalışmada, 0,6 mg/kg/gün dozunda metilfenidat ile hiçbir hastada nöbet bildirilmemiştir (Feldman ve ark.<sup>23</sup>). Başka bir çalışmada ise, 0,3 mg/kg/gün dozunda metilfenidat ile 8 haftalık tedavi sonunda 30 hastanın 25'inde nöbet gözlenmezken, 5 olguda ise nöbet sıklığının arttığı ancak bu artışın anlamlı düzeyde olmadığı belirtilmiştir (Gross-Tsur ve ark.<sup>22</sup>). Olgumuzda da yazın bilgisi ile uyumlu olarak, epilepsi öyküsü olan hastada tedavinin birinci aşamasında uyguladığımız kısa etkili metilfenidat ile DEHB bulgularında iyileşme gözlenmiş, herhangi bir nöbet tablosu gelişmemiştir.

Bu olguda dikkati çeken, -her ikisi de metilfenidat etken maddesi içeren- kısa etkili bir preparattan uzun etkili olana geçildikten sonra nöbet gözlenmesidir. Bu konuda yapılan bir çalışmada, daha önce epilepsi öyküsü olan ve halen anti-epileptik tedavi almakta olan hastalarda DEHB tedavisi esnasında çift kör, plasebo kontrollü olarak kısa etkili metilfenidat tedavisinden yavaş salınımlı-uzun etkili (OROS) metilfenidat tedavisine (Concerta®) geçilmiş olup, plasebo grubunda 3 hastada, OROS metilfenidat grubunda ise 5 hastada nöbet gözlenmiş olup, nöbet gözlenen olgu sayısının OROS metilfenidatin nöbet riskini artırıp artırmadığı hususunda yorum yapabilmek için yetersiz olduğu bildirilmiştir (Gonzalez-Heydrich ve ark.<sup>23</sup>). OROS metilfenidat ile çift kör, plasebo kontrollü olarak yapılan başka bir çalışmada da, son bir aydır nöbet öyküsü olmayan hastalarda nöbet riski açısından OROS metilfenidat ile plasebo arasında anlamlı farklılık gözlemlenmemiştir. Fakat bu çalışmada her iki grupta da az sayıda hastada ortaya çıkan nöbetler kıyaslandığında, OROS metilfenidat alan hastalarda nöbetin daha erken dönemde ortaya çıktığı dikkati çekmiştir (Gonzalez-Heydrich ve ark.<sup>24</sup>).

Literatür gözden geçirildiğinde, epilepsi öyküsü olan ve tedavi ile kontrol altında bulunan hastalarda metilfenidatin genel olarak güvenilir olduğu söylenebilir. Kısa etkili metilfenidat tedavisinden, uzun etkili metilfenidat tedavisine geçiş ile ilgili olarak herhangi bir sakınca gözükmemektedir. Yukarıdaki olgu, erken çocukluk döneminde epileptik nöbet geçiren ve tedavi görmüş olan, sonrasında ise uzun yıllar nöbet öyküsü olmayan DEHB tanılı bir olgudur. Bu hastada kısa etkili metilfenidat tedavisinden uzun etkili bir metilfenidat preparatına (Medikinet®) geçildikten sonra nöbet gözlenmesinin dikkat çekici olduğu düşünülmüştür. Söz konusu metilfenidat preparatı ülkemizde henüz yeni kullanılmaya başlanmış olduğundan, olgumuz bu konudaki ilk olgu bildirimini olma özelliğini taşımaktadır.

## Etik

**Hasta Onayı:** Olgu sunumu için hastanın ebeveyninden bilgilendirilmiş onam formu alındı.

**Hakem Değerlendirmesi:** Editörler kurulu ve editörler kurulu dışında olan kişiler tarafından değerlendirilmiştir.

## Yazarlık Katkıları

Konsept: S.Ş., H.B., Dizayn: S.Ş., H.B., Veri Toplama veya İşleme: S.Ş., H.B., Analiz veya Yorumlama: S.Ş., H.B., Literatür Arama: S.Ş., H.B., Yazan: S.Ş., H.B.

**Çıkar Çatışması:** Yazarlar tarafından çıkar çatışması bildirilmemiştir.

**Finansal Destek:** Yazarlar tarafından finansal destek almadıkları bildirilmiştir.

## Kaynaklar

1. Findling RL. Evolution of the treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children: a review. *Clin Ther.* 2008;30:942-57.
2. Rappley MD. Safety issues in the use of methylphenidate: an American perspective. *Drug Saf.* 1997;17:143-8.
3. Pelham WE, Gnagy EM, Chronis AM, Burrows-MacLean L, Fabiano GA, Onyango AN, Meichenbaum DL, Williams A, Aronoff HR, Steiner RL. A comparison of morning only and morning/late afternoon Adderall to morning only, twice daily, and three times daily methylphenidate in children with attention deficit hyperactivity disorder. *Pediatrics.* 1999;104:1300-1311.
4. Rapaport MD, Moffit C. Attention-deficit/hyperactivity disorder and methylphenidate: A review of height/weight, cardiovascular and somatic complaint side effects. *Cl Psychol Rev.* 2002;22:1107-1131.
5. Gucuyener K, Erdemoglu K, Senol S, Sedaroglu A, Soysal S, & Kockar A I. Use of methylphenidate for attention-deficit hyperactivity disorder in patients with epilepsy or electroencephalographic abnormalities. *Journal of Child Neurology.* 2003;18:109-112.
6. Coghill D, Seth S. Osmotic, controlled-release methylphenidate for the treatment of ADHD. *Expert Opin Pharmacother.* 2006;7:2119-38.
7. McGough JJ, McBurnett K, Bukstein O, Wilens TE, Greenhill L, Lerner M, Stein M. Once-daily OROS- Methylphenidate is safe and tolerated in adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Child Adolesc Psychopharmacol.* 2006;16:351-356.
8. Pelham WE, Gnagy EM, Burrows-Maclean L, Williams A, Fabiano GA, Morrissy Chronis AM, Forehand GL, Nguyen CA, Hoffman MT, Lock TM, Fielbelkorn K, Coles EK, Panahon CJ, Steiner RL, Meichenbaum DL, Onyango AN, Morse GD. *Pediatrics.* 2001;107:105-120.
9. Steele M, Weiss M, Swanson J, Wang J, Prinzo RS, Binder CE. A randomized, controlled, effectiveness trial of OROS-Methylphenidate compared to usual care with immediate-release methylphenidate in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Can J Clin Pharmacol.* 2006;13:50-62.
10. Tan M & Appleton R. Attention deficit and hyperactivity disorder, methylphenidate and epilepsy. *Archives of Disease in Childhood.* 2005;90:57-59.
11. Kanner AM. The use of psychotropic drugs in epilepsy: what every neurologist should know. *Semin Neurol.* 2005;28:379-88.
12. Klein-Schwartz. Abuse and toxicity of methylphenidate. *Curr Opin Pediatr.* 2002;14:219-223.
13. Linhares MI, Venancio ET, Lima CN, Feitosa ML, Salviano LH, Souza AG, Alves K, Sousa FC, Woods DJ, Aguiar LM, Fonteles MM. Methylphenidate: Proconvulsant Effect and Action On Acetyl Cholinesterase Activity in Young and Adult Mice. *Int J of Pharmacy & Pharmaceutical Sci.* 2014;6:7;547.
14. Richer LP, Shevell MI, Rosenblatt BR. Epileptiform Abnormalities in Children With Attention-Deficit-Hyperactivity Disorder. *Pediatr Neurol.* 2002;26:125-129.

15. Socanski D, Herigstad A, Thomsen PH, Dag A, Larsen TK. Epileptiform abnormalities in children diagnosed with attention deficit/hyperactivity disorder. *Epilepsy&Behavior*. 2010;19:483-486.
16. Torres AR, Whitney J, Gonzalez-Heydrich J. Attention-deficit/hyperactivity disorder in pediatric patients with epilepsy: review of pharmacological treatment. *Epilepsy Behav*. 2008;12:217-233.
17. Dunn DW, Kronenberger WG. Childhood epilepsy, attention problems, and ADHD: review and practical considerations. *Semin Pediatr Neurol*. 2005;12:222-228.
18. CADDRA (Canadian Attention Deficit Hyperactivity Disorder Resource Alliance). Canadian ADHD Practice Guidelines (CAP-Guidelines). Third Edition. Chapter 2:2010; p 2.3.
19. Lawlor B. Clinical Handbook of Psychotropic Drugs. Edited by KZ Bezchibnyk-Butler, JJ Jefferies. 15th edition. 2005.
20. Dunn DW, Austin JK, Harezlak J, Ambrosius WT. ADHD and epilepsy in childhood. *Dev Med Child Neurol*. 2003;45:50-54.
21. Feldman H, Crumine P, Handen BL, Alvin R, Teodori J. Methylphenidate in children with seizures and attention deficit disorder. *Am J Dis Child*. 1989;143:1081-1086.
22. Gross-Tsur V, Manor O, Van der Meere J, Joseph A, Shalev RS. Epilepsy and attention deficit hyperactivity disorder: is methylphenidate safe and effective? *J Pediatr*. 1997;130:670-674.
23. Gonzalez-Heydrich J, Whitney J, Waber D, Forbes P, Hsin O, Faraone SV, Dodds A, Rao S, Mrakotsky C, MacMillan C, DeMaso DR, de Moor C, Torres A, Bourgeois B, Biederman J. Adaptive phase I study of OROS methylphenidate treatment of attention deficit hyperactivity disorder with epilepsy. *Epilepsy&Behavior*. 2010;18:229-237.
24. Gonzalez-Heydrich J, Whitney J, Hsin O. Efficacy of OROS MPH in Pediatric Epilepsy Plus Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) (2006) Paper presented at the meeting of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry; San Diego. 2006.

# Entelektüel Yetersizliğe Eşlik Eden Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Davranım Bozukluğu Olgusunda Klonidin Tedavisi

*Clonidine Treatment in a Case with Intellectual Disability Accompanied by Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Conduct Disorder*

© Ebru Sağlam Baskın, © Ayhan Bilgiç

Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Anabilim Dalı, Konya, Türkiye

## ÖZ

Entelektüel yetersizliği olan çocuk ve ergenlerde hem fiziksel hem de psikiyatrik ek tanı oranları yüksek olup dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, davranım bozukluğu en sık görülen psikiyatrik durumlar arasındadır. Entelektüel yetersizliği olan dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) olan çocukların tedavisi de tipik gelişim gösteren çocuklarda kullanılan ilaçlar ile yapılmakla birlikte çeşitli durumlarda alfa-2 agonistler gibi farklı tedavi seçeneklerine ihtiyaç duyulmaktadır. Bu yazıda, hafif derecede entelektüel yetersizliği, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, davranım bozukluğu olan, metilfenidat ve atomoksetin tedavisinden fayda sağlanamayan, ancak klonidin tedavisi sonrası DEHB semptomları ve eşlik eden davranışsal sorunlar açısından belirgin fayda gözlenen 15 yaşında bir erkek olgu sunulacaktır.

**Anahtar Kelimeler:** Klonidin, entelektüel yetersizlik, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, davranım bozukluğu

## ABSTRACT

In children and adolescents with intellectual disabilities, both physical and psychiatric comorbidity rates are higher than in developmentally normal children and attention deficit hyperactivity disorder and conduct disorder are among the most common psychiatric conditions. Treatment of children with intellectual disability is similar to the treatment of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) with developmentally normal children, but in various cases, different treatment options such as alpha-2 agonists are needed. In this report, we present an adolescent boy with intellectual disability and comorbid attention deficit hyperactivity disorder, conduct disorder, who was unresponsive to methylphenidate and atomoxetine but significantly benefited from clonidine treatment in ADHD symptoms and associated behavioral problems.

**Keywords:** Clonidine, intellectual disability, attention deficit hyperactivity disorder, conduct disorder

## Giriş

Entelektüel yetersizlik (EY), bireyin genel zihinsel işlevselliğinin ortalamasının altında olmasıyla birlikte iletişim, özbakım, kendini yönetme, ev yaşamı, toplumsal/kişiler arası beceriler, eğitim-öğretimle ilgili işlevsel beceriler, toplumun sağladığı imkanları kullanma, boş zamanlarını değerlendirme, iş, sağlık ve güvenlik alanındaki becerilerden en az ikisinde yetersizlik olması olarak tanımlanır.<sup>1,2</sup> EY'si olan çocuk ve ergenlerde hem fiziksel hem de psikiyatrik ek tanı oranları yüksek olup dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB), davranım bozukluğu (DB), stereotipik davranışlar, otizm spektrum bozukluğu, tik bozukluğu, yaygın anksiyete bozukluğu, duygudurum bozuklukları, psikotik bozukluklar ve yeme bozuklukları en sık görülen psikiyatrik durumlar arasındadır.<sup>1</sup>

DEHB, EY olan bireylerde genel popülasyondan daha yüksek oranda görülmektedir ve bir çalışmada bu oran %14 olarak

bildirilmektedir.<sup>3</sup> EY olan kişilerde DEHB ek tanısının varlığı işlevsellikteki bozulmayı daha fazla arttırmaktadır. Bu bireylerin mevcut kapasitelerini kullanabilmeleri ve davranışsal sorunlarının gelişmesinin engellenmesi açısından DEHB tedavisi oldukça önemlidir. EY olan DEHB'li çocukların tedavisi de tipik gelişim gösteren çocuklarda kullanılan ilaçlar ile yapılmaktadır. DEHB tedavisinde stimulanlar ilk tedavi seçeneği olarak yer almaktadır ve metilfenidat DEHB olan olgularda en sık kullanılan ajandır.<sup>4</sup> Metilfenidatın EY olan bireylerde DEHB semptomlarını azalttığı, ancak etki büyüklüğünün tipik gelişim gösteren bireylere göre daha küçük olduğu, IQ düzeyi düşüğe tedavi yanıtının azaldığı ve yan etkilerinin daha fazla olduğu bildirilmektedir.<sup>5,6</sup> DEHB tedavisinde kullanılan bir diğer ajan olan atomoksetinin de EY olan DEHB'li bireylerde etkin olduğu bildirilmektedir.<sup>7</sup> Ancak çalışmalar arasında bilişsel ve davranışsal etkilerine yönelik verilerde tutarsızlıklar mevcuttur.<sup>8</sup> DEHB'nin medikal tedavisinde tedavi kılavuzlarında ilk sıra

**Yazışma Adresi/Address for Correspondence:** Dr. Ebru Sağlam Baskın, Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Anabilim Dalı, Konya, Türkiye

**Tel.:** +90 553 393 27 93 **E-posta:** ebrusglm55@gmail.com **ORCID:** orcid.org/0000-0002-6030-5549

**Geliş Tarihi/Received:** 27.08.2019 **Kabul Tarihi/Accepted:** 06.11.2019

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



ilaçlar olarak yer alan metilfenidat, dekstroamfetamin gibi psikostimülanlar ve atomoksetin dışında FDA onayı bulunan ve ikinci sıra tedavi olarak önerilen klonidin ve guanfasin gibi alfa-2 agonistler de kullanılabilir. DEHB ve eşlik eden agresyon, karşıt olma karşı gelme bozukluğu (KOKGB), DB olan olgularda klonidin, metilfenidat ve klonidin-metilfenidat kombinasyonunun etkinliğinin karşılaştırıldığı bir çalışmada klonidin monoterapisinin veya metilfenidat ile kombinasyonunun iyi tolere edilebildiği, DEHB ve eşlik eden agresyon, KOKGB ve DB üzerine etkili olduğu saptanmıştır.<sup>10</sup> Stimülan tedavisi alan DEHB ve komorbid KOKGB veya DB olan çocuklarla yapılan randomize çift kör plasebo kontrollü bir çalışmada, stimülan ve klonidin kombinasyonunun stimülan ve plasebo kombinasyonuna göre davranış bozukluğu semptomları üzerine daha etkili olduğu bildirilmiştir.<sup>11</sup> DEHB ve komorbid KOKGB olan olgularda uzun salınımlı guanfasinin, çocuklarda DEHB semptomları ile birlikte karşıt olma semptomları üzerine de etkili olduğu bulunmuştur.<sup>12</sup> DEHB ve eşlik eden KOKGB, DB tedavisinde çeşitli durumlarda alfa-2 agonistler gibi farklı tedavi seçeneklerine ihtiyaç duyulmaktadır. Ancak ülkemizde bu ajanların bulunmaması nedeniyle klinisyenlerin bu tedavilerin etkinliği ve kullanımı ile ilgili deneyimleri sınırlı kalmaktadır.

Bu yazıda, hafif derecede EY, DEHB ve DB tanıları konulan, metilfenidat ve atomoksetin tedavisinden fayda sağlanamayan, ancak klonidin tedavisi sonrası DEHB semptomları ve eşlik eden davranışsal sorunlar açısından belirgin fayda gözlenen 15 yaşında bir erkek olgu sunulmaktadır.

## Olgu Sunumu

On beş yaşındaki erkek olgu 7 yıl önce “konuşma geriliği, hareketlilik ve sinirlilik” nedeniyle kliniğimize yönlendirilmiştir. Öyküden yaklaşık 2 yıldır bir dış merkezde hafif derecede EY, DEHB ve DB tanlarıyla takip edildiği, kısa etkili metilfenidat 20 mg/gün ve risperidon 1 mg/gün kullandığı öğrenilmiştir.

Gelişim öyküsünde annenin 3. gebeliğinden, hastanede, normal spontan vajinal doğumla 2500 gr ağırlığında, miadında dünyaya geldiği, gebelik dönemi süresince, doğum sırasında ve sonrasında herhangi bir sorun yaşanmadığı, 1,5 yaşında yürüdüğü, yaklaşık 2 yaşında konuşmaya başladığı, 2,5 yaşında febril konvülsiyon geçirdiği ve sonrasında konuşma geriliğinin başladığı, 5 yaşında Chiari tip 1 malformasyonu nedeniyle opere olduğu, 6 yaşında astım ve immün yetmezlik tanılarının konulduğu ve bunlara yönelik ilaç tedavisi kullandığı saptanmıştır. Soy geçmişinde, anne-babanın sağ ve sağlıklı olduğu, ailede akrabalık öyküsü olmadığı ve hastanın 2 sağlıklı erkek kardeşi olduğu öğrenilmiştir.

Olgunun geçmiş psikiyatrik öyküsünden elde edinilen bilgilere göre; ilk değerlendirme sonrası hastanın takibinin dış merkezde devam ettiği, risperidon 0,5 mg/gün, klonazepam 4 mg/gün, hidroksizin 25 mg/gün tedavilerini kullandığı, öncesinde kullandığı kısa etkili metilfenidat ile dudakta uyuşma olduğu ve bu nedenle tedaviye devam edilemediği, uzun etkili metilfenidat tedavisinin ise sinirlilikte ve suisidal düşüncelerde artış nedeniyle kesildiği saptanmıştır. Ancak hastanın uykusuzluk

şikayetlerinin devam etmesi ve iritabilitesinde artış olması üzerine hidroksizin ve klonazepam tedavisi kademeli olarak azaltılıp kesilmiştir ve risperidon 1,25 mg/gün’e artırılarak, mirtazapin 10 mg/gün başlanmıştır. Takiplerinde risperidon dozu 1,5 mg/gün’e artırılmıştır, ancak fayda görmemesi ve sonrasında akut distoni gelişmesi üzerine risperidon tedavisi kesilmiştir ve 2 ay sonraki kontrolünde annesi tarafından bulgularında herhangi bir gerilemenin olmadığı ve davranışsal sorunların arttığı bildirilmiştir. Bunun üzerine aripiprazol 2,5 mg/gün başlanarak mirtazapin dozu 15 mg/gün’e yükseltilmiştir. Hastanın 6 aylık takip sürecinde kademeli olarak aripiprazol dozu 10 mg/gün’e, mirtazapin dozu ise 30 mg/gün’e yükseltilmiştir. Ancak 6 aylık düzenli tedavi ve takip sonrasında da mevcut bulgularında herhangi bir gerileme olmadığı görülmüştür. Bir ay sonraki kontrolünde bulgularında bir azalma olmaması üzerine atomoksetin 18 mg/gün başlanmıştır. Bir ay sonraki kontrolde hareketlilik, sinirlilik, uykusuzluk, saldırganlıkta artış ve suisidal düşüncelerin gelişmesi üzerine atomoksetin tedavisi kesilip, sertralin 50 mg/gün tedavisine geçilmiştir. Bir ay sonraki kontrolünde bulgularında bir azalma olmaması üzerine sertralin ve mirtazapin tedavisi kesilerek uykusuzluğa yönelik ketiapin 25 mg/gün eklenmiştir. Polikliniğimizdeki takiplerine 2 yıl ara veren hastanın tedavisi bu dönemde başka bir merkezde ilk olarak pimozid 2 mg/gün ve züklopentiksol 20 mg/gün olarak düzenlenmiş, yanıt alınmaması nedeniyle sonrasında valproik asit 1000 mg/gün, ketiapin XR 800 mg/gün, imipramin 25 mg/gün ve biperiden 2 mg/gün olarak değiştirilmiştir. Kliniğimize tekrar başvurusunda hastanın kendine zarar verme davranışında ve saldırgan davranışlarında artış bulunmakta ve mevcut tedaviden fayda görmemekteydi (Klinik global izlenim ölçeği-hastalık şiddeti=6). Bunun üzerine hastanın imipramin ve biperiden tedavisi kesilip, ketiapin XR dozu 600 mg/gün’e düşürülerek, tedavisine klonidin 0,3 mg/gün eklenmiştir. Bu dönemde klonidin 0,3 mg/gün, ketiapin XR 600 mg/gün ve valproik asit 1000 mg/gün kullanan olgunun ve klonidin tedavisinin ikinci haftasından itibaren hareketlilik, saldırgan davranışlar ve uykusuzluk yakınmalarında önemli ölçüde azalma gerçekleşmiş ve birinci ayın sonuna dek bu etki artarak devam etmiştir (Klinik global izlenim ölçeği-genel iyileşme=2). Hastanın rutin vizitlerinde hareketlilik ve cinsel içerikli davranışlarda kısmi bir artış olduğunun öğrenilmesi üzerine klonidin dozu 0,4 mg/gün’e yükseltilmiş ve doz artışı sonrası bu belirtiler tekrar azalmıştır. Hasta yaklaşık 1,5 yıldır klonidin kullanmaya devam etmekte olup hafif sedasyon dışında bir yan etki gözlenmemiştir.

## Tartışma

Bu yazıda, DEHB ve hafif derecede EY olan bir ergende klonidin tedavisi ve hastanın bu tedaviye yanıtı sunulmaktadır. Bu olgunun daha önce kullandığı metilfenidat, atomoksetin, çeşitli psiko-farmakolojik ajanlardan fayda görmemiş olduğu ve yan etkiler nedeniyle tolere edemediği belirlenmiştir. Metilfenidat ve atomoksetinin DEHB tedavisinde oldukça etkili olduğu birçok çalışmada bildirilmekte birlikte zihinsel yetersizliği olan olgularda tedavi yanıtının daha zayıf ve yan etkinin daha fazla olduğuna dair kanıtlar mevcuttur.<sup>5,6</sup> Olgumuzun tedavi

geçmişinde metilfenidat, atomoksetin ve diğer ajanlara verdiği kısmi yanıt ve gelişen yan etkiler nedeniyle DEHB tedavisinde alternatif bir ajan olan klonidin tedavisine geçilmiş ve klinik açıdan belirgin fayda sağlanmıştır.

Klonidin bir alfa-2 adrenerjik reseptör agonisti olup DEHB tedavisinde 6 yaş üzeri çocuk ve ergenlerde yalnız veya stimülanlarla birlikte kullanımı onaylanmıştır. DEHB'nin patofizyolojisiyle en çok ilişkilendirilen nörotransmitterler dopamin, noradrenalin ve serotonin olup tedavide kullanılan ajanlar da bu nörotransmitterler üzerinden etkisini göstermektedir. Klonidin de etkisini noradrenalin üzerinden göstermektedir ve literatürde nor-adrenalinin postsinaptik alfa-2A reseptörleri aracılığıyla prefrontal korteksin dikkat regülasyonu, işleyen bellek ve yanıt inhibisyonu gibi bilişsel fonksiyonlar üzerinde düzenleyici etkileri olduğu bildirilmektedir.<sup>13</sup> Klonidin ve bir diğer alfa-2 adrenerjik reseptör agonisti olan guanfasinin terapötik etkinliğinin stimülanlara göre geç başladığı ve etki büyüklüğünün daha küçük olduğu, ancak stimülan tedavisine eklendiklerinde plaseboya oranla %25 daha fazla tedavi yanıtı sağladıkları bildirilmiştir.<sup>11,14,15</sup> Bu ajanlar diğer ilaçlara yanıt alınamayan ya da yan etki gelişen olgularda tercih edilebilecek ajanlar olup her ikisi de henüz ülkemizde bulunmamaktadır.

Bu olguda tedaviye klonidin eklenmesi ile DEHB belirtilerinin ve eşlik eden davranım sorunlarının şiddetinin belirgin olarak azalması, diğer psikofarmakolojik ajanlara yanıt vermeyen ya da yan etkiler nedeniyle tedaviye devam edilemeyen olguların tedavisinde klonidin önemli ve iyi tolere edilen bir alternatif ajan olabileceğine işaret etmektedir. EY'si olan olgularda metilfenidat ve atomoksetin gibi sık kullanılan DEHB ilaçlarının ve antipsikotiklerin daha fazla yan etki yapıyor olması ve etkinliklerinin düşük olması, bu olgularda alfa-2 agonistlerin kullanımını ön plana çıkarabilir.

## Etik

**Hakem Değerlendirmesi:** Editörler kurulunda olan kişiler tarafından değerlendirilmiştir.

## Yazarlık Katkıları

Konsept: E.S.B., A.B., Dizayn: E.S.B., A.B., Veri Toplama veya İşleme: E.S.B., A.B., Analiz veya Yorumlama: E.S.B., A.B., Literatür Arama: E.S.B., A.B., Yazan: E.S.B., A.B.

**Çıkar Çatışması:** Yazarlar tarafından çıkar çatışması bildirilmemiştir.

**Finansal Destek:** Yazarlar tarafından finansal destek almadıkları bildirilmiştir.

## Kaynaklar

1. Durukan İ. Zeka Geriliği (Zihinsel Engellilik). Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları. Akay AP, Ercan ES, Perçinel İ, Ardaç ÜA, Güney SA, Demirkaya SK, Güler AS, Yazıcı KU, eds. Ankara: Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği Yayınları 2016;114-125.
2. Şengül ŞS. Zeka geriliği olan çocuklarda tamamlayıcı ve alternatif tedavi uygulamaları. Anadolu Psikiyatri Derg. 2009;10:24-5.
3. Volkmar FR, Dykens E. Mental Retardation. In: Levis M, eds. Köroğlu E, (çev). Child and adolescent psychiatry. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins. 2003;603-611.
4. Biederman J, Spencer TJ, Wilens TE, Prince JB, Faraone SV. Commentary: Treatment of ADHD with stimulant medications: Response to Nissen perspective in The New England Journal of Medicine. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2006;45:1147-1150.
5. Aman MG, Buican B, Arnold LE. Methylphenidate treatment in children with borderline IQ and mental retardation: Analysis of three aggregated studies. J Child Adolesc Psychopharmacol. 2003;13:29-40.
6. Simonoff E, Taylor E, Baird G, Bernard S, Chadwick O, Liang H, Whitwell S, Riemer K, Sharma K, Sharma SP, Wood N, Kelly J, Golaszewski A, Kennedy J, Rodney L, West N, Walwyn R, Jichi F. Randomized controlled double-blind trial of optimal dose methylphenidate in children and adolescents with severe attention deficit hyperactivity disorder and intellectual disability. J Child Psychol Psychiatry. 2013;54:527-535.
7. Fernández-Jaén A, Fernández-Mayoralas DM, Pérez BC, Muñoz - Jareño N, Campos-Díaz M. Atomoxetine for attention deficit hyperactivity disorder in menta retardation. Pediatric Neurology. 2010;43:341-347.
8. Wilens TE, Kratochvil C, Newcorn JH, Gao H. Do children and adolescents with ADHD respond differently to atomoxetine?. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 2006;45:149-157.
9. Karadağ M, Gökçen C. Mental Retardasyonu Olan Çocuk ve Ergenlerin Tedavisinde Kullanılan Farmakolojik Ajanlar. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi. 2017;24:271-282.
10. Connor DF, Barkley RA, Davis HT. A pilot study of methylphenidate, clonidine, or the combination in ADHD comorbid with aggressive oppositional defiant or conduct disorder. Clin Pediatr. 2000;39:15-25.
11. Hazell PL & Stuart JE. A randomized controlled trial of clonidine added to psychostimulant medication for hyperactive and aggressive children. J Am Acad. 2000;42:886-894.
12. Connor DF, Findling RL, Kollins SH, Sallee F, López FA, Lyne A, Tremblay G. Effects of guanfacine extended release on oppositional symptoms in children aged 6-12 years with attention-deficit hyperactivity disorder and oppositional symptoms: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. Cent Nerv Syst Drugs. 2010;24:755-768.
13. Mao ZM, Li BM, Arnsten AF. Roles of adrenoceptor in prefrontal cortical cognitive functions. Sheng Li Ke Xue Jin Zhan. 1999;30:17-22.
14. Sibley MH, Kuriyan AB, Evans SW, Waxmonsky JG, Smith BH. Pharmacological and psychosocial treatments for adolescents with ADHD: an updated systematic review of the literature. Clin Psychol Rev. 2014;34:218-232.
15. Wilens TE, Bukstein O, Brams M, Cutler AJ, Childress A, Rugino T, Lyne A, Grannis K, Youcha S. A controlled trial of extended-release guanfacine and psychostimulants for attention-deficit/hyperactivity disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2012;51:74-85.



## 2019 Hakem Dizini - 2019 Referee Index

Ali Evren Tufan

Ali Güven Kılıçoğlu

Ayhan Bilgiç

Ayhan Çöngöloğlu

Aynur Akay

Ayşe Rodopman Arman

Bahar Gökler

Birim Günay Kılıç

Burak Baykara

Caner Mutlu

Cem Gökçen

Devrim Akdemir

Dilşad Foto Özdemir

Ebru Çengel Kültür

Elvan İşeri

Esra Çöp

Esra Güney

Eyüp Sabri Ercan

Fatih Ünal

Fevziye Toros

Füsün Çuhadaroğlu Çetin

Gonca Özyurt

Gül Karaçetin

Gülser Dinç

İbrahim Durukan

İbrahim Selçuk Esin

İpek Percinel Yazıcı

Meryem Özlem Kütük

Murat Coşkun

Nagihan Cevher Binici

Neslihan İnal Emiroğlu

Neşe Perdahlı Fiş

Nursu Çakın Memik

Onur Burak Dursun

Ömer Faruk Akça

Özhan Yalçın

Özlem Özel Özcan

Özlem Yıldız Gündoğdu

Pınar Vural

Sevay Alşen Güney

Ülkü Akyol Ardıç

Vahdet Görmez

Yasemin Taş Torun

Yusuf Öztürk

## 2019 Yazar Dizini - 2019 Author Index

Ahmet Ergin Çapar .....	89	Hülya Ellidokuz .....	89
Ali Güven Kılıçoğlu.....	5	Kübra Eroğlu .....	108
Arzu Çırpan Kantarcıoğlu.....	81	Mahmut Zabit Kara .....	103
Ayhan Bilgiç.....	140	Mert Beşenek .....	37
Aynur Akay Pekcanlar .....	37	Mesut Yavuz .....	68
Ayşe Rodopman Arman .....	125	Metin Demirkaya .....	81
Betül Berrin Sevinir .....	81	Muhammed Tayyib Kadak.....	68
Birsen Şentürk Pılan .....	89	Mustafa Tunçtürk .....	5
Börte Gürbüz Özgür.....	23	Müslüm Kul.....	103
Burcu Gökalp Özcan.....	125	Nagihan Cevher Binici .....	45
Burcu Özbaran.....	75	Neslihan İnal Emiroglu .....	33, 45, 63, 89
Buse Çalkan .....	68	Neşe Perdahlı Fiş.....	131
Cahide Aydın .....	75	Nurcan Eren Şimşek.....	116
Caner Mutlu .....	5	Nursu Çakın Memik.....	116
Duygu Bilgili.....	13	Onur Tuğçe Poyraz Fındık .....	125
Ebru Sağlam Baskın .....	140	Özden Üneri .....	13
Ecem Sönmez .....	68	Özlem Hekim.....	13
Emsal Şan .....	75	Özlem Yıldız Gündoğdu.....	116
Ersin Uygun.....	5	Pınar Okyay .....	97
Esra Çöp.....	13	Saniye Önel .....	103
Ezgi Karagöz.....	33	Serdar Karatoprak.....	52
Fatih Hilmi Çetin .....	52	Serhat Pirinçi .....	97
Fatih Ünal.....	103	Serhat Türkoğlu.....	52
Filiz Abacıgil .....	97	Serkan Şahin.....	136
Funda Gümüştaş .....	125	Serpil Erermiş.....	75
Gizem Tetik .....	68	Sevcan Karakoç Demirkaya .....	23
Gonca Özyurt .....	63	Sezen Köse.....	75
Gül Karaçetin.....	5, 96	Süha Miral .....	89
Gülser Dinç.....	13	Taner Çelik.....	89
Handan Güteryüz.....	89	Tezan Bildik.....	75
Hasan Bozkurt.....	136	Ümit Şahin.....	89
Hatice Aksu .....	23, 97	Yaşar Tanır.....	52
Hatice Odacı .....	108	Zeki Yüncü.....	75
Hatice Ünver.....	131	Zeynep Göker .....	13

## 2019 Konu Dizini - 2019 Subject Index

Adli değerlendirme/ <i>Forensic evaluation</i> .....	125	Evlilik yaşı/ <i>Marriage age</i> .....	23
Akl sağlığı/ <i>Mental health</i> .....	23	Farkındalık/ <i>Awareness</i> .....	97
Akut mani/ <i>Acute mania</i> .....	33	Hastalık algısı/ <i>Illness perception</i> .....	81
Amigdala/ <i>Amygdala</i> .....	89	İrritabilite/ <i>Irritability</i> .....	37, 45, 63
Anksiyete/ <i>Anxiety</i> .....	81	Kanser tanısı alan ergenler/ <i>Cancer-diagnosed adolescents</i> .....	81
Anne-baba tutumu/ <i>Parental attitude</i> .....	108	Klonidin/ <i>Clonidine</i> .....	140
Anti-oksidan savunma/ <i>Antioxidant defense</i> .....	103	MRG/MRI .....	89
Benlik saygısı/ <i>Self-esteem</i> .....	108	Mükemmelliyetçilik/ <i>Perfectionism</i> .....	108
Bilinçli farkındalık/ <i>Mindfulness</i> .....	68	Mülteci/ <i>Refugee</i> .....	5
Bilişsel davranışçı terapi/ <i>Cognitive behavioral therapy</i> .....	131	Nörogelişimsel bozukluklar/ <i>Neurodevelopmental disorders</i> .....	52
Bipolar bozukluk/ <i>Bipolar disorder</i> .....	45, 89	Otizm spektrum bozukluğu/ <i>Autism spectrum disorder</i> .....	33, 97
Çalışma belleği/ <i>Working memory</i> .....	52	Özgül öğrenme bozukluğu/ <i>Specific learning disability</i> .....	116
Çocuk Psikiyatrisi/ <i>Child psychiatry</i> .....	13	Psikiyatri/ <i>Psychiatry</i> .....	125
Çocuk ve ebeveyn/ <i>Child and parents</i> .....	75	Ruh sağlığı/ <i>Mental health</i> .....	5
Çocuk ve ergen/ <i>Child and adolescent</i> .....	5	Serum vitamin düzeyleri/ <i>Serum levels of vitamin</i> .....	103
Çocuk/ <i>Child</i> .....	23, 37, 45, 125, 136	Sığınmacı/ <i>Asylum seeker</i> .....	5, 13
Çocuk/ergen/ <i>Child/adolescent</i> .....	52	Sosyal anksiyete/ <i>Social anxiety</i> .....	108
Davranım bozukluğu/ <i>Conduct disorder</i> .....	140	Sosyal beceri/ <i>Social skill</i> .....	116
DEHB/ADHD .....	37, 103	Suriyeli/ <i>Syrian</i> .....	5, 13
Depresyon/ <i>Depression</i> .....	68, 81	Tıp öğrencileri/ <i>Medical students</i> .....	97
Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu/ <i>Attention deficit hyperactivity disorder</i> .....	68, 75, 116, 140	Travma sonrası stres bozukluğu/ <i>Posttraumatic stress disorder</i> .....	131
Entelektüel yetersizlik/ <i>Intellectual disability</i> .....	140	Türkiye/ <i>Turkey</i> .....	13
Epileptik nöbet/ <i>Epileptic seizure</i> .....	136	Uzun etkili metilfenidat/ <i>Long-acting methylphenidate</i> .....	136
Ergen/ <i>Adolescent</i> .....	23, 33, 37, 45, 68, 89, 131	Yan etki/ <i>Side effect</i> .....	136
Erken Evlilik/ <i>Early marriage</i> .....	125	Yaşam kalitesi/ <i>Quality of life</i> .....	75
Etiyopatogenez/ <i>Etiopathogenesis</i> .....	52	Yıkıcı duygudurum düzenleyememe bozukluğu/ <i>Disruptive mood dysregulation disorder</i> .....	63

## KONGRE VE BİLİMSEL TOPLANTI DUYURULARI

### Hazırlayan

Dr. Öğretim Üyesi İpek PERÇİNEL YAZICI

<p><b>Psikiyatri Kış Okulu</b> 21-23 Şubat 2020, Antalya, Türkiye <a href="https://www.psikiyatrisokulu.com/">https://www.psikiyatrisokulu.com/</a></p>
<p><b>2<sup>nd</sup> European Autism Congress</b> 28-29 Şubat 2020, Budapeşte, Macaristan <a href="https://autism.psychiatryconferences.com/">https://autism.psychiatryconferences.com/</a></p>
<p><b>3. Türkiye Psikoterapi Zirvesi</b> 14-15 Mart 2020, İstanbul, Türkiye <a href="https://www.turkiyepsikoterapizirvesi.com/">https://www.turkiyepsikoterapizirvesi.com/</a></p>
<p><b>5. Psikiyatri Zirvesi &amp; 12. Ulusal Anksiyete Kongresi</b> 19-22 Mart 2020, Antalya, Türkiye <a href="http://psikiyatrizirvesi.org/">http://psikiyatrizirvesi.org/</a></p>
<p><b>Child &amp; Adolescent Psychopharmacology 2020</b> 20-22 Mart 2020, Boston, ABD <a href="https://mghcme.org/courses/course-detail/child_adolescent_psychopharmacology_2020">https://mghcme.org/courses/course-detail/child_adolescent_psychopharmacology_2020</a></p>
<p><b>28<sup>th</sup> European Congress of Psychiatry</b> 28-31 Mart 2020, Madrid, İspanya <a href="https://epa-congress.org/">https://epa-congress.org/</a></p>
<p><b>30. Ulusal Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kongresi</b> 9-12 Nisan 2020, Ankara, Türkiye <a href="https://www.cocukergen2020.com">https://www.cocukergen2020.com</a></p>
<p><b>12. Uluslararası Psikofarmakoloji Kongresi &amp; 8. Uluslararası Çocuk ve Ergen Psikofarmakolojisi Sempozyumu</b> 15-18 Nisan 2020, Antalya, Türkiye <a href="http://psychopharmacology2020.org/">http://psychopharmacology2020.org/</a></p>
<p><b>24<sup>th</sup> World Congress of the International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions</b> 20-23 Temmuz 2020, Singapur <a href="https://www.iacapap2020.org">https://www.iacapap2020.org</a></p>
<p><b>33<sup>rd</sup> ECNP Congress,</b> 12-15 Eylül 2020, Viyana, Avusturya <a href="https://www.ecnp.eu/Congress2020/ECNPcongress">https://www.ecnp.eu/Congress2020/ECNPcongress</a></p>
<p><b>20<sup>th</sup> WPA World Congress of Psychiatry</b> 14-17 Ekim 2020, Bangkok, Tayland <a href="https://wcp-congress.com/">https://wcp-congress.com/</a></p>
<p><b>AACAP's 67<sup>th</sup> Annual Meeting</b> 19-24 Ekim 2020, San Francisco, USA <a href="https://www.aacap.org/aacap/CME_and_Meetings/Future_Annual_Meetings.aspx">https://www.aacap.org/aacap/CME_and_Meetings/Future_Annual_Meetings.aspx</a></p>
<p><b>16<sup>th</sup> Annual CADDRA ADHD Conference &amp; ADHD Research Day Preconference</b> 23-25 Ekim 2020, Newfoundland, Kanada <a href="https://www.caddra.ca/events/future-conferences/">https://www.caddra.ca/events/future-conferences/</a></p>

Teşekkür ve kabul beyanı bölümü, sorumlu yazar tarafından imzalanmalıdır. Son bölüm ise makalede ismi geçen bütün yazarlar tarafından imzalanmalıdır. Makale başvurusunda form doldurularak online sisteme yüklenmelidir.

Bu form gerekirse, imza için her bir yazar tarafından doldurulmak üzere fotokopi ile çoğaltılabilir.

Adı ve Soyadı: .....

Makale Numarası: .....

Makale Başlığı: .....

Sorumlu Yazar: .....

#### YAZARLIK KRİTERLERİ

Bu makalenin yazarı olarak, aşağıda yer alan koşulları kabul ediyorum:

- Çalışmanın içeriğine yönelik sorumluluk aldım.
- İçeriğinin oluşturulmasına, verilerin toplanmasına veya analizine katkımdır.
- Makalenin taslağına veya içeriğindeki eleştirel düzeltmelerde katkımdır.
- Makalenin son şeklini okudum ve onayladım.

#### TELİF HAKKI

Telif hakkı oluşturulmuş olup toplum tarafından kullanıma açıktır. Orijinal olduğunu, daha önce yayınlanmadığını ve yayınlanmak üzere değerlendirme aşamasında olmadığını beyan ederim.

#### YAYIN HAKKI ŞARTNAMESİ

Bu başvuru ile makalemizin değerlendirme ve düzeltilmesinin, **Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi** tarafından yapılma haklarını; imza yetkisi, kopyalama ve başka şekillerde çoğaltılmasını da içeren yayın haklarını ve basım haklarını Galenos Yayınevi'ne veriyorum.

Bu çalışmanın daha önce yayınlanmadığını, yayınlanması için değerlendirilmek üzere gönderilmediğini ve değerlendirme aşamasında olmadığını, belirtilen sunum(lar)dışında başka bir yerde yayınlanmadığını onaylıyorum.

#### AÇIKLAMA

##### DOĞRUDAN DESTEK KAYNAKLARI

- Bu çalışmaya destek veren kaynak(lar) yoktur.
- Bu çalışma için maddi ve materyal destek kaynakları makalede tanımlanmış ve aşağıda sıralanmıştır.

.....  
.....  
.....

##### ÇIKAR ÇATIŞMASININ BELİRTİLMESİ

- Ben ve arkadaş(lar)ımın birbiriyle çelişen maddi veya kişisel ilişkimiz olmamıştır.
- Bu makale için ben ve arkadaş(lar)ımın doğrudan veya dolaylı ilişkileri veya maddi ilgileri aşağıda belirtilmiştir:

##### Maddi veya diğer ilişki

Organizasyon (lar) Adı: .....

İşveren Adı: .....

Konsültan: .....

Ödül/Maddi Yardım: .....

Honorarium: .....

Konuşmacı veya Danışmanlık: .....

Vakıf veya Dernek: .....

Diğer Maddi veya Materyal Yardım: .....

##### TEŞEKKÜR VE KABUL BEYANI

Sorumlu yazar olarak, aşağıdaki maddeleri onaylıyorum:

- Bu makalede yer alan ancak; yazarlık kriterlerini tam karşılamayan kişilerin tümü (teknik yardım, yazma ve düzeltme yardımı, veri toplama, analiz) belirtilmiştir.

(1) isimleri Teşekkür bölümünde yer almaktadır.

(2) Teşekkür bölümünde profesyonel veya maddi ilişkiler açıklanmıştır.

- Teşekkür bölümünde isimleri bulunan kişilerin tümü, bu bölümde yer alacaklarına ilişkin yazılı onay vermiştir.

İmza: .....

Tarih: ...../...../20.....

Form, doldurulduktan ve imzalandıktan sonra taranıp makale ile birlikte online sisteme yüklenmelidir. Eğer form, makale ile birlikte online sisteme yüklenmemişse sonraki üç gün içerisinde [info@galenos.com.tr](mailto:info@galenos.com.tr) veya [yayin@galenos.com.tr](mailto:yayin@galenos.com.tr) adreslerine mail olarak gönderilmelidir.

Teşekkür ve kabul beyanı bölümü, sorumlu yazar tarafından imzalanmalıdır. Son bölüm ise makalede ismi geçen bütün yazarlar tarafından imzalanmalıdır. Makale başvurusunda form doldurularak online sisteme yüklenmelidir.

Bu form gerekirse, imza için her bir yazar tarafından doldurulmak üzere fotokopi ile çoğaltılabilir.

YAZARIN ADI ve SOYADI	İMZA	TARİH
1. ....	.....	...../...../20.....
2. ....	.....	...../...../20.....
3. ....	.....	...../...../20.....
4. ....	.....	...../...../20.....
5. ....	.....	...../...../20.....
6. ....	.....	...../...../20.....
7. ....	.....	...../...../20.....
8. ....	.....	...../...../20.....
9. ....	.....	...../...../20.....
10. ....	.....	...../...../20.....
11. ....	.....	...../...../20.....
12. ....	.....	...../...../20.....
13. ....	.....	...../...../20.....

Yazar	Cerrahi ve Medikal Uygulama	Konsept	Dizayn	Veri Toplama veya İşleme	Analiz veya Yorumlama	Literatür Arama	Yazan
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							
8.							
9.							
10.							
11.							
12.							
13.							

Diğer (varsa belirtin): .....

Editöre Ek Yorum (isteğe bağlı): .....

Form, doldurulduktan ve imzalandıktan sonra taranıp makale ile birlikte online sisteme yüklenmelidir. Eğer form, makale ile birlikte online sisteme yüklenmemişse sonraki üç gün içerisinde [info@galenos.com.tr](mailto:info@galenos.com.tr) veya [yayin@galenos.com.tr](mailto:yayin@galenos.com.tr) adreslerine mail olarak gönderilmelidir.

The corresponding author must sign the section of acknowledgment statement. Each author must read and sign the last section.

This completed form must be uploaded to the online system at the time of manuscript submission.

This document may be photocopied for distribution to co-authors for signatures, as necessary.

Name and Surname: .....

Manuscript Number: .....

Manuscript Title: .....

Corresponding Author: .....

#### AUTHORSHIP CRITERIA

As an author of this manuscript, I certify that I have met the following criteria:

- I have participated sufficiently in the work to take public responsibility for the content.
- I have made substantial contributions to the conception and design, or acquisition of data, or analysis and interpretation of data.
- I have participated in drafting the article or revising it critically for important intellectual content.
- I have read and approved the final version of the manuscript.

#### COPYRIGHT

Copyright has been created and is therefore in the public domain. I affirm that this work represents original material, has not been previously published, and is not under consideration for publication elsewhere.

#### COPYRIGHT ASSIGNMENT

In consideration of action taken by the **Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health** in reviewing and editing this submission, I hereby transfer, assign or otherwise convey all copyright ownership, including the right to reproduce the article in all forms and media, to Galenos Publication.

I affirm that this work represents original material, has not been previously published, and is not under consideration for publication elsewhere, except as described in writing in an attachment to this form.

#### DISCLOSURE

##### SOURCES OF DIRECT SUPPORT

- I have no sources of support to report for this work.
- I certify that all sources of financial and material support for this work are clearly identified both in the manuscript and on the lines below:

.....  
.....  
.....

##### CONFLICT OF INTEREST NOTIFICATION

- I and my spouse/partner have had no relevant financial interests or personal affiliation.
- I certify that I have disclosed below all direct or indirect affiliation or financial interests in connection with the content of this paper:

##### Financial or other interest

Name of Organization(s): .....

Name of Employee: .....

Consultant: .....

Grant/research Support: .....

Honoraria: .....

Speakers or Advisory Boards: .....

Foundation or Association: .....

Other Financial or Material Support: .....

##### ACKNOWLEDGMENT STATEMENT

As the corresponding author, I certify that:

- All persons who have made substantial contributions to the work reported in this manuscript (e.g., technical assistance, writing or editing assistance, data collection, analysis) but who do not full authorship criteria are (1) named in an Acknowledgment section (2) their pertinent professional or financial relationships have been disclosed in the Acknowledgment section.
- All persons named in the Acknowledgment section have provided me with written permission to be acknowledged.

Signature: ..... Date: ...../...../20.....

*This form should be filled out completely, including original signatures, scanned and submitted electronically together with your manuscript. If you are unable to upload the file, e-mail it as an attachment to [info@galenos.com.tr](mailto:info@galenos.com.tr) / [yayin@galenos.com.tr](mailto:yayin@galenos.com.tr) within three days of manuscript submission.*

The corresponding author must sign the section of acknowledgment statement. Each author must read and sign the last section.

This completed form must be uploaded to the online system at the time of manuscript submission.

This document may be photocopied for distribution to co authors for signatures, as necessary.

AUTHOR'S NAME and SURNAME	SIGNATURE	DATE
1. ....	.....	...../...../20.....
2. ....	.....	...../...../20.....
3. ....	.....	...../...../20.....
4. ....	.....	...../...../20.....
5. ....	.....	...../...../20.....
6. ....	.....	...../...../20.....
7. ....	.....	...../...../20.....
8. ....	.....	...../...../20.....
9. ....	.....	...../...../20.....
10. ....	.....	...../...../20.....
11. ....	.....	...../...../20.....
12. ....	.....	...../...../20.....
13. ....	.....	...../...../20.....

Author	Surgical and Medical Practices	Concept	Design	Data Collection or Processing	Analysis or Interpretation	Literature Search	Writing
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							
8.							
9.							
10.							
11.							
12.							
13.							

Other (specify if any): .....

Additional Comment to Editor (optional): .....

This form should be filled out completely, including original signatures, scanned and submitted electronically together with your manuscript. If you are unable to upload the file, e-mail it as an attachment to [info@galenos.com.tr](mailto:info@galenos.com.tr) / [yayin@galenos.com.tr](mailto:yayin@galenos.com.tr) within three days of manuscript submission.