

# Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi

Turkish Journal of Child and Adolescent  
Mental Health



2021



# 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  
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Ruh Sağlığı  
Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye  
neslihanemir@hotmail.com

**Vekil Editör/Associate Editor**

Prof. Dr. Ali Evren Tufan  
Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Bolu, Türkiye  
tevenus@yahoo.com

**Yardımcı Editörler/Assistant Editors**

Doç. Dr. Ali Güven Kılıçoğlu  
Bezmi Alem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye  
gkiliocoglu@yahoo.com  
ORCID: 0000-0002-2178-0232

Doç. Dr. Meryem Özlem Kütük  
Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Ruh Sağlığı Anabilim Dalı, Adana, Türkiye  
drozlemina@hotmail.com  
ORCID:0000-0002-2918-7871

Doç. Dr. Özhan Yalçın  
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Ruh Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye  
cpozhan@gmail.com  
ORCID:0000-0002-6046-3395

Dr. Öğr. Üyesi Gonca Özyurt  
İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Ruh Sağlığı Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye  
goncaenginozyurt@gmail.com  
ORCID:0000-0002-0508-0594

**Kapak Resmi/Cover Image**

Cemre Akbayrak  
9 yaş

Dr. Öğr. Üyesi İbrahim Selçuk Esin  
Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Ruh Sağlığı Anabilim Dalı, Erzurum, Türkiye  
esinibrahimselcuk@gmail.com  
ORCID:0000-0002-3322-1905

Dr. Öğr. Üyesi İpek Percinel Yazıcı  
Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Ruh Sağlığı Anabilim Dalı, Elazığ, Türkiye  
ipek.pr@hotmail.com  
ORCID: 0000-0002-6807-655X

Uzman Dr. Ülkü Akyol Ardıç  
Serbest Hekim  
ulkuakyol@yahoo.com  
ORCID:0000-0002-8837-6373

Uzman Dr. Yasemin Taş Torun  
Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği, Ankara  
ysmn.ts@gmail.com  
ORCID:0000-0002-4922-7594

**Yönetim ve Gelişim Editörleri/Executive and Development Editors**

Doç. Dr. Caner Mutlu  
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul, Türkiye  
canerrmutluu@yahoo.com  
ORCID:0000-0001-6507-8042

Doç. 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  
ORCID:0000-0002-4715-1768

Doç. Dr. Ömer Faruk Akça  
Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Konya, Türkiye  
dromerakca@gmail.com  
ORCID:0000-0002-9712-1874

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

Hatice Küçükgöz

**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

## Doç. Dr. Sevay Alşen Güney

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

sevayalsen@gmail.com

ORCID:0000-0003-1064-6115

## 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

ORCID:0000-0002-3412-9879

## Editörler Kurulu/Editorial Board

### Prof. Dr. Ayhan Bilgiç,

Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve  
Hastalıkları Anabilim Dalı, Konya, 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. Ayşe Rodopman Arman

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

### Prof. Dr. Birim Günay Kılıç

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

### Prof. Dr. Cem Gökçen

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

### Prof. Dr. Ebru Çengel Kültür

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Ruh Sağlığı Anabilim Dalı,  
Ankara, 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. Fatih Ünal

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

## Prof. Dr. Fevziye Toros

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

## Prof. Dr. Füsün Çuhadaroğlu Çetin

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 Özel Özcan

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

## Prof. Dr. Özlem Yıldız Gündoğdu

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

## 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



# Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi

Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health

## Doç. Dr. İbrahim Durukan

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

## Prof. Dr. Murat Coşkun

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

## Prof. Dr. Onur Burak Dursun

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

## Doç. Dr. Pınar Vural

Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi, Psikoloji Bölümü, İstanbul, Türkiye

## Prof. Dr. Vahdet Görmez

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

## Uzman Dr. Gülser Dinç

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

## Yabancı Dil Editörü/Language Editor

Uzman Dr. Handan Özek

## Uluslararası Bilimsel Danışma Kurulu/International Scientific Advisory Board

### Prof. Dr. Ali Saffet Gönül

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Psikiyatri, İzmir, Türkiye  
0000-0003-3522-1359  
ali.saffet.gonul@ege.edu.tr

### Prof. Dr. Ayşegül Özerdem

İzmir, Ayşegül Özerdem Muayenehanesi, İzmir, Türkiye  
0000-0001-7447-096X  
aysegul.ozerdem@deu.edu.tr

### Prof. Dr. Mücahit Öztürk

İbn Haldun Üniversitesi Psikoterapi Uygulama ve Araştırma Merkezi, Psikiyatri, İstanbul, Türkiye  
0000-0003-0401-8841  
bilgi@mucahitozturk.com

### Prof. Dr. Oğuz Karamustafaloğlu

İstanbul Oğuz Karamustafaloğlu Muayenehanesi, İstanbul, Türkiye  
0000-0001-6151-7060  
o.karamustafalioglu@iuc.edu.tr

### Prof. Dr. Ömer Aydemir

Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Manisa, Türkiye  
0000-0003-3050-1263  
soaydemir@hotmail.com

### Doç. Dr. Rasim Somer Diler

University of Pittsburgh Medical Director, Inpatient child & Adolescent Bipolar Services  
0000-0001-5895-6572  
dilerr@yahoo.com



Galenos Yayinevi 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

Finans Koordinatörü/Finance Coordinator  
Sevinç Çakmak

Proje Koordinatörleri/Project Coordinators

Aysel Balta  
Duygu Yıldırım  
Gamze Aksoy  
Gülşay Akın  
Hatice Sever  
Melike Eren  
Meltem Acar  
Özlem Çelik  
Pınar Akpınar  
Rabia Palazoğlu

Araştırma&Geliştirme/Research&Development

Nihan Karamanlı  
Melisa Yiğitoğlu

Dijital Pazarlama Uzmanı/Digital  
Marketing Specialist  
Seher Altundemir

Yayinevi 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

Online Yayın Tarihi/Online Publishing Date: Kasım/November 2021  
ISSN: 1301-3904

International periodical journal published three times in a year.



# Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi

Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health

**Prof. Dr. Nahid Motavallı Mukaddes**

İstanbul Nahit Motavallı Mukaddes Muayenehanesi, Çocuk ve Ergen  
Psikiyatrisi, İstanbul, Türkiye

0000-0001-5846-616X  
nmotavalli@yahoo.com

**Prof. Dr. Cesar Soutullo**

Texas Society of Child and Adolescent Psychiatry

0000-0003-4348-0772  
ugolini@tin.it

**Prof. Dr. Christoph Correll**

Director Department of Child and Adolescent Psychiatry, Psychosomatic  
Medicine and Psychotherapy

christoph.correll@northwell.edu

**Prof. Dr. Mani Pavuluri**

Brain and Wellness Institute, Royal Australian and New Zealand College  
of Psychiatrists, Rush University Medical Center, University of Illinois at  
Chicago

0000-0002-7434-4178

**Prof. Dr. Mary Fristad**

Professor Emeritus of Psychiatry and Behavior Health, Ohio State University

0000-0002-3189-2166  
mary.fristad@osumc.edu

**Prof. Dr. Yankı Yazgan**

Güzel Günler Danışmanlık Merkezi, İstanbul

yanki.yazgan@yale.edu

**Prof. Dr. Ellen Leibenluft**

National Institute of Mental Health, Chief, Section on Mood dysregulation  
and Neuroscience,

0000-0001-8971-2087  
leibs@mail.nih.gov



# Çocuk ve Gençlik 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 yayınlayarak 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 araştırması; 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 Psikiyatrisi**, **Türkiye Atıf Dizini**, **CABI** ve **Gale**'de 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, dağıtmalarına, 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**, **Turkish Citation Index**, **CABI** and **Gale**.

### 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 sayfa 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 yardımcılarını, 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 iletilir. Şikayet editör tarafından değerlendirilir ve gerekli işlemler yapılır. İnceleme bittiğinde ve bir karara varıldığında, şikayeti ileten kişi ile iletişime geçilir ve karar bildirilir.

Geri çekilmesi 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 bildirilmek 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/Tekser: 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 yayınlanmadan önce Crossref Similarity Check powered by "iThenticate" kullanılmaktadır. İntihal, uydurma, teksir 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 yayınlanan ve 400 kelimeyi aşmayan kısa özetler ve elektronik ortamda önceden yayınlanmış 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>)



# Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi

Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health

## ► İÇİNDEKİLER

### ÖZGÜN ARAŞTIRMALAR / ORIGINAL ARTICLES

- 174 2005–2019 Yılları Arasında Türkiye’de Basında Yer Almış Çocuk Ölümlerinin İncelenmesi**  
Investigation of Children’s Deaths Reported in Media Between 2005 and 2019 in Turkey  
*Gülşen Erden, Gülbahar Baştuğ, Hatice Gidemem, Şeyma Kuru, Ekin Şen; Ankara, Türkiye*
- 182 Bebek Ruh Sağlığı Ünitesinde Takip Edilen Hastaların DC: 0–5 Tanıları ve Psikososyal Zorluklarının Değerlendirilmesi**  
Evaluation of DC: 0–5 Diagnosis and Psychosocial Stressors of Patients Assessed in Infant Mental Health Unit  
*Merve Çıkılı Uytun, Ayşe Merve Güngör Yüksel, Esra Yürümez, Didem Behice Öztop; Ankara, Türkiye*
- 191 Çocuklar için Özel Gereksinim Değerlendirmesine İlişkin Yönetmelik (ÇÖZGER) Sonrası Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Alanında Uygulamada Karşılaşılan Zorluklar**  
The Difficulties Encountered in Practice for the Field of Child and Adolescent Psychiatry After the Regulation on Assessment of Special Needs for Children (RASNC)  
*Sabide Duygu Uygun, Miray Çetinkaya, Ayşegül Efe, Fatma Hülya Çakmak, Merve Canlı, Rahime Duygu Temeltürk, Yusuf Gürel, Sadettin Burak Açikel; Ankara, İstanbul, Konya, Türkiye*
- 200 Birincil Baş Ağrısı Olan Ergenlerde Yaşam Kalitesi Anksiyete, Depresyon ve Olumsuz Otomatik Düşüncelerle İlişkili Olabilir**  
Quality of Life in Adolescents with Primary Headache May be Associated with Anxiety, Depression, and Negative Automatic Thoughts  
*Zehra Hangül, Sevgi Çıraklı; Ordu, Gaziantep, Türkiye*

### 2021 İNDEKS / 2021 INDEX

2021 Hakem Dizini / 2021 Referee Index  
2021 Yazar Dizini / 2021 Author Index  
2021 Konu Dizini / 2021 Subject Index



# Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi

Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health

## ► EDİTÖRDEN / EDITORIAL

Değişen dünya değişen koşullar ve bunların ruh sağlığına etkilerini her geçen gün daha fazla hissettiğimiz bir yılı tamamlıyoruz. Genç neslin değişen dünya koşullarında ruhsal ve zihinsel gereksinimlerinin artması ve gelişimsel olarak bu değişimlerden etkilenmesi kaçınılmaz bir gerçek olarak görünmektedir. İki yıldır devam eden pandemi sosyalleşmeyi sosyal platforma çekmiş, eğitimi değiştirmiş, dijitalleşmeyi artırmıştır. Temel ödevlerinden biri ruhsal koruyuculuk olan çocuk ve genç psikiyatrisinin dinamik şekilde bu değişimlere göre gerçekleşen durumların nabzını tutması kaçınılmazdır.

Bütün bu süreç içinde dergimize ulaşan bilimsel çalışmaların nicelik ve niteliklerine baktığımızda ve bu dinamizmi beslemek amaçlı programımızı oluşturduğumuzda dergimiz bu gereksinimlere cevap verecek düzeyde gelişmeye devam etmiştir ve devam etmektedir. 2021 yılını tamamladığımız bu günlerde 3 sayıya ek pandemi özel sayımızla yıllık sayımızı 4'e çıkarmış bulunmaktayız. Gelecek yıllarda sayı başına düşen makale sayısında artış yaparak dergimizin bilimsel etki gücünü artırmak hedeflerimiz arasındadır. Köklü bir tarih ve bilimsel geleneğe sahip olan dergimiz uluslararası niteliklere sahip şekilde yayın hayatına devam etmektedir. Ülke çapında artan sayımız ve üretken bir topluluk olduğumuz hesaba katılınca bunun çok daha ileriye gideceği kesindir. Dergimiz 2022 yılında yayın hayatına yenilenmiş editörler kurulu ile daha da güçlenmiş ve dinamik olarak devam edecektir.

Türkiye'de çocuk ve genç psikiyatrisinin gelişimine konulan her bir tuğlanın kutsal olduğuna inandım. Çok sevdiğim mesleğim, çocuk ve gençler için yapılan her emek ve çalışmayı çok değerli buldum. Dergimizin gelişimi için bayrağı çok daha başarılı olacağına inandığım şimdiki vekil editörümüz yeni şef editörümüz Prof. Dr. Ali Evren TUFAN'a gönül rahatlığı ile teslim etmek istiyorum. El birliği ile daha yükselmiş bir dergiyi bu meslek topluluğu ile oluşturacağımız inancım tamdır. Bu süreçte ekip çalışmasının mutluluğu ve başarısını yaşatmış tüm editörlerime gelişmemde katkısı olan tüm ulusal ve uluslararası hocalarıma teşekkürü borç bilirim.

En içten sevgi ve saygılarımla

**Baş Editör**

**Prof. Dr. Neslihan İNAL**

# 2005-2019 Yılları Arasında Türkiye’de Basında Yer Almış Çocuk Ölümlerinin İncelenmesi

*Investigation of Children's Deaths Reported in Media Between 2005 and 2019 in Turkey*

© Gülsen Erden<sup>1</sup>, © Gülbahar Baştuğ<sup>2</sup>, © Hatice Gidemem<sup>1</sup>, © Şeyma Kuru<sup>1</sup>, © Ekin Şen<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ankara Üniversitesi Dil ve Tarih-Coğrafya Fakültesi, Ankara, Türkiye

<sup>2</sup>Ankara Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Ankara, Türkiye

ÖZ

**Amaç:** Bu çalışma ile 2005 ile 2019 yılları arasında Türk basınında yer alan çocuk ölümlerini inceleyerek ortaya çıkan nicel ve nitel durumu ayrıntılı bir şekilde belirlemek ve böylece çocuk ölümlerine yönelik şüpheli durumların çözümü ve azaltılması yolunda bir tartışma yürütmek hedeflenmektedir.

**Gereç ve Yöntem:** 2005-2019 yılları arasındaki BirGün, Cumhuriyet, Hürriyet ve SoL Haber olmak üzere dört farklı haber sitesi anahtar kelimeler doğrultusunda taranmış, 2.645 çocuk ölüm haberine ulaşılmıştır.

**Bulgular:** Ölen ya da kayıp çocukların %30,0'unun 12-18 yaş arasında olduğu, % 49,3'ünün erkek olduğu, büyük çoğunluğunun (%24,2) ihmali nedeniyle öldüğü ve en fazla çocuk ölümünün 2018 yılında gerçekleştiği görülmüştür.

**Sonuç:** Yetişkin aile bireyleri ve devlet kurumları çocuğa yönelik tehlikeli durumlara karşı her türlü güvenlik tedbirlerini alma konusunda sorumluluklarını yerine getirmeli, güvenli bir çevre sunma konusunda bilinçlendirilmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** Çocuk savunuculuğu, çocuk tacizi, çocuk ihmali, ölüm, gazete haberciliği

ABSTRACT

**Objectives:** With this study, it is aimed to examine child deaths reported between 2005 and 2019 in the Turkish media, to determine in detail the quantitative and qualitative situation, and thus to conduct a discussion on the solution and reduction of suspicious cases of child deaths.

**Materials and Methods:** Between 2005 and 2019, four different news sites, BirGün, Cumhuriyet, Hürriyet and SoL Haber, were searched with keywords, and 2,645 child deaths were reported.

**Results:** It was observed that 30.0% of the dead or missing children were between the ages of 12 and 18 years, 49.3 % were male, the vast majority (24.2%) died due to child neglect and the highest rate of child deaths occurred in 2018.

**Conclusion:** Adult family members and state institutions should fulfill their responsibilities in taking all kinds of safety measures against dangerous situations for the child and they should be made aware of providing a safe environment.

**Keywords:** Child advocacy, child abuse, child neglect, death, journalism

## GİRİŞ

Tarihsel süreçte çocuk kavramı toplumların yapılarına, kültürlerine, inançlarına ve ekonomilerine göre farklılık göstermiş; 1600-1800 yılları arasında tarımdan sanayiye geçişte aile yapısının değişime uğramasıyla çocuk ve çocukluğa bakış açısının değişmesi çocukları yetişkinlerden ayırmıştır.<sup>1</sup> Günümüzde çocuk eğitimsel, hukuksal, toplumsal ve sağlık açısından birçok kurumun koruduğu ve yeniden tanımladığı bir varlıktır.<sup>2</sup> Birleşmiş Milletler'in çocuk haklarına dair hazırladıkları sözleşmeye göre, on sekiz yaşına kadar her insan ırk, renk, cinsiyet, dil, siyasi ya da başka düşünceler, ulusal,

etnik ve sosyal köken, mülkiyet, sakatlık, doğuş ve diğer statüler nedeniyle hiçbir ayırım gözetilmeden çocuktur ve tanımlı tüm haklara sahiptir.<sup>3</sup>

Yirmi birinci yüzyılın ilk çeyreğinin içinden geçtiğimiz şu günlerde, teknolojinin ilerlemesi, modern sağlık hizmetleri ve insanlığın yüzyıl öncesine göre daha gelişmiş koşullara sahip olmasına karşın, dünyada 2018 yılında 5 yaş altı çocuk ölüm sayısı 5,3 milyona, 15 yaş altı ölümler ise 6,2 milyona ulaşmıştır.<sup>4</sup> Yaşanan savaşlar, ekonomik alım gücünün düşüşü, sağlıklı besinlere ulaşamama ve kötü beslenme alışkanlıkları, etnik ve mezhepsel çatışmaların yükselişi toplum genelinde ölümlere ve bununla bağlantılı olarak da çocuk ölümlerine

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Gülbahar Baştuğ, Ankara Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Ankara, Türkiye

Tel.: +90 532 372 25 63 E-posta: baharbastug@gmail.com ORCID: orcid.org/0000-0002-8317-7711

Geliş Tarihi/Received: 01.10.2020 Kabul Tarihi/Accepted: 03.11.2020



neden olmaktadır.<sup>5</sup> Birçok ülkeyi etkileyen bu sorunlardan ülkemiz de payını almaktadır. Çeşitli nedenlerle gerçekleşen çocuk ölümlerinin gün geçtikçe basına daha fazla yansıyor olması, yıllar içerisinde çocuk ölümlerinin sayısal olarak artış gösterip göstermediğinin ve ölüm nedenlerinin ayrıntılı olarak incelenmesi ihtiyacını doğurmuştur. Bu ihtiyaç doğrultusunda çocuk ölüm sayıları ve nedenleri üzerine yapılan alanyazın taramasında yeterli bilgiye ve resmi kaynaklara ulaşmakta sınırlılık yaşanmış, Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verileri incelendiğinde hastalık (patolojik) nedeniyle ölümler dışındaki ölümlerin “diğer” kategorisi içinde yer aldığı görülmüştür. Bu durum çocuk ölümlerinin nedenleri ve sayısal değerlerinin doğru şekilde anlaşılmasının önüne geçmekte ve sosyal politikaların geliştirilmesi adına “diğer” kısmının ayrıntılandırılmasına ihtiyaç duyulmaktadır. Bu nedenle basın yayın organları fikir edinebilmek adına aydınlatıcı bir role sahip olmaktadır. Basın yayın organlarına bakıldığında ise pek çok çocuğun ölüm nedeninin incelenmesi ve adli süreçlerin harekete geçirilebilmesi adına önemli bulgular dikkati çekmektedir. Örneğin çocukların balkonlardan ya da pencerelerden düşerek, evlerinin uzağındaki göletlerde ya da kuyularda boğularak ölmeleri gibi birçok trajik ölümün ardında ne gibi nedenler olduğunun incelenebilmesi ve bunların gerçekten kayıtlara geçtiği gibi kaza ölümü olup olmadığının anlaşılabilmesi toplum sağlığı adına önemli görülmektedir.

### Şüpheli Çocuk Ölümü

Dışsal etkenler sonucu, kişilerin beden ve ruh sağlığını bütünlüğüne zarar veren durumlar adli olgulardır ve şüpheli çocuk ölümlerine de bu perspektiften bakılmaktadır. Her türlü darp, yaralanma, kaza (trafik, ev, iş), zehirlenme, intihar ve intihar girişimleri, ani ve kuşku ölüm adli nitelik taşımakta ve şüpheli ölümlerin çerçevesini oluşturmaktadır.<sup>6</sup> Şüpheli çocuk ölümlerinde etkili olan faktörler ülkelerin sosyoekonomik durumuna, kültürel özelliklerine ve sağlık politikalarına göre değişmektedir. Ülkemizde, çocukluk çağı ölümlerinde, ölüm nedeni belirlenemeyen olgulara ilişkin nicel verilere dayalı çalışmaların sayısının yetersiz olduğu bildirilmektedir.<sup>7-9</sup> Gök ve ark.<sup>10</sup> yaptıkları araştırmanın sonuçlarına göre, ülkemizde 0-1 yaş arasındaki ölümler en çok patolojik nedenlere (% 74,0), daha sonra cinayete (%13,0), kazalara (%9,0) ve ihmale (%2,0); 1-7 yaş arasındaki ölümlerin çoğunluğu ise kazalara (%71,0), daha sonra patolojik nedenlere (%17,0) bağlı olarak ortaya çıkmaktadır. Kaza türlerine göre yapılan ayırmda ise ölümlerin önemli bir kısmının, çocuğun güvenliğini sağlayacak önlemlerin alınmamasına bağlı olduğu görülmüştür.<sup>11</sup>

Elaziğ ve çevresinde 2001-2007 yılları arasında meydana gelen 0-18 yaş arası adli ölüm olgularının incelendiği bir çalışmada 178 adli olgunun 95'i (%53,3) erkek, 83'ü (%46,6) kızdır.<sup>12</sup> Bu olguların %92,1'i doğal olmayan ölüm nedenleriyle gerçekleşmiştir. Söz konusu nedenler incelendiğinde ise ilk sırada kaza (%64,6), ikinci sırada intihar (18,5), üçüncü sırada da cinayet (%8,4) yer almıştır. Kazaya bağlı ölümlerin %24,1'i trafik kazaları, %19,1'i suda boğulma ve %13,4'ü ise yüksekten düşme sonucu ölümler olarak sıralanmıştır. Aynı çalışmada ölümlerin yaş gruplarına göre dağılımları da incelenmiş, 0-5

yaş grubunda yüksekten düşme oranı %25,0, 6-9 yaş grubunda trafik kazası %54,1, 10-14 yaş grubunda trafik kazası ve asi %26,4 ve 15-18 yaş grubunda ise ateşli silahla yaralanma %34,6 oranlarıyla en sık görülen ölüm nedenleri olmuştur.<sup>12</sup>

Gelişimsel olarak çocuk ölüm nedenlerine bakıldığında, bir çalışmada bir yaşından önce ölen bebeklerin ölüm nedenlerine ilişkin risk faktörleri olarak bebeğin doğum yeri, sağlık kontrolünden geçebilme fırsatı, anne sütü alabilme, annenin doğum sayısı ve bebeğin doğum kilosunun öne çıktığı gözlenmiştir. Söz konusu çalışmada anne sütü alamayan bebeklerin, anne sütü alan bebeklere oranla 42,5 kez daha fazla ölüm riskine maruz kaldıkları görülmüştür.<sup>13</sup> Brezilya'da gerçekleştirilen bir araştırmada da tek başına anne sütü ile beslenen bebeklerin ishalden ölme riski, kısmen anne sütü ile beslenen bebeklerin ishalden ölme riskinin üçte biri ya da dörtte biri olarak saptanmıştır. Hiç anne sütü almayanlarla karşılaştırıldığında ise ishalden ölüm riskinin on dört kez daha az olduğu bildirilmektedir.<sup>14</sup> Türkiye'de bebek ölüm hızının (BÖH) 1960'lı yılların ortalarında binde 163, 1980'li yılların başında binde 121, 2000'li yıllarda binde 29 düzeylerinde olduğu saptanmıştır.<sup>15</sup> 2018 yılı verileri incelendiğinde Batı ve Güneybatı Anadolu'da BÖH binde 7,5'ten de az iken, Doğu ve Güneydoğu Anadolu sınır illerinde ise hala binde 11'in üstünde seyretmektedir.<sup>16</sup> Bebek ölümleri doğal nedenlere ya da kazaya bağlı olmanın dışında, insan hatasına bağlı ölümler olarak değerlendirildiklerinde, ani bebek ölümü sendromu (ABÖS) ve sarsılmış bebek sendromu olarak adlandırılan iki temel neden bebek ölümlerinin altında yatan etkenler olarak dikkati çekmektedir. ABÖS bir yaşından küçük bebeklerde aniden gelişen, beklenmedik ve nedeni açıklanamayan biçimde yaşamın yitirilmesi olarak tanımlanmaktadır.<sup>17</sup> Daha geniş bir tanımlama ile ABÖS tam bir otopsi yapılması, hayatını kaybetme olayının incelenmesi ve klinik öykünün gözden geçirilmesi de dahil olmak üzere kapsamlı bir olgu incelemesi yapıldıktan sonra bir yaşından küçük bir bebeğin açıklanamayan bir şekilde aniden hayatını kaybetmesidir.<sup>18</sup> Sarsılmış bebek sendromu (SBS) ise bebeğin ilk aylarda sık olan ağlama krizlerinin ebeveynde oluşturduğu hayal kırıklığı ve kızgınlık sonucu bebeği sarsmasıyla ortaya çıkan ve bebekte kafa içi kanama, göz dibi kanaması ve beyin hasarı gibi ciddi sağlık sorunları yaratabilen, hatta ölümle sonuçlanabilen bir durumdur.<sup>19</sup> SBS zor tanılanan bir fiziksel istismar türüdür. Kusma, bilinç kaybı, düzensiz solunum veya apne, letarji gibi durumlarda, ailenin verdiği öykü ile lezyonların uyumsuz olduğu durumlarda SBS akla gelmelidir.<sup>20</sup>

### Çocuğa Yönelik Şiddet

Çocuğa yönelik şiddet karmaşık arka plana sahip ve trajik sonuçları olan bir halk sağlığı sorunudur. Temel olarak fiziksel, duygusal, cinsel istismar ve ihmâl olmak üzere dört ana başlık altında incelenmektedir. Alanyazında 0-18 yaş grubundaki çocuğun kendisine bakmakla yükümlü kişi veya kişiler tarafından zarar verici olan, kaza dışı ve önlenilebilir bir davranışa maruz kalması çocuk istismarı olarak kabul edilmekte olup çocuğun fiziksel, psikososyal gelişimini engelleyen, gerçekleştiği toplumun kültür değerleri dışında kalan ve

İlgili uzmanlar tarafından da istismar olarak kabul edilen bir davranış olarak tanımlanmaktadır.<sup>21</sup> Çocuk istismarının temel belirleyeni genellikle bir yetişkin tarafından gerçekleştiriliyor olmasıdır. Örneğin bir doğal afetin hemen ardından çocuğun gereksinimlerinin karşılanamıyor olması bir istismar sayılmaz. Ancak yetişkinler ilk şoku atlattıktan sonraki süreçte hala çocuğa yönelik tedbirleri almamışlarsa o zaman istismardan şüphe duyulması söz konusu olabilir. İstismar değişik disiplinler içerisinde değerlendirilen ve multidisipliner çalışılması gereken bir konudur. İstismarın tıbbi, hukuki, psikolojik ve sosyolojik boyutları konunun temel taşlarını oluşturmaktadır.<sup>21</sup>

Çocuk ihmali ise bakım veren kişi ya da kişilerin çocuğun gelişim dönemleri doğrultusunda temel gereksinimlerini karşılamada fiziksel ya da duygusal açıdan yetersiz davranmasıdır. Gelişim geriliği görülen, psikososyal uyum güçlüğü gözlenen, eğitim gereksinimleri karşılanmayan, koruyucu sağlık hizmetlerinden yararlandırılmayan çocukların genelde ihmale maruz kaldıkları belirtilmektedir.<sup>21</sup>

Çocuk ölümlerinin nedenleri arasında diğer bir önemli etmen olan intihar olgusu oransal olarak Avrupa ülkeleri içerisinde en düşük olmakla birlikte, zaman içerisinde Türkiye'de de artış göstermektedir.<sup>22</sup> Türkiye'de intihar girişimlerinin %5,1'i 15 yaş altında görülmektedir.<sup>23</sup> Yaş grupları arasındaki dağılım incelendiğinde çocukluk ve ergenlik dönemlerindeki kız çocuklarında intihar daha yüksek görülmektedir.<sup>24,25</sup>

Şüpheli olup doğal olmayan ölüm nedenleri arasında boğulma, ev/okul ve trafik kazaları, doğal afetler, kayıp olgular, göç, zehirlenme, terör, silahla yaralanma ve ölme, yangın ve çocuk işçiliği nedeniyle ağır yüke maruz kalma yer almaktadır. Türkiye İstatistik Kurumu (TUIK) verilerinde diğer kategorisi içinde yer alan ölüm nedenlerini genellikle bu nedenler oluşturmaktadır. Bu çalışma 2005 ile 2019 yılları arasında Türkiye'de basına yansıyan çocuk ölümlerindeki şüpheli olguları inceleyerek yıllar içinde ortaya çıkan nicel ve nitel durumu ayrıntılı bir şekilde belirlemeyi ve böylece çocuk ölümlerine yönelik şüpheli durumların çözümü ve azaltılması yolunda bir tartışma yürütmeyi hedeflemektedir.

## Gereç ve Yöntem

Retrospektif, tanımlayıcı türdeki bu araştırma kapsamında 15.03.2020-10.07.2020 tarihleri arasında Akşam, BirGün, Cumhuriyet, Evrensel, Habertürk, Hürriyet, Milliyet, Mynet, Sabah, SoL Haber, Sözcü, Yeni Akit ve Yeni Şafak olmak üzere toplam on üç haber sitesi "çocuk", "ölüm" ve "çocuk ölüm" anahtar kelimeleri kullanılarak Google arama motoru ile (<https://www.google.com/>) taranmıştır. Yapılan taramalarda 2005-2019 yılları arasındaki haberlere erişim sağlamaları ve bu yıllar arasında meydana gelmiş çocuk ölüm haberlerine yer vermiş olmaları nedeniyle dört farklı haber sitesi araştırmanın amacı doğrultusunda incelenmiştir.

Taramalar sonucunda 01.01.2005-31.12.2019 tarihleri arasında 2.645 çocuk ölüm haberine ulaşılmış, ölen çocukların tanımlayıcı bilgileri Microsoft Excel (2010) programı aracılığı ile listelenmiş,

haber sitelerinde yer alan tekrarlı isimler çalışmaya dahil edilmemiştir. Araştırmanın amacı şüpheli çocuk ölümlerinin incelenmesi olduğundan, herhangi bir şüphe taşımayan, ihmale bağlı olmayan ve belirlenmiş sağlık sorunları nedeniyle gerçekleşen çocuk ölümleri araştırmaya dahil edilmemiştir. Araştırmaya dahil edilen ölümler bıçaklı yaralanma, boğulma, cinayet, cinsel istismar sonrası cinayet, doğal afet, ihmal, intihar, patlayıcı madde sonucu yaralanma, silahlı yaralanma, "şüpheli", terör, trafik kazası, yangın ve zehirlenme başlıklarıyla ya da nitelemeleriyle verilmiş ölümlerden ve kayıp çocuklardan oluşmuştur.

Bu çalışmada sayısal veriler gruplanırken çocuğu öldürmeye yönelik her türlü boğma, bıçaklama, silahla öldürme, zehirlenme girişimleri sonucunda meydana gelmiş olan ölümler cinayet kategorisi altına alınmış, öldürme amacı sezilemeyen, kaza, kavga ve ihmal sonucu meydana gelmiş çocuk ölümleri cinayet kategorisine alınmamıştır. Buna ek olarak cinsel istismar sonrasında öldürülen çocuklar cinsel istismar sonrası cinayet başlığı altında ayrı bir kategoriye yerleştirilmiştir. Önlenilebilir ev içi kazalar çeşitli kurumların sorumluluğunda iken, önlem alınmaması sonucu gerçekleşmiş kazalar, çocuk işçi olarak çalışırken gerçekleşmiş kazalar, silaha erişim sonucunda gerçekleşmiş kazalar, doğal afet sonrasında yetersiz kaynak aktarımı ve hastane veya doktor ihmali sonucunda meydana gelmiş çocuk ölümleri ihmal kategorisinde değerlendirilmiştir. Buna ek olarak terörle ilişkili olduğu kanıtlanmış olan çocuk ölümleri terör kategorisinde yer alırken, terörle ilişkisi kurulamamış ancak çeşitli maddelerin patlaması sonucu meydana gelmiş olan ölümler patlayıcı madde kategorisi altında yer almıştır. Ölüm sebebinin ne olduğu tam olarak tespit edilememiş ve adli soruşturma kapsamında otopsi sonucu beklenen çocuk ölümleri ise şüpheli kategorisine alınmıştır. Ayrıca taranan haberlerde kayıp olduğu belirtilmiş ve sonrasında bulunduğu dair herhangi bir haber yapılmamış çocuklar da kayıp kategorisinde değerlendirilmiştir. Bu çalışmada, ölen çocukların yaş, cinsiyet ve uyruk gibi sosyodemografik özellikleri ve ölüm nedenleri uygun betimsel istatistikler ile incelenmiştir.

## Bulgular

### Ölmüş ve Kayıp Çocukların Sosyodemografik Özellikleri

Bu çalışma kapsamında incelenen haber sitelerinden ulaşılan 2005-2019 yılları arasında öldüğü veya kaybolduğu bildirilen 2.645 çocuğun yaş, cinsiyet ve uyruğuna ilişkin bilgiler Tablo 1'de sunulmuştur.

Ölmüş ve kayıp çocukların yaş gruplarına göre dağılımı incelendiğinde, %11,1'inin (n=294) 0-2 yaş, %18,3'ünün (n=484) 7-11 yaş, %19,9'unun (n=526) 3-6 yaş ve %30,0'unun (n=794) 12-18 yaş arasında olduğu görülmüştür. Beş yüz kırk yedi çocuğun (%20,7) ise yaş bilgisine haber sitelerinde ulaşılamamıştır.

Bu çocukların cinsiyete göre dağılımı incelendiğinde, %25,8'i kız (n=683), %49,3'ü ise erkek'tir (n=1.303). İncelenen haber sitelerinde %24,9 (n=659) çocuğun cinsiyetine dair herhangi bir bilgiye ulaşılamamıştır.

Ölmüş ve kayıp çocukların uyruklarına göre dağılımı incelendiğinde ise, % 82,6'sının Türkiye Cumhuriyeti vatandaşı (n=2185), %9,1'inin Suriye uyruklu (n=240) olduğu bilgisine ulaşılmıştır. Yüz yirmi dokuz çocuğun (%3,4) uyruğuna dair bilgiler söz konusu haber sitelerinde yer almazken, 91 çocuk (%4,9) farklı uyruklara (44'ü Afganistan, 27'si Irak, diğerleri ise Almanya, Romanya, Avustralya, Hollanda, Kazakistan, İran, İngiltere, Pakistan, Gürcistan, Bulgaristan, Rusya, Fas, Azerbaycan ve Libya) sahip olması nedeniyle diğer kategorisinde yer almıştır.

**Tablo 1. 2005-2019 yılları arasında haber sitelerinde yer alan ölmüş ve kayıp çocukların sosyodemografik verileri**

Yaş grupları	n	%
0-2	294	11,12
3-6	526	19,89
7-11	484	18,30
12-18	794	30,02
Belirtilmemiş	547	20,68
Cinsiyet		
Erkek	1303	49,26
Kız	683	25,82
Belirtilmemiş	659	24,91
Uyruk		
T.C. (n=21.134.307)	2185	82,61
Suriye (n=1.607.700)	240	9,07
Diğer (n=71.792)	91	4,88
Belirtilmemiş	129	3,44
Toplam	2645	100,00
Türkiye Cumhuriyeti (T.C.)		

**Tablo 2. Çocukların ölüm nedenlerine göre dağılımı**

	n	%
İhmal	640	24,20
Suda boğulma	422	15,95
Trafik kazası	342	12,93
Terör	255	9,64
Cinayet	166	6,28
Yangın	156	5,90
Şüpheli	143	5,41
Silahla yaralanma	93	3,52
Zehirlenme	77	2,91
Doğal afet	58	2,19
İntihar	31	1,17
Cinsel istismar + cinayet	30	1,13
Bıçaklanma/yaralanma	27	1,02
Patlayıcı madde	27	1,02
Toplam	2467	93,22

## Çocukların Ölüm Nedenlerine İlişkin Bilgiler

2005-2019 yılları arasında söz konusu haber sitelerinde yer alan 178 kayıp çocuk dışındaki 2.467 çocuğun ölüm nedenlerine ilişkin veriler Tablo 2'de verilmiştir.

Tablo 2'ye bakıldığında 2005-2019 yılları arasında ölen çocukların büyük çoğunluğunun (%24,2) ihmal nedeniyle (çocukların silaha ulaşımından kaynaklı ihmaller; barınma, yiyeceğe ulaşma gibi temel ihtiyaçlardan yoksun kalma; kapatılması gereken rögar çukurları veya sağlam monte edilmemiş kapılar vs. tarzında yetkililerin zorunlu olan kontrolleri yapmamasından, gereken önlemlerin alınmamasından kaynaklı ev dışı kazalar; önlenebilir ev içi kazalar; çocukların araç kullanımı nedeni ile meydana gelmiş trafik kazaları) hayatını kaybettiği, bunu boğulma (%15,95) ve trafik kazasının (%12,9) takip ettiği görülmüştür. Bu çocukların %6,7'si (n=178) de kayıp çocuklardır.

Yaş gruplarına göre ölüm nedenleri incelendiğinde 0-2 yaş grubu çocukların ölüm nedenlerinde ilk üç sırada %43,9 (n=129) ile ihmal, %12,3 (n=36) ile şüpheli ölümler ve %11,6 (n=34) ile trafik kazaları ve yine %11,6 (n=34) ile cinayetler gelmektedir. Üç ve altı yaş grubu çocukların ölüm nedenleri arasında %36,3 (n=191) ile ihmal, %16,2 (n=85) ile trafik kazaları ve %10,1 (n=53) ile yangınlar ilk üç sırada yer almıştır. Yedi ve onbir yaş grubu çocukların ilk üç sırada %22,7 (n=110) ile ihmal, %22,5 (n=109) ile trafik kazaları ve %16,9 (n=82) ile boğulma sonucu öldüğü görülmüştür. On iki ve on sekiz yaş grubu çocukların ölümlerine bakıldığında da %19,8 (n=157) ile ihmal, %16,0 (n=127) ile kayıp ve %11,7 (n=93) ile boğulma ölüm nedenleri arasında ilk üç sırada yer almıştır. Bunlara dahil edilemeyen yaşları belirtilmemiş çocukların %36,2 (n=197) ile boğulma, %22,4 (n=122) ile terör ve %9,9 (n=54) ile ihmal nedeniyle öldükleri belirlenmiştir.

Ölüm nedenleri cinsiyete göre incelendiğinde, kız çocukları birinci sırada ihmal (%25,7), daha sonra trafik kazası (%14,3) ve cinayet (%10,4) sonucu ölürken erkek çocukları da ilk sırada %29,6 (n=385) ile ihmal, %14,7 (n=192) ile trafik kazaları ve %12,5 (n=163) ile boğulma sonucu ölmüştür. İncelenen haber sitelerinde cinsiyeti belirtilmediği için bunlara dahil edilememiş çocukların ölüm nedenlerine bakıldığında %32,7 (n=215) ile boğulma ilk sırada gelirken bunu %23,4 (n=154) ile terör ve %12,2 (n=80) ile ihmal izlemiştir.

Öte yandan yaş ve cinsiyet etkileşimine göre ölümlere bakıldığında, kız çocuklarının ölümlerinin en çok %32,8 (n=224) ile 12-18 yaş grubunda, %25,6 (n=175) ile 3-6 yaş grubunda ve %20,4 (n=141) ile 7-11 yaş grubunda olduğu görülmüştür. Erkek çocukların ölümlerinin ise en çok %38,8 (n=506) ile 12-18 yaş grubunda, %25,0 (n=326) ile 3-6 yaş grubunda ve %24,5 (n=319) ile 7-11 yaş grubunda olduğu saptanmıştır. Cinsiyeti belirtilmemiş çocuklarda ölümler en çok %71,7 (n=472) ile yine yaşı belirtilmemiş gruplarda yer almış ve bunu da %11,1 (n=73) ile 0-2 yaş dönemi ve %9,7 (n=64) ile 12-18 yaş dönemi izlemiştir.

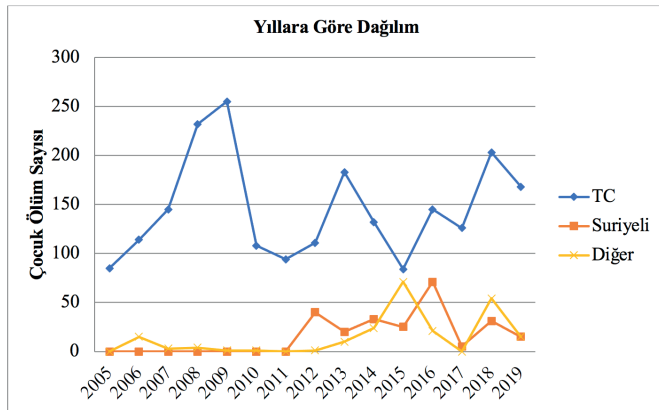
Uyruğa göre ölüm nedenleri incelendiğinde Türkiye Cumhuriyeti (T.C.) uyruklu çocuklarda ölümlerin en çok %26,7 (n=583) ile ihmal kaynaklı olduğu, bunu ikinci sırada %14,2 (n=311)

ile trafik kazaları ve üçüncü sırada da %10,3 (n=226) ile terör nedeni ile ölümlerin izlediği görülmüştür. Suriyeli çocuklarda ise en çok %55,4 (n=133) ile boğulma sonucu olup ikinci sırada %15,4 (n=37) ile yangın ve üçüncü sırada ise %10,4 (n=25) ile ihmal sonucu ölüm yer almıştır. Diğer uyruklu çocuklarda görülen ölümlerde birinci sırada %53,9 (n=49) ile boğulma bulunurken, bunu %23,1 (n=21) ile kayıplar ve %8,8 (n=8) ile ihmal sonucu ölüm takip etmiştir. Bunların yanı sıra uyuştuğu belirtilmemiş çocukların ölümlerinde boğulma %39,8 (n=51) ile birinci ölüm nedeni olurken bunu yine %19,5 (n=25) ile ihmal sonucu ölüm izlemiştir. Trafik kazaları %14,1 (n=18) oranında üçüncü ölüm nedeni olarak yer almıştır.

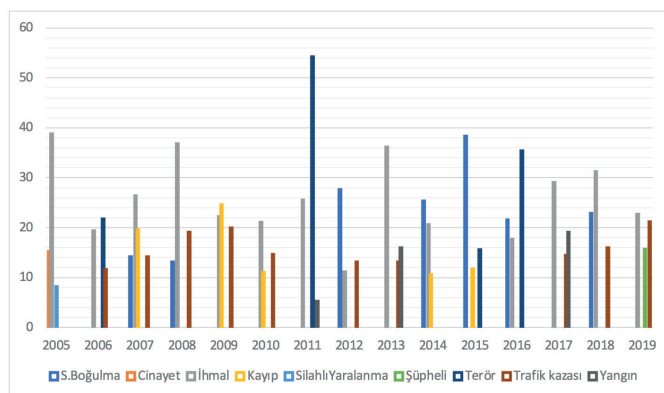
### Çocuk Ölümünün Yıllara Göre Dağılımı

Çocuk ölümlerinin yıllara göre dağılımı Şekil 1'de verilmiştir. Veriler incelendiğinde en fazla çocuk ölümü 2018 yılında olmuştur. 2018 yılında ölen 288 (%10,9) çocuğun 203'ü T.C. vatandaşı, 31'i Suriye vatandaşı, 54'ü diğer kategorisinde yer alan farklı ülkelerin vatandaşları ve uyuştuğu belirtilmemiş olan çocuklardır. 2018 yılı 256 çocuk ölümü (%9,7) ile 2009 ve 237 çocuk ölümü (%8,96) ile 2016 yılı takip etmiştir. Çocuk ölümlerinin en az 85 çocuk ölümü (%3,2) ile 2005 ve 94 çocuk ölümü (%3,6) ile 2011 yıllarında gerçekleştiği gözlenmiştir.

Son 14 yılda en fazla çocuk ölümünün 2018 yılında gerçekleşmesi nedeniyle bu yılda meydana gelen çocuk ölümlerinin nedenlerinin incelenmesi önemli bulunmuştur



Şekil 1. Çocuk ölümlerinin yıllara göre dağılımı



Şekil 2. Çocuk ölümlerinde yıllara göre en sık görülen ölüm nedenleri

(Şekil 2). Bu inceleme sonucunda 90 çocuğun (%31,3) ihmal nedeni ile öldüğü tespit edilmiştir. İhmalden kaynaklı ölümler incelendiğinde ölen çocukların %14,4'ünün (n=13) çocuk işçi olarak çalışırken kaza geçirdiği, %4,4'ünün kendisi veya akranı silahla oynarken yaralandığı, %3,3'ünün (n=3) yetersiz kaynak aktarımı olarak niteleyebileceğimiz uygunsuz barınma koşulları gibi nedenlerle donarak öldüğü saptanmıştır. Buna ek olarak %3,3 çocuğun (n=3) ölümünde hastane veya doktor ihmalden söz edilirken, ev içi kazalar ve ilgili kurumların kaza olasılığı yüksek olmasına karşın herhangi bir önlem almaması nedeniyle ev dışında meydana gelmiş ihmal kaynaklı kazalar sonucunda 67 çocuğun (%74,4) öldüğü gözlenmiştir.

2018 yılında ihmal kaynaklı ölümlerin ardından en fazla suda boğulma sonucu çocuk ölümü meydana geldiği görülmüştür. Suda boğulma sonucu hayatını kaybeden çocukların %42,4'ünün (n=28) T.C. vatandaşı olduğu bilinirken, %53,0'ünün (n=35) Suriye, Afganistan, Irak uyruklu veya kimliği belirtilmemiş olan mülteci çocuklardan oluştuğu bilgisine ulaşılmıştır. İhmal ve suda boğulma nedenlerini ise sırasıyla trafik kazası (%15,97), cinayet (%10,1), şüpheli (%4,5), yangın (%3,8), kayıp (%3,1), bıçaklı yaralanma (%2,8), silahlı yaralanma (%2,1), intihar (%1,7), cinsel istismar sonrasında cinayet (%1,0), terör (%0,4) ve patlayıcı madde (%0,4) sonucu gerçekleşen ölümlerin izlediği görülmüştür.

Yıllara göre çocuk ölümlerine bakıldığında ihmal nedeniyle ölümler, 2015 yılı haricinde, incelenen diğer yıllarda ilk üç ölüm nedeni arasında ve çoğunlukla da birinci sırada yer almıştır. 2011 yılında terör nedeniyle ölümler %54,3 (n=51) ile birinci sırada yer alırken onu izleyen sırada %25,5 (n=24) ile ihmal kaynaklı ölümlerin olduğu görülmüştür. 2015 yılında suda boğulma sonucu ölümler %38,3 (n=69) ile en büyük paya sahip olmuştur. 2019 yılında %22,7 (n=45) ile ihmal kaynaklı ölümler ve %21,2 (n=42) ile trafik kazalarını %15,7 (n=31) ile şüpheli ölümler izleyerek ilk defa ilk üç neden arasına bu yılda girmiştir.

Sonuç olarak bütün yaş gruplarında ihmal kaynaklı ölümler ilk sırada yer alırken, 0-2 yaş grubunda ikinci ve üçüncü sırada şüpheli ölümler ve trafik kazaları; 3-6 yaş grubunda trafik kazaları ve yangınlar; 7-11 yaş grubunda trafik kazaları ve suda boğulma; 12-18 yaş grubunda ise suda boğulma ölüm nedenleri arasında yer almıştır. Ayrıca 12-18 yaş grubunda kayıp çocukların sayısının da önemli derecede yüksek olduğu gözlenmiştir.

### Tartışma

Ülkelerin gelişmişlik düzeyi, toplumsal kalkınmışlık ve sağlık durumunun bir göstergesi olan çocuk ölümlerinin oranının ve nedenlerinin bilinmesi toplumun nüfus projeksiyonlarının değerlendirilmesi ve yaşam kalitesinin artırılmasında önemlidir. Bebek ve çocuk ölümlerine ilişkin sosyodemografik bilgilerin ortaya konulması risk altındaki sosyal grupların saptanmasına yardımcı olmaktadır. Çocukluk dönemi ölümlerinin tespiti sağlık programlarına yön vermekte ve çocuğun hayatta kalması için gösterilen çabaların geliştirilmesine önemli katkılar sağlamaktadır.<sup>26</sup> Dünyada tüm ölümlerin yaklaşık %20,0'sinin



5 yaş altında gerçekleştiği bilgisiyse, ülkemizde haber sitelerine yansımış 2005-2019 yılları arasındaki çocuk ölüm oranı bulguları tutarlılık göstermektedir.<sup>27-29</sup> Benzer biçimde Wall Street Dergisi 2012 yılında tüm dünyada her yıl yaklaşık 8 milyon çocuğun kaybolduğunu bildirirken, 2018 yılında Amerika'da Ulusal Suç Bilgi Merkezi (NCIC) kayıtlarına göre 424.066 kayıp çocuk bildirimini olduğundan söz edilmiştir.<sup>30,31</sup> Bu veriler kayıp çocuklar ya da şüpheli çocuk ölümlerinin sadece ülkemiz için değil tüm dünya için önemle üzerinde durulması gereken bir sorun olduğunu işaret etmektedir.

Gümüş ve ark.<sup>26</sup> TÜİK verilerini kullanarak yaptıkları çalışmalarında 2009-2016 yılları arasında 15 yaş altı çocuk ölümleri oranında geçmişe oranla azalma olduğunu bildirmişlerdir. Ancak yukarıda giriş bölümünde de sözü edildiği gibi TÜİK sadece patolojik ölümlerin verilerini belirlemektedir. Bu bilgiler değerlendirildiğinde sağlık sisteminin gelişmesi ile çocuk ölümlerinin geçmiş yıllara göre azaldığı, ama ne yazık ki insan eliyle ihmale dayalı ölümler ile suda boğulma, trafik kazası ve nedeni belirlenememiş şüpheli ölümlerin artarak devam ettiğini söylemek mümkündür. Ülkemizde yapılan ve çocuk ölümleri konusunda çeşitli illerin karşılaştırıldığı bir çalışmada Elazığ ili ve bölgesinde çocuk ölümleri diğer il ve bölgelere göre daha fazla bulunurken, Ankara ve Aydın'da çocuk adli otopsislerinin sayısının artış gösterdiği bildirilmiştir.<sup>12</sup> Bu bulgu da çocuk ölümlerinde gerek ailesel gerek toplumsal ihmalin rolü olduğunu düşündürmüştür.

Sözü edilen yıllarda gerçekleşen 2.467 çocuğun ölüm nedenleri incelendiğinde yaş gruplarına ayırmaksızın genel grupta en çok ölüm nedeninin ihmâl ve ardından suda boğulma ve trafik kazasının geldiği görülmektedir. Ülkemizde yapılan çalışmalarda, oranları değişmekle birlikte, beş yaş altı çocuk ölümlerinin en çok kazalar sonucu meydana geldiği belirtilmektedir.<sup>11,12,32</sup> Beş yaş altı çocuklarda kazalara bağlı ölüm ve yaralanma riskinin erişkinlere göre daha yüksek olmasındaki başlıca nedenin çocukların potansiyel tehlikeli olan durumları anlama - algılama eksikliği ve motor sistem - kas gücünün yeterince gelişmemesine bağlı olarak hızlı reaksiyon verememeleri olarak açıklanmaktadır.<sup>33</sup> Oysaki kaza ya da suda boğulma nedeniyle ölümlerin ortaya çıkış nedenlerine daha yakından bakıldığında, bu tarz durumların yetişkinlerin dalgınlığına, trafik kurallarını içselleştirmemelerine ve çocuğu gözetimsiz bırakmalarına dayalı olduğu bilinmektedir.

Ülkemizde Van ilinde 01.01.2010 ve 31.12.2014 tarihleri arasındaki 5 yıllık zaman dilimi içerisinde otopsi yapılmış 5 yaş altı kaza kökenli çocuk ölümlerine ait 151 olgunun 85'i (%56,3) erkek, 66'sı (%43,7) kız çocuklarından oluşmuştur (p=0,122).<sup>34</sup> Gümüş ve ark.<sup>26</sup> çalışmalarında tıbbi nedenlerle 15 yaş altı ölen çocukların %45,5'inin kız ve %54,5'inin erkek olduğunu tespit etmişlerdir. Benzer olarak bu çalışmada da erkek çocukların oranı, kızlara göre hemen hemen iki katı daha fazla olarak saptanmıştır. UNICEF'in 2009 yılında yayınladığı raporunda, Türkiye'de meydana gelen 5 yaş altı çocuk ölümlerinde, erkeklerin oranı %54,0 olarak tanımlanmaktadır.<sup>35</sup> Erkek çocukların kazalara bağlı yaralanmalara daha fazla maruz kaldıkları gözlenmekte olup, yapılan çeşitli çalışmalarda kazalara

bağlı erkek çocuk ölüm oranının %52,9-61,2 arasında olduğu ifade edilmektedir.<sup>11,36-38</sup> Erkek çocukların ölüm oranlarının daha fazla olmasını erkek çocukların kızlara göre daha hareketli, daha meraklı ve daha atılgan oluşuyla açıklayan çalışmalar bulunmaktadır.<sup>39</sup> Başka bir açıklama ise kız çocukların, erkek çocuklara göre daha çok ev içinde tutuluyor olmaları şeklinde olabilir.

Bu çalışmada dikkat çeken bir başka bulgu ise 2018 yılında çocuk ölüm oranlarının diğer yıllara göre artış gösteriyor olmasıdır. Ülkemizde nüfusun 2018 yılında bir önceki yıla göre bir milyon yüz doksan üç bin üç yüz elli yedi kişi artmış olmasının, benzer şekilde 15-17 yaş aralığındaki çocukların iş gücüne katılma oranının 2017 yılına göre artış göstermesinin ve 15-64 yaş grubunda olan bireylerin bakmakla yükümlü olduğu 0-14 yaş arası çocuk sayısının da artmış olmasının çocuk ölüm oranlarındaki artışla ilişkisi olabileceği düşünülmüştür.<sup>40,41</sup> Nüfus artışı, çocuk nüfusunun artışıyla ilişkili bulunduğu gibi, çocuk işçi sayısındaki artış da çocuk ihmâl ve istismarı ile ilişkilendirilebilir. Artan çocuk işçi sayısı ya da bakmakla yükümlü olunan çocuk sayısının artışı çocuğa yönelik koruyucu ve kollayıcı güvenlik önlemlerini zayıflatabilmektedir, bu da çocukların tehlikelere açık hale gelmelerine neden olabilmektedir.

Çalışmada her ne kadar şüpheli ölüm olarak ayrı bir ölüm nedeni kategorisi oluşturulmuşsa da aslında incelenen çocuk ölümlerinin pek çoğunun şüphe faktörü içerdiği düşünülmektedir. Öyle ki, ihmâl sonucu ölümlerin de altında şüphe faktörü akla ilk gelenler arasında yer almaktadır. Küçük çocukların kapı önünde, sokakta, parkta ya da denizde refakatsiz olarak belirli bir süre bırakılması, balkondan, pencereden düşme sonucu yaşanan kayıplarda, sıcak su vb. nedenlerle ortaya çıkan yanıklara bağlı ölümlerde, kısaca ev kazalarının birçoğunda ya da serviste, özel araçta unutulma/bırakılma sonucu ortaya çıkan ölümlerde çocukların bir yetişkin gözetiminde olmaması ya da başka bir çocuğun gözetimine bırakılması gibi nedeni ne olursa olsun yaşanan kayıplar sonuçları bakımından ihmâl şüphesi taşımaktadır. İhmâl bilinçli ya da istemsiz şekilde ortaya çıkmış olmasının "ihmâl" olgusunu sonuçları bakımından ele aldığımızda hafifletici ya da mazur gösterici bir yanı yoktur. Sonuçta çocuğa geri dönüşü olmayan bir zarar verilmiştir. Bu zarar çocuğa insan eliyle ve en yakınları tarafından verilmektedir. Dolayısıyla kamu vicdanında ve toplumun her kesiminde nitelikli olarak ele alınması ve irdelenmesi gereken bir durum olarak değerlendirilmektedir. Araştırma sonuçlarının bir diğer önemli bulgusu da ülkemizde ciddi boyutlarda çocuk kaybı yaşandığına işaret etmesidir. Kayıpların önemli bir bölümü ihmâl ve şüpheli olaylar sonucu ortaya çıkmıştır. Şüpheli çocuk ölümlerinde önemli bir istismar türü olarak Bakım verenin Yapay Bozukluğunu (Münchhausen by proxy) da dikkate almak gerekmektedir. Bu sendromda bakım veren tarafından çocukta ciddi fiziksel ya da psikolojik hastalık oluşturulmakta ve hastane hastane dolaştırılarak ilgi çekme yoluna gidilmekte, ancak ne yazık ki bu durum bazen çocuğun ölümüyle sonuçlanabilmektedir.<sup>42,43</sup> Ayrıca risk grubunda yer alan bir engeli olan ya da savaş, göç ve benzeri olgularla refakatsiz kalmış çocuklar da her türlü istismara açık olmaktadır.<sup>44</sup>

Söz konusu çocuk ölümlerinin ve kayıplarının bir yetişkinin ya da yetişkinlerin ihmalinin ya da kaza etkeninin yanı sıra çocukların araştırma-öğrenme konularında meraklı olmalarının ve tehlikelerin bilincinde olmamaları sonucu çevresel risklere açık olmalarının bu araştırmada ulaşılan sonuçları hazırlamada bir etken olabileceği de göz ardı edilmemelidir. Ancak 0-18 yaş arası çocukların davranışlarının sonuçlarını çıkarsayabilecek bilişsel olgunlukta olmadıkları da bir gerçektir. Bu gerçekten hareketle çocukların ölümü ya da kaybı ile sonuçlanan söz konusu birçok nedenin ortadan kaldırılabilir ya da önenebilir olduğu düşünülmektedir. Nitekim ülkemizde yapılan bir çalışmada alınacak basit önlemlerin kazaları ve bunlara bağlı çocuk ölümlerini önemli ölçüde düşüreceği sonucuna varılmıştır.<sup>11</sup> Nasıl ki tıbbi uygulamalarda erken teşhisin hayat kurtardığı genel kanısı hakim ise çocuk ölümlerini önlemenin en önemli yolunun ihmallerin önüne geçmek ve tehlikeleri öngörmek olduğu da söylenebilir.

### Çalışmanın Kısıtlılıkları

Söz konusu çalışma için yalnızca ulusal haber sitelerinde yer alan çocuk ölümlerinin taranmış olması bu çalışmanın bir kısıtlılığı olarak düşünülmüştür. Uluslararası haber kaynaklarının taranması ile diğer ülkelerdeki çocuk ölüm nedenlerine ulaşılması hem karşılaştırma yapılabilmesi hem de dünyadaki durumun belirlenebilmesi açısından önemli görülmektedir. Ayrıca haber kaynaklarında çocuğun ölüm haberinin verilmesinden sonra yeni bilgilerin haberlere çok az yansıtılmış olması nedeniyle çocuğun ölümünün arkasında yer alabileceği düşünülen nedenlere ya da hukuki sürecin sonlanmasına ilişkin bilgilerin de kısıtlı olarak elde edilmiş olduğu düşünülmektedir. Bir başka kısıtlılık ise TÜİK’de yer alan verilerin içinde çocukların ölüm şeklinin (suda boğulma, yüksekten düşme, silahla yaralanma sonrası ölüm vb.) diğer kategorisi altında birleştirilerek verilmiş olması nedeniyle doğru bilgiye ulaşmada yaşanan kısıtlılıktır.

### Sonuç

Genel olarak çocukların tehlikelerin bilincinde olmamalarının, çevresel risklere açık olmalarının ve araştırma-öğrenme konularında meraklı olmalarının onların kazaya yatkınlıklarını arttırdığı düşünülmekle birlikte, onları koruyup kollama sorumluluğu taşıyan yetişkinlerin çocuğun her türlü güvenliğini fiziksel ihtiyaçlarını karşılamak kadar önde tutmaları gerekliliği bu çalışmanın bulguları ile bir kez daha açığa çıkmaktadır. Bu çalışmadan elde edilen bulgular çerçevesinde, risk grubunda yer alan bir engeli olan ya da savaş, göç ve benzeri olgularla refakatsiz kalmış çocuklar için de, her türlü istismara açık olmaları nedeniyle, özel koruma tedbirlerinin alınmasına gereksinim olduğu düşünülmektedir. Yetişkin aile bireyleri ve devlet kurumları çocuğa yönelik tehlikeli durumlara karşı her türlü güvenlik tedbirlerini alma konusunda sorumluluklarını yerine getirmelidirler. Örneğin ev içinde prizlerin, pencere ve balkonların güvenilirliğinin sağlanması, okullarda, parklarda, servislerde çocuğu korumaya yönelik tüm tedbirlerin alınması konusunda her yetişkinin en üst düzeyde dikkat ve özen

göstermesi önemli görülmektedir. Bugibi tedbirlerin alınmasının sadece cezai önlemlerle sağlanamayacağı, çocuk güvenliğini sağlama ya da çocuğa güvenli bir çevre sunma konusunda çocukla teması olan yetişkinlerin bilinçlendirilmesine gereksinim olduğu görülmektedir. Çocuğun korunup güvenliğinin sağlanması bağlamında çocuklarla doğrudan ilişkisi olan sağlık çalışanlarının ve hukuki süreçte olayı soruşturan uzmanların da her türlü ihmali ve istismar durumuna karşı dikkatli ve özenli olmaları da ayrı bir önem taşımaktadır.

Hayatını kaybeden tüm meleklerimizin anısına ve son bulması dileğiyle...

### Etik

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

**Etik Kurul Onayı:** Araştırmamız gazetelerde çıkan çocuk ölüm haberlerinin incelenmesi üzerine olduğu ve doğrudan insan ya da hayvanlar üzerinde yapılan bir çalışma olmadığı için üniversiteden etik kurul onayı alınmamıştır. Gazete haberlerinin taranmasıdır.

**Hasta Onayı:** Hastalarla çalışılmadığından, bilgilendirilmiş onam formu kullanmayı gerektiren bir durum yoktur.

### Yazarlık Katkıları

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

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

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

### Kaynaklar

- Oğan M. Türkiye’de Çalışan Çocuklar Sorunu, Eğitim Sen Yayını, 1996:2-24.
- Güngör M. Mersin’de Sokakta Çalışan ve Yaşayan Çocuklar Sorunları Çözümler, Mersin Valiliği Yayınları Sosyal Araştırma Dizisi, Yayın No: 3, Mersin: Güven Ofset;2009.
- Şirin MR. BM Çocuk Hakları Sözleşmesi Kitabı, İstanbul: Çocuk Vakfı Yayınları; 2011.
- World Health Organization (2019). <https://www.unicef.org/turkey/en/press-releases/more-women-and-children-survive-today-ever-un-report-01.11.2019> tarihinde erişilmiştir.
- UNICEF (2017). <https://www.unicef.org/turkey/raporlar/unicef-global-annual-report-2017-01.11.2019> tarihinde erişilmiştir.
- Güven FMK, Bütün C, Beyaztaş FY, Eren SK, Korkmaz İ. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi hastanesine başvuran adli olguların değerlendirilmesi. ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi. 2009;10:23-28
- Aksoy E, Polat O, Inanici MA, Colak B (1995). Evaluation of childhood autopsies in Istanbul, Turkey: A Retrospective Study of Cases). American Academy of Forensic Sciences, 47. Annual Meeting, Seattle, p. 131.
- Örsal M, Katkıcı U. Adli Raporlarda (Hayati Tehlike). Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences. 1990;10:317-320.
- Salaçin S, Alper B, Çekin N. Adana’da fatal sonlanan çocukluk çağı kazalarının yöresel özellikleri. Adli Tıp Dergisi. 1992;8:125-130.

10. Gök Ş, Kulusayın Ö, Yavuz F, Çetin G. Adli tıp açısından 0-7 yaş grubu çocuk ölümleri. *Adli Tıp Dergisi*. 1989;5:151-156.
11. İnancıcı MA, Birgen N. The evaluation of medico-legal aspects of the child death aging from 0 to 5 years. *Adli Tıp Bul.* 2001;6:70-75.
12. Tokdemir M, Kafadar H, Düzer S. Elazığ'da 2001-2007 Yılları Arasında Otopsi Yapılan 0-18 Yaş Arası Olgularının Değerlendirilmesi. *Firat Med J*. 2009;4:111-114.
13. Özkan S, Bakar C, Maral I, Bumin MA. Bebek ölüm nedenleri üzerine bir araştırma. *Gazi Tıp Dergisi*. 2009;20:169-172.
14. WHO/UNICEF (1999). 1990'lı Yıllarda Bebeklerin Anne Sütüyle Beslenmesi (Çeviri): Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü.
15. Koç İ, Eryurt MA. Türkiye'de beş yaş altında gerçekleşen ölümlerin zamanlamasının ve sayısal büyüklüğünün değişimi:1978-2008. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*. 2011;54:39-44.
16. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, İllere Göre 5 Yaş Altı Ölüm Hızları, 2018.
17. Deleş B. Önlenebilir Bir Sendrom: Ani Bebek Ölümü Sendromu. *Eurasian JHS*. 2019;2:65-71.
18. Center for Disease Control and Prevention. Sudden unexpected infant death and sudden infant death syndrome; 2016.
19. Şahin F, Taşar MA. Shaken baby syndrome and prevention programs. *Türk Arc Pediatr*. 2012;47:152-158.
20. Karbeyaz K, Şahin S, Akkaya H, Balcı Y, Gündüz T. Sarsılmış bebek sendromu sonucu ölüm; Olgu sunumu. *Adli Tıp Dergisi*. 2011;26:134-140.
21. Polat O. Şiddet. Marmara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Hukuk Araştırmaları Dergisi. 2016;22:15-34.
22. Eurostat Statistical Book. Being young in Europe today. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2015. <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/3217494/6776245/KS-05-14-031-EN-N.pdf> 01.11.2019 tarihinde erişilmiştir.
23. Türkiye İstatistik Kurumu. İntihar Girişim İstatistikleri-Suicide Attempts Statistics, TR31 İzmir 2012. Ankara: Türkiye İstatistik Kurumu Matbaası; 2013.
24. Akın E, Berkem M. İntihar girişiminde bulunan ergenlerde öfke ve dürtüsellik. *Marmara Medical Journal*. 2012;25:148-152.
25. Doğan M, Öztürk S, Esen F, Demirci E, Öztürk MA. İntihar girişiminde bulunan çocuk ve ergenlerin değerlendirilmesi. *Bozok Tıp Dergisi*. 2018;8:30-34.
26. Gümüş B, Topal İ, Özer Ö, Balandız H. Türkiye'de 15 Yaş Altı Çocuk Ölümünün Değerlendirilmesi. *Firat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi*. 2018;32:13-19.
27. Koç İ, Yüksel İ, Eryurt MA. Bölüm 9. Bebek ve çocuk ölümlülüğü. Türkiye nüfus ve sağlık araştırması. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü Ankara, Türkiye; 2008.
28. Koç İ, Yüksel Kaptanoğlu İ, Eryurt MA. Bölüm 9. Bebek ve çocuk ölümlülüğü. Türkiye nüfus ve sağlık araştırması. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü Ankara, Türkiye;2013.
29. World Health Organization Global Health Indicators. World Health Statistics Geneva; 2010.
30. Pooling Resources to Fight Child Abuse and Abduction;2018. <https://on.wsj.com/32R9Vgz>. 01.11.2019 tarihinde erişilmiştir.
31. NCIC Missing Person and Unidentified Person Statistics. <https://www.fbi.gov/file-repository/2018-ncic-missing-person-and-unidentified-person-statisticsPdf/view>, 2018. 28.10.2019 tarihinde erişilmiştir.
32. Aydın B, Turla A, Mutlu H. Medicolegal childhood deaths in Samsun. *Adli Tıp Bülteni*. 2014;19:169-175.
33. Byard RW. Hazardous infant and early childhood sleeping environments and death scene examination. *J Clin Forensic Med*. 1996;3:115-122.
34. Demir U, Aşirdizer M, Etli Y, Kartal E, Gümüş O, Hekimoğlu Y. Beş yaşın altındaki çocukların kazayla ölümlerinin analizi. *J For Med*. 2017;31:17-25.
35. UNICEF (2009). Decrease in mortality rate below 5 years in Turkey 2009. Available at:[http://cocukergen.thsk.saglik.gov.tr/Dosya/Dokumanlar/Kitaplar/Turkiyede\\_5YAOH\\_Azalma\\_Bir\\_Durum\\_Calismasi.pdf](http://cocukergen.thsk.saglik.gov.tr/Dosya/Dokumanlar/Kitaplar/Turkiyede_5YAOH_Azalma_Bir_Durum_Calismasi.pdf). 15.10.2019 tarihinde erişilmiştir.
36. Aşirdizer M, Yavuz MS, Albek E, Cantürk G. Infant and adolescent deaths in Istanbul due to home accidents. *Türk J Pediatr*. 2005;47:141-149.
37. Özmen D, Ergin D, Şen N, Çetinkaya ÇA. To identify safety measures of mothers of children aged between 0 and 6 years against home accidents. *Family and Society*. 2007;9:13-20.
38. Dolar O, Gökçay G, Bulut A, Neyzi O. Epidemiology of child mortality under 5 years in Istanbul what's changed in 12 years [in Turkish]. *Turkish Journal of Population Studies*. 2005;27:35-48.
39. Dizdar MG. Death due to home accidents in Izmir between 2005 and 2009 (Unpublished Thesis); Department of Forensic Medicine, Faculty of Medicine, Celal Bayar University, Manisa 2011.
40. Türkiye İstatistik Kurumu 2019. Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları, [Haber Bülteni] 2018. 02.02.2019 tarihinde erişilmiştir.
41. TÜİK 2019. İstatistiklerle Çocuk, 2018 [Haber Bülteni]. Erişim Adresi <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=30708>. 15.04.2019 tarihinde erişilmiştir.
42. İnce T, Yurdakök K. Munchausen by proxy sendromu; ağır bir çocuk istismarı formu. *Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi*. 2014;8:165-170.
43. Tümer A, Odabaşı A, Özdemir D, Mutlu E, Kaynak A. Çocuk istismarının ağır bir türü: bakım verenin yapay bozukluğu'na (munchausen by proxy sendromu) hukuki ve tıbbi bakış. *Uyuşmazlık Mahkemesi Dergisi*. 2015;6:581-608.
44. Kaya H, Baykuzu-Gündüz G, Erden G. Mülteci ve sığınmacı çocuklarda yüksek yararın değerlendirilmesi. *Toplum ve Sosyal Hizmet*. 2020;31:764-790.

# Bebek Ruh Sağlığı Ünitesinde Takip Edilen Hastaların DC: 0-5 Tanıları ve Psikososyal Zorluklarının Değerlendirilmesi

*Evaluation of DC: 0-5 Diagnosis and Psychosocial Stressors of Patients Assessed in Infant Mental Health Unit*

Merve Çıkkılı Uytun, Ayşe Merve Güngör Yüksel, Esra Yürümez, Didem Behice Öztop

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

**Amaç:** Bu çalışmada, bebek ruh sağlığı ünitesinde değerlendirilen bebek ve küçük çocukların, Bebeklik ve Erken Çocukluk Dönemindeki Ruh Sağlığı ve Gelişimsel Bozuklukların Tanısal Sınıflandırılması (DC: 0-5) çerçevesinde, tanıları ile yaşadıkları psikososyal zorlukların ve bu faktörlerin ebeveyn-bebek etkileşimine etkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Çalışmamıza Ankara Üniversitesi Bebek Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'nde Haziran 2019-Haziran 2020 tarihleri arasında değerlendirilmiş 0-5 yaş arası 137 bebek ve küçük çocuk alınmıştır. Olguların ruhsal değerlendirmelerini içeren klinik dosyaları, gelişim testleri, DC: 0-5'de yer alan psikososyal zorlukların yer aldığı sosyodemografik bebek değerlendirme formları, Crowell gözlemi sonrası puanlanan global anne-bebek ilişkisi değerlendirme ölçeği (PIR-GAS) puanları ve DC: 0-5'e dayalı klinik görüşme ile psikiyatrik bozukluk varlığı ve konulan tanıları geriye dönük olarak incelenmiştir.

**Bulgular:** Değerlendirilen 137 hastadan 111'inde (%81,0) psikiyatrik patoloji saptanmıştır. Elli üç (%38,6) hastada eş zamanlı iki psikiyatrik hastalık varlığı, 6 hastada (%4,4) ise 3 tanı birden saptanmıştır. Tüm tanılar göz önüne alındığında, değerlendirdiğimiz hastalarda en sık rastlanan tanının, genel gelişimsel gecikme olduğu (%47,4) bulunmuştur. En sık saptanan psikososyal zorluklar ise, bebek veya küçük çocuğun hastane yatışı (%32,8), ebeveynler veya bakım verenler arasındaki fiziksel olmayan kavga veya çatışma (%28,6), bebek veya küçük çocuğun tıbbi hastalığı (%27,7) olmuştur. PIR-GAS puanı ile toplam psikososyal zorluk sayısı arasında anlamlı bir ilişki bulunmazken, psikososyal zorluklar kategorilere ayrıldığında eğitim ya da çocuk bakımıyla ilgili psikososyal zorlukların sayısı ile PIR-GAS puanının negatif yönde ilişkili olduğu bulunmuştur ( $p=0,03$ ).

**Sonuç:** Çalışma bulgularının, alanda çalışan uzmanlar ve ebeveynler için, psikososyal zorluklara yönelik yeterli desteği sağlayacak müdahalelerin geliştirilmesi yönünde faydalı olabileceği düşünülmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Bebek, psikoloji, psikiyatri, tanı, psikososyal faktörler

**Objectives:** In this study, it was aimed to evaluate both the diagnosis and psychosocial stressors of infants and young children who were assessed in the infant mental health unit according to Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders (DC: 0-5) and the effects of those on parent-infant interaction.

**Materials and Methods:** Children aged 0-5 years who were referred to Infant Mental Health Unit of our department, between June 1<sup>st</sup>, 2019 and June 1<sup>st</sup>, 2020, were included. Clinical data including psychiatric evaluations and diagnoses, developmental tests, sociodemographic forms investigating psychosocial difficulties existed in DC: 0-5, parent-infant relationship-global assessment scale (PIR-GAS) scores according to Crowell observation procedure, and psychiatric disorders and diagnoses through clinical interview based on DC: 0-5 were retrospectively analyzed.

**Results:** Among 137 patients evaluated, 111 (81,0%) had psychiatric diagnoses. Fifty three (38,6%) patients were diagnosed with two comorbid psychiatric disorders and 6 patients (4,4%) were diagnosed with 3 comorbid disorders. Global developmental delay (47,4%) was the most common diagnosis among the patients. The most common psychosocial difficulties were hospitalization of the infant or young child (32,8%), non-physical quarrel or conflict between parents or caregivers (28,6%), and medical disease of the infant or young child (27,7%). While there was no significant relationship between PIR-GAS scores and the total number of psychosocial difficulties, the number of psychosocial difficulties related to education or child care was found to be negatively correlated with PIR-GAS scores after categorizing the difficulties reported ( $p=0,03$ ).

**Conclusion:** It is thought that the findings of the study may be useful for healthcare professionals and parents to develop interventions that will provide adequate support required for psychosocial stressors.

**Keywords:** Infant, psychology, psychiatry, diagnosis, psychosocial factors

**Yazışma Adresi/Address for Correspondence:** Merve Çıkkılı Uytun, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

**Tel.:** +90 535 473 00 13 **E-posta:** merveyuytun@gmail.com **ORCID:** orcid.org/0000-0002-2381-5742

**Geliş Tarihi/Received:** 23.07.2020 **Kabul Tarihi/Accepted:** 05.10.2020

©Telif Hakkı 2021 Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği / Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi, Galenos Yayınevi tarafından yayınlanmıştır.



## Giriş

Bebeklik dönemi, insan gelişiminin en hızlı ve en temel dönemidir. Gelişimin hiçbir aşaması, büyüme ve gelişme için dış ortama, bu dönemden daha fazla bağlı değildir. Bebek ve küçük çocukların beyinleri, çevresel strese karşı son derece duyarlıdır ve çevresel faktörlere büyük çocuklardan daha farklı tepki verirler.<sup>1</sup> İhmal, istismar gibi beyin gelişimini etkileyebilen psikososyal etkenler, bu kritik aşamada nörogelişimin bozulmasına ve ömür boyu sürecek bozulmalara neden olabilmektedir.<sup>2</sup> Bebek sağlığını etkileyen psikososyal belirleyiciler, fiziksel sağlık sonuçlarını da etkileyebilecek bir dizi psikolojik, sosyal ve davranışsal etkenden oluşmaktadır.<sup>3</sup> Anneleri ve bebekleri etkileyen birçok psikososyal faktörün, sağlığı birçok açıdan olumlu veya olumsuz etkilediği bilinmektedir. Örneğin; kronik stres, ırk nedeniyle ayrımcılığa uğrama, depresyon, olumsuz yaşam olayları gibi psikososyal faktörler, yenidoğanın sağlığı ile ilgili olumsuz sonuçlar ile ilişkilendirilmiştir.<sup>4</sup> Buna karşılık, hassas, besleyici, sağlıklı ve uyarıcı ortamlar; fiziksel ve duygusal iyilik, sağlıklı ilişkiler ve akademik başarı ile diğer gerekli becerilerin geliştirilmesinde bir temel oluşturabilmektedir.<sup>2</sup>

Ailesel, çevresel ve sosyodemografik olumsuzlukların ise, bebeklerde ve okul öncesi çocuklarda davranışsal, gelişimsel ve zihinsel bozukluklar için yüksek risk ile ilişkili olduğu gösterilmiştir.<sup>5,6</sup> Olumsuz çocukluk deneyimleri (The Adverse Childhood Experiences) çalışmasında da çocuklukta travmatik veya olumsuz olayların, yetişkin yaşamda depresyon, kardiyovasküler hastalık, kanser, alkolizm, uyuşturucu bağımlılığı ve ergenlik ve yetişkinlikte risk alma davranışları ile ilişkili olduğu gösterilmiştir.<sup>7</sup> Bagner ve ark.<sup>8</sup> duygusal ve davranışsal sorunların erken çocukluk döneminde oldukça yaygın olduğunu ve bu sorunların çocuk psikiyatristleri için önemli bir odak noktası olması gerektiğini vurgulamışlardır.

Bebeklik ve Erken Çocukluk Dönemindeki Ruh Sağlığı ve Gelişimsel Bozuklukların Tanısal Sınıflandırılması (DC: 0-3), ilk olarak 1994 yılında Zero<sup>9</sup> tarafından yaşamın ilk 4 yılında (doğumdan üç yaşına kadar) ruhsal bozukluk ve gelişimsel güçlüklerin sınıflandırılmasında sistematik ve gelişimsel temelli bir sınıflandırmaya önemli şekilde ihtiyaç duyulması neticesinde tasarlanmıştır. 2015 yılında güncellenen DC: 0-5'te ise yaş aralığı 0-5 yaş olarak genişletilmiş ve hem tanımlar hem diğer eksenler güncellenmiştir. DC: 0-5'te dördüncü eksen içerisinde psikososyal-çevresel stresörler tanımlanmış olup, bebeklik döneminde potansiyel olarak görülebilen bebek ve ailesiyle ilişkili psikososyal-çevresel stresörler, geniş bir liste şeklinde yer almıştır.<sup>9</sup>

Bu çalışmamızda, bebek ruh sağlığı kliniğine getirilen bebek ve küçük çocukların yaşadıkları psikososyal zorlukların ve anne-bebek etkileşim durumuna etkisinin DC: 0-5 çerçevesinde değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Bildiğimiz kadarıyla ülkemizde bu alanda yapılmış olan ilk çalışmadır ve sık görülen psikososyal güçlüklerin belirlenmesinin bebek ruh sağlığı alanında hem koruyucu ruh sağlığı hem de değerlendirme ve tedavi alanlarında katkı sağlayabileceği düşünülmektedir.

## Gereç ve Yöntem

Çalışmamıza Ankara Üniversitesi Bebek Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'nde Haziran 2019-Haziran 2020 tarihleri arasında değerlendirilmiş 0-5 yaş arası 157 bebek ve küçük çocuk alındı. Olguların ruhsal değerlendirmelerini içeren klinik dosyaları, gelişim testleri, DC: 0-5'de yer alan psikososyal zorlukların yer aldığı sosyodemografik bebek değerlendirme formları geriye dönük olarak incelendi. Dosyalarında yeterli bilgi bulunmayan 19 hasta çalışma dışı bırakıldı ve toplamda 137 hasta değerlendirildi. Ayrıca Crowell ve Feldman<sup>10</sup> gözlemi sonrası puanlanan global anne-bebek ilişkisi değerlendirme ölçeği (PIR-GAS) puanları ve çocuk ve ergen psikiyatri uzmanları tarafından DC: 0-5'e dayalı klinik görüşme ile psikiyatrik bozukluk varlığı ve konulan tanımlar incelendi.

### Sosyodemografik Veri ve Psikososyal Zorluklar Formu

Bu formda öncelikle bebeklerin sosyodemografik özellikleri (yaş, cinsiyet, kardeş sayısı, birlikte yaşadığı kişiler, doğum haftası, doğum şekli, fiziksel hastalık varlığı, travma öyküsü, psikiyatrik tanısı gibi) ile anne ve babanın özellikleri (yaş, eğitim düzeyi, hastalık varlığı, evlilik durumu gibi) yer almaktadır. Formun devamında DC: 0-5'te yer alan ve tarafımızca çevrilmiş olan bebek/küçük çocuğun ailesi veya birincil destek grubunun zorlayıcıları, sosyal çevre ile ilgili zorlayıcılar, eğitim ya da çocuk bakımıyla ilgili zorluklar, barınma ile ilgili zorlayıcılar, ekonomik ve işle ilgili zorlayıcılar, bebek ya da küçük çocuğun sağlığı, hukuki veya adli süreçler ve diğerleri olmak üzere 8 ana başlıkta toplam 76 psikososyal zorluk yer almaktadır.

### Ebeveyn Bebek Oyun Etkileşimi Crowell Yöntemi

Ebeveyn-çocuk etkileşimi gözlemlerle değerlendirme yöntemlerinden birisi olan Crowell yöntemi, 1998 yılında Crowell ve Feldman<sup>10</sup> tarafından oluşturulan yapılandırılmış anne/-baba-bebek oyun etkileşimidir. Yirmi dört ve 54 ay arası çocuklar için geliştirilen bu görüşme yöntemi, daha sonra 12-54 ay arası çocukların kullanımı için genişletilmiştir. Dokuz aşamadan oluşan prosedür, klinisyenin düşük stresli durumda, ikiliyi gözlemlemesini sağlayan serbest oyun dönemiyle başlar. Bir sonraki bölüm, çocuğun üzerinde hafif stres yaratan temizleme dönemidir. Sonraki bölüm baloncuk üfleme oyunu olup, anne-baba ve bebek arasında olumlu duyguların ortaya çıkması ve keyif alma durumları değerlendirilir. Daha sonra dört aşamadan oluşan öğretilen görevler bölümüne geçilir ve çocuğun kolaylıkla yapabileceği bir görevle başlanarak giderek daha zor görevler verilir. Prosedür, çocuk ve ebeveynin ayrılığı tolere etme kabiliyetini gözlemlemeyi sağlayan ayrılma aşaması ile devam eder. Bu aşamayı, yeniden birleşme aşaması izler. Çocuğun ebeveynine yaklaşması ve etkili bir şekilde rahatlama arayışında olması, sağlıklı bir bağlanma ilişkisinin olduğunu düşündürür.<sup>11,12</sup> Crowell yöntemi, çalışmaya dahil edilen tüm bebeklere uygulanmıştır.

### Global Anne-Bebek İlişkisi Değerlendirme Ölçeği [Parent-Infant Relationship Global Assessment Scale, (PIR-GAS)]

Crowell gözlemi sonrası PIR-GAS puanlanarak bebek-ebeveyn ilişkisi değerlendirilmiştir. Bu ölçek Anders<sup>13</sup> tarafından bebek-ebeveyn ilişkisinin bozulmalarını tanımlamak için

geliştirilmiştir. İşlev bozukluğunun şiddetini kategorize eden bu ölçeğin puanları, 90 (iyi adapte olmuş) ile 10 (tehlikeli derecede bozulmuş) arasında değişmektedir. PIR-GAS'de temel olarak bebek-ebeveyn ilişkisinin etkileşimin davranışsal kalitesi, duygusal ton ve psikolojik katılım olmak üzere üç bileşeni değerlendirilmiştir.<sup>10</sup> Çalışma için Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İnsan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan İ7-423-20 numaralı etik kurul onayı alınmıştır.

### Prosedür

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları bölümüne başvuran 0-5 yaş arası hastaların ebeveynleri ile birlikte bir çocuk psikiyatri doktoru tarafından psikiyatrik değerlendirmeleri yapılmış ve sosyodemografik veriler alınmıştır. Çocukların gelişim değerlendirmeleri yapılmıştır. Ardından bebek gözlem polikliniği için bir randevu planlanan hastalara, bebek ruh sağlığı biriminde Crowell prosedürü ve diğer müdahaleler uygulanmıştır. Crowell prosedürünün ardından PIR-GAS puanlaması yapılmıştır. Psikososyal zorluklara ilişkin bilgi, anne ve bebek etkileşiminin gözlenmesinden sonra bakım verenler ile birlikte yapılan görüşmede, listede yer alan psikososyal zorlukların her birinin tek tek araştırmacılar tarafından bakım verenlere sorulmasıyla alınmıştır. Bu prosedür, bebek ruh sağlığı birimindeki tüm hastalara uygulanan rutin bir değerlendirmedir. Veriler geriye dönük olarak hasta dosyaları taranarak elde edilmiştir.

### İstatistiksel Analiz

Veriler, istatistik paket programı (Statistical Program for Social Sciences SPSS for Windows, Version 22.0, IBM Inc, Armonk, NY) kullanılarak analiz edilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler ortalama, standart sapma, sayı ve yüzde olarak belirtildi. Normal dağılım göstermeyen üç grup verilerinin karşılaştırılması için Kruskal-Wallis testi, normal dağılım göstermeyen verilerin korelasyon analizi için ise Spearman korelasyon analizi kullanıldı. Tüm analizler için anlamlılık düzeyi  $p < 0,05$  olarak kabul edilmiştir.

### Bulgular

Toplamda 137 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Bu hastaların yaş ortalamaları  $36,4 \pm 10,0$  ay olup, 95'i erkek (%69,3), 42'si (%30,7) kız idi. Hastaların sosyodemografik özellikleri Tablo 1'de verilmiştir.

Annenin gebelik süreci ve doğum sonrası bebeğin özellikleri ile ilgili sosyodemografik özellikler değerlendirilmiş ve sonuçları Tablo 2'de özetlenmiştir.

Bebeğin klinik ve tanısal değerlendirmesi, PIR-GAS puanları, gözlenen bağlanma ilişkisi özellikleri ve psikososyal zorlukları Tablo 3'te verilmiştir. DC: 0-5'te yer alan tüm tanı kategorileri (örogelişimsel bozukluklar, anksiyete bozuklukları, travma ve stresle ilişkili bozukluklar, ilişkili bozuklukları, duygudurum bozuklukları, obsesif kompulsif ve ilişkili bozukluklar, uyku, yeme ve ağlama bozuklukları ve duygusal işleme bozuklukları) bebeğin değerlendirilmesi esnasında sorgulanmakta ve gözlemlenmektedir. Tanı kriterlerini karşılayan bozukluklar primer tanı olarak belirtilmektedir. Eşlik eden ek tanıları da

**Tablo 1. Bebek/küçük çocukların sosyodemografik özellikler**

Sosyodemografik özellikler	Ortalama / n (n=137)	Oranlar (%)
Yaş (ay)	36,42±10,00	-
Cinsiyet		
Kız	42	%30,7
Erkek	95	%69,3
Aile durumu		
Çekirdek aile	112	%81,8
Geniş aile	19	%13,9
Diğer	6	%4,4
Evlilik Durumu		
Anne-baba birlikte		
Anne-baba boşanmış, anne ile yaşıyor	125	%91,2
Anne-baba boşanmış, baba ile yaşıyor	5	%3,6
Anne-baba boşanmış, baba ile yaşıyor	1	%0,7
Diğer	6	%4,4
Akrabalık durumu		
Yok	119	%86,9
Var	18	%13,1
Kardeş sayısı		
0	49	%35,8
1-3	86	%62,8
4-6	2	%1,4
Annelerin yaş ortalaması	32,89±5,78	-
Annelerin eğitim düzeyi		
Yok	2	%1,5
İlkokul	21	%15,3
İlköğretim	16	%11,7
Lise	43	%31,4
Üniversite	47	%34,3
Üniversite sonrası (yüksek lisans/doktora)	8	%5,9
Annelerin iş durumu		
Ev hanımı	85	%62,1
Memur	35	%25,5
İşçi	10	%7,3
Serbest	3	%2,2
Emekli	1	%0,7
Diğer	3	%2,2
Babaların yaş ortalaması	36,22±6,30	-
Babaların eğitim düzeyi		
Yok	2	%1,5
İlkokul	21	%15,3
İlköğretim	18	%13,1
Lise	38	%27,9
Üniversite	55	%40,1
Üniversite sonrası (yüksek lisans/doktora)	3	%2,2
Babaların iş durumu		
İşsiz	3	%2,2
Memur	35	%25,5
İşçi	52	%38
Esnaf	4	%2,9
Serbest	22	%16,1
Emekli	3	%2,2
Diğer	18	%13,1
Ailede psikiyatrik hastalık		
Yok	88	%64,3
Var	49	%35,8

**Tablo 2. Gebelik süreci ve doğum sonrası, anne ile bebeğin sosyodemografik özellikleri**

Sosyodemografik özellikler	Ortalama/n (n=137)	Oranlar (%)
Gebelikte fiziksel hastalık		
Yok	96	%70,1
Var	41	%29,9
Gebelikte psikolojik sıkıntı		
Yok	87	%63,5
Var	50	%36,5
Gebelik haftası	38,30±2,25	
Doğum şekli		
Vajinal doğum	53	%38,7
Sezaryen	84	%61,3
Doğum komplikasyonu		
Yok	118	%86,2
Var	19	%13,9
Anne sütü alımı		
Yok	2	%1,4
Var	135	%98,6
Anne sütü alım süresi	15,75±9,81	-

belirtilmektedir. Değerlendirilen 137 hastadan 111'inde (%81,0) psikiyatrik patoloji saptanmıştır. Elli üç (%38,6) hastada eş zamanlı iki psikiyatrik bozukluk varlığı, 6 hastada (%4,4) ise eş zamanlı 3 tanı varlığı saptanmıştır. Tüm tanılar göz önüne alındığında değerlendirdiğimiz hastalarda en sık görülen tanının genel gelişimsel gecikme olduğu (n=65, %47,4) bulunmuştur. Bunu %31,3 (n=43) ile otizm spektrum bozuklukları (otizm spektrum bozukluğu ve erken atipik otizm spektrum bozukluğu tanıları) izlemektedir.

DC: 0-5'te eksen -4'te yer alan psikososyal zorluklar ebeveynlerle yapılan görüşmede sorgulanarak, bebek/küçük çocukların en sık karşılaştıkları psikososyal zorluklar belirlenmiştir. En sık saptanan psikososyal zorluk, bebek veya küçük çocuğun hastane yatışı olmuştur (n=45, %32,8). Sırasıyla, ebeveynler veya bakım verenler arasındaki fiziksel olmayan kavga veya çatışma (n=44, %28,6), bebek veya küçük çocuğun tıbbi hastalığı (n=38, %27,7), ebeveyn ya da bakım verenin eğitim seviyesinin düşük olması (n=36, %26,1), ebeveyn veya bakım verenin tıbbi hastalığı (n=34, %24,6), ev halkından birinin ruhsal hastalığı (n=29, %21,2), ebeveyn veya bakım verenin ruhsal sağlık problemleri (n=24, %17,5), ebeveyn veya bakım verenin bebek veya küçük çocuktan ayrılması (n=22, %16,1), kardeş doğumu (n=22, %16,1), ağır borç varlığı (n=21, %15,3), ebeveyn işsizliği veya iş istikrarsızlığı (n=20, %14,5), aile için yetersiz sosyal destek (n=15, %10,9) ve gebelikte ilişkili stresörler (n=16, %11,7) diğer sık görülen psikososyal zorluklardır. Tablo 4'te psikososyal zorluklar ve hastalarda görülme oranları gösterilmiştir.

Psikososyal zorluklar sayısal açıdan değerlendirildiğinde, hastaların ortalama 4,0 (SS: 3,2, 0-19 aralığında) zorluk yaşadıkları bulunmuştur. Psikososyal zorlukların sayıları, toplam sayı, bebek/küçük çocuğun ailesi veya birincil destek grubunun zorlayıcıları, sosyal çevre ile ilgili zorlayıcılar, eğitim ya da çocuk bakımıyla ilgili zorluklar, barınma ile ilgili zorlayıcılar,

**Tablo 3. Bebeğin/küçük çocuğun klinik ve tanısal değerlendirilmesi ile ilişkili özellikler**

Klinik özellikler	n	%
<b>Geliş şikayeti</b>		
Konuşmama	39	%28,5
Göz teması kurmama ve/veya ismine bakmama	15	%10,9
Hırçnlık, sinirlilik	14	%10,2
Tekrarlayıcı davranışlar	3	%2,2
Mastürbasyon	2	%1,5
Cinsel istismar şüphesi	1	%0,7
Diğer	63	%46
<b>Daha önce psikiyatrik tanı</b>		
Yok	110	%80,2
Var	27	%19,7
<b>Fiziksel hastalık</b>		
Yok	95	%69,3
Var	42	%30,7
<b>Duyusal kusur varlığı</b>		
Yok	127	%92,7
Var	10	%7,3
<b>Fiziksel travma öyküsü</b>		
Yok	132	%96,3
Var	5	%3,6
<b>Değerlendirme sonrası psikiyatrik tanı varlığı</b>		
Yok	26	%19
Var	111	%81
<b>DC: 0-5 primer tanı</b>		
Nörogelişimsel bozukluklar	-	-
Otizm spektrum bozukluğu	38	%27,7
Erken atipik otizm spektrum bozukluğu	5	%3,6
Dehb	5	%3,6
Gelişimsel gecikme	34	%24,8
Gelişimsel dil bozukluğu	10	%7,3
Diğer nörogelişimsel bozukluklar	7	%5,1
Anksiyete bozuklukları	-	-
Diğer anksiyete bozuklukları	4	%2,9
Travma ve stresle ilişkili bozukluklar	-	-
Komplike yas	1	%0,7
Diğer stresle ilişkili bozukluklar	3	%2,2
Duygudurum bozuklukları	-	-
Erken çocukluk dönemi depresif bozukluğu	1	%0,7
Uyku, yeme ve ağlama bozuklukları	-	-
Gece uyanma bozukluğu	2	%1,5
Az yeme bozukluğu	1	%0,7
<b>DC: 0-5 sekonder tanı</b>		
Nörogelişimsel bozukluklar	-	-
Gelişimsel gecikme	31	%22,6
Gelişimsel dil bozukluğu	16	%11,7
Diğer nörogelişimsel bozukluklar	3	%2,2
Anksiyete bozuklukları	-	-
Diğer anksiyete bozuklukları	1	%0,7
Uyku, yeme ve ağlama bozuklukları	-	-
Uyku başlangıç bozukluğu	1	%0,7

**Tablo 3'ün devamı**

<b>DC: 0-5 üçüncü tanı</b>		
Nörogelişimsel bozukluklar	-	-
Gelişimsel dil bozukluğu	3	%2,2
Diğer nörogelişimsel bozukluklar	1	%0,7
Anksiyete bozuklukları	-	-
Yaygın anksiyete bozukluğu	1	%0,7
Duyusal işleme bozuklukları	-	-
Duyusal hipersensitivite bozukluğu	1	%0,7
<b>Gözlenen bağlanma örüntüsü</b>		
Güvenli	125	%91,2
Kaygılı/kaçıngan	9	%6,6
Dezorganize	3	%2,2
PIR-GAS puanı	50,30±16,01	-

ekonomik ve işle ilgili zorlayıcılar, bebek ya da küçük çocuğun sağlığı, hukuki veya adli süreçler ve diğerleri olmak üzere 8 gruba ayrılarak, PIR-GAS puanlarıyla korelasyonu incelenmiştir. PIR-GAS puanının eğitim ya da çocuk bakımıyla ilgili zorlukların sayısı ile negatif yönde ilişkili olduğu bulunmuştur ( $r=-0,18$ ,  $p=0,03$ ).

Örnekleme psikososyal zorlukların sayısına göre "0-2", "2-4", "4 ve üstü" olmak üzere 3 gruba ayrılarak PIR-GAS puanlarının Kruskal-Wallis testi ile karşılaştırılmasında gruplar arası anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ( $p=0,45$ ).

## Tartışma

Bu çalışmada bir bebek ruh sağlığı ünitesinde değerlendirilmiş olan bebek ve küçük çocukların sosyodemografik özellikleri, PIR-GAS puanları ve yaşadıkları psikososyal zorluklar ve bunların birbirleriyle ilişkisi değerlendirilmiştir. Çalışmamızda, bebek/küçük çocukların ortalama 4 psikososyal zorluk yaşadıkları, en sık saptanan yaşanan psikososyal zorlukların bebek veya küçük çocuğun hastane yatışı (%32,8), ebeveynler veya bakım verenler arasındaki fiziksel olmayan kavga veya çatışma (%28,6) ve bebek veya küçük çocuğun tıbbi hastalığı (%27,7) olduğu bulunmuştur. PIR-GAS puanları ile psikososyal zorlukların ilişkisi değerlendirildiğinde, PIR-GAS puanının eğitim ya da çocuk bakımıyla ilgili zorlukların sayısı ile negatif yönde ilişkili olduğu bulunmuştur.

Örnekleminin yaş ortalaması 36 ay olarak diğer ülkelerden bildirilen benzer çalışmalardakine göre yüksektir. İsrail'de yapılmış olan bir çalışmada yaş ortalaması 19 ay, Portekiz'de yapılmış bir çalışmada 26 ay, Norveç'te yapılmış olan diğer bir çalışmada ise 24 ay olarak bulunmuştur.<sup>14-16</sup> Ortalama yaşın çalışmamızda yüksek olmasının, daha küçük bebeklerin pediatri kliniği içinde değerlendirilmeleri ve üniversitemizde yer alan gelişimsel pediatri kliniğine sıklıkla yönlendirilmelerinden kaynaklandığı düşünülmektedir.<sup>17</sup>

Başvuruların yaklaşık %70,0'i erkektir. Bu oran da diğer ülkelerde belirtilen oranlardan (%60,0) yüksektir.<sup>15,16</sup> Bu durumun örneklememizde sıklıkla başvuru yakınmasının erkeklerde daha sık görülen nörogelişimsel bozukluklar nedeniyle olması ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir.<sup>17</sup>

Çalışmamızda kliniğe en sık başvuru yakınmalarının konuşmama, göz teması kurmama ve/veya ismine bakmama ve hırçınlık, sinirlilik olduğu bulunmuştur. Daha önce ülkemizde yapılmış olan çalışmalara benzer şekilde şikayetlerin olduğu, ancak Uslu ve ark.<sup>17</sup> çalışmasında yeme, uyku sorunları ve diğer olarak sınıflandırılan gelişimsel sorunlar dışındaki şikayetler %16,0 civarında iken, mevcut çalışmada %46,0 oranında uyku, yeme ve benzeri sorunların başvuru nedeni olarak karşımıza çıktığı görülmektedir. Diğer ülkelerde yapılan çalışmalara bakıldığında ise Keren ve ark.<sup>15</sup> İsrail'de yaptıkları çalışmada yakınmalar uyku sorunları, yeme sorunları, ağlama/sinirlilik biçiminde sıralanmaktadır. Çalışmamızda, ülkemizde önceki yıllarda yapılan çalışmaya göre bu sorunlar nedeniyle başvurunun artmış olmasının, ebeveynlerin bu konuda yardım arayışlarının artmış olması ve bebek ruh sağlığı alanı ile ilgili ebeveynlerin farkındalıklarının artmış olması ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

DC: 0-5'e göre psikiyatrik tanı alan olgular arasındaki en sık tanıların, genel gelişimsel gecikme (%47,4) ve otizm spektrum bozuklukları (%31,3) olduğu bulunmuştur. Bu tanıları, hastaların geliş yakınmalarıyla uyumludur. Sonuçlarımız dünyadaki diğer örneklerden farklılık göstermektedir. Norveç çalışmasında en sık tanıları DC: 0-3'te yer alan düzenleme bozuklukları (regulatory disorders) ve duygudurum bozuklukları olmuştur.<sup>16</sup> İsrail çalışmasında herhangi bir tanı alan olgular içinde 0-12 aylarda %3,0, 12-24 aylarda %7,0 ve 24-36 aylarda %16,0 oranında otizm kuşkusu ile başvurulmasına karşın hiçbir olguya otizm spektrum bozuklukları tanısı konmamıştır.<sup>15</sup> Portekiz çalışmasında ise otizm spektrum bozuklukları oranı %10,0 olarak bildirilmiştir.<sup>14</sup> Bu durumun farklı ülkelerde otizm spektrum bozukluklarının farklı merkezlerde değerlendirilmesi ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür. Ayrıca ülkemizde özellikle ağır gelişimsel sorunların varlığında çocuk psikiyatrisine başvuru olduğu görüşüyle uyumludur.<sup>17</sup>

DC: 0-5, bebek/erken çocuklarda komorbiditenin sadece mümkün değil aynı zamanda da yaygın olduğunu gösteren çalışmaları yansıtmaktadır. Ayrıca, büyük çocuklarda ve gençlerde olduğu gibi iki veya daha fazla bozukluğun işlevsellikte bozulmayı tek bozukluk olması durumuna göre artırdığını belirtilmektedir.<sup>9</sup> Çalışmamızda da %42,9 bebek/küçük çocukta eş zamanlı iki veya üç psikiyatrik tanı varlığı saptanmıştır.

Bebeklik ve erken çocukluk döneminde psikolojik sorunların gelişimi açısından pek çok çevresel risk faktörü de tanımlanmıştır. Anne babalık becerilerindeki sorunlar, ebeveynin küçük yaşta olması, ebeveynin psikolojik sorunları, ailenin eğitim düzeyi, ailede yaşanan sorunlar, aile içi şiddet, etnik köken, olumsuz yaşam olayları, sosyal olanakların yetersizliği, yoksulluk gibi etkenlerin de içinde yer aldığı çevresel faktörler çocukların ruhsal sorunlarının oluşumunda etken olabilmektedir.<sup>18,19</sup> Çalışmalar, yüksek riskli ailelerde yapılan müdahalelerin, sadece ebeveyn-çocuk ilişkisine odaklanmayla kalmayıp, ebeveynlerin yaşadığı yoksulluk, psikiyatrik sorunlar, işsizlik gibi sorunlara da yöneldiğinde daha başarılı sonuçlar elde edildiğini göstermektedir.<sup>20</sup> Örneğin; bakım verenin diğer ilişkilerinin daha sağlıklı olması, bakım veren-bebek ilişkisini



**Tablo 4. Psikososyal zorluklar ve görülme oranları**

<b>Psikososyal zorluklar</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Bebek/küçük çocuğun ailesi veya birincil destek grubunun zorlayıcıları</b>		
Ebeveynler veya bakım verenler arasındaki kavga veya çatışma (fiziksel olmayan)	44	32,1
Ebeveyn veya bakım verenin tıbbi hastalığı (akut veya kronik olduğunu belirtiniz)	34	24,6
Ev halkından birinin ruhsal hastalığı	29	21,2
Ebeveyn veya bakım verenin ruhsal sağlık problemleri	24	17,5
Kardeş doğumu	22	16,1
Ebeveyn veya bakım verenin bebek veya küçük çocuktan ayrılması (şehir dışında çalışma, hastane yatışı gibi)	22	16,1
Bebek/küçük çocuğun ihmali	13	9,5
Ebeveyn veya bakım verenin boşanma veya ayrılığı	13	9,5
Kardeşler arası ciddi kavga veya şiddet	12	8,8
Kardeşin veya ev halkından birinin tıbbi hastalığı (akut veya kronik olduğunu belirtiniz)	12	8,8
Baba veya annenin yokluğu	8	5,8
Diğer önemli aile bireyi ölümü	7	5,1
Birincil bakım veren değişikliği	6	4,4
Aile içi şiddet	6	4,4
Ev halkına yeni bir yetişkinin katılması (örneğin; yeni bir eş)	6	4,4
Kültürleşme (kültüre uyum sağlayabilme düzeyi) veya dil ile ilgili çatışmalar	5	3,6
Erken ebeveyn	5	3,6
Bebek/küçük çocuğun hayatında önemli kişilerden birinin diğer travmaları	5	3,6
Bebek/küçük çocuğun uzun süreli bir ayrılıktan sonra ebeveynine kavuşması	4	2,9
Dengesiz aile ilişkileri	4	2,9
Diğer önemli kişilerin ölümü	4	2,9
Ev içinde suçla ilişkili davranışlar	3	2,2
Ebeveyn veya önemli bir bakım verenin ölümü	3	2,2
Aile bireylerinden birinin hapse girmesi	3	2,2
Bebek/küçük çocuğun fiziksel istismarı	3	2,2
Evden diğer bebek veya küçük çocuklardan birinin ayrılması	2	1,5
Duygusal istismar	2	1,5
Ailenin sosyal izolasyonu	1	0,7
Bebek/küçük çocuğun kurum bakımına yerleştirilmesi	1	0,7
Bebek/küçük çocuğun cinsel istismarı	1	0,7
Güvensiz ev ortamı	1	0,7
Ebeveyn veya bakım verenin madde kullanımı	1	0,7
Bebek/küçük çocuğun evlat edinilmesi	0	-
Bebek/küçük çocuğun koruyucu aile bakımına yerleştirilmesi	0	-
Yeni bir bebek veya küçük çocuğun (doğum dışında) eve gelmesi (örneğin; evlat edinme, üvey kardeş)	0	-
Ebeveyn veya bakım verenin yeniden evlenmesi	0	-
Ev halkından birinin madde kullanımı	0	-
<b>Sosyal çevre ile ilgili zorlayıcılar</b>		
Güvenli olmayan muhit	4	2,9
Mülteci statüsü	3	2,2
Göçmen statüsü	2	1,4
Sağlık hizmetlerine yetersiz erişim	2	1,4
Bebek veya küçük çocuğun zorbalığa maruz kalması	0	-

Bebek veya küçük çocuğun toplumsal şiddete tanıklık etmesi	0	-
Ailenin ırkçılık ya da ayrımcılığa maruz kalması	0	-
<b>Eğitim ya da çocuk bakımıyla ilgili zorluklar</b>		
Ebeveyn ya da bakım verenin eğitim seviyesinin düşük olması	36	26,1
Sık bakım veren değişikliği	6	4,4
Erken dönem eğitim ve ev dışı bakım hizmetlerinin düşük kalitede olması (sağlık ve güvenlik şartları, personel başına düşen çocuk sayısının fazla olması ve kalabalık gruplar, personelin yeterince eğitilmiş olmaması, sosyal ve duygusal gelişime yeterince odaklanılmaması gibi)	4	2,9
<b>Barınma ile ilgili zorlayıcılar</b>		
Yetersiz, güvenli olmayan veya aşırı kalabalık ev ortamı	9	6,5
Sık ev değişikliği	1	0,7
Evsizlik	0	-
Evden çıkarılma veya eve el konulması	0	-
<b>Ekonomik ve işle ilgili zorlayıcılar</b>		
Ağır borç varlığı	21	15,3
Ebeveyn işsizliği veya iş istikrarsızlığı	20	14,5
Yoksulluk ya da yoksulluk sınırına yakın olmak	8	5,8
Gıdaya ulaşma zorluğu	4	2,9
Askeri görevlendirme veya yeniden görevlendirme	1	0,7
Ebeveyn çalışma koşullarının tehlikeli veya stresli olması	1	0,7
<b>Bebek ya da küçük çocuğun sağlığı</b>		
Bebek veya küçük çocuğun hastane yatışı	45	32,8
Bebek veya küçük çocuğun tıbbi hastalığı (akut ya da kronik)	38	27,7
Gebelikle ilişkili stresörler	16	11,7
Ağrılı veya korkutucu tıbbi süreç(ler)	11	8
Bebek veya küçük çocuğun kaza geçirmesi ya da yaralanması (hayvan ısırığı, araç içi trafik kazası geçirme gibi)	5	3,6
<b>Hukuki veya adli süreçler</b>		
Çocuk koruma servisinin sürece katılımı	1	0,7
Bebek veya küçük çocuğun suç mağduru olması	1	0,7
Ebeveynin mahkum edilmesi veya mahkumiyetin sona ermesi	1	0,7
Göz altına alınma	0	-
Ebeveynin suç mağduru olması	0	-
Ebeveynin sınır dışı edilmesi	0	-
Belgelenmemiş göçmen statüsü	0	-
<b>Diğerleri</b>		
Salgın hastalık	3	2,1
Savaş	2	1,4
Diğer (belirtiniz)	1	0,7
Doğal afet (yangın, kasırga, deprem gibi)	0	-
Kaçırılma (aile üyeleri veya aile dışı bireyler tarafından)	0	-
Terör	0	-
*%10'un üzerinde bulunan psikososyal zorluklar koyu renkle belirtilmiştir		

de sağlıklı yönde etkilemektedir.<sup>21</sup> DC: 0-5'te Eksen 4'te yer alan psikososyal zorluklar hem değerlendirme hem müdahale aşaması için mutlaka değerlendirilmesi gereken bir alan olarak karşımıza çıkmaktadır. Örneklemimizde psikososyal

zorluklar sınıflamasında en sık görülenler bebek veya küçük çocuğun hastane yatışı (%32,8), ebeveynler veya bakım verenler arasındaki fiziksel olmayan kavga veya çatışma (%28,6), bebek veya küçük çocuğun tıbbi hastalığı (%27,7), ebeveyn ya da bakım

verenin eğitim seviyesinin düşük olması (%26,1) olmuştur. Örnekleminizde psikososyal zorluk saptanmayan sadece 4 olgu olmuştur. İsrail örnekleminde de ebeveynlerin psikopatolojisi ve ebeveynler arası tartışma ilk sırada yer almaktadır, ancak bu çalışmada ruhsal-toplumsal zorlayıcılar yaklaşık %59,0 oranında, çalışmamıza oranla daha düşük bildirilmiştir.<sup>15</sup> Ülkemizde yapılmış olan Uslu ve ark.<sup>17</sup> çalışmasında ise psikososyal zorluk olmayan hasta olmamış ve en sık rastlanan psikososyal zorluğun anne-babaya ilişkin sorunlar olduğu (%69,8) görülmüştür. Ayrıca çalışmamızda psikososyal zorlukların ortalama sayısının bebek/küçük çocuklarda 4,0 olduğu bulunmuştur. Psikososyal zorlukların DC: 0-5'te güncellenmiş ve detaylandırılmış olması nedeniyle, DC: 0-3 ve DC: 0-3-R'ye göre değerlendirme yapılmış olan önceki çalışmalara göre, psikososyal zorluklar açısından farklılık gösterdiği düşünülmektedir. Ayrıca zaman içerisinde toplumlarda görülen psikososyal zorlukların dağılımında görülebilen değişiklikler de bu farklılıkta rol oynamış olabileceği düşünülen diğer bir faktördür.

Her türlü stresin ebeveyn-çocuk ilişkilerini ve çocukların sosyal-duygusal gelişimlerini etkilediği bilinmektedir.<sup>11</sup> Bu açıdan PIR-GAS skorları ile psikososyal zorlukların sayısı arasında ilişki olup olmadığı çalışmamızda araştırılmıştır. Psikososyal zorlukların sayıları; toplam sayı ile bebek/küçük çocuğun ailesi veya birincil destek grubunun zorlayıcıları, sosyal çevre ile ilgili zorlayıcılar, eğitim ya da çocuk bakımıyla ilgili zorluklar, barınma ile ilgili zorlayıcılar, ekonomik ve işle ilgili zorlayıcılar, bebek ya da küçük çocuğun sağlığı, hukuki veya adli süreçler ve diğerleri olmak üzere 8 gruba ayrılarak PIR-GAS puanlarıyla korelasyonu incelendiğinde, PIR-GAS puanının sadece "eğitim ya da çocuk bakımıyla ilgili zorlukların" sayısı ile negatif yönde anlamlı bir ilişkisinin olduğu saptandı. Bu alt başlıkta yer alan psikososyal zorluklar "sık bakım veren değişikliği", "ebeveyn ya da bakım verenin eğitim seviyesinin düşük olması" ve "erken dönem eğitim ve ev dışı bakım hizmetlerinin düşük kalitede olması" idi. Özellikle ebeveyn ya da bakım verenin eğitim seviyesinin düşük olması örnekleminizde sıklıkla görülen bir psikososyal zorluk olması nedeniyle (%26,1), PIR-GAS puanları üzerinde ebeveyn eğitiminin önemli olduğu sonucuna varmamıza neden olmuştur. Bu bulgu, yazında daha önce psikososyal olarak dezavantajlı ebeveynlerin (düşük eğitim düzeyi, ruhsal bozukluk varlığı gibi) ebeveyn-çocuk ilişkisinde bozulmalar ve bebek ruh sağlığı sorunları açısından riskli oldukları bulgusuyla tutarlıdır. Diğer psikososyal zorlukların sayısı ile PIR-GAS puanı arasında bir ilişki bulunamamış olmasının, örnekleminizin küçüklüğü ve psikososyal zorlukların niteliksel olarak ilişki üzerinde daha etkili olabileceği ile ilişkili olduğu düşünülmüştür.

### Çalışmanın Kısıtlılıkları

Çalışmanın bazı kısıtlılıkları; olguların kesitsel ve geriye dönük olarak değerlendirilmesi ve değerlendirme sırasında psikiyatrik tanı için yapılandırılmış görüşme kullanılmamış olmasıdır. Sadece bir hastaneden ve klinik örneklemden verilerin toplanmış olması da araştırmanın bulgularının genellenebilirliğini sınırlamaktadır. Ayrıca psikososyal zorlukların değerlendirilmesinde istismar, ihmâl gibi soruların ebeveynlere

sorulması, bulguların güvenilirliğini sınırlayabileceği düşünülen diğer bir kısıtlılıktır. Mevcut psikososyal zorlukların listesinden birebir çeviri yapılarak psikososyal zorlukların sorulmuş olması da ülkemizde sık görülebilen başka psikososyal zorlukların atlanabilmesi açısından (ör; geniş aile yaşamak) bir kısıtlılıktır.

### Sonuç

Günümüzde giderek artan sayıdaki bilimsel kanıt, bebeklik ve erken çocukluk döneminde beyin gelişiminin yaşamın diğer tüm zamanlarından niteliksel ve niceliksel olarak farklı olduğunu ve bu süreçte erken yaşam deneyimleri ile şekillenen beyin bireyin yaşam boyu sağlığını, kişiliğini, davranışlarını ve öğrenmesini etkilediğini göstermektedir. Bu kritik dönemde bebek ruh sağlığını etkileyen risk faktörlerini belirlemek ve müdahale etmek koruyucu bebek ruh sağlığının temellerini oluşturmaktadır. Psikososyal zorlukların sıklığı ve sayıları göz önüne alındığında, bebek/küçük çocuklara tanı koyan ve tedavi planlaması yapan bir klinisyen veya ekibin bebek/çocuk işlevselliği ile ilişkili tüm alanları göz önünde bulundurması gerekmektedir. Bu amaçla DC: 0-5'te klinik formülasyon için kullanışlı olan multiaksiyel sınıflama, çocuğun zorluklarına neden olabilecek tüm alanlara klinisyenin dikkatini yönlendirmeyi sağlamaktadır. Ancak DC: 0-5'te yer alan mevcut psikososyal zorlukların, ülkemizin koşulları ve sık görülebilen psikososyal zorluklar göz önüne alınarak ülkemiz normlarına uygun bir şekilde güncellenerek uygulanmasının daha faydalı olacağını düşünmekteyiz. Ayrıca psikososyal zorlukların değerlendirilmesinin, bakım verenlerin yanlılığı göz önüne alındığında, kapsamlı, mümkünse her iki ebeveynle ayrı görüşmelerde, yansız ve yargısız bir şekilde sorgulanmasının daha yararlı olabileceği çalışmamızda gözlemlediğimiz diğer bir çıkarımımızdır.

Sıklıkla görülen toplumsal, çevresel, sosyal, risk faktörlerinin kontrol altına alınabilmesi için de yasal düzenlemeler yapılmalı ve gerekli yaptırımlar hayata geçirilmelidir.

Bebek ruh sağlığına yapılacak her türlü yatırımın getirisinin son derece yüksek olduğu bilinciyle, koruyucu ve tedavi edici uygun müdahalelerin bu alanda farklı disiplinlerin işbirliği ile hayata geçirilmesi gerekliliğini vurgulamak isteriz.

### Etik

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

**Etik Kurul Onayı:** Çalışma için Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İnsan Araştırmaları Etik Kurulu'ndan İ7-423-20 numaralı etik kurul onayı alınmıştır.

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

### Yazarlık Katkıları

Konsept: E.Y., D.B.Ö., M.Ç.U., Dizayn: E.Y., D.B.Ö., M.Ç.U., Veri Toplama veya İşleme: A.M.G.Y., E.Y., D.B.Ö., M.Ç.U., Analiz veya Yorumlama: A.M.G.Y., M.Ç.U., Literatür Arama: A.M.G.Y., M.Ç.U., Yazan: E.Y., D.B.Ö., M.Ç.U.

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

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

## Kaynaklar

- Clinton J, Feller AF, Williams RC. The importance of infant mental health. *Paediatr Child Health*. 2016;21:239-241.
- Chinitz S, Guzman H, Amstutz E, Kohchi J, Alkon M. Improving outcomes for babies and toddlers in child welfare: A model for infant mental health intervention and collaboration. *Child Abuse Negl*. 2017;70:190-198.
- Friis RH, Sellers T. *Epidemiology for public health practice*: Jones & Bartlett Learning; 2020.
- Behrman RE, Butler AS. *Preterm birth: causes, consequences, and prevention*: National academies press Washington, DC; 2007.
- Evans GW, Fuller-Rowell TE. Childhood poverty, chronic stress, and young adult working memory: the protective role of self-regulatory capacity. *Dev Sci*. 2013;16:688-696.
- O'Connell ME, Boat T, Warner KE. *Preventing mental, emotional, and behavioral disorders among young people: Progress and possibilities*: Washington, DC: National Academies Press; 2009.
- Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, Koss MP, Marks JS. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *Am J Prev Med*. 1998;14:245-258.
- Bagner DM, Rodriguez GM, Blake CA, Linares D, Carter AS. Assessment of behavioral and emotional problems in infancy: a systematic review. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 2012;15:113-128.
- Zero to Three. DC: 0-5. *Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood* Washington, DC: Zero to Three Press c; 2016.
- Crowell JA, Feldman SS. Mothers' internal models of relationships and children's behavioral and developmental status: A study of mother-child interaction. *Child Dev*. 1988;59:1273-1285.
- Zeanah CH, Boris NW, Heller SS, Hinshaw-Fuselier S, Larrieu JA, Lewis M, Palomino R, Roveris M, Valliere J. Relationship assessment in infant mental health. *Infant Mental Health Journal*. 1997;18:182-197.
- Gleason MM. Relationship assessment in clinical practice. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2009;18:581-591.
- Anders T. *Clinical syndromes, relationship disturbances and their assessment. Relationship disturbances in early childhood*. 1989.
- Cordeiro MJ, Da Silva PC, Goldschmidt T. Diagnostic classification: Results from a clinical experience of three years with DC: 0-3. *Infant Mental Health Journal*. 2003;24:349-364.
- Keren M, Feldman R, Tyano S. A five-year Israeli experience with the DC: 0-3 classification system. *Infant Mental Health Journal*. 2003;24:337-348.
- Mothander PR, Grette Moe RG. *Infant Mental Health Assessment: The use of DC 0-3 in an outpatient child psychiatric clinic in Scandinavia*. *Scand J Psychol*. 2008;49:259-267.
- Uslu R, Özalp O, Bilgiç A, Erdoğan G. Bebek Ruh Sağlığı Polikliniğine Başvuran Hastalarda TS:-3YB Tanı Dağılımına İlişkin Bir Ön-Çalışma. *Türkiye Klinikleri Pediatrik Bilimler Özel Dergisi*. 2007;3:8-13.
- Zeanah CH, Boris NW, Larrieu JA. Infant development and developmental risk: A review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997;36:165-178.
- DelCarmen-Wiggins R, Carter AS. Introduction--Assessment of infant and toddler mental health: advances and challenges. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2001;40:8-10.
- Bosquet M, Egeland B. Associations among maternal depressive symptomatology, state of mind and parent and child behaviors: implications for attachment-based interventions. *Attach Hum Dev*. 2001;3:173-199.
- Şahin B, Karabekiroğlu K. Bebek Ruh Sağlığında Erken Müdahale Programları. *Türkiye Klinikleri Çocuk Psikiyatrisi Özel Dergisi*. 2018;4:69-76.

# Çocuklar için Özel Gereksinim Değerlendirmesine İlişkin Yönetmelik (ÇÖZGER) Sonrası Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Alanında Uygulamada Karşılaşılan Zorluklar

*The Difficulties Encountered in Practice for the Field of Child and Adolescent Psychiatry After the Regulation on Assessment of Special Needs for Children (RASNC)*

© Sabide Duygu Uygun<sup>1</sup>, © Miray Çetinkaya<sup>2</sup>, © Ayşegül Efe<sup>2</sup>, © Fatma Hülya Çakmak<sup>3</sup>, © Merve Canlı<sup>2</sup>, © Rahime Duygu Temeltürk<sup>1</sup>, © Yusuf Gürel<sup>4</sup>, © Sadettin Burak Açikel<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

<sup>2</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dr. Sami Ulus Kadın Doğum Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Birimi, Ankara, Türkiye

<sup>3</sup>Beylikdüzü Devlet Hastanesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Birimi, İstanbul, Türkiye

<sup>4</sup>Beyhekim Devlet Hastanesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Birimi, Konya, Türkiye

<sup>5</sup>Konya Şehir Hastanesi, Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Bölümü, Konya, Türkiye

**Amaç:** Bu çalışmada ülkemizde çocuk psikiyatrisi alanında görev yapmakta olan hekimlerin çocuklar için özel gereksinim değerlendirmesine ilişkin yönetmelik (ÇÖZGER) sonrası uygulamada özel gereksinimi değerlendirme sürecinde karşılaştıkları zorlukların tespit edilmesi amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği üyesi tüm çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları uzman hekimlerine ve öğretim üyelerine, Eylül-Ekim 2020 tarihleri arasında e-posta aracılığı ile ulaşılmıştır. Çalışmaya katılmaya gönüllü olanlara hekime ait uzmanlık alanı konusundaki değişkenler ile ÇÖZGER yönetmeliği sonrasında sağlık kurulu hastalarını değerlendirme, tanılama, heyete yönlendirme ve rapor düzenleme süreçlerine ilişkin kapalı ve açık uçlu sorulardan oluşan öz bildirimine dayalı anket uygulanmıştır.

**Bulgular:** Katılımcıların (n=156) ortalama yaşı 33,8 (±4,1) olup %67,3'ü kadındır. Sağlık kurulu uygulamalarına yönelik verilerde; kurula yönlendirmelerin çoğunlukla çocuk ve ergen psikiyatristi tarafından yapıldığı, bazı psikiyatrik tanılarının rehberlik araştırma merkezi (RAM) tarafından eğitsel olarak onaylanmadığı, bu durumun hekimin tanınması kararını etkileyebileceği, katılımcıların neredeyse yarısının ÇÖZGER sonrası sağlık kurulu hastalarını değerlendirirken bilişsel gelişim, dil konuşma ve iletişim ve çocuk ve ergen psikiyatrisi olmak üzere en az bir alanda zorlandığı, özellikle farklı disiplinlerle sınır ihlaliyle ilişkili sorunlar yaşadığı, çalıştıkları hastanede tanımlı bir ÇÖZGER yetkili hekiminin olmadığı gösterilmiştir. Çalışmamızda hekimlerin öz bildirimine dayalı olarak ÇÖZGER sonrası farklı merkezlerde aynı tanyaya sahip hastaların özel gereksinim alanı ve düzeyi bakımından farklılıklar gösterebildiği, özellikle otizm spektrum bozukluğu ve zihinsel yetersizlikte rapordaki özel gereksinim düzeyinin çocuğun gerçek düzeyi ile bağdaşmayabildiği saptanmıştır.

**Sonuç:** Sağlık kurulu raporlarının hasta açısından mağduriyet, hekim açısından yasal sorun oluşturmaksızın düzenlenebilmesi için, ÇÖZGER yönetmeliğinde hekimlerin karşılaştıkları zorluklarla ilgili çözüme yönelik rasyonel düzenlenmelerin yapılması ve sonrasında yönetmeliğe yönelik ilgili hekimlerin, hastane yöneticilerinin ve RAM çalışanlarının eğitilmesi gerekmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Çocuk psikiyatrisi, özürllülük, sağlık kurulu, özel gereksinim

**Objectives:** This study aimed to determine the challenges faced by child psychiatrists in our country during the assessment of special needs for children in practice after regulation on the assessment of special needs for children (RASNC) regulation.

**Materials and Methods:** All specialists and academicians being the members of Turkish Association for Child and Adolescent Psychiatry were reached via e-mail between September and October 2020. A self-report questionnaire consisting of closed and open-ended questions about the variables of the individuals and processes for patients' evaluation, diagnosis, referral to the health committee and report preparation after RASNC regulation was applied to volunteer participants.

**Results:** The average age of the participants (n=156) was 33.8 (±4.1) years and 67.3% of them were female. In our study, it was shown that referrals to the committee were mostly made by a child psychiatrist, some psychiatric diagnoses were not educationally approved by the

**Yazışma Adresi/Address for Correspondence:** Miray Çetinkaya, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dr. Sami Ulus Kadın Doğum Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Bölümü, Ankara, Türkiye

**Tel.:** +90 506 335 25 16 **E-posta:** makinci@gmail.com **ORCID:** orcid.org/0000-0003-4795-5413

**Geliş Tarihi/Received:** 08.11.2020 **Kabul Tarihi/Accepted:** 15.01.2021

©Telif Hakkı 2021 Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği / Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi, Galenos Yayınevi tarafından yayınlanmıştır.



## ABSTRACT

guidance research center (GRC), this might affect the diagnostic decision of the physicians, while evaluating the patients after RASNC, almost half of the participants had difficulties in at least one area of cognitive development, language, speech and communication and child psychiatry, and had problems related to border violation especially with different disciplines, the hospitals they worked in did not have a defined RASNC authorized physician, and patients with the same diagnosis in different centers might differ in terms of special needs area and level.

**Conclusion:** In order to solve the difficulties faced by child and adolescent psychiatrists, rational arrangements should be made in RASNC regulation and then relevant physicians, hospital managers and GRC personnel should be trained on the regulation.

**Keywords:** Child psychiatry, disability, medical committee, special needs

## Giriş

“Özel gereksinimi olan birey” kavramı doğuştan veya sonraki gelişim sürecinde içsel veya dışsal çeşitli nedenlerden dolayı bedensel, ruhsal, sosyal, duyuşsal ve zihinsel yetilerinde değişen derecelerde yeti yitimi ve işlevsellikte kısıtlılık yaşayan, bundan ötürü bireysel ve sosyal adaptasyonda güçlük gösteren birey olarak tanımlanmaktadır.<sup>1</sup> Dünya Sağlık Örgütü özel gereksinim kavramına sağlık bağlamında yetersizlik (impairment), özürülük (disability) ve engellilik (handicap) şeklinde üç boyutlu bir yaklaşım önermektedir.<sup>1</sup> Fizyolojik, psikolojik ve fiziksel işlevlerde eksiklik ve anormallik “yetersizlik”, işlevde yetersizlikten ötürü bir aktivitenin uygulanmasında kısıtlılık “özürülük”, bu yetersizlik ve özürülük sebebiyle kültürel ve sosyal faktörler, yaş ve cinsiyete bağlı beklenen rollerde kısıtlılık ise “engellilik” olarak tanımlanmıştır.<sup>1</sup> Son yıllarda damgalanmayı engellemek adına, özellikle yetilerdeki yetersizliği vurgulayan, çok boyutlu, dinamik ve karmaşık bir yapıya sahip “engellilik” kavramı yerine, ihtiyaç olunan özel gereksinime vurgu yapan “özel ihtiyaç grupları” kavramı kullanılması uygun görülmektedir.<sup>2</sup> Özel gereksinimi olmanın bireyin hayatında yer edinme derecesi; engelleyici koşulların etkileri, toplumdaki diğer bireylerin özel gereksinimi olmayı algılama biçimleri ve özel gereksinimi olan bireyin kaynaklara erişim sağlama ve onları kullanma ihtiyacı şeklinde üç temel faktörden etkilenmektedir.<sup>3</sup>

Birleşmiş Milletler Çocuk Fonu’nun 2005 yılı araştırmalarına göre 18 yaş altı özel gereksinimi olan birey sayısı 150 milyondur.<sup>1</sup> Türk toplumunda ise Devlet İstatistik Enstitüsü’nün 2002 yılı raporlarına göre özel gereksinimi olan birey oranı %12,3 iken, 19 yaş altı ortopedik, görme, işitme, konuşma ve zihinsel engel oranı %3,5 olarak, dahili ve psikiyatrik diğer hastalıklar da dahil edildiğinde oran %8,8 olarak rapor edilmiştir.<sup>4</sup> Özel gereksinimi olan bireylerin sağlık, sosyal, eğitsel ve ekonomik yasal haklarından faydalanmaları için hekiminin yönlendirmesi ile öncelikle sağlık kurullarına başvurmaları gerekmektedir. Çocuk ve ergen psikiyatrisi alanında sağlık kurullarına başvurunun en sık nedenleri zihinsel yetersizlik ve gelişimsel gerilik, diğer sık başvuru nedenleri ise otizm spektrum bozukluğu ve özgül öğrenme bozukluğu olarak bildirilmiştir.<sup>5</sup>

Sağlık kurulu raporu uygulamasında çocuk bireyler için engellilik oranını değil de özel gereksinim durumunu belirlemeye odaklanan farklı bir yönetmelik 20.02.2019 tarihinde yürürlüğe girmiştir. 30692 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan Çocuklar İçin Özel Gereksinim Değerlendirmesi Hakkında Yönetmelik (ÇÖZGER), çocukların bütüncül değerlendirilmesinin sağlanacağı düşüncesi ile yoğun emek harcanarak hazırlanmıştır.<sup>6</sup> Ancak yürürlüğe girdiği ilk günden itibaren başta çocuk ve ergen

ruh sağlığı ve hastalıkları alanında olmak üzere farklı branşlarda ciddi sorunlarla karşılaşmış, çocuk sağlık kurullarının işleyişi olumsuz etkilenmiş, bazı yerlerde durma noktasına gelmiştir. Bu durum da özel gereksinimi olan çocukların ve ailelerinin mağdur olmasına yol açmıştır. Yürürlüğe konulan ÇÖZGER yönetmeliği ile psikiyatrik tanıların kullanılmasından kaçınılması, aynı hastaların farklı kliniklerde farklı gereksinim düzeyleriyle değerlendirilmelerine yol açmaktadır. Bu durum da tutarlılığı olmayan, çelişkiler içeren raporlara yol açabilmektedir. Yönetmelik dikkatli incelendiğinde otizm spektrum bozuklukları (OSB), zihinsel gelişim bozuklukları gibi çocukluk dönemi nörogelişimsel bozukluklarında özel gereksinim düzeylerinin çocuğun gerçek özel gereksinim düzeyi ile bağdaşmadığı, çok hafif, silik otizm bulguları taşıyan çocukların bile bu yönetmelik ile bir anda %90-99 özür oranına sahip duruma geldiği tecrübe edilmektedir. Sözü edilen yönetmelik hükümleriyle, Tıpta Uzmanlık Kurulu Müfredat Oluşturma ve Standart Belirleme Sistemi uyarınca, bir aylık çocuk psikiyatrisi eğitimi (rotasyonu) görmüş bulunan çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanları (pediyatri hekimleri), çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanlarının sorumluluk alanındaki bilişsel gelişim konusunda teşhis koyabilir hale gelmektedir. Bu durum da çocuklara yanlış tanı konulmasına ve eşlik eden diğer psikiyatrik durumların atlanmasına yol açabilir, çocukların ihtiyaç duydukları psikiyatrik müdahalelere ulaşmasını engelleyerek çocukların mağduriyetiyle sonuçlanabilir. Önceki yönetmelik yürürlükte iken bilimsel çalışmalar kılavuzluğunda çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanlarının özürülü sağlık kurullarında yaşadığı zorluklar değerlendirilmiştir,<sup>7,8</sup> ancak bu alanda kapsamlı değişiklikler sunan ÇÖZGER yönetmeliği sonrasında hekimlerin uygulamadaki deneyimleri henüz araştırılmamıştır. Bu çalışmanın amacı, çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanları tarafından çevrim içi doldurulan bir anket aracılığıyla hekimlerin ÇÖZGER yönetmeliği ile ilgili uygulamalarının sorgulanarak, ÇÖZGER yönetmeliği sonrasında Türkiye genelinde alanımızdaki uzmanların karşılaştığı zorlukların incelenmesidir.

## Gereç ve Yöntem

Çalışmamız 01.09.2020-01.11.2020 tarihleri arasında Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dr. Sami Ulus Kadın Doğum Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde yürütülmüştür. Çalışmamızın evreni Türkiye’deki tüm çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları uzman hekimleri ile öğretim üyeleri olarak belirlenmiştir. Bu bağlamda, Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği üyesi tüm çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları uzman hekimleri ile öğretim üyeleri, e-posta yoluyla

çalışmanın kapsamı hakkında detaylı olarak bilgilendirilmiştir. Bunlar arasında çalışmamıza katılmayı kabul eden 156 hekim çalışmanın kapsamına özel olarak araştırmacılar tarafından hazırlanmış anket formunu çevrim içi doldurmuştur. Bu anket formu katılımcının yaşı, cinsiyeti, ünvanı, çalıştığı hastane türü, mesleki deneyim süresi, bir günde değerlendirdiği ayaktan hasta sayısı ve sağlık kurulu hasta sayısı gibi katılımcıya ait değişkenler ile ÇÖZGER yönetmeliğinin yürürlüğe girmesinden sonraki dönemde sağlık kurulu hastalarını değerlendirme, tanılama, heyete yönlendirme ve rapor düzenleme süreci de dahil olmak üzere her aşamadaki uygulamaları ayrıntılı olarak sorgulayan çoktan seçmeli ancak tek yanıt seçeneğine izin verecek şekilde kapalı uçlu ya da aynı anda birden fazla yanıt seçeneğine izin verecek şekilde çoktan seçmeli ve açık uçlu sorulardan oluşmaktadır. İlk olarak araştırmacılar tarafından doldurulan anket formunda, sekiz araştırmacının pilot uygulaması sonucunda geribildirimleri dikkate alınarak anlam ve dil bakımından küçük revizyonlar yapılmıştır. Çalışmamızın etik onayı, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Şehir Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan E1-20-1060 karar numarası ile alınmıştır.

### İstatistiksel Analiz

İstatistiksel değerlendirmeler "SPSS (Statistical Package for Social Sciences) versiyon 17" yazılımı (SPSS Inc., Chicago, IL) kullanılarak yapılmıştır. Kategorik değişkenler için frekans tabloları, devamlı değişkenler için ortalama ve standart sapma değerleri kullanılarak tanımlayıcı istatistik analizler verilmiştir. Açık uçlu sorulara katılımcılar tarafından verilen benzer cevaplar okuyucuya gruplandırılarak sunulmuştur.

### Bulgular

Çalışmamıza çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları alanında çalışan 156 hekim katılmıştır. Katılımcıların ortalama yaşı 33,8 ( $\pm 4,1$ ) olup %67,3'ü (n=105) kadındır. Örneklemi oluşturan hekimlerden 33'ü (%21,2) öğretim üyesi ünvanıyla bir vakıf ya da devlet üniversitesi hastanesinde çalışmaktadır. Örneklem geri kalanı çoğunlukla eğitim ve araştırma hastanesinde (n=72, %46,2) ve devlet hastanesinde (n=51, %32,7) çalışan uzman hekimlerden oluşmaktadır. Katılımcıların %86,5'inin (n=135) çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları alanında uzman hekim olarak mesleki deneyimi 10 yılın altındadır. Katılımcılara ait sosyodemografik değişkenler Tablo 1'de sunulmuştur.

Çalışmamıza katılan hekimlerden %57,7'si (n=90) çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları polikliniklerinde bir günde değerlendirdikleri ayaktan hasta sayısını 20'den az olarak bildirirken, %60,9'u (n=95) bunlar arasından bir günde muayene edilen sağlık kurulu hasta sayısını 10'dan az olarak belirtmiştir. Katılımcıların bir günde değerlendirdikleri ayaktan hasta sayıları ve sağlık kurulu hasta sayıları ile ilişkili değişkenler Tablo 1'de özetlenmiştir. Çalışmamıza katılan hekimlerden %96,2'si (n=150) sağlık kurulu hastalarını değerlendirirken klinik görüşmenin yanı sıra rutin olarak psikometrik testlerden faydalandığını ifade etmiştir. Katılımcılar tarafından psikiyatrik değerlendirme sırasında birden fazla çeşitte psikometrik testten

**Tablo 1. Katılımcılara (n=156) ait sosyodemografik ve klinik değişkenler**

Değişkenler	Sonuç
Yaş (yıl) <sup>a</sup>	33,84 (4,10)
Cinsiyet, n (%)	
Kadın	105 (67,3)
Erkek	51 (32,7)
Hastane, n (%)	
Eğitim ve araştırma hastanesi	72 (46,2)
Devlet hastanesi	51 (32,7)
Üniversite hastanesi (kamu)	32 (20,5)
Üniversite hastanesi (vakıf)	1 (0,6)
Akademik ünvan, n (%)	
Uzman hekim	123 (78,8)
Öğretim üyesi	33 (21,2)
Uzmanlık süresi, n (%)	
<2 yıl	54 (34,6)
2-5 yıl	46 (29,5)
6-10 yıl	35 (22,4)
>10 yıl	21 (13,5)
Katılımcıların bir günde değerlendirdiği ayaktan hasta sayısı, n (%)	
<20	90 (57,7)
20-40	50 (32,1)
>40	16 (10,3)
Katılımcıların bir günde değerlendirdiği sağlık kurulu hasta sayısı, n (%)	
<10	95 (60,9)
10-20	48 (30,8)
>20	13 (8,3)
Katılımcıların yararlandığı psikometrik değerlendirme araçları, n (%)	
Wechsler çocuklar için zeka testi gözden geçirilmiş	125 (82,8)
Ankara gelişim tarama envanteri	123 (81,5)
Denver gelişimsel tarama testi	114 (75,5)
Kent EGY testi	99 (65,6)
Porteus labirent testi	89 (58,9)
Özgül öğrenme güçlüğü bataryası	89 (58,9)
Stanford binet testi	47 (31,1)
Wechsler çocuklar için zeka testi 4	43 (28,5)
Peabody resim kelime testi	22 (14,6)
Goodenough-Harris insan çiz testi	16 (10,6)
Bayley bebek gelişim testi	3 (2)
Wechsler yetişkinler için zeka testi gözden geçirilmiş	3 (2)
Gelişimi izleme ve destekleme rehberi	2 (1,3)
Stroop testi	2 (1,3)
Türkçe ifade edici ve alıcı dil testi	1 (0,7)

<sup>a</sup>: Ortalama (standart sapma)

yararlanıldığı çoktan seçmeli olarak bildirilmiş olup ilişkili değişkenler Tablo 1'de sunulmuştur.

Türkiye genelinde hastaneler arasında sağlık kurulu başvuru işlemleri açısından uygulamada standart bir yaklaşım benimsenmemiş olup farklılıklar olduğu gözlenmiştir. Bu bağlamda katılımcılara hastanelerinde yaygın olarak uygulanan sağlık kuruluna başvuru şekli, aynı anda birden fazla yanıt seçeneğine izin verecek şekilde çoktan seçmeli olarak sorulduğunda, %73,1'i (n=114) hastanın bir hekim tarafından herhangi bir ön değerlendirmeden geçmeksizin yasal vasisinin doğrudan sağlık kuruluna başvurduğunu bildirirken, %77,6'sı (n=121) hastanın birincil olarak çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları uzman hekimi tarafından sağlık kuruluna yönlendirildiğini belirtmiştir. Hekimlerin öz-bildirimlerine göre, hastaların çocuk sağlığı ve hastalıkları ve yan dal uzman hekimleri ile diğer dal hekimleri tarafından sağlık kuruluna yönlendirilmesi sıklık bakımından bahsi geçen diğer başvuru şekillerini takip etmektedir. Çalışmaya katılan hekimler tarafından bildirilen, hastaların sağlık kuruluna başvuru şekilleri Tablo 2'de özetlenmiştir. Katılımcılara sağlık kurulu raporu düzenlerken özel gereksinim düzeyine karar verme sürecini etkileyen faktörler aynı anda birden fazla yanıt seçeneğine izin verecek şekilde çoktan seçmeli olarak sorulduğunda, %94,2'si (n=147) hastanın mevcut tıbbi durumuna, %42,9'u (n=67) Rehberlik Araştırma Merkezi (RAM) tarafından eğitsel onay verilip-verilmemesine, %16,6'sı (n=26) ailenin özel gereksinim düzeyi artırılması veya sağlık kurulu raporunun kaldırılması gibi taleplerine ve %12,8'i (n=20) ise ailenin ekonomik koşullarına göre karar verdiğini belirtmiştir. Katılımcıların öz-bildirimlerine göre ÇÖZGER yönetmeliğinin yürürlüğe girmesinden sonraki dönemde hastaların özel gereksinim düzeyi konusunda karar verme sürecini etkileyen faktörlerin dağılımı Tablo 2'de sunulmuştur.

Çalışmamıza katılan hekimlerden %65,4'ü (n=102) çalıştığı şehirdeki RAM tarafından bazı psikiyatrik tanılara yönetmeliğe aykırı şekilde eğitim onayı verilmediğini ifade etmiştir. Bu tanılar katılımcılara aynı anda birden fazla yanıt seçeneğine izin verecek şekilde çoktan seçmeli olarak sorulduğunda, bildirilenler arasında ilk sırada sınırdan zihinsel kapasite (n=79, %77,5) gelmekte iken, bunu sosyal iletişim bozukluğu (n=67, %65,7), konuşma bozuklukları (n=18, %17,6) ve özgül öğrenme güçlüğü (ÖÖG) (n=11, %10,8) takip etmektedir. Katılımcıların %48,7'si (n=76) RAM'ın bu tanılara eğitsel onay vermemesinin tanısal olarak karar verme sürecini etkilediğini ifade etmiştir.

Çalışmamıza katılan hekimlere ÇÖZGER yönetmeliğinin yürürlüğe girmesinden sonraki dönemde sağlık kurulu hastalarını değerlendirirken hangi alan ya da alanlarda zorluk yaşadığı sorulduğunda, %55,8'i (n=87) bilişsel gelişim alanında, %51,9'u (n=81) dil konuşma ve iletişim alanında ve %50,6'sı (n=79) çocuk ve ergen psikiyatrisi alanında zorluk yaşadığını, %10,3'ü (n=16) ise herhangi bir alanda sorun yaşamadığını bildirmiştir. Çalışmamıza katılan hekimlerden %39,7'si (n=62) çalıştığı hastanede tanımlı bir ÇÖZGER yetkili hekimi olduğunu bildirmiş, bunlardan %80,6'sı (n=50) ÇÖZGER yetkili hekiminin çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimi, geri kalanı (n=12,

**Tablo 2. Çalışmaya katılan hekimler (n=156) tarafından bildirilen, hastaların sağlık kuruluna başvuru şekli ve hekimlerin özel gereksinim düzeyi konusunda karar verme sürecini etkileyen faktörler ile ilişkili değişkenler**

Değişkenler	Sonuç
Hastaların sağlık kuruluna başvuru şekli, n (%)	
Çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları uzman hekimi tarafından yönlendirilme	121 (77,6)
Hastanın yasal vasisi tarafından doğrudan sağlık kuruluna başvuru	114 (73,1)
Çocuk nörolojisi uzman hekimi tarafından yönlendirilme	39 (25)
Gelişimsel pediatri uzman hekimi tarafından yönlendirilme	13 (8,3)
Çocuk sağlığı ve hastalıkları ve diğer yan dal uzman hekimi tarafından yönlendirilme	41 (26,3)
Fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekimi tarafından yönlendirilme	33 (21,2)
Kulak burun boğaz hastalıkları uzman hekimi tarafından yönlendirilme	30 (19,2)
ÇÖZGER yetkili hekimi tarafından yönlendirilme	21 (13,5)
Göz hastalıkları uzman hekimi tarafından yönlendirilme	20 (12,8)
Hekimlerin ÖGV düzeyi konusunda karar verme sürecini etkileyen faktörler, n (%)	
Hastanın mevcut tıbbi durumu	147 (94,2)
Rehberlik Araştırma Merkezi tarafından eğitim onayı verilme durumu	67 (42,9)
Ailenin ÖGV düzeyi artırılması veya sağlık kurulu raporunun kaldırılması gibi talepleri	26 (16,6)
Ailenin ekonomik koşulları	20 (12,8)
Diğer branşlar tarafından belirlenen özel gereksinim düzeyi	1 (0,6)

ÇÖZGER: Çocuklar için özel gereksinim değerlendirmesine ilişkin yönetmelik, ÖGV: Özel gereksinimi vardır

%19,4) ise çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları uzman hekimi olduğunu belirtmiştir.

Hekimlerin %40,4'ü (n=63) ÇÖZGER yönetmeliğinin yürürlüğe girmesinden sonraki dönemde sağlık kurulu raporu düzenleme sürecinde farklı disiplinlerle sınır ihlaliyle ilişkili sorunlar yaşadığını belirtmiştir. Katılımcıların %23,7'si (n=37) çalıştığı hastanede gelişimsel pediatri birimi olduğunu bildirmiş, bunlardan %43,2'si (n=16) gelişimsel pediatri uzman hekiminin sağlık kurulu raporunda bilişsel gelişim alanında, %32,4'ü (n=12) de dil konuşma ve iletişim alanında görüş bildirdiğini ifade etmiştir. Katılımcılardan %67,6'sı (n=25) gelişimsel pediatri uzman hekimi tarafından sağlık kurulu raporunda bahsi geçen alan ya da alanlarda görüş bildirilen hastaların kendileri tarafından tekrar değerlendirildiğini belirtmiştir.

Çalışmamıza katılan hekimlerden %55,1'i (n=86) ÇÖZGER yönetmeliğinin yürürlüğe girmesinden sonraki dönemde yönetmeliğe uygun şekilde dil konuşma ve iletişim alanında hastaları değerlendirirken kendini yeterli olarak görmediğini



belirtmiştir. Katılımcıların %79,5'i (n=124) çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları alanında çalışmaya başladıktan sonra dil-konuşma değerlendirmesine yönelik herhangi bir eğitim almadığını bildirirken, %49,4'ü (n=77) bu alanda hastaları değerlendirirken klinik görüşmenin yanı sıra rutin olarak odyolojik değerlendirmeden faydalandığını belirtmiş, %73,7'si (n=115) de çalıştığı hastanede odyolojik değerlendirme yapıldığını ifade etmiştir. Katılımcıların %32,7'si (n=51) çalıştığı hastanede kulak burun boğaz hastalıkları uzman hekiminin ÇÖZGER yönetmeliğinin yürürlüğe girmesinden sonraki dönemde sağlık kurulu raporunda dil konuşma ve iletişim alanında halen görüş bildirmeyi sürdürdüğünü belirtmiştir.

Türkiye genelinde ÇÖZGER yönetmeliğinin yürürlüğe girmesinden sonraki dönemde farklı kliniklerde aynı tanıya sahip hastaların farklı özel gereksinim alanlarında, farklı tanı kodları ve özel gereksinim düzeyleriyle değerlendirildiği gözlenmiştir. Bu bağlamda incelendiğinde çalışmamızda katılımcıların %52,6'sı (n=82) sosyal iletişim bozukluğu tanılı hastaların özel gereksinim düzeyini çocuk ve genç psikiyatrisi alanında bildirirken, geri kalanı (n=74, %47,4) dil konuşma ve iletişim alanında belirttiğini ifade etmiştir. Katılımcılara 6 aylık ve daha küçük bebeklerin özel gereksinim düzeyi hakkında sağlık kurulu raporunda görüş bildirirken genel yaklaşımı çoktan seçmeli olarak sorulduğunda, %42,3'ü (n=66) "özel gereksinimi yoktur ve bir yıl sonra kontrolü uygundur" şeklinde görüş bildirdiğini, %37,2'si (n=58) "bilişsel gelişimi normal olmasına rağmen ilerleyen dönemde bilişsel gecikme açısından riskli olduğu için özel gereksinimi vardır" şeklinde görüş bildirdiğini, %20,5'i (n=32) ise bebeğin klinik durumuna göre değişen derecelerdeki özel gereksinim düzeyini belirttiğini ifade etmiştir. Ayrıca, çalışmamıza katılan hekimlerden %94,2'si (n=147) ÇÖZGER yönetmeliğinin yürürlüğe girmesinden sonraki dönemde anksiyete bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk ve travma sonrası stres bozukluğu tanılarına yönelik sağlık kurulu raporu düzenleme sıklığında artış olmadığını belirtmiştir.

Çalışmamıza katılan hekimlere psikiyatrik tanılarına karşılık gelen ÇÖZGER özel gereksinim düzeyleri aynı anda birden fazla yanıt seçeneğine izin verecek şekilde çoktan seçmeli olarak sorulduğunda, ÇÖZGER yönetmeliği öncesinde sınırdan

zihinsel kapasite olarak görüş bildirilen hastalar için %98,7'si (n=154) mevcut koşullarda kanaatini "özel gereksinim vardır (ÖGV)" olarak, %7,1'i (n=11) de "hafif düzeyde ÖGV" olarak kullandığını ifade etmiştir. Önceki yönetmeliğe göre hafif, orta ve ağır düzeyde zihinsel yetersizlik olarak görüş bildirilen hastaların ÇÖZGER'deki özel gereksinim düzeyi karşılığında ilişkin katılımcılardan oldukça geniş bir yelpazede değişen yanıtlar alınmış, bunlar Tablo 3'te sunulmuştur. Ağır düzeyde ÖÖG olan hastalara mevcut yönetmeliğe göre katılımcıların %89,1'i (n=139) ÖGV, %19,9'u (n=31) hafif düzeyde ÖGV, %2,6'sı (n=4) da orta düzeyde ÖGV şeklinde görüş bildirdiğini beyan etmiştir. Zihinsel yetersizlik, OSB ve ÖÖG tanıları alan hastalara ÇÖZGER yönetmeliği uyarınca hekimlerin uygun gördüklerini belirttikleri özel gereksinim düzeyleri Tablo 3'te özetlenmiştir.

Çalışmamıza katılan hekimlerin çok büyük bir bölümünün (n=149, %95,5) ÇÖZGER yönetmeliği öncesinde sağlık kurulu raporunda başka türlü adlandırılmayan yaygın gelişimsel bozukluk veya atipik otizm olarak görüş bildirdiği hastaları için mevcut koşullarda kanaatini "özel koşul gereksinimi vardır (ÖKGV)" olarak belirttiğini ifade etmesine rağmen, %4,5'inin (n=9) diğer özel gereksinim düzeylerini bildirdiği anlaşılmıştır. Katılımcıların %55,1'i (n=86) OSB tanılı tüm hastaların ÇÖZGER yönetmeliği uyarınca ÖKGV almasının ailelerin sağlık kuruluna başvuru kararını etkilemediğini belirtmiştir. Bu durumdan dolayı sağlık kuruluna başvuru sayısının arttığını (n=34, %21,8) ya da azaldığını (n=36, %23,1) bildiren hekimlere ise açık uçlu olarak nedeni sorulduğunda, maaş ve sosyal haklardan yararlanma (n=17, %27,9) ve vergi indirimi (n=12, %19,7) gibi nedenlerle artış olduğu, ağır engelli statüsü (n=25, %40,9), damgalanma endişesi (n=5, %8,2) ve örgün eğitimde yaşanabilecek olası sorunlar (n=2, %3,3) gibi nedenlerle azalma olduğu ifade edilmiştir.

Çalışmamıza katılan hekimlerden %51,9'u (n=81) ÇÖZGER yönetmeliğinde sosyal ve ekonomik haklardan yararlanma durumunun Balthazard formülü ile sağlık kurulu engel oranının hesaplanması yerine rapordaki alanlar arasından en yüksek özel gereksinim düzeyine göre belirlenmesinin, hekim ve hastanın yasal vasisi arasında sorun yaşanma sıklığında

**Tablo 3. Çalışmaya katılan hekimler (n=156) tarafından bildirilen ÇÖZGER öncesi tanılarına karşılık gelen ÇÖZGER özel gereksinim düzeylerinin dağılımı**

ÇÖZGER öncesi tanı	ÇÖZGER özel gereksinim düzeyi						
	ÖGV	Hafif ÖGV	Orta ÖGV	İleri ÖGV	Çok ileri ÖGV	Belirgin ÖGV	ÖKGV
Hafif düzeyde zihinsel yetersizlik	6 (3,8)	87 (55,8)	142 (91)	7 (4,5)	4 (2,6)	-	-
Orta düzeyde zihinsel yetersizlik	-	-	11 (7,1)	89 (57,1)	115 (73,7)	15 (9,6)	25 (16)
Ağır düzeyde zihinsel yetersizlik	-	-	-	5 (3,2)	20 (12,8)	61 (39,1)	130 (83,3)
Çok ağır düzeyde zihinsel yetersizlik	-	-	1 (0,6)	-	5 (3,2)	15 (9,6)	150 (96,2)
Başka türlü adlandırılmayan yaygın gelişimsel bozukluk	-	-	2 (1,3)	3 (1,9)	2 (1,3)	2 (1,3)	149 (95,5)
Ağır düzeyde özgül öğrenme güçlüğü	139 (89,1)	31 (19,9)	4 (2,6)	-	-	-	-

ÇÖZGER: Çocuklar için özel gereksinim değerlendirmesine ilişkin yönetmelik, ÖGV: Özel gereksinimi vardır, ÖKGV: Özel koşul gereksinimi vardır

artışa neden olduğunu ifade etmiştir. Öte yandan, hekimlerin %60,9'u (n=95) ÇÖZGER yönetmeliğinin yürürlüğe girmesinin sağlık kurulu raporu düzenleme sürecine bazı olumlu katkıları olduğunu bildirmiştir. Bunlar katılımcılara açık uçlu olarak sorulduğunda, bilişsel gelişimi normal riskli bebeklerin erken dönemde özel gereksinimli sayılarak eğitimden yararlanması, sağlık kurulu raporundan ağır engellilik ibaresinin ve özür oranlarının kaldırılması ile ailelerin bunlarla ilişkili taleplerinin azalması ve damgalamayı engellemesi gibi durumlar ÇÖZGER yönetmeliğinin olumlu katkıları olarak belirtilmiştir. Son olarak katılımcılara ÇÖZGER yönetmeliği ile ilgili düşünceleri açık uçlu olarak sorulduğunda, bazı psikiyatrik tanılarının özel gereksinim düzeylerinin net olarak belirlenememesi nedeniyle fikir birliği oluşturulmadığı ve bunun standardizasyona engel olduğu görüşü sıklıkla ifade edilmiştir. Ayrıca, OSB yelpazesinde hafif belirtileri olanlar ile daha ağır olguların aynı özel gereksinim düzeyinde değerlendirilmesinin damgalamaya ve eğitim olanaklarından ihtiyaca göre yararlanılamamasına neden olduğu katılımcılar tarafından ağırlıklı olarak bildirilmiştir.

## Tartışma

Çalışmamızda, ÇÖZGER yönetmeliğinin yürürlüğe girmesinden sonraki dönemde sağlık kurulu hastalarını değerlendirme, tanılama, heyete yönlendirme ve rapor düzenleme de dahil olmak üzere tüm basamaklarda uygulamada karşılaşılan zorluklar çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları alanında çalışan hekimlerin öz-bildirimlerine dayalı olarak sunulmuştur. Erişkinler esas alınarak hazırlanmış engelli sağlık kurulu yönetmeliğinin yerine, içinde çocukluk döneminin gelişimsel sürecine özgü değişiklikler barındıran ÇÖZGER yönetmeliği ile engelleri olan her çocuğun tutarlı bir biçimde uygulayıcıdan ve tekrardan bağımsız olarak sağlık, eğitim, rehabilitasyon, diğer sosyal ve ekonomik haklardan yararlanması amaçlanmıştır.<sup>6</sup> Bu amaçla ÇÖZGER yönetmeliğinde standart işlevsel bilişsel (dil-bilişsel) gelişimi değerlendirme araçlarının kullanımı desteklenmekle birlikte, önceki yönetmelikten farklı olarak sağlık kurulu raporunda yer alan "bulgular, tetkikler, işlev ve etkinliklerdeki kısıtlılıklar" bölümünde test sonuçlarının standart sapma ya da yüzdelik olarak belirtilmesi beklenmektedir. Çalışmamızda çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları alanında çalışan hekimlerin neredeyse tamamı tarafından değerlendirme sırasında, yönetmeliğe uygun biçimde Wechsler çocuklar için zeka testi gözden geçirilmiş formu, Ankara gelişim tarama envanteri, özgül öğrenme güçlüğü bataryası ve Stanford Binet testi gibi psikometrik testlerden yararlanıldığı gösterilmiştir. Öte yandan, önceki yönetmeliğe göre zihinsel yeti yitimi ve bilişsel gelişim geriliğini raporlamada hekimlerin karşılaştıkları zorlukları araştıran başka bir çalışmada uzmanların neredeyse yarısının bu testleri kullanmadığı, kullanılan testlerin güncelliğini yitirmiş olması ve testler konusunda uzmanlaşmış deneyimli yardımcı sağlık personeli eksikliğinden dolayı bu araçların nihai karara katkı sağlamadığı bildirilmiştir.<sup>8</sup> Değerlendirme sırasında psikometrik araçların kullanımı ÇÖZGER yönetmeliği ile birlikte artmış gözükse de bu konuda dikkatli olunmalıdır, bunlar çocuğun gerçekte var olan işlevselliğini yansıtamayabileceği için

hekimin klinik görüşü esas alınmalıdır. Ayrıca, çocuğun bilişsel gelişimi ile birlikte işlevselliğini de değerlendiren, kültürümüze uygun, güncel, geçerli ve güvenilir standart ölçme araçlarının geliştirilmesi gelecekte özel gereksinim düzeyini belirlemede hekimlere yardımcı olacaktır.

Çalışmamızda Türkiye genelinde hastaneler arasında ÇÖZGER yönetmeliğinin uygulanmasında farklılıklar olduğu açıkça ortaya konulmuştur. Sağlık kuruluna başvuru şekli ÇÖZGER yönetmeliğinin ikinci bölümünde, kurulun teşkili ve çalışma usulü ile ilgili olan kısımda, altıncı maddenin yedinci bendinde çocuğu izlemekte olan çocuk hekiminin ya da ilgili uzman hekimin değerlendirmeyi yaparak ÇÖZGER yetkili hekimine yönlendirmesi, izleyen hekim yoksa doğrudan ÇÖZGER yetkili hekiminin değerlendirerek sağlık kuruluna yönlendirmesi şeklinde belirtilmiş olmasına rağmen, çalışmamızda hekimlerin çoğunluğu tarafından çalıştıkları hastanelerde çocuğun bir hekim tarafından herhangi bir ön değerlendirmeden geçmeksizin yasal vasisinin doğrudan sağlık kuruluna başvurabileceği bildirilmiştir. Özbaran ve Köse<sup>7</sup> altı yıllık özürü sağlık kurulu deneyimlerini paylaştığı çalışmada, bazı kurumların devletin maddi ödenek imkanlarından yararlanmak amacıyla çocukların yasal vasilerini rapor alımı için teşvik ettiğinin ve aynı kişilerin birçok farklı çocuğun velisi gibi görünmeye çalıştığının belirlendiği ifade edilmiştir. Bu açıdan yönetmeliğe aykırı bir biçimde doğrudan sağlık kuruluna başvuru şekli, sağlık kurulu üzerindeki iş yükünü artırmakta ve kurulu bahsi geçen kişiler tarafından kötüye kullanıma açık hale getirmektedir. ÇÖZGER yetkili hekimi yönetmelikte başhekim tarafından yetkilendirilen çocukların özel gereksinim değerlendirmesine yönelik eğitilmiş çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimi olarak tanımlanırken, çalışmamızda hekimlerin yarısından daha azından çalıştıkları hastanede tanımlı bir ÇÖZGER yetkili hekiminin olduğu, bunların yaklaşık beşte birinden ÇÖZGER yetkili hekiminin sağlık kuruluna hasta yönlendirmesi yapan birincil hekim olan çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları uzman hekimi olarak görevlendirildiği öğrenilmiştir. Ayrıca, Yıldız ve Tarakçıoğlu<sup>9</sup> sağlık kurulu hastalarının önceki tanıları ile ÇÖZGER sonrasındaki özel gereksinim düzeylerini karşılaştırdığı çalışmada, çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanı olan ÇÖZGER yetkili hekimi tarafından çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları bölümüne yönlendirme yapılmadığı için değerlendirilememiş ancak sağlık kurulunda özel gereksinim ihtiyacı olduğu fark edilen hastaların olduğu, bu durumun ÇÖZGER yetkili hekiminin çocuk psikiyatrisi alanıyla ilgili yeterli bilgi ve deneyimi olmamasıyla ilişkili olabileceği belirtilmiştir. Bu bağlamda hem ÇÖZGER yetkili hekimine özel gereksinimli çocukların bütüncül değerlendirmesi için hem de sağlık kurulunun işletilmesi ile ilgili karar merci olan hastane yönetimine süreç koordinasyonu için ÇÖZGER yönetmeliğine yönelik hizmet içi eğitimler verilerek hastaneler arasındaki uygulama farklılıkları giderilmeye çalışılmalıdır.

Çalışmamızda, farklı şehir ya da ilçelerdeki RAM'ların eğitim düzenlemesi sırasındaki farklı uygulamalarının, hekimlerin neredeyse yarısının ÇÖZGER sağlık kurulu raporundaki özel gereksinim alanı ve gereksinim düzeyi açısından tanısal

olarak karar verme sürecini etkilediği gösterilmiştir. Hekimler tarafından ÇÖZGER yönetmeliğine uygun davranıldığında, RAM'ın eğitsel onay vermemesi özel gereksinimli çocukların eğitim hizmetine erişimini engellemekte, öte yandan yönetmeliğe aykırı davranılması durumunda ise hekimin kusurlu olmasının yanı sıra ulaşılan hizmetin niteliği de bu çocukların özel gereksinim alanı ya da düzeyine uygun olmamaktadır. Hem hekimlerin hem de özel gereksinimli çocukların bu konudaki mağduriyetlerinin giderilmesi açısından sac ayağının önemli bir parçası olan RAM çalışanlarının eğitim düzenlemesi ile ilgili olarak özel gereksinim alanları ve düzeylerine yönelik eğitilmesi ve özel eğitim hizmetleri yönetmeliğinde RAM'ın içsel süreçleriyle ilgili düzenlemelerinin ÇÖZGER yönetmeliğine uyumlu bir şekilde güncellenmesi gerekmektedir.

Çalışmamızda hekimlerin neredeyse yarısının ÇÖZGER yönetmeliğinin yürürlüğe girmesinden sonraki dönemde sağlık kurulu hastalarını değerlendirirken bilişsel gelişim, dil konuşma ve iletişim ve çocuk ve ergen psikiyatrisi olmak üzere en az bir alanda zorlandığı, özellikle farklı disiplinlerle sınır ihlaliyle ilişkili sorunlar yaşadığı gösterilmiştir. ÇÖZGER yönetmeliği özel gereksinim alanları kılavuzunda bilişsel gelişim alanında önerilen aile merkezli bütüncül klinik değerlendirmeyi yapabilecek uzmanlar; çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanları, gelişimsel pediatri uzmanları, çocuk nöroloji uzmanları, çocukta bilişsel değerlendirme konusunda eğitim aldığı belgelenen veya çocuk ruh sağlığı, gelişimsel pediatri rotasyonu yaptığı belgelenen çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanları, psikologlar (tercihen klinik psikologlar) ve üniversitelerin ilgili lisans programlarından mezun çocuk gelişimciler olarak belirtilmiştir.<sup>6</sup> Çalışmamıza katılan hekimlerin yaklaşık olarak dörtte birinden çalıştığı hastanede gelişimsel pediatri uzmanının olduğu, bunların neredeyse yarısının sağlık kurulu raporunda bilişsel gelişim alanında görüş bildirdiği ve sonrasında bu hastaların çoğunun çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanları tarafından tekrar değerlendirildiği öğrenilmiştir. Türkiye genelinde çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanları arasında bile mesleki sorumluluk alanlarına giren bilişsel gelişim konusunda özel gereksinim düzeyi bakımından henüz net bir ortak yaklaşım geliştirilememiş iken, gelişimsel pediatri veya çocuk nörolojisi gibi farklı klinik nosyondan gelen disiplinlerle üzerinde uzlaşı sağlanmadığı olguların olması kuvvetle muhtemeldir. Bu durum özel gereksinimli çocukların ihtiyacı olan hizmet ve desteği alamamasına ve OSB, duygusal ve davranışsal sorunlar gibi mevcut psikiyatrik eş-tanıların atlanmasına, normal gelişim gösterenlerin taklit yoluyla maddi kazanç elde edebilmesi için elverişli bir ortama, hekimler açısından iş yerinde huzur ortamının bozulmasına ve iş yükü artışına neden olabilmektedir. Bu yüzden ÇÖZGER'de çocuk psikiyatrisi alanı gibi bilişsel gelişim alanı da sadece çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanları tarafından değerlendirilmelidir.

Çalışmamızda çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanlarının yaklaşık yarısının dil konuşma ve iletişim alanında sağlık kurulu hastalarını değerlendirirken kendini yeterli olarak görmediği ve rutin olarak odyolojik

değerlendirmeden faydalandığı, büyük çoğunluğunun dil-konuşma değerlendirmesine özel bir eğitim almadığı, yaklaşık üçte birinin çalıştığı hastanede kulak burun boğaz hastalıkları uzmanının sağlık kurulu raporunda bu alanda halen görüş bildirdiği ve daha az sıklıkta olmakla birlikte gelişimsel pediatri uzmanının da görüş bildirdiği öğrenilmiştir. ÇÖZGER yönetmeliğinde bu alanda değerlendirme yapabilecek uzmanların çocuk gelişimci, çocuk nöroloji uzmanı, çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanı, çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanı, dil ve konuşma terapisti, eğitim odyoloğu, gelişimsel pediatri uzmanı, klinik odyolog ve psikolog olarak belirtilmesi uygulamada gözle görülür bir karmaşaya sebep olmuştur. Çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanlarının bu alanda görüş belirtmek istemediği, ancak yönetmelik uyarınca zorunda kaldığı anlaşılmaktadır. Ayrıca, zihinsel yetersizlik ve OSB gibi tanıları olan küçük çocukların dil konuşma ve iletişim alanı değerlendirmesinde, ÇÖZGER yönetmeliğine uygun olarak gelişimsel pediatri uzmanları konuşma terapisi desteğini en erken dönemde almalarını onaylarken, çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanları toplamda 3 yıl ile sınırlandırılmış bu desteğin çocukların ihtiyacına göre konuşma terapisti ile koopere olabilecekleri bir dönemde (genellikle 4 yaş sonrasında) almalarını önermektedir. Yine bu alandaki fikir ayrılıkları aynı durumdaki çocukların haklardan eşit yararlanamaması ya da sahip olduğu sınırlı imkanı verimsiz kullanması ile sonuçlanmaktadır. Konuşma alanındaki kısıtlılıkların değerlendirmesinin kulak burun boğaz hastalıkları uzmanı tarafından yapılması, alıcı ve ifade edici dil gelişimindeki kısıtlılıklara bilişsel gelişim alanında ve sosyal iletişim bozukluğuna çocuk ve ergen psikiyatrisi alanında yer verilmesi ve bunların değerlendirilmesinin çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanı tarafından yapılması gibi düzenlemelerle ÇÖZGER sonrasında yaşanan zorluklar ortadan kaldırılabilir.

Türkiye'nin farklı bölgelerinden hekimlerin katıldığı çalışmamızda ÇÖZGER yönetmeliğinde açıkça belirtilmiş olmasına rağmen halen azımsanmayacak sayıda hekim tarafından bilişsel gelişimi -3 standart sapma ve altında olan orta, ağır veya çok ağır düzeyde zihinsel yetersizlik gibi tanıları olan çocukların ÖKGV'nin yanı sıra orta, ileri, çok ileri veya belirgin ÖGV gibi özel gereksinim düzeyleri ile değerlendirilebildiği, yönetmeliğe göre geniş bir yelpazede özel gereksinim düzeyinin belirtilebileceği hafif düzeyde zihinsel yetersizlik tanıları çocuklarda ise ilginç bir şekilde ortak bir yaklaşımın benimsendiği, bu çocukların işlevselliğe göre çoğunlukla orta ÖGV, daha az olarak hafif ÖGV biçiminde değerlendirildiği gösterilmiştir. Sosyal ve ekonomik haklar bakımından orta düzeyde zihinsel yetersizlik tanısı geçmişte %70 özür oranına sahipken, ÇÖZGER yönetmeliğine göre ilgili mevzuat ile uyum arandığında ÖKGV'ye karşılık gelen özür oranı %90-99 aralığındadır.<sup>9</sup> Bu hastalarda özel gereksinim düzeyi belirlenirken ÇÖZGER yönetmeliğine aykırı olarak ileri ÖGV, çok ileri ÖGV, belirgin ÖGV ve ÖKGV şeklinde derecelendirme ile gelişmekte olan ülkemizin kısıtlı imkanları adil bir şekilde dağıtılmaya çalışılıyor olsa da uygulayıcıdan bağımsız standart bir eğitim, sosyal destek ve yardım hizmeti sağlanması imkansız hale gelmektedir. Öte yandan, ÇÖZGER

yönetmeliğinin beşinci bölümünün kazanılmış haklarla ilgili olan on beşinci maddesinde çok ileri ÖGV, belirgin ÖGV ve ÖKGV'nin ilgili mevzuatın uygulanması açısından zaten ağır engellilik durumunu ifade ettiği belirtilmektedir.<sup>6</sup> Bu bağlamda hekimler yönetmeliğin düzgün bir şekilde uygulanması için sağlık bakanlığı tarafından ÇÖZGER ve ekonomik ve sosyal haklar açısından ÇÖZGER'e göre uygulanan mevzuatlarla ilgili çevrimiçi bir eğitime tabi tutulmalıdır. Ayrıca Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği tarafından düzenlenecek ilk ulusal kongrenin bir oturumunda sahadaki uzmanların ÇÖZGER uygulamaları ile ilgili deneyimleri ve geri bildirimleri öğrenilerek bu konuda bir eylem planı oluşturulmalıdır.

Çalışmamızda ÇÖZGER yönetmeliğine uygun biçimde çocuk psikiyatrisi alanında bozukluğun derecesine bakılmaksızın OSB'li çocukların ÖKGV, ÖÖG'li çocukların ise ÖGV olarak değerlendirildiği gösterilmiştir. Hekimlerin yaklaşık yarısı, OSB tanısının geçmişte %40 veya %80 özür oranlarına sahipken, ÇÖZGER yönetmeliği ile özür oranının %90-99 aralığına yükselmesinin, ailenin maaş ve ÖTV indirimi gibi ekonomik ve sosyal haklardan yararlanma isteği ile ağır engelli statüsüne bağlı olarak damgalanma ve örgün eğitimde sorun yaşanması endişesi gibi nedenlerle sağlık kurulu başvurularında artma ya da azalma olduğunu düşünmektedir. Öte yandan, bazı hekimlere göre OSB'li çocukların tamamının ÖKGV olarak değerlendirilmesi, uyaran eksikliği ve atipik otizm gibi isimlendirmelerin ailelerin zihninde oluşturduğu çocuğun durumunu hafifletici algıyı değiştirmekte, sadece ağır engelli evet ibaresinin varlığında sosyal ve ekonomik haklardan yararlandığı önceki yönetmeliğin aksine sağlık kurulundan bağımsız bir şekilde her çocuğa eşit olarak bu hizmetleri sağlamaktadır. Ayrıca, bazı hekimlerden otizm bulguları çok hafif ya da silik ise sosyal iletişim bozukluğu tanısıyla ÖGV olarak değerlendirilen münferit hastaların olduğu öğrenilmiştir, ancak bu durumda çocuğun gerçek tanısı ve ihtiyacı ile destek eğitim hizmetinin alanı uyumsuzdur, kaynakların verimsiz kullanımı sonucunda çocukta beklenen ilerleme gözlenmeyebilir. Bu noktada ÇÖZGER yönetmeliğinde değişikliğe gidilmesi, OSB tanısına yönelik bozukluğun şiddetine ve işlevselliğe göre ÖGV ve ÖKGV olmak üzere iki düzeyde derecelendirme yapılarak özel gereksinim düzeyinin belirlenmesi ve sosyal ve ekonomik imkanların ihtiyaca göre düzenlenmesi daha doğru olacaktır.

Çalışmamızda ÇÖZGER sonrası çocukların sosyal ve ekonomik haklarının belirlenmesinde Balthazard formülü ile sağlık kurulu engel oranının hesaplanması yerine rapordaki alanlardan en yüksek özel gereksinim düzeyinin esas alınmasından dolayı hekimlerin yaklaşık yarısının aileler ile sorun yaşama sıklığında artış olduğu gösterilmiştir. Farklı alanlardan birden fazla eşyanıya sahip çocuk her birinden ayrı ayrı özel gereksinim düzeyi alırken, bu kısıtlılıkların işlevselliğe toplu etkisi ayrı ayrı etkilerinden daha fazla olmaktadır. Dolayısıyla çocuğun gerçekteki özel gereksinim düzeyi, bu alanlar arasından en yüksek olan düzey ile her zaman örtüşmeyebilir, bu da eşitlik ilkesine aykırı bir şekilde hak kaybına neden olmaktadır. Bu açıdan mağduriyetlerin giderilmesi için tüm alanların kümülatif etkisini barındıran Balthazard formülüne benzer bir hesaplama

yine yapılmalı, bu oran en yüksek özel gereksinim düzeyine karşılık gelen orandan yüksek ise çocuğun hakları buna göre belirlenmelidir.

Çalışmamızda ÇÖZGER yönetmeliğinin yürürlüğe girmesinin sağlık kurulu raporu düzenleme sürecine olumlu katkılarının da olduğu gösterilmiştir. Özellikle down sendromu gibi bilişsel açıdan gidişatı belli kalıtsal hastalıklar için olmak üzere mevcut haliyle bilişsel gelişimi normal tüm riskli bebeklerin erken dönemde özel gereksinimli olarak tanımlanabilmesi, sağlık kurulu üyelerinin hep birlikte ağır engellilik durumuna karar vermek zorunda olmaması, sağlık kurulu raporundan ağır engellilik ibaresinin ve özür oranlarının kaldırılması ile ailelerin bunlarla ilişkili taleplerinin azalması ve damgalamanın engellenmesi, çocukların ruhsal olarak etkilenmemesi için heyete çıkarılmaksızın rapor düzenlenmesi, kendileri okuduğunda rencide olabilecekleri zeka geriliği ya da mental retardasyon gibi terimlerin raporda kullanılmaması ve raporların elektronik imzalı olarak düzenlenmesi ve ilgili sistemde arşivlenmesi hem özel gereksinimli çocuklar hem de bu alanda çalışan uzmanlar açısından yararlı düzenlemelerdir.

#### Çalışmanın Kısıtlılıkları

Çalışmamızın bulguları bazı kısıtlılıkları dikkate alınarak yorumlanmalıdır. Türkiye'nin bazı illerinde sağlık kurulunda görevli sadece bir çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanı olduğu bilindiğinden katılımcılara kimliklerinin anonim kalması için çalıştıkları iller sorulmamıştır. Ülkemizde hızla artan çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanı sayısına göre örneklemimizin büyüklüğü nispeten azdır, bu durum çevrim içi anket formunun uzun olmasına ve doldurulmasının zaman almasına bağlı olabilir. Çalışmamızda katılımcıların ÇÖZGER uygulamaları ile ilgili deneyimleri araştırılırken kaza, yaralanma ya da onkolojik, nörolojik hastalıklara bağlı bilişsel işlevlerde sonradan edinilmiş kısıtlılıkların değerlendirilmesine ilişkin sağlık kurulu raporunda belirtilen tanı kodu, özel gereksinim alanı ve düzeyi sorgulanmamıştır. Ancak yönetmeliğin ekler bölümünde çocuk psikiyatrisi alanının açıklandığı tabloda organik beyin hasarına bağlı bilişsel işlevlere dair özel gereksinimin çocuk psikiyatrisi alanında belirtilmesi önerilirken, bilişsel gelişim alanının temel ilkelerinin anlatıldığı kısımda ise bilişsel kısıtlılıkların genetik, doğmalık ya da edinsel nedenlerle ortaya çıkabileceği, nedenden bağımsız bu alanda raporlanması gerektiği ifade edilmektedir. Ayrıca, ÇÖZGER yönetmeliği ile rapora itirazın ilk otuz günle sınırlandırılması, çocuğun özel gereksiniminin değişmesi halinde bakım verenin talebi ile ilgili uzmanın uygun görmesi halinde süre aranmaksızın yeni rapor çıkarılması gibi yeni düzenlemelerin hekimlerin uygulamalarına etkisi araştırılmamıştır. Bahsi geçen maddelerin de klinik yansımalarının araştırılacağı, çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanı dışındaki sağlık kurulu üyelerinin de dahil edileceği, özellikle sınır ihlali sorunları yaşadığımız kulak burun boğaz hastalıkları uzmanı, çocuk nörolojisi uzmanı ve gelişimsel pediatri uzmanının da ÇÖZGER yönetmeliği ile ilgili geri bildirimlerinin alınacağı, sonraki uygulamalar için kapsamlı öneriler sunacak ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

## Sonuç

Erişkinler esas alınarak hazırlanmış engelli sağlık kurulu yönetmeliğinin yerine, içinde çocukluk döneminin gelişimsel sürecine özgü değişiklikler barındıran ÇÖZGER yönetmeliği, aile merkezli bütüncül değerlendirmeyi sağlayacağı düşünülerek yoğun emek harcanarak hazırlanmıştır. Yönetmeliğin yürürlüğe girmesinden itibaren uygulamada çeşitli zorluklarla karşılaşmış, öncesinde gerekli elektronik sistemin alt yapısı oluşturulmamış, ilgili hekimler, hastane yöneticileri ve RAM çalışanları sistemin işleyişi ve yönetmelik konusunda eğitilmemiş, RAM işleyişiyle ilgili mevzuat ÇÖZGER ile uyumlu bir şekilde güncellenmemiş ve çocuk sağlık kurullarının işleyişi olumsuz etkilenmiştir. ÇÖZGER yönetmeliği özneline ise sağlık kurulu raporunda bilişsel gelişim alanı ile dil konuşma ve iletişim alanında farklı disiplinlerden hekimlerin görüş bildirebilmesi, bilişsel gelişim alanında psikiyatrik tanuların yerine özel gereksinim düzeylerinin geniş bir yelpazede kullanılabilmesi ve hafif otizm bulguları taşıyan çocukların bile ağır engelli olarak sayılabilmesi, ivedilikle çözülmesi beklenen öncelikli konular olarak ele alınmalıdır.

## Teşekkür

Çalışmamıza desteğinden ötürü Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği başkanı Prof. Dr. Eyüp Sabri Ercan'a teşekkür ederiz.

## Etik

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

**Etik Kurul Onayı:** Çalışma için Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Şehir Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan E1-20-1060 karar numarası ile alınmıştır.

**Hasta Onayı:** Anket formunun doldurulması için katılımcılardan elektronik ortamda yazılı onam alınmıştır.

## Yazarlık Katkıları

Konsept: S.D.U., M.Ç., F.H.Ç., S.B.A., Dizayn: S.D.U., M.Ç., F.H.Ç., M.C., R.D.T., S.B.A., Veri Toplama veya İşleme: S.D.U., M.Ç., A.E., F.H.Ç., M.C., R.D.T., Y.G., S.B.A., Analiz veya Yorumlama: S.D.U., M.Ç., S.B.A., Literatür Arama: S.D.U., M.C., R.D.T., Y.G., Yazan: S.D.U., M.Ç., A.E.

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

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

## Kaynaklar

1. Dünya Sağlık Örgütü. Dünya Engellilik Raporu. Ankara; Anıl Group Matbaa; 2011.
2. Güven Y. Farklı Gelişen Çocuklar. İçinde: Kulaksızoğlu A (editör). Özel Eğitime Giriş. Ankara; Nobel; 2015:45-83.
3. Smeltzer SC. Improving the health and wellness of persons with disabilities: a call to action too important for nursing to ignore. *Nursing Outlook*. 2007;55:189-195.
4. Devlet İstatistik Enstitüsü. Türkiye Özürlüler Araştırması. Ankara; Devlet İstatistik Enstitüsü Matbaası; 2002.
5. Yektaş Ç, Kaplan SE. Bir Üniversite Hastanesi Çocuk Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Birimi'ne başvuran hastaların sağlık kurulu raporlarının değerlendirilmesi. *Konuralp Tıp Derg*. 2017;9:228-232.
6. Çocuklar İçin Özel Gereksinim Değerlendirmesi Hakkında Yönetmelik (ÇÖZGER). Resmi Gazete Tarihi: 20.02.2019, Resmi Gazete Sayısı: 30692 mükerrer. <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2019/02/20190220-1.htm>
7. Özbaran B, Köse S. Health committee reports for disabled children in child psychiatry practice: the last six-year experience of Ege university. *Turk J Child Adolesc Ment Health*. 2011;18:67-72.
8. Esin İS, Öğütlü H, Büyükdeniz A, Babadağı Z, Dursun OB, Başgül ŞS. The Challenges of Child and Adolescent Psychiatrists in the Process of the Disability Report Evaluation, *GUJHS*. 2020;9:163-171.
9. Yıldız D, Tarakçıoğlu MC. Evaluation of Clinical Characteristics and Comorbidities of Children Applied for Special Need Report and Comparison of Diagnosis and Disability Rates According to Old and New Regulations, *IKSSTD*. 2020;12:144-150.

# Birincil Baş Ağrısı Olan Ergenlerde Yaşam Kalitesi Anksiyete, Depresyon ve Olumsuz Otomatik Düşüncelerle İlişkili Olabilir

*Quality of Life in Adolescents with Primary Headache May be Associated with Anxiety, Depression, and Negative Automatic Thoughts*

✉ Zehra Hangül<sup>1</sup>, ✉ Sevgi Çıraklı<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Psikiyatri Anabilim Dalı, Gaziantep, Türkiye

<sup>2</sup>Ordu Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Nöroloji Kliniği, Ordu, Türkiye

**Amaç:** Bu çalışmada birincil baş ağrısı olan ergenlerde anksiyete, depresyon ve olumsuz otomatik düşüncelerin yaşam kalitesi ile ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** T.C. Sağlık Bakanlığı Ordu Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Nöroloji Polikliniği'ne kronik baş ağrısı yakınmasıyla başvuran ergenlerden oluşan 86 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Bu çalışmada; vizüel ağrı skalası, KİDDO-KİNDL yaşam kalitesi ölçeği, durumluk-süreklilik anksiyete ölçeği (SAÖ), çocuk depresyon ölçeği (ÇDÖ) ve çocukların otomatik düşünceleri ölçekleri değerlendirilmiştir (ÇODÖ).

**Bulgular:** Çalışmada yer alan ergenlerin yaş ortalaması 13,7 yıldır [Standart sapma (SS: 2,0)]. Olguların %72,1'i (n=62) kız, %27,9'u (n=24) erkekti. Ortalama baş ağrısı süresi 5,6 saat/gün (SS: 6,7) iken vizüel ağrı skalasına göre ortalama ağrı şiddeti 6,8 idi (SS: 1,7). Kızların bildirdiği baş ağrısı şiddeti erkeklere göre anlamlı derecede daha yüksekti (p=0,022). SAÖ ve ÇDÖ ile yaşam kalitesi puanları arasında güçlü derecede negatif bir korelasyon saptandı ( $\rho=-0,623$ , p=0,001;  $\rho=-0,690$ , p=0,001). ÇODÖ ile yaşam kalitesi arasında ise orta derecede negatif bir korelasyon olduğu görüldü ( $\rho=0,584$ , p=0,002). Lineer regresyon analizinde cinsiyet, ağrı süresi, ağrı şiddeti, SAÖ, ÇDÖ ve ÇODÖ değişkenleri KİDDO-KİNDL puanlarındaki varyansın %53,2'sini açıklamaktaydı. Regresyon denklemi istatistiksel olarak anlamlıydı, ancak bireysel olarak hiçbir yordayıcı anlamlı düzeye erişmedi [F (6,12)=4,4; p=0,014].

**Sonuç:** Birincil baş ağrısı yaşayan ergenlerin anksiyete ve depresyon düzeyleri ile olumsuz bilişsel içerikleri yaşam kalitesi ile ilişkili görünmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Baş ağrısı, otomatik düşünceler, anksiyete, depresyon, yaşam kalitesi

**Objectives:** In this study, it was aimed to examine the relationship between anxiety, depression and negative automatic thoughts and quality of life of adolescents with primary headache.

**Materials and Methods:** Eighty-six adolescents, who applied to the Ministry of Health Ordu University Training and Research Hospital Pediatric Neurology Outpatient Clinic with chronic headache, were included in the study. In this study, Visual pain scale, KIDDO-KINDL quality of life, state-trait anxiety scale (SAS), child depression scale (CDS), and children's automatic thoughts (CAT) scales were evaluated.

**Results:** The mean age of the adolescents in the study was 13.7 years [standard deviation SD: 2.0]. 72.1% (n=62) of the cases were female and 27.9% (n=24) were male. While the mean headache duration was 5.6 (SD=6.7) hours, the mean pain intensity was 6.8 according to the visual pain scale (SD=1.7). Headache severity reported by girls was significantly higher than that reported by boys (p=0.035). SAS and CDS scores were significantly correlated with quality of life (QoL) scores ( $\rho=-0.623$ , p=0.001;  $\rho=-0.690$ , p=0.001). A moderate negative correlation was observed between CAT and QoL ( $\rho=0.584$ , p=0.002). In linear regression analysis, the variables of gender, pain duration, pain intensity, SAS, CDI and CAT explained 53.2% of the variance in KIDDO-KINDL scores. The regression equation was statistically significant, but none of the variables reached a significant level individually [F (6,12)=4.4; p=0.014].

**Conclusion:** Anxiety, depression levels and automatic thoughts seem to be associated with quality of life in adolescents with primary headache.

**Keywords:** Headache, automatic thoughts, anxiety, depression, quality of life

**Yazışma Adresi/Address for Correspondence:** Sevgi Çıraklı, Ordu Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Nöroloji Kliniği, Ordu, Türkiye

**Tel.:** +90 533 817 36 85 **E-posta:** sevgigumusoglu@hotmail.com **ORCID:** orcid.org/0000-0002-7992-1376

**Geliş Tarihi/Received:** 07.02.2021 **Kabul Tarihi/Accepted:** 26.05.2021

©Telif Hakkı 2021 Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği / Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi, Galenos Yayınevi tarafından yayınlanmıştır.



## Giriş

Baş ağrısı en sık karşılaşılan fiziksel yakınmalardan biri olup gerek çocuk ve ergen, gerekse de erişkin nüfusunun büyük bir çoğunluğunu etkilemektedir. Çocuk ve ergenlerde bir yıllık prevalansı %76,6, yaşam boyu prevalansı ise %92,2 olarak bildirilmiştir.<sup>1</sup> Bu kadar sık görülmesine rağmen ataklar halinde seyretmesi ve mortaliteye yol açmaması nedeniyle sıklıkla ihmal edilmektedir. Ancak, kronik ve tekrarlayıcı baş ağrıları kişinin yaşam kalitesini ciddi derecede bozabilmekte, eğitim, aile ve iş hayatını olumsuz etkileyebilmektedir. Nitekim, Dünya Sağlık Örgütü migreni “engelle yaşamaya neden olan hastalıklar” arasında bildirmiştir.<sup>2</sup> Küresel hastalık yükü çalışmasının sonuçlarına göre ise dünyada özürlelikle geçen yılların %1,3’ünden tek başına migrenin sorumlu olduğu gösterilmiştir.<sup>3</sup>

Travma, enfeksiyon, tümör, serebrovasküler hastalık gibi organik bir nedene bağlı ortaya çıkan baş ağrıları ikincil baş ağrıları, alta yatan herhangi bir organik neden saptanamadığında ise birincil baş ağrıları olarak adlandırılmaktadır.<sup>4</sup> Birincil baş ağrıları gerilim tipi baş ağrısı ve migreni içerir ve tüm baş ağrılarının yaklaşık %90,0’ını oluşturmaktadır.<sup>5</sup> Birincil baş ağrıları nörolojik bir hastalık olarak görülse de bu ağrılara anksiyete ve depresyon başta olmak üzere psikiyatrik komorbiditeler sık olarak eşlik etmektedir.<sup>6</sup>

Kronik ve tekrarlayan baş ağrılarının kişinin yaşamındaki zorlukların ve sosyal, duygusal ve bilişsel becerilerdeki zorlanmanın bir göstergesi olabileceği öne sürülmektedir.<sup>7</sup> Nitekim birincil tip baş ağrısı yaşayan bireylerde stresle başa çıkma becerilerinin daha zayıf, felaketleştirme ve ruminasyon gibi olumsuz bilişsel tutumların ise daha fazla olduğu gösterilmiştir.<sup>8</sup> Son yıllarda baş ağrısı ile olumsuz bilişsel düşünceler arasındaki ilişkiyi destekler şekilde bilişsel davranışçı terapinin gerilim tipi baş ağrıları üzerinde etkili olduğunu gösteren çalışmalar dikkati çekmektedir.<sup>9</sup> Avrupa Nörolojik Bilimler Federasyonu’nun raporuna göre birincil baş ağrılarının tedavisinde ilaç içermeyen tedavi yöntemleri arasında bilişsel davranışçı terapi yer almaktadır.<sup>10</sup>

Baş ağrısı yaşayan çocuk ve ergenlerde yaşam kalitesi ve baş ağrısında eşlik eden psikopatolojileri inceleyen araştırmalar olmakla birlikte yaşam kaliteleriyle ilişkili faktörleri inceleyen araştırma sayısı oldukça azdır. Fuh ve ark.<sup>11</sup> migren ve gerilim tipi baş ağrısı olan 13-15 yaş arasındaki yaklaşık iki bin ergeni değerlendirdikleri çalışmalarında yüksek depresyon skoru, ağrı şiddeti ve ağrı sıklığının baş ağrısına bağlı yeti yitimi için yordayıcı olduğunu bildirmişlerdir. Breuner ve ark.<sup>12</sup> ise baş ağrısına bağlı okul devamsızlığı yaşayan çocukların okul devamsızlığına yol açmayan baş ağrısı olan çocuklara kıyasla depresyon skorlarının daha yüksek olduğunu ve akademik performanslarının daha düşük olduğunu belirtmişlerdir.

Yaptığımız taramalarda primer baş ağrısında bilişsel özellikleri inceleyen sayılı araştırmaya rastlanmıştır ve araştırmaların hemen tamamı yetişkin örnekleme yürütülmüştür.<sup>13</sup> Yakın zamanlı bir araştırmada migreni olan yetişkin hastalarda bilişlerinin farkında olma ve onları düzenleyebilme becerilerini

içeren metakognisyonun bozulduğu gösterilmiştir.<sup>14</sup> Yine yetişkinlerde yürütülmüş araştırmalarda migren ve gerilim tipi baş ağrısı olan bireylerde olumsuz otomatik düşüncelerde artış olduğu<sup>15,16</sup> ve olumsuz bilişsel içeriklerin bu bireylerde görülen yüksek depresyon oranlarını açıklayabileceği<sup>17</sup> öne sürülmüştür. Çocuk ve ergen yaş grubunda ise biliş ve düşünce içeriğiyle ilgili yalnızca iki araştırmaya rastlanmıştır. Bu araştırmalardan birinde epilepsi ve baş ağrısı olan çocuklarda mentalizasyon becerileri değerlendirilmiş ve bedensel hastalığa bağlı psikolojik yakınmaların zihinsel temsilleri ve düşünme biçimini etkileyebileceği ifade edilmiştir.<sup>18</sup> Diğer araştırmada ise migreni olan çocuklarda metakognisyon ve zihin teorisi değerlendirilmiş ancak sağlıklı kontrollerle anlamlı bir fark bulunamamıştır.<sup>19</sup> Çocuklarda otomatik düşünceleri değerlendiren bir araştırmaya ise rastlanmamıştır.

Bu çalışmada birincil baş ağrısı olan ergenlerde anksiyete, depresyon düzeylerinin ve otomatik düşüncelerin incelenmesi ve yaşam kalitesiyle ilişkili faktörlerin araştırılması amaçlanmıştır. Diğer çalışmalardan farklı olarak otomatik düşüncelerin değerlendirilmiş olması literatürdeki eksik alanlara katkı sağlayabilir.

## Gereç ve Yöntem

### Örnekleme

Çalışma örnekleme, Mayıs 2018 ile Şubat 2019 tarihleri arasında T.C. Sağlık Bakanlığı Ordu Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Nöroloji Polikliniği’ne kronik baş ağrısı yakınmasıyla başvuran, nörolojik muayene sonucu organik patoloji saptanmayan ve psikiyatrik değerlendirmesi yapılan 12-18 yaş arası ergenlerden oluşmaktadır. Hasta dosyaları geriye dönük olarak taranmış, kronik tıbbi hastalığı olan, otizm ve zihinsel yetersizliği olan ve dosyasında eksik veri bulunan hastalar çalışmaya dahil edilmemiştir. Psikiyatrik tanıları çocuk ve ergen psikiyatristi tarafından yapılandırılmamış bir görüşme ile DSM-5 kriterleri temel alınarak konulmuş, birincil baş ağrısı tanınması ise çocuk nöroloji uzmanı tarafından Uluslararası Baş Ağrısı Topluluğu’nun [International Headache Society (IHS)] Baş Ağrısı Bozukluklarının Uluslararası Sınıflaması 3 [International Classification of Headache Disorders-III (ICHD-III)] kriterleri temel alınarak yapılmıştır.

Belirlenen tarihler arasında 138 hasta primer baş ağrısı tanısıyla değerlendirilmiştir. Bunlardan 34’ü belirlenen yaş aralığının dışında kaldığı için, 8’i eşlik eden kronik hastalığı olduğu için, 10’u ise dosyasında eksik veri bulunması nedeniyle çalışmaya dahil edilmemiştir. Sonuç olarak 12’si migren ve 74’ü gerilim tipi baş ağrısı olmak üzere primer baş ağrısı tanısı alan 86 hastanın verileri analiz edilmiştir.

### Ölçüm Araçları

#### Vizüel Ağrı Skalası (VAS)

Kişiden 10 cm uzunluğundaki dikey bir çizgide yaşadığı ağrının şiddetini işaretlemesi istenir. Alt sınır ağrının en az olduğu, üst sınır ise ağrının en fazla olduğu noktayı göstermektedir.

Katılımcının işaretlediği kısmın cm cinsinden değeri ile ağrının şiddeti belirlenir.<sup>20</sup>

### KİDDO KİNDL Yaşam Kalitesi Ölçeği

Ölçek Ravens-Sieberer ve Bullinger<sup>21</sup> tarafından geliştirilmiş, Eser ve ark.<sup>22</sup> tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır. Ergenlerin fiziksel, ruhsal ve sosyal yaşantılarını değerlendiren ve yaşam kalitelerini ölçen bir öz bildirim ölçeğidir. Yirmi dört maddeden oluşan ölçek toplam yaşam kalitesi puanının yanı sıra bedensel iyilik, ruhsal iyilik, özsaygı, aile, arkadaş ve okul hayatından oluşan altı alt alanı da değerlendirmektedir. Alınan puan arttıkça yaşam kalitesi de iyileşmektedir.

### Durumluk-Sürekli Anksiyete Ölçeği

Ölçek durumluk ve sürekli kaygı düzeylerini 20'şer soru ile ayrı ayrı ölçmektedir. Bu çalışmada envanterin ikinci bölümünde yer alan sürekli anksiyete ölçeği (SAÖ) kullanılmıştır. SAÖ kişinin sürekli olarak yaşama eğilimi gösterdiği kaygıyı ölçmektedir. Yirmi bir, 26, 27, 30, 33, 36 ve 39'uncu maddeler tersine dönmüş ifadelerdir. Spielberg ve ark.<sup>23</sup> tarafından geliştirilen ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 1983 yılında Öner ve Le Compte<sup>24</sup> tarafından yapılmıştır.

### Çocuk Depresyon Ölçeği (ÇDÖ)

Kovacs<sup>25</sup> tarafından geliştirilen çocuklar için depresyon ölçeği, 6-17 yaş çocuklarına uygulanabilen ve depresyonla uyumlu yakınmaları değerlendiren bir öz bildirim ölçeğidir. Yirmi yedi maddelik ölçekte her madde için çocuktan son iki hafta için kendisine en fazla uyan cümleyi seçmesi istenir. Her madde belirtinin şiddetine göre 0, 1 ya da 2 puan alır. Ölçekten alınabilecek maksimum puan 54'tür. Alınan puan ne kadar yüksekse, depresyon o kadar ağır demektir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Öy<sup>26</sup> tarafından yapılan ölçekte kesim puanı 19 olarak önerilir.

### Çocukların Otomatik Düşünceleri Ölçeği (ÇODÖ)

Schniering ve Rapee<sup>27</sup> tarafından geliştirilen ÇODÖ fiziksel tehdit, sosyal tehdit, kişisel başarısızlık ve düşmanlık alt ölçeklerini içeren ve toplam 40 maddeden oluşan bir öz bildirim ölçeğidir. Çocuktan son bir hafta içerisinde her bir maddede yer alan düşüncenin aklına ne kadar sıklıkla geldiğini belirtmesi istenir. Maddeler 0-4 arasında puanlanmaktadır (0= hiçbir

zaman, 1= bazen, 2= sık sayılır, 3= sık sık ve 4= her zaman). Ölçekten ve her bir alt ölçekten alınan toplam puanın yüksekliği olumsuz düşüncelerdeki artışı göstermektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması Ergin ve Kapçı<sup>28</sup> tarafından gerçekleştirilmiştir.

### İstatistiksel Analiz

Verilerin analizinde IBM SPSS Statistics 22.0 (IBM Inc., Armonk, NY) paket programı kullanılmıştır. Sayısal değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Shaphiro-Wilk testi ile test edilmiştir. Normal dağılan değişkenlerin iki bağımsız grupta karşılaştırılmasında Student t-testi, normal dağılmayan değişkenlerin iki bağımsız grupta karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Normal dağılıma uymayan sayısal değişkenler arasındaki ilişkiler Spearman rank korelasyon katsayısı ile test edilmiştir. Yaşam kalitesine etki eden faktörlerin incelenmesi için lineer regresyon analizi yapılmış, analizde enter metodu uygulanmıştır. Tüm analizlerde anlamlılık düzeyi 0,05 olarak belirlenmiştir.

### Bulgular

Çalışmada yer alan ergenlerin yaş ortalaması 13,7 yıldır (SS: 2,0). Olguların %72,1'i (n=62) kız, %27,9'u (n=24) erkekti. Ortalama baş ağrısı süresi 5,6 (SS: 6,7) saat iken VAS'a göre ortalama ağrı şiddeti 6,8 idi (SS: 1,7). Kızların bildirdiği baş ağrısı şiddeti (7,5±1,1) erkeklere göre (6,1±2,3) anlamlı derecede daha yüksekti (p=0,035). Ağrının karakteristiği ve cinsiyetlere göre psikometrik ölçeklerden alınan ortalama puanlar Tablo 1'de gösterilmiştir.

Psikometrik ölçümlerden alınan puanlar Mann-Whitney U testi ile cinsiyetlere göre karşılaştırıldı. Baş ağrısı olan kızların SAÖ puanlarının erkeklere göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu görüldü (p=0,022). Kız ergenlerde ÇDÖ puanları daha yüksek iken, ÇODÖ ve KİDDO KİNDL yaşam kalitesi puanları ise daha düşüktü, ancak bu ölçeklerde saptanan fark istatistiksel olarak anlamlılık düzeyine ulaşmadı.

Baş ağrısı olan ergenlerin %70,0'inin geçmişte herhangi bir psikiyatri başvurusu bulunmamakta idi. Yapılan psikiyatrik muayene sonucunda %60,5'inde aktif bir psikopatoloji saptandı. En sık saptanan psikopatolojiler sırasıyla majör depresif bozukluk (%18,6), yaygın anksiyete bozukluğu (%17,4)

**Tablo 1. Birincil baş ağrısı yakınması ile başvuran ergenlerde cinsiyete göre ağrı şiddeti, depresyon, anksiyete, olumsuz düşünceler ve yaşam kalitesi puanlarının karşılaştırılması**

Ortanca (çeyrekler arası aralık)	Erkek (n=24)	Kız (n=62)	Z	p	Tüm örneklem
Ağrı şiddeti (VAS)	5,0 (3,3)	7,0 (2,3)	-2,1	0,035	8,0 (2,0)
Ağrı süresi (saat)	4,0 (18,3)	5,0 (8,0)	-0,8	0,422	5,0 (8,0)
ÇDÖ	7,5 (9,8)	10,5 (10,3)	-1,0	0,326	7,0 (7,0)
SAÖ	3,,5 (10,5)	41,0 (15,0)	-2,3	0,022	40,0 (13,0)
ÇODÖ	18,0 (21,5)	14,5 (34,0)	-0,3	0,739	15,0 (17,0)
KİDDO-KİNDL	84,5 (12,0)	81,5 (18,0)	-0,5	0,626	77,0 (17,0)

ÇDÖ: Çocuk depresyon ölçeği, SAÖ: Sürekli anksiyete ölçeği, ÇODÖ: Çocukların otomatik düşünceleri ölçeği, KİDDO KİNDL: Ergenler için genel amaçlı sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ölçeği



ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğuydu (DEHB) (%13.9). Psikiyatrik muayene sonucu saptanan tanılar Tablo 2'de gösterilmiştir.

Sosyodemografik özellikler, ağrı süresi, ağrı şiddeti ve psikometrik ölçümler arasındaki ilişkileri değerlendirmek için Spearman korelasyon analizi yapıldı. Kızlarda yaş ile SAÖ ( $\rho=0,529$ ,  $p=0,001$ ), ÇDÖ ( $\rho=0,466$ ,  $p=0,001$ ) ve ÇODÖ ( $\rho=0,594$ ,  $p=0,001$ ) puanları arasında anlamlı derecede pozitif korelasyon; KİDDO-KİNDL yaşam kalitesi ölçeği puanı arasında ise anlamlı derece negatif korelasyon ( $\rho=0,594$ ,  $p=0,001$ ) saptandı. Erkeklerde ise yaş ve psikometrik ölçüm puanları arasında bir ilişki saptanmadı. SAÖ ve ÇODÖ puanları arasında güçlü bir pozitif korelasyon ( $\rho=0,667$ ,  $p=0,001$ ), ÇODÖ ve ÇDÖ arasında ise çok güçlü bir pozitif korelasyon ( $\rho=0,809$ ,  $p=0,001$ ) saptandı. KİDDO-KİNDL yaşam kalitesi puanı ile ağrı şiddeti arasında herhangi bir ilişki bulunamadı. SAÖ ve ÇDÖ ile KİDDO-KİNDL yaşam kalitesi puanları arasında güçlü derecede negatif bir korelasyon saptandı ( $\rho=-0,623$ ,  $p=0,001$ ;  $\rho=-0,690$ ,  $p=0,001$ ). ÇODÖ ile KİDDO-KİNDL yaşam kalitesi arasında ise orta derece negatif bir korelasyon olduğu görüldü ( $\rho=0,584$ ,  $p=0,002$ )

KİDDO-KİNDL toplam yaşam kalitesi puanının yordayıcıları olarak cinsiyet, ağrı süresi, ağrı şiddeti, ÇDÖ toplam puanı, SAÖ puanı ve ÇODÖ toplam puanının etkileri lineer regresyon analizi ile değerlendirildi. Analizde enter metodu kullanıldı. Cinsiyet ilk, ağrı süresi ve şiddeti ikinci, ÇDÖ üçüncü, SAÖ dördüncü ve ÇODÖ beşinci basamakta denkleme yerleştirilerek her bir bağımsız değişkenin açıklayıcılığı değerlendirildi. Cinsiyet

**Tablo 2. Baş ağrısı olan ergenlerin psikiyatrik muayene sonucu aldıkları tanılar**

Tanı	% (n)
Majör depresif bozukluk	18,6 (16)
Yaygın anksiyete bozukluğu	17,4 (15)
Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu	13,9 (12)
Özgül öğrenme güçlüğü	3,4 (3)
Travma sonrası stres bozukluğu	2,3 (2)
Obsesif kompulsif bozukluk	2,3 (2)
Özgül fobi	2,3 (2)
Psikopatoloji saptanmayanlar	39,5 (34)

**Tablo 3. Birincil baş ağrısı yakınması ile başvuran 12-18 yaş arası ergenlerde yaşam kalitesinin yordayıcıları**

	$\beta$	p	% 95 G.A.	Tolerans	VIF
Sabit	-	-	-	-	-
Cinsiyet	0,263	0,156	-3,0-16,7	0,857	1,167
Ağrı süresi (saat)	-0,267	0,149	-0,8-0,1	0,865	1,156
Ağrı şiddeti	-0,041	0,815	-3,1-2,5	0,894	1,118
ÇDÖ	-0,751	0,078	-3,3-0,2	0,171	5,838
SAÖ	-0,336	0,335	-1,5-0,6	0,232	4,304
ÇODÖ	0,518	0,103	-0,1-0,5	0,301	3,327

ÇDÖ: Çocuk depresyon ölçeği, SAÖ: Sürekli anksiyete ölçeği, ÇODÖ: Çocukların otomatik düşünceleri ölçeği, GA: Güven aralığı, VIF: Varyans artış faktörü

yaşam kalitesi puanlarının %9,4'ünü ( $R^2=0,094$ ), ağrı süresi ve şiddeti ise ek olarak %3,2'sini açıklayabiliyordu. Depresyon ölçek puanlarının eklenmesi KİDDO-KİNDL puanlarındaki varyansın ek olarak %37,2'sinin açıklanmasını sağlıyordu. SAÖ ve ÇODÖ puanlarının ise sırasıyla açıklanan varyansa %1,5 ve %8,1 katkı sağladıkları görüldü. Son basamakta açıklanan varyans %53,2 olarak bulundu. Regresyon denklemi istatistiksel olarak anlamlıydı, ancak bireysel olarak hiçbir yordayıcı anlamlı düzeye erişmedi [ $F(6,12)=4,4$ ;  $p=0,014$ , Tablo 3]. ÇODÖ, ÇDÖ ve SAÖ için varyans artış faktörleri 3-5 arasında değişiyordu ve orta derecede çoklu bağıntı olabileceğini gösteriyordu.

## Tartışma

Araştırma sonuçlarımıza göre baş ağrısı olan ergenlerde ağrının şiddeti ile yaşam kalitesi arasında korelasyon saptanmazken anksiyete, depresyon düzeyleri ve olumsuz otomatik düşünceler ile yaşam kalitesi arasında anlamlı negatif bir korelasyon saptanmıştır. Kız ergenlerin baş ağrısı şiddeti ve sürekli kaygı düzeyleri erkek ergenlere göre daha fazla bulunmuştur. Depresyon skorları yaşam kalitesi puanının %37,2'sini açıklamakla birlikte cinsiyet, ağrı süresi, ağrı şiddeti, anksiyete, depresyon ve olumsuz otomatik düşünce düzeylerinin hiçbirisi yaşam kalitesini tek başına anlamlılık derecesinde yordamıyordu.

Yetişkin baş ağrısı alanındaki araştırmalarda önemli gelişmeler sağlanmış olmasına rağmen, kronik baş ağrısı olan çocuklarda psikiyatrik komorbiditenin yaygınlığı hakkındaki araştırmalar hala yetersizdir.<sup>29</sup> Baş ağrısı olan çocukların psikolojik sorunlar için risk altında olduğu öne sürülmektedir.<sup>30</sup> Fuh ve ark.<sup>11</sup> kronik baş ağrısı olan çocukların yaklaşık yarısının (%47), başta duygudurum veya anksiyete bozuklukları olmak üzere, bir veya daha fazla psikiyatrik bozukluğa sahip olduğunu belirtmişlerdir. Ergen ve genç yetişkinlerde yürütülen bir çalışmada depresyon ve anksiyetenin migren riskini arttırdığı, depresyonun şiddeti arttıkça migren görülme ihtimalinin de arttığı belirtilmiştir.<sup>31</sup> Ülkemizde yürütülmüş araştırmalarda Öztöp ve ark.<sup>32</sup> migreni olan çocukların %40'ına bir psikopatolojinin eşlik ettiğini ve migrenli çocukların depresyon skorlarının daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir. Akça ve ark.<sup>5</sup> hem migren hem de gerilim tipi baş ağrısı olan çocuk ve ergenlerde anksiyete duyarlılığının daha yüksek olduğunu göstermişlerdir. Kütük ve ark.<sup>33</sup> ise migrenin DEHB olan çocuklarda kontrol grubuna göre 3 kat daha fazla görüldüğünü göstermişlerdir.<sup>32</sup> Aynı

çalışmada gerilim tipi baş ağrısının da DEHB'li çocuklarda daha fazla görüldüğü bildirilmiştir.<sup>32</sup> Araştırmamızda baş ağrısı olan ergenlerin %60'ında bir psikopatoloji saptanmıştır ve en sık saptanan psikopatolojiler geçmiş araştırmalarla uyumlu olarak sırasıyla depresyon, anksiyete bozukluğu ve DEHB'dir.

Çalışmamızda baş ağrısı olan kız ergenlerde yaş arttıkça anksiyete, depresyon ve olumsuz bilişsel içeriklerin arttığı, yaşam kalitelerinin ise düştüğü görülmektedir. Ergenlik bedensel ve zihinsel gelişimin hız kazandığı bir dönemdir ve bu hızlı değişimin yarattığı stres ergenleri emosyonel sorunlara daha açık hale getirebilir. Cinsiyetler arasındaki hormonal ve biyolojik farklılıklar nedeniyle kız ergenlerde anksiyete ve duygudurum bozuklukları daha sık görülmektedir.<sup>33-35</sup> Biyolojik yatkınlığın yanı sıra kültürel olarak erkeklerden ve kadınlardan beklentilerin farklı olması, bireysellik ve atılganlığın erkeksi özellikler; duygusalılık, şefkat ve başkalarının ihtiyaçlarına duyarlı olmanın kadınsı özellikler olarak görülmesinin de kadınlarda internalizan erkeklerde ise eksternalizan sorunların daha fazla görülmesine katkı sağladığı öne sürülmüştür.<sup>36</sup> Baş ağrısı olan kızlarda yaşla birlikte anksiyete depresyon ve olumsuz bilişsel içeriklerin artması gerek biyolojik gerekse kültürel sebeplerle kadınların strese ve acıya karşı duyarlılığının erkeklerle göre daha fazla olmasıyla ilişkili olabilir. Ayrıca sonuçlarımızda kız ergenlerde baş ağrısının daha şiddetli yaşandığı görülmektedir. Anksiyete, depresyon ve olumsuz düşüncelerin daha fazla yaşanması baş ağrısının da daha şiddetli hissedilmesine katkı sağlıyor olabilir.

Baş ağrısı bilişsel, emosyonel ve sosyal alanlarda işlevselliği etkiler ve okul ortamından ev ortamına kadar çeşitli alanlarda yaşam kalitesi üzerine olumsuz etkiye sahiptir.<sup>37</sup> Baş ağrısı yaşayan çocuk ve ergenlerde yaşam kalitesi üzerine yürütülmüş araştırmalarda okul devamsızlığının arttığı, akademik başarının düştüğü, akran sorunlarının arttığı, günlük yaşam aktivitelerine katılımın ve üretkenliğin azaldığı bildirilmiştir.<sup>27-31</sup> Baş ağrısının şiddeti ve sıklığı ile yaşam kalitesi arasında negatif bir ilişki bildiren, duygudurum bozuklukları gibi eşlik eden psikopatolojilerin yaşam kalitesini düşürdüğünü belirten araştırmalar bulunmaktadır.<sup>38</sup> Öztop ve ark.<sup>32</sup> migreni olan çocuk ve ergenlerde ağrı şiddeti arttıkça yaşam kalitesinin azaldığını, eşlik eden psikopatolojiden bağımsız şekilde migren varlığının yaşam kalitesini bozduğunu ancak komorbid psikopatoloji varlığının yaşam kalitesindeki düşüşü daha görünür kıldığını bildirmişlerdir. Ergenler üzerinde yürütülmüş toplum temelli bir araştırmada depresyon skorunun ağrının şiddeti ve sıklığından bağımsız bir şekilde yeti yitimini artırdığı bildirilmiştir.<sup>11</sup> Baş ağrısının yol açtığı yeti yitiminin ise yaşam kalitesi için yordayıcı olduğu ifade edilmektedir.<sup>40</sup> Çalışmamızda diğer çalışmalara benzer şekilde anksiyete ve depresyon düzeyleri ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir korelasyon saptanmıştır. Ayrıca, cinsiyet, ağrı süresi, ağrı şiddeti, anksiyete, depresyon, olumsuz otomatik düşünce değişkenlerinin birlikte yaşam kalitesi üzerinde anlamlı etkiye sahip olduğu, özellikle depresyon skorlarının yaşam kalitesindeki varyansın önemli bir kısmını açıklayabildiği ancak hiçbirinin yaşam kalitesi için tek başına yordayıcı olmadığı görülmüştür. Bu durumun kısıtlı örneklem sayısından kaynaklanabileceğini düşünmekteyiz.

Bu çalışmada olumsuz otomatik düşünceler arttıkça yaşam kalitesinin düştüğü dikkat çekmektedir. Bildiğimiz kadarıyla baş ağrısı olan çocuk ve ergenlerde otomatik düşünceleri inceleyen başka bir araştırma bulunmamaktadır. Yetişkin örnekleme yürütülmüş az sayıda araştırmada ise migren ve gerilim tipi baş ağrısı olan bireylerde olumsuz otomatik düşüncelerde artış olduğu<sup>15,16</sup> ve olumsuz bilişsel içeriklerin bu bireylerde görülen yüksek depresyon oranlarını açıklayabileceği<sup>17</sup> ifade edilmiştir. Ayrıca, bilişsel davranışçı terapi<sup>10</sup> ve mindfulness<sup>41,42</sup> gibi düşünce içeriği ve düşünceye yaklaşım biçimini hedef alan uygulamaların birincil baş ağrılarının tedavisinde etkili olması düşünce içeriği-baş ağrısı ilişkisinin önemine dikkat çekebilir.

Çalışmamızın çeşitli kısıtlılıkları bulunmaktadır. Örneklem sayısının küçük olması, psikiyatrik değerlendirmede yapılandırılmış görüşme yöntemi kullanılmamış olması ve migren ve gerilim tipi baş ağrısı olan hastaların "birincil baş ağrısı" başlığı altında bir arada değerlendirilmiş olması temel kısıtlılıklardır. Bununla birlikte baş ağrısı olan çocuk ve ergenlerde yaşam kalitesiyle ilişkili faktörleri araştıran çalışma sayısının azlığı ve bu yaş grubunda olumsuz bilişsel içeriklerin baş ağrısıyla ilişkisinin geçmiş araştırmalarda değerlendirilmemiş olması dikkate alındığında sonuçlarımızın literatüre katkı sağlayabileceğini düşünmekteyiz.

## Sonuç

Birincil baş ağrıları çocuk ve ergenlerde oldukça sık görülen ve okul, ev, akran ilişkileri dahil yaşam kalitesini pek çok alanda etkileyen, psikiyatrik eş tanıların sık eşlik ettiği bir bozukluktur. Kız ergenlerin bildirdiği baş ağrısı şiddeti daha fazla ve anksiyete düzeyleri daha yüksektir. Ayrıca, birincil baş ağrısı yaşayan ergenlerin anksiyete ve depresyon düzeyleri ile otomatik düşünceleri yaşam kalitesi ile ilişkili görünmektedir. Baş ağrısı olan gençlerde anksiyete ve depresyonun tedavi edilmesi, bilişsel müdahaleler ile olumsuz bilişsel içeriklerinin azaltılması yaşam kalitelerinin artmasına katkı sağlayabilir.

## Etik

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

**Etik Kurul Onayı:** Gaziantep Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay alındı (karar no: 2020/08).

**Hasta Onayı:** Hem katılımcılar hem de ebeveynleri bilgilendirilmiş gönüllü onam formu doldurarak çalışmaya katılmayı kabul ettiler.

## Yazarlık Katkıları

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

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

## Kaynaklar

- Genc D, Vaičienė-Magistris N, Zaborskis A, Şaşmaz T, Tunç AY, Uluduz D, Steiner TJ. The prevalence of headache disorders in children and adolescents in Lithuania: a schools-based study. *J Headache Pain*. 2020;21:73.
- Craven A, Shannon K. World Headache Alliance: raising headache awareness worldwide. *J Headache Pain*. 2003;4:77-79.
- Stovner L, Hagen K, Jensen R, Katsarava Z, Lipton R, Scher A, Steiner T, Zwart JA. The global burden of headache: a documentation of headache prevalence and disability worldwide. *Cephalalgia*. 2007;27:193-210.
- Rosen NL. Mechanism and Management of Headache, 7th Edition. Neurology; 2006:67.
- Akça ÖF, Özkan M, Teber ST. Migren ve gerilim tipi baş ağrısı olan ergenlerde anksiyete duyarlılığı ve dissosiyatif belirtiler. *Anadolu Psikiyatri Derg*. 2013;14:161-166.
- Powers SW, Gilman DK, Hershey AD. Headache and psychological functioning in children and adolescents. *Headache*. 2006;46:1404-1415.
- Torelli P, Abrignani G, Castellini P, Lambru G, Manzoni GC. Human psyche and headache: tension-type headache. *Neurol Sci*. 2008;29(Suppl 1):93-95.
- Chiros C, O'Brien WH. Acceptance, appraisals, and coping in relation to migraine headache: an evaluation of interrelationships using daily diary methods. *J Behav Med*. 2011;34:307-320.
- Ng QX, Venkatanarayanan N, Kumar L. A Systematic Review and Meta-Analysis of the Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy for the Management of Pediatric Migraine. *Headache*. 2017;57:349-362.
- Bendtsen L, Evers S, Linde M, Mitsikostas DD, Sandrini G, Schoenen J, EFNS. EFNS guideline on the treatment of tension-type headache - report of an EFNS task force. *Eur J Neurol*. 2010;17:1318-1325.
- Fuh JL, Wang SJ, Lu SR, Liao YC, Chen SP, Yang CY. Headache disability among adolescents: a student population-based study. *Headache*. 2010;50:210-218.
- Breuner CC, Smith MS, Womack WM. Factors related to school absenteeism in adolescents with recurrent headache. *Headache*. 2004;44:217-222.
- Faedda N, Natalucci G, Calderoni D, Cerutti R, Verdecchia P, Guidetti V. Metacognition and Headache: Which Is the Role in Childhood and Adolescence? *Front Neurol*. 2017;8:650.
- Zucca M, Rubino E, Vacca A, De Martino P, Roveta F, Govone F, Gai A, Caglio M, Gentile S, Giordana MT, Rainero I. Metacognitive impairment in patients with episodic and chronic migraine. *J Clin Neurosci*. 2020;72:119-123.
- Yücel B, Kora K, Özyalçın S, Alçalar N, Özdemir Ö, Yücel A. Depression, automatic thoughts, alexithymia, and assertiveness in patients with tension-type headache. *Headache*. 2002;42:194-199.
- Haratian A, Amjadi MM, Ghandehari K, Hatamian H, Kiani S, Habibi M, Aghababaei Z, Ataei M. Emotion Regulation Difficulties and Repetitive Negative Thinking in Patients With Tension Headaches and Migraine. *Caspian Journal of Neurological Sciences*. 2020;6:147-155.
- Yavuz KE, Yavuz N, Ulusoy S, Almak İ, Güneş HNG. Maladaptive cognitive content and attitudes accompanying tension type headache and migraine. *Dusunen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*. 2013;26:12.
- La Grutta S, Lo Baido R, Schiera G, Trombini E, Trombini G, Sarno L, Roccella M. Symbolic function explored in children with epilepsy and headache. *Minerva Pediatr*. 2007;59:745-754.
- Natalucci G, Faedda N, Quinzi A, Alunni Fegatelli D, Vestri A, Turturo G, Verdecchia P, Bellini B, Pirisi C, Calderoni D, Giannotti F, Cerutti R, Giacolini T, Guidetti V. Alexithymia, metacognition, and theory of mind in children and preadolescents with migraine without aura (MWOA): A case-control study. *Front Neurol*. 2019;10:774.
- Okyay RD, Ayoğlu H. Çocuklarda Postoperatif Ağrı Yönetimi. *Pediatr Pract Res*. 2018;6:16-25.
- Ravens-Sieberer U, Bullinger M. Assessing health-related quality of life in chronically ill children with the German KINDL: first psychometric and content analytical results. *Qual Life Res*. 1998;7:399-407.
- Eser E, Yüksel H, Baydur H, Bilge B, Dündar P, Pala T, Oral A. KIDDOKINDL (KINDL ergen formu) yaşam kalitesi ölçeği Türkçe sürümü geçerlilik ve güvenilirlik sonuçları Poster Bildiri). 2004;1:78.
- Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. State-trait anxiety inventory (self-evaluation questionnaire). Consulting Psychologists Press; 1968.
- Öner N, Le Compte A. Durumluk sürekli anksiyete envanteri el kitabı. İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayınları; 1985.
- Kovacs M. Rating scales to assess depression in school-aged children. *Acta Paedopsychiatr*. 1981;46:305-315.
- Öy B. Çocuklar için depresyon ölçeği: Geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 1991;2:132-136.
- Schniering CA, Rapee RM. Development and validation of a measure of children's automatic thoughts: the children's automatic thoughts scale. *Behav Res Ther*. 2002;40:1091-1109.
- Ergin DA, Kapıcı EG. Çocuk ve ergenlerde olumsuz bilişlerin değerlendirilmesi: Çocukların otomatik düşünceleri ölçeği'nin uyarlanması. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*. 2013;2:72-77.
- Bellini B, Arruda M, Cescut A, Saulle C, Persico A, Carotenuto M, Gatta M, Nacinovich R, Piazza FP, Termine C, Tozzi E, Lucchese F, Guidetti V. Headache and comorbidity in children and adolescents. *J Headache Pain*. 2013;14:79.
- Pakalnis A, Butz C, Splaingard D, Kring D, Fong J. Emotional problems and prevalence of medication overuse in pediatric chronic daily headache. *J Child Neurol*. 2007;22:1356-1359.
- Dindo LN, Recober A, Haddad R, Calarge CA. Comorbidity of Migraine, Major Depressive Disorder, and Generalized Anxiety Disorder in Adolescents and Young Adults. *Int J Behav Med*. 2017;24:528-534.
- Kutuk MO, Tufan AE, Guler G, Yalin OO, Altintas E, Bag HG, Uluduz D, Toros F, Aytan N, Kutuk O, Ozge A. Migraine and associated comorbidities are three times more frequent in children with ADHD and their mothers. *Brain Dev*. 2018;40:857-864.
- Öztop DB, Taşdelen B, Poyrazoğlu HG, Özsoy S, Yılmaz R, Şahin N, Per H, Bozkurt S. Assessment of Psychopathology and Quality of Life in Children and Adolescents With Migraine. *J Child Neurol*. 2016;31:837-842.
- Hankin BL, Abramson LY. Development of gender differences in depression: Description and possible explanations. *Ann Med*. 1999;31:372-379.
- Afifi M. Gender differences in mental health. *Singapore Med J*. 2007;48:385-391.
- Chaplin TM, Hong K, Bergquist K, Sinha R. Gender differences in response to emotional stress: an assessment across subjective, behavioral, and physiological domains and relations to alcohol craving. *Alcohol Clin Exp Res*. 2008;32:1242-1250.
- Gibson PA, Baker EH, Milner AN. The role of sex, gender, and education on depressive symptoms among young adults in the United States. *J Affect Disord*. 2016;189:306-313.

38. Wöber C, Wöber-Bingöl C. Clinical management of young patients presenting with headache. *Funct Neurol*. 2000;15(Suppl 3):89-105.
39. Taşkapılıoğlu Ö, Karlı N. Assessment of Quality of Life in Migraine. *Noro Psikiyatı Ars*. 2013;50(Suppl 1):60-64.
40. Fuh JL, Wang SJ. Comparison of Short Form-36 and Migraine Disability Assessment questionnaire in patients with migraine. *Clin J Pain*. 2006;22:564-568.
41. Przekop P, Przekop A, Haviland MG. Multimodal compared to pharmacologic treatments for chronic tension-type headache in adolescents. *J Bodyw Mov Ther*. 2016;20:715-721.
42. Grazzi L, Sansone E, Raggi A, D'Amico D, De Giorgio A, Leonardi M, De Torres L, Salgado-García F, Andrasik F. Mindfulness and pharmacological prophylaxis after withdrawal from medication overuse in patients with Chronic Migraine: an effectiveness trial with a one-year follow-up. *J Headache Pain*. 2017; 18:15.

## 2021 Hakem Dizini - 2021 Referee Index

Abdurrahman Cahid Örengül  
Ali Evren Tufan  
Ali Güven Kılıçoğlu  
Arzu alıřkan Demir  
Ayhan Bilgiç  
Ayhan Cöngölođlu  
Ayla Uzun iek  
Ayşe Burcu Erdođdu  
Ayşe Kutlu  
Ayşe Rodopman Arman  
Birim Günay Kılıç  
Burcu Akın Sarı  
Bürge Kabuku Bařay  
Cem Gökçen  
Çağla elikkol Sadı  
Dilşad Foto Özdemir  
Esra öp  
Esra Güney  
Fatih Hilmi etin

Fatma Sibel Durak  
Gonca Özyurt  
Gül Karacetin  
Gül Ünsel Bolat  
Gülser Din  
Hakan Öğütlü  
Halil Kara  
Halit Necmi Uçar  
Hande Ayraller Taner  
Hüseyin Burak Baykara  
İbrahim Durukan  
İbrahim Selçuk Esin  
İpek Perçinel Yazıcı  
Kemal Utku Yazıcı  
Koray Kara  
Mahmut Cem Tarakçiođlu  
Mehmet Karadağ  
Merve ıkılı Uytun  
Murat Eyübođlu

Nagihan Cevher Binici  
Necati Uzun  
Nursu Cakin Memik  
Nurullah Bolat  
Ömer Faruk Akça  
Özhan Yalcin  
Öznur Bilaç  
Sabide Duygu Tunas  
Sadettin Burak Açıkel  
Selma Tural Hesapçiođlu  
Serhat Türkoglu  
řermin Yalın Sapmaz  
Sevay Alşen  
Sezen Köse  
Tuna Cak  
Ülkü Akyol  
Yasemin Taş Torun  
Yunus Emre Dönmez  
Yusuf Öztürk

## 2021 Yazar Dizini - 2021 Author Index

Ajeng Galuh Wuryandari .....	144	Gencay Koç .....	159
Ali Evren Tufan .....	14*suppl, 65, 69	Gizem Güler.....	131
Ali Kanik .....	9*suppl	Gonca Özyurt .....	9*suppl, 14*suppl, 110
Arif Önder .....	45, 60	Gökçe Selay Gündoğdu .....	131
Aynur Pekcanlar Akay .....	14*suppl	Gül Ünsel Bolat.....	20, 79
Ayşe Merve Güngör Yüksel.....	182	Gülbahar Baştuğ.....	174
Ayşe Rodopman Arman .....	1*suppl, 19*suppl, 96	Gülçin Orhan.....	52
Ayşe Toksoy Aksoy .....	1*suppl, 19*suppl	Güler Göl Özcan .....	14*suppl, 69
Ayşegül Efe .....	191	Gülşen Erden .....	52, 174
Bahtım Kütük.....	1	Halil Ekşi.....	102
Bedriye Öncü.....	159	Hande Şirin.....	151
Belgin Üstün Güllü.....	52	Hasan Akın Tahılloğlu.....	60
Beyza Ekiz.....	131	Hatice Gidemem.....	174
Bilge Merve Kalaycı.....	52	Hatice Gözde Akkın Gürbüz .....	117
Burak Akdeniz .....	131	Hatice Ünver.....	1*suppl, 19*suppl, 96
Burçin Çolak .....	159	Huseyin Burak Baykara.....	14*suppl
Buse Çalkan .....	131	Ika Murtiyarini.....	144
Büşra Balta.....	69	İbrahim Adak.....	14*suppl
Canem Kavurma.....	60	İbrahim Selçuk Esin .....	14*suppl
Cem Gökçen.....	7	İbrahim Tiryaki .....	14*suppl
Çağatay Ermiş 14*suppl, .....	138	İlyas Kaya.....	14*suppl
Çağla İlbasmış .....	1*suppl, 19*suppl	İrem Afşar.....	131
Çilem Bilginer.....	12, 52	İrem Cihanyurdu .....	1*suppl, 19*suppl
Damla Bulut Şahin .....	12	İrem Şahin .....	25
Didem Behice Öztop .....	182	İsmihan Artan .....	38
Dilara Demirpençe Seçinti.....	117	Kadir Özdel.....	110
Dilara Hatice Borucu.....	166	Lia Artika Sari.....	144
Doğa Sevinçok .....	138	Mehmet Erdem Uzun.....	151
Ecem Sönmez .....	131	Mehmet Karadağ.....	7
Ekin Şen.....	174	Merve Canlı .....	191
Elif Oral .....	9*suppl	Merve Çıkılı Uytun.....	182
Enny Susilawati .....	144	Merve Taşkan .....	69
Eray Fadiloğlu.....	4*suppl	Mesut Sari .....	14*suppl, 69
Erdem Sevim .....	102	Mesut Yavuz .....	131
Eren Halaç .....	138	Mihriban Heval Özgen.....	79
Esra Yürümez .....	182	Miraç Barış Usta.....	25
Eyüp Sabri Ercan .....	79	Miray Çetinkaya .....	191
Ezgi Şen Demirdöğen.....	131	Mutlu Muhammed Özbek .....	138
Fatma Hülya Çakmak.....	191	Nazan Ekinci .....	14*suppl
Firdevs Dilara Paksoy.....	89	Nazife Ünlü.....	131
Füsün Ekşi .....	102	Neslihan İnal .....	9*suppl, 14*suppl, 79, 138

## 2021 Yazar Dizini - 2021 Author Index

Nesrin Türk .....	7	Serçin Taşar .....	89
Nilüfer Koçtürk .....	31, 52	Serdar Karatoprak .....	124
Nurşah Aluç .....	131	Serkan Karadeniz .....	12
Nurten Gözde Kamar .....	138	Serkan Turan .....	14*suppl, 138
Nusret Soylu .....	124	Seval Kızıldağ Şahin .....	31
Ömer Uçur .....	124	Sevgi Çıraklı .....	200
Özalp Ekinci .....	14*suppl	Sevil Aydoğdu .....	12
Özge Gizli Çoban .....	45	Sezer Bulut .....	166
Özge İpek Doğan .....	14*suppl	Sümeyra Güngören .....	124
Özlem Doğan .....	124	Süreyyanur Kitapçioğlu .....	14*suppl
Özlem Kök .....	131	Şeyma Kuru .....	174
Özlem Özel Özcan .....	124	Şule Baştemur .....	166
Öznur Adıgüzel .....	65	Vahdet Görmez .....	9*suppl, 14*suppl
Öznur Bilaç .....	60	Yusuf Gürel .....	191
Rahime Duygu Temeltürk .....	191	Yusuf Öztürk .....	9*suppl, 14*suppl
Remzi Oğulcan Çıray .....	138	Zehra Hangül .....	200
Rıfat Serav İlhan .....	159	Zehra Topal .....	7, 65
Sabide Duygu Uygun .....	191	Zeki Yüncü .....	20
Sadettin Burak Açikel .....	191	Zeynep Dilara Aslankaya .....	9*suppl, 14*suppl
Samet Ata .....	38		
Sefa Coşğun .....	4*suppl		

## 2021 Konu Dizini - 2021 Subject Index

Acil servis/Emergency service .....	12	hyperactivity disorder .....	45, 79
Adölesan/Adolescent .....	124	Dışsal bozukluk çocukluk travması/Externalizing disorder childhood trauma .....	159
Adölesanlar/Adolescents .....	144	Dışsallaştırma problemleri/Externalizing problems .....	117
Aile desteği/Family support .....	144	Duygusal yılmazlık/Emotional resilience .....	96
Anksiyete bozukluğu/Anxiety disorder .....	96	Ebeveyn kaygısı/Parental anxiety .....	14*suppl
Anksiyete/Anxiety .....	9*suppl, 110, 200	Ebeveyn/Parent .....	31
Araştırma/Research .....	25	Eğitim/Education .....	25
Bağımlılık/Addiction .....	20	Elektrokonvülsif terapi/Electroconvulsive therapy .....	7
Bağlanma stilleri/Attachment styles .....	159	Enflamasyon/Inflammation .....	60
Bağlanma/Attachment .....	131	Ergen/Adolescent .....	1*suppl, 4*suppl, 19*suppl, 7, 110, 151
Baş ağrısı/Headache .....	200	Ergenler/Adolescents .....	79
Basın/Media .....	174	Ergenlik/Adolescence .....	38, 131, 159
Bebek/Infant .....	182	Erken dönem sosyal etkileşim/Early social interaction .....	1
Benlik saygısı/Self-esteem .....	89	Etiyoloji/Etiology .....	60
Beyanın güvenilirliği/Statement validity .....	52	Farmakolojik tedavi/Pharmacological treatment .....	138
Bilgi/Knowledge .....	45	Fikir birliği beyanı/Consensus statement .....	79
Bilişsel çarpıtmalar/Cognitive distortions .....	110	Geçerlik/Validity .....	102
Bipolar bozukluk/Bipolar disorder .....	138	Güvenirlilik/Reliability .....	102
Boy kısalığı/Short stature .....	89	Hazırbulunuşluk/Readiness .....	144
Boyutsal yaklaşım/Dimensional approach .....	65	Hekimler/Physicians .....	45
Çematem/Çematem .....	151	İçsel bozukluklar/Internalizing disorders .....	159
Çevrimiçi anket .....	1*suppl	İçselleştirme problemleri/Internalizing problems .....	117
Cinsel istismar mitleri/Sexual abuse myths .....	31	İnanç/Beliefs .....	45
Cinsel istismar/Sexual abuse .....	31	İradi denetim/Effortful control .....	117
Çocuk cinsel istismarı/Child sexual abuse .....	52	Karantina/Quarantine .....	1*suppl, 19*suppl
Çocuk gelişimi/Child development .....	38	Kategorik yaklaşım/Categorical approach .....	65
Çocuk hakları/Children' rights .....	166	Kaygı/Anxiety .....	19*suppl
Çocuk ihmal ve istismarı/Child neglect and abuse .....	166	Kayıp çocuklar/Missing children .....	174
Çocuk psikiyatri/Child psychiatry .....	25	Konsültasyon liyezon psikiyatrisi/Consultation liaison psychiatry .....	12
Çocuk psikiyatrisi/Child psychiatry .....	12, 191	Kontrollü çalışma/Controlled study .....	96
Çocuk psikolojisi/Child psychology .....	166	Kronotip/Chronotype .....	69
Çocuk ruh sağlığı/Child mental health .....	19*suppl	Lityum/Lithium .....	138
Çocuk sağlığı ve hastalıkları asistanları/Pediatrics residents .....	9*suppl	Madde kullanım bozukluğu/Substance use disorder .....	79, 151
Çocuk ve ergen/Child and adolescent .....	20, 69, 138	Madde/Substance .....	20
Çocuk/Child .....	1*suppl, 4*suppl, 14*suppl, 7, 96, 124	Mit/Myth .....	31
COVID-19 .....	1*suppl, 4*suppl, 9*suppl, 19*suppl, 144	Mizaç/Temperament .....	117
COVID-19 salgını/COVID-19 outbreak .....	14*suppl	Nötrofil/lenfosit oranı/Neutrophil/lymphocyte ratio .....	60
Değerlendiriciler arası güvenilirlik/Interrater reliability .....	52	Obezite/Obesity .....	89
Depresyon/Depression .....	110, 131, 200	Okul desteği/School support .....	144
Dezavantajlı çocuklar/Disadvantaged children .....	1	Ölçek geliştirme/Scale development .....	38
Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu/Attention-deficit			



## 2021 Konu Dizini - 2021 Subject Index

Ölçüt bazlı içerik analizi/Criteria based content.....	52	Sharenting/Sharenting .....	166
Olgu serisi/Case series .....	4*suppl	Sıkıntı/Distress .....	102
Östres/Eustress .....	102	Sosyal medya/Social media.....	166
Otistik spektrum/Autistic spectrum .....	65	Şüpheli çocuk ölümleri/Suspicious child deaths .....	174
Otomatik Düşünceler/Automatic thoughts .....	200	Tanı/Diagnosis .....	182
Özel gereksinim/Special needs.....	191	Telepsikiyatri/ telepsychiatry.....	4*suppl
Özgül öğrenme güçlüğü/Specific learning disorder .....	60	Tez çalışması/Thesis .....	25
Özkiyim/Suicide .....	20	Trombosit/lenfosit oranı/Platelet/lymphocyte ratio.....	60
Özürlülük/Disability .....	191	Türkiye/Turkey .....	52
Pandemi/Pandemic .....	4*suppl, 19*suppl	Tutum/Attitudes.....	45
Prososyal/Prosocial.....	38	Umut/Hope .....	19*suppl
Psikiyatri/Psychiatry.....	182	Umutsuzluk/Hopelessness.....	89
Psikiyatrik acil/Psychiatric emergency .....	12	Üst bilişsel farkındalık/Metacognitive awareness.....	96
Psikiyatrik hastaneler/Psychiatric hospitals .....	124	Üstbiliş/Metacognition.....	131
Psikoloji/Psychology .....	182	Yaşam kalitesi/Quality of life .....	200
Psikopatoloji/Psychopathology.....	69	Yatan hasta/Inpatient.....	7
Psikososyal faktörler/Psychosocial factors .....	182	Yatış süresi/Length of stay .....	124
Psikotik spektrum/Psychotic spectrum.....	65	Yeme/Eating.....	14*suppl
Ruh sağlığı .....	1*suppl	Yeni normal bilgi/New normal knowledge .....	144
Sadece dünya inançları/Just world beliefs .....	159	Zihin teorisi/Theory of mind .....	1
Sağlık kurulu/Medical committee .....	191		
Salgın .....	1*suppl, 19*suppl		
SARS-COV-2/SARS-COV-2 .....	144		